

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	2371301181		
法人名	(株)パートナーシップ		
事業所名	グループホーム優楽家 ユニット1		
所在地	愛知県名古屋守山区百合丘1812		
自己評価作成日	平成25年1月7日	評価結果市町村受理日	平成25年3月18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 職員の技術向上と適切なサービス提供のため、近隣GHとの情報交換や、研修を行っている。
② 家族会や家族参加の行事を継続し、家族の理解を深めながら運営できる体制作りを努めている。

※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=2371301181-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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	愛知県名古屋熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年1月28日		

ホームは、リビングや居室がゆったりとした設計がなされており、利用者にとって圧迫感を感じないようにつくられている。その中で、利用者が、ホームでの生活を穏やかに楽しんでもらえるように、介護計画の作成に力を入れており、ケア内容を細かく記載し、職員もその内容を把握するように努めており、職員間でケアの統一ができるように取り組んでいる。さらに、外部の方との交流も積極的に行われており、運営推進会議の開催を近隣のグループホームと合同で行うことで、相互の情報交換につなげ、結果、ホームの運営に活かされるように取り組んでいる。また、ホームでは、理念にある「楽しい我が家」であることを目指しており、ホーム内のリビングや通路には、ホーム建物の雰囲気合うように、多くの飾り付けがなされており、利用者が楽しく過ごすことができるよう取り組まれている。

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 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、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

ユニット1

[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	事業所は地域に支えられながら運営が成り立ち、利用者が地域住民の一員として活動できる環境作りを目指す事を、職員間で共有している。	理念である「人に優しい我が家」の他に、理念の具体的な内容として、主にホーム長がつくった内容を玄関ホールに掲示してある。また、理念を時々唱和することで、職員間の共有と質の高いケアを目指している。	
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	自治会の主催する奉仕活動や行事、地域交流会に積極的に参加している。また、ホームの夏祭りの際は、ご近所に参加を呼びかけている。	ホームでは、自治会の活動に参加している他、地域で行われている「櫛の会」という活動に今年度から参加しており、利用者が未就園児童と触れ合ったりして、地域の人とのつながりを大切にしている。	
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	守山区の認知症家族教室の講師や、運営推進会議で認知症の理解を深める勉強会を開催している。また、職場体験として、職業訓練生を受け入れている。		
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践、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	家族から要望のあった内容を会議で取り上げ、専門家と共に研修会を実施したり、近隣GHと地域交流を深めながら、合同運営推進会議を実施し、各参加者と意見交換している。	会議では、専門の方を講師に招いて勉強会を行ったり、近隣のグループホームと合同で会議を開くなど、出席者同士で意見交換を深めるなど、会議を運営に活かすことができるよう取り組んでいる。	近隣のホームとの合同の運営推進会議は、これからも引き続き行われることを期待したい。このような取り組みを通じて、双方にとって質の高いケアにつながっていくことを期待したい。
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取り組んでいる	介護保険制度や介護保険外の社会資源に限らず、自治体独自のサービスや助成を申請する際に、その都度区役所や市役所担当者に相談している。	ホームでは、助成制度に関する手続きや医療費の内容等、不明点があれば市担当者に相談し、助言等を得て、利用者の支援につなげている。また、市の研修会に職員が参加している。	
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	勉強会、カンファレンス、全体会議を通して、利用者の意志と反し、苦痛や制限を加える行為も広い意味での身体拘束に当たると、理解を深めている。	ホームでは、身体拘束に関する事例に基づいて勉強会を行ったり、会議で話し合ったりしながら理解を深めている。玄関の施錠については、玄関ホールが職員の見守りが難しい面もあるため施錠を行っている。	現状、利用者の様子やホーム構造上の問題もあり、玄関の施錠を行っているが、施錠を行うことでのマイナス面についても職員間で継続的に理解を深めていく取り組みにも期待したい。
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	社内で事例を基に勉強会を行い、日々、不適切な言動がないか再確認し、無自覚の言動も虐待につながる可能性があることを理解するよう努めている。		

