

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	2395700046		
法人名	医療法人 聖会		
事業所名	グループホーム砂川 1階		
所在地	愛知県知多郡武豊町砂川2丁目73番地1		
自己評価作成日	平成23年11月11日	評価結果市町村受理日	平成24年2月3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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケア・ウィル		
所在地	愛知県名古屋市中村区椿町21-2 第2太閤ビルディング9階		
訪問調査日	平成23年12月4日	評価確定日	平成24年1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)】

利用者の思いをしっかりと聞くことを基本にしている。日々変化する利用者の方でもしっかりと会話する事により、不安感を軽減し信頼関係を築きレベル低下しても安心してその人らしい生活ができるようにしている。家族・地域との関係にも重点をおいている。

【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)】

職員の「入居者一人ひとりと向き合い、入居者の思いを一番に考える」という姿勢や思いやりが言葉かけや態度に表れている。入居者の要介護度は様々であるが、できることや趣味などは維持し継続できるよう、生活リハビリを中心に楽しく笑顔で過ごせるよう取り組んでいる。入居者が地域の中でその人らしい生活を送るためには、家族をはじめ地域の方の理解や協力が不可欠であることから、関わりや交流を大切にしている。また、ホームの持っている力を活かし、認知症の理解や啓発活動に積極的に参加し、地域福祉の充実に取り組んでいる。入居者の高齢化や重度化に伴い、医療との連携が重要になるが、母体が医療法人であり、医師や看護師との連携体制が密である。入居者が少しでも長くホームでの暮らしを継続できるよう、職員は一人となり本人を尊重したケアに努めている。

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	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ます (参考項目:9,10,19)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価結果

(セル内の改行は、(Alt+Enter)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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>開所時より事業所独自の理念を毎朝の申し送り時に斉唱行なっている。各スタッフの支援方針の基礎となっている。</p>	<p>人生の先輩として尊敬の気持ちを持ち、入居者一人ひとりと向きあい、家族と信頼関係を築き共に支えたいと考えている。また、今までの暮らしとなるべく変わらないように環境づくりに努め、地域の中でその人らしく生活を送ることができるよう、職員は念頭においてケアにあたっている。入居者の思いを聴き、受け止め理解することを基本姿勢としている。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>町内会に入り、地区の清掃活動に利用者に参加したり、回覧板を利用者が持って行く事もある。近所の方には母体病院との相談窓口として声をかけて来る方もあり。近所の方より花や野菜を分けてもらう事も見られるようになった。</p>	<p>地域の一員として、散歩時には入居者と一緒にゴミ拾いを行い、地域行事にも参加している。近所の方は馴染みの関係になりつつあり、声をかけてくれたり、野菜等をいただくこともある。地域で暮らすことは、地域の理解や協力が必要不可欠であり、管理者のできること、職員のことを考え取り組んでいる。</p>	<p>地域社会との繋がりの中で、入居者がその人らしく暮らし続けることを支援するために、馴染みの関係づくりや協力的体制等、地域に開かれた存在となるよう、今後の取り組みに期待したい。</p>
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>在宅で認知症介護している方の介護相談窓口有り。町内の認知症サポーター養成講座で一般の方に講演を行い知識を活かしている。町内の介護者のつどいに参加し在宅介護者のリフレッシュ支援も行なう。</p>		
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>ホーム内で起きたエスケイプ事故などの報告をして、対策と一緒に検討する。</p>	<p>会議は法人内の3グループホームが合同で行っている。町の担当者をはじめ、地域包括支援センター職員、地域住民、入居者、入居者家族、ホーム職員が参加している。ホームの現状報告のほか、課題について話し合っている。また、新聞記事で出ていた情報なども伝えている。</p>	<p>会議は、地域住民の理解や支援を得る良い機会と考えられる。地域資源の一つとしてホームの役割を地域に還元する等、地域で支え合うネットワークとして、今後の発展に期待したい。</p>
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1度町内の「ケアマネつどい」に介護保険事業所や行政の参加の会議があり情報交換を行なう。また、役場へ行った際は福祉課に顔を出して現況等の報告を行なう。認知症困難事例と相談などもある。</p>	<p>町が主催する会議には管理者が出席しており、日頃から相談や情報交換等を行い協働関係にある。地域包括支援センターが主催する認知症サポーターの養成講座の講師を務めた。町の福祉まつりには作品を出展したり、介護相談を受けている。</p>	
6	(5)	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>具体的な禁止項目については認識できている。現在身体拘束は行っていない。</p>	<p>職員は身体的な拘束だけでなく、言葉による拘束についても意識し、日常の言葉遣い等に気をつけている。ベッド柵など安全上やむを得ず行わなければならない時は、職員で話し合い、一番よい方法を検討している。玄関の施錠については安全上、現在施錠している。</p>	<p>状況によっては施錠の必要性もあると考えられるが、最小限にできるよう今後の取り組みに期待したい。</p>
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>虐待関連法については施設内で勉強会を行ったりする機会設けている。夜間帯スタッフ1人になることで目が届かない時間帯あるが日頃よりストレスが溜まらないように声かけ等を行ない防止に努めている。</p>		

