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	3597910011		
法人名	有限会社 盛和会		
事業所名	グループホームのぞみ苑		
所在地	山口県美祢市美東町大田3838-1		
自己評価作成日	平成22年10月26日	評価結果市町受理日	平成23年5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)】

・利用者が共同生活において、家庭的な環境のもとで入浴、排泄、食事等、日常生活上の掃除や食作り、畑仕事等の生活リハビリを行うことにより、利用者のその有する能力に応じ機能の回復又は低下の防止に努め、自立した日常生活を営むことができるよう援助することを目的とします。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成22年12月10日		

【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)】

三食とも事業所で食事づくりをしておられます。利用者の好みを聞いて献立を作成し、食材選び、調理、盛り付け、配膳、下膳、後方づけなど利用者の出来ることを一緒にしておられます。栄養バランスに配慮し、行事食や季節感のある食事の提供に心がけておられ、職員も同じものを一緒に食べながら会話を弾ませて、食事が楽しめるように支援しておられます。運営推進会議は2ヶ月に1回開催され参加者は熱心に意見交換しておられます。出された意見を全て記録し、職員で話し合い、サービス向上に活かされています。利用者一人ひとりの楽しみや、出来ることを活かすための場をたくさんつくり、いきがいが張り合い、喜びのある日々が過ごせるよう支援されています。

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
57	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	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	64	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	○ 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
58	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○ 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	65	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	○ 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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○ 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	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	○ 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
60	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	○ 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	職員は、活き活きと働けている	○ 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
61	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○ 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
62	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	○ 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	69	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
63	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	○ 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
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	運営理念は事務所内に掲示し、毎朝の申し送り前に全員で唱和し、日々の業務に当たっている。業務の中で迷いがあれば理念を振り返り、理念に基づいた支援ができているか確認している。	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所の理念をつくり、事務所内に掲示し、2ヶ月に1度のスタッフ会議で確認して共有し、日々の実践につなげている。	
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人として日常的に交流している	町内会に加入し、清掃活動に参加している。毎月のボランティアの訪問を受けたり、地域活動にもできる限り参加している。	自治会に加入し、清掃活動に利用者、職員が参加している。保育園の行事に参加したり、園児の来訪がある。地域行事には声かけがあり、参加可能のときは利用者が参加している。銭太鼓、紙芝居、大正琴などのボランティアが訪問し、利用者と交流している。野菜や鮮魚の差し入れがあったり、地域に事業所だよりを配布して、地域との関係が深まるよう取り組んでいる。	
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	のぞみ苑だよりを家族に送付し、また利用者と共に地域に配布している。またボランティアや外部の来苑者があったときにも説明し理解してもらうようにしている。		
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	外部機能評価により運営や日々の支援を再度見直し、評価後はその結果を全職員に伝えお互いに共有し具体的な改善に取り組んでいる。	評価の意義を理解し、全職員で自己評価に取り組んでいる。評価結果を全職員で話し合い、外出支援など具体的な改善に取り組んでいる。	
5	(4)	○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	利用者の生活状況などを報告し、参加者からの意見や要望を聞き、議事録を作成。それを家族、行政に配布し、職員には回覧し内容を伝え、より良い支援ができるように努めている。	2ヶ月に1回開催し、利用者の状況報告、事業所の現状報告などをし、参加者は熱心に意見交換をしている。避難場所の確認についてやリハビリをして欲しいなど、出された意見をサービスの向上に活かしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町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	常日頃から運営上迷ったり、悩んだりした問題点については、相談し、助言してもらい、報告している。担当者の方も、国や県や市などの行政の連絡文書等持参していただき、説明も受けている。	市の担当課や地域包括支援センターとは連絡を取り合い、相談や情報交換などをしてサービスの質の向上に向けて協力関係を築くよう努めている。	

