

## 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	2370301570		
法人名	旭日産業株式会社		
事業所名	グループホームあさひ名北 1Fフロア		
所在地	愛知県名古屋市中区安井町1丁目26-14		
自己評価作成日	平成24年12月29日	評価結果市町村受理日	平成25年6月5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	特定非営利活動法人なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成25年1月18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)】

終末期(看取りケア)の実施、24年1月~12月までの間に7名の方を看取らせて頂きました。ご家族様とのコミュニケーションを密にし情報を共有しています。チームケアを目指しスタッフ間の情報共有とカンファレンスを常に行なっている。

### 【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)】

センター方式により個々の生活習慣や性格の把握に努め、支援を行っている。見学者や地域行事にホームを開放し、地域との交流にも積極的である。又、敬老会では毎年恒例となっている演奏会を開催し、プロの演奏者や地域住民の演奏者の参加がある。施設の夏祭りには、やぐらを組み、地域の子供たちや、住民、利用者、家族などと一緒にゲーム、風船釣りなど楽しみ、スタッフも余興、盆踊りなど、工夫し、全体で楽しんでいる。町内会の回覧に、施設のイベントなど乗せてもらう、地域の役員の投票所として提供するなど密接な交流がある。いきいき支援センターなどとも、推進会議の案内や、議事録の手渡しなどし、コミュニケーションを深くするなどの努力があり、全体に、地域、行政、家族、利用者との調和のとれた関係作りに向けた運営がある。利用者も安心でき、暖かく暮らしている様子があり、今後とも、充実した支援が期待できる施設と言える。

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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ます (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、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)	○	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
<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	「明るく、楽しく、感動的」を理念と見える場所に張り出し、常に目にできるように努めている。各職員が一人一人の利用者理念に添って実践に繋げる工夫をしている。会議・連絡ノートなどで理念を共有できるようにしている。	事務所内・玄関・トイレに理念を掲示し、日常的に目にする事で日頃より理念を職員間で共有している。また、入居者との関わりやケアの中から、感動できる出来事や入居者の言葉をそのまま介護記録に記し、申し送り時に職員間で感動を共有している他、入居者家族が面会に来た際には家族にも伝えられるなど理念の実践に努めている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	日々の散歩での挨拶から始まり、自治会を通して地域の人々との交流がある。夏祭りなどのイベントに地域の方を招き繋がり強化に努めている。また地域で行われる行事にお誘いを受け、交流している。	町内会に加入し、町内清掃にも参加している。秋祭りではホーム内で地域児童が獅子舞をする等の交流もある。ホームの夏祭りでは回覧板やポスター等で地域住民に参加を呼びかけ、ホーム駐車場でやぐらを組み、屋台・ゲーム等の催をする等、地域との交流に積極的である。近隣住民所有の畑でのミカン狩り、作物の差し入れなどある。	
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	ホームにて医師による認知症勉強会を開催し、多くの地域の方に参加していただけた。運営推進会議には自治会長・ご家族・ドクターなどが参加し理解を深めている。		
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	偶数月に運営推進会議を行っている。地域の方やご家族などに報告や意見を頂き、職員の全体会議にてホーム長が内容を元に話し合っている	運営推進会議では様々な意見交換がされている。年2回の旅行先の提案があり、それをまた全体会議で職員間で話し合い決定している。又、ホームの夏祭りでは家族参加が多数あり、家族とホームとの関係が良好であるとの意見も出ている。	
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	自治会・民生委員、地域包括支援センターの方が運営推進会議に参加していただき現状を報告し連携できるように取り組んでいる。また地域での清掃や祭事には職員・利用者含めて参加している	市役所の介護保険課とは日頃より、ホームの日常の困りごとの相談や等を行い、連携を図っている。また行政主催で行われる認知症サポーター講座や様々な研修に参加している。いきいき支援センターの担当者とは運営推進会議で運営・ホームの行事・勉強会等、ホームの日頃の取り組みについて意見交換が出来ている。	
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	玄関の施錠は行っていないがフロアの入り口はエスケープの危険がある為、やむを得ず施錠をする場合がある。何が身体拘束に当たるのかを職員に周知し取り組んでいる。	拘束については、マニュアルを基に職員に何が身体拘束にあたるのかを周知及び認識するよう努めている。フロアの入り口には、転倒やエスケープ防止の為にやむを得ず施錠を行っているが、回避に向けて全体会議や随時話し合い検討中である。	直接的な拘束に限らず、広く考え、拘束を最小限とする支援の実現に期待したい。
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	職員同士で注意し、どのような事が虐待になるのかを掲示し防止に努めている。また入浴担当は全身をチェックし関連性があるようなキズアザがあれば早急に報告するようにしている。		