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	利用者に対して不利に判断している家族は現在いないと思われる。利用者の中には後見制度を利用している方はいる。スタッフ全体ではまだ勉強不足の部分である。		
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	契約の時点ではなく、事前に説明は済ませて当日に再度確認を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	利用者同士のちょっとした会話の中に意見等があった場合内容を確認するようにしている。家族には面会時に声をかけて要望を聞くようにはしている。外部評価結果を家族に毎回配布している。玄関に意見箱を設置し機会を増やすようにしている。運営推進会議では利用者は必ず参加してもらっている。	入居者には、ホームでどう過ごしたいのか等、希望を伝えてもらえるよう、話し方に工夫し思いを聴いている。家族の訪問時には意見や要望等を聞き取り、内容によっては会議で話し合い運営に反映させている。毎月ホーム便りを発行し、入居者の和やかな顔が家族の心に安心を与えている。家族アンケートの結果からも職員との良好な関係がうかがえる。	
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	毎月の定例会議で利用者の処遇や運営面でのこと話し合っている。議事については朝の申し送り時や個別で確認するようにしている。議事録を代表者に提出報告している。	毎月の会議は18:00頃から行っている。パート職員は強制ではなく参加できる人がしている。2カ月に1回は勉強会を実施している。職員が意見を出しやすいように会議の議題を提起し、職員間での話し合いの時間を大切にしている。個人面談等の機会は設けていないが、管理者は職員と日頃からコミュニケーションを図り、職員の話も聴くよう努めている。	
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	日々の勤務状況を管理者は総括し法人に報告している。個別でスタッフが法人幹部と心身面で面談する場面も必要に応じてセッティングし職場環境・条件の整備に努めている。		
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	毎年度各個人の目標をあげてもらい、それに対する具体的な計画やアドバイスを行なう。随時届く研修案内は個々のレベルに応じて振り分けるようにしている。OJTを意識しながらベテランスタッフが新しいスタッフを育成できるようにしている。		
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	研修を通じたネットワークで情報交換をしたり、スタッフの相互訪問もある。同法人のグループホーム他2施設とは行事での交流がある。互いに施設内サービス向上するように意識して情報交換して連携。		
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	生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにしている。センター方式の一部活用で生活歴の細かいところが把握でき信頼関係が築きやすくなった。		

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
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	キーパーソンを確認し、家族の思いを確認する。センター方式の一部活用でキーパーソン以外の方の話を聞く事も出来やすくなった。		
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	担当ケアマネと情報交換し入居申し込みから実際に入居まで待機があるため、その間の計画について本人・家族と一緒に相談に乗る。在宅生活の可能性についても検討し、アドバイスする。支援事業所が決まっていな場合や、介護認定ない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関等の紹介を行なっている。その後も必要であれば継続して相談にも乗る。		
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	生活の一場面でも昔の知恵を活用したり、過去の出来事を共有している利用者等スタッフが上手に関係を築けるように配慮したり、食事作りも共同で作業できるように能力を判断し分担している。家事の役割分担をして、個々に役割意識を持ってもらっている。		
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	毎月様子報告の手紙を送付し、面会時に各家族がどういった情報が欲しいかを確認し、本人と家族の絆が保たれるようにしている。利用者の様子を見て、家族だからできる支援についても話をする。		
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	事前に家族と馴染みの関係や面会者についての注意等確認。面会に来る方に認知症理解してもらったり、本人外出時に以前の知人等に会うときも、必要ときは認知症について事前に説明行なったりし、交流の大切さ理解してもらおう。認知症ということで関係が途切れないように依頼している。	家族の協力を得ながら、自宅や墓参り等に出かけている。友人が訪問してくれることもある。喫茶店でモーニングをする方や近所のスーパーへの買い物等、入居者が自宅で過ごしていた時間を同じようにホームでも過ごせるよう努力している。	
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	互いに病気であることを必要に応じて判りやすく説明し、一緒に生活することで相互援助できるように配慮している。		
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	退居された場合でも、その後の家族の相談に乗ったり、本人への面会も行なう。在宅復帰した方は担当者から情報を確認する。		
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	計画作成時以外でも普段の生活のコミュニケーションの中で献立のことから生活全体のことまで何気ない場面も大切にしている。そういったことから本人の思いを把握している。	入居者の思いに耳を傾け理解することを基本とし、入居者の経験と知識に対して、常に尊厳と敬意の念を持って接している。本人の意向は日々変化して当然であり、コミュニケーションを取りながら、その時の思いを受け止め、実現できるよう職員間で話し合い取り組んでいる。	