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
7	(6)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	居室の入り口には鍵がなく、日中は玄関の鍵はかけず見守りを行っている。身体拘束マニュアルを作成して、常に確認できるように事務所に配置している。やむを得ない場合には、委員会を設置し、日々検討している。	マニュアルがあり、職員は常に確認して理解し、抑制や拘束のないケアに取り組んでいる。鍵をかけない暮らしの大切さについて認識しており、日中は玄関には施錠していない。	
8		○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	外部の研修に参加したり、苑内学習をしている。又、日々の介護の中でも、管理者が虐待の恐れがないかを確認し、又職員間での情報交換、意見交換をしている。		
9		○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	地域社協と情報交換し、連携をとりながら、必要とする利用者、家族など関係者と話し合いの機会をもち、制度利用のための支援を行っている。過去に3名利用がある。		
10		○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	契約解約に際しては、入居者や家族に対し、十分な時間をつくり、ゆったりとした雰囲気の中で丁寧な説明を行うと共に、家族・利用者の気持ちをしっかりと聴いて、お互いが納得できる姿勢で取り組んでいる。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	家族の面会時には必ず管理者又は職員が、利用者や家族の不安や悩み、苦情がないかの声かけをしている。場合によっては家族カンファレンスにつなげている。また玄関に意見相談箱を設置し、「重要事項説明書」や掲示板には、意見相談対応窓口及び担当者が明記されている。	面会時、電話、運営推進会議時、カンファレンス時などに、家族の意見、要望、苦情等を聞いて運営に反映させている。相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知している。意見・相談箱の設置をしている。	
12	(8)	○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	定期的に個人面談をすると共に、2ヶ月に一度のスタッフ会議の中の「なんでも話そう」で、いろんな介護の不安や悩みなどを話し合っている。	2ヶ月に1回のスタッフ会議の中で意見を聞いたり、施設長や事務長が個人面談をし、代表に伝えて、運営に反映させている。	

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
13		○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	有給休暇や勤務希望はなるべく取り入れ柔軟な対応をしている。職員は必ず休憩室で1時間の休憩をしてもらっている。介護職員処遇改善特例交付金を活用し処遇改善に努めている。		
14	(9)	○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	認知症に対する知識、接遇面、医療面、介護面での研修を外部、苑内で随時行っている。又外部の新人研修、中堅職員研修、管理者研修等なるべく多くの職員に参加してもらい、スタッフ会議で復命し、全員で共有している。	職員全員が個人で研修資料ファイルを持ち、共有している。研修計画があり、段階に応じて参加できるように支援している。外部研修も勤務の一環として参加の機会を提供している。2ヶ月に1回のスタッフ会議では復命報告を行い共有している。	
15		○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	グループホーム連絡会に加入し、研修をしたり、相互訪問をしたり、交流を深め、情報交換を行って、介護の質の向上に努めている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	入居前に施設に見学に来ていただいたり、自宅訪問をすることにより生活環境を把握し、できる限り希望に沿った生活をしてもらえるようにしている。		
17		○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	施設に来ていただいたり、自宅訪問をする機会をつくり、現状における問題点や利用に向けての不安、要望を聴く。いつでも個別に面談できる体制を取り、それに応じて施設としてどのような対応をしていくべきかも十分に話し合うようにしている。		
18		○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	入居直前の詳しい情報を、家族や関係機関と連携をとりながら入手し、検討し、どんなサービスが必要なのかを見極め、情報提供、サービス提供に努めている。		

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
19		○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	利用者のできる力を活かし料理や畑仕事の指導をしていただいたり、一緒に買い物、散歩、野菜の収穫を行うなど、様々な事を利用者と一緒に行い、喜怒哀楽を共有し、家族の一員として生活を共にしている。		
20		○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	連絡を密にし、利用者の生活状況をきめ細かく伝えている。又お互いの思いにズレが生じないように、カンファレンスを重ねている。		
21	(10)	○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	利用者が外出、外泊をして馴染みの家や場所に帰ることができる様、家族に協力していただいたり、職員がドライブなどで、利用者の馴染み深い場所や、友達の家、所属寺、自宅などへ寄ったりしている。	住んでいた家の管理を隣人に頼んだり、友人宅を訪問したり、自宅までドライブしたり、馴染みの美容院の利用、友人の訪問など関係が途切れないよう支援に努めている。ふるさと(他県)の写真を撮って居室に貼り、利用者がいつでも眺められるようにしている。	
22		○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	自然な形で、利用者同士が会話をしたり、助けあえるように、共同作業の分担や、散歩、畑仕事、ドライブなど、職員が介入しながら、一人ひとりが孤立することなく過ごしてもらう努力をしている。		
23		○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	退去した利用者の近況を、関係方面に尋ねたり、面会に行ったりして、関係を断ち切らない努力をしている。		
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					
24	(11)	○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	利用者本人や家族から希望や意向を聞き、本人本位の生活様式を尊重している。意思表示ができない方は、出きるだけ関わりを深め、本人本位の生活ができる様に支援している。	センター方式のシートを活用して、利用者の思いや意向の把握に努めている。困難な場合は家族から聞いたり、日常の関わりを深め、職員で話し合い支援している。	

