

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	2394400010		
法人名	特定非営利活動法人 和(なごみ)		
事業所名	グループホームじぶんち		
所在地	愛知県知立市谷田町南屋下88番地2		
自己評価作成日	平成 22年 1月 1日	評価結果市町村受理日	平成22年2月10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://www.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成22年1月22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)】

ホームでの生活は家庭の延長上にあるものとして、入居者本人が主体的に生活できるように支援している。個々の生活リズムやペースを尊重し、自分でできることは自分でやっていたり、また役割を持つなどして、精神的、機能的な向上を図っている。
また、家庭の延長とはいえ、共同で生活しているため、掃除や消毒などに気を配り、衛生面に力を入れている。

【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)】

ホームでは、その人の自宅での生活と同様に、掃除、洗濯、調理等、その人にできることは自分でする普通の暮らしを実現するために、職員は「待つ」という姿勢で、利用者主体の支援をしている。職員教育に力を入れ、新人研修は2日間、その後は内部研修を充実させている他、外部研修の機会には積極的に参加できるように努めている。職員全員が理念を共有して実践に繋げ、利用者が安心できる暮らしのために、日々のケアに取り組んでいる。免疫力の低下した高齢者の感染予防のため、消毒には特に配慮している。利用者の日々の生活の中に、絵手紙、書道等、趣味活動の機会も多く、併設事業所と連携し、地域住民との協力関係をつくり、利用者の豊かな暮らしのための支援をしている。

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ます (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、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、その時々々の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 (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	入職時や内部研修等で、繰り返し、管理者とともに、法人理念等についての話し合いを行い、共有して実践につなげている。会議等で、行った支援がどの項目に基づくものなのかも話し合っている。	「和なごむ」「安心」「創造」を理念として、利用者が住み慣れた地域の中で安心して生活できるよう、一人ひとりに寄り添い支援をすることを基本方針としている。理念を掲示し、全員が理念を共有して日々のケアに取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、地域の行事等に積極的に参加したり、事業所の行事に地域の方々に参加していただくこともある。散歩等を通して地域住民との挨拶・世間話や近所の子もたちが遊びに来る等の交流がある。	町内会に加入し、地区の文化祭では作品展に利用者作品を出品し、地域の人たちの好評を得ている。ホームのもちつき大会には、地域の人も参加している。散歩の途中で近所の人に野菜をもらう等、日常的な交流がある。	
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	開所間もないため、地域に向けての活動はしていないが、地域の方から在宅での介護や施設入所についての相談を受けることがある。また、地域の行事に参加するなどして、理解してもらえるように努めている。		
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	運営推進会議では、利用状況や行事等の取り組み、ヒヤリハット・事故報告書の提出状況などを報告し、話し合ったり、助言を頂いている。会議で出た助言や要望等については、その都度、対応するよう努めている。	会議には利用者も出席し、そのときの状況を記録している。出席者からも意見、要望、提案が出される。管理者は出された意見に対して、何が課題かをチェックし、次に生かすことが大事であると考えて対応している。	
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取り組んでいる	市の担当者とは1～2週間に一回、市役所に行った際、現状を報告し、助言を頂いている。分からないことは市の担当者も一緒になって、調べたり、情報を提供したりしてくれることもある。	市の担当者とは困ったこと、相談、報告などで、1～2週間に1回は話をしている。医療加算を取っているが看護師が辞めた時に相談したり、救急車を呼んだ時の事後報告について意見を聞くなど、様々な要件で相談をしている。	
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	内部研修等で、職員全員が身体拘束について学んでいる。転倒や離脱の危険、暴力のある入居者に対しては職員間でコミュニケーションを図り、併設事業所とも連携して、身体拘束せずに対応するよう努めている。	身体拘束排除に関する方針を運営規定に明記している。研修テキストに基づいて学び、危険について協議して、転倒の危険がある利用者には、ベッドを低床に、足元にシングルサイズのマットを敷いてクッション代わりにする等の対策をとっている。	
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	入職時の新人研修や内部研修等で、職員全員が虐待防止についての研修を受けている。入居者の日常的な様子観察や入浴時の身体状況等を観察し、虐待の兆候に気付けるように努めている。		

