

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	2373600283		
法人名	社会福祉法人サン・ライフ		
事業所名	グループホーム ジョイフル布袋		
所在地	江南市北山町東212		
自己評価作成日	平成26年11月16日	評価結果市町村受理日	平成27年3月19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26年11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)】

・個々の利用者様のできる事を見極めて、日常生活の中でやりがいや生きがいを持って頂けるよう働きかけている。
 ・サービス担当者会議の前に、職員同士で話し合いの場を持ち、細かな部分まで支援方法を検討できている。
 ・外出の機会を多く持てるようにしている。個別外出にて本人様の希望の場所へ出掛けられるよう努めている。
 ・その方の1日のゆとりと充実を考えたアクティビティーへの取り組みをしている。

【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)】

「ジョイフル布袋」は、デイサービス併設の平屋建て、1ユニットの事業所であり、周囲には田園地帯が広がっている。法人理念と共に、今年度は事業所独自の接遇目標「丁寧で温かみのある接遇を心掛けましょう」を設定し、毎日唱和して職員に浸透させている。この接遇目標は、職員皆で、日々のサービス提供の振り返りを行った際に取り決めたものであり、全員が、この目標に向かい、統一したケアを実践することを念頭において、日々取り組んでいる。また、職員は、法人内の合同勉強会や交換研修へ出席して、スキルアップを図っている。月に一度「寄り合い」を開催し、入居者全員と職員との意見交換の場とすると共に、防災訓令を実施し、防災意識を高めている。「寄り合い」によって、入居者の思いを聴取し、個別の外出支援や「食」の充実等に活用。また、介護計画に反映させて、具体的支援へとつなげている。運営推進会議では、江南市内の複数区の区長や民生委員の出席が得られており、地域と協力関係を構築しながら、入居者個々のニーズを暮らしの中に盛り込み、充足感のある日常を支援している。

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)	○ 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る (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)	○ 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)	○ 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
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	理念は毎朝申し送りの時に声に出し読んでいる。	法人理念とホーム独自の接遇目標を、毎日唱和している。接遇目標は、今年度掲げたものであり、自分や、他職員の発言に注意するよう自覚を促す等、接遇意識を高め、入居者の尊厳の確保につながるよう取り組んでいる。また、法人内の勉強会や研修等、他事業所と連携をとり、法人理念の実践を図っている。	
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	地域のスーパーなどに週2回程度は外出している。近隣のごみ拾いや、散歩の際に近隣の方と挨拶を交わしている。	地域の情報は運営推進会議時に、区長や民生委員から得ており、市民祭り等の地域行事に参加している。町内会へも加入している。入居者と共に、近くの喫茶店へ出かけ、顔なじみとなっていたり、近隣の方が野菜を届けて下さる等の関係があり、また、職員は、定期的に近所のゴミ拾いをして、地域貢献活動をしている。中学校の職場体験の受け入れを年数回行っている。	
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	運営推進会議の中で、地域の方に向けて話をしている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回実施し、地域の方とも活発な意見交換が行われている。	区長や民生委員を介して、地域へホームが周知されるよう、活動状況を報告したり、開催日を土曜日に設定して、全世帯家族の参加が得られるよう声をかけている。毎回、各区の区長と民生委員、地域包括支援センター職員の参加があり、入居者家族も出席している。活動状況や地域等の情報交換の他、事故やヒヤリハット報告、それに対する意見や提案が出ており、入居者の安全な暮らしについて話し合われていることが、議事録から伺えた。	理念の実践につなげるためにも、入居者ご自身の参加による運営推進会議の開催の検討を期待する。また、出された意見が一方通行とならないよう、意見、提案に対する結果が参加者へ報告される仕組みを整備し、より活性化された会議の開催に向けての取り組みが望まれる。
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	社会福祉協議会の職員とはこまめに連絡をとり、利用者様との金銭管理など、協力体制がとれている。	今年度から毎月、市の高齢者いきがい課へ、会議議事録を持参して出向くようになった他、メールで連携を図る等している。特に担当職員とは、運営推進会議へ出してもらい、電話で随時にやりとりがある等、協働関係が構築されている。社会福祉協議会とも、担当者と定期連絡をしており、必要に応じた支援が出来るよう連携がある。他、包括支援センター主催の勉強会に職員が参加している。	
6	(5)	○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	年に1回は身体拘束に関する勉強会を実施しており、全職員が理解できている。日勤帯は玄関の施錠を行っていない。	日中は玄関施錠を行っていない。安全面での心配が、運営推進会議参加者から挙がったことがあるが、常に職員が見守っており、入居者を時間ごとに所在把握していること、センサーで確認をしていること等、理解が得られるよう説明している。また、日ごろから入居者の様子を観察し、申し送り時には、個々の様子を細かに報告して職員伝達の徹底を図っている。スピーチロックを含めた話し合いがあり、年に一度は研修を実施している。	
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	年に1回は高齢者虐待についての勉強会を実施しており、全職員が理解できている		