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
25		○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	入居前には家庭訪問を実施し、本人・家族からの聞き取り、その他関係者からの情報を得る。又家族に協力を得て、センター方式を利用し、生活歴の把握に努めている。		
26		○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	毎日の生活状況を共通メモやフローシートに記入し、誰もが確認できるようにしている。日勤から夜勤の交代時には、その日の動きをしっかりと伝え、記録に残している。		
27	(12)	○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	介護計画作成にあたっては、本人や家族の希望、意向を踏まえた上で、管理者、担当職員が集まって、様々な方向から意見を出し合い、介護計画を作成している。	1ヶ月に1回～3回ケアカンファレンスを開催し、把握している利用者の思いや家族の意向、往診や受診時に聞いた医師の意見などを参考にして職員が話し合い、出された意見を反映して介護計画を作成している。	
28		○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	個別の記録を毎日記入し、特に重要な箇所については、ケースカンファレンスで検討し、ケアプランに活かしている。		
29		○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	柔軟な対応をこころがけている。(受診援助・外食・リハビリ・選挙・本人に限らず家族等の見舞いの継続・一時的な帰宅・墓参り・寺参りなど)		
30		○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	保育園児の来訪、ボランティアの方にも定期的に来てもらっている。大正琴の個人レッスンを受けている。		

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
31	(13)	○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	入居に際し、本人・家族の納得されるかかりつけ医を決めてもらい、希望する医療機関に受診できる様に支援している。受診前に家族とカンファレンスを必ず行い、必要に応じて職員が付き添うこともある。また介護記録をFAXしたり、電話で報告する等、利用者が安心して治療を受けられるよう支援している。	本人、家族の希望する医療機関をかかりつけ医としている。協力医療機関から必要時や毎週1回の往診がある。かかりつけ医への定期的な受診の支援など適切な医療が受けられるように取り組んでいる。	
32		○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	2名の常勤看護師、1名の非常勤看護師、9名の夜間専門看護師が勤務し、気軽に相談しながら、利用者の健康管理面等の支援をしている。また必要時には他の病院の複数の看護師とその都度相談できる様に、常に連携をとっている。		
33		○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。	入院中はお見舞いに行き、病院関係者や家族に状況経過を確認している。又病院の地域連携室や看護師と連携をとり、退院までの計画等を、時には医師も同席してもらいカンファレンスしている。		
34	(14)	○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	できるだけ早い段階から本人・家族の要望を聴き、状態に応じてその都度カンファレンスを行い、本人や家族の希望に添えるようにしている。かかりつけ医の指示の元に、職員として何ができるかを見極め、明確に理解した上で最大限の力をつくし、家族の方に賛同、満足、納得していただける様支援する。	重度化や終末期に向けた方針を契約時に家族に説明している。実際に重度化した場合は、本人、家族、医師、関係者と話し合い、共有して支援に取り組んでいる。	

