

# 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	名古屋市緑区浦里五丁目109番地		
自己評価作成日	平成23年11月1日	評価結果市町村受理日	平成23年12月15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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371400884&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371400884&amp;SCD=320&amp;PCD=23</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	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成23年11月16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設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>・開設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>ホームは1戸建ての家を改装し、1階と2階に居室が設けられている。2階へは階段で昇降機もつき、非常災害時は2階から広い屋上や出るための非常扉から階段がある。代表、ホーム長、管理者共、介護職員として利用者に接しており、職員とのコミュニケーションが密にとれ、職員の働きやすい環境が整っている。医療面では協力医との連携がとれており、定期診療は勿論、緊急時は24時間体制で対応しており、医師の指示によりホームの看護職員から介護職員への指示があり安心感がある。このような医療体制を土台にターミナルケアがあり、職員は自信を持って介護に当たり、利用者、家族もその方針を理解し共有している。ホームとしては、市のリーダー研修、ボランティアの受け入れ、区の認知症講演会への出演と教室の講師等、地域に向けて情報発信も前向きである。</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ることにより利用者・スタッフともに共有できるようにしている。理念に合わせたケアを職員全員で日々模索している。	ホームの基本理念である自分らしく自立できる生活を支援すべく、利用者の意思希望を尊重して何事も決めている。入居時から本人の希望である事を確認して頂いている。職員も自ら選んで決める暮らしが出来る様取り組んでいる。	
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の一員となっている。町内の公園清掃等に参加している。日々の散歩や犬の散歩、近所での買い物の中で町内の方と挨拶を交わし、顔見知りになるなど日常的に交流がある。	神社のお祭り、宿場祭りに出掛けている他、ホームで月1回手芸教室を行っており、そこへ地域の方も参加している。また、音楽療法でのミュージックベルに取り組んでおり、今年の春に緑区内での発表会で演奏した。	
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	いきいき支援センター主催の認知症講演会に毎年出演している。今年は展示ブースでもホームの暮らしぶりを紹介している。また、ホーム長はいきいき支援センターの家族教室や家族サロンの講師として支援方法を助言している。		
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	2ヶ月に1度運営推進会議を開催している。構成員は利用者・家族・町内会長・民生員・地域のケアマネ・主治医等・ホーム職員と幅広く、様々な意見や助言を取り入れ、サービス向上の意見としている。	主治医の往診日に合わせて会議の日程を決め、家族と医師が直接話が出来る様にしている。会議では、ホームの様子などを報告しながら、出席者の間で情報交換を行っている。また、会議では、主治医が出席していることで、生活習慣病の話聞くこともある。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	生活保護受給者の受入を行っており、民生課との連携は常に行っている。また、いきいき支援センターとも連携している。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提供に努めている。	区役所民生課とも相談事を通じ、情報交換を密に行い、日々のホームの運営に活かしている。また、地域包括支援センター主催の講座でホーム長は、認知症家族教室の講師をしている。	
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	身体拘束ゼロ運動に取り組み、壁に理念を掲げている。勉強会を適宜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をしない環境を整えている。医療上必要な場合は主治医の指示のもと最低限で行っている。	門扉、玄関は、夜間以外開錠しており、利用者も来訪者も自由に出入りしている。利用者の動きを職員が常時把握するようにしており、一部の利用者も他の利用者を見守り、伝えてくれることもある。	
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会や伝達講習会を通して周知している。また新聞記事やニュースを取り上げ話し合う機会を設けている。職員は虐待防止に努めている。		

