

# 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	2371400884		
法人名	有限会社さくら		
事業所名	グループホーム浦里		
所在地	名古屋市緑区浦里5丁目109番地		
自己評価作成日	平成22年11月1日	評価結果市町村受理日	平成23年1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	<a href="http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371400884&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371400884&amp;SCD=320</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	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室
訪問調査日	平成22年11月24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"> <li>・「自分で選んで、決める暮らし」を運営理念とし、「自立支援」を念頭に介護を行っている。</li> <li>・鍵をかけないケアを開所当初から行っており、空間・心ともに開放的な生活を目指している。</li> <li>・より家庭に近い環境を目指し、3～4世代交流と地域との交流を行っている。</li> <li>・開所当初より職員が定着しており、利用者とも馴染みの関係を築くことができている。</li> <li>・代表が看護師であり、協力医療機関との連携、終末期に向けた取り組みを積極的に行っている。</li> </ul>
--

## 【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>代表者とホーム長が、開設時作り上げた理念・想いは、家訓でもある。この理念は、本人本位の意向を把握し、一人ひとりの有する能力に応じた役割で意欲を引き出し、今までと変わらない地域の中で、利用者主体のアットホームなグループホームにつながっている。職員は、利用者が年を重ねても筋力低下させず、自発的に体を動かし、穏やかな気持ちで過ごすように、健康の保持に努めている。職員は、開設時から入れ替わりが少なく、毎日の暮らしの中でその家訓を理解し、守り、日々支援している。また、地域包括支援センター主催の行事においては、「地域で生きる」というテーマでの講演、利用者や職員によるハンドベルの発表等、地域への貢献と情報発信に努めているグループホームでもある。</p>
--

## 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拡がったり深まり、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、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	開設当初より理念・家訓を定め、事業所内の壁に掲げ共有し、理念に合わせたケアを日々職員全員で模索している。	代表者とホーム長を始め、話し合いながら作りあげた理念は、地域で家庭と変わらない生活、一人ひとりの体調気分に応じた暮らしを支援すること等を目指している。理念を、目につく壁に貼り出し、職員は理解し日々のケアを実践している。	
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	利用者全員が町内会に入会している。町内のバーベキューや公園清掃に参加している。散歩、買い物の中で挨拶を交わしたり、顔見知りになっており日常的に交流がある。	利用者全員が地域の自治会に加入し、地域の行事への関わりや、自治会主催のバーベキューに参加している。また、2か月に1回の清掃活動にも参加している。犬の散歩時、洗濯物を干している時などには、地域の住民との対話を楽しんでいる。	
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	H21年に緑文化小劇場で自主公演と地域包括支援センターに協力してもらい認知症サポーター養成講座を行った。またH22年より地域包括支援センター主催認知症講演会に依頼され利用者・スタッフ出演している。アンケート結果では認知症の理解・介護方法を教わったとの回答あり。		
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1回開催し取り組みの報告や投げかけを行っている。意見を参考にサービス向上を目指している。構成員は利用者・その家族・町内会長・民生員・主治医・ケアマネ等から構成され、様々な意見を取り入れることができる。	会議は2か月に1回開催し、地域包括支援センター職員の出席もある。利用者及びその家族も無理のないように参加を呼び掛け、会議出席メンバーと意見要望を検討しながら、運営に反映させている。	
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	生活保護者の受入を行っており民生課とは適宜報告・連絡・相談を行っている。区の介護保険課とも同様である。市の介護指導課とは疑問・質問を適宜投げかけ回答を得ることにより適正なサービスを提供できるようにしている。	地域包括支援センター主催行事での講座、区役所も参画している行事でのミュージックベルと手話の発表等を行っている。また、必要に応じて、区役所や地域包括支援センターとは、連絡を取り合っている。	
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	身体拘束ゼロ運動に取り組み壁に理念を掲げている。勉強会を行い職員全員で取り組んでいる。開設当初より夜間の防犯目的以外では施錠しない環境を整えている。医療上必要時は医師の指示のもと必要最低限で行うようにしている。	外部講習にも参加し、ホーム内でも研修等を実施し、身体拘束をしないケアの実践に努めている。夜間は防犯上施錠するが、昼間は施錠せず、開放的な暮らしと自由な生活に向けての工夫に努力している。	
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	虐待の定義を職員全員に勉強・伝達講習会を通して周知している。また職員全員で話し合う機会を適宜設けて虐待のないケアに努めている。		

