

### 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	2397100062		
法人名	自然株式会社		
事業所名	グループホームじねん		
所在地	愛知県田原市豊島町釜鑄67番地		
自己評価作成日	平成25年2月10日	評価結果市町村受理日	平成25年5月10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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年3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)】**

「じねん」を基本にあるがままに生活できることを支援しています。疑似家族であることをご家族の方々にも理解して頂くよう努めております。

**【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)】**

代表者は、他のグループホームでの管理者を務めてきた経験があり、当ホームには、その時の経験が活かされている。その取り組みとして、利用者同士が互いに等間隔で向かい合うことができるように設計された丸い形をしたテーブルを配置しており、それらの工夫は、新規の事業所であるが、認知症高齢者の支援の方法を十分に熟知していると言える。さらに、代表者は、ホームを設計するにあたって、日本の伝統文化をホームに取り入れていきたいという思いがあり、その思いは、ホーム全体に木のぬくもりを活かしながら、リビング内に畳椅子を配置して家族がそこでふれ合う場所をつくったり、居室には、畳部屋を用意したり、カーテンの代わりに障子を取り付けたりしている。今後、代表者が持っているノウハウが各職員にも受け継がれ、利用者、家族にとって、より良いホームになっていくことを期待したい。

**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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66	職員は、活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 <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	把握はしている。共有は？。認識、解釈の違いがあるのでは。職員の意識、思いがばらばら。共有し、実践している。理念の理解はあるがケアの中での繁栄できてないところもある。地域密着型サービス事業所の社会的役割を認識できていない。	代表者は、ホーム名の「自然(じねん)」は、「自然(しぜん)」よりも深く、ホームが地に根付いていくことを目指している。職員には、ホームの考え方として、「こだわらない、とらわれない」支援を行っていくことを伝えている。	開設以来、職員が入れ替わっていることもあるため、ホームが目指すべき方向性(理念)を再確認する機会をつくっていく取り組みにも期待したい。
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	介護者教室開催。他施設へのVR。週1回喫茶店に行く。交流はない。日常的な交流はない。努力が必要。建前の餅投げや学園祭に参加。	ホームと地域との関係は、まだ充分ではない部分もあるが、介護者教室を開催して代表者が講師を務めることで、地域の方に対して認知症の方への理解を深めてもらっている。また、自治会の会費を納めており、地域の方との交流に努めている。	ホームと地域との取り組みが日常的になっていくように、利用者が地域の行事等に参加し交流出来る機会が増えていくことを期待したい。
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	介護者教室の開催。わからない。訪れた地域の方へのアドバイス等に広めている。地域におけるケアの拠点とはなっていない。		
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	報告している。知りません。実践している。地域の会議への理解が薄いと思われる。利用者家族、自治会の方等の参加で双方向的な会議になっている。	今年度の会議は3回である。会議を通じて、ホームで行っている行事の報告や一人ひとりの状態を説明することで、ホームの現状や取り組みを知ってもらうように会議を活かしている。なお、次年度から年6回の開催を予定している。	
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取り組んでいる	取り組んでいる。わかりません。運営会議に出席して頂いている。市町村担当者の福祉や認知症への理解が薄い、温度差有。	代表者は、ホームの運営上に関する相談について、市担当部署に出向いて情報交換に努めている。また、市の事業者会議が行われる際には職員が出席し、情報交換の機会としている。	
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	スタッフの意識あり。施錠は緊急時以外は実行していない。正しく理解していない。取り組んでいる。緊急時を除き取り組んでいる。日中の施錠はなし。帰宅願望に対する取り組みはスタッフの連携で行っている。安全を確保しつつ、身体的拘束を行うことなく支援している。	ホームでは、日常的に身体拘束を行っておらず、利用者には、自由に階段を下りてもらったりしている。職員は、利用者を見守りながら、利用者に寄り添った言葉かけを行うなど、利用者の安全確保に努めている。	
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	スタッフの意識あり。努めている。学ぶ機会なし。学んでないが虐待はしていない。ないよう努めている。勉強不足だが理解はしている。無きよう努めている。職員のストレス等がケアに影響しないよう配慮もなされている。		

