

### 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	2392500266		
法人名	株式会社アバンセライフサポート		
事業所名	グループホームこころ春日井 1階		
所在地	愛知県春日井市下市場町4丁目13-8		
自己評価作成日	平成25年3月7日	評価結果市町村受理日	平成25年5月2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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2392500266-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2392500266-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年3月30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)】**

メディカルガーデン春日井の敷地内には、泌尿器科内科クリニック、歯科、調剤薬局等があることで健康面に関しては安心して生活して頂ける環境下にあるグループホームです。利用者様の健康に関しては 1日1回は笑うことで免疫力を高められるように職員一同笑顔の介護に努めています。外部から見学や面会に来ていただける訪問者から「ここは明るくていいとこだね」と言っていたるまでになってきました。

**【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)】**

ホームは、開設以来、地域との交流に力を入れてきており、地域の行事への参加をはじめ、地域で行われている災害訓練に利用者職員が参加しており、地域の方との交流をはかっている。さらに、新聞で、地域の高校の生徒によるボランティアグループによる活動や地域のお寺で定期的実施されている「お寺カフェ」の活動が、記事として掲載された際には、ホームからその学校やお寺に直接問い合わせている。その結果、高校生がボランティアとしてホームの活動に参加してくれたり、月1回、利用者が「お寺カフェ」に出かける行事が実現している。また、当ホームが建っている敷地には、同一法人の運営による有料老人ホームをはじめ、泌尿器内科の医療機関、歯科、薬局も開設されていることで、利用者、家族にとって、医療面でのサポートが受けられることが特徴である。

**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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きと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、活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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	グループホーム理念と運営理念は毎朝、ラジ体操前に利用者、職員が全員そろって唱和を実施している。理念に基づいた介護を基本に日々のケアに努めている。	ホームでは、開設に合わせて管理者と職員でつくりあげた理念を、毎朝行っている利用者の体操時に、利用者と一緒に、理念を唱和している。職員は、理念に掲げている5項目の実践に努めている。	
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	地域主催の防火訓練・夏祭り・弘法様等に参加したり、校区内の小学校が福祉教室で訪問があり交流を楽しんでいる。	ホームでは、公園で利用者と中学生との交流の機会をつくったり、新聞記事から管理者が連絡を取った結果、地域の高校のボランティアグループとの交流会が実現している。また、地域の行事や災害訓練への参加や小学校との交流も行われている。	
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	認知症ケア専門士が相談に対応できるポスターを玄関に掲示してある。認知についてご家族や面会者の相談にのったり、対応の仕方等を分かりやすく説明をしている。		
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	運営推進会議を2ヶ月に1回実施している。参加者として、利用者・ご家族・介護保険課職員・市議員・民生委員・町内会長・地域包括支援センター等から意見や地域の催しの情報を頂く。	会議を日曜日にも開催していることで、複数の家族の参加が得られている。会議では、ホームでの取り組みを細かく報告して意見を頂き、相互に話し合いを行いながら、より良い運営に繋がるように取り組んでいる。	
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	月に1回介護相談員が利用者全員から要望や思いを聞き取り報告を頂いている。運営推進会議参加の案内を介護保険課に届ける時に介護保険に関する疑問があるときには相談している。	管理者は、運営推進会議の報告書を直接、市担当者に手渡しすることで、定期的な情報交換に繋げている。さらに、市内の事業者連絡会が行われた際には、職員がホームの状況を報告して、情報交換に繋げている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	玄関施錠は行っていないが、夜間のみ施錠を行う。車いす対応の利用者様には、車いすは移手段と理解していただき必ず椅子に座り直してもらっている。	ホームでは、身体拘束をしないケアに取り組んでおり、玄関の施錠を行わず、窓も全開でき、利用者にとって圧迫感のない生活を目指している。また、ベッド柵の取り扱いについても、家族と話し合いを重ねながら対応するように取り組んでいる。	
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	言葉がけにも注意を払い、どのようなことが虐待になるのか説明を行っている。		

