

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	2394800045		
法人名	株式会社 祐理		
事業所名	グループホームぴいす		
所在地	愛知県豊明市栄町大原31-1		
自己評価作成日	平成26年1月3日	評価結果市町村受理日	平成26年4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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人なごみ(和)の会
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5
訪問調査日	平成26年3月5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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のできること・できないことを見極めて、できないことをあきらめるのではなくどのようにしたら出来るかを共に考え自立を支援します。 ・地域の行事に積極的に参加している。 ・朝ごはんの時間が個人に合わせている。 ・外出が多い。 ・看護師は常駐していないが医療機関とは常に連携している。 ・施設が明るく、広く開放的で施設することなくオープンな施設である。 ・清掃が行き届いている。

【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)】

<p>「個別ケア」「柔軟なケア」「地域ケア」の理念を基に、びいす観察記録簿に短期目標を記載して個別のケアの支援を行い、焦点情報(できる事、できない事シート)を把握し、心身の情報(私の姿と気持ちシート)不安、苦痛、介護への願い、要望、嬉しいこと、楽しいことを理解し柔軟なケアに取り組み、豊明のアクティブ シニアクラブに登録を行い、週1回裁縫、将棋の相手などの訪問があり、地域のケアの支援を行い理念に沿った支援に努めている。年2回、家族を交えて食事会(飲酒)を行い交流を深めている。入居者担当制であるが、ひとり、一人を把握し、統一した支援に取り組んでいる。又、入居者同士のトラブルがあった場合は提案ノートを利用して、席の変更などで対応している。平成24年開設ではあるが、入居者とコミュニケーションの機会が多い、一生懸命取り組んでいると家族から、評価がある。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 利用者や職員が、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拡がったり深まり、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、生き活きと働いている (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	職員全員が理念を理解し、それに基づいたケアができるように心がけている。	「個別ケア」「柔軟なケア」「地域ケア」の理念の基、個別ケアではセンター方式を活用して、入居者のできる事、できない事を把握し、日常の家事を入居者の意思によってに行えるように清掃道具を様々な場所に配置する等の工夫がある。食事の時間など体調、状態をみて時間を変えるなどして柔軟な対応をしている。	
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	日常的には近隣の学校の生徒から挨拶をされたり、地区の運動会や文化祭に参加し交流が図れている。	町内会に加入し、町内の運動会、文化展(入居者の作品を出展)に参加している。地域の清掃、マラソンなどの参加も行っている。隣接の幼稚園の園長とは親交があり、運動会、文化祭の見学に行っている。ホームの防災訓練に地域住民の参加がある等、日頃よりホームの取り組みについて理解を得られるよう努めている。	
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	運営推進会議で近隣の方を読んだり、玄関先にもポスターを張るなどしている。しかしこちらからの情報提供はこれからである。		
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	毎回発表者を変えて行い、行政・家族等に報告し話し合いの場を設け次のステップにつなげている。	2ヶ月に1回開催し、メンバーは、高齢福祉課担当者、近隣ご家族、町内会長、入居者等で構成されており、市の高齢福祉課は毎回別の担当者の参加がある。会議でパワーポイントを使用し、分かりやすく、行事報告、ヒヤリハット報告、外部評価報告等の他、ホームの安全面についての質疑応答や、行事参加の呼びかけ等様々な意見交換が活発に行われ、参加者意見を運営に反映している。	
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	・市役所開催のケアマネ講習会等の参加。 ・市役所に疑問点があれば定期的に相談しに行っている。	年2回、市役所主催のケアマネ講習会(計画担当作成者、管理者)に参加し、内容を周知して、勉強会を行っている。諸手続き、疑問点があれば訪問、電話で相談をしている。運営推進会議の日程は町内会長、市役所担当者へ手渡しで行っている。又、月1回の介護相談員の来所がある。	
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	全体会議でも勉強の場を設け受けしないケアに取り組んでいる。 ・スピーチロック等の勉強会も行い、気づかずに行っている事もあるため注意するようにしている。 ・玄関のカギはかけずに自由な暮らしをしている。	現認の職員は年間研修で拘束について勉強会を行っている。スピーチロック(言葉での制止)は気づかずに行っている場合もある為、その場で管理者が注意している。不穏な状態な入居者に対して、細目にミーティングを行い不穏の原因を探り、入居者の話を傾聴、時には散歩で気分転換を図る等対応を工夫している。又、新人職員には100時間(1ヶ月程度)の研修の中で、身体拘束をしないケアについて指導を行っている。	
