

### 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	2371501111		
法人名	株式会社 ひかり倶楽部		
事業所名	グループホーム うたたね		
所在地	愛知県名古屋市中東区高針2丁目2101番地		
自己評価作成日	平成25年11月8日	評価結果市町村受理日	平成26年1月29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://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371501111-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371501111-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中東区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年11月24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)】**

当施設は認知症が強く介護困難な方や、精神の障害を持った方が高齢となり介護を要するようになった場合の終の棲家としての色合いが濃く、希望があれば看取りも行う。そのため、行き場を失った他の施設では受け入れ困難なケースも積極的に入居していただいている。また、そのようなケースは単身者であったり、ご家族も疎遠となっており、本来ご家族が担うべき役割も果たせないため、職員が日常の生活の援助だけでなく、生きていくことすべてに関わっている。

**【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)】**

ホームは、在宅での生活のみならず、様々な理由で他の介護事業での受け入れが困難になっている方も受け入れており、利用者、家族にとっては、最後の拠り所にもなっている。そのような困難な事情があることで、現状は地域の方との交流が限られているが、中学生の職場体験を受け入れており、中学生の方にホームのありのままを知ってもらっている。運営推進会議では、福祉の専門職の方の出席が得られていることで、ホームの取り組みを知ってもらうとともに、同席している地域包括支援センター職員との情報交換の機会にもつながっている。また、運営法人では、訪問看護を行っているが、ホームに24時間職員がいることで、ホームで鍵を預かっていることで、看護師が定期的にホームに訪問しており、そのことが職員に対する医療面でのサポートにもつながっている。

**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)	<input type="radio"/> 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	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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	事ある毎に確認して、日勤者夜勤者とも連携して24時間ケアを目指している。	ホーム独自の理念はつくっていないが、運営法人の理念の実践を目指しており、理念の内容を玄関から入った入口に大きく掲示している。職員間で申し送りの機会にも触れることがあり、理念の実践に努めている。	今後に向け、ホームでの取り組みを踏まえながら、法人の基本理念に基づいたホーム独自の理念の策定に期待したい。
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	入居者様は地元の方がいない。散歩や買い物等ですれ違う際に挨拶はしている。また、レベル的に地域の活動への参加が難しいため、十分とは言えない。	ホームは、利用者の状況もあり、現状、地域の方との交流の機会ほとんど行われていない。そのような状況であるが、中学生の職場体験の受け入れを行っており、地域への貢献活動への協力を行っている。	
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	事業所からの働き掛けは特にしていないが、入居のお問い合わせが合った場合などに、ケアの方法や相談窓口などアドバイスするようにしている。		
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	地域いきいき支援センター職員さんがご近所さんに委員になって頂き、利用者様や職員の状態報告を行うとともに、頂いたご意見や新情報を取り入れるようにしている。	会議には、福祉の専門職者の出席が得られていることで、ホームの運営状況の話し合いの他にも、利用者の支援に関する助言等にもつながっている。なお、現状、地域の方の出席が得られていない状況である。	地域の方に、ホームへの理解をしてもらうためにも、地域の方に働きかけを行いながら、徐々に出席してもらえるように、継続した取り組みに期待したい。
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	いきいき支援センター職員さんとは、運営推進介護で、生保ワーカーさんとは、電話や役所に行ったついでに情報交換している。	現状、利用者全員が生活保護を受給していることや、入居までに様々な困難事例を抱えている利用者もいるため、市担当者との情報交換を行っている。そのなかで、ホームでの対応等の助言等を得ることもある。	
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	高度の認知症の方が入居している為会社の方針で玄関の施錠はしているが、身体拘束に関してはあくまで最後の手段と言う位置づけでできるだけしないよう徹底している。	ホームでは、精神疾患を抱えている利用者も受け入れている現状があり、24時間、玄関の施錠を行っている。職員間で検討を重ねながら、やむを得ず身体拘束を行う場合には、家族と話し合い、同意書を得るように取り組んでいる。	
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	カンファレンスなどで簡単な学習はしているが、専門的な学習はしていない。利用者様の精神状態により暴言があるため、それに反応してきつい言葉が出てしまう事があり、今後集中的に取り組む必要がある。		