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	勉強会は実施していない。現状では対象者はいない。職員は学ぶ機会が持てない。今後学んでいきたい。活用できるよう努力が必要。勉強会は未開催。資格を取る時に学んできている。勉強不足です。以前後見人制度を利用している入所者がいたが、職員はあまり認識がなかった。		
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	図っている。わかりません。		
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	運営推進会議棟で図っている。わかりません。常に家族等のコミュニケーションを図っている。取り入れていると思います。	ホームでは、利用料の支払いを現金でお願いすることで、定期的な情報交換の機会につなげ、家族の来訪時には代表者が対応するようにしている。また、ホーム便りを毎月発行し、利用者の様子を家族に伝えている。	現状、家族との意見交換は代表者が行っているが、職員間でも十分な情報交換ができるように、家族と職員の関係づくりを行っていく取り組みにも期待したい。
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	機会がつかっていない。フロア会議やケア検討会議にて積極的に意見交換をしている。フロア会議や全体会議で反映するようにしている。	フロア会議やケア検討会議等、職員会議には代表者が出席しないようにすることで、職員間で検討しながら業務の改善につながるよう取り組んでいる。そのうえで、代表者は、必要に応じて職員と面談し、話し合うようにしている。	職員が思っていることや取り組んでいきたいことを話し合いながら、その過程に代表も参加することで、職員全体でホームをつかっていくという意識付けが定着していくことを期待したい。
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	努めている。わかりません。		
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	行っている。研修会への参加は今年度3名。わかりません。ケアの向上のため働きながらトレーニングする必要がある。		
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	地域の運営推進会議に参加。市の行政の集まりに参加。交流は私はしてない。交流の機会があれば参加したい。一部のスタッフに関してはネットワークづくりをしている。		

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
<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	事前調査、入所後のニーズを把握し努めている。本人満足度には達していない。本人と円滑なコミュニケーションをとるよう努めている。笑顔での対応を心がけている。		
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	努めている。家族、友人等の来所時「お茶の提供」を心がけている。わかりません。家族等の話を傾聴し、信頼関係づくりに努めている。主に社長が家族との連絡を取り関係づくりに努めている。また、介護者教室を開き家族同志の交流の場を設けている。		
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	努めている。わかりません。利用開始前に家族と一緒に訪れ他の利用者との会話等から家族が何に困っているかがうかがえる。アセスメントのため職員が事前に本人や家族に会っている。		
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	努めている。全職員がこの意識を持っているとは思えない。関係構築に努力している。暮らしを共にする者同士として、生活の知恵、技、を教えて頂く事も多く、日々良い関係を築いていこうと努力している。利用者から学ぶ機会が多くあり。「お客様扱い」をせず、共に暮らすことを念頭に管家の構築に努めている。		
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	情報交換をまめに行っている。クリスマス会・忘年会は家族と一緒に料理作りを行った。わかりません。本人と家族の絆が見えない方、一部しか見えない方もいる。関係づくりに努めている。家族や本人が良い関係でいられるようお互いの思いを聞き支援している。		
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	友人知人に対しても家族同様の歓待を心がけている。訪ねてくることはあっても、こちらから出かける機会は作れないと思う。把握できてない部分有、今後も情報を収集していく。面会者に対してオープンな雰囲気だと思ふ。現状はできていない。	ホームには、以前の馴染みの友人や知人、利用者の親族が訪問することもあり、利用者や談話を楽しみながら関係を継続している方がいる。また、正月の際には、家族と自宅に戻って、日中一緒に過ごした方もいる。	
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	自然に出来上がることを願うが、時には必要な支援を行っている。家族への協力も含め面会は出来るだけ他利用者との触れ合いをお願いしている。把握しているつもりだが、孤立している人をいかに支えていくかを考えていく。利用者同志で助け合ったり、協力する姿は良く見受けられる。		