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	一部の職員が研修に参加している。 他の職員は各々が日々起きる案件の中で学んでいる。		
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	家族の来設時に不安や疑問に対してできるだけ声をかけ、近況についても電話などで説明がなされている。また共有スペースの契約書が掲示されいつでも確認できるようになっている。		
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	家族と職員との信頼関係を築き話しやすい環境を作っている。家族の意見は会議やカンファレンスで検討している。また直接話しにくい事項に対応するため意見箱を設置。	家族からは面会時に意見を聞き取るようにし、なかなか面会に来られない家族には、電話連絡をし、意見・要望等を聞き取るように努めている。マッサージを利用したいという意見があれば、医師と連携をとり訪問マッサージを利用する等、出来る限り利用者・家族の意見・要望を汲み取り運営に反映するよう努めている。「めいほくたより」に最近の様子、連絡を記入し、家族と情報共有している。	
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	月一回、ホームで全体会議を行いスタッフ一人ひとりが意見や提案・問題点が話し合われる。利用者の個別の案件はカンファレンスで取り上げ話しあっている。また出席できない職員は連絡ノートを活用し発言をしている。	日々、ホーム長・リーダーが職員からの意見を汲み取り、全体会議の前に話し合われる内容の項目決めとしてリーダー会議を行い、ゴミ出しの時間変更やシフトの件等、職員からの様々な意見を取り入れ運営に反映する仕組みがある。	
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	代表者と話す機会は慰労会や忘年会に限られるが所属長(部長)と折衝を行なっています。処遇改善加算や設備など環境整備への意見を取り入れています。今後職員の人事考課に取り組んでいく予定になっています。		
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	医師による勉強会の開催や外部での研修に参加し費用も負担してくれています。また資格取得のためにシフトを優先するなどを行なっています。		
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	職員それぞれの活動に任されており、研修で交流しその後個別にネットワークを作っている職員もいます。		

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	
<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	入所前に利用者の情報を職員が共有し、入所後は日常の発言や気付きをカルテに記入しカンファレンスを行い、利用者の気持ちを軽くする為に不安や要望に傾聴しケアの質の向上に繋げている。			
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	家族が安心できるように希望を聞き、ご家族へ正確な情報を伝えることで話しやすい環境を提供し関係を構築している。			
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	何を一番求めているのかを話し合いから見出し、その時点で穏やかに過ごされるための最良の対応をカンファレンスしている。モニタリングを通して職員同士でカンファを行う。			
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	利用者の出来ることを見極め、職員と利用者が互いに協力して家事を行ったり、普段より職員は利用者を人生の先輩として敬いながらコミュニケーションやレクリエーションをたのしみ関係を築いている。			
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	家族の話しやすい雰囲気作りや利用者様の希望や近況など多くの情報を伝えることを心がけている。面会時はできるだけご本人とゆっくり過ごして頂き、本人の状況を見ていただいて職員と話し合っている。			
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	利用者には遠方の方が多く、近くに馴染みの店が少ない。年賀状などのこれまでの関係を続ける支援をしている。行事にはご家族・知人が参加できるようにしています。	馴染みの場所や人については入居の際の聞き取りの他日々の会話の中から情報収集をし、家族・友人の来訪があれば居室でゆっくり話しが出来るよう支援している。また、遠方からの面会者には希望により入居者の部屋に布団を敷き宿泊も出来るよう支援している。なじみの美容室など、家族と同行し、食事を楽しむなどしている。		
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関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者一人ひとりのペースを尊重しながら職員は孤立しないように声掛けをするなど共有スペースに集まり、レクを楽しんでいます。利用者同士で声を掛け合い会話を楽しむこともあり、人間関係を把握しトラブルのないように支援している。			

