

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 27 年 6 月 23 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490100264		
法人名	有限会社 もえぎ		
事業所名	グループホームもえぎ野		
所在地	広島市安芸区船越南3丁目23番6号 (082) 822-8181		
自己評価作成日	平成27年5月14日	評価結果市町受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.jp/34/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=3490100264-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成27年6月17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）】

その人その人の、今までの物語（生活歴）を大切に、スタッフも生活歴を知った上で、各入居者の心に寄り添うケアを実践しています。また、入居者の心が動いた時に、すぐに行動ができるように心掛けている。一人ひとりが持つ力を最大限に活かし、笑顔が絶えないケアをスタッフ一丸で取り組んでいる。理念である「笑顔と温もりの中でそして家族として…」を大切に考え、色々な場面において、自分の親や祖父母だったらどうするだろうかと、常に自分自身に問いかけ、もえぎ野が入居者様の「家」に近づけるように日々努めている。地域とのつながりを大切に考え、保育園などと一緒に行事を行うなど、地域との触れ合いに努めている。また、家族会を通じて、家族と一緒に入居者様の生活を支えて行けるように、日々努力しています。

【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）】

ここ1年間で頑張ってきた事は、職員の育成に関し、先ず職員に任せ、それを見守り、自分達で考えられる様にした事である。例えば、飾り付けの制作も自分達で考え、少しずつ工夫できるようになってきた。介護計画の目標も利用者のストレングス（強み）を調べて立案できるようになり、これから家族へもその効果が波及する事を期待している。また、従来の会議では、聞いているだけで受身的になりがちだったが、今年度から、ユニット会議という形に変えて、2か月に1回、職員が講師役となって研修を実施する形になった。人前で話すことの難しさを知り、聞く耳を持ってもらう。先ずは、ユニットの仲間に喋ることから始め、例えば、報道された介護事故を題材にしながら、自分達の日々の取り組みを真剣に聞いてもらい、自立支援を後押しする職員の資質向上に繋げている。一方、地域行事には定期的に参加しているが、地域との関わりは少し薄れてきている事を懸念している。利用者の介護度が重くなり、関わりが難しく、空間的な拮抗が狭くなってきているのが課題である。前年度から個別外出も進めてきたが、重度な方はその日の体調に影響され、困難な場合もある。

