

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	2392200081		
法人名	株式会社サンケイ		
事業所名	グループホームテアフル 笑明かり・咲明かり(咲明かり)		
所在地	愛知県一宮市浅井町尾関字西五輪26番地		
自己評価作成日	平成25年12月15日	評価結果市町村受理日	平成26年4月2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)】

「生きてるってすてき」と思える家という理念をもとに、1人ひとりの思いや出来ることを可能な限り支援している。昨年から継続している、個別ケアを今年も行いご家族・本人・職員と話し合いながらケアを行っている。利用者様の活き活きとした姿や、まだまだ沢山の力が残っていることを実感できている。全体に重度化しているが、職員が利用者様の力を奪わないように出来ること・出来ない事の見極めを行い、出来ることに対しての支援を1人ひとりに合わせ行っている。今年で3回目になる1泊旅行も、利用者様の良い思い出となっている。

※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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigvosyoCd=2392200081-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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)】

ホームは、行事・外出支援に力を入れており、法人理念の下、職員は利用者の思いや意向を日々のコミュニケーション、家族から把握し毎月の遠足を実施している。ホームの特徴として、ユニット毎で行事や食事が行われており、それぞれが独自に活動している。利用者の「魚が食べたい」「イルミネーション」が見たいなど把握した思いに添い外出支援に努めている。町内会に加入しており、地域の行事に参加している。地域の長寿会と良好の関係を築いており、餅つき大会を開催する際には、「男手が足りない」との一言で長寿会の協力を得る事ができ、以後合同で、もちつき大会を開催して。また、毎年法人全体で運動会を開催し、盛大に行われている。開催場所は、運営推進会議を通じ地域包括支援センター職員より紹介して頂いた経緯がある。会議を通じ市町村との連携も取れている。

【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	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成26年1月30日		

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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

[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
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	基本理念の「生きてるってすてき」と思える家に、を日頃のケアにつなげられるように努めている。毎月のミーティング時での理念の確認や内部勉強会での施設方針・理念を学ぶ機会があり職員が周知している。	ホームは毎年、法人理念を基に、各ユニット事で職員の意見を交えながら基本方針を作成している。毎月の会議では理念の唱和を行い、理念の共有、意識づけを行い、日々のケアに反映されるよう努めている。	
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	施設での夏祭り・運動会・町内行事などに参加している。日頃は散歩・外出時・ゴミ出しの際に地域住民の方とあいさつを交わしたり、買い物や喫茶店も地域を利用している。	ホームで開催される夏祭りでは、近隣の住民の参加もあり盛大に行われている。地域の長寿会と良好な関係を築いており、合同で餅つき会が行われている。また、定期的にボランティアの訪問も得られている。	ホームでは、現状生かされていない共有スペースについて、地域の方に活用してもらい、地域の方との交流の場としていきたいと考えている。今後に向けた取り組みに期待したい。
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	夏祭り・運動会・地域推進会議に地域の方を招いている。今年度は、地域行事にも参加ができている。今後も地域への外出を積極的に行い認知症への理解を深めてもらうよう努めていく。		
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	家族代表・町内会長・老人会会長・民生委員・高齢福祉課・包括支援担当者の参加があり、定期的に行われている。管理者・リーダー・ケアマネジャーが活動内容を報告し様々な意見交換が行われている。	併設されている事業所と合同で開催され、毎回テーマを決めて行っている。会議を行事の日と合わせる事で参加を促し、意見、要望の把握に努めている。運動会の開催場所は会議を通じて紹介された経緯がある。	家族の会議への参加は代表者のみで議事録の配布が行われないため、家族は会議の情報を得る事が出来ない。家族への議事録の配布と参加して頂く体制の構築に期待したい。
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	運営推進会議に、施設・利用状況を報告すると共に、管理者やケアマネジャーが日頃から連絡を取り合い協力関係を築いている。	運営上不明点があれば、市の担当者に相談し運営に生かしている。地域包括支援センターへは空き状況、運営推進会議の案内を持ち、定期的な訪れ情報交換を行い、困難事例に対しても連携をとり対応に努めている。	
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	玄関より外は交通量も多く安全面上、施錠していることが多い。身体拘束への理解は内部勉強会・外部研修にて学ぶ機会があり職員は理解している。	身体拘束への理解を深めるため、勉強会を年2回法人内で開催しており、担当職員が資料を揃え発表している。職員が行うことで日々のケア、知識の向上、不適切なケアの気づきに繋げ、身体拘束のないケアを実践している。	
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	内部勉強会や外部研修・ミーティング時に学ぶ機会があり、職員は理解できている。職員間でも、お互いに意識しながら日々のケアに努めている。		

