

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	4690800034		
法人名	医療法人 三徳会		
事業所名	グループホーム希望の家		
所在地	鹿児島県 出水市 六月田町361番地		
自己評価作成日	平成24年6月1日	評価結果市受理日	平成24年7月24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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=46
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市祇園之洲町5番		
訪問調査日	平成24年6月22日	評価確定日	平成24年7月19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)】

永年の地域医療に貢献してきた医院を母体として、国道447号線沿いの同じ敷地内に平成20年4月開設しました。利用者様の身体状況に変化が起こった時、相談や治療が受けられます。デイサービスと併設し、一緒に季節行事を楽しんだり、気晴らしに送迎バスに便乗させてもらっています。また栄養士に意見を聞いたり、調理の協力をもらったりと、恵まれた環境で職員も安心して仕事ができます。周囲には商店やスーパーが建ち並び、日常的に利用者様と一緒に必要な買い物を楽しんでいます。敷地の裏手には田んぼや山々が連なり、穏やかな日には敷地内の散歩をしています。利用者様と少しずつ育てた花や野菜を愛でながら、話が弾みます。開設から四年経ちました。ご家族を始め多くの方々からの支援を頂きながら『触れ合い・技術・共有』を理念として利用者様主体のより良い介護になるように日々努力しています。

【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)】

ホーム前面のにぎやかな幹線道路とは対照的に、裏手にはのどかな田園風景と美しい山並みが続いている。利用者は、稲穂の成長を眺め、折々の花木を楽しみながら穏やかに過ごすことができる。母体となる医療機関が隣接しており、医師及び看護師の訪問により、健康管理面での万全な支援態勢が整っている。ホーム発行の新聞にはご家族宛のコーナーがあり、家族会に出席できなかった方々への配慮も行き届いている。また、住民との交流や防災対策の面では、自治会長をはじめとする地域の方々から力を貸していただきながら、利用者が地域の中で安心して生活するために連携・協力して取り組んでいる。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族の1/3くらい 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

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	皆で考え、決定した理念を施設に掲示する事により職員に意識付けし、日常の介護に活かすよう努力している。	法人の理念に基づき、ホームの役割を踏まえた理念を運営推進会議の中で話し合い、作り上げている。管理者は、個々の事例に沿って、理念に基づく具体的なケアの方法を職員に指導している。		
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	地元の自治会に参加し、年間行事の清掃作業や総会などにも参加している。又、近隣の店への買い物や外食・理美容等をできるだけ利用し、利用者様も地域を頼りに生活している。	自治会からの案内を受け、地域の行事に積極的に参加している。法人が主催する夏祭りには地域住民を招待し、交流の機会としている。さらに、近隣の商店への買い物や外食に出かけることで、地域とのつながりを保ちながら暮らせるように支援している。		
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	電話での相談を受けたり見学者などの対応を行っている。グループホーム以外のサービスについても相談内容によっては説明や紹介を行い対応している。			
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	運営推進会議には家族会代表、自治会長（民生委員を兼務）、行政担当者などが参加し、ホームの状況報告や今後の取り組み等について話し合っている。参加者の意見や助言を記録に残し、参考にしてサービスの向上に活かすよう努めている。	運営推進会議には、ご家族代表や地域住民代表、行政担当者等が参加し、ホームの状況や行事計画を報告している。様々な立場からの意見や質問を受けながら対応策を検討し、サービスの向上に活かしている。さらに、会議の内容はホームページで公表している。		
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	行政担当窓口へ密に足を運び、ホームの現状報告や相談等を行ってサービスの質の向上に努めている。運営推進会議にも毎回包括支援センターより参加いただいている。	日頃より、地域包括支援センター職員や市の担当職員へ報告や相談を行っている。法人内の他の事業所に公務で来訪した際や、運営推進会議の前後に、利用者の暮らしぶりを見てもらう機会としている。		
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	拘束についてマニュアルを作成し、施設内学習・検討の場を月1回設け、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。昼間外に出たいとの様子が伺える時は職員が付き添ったり、見守りを行い、積極的な外出援助が行えるように取り組んでいる。	身体拘束についてのマニュアルを使って、職員に対する研修会を実施している。毎月行われる「グループホーム会議」の中では、拘束を行っていないか毎回確認をしている。さらに、介護保険法での身体拘束11項目の内容を掲示し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		