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
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・ケアマネ・サービス事業所に経過・サービス利用の状況等を事前に確認し把握行なっている。		
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	毎朝の申し送りで利用者の心身状態を把握している。日々変化があり必要な情報は小まめにその都度、スタッフ間で伝達している。		
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	計画が実行され有効か、定期的にモニタリングを行なう。その結果を本人・家族・スタッフに伝え現状に即した計画になるように心がけている。	日常生活を通して入居者がどのように暮らしたいの意向を職員が聴いたり、汲み取り、家族には訪問時に意見や要望を聴いて確認している。会議や申し送りで入居者の状態について話し合い、ケアの内容について確認し、職員の意見や気づきを反映した介護計画を作成している。	
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	記録するスタッフは自分で共有したい情報を判断しそれについてしっかり記録してもらう。各スタッフ毎日の記録に目を通し情報共有している。気付いた点は意見を出し合い検討を行なう。計画作成スタッフともどういった視点で記録が欲しいか確認している。		
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	現状ではサービスの多機能化への取り組みは行なわれていない。利用者は日々訴えに変化ある。タイムリーに対応必要になるのでその都度ホーム内で柔軟に出来る支援で取り組む。		
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	なるべく外に出かける場面増やせるように、本人のなじみの店には小まめに出かけるようにしている。		
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・家族の了解の下、同法人病院の訪問診療を行なっている。急変起こる可能性や緊急時の対応についても説明。受診希望あれば随時受診援助を行なっている。すばやい対応連携で安心感を提供できている。	法人が医療機関であることから、ほとんどの入居者が主治医をホームの協力医に変更している。協力医の往診が月2回あり、インフルエンザの予防接種も往診時に行っている。認知症の専門医に受診している方もおり、管理者が同行し情報を得ている。歯科医の受診は入居者の状態に応じて行っている。	
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	利用者の状態変化あれば連携病院の看護師に報告し医師の判断をすばやく仰げるようにしている。往診や訪問看護で近くにいる場合は直接診に来る事もある。		

