

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2070300310		
法人名	医療法人共和会		
事業所名	グループホーム塩田		
所在地	長野県上田市中野29-2		
自己評価作成日	平成31年1月5日	評価結果市町村受理日	平成31年2月22日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?jigyo=2070300310
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マズネットワーク		
所在地	長野県松本市巾上9-9		
訪問調査日	H31年1月21日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

利用者が、自宅に近い住み慣れた地域で、同法人の充実した医療による健康管理がなされ、隣接する畑で野菜や花作りを楽しみ、行事やドライブで季節を感じられる生活を共に送っていただける様に努めています。また、音楽療法を取り入れ、情緒の安定と意欲を引き出し、一人ひとりのペースや個性を活かした支援に力を入れています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

医療法人が経営するグループホームであり、同じ敷地内に病院、老人保健施設、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターがある。そのため医師をはじめとした医療や栄養士等の専門職との連携が図りやすい環境にある。法人全体で研修が計画、実施されており、夜勤等で参加できない職員に対しては、資料に加えて研修会を撮影したDVDが各個人に配布されるなどサポートする体制がある。排泄について、出来るだけトイレで排泄出来るように支援しており、必要に応じて職員が二人で対応している。利用者の様子からトイレのタイミングを察知し支援することで、オムツではなく布のパンツを再び着用できた方もおり、自立に向けた支援に努めている。またオムツ交換の度に、お湯で陰部を洗浄し、皮膚を保護するために軟膏を塗布するなど、きめ細やかな排泄ケアが提供されている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	家庭的な住み慣れた場所で、安心してゆったりと住み続ける事を目的として、独自の理念を職員全員で見直し作り上げ、日々努力している。「寄り添う」、「付き合う」、「断ち切らない」、地域の方々と共に考え共に築く」、馴染みの場所で暮し続ける事を支えていくことを経営理念としている。	理念は、玄関に入ってすぐ右側の見やすいところに掲示されている。職員が理念を具体的に理解出来るように、管理者が中心となり具体的なケースを用いて「寄り添う」「付き合う」「断ち切らない」「地域の方々と共に考え共に築く」「馴染みの場所で暮し続ける」について教育している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	病院祭をきっかけに併設病院の通路の壁に、グループホームの情報や利用者の作品を展示する事で、病院を訪れた地域の方々に徐々に興味を持って貰えるようになった。また、地域ケア会議に定期的に参加し多職種の方々との交流する機会を設け、顔馴染みになる事で地域支え合い推進活動を協働で進める様、地域における医療と介護の連携を模索する為の一環として、地域課題解決の為にグループホームとしての役割を考える第一歩を取り組んでいる。	2ヶ月に1回開催される運営推進会議に、地域の方が参加されており、施設の運営や利用者の暮らしぶりに実際に触れていただくと共に、レクリエーション等にも一緒に参加されている。理解を深めてもらうだけでなく関係性を築く良い機会になっている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	年1回病院祭では地域の方々へ施設についての説明や施設への案内を行っている。病院の壁には「誰にでも起こりうる身近な問題・認知症」と題して分かりやすく記載した内容を提示している。また、随時地域の方から認知症の相談も受けている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	地域の方々との繋がりが周知してもらうきっかけの場としている。また、皆が求めている事を聞く機会を多く持つ様に努め、現在取り組んでいる内容についても報告し、意見を貰うようにしている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催されている。基本の参加者は、利用者・家族・市役所・地域包括支援センター・自治会役員・自法人系列事業所の職員。会議の内容は、取り組み状況等の報告にとどまらず、家族会を兼ねており食事会と一緒に作業をする等参加者の交流機会、関係づくりの場ともなっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	入所に関してのご相談やご家族の希望に沿える工夫等、必要に応じ連絡を取り、行き来している。また、困難事例についても適時アドバイスを頂きながら気軽に相談できる関係を築き、利用者の暮らし方やニーズから率直な意見をもらいサービス向上に具体的に活かす様になっている。	市の担当者と地域包括支援センター職員が、運営推進会議に毎回参加されており、情報の共有に努めている。実際に利用者の暮らしぶりに触れていただき、一緒に考え、行動していただくスタンスで連携を図っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	定期的な研修を行う事で、拘束に対する理解を深め、職員全員で取り組んでいる。玄関の施錠解放を法人に働きかけ、平成24年12月施錠解放を実現させ、抑圧感のない暮らしの支援を行っている。建物の構造上、来訪者や人の出入りがわかるようにチャイムを設置した。	定期的な研修を行い、拘束に関する理解を深めて職員全体で取り組まれている。