

# 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	3577200532		
法人名	有限会社 龍泉		
事業所名	グループホーム秀東館 蓮華		
所在地	山口県岩国市周東町西長野265-1		
自己評価作成日	平成24年3月16日	評価結果市町受理日	平成24年11月29日

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

基本情報リンク先	<a href="http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do">http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do</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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成24年4月23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)】

木材をふんだんに使用することで暖かさを演出し、住みやすさを強調しています。さらに利用者が自由に出入りできるよう鍵を使用せず、人員配置を多くすることで身体拘束をゼロを目指しています。秀東館の理念である現代社会が忘れかけている家族の暖かさを大切に、一つ屋根の下でそれぞれ違った個性を持った人々が集まり生活をする。利用者は私たちの父であり母である。また、利用者同士は兄妹姉妹でもある。私たちが目指す“大家族主義”の理念を基に、職員全員が共同生活住居(グループホーム)において、食事・排泄・入浴等の介護、その日常生活上のお世話をし、能力に応じ自立した日常生活が営んでいただける様に取り組んでいます。また、ご家族や近隣の方々の協力をいただき、地域緊急連絡網を作成し通報体制を整えています。施設行事では花見や家族親睦会(花火大会)、運動会・クリスマス会等にも参加していただき、人間関係作りに取り組んでいます。

## 【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)】

地域で行われる行事(祭り、周年、草取り、どんど焼きなど)に参加されたり、事業所で行われる運動会やクリスマス会には、地域の人が参加して交流される他、年5回発行する情報通信「かわら版」を地域に配布され、認知症や認知症介護に関する啓発をされ、災害時の地域との協力体制を構築されるなど、事業所は地域との関わりを深める取り組みをしておられます。事業所は木材を使用しておられ、優しさや温かさが感じられ、居室は畳敷きで家庭的な雰囲気があり、利用者が居心地良く過ごせるように支援しておられます。

## 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	
57	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2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	64	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	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらい 3. 家族の1/3くらい 4. ほとんどできていない
58	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	65	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
59	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	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り深まり、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. 全くない
60	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	○	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	職員は、生き活きと働けている	○	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
61	利用者は、戸外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
62	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	69	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
63	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

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	秀東館の知念“大家族主義”を基に家族の暖かさを忘れないよう利用者に接し、蓮華独自の理念に“笑顔を絶やさない”介護が行えるよう、常にミーティングで話し合い、今日植園・実践につなげている。	法人の理念である家族の温もりを忘れない「大家族主義」を基に、「笑顔を絶やさない暮らし」を事業所独自の理念として事業所内に掲示し、管理者・職員共に共有して実践に努めている。	
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人として日常的に交流している	地域自治会に入っており、集会や草引き等に参加。また年4～5会地域交流の場として行事・れくを取り入れている。	自治会に加入し、地域の祭りや集会・地域の行事(草取り、どんど焼きなど)に参加している。事業所主催の運動会やクリスマス会などに地域の人の参加がある他、年5回、情報通信「かわら板」を地域内に回覧するなど交流している。	
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	2ヶ月に1回の運営推進会議や年5回発行の情報通信“かわら版”を利用し、認知症の理解や支援方法等の理解に活かしている。	/	/
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	外部評価を基に、自分たちが気付かなかった所を話し合い、向上に向けて改善・取り組みをしている。	自己評価は、管理者がまとめ職員が回覧できるようにしている。評価の意義や評価項目の理解をして、全職員で評価に取り組むまでには至っていない。前回の外部評価結果を活かし、家族会の開催や緊急時の初期対応の訓練などの改善に取り組んでいる。	・評価の意義や項目の理解 ・全職員での取り組み
5	(4)	○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	利用者の日々の生活状況や施設での取り組み等を報告し、問題点や向上に向けて意見や協力を頂いている。また、第三者委員の参加も毎回あり、サービスの向上や人間関係作りに取り組んでいる。	5人の地域代表者、第三者委員、地域包括支援センター職員、利用者、利用者家族、事業所職員の参加で2ヶ月に1回開催している。利用状況や事業所の取り組みについて報告をし意見交換を行っている。出された意見から読み聞かせやお茶会の開催などサービスの向上に活かしている。	