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	入職時の新人研修や内部研修等で、全職員が権利擁護について研修を受けており、必要な入居者が現れた時には速やかに対応できるように努めている。		
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	契約の締結、改定の際は、入居者や家族が理解しやすいように説明を行うように心がけている。また、不安や疑問点等がないか訪ね、あった時は不安や疑問が解消するまで十分な説明を行うように努めている。		
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	契約時に苦情申し立てについての説明を行っており、日常的にも意見・要望をくみ取り、運営に反映させるように努めている。また、ご意見箱の設置や家族会を開き、家族同士も交流できるように努めている。	お便りは月1回、家族会が年2回あり、家族同士で交流、話し合う機会もある。家族が訪問時に職員と気軽に話が出来ると雰囲気を作り意見、要望など聴いて運営に反映させている。	
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	職員会議や事業所会議、朝の打ち合わせ時に意見や提案を伝える機会があり、必要に応じて、それらをどのように実践するか、検討した上で、反映されている。	会議の時や毎朝申し送りの時に、気になる事を聞いたり、アンケート、面接で業務を進める上での問題点等を聞き、検討し反映している。職員の提案で、トイレの隙間マットの使用等、実践に取り組んでいる。	
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	日常的に、個々の職員とコミュニケーションを図ることで、各職員の状況を把握し、家庭事情にも配慮した職場環境・条件の整備に努めている。		
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	日常的に、個々の職員とコミュニケーションを図ることで、各職員の力量や意欲等を把握し、研修等や、資格取得を勧めている。今後はより一層、各職員が必要としている研修の受講を確保していきたい。		
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	開所間もないため、他事業所との交流は、管理者と一部職員にとどまり、まだ日常化していない。今後も横のネットワークづくりや勉強会、事業所訪問等を行っていきたい。		

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
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	相談があった時点で、管理者及び職員が契約前に必ず本人に会いに行っている。そこで、本人自身から要望や不安等を聞き、本人が入居に際して安心できるように、信頼関係づくりに努めている。		
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	家族が安心して、契約に臨めるように、最初の相談から契約に至るまで、家族自身の不安や要望等を受け止めるため、何度でも面談を行い、疑問や不安を解消し、信頼関係づくりに努めている。		
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	本人の状態や家族の状況、介護力等を聞き、すぐに入居ではなく、同一法人内の居宅介護事業所や他事業所への紹介も含めて、その時、本人・家族にとって、最適なものを提案できるように努めている。		
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	入居者にはまず自分でやっていただき、職員は「待つ」という姿勢を第一とし、支援している。その結果、「何もできない」と言われていた方々が、自分のことや、他入居者等へも配慮した家事活動等ができています。		
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	事故や著しい変化があった時はすぐに連絡し、状況説明や、今後の支援の仕方について話し合っている。また日常的にも家族へは本人の様子を伝え、定期、不定期で、今後の支援について話し合いを行っている。		
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	ホームに来る理髪ではなく、以前通っていた近所の床屋に行ったり、毎年参加していた地元の祭りを見に行ったり、墓参りをしたりと馴染みの人や場所との関係が途切れないように努めている。	週1回、家族が面会に来て利用者の居室の掃除をしたり、旧友が訪れて談笑している。家族の協力で行きつけの床屋へ行ったり、墓参りに出かける人もある。その人の馴染みの関係を継続できるよう、支援している。	
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	居室で過ごす時間を大切にしているが、日に何度か声掛けをし、入居者同士が一緒の時間も過ごせるように努めている。また、関わりを持ちやすいように会話の橋渡しをしたり、話題づくりを行っている。		

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
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	契約終了した方の近況を把握したり、折りに触れて、手紙を出したりして、退居後も相談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	アセスメントにセンター方式を使用し、本人自身の言葉や行動、仕草などから希望や意見を汲み取るよう努めている。また、困難な場合には家族に相談し、本人の希望、意向の把握に努めている。	一人ひとりの暮らしに関する昔の情報を家族から収集している。利用者との日々の会話から、その人の希望や思いを聞き取り、一日の生活リズムを把握して、本人本位に検討している。	2年目に向け、再度のアセスメントをしながら、一人ひとりの状況、思い、意向の把握を望みたい。
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	アセスメントにセンター方式を使用し、事前に本人や家族に記入してもらったり、聞き取りをするなどして、生活歴などを把握するよう努めている。また家族の面会などの際にも、話を聞くようにしている。		
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	入居時にセンター方式を使用して、本来の生活リズムを把握するよう努めている。日々の生活を記録し、職員全員が把握できるようにしている。また必要に応じてシートを使いわけ、精神状態を把握するよう努めている。		
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	本人との日常のコミュニケーション、家族との電話での相談や面談などを活用し、常日頃から本人の現状、今後の課題や希望などについて会議等で話し合い、介護計画に反映している。	職員は担当制であるが、担当者会議は全員参加で、全利用者の気になっている事、課題、希望など情報を収集して、介護計画を作成している。計画期間ごとに見直しをしているほか、変化がある場合には、支援方針を変更している。	介護計画の見直しについて、今後、計画期間以外の変化時や要望が変わった際には、計画を変更することも検討されたい。
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	日々の支援の経過は個別の記録に記入している。また職員間で情報を共有するために、更に申し送りを行ったり、会議などの場で確認し合い、介護計画の見直しなどに活かしている。		
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	それぞれの本人・家族の状況に合わせ、支援方法を工夫するよう努めている。気軽にニーズを伝えられるよう、家族などにも「無理だと思わずに、まずは相談してください。一緒に考えましょう」と普段から声掛けしている。		