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	実際に成年後見制度を利用している方がいる。今後、制度利用が必要になる場合を視野に入れ、関係機関と情報交換したり、制度について学んでいる。		
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	契約に関しては、事前に重要事項説明書に沿って、利用者又は家族の方に施設利用する上での説明を行い、理解、納得の下、署名と捺印したものを双方一部ずつ保管するようにしている。		
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	年に1回、家族会や家族参加の行事を実施し、意見交換を行っている。また、利用者の意見は日常の中で聞き取るよう努め、要望や意見はカンファレンスや全体会議で報告し、運営に反映させている。	家族の来所時には、管理者及び計画作成担当者が意見を確認し、その内容を職員にも伝え、ケアに繋げている。毎月、ホーム便りと一緒に、利用者の日常生活と医療面の報告を送付しており、利用者の状態を報告している。	
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	月1回の全体会議、カンファレンス等で職員の意見を聞くようにしているが、普段から職員の意見に耳を傾け、勤務時間外でも随時話し合うように努めている。	ホームでは、全体会議の際には、職員間で話し合いながら意見を出してもらうように努めている。また、ホーム長は、職員の様子を見ながら、随時個人面談を行うこともあり、職員の意見や思いの把握に努めている。	
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	施設長は職員個々の能力、特性を把握し、優れている点を認め、それを生かし伸ばせるような働きやすい職場環境に努めている。		
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	施設内の勉強会等を勤務時間内に開催したり、名古屋市社協主催の『介護職員等キャリアアップ研修』に、随時参加を促し、職員個々の技術・向上に努めている。		
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	近隣のGHと定期的に交流の機会を持ち、年に1回は合同運営推進会議を行っている。お互いの施設内研修の外部講師も行っている。その都度、綿密な打ち合わせの場を持ち、情報交換は頻繁に行っている。		

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
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	入居の相談の際は、訪問したり、来所して頂き、見学や面談を重ね、不安の解消や本人の要望を聞くようにしている。		
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	入居の相談の際は、訪問したり、来所して頂き、見学や面談を重ね、不安の解消や家族の要望を聞くようにしている。		
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	入居の相談時には面談を重ね、現時点で本人と家族の望む必要なサービスは何か見極め、事業所のサービス内容を提示し、相互理解に努めている。		
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	職員も利用者と同じ時間、空間を共有する者として、利用者のその時々々の想いを共感し、共に考え、励まし合う関係作りに努めている。		
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	随時、本人に対する家族の意向を伺い、それを踏まえた支援ができるよう努めている。家族が抱えている問題や背景等も配慮し、それぞれの家族関係の維持を支援している。		
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	本人が今まで親しんだ場所や人間関係の把握に努め、可能な限り関係が継続できるよう援助している。	ホームでは、家族の協力のもと 要望があれば利用者の知人や友人の関わりなど、可能な限りの支援を行っている。また、年末年始やお盆には、家族と一緒に過ごしてもらえるように案内も送ったりしている。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	職員は常に利用者の状況、人間関係を把握し、トラブルの際もさり気なく介入し、問題解決に努めている。利用者同士が快適に交流し良好な関係が維持できるよう支援している。		

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	事業所では、サービス終了後も、現況を伺ったり、要請があれば相談等を受け付け、その後も交流ができるよう窓口は常にオープンにしている。		
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	本人の意志を尊重した生活スタイルを維持できるよう努めている。適切に言葉で表現できない方については、日常生活を通して、日々の言動から本人の望みを把握している。	ホームでは、利用者それぞれに担当者を決めており、利用者の日頃の表情や仕草から思いや要望を読み取っている。職員は、それらの情報をカンファレンスの機会等で共有に努めている。	
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	入居時に今までの生活歴についてアセスメントし、職員間で情報を共有できるようにしている。また随時、家族や親戚、知人等から得た情報は記録に残し、カンファレンスで発表している。		
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	今までの生活スタイル、生活習慣を重視し、本人の持っている能力や機能を充分生かして生活できるよう支援している。		
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	本人の日頃の言動から、どんな生活を望んでいるか把握し、随時、本人や家族と話し合っている。状況によっては医療関係者の意見も伺い、総合的にカンファレンスで話し合いを重ね、介護計画を作成している。	担当者会議で、意見を出し合い話し合いながら、介護記録や申し送りを参考にして、家族の要望を組み入れ、介護計画に反映させている。計画の見直しは、基本的に6か月であり、変化があれば随時見直している。	利用者の様子を把握し、ケア内容を細かく記載することで、職員感の情報の共有を図っているが、援助内容を絞り込むことで、その方が持っているニーズ、課題が分かりやすくなると思われる。
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	日々のケアの実践は個人の介護計画に反映している。一日の全体の様子、特記事項、伝達事項は申し送りノートで情報が共有できるようにしている。		
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	個々の求める要望や状況に応じて、介護保険外サービスの利用を検討したり、医療関係者と連携して、医療保険の訪問マッサージを取り入れたりしている。		