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
6	(5)	○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	気になる事やわからない事があれば、気兼ねなくその都度問い合わせをして、助言や指示を仰いでいる。	運営推進会議の他、電話や出向いて相談をし、助言得るなど協力関係を築くよう取り組んでいる。	
7	(6)	○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	毎年1回、身体拘束の研修を行い、身体的拘束をしない介護に取り組むとともに、玄関に鍵をかけず、チャイムが鳴るようにしたり、外に出たい利用者には職員は携帯電話を持参し、一緒に出かけ、疲れたら迎えに来てもらう等の工夫をしている。	毎年、研修を行ない、職員は身体拘束について理解して、抑制や拘束のないケアに取り組んでいる。玄関は施錠していない。	
8		○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	定期的に虐待についての研修を行い、身体的・心理的な虐待を行っていないか、どうしたら防止できるか等を話し合い、お互いが声を掛け合いながら防止に努めている。		
9		○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	権利擁護に関する制度や理解について定期的に学び、活用・支援ができる様取り組んでいる。		
10		○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	入居前に事前に施設見学を勧め、施設の雰囲気や問題点等を聞き、説明を行い十分に理解・納得が得られるよう取り組んでいる。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	苦情や意見相談が出できるように、窓口之苦情・相談箱を設置、また気軽に話して頂ける様な雰囲気作りに心がけている。苦情や相談受付体制や処理手続きを明確にし、十分に説明を行っている。年1回家族会を開催し、家族の意見を反映させている。	第三者委員を設置し、苦情相談窓口や苦情処理手続きについて利用者・家族に説明している。毎月一回事業所便りを送付している。利用者・家族からの意見や要望は面会時や電話、年1回の家族会で聞くように努めている。	

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
12	(8)	○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	毎日のミーティングにて職員の意見や要望を聞き、月1回行う幹部職員月例報告会にて発表し、反映させている。	管理者は、毎日開催するミーティングで職員の意見や提案を聞いており、毎月開催する幹部職員月例報告会で報告し、運営に反映させている。	
13		○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	年2回程度、職員個々の実績・勤務状況を把握し評価、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。		
14	(9)	○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	新人研修を年2回開催。施設内部研修を概ね2ヶ月に1回実施し、研修を受けた職員はレポートを提出し、内容の確認や把握につながるようにしている。また、外部研修への参加の機会も設けている。	外部研修は勤務の一環として参加の機会を提供し、受講者は研修内容を報告し、全職員で共有している。事業所内研修を2ヶ月毎に実施している。新人研修は、法人研修として実施している。	
15		○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	地域密着型サービス事業者連絡協議会を通じ、同業者との交流や意見交換・情報の提供等を行っている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
16		○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	新しい環境に慣れて頂く為に、話し相手になり、本人の不安や悩み等を聞く。また、他利用者との交流がスムーズに行えるように話題の提供やレクレーションへの参加を促しながら安心して生活が営めるよう支援している。		
17		○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	ご家族の困っていることや不安を十分に聞き、安心して頂ける様常に報告・相談を行いながら関係づくりに努めている。		
18		○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・ご家族の必要としている支援を見極め、本人の状態に応じたサービスの提供に努めている。		

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
19		○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	本人の得意なことや経験を生かしたレク等を考え参加して頂き、意見を聞いたり教えていただいたりして、一緒に行うよう工夫している。		
20		○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	ご家族の希望に応じて外出や外泊ができ、利用者とのかかわりを大切にしている。また、安心して生活が営めるようご家族の協力を頂きながら、関係作りを築いている。		
21	(10)	○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	知人の面会やなじみの人の面会等は、本人やご家族の意向を踏まえ支援している。	利用者の希望に応じ、理美容院の利用や実家に行くなどの支援をしている。、家族の協力を得てかかりつけ医受診や寺参りなど、馴染みの人や場との関係が途切れないよう支援に努めている。	
22		○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	利用者の好みや行動にてトラブルとなることもあるが、職員が間にはいりトラブルにならない様配慮している。また、居室で過ごすことの多い方には声をかけ、レクへ参加していただき他者との関わりが持てるよう支援している。		
23		○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	退去された方のご家族からの相談等があった場合、できる範囲で相談にのっている。また、入院や他施設へ入所の方には面会に行っている。		
<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>					
24	(11)	○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	利用者の希望や思いを日常生活の会話や行動の中で把握し、意向に沿うよう努めている。困難な場合は、ご家族に住み慣れた場所や知人関係等を聞き、把握に努めている。	日常の会話から一人ひとりの思いや意向を把握し、ミーティングで確認したりケース記録に記録するなど把握に努め、職員間での共有をしている。困難な場合は家族の意見等を参考に本人本位に検討している。	
25		○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	事前の面接時に得た生活歴やなじみの暮らし方等の情報を職員全員に提供し、ケアに生かしている。		