特に正面玄関の開錠については、利用者が抑圧感なく暮らすことが出来るようにとの職員の想いから、職員間で十分に話し合いを行い、工夫をすることで実現することができた。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	職員全員の問題として、利用者との最適な関わりが持てるよう話し合ったり、定期的開催する勉強会を通して、グレーゾーンについても意見交換しながら周知徹底に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修等に積極的に参加し、普段より職員全員が理解する必要があると考えている。利用者には成年後見制度を利用されている方もおり、本人にとって暮らしやすい環境や支援をしていく為に、定期的に連絡を取り合い、情報交換をして協力体制を取っている。今後も経験し得た事を活かし、活用できる様に支援していきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	理解・納得できるように十分に時間を取り、その都度、質問や確認を取りながら説明を行っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	生活相談員・ご家族・ボランティア等来訪者の意見・要望を参考にして、職員会議で検討し、即実践できる事は行っている。	2ヶ月に1回の運営推進会議と年2回開催される家族会に利用者、家族も参加されており意見、要望等を確認し、実際に法人とも協議してケアの内容を変更する等、運営に反映させている。玄関には意見箱も設置している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月、職員会議を設け、その時に意見を出して貰っている。また、必要に応じ緊急会議を開催したり、日常的に問題がある場合も随時意見を出してもらい、現場で起きている状況や変化を知り、努力や成果について把握するように努めている。	職員会議は、毎月2回の定例会に加え、必要性によって緊急で開催される場合もあり、その際に職員からの意見を聞いている。また職員会議に限らず、管理者が日頃から意見を言いやすい雰囲気づくりに努めており、サービスの質向上、連携強化のためにも積極的に職員の意見を取り入れている様子がうかがえた。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	施設全体として質の高いケアを目指す為に、キャリア段位制度を導入し、計画的にOJTに活用する事で職員のスキルを向上させ、自分の能力を対外的に証明する事で施設・職員共にメリットがある制度をH28年度より活用している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	キャリア段位制度を導入している。職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握したうえで、全ての職員に対し同レベルの力量が得られる様アセッサー資格者を育てた。被評価者の指導計画を立てOJTを通して取り組み中である。また、認知症ケアにおける正しい知識と理解を得る為、認知症実践者研修を全職員に受ける機会を提供し、実践している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	県の働きかけ総合評価事業に参加し、積極的にフレンド会・事例検討会等宅老所グループホーム協会研修やグループホームへの相互訪問活動を通して、ケアの質の向上に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	ご家族から十分な情報提供をしていただく事や、利用前に利用者様と家族での見学及びお試し期間を設け、少しずつ慣れてもらい、安心感を持っていただく様に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	十分に気を配り対応している。個別に時間を取り、ご家族の都合に合わせて、その都度の対応にも心掛けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	病院・老健等、併設機関の協力を得ながら、また、他施設との連携を密にして、本人の希望に沿えるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	常に本人の持てる力を引き出し、職員が教えて頂きながら生活を共にし、「寄り添っていく」という考えに立ち、お互いさまの関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	時間の許す限りご本人と共に過ぎて頂ける様に365日ホームを開放し、訪ねて来やすい雰囲気づくりに配慮している。利用者と家族と一緒に食事をし、ご本人との絆を深めていける様にする等、グループホームの暮らしやケアにも家族も関われる場面や機会を多く持って貰う事で、本人を支えていく為の協力関係を築いている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族の状況において個人差はあるが、できる範囲での支援をしている。また、利用者にとって唯一肉親の関係が途切れぬ様に、グループホームを家族の泊まりの場としても提供している。手紙のやり取りや電話をかけるお手伝いもしている。	入居時より、家族との関係づくりに努力されており、関係性の維持、協力体制の構築に努めている。居室内で家族も寝泊り出来るように、簡易ベットも常備されていた。施設としても、馴染みの図書館等に行ったり、郵便局に手紙を出しに行く等の支援を日常的にされている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係性について、全職員が情報の共有と連携をとっており、常に意識して個々の対応をしている。