

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	4270201645		
法人名	有限会社 グループホーム すだお		
事業所名	グループホーム すだお	ユニット名	
所在地	長崎県佐世保市須田尾町18-1		
自己評価作成日	平成24年10月8日	評価結果市町村受理日	平成24年12月25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	http://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般財団法人 福祉サービス評価機構
所在地	福岡市博多区博多駅南4-3-1 博多いわいビル2F
訪問調査日	平成24年10月27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)】

家庭的な雰囲気の中で、利用者本位の安全で快適な居住空間を提供します、食事内容の充実に力を入れています、健康管理面では看護師を配置し充実を図っています、医療体制は嘱託医による毎週の往診をお願いしてあり夜間などの状態の変化にも安心してご利用して頂けます、入居に際しての権利金、保証金、敷金、などはありません

【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2階のベランダからは青い海や空を眺める事ができる。ゆったりとした時間が流れ、ベランダには職員が自宅から持ってこられたハーブなどが元気に育っている。ご利用者はリビングで過ごされる方も多く、職員が作られた季節の題材で貼り絵をされたり、CDを聴きながら楽しそうに唄われている。代表が大切にされている日々の食事は、旬の食材や新米などが使われ、3食とも手作りされている。職員の愛情がいっぱいに込められており、完食される方も多い。車いすの方が増えている中、パールシーや九十九島が一望できる展海峰でコスモスの花々を楽しまれ、代表も一緒に車いすを押して下さっている。自立支援の視点も大切に、介護計画には「左手で着替えるなど」の具体的な内容が盛り込まれている。計画重視の視点が強く、どのような介護計画が良いのか、職員全員の意見やアイデアを引き出していく予定である。職員は日々の変化に気づけるようになっており、チームワークも良くなっている。優しく明るい職員に恵まれ、「手と手を取り合って支えあい、共に過す喜び」を日々感じて頂けるように努めているホームであった。

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	
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 3. 利用者の1/3くらい 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 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、安心して暮らせている (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

自己	外部	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	理念の共有については皆が理解をし心がけているが、入居者の方の重度化もあり実践について日々の作業の中では十分に理念の個々の項目にそっての行動となっているとは言えない	「私たちは、利用者第一主義に徹します。手と手を取り合って支えあい、共に過す喜び。明るく、楽しく、笑い声のたえないホーム。一人一人がその人らしく生活する為に皆で作るマイホーム。」を運営理念としている。日勤と夜勤の職員が協力し、個別の希望に添った支援を心がけ、少しでも笑顔を増やそうと日々職員も努めている。	
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	地域の小学校の生徒さんとの定期的な交流を行っている、町内会、役員の方との連携を行うことによりホームの実態を理解してもらうようにしている	小学生の子供達の顔写真が1階の廊下に貼っており、七夕会やクリスマスで歌を唄ってくれている。24年度は中学生が初めて来訪し、一緒に掃除をしたり、風船バレーも楽しまれた。児童センターの子供達も来て下さる予定であり、外出が困難な方も多いので、ご利用者もホームに来て下さる事を楽しみにされている。	
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	実例は無い		
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	評価への取組状況や報告は行っているが、内容についての意見や、提案はあまり出していない	ご利用者家族・民生委員・市の職員・他施設のケアマネに参加頂き、2ヶ月に1回開催している。職員も交代で参加しており、ご利用者の状況等を伝えている。行事等の報告を行うと共に、町内の行事等の情報も教えて頂いている。参加者の方からの意見や質問も徐々に増えており、代表も嬉しく思っている。	
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	市の管轄となってからは、手続き上の相談なども直接窓口に行くようになり、頻度は増えている	代表の家から市役所が近い事もあり、郵送でよい書類も窓口を持参し、市の担当者とお話する機会を多くしている。市主催の研修会にも参加し、運営推進会議では年間の虐待通報事例等も教えて頂いている。24年8月の指導監査時にケアプラン等の指摘も頂き、すぐに改善が行われた。	
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	緊急時の条件を守り身体拘束0を目指している	代表自らが外部研修に参加し、他の職員に伝達している。ベッドから起き上がった時に職員が介助できるように、夜間のみセンサーをセットする事を家族と相談し、ご本人にも説明が行われた。ご本人の不安等も受け止め、思いに寄り添ったケアが行われている。	
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	2名が19年に長崎県身体拘束廃止推進員養成研修を受講済み 内1名が24年11月に再度研修受講予定		