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	以前成年後見制度を受けている利用者がいたため実践を通し学ぶことができた。現在は主に伝達講習や勉強会を行っている。		
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	代表者とホーム長、家族の方にも最低2人以上同席して頂き相違がないよう契約の締結を行っている。項目ごとに質疑応答を行い理解・納得し、頂けるよう説明している。また契約の締結以降も質疑があればいつでも受けようとしている。		
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	運営推進会議・家族会を通して、意見・要望を表せる機会を定期的に設けている。また利用者会議を行い、利用者自身からの意見・要望を出してもらうようにしている。意見・要望は職員全員に周知し対応策・改善策を全員で考え対応している。	運営推進会議に家族の参加を呼びかけたり、家族会として、年2回敬老会とお祭りの日に設定している。さらに、家族アンケート結果、意見箱への投函内容等から、意見・要望を吸収し、職員と対応策を検討している。	
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	代表者・ホーム長・管理者も常に介護現場で介護職員として関わっている。そのため事業所全体を把握している。職員の意見や提案も日常的に確認し、反映するようにしている。	ホームでは、職員は働きやすく、開設以来職員の交代も少ない。申し送り、勉強会、カンファレンス時等には、食事、歩行困難者等、職員からの提案についても、ホーム長及び管理者はよく聞き入れ、理解し実施に向けている。	
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	資格取得・研修への参加呼びかけを積極的に行っている。そのための勤務調整も行っている。また資格取得後は手当の支給を行っている。職員の生活スタイルに則したシフト作りや勤務態勢を常に心がけている。		
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	各職員の経験や能力に応じた資格取得や研修を勧めている。また研修後は伝達講習の場を設けフィードバックできるようにしている。研修のための勤務調整も行っている。		
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	研修の機会を設け、その場で交流できるようにしている。また他GHとの連携もあり、相談できる体制がある。		

