

### 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	4390100289		
法人名	医療法人社団 郁栄会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム サンライズ楠野		
所在地	熊本市楠野町1069-1		
自己評価作成日	平成23年1月11日	評価結果市町村受理日	平成23年3月16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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通4F		
訪問調査日	平成23年1月26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)】**

○かかりつけ医の受診と医療連携・・・隣に協力医療機関があり、利用者は職員の付き添いで受診や通院ができる。常勤の看護師が変化や異常の早期発見に努め、協力医療機関と連携をとる体制を取っている。グループホームで点滴治療やリハビリを受ける事ができる。  
 ○普段行けない場所への外出支援・・・ドライブ・神社・季節の花見・みかん狩り・ショッピングセンター等、車や車椅子等を利用して屋外に出ることを計画的に実施している。  
 ○楽しみごと・気晴らしの支援・・・日々のレクレーションや月2回のボランティア演芸会(舞踊・歌・尺八・三味線・大正琴等)・誕生会・家族参加の行事を計画的に実施している。  
 ○食事を楽しむ事のできる支援・・・入居者の希望や状態に応じた調理法で提供できる。

**【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)】**

熊本市郊外に位置するホームは医療機関が隣接しているため、緊急時ばかりでなく定期的な受診等で協力体制が取れるようになってきている。開設4年目を迎え、職員・入居者共に共同生活にも落ち着きが感じられる。法人施設からの協力支援によって、職員の人員体制には余裕があり、その分一人ひとりの入居者との関わりに時間を割くことができている。地域の行事には入居者の状況に応じて参加を支援するなど個別ケアも充実している。職員にはホーム運営のための役割を担ってもらう事で自覚と責任を持たせている。また個人目標をたて法人内の勉強会で発表させるなど人材育成にも法人全体で取り組んでいる。今後はホーム内での課題解決や研修内容充実にも期待したい。

**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、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

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	「安心・楽しい・きれい」フロア内に掲示していつも目に付くようにして日々のサービス提供場面(言葉かけ・態度・記録等)・広報・家族対応・運営会議において理念が反映されるように意識するようにしている。	入居者によって毛筆で書かれた理念がリビングに掲示され、常に理念を意識したケアに心がけている。広報誌や運営推進会議でも議題にすることによって、地域に向けた周知を図るように努めている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	どんどや・祭り・運動会へ参加している。運営推進会議のメンバーからの行事の案内やボランティア参加の協力を得られている。階下のデイサービスで行うボランティアの演奏会に地域の方を招いて行事と一緒に楽しむ交流支援を行っている。	運営推進会議で地域の情報を把握するようにしている。地域の行事(どんどや・祭り・運動会)に参加することで、子供達とも交流できるようにしている。またデイサービスの利用者やボランティアの方との触れ合う機会も設けている。	
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	地域の民生委員から認知症の相談等をうけている。また、人材育成の貢献として実習生の受け入れを行なっている。		
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	入居者状況・行事・行政からの評価・職員研修報告等を行なっている。情報を提供したり参加メンバーから質問、意見、要望を受け、双方向的な会議となるように配慮している。会議のメンバー交代が有り参加者が増えている。	会議の開催月や曜日は年間をとおして決めてあるため、家族や委員などの出席者も増えている。会議ではホームや入居者の状況報告を行い、各委員の意見を聞いている。	
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取り組んでいる	集団指導への参加や行政からの実情調査には必ずケアサービスの取り組みを報告して指導を受けている。市の介護相談員を受け入れホームの状況を見てもらい連携をとっている。	運営推進会議の中で家族からの質問に包括支援センターから回答を得ることもある。状況に応じた報告や相談をすることで連携を図っている。	
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	法人内身体拘束委員会活動を行っており、定期的な防止週間を設けて正しく理解して、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。出入り口はセコム作動中であるが、外出しそうな様子を察知したら安全面に配慮して見守り、付き添う支援を行っている。	法人内研修で身体拘束による弊害などについて理解を深めている。入居者の外出したい様子が見られた場合、一緒に散歩に出かける支援をしている。	玄関施錠については、職員間で再度検討することが望まれます。
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	高齢者権利擁護研修会に参加して学んだ情報を職員で共有して虐待防止に努めている。高齢者虐待防止のための事例集をいつでも見れるようにして「不適切なケア」を含めた考え方を理解し、その防止・対応を考え学べるようにしている。		