自己	外部		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	管理者は成年後見制度についての講習を受講済みだが、実際に対応した事はない		
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	重要事項説明書に従い十分に説明を行っている		
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	家族の方が面会に来られた時、気軽に話をしたりして、話しやすい雰囲気は作っているが、こちらから家族の方をお願いすることはあるが家族の方からの特別な意見や要望はほとんどない	2ヶ月に1回、ご利用者の日常生活や身体状況が記載された近況報告書を郵送している。面会時には、代表と職員が家族に声をかけており、率直に意見を言って頂ける関係ができています。日々の状況を報告する事で家族も安心されており、敬老会の時にはフルートを弾いて下さる等、家族の協力も頂いている。	
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	基本的に意見の言いやすい雰囲気作りに心がけ、前向きな意見に対しては取り入れるようにしている	朝の引き継ぎや毎月のケアカンファレンスなどで、随時話し合いが行われている。代表や先輩職員の指導のもと、新人職員も一緒に良いチームが作られており、ご本人のことに着目し、自立支援の視点で意見交換ができています。職員は、日々の変化に気づけるようになっており、代表も職員の意見を大切に聞かれています。	
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	職員の方はほとんどが主婦の方であり勤務時間や休日など働きやすい環境作りに特に配慮をしている		
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	資格の取得に関しては積極的に推進しており、研修会等への参加にも多少の援助と優先的に受講が出来るような配慮を行っている		
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	グループホーム協議会への参加担当者を選任し、その他の職員も交流の機会や、研修の機会を多くするよう配慮している		

自己	外部		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	基本的に入所前に本人との面会を行いコミュニケーションをとっている		
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	基本的に入所前に本人と同様、面会を行い情報の収集、アセスメントの作成を行い、家族の要望を把握するよう努めている		
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	入所前に関わりのあった他の施設やケアマネージャー、行政の担当者の方の意見を聞き入所前のケアプラン作成の参考とする		
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	職員全員が、ホームの基本的な方針として理解し、家庭的な環境作り、対応に勤めている		
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	重要事項説明書の説明に基づき、本人の孤立感の防止のため面会の頻度を多くしていただくよう家族の協力要請を行ったり、入所後の家族との連携強化に努めているが 本人の一時帰宅などの希望は難しいのが現実である		
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	本人の馴染みの方の入所前の情報については把握があまり出来ていない、以前より入所の方も重度化により訪問がなくなっている	ご本人との会話の中で馴染みの場所などを把握している。以前行かれていたパルシーや展海峰に出かけると、「前に来ていた」と懐かしそうに喜んで下さった。踊りや歌が好きな方には“のど自慢大会”等も見て頂き、馴染みの美容師にも来て頂いている。家族や曾孫さんの面会時は、お部屋でゆっくり過ごされている。	
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	現状では入居者の状態の悪化により、利用者同士の関係の中ではうまくコミュニケーションが取れなかったりすることが多くなっているため、トラブルにならない様に間に入り支援したりしている		