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	内部勉強会にて職員は学ぶ機会がある。外部研修へ参加した際は、職員間で情報を共有できるようにしている。専門職として、必要な知識を身につけ活かすよう努めている。		
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	主に、管理者やケアマネジャーが行っており不安・疑問が残らないよう十分な説明を行っている。家族から不安・疑問がある時は管理者・ケアマネジャー・リーダーが迅速に対応している。		
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	面会時に、ご利用者の様子を伝えたり不安や要望がないかを日頃から聞き出せるように関係作りを行っている。年に1回の家族会には、率直な意見が出る為運営に活かすようにしている。	ホームは年1回の家族会、運動会等の行事を家族との交流の場とし、意見、要望を把握する機会としている。面会時に利用者の状態を伝えると共に意見を交わしている。また、年に2回ホーム便りを発行している。	ホーム便りの発行について、回数を多くするための、職員間で役割を分担していく取り組みに期待したい。
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	半年に1回、個人面談があり1人ひとりの意見や要望を直接聞く機会がある。日頃から、管理者にも話をする機会があるので伝えられている。業務や環境整備など話しを聞きながら改善している。	ホームは日々の申し送り、月1回の会議で、ケアの内容、業務について話し合いが行われている。リーダーは職員の意見、要望を把握し、管理者に伝え業務改善につなげている。年2回の個人面談も行い、直接思いを確認している。	
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	個人面談時に、職員の目標達成確認や不安や悩みなどの相談をしている。定期的な食事会や事業所全体の食事会を開催し、職員のモチベーションを上げるようにしている。		
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	外部研修は、事務所内に案内用紙があり職員は自由に手をとることが出来る。研修後には、レポートを作成し全職員が閲覧できるようにしている。内部勉強会も毎月開催され職員の知識・技術の向上を図っている。		
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	外部研修時に同業者との意見交換は積極的に行っている。今後は、同業者同士のネットワークも大切になるので積極的に取り組んでいきたい。		

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
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	サービス導入時は、不安を抱えているので職員が本人とマンツーマンで寄り添い思いをくみ取れるようにしている。また、信頼関係はケアをする上で大切と考え、関係が築けるように対応している。		
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	面会時に家族と話しをする際に、不安や要望などに耳を傾けている。いつでも相談や要望が言えるような環境作りや信頼関係づくりに努めている。		
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	ご家族や本人のニーズを把握し、リーダー・管理者・ケアマネジャーが他のサービスへの相談や利用を勧めている。サービスを導入する際には、ご家族・本人の気持ちを十分に汲みとりながら行っている。		
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	日常生活の掃除・洗濯干し・食事作り・買い物など参加してもらっている。利用者同士で、できる事は職員は見守りを行うなど共同生活の中で助け合っている場面がある。		
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	面会時に様子を伝えたり、電話等で伝えることで疎遠にならないようにしている。行事は、家族と過ごす大切な時間と考えている。また、個別ケアは、本人の意見・家族の意見を取り入れている。		
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	手紙や郵便物が届いた際には、返信をし関係を断ち切らないように支援している。電話も、家族と好きな時に話しができています。友人が訪ねてくる事や外出することもある。	ホームでは、馴染みの関係の把握に努め、友人が面会に訪れたり、馴染みの喫茶店、美容室に出かけている。また、年末年始には自宅に戻り、親族と過ごしたりと、継続的な交流ができるよう家族、友人の協力を得ながら行われている。	
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	日々の生活の中で、利用者間同士が協力し合う場面もある。利用者同士がお互いの居室に行き談笑している場面もある。利用者間の関係が円滑に保てるように職員は見守りや介入をして支援している。		