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	努めている。わかりません。相談や支援に努めていきたい。面会に行ったことがないので今後行きます。		
<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	出来るだけ近づけるように努力している。ほとんどの利用者の本音は理解できていない。本人本位に検討されているかは疑問。全ての思いや意向は把握できているとは言えないため、更なる努力をしていきたい。これまでの人生、家族関係等本人を取り巻く状況の理解に努めている職員の意識改革が必要である。	利用者の日頃の言動や本人がしたいこと等の情報は、職員間で行っているケア検討会議の場で話し合いを行い、その結果を計画作成担当者でもある代表者に報告している。代表者は、それらの情報を収集して、介護計画につなげている。	
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	情報収集に努め、本人や家族の意向を生かす努力をしている。施設の資料では理解できない。わからないことが多い。コミュニケーションとケース記録により把握に努めている。本人家族から聞いた話を記録し情報を共有。		
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	努めている。自分の見た感じた現状と他職員からの情報により把握に努めている。記録に残し情報交換。外部からの情報だけにとられず、本人の持つ能力を実際に関わり観察してアセスメントをしている。出来ていないのが現状、今後必要と思う。		
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	介護計画を基本にスタッフ間でケアの方法や支援方法を会議にて話し合っている。職員間では話し合いはあるが、本人、家族、関係者に関してはわからない。	介護計画は、利用者の変化に応じて見直しを行うようにしており、利用者の変化については、毎月行っているケア検討会議の場でも話し合われている。その話し合いを活かしながら、モニタリングにつなげている。	介護計画に沿った記録の書き方を行っていくことで、職員が利用者の変化の様子を把握し、利用者にとって目指すべき方向性(介護計画の目標)を話し合えるような計画づくりに期待したい。
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	行っている。出勤時一番に個別記録に目を通し、その日の気づきはその日に記録。小さいことでも記録する。記録から情報の共有が出来ている。		
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	努力している。四角四面の市の理解が得られることを望んではいる。自分レベルではつかめない。家族の状況はあまり情報が入らない。柔軟なサービスや多機能化に取り組んでいる。歯科受診。美容院の手配など利用者の希望をかなえ家族の状況も考慮し、負担が少ないよう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
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	近場での散歩やドライブはもとより、毎日食材の買い物に出かけている。ポーリングに出かけることあり。地域資源の把握ができていない。民生委員の介護者教室への呼びかけ、地域への認知症介護の理解に努めている。近隣中学生の福祉体験学習の受け入れ。		
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	行っている。利用者や家族の希望を取り入れた受診支援を行っている。	ホームでは、利用者のかかりつけ医の継続が可能であり、受診についても家族による受診が困難な場合等、必要時にはホームでも支援している。日常的な健康管理は併設通所介護の看護師が行っている。また、歯科についても必要に合わせて受診している。	
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	行っている。情報交換や薬についての指導もあり。情報や気づきを申し送り、ミーティングで得ている。少しの変化も相談している。報告を受けている。有事の際看護職員への早期報告を行っている。		
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。	努めている。必ずお見舞いに出向き、利用者の状態報告を受けている。		
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	入所時に話を伺う。方針は伝えてある。家族との協力のもと終末期は支援していく。新しい施設なのでこのような状況下はない。	ホームとして、利用者の重度化に合わせて、看取りを見据えた支援を行う意向を持っている。家族とは、指針に基づき意向を確認し、同意を交わしている。また、代表者は、過去に看取り支援を行ってきた経験があり、職員に対する必要な指示等も行える体制である。	今後に向け、職員が重度化に対応できるだけの資質を身に付けることができるように研修を実施したり、家族の思いや意向を把握するための意見交換の機会をつくる取り組みにも期待したい。
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	マニュアル、会議等統一できるよう行っている。まだ、不十分と思う。出来ていない。さらに努力が必要。		
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	出来ていない。マニュアルはできている。今後地域との連携体制で築いていく。	ホームでは、消防署の指導を受けながら避難訓練を実施しており、通報装置の使用方法についても確認を行っている。なお、開所一年目でもあるため、地域の方との連携や必要な備蓄品の確保については、今後の課題である。	地域との相互の協力関係が築けるように、地域の訓練に参加したり、非常災害時でも利用者がホームで過ごすことができるように、備蓄品の確保にも期待したい。