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
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	傾聴ボランティアの訪問や、保育園との交流、訪問美容など、地域の社会資源を利用して、閉塞感のない環境を支援している。		
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、家族の了承の下、ホームの協力医に全般的な健康管理を行って頂いているが、可能な限り、本人、家族の望むかかりつけ医の受診が継続できるよう支援している。	ホームでは、全利用者が協力医による受診を受けているが、これまでのかかりつけ医の継続も可能な体制となっている。また、24時間対応が可能な訪問看護とも連携し、医療面における利用者の支援を行っている。	
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	介護職員は、日頃の利用者の状態を随時協力クリニックの訪問看護師に報告し、日常の健康管理を行って頂き、協力医と連携を図りながら、助言、指導を仰いでいる。必要に応じて迅速な受診の対応をとっている。		
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。	入院時には定期的に病院へ出向き、現状把握や情報収集を行っている。退院に向けて、極力、主治医、家族、ホームと三者で話し合う場を設けている。 どんな場合でも、必ず、病院のCWと連絡を取り合い、退院調整を行っている。		
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、事業所の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	本人の状態の変化に応じて、その都度、本人もしくは家族の意向は確認しているが、事業所の具体的な方針、支援体制が整わず、ターミナルケアについて施設内外で勉強している段階である。	ホームとしては、看取り介護には前向きな姿勢であり、医療面における体制についても態勢を整えている段階である。また、ホームとして、出来る範囲のケアを行えるように、家族とは段階に応じて話し合いを行っている。	今後も継続して職員研修等を重ねられることを期待したい。また、家族の思いは状況により変化することもあるため、段階に応じた話し合いを行い、安心して過ごしてもらえる環境づくりを期待したい。
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	緊急時の対応について、特に夜間に対応は、マニュアル作成と共に、会議で意見交換しながら、適切な対応ができるよう、周知徹底している。		
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	定期的な防災訓練を行い、災害時の的確な判断ができるよう努めている。 近隣住民の協力は確立されていないが、近隣GHとは協力体制を築いている。	ホームでは、年2回の防災訓練が行われている。さらに、ホーム内にAEDの設置があり、職員全員が使用出来るように研修が行われている。また、水、食料等の備蓄も行っている。	ホームが立地している地位が新興住宅地でもあり、地域の方との連携が難しい面もあるが、時間をかけて、日常の交流を深めながら、緊急時の支援が得られるような関係づくりが行われることを期待したい。

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	自尊心、羞恥心とは何か、職員自身に置き換えて考えてもらい、人として当たり前の権利が守られるよう配慮している。	ホームでは、職員採用時に、理念をふまえたケアや利用者への言葉遣い等の研修をホーム長が行っており、周知徹底をはかっている。また、日頃もホーム長や職員同士でも確認することもあり、不適切な対応がないように努めている。	
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	職員の主観でなく、利用者が自ら選択し、決定できるように支援している。 利用者の希望に沿って自己決定に至るまでの援助を行っている。		
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	一人一人の生活リズムや習慣、ペースがあることを把握し、できる限り個別性のある支援を行うと共に、日常的に決まりや都合を優先した支援にならないよう努めている。		
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	洋服の買い物やお気に入りの美容院、床屋の付き添い支援をしている。 日常の洋服もご本人が好きな服を選ぶことができるよう、声掛け支援している。		
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	調理や盛り付け、配下膳について、できる限り利用者と共に進めるようにしている。 また、職員が利用者と同じテーブルで食事をとる事で、コミュニケーションを図っている。	調理に参加できる利用者は減っているが、野菜の下ごしらえ等、できることを手伝ってもらったり、職員と一緒に買い物に行くこともある。食事の際には、職員も同じテーブルで食べ、楽しい時間を過ごすようにしている。	
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	好みに応じて乳製品の宅配をしてもらい、好きな時に好きな物が飲めるよう配慮している。利用者共用のミニ冷蔵庫を設置し、自由に使ってもらえるようにしている。		
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	食後には必ず声掛けで口腔ケアを促し、介助が必要な方は職員で支援している。 夜間は、極力義歯を外して頂き、就寝中に義歯洗浄を行っている。		