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
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	職員が研修会へ参加して他職員へは資料、復命書にて報告して制度の理解をしている。家族から相談を受けたら、関係者と連絡を取り支援している。		
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	入居に際し、見学も含め事前に訪問したり面接を行い、サービス内容・契約内容の説明を行い理解、納得を得ている。担当ケアマネとも連携をとり利用者家族の不安、疑問点を尋ねて理解・納得を図っている。		
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	家族にも地域運営推進会議に参加してもらい意見・不満・苦情を出してもらうようにしている。面会時の意見・要望は運営面で活かすようにしている。	面会時に状況を報告したり、3ヶ月ごとのプラン説明の際に意見を聞くようにしている。また、運営推進会議やホーム行事参加時にも要望を聞いている。	
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	毎月の職員会議で意見を聴き、必要に応じてアンケートも行っている。個人面談を行なって意見や提案を聴くようにしている。	定期的な職員会議やアンケート実施などで意見を把握するようにしている。管理者による職員への個人面談も行っている。	
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	資格取得後の昇給を行ったり、定期的な交流会の場を設けたりしている。		
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	毎月1回の法人の勉強会への参加。2ヶ月毎の委員会活動への参加や法人・ホーム外の研修に参加している。資格試験を目標に自己学習をしていく事を勧めている。研修参加後は報告書を提出し、他職員も情報資料を共有して学んでいる。		
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	2ヶ月毎の熊本市ブロック連絡会に参加して他事業所の見学や情報交換を行なっている。		

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
<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	入居希望・申し込みがあった場合は、こちらから病院・施設へ訪問したり、ホーム見学をして頂き、既往歴・生活歴・趣味等を伺うようにしている。入居に至る迄の間は納得の行かれる迄、見学や相談を行なうようにしている。		
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	必ずホームの見学から面接と何度か来ていただき、ホームの生活を見て頂いている。その中で不安・疑問・要望を聴くようにして信頼関係を意識した会話をする事に努めている。		
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	家族・本人の意見を聴き、緊急性・必要性を考え、かかりつけ医・ケアマネ等と相談して対応をしている。		
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	一緒に過ごす日々の生活の中で、食事や家事活動を共同作業で行い、支え合う関係が出来ている。あらゆる面で教えられ、逆に励まされたり、話をする中で沢山のヒントや気持ちを頂いている。職員も入居者にケアされて成長していると感じている。		
19		○本人と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	面会が遠のいている家族・遠方の家族などには日頃の様子を電話で報告している。面会時には必ず状況報告をしたり要望はないか、家族の思いとのズレがないか確認するようにしている。家族と行事やレクを一緒に楽しむようにし気付きの情報共有に努め家族と同じような思いで支援して		
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	地元の祭り行事・ふれあいサロン等に参加して交流が持てるようにしている。神社や生活されていた地域へのドライブ・買い物等で人や場所との関係が途切れないように支援している。	階下のデイサービスやふれあいサロンで馴染みの方に再会したり、買物やドライブに出かけて継続的な支援を行っている。馴染みの美容室へは家族にも協力を得て支援している。	
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	役割活動を通して入居者同士の関係が円滑になるような働きかけをしている。テーブル席の配置や外出時の車中の席等に配慮している。一人ひとりの出来る事・好きな事・得意な事を見極めて家事活動やレクを通して協力して出来るように支援に努めている。		