また、心身の状態や気分・感情で日々・時々変化する事もある為、注意深く見守り、利用者同士のトラブルが生じた時はお互いダメージが残らない様に、調整役となって支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	その後の生活に困惑してしまわれ様、サービスが終了しても相談に応じ、希望に添える様支援している。また、どの職員にも気軽に話しができる様に窓口を広くしている。また、医療や他施設にも協力体制を働きかけ、共和国全体でもバックアップし、本人・家族に安心できる生活や支援に努めている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	本人が言葉にした思いや希望・表情や動作を敏感に察知し、生活に反映させている。ひもときシートやセンター方式を活用し、利用者の生活歴や思いを把握して、ケアプランに役立てている。また、他医療機関の受診時にも活用し、情報提供を行い本人の診療にも役立てている。	家族の協力を得ながら利用者の思い、希望の把握に努め、表情や動作等からも読み取れるように支援している。アセスメントには、全員ひもときシート、センター方式を利用している。職員にはセンター方式を使うことで、利用者一人ひとりとしっかり向き合っているように指導し、思いの実現、サービスの質向上に努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	利用者の生活歴を知る事で「なるほどそうだったのか」と理解できる場面が多々あるが、情報不足の場面もあり、家族との信頼関係を結ぶなかで、徐々に情報を得ている。また、隣組だった知人が来訪された時には、今までの暮らし等から知り得た情報をケアに活かしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	申し送りノートを活用し、生活記録から一人ひとりの一日の様子を報告し、職員全員が利用者の現状把握に努めている。当日の職員はケアの重点項目を共有し統一したケアに努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者の心身機能の低下に伴い、医療面で医師・看護師・理学療法士・作業療法士・歯科衛生士との連携を密に行い、アドバイスを受けている。特に「健康は口の中から」と言われる様に、口腔ケアの徹底を図り職員の意識を高める為、歯科衛生士から実施指導を受け、利用者の健康管理に重点を置いた現状に応じたケアプランに反映させている。	本人・家族の意見や要望に加え、併設病院の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、歯科衛生士と多様なメンバーが連携し、意見やアドバイスをもらうことが出来ている。ケアマネジャーを中心にグループホーム内で毎月開催されるモニタリング等を通してよく話し合いを行い、ケアプランに反映させている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個人ファイルを用意して、バイタル測定・体温・脈拍・食事・水分量・排泄・月毎の体重測定等健康管理、及び日々の言葉やエピソードを記録している。記録を常に全職員が確認しており、情報の共有をしながら個別記録を基にケアプランの見直しをしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人の思いやその時々状態・家族の意向に配慮しながら送迎・付添い等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域における出張理容サービスを利用したり、近隣施設で運営している手作りパンを継続的に購入し、食事に提供している。他に図書館の無料貸し出しの利用、地域住民の作品展示物の鑑賞や朗読ボランティアの活用、学生の体験学習の場を積極的に受け入れ、地域の方々と接する機会を持つなどの暮らしの楽しみを支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	平成26年6月より法人病院より、毎月1回医師と看護師による訪問診療を行っている。日頃の健康管理において家族の思いを受け止められ、より良い関係ができ、希望に沿った支援をしている。専門医の受診については、家族の意向を十分ふまえたうえで家族と同行し、経過報告をする等、専門医とも連携をとっている。	かかりつけ医は、本人及び家族の意向が尊重され、自由に選ぶことが出来る。また協力医以外に受診する際も職員が家族に同行し、経過の報告を行うなど適切な医療が受けられるように支援している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	同法人内の看護師が全ての利用者の把握をしており、気軽に相談できている。必要に応じて情報交換をし、何時でも適切な受診や看護が受けられる。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	同法人内の医療機関との連携は密に取られており、夜間帯の急変時に対しても敏速な対応が取れる。利用者が入院した際は、病状の経過報告も定期的に行われ、こちら側からも気軽に相談できる体制を取っている。常に病状を把握することで、今後の暮らし方にも、医療面から支援してもらう事で、家族にも安心感を持っていただいている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	個々に家族との話し合いを行い、十分説明し、納得された上で方針を共有している。重度化に伴いご家族の意思確認も、グループホームで対応しえる最大のケアについて説明を行っている。それを踏まえ、グループホームでの看取りを行っている。職員はエンゼルケアの勉強会にも積極的に参加し、スキルを高めている。	「重度化した場合における指針」が作成されており、家族に対しては入居時から説明を行っている。心身に変化がみられ重度化が見通されるようになると家族との話し合いを深めていき、方針を共有しながら支援している。