

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	4370103592		
法人名	医療法人 むすびの森		
事業所名	グループホーム 萌		
所在地	熊本県熊本市南区会富町1120番地		
自己評価作成日	平成25年11月8日	評価結果市町村報告日	平成25年12月18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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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	熊本市中央区上通町3-15 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成25年11月20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)】

当ホームの理念である「心に寄り添う介護」を目標に、入居者様との関わりを大切に支援しています。法人の中には病院や在宅支援事業所があり、定期受診時や緊急時に病院との連携が迅速で柔軟に行う事ができています。法人以外では地域の支援や協力でボランティア、小学校やこども園との交流を行っています。又、法人の行事や地域縁側事業で地域の方や家族を交えた交流会に参加したり、地域のサロンに参加しています。

【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)】

熊本市の西部、周囲は田畑や住宅地となっており、静かな環境である。医療法人の敷地内に位置しており、他の事業所と在宅支援に関して勉強会を毎月開催したり、法人の研修、ホームの勉強会等学ぶ機会が多い。緊急時の連携、家族の信頼関係も構築されており、入居者、家族にとって安心なホームである。職員間のチームワークも良く、訪問時も、食事時間の入居者との関わり、コミュニケーションを図ることに努め、入居者も笑顔や発語が多く、和やかな時間が送られていた。地域での認知度も定着しており、日頃のホームの外部への働きかけの成果だと思われる。今後も認知症やグループホームの啓発、高齢者介護の拠点として活躍されることが期待される。

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 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

[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	理念に基づいて年度目標を作成し、毎月学習会で振り返りを行い評価を法人へ提出しています。又、法人内で理念に沿った学習会を受けています。	法人の理念の他にホーム独自の理念を掲げている。また、年度ごとに目標も掲げ、毎月の学習会や日頃より振り返りの機会を持ち、法人へ報告している。	
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	地域のボランティアの方が毎月訪問されています。小学生や隣のこども園と交流を深めたり、地域の行事(運動会等)に参加したりしています。又、縁側事業で地域の方や、地域のサロンに参加して交流を深めています。	地域との繋がりは大切にしており、地域住民のボランティアも定例化している。日常的に近隣の散歩や買い物に出かけ、住民との挨拶や会話をし、地域行事、一斉清掃等にも積極的に参加している。縁側事業やサロン開催により地域住民との交流も図っている。	
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	地域の方(老人会、小学生等)が見学に来られた際、認知症について説明を行い正しい理解をして頂けるように努めています。地域のサロンに参加して交流を深めています。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、ホームの活動や入居者様の現況報告、意見交換を行い、より地域の方と共に歩んでいけるように協力を得ています。職員も参加し直接意見を聞いて検討しています。	自治会長、校区の社協会長、熊本市の社協、地域住民、民生委員、法人職員、包括職員、消防団員等の多様なメンバーである。ホームの実績報告(事業計画、家族会報告、行事、研修・勉強会、事故報告等)、意見交換会などを行っている。パワポを使って、1年間のホーム生活を分かりやすく紹介している。ホームからの情報発信や地域情報を知り得る良い機会となっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	運営上の事など判断に迷ったら、市の高齢介護福祉課に電話し、相談や報告して届出書を提出しています。	相談ごとや分からないことがあれば担当者に連絡し、問題解決するようにしている。	
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	身体拘束については勉強会を開いたり、法人の勉強会に参加したりしています。身体拘束が必要な利用者様の場合は、家族に説明し、同意して頂くと思っております。	身体拘束の弊害や行為については職員は、ホームや法人等の研修を通して理解している。日常の業務中でも職員間で話し合うこともある。ホームの玄関は常に鍵はかけておらず自由に入出入りできるようにしている。	
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	年間勉強計画に組み入れて職員に浸透するようにしています。また、カンファレンスで取り上げて職員間で防止のために確認しながら、入居者様と向き合っています。		