自己	外部		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	医療機関や、他の介護施設などへの移動後も面会に行ったり、家族への支援を行うようにしている		
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	毎日の打ち合わせ、月1回のケアカンファレンスなどで、職員の気づいた事、本人との会話の中で把握したことを、本人の希望として家族との面談の中で話し合い、対応を図っている	入浴時や玄関先での日向ぼっこ、リビングでの団欒時に、「外に行きたい」「お風呂が楽しみ」などの思いを伺い、日々の暮らしに反映している。意思疎通が難しい方も、表情や行動から気持ちを汲み取る努力をされており、把握できた内容は職員間で共有し、家族に報告すると共に、介護計画に反映させている。	
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	本人、家族、他の介護支援機関、行政などからの情報収集		
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	本人との会話や、身体の介助など、日常生活の中で把握している		
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	現状ではケアスタッフ中心の介護計画であり広い意味でのチームケアとはなっていない、特に本人、家族の意向、意見の反映が難しく適切な内容とはなっていない	ご本人と家族の要望を基に、計画作成担当者(代表)が計画を作成しており、かかりつけ医や看護師の意見も計画に反映している。ケア手順書も作成され、新任職員への指導も行われている。自立支援の視点も大切に、「左手で着替えるなど」の具体的な内容と共に、お絵かきや貼り絵等の楽しみも盛り込まれている。	計画重視の視点が強くなっており、どのような介護計画が良いのか、職員全員の意見やアイデアを引き出していく予定である。計画内に、ご本人と家族の役割も盛り込みながら、ご本人にもわかりやすい表現を心がけていきたいと考えられている。
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	個人別の日誌のほかに特に変化があった場合には特記事項として別の欄にも記入し全員で情報の共有を図ったり、食事の摂取表、入浴時の身体チェック表、排便チェック表などにより、職員間で状態の変化などを早期に発見し、対応している		
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、その時々にも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	ホームの行事などは、報告だけではなく、家族への参加も図っていききたい		

自己	外部		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	出来る限り地域の行事にも参加をしたいが、心身の状態の低下により難しい		
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し、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	今は入居者全員が協力医療機関の嘱託医が主治医となっている、毎週の往診や、緊急時の対応、診療科目によっては適切な医療機関を紹介していただいたりと、緊密に連携が取れている、	ご利用者全員が協力医療機関を主治医とされている。必要時は職員が通院介助を行い、受診結果はホームの看護師が家族に電話で報告したり、変化が無い時は2ヶ月に1度の近況報告書に記入している。職員の観察力や気づきも確実に高まっており、日々異なる変化を観察し、早期対応に繋げる事ができている。	
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	入浴時には身体のチェック表により異常の発見に努めたり、日常生活の中でも気づいた事は看護師に報告し、毎週の往診時にホームの看護師が個々の利用者の状況を報告し指示を受けるようにしている		
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。	主治医を通して入院時の医療機関との連携を図っている またホームも病院の看護師と状態について聞いたり、家族と連携し入居者の援助を行っている、退院の時も病院のソーシャルワーカーや、ホームの主治医と連携し対応している		
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	早い段階から家族との話し合い及び提携医療機関、施設とも連携を行っている	設備の関係でホームでの看取りは原則行わない事と共に、重度化した場合は協力医療機関の医師が対応して下さる事を説明している。日頃から重度化しないように、看護師を中心に体調管理が行われ、職員も看護師に相談している。23年度にお1人、終末期ケアが行われた。職員の精神誠意のケアと共に点滴等も行われ、息子さんの立ち会いの中で眠るように亡くなられた。	
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	定期的な訓練は行っていないが、利用者ごとの対応や、医療機関との連携などは決めている、応急手当については看護師を中心に行う		
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	年に2回の避難訓練を行っているが、実際に行ってみると、ご利用者の避難誘導は難しいと理解している スプリンクラーなどの消防設備は設置済み	災害時、民生委員や近隣の方(代表の実家)、職員に自動通報されるシステムになっている。2階の1つの部屋の窓から隣の敷地に避難可能となっており、訓練もその部屋まで移動する訓練が行われている。災害に備え、飲料水や缶詰等が準備されている。	今後も引き続き、管理会社の方を始め、訓練の日程が合えば、消防署の方にもお願いし、一緒に訓練ができるかどうかの確認をしていく予定である。

