

# 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	3578100376		
法人名	社会福祉法人 寿幸会		
事業所名	グループホームほたるの里		
所在地	山口県萩市大字須佐1378-1		
自己評価作成日	平成25年2月6日	評価結果市町受理日	平成25年6月13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25年3月7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)】

①食事は毎食職員が調理している。食材は毎日近くのスーパーに買い物に行き、又朝市や道に駅に行き、地域の新鮮な野菜を購入しています。献立は利用者の希望も聞き、取り入れている。②特養との合同での行事を行ない、特養との交流を行なっている。③ドライブや買い物を行い気分転換を図り活性化を図っている。

## 【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)】

朝市や道の駅に利用者と一緒に食材を買いに行かれ、新鮮で旬なものを利用されて、利用者の希望を取り入れたメニューを工夫して、三食とも事業所で食事づくりをしておられます。利用者はできることを職員と一緒にしておられ、同じ食卓を囲まれて会話をされたり、同じものを食べられて、利用者にとって食事が楽しいものになるように支援しておられます。月1回の法人研修には全職員が参加しておられる他、外部研修にも多くの職員が参加され、内部研修で復命研修をしておられるなど、事業所内外の研修を受ける機会を確保されて職員を育てる取り組みをしておられます。職員同士のチームワークが良く、事業所の雰囲気も明るく、利用者と職員が和やかに笑顔で過ごしておられる様子が伺えました。

## 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くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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ったり深まり、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	理念を玄関や事務所、又食堂の掲示板に掲示いつでも閲覧でき、理念が把握できるようにし、サービスにつなげるようにしている。	地域密着型サービスとしての事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示して職員会議の中で理念の確認をし共有して実践につなげている。	
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	地域の行事には可能な限り参加し交流している。(敬老会、運動会、そば祭り等)又特養に地域の方が来られ行事があれば出席し交流をしている。(仏教法話、お茶会、うたこえ会)	敬老会や行学校の運動会、祭りなど地域の行事に参加する他、法人行事に参加している地域の人や幼稚園児、小学生などと交流している。話し相手ボランティアが訪問したり、中学生のボランティアの来訪があり交流している。	
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	行なっていない、要請があれば行なう。	/	/
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。	外部評価を全職員に配布し記入してもらい、会議で話し合い、課題の内容を再確認し、改善に取り組んでいる。(自立支援、生きがい等)	評価の意義について理解した上で、全職員で項目を分担して記入し、職員会議で話し合っ管理者がまとめて自己評価としている。評価の過程で記録ノートの充実などの課題について話し合っている。22年度の外部評価結果については話し合い、23年度に応急手当等の研修を実施している。	
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	2ヶ月に1度開催、参加メンバーは地域包括支援センター、地域の代表、(民生委員、行政推進委員、)利用者家族代表、利用者代表管理者、書記で構成し、特養の相談員も参加している。サービスの状況と申し込み状況等の報告をし、情報提供を行なっている。地域の朝市での野菜購入も始めた。	2ヶ月に1回開催し、利用状況、申し込み状況、行事や活動報告、食事会などをして意見交換をしている。出た意見を活かして朝市の利用につなげている。	

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
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に取り組んでいる	地域交流会で地域の福祉施設、包括支援センター、保健師等で構成され、意見交換や情報提供を行なっている。	市(支所)の担当者とは法人を通して、電話や出向いて連絡を取り情報交換をしている。2ヶ月に1回行われている地域交流会で地域包括支援センターなど関係者と話し合い、市との協力関係を築くように取り組んでいる。	
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	身体拘束をしないケアの研修を行なっている、特定利用者対応の為夜間のみ玄関の施錠を行なっている。又スピーチロックにも気をつけるようにしている。	法人の研修で身体拘束について学び職員は正しく理解して、身体拘束をしないケアを実践している。玄関の施錠はしていない。	
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	施設全体で行なう研修に出席し、発生防止に努めている。		
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	該当する利用者がいない為実施していない。		
10		○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	契約の際、契約書に明記してある内容を説明し、家族に理解してもらい、疑問点についてはわかりやすく説明を行なっている。		
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	苦情相談窓口や、担当者、外部機関、第3者委員会を明示し苦情処理の手続きを掲示している。家族会や面会時に家族からの意見や相談をきき、対応している。しかし苦情は言われない。	電話や手紙、運営推進会議時、家族会(年2回)などで、家族から意見や要望を聞いている。個人写真の掲載や掲示はしないようにとの要望から、写真を事業所内に掲示することをやめたり、便り等への掲載も中止するなど、改善している。相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知している。	