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
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	退去後も病院や施設に面会に行き様子伺いをしたり、家族が来訪され話を聴いている。必要に応じて相談や支援に応じるようにしている。		
<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	日常の会話の中に入居者の本当の思いを表出されている事があるので、日頃の会話に傾聴し、表情や行動からも思いを知るように努めている。	日頃の会話の中から思いや意向を把握するように努めている。困難な場合は表情や様子から汲み取るようにしている。	
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	これまでの人生の一片を語られたり、思い出話をされたりするので一つの言葉や行動を大切にそれに関心するようにしている。家族、知人面会時に情報の収集を行なっている。		
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	全職員が入居者の状態観察・過ごし方・訴え等に対応した状況をチームとして把握して継続ケアをするように努めている。		
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	入居者からは日々の生活の会話の中で、家族からは面会時など常に関わりを持つようにしている。職員全員でカンファレンスを行い事業所全体としてどう支えるかを一緒に考え介護計画を作成している。	家族や入居者の意向をもとに計画作成担当者がプランを立てている。全職員でのカンファレンスの開催や担当職員からの気づきを受けて見直しを行っている。	
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	1ページで1日の様子が分かるような記録用紙を使用している。食事・排泄・健康観察やその日行なったレクや活動などの記録を個人別に記録して情報の共有に努め継続ケアやケアプラン作成に活用している。		
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・家族の状況に応じて、通院や送迎などに対応している。医療連携を取りながら点滴や訪問リハビリの支援ができる。デイサービスとの交流を支援している。理美容サービスが利用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
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	運営推進会議メンバーの自治会・民生委員・地域包括との協力関係がある。法人内施設行事への参加やボランティア来訪時には地域の方も一緒に楽しむことができるよう支援をしている。消防署からは訓練指導を受けている。		
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	入居前のかかりつけ医を尊重しているが、現在は当法人の医院を全員利用している。定期受診支援や状況に応じて他病院の受診も支援している。	入居時に希望のかかりつけ医を把握し支援している。法人内の医院へは定期的な受診を職員が同行し、専門医は家族の状況に応じて同伴もしている。歯科は訪問を利用している。	
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	管理者が看護師であり、介護も兼務するなかで、日々の状態を把握し、他スタッフへのアドバイスをしている。スタッフが異常や変化を気づいた時は連絡相談をして対応を行っている。		
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。	利用者が入院した際は、病院関係者と情報交換し、入院によるダメージを極力防ぐために医師・病院関係者と話をする機会を持ち、ホーム内での対応可能な段階でなるべく早く退院出来るよう家族とも話し合い必要な支援を行っている。		
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	入居時に重度化や急変時の医療体制指針を説明し同意書を作成している。日々の状況を説明し変化を理解して頂けるように努めている。必要時、家族・医師・看護師を交えて状況の変化に応じた話し合いを繰り返して支援につなげている。	入居時に「重度化や急変時の医療体制指針」を説明し、ホームとしての方針や法人内施設へ住み替えが可能である事を説明している。状況の変化に応じ、家族や医師等と話し合い、最善の方法を支援する準備がされている。	
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	急変時の対応、手順書や緊急連絡など病院との協力が得られている。24時間、医師・看護師が対応可能。		
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	半年に一度、消防訓練(昼・夜間想定)を実施している。隣の病院との合同訓練も消防署の指導のもと実施している。近所の入居者家族や運営会議で協力体制を築いている。	年2回昼・夜想定で実施している。訓練には入居者も参加しているが、運営推進会議を通じて地区への協力も呼びかけている。	階上のため車いす利用の入居者への対応マニュアルの徹底等で不安を解消する事が期待されます。

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>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	法人の委員会活動を通じて個人情報について周知徹底を図っている。ミーティングでは日々の関わりを点検して、日常生活においてもプライバシーを損ねない対応に努めている。	入居者の人格を尊重した対応を心がけ、プライバシーに配慮した言葉かけを行っている。記録類の保管は事務所で行っている。	
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	入居者が分かりやすい言葉や分かりやすい対応に心掛けて、日常生活の中で入居者の希望、関心、嗜好、を見極め、それを基に本人が選びやすい場面づくりをしている。		
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、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	1日の基本的な流れはあるが、入居者本位の生活ペースを尊重し、心身の状況や生活習慣・嗜好やその時々気分に対応した柔軟な支援を行うようにしている。		
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	本人と一緒に好みの衣服を準備したり、近所の理容師の訪問や法人内の美容室への送迎支援を行っている。		
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	食事の盛り付けや配膳・食器洗い・テーブル拭きなどを出来る方に職員と共にして頂いている。食事が楽しみとなるようメニューを伝えたり雰囲気作りにも配慮している。利用者と職員と一緒にの食卓を囲んで楽しく食べている。	食事の献立は法人の管理栄養士がたて、盛り付け・配膳・後片付け等を入居者と一緒に行っている。おやつはホーム独自で食材の買物から出かけ、手作りを心がけている。	
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	管理栄養士による献立で栄養管理されている。毎回食事と水分摂取量を観察記録している。その方の状態に合わせて刻み、粥、とろみ、コーヒー、紅茶等で提供している。		
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、声かけ誘導し、介助が必要な人には付き添い実施している。夜間は義歯を洗浄液に浸漬している。 協力歯科医院(翼ハロー歯科)		

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	その時の状態に応じて布パンツ、尿とりパットリハビリパンツ等で対応して、昼間は全員トイレでの排泄支援を行っている。	昼間はトイレでの排泄支援を行っている。入居者の状況に応じ布パンツや尿とりパット、リハビリパンツの使い分けを行っている。	
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	野菜中心の献立、フルーツヨーグルトやゼリー、芋を使ったおやつを作るように気をつけている。水分摂取・腹部マッサージ・運動を心掛けている。排便困難時は緩下剤を処方してもらい排便を促す支援をしている。		
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	入浴は1日おきに利用者の希望を確認してゆっくり入っていただいている。トイレ後のタイミングに合わせて浴室に誘導したり、ゆず湯で楽しむことができるように支援している。トイレでのウォシュレット使用・清拭更衣・足浴等の支援で清潔保持に努めている。	基本的に一日おきの入浴とし、入居者の希望に応じて入浴支援を行っている。入浴拒否の方には言葉かけに配慮し、タイミングに応じた支援を行い清潔保持に努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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	なるべく日中の日光浴や活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。夜9時の時間を伝えトイレ・就寝を促すが、一人ひとりの気持ちを確認し状況に応じて対応・支援している。体調や本人の意向の状況に応じて昼間も臥床休息の支援をしている。		
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	内服薬照会ファイルで、常に薬の効用や副作用を確認できるようにしている。誤薬防止する為に定期分は1包化して服薬支援している。症状変化を観察して、申し送っている。		
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	食事の準備・片付け・洗濯物干し・清掃・植物の水やりなどの役割の支援をしている。活力を引き出す日々のレクリエーションやドライブ・買い物・ボランティアによる演芸会などの楽しみ事への支援も行っている。		
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	本人の希望や状態に応じて洗濯物干しや取り入れ・チリ出し・草取り・水かけ・散歩・買い物・ドライブ・短時間の帰宅など個別対応と、計画的なドライブ・花見・外食・神社参拝など家族参加も呼びかけて支援している。	散歩や洗濯物干し・取り入れ等で、外気を感じる支援を行っている。花見などの外出行事には家族の参加も呼びかけて協力を得ている。法人の菜園には収穫に出かけて楽しんでいる。	