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	町内会に加入しており、町内の行事には積極的に参加している。また、ボランティアが行っている絵手紙などの教室に参加し、作品を地域の文化祭に出展するなどして、本人が豊かな暮らしを楽しめるよう支援している。		
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し、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	協力医療機関との連携は勿論、受診時に日常の様子などをまとめた介護記録を作成するなどして、入居者それぞれのかかりつけ医とも円滑なコミュニケーションがとれるよう努めている。	希望により、受診する医療機関を選択ができる。協力医療機関への通院は、原則家族が行うが、家族が行けないときは職員が付き添い、その他医療機関へは家族が付き添いをしている。必要に応じて認知症専門医の受診をしている	
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	介護職であっても普段から入居者の健康状態を観察し、通常と違う様子があれば同建物内の看護職員に相談している。必要に応じて、夜間でも緊急に受診をするなどの対応を行っている。		
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。	現時点で入院された入居者はいないが、入院時に医師や病院と円滑にコミュニケーションが取れるよう、医療関係の情報をファイリングしている。		
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	契約の時点で、終末期の希望を家族に聞き、当事業所での終末期の対応について説明し、同意を得ている。また協力医療機関とも終末期の対応について、相談している。職員研修でもその時期の支援の仕方について話し合い、考えていっている。	重度化の指針を提示して、終末期における対応の確認をしている。家族に、このホームでは病院の様には出来ないが、家庭でしている事は、たいていの事は出来ると説明している。全職員で終末期の研修を行い、方針を共有している。	
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	全職員が救急救命講習を定期的に受講し、救命処置やAEDの操作などを理解している。会議や研修等で色々なパターンを想定して、その時に備え、現実に適合した緊急時用のマニュアルの見直しも行っている。		
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、地域との協力体制を築いている	最低でも3ヶ月に1度は様々なパターンを想定し、避難訓練、通報訓練等を行っている。地域へは運営推進会議などを通して、災害時の協力を依頼している。訓練を通して、実際に適合したマニュアルの見直しを行っている。	年4回、自発的に避難訓練、通報訓練を行い消防署に報告している。消化器の使用方法も実際に行っている。備蓄も充分あり、災害持ち出し非常袋には、全利用者の主治医、薬、緊急連絡先一覧表が入れている。	