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	「笑顔とぬくもりの中でそして家族として・・・」という法人理念をもとに、毎年ユニット目標を作り、管理者と職員は実践し年度末には目標の評価を行っている。	代表者が開設時に掲げた法人理念を基本に、各フロアでユニット目標を策定し、毎年その達成を評価し、次年度に繋げている。また、その目標に沿って、各職員は個人目標・行動指針・半年後の目安を作成し、事務所に掲示すると共に、半期毎に管理者と面談し、その達成度合いを振り返り、実践に活かしている。	
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。	地元の行事やお祭りなどに参加することや散歩等、又地域の美容院への散髪などの外出で、地域の人々との交流に努めている。	事業所は、町内会に加入し、盆踊りなどの地域行事に積極的に関り、地域に溶け込む努力をしている。元の利用者や家族のつながりで、化粧ボランティアや大正琴などの演奏ボランティアの訪問もあり、相互交流も為されている。また、年末の餅つき行事で、地域の保育園児との世代間交流や地域の福祉専門学校の実習生の受け入れなど、一社会資源としての地域貢献も行っている。	
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。	地域包括支援センターの方々と協力して認知症アドバイザー養成講座を開催し、認知症について理解してもらうように活動している。		
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。	二か月に一回状況報告を行い、構成員の皆様から助言を頂くなど、サービス向上に努めている。	運営推進会議は、利用者・家族代表の他、地域住民代表として、民生委員・町内会長・地域包括支援センター職員・他ホーム職員と、時に近隣のスーパーマーケットの店長をメンバーとし、定期的に開催されている。会議では事業所の現況・行事報告等が、一定の意見交換と共に行われ、サービスの質の向上に繋げる努力が為されている。	議事録は閲覧可能であり、家族会総会でも報告する等、周知に努めているが、議事録の要望・助言欄の内容を見ると、必ずしも明瞭とは言えない。従って、引き続き参加可能な家族を増やすと共に、参加できない家族にも情報の共有が図れる様、意見交換の内容を具体的に記載して、中身の「透明性」を高める案など、サービスの質の向上が検証できる様にすることを期待したい。
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	事業所は、市町担当者と運営推進会議にて話し合い、市町とともにケアサービスの質の向上を目指している。	運営推進会議には地域包括支援センター職員や区担当者（年に1回）の参加があり、議事録や外部評価結果は、区担当者に持参している。また、町内会の女性会からの要望に基づいて、地域包括支援センターから依頼され、オレンジアドバイザーの資格を持つ職員が、認知症研修の講師として協力することもある。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	全体会議等で、身体拘束についての勉強会を行うことで、職員全員が身体拘束をしない取り組みを実践している。玄関など施錠は行わず、チャイムなどで対応している。	内部研修等を通じて、職員は「身体拘束をしない」必要性を認識し、基本的な対応として、身体拘束は行わず、玄関にはチャイムを設置して、日中は施錠せず見守りをしている。また、特に言葉遣いに注意を払い、言葉による行動制限を控え、言葉で環境を変えながら意識を向けていく指導を会議や日々のケアを通して実践している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	会議にて、虐待の防止について、研修。話し合いを行い、日々の生活の中で身体に傷などがない様に注意している。また、傷などを発見した時には、記録を残し職員間で共有して、原因究明や再発防止に努めている。		
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。	現在入居されている方に、成年被後見人の方がおられる。ご家族の方で興味のある方がおられたら、制度の説明などを行い利用してもらえるように支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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。	もえぎ野を事前に見学して頂き、利用者の家族の不安や疑問を言っていたき、十分な説明や理解納得を図って契約をして頂くようにしている。		
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並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。	家族会を発足し、家族会を通して要望等を言ってもらえる体制作りをしている。また、直接要望などを言ってもらえるように、契約時にも話をしており、意見・要望があれば、できるだけすぐに改善するようにしている。	年1回の家族会総会や花見会など、季節毎の家族会合同行事でも意見、要望を聞ける体制がある。例えば、家族会から事故報告の詳細説明を求められ、年間の事故状況を分析した結果、居室での事故が多いことが分かると、家族から事故防止のため扉を開放して置く提案もあったが、プライバシー保護の面から訪室頻度を増やす対応としたこともあった。	

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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。	月に一回、会議を開き、またユニット会議などで管理者に話をするなど、意見交換をしている。日頃から不満・苦情など、気軽に話が出来る様に、職員とコミュニケーションを図っている。	毎月の全体会議、隔週毎のユニット会議や、半年毎に個人目標に沿って管理者と個別に面談するなど、日頃から意見交換の出来る環境がある。そこから、日課に沿って、利用者の個別ケアのポイントを記載した「動きの手順書」を厨房横に掲示して、業務の流れの共通認識が図れるように工夫した例がある。	
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。	向上心を持てるように、ユニットの年間目標及び個人の目標を作成している。行きたい研修を聞き、希望に沿った研修に参加出来る様にしている。人事考課制度を導入し、職員のやる気を引き出す環境を作っている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	年間で研修計画を立て法人内外の研修を受けられる体制を作っている。職員の興味がある研修を聞き、希望に沿った研修を受けられる。自主勉強会として、介護福祉士・介護支援専門員勉強会なども行い、職員を育てる体制を作っている。		
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つくり、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組みをしている。	広島県グループホーム協会事業者交流会に参加し、他施設とも積極的に交流を持っている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用開始前から職員にご入居者の情報を話し、統一した対応が出来るように努めている。また、要望等あれば耳を傾け、信頼関係づくりに努め、ご家族様ともどもコミュニケーションを取り、安心して頂けるように努めている。		