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
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	十分な学習とは言えないが資料は常備しており、入居の時点で検討している。管理料などの関係で社内管理もやむを得ずおこなっているケースが多い。		
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	見学時、入居の契約時、その後随時繰り返し説明している。ほぼご理解いただけていると思う。		
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	面会や各種報告や相談の電話の際に確かめるように声を掛けている。	ホームでは、利用者と家族が疎遠になっている方や、関係が絶縁している方もいるため、現状、家族会は行われておらず、ホーム便りの発行も行われていない。家族や親族が訪問した際には、管理者が情報交換に努めている。	現状から、家族や親族との交流は難しい面もあるが、家族や親族にとって、ホームが最後の拠り所であった方もいる。情報交換等が可能な方については、定期的な手紙等を作成させることを期待したい。
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	ほぼ毎日カンファレンスしており、その中で運営に関する提案があれば上げるようにしている。	毎朝の申し送りの時間にカンファレンスを行っており、利用者に関する情報交換の他、管理者は職員からの意見等の把握に努めている。ホームでは、派遣の方もいるため、管理者が気になった際には、個別で面談を行うように努めている。	
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	話しは聞いてくれるが、現場に経営者が入りすると萎縮することがあるので、現場に来ることは少ない。社内研修等の開催はあり就業形態に関わりなく参加可能である。		
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	努力し、研修への参加を勧めている。また専門職として人に聞くのではなく、ネットを利用するなど自分で学ぶことを推奨している。		
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	法人内に各種介護事業者がある為、情報交換はできている。ただし、他の同業者との交流は限定されている。運営推進委員会での情報や交流が大きい。		

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	入居時点で検討し、可能な限路本人の要望は受けているが、全体のレベルから毎日個別対応が不可能な要求もある。関係づくりには努めてはいるが、精神疾患がベースにあり被害的な受け止めも多く、焦らずゆっくり取り組んでいる。		
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	初期にしっかり話を伺って、説明したり代行したりして関係づくりに努めている。		
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	グループホームの為、入居の前の段階で検討している。回復した場合には相談の上、宿泊施設から毎日デイサービスに通所に切り替えたケースもある。悪化の場合は希望に応じて看取っている。		
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	努力はしているが、利用者のレベル的に難しい面もある。		
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	声を掛けているが電話や面会の都度なので機会としては多くない。		
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	入居者が精神科から直接退院して入居されるケースが多く、地元ではない。しかも遠方の場合がほとんどで、努力はしているが受診等物理的に困難なケースが多い。	現状、家族や親族と疎遠になった方もおり、利用者にとって、ホームが馴染みの場所になるように取り組んでいる。なお、家族との交流を継続している方もおり、利用者と家族が外出する機会も得られている。	
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	レクリエーション等を通して交流する機会を設けている。レベル的に職員が仲介しないと自力では交流も難しい為、適宜仲介・介助している。		

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
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	単身生保者が多い為、退去のほとんどは死亡による。家族との関わりが極端に少ないものの、現在も退去後運営推進委員としてかかわって下さる家族もある。		
<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	施設として対応可能な事は全て行っている。しかし集団生活でもある為対応できかねる場合は本人と家族と施設とで話し合って代替できること、中止する事等ともに検討している。	職員が把握した利用者の様子については、報告に基づき、主に計画作成担当者が個人記録に記載するように努めている。それらの情報は、毎朝の申し送りの後に行われているカンファレンスの時間にも話し合っている。	
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	勤めているが、病院からの入居が多く、本人は認知症で分からなかったり、在宅での生活状況をわかる人間がいない場合も多い。		
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	随時カンファレンスを行い、職員間で情報を共有し個人別の日課表を作成するなどしている。		
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	随時カンファレンス実施中で、ケアチームで話し合っている。また、電話でご家族の意向なども確認しながら行っている。随時プランの変更・試行錯誤しながらベストな状況を模索している。	介護計画は、基本6か月毎に見直ししており、変化があれば、その都度、見直すように取り組んでいる。モニタリングについては、毎朝行っている申し送りの機会に話し合われた情報に基づいて行われており、介護計画の見直しにつなげている。	
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	記録はしているものの、まだ記録に対する心理的な抵抗が強く、気づきなどとても良い視点がありながら、文章で表現するのが苦手なスタッフが多い。今後記録のレベルアップが課題である。		
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	家族がいない、いても高齢で動けない等の事情で本来なら家族が行うべきことまで、必要に応じて対応しておりグループホームの枠を超えて支援しており、当施設の強みでもある。		