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
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	グループホーム会議や日々の業務の中で意見があれば発言してもらい、利用者により良いケアが行なえるようにしている。	職員会議(全員参加)で意見や提案を聞く機会を設けたり、日々の業務の中で聞いている。入浴時間や買い物時間にゆとりがあるようにとの意見を活かして勤務体制の見直しをするなど改善している。	
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	職員の意見や要望を聞き否定せずプランや業務に反映している、又勤務では公休の希望があれば月、3日は希望通りにしている。		
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	外部研修は可能な限り年1回は誰も出席できるようにし、内部研修はつき1回の法人での研修に参加している。又グループホームで研修報告を行なっている。	外部研修は勤務の一環として段階に応じて参加の機会を提供している。年間8回、6名の職員が受講している。法人研修は月1回、1～2時間実施し、全職員が参加している。内部研修の中で外部研修の復命報告研修をしている。新人職員は法人研修受講後、働きながら学べるように支援している。	
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	近隣のGHの推進会議に出席し、交流を深めた。		
<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	入所前に入所される利用者の入所体験を行い施設の環境や生活を体験出来るようにしている。		
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	入所に関しての相談や質問にしっかり耳を傾け、わかりやすく説明して理解して頂いている。		

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
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	アセスメントを通し、本人、家族、在宅でのケアマネージャーとの意見を聞き必要な支援を見極め、又他のサービスが必要な時は、家族、本人と相談し必要な支援を行う。		
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	日々の関わりの中で利用者の状態に応じて生きがいを感じて頂けるよう、一緒にお手伝いをしてもらっている。例えば洗濯たたみ、テーブル拭き等。		
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	毎月のほたる便りで利用者の近況を報告している。電話や面会時に家族からの意見や希望を聞いている。		
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	以前は馴染み深い所へドライブに行ったり地域行事で知り合いの方々と交流があったが6月より利用者の受診が続きあまり出来ない。	知人や友人、身内の人などの来訪がある他、自宅周辺へのドライブなどの支援や家族の協力を得て、外出や外泊、外食など、関係が途切れないように支援に努めている。	
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	日常の行事やレクに全員が参加できるよう促しているが参加される利用者が決まっていって関わり合いも無関心な利用者が多く出来ない。		
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	退所後の居場所にもよるが併設の施設に移られた時は行事を一緒に行なう等連携をとっている。		
<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	日々のかかわりの中の会話で希望や意向を把握するよう心がけている。例えば、自分のやりたい事、行きたい場所や、食べてみたいもの等。	フェースシートを活用する他、利用者から聞きとったことを日常記録の中に記録して思いや意向を把握しようと努めている。	・思いや意向の把握

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
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	入所時に情報提供書や、家族やケアマネとの連絡を密にし今までの暮らしを把握している。		
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	日常生活の中で食事摂取量、排尿、排便、バイタルチェック、睡眠等をチェックし、体調に応じた1日の過ごし方を援助している。		
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	月1回のグループホーム会議でカンファレンスを開催し、家族、主治医、看護師、栄養士の意見を聞き、職員が話し合いを行い、サービス計画書を作成し共有している。	利用者を担当する職員が、利用者の思いや様子、状態をアセスメント表やケアチェック表に記入し、主治医や看護師、法人の栄養士の意見を参考にしてサービス担当者会議で家族、管理者（計画作成担当者）等で話し合い、介護計画を作成し、職員会議で検討して共有している。モニタリングを3ヶ月に1回実施し、更新時や状態の変化に応じて計画の見直しをしている。	
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	個々の1日の様子を日誌に記録し、様子に変化があれば介護計画の見直しを行なっている、又出勤すれば介護日誌や連絡ノートに目を通しサインをし利用者の様子や内服の変更等を確認している。		
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	利用者の身体状況に合わせ、介護用品のレンタルや、利用者の外出、外泊も支援している。又移動理髪店を2ヶ月に1度利用している。		
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	年2回消防職員との合同避難訓練の実施、週1回の移動図書館での本やビデオの貸し出しの利用。		

