

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	0191200054		
法人名	株式会社 セカンドライフ		
事業所名	グループホーム のりこハウス		
所在地	恵庭市駒場町6丁目1番1号		
自己評価作成日	平成24年3月15日	評価結果市町村受理日	平成24年4月27日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0191200054&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	平成24年3月30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)】

のりこハウスの理念は、『医療・福祉・介護の連携を図り人々の心を支えます。人の辛さを思いやり慈愛の気持ちをもって地域に役立つことを目指します。』である。施設にクリニックが併設され、クリニックの院長・副院長が施設の代表者・施設長を兼務している組織体制から、利用者の情報や状態の把握が医療・施設で共有できている為、医療と福祉の連携が図られている。
のりこハウスは、1階が小規模多機能施設、2階がグループホームとなっており行事等合同で行う事で利用者の個々のニーズに添った支援を行う事は言うまでもなく、利用者と職員のなじみの関係づくりや、職員の資質の向上も図られる。

【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)】

恵庭市内の幹線道路に近い開設後2年の1ユニットのグループホームである。小規模多機能施設とクリニックが併設されており、建物の2階がグループホームとなっている。室内は共用空間が広く、居間の他に大きなコミュニティスペースがあり、来訪者との交流の場などに活用されている。浴室やトイレも使いやすく造られている。利用者が町内会の行事に参加したり、法人のお祭りに地域住民が参加するなどの交流が活発である。また、アロマテラピーや指ヨガ、茶道などのボランティアが毎月ホームを訪れ、利用者を楽しませてくれている。設立母体が隣接するクリニックであり、医療面での支援が充実し、重度化した場合の具体的な支援内容も明確に示されている。運営推進会議には市や地域包括支援センター職員が参加しており、情報交換や連携ができている。室内空間が広くゆったりしているため利用者や職員も落ち着いて穏やかに過ごすことができるので、利用者の表情は明るい。入浴サービスでは、利用者の希望を尊重して湯加減や順番を調整したり、同性介助や複数人での介助も行っている。リーダーを中心にホームの課題を把握し、委員会や運営推進会議を活用しながら職員全員でサービス向上を図る姿勢が表れている。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念を施設内に掲示し、職員の名札の裏に記載されている。各職員はその理念を共有し、実践に取り組んでいる。	法人共通の理念の中で「地域に役立つことを目指す」という文言があり、地域密着型サービスの意義が盛り込まれている。また、職員が話し合って事業所独自の4項目からなる次年度目標を作成し、共有している。	
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	施設行事などを町内会に案内し、参加をしていただいたり、町内会行事に参加させていただく等の交流がある。	近隣への散歩の際に住民と挨拶を交わしたり、盆踊りや運動会などの地域行事に利用者が参加している。のりこハウスのお祭りにも地域の方が参加している。指ヨガや茶道など様々なボランティアの方が毎月ホームを訪れている。	
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	町内会の行事や施設の行事など参加する場面での意思表示や行動についての対応を見て頂いたり、施設に見学にこられた方に対して理解や支援の方法について伝えている。		
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1回、町内会長、市職員、消防署職員、地域包括支援センター職員、利用者家族などに参加して頂き、取り組みや実態についての報告を行っている。それらに対しての意見やアドバイスを施設のサービス向上に役立てている。	運営推進会議は2か月毎に開催され、市や地域包括支援センター職員、町内会役員、家族が参加し、地域連携や防災、ホームの現状と課題などのテーマで活発に意見交換している。	
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	包括ケア会議、運営推進会議を中心に市役所との連携を図っている。	運営推進会議に市や地域包括支援センターの職員が参加している。前年度は市の通年雇用支援事業に関わる実習生の受け入れも行った。包括ケア会議などで市の担当者と情報交換する機会も多い。	
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「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は我々の最も大事にしている理念の一つである。身体拘束に対するマニュアルを職員がいつでも目に出る状況をつくり、適切な理解が図れるよう日々取り組みを行っている。ただ、身体拘束に含まれるベッド柵の使用については、利用者の身体状況により起居動作等で必要な場合は、一部使用を行っている。	身体拘束に関する研修等の資料は整理しているが、禁止の対象となる11項目の具体的な行為が記されたマニュアルは整備されていない。玄関は日中は施錠しておらず、自由に出入りすることができる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待が見過ごされないよう利用者とは対話したり、言動・身体状況等を注意深く観察している。職員は日々の生活や会議時に確認し合い情報を共有し防止に努めている。又、同業者との情報交換を行い意識向上にも繋げている。		