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
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	活用している資源は多くはないが、金銭管理やご近所のお店等に行っている。小さな地元の商店では、声を掛けて下さり交流もある。		
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	遠方及び精神科病院から直接の入居の為、以前の主治医への受診は困難だが、内科は往診医との連携で必要時医療処置がいつでも受けられるようにしている。精神科も家族の付き添いが望めない為、通院介助している。	ホームでは、協力医による定期的な往診が行われており、家族の協力が困難なため、受診支援についても柔軟に対応している。日常的な健康管理については、訪問看護が行われており、受診の際の情報提供も行われている。	
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	管理者が看護師の為、常に必要な情報が集まっている為、往診の医師と電話で相談して、即対応できるようになっている。必要があれば受診し検査も受けている。		
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。	内科的には往診医との連携のもと、紹介された入院機関と連携している。精神科とは常にPSWと連携しており、日常の中で困ったことなども相談できる。		
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	入居時に本人やご家族の希望を確認して書面で残している。実際に状態が悪化してきた場合には、何度でも意向を確認して往診医と相談の上、対処している。本年度も施設内での看取りを行った。	ホームでは、看取りに関する支援についても前向きに考えており、家族とも書面にて同意を行っている。また、協力医や看護師の協力も得られており、職員へのフォローについても、看護師でもある管理者より行われている。	
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	カンファレンスなどで学習する機会を数分間持つがいざ急変になるとパニックになりやすい。繰り返し行う事と、書面で残して見て分かる環境づくりに努めている。		
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	限界はあるが避難訓練を基に避難方法を伝えている。以前の火災の際にご近所様が自主的に応援に駆け付けて下さったので、その面では安心している。向かいの倉庫に災害時物資も備蓄している。	ホームでは、避難訓練を、年2回、実施しており、夜間を想定した訓練も実施している。現状、地域の方との協力関係の構築は行われていない。また、備蓄品については、一人分ずつを分けて、玄関横に確保している。	運営推進会議の機会等を利用し、ホームで暮らしている利用者の方のことを理解してもらいながら、地域の方との橋梁関係の構築に期待したい。

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	常に心がけている。但しトイレ後の立位安定の為に外の手すりに立って頂く事があり、職員の身体で隠すよう努力している。	ホームでは、新人職員に対するオリエンテーションの中で接遇面について説明を行っており、マニュアル等もそろえている。また、内部研修の機会ももうけており、気になった際には、職員に注意するように努めている。	
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	自分の言葉で表現できる方だけでなく言葉で表現できない方にも会話を通して質問したりして、したい事食べたい事等表出できるよう援助している。		
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	人員の関係ですぐに対応できなくても少し待っていただいて対応している。外出希望は天候を考慮して日程をずらし危険を避けるようにしている。寝ていたい人ばかりなので短時間休息などで対応している。		
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	身だしなみには配慮している。おしゃれに関してはご希望は少ないが、髪を梳いたりするときにご希望を聞きながら援助している。		
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	配食の為、個々の希望は通りにくい、個別対応を月に1~2回行って補っている。配膳には能力的に無理で参加されないが、片付けは職員と共に行っている。	食事は配食で用意しており、職員は配膳や片付けを行っている。現状、重度の方が多いが、利用者にも食器拭き等、できる事に参加してもらっている。また、職員でトロミ食や刻み食を用意したり、手作りおやつを作る機会をつくっている。	
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	毎食、摂取量を確認し、水分補給も定時にいながら対応している。		
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	朝夕食後は必ず職員付き添いの下でケアを行い、昼食後は自主的に出来る方に行っている。		