グループホーム 萌

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	管理者は市の関係機関と連絡したり、地域包括支援センターに相談し必要書類を市の関係機関に提出依頼しています。毎月の勉強会の時に職員に報告しています。		
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	契約や解約や改定時は家族に説明し、内容に理解や納得して頂けるように努めています。		
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	家族会の中での意見交換会や家族の代表者に運営協議会の委員として出席して頂き意見を述べて頂いたり、法人からのアンケート調査での意見を参考にしています。	面会時や家族会の開催時や運営推進会議の際に出席してもらい意見を聞いている。月1回ホーム生活の報告等のお便りを送付している。前回の家族会はそうめん流しをし、地域住民の参加もあり、意見を言い易い雰囲気作りをしている。出された意見要望は早急に解決するように努めている。	
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	理念に基づいて、利用者様のニーズに沿えるようにカンファレンスなどで意見を交換し、提案されたことが反映できるように努めています。	職員間のコミュニケーションを日頃から大切にしており、会議や業務中に意見、アイデア、要望等を聞いている。スキルアップにも力を入れており、資格取得の機会も法人全体でサポートしており、職員のモチベーションアップにつながっている。	
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	管理者からの報告や現場での職員の意見を参考に職場環境や条件の整備に努めています。(研修の機会、資格取得の機会、他部署からの協力・応援、ワックス掛け、倉庫の棚、園芸など)		
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	認知症実践研修、管理者研修や外部の研修、資格取得後の自己研鑽の大切さを話されています。法人内でも全体や毎月の在宅勉強会を通して、コミュニケーション力や接遇について研修が行われています。		
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	地域密着連絡協議会に出席し、研修を受けています。知り合った同業者間で空き情報を連絡しあい、待機者の家族に連絡、紹介をしています。		

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
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	本人と家族や近親者の見学をして頂き、本人や家族から傾聴して、アセスメントし入居後安心して生活してもらえる支援作りに努めています。		
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	本人と家族や近親者の見学をして頂き、生活歴や周囲との関わり、病歴などや入居することでの要望などを聞いて、入居後も家族と職員との協力関係が構築できるように努めています。		
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	自宅での生活を基本とした支援作りを実施しています。地域の人との関係を継続できるようにサロンに参加しています。また買い物や花見などの外出、近所への散歩、受診支援しています。		
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	役割意識を持たれている方がいらっしゃるるので、その方の好みや出来る事や出来そうなことを把握し、一緒に行えるようにしています。		
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	職員は本人にとって家族が大切である事を理解し電話で連絡したり、来訪時に近況報告したり相談を行っています。月に一回は家族あてにお便りを郵送したり、外出行事には家族の参加協力して頂いています。		
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	会いたい人に会えるような支援を目標にしており、お墓参りに行きたい人には行けるように調整したり、親戚、兄弟や友人が会いに見えられるように働きかけたり、サロンに出掛けられるように支援しています。	馴染みの関係を大切にしており、お寺や納骨堂、自宅などに出かけるなどの個別の支援をしている。地域のサロンや「おかって」縁側事業などにも積極的に出かけ、入居者の思いに応えるように努めている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	孤立されないように職員が気配りをしながら柔軟に対応しています。レクリエーションや手芸、畑での作物作りなどを通して一緒に楽しみ、作りあげる事ができるように支援しています。		

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
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	病院に入院のために退所された方には、入院先に入居時の情報を提供して必要時には相談や支援したりして関係性を大切にしています。		
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	職員全員が意思を言葉で話せない人の本人の思いや意向はどのようなものかを知り支援できるように努力しています。	思いを自ら訴えられたり、家族から聴いたり、困難な方は反応やしぐさから把握するようにしている。会話の中で生活歴を踏まえて、尋ねたり、思い出すようなしかけをしている。入居者一人ひとりの思い、希望を聞き取り、叶えるために努めている。	
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	入居されて数年たれた人で、入居時の環境が十分把握されていない方もおられ、情報の更新に努めています。		
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	一人一人の心身の状態や暮らしを収集しながら、一日の過ごし方の把握に努めています。		
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	介護計画の基本は介護する職員である為に担当者を決めて、中心となり、家族との相談を行い情報を共有しながら計画を作成しています。	担当者を中心に定期的にモニタリング、アセスメントを行い、職員の意見を取り入れた介護計画を作成し、計画作成担当者と完成させている。出来上がった計画は本人、家族に説明している。変化があれば、その都度変更している。	
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	毎日管理日誌に予定を記入し、その日の様子は記録しています。課題を検討したり・共有しながら統一した支援に努めています。		
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	入居者や家族のニーズに応じて業務時間をずらしたり、同一法人の通所介護の行事に参加し、利用者様と交流を深めています。		