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	数百円～数千円入った財布を所持されている入居者もいる。買い物に行った時は自分で支払え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	希望状況に応じて、電話できるように付き添って支援している。電話する時は、家族側の都合を配慮して支援している。		
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	ホール内は、3つに仕切られ、日当たりのよい洋間・食事をする居間・畳コーナーが有り、好みに合わせてくつろげる場所となるように季節の花や壁飾りで配慮している。	共用の空間には空気清浄機を設置し感染予防につとめている。和室コーナー・食堂・洋間を利用者の好みや目的に応じて利用するようにしている。	
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	ソファーにかけて日光浴やテレビを観たり、独りで塗り絵や読書に集中できる場所、いつでもアルバムを広げて会話しながら過ごせるような居場所の工夫をしている。		
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	洋間と和室の2パターンの居室が有り、家族の写真・花の鉢植え・ぬいぐるみ・自分の作品などを飾り安心できる空間作りに努めている。	居室には収納スペースもとっており、すっきりと整頓しやすくなっている。家族の写真や人形などを飾ったり、好きな鉢物を育てたり、一人ひとりに応じた居室づくりが支援されている。	
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	居室入口からホール全体が見渡せ、トイレ・浴室・居室が分かるように、標識や目印となるものを作り安心して自分から行動できるようにしている。ホール・トイレ・浴室には手すりがあり、各自のベッドの高さや柵で安全確保と自立への配慮をしている。		

## 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】					
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	38	日々のその人らしい暮らしの支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりの希望や状態に合わせて散歩や買い物・地域の行事への参加等の日常的な外出支援を増やして、その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援を行う</li> <li>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、状態に合わせてグループホームの生活を送れるように支援する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域行事の情報収集をする</li> <li>散歩を日課にして、近隣の人やデイ利用者とのコミュニケーションが取れるように支援する。</li> <li>ベランダや庭・畑での楽しみ(園芸療法)の支援をする。</li> <li>帰宅願望があるときは、家族との連携を取り、自宅までの外出支援を行う</li> <li>法人内他事業所との連携を取り、行事参加や訪問をして交流をもてるように支援する。</li> <li>屋外に出るときはスタッフが同行してリスクを回避する</li> <li>本人の気持ちを尊重して、できるだけ個別性のある支援を行なう。</li> <li>本人が主体となってその人らしい生活ができるように職員が利用者に合わせていく姿勢や実践が重要である事を認識して対応する。</li> <li>家事活動で利用者の経験や知恵を発揮する場面をつくる。</li> <li>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、活力を引き出す楽しみごと、気晴らしの支援を行なう。</li> </ul>	12ヶ月

2	13	職員を育てる取り組み	<p>スタッフ一人ひとりが自分で考え行動ができるようになり全職員がグループホーム運営に係わっていけるようになる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人目標の立案</li> <li>・月1回ミーティングで意見要望を聞くと共にテーマを決めて話し合う。</li> <li>・居室担当を決め入居者の現状を深く把握し、カンファレンスを行い、対応のポイントや問題意識を共有する。</li> <li>・行事担当者が職員の意見を取り入れた計画を立て全員で取り組む。終了後はアンケートで振り返る。</li> <li>・自分の職場の役割やケアの質を知るために、「勉強したい事」を提出して、目標・計画を立て各自が担当して勉強会を実施する</li> <li>・ケアプランや記録の重要性を理解して、意見を出し合いチームで介護計画とモニタリングに取り組む</li> <li>・他事業所の見学や交流を通じて自分の役割を確認して意欲を高める</li> <li>・入居者の安全・安心の暮らしを支援する役割意識を強化するため、インシデントレポートが出たらカンファレンスで対応の見直し再発防止策を話し合う。</li> </ul>	12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、行を挿入して下さい。