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	オムツ類使用者も毎食後必ずトイレに座って頂き、トイレでの排泄を促している。廊下にモニター設置し、自立されている方の排泄パターンの確認に努めている。	ホームでは、利用者全員がトイレでの排泄を目指し、必ずトイレに座ってもらうように案内を行っている。さらに、フロアに清拭用タオルが何時でも使用できるように準備されており、利用者が快適に過ごせるように工夫がされている。	
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	排便に関しては、別紙の排便チェック表で個々の排便リズムを把握している。毎朝食にヨーグルトを提供し、便秘の方にはこまめに水分補給を促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	可能な限り、利用者の希望に応じて、一人一人の入浴時間、タイミングを考慮している。拒否のある方は、直接的な声掛けでなく、世間話をしながら気分を高めてもらったり、さり気なく浴室に案内している。	入浴は利用者の希望をふまえて行われているが、基本は1日おきの午前中に行われている。入浴拒否の方には、無理強いせず、時間を開けたりしながら、さり気なく声かけを行っている。	
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	利用者個々の生活習慣を下に、昼寝、就寝時間を個別に設け対応している。夜間眠りの浅い方については、生活歴や昼間の活動を見直している。		
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	薬情書は常に職員が確認できる場所に保管している。かかりつけの薬局と情報交換している。症状の変化は、訪問看護の際に相談し、家族に報告、主治医と話し合いながら、治療方針を決めている。		
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、家族から得られた情報を下に、掃除、洗濯、炊事のそれぞれの場面で、個々の得意な事や好きな事に携わって頂いている。また、水分補給時は、個々の嗜好に合わせた飲み物を提供している。		
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	日々の中で、買い物、喫茶、ドライブ等、可能な限り希望に沿った外出支援をしている。毎月の行事では季節にちなんだ企画をし、遠出や外食を行っている。年に1回は家族参加型の外出行事を企画している。	ホームでは、利用者が日常的に外に出るよう、職員による外出支援が行われており、近くの買い物や喫茶店等、利用者の希望を聞きながら実施している。また、年1回、家族と一緒にでの外出も行われている。	

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	利用者の個人の希望によっては、家族了承の下、小額の現金を所持してもらい、安心感を得てもらっている。 また、買い物に出掛けた際はできる方には、ご自分で支払いして頂くよう支援している。		
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	家族、親戚、知人等に連絡を取りたいという希望の際は、事前に先方の了承を得た上で、電話や手紙はいつでもできるよう支援している。		
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	利用者が自分の家にいるような家庭的な雰囲気を出し、本人にとって馴染みの場所であると思って頂けるような配慮をしている。 また、季節の飾り付けを利用者と共に行うことで季節感を感じて頂けるよう努めている。	リビングや通路は、ゆったりとした落ち着きのある広いスペースを確保しており、利用者が圧迫感を感じないように設計されている。リビングや通路には、様々な飾り付けがなされており、理念にある「楽しい我が家」を実現できるように取り組んでいる。	
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	共用空間の居心地の良さそうな所にソファや椅子を置き、一人でも数人でも気ままに自由に過ごせ、また家族、来客と談笑もできる場所として工夫している。		
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	居室には家族と相談しながら、本人の愛用の家具、雑貨等、使い慣れた物や好みの物を取り入れ、本人の居心地の良い空間作りに努めている。	居室には、利用者がこれまでに使っていた時計やタンス等、馴染みの物が持ち込まれてあり、それぞれに個性のある雰囲気となっている。また、リビングと同じ飾りを居室に行っており、楽しく過ごせるように取り組んでいる。	
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	屋内ではできる限り自由に行動できる環境として、EVや階段も利用者本人が利用できるように開放しながら、常にモニターや目視で行動を見守り、安全を確保している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム優楽家

目標達成計画

作成日: 平成 25年 3月 4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	26	ケアプランに対する意識づけが定着していない。 ・援助内容の把握と確認作業ができていない。	個々のニーズを把握し、それに応じた援助を行う。	・毎日の介護記録に、ケアプランの援助内容を実践した場合は記録する。 ・毎月、援助内容に対して、実践状況を各担当者が評価する。	12ヶ月
2	33	重度化・終末期に向けた体制作りや知識が不十分。	重度化・看取り介護に向けた支援体制を整える。 (協力医と信頼関係を築く。)	・看取りケアマニュアルを作成する。 ・重度化・ターミナケアの社内研修を行う。社外研修にも積極的に参加する。 ・往診時に協力医とホームの状況、利用者の状況、家族の要望等情報交換を行う。 ・医療関係の研修を協力医のNSに依頼する。	10ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月