自己	外部		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	気をつけているつもりでも、親しみや慣れのために、そのような事が発生するときが見られる為、注意、指導を行っている 名前は名字で呼ぶ、ドアの開閉時には必ず声掛けノックをするなど	優しい職員ばかりで、日々のケアの時も、希望の時間に食事をして頂く等、ご本人の意思を尊重し、心のこもった関わりを続けている。ご利用者に接する時は言葉遣いに気をつけ、ご本人の言葉を否定しないようにしている。職員は、個人情報保護の大切さを理解し、記録物の管理にも注意している。		
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	出来る限り、本人の意思を尊重した対応に勤めている 食べたいものや、希望のものなど、家族との連携支援を行っている			
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、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	基本的にはその様にしているが、自分の部屋で過ごしがちな人や、ベット臥床を希望する人などには、すべて本人の希望通りに、対応する事が良いとはいえない場合もある			
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	特に行事や、外出などのときは、日常と違った、身だしなみやおしゃれに、気を配っている 自分で整容できるように洗面所に椅子をセットしたりしている 美容室に出かけたり、ホームに来てもらったりしている			
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	現状では、入居者の方の重度化などにより、食事の準備などに関してはほとんど参加して頂いていない、調理に関しては衛生面の心配があり参加して頂いていない 好き嫌いには一部対応をしている	ご利用者の好みも伺い、肉や魚のバランスも大切にしている。食事を大切にする代表の思いもあり、手料理を心がけ、品数も多く、新米や旬の野菜を使った美味しい料理が作られている。正月料理など、季節や行事に合わせたお食事も楽しまれている。	心身状況が重度化している状況にあるが、下膳を手伝って下さる方もおられる。今後も引き続き、ご本人のできる力を引き出していく予定であり、茶碗拭きやテーブル拭き、簡単な下ごしらえなど、できる範囲で担って頂ける環境を作っていく予定である。	
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	食事や、水分の摂取量については健康維持のため特に気をつけている、食事は摂取量の記録をつけている 嚥下状態により、きざみ食、ミキサー食やトロミをつけたりして対応をしている			
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	入居者の方それぞれの状態にあわせ実施している 必要に応じ歯科医の往診も依頼している			

自己	外部		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	排泄に関しては、一部の方の夜間を除きオムツは使用せず誘導によるトイレでの排泄介助を基本としている。しかし失禁も多くなっているのが現状である	個別のトイレ誘導を行い、下着利用の方もおられ、個別にパッドの大きさも変えている。一人ひとりの排泄感覚に合わせて、ご本人の状態や希望に合わせたケアを行い、周囲の方に聞こえないようにトイレ誘導している。下着汚染があっても介助を拒否される方には、こまめに確認を行い、適宜シャワー浴も行っている。	
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	排便については、健康管理の重要項目として、管理表を作成し、原因の把握や、服薬によるコントロールを行っている		
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	現在は、月、水、金、と入浴の曜日を決めている、一人一人の希望やタイミングについては、声をかけるときなどに話しているが、拒否の方には通用しない	1人での入浴を希望される方は、ドアの外でさりげなく見守りしている。入浴中は職員との会話を楽しまれ、「あなたもシャワーが上手になった」と褒めて頂く事もある。体調に応じて2人がかりのケアを行い、入浴を好まれない時には、「お着替えしましょう」と声かけし、安心して入浴して頂いている。	
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	本人の状態や、希望にあわせ、実施している		
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	毎日のミーティング等で症状の変化に対し看護師を中心に、用法、用量の変更など常に主治医との連携を図り、職員に徹底している。薬の効能や副作用などをまとめたファイルをいつでも見れるようにしている		
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	個別の楽しみへの対応が多くなっており、入居者同士でのレクリエーションなどは少なくなっている。歌の好きな方には歌番組の録画を楽しんでもらったり、本を読む人、塗り絵などをする人など		
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	施設の周りでの日光浴程度である	季節に応じたお花見に出かけたり、玄関の前で、一緒に会話を楽しむ事も多い。代表自らが運転し、パールシーや九十九島が一望できる展海峰でコスモスの花々を楽しまれ、代表も一緒に車いすを押して下さっている。ご利用者の重度化に伴い、ホーム2階のベランダに出る事で、青い海や空を眺める事ができ、気分転換が図られている。	ご利用者の重度化で、以前に比べ外出が減っている。外出時には、ほとんどの方が車椅子が必要で、全員での外出が難しい状況にあるが、「外に出たい」と言う方もおられ、今後も玄関先で過ごす時間を作り、一人ずつでも、車椅子を押して外出できるように取り組んでいきたいと考えている。