併設医療機関と連携を回りチームで支援していく体制が確立されており、家族の揺れる意向に対しても細やかに対応し支援している様子がうかがえた。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	隣に病院があるものの、職員は医療の知識を学び急変時に備える対応をしていく必要がある為、病院で毎月催す医療研修会に積極的に参加して日頃のケアに活かす実践力を身につけられるようにしている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	上本郷自治会と医療法人共和会は地域防災協定を結んでおり、この協定が災害時に役立つ様併設の老健と合同で毎年2回訓練を行っている。上田市消防団・消防設備会社の協力を得て共和会全体の他、グループホーム独自でも夜間帯を想定した訓練を行っている。実際の訓練を行う事により、避難方法等で課題をみつけ検討している。共和会が地域の避難の指定場所になっている為、共和会全体として災害時の水や食料等備蓄の検討に入り、今年度は実践していく予定。	地元自治会と地域防災協定を締結し合同で年2回の防災訓練を実施している。また消防団等の協力を得てグループホーム独自でも夜間帯の避難訓練を年1回実施している。災害時の主に職員への緊急連絡を簡単かつ迅速に行えるように法人全体がパソコン及び携帯電話用のシステムを導入している。	既に災害対策に力を入れているが、更に地域を含めた災害時における水や食料品の備蓄を検討されているおり、地域との協力体制を深化させていく上でも、是非実現に向けて取り組まれることを期待したい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	支援が必要な時もご本人の気持ちを大切に考え、さりげないケアを心掛けている。また、自己決定しやすい言葉掛けに努めている。「あせらずに待つ」「本人の気持ちが動いてこそ行動に繋がる」事を心掛け、誇りやプライバシーを傷つけない対応に取り組んでいる。	一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けや対応について、アセッサー講習を受講した3名の職員が中心となり、実際の職場での介護の場面を通じて指導している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者に合わせて声を掛け、表情や仕草を読み取って些細な事でも本人が決める場面をつくる様に努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人ひとりのペースを尊重し、それに合わせた対応に心掛けている。その日の体調・精神状態等の様子を観ながら、本人の希望に沿った個別対応もしている。しかし、スタッフの都合で入浴や行事等の日時を決めてしまうことがあり、今後の検討課題である。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	基本的に着衣はご本人の意向で決めており、見守りや支援が必要な時は手伝うようにしている。自己決定しにくい利用者には、職員と一緒に考えアドバイスをして、本人の気持ちが高揚する言葉かけにも配慮している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備や、味見、盛り付け、後片付け等、職員と一緒に、手続き記憶を活かした支援をしている。また、利用者と職員が同じテーブルで会話を楽しみ、座席の位置にも配慮しながら楽しく食事ができる雰囲気づくりをしている。メニューにも考慮し希望や食べやすい工夫等、一人ひとりの口腔状態に合わせた支援をしている。	献立は、利用者の希望等を考慮して職員が作成し、栄養面についても併設施設の栄養士が確認するシステムがある。利用者が厨房にて食事の準備、盛り付け等をする姿見られ、その他の利用者も食器の後片付け等各々出来る範囲で参加できるよう支援されていた。また、その時の利用者間の関係性を考慮し座席については臨機応変に対応。それぞれの利用者が嫌な思いをせず、楽しく食事が出来るように配慮されていた。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人ひとりの食事量は摂取記録により全職員が把握しており、量の加減も調整している。水分量の少ない方や食の細い方には、工夫を凝らし食事の提供の仕方にも配慮している。年に一度、関連施設の管理栄養士が栄養バランスチェックを行い、的確なアドバイスを受け改善に繋げている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	一人ひとりの口腔状態に合わせてケアをしている。ご自分で磨く方は職員が最終チェックをすることにより、口腔内のトラブルや義歯の破損等についても早期発見に努め、口腔体操を取り入れ健康管理に努めている。また、ご家族の希望により定期的に自歯や義歯のクリーニングやチェックも行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	自尊心に配慮しながら利用者の様子から敏感に察知し、トイレ誘導したりご本人の求めに応じて支援している。また、布パンツの使用を極力継続していただける状態に支援しており、介護度の高い方でも日中は極力トイレで排泄を促す支援をしており、本人の不快感を少しでも軽減できる様に努めている。	日中は介護度の高い方でも出来るだけトイレで排泄出来るように、必要に応じて職員が二人で介助する等して支援している。利用者の様子からトイレのタイミングを察知し支援することで、オムツではなく布のパンツを再び着用できた方もおり、自立に向けた支援に努めていた。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	日頃より牛乳や乳酸飲料食物繊維の多い食材を提供している。適度な運動を心掛け自然排便を促す工夫をしている。便秘症の方には個々の状態に合わせて、下剤の使用量や頻度の調整をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者のその日の体調や希望に応じて入浴をしている。