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	サービスが終了しても、家族からの相談などがあれば管理者・ケアマネジャー・リーダーで情報を共有し対応している。		
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	日々の利用者のつづきやケアなどの気づきをミーティングや申し送りに話し合いケアプランの立案へ活かしている。本人の思いが汲み取れるよう表情・しぐさ・動作なども見ている。	職員は日々のコミュニケーション、家族から思いや意向を把握し、申し送り・連絡帳にて情報を共有している。ホームでは、利用者の「思い・意向」を大切にしており、毎月の遠足、ケアプランに反映させている。	
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	アセスメントシートの活用や、家族・本人から情報を収集し職員間で活用している。本人のこれまでの暮らしを大切にケアにも活かせるように努めている。		
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	ご家族や本人からの情報や生活歴を活用し、快適に過ごすことができるように努めている。また、その日1日の過ごし方を職員・利用者とは状態に合わせて一緒に決めている。		
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	家族・本人からの要望や困っていることなどを聞き出すと共に、状態の変化などもカンファレンスで話し合いを行っている。4ヶ月に1回介護計画の見直し・作成をし介護計画に基づいて実践・評価をしている。	利用者・家族の希望・意向に添い、介護計画が立てられており、介護計画の見直しは、4か月から8か月で行われている。また、毎月モニタリングを行い、状態が変化した際には、計画内容の変更を行っている。	
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	個別記録に、ケアプランの内容を記載し日々のケアの中で出来ていればチェックしている。ヒヤリハットや事故報告も、毎月のミーティング時に検討し職員間で情報を共有しケアに活かしている。		
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	本人や家族の意見や要望を聞きながら、他のサービスへの導入する支援を行っている。管理者・ケアマネジャー・リーダーと共に検討を行っている。		

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	施設近くにある喫茶店の協力のもと、利用者1人でお茶を飲みに行く事ができている。買い物なども近隣を利用して地域との関係づくりを行っている。また、昔から顔なじみの理髪店に今でも通うなどしている。		
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	本人や家族の希望のもと医療機関を決めている。かかりつけ医には、月1回の往診や必要時には受診や往診を依頼している。迅速に対応できるよう看護師と協力しながら支援している。	協力医による往診が週1回あり、健康状態を確認している。協力医は24時間体制であり、状態に応じ受診に行く事もある。かかりつけ医への受診は、家族対応であるが、ホームから情報提供を行い、適切な医療を受けられるよう努めている。	
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	月2回看護師に、利用者様の状態を診てもらっている。緊急時は、看護師に連絡し指示を仰いでいる。介護記録や申し送りに記載する事で情報の共有を行っている。		
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。	医療関係者とサマリーや介護記録などの情報提供を行い連携している。本人・病院・家族・施設と話し合いを行いながら、早期に退院できるように支援している。		
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	終末期に対しては、管理者・本人・職員と繰り返し話し合いを行い支援している。看取りに対して不安を抱えている職員が多い為、積極的に勉強会や外部研修に参加し幅広い知識・技術を学ぶなど取り組んでいきたい。	ホームでは看取りの経験はないが、現在、生活されている利用者の中には、最期までホームでの生活を希望されている人もいる。管また、理者は家族と話し合いを重ね、本人の意向、職員の力量を把握し、出来る事、出来ないことを伝えている。	利用者のニーズに答える為にも、職員の力量の向上、医師との連携を明確化にし、看取り支援が出来る事を期待したい。
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	内部勉強会や外部研修で知識や対応方法を学んでいる。急変時や事故に対してのマニュアルがある。かかりつ医や看護師との連携を行い急変時の対応を迅速に行えるようにしている。		
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	ユニットの目標であった避難訓練は、3ヶ月に1回実施している。職員は避難経路や対応方法などを身に付けている。夜間帯の避難訓練も実施しているので今後も継続的に行っていく。	年2回、ユニット単位で避難訓練を実施しており、夜間、地震想定での訓練を実施している。備蓄品には食糧品以外に利用者の保険証などの個人情報も持ち合わせている。なお、ホーム全体での開催は毎年実施されていない。	年2回実施しているが、ユニット単位での避難訓練である為、合同での避難訓練を行い、ユニット間の連携を深める事に期待したい。

