

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	2373600168		
法人名	社会福祉法人サンライフ		
事業所名	グループホーム ジョイフル江南		
所在地	愛知県江南市河野町五十間24番地		
自己評価作成日	平成23年9月26日	評価結果市町村受理日	平成23年12月5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	株式会社 ケア・ウィル		
所在地	愛知県名古屋市中村区椿町21-2 第2太閤ビルディング9階		
訪問調査日	平成23年10月28日	評価確定日	平成23年11月25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"> ・個別外出に力を入れ、取り組んでいる。 ・ボランティアさんが来設しやすい雰囲気づくりができており、ボランティア活動以外でも気軽によってくださったり、行事に参加して下さったりと、良い関係が築けている。 ・利用者様ひとり一人のライフスタイルに合わせた個別外出を実施している。 ・職員と共に、食事の準備や片付け、掃除、洗濯、散歩などに参加される利用者様が多く、身体を動かす事ができている。 ・食材の買出しのない日に個別外出を実施しているため、職員の負担もなく、利用者様にはゆっくりとした時間を過ごして頂くことができている。
--

【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>法人の複合施設がいくつも立ち並ぶ中に立地し、開設して10年以上経過している。手を出し過ぎず、見守りのもと、残存能力を活かしながら、できることの継続、自立支援に努めている。職員は入居者とゆったりと寄り添って過ごす中で何気ない一言「つぶやき」を拾い、情報を共有して希望や意向の汲み取りに活かし、介護の統一に役立っている。法人施設間の連携もあり、その中で全てが完結してしまうが、地域密着型の観点からは気軽に立ち寄りてもらえる「家」となるべく、季刊のホーム便りや認知症サポーター講座を開催し、散歩時に挨拶等交わせるようになってきた。地道な活動の継続で入居者が当たり前の暮らしを続けられるよう、より地域での理解を得たいと考えている。また、家族との良好な関係づくりのため、誕生日外出、季節行事の案内、介護計画説明時の来訪に取り組んでいる。ハウスマネージャーは「私も入りたいと思うホームを目指して日々職員と共に介護にあっている。そんな家をつくりあげる。」と力強く話された。</p>
--

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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+)- + (Enter+)-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
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	会議にて理念の勉強会を行い、利用者様にとっての「安心」とは何かなどを話し合い支援している。	ホーム創設時の理事長の思い「安心、自由、尊厳、喜び、家庭的な雰囲気の中で営めるよう自立支援を行い、共に学び合っていきます」を独自の理念としている。実践に向け、年間計画を立て、毎月の会議で認知症の理解、具体的対応法の話し合い、自己チェック等を行っている。職員は共通認識をもち、入居者の気持を第一に考えた介護に努めている。	
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	個別外出などを行い、近所の喫茶店に足を運んだり、花屋へ出掛けたりしている。	ハウスマネージャーが窓口となり区長より地域情報を得ている。地域の小学校での運動会やミカン狩り、作品作りに参加したり、こども110番も受託している。法人合同の運動会では家族と共に多くの地域住民の参加がある。認知症の理解を深めるため夏にはサポーター講座を開催し、季刊で地域版ホーム便りを発行している。月1回エリア全体で施設周辺の清掃活動に参加し、地域との顔馴染みの関係作りに努めている。	
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	地域貢献として、施設周辺の清掃活動を毎月行っている。		
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	2ヶ月に一度、市役所職員、地域住民参加にて実施している。外部評価の報告、事業報告、取り組み報告など行っている。	年6回、市担当者、地域包括支援センター、地域代表、入居者代表、家族代表が参加して開催されている。事業報告、事故や行事報告、ホームの状況、結果ができれば外部評価の報告も行ない、意見や提案、疑問点にはきちんと対応している。更なる助言者としてかかりつけ医や消防署等有識者の参加を打診中であり、地域住民との繋がり強化を目指している。	
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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	市からの情報提供や事故が発生した場合の報告、運営推進会議の報告をしており、情報の共有に努めている。	市の要請で高齢者生きがい課への事故報告、運営推進会議の報告等を行っている。何かあれば双方がまず電話を利用し、連携を図っている。疑問点があれば確認し、台風時には市から様子伺いがあった。市主催の講座があれば参加したいと考えており、地域包括支援センターとも協働している。	
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	ハウスマネージャーが身体拘束廃止推進委員の講習を受けており、他職員に指導している。玄関にはセンサーチャイムが設置しており、利用者様や外来者が自由に出入り出来るよう夜間以外は施錠していない。	訪問時、玄関は解錠されていた。防犯上夜間のみ施錠している。何かあればセンサー音で感知でき、入居者は自由に出入りできる。身体拘束は入居時に方針を説明し承諾をとっている。職員へは言葉かけや地域への情報提供等ケアの方法を工夫することの周知を図り、本人の意思を尊重した介護に努めている。	
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	虐待に関しての勉強会に参加した職員が伝達講習を行い理解につなげている。		