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	看取りを行なっているので契約終了後もご家族のフォローを行なっているが、関係が続くことがなかなかできていません。	
<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	本人の経歴や会話の中からニーズを引き出し、レクやアクティビティなど本人の興味のあることに参加していただいています。また必要に応じて個別ケアを行なっています。居室で読書をしたり、TVを観たり本人のペースを尊重している。	入居の際のアセスメント時に家族・本人から思いや意向を聞きとるようにし、塗り絵・ゲーム等、好きな事・得意な事をケアの中で活かせる様支援している。難聴者には、トイレでのやり取りの際に困らないよう文字プレートを使ったコミュニケーションツールを設置している。
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	管理者及びリーダーが入所前に面談し情報を収集しフェイスシートやサマリーなどを職員に伝え、本人・ご家族からこれまでの生活や習慣などを把握。また日々の会話より昔のことを聞き出し参考に個々のニーズを考えて支援している。	
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	カルテに一日の状態(バイタル・行動・発言)をすべて記入いつでも閲覧できる。また申し送りや連絡ノートを活用して職員が情報を共有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	居室担当を決めて日々の生活の様子を短期と長期のモニタリングし、ケアプランではご家族と話し合い希望を聞き出して見直しや立案に反映させている。	原則3ヶ月に一度、モニタリングをし、計画作成者・居室担当者・当日勤務者でカンファレンスを行い、事前に聞き取った本人・家族の希望を取り入れ介護計画の作成をしている。又、入居者の日々の様子を記録している看介日誌にケアプランの目標が記載され、日常的に職員が目標に沿ったケアが出来るような意識付けにもなっている。
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	日々の変化を看介護日誌に記入し気づいたことはカンファレンスで素早い対応を心がけている。詳細は日々の申し送りで職員が情報共有し必要なケアを実践するようにしている。利用者のマイナス面ばかりの対策になっている	
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	通院・リハビリの付き添い・マッサージ・外出支援など一人ひとりの体調に合わせ、可能な限り本人・ご家族の求めるサービス提供を行なっています。	

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
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	地域の訪問理美容・訪問歯科・喫茶店の利用や自治会の掃除・町内行事への参加など地域に参加することを楽しむ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	利用者は隔週一回、かかりつけ医の往診を受けている。必要に応じて他病院を紹介して頂き情報提供書を書いていただいている。急変時には電話・往診と24時間対応していただいている。	協力医は月2回・歯科は月1回の往診がある。他科への受診は家族同行で、処方箋などの記載のある情報提供書(サマリー)の持参で受診している。家族同行が困難な場合は職員が対応し、受診後は家族へ電話連絡・連絡ノートへの記入をし情報の共有を行っている。	
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	職員と管理者、医師が連携を取り、身体観察やバイタルチェックなどで変化が見られれば相談し必要に応じ医師への連絡し対応しています。現状、施設内に看護職がおらず直接医師に連絡しています。		
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。	かかりつけ医師が入院先を手配し、入院時にはサマリー又はカルテ・情報提供書を持参し説明を行っている。又管理者が定期的に入院中の様子を観て、家族のサポートを行い帰院後のケアについて病院関係者や医師・家族と連絡を取り合っている。		
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	早期にご家族と医師・管理者が話し合い説明を行なっています。利用者様の体調に合わせてどのようにケアに取り組んでいくのか、ご家族と医師・管理者で意思確認と相談しサービス提供を行なっている。	入居時に重度化した場合や看取りの方針について話し合われる。その後実際に終末期になった場合、その都度、医師と連携をとりながら、何度も家族と職員と話し合いが行われ、希望に沿った支援ができるよう努めている。看取りの実績もあり、職員も対応ができています。	
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	全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を行ない、急変時に対応できるようにしています。また外部研修会等に参加し対応できるよう臨んでいます。		
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	自治会の協力の下、消防署員に参加して頂き火災や災害など状況を変え避難訓練を実施している。またマニュアル化を行い非常食の備蓄や緊急連絡網の作成、緊急時に備えています	消防署にどんな訓練が必要なのかを相談しつつ、火災想定・地震想定で訓練を行っている。通報訓練・消火訓練・スプリンクラーの点検を行っている。避難訓練は屋外まで、地域の避難場所までの避難経路は確認済みである。又、水・カンパン・缶詰など3日分の備蓄がある。自治会長との連携、町内会連絡網もある。	