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
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	虐待についてマニュアルを作成し、入職時には研修を行い、学びの機会を設けている。常日頃より身体観察や言葉使いについても職員同志注意し合っている。		
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	研修への参加や施設内学習を行い、学びの機会を設けている。今現在、施設利用者で日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用している方はいない。		
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	ご家族・ご本人に対し説明を行い、疑問点を尋ねた上で、理解・納得を得、契約を結んでいる。ご本人様が納得されない場合は、御家族様や居宅ケアマネを交え話し合う機会を設けている。		
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	面会時や行事の際の家族参加の声掛け、家族交流会など意見や要望を聴く機会を設けている。運営推進会議にも家族会の代表者に参加して頂き意見を伺っている。意見を頂いた場合、職員間で話し合いの場を設け反映できるよう努めている。	行事に招待した際を含めて、年に二回の家族交流会を開き、意見や要望を聞く機会としている。参加できなかったご家族にも交流会の内容がわかるように、「希望の家新聞」に要点を掲載するなど、情報共有ができるように努めている。	
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	ミーティングを毎日朝一番に行い職員の意見や提案を聞いて、運営に反映させている。月1回グループホーム会議も行い、全職員間で話し合う機会を設けている。	毎日のミーティングで、ケアの方法や業務の内容について職員の意見や提案を聞く機会としている。新たな利用者については事前に職員へ情報を提供し、処遇についての意見を受ける機会を設けている。	
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	職員の仕事は、常に観察・把握しており、深夜勤務の労働に対して賃金アップも一昨年実施した。又、国の交付金も活用し給与水準向上に努めている。有休を利用して、長期の休暇での職員のリフレッシュ化も進めている。		
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	新人に対してはカリキュラムを設け、入職後研修を行っている。法人外の職員の研修会もできるだけ参加の機会を設けている。介護・認知症についての本の購入を行い、職員の質の向上に努めている。		
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	グループホーム連絡協議会・ケアマネ協議会等を通じて、同業者と常に交流を図っている。又、意見の交換を通して他の施設の良いところを取り入れてサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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	入所時には本人との対話を通し要望等を聞き、思いを受け止めるように努めている。話に出てきた内用は記録に書き留め、全職員がきちんと理解した上で統一したケアが行えるよう努めている。		
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	入所時には御家族様との対話を通し要望等を聞き、思いを受け止めるように努めている。話に出てきた内容は記録に書き留め、全職員がきちんと理解した上で統一した関係づくりが行えるよう努めている。		
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	心身の状態を把握し、優先すべき課題は何か、どのような介護を行うべきか、本人が無理の無いところで何を目標にさせていただくかを職員間で話し合っている。		
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	日常生活において、料理の手伝いや洗濯物干し、買物や花植え等本人の残存能力を見極め、また出来る部分は自分で行ってもらっている。		
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	外出・外泊・医療機関の受診・季節の行事への参加など連絡をとりながら出来る範囲で協力して頂いている。		
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	面会・外出・外泊はいつでも受け入れている。本人が希望されれば住みなれた家や友人宅、行きつけの店や希望された他科受診援助等、外出援助も行っている。	自宅や友人宅へ出かけたり、ご家族との外泊、馴染みの店や行きつけの店への外出支援を行っている。また、隣接する同一法人のデイサービスを利用されている馴染みの方もおられ、関係継続の支援を行っている。	
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	利用者様同士の日ごろの関係を把握し、トラブルを回避したりお互い仲良くできるように、職員が仲を取り持っている。食事テーブル等の配置も職員が人間関係を見極め配置している。		
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	他施設への入所や長期入院で退所されても、必要に応じ利用者様・御家族様からの相談援助や支援を行っている。職員も、機会があれば退所利用者様へ面会に行っている。		