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	・勉強会を行なっている。利用者の身体に変化がないか常に気を配っている。 ・入浴時に皮膚観察を行なっている。 ・少しの傷や打ち身等、記録やヒヤリハットで確認している。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> 対象となる利用者がいないため学び機会が少ない。 自主的に研修会等参加したい。 研修にいったり学んだ。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 契約時に内容を説明し納得している。 疑問等は丁寧に答えている。 時間を作って家族と面談している。 今後はその職員でも対応できるようにしたい。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議等で行っている。 全体会議でも共有が行われている。 ご家族に面会に来た時に聞くように努めている。 意見に対してはすぐに運営に反映できている。 	面会時、運営推進会議等での聞き取りの他、家族との交流をはかる為、年2回食事会(バーベキュー、バイキング)を行い、意見・要望を言いやすい機会を設けている。また、家族宛ての毎月の請求書送付時には、入居者個々の様子を家族連絡表に一行日記として入居者の発したそのままの言葉を交えながら記したものを同封し、入居者の様子を分かりやすく伝えている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> 月2回の会議で意見・提案を吸い上げている。 提案ノートを活用している。 休憩時間等でも話をする機会を設けている。 その都度意見を聞いてもらっている。 意見・提案が反映されている。 	月1回の社員会議では主に運営全体について話し合い、月1回の全体会議では、事前に意見提案ノートに記入された内容について、話し合い、ケアの統一を図っている。申し送り時には入居者の日々の状態の変化(健康状態、ケアの方法、使用している介護用品の変更等)について、職員の気付きを全体で共有し、運営に反映させている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> この意見に耳を傾け職場の環境を良くしようとしている。 融通がきき、子供がいても働きやすい環境。 管理者とは信頼関係が築けている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 掲示板に外部研修や情報が掲示されている。 各職員に担当をもたせ伸ばせる環境つくりになっている。 常勤は目標管理シートを定めている。 研修計画がある。また伝達研修も行われている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ホームページを作成し公開している。 他のGHに訪問をした。また他の施設の方の訪問もあつたりする。 管理者が主に他の施設の方と交流をしている。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・基本情報、入居者の面談も実施されスタッフ間でも共有している。 ・毎月のカンファレンス前にもモニタリングがされて本人の安心に努めている。 ・センター方式を導入して更新もしている。 ・本人の住んでいた生活や環境等にも配慮している。 ・利用者の目線に立って傾聴している。 ・個々にじっくり話す時間はつれていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の要望・関係づくりには努めている。 ・家族通信等を発行している。 ・施設に家族がよく訪問したり、電話での相談もしている。 ・家族の訪問には必ず会話をし近況報告をしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントを実施してその都度対応している。 ・家族に情報をもらいその方にあったサービスを提供に努めている。(宗教等) 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人のできることはして頂き、困ったときは職員が介助をして関係を築けている。 ・介護するばかりではなく利用者からも教えてもらい良い関係づくりができています。 ・できること・できないことを見極めて自立支援している。 ・人生の節として経験豊富な面では教えてもらっている。 ・言葉使いには注意している。 ・和やかな生活が送れる場面づくりをしている。 		
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	入居者・ご家族交え話ができている。ご家族の要望やこちらの考えも提案し本人を支える関係を築いている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・なじみの方も良く来たり、なじみの場所によくいってる。 ・お寺の朝市やお参りによくいっている。 ・朝市等に参加している。 ・交通機関を利用し地域を回った。 	センター方式を活用し、職員間で馴染みの関係の情報共有をしている。家族、知人、民生委員、区長の来所がある。お寺参り、九の市などの馴染みの関係の支援を行っている。又、新たな馴染みの関係は同法人の喫茶店、散歩を兼ねて近隣のお好み焼き店、大高緑地へのドライブや市内を巡る公共のバスを利用し買い物に行く等、馴染みの関係の構築にも力を入れている。	
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	協同で作業してもらえるように努めている。相性の良さを把握してグループを作っている。		