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
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	利用者ご家族が成年後見人になっておられることで運営推進会議で成年後見人になりたいきさつ等話をさせていただき地域包括支援センターの方より説明の足りない分補足をさせていただいたりして勉強している。		
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	重要事項や契約書を全文口頭で読み上げたのち、分からないことや疑問に感じていることをお尋ねして納得してもらっている。		
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	ご家族が面会に来られた時に、状況報告を心がけている。利用者様との会話の中で要望を聞き取るように心がけている。	家族会は行われていないが、ホームの行事(夏祭り、クリスマス等)を通じて、家族との交流をはかっている。家族の訪問時には、主に、管理者、リーダーが対応して、意見や要望の把握を行っている。また、ホーム便りを年6回発行している。	
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	会社に対しての意見箱が設置してあることで、職員が要望を伝える機会がある。意見箱は施設長会議時に社長から回答がもらえるようになっている。	ホームには、職員が法人に対して意見が出せるように意見箱が設置してあり、箱の鍵は、法人の会議の際に開ける仕組みになっている。また、管理者も日常のケアに入っていることや個人面談も実施されており、職員一人ひとりの意見の反映に努めている。	現状、職員の離職率が高く、管理者や現場の職員は、常に人手不足を感じている。今後、現任の職員や新人の職員が魅力を感じる職場風土を創りあげていく事を、法人と検討しながら、取り組んでいく事に期待したい。
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	自己申告書兼考課表を導入し、職員ひとり一人に自己申告や考課表にて自己評価してもらい一次評価者・二次評価者によって評価を行うことで各自の向上心や条件整備を行っている。		
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	無資格で入社してきた職員は他の職員の介助方法を見て介護の知識の必要性を感じ、資格習得講習に出かけている。		
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	他のグループホーム管理者と職員がどのようなケアを行っているのか情報収集に来たり、こちらから出かけてケアの方法を取得したり交流を行っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	毎日の行動を把握したり、言動や顔色等を観察することで言葉がけを行い、何に対して困っているのか、何をしたいのかを読み取るように心がけている。不安なことに対しては解決できる関係づくりができています。		
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	入所見学に訪問される段階から、不安や何に困っているのかを話していただける関係づくりに心がけている。		
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	ご家族が介護保険に関しての情報が少なく、介護保険制度の説明を行ったり、介護保険でできることとできないことを説明し納得して頂くことでどのような介護が必要か理解してもらっている。		
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	利用者様のできることや、これはできるということを毎日の生活の中で把握している。「これは私がやるからいいよ」と言う言葉がいただけるようになった。		
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	毎日面会にお見えになるご家族や、面会に来られない時には電話連絡があり、心配しないように言づけて欲しいと伝言があったりする。イベント等でご家族が面会に来れる機会を作っている。		
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	かかりつけ医に受診時や地域のイベントに参加をすることで、近所の方やお友達に合う機会が多く世間話等をされる。	ホームには、利用者と同じ趣味を持っている友人が訪ねてきて交流したり、馴染みの喫茶店に出かけている方もいる。さらに、家族との外食や買い物、法事等に出かけている方もいる。また、正月に自宅に戻って、親族と過ごした方もいる。	
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	利用者様が一つの家族になってきている。体調の悪い時等、お互いの体を心配したり背中をなでながらいたわりの言葉が出てくる。		

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	移動された施設へ面会に出かけた時に、施設職員に最近の様子を伺ったり、入院されたらお見舞いに出かけたりしている。		
<b>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</b>					
	(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	ご本人の意向やどのようにグループホームでの生活を希望されているのか、常に聞く耳を持つようにしている。検討事項があれば、出勤している職員でカンファレンスを開き希望に沿うように努めている。	家族との話し合いでは、利用者の現状を話しながら、どのような生活が良いのかを聞きながら情報を集め、アセスメントに繋げている。また、職員が把握した情報については、月1回のユニット毎の会議でも話し合われており、情報の共有に努めている。	
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	入所時に今までの生活歴をお尋ねしたり、ご利用様と日々の会話の中で情報を頂くこともある。後日ご家族様から情報確認をすることでサービス計画に生かしている。		
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	個々に身体能力が異なるので ひとり一人に合った生活を送っていただいている。お部屋でゆっくりと本を読んだり、音楽を聴いたり、利用者様同士で楽しくおしゃべりをされている。		
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	日々の様子をご家族様にお話しをしどのような生活を望んでいるのか聞くように心がけケア計画に活かしている。	計画内容は、利用者の状態に応じて、変化のある方は3~6か月で見直し、変化のない方は1年で見直している。月1回、職員間で話し合いを行う時間をつくり変化を確認しているが、モニタリングについては見直し時の時期に合わせて行っている。	
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	毎月のミーティングや個人記録、申し送り等で情報を共有することを怠らないようにし、介護計画に活かしている。		
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	高齢に伴い体調の変化がある時は、優先順位を考慮してサービス提供している。		