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
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	特にプライバシーが確保されなければならない時には、必ず、扉を閉めたり、本人にだけ聞こえるように声掛けをしている。個人の居室に入るときは、ノックしたりして、本人の許可を得てから入るようにしている。	一人ひとりの人格を尊重し、個室はその人の家として入居前に必ず許可を得ている。個別の用件はその人だけに話しかけ、大声で言わないようにしている。	
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	まずは、本人に確認をし、本人の気持ちを尊重できるように支援している。上手く思いが表現できない入居者については、しぐさや行動などから推測したり、自己決定しやすいように質問を考えて支援している。		
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	大体の1日の流れはあるが、特に時間は決まっておらず、入居者が思い思いのペースで生活できるように支援している。行事や外出なども、参加したいかを入居者の意思やサインを読み取り、個別対応に努めている。		
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	基本的に、身だしなみは入居者に任せているが、一人で、服を選ぶことができない入居者には、複数枚出して、選んでもらうようにしていたり、気持ちを大切にしながらその人らしいスタイルを保てるように支援している。		
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	夕食はチンや本、TVを見たりして献立作りから参加できるように支援している。準備、後片付けにも個々の入居者の意欲を最大限引き出せるように支援している。	夕食は食材を取り寄せ調理しているが、夕食の献立は決めていないので、その日に何が食べたいか決め希望に添った夕食となる。調理の準備、食事の後方付けは、その人に出ることをしている。	
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	食事量の把握は毎日行っている。栄養素の摂取がしにくいものに関しては補助食品などで補い、バランスに気をつけている。水分量も確保できるように、個人の好みに合わせて、提供している。		
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	入居者一人ひとりの状態に合わせて、声掛けをして支援している。必要に応じて、定期的な歯科受診(掃除)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
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	センター方式で排泄パターンを把握し、支援が必要な入居者にはさりげない声掛けやトイレ誘導をしている。また業者にも相談し、その人にあった物品(パットやポータブルトイレ)を使用している。	必要な人には排泄チェック表を作成し、排泄パターン把握してトイレ排泄できるように支援している。訴えがある場合や、その人の様子を見極めて、声かけ、トイレ誘導している。	
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	毎日、チェック表で有無をチェックしている。便秘気味の人には水分補給や入浴時に腹部マッサージを行ったりして、自然排便を促している。また主治医とも相談し、必要に応じて追加下剤を処方してもらっている。		
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	一人ひとりの意思や希望を尊重して、入浴できるように努めている。入浴を拒否する入居者には声掛けや方法を工夫したり、家族に協力を求めたりして、入ってもらえるように支援している。	午後2時から夕食までの時間帯で毎日入浴することが出来る。順番は決めていないが、感染症の人は最後となる。入浴を拒む方は、家族の協力を得たり、清拭に切り替えたりしている。	
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	入居前の生活習慣を大切にしている。居室の明暗や温度に気を配り、入眠しやすい環境づくり努めている。場合によっては寝付くまで職員が添い寝をするなどもしている。日中も、体調等に配慮し、休息を勧めている。		
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	各入居者の服用している薬や効能、用量等をまとめて、職員が閲覧できるようにし、変更があった時は全職員が把握し、様子観察を行うように周知徹底している。確実に服薬してもらうための工夫も行っている。		
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	昔からしていた楽しみごとをできるように支援したり、尊重したりして、それぞれに張り合いのある生活をしてもらえるように努めている。また、家事をそれぞれの能力や意欲に合わせて役割を持ってやってもらっている。		
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	体調や天候等を考慮しながら、入居者の希望に添い、積極的に出かけるように支援している。また外食や季節のイベント等にも出かける機会を設けている。入居者の方々から出た「刺身が食べたい」という要望を受け、全員で一泊旅行に行くことができた。	利用者の希望で、その人の買い物に職員と一緒に出かけたり、健康のために散歩に行く等の機会をつくるように努めている。通院の後に喫茶店に立ち寄り、ゆったり過ごす人もある。	

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	数名の方が少額の現金を所持しており、外出の際の会計等を行っている。買い物等でもお金の受け渡しをやっていただくように努めている。旅行の際は、お小遣いから自分で買い物ができるように支援した。		
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	きぼうがあれば居室に固定電話を設置することもできる。絵手紙教室を月に1回開催しており、描いた絵手紙を家族へ送る機会を設けたり、年賀状を作成し、親戚などにも出せるように支援している。		
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	特に温度についてはこまめにチェックして、エアコンの調整などをしている。また、玄関や食堂には季節に合わせた壁面や花、入居者が作った作品等を工夫している。	廊下は広くゆったりと歩くことが出来、天窗からの自然の採光は、ほんのりとした気分を醸し出している。リビングの一角に和室があり、やぐらコタツで寛ぐことも出来る。温度・湿度には気分よく過ごせるよう十分に気を付けている。	
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	日中は食堂や畳部屋を常に開放しており、いつでも使用し、集まることができるようになっている。必要時には畳部屋に壁で仕切れることも可能となっており、寛ぐことができる。		
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	入居前の相談時に本人の使いやすい家具や使っている家具を配置してもらえるように家族に話している。床もフローリングか畳か、ベッドか布団かも選択できるようになっており、居心地よく過ごせる居室作りに努めている。	居室はフローリングと畳の部屋があり、その人の身体能力や好みに応じて選択することができる。室内には、タンス、衣装ケース、仏壇等、在宅での生活と同様に、使い慣れた愛着のある物を持ち込んで、その人らしい生活ができるよう工夫している。	
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	アセスメント(センター方式)で「できること」「わかること」等について情報収集し、安全で自立した生活を送れるように、環境整備に努めている。また、入居者のADLに合わせて手すりの増設や物品の配置などに配慮している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームじぶんち

目標達成計画

作成日: 平成 22年 1 月 18 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	職員に未経験者が多く、知識・経験ともに不足している。今後、職員の資質向上のための研修や勉強をもっと行いたい。	最低年に1回以上は全職員が外部研修を受ける。	事業所から各種研修に関する情報提供を行い、研修参加時の勤務体制を考慮していく。職員自身も情報収集を行い、積極的に受講を行っていく。	12 ヶ月
2	48	個々の生活のペースはできてきているが、楽しみごと、気分転換などの方法がまだ数少ないため、さらに趣味活動を充実させていきたい。	個々の楽しみや趣味活動を探す。	入居者の生活歴を調べたり、直接、本人や家族に聞いてみる。入居者の意向を踏まえたボランティアや講師、場所等を調査する。入居者の個々の能力に合わせたやり方を考えていく。	6 ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月