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
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	言葉使い・態度・プライバシーの事について内部勉強会で学んでいる。日ごろから職員が意識し、注意できるように努めている。	管理者・リーダーは、日頃から職員の言葉遣いに注意を促しており、職員は言葉を使い分け羞恥心がないよう配慮し、申し送り、ミーティングにて対応の統一を図っている。また、年1回、接遇の勉強会を開催し、職員の理解を深めている。	
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	日々の生活の中で、利用者の思いを聞いている。職員は、1人ひとりの気持ちや思いが引き出せるように心がけている。情報は職員間で共有し、ケアにつなげている。		
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	利用者様の希望に沿えるように、その日の活動内容などを決めている。1人ひとりのペースに合わせながら声かけや誘導を行っている。レクリエーションや行事には、利用者が主体的に参加できるように支援している。		
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	自己にて洋服が選べれるように支援している。外出時は洋服を着がえておしゃれを楽しんでいる。行事の時は、化粧やネイルなどして日頃とは違った気分で参加している。		
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	毎日の食事作りを全員で行っている。また、配膳・下膳も自分たちで行うようにしている。食事の時間は、職員・利用者と一緒に席に着き会話をしながらゆっくりと食事を楽しんでいる。	メニューは担当職員が利用者の好みの料理、季節の食材を取り入れながら考えており、利用者と共に買い物に行っている。食事作りの参加状況を日々の記録に記入し、利用者の力量を把握する事で役割を提供し、食への関心を引き出している。	
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	1日の食事摂取量や水分量を把握している。1人1ひとりに合わせた食事量や状態に合わせて提供している。水分摂取が少ない方には、好みの飲み物を定刻時以外にも提供している。		
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	毎食後に口腔ケアを行っている。週1回、ポリデントの洗浄を行い清潔保持に努めている。また、訪問歯科を利用し口の中の状態確認や体操などを行っている。		

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	排泄支援では、羞恥心を配慮しながら支援を行っている。排泄パターンを知ることで、いつまでも自己にて排泄が行えるように家族・本人・職員と話し合いながら行っている。	ホームはトイレでの排泄を大事にしており、排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者に対しても時間を見計らい誘導し、トイレで排泄できるよう支援している。また、利用者の状況に応じた話し合いが行われ、ケアの統一を図っている。	
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	便秘にならないように、食事・運動・水分摂取等に気を付けている。排泄チェック表を活用し、排泄の確認を行っている。食事には、食物繊維の多い物を使うようにしている。		
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	基本は、1日おきの入浴であるが家族・利用者様の要望があれば毎日入浴が可能である。入浴の順番や時間帯は、その都度聞きながら決めている。入浴は、1人でくつろげる空間として考え支援している。	ホームでは、1日おきに入浴しており、入浴を拒む利用者に対しては、職員を代えたり、声掛けの工夫をし、チームにより利用者に合わせた入浴支援を試みている。また、仲の良い利用者同士と一緒に入浴する事もでき、入浴を楽しむ工夫をしている。	
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	電話は、本人の要望があった時にかけることができている。手紙のやりとりもできている。行事の招待状や年賀状なども、家族や友人に出すなど関係を断ち切らないようにしている。		
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	看護師やかかりつけの医師に往診や通院や必要時に情報提供を行い、服薬の調整を行っている。服薬の変更時には、職員が周知するよう情報を共有し、変化の確認をおこなっている。		
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	書道・手芸教室には自発的に参加されている。お酒・タバコ・買い物などの個人での楽しみも持っており、気分転換が行えるように支援している。		
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支援している	利用者様の行きたい・やりたい事を家族と相談しながら個別支援で行っている。また、希望があればモーニング・ランチ・喫茶・ドライブなどその日に実現している。	ホームでは、日常的に散歩や喫茶店のモーニングに出掛けている。また、月に1度遠足を実施しており、利用者のイルミネーションが見たい、温泉に行きたいなどの要望に応じ、1泊旅行をしたりとニーズに応じた外出支援に取り組んでいる。	