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	年に1回は権利擁護についての勉強会を実施している。実際に成年後見制度を利用しようとしている人はいない。		
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	契約時には十分に時間をとり、ご家族へ重要事項と契約書の説明を行っている。利用料改定の際は、すべてのご家族から同意書を頂いている。		
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	月に1回利用者様から意見を伺う機会を設けている。年に2回満足度アンケートを行っている。適宜つぶやきを拾い会議であげ、ケアに反映させている。運営推進会議ではご家族へ案内を出し、出席して頂ける様努めている。	入居者とは「寄り合い」という会議を月に一度開催し、家族とは、アンケート実施を行い、その結果報告を兼ねて行事を年に2回開催し、意見や要望を出せる機会を設けている。アンケートには、無記名の配慮がある。また、表出しやすい関係作り、毎月、個別写真入りおたよりや会議議事録を送付したり、面会時に接待に努める等している。玄関用センサーは、家族の意見がきっかけで設置された。	
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	月に1回GH会議を実施し、全職員が発言する場があり、その意見を業務などに反映させている。	月に一度、グループホーム会議を開催している。その際に、意見提案する機会はあるが、他に、意見用紙が用意されている。これは、事前に配布、回収して会議時に活用している。ホームでは、職員間でケアを統一すること、情報伝達の透明性を重要視している。実際に、共通に問題意識を持ち、皆で目標を設定し共有しており、提案は反映され、意思疎通が図られている事が伺える。	
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	チャレンジシートを使用し、所長との面談を実施している。職員の状況に応じて、部署の異動なども行われている。		
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	内部・外部問わず職員個々のレベルにあった研修には参加できるように努めている。資格取得に関する研修にも参加できるように努めている。他事業所への研修を行い、自事業所との比較を行い、良い所を取り入れている。		
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GHとの交換研修を行っている。愛知県のGH連絡協議会へ加入している。		

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
Ⅱ.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	入所時には、ご家族から生活暦や嗜好などを伺っている。あらかじめ居室担当を決め、ご家族の対応を行いやすくしている。		
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	契約時は多く時間を取り、ご家族の話を聞くようにしている。また、施設利用が初めてで不安を持ってみえる場合にはお試し利用をして頂き、その時の様子を詳しくお伝えしている。		
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	入所前に使用していたサービス事業所の職員や介護支援専門員から情報収集を行っている。ご家族の希望や都合により、場合によっては往診や受診支援(ヘルパー利用)を導入している。		
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	日常生活の中で利用者様と関わる時間は、何をすることも利用者様と職員で一緒に行うように努めている。		
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	ご家族面会時には、ご家族の体調を伺ったり、都合をお聞きし事業所側がご家族の都合に合わせるように努めている。月に1回GH新聞を送っている。		
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	自宅近くの夏祭りに参加したりなじみの喫茶店やスーパーに出掛けたりしている。友人が面会にみえた時には、ゆっくりと話をし、頂ける様に場所を提供している。	入居時の情報を基に、以前の住まい近くのスーパーや喫茶店等へ個別で出かけている。日ごろの会話から、馴染みに関する新しい情報を得た際には、個別記録に加えて更新している。家族の橋渡しで来所される友人、親戚があり、気兼ねなく過ごせるよう、プライベート空間を提供してもてなしている。年賀状を家族へ送る支援を行っている。	
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	定期的に食事席の見直しを行い、利用者様が孤立しない様に配慮している。		