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
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	かかりつけ医への月2回の定期受診や本人からの体調不良の訴え時、利用者の変化等に心配事があればその都度かかりつけ医と話し合い、情報のやり取りを通して希望する医療機関への受診の支援を行なっている。又、家族等が通院介助時には、電話・直接の話し合いで情報を伝達し、受診結果に関する情報の共有を図っている。	協力医療機関を8名の利用者がかかりつけ医としている。月2回の定期受診や必要時の受診の支援をしている。他科受診の支援やかかりつけ医への情報提供、家族への報告など適切な医療が受けられ用意支援している。協力医療機関の看護師による支援がある。	
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	日常生活の中での利用者の状態や持病等について、看護師に情報や気づき点を相談し健康管理等の支援を行なっている。又、急な体調変化の際は普段からの気軽な相談で経た情報等が即応体制につながっている。		
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。	入退院時には、治療がスムーズに進むよう医療機関に利用者の情報提供やケアの協力(面会)を行なっている。又、家族に経過等について説明や相談を行なっている。		
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	重度化や終末期のあり方について、本人や家族の意向、事業所での対応ができる最大の支援方法等(状況変化に応じて納得が得られるよう対応が可能な事、困難な事、不安な事等)について職員全体で話し合い家族や医療機関等と連携を図りながらチームで支援できるよう取り組んでいる。	契約時に重度化や終末期に向けた事業所でできる対応について家族に説明している。実際に重度化した場合は、家族や医師と話し合い、方針を決め共有して入院や移設も含めて支援している。	
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。	ヒヤリハットや事故発生時には、記録や事故報告書を作成し(マニュアルに沿って)職員の共有認識を図っている。発生原因については、今後の予防対策・再発防止等を検討し家族への説明・報告を行なっている。急変時や応急手当等については、マニュアルを整備している。又、救急手当(蘇生法)については、消防署の協力を得て講習会(実技等)を実施している。	ヒヤリハット、事故報告書に記録し、その場にいる職員で対応策を話し合い、月1回の事故、ひやり検討会議を開き、一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。消防署の協力で救命講習を受講しているが、全職員を対象にした応急手当や初期対応の定期的な訓練は実施していない。	・全ての職員を対象にした応急手当や初期対応の定期的な訓練の実施

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
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	毎月定期的に利用者や職員で災害・水害等を想定して避難訓練を行なっている(マニュアル作成)。又、年1・2回消防署の協力を経て避難訓練・避難経路の確認・消火器の使い方の訓練も行なっている。非常用食料・備品はすばやく持って出れるよう玄関に設備している。地域の協力体制については、運営推進会議等で協力を呼びかけている。	2ヶ月に1回の避難訓練や年2回、消防署の協力を得て、火災時避難訓練を実施している他、年1回の法人全体の訓練にも参加している。運営推進会議で地域の協力を働き掛けているが体制を築くまでには至っていない。	・地域との協力体制の構築
<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	利用者の誇りやプライバシーに配慮し傷つけないような言葉使いや対応に気をつけている。	職員は法人の研修で、人格の尊重やプライバシーの確保について学んでいる。利用者を一人の人として、家族として接し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応をしないことを徹底している。	
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	日常生活の中で利用者に問いかけ、利用者の思いを汲み取り自己決定を支援している。例えば着替えの服、入浴、外出他。		
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	午前中に行なわれるレクや行事では声掛けを行い、一緒に行なっているが強制ではなく本人の意思を確認している。休みたい利用者は部屋で休まれている。		
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	散髪は移動理髪店で2ヶ月に1度行なっている。爪きりや髭剃りは確認し清潔に努めている。女性利用者はお化粧をされる方も居られます。		
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	三食ともグループホームで調理し食材も毎日買い物をしている。献立は利用者の意見を反映している。食事各テーブルに職員が付き家族的な雰囲気です。	利用者の希望を取り入れた献立で朝市や道の駅などで購入した新鮮で旬な食材を利用して三食とも事業所で食事づくりをしている。利用者はテーブル拭きや食器洗いなどできることを職員と一緒にしている。利用者と職員が同じ食卓を囲んで同じものを食べて会話しながら楽しい時を過ごしている。柏餅づくりや餅つきをしたり、外食の支援など「食」の楽しみを工夫している。	

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
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	毎日の食事チェックや水分チェックを行い、栄養バランスが摂れているように確認している。又定期的に血液検査を行い不足があれば栄養士と相談し補充食品を補給している。		
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	毎食後、その人に合った口腔ケアを行い、コロロ(うがい薬)を使用しうがいを行なっている。歯ブラシは自室の洗面所や食堂で行なう利用者もおられる。又2ヶ月に1度歯周病の検査に歯科受診している利用者もおられる。		
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	自分の能力に応じた排泄場所で排泄を行い、自分の能力に応じた排泄用品を使用し排泄援助を行なっている。介助の必要な時は排泄時間をパターン化している。	日常記録を活用して排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた声かけや誘導でトイレでの排泄ができるように支援している。	
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	飲食物は栄養士の指導を受けながら特に食物繊維の摂取に気をつけ、個人レベルにあった、適切な運動を行なう。便秘気味の方は主治医と相談し内服を使用し排便のコントロールをしている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	2日に1回であるが本人の希望があれば続けて入浴することもある。個人に合わせたペースで時間を工夫しながら入浴をし、長風呂にならないよう健康管理面も重視している。普段は入浴剤バスクリンを使用し冬至にはゆず湯をした。	入浴は1日置きに14時30分から16時30分の間可能で一人ひとり希望や体調に合わせてゆっくり入浴できるように支援している。数種類の入浴剤を使用して色や香りを楽しめるように工夫している。	
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	個人の希望により夜間での照明や室温を配慮している。又夜間不穏な時は安定されるまで側にいる。午後は30分から60分横になってもらっているが希望により起きておられる方もおられる。		
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	処方された薬は薬の説明書を見て名称、効果、使い方を把握している。お薬の説明書をファイルにまとめ、いつでも確認できるようにしている。		