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
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。	入院時病院側に日常生活の情報提供をし利用者が入院による環境変化で混乱がおきにくいように配慮できるようにする。安定したら早めに退院できるように情報をもらい、退院後は経過を報告しフォローアップも対応している。		
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	医療の事前指定書でできるだけ家族・本人と確認したうえで、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。終末期については主治医から家族へ説明してもらおう。スタッフにはグループホームでの機能を説明し出来ることできないことを明確にしている。	「医療連携同意書」では看取りに関しては原則行わないとしている。協力機関として、特別養護老人ホームや法人の病院があり、医療的処置が必要となれば主治医が説明し、看取りの場所を入居者や家族に選択してもらうことにしている。	
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	急変時のマニュアルは作成してある。定期的な訓練を行なっている。急変時には慣れたスタッフが対応しながら、別のスタッフに指導し実践も学んでもらっている。		
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	年に2回消防の立会いでの避難訓練を行なっている。スタッフも随時交代で訓練に参加している。3日分の水・食料の備蓄があり、推進会議では災害時に互いに協力できるように話し合いをしている。	避難訓練は年2回、消防署の立会のもと行っている。非常ベルを鳴らすことから、実施する時には近所に案内を出している。地域の方に参加を呼びかけているが、参加までには至っていない。認知症について理解を深めてもらえるよう、多方面にわたって活躍中である。災害時における備蓄品については水や食料等準備している。	
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	スタッフ間の日常の会話は利用者・家族に失礼のないように心がけている。利用者の性質を踏まえプライド傷つけないようにスタッフ言葉かけを行なう。	人格や誇りを尊重し、呼びかけには「ちゃん」付け等をしないように職員に指導している。女性は本人の好みに合わせて、名字や名前を使いわけ、男性は名字で呼んでいる。耳の遠い入居者には、周りの入居者に配慮しながら声かけの仕方を工夫している。	
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	思いや希望をダイレクトに確認しても答えが出にくい方には、日常の好みなどをスタッフが把握しながら、その時々で本人が選択しやすいように配慮している。		
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	ホーム内の日課はあるが利用者一人一人のペースがあるので、無理に合わせるのではなく、声かけで誘導を行なう。また、そのときにスケジュールの希望が無いか確認している。		
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	起床時にモーニングケアを行なう。自分で鏡を見るように促し身だしなみを意識してもらおう。散髪は近所の床屋へ個別にスタッフが随時対応している。新しい衣類等の購入は利用者と出かけ選んでもらう。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の買物と一緒に出かけるようにしている。利用者の希望で急に献立を変更する事もある。利用者同士で準備や片付けをする事も有る。昼食は同じテーブルにスタッフも入り一緒に食べる。	献立は管理者が1週間毎に立てている。食材は職員と入居者で買い物に行く。米は八分付きで米屋から配達してもらっている。月1回の誕生日会は、入居者の好きなものを一品加えている。時にはハンバーガーを食べることもある。配膳や下膳はできる入居者が率先して行っている。	
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	全体的な栄養バランス取れた献立を作成。咀嚼能力によって食事形態を変え摂取出来るように配慮する。毎日水分摂取量も確認している。排泄状況や毎月の体重も確認している。		
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	朝食前にうがいを実施。歯磨きは毎食後行なう。認識力によって声かけによる支援や一部介助など行なう。義歯については週に1度洗浄液での洗浄も実施。		
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	排泄介助必要な方はパターンをチェックしそれを基に支援方法を決める。本人の意向も確認し自尊心傷つけないように行なう。	入居者の半数は布パンツを使用している。リハビリパンツを使用している方もいるが、入居者の状態に応じてパットについて検討する等、本人にとって負担や不安のない、一番よい方法を探っている。排泄チェック表をもとにパターンを把握している。排泄時の声かけは周りに配慮して声をかけ、自尊心を傷つけないように工夫している。	
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	利用者ごとに排便間隔確認する。食事や水分、体操等でなるべく自然排便促している。どうしても出ないときは、処方されている下剤を使用する。服薬時本人に内服するか確認する。		
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	週3回は入浴できるように支援している。入浴好きでない方は声かけのタイミング等調整。入浴回数は意向を確認できるが時間帯については対応が困難なため聞き取り行っていない。	入浴日は週3回で午前、午後に分けて順番を決めて入浴している。入浴介助は、介護度により、職員2名で介助し浴槽につかることができるようにしている。	
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	消灯等は決めず各利用者の様子を見て声をかけ、眠りに誘導する。日中も自由に居室で休めるようにしている。日中居室で閉じこもりがちの方は、声かけしレクリエーション参加促したりする。		
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	利用者個人の服薬一覧を確認する事で理解している。内服はスタッフが確実にできるように管理している。新しく処方された薬については申し送り等で伝達し情報共有している。状態変化あった時は医師と相談行なっている。		