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
<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	利用者の状況や性格を職員が把握し対応し、利用者様それぞれにあった声掛けを行い排泄介助や入浴介助時には特に配慮し声掛けを行なっている。職員が慣れ合いにならないように注意している。	排泄の誘導時には、他の入居者の分からないよう耳元で小声で言葉掛けをするようにしている。名前の呼びかけ方は本人の希望する呼び方をしているがそこから馴れ合いにならないように不適切な言葉掛けがあれば、その都度注意するようにしている。	
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	一人ひとりの発言や行動を観察し、希望に答えている。また自己決定出来る機会を増やす状況作りに努力している。強制はせず問いかけを行い、本人の感情を尊重している。また自己にて決定できる方には意見を聞き決定しています。		
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	フロアで過ごしたい方はフロアで、居室で休みたい方は居室で過ごされます。職員がレクなどに誘い拒否があれば無理強いせず、出来る限り柔軟に対応している		
39		○身だしなみやおしやれの支援 その人らしい身だしなみやおしやれができるように支援している	化粧したい方は自由に行き、入浴時には自己で季節に合わせた服の選ぶ利用者もいる。2ヶ月に一度訪問理美容もあり入浴後の整髪は利用者と相談しながら支援。またや汚れている時は更衣していただくようにしている。		
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	毎回の食事の作成・盛り付け・食器拭きなどできることに参加して頂き職員と協力して行なっている。また食べたものを利用者様に聞きメニューに反映するなどしている。	入居者の希望を取り入れながら、一週間単位で、職員が持ち回りで献立作りを行っている。調理は専門の職員が週3・4回行い、月に1回の行事食があり、誕生日には手作りケーキを用意している。又、寿司の出前をとるなどの食事を楽しむ支援を行っている。本人のペースでの食事時間とし、長い人は1時間程度を目安としている。クリスマス、忘年会などにはアルコールの提供もある。	
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	食事量・水分量はカルテに記入し管理している。 ミキサー食・刻み食など個々の状態に合わせて提供している。食事の摂取量の少ない方の状態を観察しカンファレンスで意見を出し合いケアに取り入れています。		
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	自己にて行う方・介助が必要な方それぞれに合わせて支援している。拒否される方には職員を変えるなどして拒否の無いように介助しています。		