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	
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	御家族様や、本人との日常生活の行動・対話を通じ情報を得、意向の把握に努めている。判断に困る時は、行動・表情・サイン等から意向の把握に努め、ミーティングで話し合い、本人本位の支援方法を検討している。	傾聴する姿勢を大切にしながら、意向の確認を行っている。また、意思表示が困難な場合も、ご家族からの情報を参考にしながら、サインや表情から意向をくみ取り、本人本位に検討している。外出先や飲み物などを選択できる機会も設けている。	
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	入居時に本人・ご家族・ケアマネージャー、面会時にご友人などから以前の生活歴・趣向・サービス利用等を伺い把握に努めている。		
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	毎日の個々の生活支援の様子を記録に残している。入居者様に変化があった場合、朝夕の申送りの議題にあげている。		
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	介護計画を作成するにあたって、家族には、面会時や電話で意見を聞いている。意志疎通の可能な方へも意向をお聞きし、本人や家族が望む暮らしに繋がるように、職員で話し合いサービス計画を作成している。モニタリングも三ヶ月に一回行い、現状に即した計画作成に努めている。	ご家族や本人の意向を聞き取りながら職員間で話し合い、主治医のアドバイスも取り入れて介護計画を作成している。また、三ヶ月毎のモニタリングを実施し、ミーティングで話し合い現状に即した見直しを行っている。	ご家族がサービス担当者会議に出席しやすいように、可能な場合は、面会日に合わせた日程調整を検討していただきたい。
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	日々の様子や気づき等、ケース記録として残している。ケアについては毎日のケア実施記録として実践状況をチェックしている。毎朝の申送り時や申送り用ノートを使用したり、毎月のグループホーム会議時に話し合いをして個々の介護計画の改善や見直しをしている。		
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	本人・家族の状況や要望に応じ、マッサージや余暇活動、外出援助等、多岐にわたって援助できるように努めている。		
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	職員間でより豊かな暮らしが楽しめるよう情報を出し合い、共有している。適切と思われる資源があれば、積極的に活用している。		

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
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	ほとんどがご家族の希望により、隣接の病院が主治医となっており、二週間に一回往診がある。又、他科受診が必要な方には家族に説明を行い同意を得、受診援助を行っている。受診後には主治医に報告している。	利用者やご家族が希望するかかりつけ医となっている。専門他科受診をする際は職員が同行し、日常の状態について情報提供を行い、適切な医療を受けられるように支援している。	
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	心身の状態に変化があった時は職場内の看護職員や隣接の看護師に報告し、助言をもらう。必要時は受診援助を行っている。グループホーム内に看護師が4名おり、1名は日勤帯出勤していただくように対応している。		
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。	入院時は、心身の状況や日常生活、服薬等について報告したり早期退院に向けて相談している。MSWとも密に連携を取る事で状態把握に努めている。入院中は職員が面会に行き病院での様子を伺ったりしている。		
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	入所の時点で将来に向けた本人・家族の意向の確認、施設で出来る事やできない事の説明は行っている。重度化した場合は、施設で対応しきれない部分や代替援助等について御家族様に了承を得る。場合によっては他施設等への紹介や申し込み代行も行っている。看取りケアについても方針や書類は整備しているが今の所、実施には至っていない。	利用開始時に、重度化や終末期に向けたホームの方針を説明して了承を得ている。状態変化時には、主治医の指示やアドバイスを受けながらチームとして支援に取り組んでいる。「看取り介護手順ポイントマニュアル」を整備しており、職員に対する教育を行っている。	
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	急変や事故発生時は意識レベルや外傷の有無を確認して、必要に応じて隣接の主治医に報告している。緊急時の対応の方法については看護師による研修を行ったり、緊急時対応マニュアルを作成して対応している。		
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	施設では地域住民や消防署・地域の消防団の方々に参加していただき、年2回の火災及び水害等に備えた防災訓練を計画し行っている。非常食の備蓄も行っている。	消防署及び地域の消防団から協力を受けながら、年二回の通報・消火・避難訓練を行っている。地域住民にも参加してもらい、ホームの間取りを確認していただいている。食糧の他、懐中電灯やラジオなど、備蓄も充実しており、スプリンクラーの設置や避難経路マップの掲示など、災害対策への取り組みは充実している。	