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、実践を通して学ぶことができた。現在は主に伝達講習・勉強会での学びとしている。		
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	代表者とホーム長、家族の方も最低2人以上の同席を頂き相違がないよう契約締結を行っている。項目ごとに質疑応答を行い理解・納得をえるようにしている。また契約締結後も疑問等あればその都度説明している。		
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・改善策を全員で考え対応している。	運営推進会議に常時何人かの家族が出席しており、情報交換に努めている。さらに、家族会としては、年2回、敬老会やお祭り時、利用者との食事後、家族同士の交流を行い、意見や要望、相談を受けている。また、毎月、個別の報告をまとめ送付している。	
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・管理者も介護職員として常に関わっている。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、反映している。	職員の意見や要望は、ホーム代表、ホーム長、管理者が常時介護職員として携わっている為、即座に理解され対応するようにしている。また、子供のいる職員が働き易いようにシフトを組み、職員間で協力し合っている。	
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・研修への参加を積極的に勧めている。そのための勤務調整も行っている。資格取得後は手当支給を行いモチベーションにつなげている。職員の生活スタイルに合わせたシフト作りや勤務態勢作りを常に心掛けている。		
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。研修後は伝達講習の場を設け学びを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	研修の機会に他施設の職員と交流する機会がある。また他事業所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	今年度は利用者の入れ替わりはなかったが、導入段階では利用者に混乱が生じないよう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。		
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、家族との関係作りもホーム長が主となり行っている。利用者をもどのように支援していくのか家族と相談しながら行っていく。また家族の不安にも向き合って支援していく。職員も情報共有しケアにつなげている。		
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、必要に応じて紹介している。担当者が変更することで話が行き違う恐れもあるため、窓口はホーム長で一本化している。		
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・職員の年代関係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作りにも努めている。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ともに考えている。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。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・友人が入り出ることができるようになっている。	利用者は、家族や職員の支援で、外食、喫茶店に出掛けたり、近隣から入居の利用者は、今まで行っていたスーパーへ買い物に行っている。さらに、電話がかかる利用者には取り次いでいる。また、職員が支援して年賀状を出す利用者もいる。	
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	職員は、利用者同士が協力し合える環境作りを目指している。利用者同士の関係性を見極め必要に応じて部屋替えを行ったり、役割を通して利用者同士が自然に協力し合え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	退所後亡くなられた方家族の方が、連絡や訪問される。グリップケアとして初盆に連絡するなどしている。在宅へ戻られた方が、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・実践に移すようにしている。状態・状況の変化時にも行う。利用者に合わせた質問方法の選択、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。	職員は、本人の希望を叶えるように把握に努め、日頃の発言や行動から、選択肢をあげながら、本人に選んで頂くように努めている。また、利用者の生活全体を場面ごとに分けて、それを「できること」と「できないこと」に整理し、利用者の現状を把握するように努めている。	
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のもとに、また日頃の生活状況からもアセスメントし、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、今までの生活歴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行っている。		
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。	業務日誌や介護記録から全利用者について、全職員が意見を出し合って、毎月モニタリングを行い基本3~6か月で見直している。介護記録には利用者の言葉がそのまま記載され、利用者の気持ちが理解できる様式である。	
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を作成している。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しやすくなっている。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家族が付き添えるよう宿泊しやすい環境を作っている。また必要に応じてホーム内での葬儀も行っている。外出支援にも取り組んでいる。利用者の状態に応じた環境整備(部屋替え等)も行っている。		

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に支援している。また地域のお祭りに積極的に出掛けている。		
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。外部の医療機関に受診する際は必要に応じて家族とともに職員が同行している。ホーム主治医は隔週往診となっており、受診の際に同席する家族もいる。家族への病状報告は必要に応じて主治医が電話もしくは直接説明している。	協力医の往診が隔週あり、定期受診も全員が受けている。緊急の場合も24時間体制で夜間の対応も可能である。また、他科受診に関しては、紹介状をいただき家族または職員が付き添っている。歯科についても往診、受診支援を行っている。	
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日常的に行っている。そのため状態変化についての報告・連絡・相談がスムーズである。主治医の往診時と外部医療機関への同行は基本的に看護師が行っている。		
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。	入退院時はもちろん、入院中も病院の医師や看護師・MSW等と家族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、地域と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。	ターミナルケアに関するホームの指針を本人、家族に説明の上納得し、同意書作成の上で入居している。体調の変化等の都度再確認し、終末をどのように迎えたいか最善の方法を考えている。最期をホームで迎えた方もおられ、利用者もお別れをしている。	
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	地域の消防団の指導のもと、救命講習を行った。また消防署職員の訪問の際に指導を受けている。伝達講習等を通して周知している。病状や心身状態の変化に伴い、職員全員で対応方法の確認も行っている。		
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回以上実施している。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り、協力要請をしている。当事業所は浸水想定区域になっており水害を想定した避難訓練も行っている。今年度は区役所の水害確認訓練にも参加した。	今年度は、震災に伴う津波、水害について区の総合水防訓練に参加した。水害に備えて、利用者をホーム屋上へ避難させた。また、近隣の方とも話し合い、夜間体制は職員全員が周知しており、状況に応じて協力するようになっている。	今後に向けて、ホーム内に自動火災通報装置が設置されたことから、職員が緊急時に適切に利用できるように、実際に使用した訓練にも期待したい。

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	利用者各々に合わせた言葉掛けを行っている。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、利用者毎の人格を尊重して対応している。本人のプライバシーに配慮し、居室の中から鍵をかける利用者がある。また、居室の入り口には暖簾を掛けて、内部が見えないように配慮している。	
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	事業所理念を念頭にできる限り本人の意志を確認している。自己決定できるようにその人に合わせた働きかけを行っている。先回りに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。「今日は天気がいいね、どこか出掛けたいね」の言葉を聞き外出を決めることもある。		
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を支援している。出掛けるときはTPOに応じた服装選びができるよう工夫している。		
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	季節食材や行事食の提供を行っている。一緒に食事準備したり、食事をともにすることで食に関する会話を広げている。バラエティに富んだ食事の提供や嚥下能力等に応じた食事形態を整えている。血液検査結果や月1回体重測定をし評価している。	食材は、2～3日分位をまとめて、利用者と一緒に買いに出かけている。行事食以外、メニューは特に決めず、冷蔵庫にある食材で職員が利用者の手も借りて作っている。片付け、洗い物をする利用者があるが、無理強いはないこととしている。	
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	季節食材や行事食の提供を行っている。一緒に食事準備したり、食事をともにすることで食に関する会話を広げている。バラエティに富んだ食事の提供や嚥下能力等に応じた食事形態を整えている。血液検査結果や月1回体重測定をし評価している。		
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	毎食後各々の状況に応じた支援を行うことで全員が口腔ケアしている。声を掛けたり、自ら気づくことができるよう支援したり、セッティングや全介助等行っている。必要に応じて歯科受診も支援している。		