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
26		○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	各ユニットの申し送りノートや毎日のミーティングにて伝達し、記録に残している。出勤時必ずノートに目を通し、確認サインをし利用者個々の現状の把握に努めている。また、個別介護チェック表にて心身の状態や食事量等、人目でわかるようにしている。		
27	(12)	○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	毎月1回各ユニットでケアカンファレンスを行い、利用者、家族の希望や意見を取り入れ、職員で話し合い介護計画に反映している。3ヶ月に1回見直しを行っている。また、本人の変化に応じて見直しをしている。	毎月各ユニットでカンファレンスを行い、利用者や家族の希望や意見を取り入れた介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを行い、見直しをする他、変化あれば現状に即した計画を作成している。	
28		○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	ひびの状態や対応したケアをケース記録や申し送りノートに記入し、職員間で情報の共有、実践に活かしている。		
29		○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	本人やご家族の状況やそのときのニーズに応じて対応・支援を行っている。		
30		○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	小学生・中学生の慰問や地域の行事への参加、職場体験・演芸ボランティア等の協力をいただきながら暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
31	(13)	○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	家族と話し合い協力医をかかりつけ医としている場合は利用者の身体状況を報告、又は受診をし、適切な医療を受けられるように支援している。その他、他の医療機関においても継続受診をお願いし、情報提供も適切に行っている。	本人・家族が希望するかかりつけ医の受診支援をしている。協力医がかかりつけ医の場合は受診同行の支援を行い、家族が受診援助しているかかりつけ医にも、利用者の身体状況等の情報を口頭で説明し、適切な医療が受けられるよう支援している	
32		○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	職員は利用者の日々の健康状態を把握、伝達し適切な対応ができるよう支援している。また、必要に応じて協力医へ電話問い合わせをし、相談しながら支援している。		

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
33		○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。	入院時見舞いに行き、ご家族や看護師と情報の交換。また担当医に面会し、利用者の状態や今後の方向性等を相談している。		
34	(14)	○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	重度化した場合の方針を説明すると共に同意書を作成している。状態の変化があるごとにご家族等の気持ちに配慮し、家族の意向を聞き医師に相談。今後の対応について検討、支援に取り組んでいる。	重度化指針を作成して、重度化した場合の対応と方針について、利用者家族に説明し同意をもらっている。早期に医師や家族とも話し合い、方針を共有して、関係者と共に支援に取り組んでいる。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	年1回は消防署の協力をお願いし、応急手当やAED徐細動器の扱い方の研修を実施している。転倒・誤嚥・離館等を防ぐ為に定期的に事故防止への対応など話し合い、実践力を身につくよう取り組んでいる。	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訓練やイメージ訓練を行い、実践力をつけるよう取り組んでいる。	
36	(16)	○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、避難訓練を実施。火災・地震、水害等の災害対策のマニュアルを作成、定期的に点検を実施。地域の方の協力もあり、避難訓練への参加や地域緊急連絡網を作成し、協力体制を築いている。	利用者も参加し日中・夜間を想定した避難・消火訓練を年2回実施している。各種災害マニュアルや地域との緊急連絡網を作成し、防災・避難訓練は地域住民の参加を得て行うなど、地域との協力体制を築いている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
37	(17)	○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	人格を尊重し、どんな状況にあっても思いやりのある言葉かけや対応に努めている。また、ミーティングやユニット会議において話し合いをしている。	プライバシー保護や接遇の研修を事業所内で実施している。人格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉かけや対応に心がけている	
38		○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	呂容赦の希望を尊重しながら、出きる事への支援や自己決定を促す言葉かけを行っている。		

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
39		○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	個々の生活パターンを把握し、起床・食事等その人のペースに合わせた援助を行っている。		
40		○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	身だしなみは個々に応じて、衣服選びを一緒に行っている。散髪はボランティアの出長サービスを利用したり、希望があれば美容院へお連れしたりしている。		
41	(18)	○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	誕生会では好物を聞きながらメニューに取り入れている。食事の準備や配膳・下膳のお手伝いをして頂いている。	栄養士が作成した献立により三食とも事業所で調理している。利用者は職員と一緒に食事の下ごしらえや配膳・下膳・台ふきを行い、団欒しながら食事を共にしている。誕生日会では好物を聞きメニューに取り入れたり、おはぎや寿司を作り、食事が楽しみなものになるよう支援している。	
42		○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	栄養士の献立を基に栄養バランスに配慮、食事量・水分量は人目でわかるよう、介護チェック表に記入している。食事量の低下等の問題がある利用者には、栄養士・かかりつけ医と相談しながら対応、ケアに取り組んでいる。		
43		○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回/2ヶ月、歯科医の往診にて口腔管理をしている。また、毎食後、歯磨きを個々の能力に応じた介助を実施している。		
44	(19)	○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	排泄チェック表を利用し、個々の排泄パターンの把握、自立を促す為にトイレ誘導、また定期的にオムツの確認・交換をし、清潔保持に努めている。	排泄チェック表に一人ひとりの排泄状況を記録して排泄パターンを把握し、声かけや誘導によりトイレでの排泄を支援している。	