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	行っている。一部にはため言葉がまだある。対応しているつもりだがたまに強い口調になってしまう。努めている。「あからさまな介護」になりがち、もっとさりげない気配りができるようにしたい。職員によりばらつきあり。	職員は、日常のケアを通じて、利用者の尊厳に配慮した言葉遣い等に気を付けている。代表者は、職員が友達感覚のような口の利き方が見受けられた場合には注意を促すようにしている。	
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	行っている。実行できるものであればそのようにしている。本人の思いや希望を表したり、自己決定が出来るように働きかけている。努力している。表情や行動から気持ちを察するようにしている。言葉数の少ない方には特に自己決定が出来るよう機会をつくる努力をしている。		
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	努めている。危険や安全を配慮したうえで支援を行っている。一人一人のペースを大切にしているが、たまに都合を優先するときがある。あまりできていない。添えない場合もあるが添えるよう努力している。職員側の都合郵船が多い。		
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	毎日洋服を着替える(清潔保持)。散髪には気を配っている。着替え時、ズボン、シャツ、靴下などの色合いをアドバイスしている。選ぶことが出来る方はえらんでもらい、出来ない方はこちらで選択。		
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	買い物から食事づくり、片付け等みんなで行っている。出来ることはしていただいている。出来ている。	メニューは主に代表者が和食を中心に考え、買い物は毎日、利用者と一緒に出かけている。利用者は自分ができることを中心に役割を分担しながら、調理や片付け等に参加しており、食事の際も職員と一緒に楽しんでいる。	
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	行っている。水分補給には気を配り、毎日の摂取量把握に努めている。飲料の工夫もしている。食事量、水分量等は記録して、出勤者が見ればわかるようにしている。食事形態は個人の力に応じて変え、量も調節して提供。		
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	行っている。1日3回実施。夜間は入れ歯の洗浄(預かり保管)。まだ不十分更なる努力が必要。義歯の調子は本人に聞いている。その人の能力にあったケアの提供に努めている。		

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
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	行っている。排泄への関わりとしてその人人により統一されたケアの工夫を考えている。利用者それぞれ違うのでここに合わせ対応している。トイレでの排泄を心がけている。トイレ誘導、トイレでは出来るだけ手を出しすぎず声をかけすぎずを実践している。	ホームでは、可能な限り、パッド類の使用が少なくなるようなケアを目指しており、利用者の合わせた排泄方法をフロア会議やケア会議等でも検討している。その結果、おむつ着用だった方が、布パンツに改善した方もいる。	
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	日々の確認、情報提供に努めている。ヤクルトと納豆は朝食時に。野菜を多く摂取できる工夫と散歩を実行。まだ、改善の余地あり。朝礼時に報告している。腹部マッサージを行っている。こまめなお茶提供。能力に応じた体操も取り入れている。		
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	個の希望により入浴している。ひとりひとり湯を張り替えて提供。職員の都合で行っていること多し。前日入浴していない人優先。一部は希望により入浴。なるべく利用者ペースを心がけている。入浴拒否の利用者への声掛けの工夫を職員間で共有したり、シチュエーション、きっかけづくりを職員間で連携して行っている。季節に合わせて菖蒲湯、ゆず湯の提供。	ホームでは、毎日の入浴が可能であるが、多くの方は2日に1回入浴している。入浴を拒否される利用者には無理強いする事なく、着替えの支援を行い清潔感を保つようになっている。また、柚子や菖蒲等の季節感にも配慮を行っている。	
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	行っている。日中の休息は30分を目安に行っている。支援しているが利用者が満足しているかはわかりません。支援できている。夜間安眠を考慮し、時間を図って行っている。既定の時間は設けていないが個人の生活スタイルに合わせるようにしている。朝の体調や前日までの状況を把握したうえで休んでもらう		
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	努めている。知らない薬はきちんと調べ情報を流している。私は薬に関して勉強不足です。薬への理解不足。薬への理解を深め、服薬の支援と症状の変化の確認に努める。変化時は記録に残す。薬内容の把握の工夫が必要。看護師主導で管理を行っている、服薬時は目の前で服薬して頂き誤薬防止を行っている。		
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	行っている。できていない。もっともっと生活歴・楽しみごとを探り、支援していきたい。努力している。お酒、コーヒーなどの嗜好品を取り入れたり、花を生けるなど得意分野の力を発揮できる機会がある。		
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	支援している。外出「パチンコ」等も余裕があれば行っている。家族支援の場合は極力事前にお願いをしている。出来ていない。家族や地域の人々の協力まではできていない。買い物は毎日、可能な人のみ。外出が難しい方への支援の工夫が必要。週1回喫茶店に出かけ外でおしゃべりを楽しんでいる。	日常的な外出として、利用者と職員が毎日の買い物に出かけたり、喫茶店に出かける等の取り組みが行われている。なお、今後の取り組みとして、季節の外出等の取り組みを行っていきたいと考えている。	