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
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	日々のカルテに排泄を記録し排泄パターンを把握し、本人のプライドを傷つけないように誘導を行なっている。失禁が続いても安易におむつの使用せずトイレ誘導するなどして介助しています。できる限りトイレにて排泄して頂いています。	排泄チェックリストを利用し、個々に合わせた誘導を行っている。夜間は覚醒誘導は行わず、見守りや個々の状態に合わせた誘導を行っている。又、排便が3日ない場合や、失禁が続いている事があれば、その都度スタッフ間で話し合い、ケアの工夫をするように努めている。夜間はオムツ使用でも昼間はリハビリにし、トイレへの誘導を行うなど自立に向けた支援にも積極的である。	
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	朝食前に牛乳を提供したり、ヨーグルトを食事メニューに加えるなど飲食物の工夫を行なっている。また日々体操や散歩などの運動による働きかけも行なっている。便秘がちな利用者様には排便確認を行い、職員が意識するようにしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は基本的には決めてはいるが本人の意思を第一に優先している。時間帯は湯冷めや睡眠に影響のない時間帯を選んでいます。	入浴はユニット毎に行い、エアコンで浴室と脱衣所の温度差がないように配慮している。入浴の拒否がある入居者には無理強いをせず、足浴・手浴で対応したり声掛けに工夫を行い入浴への支援を行っている。	
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	入床時間は利用者の状況や習慣に従っている。安眠のために居室内の温度管理や寝具に注意を払い、前夜に睡眠時間が短い方は休息を取っていただくなど配慮している。また日中の休息は利用者様のペースで休まれています。		
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	管理者やリーダーが処方について職員に連絡し薬の情報を伝えている。用法用量もすべてファイルしいつでも確認できるようになっている。服薬も完全に飲み込むまで見守り、症状の変化もカルテに記入し医師へ伝えている。		
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	利用者一人ひとりのADLに合わせて食器拭きや掃除など役割を持っていただいている。レクや散歩、歌や行事の飾り付けなどを楽しんで取り組んで頂けるように支援している。		
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	散歩・外食・日帰り旅行や一泊旅行などに出かけている。普段行けない場所は希望を聞き、ご家族と相談して協力している。また先日大型車が納車されたので今後外出する機会が増えると思います。		

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
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	管理のできる利用者は自分で管理しているが、ほとんどの利用者は施設にて管理している。 本人の希望があればご家族や職員と買い物に行くがあまり機会がない。		
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	利用者様の希望に合わせています。しかし利用者さまは自由に電話できるが番号を覚えることに苦労されている。年賀状などの手紙を送る支援も行なっています。		
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	共有スペースに季節の花や利用者が作成に参加したカレンダーを毎月張り出し季節を忘れないようにしている。トイレが不衛生になりがちなので特に注意している。気温・湿度を管理している、また廊下の照明を落とし過敏にならないよう配慮している。	壁面に手作りカレンダー、行事写真の掲示があり、廊下壁面のホワイトボードには今日の献立・入浴予定が書かれており、入居者が把握できるような工夫がある。又、加湿器が設置してあるリビングは日当たりも良く、二人掛けのソファが置いてあり、それぞれ好きな場所で好きな事をして過ごせるよう配慮している。	
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	フロアにソファを置くなどして気の合う利用者同士が談笑されたりしている。また独りになりたい方は席を移動するなどして自分のペースで過ごせるように努めています		
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	利用者が今まで使っていた家具やたたみなど本人が居心地よく過ごせるよう対応している。ご家族と相談し馴染みのある空間作りに努め、工夫している。	居室の入り口には花と本人の写真を飾り、居室確認の手がかりの工夫を行っている。寝具・家具などの持ち込みは好みの物を持ち込むことが出来る。読書が趣味の入居者には職員が定期的に本の入れ替えの支援を行っている。又、3週間に1回の布団干し、1週間に1回のシーツ交換を行っている。	
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	居室の扉に顔写真入のプレートを作成、看板を作りトイレも迷わずいける工夫をしている。また安全に配慮し廊下に不要なものは置かないようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームあさひ名北

## 目標達成計画

作成日: 平成 25 年 5 月 22 日

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		気分転換や外出レクの機会が少ない。外出出来る様な人員配置、そのための人員確保	外出レクの充実	少人数での外出計画をたて、外出する人が偏ることなく、気分転換をして頂き、楽しんで頂く。	6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。