グループホーム のりこハウス

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	高齢社会を迎え、今後さらに制度についての理解を高め、必要が生じたさい、速やかに対応出来るように準備しておく必要がある。		
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	契約に関する説明については、時間をかけて話し合いを行い、納得いただける状況は確保されている。ただ、利用者本人は理解出来ない事が多く、ケースの主体は家族となっている。		
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並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	面接時や電話により、意見・要望をいただいでいて、必要と認めたものについては、運営に反映させるよう取り組んでいる。玄関にはご意見箱も設置されている。	家族の来訪時や電話をした際に意見や要望を聞き、得られた意見は引き継ぎノートに記載して共有している。また、玄関に意見箱を設置している。	
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	定例のスタッフ会議、ユニット会議、管理者ミーティング等意見を聞く機会を設けていて運営に反映している。また、職員の意見や提案を聞く体制をとり、その反映を図っている。	月1回のユニット会議があり業務改善や委員会などをテーマに意見交換している。職員とリーダーが何かあれば面談して話し合っている。教育やレクリエーション、記録作成、広報などの委員会に職員が所属し運営に参加している。	
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	給与水準や労働時間に関しては、最大限の努力をしている。やりがい等に関しては、個々の希望を聞くなどスタッフ満足を得られるよう努めている。		
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	内外の研修会への参加等研修の機会は確保されている。職員個人の力量に合わせた指導・助言を適宜に行い、日々のトレーニングを行っている。		
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	月に1度行われる市内のグループホームネットワークの会に出席しており、研修会を通じて同業者との交流や勉強会の機会を得ている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス開始前に出来る限り本人と会話をする機会を作りながら、安心して話が出来る関係を築き、本人が自分の思いを言動で表わしやすい状況をつくっている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	会う機会、話す機会を多用し、まずは安心して話しが出来る環境を作るよう配慮している。話しをしやすい状況をつくりながら傾聴し、状況に応じた返答やアドバイスをを行うようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	まずは本人・家族の要望を聞き、生活状況・家庭状況等を照らし合わせたうえで、他サービス利用を含めた支援体制の提案を行っている。その後再度サービスの必要性や支援の内容について話し合いを持ち、支援体制を作っていくようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	お互いに相談や提案等を行いあえるよう、共同生活者としての関係を築けるように配慮している。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	本人と家族の絆を大切にしながら、面会時や電話の際に近況をお伝えしたり、家族の要望を確認する等情報交換を行い、共に本人を支えていく関係を築くようにしている。		
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	利用者本人がこれまで過ごしてきた関係性を大切に、家族と協力しあいながら支援につとめている。	友人や知人の来訪があり、手紙や電話のやり取りも支援して馴染みの関係の継続につなげている。家族の協力を得て、行きつけの美容院やお寿司屋に行ったりお墓参りなどに行っている。	
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	気の合う利用者同士はもとより、共同生活している全員が支え合い、関わりを持てるよう支援することに努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	死亡によるサービス終了や、利用を終了して小規模多機能施設への変更等本人・家族の意向を尊重しながら支援が続けられている。		
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	対話をもち希望や意向を適時把握し、実現出来るよう配慮している。本人が意向を表せない場合は家族に意向を確認する場合もある。	利用者の表情や仕草から意向を把握している。一方、個々のアセスメントシートを作成しているが、項目によっては情報が十分ではなく、今後の課題と考えている。	本人や家族からさらに情報を得てアセスメントシートに蓄積し、職員間で共有してサービスの充実に活用するよう期待したい。
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	本人や家族、紹介先の担当者から情報を収集し把握に努めている。		
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	現状の生活に対して、話の中で本人の状態を把握したり、家族と対話を行い把握に努めている。		
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	現状では計画作成担当者が本人や家族、医療関係者の意向を踏まえ計画を作成し、介護者は日々の観察に基づき会議等で検討している。来年度は介護担当者が計画を作成し、更に現状に即した介護計画となるよう進める。	3～6か月で介護計画を見直し作成している。一方、介護計画の家族への説明や、モニタリングの記録、介護計画を意識した日々の記録の作成などは十分とはいえない。	介護計画の家族への説明を丁寧に行うとともに、モニタリング記録の整備、介護計画を意識した日々の記録の作成などを期待したい。
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	日々の記録記入は実践され情報の共有はできているが、記録の方法や情報の共有方法等工夫・改善が必要。		
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	本人や家族のニーズやニーズの変化に対して柔軟な支援が出来るよう取り組んでいる。		
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	利用者一人ひとりが必要としている地域資源について把握し個々にあった地域資源を活用できる支援を行う。		
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・家族の希望を重視しながら、適切な医療が受けられる状況は確保している。状況により家族への提案や調整もできている。施設にクリニックが併設されており、かかりつけ医としている利用者も多く、連携や速やかな対応が図りやすい。	併設するクリニックによる月2回の往診を受けている。その他のかかりつけ医の受診は家族対応を基本としているが、ホームでも受診を支援している。受診内容は通院（往診）記録に記載し、必要に応じて家族に報告している。	