グループホーム 萌

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	地域の中のサロンに参加したり、地元のボランティアの方々との訪問交流やこども園との交流、地域縁側事業に参加したり、職員と買い物に出掛けられるように支援しています。		
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	本人や家族の意向を聞き、受診先は決めています。法人内が多く定期受診の支援。法人以外の受診時は家族の協力で受診支援。家族の支援が困難な時は受診介助し、医師と相談、連絡しています。歯科は定期的に往診となっています。	家族や本人の希望する医療機関を受診できるようにしている。現在はほとんどが隣接の法人が医療機関であり、職員の通院支援を行っている。専門医には原則家族の通院介助としている。受診後の情報は報告し合い共有している。	
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	介護職は日々の中で状態に変化があれば、看護師に報告し適切な受診ができるように努めています。昼夜とも法人内の連絡体制が取れているために、医師や看護師に連絡し指示や応援を受けています。		
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。	体調に変化があれば主治医に連絡相談を行い、入院の必要時は入院先に同行して、入居時の情報を書面で提供しています。入院先に訪問して退院後の注意点やサマリーを提供して頂き、連携に努めています。		
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	契約時や重度化しつつあるときには、その都度家族に相談し今後の方針を共有しています。状態が進行すると最初の家族の考えと変化しても対応できるように関係者で十分検討し、最善を尽くせるようにチームで取り組んでいます。	入居時に本人や家族にホームの終末期や重度化に関する方針を説明している。日常の会話の中で、「最後はどこで迎えたいか」と確認している。その時を迎えると、職員、家族、かかりつけ医、関係者と常時話し合いを重ねながら家族・本人にとって納得のいく終末期を迎えられるようにしている。	
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	急変時や事故発生時の対応の仕方を勉強会で学習しています。法人の協力を得て支援体制を構築して職員が対応できるように努めています。		
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	年に二回の防火訓練を実施しています。地元消防団に協力を得ています。又、消防団の団長の方に運営推進委員として協力体制を築いています。	ホーム独自で年2回夜間想定で避難訓練を実施している。消防団の方にも参加してもらい、指導を受けている。法人全体での訓練にも参加している。法人への通報等、連携は構築されている。水害時の訓練も実施している。	夜間想定だけでなく、日中想定での訓練や役割分担等に確認、マニュアル化も期待されます。

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
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	一人一人の方が自分らしさを持って生活できるようにを目標に支援しています。入浴、排泄は特に安全面とプライバシーの確保に努め支援しています。	居室でのポータブル使用の際など他の方に分からないようになど排泄や入浴等の際に配慮している。家族の面会の際には居室で過ごされている。入居者は苗字でお呼びしている。個人情報に関しても徹底して配慮している。	
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	本人の希望や思いを尊重しながら日常生活を支援しています。食べたいものを聞き、メニューに組み入れたり入浴、排泄も声かけにて同意を得るように支援しています。		
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	自分で一日の過ごし方の希望を伝えられる人が少ないが、その中でも出来るだけその人のペースに添った支援を心掛けています。		
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	更衣される時は出来るだけ好みの服を選ぶことができるように支援しています。二か月に一回は散髪できるように支援しています。		
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	入居者の食べたい物をメニューに取り入れながら献立を作成しています。買い物も一緒に行ったり、片づけや簡単な準備を一緒に行っています。	各ユニットで入居者の好みや季節感を取り入れた献立を立て、入居者と共に買い物、食事の下拵え、配膳、下膳など一緒に行っている。食事はゆっくりと会話を楽しみながら、情報把握の貴重な時間となっている。ホームの菜園の野菜を育て、収穫し食卓へ上ることも多い。	
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	毎日食事摂取量は記録して状況把握に努めています。水分はミルク、お茶、ポカリなど組み合わせています。嚥下困難な人の対応については研修に参加して学び、トロミ剤や栄養補助ドリンクの工夫をしています。		
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	定期的に訪問歯科診療を受けて歯の治療や義歯調整や口腔内予防に努めています。指導のもと、毎食後歯磨き、うがい、義歯洗浄などの支援をしています。		