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用前に事前訪問したり、事前にホームに来てもらい、説明を行うなかで、現在家族が困っている事等を聴くようにしている。入居されてからも、しっかり家族と会話をするこ とで、関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用前に、本人・家族より話を聴き、アセスメントをしたうえでサービス内容を検討している。また、定期的にスタッフとも話し合いを行う事で、今必要なサービスの検討をしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	一緒に食事をしたり行事などを行い、家族としての気持ちを持って接している。また、出来る範囲で家事を手伝っていただき、暮らしを共にする者同士として役割を持っていたい		
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置かず、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。	いつでも面会に来てもらい、家族の方と絆を大切にしてもらっている。家族会などで、一緒に行事に参加してもらい、会を盛り上げてもらっている。		
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。	知人・友人からの手紙や電話でのやり取りを大切にしている。（あまり手紙や電話のやり取りはない）知人・友人の面会も自由に来て頂くようにしているが、現在あまり来られていない。	県外に転居した家族との電話を取り次いだり、永年会っていない在米の息子との再会を切望していた利用者の思いに応えるため、親族に仲立ちを頼んで再会が実現して、本人が落ち着いた例がある。また、入居直後で、帰宅願望が強い利用者に対し、「家に帰りましょう」という介護計画を立て、昼はホーム、夜は自宅に帰る生活を2週間続け、ホームに馴染んだ例もある。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居者同士での話が出来るように、職員が中に入り支援している。家事の手伝いや創作活動を一緒に手伝っていただき、入居者同士の関わりを深めることが出来るように、支援している。		
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。	契約が終わっても、相談があれば対応し、今までの関係を断ち切らない様、対応している。		
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。	日常的なかかわりから、入居者個人の思いや希望を聞き、ご家族の方とも話し合い対応している。また、職員同士では、週に一度のカンファレンスやユニット会議などで、検討の場を設けている。	利用者毎に担当者を決め、職員は利用者とはゆっくり話す時間を作り、その方の思いを把握し、行動を理解するよう努めている。「今できる事」表を基に「出来なくなった事」も話し合い、それ等の情報は「個人ノート」に残し、職員間で共有している。それをカンファレンス等で検討し、利用者の経験や趣味を活かした役割が担えるよう、介護計画を立案している。	
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。	面会時に本人の生活歴を家族に聞いたり、本人との会話の中で生活歴や馴染みを聞かせてもらい把握し、職員間で共有している。		
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。	一人ひとりの有するストレングスについて、月に一度、職員同士で検討し、記録することで現状の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	スタッフや関係者の間で、ご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話し合いの場を設け、介護計画を作成している。	利用者毎に担当職員を決め、随時、職員間で話し合いをしながら、モニタリングを実施している。家族・医療等の関係者の情報も含め、介護支援専門員で集約し、カンファレンスを行い、3か月毎に計画の見直しに繋がっている。家族に在宅介護の思いはあるが、嚥下困難で重度なため、ゼリー食で対応し、状態が安定したら裏庭外出から始め、近所の自宅へ外出計画の事例もある。	
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。	個別のノートがあり、入居者の状態や様子、言動など、気になったことを個別ノートに記録している。カンファレンスなどに使用している。職員は業務に入る前に記録を読み、情報の共有に努めている。		
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。	ご本人やご家族様の要望に、出来る限り対応したサービスやケアを行えるように取り組んでいる。		
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。	ピアノ演奏・化粧ボランティア等の、地域ボランティアの方に、月一回程度来てもらっている。地域の保育園の方にも話を行い、（餅つき会などに参加してもらっている。）地域とのつながりを大切にしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	隔週、協力医の往診がある。電話での連絡は、24時間取れるようになっている。かかりつけ医より指示があった場合は、総合病院などで適切な医療を受けられるように支援している。	入居前のかかりつけ医の受診継続が可能であり、通院の際は家族の付き添いが原則となっている。ユニット毎に隔週、近くの協力医の往診があり、迅速な対応が可能である。医療情報はケース記録や連絡ノートで共有している。定期的に協力歯科医の往診もある。認知症についても、協力医が「もの忘れ・認知症相談医」（オレンジドクター）であり、対応可能である。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	もえぎ野内で看護師を確保し、日々バイタルチェックなどを行い、入居者の健康状態の把握に努めている。入居者の気づきや異常時などの場合は、看護師に報告し適切な対応、指示をもらう様に努めている。早期発見・早期治療に努めている。		