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	
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	理念に基づいた介護をめざしている。プライバシーを保ち、人格を傷つけないよう言葉や対応には気をつけている。常日頃より職員にはパーソンセンタードケアやバリデーションの理念を念頭に置き対応するよう話し合っている。入職時にも守秘義務の研修・誓約書を交わしている。	尊厳とプライバシーの確保を重視した理念に基づき、業務マニュアルの整備や研修を実施している。個人情報や記録物の取り扱いについて、管理者は日頃より職員を指導しており、声かけや気づきに関しては、リーダー及びサブリーダーが中心となって現場で指導している。	
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	利用者本位を基本とし、出来る限り利用者様の話を聞き、希望を取り入れられるように頑張っている。利用者様の状況によっては行動に付き添い、自己決定出来るように導いている。		
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し、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	スケジュール表の一日の流れはあるが、一人一人の生活のリズムを大切にし、職員側のスケジュールを調整し対応している。行事等への参加も無理強いせず、本人の意向を伺っている。		
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	季節に合った衣類の準備を家族に相談して準備していただいている。更衣時は本人に衣類を選択してもらっている。行きつけの理美容室があれば連れて行き対応している。希望のお店が無ければ地元のお店を活用するか、簡単なカットは職員が行っている。		
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	昼食は法人の栄養士が作成した献立に基づき調理している。朝・夕食は日常会話の中で好きな物や、季節の食べ物を聞き、メニューを決めている。買物へ一緒に出かけたり、調理や盛り付け、後片付けなども一緒に行ってもらっている。	朝夕のメニューは、利用者の希望を取り入れられている。誕生日のケーキ作りや正月のおせち料理などの行事食や、地域の店舗に外食に出かけるなど、食事を楽しむ支援を行っている。毎週火曜日には移動パン屋さんが立ち寄り、パンを買って楽しんでもらっている。	
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	法人の栄養士指導の下、高齢者の献立の要点や一日に必要な摂取量・水分量、低カリウム食の作り方について勉強会を行ったりアドバイスを随時いただいている。食事量や水分量が一日を通して少ない場合は捕食等を提供し対応している。		
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	毎食後、口腔ケアを行っている。自立度に応じ、一部介助や仕上げ磨きを行う。義歯利用の利用者は、夕食後は義歯を預かり化学的清掃を行っている。		

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	排泄の記録をし、一人一人の排泄パターンを把握している。これらの記録や利用者の排泄サインから判断してトイレ誘導を行い、失禁の減少と自立支援に取り組んでいる。下剤やオムツの使用については担当者や看護職員を交え、問題があればその都度検討を行っている。	排泄チェック表を作り排泄パターンを把握して、トイレ案内や声かけにより失敗を少なくする取り組みを行っている。オムツからパンツへの移行支援に努め、成果を上げている。	
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	食事にはなるべく野菜を取り入れ、毎日牛乳を飲用している。利用者によっては食物繊維の多い補助食品やお通じを良くするお茶等を使用している。排泄記録を参考にして、水分摂取量にも気をつけている。便秘の度合いによっては主治医の指示で緩下剤に頼る事もある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的には一日おきに入浴できるように、声掛けや誘導を行っている。拒否や体調不良等あった時は曜日や時間にとらわれず、心身の状態が落ち着いてから行っている。失禁等により汚染した場合、24時間いつでもシャワーを使用できるように対応している。	入浴の時間帯や順番については、本人の希望や心身の状態を考慮しながら柔軟に対応している。湯の花やバスクリンを使用して入浴を楽しめる工夫をしたり、職員と温泉に出かけるなど、個々の利用者に合わせた支援を行っている。拒否がある場合は無理強いせず、清拭や更衣で清潔を保っている。	
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	利用者様の夜の入床は、各々のペースに任せている。昼間はできるだけ離床し活動的に過ごしていただけるよう支援している。昼食後の昼寝等、身体的に無理が無い程度で自由にとってもらっている。		
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	個々のケース記録に最新のお薬説明書を挟み込み必要な時はいつでも閲覧できるようにしている。受診後に処方の変更があった時は薬剤情報を申し送りノートに記録し、皆で確認し、服用後の症状の観察には注意を払い対応している。		
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	個々のレベルに合わせて趣味や特技を活かしたり、役割を担って頂いている。嗜好品の買物、ミニドライブ、外食援助、パチンコ等個々の支援を行っている。		