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
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	お金の管理は基本的には施設で行っている。利用者様の中で所持が可能な方は持ってもらい、買い物等の時には支払いができるように支援している。		
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	電話は、本人の要望があった時にかけることができている。手紙のやりとりもできている。行事の招待状や年賀状なども、ご家族や友人に出すなど関係を断ち切らないようにしている。		
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	廊下には、作成物・写真・季節感のある飾り付けを掲示している。写真は家族・利用者様楽しみにしている。リビング内は、BGMを流し心地よい空間になるよう工夫している。	玄関ホールは広く開放的で木目調の作りである。喫茶スペースも完備されており、コーヒーを飲みながらゆっくりと過ごす事が出来る。また、廊下には、季節に合わせた壁飾りや写真が飾られ、居室に戻る際には、利用者同士、思い出話をされている。	
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	リビングには、ソファやテーブルがあり自由にくつろげる空間がある。和室スペースもあり、1人1人が好きなよう使っている。利用者同士、仲の良い利用者の居室へ行き談笑するなど過ごせている。		
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	居室には、自宅で使われていた馴染みのある物を持ち込まれ配置等を行っている。本人が安心して過ごせるようご家族・本人・職員と話し合いながら環境整備をしている。	居室には、タンス、仏壇や写真などの品々が持ち込まれ、利用者の思い思いの居室となっており、その人らしく過ごせる空間となっている。また、誕生日会での色紙など、ホームでの思い出の品物も飾られている。	
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	利用者様自身が分かるように、居室・トイレ・お風呂場に張り紙をしている。テーブルなどにも名前シールを付けることで、自分の席だと目で分かる事で安心される方も多い。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームチアフル 咲明かり

目標達成計画

作成日: 平成 26年 3月 13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	37	利用者の個々の介護度が異なるため、自立した利用者はストレスが溜まっている	ホームで満足した生活を送ることが出来る	①夕方には少人数でのレクリエーションを行う ②少人数での外出の機会を作る ③イベントや外出時はポスターを作成し楽しみを作る	12ヶ月
2	38	職員は介護をする人、利用者は介護をされる人との関係になりがちである	利用者が介護される一方の立場に置かれず、暮らしを共にする同士の関係づくり	①自立した人には生活の場面で出来る事は行ってもらう(料理、掃除、洗濯、買い物等…) ②一人一人の出来る事、出来ない事の見極めを行う ③意欲向上や自信につながる声かけを行う	12ヶ月
3	48	一人ひとりを向き合う時間を多くしていきたい	スタッフ全員が利用者との関わりの中で、喜び、悲しみ等を分かち合える。利用者の立場になったの行動が出来る	①食事、おやつの時間をゆっくり過ごす ②個別ケアの継続(内容の見直し、スタッフ、家族、本人を交えて話す) ③毎月のミーティング時に個々の利用者について話す時間を増やす ④申し送りノートや申し送りの活用	6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。