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	入院が原因で退所になった場合も、要望を確認し退所後に法人内の施設に入所して頂ける様段取りを行っている。		
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					
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	つづやきを拾いながら、それを日常生活の中や個別外出にて反映させている。	思いや意向の表出の機会に、「寄り合い」を月に一度設けている。毎月、その季節に関連した話題や外出先をテーマに挙げ、一人一人の言葉をつぶさに取り上げて記録し、個別の支援に活用している。言葉以外での思いの汲み取りには、選択肢を用いての問いかけを行ったり、担当者会議で検討している。	
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	入所時などにご家族から今までの生活暦を伺ったり日々の会話の中から本人より伺い、記録に残し職員間での把握に努めている。		
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	1日の過ごし方の様子は個人記録へ残し、バイタルや入浴状況、食事摂取量なども毎日記録している。		
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	ケアプラン更新前にはケアマネ、ハウスマネージャー、居室担当者でモニタリングを実施している。そこで挙げた意見をもとに介護計画を作成している。	ケアプランの見直しは、半年に一度を基本とし、その1か月前にモニタリングを、居室担当者、ケアマネジャーとで行っている。その際には、毎日チェックしているケアプラン点検表を参考にしている。点検表には、目標に則った具体的支援が記載されており、ケアの統一化が図られている。モニタリング後に担当者会議を開催。ほぼ全世帯で家族の参加がある。見直されたプランは、職員間で共有し、把握している。	
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	毎日、利用者様と関わった中で気づいた事は、個人記録へ残し、重要な内容は業務日誌へ挙げて職員間で把握している。		
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	生活保護の方に対する金銭管理の方法を社会福祉協議会へ相談したり、ホームヘルパーを利用しての受診支援などを行っている。		

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
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	食材の買い物は地域のスーパーを利用して いる。町のお祭りに参加している。		
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	入所前から受診している医療機関へ入所後も引き続き受診して頂けるようにご家族へお願いしている。困難な場合は2週間に1度の往診を利用して頂いている。	現在7名の入居者が、家族の協力の下、以前からのかかりつけ医に通院で受診している。受診結果は、その日のうちに家族から収集し、個人データへ落としこんでいる。通院困難な人は、内科では協力医による往診を、他科へは、生活支援サービスを利用して通院している。受診の他、看護師による医療連携もある。薬管理には、会議で検討したり、マニュアル確認をする等、誤薬防止に努めている。	
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	医療連携加算をとっており、1週間に1度看護師にてバイタルや心身状態の確認を行っている。緊急時にもすぐに看護師と連絡が取れる体制にある。		
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。	協力病院である総合病院とは、入院が必要になった場合は連絡を取り合っている。利用者様の状態も随時相談している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	自施設では、看取りケアは実施していない事を入所時にご家族へ説明し、同意書を頂いている。利用者様の状態に変化があった場合にはすぐご家族様へもお伝えし、対応を相談しながら決めている。	看取り介護を実施しない方針であり、入居の際に家族へ説明し理解いただいている。要介護3を目安としており、具体的には、自力での歩行や入浴が困難となってきた場合としている。話は、早めの段階で始めて、家族に十分考えていただく時間を考慮しており、個々の相談に応じ、家族の不安に配慮している。	
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	急変時の対応について、年に1回勉強会を実施している。マニュアルの確認も行っている。事故報告書があがった際は、毎月のGH会議にて対策を全職員で話し合っている。		
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	月に1度利用者様と共に避難訓練を実施している。常備食も3日分備えてある。定期的に、緊急連絡網のテストも行っている。	消防署立ち会いの下での防災訓練を年に2回実施している。この他に、ホーム独自に月に一度、避難訓練をしている。入居者に避難経路を身につけていただく事を目的に、訓練の頻度を上げて取り組んでいる。夜勤者は、非常時の対応を訓練しており、常に避難用車両の鍵を携帯して業務に当たっている。水と食糧を3日分備蓄している。	備蓄がいつでも使用可能な状態であるように、在庫品の点検や管理等が望まれる。また、地域からの協力を得るには、相互に支援し合う関係作りが求められる。ホームから地域へ何が出来るかを検討しながら取り組んでいかれる事を期待する。