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
<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	導入段階では利用者に混乱が生じないようにホーム長が主となり信頼関係を築き、安心して生活できる体制を確立している。その間も情報の共有を行い職員全てが対応できるようにしている。センター方式を導入し初期の情報収集を行う。		
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	上記同様家族の関係作りもホーム長が主となり行っている。利用者をどのように支援していくのか家族と相談しながら勤めていく。また家族の不安にも向き合って支援している。		
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	現状把握を行い「その時」必要と考えられるサービスの提案を具体的に行い、必要に応じて照会している。担当者が変更することで話が行き違う恐れもあるため、窓口はホーム長一本で行っている。		
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・職員の年代に応じて家族としての年代に当てはめた対応を行うことで様々な関係づくりに努めている。また利用者同士が協力し合い生活できるように支援している。家訓の「それぞれに役割のある暮らし」をベースにしている。		
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	今まで疎遠だった親子関係を入居とともに回復した実績もある。毎月家族には利用者の状況報告を行い適宜方針について共に考えている。運営推進会議や家族会では意見や要望を出してもらうことで協働を目指している。		
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	利用者の馴染みの場所(実家・墓参り等)に出掛けている。またホームは常に玄関が開放されているため、いつでも家族・親戚・友人が出入りできるようにしている。	玄関は常に開放してある為、友人・知人・家族は気軽に訪問している。近くの喫茶店や美容院・お墓参り等へ同行支援したり、手紙や年賀状を出したい方は、職員が手伝っている。	
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	職員は黒子に徹し、利用者同士が協力し合える環境作りを行っている。利用者同士の関係性を見極め必要に応じて適宜部屋替えを行ったり、役割りを通して利用者同士が自然に協力でき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
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	退所後も年賀状のやり取りがある。またグリフケアの勉強会も行いながら今後力を入れていく予定。在宅へ退所された方がホームへ遊びに来ることもある。必要に応じて本人・家族の相談に応じている。		
<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>					
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	適宜意向や希望を確認し、即対応・即実践に移すようにしている。状態・状況の変化時にも行う。利用者に合わせて質問方法の選択、生活歴を考慮しながらできる限り本人本位の意向の把握をするようにしている。	家と変わらない状況で、本人が言いたい事を言いやすい雰囲気作りをし、意向把握に努めている。把握困難な時には、入居前のケアマネやかかりつけ医、家族から情報収集したり、日頃の様子から読み取るようにしている。	
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	利用者本人からの情報や家族からの情報をもとに、また日頃の生活状況からもセンター方式の一部を用いてアセスメントし、把握に努めている。職員間で情報を共有しながらカンファレンスを行っている。		
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	上記と同様、今までと現状の把握に努めている。また家訓にもあるように特に決まった日課は設けていない。その日の体調や気分・天候に合わせて一日を過ごせるようにしている。また有する能力に応じた役割で意欲の引き出しもやっている。		
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	毎月定期的な個別カンファレンスと状況の変化に応じて適宜カンファレンスを行い、本人の意向に合わせて対応し、当日中に解決できるようにしている。それを介護計画に反映させ作成している。	毎日のミーティングや全職員が記入する個別介護記録及び毎月行うモニタリング・個別カンファレンスから状態を共有し、ケアプランを作成。状態が変化した際には、その都度検討している。	
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	センター方式を元に独自に工夫した介護記録様式を取り入れている。それにより利用者の言動や変化、職員の気づきがわかりやすくなっているため情報を共有できる。また日報や申し送りも併用することで実践に活かしている。		
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、その時々にも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	利用者・家族の現状に応じたサービスの提供を行っている。例えばターミナルケアやホーム内での葬儀、外出支援を行っている。また利用者の状況に合わせて環境整備(部屋替え等)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
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	町内の公園清掃に出掛け活躍する場を設けたり、地域の一員として生活できるよう配慮している。		
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	本人・家族の意向に添って医療機関の選択は行っている。外部の医療機関については家族と事業所の同行で受診している。ホーム主治医は隔週の往診となっており、必要に応じて家族に直接もしくは電話等で主治医から説明がある。	全員同じかかりつけ医であり、月2回の往診があり、健康管理をしている。かかりつけ医の受診については家族としてのが、経過・結果が必要な折には、看護師及び職員が同行し、情報の共有に努めている。	
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	代表が看護師であり、介護職としても従事しているため利用者についての把握は行っている。変化がみられた時は報告・連絡・相談がスムーズである。外部医療機関への受診時は同行したり往診時は同席している。		
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。	入退院はもちろん、入院中も病院の医師や看護師やソーシャルワーカー等と情報交換を密に行っている。またホーム主治医とも連携し早期退院調整と退院後の治療方針を話し合っている。		
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	入所時に重度化や終末期に向けた方針について説明を行い、入所時の本人・家族の意向を書面で確認している。また状況の変化に伴い適宜本人・家族に説明し意思確認を行う。本人の意思を基本に主治医・職員や家族とも話し合い、最善の方法で支援できるように取り組んでいる。	入居時、重度化した場合や終末期のあり方についての同意書は得ているが、入居中には本人の意思及び家族の状況変化も生じ来る。本人・職員・主治医・家族と話し合いながら見極め、支援・対応に取り組んでいる。	
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	地域の消防団指導の下、救命講習を行った。また伝達講習を通して周知している。		
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	避難訓練を年2回実施している。運営推進会議では町内会長を含め、避難方法の確認を行った。協力要請をしている。当事業所は水害地域になっており、水害を想定した避難訓練も行っている。	運営推進会議等の機会に、地域の協力・支援の確認している。備蓄は、3日分の飲食及び備品を準備している。年2回の訓練を行い、洪水の時は2Fへ昇降機避難や、火災時には消火器の使用法を体験・訓練等、手順などを打合せしている。	災害は、火災・地震・洪水、昼間や夜間等、どのような折にも対応できるように、今後も継続して、日頃から関係者の話し合いや訓練の回数を増やし、緊急時に備えられたい。

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	利用者それぞれに合わせた言葉かけを行っている。またプライバシーに配慮し人格を尊重したケアを日々行っている。	職員は、一人ひとりに合わせた言葉かけや、その人の気持ちを聞き出し、様子から察知してそのばに合わせた対応をしている。本人の意向を大切にして、強制し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	当事業所の理念を念頭に必ず本人の意思を確認している。自己決定できるようその人に合わせた働きかけを行っている。先回りしない介護を心掛けている。		
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	特に日課を決めておらず、その日の天候・体調・気分に合わせて生活することを基本としている。「今日はどこに出掛けるの？」に対し外出を決めたりとできるだけ希望にそって支援するように努めている。		
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	できる限り自己選択できるように二者択一方式にしたり、自尊心を損なわない服装選びを支援している。出掛けるときなどTPOに合わせて服装選びができるよう支援している。		
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	季節や行事に合わせた旬の食材の提供を行っている。一緒に食事の下ごしらえをしたり食事をもとにすることで会話を広げている。また弁当箱に詰めたり、外で食べたり変化を持つようになっている。能力に合わせた調理・食器洗い等を行っている。	買い物は、近くのスーパー等へ職員と買いに行き、野菜の下準備、煮つけ、食器の片付け等、利用者も参加している。時には、公園へ弁当を作って持って行くこともある。また、流し台を新調したことで、利用者が使いやすくなった。	
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・水分量を各利用者で記録に残し把握している。各利用者の咀嚼・嚥下状況に応じて食事形態を工夫したり、生活習慣に応じて食事提供方法の工夫をしている。		
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に、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	各利用者の状況に合わせた対応を行っている。声を掛けたり自ら気が付けるような支援を行っている。介助が必要な場合は介助を行い保清している。		