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
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	利用者の残存能力を活かした楽しみや役割をしてもらう。家事・生け花・草取り・買物・創作活動など意向を聞きながら対応。その様子を写真に記録し本人や家族に見てもらう。		
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	買物に行く際は一緒に行く方のなじみの店に出かけるようにしている。季節の移り変わりを感じてもらえるように外へ散歩する機会はある。家族と外出する際は体調面で配慮する事あれば伝え不安の無いように支援している。	散歩は入浴の無い日に出かけている。隔日になるため順番に出かけ偏りが無いよう配慮している。出かけたがらない人には車で買い物と一緒に出かけるなど外に出る機会をつくっている。花見にはお弁当を作り全員で出かけている。	外出支援を充実させたいと考えていることから、実現に向けた取り組みに期待したい。
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	家族と事前に話をし、自己管理できる方については、普段の買物できる程度のお金を持つ事はできる。		
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	電話は事前に家族と協議した上でどこまで掛けて良いか確認し、個別対応している。家族の承諾があれば電話は自由に使用してもらっている。		
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	利用者に環境面で不満が無い話を聞き、それについて改善行なう。季節ごとの飾りをスタッフと一緒に飾る事で季節感の採り入れ行なう。	玄関は茶香炉の良い香りが漂っている。入居者が生けた花が飾られ植物など緑も多く、ホッとできる落ち着いた雰囲気である。キッチン是对面式であり、職員は作業しながら見守りもできる。畳のベンチがあり、横になってテレビを観る入居者もいる。玄関には人の動きがわかるよう、チャイムとセンサーを付けている。	
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	食事の席は決まってはいるが時々配置を変えている。くつろぐ時間にみんなが一箇所に集い団楽を過ごす事もある。		
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	居室はプライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、持ち込みの対応や配置にも考慮している。	居室内は備品として、ベッド、エアコン、カーテン、押し入れ、収納ボックスを備え付けている。各居室に鉢植えが置かれ、入居者が水やりを行い室内の乾燥防止にも役立っている。入居時に馴染みの物をもってもらうよう家族にお願いしており、家族の写真やアルバムを持ち込んでいる入居者が多く見られた。	
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	利用者の身体能力を把握し残存能力を活用できるように配慮して支援する。		

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	2395700046		
法人名	医療法人 聖会		
事業所名	グループホーム砂川 2階		
所在地	愛知県知多郡武豊町砂川2丁目73番地1		
自己評価作成日	平成23年11月11日	評価結果市町村受理日	

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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

【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)】

<p>利用者の思いをしっかり聞くことを基本にしている。日々変化する利用者の方でもしっかり会話する事により、不安感を軽減し信頼関係を築きレベル低下しても安心してその人らしい生活ができるようにしている。家族・地域との関係にも重点をおいている。</p>

【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)】

<p></p>

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	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ます (参考項目:9,10,19)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
62	利用者は、その時々々の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)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+) + (Enter+)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
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	開所時より事業所独自の理念を毎朝の申し送り時に斉唱行なっている。各スタッフの支援方針の基礎となっている。		
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	町内会に入り、地区の清掃活動に利用者と参加したり、回覧板を利用者が持っていき事もある。近所の方には母体病院との相談窓口として声をかけて来る方もあり。近所の方より花や野菜を分けてもらう事も見られるようになった。		
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	在宅で認知症介護している方の介護相談窓口有り。町内の認知症サポーター養成講座で一般の方に講演を行い知識を活かしている。町内の介護者のつどいに参加し在宅介護者のリフレッシュ支援も行なう。		
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	ホーム内で起きたエスケイプ事故などの報告をして、対策を一緒に検討する。		
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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	2ヶ月に1度町内の「ケアマネつどい」に介護保険事業所や行政の参加の会議があり情報交換を行なう。また、役場へ行った際は福祉課に顔を出して現況等の報告を行なう。認知症困難事例あると相談などもある。		
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	具体的な禁止項目については認識できている。現在身体拘束は行っていない。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待関連法については施設内で勉強会を行なったりする機会設けている。夜間帯スタッフ1人になることで目が届かない時間帯あるが日頃よりストレスが溜まらないように声かけ等を行ない防止に努めている。		

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	利用者に対して不利に判断している家族は現在いないと思われる。利用者の中には後見制度を利用している方はいる。スタッフ全体ではまだ勉強不足の部分である。		
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	契約の時点ではなく、事前に説明は済ませて当日に再度確認を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	利用者同士のちょっとした会話の中に意見等があった場合内容を確認するようにしている。家族には面会時に声をかけて要望を聞くようにはしている。外部評価結果を家族に毎回配布している。玄関に意見箱を設置し機会を増やすようにしている。運営推進会議では利用者は必ず参加してもらっている。		
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	毎月の定例会議で利用者の処遇や運営面でのこと話し合っている。議事については朝の申し送り時や個別で確認するようにしている。議事録を代表者に提出報告している。		
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	日々の勤務状況を管理者は総括し法人に報告している。個別でスタッフが法人幹部と心身面で面談する場面も必要に応じてセッティングし職場環境・条件の整備に努めている。		
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	毎年度各個人の目標をあげてもらい、それに対する具体的な計画やアドバイスをこなす。随時届く研修案内は個々のレベルに応じて振り分けるようにしている。OJTを意識しながらベテランスタッフが新しいスタッフを育成できるようにしている。		
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	研修を通じたネットワークで情報交換をしたり、スタッフの相互訪問もある。同法人のグループホーム他2施設とは行事での交流がある。互いに施設内サービス向上するように意識して情報交換して連携。		
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	生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにしている。センター方式の一部活用で生活歴の細かいところが把握でき信頼関係が築きやすくなった。		