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
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	週に3回以上のカンファレンスを実施しており、都度検討している。誘導やポータブルトイレの使用等でより安全に排泄できる環境づくりに努めている。	利用者の排泄状態について、記号式で職員の誰もが分かるように、記録方法に工夫を加えている。そのような取り組みを通じて職員間で情報交換に努めながら、紙パンツから布パンツに、排泄状態が改善した事例もある。	
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	毎日排便チェックを行い、腹部マッサージや水分摂取等のケアを行い、必要時には下剤に服用や腹部の圧迫で排便を促す等の処置を行っている。		
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	自力で入浴できるレベルの方がいないため、全員介助をしている。そのため入浴時に職員が1～2名つききりになるため、日中の人出が多い時間に行っている。	ホームでは、週3回入浴を行っており、利用者がこまめに入浴できるように取り組んでいる。民家改装の古い浴槽であり、重度の方には、職員2名体制で対応している。また、柚子、菖蒲、カボス等を入れ、季節感もとりに入れている。	
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	日中も適宜ベッドで短時間休んでいただいたりするが、長時間だと睡眠に影響がでるため体調不良時を除き、短時間に限定してご希望に沿うようにしている。		
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	内服の説明書、氏名の記入等により効果や副作用、確実な服薬ができるよう張り紙やカルテに資料を挟んで理解できるように努められている。新たに追加になった薬の場合には、気を付ける副作用についてカンファレンスで喚起している。		
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	ご希望を聞いたり、その方の能力に応じてお勧めしながら対応している。現在喫煙希望者は食後に職員と一緒に外で喫煙されている。レクリエーションも週に行う回数が増え、バリエーションも増えてきている。		
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	ご家族の協力を頂くのが困難な方ばかりの為、近所への外出程度にとどまっているが、散歩や買い物、受診等必要に応じて対応している。	ホームでは、日常の散歩や買い物での外出の他、利用者の嗜好に合わせて、散歩に合わせてタバコを買いに出かけている方もいる。また、タクシーを借りて、公園に出かけたり、その際に昼食を食べる取り組みも行っている。	



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
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	自己管理できるレベルの方がいないのと、施設の方針で自己管理を禁止している。しかし、ご希望を聞きながら一緒に買い物に行ったり、代行したりして満足を得られるよう努力している。		
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	希望者には対応しているが自分から連絡を希望される事がほとんどない。携帯電話所持者は預かって希望時に電話していただいている。また、月に1回、電話の援助をしている方もある。(経済的理由で月に1回)		
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	スペースが狭い為、思うような快適空間にはならない面もあるが、カーテンやライトで明るさの調節、エアコンで室温の調節等を行っている。四季の行事を大事にして、壁のイラストを季節的な物に変更するなどしながら季節感を出すよう心掛けている。	ホームは、古民家だった民家を改装していることもあり、リビング等の場所が限られているが、利用者は、食堂、リビング、通路等、思い思いの場所で過ごしている。また、利用者の写真や作品の他、季節を感じる飾りも行われている。	
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	スペース的に限界はあるが、思い思いの場所で過ごせるように援助している。自室で静かに過ごしたい時にはドアを閉め、温度の調節を行い過ごしていただいている。		
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	精神科の病院から直接退院して来られるケースがほとんどで、家具の持ち込みは殆んどない。施設にあるものを利用して、本人と話し合いながら少しでも快適に過ごせるようにしている。	居室は、民家の居間だった部屋を区切ったり、そのままの個室だった部屋を継続したり様々であるが、一人ひとりに合わせたベッド等の配置を行っている。また、利用者によっては、馴染みのある仏壇や家具等を持ち込んでいる。	
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	部屋ごとに張り紙をして場所が分かるようにしたり、床にマットレスを敷いたり、ベッド柵を利用して転落防止(拘束の同意書はいただいている)をしたりしている。基本的には移動は介助や見守りを行っている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム うたたね

## 目標達成計画

作成日: 平成 26年 1月 17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		職員の知識・技術の差が激しいため、特に経験の浅い職員のレベルアップが必要である。	疾患や薬剤、ケアに関する知識の向上を目指し全体的なレベルの底上げができる。	ケースカンファレンスを通して、具体的な疾患や薬剤、ケアに関する知識の向上を目指す。社内外の研修資料の配布・学習会を持ちながら向上につなげる。	12ヶ月
2		介護経験なしの職員や中高年の職員が大部分を占めているため、業務遂行にあたり時間が掛かったり、技術・体力的に事故につながりやすい。	慣れることで可能な事は見守り、職員の特性を考慮して利用者・職員共に事故なく過ごすことができる。	適宜アドバイスをしたり、ケアプランとは別の利用者個人の日課表を作成し見る事ができるようにして、上手に段取りできるようにする。また物理的に可能な対策(リフトや2人体制)等提案していく。	12ヶ月
3		外出の機会が少ないので、利用者様の特性を考慮してできる援助を増やしていく必要がある。	外出＝敷地外に出るという概念に捉われずに、利用者様が気分転換が出来、四季の変化を感じたりできるような援助が出来るようになる。	気候を考慮して、短時間でも外気浴を行う。その際にレクリエーションを行うなど、外へ出るのが楽しみになるような工夫を行う。ご希望を確認しながら、買い物等の外出支援を行う。	12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。