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	権利擁護に関しての勉強会に参加している。事業所内に成年後見を利用している方もみえ、職員の意識と理解が向上した様に思われる。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には、利用者様立会いのもと家族と話し合いの場を設け、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	ハウスマネージャーにて相談窓口を設置している。また、運営推進会議にて、家族からの意見を聞く場を設けている。利用者からは、つぶやきを拾い、それを毎月会議にて報告し、運営に反映させている。	家族会はないが、年2回満足度調査を実施し、出された意見は話し合いの後、改善できる点は直ぐに実行している。面会や電話での個人的な話はハウスマネージャーが対応している。本人の「つぶやき」はパソコン入力し、期間毎に検討結果を記載し玄関に開示している。内容を家族に伝え、家族の返答を直接本人に伝えることで納得され解決したケースもある。	
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	毎月ワーカー会議を開催している。勤務の都合上参加できない職員も紙面上にて意見を提出し、全員で話し合い、運営に反映している。	ハウスマネージャーは職員全員と年2回マンツーマンで面談を行い、その他電話等での相談ごとにも可能な限り対応し、気持ちの理解に努めている。毎月のワーカー会議では入居者や業務に関することを話し合い、職員の意見や提案を改善に役立てている。入居者とは馴染みの関係を継続させたいので法人内でも職員の異動は最小限に抑えている。	
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	なるべく負担が少なくなるような勤務を組んだり、希望休はなるべく受け入れるなどしている。有給休暇を勤務表に入れ込み、計画的に消化している。		
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	その職員の力量にあった研修へ参加するように調整している。全職員が一年に一度は研修へ参加する事ができている。		
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	法人内のグループホームと交換研修を行っている。		
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	サービスを利用する前には、本人との面接を実施している。		

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
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	サービスを利用する前に、事業所を見学して頂き、在宅での生活の様子などを聞く機会を設けている。		
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	入所前に他のサービス(デイサービス等)を利用してみえる際は、その事業所の職員や、ケアマネージャーと連絡をとり、情報交換が行えている。		
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	尊厳を持ち、人生の先輩としての意識をもち、信頼関係を築ける様努力している。		
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	事業所の行事や、利用者様の誕生日には家族にも参加を呼びかけ家族との交流が継続されるよう努めている。		
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	個別外出や、美容院、買い物などで馴染みの場所へ出掛けている。また、入所前にご自宅で使用していた家具や衣類など持って来て頂き、居室に配置している。	個別外出に力点を置き、馴染みの喫茶店や行きつけの美容院・お墓参り等家族の対応で継続している。入居前利用の法人内施設への訪問、友人の面会の受け入れ、身元引受人や家族、孫への年賀状の作成など入居前の人間関係や社会との関係を断ち切らないよう支援している。車で行く花屋でのフラワーアレンジメントも楽しみの一つとなっている。	
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	食事の席や、外出時のバスの座席などの配慮を行っている。また、孤立しないよう、利用者様同士でくつろげる場所を作っている。入浴の際も、仲の良い方同士で入れるよう、配慮している。		
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	入所前に法人内の他のサービスを利用していた方は、時々職員と一緒にその事業所へ出掛けている。退所された後も、家族の来訪があり、退所後の経過を聞く事がある。また入院している病院へ職員が面会に出掛けたりしている。		
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	月に二度のワーカー会議にて、利用者様個々について話し合いをする場を設けている。また、起床時間や食事の時間なども、利用者様に合わせている。つづやきを捨い、そこから本人の希望を汲み上げている。	本人の入居前の生活習慣を知り、起床、就寝、食事の時間等は無理強いせず個々のペースに合わせて支援している。職員は担当を持っているが、全員で得た情報や「つづやき」を共有し、思いや意向の把握に努めている。入居者も何かあれば気軽に職員に声をかけ居室で話している。アンケートでも対応を工夫して気長に関わってくれる、親切な対応をしている等、家族の感謝の意が伺える。	