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、また、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。又は、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。	入院時、病院の看護師としっかり情報交換を行うようにしている。入院中も面会など行い、関わりを継続している。退院後も継続してかかりつけ医と連携して、治療してもらえるようにしている。		
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。	重度化や終末期についての対応を検討しているが、今現在、そのような方はおられない為、実施していない。	利用開始時に、「重度化した場合及び看取りに関する指針」にて基本的な方針を説明し、了承を得ている。重度化した際には、本人・家族・医師等と話し合いを行い、できる範囲で適切な支援を行う考えである。看取りについても希望があれば関係者と相談をして、看取りをする方針である。ただ、看取りの経験がないため、医療との連携や、職員研修への取り組みを検討している。	
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。	急変時、事故発生時に備えて訓練を行っている。（AED使用法、救急蘇生法など）現時点で、職員全員が実践力を備えているとは言えない。年に1回以上研修を確保している。		
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。	年2回、防火訓練を行っている。事務所に避難経路や消防に通報する設備を備えてある。地域の方に参加要請を行っているが、参加には至っていないが、災害時における協定書を地域の町内会と結んでいる。	年2回、避難訓練を行い、1回は消防署も立ち会い、1回は運営推進会議の開催日に実施し、会議参加者に訓練の評価を受けている。利用者の参加や車いすの使用、時間や火元を伏せて実施する等、実践的な内容となっている。また、地域住民にも避難訓練への参加要請を行うと共に、町内会と防災協定書を交わし、災害時には避難通報をしてもらえる施設となっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
36	14	○一人ひとりの人格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。	職員一人ひとりが、入居者個々の特性を理解し、人格を尊重する意識を持った言葉かけが来ている。	寛いだ雰囲気でのコミュニケーションを大切にしつつ、特に「言葉による行動制限」は「目に見えない拘束」となり、言葉かけには気をつける様、指導している。内部研修を実施すると、しばらくは意識できるが、職員の理解度に応じ、不適切な対応に対する指導や、望ましい対応を「意識」できる職員育成に取り組んでいる。	
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。	入居者によっては、希望を表したり自己決定を行ったりすることが難しい方もおられるが、思いに沿った働きかけを行えるように努めている。		
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し、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。	職員側の都合で動いてしまうときもあるが、なるべく本人のペースで生活して頂けるように努めている。		
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。	本人の意思を尊重し、身だしなみやおしゃれについて、希望があれば添うようにしている。		
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。	コミュニケーションを取りながら、入居者と職員と一緒に食事を取り、出来る人に調理補助や食器、お盆拭きを手伝ってもらっている。	料理本等を参考に、利用者と共に献立を考え、運出職員が近くのスーパーで食材を調達している。出来る利用者には、調理やお盆拭きを手伝ってもらいながら、職員による手作り料理を提供している。裏の菜園で作った根菜類が、食卓を賑わすこともある。また、エコストーブを購入して、羽釜で炊飯を楽しんだり、仏料理のミキサー食もできるホテルへの外食計画も進行中である。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事の量は、2週に1回の体重測定をおこない、管理している。盛り付けも、本人の状態を見ながら盛り付けている。水分補給は定期的に行い、水分量が確保できるように努めている。		
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に、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。	毎食後、声かけを行い、口腔ケアを行ってもらっている。また、歯科医・歯科衛生士に訪問してもらい、専門的な診療や口腔ケアを定期的に行ってもらい、口腔内の清潔保持に努めている。		
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向けた支援を行っている。	1日を通し、トイレに行った時間、回数など記録し、把握している。声かけを行い、トイレで排泄ができるようにしている。	1か月間、様子観察をして、トイレ誘導の声掛けのタイミングを掴み、夜間の良眠に繋がった事例がある。また、入居時、紙おむつ・リハビリパンツ・パッドだったが、日中、パッドが濡れてないため布パンツに改善した例もある。更に、壁で頭を打つリスクのある方には、二人介助で対応したり、便座からの転落防止のため、軽量の四脚台を制作する等、環境整備に取り組んでいる。	
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。	起床時、食後などは便意の有無にかかわらず、トイレの声かけを行っている。食物繊維のあるものを、食事に取り入れ、便秘時には、ドクターに相談して、排便コントロールを行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的に、一日置きに入浴してもらっているが、体調、安全を考慮した上で、その人希望のタイミングに合わせて、入浴を楽しんでもらえるように努めている。	隔日で午後の入浴を基本とし、状況により臨機応変に対応し、利用者の体調や入浴習慣に合わせ、好みの入浴温度や時間で対応している。夜間良眠や、床ずれ対策としての足浴やシャワー浴での対応もある。入浴は家庭浴槽での個人浴となっており、脱衣室のベンチや冷暖房で環境整備も図られている。季節によっては、柚子湯などにより、入浴を楽しめる工夫も為されている。	