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
45		○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	適度な運動・水分補給等を実施す、排便の促しをしている。便秘になりやすい方には、かかりつけ医と随時相談をしながら対応をしている。		
46	(20)	○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	午後2時から5時までを入浴時間としている。一人ひとりがゆっくと入浴できるように1日おきを目安に曜日を決めている。入浴されなかった方や毎日希望される方にはその都度対応している。	職員とコミュニケーションをとりながら利用者一人ひとりがゆっくと入浴を楽しめるよう、一日おきに14時から17時頃迄に入浴出来るよう支援している。希望やタイミングに合わせて、その都度柔軟な対応をしている。	
47		○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	季節に合った寝具の入れ替えをし、気持ちよく眠れるようにしている。また、利用者の状態に応じて休息を取っていただいている。		
48		○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	薬剤師にて薬の一包化。薬を受け取る際に説明を聞き、ミーティングにて報告。また、職員がすぐに確認が出来るように内服介助の情報ファイルを作成している。必要な情報はフィールドバックしている。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	個々の能力に応じた役割づくり(洗濯物干し・たたみ、掃除、テーブル拭き等)を図り習慣化するよう支援している。また、個人の得意なことへの支援(縫い物・編み物・塗り絵等)も行っている。	生活歴やアセスメントを活用しながら、一人ひとりの得意なことや趣味を把握し、編み物や塗り絵、日常の家事、将棋、囲碁、トランプ、畑仕事の好きな利用者には近所の畑を借り、園芸やイモ掘りなど支援している。歌やレクリエーション、カラオケなども取り入れ、張り合いや楽しみごとのある日々が過ごせるように支援をしている。	
50	(22)	○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	月2回程度の外出レクにて外食をしたり、行楽地や季節の花見へお連れしている。天気の良い日は散歩をしたり、ドライブに出かけたりしている。希望があれば美容院や買い物に出かけたりして外出の機会を取り入れている。	天気の良い日は敷地内や周辺への散歩、ドライブに出かけている。地域ボランティアも参加して実施している月2回の外出レクでは、桜や菜の花など季節の花見や外食に出かけ、希望により美容院や買い物にも行くなど戸外出かけられるように支援している。	

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
51		○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	施設内での金銭所持はトラブルの元になるため、外出レクや買い物の買出しに同伴された時に利用者の能力に応じ、お金を使っている。		
52		○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	ご家族の意向を踏まえ、自由に電話をかけていただいている。手紙やハガキは本人に書いていただいたり、代筆したりして支援している。		
53	(23)	○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	利用者が居心地よく過ごせるようフロアのソファだけでなく、たたみを設置し寝転んだり、足を伸ばしたりし、くつろげる様工夫している。	共用空間の壁には利用者と職員と一緒に作成した季節の鯉のぼりが飾っており、天井は高く明るい光が差し込んでいる。廊下は広く、室温、湿度にも配慮して、居心地良く過ごせるよう工夫している。フロアには畳を設置し、足を伸ばすことができ、テレビの前のソファでもくつろいで話ができるよう工夫している。	
54		○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	食卓やたたみ、ソファ等自分の好きな場所にて過ごしていただいている。また居室でゆっくりされたりなじみの人の居室でお話をされ過ごせるよう支援している。		
55	(24)	○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	入居時に使い慣れた生活用品を持参していただき、安心感を持っていただけるよう配慮している。	居室は畳敷きで、必要に応じ介護用ベットや移動バー・ポータブルトイレなど、ADLに応じた個別の対応もあり安心して過ごせるよう配慮している。利用者は、使い慣れた布団・衣類・ハンガーラック・ダンス・テレビ・携帯電話を持参し、居心地よく過ごせるよう支援している	
56		○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	フロア周りには手すりを設置しており、自立歩行の支援やトイレ前にはトイレプレートや夜間は自然に点灯し、トイレの場所が分かるようにしている。自室前にはネームプレートや本人の写真、造花等を飾りわかるよう工夫している。		

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム秀東館 蓮華

作成日: 平成 24年 11月 27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	34	重度化した場合、家族と終末期に向けた話し合いをしているが現状としては医師との話し合いで入院している人が多い。家族の意向に沿った終末期を地域の関係者と共に支援していくことが難しい。	地域の関係者と共に終末期の支援	夜間帯の医師対応や訪問看護の導入に取り組み終末期の支援ができるようにする。	1年
2					
3					
4					
5					

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。