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
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	それぞれマニュアルを作成している。看護師による勉強会を行い、実技指導も行っている。事故急変時には直ちに管理者へ連絡し、主治医に連絡して指示を仰いでいる。	インシデント・アクシデント報告書に記録し、スタッフ会議で対応策を検討して、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。事故発生時に備えたマニュアルがあり、看護師によるテーマを決めての勉強会や職員個々への実践指導もしている。救急救命法を2名の職員が受講している。	
36	(16)	○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	防火管理については、3名の防火管理者をおき、消防署の指導のもと年2回の消防避難訓練を日勤帯想定と夜勤帯想定で行っている。その際には消防署、地域の消防団、区長、民生委員、社協、利用者の家族にも参加してもらい、意見交換をし、協力体制を整えている。	消防署の協力で年2回消防避難訓練を実施している。訓練に地域の人も参加するなど協力体制を築いている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○一人ひとりの人格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	利用者の言葉を否定せず受け入れ、利用者目線に合わせて言葉かけするように努めている。プライバシーに配慮しながら介護し、本人を傷つけないように言葉遣いなどに気をつけている。	利用者を人生の先輩として尊重し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応をしないことを徹底している。タオルで作ったマントを使用して入浴時のプライバシーに配慮している。	
38		○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	1対1でじっくり利用者の話を聴く。その時に少しでも自己決定できるような言葉の声かけをしている。表現が難しい利用者については、その利用者の立場に置き換えて支援している。		
39		○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	家庭的な雰囲気大切に、一人ひとりのペース(起床時間・食事時間・入浴時間・散歩など)に配慮しながら、その日の過ごし方は状況に応じて対応している。		
40		○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	利用者の希望を聞き、その意見を取り入れるようにしている。行きつけの店に行ってもらったりしている。困難な方も、常におしゃれでもらえるよう清潔感を保持し、その方にあった身だしなみをしてもらっている。		

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
41	(18)	○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	利用者には好みを確認している。利用者と職員は食事の準備を一緒に行い、同じ食卓で和やかに食べている。できる方には配膳、下膳、茶碗洗いを一緒にしてもらっている。また、献立作成や誕生日には、利用者の意見を聞いている。	三食共事業所で食事づくりをしている。食材選び、献立、調理、盛りつけ、配膳、下膳、茶碗洗いなど、利用者の出来ることは一緒にしている。誕生日には利用者の好みを聞き、行事食、季節感のある食事、外食など食事が楽しめるよう支援している。	
42		○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	毎食の食事量、1日の水分量をカウントし、利用者の状態に合わせて、とろみ食、粥、パン、キザミ食、ミキサー食にし、個別に対応している。		
43		○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	毎食後職員が一人ひとりに声かけをし、歯磨き、義歯洗浄、うがいの援助をしている。困難な方には職員がスポンジブラシを使用したり、歯磨きティッシュも使用している。又歯科医師、衛生士に訪問診察、指導をしてもらっている。義歯の保管支援をしている。		
44	(19)	○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向けた支援を行っている	それぞれ利用者の排泄の仕方を把握し、誘導が必要な利用者についてはこまめに行い、不快感を与えないようにしている。オムツ使用の利用者は約2時間～3時間おきに確認している。	排泄チェックシートを活用して、一人ひとりの排泄のパターンを把握し、さりげない声かけや誘導でトイレでの排泄の支援をしている。	
45		○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	排便状況はカルテで管理し、便秘予防のため水分補充や、乳製品等の摂取し、また食前体操で体を動かしてもらったり、散歩をしている。腹部状態の確認を行ない、時には腹部マッサージを指導している。		