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
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	キーパーソンを確認し、家族の思いを確認する。センター方式の一部活用でキーパーソン以外の方の話を聞く事も出来やすくなった。		
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	担当ケアマネと情報交換し入居申し込みから実際に入居まで待機があるため、その間の計画について本人・家族と一緒に相談に乗る。在宅生活の可能性についても検討し、アドバイスする。支援事業所が決まっていなかった場合や、介護認定ない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関等の紹介を行なっている。その後も必要であれば継続して相談にも乗る。		
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	生活の一場面でも昔の知恵を活用したり、過去の出来事を共有している利用者等スタッフが上手に関係を築けるように配慮したり、食事作りも共同で作業できるように能力を判断し分担している。家事の役割分担をして、個々に役割意識を持ってもらっている。		
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	毎月様子報告の手紙を送付し、面会時に各家族がどういった情報が欲しいかを確認し、本人と家族の絆が保たれるようにしている。利用者の様子を見て、家族だからできる支援についても話をしている。		
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	事前に家族と馴染みの関係や面会者についての注意等確認。面会に来る方に認知症理解してもらったり、本人外出時に以前の知人等に会うときも、必要なときは認知症について事前に説明行ったりし、交流の大切さ理解してもらおう。認知症ということで関係が途切れないように依頼している。		
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	互いに病気であることを必要に応じて判りやすく説明し、一緒に生活することで相互援助できるように配慮している。		
22		関係を断ち切らない取り組み 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	退居された場合でも、その後の家族の相談に乗ったり、本人への面会も行なう。在宅復帰した方は担当者から情報を確認する。		
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	計画作成時以外でも普段の生活のコミュニケーションの中で献立のことから生活全体のことまで何気ない場面も大切にしている。そういったことから本人の思いを把握している。		

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
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・ケアマネ・サービス事業所に経過・サービス利用の状況等を事前に確認し把握行っている。		
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	毎朝の申し送りで利用者の心身状態を把握している。日々変化があり必要な情報は小まめにその都度、スタッフ間で伝達している。		
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	計画が実行され有効か、定期的にモニタリングを行なう。その結果を本人・家族・スタッフに伝え現状に即した計画になるように心がけている。		
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	記録するスタッフは自分で共有したい情報を判断しそれについてしっかり記録してもらい、各スタッフ毎日の記録に目を通し情報共有している。気付いた点は意見を出し合い検討を行なう。計画作成スタッフともどういった視点で記録が欲しいか確認している。		
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	現状ではサービスの多機能化への取り組みは行なわれていない。利用者は日々訴えに変化ある。タイムリーに対応必要になるのでその都度ホーム内で柔軟に出来る支援で取り組む。		
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	なるべく外に出かける場面増やせるように、本人のなじみの店には小まめに出かけるようにしている。		
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・家族の了解の下、同法人病院の訪問診療を行なっている。急変起こる可能性や緊急時の対応についても説明。受診希望あれば随時受診援助を行なっている。すばやい対応連携で安心感を提供できている。		
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	利用者の状態変化あれば連携病院の看護師に報告し医師の判断をすばやく仰げるようにしている。往診や訪問看護で近くにいる場合は直接診に来る事もある。		