自己	外部		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	本人の能力に応じて、支援を行っている		
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	家族宛の年賀状を出すように支援を行った 電話に関しては、不穏時を除き、基本的にかけて頂くように支援をしている		
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	カーテンの開閉、必要に応じた照明の使用、湿度、温度計のチェックにより適切なエアコン、加湿器などの使用、行事に合わせホーム内の飾りつけなどの実施	リビングや廊下の壁には季節に応じた飾りつけがされている。ご利用者は、日中はリビングでゆっくり過ごす事が多く、昔の歌番組をビデオで観られたり、CDを聴きながら、曲に合わせて楽しそうに唄われている。温湿度に配慮し、トイレの臭いには消臭スプレーを使用している。職員が自宅から持参されている菊の花や鉢植えも育てており、ハーブティー等も楽しまれている。	
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	それぞれの居場所作りは出来ているが、利用者の方の状態が悪化し、お互いに楽しく過ごせるようなコミュニケーション作りの支援が思うようにできない 居間でテレビを見たりして過ごすことが多くなっている		
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	馴染みの物の持込に関しては、本人の要望があれば、家族との連携を図ったりして対応している 庭で摘んできた花や、本人が作ったもの等を飾ったりしている	お部屋の入り口には、ご本人の笑顔の写真やお名前が貼られ、季節に応じて表札の飾りも変えている。たんすやテレビ、人形、写真等の馴染みのものや仏壇を持ち込まれている方もおられ、ご利用者の作品や、職員手作りのバースデーカードも飾られている。ご利用者自身でお部屋のレイアウト変更をされる方もおられる。	
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	建物の安全性に関しては、新たに改善できるところはそのつど実施している 歩行器の使用により施設内での移動など自分で出来ることは自分でしてもらっている		

事業所名: グループホーム すだお作成日: 平成 24 年 12 月 20 日

目標達成計画

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】 注)「項目番号」の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。

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	介護計画の内容、作成時期、の不備や、ケアスタッフ全員が、日常的に行っている介護の実情が、介護計画と連動した内容となっておらず、特に本人、家族の意向意見の反映が介護計画と連動せず、その為モニタリングに関しても不十分であった	介護計画の重要性を認識し、作成の手順、内容の充実と、毎月実施のケアカンファレンスの中でモニタリングの実施を行うと共に、職員全員の、チームでの介護を実践していく	介護計画の作成は計画期間以前に行い、本人(家族)の要望をもとに、職員全員の意見や、アイデアを引出し、より具体的な内容としていく、自立支援を基本にご本人と家族の役割なども盛り込みながら、解り易い表現を心がけていきたい	6 ヶ月
2	49	入居者の方の重度化もあり、全員参加の外出も24年度は春のお花見、外食会、秋のコスモス見学のみしか実施できず、外出頻度の不足が問題である、今後の個別対応への取り組み強化が必要である	全員での外出が難しい分、個別の対応に力を入れていく、家族の協力による一時帰宅の付き添いや、地域の行事などへの参加、近所への散歩、買い物など、個人の希望に合わせて実施していくようにする	入居者一人一人の希望に対応できるように、職員の増員によるマンパワーの充実、職員間の連携強化により時間を作ることで、個別の支援がし易くなるようにして行く	12 ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月