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
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	家族や本人から話を伺い、バックグラウンドの把握は大体行えている。		
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	個人記録を記入し、毎日状況の把握は行えている。また、申し送りノートにて職員間の情報交換や報告も行っている。		
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、家族、職員にて話し合い、計画作成担当者にてケアプランの作成を行っている。職員にてモニタリングを行い、それを計画作成担当者にてまとめている。	本人、家族、職員の意見、介護記録、申し送りや「つぶやき」、会議での話し合いの内容を基にケアマネジャーが介護計画を作成している。必ず家族にホームへの来訪を依頼し、説明や話し合いの後承認を得ている。計画は期間に応じて、或いは状態に変化があれば随時、見直しがされている。1年が経過すると再度違う視点にたって立て直し、できることを継続できるよう具体的内容を掲げ、個別介護に重点を置いている。	
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	毎日、必ず個別記録への記入は行っており、職員出勤時には確認し、情報の共有を行っている。		
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	グループホームでの支援が困難になった場合には、同法人内の他の施設へ移動できる体制になっている。身体レベルや認知症の症状が進行してきた段階で、家族と相談を行っている。		
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	地域の花屋へフワラーアレンジメントに出掛けたり、社会福祉協議会の開催する押し花教室へ定期的に参加している。また、地域住民の畑へさつまいも掘りへ出掛けたりしている。		
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	ほとんどの利用者様がご家族協力のもと、かかりつけ医への受診が定期的に行っている。	入居者や家族が希望するかかりつけ医の受診は家族同行となっている。家族が不可能な時は職員が同行している。介護記録等入居者の状態を伝え、面会時等に受診の内容を聞いて情報交換している。臨時に必要な眼科、皮膚科等も受診している。	
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	医療連携体制加算の実施により、併設特養の看護師にて対応できている。		

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
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。	入院した際にはグループホームでの様子を伝えたり、退院に向けての情報交換等を行っている。入院後グループホームへ戻る事が困難になった場合も、病院のケースワーカーと直接話し、退院後の受け入れなどについても検討している。		
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、事業所の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、重度化における指針について説明を行い、同意を得ている。終末期の見取りやターミナルケアは実施していない。	入居時に重度化や終末期の対応についてホームの指針や方針を説明して了解を得ている。家族アンケート、満足度調査等から家族の不安を把握しており、ハウスマネージャーは情報提供や緊急時の提案等、連携体制ができています。入居者の少しの状況変化にも話し合い、安心してもらえるよう取り組んでいる。	
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	急変時のマニュアルを作成しており、消防署職員による救急救命講習を年1回実施している。		
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、避難訓練の計画を立て実施している。	法人内、近隣施設と協力体制ができています。年2回入居者と共に設定を夜間、昼間と変えて避難訓練を実施している。避難経路は常に整理整頓をして安全確認を行っている。6月には救急救命、人形を使って心配蘇生法、AEDの使い方等、入居者と一緒に訓練している。災害の発生時に備えて、備品は3日分確保している。	
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	入浴中やトイレ誘導の声掛けなどは、特に気をつけて行っている。マナーについてご勉強会と自己評価を年2回計画・実施している。	職員は直ぐに手を出さないこと、できることは行ってもらう等、入居者の能力を活かし意欲と自身に繋げている。援助が必要な時も本人の気持ちを大切に考えて、さりげないケアに心がけている。年2回マナーについての勉強会を行い、自己評価では日々の言葉遣い、表情、声のトーン等、再認識して改善に向け取り組んでいる。	
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	食事、飲み物、レクリエーション、外出先など、常に利用者様に選択して頂けるよう支援している。		
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	起床時間や、食事の時間、入浴の時間など出来る限り利用者様の希望に沿い支援している。		
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	毎朝、身だしなみの声掛けは行っている。また外出の際には、化粧をしたり、髪を結んだり、好きな服を選んで頂いたりしている。また、利用者様の希望にて美容院へも出掛けている。		