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	記録することにより排泄パターンを把握している。利用者の状況に応じて適宜自尊心に配慮した支援を行っている。個々のサインを捉え誘導したり、排便に関しては付着等でサインがあればトイレに誘導し腹圧を利用した自然排便を心掛けている。	オムツ使用の方が、紙パンツでトイレへ行けるようになった方もいる。職員は一人ひとりの排泄パターンを把握し、個々のサイン・行動の変化を捉えながらトイレへ誘導し、気持ち良く排泄出来るようにしている。	
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	記録で各利用者の排便状況を把握するようにしている。排泄に関して自立している利用者に対してもできる限り把握に努めている。便通のよい食材の提供や、水分の確保、適宜温湯法・腹部マッサージを行い、便秘予防に努めている。		
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	毎日入浴できる。各自に希望を聞いたり、時間帯を確認している。各利用者の状況や状態に合わせて入浴を促したり、介助している。	毎日入浴でき、その人が希望する時間帯で入浴している。面倒がり嫌がる人もあるが、声かけし入浴してもらっている。	
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	室内環境を整えたり、布団干しやシーツ交換を適宜行っている。体調・年齢・各々の睡眠サイクルに合わせた睡眠の確保を行っている。毎日休息時間(午睡可)を設け、活動と休息のバランスを整えている。		
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	各利用者で薬の説明書をファイルしてあり、いつでも確認できるようにしている。疑問・不明な点があれば薬辞典で調べたり看護師に確認している。誤薬がないよう準備から配薬までの間に何度か複数人でチェックする体制を整えている。薬の変更時は日報に記載し、確認している。		
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	個々の能力に応じ、役割を持てるよう支援している。天候や体調・気分により外出したり外庭で食事・おやつをしている。外食やおやつでは数種類の中から各自で選択できるようにしている。雑誌・音楽・ゲーム等常に周囲に置いておき、自身で気分転換できるようにしている。		
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	日常的に外庭やベランダに出られるようになってきている。また散歩等も行っている。年2～3回の旅行を行ったり、芝居観賞や外出も随時行っている。家族面会時にお墓参りに出掛けたり、外食に出掛けられる方もいる。	祭りや敬老の日、泊まり旅行、日帰り温泉行き等、家族の協力・同伴の上外出する機会もある。そのために、利用者も日頃の散歩や外出を大切にしている。宝くじ・仏花・化粧品・おやつの購入等、職員が同行・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
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	個々の能力に応じ、自己で金銭を管理している方もいる。仏壇の花を買いに行ったり、買い物に同行している。外出時には個々で買い物できるようお金を渡し使えるよう支援している。		
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	個々の希望に合わせて電話をかけたり、年賀状・暑中見舞い・手紙のやり取りができるよう支援している。日常会話の中から思いを汲み取り必要に応じて支援している。		
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	季節感がわかるような花や物品の展示をしている。玄関が開放されていることで精神的にも常に圧迫感のない環境を整えている。”ゆ”ののれんをかけ、浴室をわかりやすくしたりしている。	ホーム内には、各所に椅子やソファが置かれ、ゆったりと寛げる状況になっている。最近、流し台を購入し、その新調の流し台は、利用者にとって独占できるスペースであると共に、利用者にとって使いやすくしている。	
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	各所に椅子やソファが置いてあり、畳スペースもある。外庭にもテーブル・椅子が置いてある。それぞれが各々の場所で過ごせるようにしている。		
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	常に個々の体調や状況に合わせた家具の配置をし、安全で居心地のよい居室になるようにしている。亡くなったご主人の写真を飾ったり、仏壇を持ち込まれるかたもいる。	利用者が工夫して作った筆筒や、自動マッサージ器、、ソファ、仏壇、家族の写真等、個々に思いの物を室内に置いている。それぞれのドアの前には着物地を利用して作ったのれん、廊下から室内が見えない為の配慮をしている。	
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	伝い歩きができるよう個々の状況・状態に合わせた家具の配置を行っている。また畳やカーペットを敷くことで転倒時の衝撃を最小限となるような配慮をしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム浦里

## 目標達成計画

作成日: 平成 22年 12月 14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	35	避難訓練について職員の意識調査	○職員の意識調査をする ○調査の結果を受け、結果に合わせた避難訓練の導入をする	○アンケートによる職員の意識調査 ○運営推進会議での構成員からの意見・提案確認 (結論) →避難訓練は年3~4回とする(1~2回/年増やす)	1ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月