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
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	職員の勤務状況にもよるが、可能な限りは希望に沿った外出援助を行っている。場合によっては御家族様や地域の人々と連携し、出かけられるように支援している。周辺の散歩や買い物等は日常的に支援している。	周辺の散歩に加えて敷地内にある畑の水やりをしたり、隣接するパチンコ店に出かけるなど、日常的に戸外へ出かけられるように支援している。また、地域で行われる季節の行事に参加したり、図書館を利用するなどして外出の機会を設けている。	
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	基本的に大金や貴重品は持ち込みを遠慮してもらっているが、金銭を希望された場合は会計より預かり金を返金し対応している。買物やパチンコ等、ある程度本人の好きなように使っている。		
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	年賀状は可能な方は本人手書きのはがきを送っている。手紙の投函代行援助も行っている。電話での取り次ぎや、希望された時の連絡も支援している。		
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	車道より奥まったところにあり、不快な音はあまり聞かれない。採光は良く夏期は日差しが強いのでよしずで射光し対応した。張り絵などで季節感を出したり、行事の写真を貼って楽しんでいる。中庭や玄関には季節の花を生け、楽しんでいただけるように工夫している。	リビングルームは天井が高く、天窓からの自然な光で明るい雰囲気である。堀こたつのある畳のスペースもあり、ゆっくりとくつろげるようになっている。玄関先には季節の花木が植えられ、ベンチも設置されている。利用者は季節を感じながら、心地よく過ごすことができる。	
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	食堂と居間は一体化しており、個々の利用者様の好きな場所がある。気のあった人と一緒に過ごしたり、介護者との傍にいて安心されたり、一人で外を眺めたりと、皆さん自由に過ごされている。		
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	タンスやロッカーは備え付けてある。テレビや寝具は本人が使い慣れたものを持参していただいている。ご家族との思い出の写真や絵手紙、自宅で使われていた物等をできるだけ持ってきていただくよう御家族様には説明しています。	テレビや椅子、位牌、冷蔵庫など、馴染みのあるものを持ち込み、ご家族の写真や手作りの装飾品も飾られている。ベッドや家具の配置などは本人の希望に合わせており、居心地良く過ごせるように支援している。	
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	施設内のバリアフリー、廊下や風呂場等動線に合わせた手摺等の工夫がされている。視覚を活かしトイレまでの矢印等表示している。介護用具も取りそろえ、自立度に応じた援助が出来るよう備えてある。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム希望の家

目標達成計画

作成日 平成 24 年 7 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	26	ご家族がサービス担当者会議に出席しやすいように、可能な場合は、面会日に合わせた日程調整を検討していただきたい。	今までは、面会に来られた際に計画作成担当者にご家族と話をし、それを記録に残し、担当者会議に参加したとみなしてきた。担当職員・看護師・医師・計画作成担当者・本人・家族が全員揃うという事は勤務的にもなかなか難しい事ではあるが、可能な限り実現できるよう取り組んでゆきたいと思う。	ご家族に連絡を事前に取り、ご家族の都合に合わせ、担当職や看護師等の勤務調整を行い、できるだけ職種が参加できるように計画する。	3ヶ月
2					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、行を挿入してください。