他者に気使いする事なくゆっくりのびのびと満喫してもらえる様に、一人づつ入浴していただく事を基本に、リラックス効果をもたらす入浴剤を使用したり、足浴をして血行を促す事もしている。また、利用者の身体機能の低下に伴い、電動チェアを導入し身体の負担軽減を図ると共に安全に入浴していただいている。	入浴は、一人ずつ、職員とマンツーマンで入っている。利用者のその日の体調や希望に応じて入浴する事ができ、今回訪問している際も、予定外で急遽入浴されている方がおり、個々に沿った支援が出来ていた。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整える様に努めている。また、一人ひとりの体調や表情・希望に合わせて、ゆっくり休息がとれるように支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	誤飲を防ぐ為服薬チェック表を作成し、二重チェックする事により、事故を未然に防ぐ体制をとっている。薬を手渡しし、飲み込みまでの確認・飲みづらい薬は形状や嚥下し易い工夫をして、支援をしている。月一度の定例往診時には、利用者の日常の症状の変化を伝え、服薬の調整をする等医療との連携をとっている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえる支援している。お願いできそうな仕事を頼み、必ず感謝の言葉をお伝えしている。また、お酒を希望される時はお出ししたり、嗜好品を家族に持参していただくお手伝いもしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	家族の方と外出される利用者もおられるが、ドライブに行ったり暖かな日はホーム周辺を散歩したり、買い物に行ったりと戸外の空気を吸ってストレスの発散にも心掛けている。年2回は回転寿司やレストランで食事をしたり、個人の希望により足湯への外出をした折には、喫茶店やファーストフード店へ行き、スイーツを楽しむ等、利用者がリフレッシュできる機会も提供している。	家族の協力を得ながら外出機会を確保すると共に、施設としても天気の良い日に施設周辺を散歩したり、本人の希望により歩いて郵便局や図書館等に行くことがある。また年2回は回転寿司やレストラン等で外食する機会を設けている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	全ての利用者ではないが、御家族の理解のもと事業所がお金の管理をしている。時には衣類と一緒に買いに行き、好みの服を選んだり支払って頂く様にしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご家族から手紙が届いた時はお部屋にお持ちして読んでいただくなど、プライバシーの配慮をしている。ご家族にはこちらからも電話を掛け、お話できるお手伝いもしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の花々を飾ったり、全員で手掛けた作品等を展示している。季節の移り変わりを感じていただく為に、月行事の飾りつけなども一緒にしている。ソファに寛いでいる時は好きな音楽をかけたりと、思い思いに過ごしていただいている。また、より清潔で過ごしやすい環境を提供できる様、床の張り替えと玄関ホールにスライド式ドアを設置した。	施設内は、居室から廊下、食堂、浴室・脱衣室と全館床暖房が設置されており冬場も快適に過ごせるようになっている。廊下には天窓があり自然の光が入るため明るく居心地の良い雰囲気となっている。表札等の掲示物も利用者の目線に合わせた高さで設置されており配慮が為されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	玄関ホールにソファを置き、一人で過ごしたり、気の合う利用者同士と一緒に寛げるスペースがある。ご自分の指定席があり、思い思いに寛げる居場所がある。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具や調度品、写真や思い出の品々が持ちこまれ、それぞれの利用者の居心地の良さを配慮している。持ち込みの少ない方は、本人と職員の相談のもと居室の雰囲気づくりに努めている。	居室は、これまで使用していた家具や調度品、家族写真等の馴染みのものが持ち込まれ、居心地良く過ごせるように工夫されている。持ち込みの少ない方についても、職員が工夫し、好きなものの写真などを飾る等して居心地の良い空間づくりに努めていた。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	利用者の目線に合わせた位置に名前を貼り、トイレが分かりやすい様に昔の呼び方で大きく書いて表示している。居室入口のカーテンはカーテンの色で自分の部屋だとわかる工夫をしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 31年 2月 13日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
 目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	2	事業所と地域の付き合い。法人内の一番奥にグループホームがあるため、場所的に地域住民に解りづらい。気軽に立ち寄って貰ったり、地域に広く告知していくための発信方法の工夫も模索する必要がある。	上田市の中でも高齢化率の高い塩田地区で、グループホームとしての地域福祉のモデルケースになっていきたい。地域に支持されるグループホームを目指す。	地域ケア会議に積極的に参加し、他職種の方々との交流から顔馴染みになることで、推進活動を協働で進めることによりグループホームとしての役割の一旦を担えるようにしていく。	24ヶ月
2					
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。