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	地域包括支援センターの職員より地域のイベント等の情報を頂いたり、水墨画鑑賞、ショッピングセンター、お寺カフェでお抹茶を楽しんだりしている。		
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	敷地内に隣接している歯科・泌尿器科内科に受診に出かけたり、往診に来ていただいている。先生は利用者の状態を把握しており、利用者様に分かりやすく説明をいただいている。	ホームと同じ敷地にある医療機関を協力医とし、職員の支援により受診しているが、4月より、往診に対応した医療機関を協力医に変更することになっている。また、他科受診は原則、家族であるが、必要時にはホームでも支援している。	
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	突然の利用者様の体調不良時は、隣接のかかりつけ医に相談に出かけている。		
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。	入院の場合は、かかりつけ医より紹介状を頂き適切な治療が受けられるように努めている。退院時は病院のソーシャルワーカーから退院の相談があり、情報提供書や看護サマリーを頂くことで退院後の介護に活かしている。		
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	入所時に説明はしているが、重度化の時点で再度ご家族様と話し合いの場を設けるようにしている。事業所でできること、できないことの説明を入れながら、かかりつけ医を交えて話し合いができるようにしている。	ホームでは、可能な限り、看取りを見据えた支援を行っていく考えは持っているが、現状は、医療行為が必要になった場合は入院、退居となっている。家族とは、重度化に関する指針に基づき、話し合いを重ねながら、ホームでの対応を考えている。	
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	春日井消防署職員を講師に迎え、心肺蘇生法・AED・気道異物除去・三角巾等の使い方の研修を受け、事故発生時には対応できるようになっている。		
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、地域との協働体制を築いている	毎年地域の防災訓練に利用者様と職員が参加体験をしている。グループホームでは、2階の利用者様には階段を利用して避難訓練を毎日実施している。	ホームでは、地域の災害訓練には参加しているが、ホーム内の訓練についてはまだ充分に実施していないため、4月に夜間を想定した訓練を実施する予定である。また、備蓄品については、ホームで利用者様と職員分の確保を行っている。	避難訓練を実施すると共に、今後、訓練を定期的に行い、夜勤を行う職員全員が参加できる取り組みを期待したい。また、隣接している関連施設との合同の訓練の実施にも期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	不適切な言葉かけがあった場合には、その場で注意を促し、排便があった時の声掛けは「生まれましたか」「安産でしたか」と笑いを促す声掛けを実施している。	管理者は、利用者の尊厳を損ねないような言葉かけや、職員には利用者と時間をかけて信頼関係をつくることを指導している。しかしながら、職員の入れ替わりがあったことで、十分に浸透していない現状を感じている。	ホームは利用者の家であり、職員は利用者の家で一緒に生活している人でもある。そのことを踏まえながら、職員一人ひとりが、利用者に対する声かけやプライバシーの確保について、継続的に取り組まれることを期待したい。
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	利用者様より相談があった時には、自己判断ができるように一緒に考えるようにしている。		
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	今日はどのように過ごしたいかを尋ねることで希望を聞くように努めている。暖かい日には散歩はいかがですかと、声掛けを行っている。		
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	衣替えを ご家族様にお願いしている。毎日の身だしなみは ご本人に任せている。できない利用者には季節に合った服を着て頂いている。		
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	食材を注文する時に、何か食べたいものがないか声掛けを行う。食欲がわく盛り付けを心がけている。片づけや食器洗い等は利用者様をお願いしている。	ホームでは、特にメニューは決めておらず、職員が食材の内容を見てメニューをユニット毎に考えて、食材を調達している。利用者も片付け等に参加したり、食事は利用者と職員が同じテーブルで、一緒に行っている。また、時には外食やおやつ作りにも取り組んでいる。	
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	3か月に1度の血液検査で栄養バランス確認をし食品1日30品目摂取を心がけバランスの良い食事提供をしている。水分補給は記録を取ることで1日1500ccを目標にしている。		
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	1日4回、起床時・食後3回口腔ケアを実施している。磨き足りない時に職員が介助を行う。毎夕食後、義歯の方にはポリデント洗浄を実施している。		