グループホーム のりこハウス

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	施設長が看護師であるため、情報伝達、相談等は円滑に行われている。そのため、適切な受診、看護を受けられる体制が確保されている。		
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、また、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。又は、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。	病院関係者との情報交換や相談事の対応は図られている。入退院時によらず、日常的に病院関係者との連絡や調整を行っており、関係づくりが行えている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化・終末期のあり方については、併設クリニックの協力を得て、家族とともに話し合いの場を持ち、本人の希望を大切にしながら、医療・福祉・家族の役割領域を明確化し、方針の共有、実践を行っている。	利用開始時に看取りの具体的支援内容を記した「医療連携、重度化（看取り）に関する指針」を家族に説明し、同意書を取り交わしている。開設後2年であるが看取りも経験している。	
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	グループホームネットワークの会が開催する研修へ参加し準備を整えている。また、スタッフ会議時に代表・施設長の指導も行われている。		
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	定期的に避難訓練を実施し、災害時の対応方法を消防署の参加・指導の下、また町内会の協力もあり、連携も図れている。運営推進会議等を通して避難が必要な事態が発生した際の対応検討も行われている。	年2回、地域の協力を得て昼夜を想定した避難訓練を実施しており、職員の計画的な救急救命訓練も進められている。一方、災害時に必要な備品の準備は行われていない。	災害時に必要と考えられる水や食料などの備品をリストアップし、準備することを期待したい。
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	一人ひとりの尊厳を大切にし、日常生活や会議等で話し合いを持ち、個別対応できるよう職員全員で取り組んでいる。	利用者への呼びかけは「名字」に「さん」付けとし、職員は利用者に優しくゆっくりと話しかけている。個人情報、鍵のかかる棚に入れて安全に保管している。	
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	利用者が自らの思いや希望を表現できる環境になるよう心がけて支援している。自己決定についても、自分で決定できる雰囲気づくりになるよう配慮し支援している。		
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	出来る限り利用者の希望にそった対応をこころがけている。職員の都合上対応が取れない場合には、話しあい、理解をいただけるように努力している。		
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	自ら選び着ている服を褒める等の声かけや、外出時や行事の時には、化粧や一緒に服を選んでお洒落を楽しめるように支援している。		

グループホーム のりこハウス

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒にメニューを考えたり、嗜好や希望を反映させ食事を提供している。調理や片づけ等利用者に参加してもらい食事意欲や関心を高められるようにしている。	利用者には、調理の準備から後片付けまで参加してもらっている。食材は生協から週2回配達してもらい、職員が交代で毎日の献立を考えている。事業所の畑で採れるキュウリやトマトも食卓に上り、職員も同じ食事を一緒に会話しながら食べている。敬老の日には回転ずしを食べに行っている。	
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	食事量や食嗜を含めた個々の適切な食事形態を把握し対応を図っている。水分については、飽きないよう提供物を変えたり、好みのものを小まめに提供し、必要量の摂取量が出来よう配慮している。		
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、口腔ケアを日課としている。個々の能力に応じて見守り、一部介助、全介助の対応を行っている。		
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	個別の排泄パターンや能力に応じた支援を行っている。可能な限りトイレでの排泄を促し、オムツの使用を最小限にできるよう支援している。	介護記録表の排泄記録をもとにトイレ誘導している。利用者の約半数に排泄誘導が必要だが、なるべく全員がトイレで排泄できるように支援している。利用開始前はオムツを使用していたが、リハビリパンツに改善した例もある。	
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	個々の水分摂取状況を把握し、こまめに水分を提供したり、リハビリ体操に参加出来るように支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本は午後に設定しているが、要望に応じ午前中も可能である。また、本人の希望にそって毎日入浴することも出来る。	午後13:30～16:00頃の時間帯で毎日入浴でき、平均1人週2、3回は入浴している。入浴拒否がある場合は、日をずらして入ってもらっている。湯加減や入浴の順番も利用者の希望に合わせ、同性介助や2人介助も行っている。	
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	一人ひとりの生活習慣を大切にしながら夜間に安眠でき、さらにメリハリのある生活ができるように支援している。休息も希望にそって対応・支援を行っている。		
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	薬情で目的や用法、用量、副作用について確認している。服薬についての不安や疑問は看護師や薬剤師に確認しアドバイスをもらうようにしている。		
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	本人の持てる能力に応じた家事等の参加を促したり、楽しみや気分転換が持てるよう心がけ、日々の支援や行事等計画し実践している。		