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
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	過去1名退所されているが、過去に家族に情報を聞いた依頼は連絡をとっていません。		
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	センター方式を使用して把握に努めている。ご家族の要望も聞き、計画を立てている。日々のサービスの中でも把握している。	入居の際に本人・家族から思いや意向の聞き取りを行う他、職員一人に入居者一人の担当制にし、センター方式を活用し、日々の会話や関わりの中から新たに入手した情報は更新され、職員間で共有し把握に努めている。	
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	センター方式生活史を使用して把握に努めている。ご家族の要望も聞き、計画を立てている。介護記録から把握している。		
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	・出勤したときに情報交換してその日の体調にあわせたサービス提供をしている。 ・過去の介護記録を参考にしている。 ・できることやしたいことには表にしている。		
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	・介護計画・モニタリングは着実にやっている。 ・ケアマネが介護職員と共有して作成している。 ・皆から情報収集して作成している。 ・今後職員間での共有が課題。 ・ご家族の意見も反省されている。	介護計画の見直しは、3ヶ月に1回行っている。日々のモニタリングからケアの方法を変えて支援を行い、ケアプランに変更があった場合は全体会議では話し合いを行っている。入居者の状態に変化があった場合はその都度見直しを行い、家族の要望を聞き取りながら、作成している。	
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	・食事・水分量・排泄・バイタル日々の言葉等記録している。 ・時系列でセンター方式24時間シートを応用している。 ・提案・要望ノートを取り入れて意見を反映させている。		
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	・その方の生活史に合わせ喫茶店、その他マンネリ化しないように新しい外出先にも出掛けている。 ・イベントにも職員会議で時間をかけて行う。 ・通院等必要な支援をしている。		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園・地域の行事には参加している。 ・散歩を行なって季節感を感じてもらっている。 ・地域のお店に行くようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医等の受診支援は的確にできている。職員の質問にも的確に答えてもらっている。 ・往診で対応をしている。 ・病院希望にも個別に対応ができています。 	<p>協力医は月2回の往診があり、月1回の歯科の往診、口腔ケアは月2回である。他科受診は家族に連絡を行い、事業所対応で支援しているが、時間のかかる受診は家族対応である。緊急時は協力医、看護師と24時間連絡可能な体制がある。誤薬防止の為、朝、昼、夕と色分けした服薬ボックスで管理している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護が入っているので看護師に聞きやすい環境になっている。 ・電話連絡も密にとれるようになっている。 ・週1回の訪問や電話連絡がとれるので疑問点は解決できている。 		
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、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・往診から入院になったケースもあり比較的スムーズに入退院でき、病院のケースワーカーとも密に連絡がとれた。 ・退院の把握や食事の方法等を主にきくことができた。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・状態を見ながら家族と相談してケアプランに盛り込む。 ・重度化した場合はできる限り施設でみれるようにしたい。 ・重度化した場合の方針は明確にしている。 ・管理者がセミナーの参加をした。 	<p>重度化した場合の方針については、契約時に家族・本人に説明を行い同意を得ている。実際に終末期を迎えた時には、その時々話し合い希望を聞き取るようにしている。要望があれば事業所でも対応できる限りの支援に努めている。又、管理者が看取りの研修に参加している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一部救急救命講習受講 ・事務所に手順書がある。 ・管理者が消防署の研修に参加し伝達研修を行なった。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・避難訓練を定期的実施している。 ・近隣のかたを呼んで訓練内容を見てもらった。 ・夜間設定での訓練も年1回は行っている。 	<p>年2回(夜間想定1回)避難訓練を行っている。駐車場まで避難を行っている。地域の避難場所、経路は確認済みである。非常ベルを実際に使用して訓練を行い、火災報知器、通報訓練、消火訓練の訓練も行っている。又、管理者が健康運動指導士の資格があるので、職員は定期的に心肺蘇生法、救命措置訓練を行っている。10食3日分の水、食料の備蓄がある。</p>	