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
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。	入院時病院側に日常生活の情報提供をし利用者が入院による環境変化で混乱がおきにくいように配慮できるようにする。安定したら早めに退院できるように情報をもらい、退院後は経過を報告しフォローアップも対応している。		
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	医療の事前指定書でできるだけ家族・本人と確認したうえで、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。終末期については主治医から家族へ説明してもらう。スタッフにはグループホームでの機能を説明し出来ることできないことを明確にしている。		
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	急変時のマニュアルは作成してある。定期的な訓練を行っている。急変時には慣れたスタッフが対応しながら、別のスタッフに指導し実践も学んでもらっている。		
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	年に2回消防の立会いでの避難訓練を行っている。スタッフも随時交代で訓練に参加している。3日分の水・食料の備蓄があり。推進会議では災害時に互いに協力できるように話し合いをしている。		
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	スタッフ間の日常の会話は利用者・家族に失礼のないように心がけている。利用者の性質を踏まえプライド傷つけないようにスタッフ言葉かけを行なう。		
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	思いや希望をダイレクトに確認しても答えが出にくい方には、日常の好みなどをスタッフが把握しながら、その時々で本人が選択しやすいように配慮している。		
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	ホーム内の日課はあるが利用者一人一人のペースがあるので、無理に合わせるのではなく、声かけて誘導を行なう。また、そのときにスケジュールの希望が無いか確認している。		
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	起床時にモーニングケアを行なう。自分で鏡を見るように促し身だしなみを意識してもらう。散髪は近所の床屋へ個別にスタッフが随時対応している。新しい衣類等の購入は利用者とは出かけ選んでもらう。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の買物と一緒に出かけようとしている。利用者の希望で急に献立を変更する事もある。利用者同士で準備や片付けをする事も有る。昼食は同じテーブルにスタッフも入り一緒に食べる。		
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	全体的な栄養バランス取れた献立を作成。咀嚼能力によって食事形態を変え摂取出来るように配慮する。毎日水分摂取量も確認している。排泄状況や毎月の体重も確認している。		
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	朝食前にうがいを実施。歯磨きは毎食後行なう。認識力によって声かけによる支援や一部介助など行なう。義歯については週に1度洗浄液での洗浄も実施。		
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	排泄介助必要な方はパターンをチェックしそれを基に支援方法を定める。本人の意向も確認し自尊心傷つけないように行なう。		
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	利用者ごとに排便間隔確認する。食事や水分、体操等なるべく自然排便促している。どうしても出ないときは、処方されている下剤を使用する。服薬時本人に内服するか確認する。		
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	週3回は入浴できるように支援している。入浴好きでない方は声かけのタイミング等調整。入浴回数は意向を確認できるが時間帯については対応が困難なため聞き取り行っていない。		
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	消灯等は決めず各利用者の様子を見て声をかけ、眠りに誘導する。日中も自由に居室で休めるようにしている。日中居室で閉じこもりがちの方は、声かけしレクリエーション参加促したりする。		
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	利用者個人の内服一覧を確認する事で理解している。内服はスタッフが確実にできるように管理している。新しく処方された薬については申し送り等で伝達し情報共有している。状態変化あった時は医師と相談行なっている。		

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
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	利用者の残存能力を活かした楽しみや役割をしてもらう。家事・生け花・草取り・買物・創作活動など意向を聞きながら対応。その様子を写真に記録し本人や家族に見てもらう。		
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	買物に行く際は一緒に行く方のなじみの店に出かけるようにしている。季節の移り変わりを感じてもらえるように外へ散歩する機会はある。家族と外出する際は体調面で配慮する事あれば伝え不安の無いように支援している。		
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	家族と事前に話をし、自己管理できる方については、普段の買物できる程度のお金を持つ事はできる。		
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	電話は事前に家族と協議した上でどこまで掛けて良いか確認し、個別対応している。家族の承諾があれば電話は自由に使用してもらっている。		
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	利用者に環境面で不満が無いか話を聞き、それについて改善行なう。季節ごとの飾りをスタッフと一緒に飾る事で季節感の採り入れ行なう。		
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	食事の席は決まってはいるが時々配置を変えている。くつろぐ時間にみんなが一箇所に集い団欒を過ごす事もある。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室はプライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、持ち込みの対応や配置にも考慮している。		
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	利用者の身体能力を把握し残存能力を活用できるように配慮して支援する。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム砂川

作成日: 平成24年2月1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】					
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	2	地域の資源をあまり活用できていない。	地域の行事に積極的に参加していく。	地域の伝統芸能を見に出かけたりする。その際は認知症サポーターのボランティア活用をし、地域の資源と関係を徐々に築いていく。	6ヶ月
2	4	認知症についてのノウハウを地域に還元できていない。	認知症についての正しい知識を地域の方に知ってもらう。	認知症についての知識を認知症サポーター養成講座など包括支援センターと連携しながら、一般の方だけでなく、商店などの方にも知ってもらうようにしていく。	12ヶ月
3	49	外相をする機会が今まで無かった。	外食をきっかけに外出機会も増やす。	何を食べたいかで小グループに分けて、外食をする。毎日の生活に時々変化をもたせ閉塞しがちなホームの生活にメリハリをつける。	5ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月
6					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目の 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。