グループホーム のりこハウス

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。また、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	冬場は外出の機会が減少しているが、天気の良い日は外に散歩に出かける等支援している。また、日常の会話の中で、利用者の行きたい所を聞き出し、外出を支援している。	夏の天候の良い時期には、近所や公園を毎日でも散歩できるが、外出行事は年間に花見ドライブと敬老会の外食程度と少なく、冬期は、通院や個別の買物支援で外出しているが、外出の機会は少ない。	年間の外出行事や冬期の外出を、計画的に充実させていくことを期待したい。
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	個々の管理能力に応じて所持していただいている。金銭管理の困難な方には、施設管理により対応・支援をおこなっている。		
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	自立度の高い利用者は自ら電話使用を行っている。自ら出来ない利用者に対しては、個別能力に応じた支援を行っている。		
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	共用の空間は不快な思いをしないように常に清潔を維持している。窓からの陽ざしが適度にはいり、居心地よく落ちつける環境であるよう配慮している。	全体に木目を基調とした落ち着いた色調で、玄関には椅子が2脚置かれ、腰かけて外を眺めることができる。広々とした共用空間にはホールやコミュニティルームがあり、ボランティアが来訪する際に使われたり利用者や家族が寛いだりできるスペースとなっている。浴室、トイレ、洗面所も広くて使い易く整備されている。	
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	共用空間のなかで、利用者それぞれが居場所をもち、落ちつける状況となっている。廊下にソファを配置しているため、独りで過ごす空間も確保できている。		
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	自宅で使い慣れたものをを持参し、個々の落ちついた生活空間となるよう、利用者の意思を尊重し室内空間を整えている。	居室入口には、利用者のぬり絵や花などの額が飾られ表札替わりになっている。居室の壁には手製の作品やカレンダーが飾られ、馴染みの品も持ち込まれて居心地のよい空間となっている。	
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」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	バリアフリー、手摺り完備で自由にかつ安全に行動が出来、本人の持てる能力に応じた支援を心掛けており、また、定期的に施設長が巡回し、修繕・改善が必要な個所を確認し、自立した生活が送れるように配慮や工夫を行っている。		

目標達成計画

事業所名 グループホーム のりこハウス

作成日：平成 24年 4月 23日

市町村受理日：平成 24年 4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	26	介護計画の家族への説明、記録類の不備が現状ではある。	介護計画の家族への丁寧な説明を行うとともに、記録類を整備し、計画に基づき日々の記録を作成し、モニタリングや介護計画に活かして行きたい。	各職員が担当を持ち、計画作成担当者と情報を密にすり合せ共有し、協働により介護計画を立てられるように、内部・外部による勉強会に参加し知識を向上して日々の活動を実践する。	6ヵ月～ 1年
2	23	個々のアセスメントシートで項目によって情報が不足している部分もある。	本人や家族からの情報を得ることにより計画をより充実したものとして、職員間で情報を共有し日々のケアに勤める。	本人に寄り添い傾聴し、話しやすい雰囲気をつくり更なる情報を得る。その為に、認知症の理解を深める勉強を平行して行う。又、家族の方にも協力していただき情報を得る。	6ヵ月～ 1年
3	49	外出に際しての移動(車両)が併設されている小規模多機能施設と兼用のため、使用出来る時間が限られている。	月に1度程度を目標にして外出行事を行い、入居者が気分転換や楽しみの持てる生活環境を提供する。	年間行事計画を立て、実施に向けて取り組む。車両については、小規模多機能施設と調整しあい、実現できるように協働する。	6ヵ月
4	35	災害発生時に必要な備品、主に食料品が不足している。	災害が発生した場合に一定期間過ごす事の出来る必要物品を備蓄する。	必要と考えられる備品をリストアップする。又、食料品については、必要期間日数を定め準備を行う。	3ヵ月
5					

注1)項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2)項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。