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
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	記録に記入各々の排尿サイクルの把握を行っている。必要に応じて自尊心に配慮しながら支援している。各々のサインを見逃さずサインとともに誘導することで失敗を最小限にしている。	自立の方以外は排泄の記録をとり、個々のパターンを把握している。夜間のみおむつの方、部屋にポータブルを置いている方もおられ、個々に合わせている。入居前の入院中はオムツだった方が、入居後オムツを外し改善した方もいる。	
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	記録に記入各々の排便サイクルを把握している。便通のよい食材の提供や、水分の確保、適宜必要に応じて温罨法や腹部マッサージ、適度な運動を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日入浴できるようにしている。各々に希望を聞いたり、入浴時間を確認している。各々の状況や状態に合わせて入浴を促したり、必要に応じて介助・支援している。	毎日、特に入浴時間は決めていないが、好きな時間に入れるようにしている。入りがらない方でも2～3日に1日は入って頂けるように気をつけ、見守りで1人で入れる方もいる。家族が育てた菖蒲を頂き、菖蒲湯にしたりして楽しんでいる。	
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や洗濯を適宜行っている。体調・年齢・各々の睡眠サイクルに応じた睡眠時間の確保を行っている。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	各々の薬の説明書をファイリングしいつでも確認できるようにしてある。疑問・不明な点があれば薬辞書で調べたり医師・薬剤師・看護師に確認している。誤薬のないよう複数名でのチェック体制を整えている。臨時薬・内容の変更時は看護師の申し送りのもと確認している。		
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	個々の応力に応じ役割が持てるように支援している。自ら役割を作っている方もいる。天候や体調・気分により外出したり買い物に出掛けるなどの支援を行っている。雑誌・音楽・ゲーム等、常に周辺に置き自身で気分転換できるよう支援している。和太鼓教室に2ヶ月に1度の参加を試んでいる。		
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	常に玄関が開放されており、外庭やベランダに出ることができるようになっている。一緒に散歩や買い物に行く。一人で散歩できる方もいる。年に2～3回の旅行や芝居鑑賞や外出も随時行っている。家族とともにお墓参りや外食、床屋に出掛ける方もいる。	日常的な外出では、ホーム近くの公園や周辺を歩いたり、外食等にも出掛けている。また、日帰り旅行で市外に出かけたり、年2～3回の1泊旅行の機会もつくり、その際は職員と利用者が温泉に入っている。	

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
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	個々の能力に応じて自己で金銭を管理している方もいる。外食時には自分でメニューを見て選択したり、買い物と一緒に行くことでお金を使用することをしている。		
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、年賀状等季節の便り、手紙のやり取りができるように支援している。日常会話の中から思いを汲み取り必要に応じて促すなどの支援を行っている。		
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	季節感がわかるような花や物品を展示している。玄関が常に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ている。	玄関は開けてあるが騒音が少なく、トイレはアコーディオンカーテンであるが、掃除が行き届いている為、特に匂いはない。1階、2階の畳部分は利用者の安息の場であり、2階の食堂は南に面して明るい。また、家族が季節の果物を届けてくれ、季節感がある。	
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る。また畳スペースも設けている。ベランダにはベンチシートや外庭は椅子・テーブルがあり、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	常に個々の状況や状態に合わせて家具の配置を行っている。兄弟や子どもの写真、亡くなった夫の写真や位牌を飾ったり、以前は仏壇を持ち込んでいた方もいた。	一人ひとりの居室がその人らしい居室になるように配慮を行っており、居室の入り口に暖簾を掛けたり、家具や仏壇を持ち込んだり、家族の写真も飾っている。また、畳を敷いている方やインコを飼っている方もいる。	
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	個々の状況や状態に合わせて家具の配置を行うことで、できる限り自立した生活が営めるように工夫している。また畳等を敷くことで転倒しても衝撃が最小限に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 23 年 12 月 9 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	13	今年度消防設備を設置したことにより、避難訓練の方法が変更となった。	職員全員が状況に合わせた避難誘導方法を周知できる。	①消防設備を理解し操作方法を理解することができるよう訓練を行う ②火災・水害・地震に合わせた訓練を年に3回行う ③災害への意識を常に持てるよう定期的にカンファレンスや運営推進会議で話し合う。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月