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	支援している。家族との話し合いの上でお金を所持し、買い物をしている。利用者からの希望がなく、かつ買い物がしたいという状況が作れていない。支援できている。喫茶店での支払いや買い物は直接本人が支払えるよう支援。		
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	申しで時は携帯を貸している。状況づくりが出来ていない。電話や手紙を書きたいという利用者がいない。電話がかかってくることはたまにあるのみ。携帯利用の方がお見えます。		
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	うるさく感じる装飾品はなく、木のぬくもりが感じられ温かい印象の空間です。自然の風や光を大切にしている。湿度や温度にも配慮をし快適空間づくりを行っている。職員全員が取り組んでとは思えない。利用者にとり不快や混乱はないと思う。清潔感がある、動きやすいことに着眼している。	ホームのリビングは南向きになっており、窓が大きく設置してあることで採光が良く、ホーム全体が明るい雰囲気になっている。リビングには、観葉植物や花の鉢植えが置かれてあり、利用者の気持ちが穏やかになるような配慮がなされている。	
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	テーブル位置の工夫、畳椅子の工夫等を行っている。思い思いに過ごせてはいないかも。食堂の自分の場所が決まっており、「自分の場所」がある。利用者さんと一緒にシーツ交換掃除等を行っている。		
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	相談しながら行っている。家族にもお願いはしている。殺風景な居室多し。使い慣れたものや好みのものを持ってくる利用者が少ない。	居室は、畳を敷いた和室とフローリングの洋室を用意しており、部屋に合わせてベッド以外にも布団で寝起きしている方もいる。自宅から趣味の物や家具を持ち込んでいる方もいるが、基本的にシンプルな雰囲気である。	
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	工夫している。いつでもどこでも見守りが出来る環境を保ち、必要時に介入できるよう配慮している。改善の余地あり。自立した生活が送れるように工夫している。可能な限り行っている。身体能力、活動性を考えてベットの配置、洗濯を行っている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームじねん

## 目標達成計画

作成日: 平成 25年 5月 1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		①職員の知識不足(認知症・介護・医療等) ②意識が低い	①豊かな知識をつけ、職員の意識の向上を図る	①職員で勉強会を開催(担当制) ②常に「なぜ、どうして?等の疑問をもつ」意識の向上に努める ③疑問は即聞く	12ヶ月
2		①やってあげることは簡単、つい手を出し過ぎている。能力の見極めが不十分である。最期の看取りまでの介護を念頭にケアが出来ていない。	①みずからの意思で日常生活を送ることができる	①職員一人一人の見極め力を高めていく。(職員間の情報の共有を図る) ②なぜ今できていないのか?その原因を探り、どうしたらできるのか職員間で考えている(会議等を頻回に設置)	12ヶ月
3		①家族に負担を考えて対応していない。(紙パンツやパットの使用に配慮が足りない 職員は紙パンツやパットに頼りすぎている)	①家族の負担を考えることができる ②必要に応じたトイレ誘導ができ、排泄介助が出来る	①日中のトイレ誘導を検討(排泄チェック表の見直し) ②どうしたらトイレで対応できるのか職員間で検討し、実行する。③入居者がトイレでの排泄に喜びを感じる言葉掛けをしていく	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月