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
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	個々に応じて楽しみや役割ごとを行なっている。役割・・・食事前後のテーブル拭き、お膳拭き、洗濯物ほし、・楽しみ事・・・ドライブや買い物・行事への参加を行い、気分転換を行なっている。	テレビ視聴（娯楽番組、歌番組、連続ドラマ、相撲など）、本の中の写真を見る。歌を歌う、カラオケ、ボール遊び、カルタ、しりとり、言葉遊び、ぬり絵、、ラジオ体操、足踏み、編み物、外出、地域行事への参加、洗濯物たたみ、食事の準備、片付けなど楽しみごとや活躍できる場面をつくり、日々の暮らしが楽しみや張り合いのあるものになるように支援している。	
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	天気の良い日は散歩に出かけたり、食材の購入に買い物、又季節応じてのドライブを行ない、気分転換をしている。家族や地域の協力での外出は行なっていない。	散歩や食材の買い物、ひまわりや椿の花を見に出かけたり、ドライブなど戸外に出かけられるように支援している。	
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	本人の希望時に、お金を渡し、いつでも使えるように対応し支援している。		
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	電話をかけて欲しいと要望があれば対応している。		
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	玄関の花を見たり、花を生けたりして、季節を感じてもらっている、又、毎月の行事にちなんだ塗り絵等も実施している。又廊下に温度計、湿度計、加湿器を置き、適切な室温を心がけている。	共有空間は自然の光が差し込んで明るく、テレビやテーブル、椅子、ソファなどを配置してある他、畳のスペースがあり、一人ひとりが思い思いに過ごせるように支援している。季節の花や季節に合わせた利用者の作品を飾ったり、キッチンから調理の音や匂いがしているなど生活感や季節感を感じることができるように工夫している。温度、湿度、換気、音などに配慮し、利用者が居心地よく過ごせ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
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	共有空間にソファ、椅子を用意し利用者ひとり一人が思い思いに過ごせるよう配慮している。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	泊まりの部屋は設備されていないが寝具は用意している、自室には自身の家具、好きなものを自由においている。	テレビ、ベッド、小ダンス、椅子、カーペット、鏡台などを持ち込み、カレンダーやぬいぐるみ、家族の写真などを飾って安心して過ごせるように工夫している。	
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	廊下、トイレ、脱衣所、浴室、浴槽の手すりを利用し、利用者一人一人が自立した動作を行なっている。Pトイレ設置で自力で使用できる。歩行器、シルバーカー使用で安定した歩行が出来る。介護用品(ベツ)で移乗が楽に行なえる。		

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホームほたるの里

作成日: 平成 25年 6月 12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	24	・思いや意向の把握 日々の会話で利用の思いを聞いているがその思いの記録も忘れていたり思いが十分にケアプランに反映されていない。	利用者の思いをケアプランに反映し本人の納得でき満足のできる援助を行う。	①利用者との会話をし思い気持ちをしり記録を残す。 ②会議にては話し合いを行い、思いをプランに取り入れる。	12ヶ月
2	35	・事故防止の取り組みや事故発生時の備え 事故発生時での応急処置での研修は行ったが実技練習はAED以外は行わなかった。事故発生時の応急処置を行い、誰でも初期対応ができるようにする。	緊急時に備え応急手当が出来るよう実技研修を行う。	年間計画 ①出血 ②転倒 ③誤嚥 ④意識障害 ⑤AED	12ヶ月
3	36	・防災対策 法人やグループホームでの避難訓練は行っているが地域の住民との合同での避難訓練を行っていない、緊急時、職員だでの避難移動は困難であり地域との連携をとって災害時での安全な避難移動を行う。	地域住民の方と一緒に避難訓練を行う。	①火災発生を想定した避難訓練 ②土砂災害を想定した避難訓練	12ヶ月
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。