自己 評価	外部 評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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。	居室にはベッド、フロアにはソファなど、休息出来る場所を作り、好きな時にゆっくり休んでもらえるようにしている。夜間は居室の温度・湿度を管理し、気持ちよく眠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。	配薬マニュアルを整備し、意識付けをすることで、誤薬がないように努めている。症状の変化については、ケース記録に記入し、職員間での共有や看護師・ドクターへの報告が出来るようにしている。薬の効能や副作用について全員が理解しているとはいえない。		
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。	毎月、行事など行う事で、日々の楽しみを持ってもらえるように考えている。入居者の有する能力を活かし、家事手伝いや創作など、役割を持っていただいている。		
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。また、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。	ご本人の希望を聞き、家族の方の協力のもと、外出が出来るように支援している。個人外出を企画し、ご本人の希望に沿った外出が行えるように努めている。	踊りの好きな利用者には大衆劇場での観劇など、本人の希望を基に、家族の協力も得ながら個別外出支援も行っている。また千羽鶴寄贈の帰りに寄ったラーメン屋で、普段は自力で食べない方が、自力で完食される姿を目の当たりにする事もある。季節の外出行事として、造幣局での花見会、ホテル狩り等、またグループで大型商業施設に行き、買い物や食事を楽しむこともある。	
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。	本人から要望があった場合、スタッフが持ち出して使用している。ただ、入居者1人で使ったり、所持したりしてはいない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	本人から要望があれば、ご家族に電話を出来るように取り組んでいる。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	各居室の前、トイレなどには手作りの表札をかけたり、季節を感じられる様に飾りの壁紙作りを一緒に行っている。	広々とした居間兼食堂の共用空間には裏庭から清涼な風が吹き込んでくる。各居室には手作りの表札が並び、壁には「父の日」に向けて職員と一緒に作った、ひまわりの飾りが貼られている。居間兼食堂の掃除機掛けやモップ掛けを日課とする利用者や裏庭の草の水やりを日課とする利用者もいる。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。	
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。	ソファやテーブルを置き、入居者同士がゆっくり話が出来るように、努力しているが、共用空間に、独りになれる空間はないのが現状である。		
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。	家で使っていた家具などを、それぞれの居室に置き、大切な写真やアルバムなどにより、その人にとって馴染みの空間作りを行っている。	各居室には、ベッド、エアコン、カーテンが設置され、利用者は使い慣れた物や家族の写真、酒屋のレトロなポスター等、好みの物を持ち込み、居心地よく過ごせるよう工夫がなされている。また、自分で整理が難しくなった方のタンスの引き出しには、品目毎にシールを張って、分り易くしている。転倒の危険性がある人には、センサーマットを敷いて、転倒防止を図っている。	
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」や「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。	入居者が出来る動作等は、出来るだけ自分でやって頂いているが、時々それが出来ていない事がある。		

Ⅴ アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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、安心して暮らせている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームもえぎ野

作成日 平成27年7月6日

【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	3	運営推進会議を2カ月に1回行っている。議事録も事業所にて閲覧できるようにしているが、事業所に来ないとみることができないようになっている。活動内容を知ってもらっていない。	全入居者の家族に運営推進会議の内容を周知し事業所が行っている活動内容を知ってもらう。	運営推進会議をこなった際、全入居者の家族に運営推進会議の資料及び議事録を送り内容を知ってもらう。	3か月以内
2					
3					
4					
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には，自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は，行を追加すること。