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
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	かかりつけ医の専門が泌尿器科なので相談できる体制が出来上がっている。夜間のみりハビリパンツ着用をお願いしているが、自立に向けた排泄支援を全職員で実施している。	ホームの協力医に、利用者の排泄に関する相談等を行いながら、利用者にあった排泄を目指している。尿失禁が多かった方も、利用者の動き、様子、時間等を見ながら誘導した結果、布パンツで過ごせるようになった方もいる。	
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	便秘予防に、食物繊維の多い食材を献立に取り入れるよう考慮している。かかりつけ医より朝は決まった時間にトイレ誘導を行うように指示があり、排便誘導を行う。		
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	毎日入浴される利用者様もいるが、週3回を基本としている。季節に合った入浴剤を投入し、香りも楽しんでいただいている。リラックステキなこと、思い出話等を一緒に楽しむ。	ホームでは、週3回の入浴が基本で、毎日のように入浴している方もいる。基本午前入浴であるが、状況により午後入浴することもある。入浴を拒む方には、声かけ誘導をすることで、入浴に繋がるように取り組んでいる。また、入浴剤の使用や季節の柚子や菖蒲の使用もある。	
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	シーツ・布団・枕カバーは毎週水曜日が交換日と決め清潔に配慮している。お天気の良い日に布団を干すことで日光消毒を行い、フカフカな布団で休んでいただいている。		
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	薬剤師より利用者様一人ひとりが服用している薬の効能や副作用の勉強会をお願いしている。服薬に関しては職員2名で、名前・曜日等確認を怠らないようにしている。		
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	利用者様個々が自分でできる、食器洗い・食器拭き・洗濯物を干す・たたむ・掃除等できることで活躍してもらっている。歌を歌ったり、ゲームを楽しんだり、習字をしたり気分転換を支援している。		
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	暖かい日には散歩に出かける。福祉ボラの芝居を観に行ったり・お寺カフェに出かけたり、地域の盆踊りに出かけたり、利用者様全員で行動できるように支援を行っている。	利用者は、公園への散歩をはじめ、近隣のスーパーにおやつを食べに出かけたり、毎月、お寺で行われているカフェに出かけたりしている。また、市役所のギャラリーを見に行ったり、季節の花見や紅葉、ドライブにも出かけている。	



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	1名のみお金の自己管理をしている利用者様はいるが、基本入所時にお金の持ち込みはご家族様に納得していただきお断りしている。		
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	電話をかけてもよいのか了解を得たご家族様に利用者様の希望があれば電話をかけて頂いている。		
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	リビング・廊下・階段等には習字作品や季節感を味わってもらえる作品等、工夫をしている。リビングや居室は温度湿度調節配慮を実施している。	ホームのリビングや階段の壁には、利用者の作品や行事の写真が飾られており、訪問する方にホームでの様子が分かるようにしている。また、1階は、2階より天井を高くしており、2階は、1階にあるリビング内の柱がなく、どちらもゆったりとした空間になるように設計されている。	
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	利用者様同士、お互いの居室を行き来しながら、友好を深めている。各階には和室があり、自由に使える空間もある。		
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	居室に関しては、ご本人やご家族にお任せして自由に家具等配置してある。位牌を持ってみえる方には毎朝仏様ご飯を用意し、利用者様自らお供えして頂いている。	居室には、自宅からソファーや家具等、様々な物を持ち込んだり、家族の写真を飾ることで、その人らしい居室をつくっている一方で、中には必要最小限の方もいるが、不自由なく生活している。また、電気式で点灯するローソクや線香を使う事で安全に配慮している。	
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」「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	ネームプレートやトイレマーク等分かりやすい位置に配置してあることで、間違いがないように工夫してある。		

(別紙4(2))

事業所名グループホーム ころこ春日井

## 目標達成計画

作成日: 平成 25 年 3 月 8 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	13	新しい職員が増え介護力アップや接遇・マナーを身につける。	統一した介護ができる。	定期的に研修を行う。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月