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
46	(20)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	毎日の入浴を基本とし、入浴時間は自己決定してもらっている。準備から入浴後のケアをマンツーマンで対応している。	入浴は毎日10時から16時まで可能であり、利用者は「あなたの時間です」と書かれた30分毎のパターンが書かれたボードに、自分の名前を希望する時間に貼って入浴している。利用者はゆっくり入浴を楽しんでいる。	
47		○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	日中外で畑仕事や草取り、時に散歩など軽く体を動かしてもらい、夜よく眠れるよう援助する。空調機や電気の調整を行っている。		
48		○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	一人ひとりの服薬BOXで管理し、医師の指示で服薬支援をしている。毎月1回薬剤師が来苑し、利用者の服薬の情報交換を行っている。看護師の管理のもと、全利用者の「薬一覧表」を事務所に置いて、職員がいつでも確認できる様になっている。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	家事はもちろん、生け花や、楽器演奏、合唱、習字、読書、買い物、移動販売(パン・ヤクルト)の利用などできる力を活かして、生活の中に取り入れ楽しんでもらっている。	活け花、大正琴、ピアノ演奏、エレクトーン演奏、新聞や本を読んだり、花の水やり、畑の草取り、畑の土づくり、野菜づくり、野菜や果実の収穫、散歩、買い物、食事の準備、後片づけ、洗濯物たたみなど楽しみごとや活躍できる場面をつくり、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように支援している	
50	(22)	○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	希望に応じて、買い物・図書館・道の駅・足湯・見舞い・寺参り・散歩をしたり、ドライブ(時には家族と共に)又天気の良い日は中庭でのお茶をしたり、日光浴などを行い、屋外に出るよう支援している。	散歩、買い物、ドライブ、外食など戸外に出かけられ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
51		○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	買い物時、自分で支払えるよう配慮している。家族と連携し、紛失やトラブルを避けるよう理解を求めている。		
52		○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	リビングに電話を設置し、職員の見守りのもと自由に利用できる様になっている。手紙のやり取りも希望に応じて、自由に行えるよう支援している。		
53	(23)	○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	季節に合わせた壁飾りや生け花を飾っている。(リビング・廊下・居室) 照明は天候や時間帯によって使い分け、常に居心地よい明るさの中で過ごしていただけるよう工夫している。BGMに音楽を流している。	天窓や窓から自然の光を取り入れて、あたたかみのある明かりになるよう季節や天候、時間帯に合わせて工夫している。リビングや廊下、居室に季節の花を生け、壁飾りも季節感のある物を飾っている。畳の間やソファ、椅子があり、利用者が思い思いにそれぞれの居場所で居心地よく過ごせるように支援している。	
54		○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	ソファや椅子を所々に設置し、利用者が好きなところを選び過ごせる居場所作りをしている。冬にはこたつを出し、みんなで囲み談笑したり、横になったり、昼寝をしたりくつろげるようにしている。		
55	(24)	○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	自宅で使っていた馴染みのたんすや仏壇を持ってきてもらったり、家族の写真を飾ったりしている。利用者の状態に合わせて、本人と相談しながら家具の配置等にも配慮している。	テレビ、机、椅子、タンス、ベッド、仏壇、洋服かけなど使い慣れた家具や生活用品等を持ち込み、家族の写真、自分の作品、花を飾って自分の部屋づくりをし、穏やかに過ごせるように工夫している。	
56		○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」や「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、廊下、浴室などに手すりを設置し、歩行に不安がある方でも、できるだけ自力で移動できる様にしている。床はフローリングで段差がなく、車椅子の方でも安全に移動できる様にしている。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームのぞみ苑

作成日：平成 23年 5月 26日

【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	39	一日の利用者の生活時間が職員本位になりがちである。	職員側の都合を優先したり、職員のペースで動かない。	・10時と3時のおやつの中には職員も同じテーブルにつきゆったりとした時間を過ごす。(利用者と共に一息つく)	1ヶ月
2	50	一部の利用者への外出や散歩はできているが、全員の方にできていない。	全員の利用者が日常的に外出や、散歩ができるようにする。	・利用者と共に積極的に買い物(食材・日用品等)へ行き、品物を購入してもらったり、支払をしてもらう。 ・車椅子の方でも天気の良い日には外の空気を吸ってもらうようにする。	3ヶ月
3	49	職員が利用者に対して先走って手をだしてしまう。	利用者をお客様扱いせず、家での生活が継続できるように支援する。	・食事の配膳・下膳、食器洗いをしてもらう。 ・おやつ時間に好みにあった飲み物をいれてもらう。 ・趣味や畑仕事を積極的にしてもらう。	6ヶ月
4	27	介護計画とモニタリングを全職員でおこない、周知する。	プランに添った共有したケアを行うことにより、継続的、統一的ケアを行う。	・月1回のモニタリングを担当者と計画作成者2名で行う。 ・プランに添った記録を行う。(個人記録)	1年
5	15	職員間での同業者(他グループホーム)との交流が不十分である。	他のグループホームと職員間での交流を図り情報交換し、質の向上を図る。	・なるべく多くの職員がグループホーム連絡会に参加する。 ・他のグループホームの取り組みを知る。 ・他のグループホームで交換実習を行う。	1年

注1)項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2)項目数が足りない場合は、行を追加すること。