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	<ul style="list-style-type: none"> ・常に年長者としての敬意を忘れずにしかし、アットホームな雰囲気を作り、尊厳やプライバシーを守る生活が送れるようにしています。 	<p>名字、名前に「さん」付けであるが、入居者が認識しやすい呼び名の時もある。接遇に関しては馴れ合いにならず、お客様(家族のようで家族ではない)ので敬意を表し、自分の感情で話さない。生活歴の把握をする。守秘義務の徹底と申し送り時などに、入居者の氏名は言わない。又、家族の許可、同意をとり、Face Bookを活用している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が選択できるような言葉かけをしている。 ・決めることが難しい時はクローズな質問をしている。 ・時間の融通も聞くようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々のペースに合わせている。 ・日課は決まっているがなるべく本人のペースに合わせる。 ・日常の中で自己決定ができ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	<ul style="list-style-type: none"> ・洋服を買いに一緒にいき、服を選んでもらっている。 ・2か月に一度理美容の訪問がある。 ・出掛ける時にも一緒に服を選んでいる。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の会話から好みを聞いたり。家事もほとんど一緒に行っている。苦手なものは品を変えたりしている。 ・食材も豊富にそろえ喜んでもらえるようにしている。 ・外食も多く楽しみにしていると思う。 	<p>献立はその都度、食材を見ながら、話し合っ決めていく。2日に1回交代で、農協、9の市、スーパーで買い物をしていく。10時のおやつは水分補給をして、3時のおやつはホットケーキ、かき氷、たこ焼き、おこしもち、クリスマスケーキなど工夫して調理している。又、外食は回転ずし、お好み焼きなど、テイクアウトの弁当など、頻度が多い。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事量・水分量・尿量jを個人記録に記載している。それを基に共有している。 ・スタッフが食べる量を理解して食事には時間をかけて作っている。 ・おやつ時間を多くして水分を多く取ってもらうようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・夕は行う事ができている。 ・寝る前の歯磨きの声掛け、訪問歯科の定期的な訪問をしている。 ・まだ全員ができていない。 ・日々の毎食後の口腔ケアを確立されていない。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄表を記載して行動パターンを把握している。 ・自尊心を傷つけないように、時間・場所を考え誘導している。 ・朝・夕の申し送りができている。 	排泄チェック表は職員が記録し、排泄カレンダーは入居者が記録している。自立の入居者は付き添うが、口頭確認を行っている。個々の排泄の時間帯、排泄のパターンを把握して立位訓練を兼ねて、トイレ誘導を行っている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排便カレンダーが個々の部屋にあるがまだできていない。 ・散歩・体操など毎日体を動かしている。 ・水分も多く取り入れるようにしている。 ・医師の指示の下、服用の指示をもらっている。 		
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ず、個々にそった支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・1日おきに入浴されている。 ・時間等は本人の希望を比較的合わせている。 ・順番は入居者の希望になっている。 ・ADLが低い方も湯船に二人で介助する等に対応している。 	入浴は2日に1回午後の時間帯で行っている。希望する時間帯は対応可能である。記憶障害のある入居者が、声掛け、2人介助で浴槽に入れるようになった。足拭きマットはその都度交換(吸収性のある)入浴後は好みの物で水分は好みの飲み物で対応している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・布団を定期的に干している。 ・眠ったまま・起きたままにならないように生活リズムに気を配っている。 ・声掛けを多くして気を配っている。 ・日中でも疲れている方は休んでもらっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・勉強会を行なうなどして、薬の理解を深めている。 ・朝・昼・夕と薬の箱を分けて誤薬がないようにしている。 ・服薬すればそばについてみている。 ・複数の職員で薬のセット状況を確認している。 ・ファイル一覧表で把握をしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の会議での見直し、日々職員同士がこうしたいと話している環境にある。 ・外出・外食を積極的に行っている。 ・月のスケジュールを組んでいる。 ・趣味や昔したことを参考にできることの可能性をひろげていくようにしている。 		
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支援している	<ul style="list-style-type: none"> ・施設周辺の散歩は習慣化している。 ・入居者の要望を聞き、遠方の外出も行っている。 ・散歩・買い物は日課となっている。 ・車での外出も入居者には好評。 	個別の外出レクリエーションでは、大高緑地公園(梅、桜見物)、大蔵池(桜見物)、喫茶店、カラオケ、買い物など、行っている。事業所周辺の散歩、食材の買い物は日常の外出で習慣となっている。高速道路のインターチェンジが近い立地条件である為、刈谷市のハイウェイオアシスへ行っている。入居者の希望、馴染みの外出支援に努めている。	