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
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日、利用者様の能力に応じて、食事の準備や片付け、食材の買出しなど、職員と一緒にしている。また、利用者様同士のコミュニケーションが図れるよう、食事席にも配慮を行っている。	2週間毎に職員が献立を立て、栄養士のアドバイスを受けている。入居者の何気ない、「つぶやき」から食べたい物が組み込まれることもある。食材の買い物、調理、後片付け等、一連の作業を共に行い、生き生きとした会話や動きがある。食事制限の入居者には主食を小さめの器にしたり、低カロリーの甘味料を使用する等、配慮している。	
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	職員にて献立を作成後、管理栄養士に確認してもらい、栄養バランスの助言を受けている。水分摂取は毎回記録されており、一日の水分摂取量の把握に努めている。		
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、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	毎食後の口腔ケアは行っていない。利用者様ひとり一人の今までの生活習慣もあり、自立されている方に関しては、職員からの声掛けは行っていない。それ以外の方に関しては、朝食後と夕食後に声掛けを行っている。		
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むけた支援を行っている	必要に応じて定期的にトイレへの声掛けを行い、トイレでの排泄を促している。	食事の献立には果物や繊維質の食材を取り入れ、水分補給にも配慮し、1日1、少ない方で600～700ccを摂取している。運動は外出やラジオ体操等を行い、自然排便に取り組んでいる。排泄が困難な入居者には本人が嫌がらず個々に合わせた改善策を提案し、羞恥心や不安を軽減させた支援をしている。	
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	繊維を多く含む食材や飲物をメニューに取り入れており、自然排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の声掛けは毎日行っており、利用者様のその日の希望に合わせて入るため順番なども決めていない。	浴室、脱衣室は温度差に対する対策がされ、快適な入浴ができる。かけ流しの単純温泉は、神経痛、関節痛、冷え性等の効能がある。仲の良い方同士は、2人で入ったり、ほとんどの入居者が風呂好きである。入浴を嫌がる方には無理強いをせず、本人の生活習慣を大切に考えて意向にそった支援をしている。	
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	日中の活性化を図っており、夜間は比較的良眠されている。		
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	利用者様ひとり一人の処方箋はファイルに閉じ、いつでも閲覧できるようになっている。服薬時は、チェック表への記入をし服薬忘れなどのミスがないように努めている。		

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
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	過去の生活歴を把握した上で、食事の盛り付けや縫い物、花の手入れなど、役割を持っていただけよう支援している。		
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に支援している	年間で計画を立て、バスにてドライブに出掛け外出する機会を設けている。また、個別外出にて、地域の喫茶店や公園、神社などに出掛けている。誕生日の個別外出では利用者様の希望に沿った外出支援を行っている。	朝の散歩は2つのコースがあり、雨天はラジオ体操を行っている。近くの喫茶店でのお茶飲み、花屋でのアレンジフラワー作り等、楽しみの個別外出をしている。毎月のランチドライブでは外食を楽しみながら、花見や紅葉狩り等で五感刺激にもなっている。家族とは水入らずで誕生日外出をしている。一人ひとりの希望に対応した、閉じこもらない生活を支援している。	
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	食材の買出しに行った際や、個別外出に行った際は、利用者様の能力に応じ、ご自分の財布からお金を払い支払いをして頂く様支援している。		
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	利用者様から電話をする事はない。遠方の家族へ手紙を書かれる利用者様に対しては、代筆の支援を行っている。		
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	共用フロアは季節の装飾を行い、季節感を出している。職員の歩く足音などは配慮している。	トイレは居室の近くにあり、台所は安全で動きやすくなっている。高い天井のリビングではソファでテレビを観たり、ピアノを弾くことができる。テーブルには入居者が作ったアレンジフラワーが飾ってあり、畳のスペースで、ゆったりと落ち着くことができる。中庭は自由に出入りができ、花を育てたり菜園がある。日差しが温かく入り、窓際で静かにくつろぐことができる。	
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	中庭を眺める事のできるソファや、玄関先のベンチなど、居心地良く過ごして頂ける場所がある。		
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	居室内の家具や衣類などは全て自宅で使用していたものを持って来てもらい、使い慣れたものを使用して頂いている。	各居室の洗面台では身だしなみやおしゃれを楽しむことができる。広く大きな天袋は居室を広く感じさせる。慣れ親しんだ調度品や好みの飾りつけで、個性豊かな居室となっている。時には職員を呼んで会話を楽しんでいる。	
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	ご自分の居室を覚えられない方には、張り紙をすりなどの工夫をしている。居室内には洗面台があり、ご自分で身だしなみを整える事ができる。 台所は、流し台やコンロが壁向きに設置しており、見守りが困難な時がある。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ジョイフル江南

作成日: 平成23年12月5日

目標達成計画

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	26	ケアプランについての説明を年1回行っているが、家族の高齢化がすすみ理解が困難な場合がある。	カンファレンスでの説明を分かりやすく工夫し、こまめに情報提供を行っていく。また、行事などの場で家族とコミュニケーションを深める。	年間行事を今年度内に立て、あらかじめ家族に日時を伝えることで参加率を向上させる。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月
6					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。