グループホーム 萌

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	排泄チェック表を活用して個別排泄習慣やパターンを把握しています。表情や言葉や動きでトイレ誘導や介助を行い、オムツ内の排泄を減らすように努めています。	排泄チェック表を記入し、排泄のパターンを把握しており、時間や様子を察知して、声かけや誘導をプライバシーに配慮しながら行っている。昼間は出来るだけトイレでの排泄とし、排泄の自立を支援している。	
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	日中の生活の工夫や水分補給や運動に配慮しています。食事や食物繊維の多い食品を摂取できるように工夫しています。頑固な便秘の方は主治医に相談し、緩下剤の処方を受けて調整しています。		
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	入浴表で個々の入浴状況はチェックしています。本人の希望や気分に合わせてなるべく希望に添うように工夫しています。	入居者に応じて週3~4回の入浴とし、希望があれば毎日でも入浴できる。時間帯、時間、湯温も希望に応じている。拒否の方には時間をおいて声かけしたり、違う職員が声かけをしたり工夫している。	
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	本人の体調に合わせて、日中も臥床時間を設けたりしています。夜間の睡眠を妨げないように健康状態や気分の状態に合わせています。		
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	当番の職員が責任を持って、誤薬予防に注意しながら確実に服薬支援を行っています。受診ノートで薬の変更や処方内容を確認しています。		
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	性格や状態に応じて洗濯物干しや洗濯物畳み、ちり紙折りや食事ごとの片付け、買い物などをされています。季節に応じて外出したり、食事に出掛けたりしています。		
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	日常的な買い物と一緒に外出したり、サロンに参加されたり、地域支援事業に参加し地域の人や家族の人と交流ができるよう支援しています。	近隣への散歩や買い物等、希望があれば出来るだけ浴うようになっている。車での外出も多く、季節ごとに花見や外食など度々出かけている。ホーム内では見られない良い表情や情報を得ることができている。地域の方や家族の協力を得て外出することも多い。	

グループホーム 萌

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	ほとんどの入居者は金銭管理が行えないが、管理者が家族から預かり管理しています。外出時の昼食代や法人の祭りなど必要なものは希望を聞いて購入支援しています。		
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	本人の希望に沿って、家族へ電話をかけ話せるように支援しています。		
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	居室の出入り口や居室内には希望次第で名前や似顔絵など、掲示し安心されるよう配慮しています。フロアには季節の花を折り紙で作って飾ったり、外出した際の写真を飾ったりして季節感を出しています。居室やフロアの掃除を行い、清潔な環境と気持ち良く過ごせるよう工夫しています。	共有空間は家族的で懐かしい思いがする装飾がしてあり、車いすでも動きやすい家具のレイアウトがしてある。壁には入居者のイベント時の写真など飾られている。入居者同士の状態を見極めソファの位置や食事の席を変えている。	
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	その日の気分や状態で、入居者が好きな場所で過ごせるようにソファの位置を変えたり、食事のときに座られる位置を変えたりと工夫しています。		
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	居室には馴染みのタンスや仏壇や写真を持ち込まれています。また、入居後も家族が来訪時、写真を撮ったり、ご自分の作品を飾ったりして和むことの出来るように工夫しています。	和室と洋室とあり、其々に身体状況に応じた寝具の用意がしてある。家族の写真や入居以前に使用されていた家具や生活用品が持ち込まれており、個性的でくつろげる居室づくりの支援がしてある。	
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	トイレや居室などの場所が分かりやすいようにトイレに赤ちょうちんや名前を明示して出来るだけ自分で場所を確認し、安全に行動できるように工夫しています。		

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	35	ホーム独自の防火訓練を年2回、夜間想定で実施している。日中想定での訓練や役割分担等の確認、マニュアル化が必要である。	ホーム独自の防火訓練を日中想定、夜間想定で2回実施する。全職員が役割分担等やマニュアルを把握する。	①役割分担等やマニュアルを作成する。 ②日中想定、夜間想定での勉強会を実施する。 ③年2回の防火訓練は、1回目を日中想定、2回目を夜間想定で実施する。	12ヶ月
2					ヶ月
3					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、行を挿入して下さい。