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	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・少額をご本人管理その他はホームで預かり必要な時にお渡りする。 ・買い物に出掛ける際は自分で支払いができるようにしている。 ・ご自身で支払いをしてもらっている。 			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の希望に応じ電話できるようになっている。 ・年賀状の支援もしている。 ・電話の横に貯金箱を設置している。 ・電話番号が分からない場合は調べてあげる。 			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ものがあまりなく清潔感はある。 ・空間が広々しており使いやすい。 ・整理整頓されており清潔感がある。 ・クリスマス・お正月の飾り等季節によって変えている。 ・聞きなれた音楽がかかっており良い。 ・居室にネームが飾られておりわかりやすい。 	<p>玄関には、町内の文化展に出展した作品が飾られ、リビングには季節の飾りつけがある。多目的スペースはオイルヒーターの設置がありメダカを飼育している、入居者が餌やりを行って飼育している。畳コーナーでは段差がある為、腰掛で裁縫をするなど、活用している。隣接の畑で野菜を栽培している。</p>		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ソファ席・テーブル席等状況に応じ座席を移動ができ工夫されている。 ・一人になれるスペースも確保されている。 ・新聞・雑誌もとりにやすいように配置されている。 			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で使用されていたものを持ってきている方もいる。 ・居室にといれもありご家族の面会時をゆったり過ごされている。 	<p>居室入口には、手作りの表札があり、入居者が認識できるよう配慮がある。洗面台、トイレ、エアコンの設置がある。ペットは希望があればレンタル可能である。仏壇など馴染みの物の持ち込むことができる。濡れタオルで乾燥対策を行っている。又、視力低下の入居者が居室内のトイレの取っ手にカラーテープを貼り認識できるように、支援に努めている。</p>		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・できることリストを作成して支援している。 ・なるべく歩行状況をつくるようにしている。 ・手すりが多いため歩けるように工夫されている。 ・一人でトイレいけるように個室に設置している。 ・スペースが広いので歩きやすい。 			

(別紙4(2))

事業所名 グループホームびいす

目標達成計画

作成日: 平成26年4月17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	35 (13)	年2回消防訓練を行なっているが職員によっては消火、通報を忘れてしまって避難させたりと適切な避難が出来ていない。	消火、避難、通報が一人で避難させる時も同時に進行ができるようにする。	年2回の消防訓練 自主消防訓練の実施 スタッフミーティングを実施する。	6ヶ月
2	33 (12)	現在までの例はないが、職員によっては経験不足の為、入居者様の重度の体調不良者がいると不安になりあせってしまい、対応ができないこともあった。	入居者様の緊急時も全員が適切な対応できるようにする。	外部研修に複数の職員の受講 スタッフミーティングを実施する。 緊急時の対応について共有する。	6ヶ月
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、行を挿入して下さい。