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
IV. 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	全職員が、利用者様を人生の先輩である事を常に意識して対応をしている。	今年度、接遇目標を掲げて職員一同で取り組んでいる。呼び方では「ちゃん付け」や「呼び捨て」をしない、排泄については記号(○、△)で伝える、共用部では人名はインシヤルで呼ぶ等を決めている。マナー、モラルチェックリストを用いてセルフチェックも実施している。おたよりやブログへの顔写真等の掲載は、入居の際に、意思確認を行いました承を得ている。	
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	外出先や献立、入浴など日常生活の中で色々な場合で利用者様に選択して頂ける様働きかけている。		
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	日常生活の中でどんな場面でも利用者様の意向を伺うようにしている。入浴も利用者様のペースに合わせて行っている。		
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	1日に何度も着替えをされる方は、必要以上の声掛けは行わず、見守っている。		
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	毎食の食事の準備、片付けは利用者様と一緒にしている。献立を立てる際に利用者様に食べたい物を伺ったり、誕生日には赤飯や希望を伺っている。	入居者の嗜好を献立に反映させている。食べ残しから判断することもある。食事準備や片づけを始め、買い物に職員と共に出かけたり、中庭の野菜を一緒に育てたり、入居者主体に食事が進行するよう支援している。皿の位置も、身長にあった高さに配慮している。飲みたい甘酒や、干し柿を作る等手作りおやつも時々実施。好みのものは、2か月に一度外食したり、誕生日で提供している。出前もある。個別での外食も年に一度は出かけている。	
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	利用者様の状況に合わせて、食事形態を変えたり、食事量の調整を行っている。水分摂取量が少ない方は摂取量を観察したり、好みの飲み物を飲んで頂いている。		
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	朝食後、昼食後はうがい、夕食後は歯磨きを行って頂いている。歯磨きが難しい利用者様は声掛け、確認を行っている。義歯の管理の難しい利用者様は夜間お預かりしている。		

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
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	利用者様の排泄パターンや状態にあったパンツやオムツを検討し自立にむけた支援を行っている。	ケアプランの見直し時や、本人の状態の記録から検討している。パッド確認をこまめにし、尿量を把握した上で布の下着へ移行した事例や、逆に、その人を不安にさせないために配慮した事例等、個々に合った支援をしている。夜間の巡視の基本は4時間おきだが、排泄の支援は入居者に合う方法で随時に行っている。	
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	毎日乳酸菌を摂取して頂き、散歩や体操など運動に努めている。入浴時などに腹満がないか確認を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	夏季は毎日、冬場は2日に1度入浴できるよう声掛けを行っている。好みの入浴時間や温度を理解し希望に添えるように支援している。	階段を下りて浴槽へ入るタイプの共同風呂である。浴槽をまたがなくても良いようにと設計されている。階段は、職員間でケアの方法を統一して危険回避に努めている。入浴順序は、希望と体調、状態を考慮しており、歌謡曲のBGMを流しながら、一人入浴希望の人には一人で、抵抗無い人には2人で入浴していただき、楽しんでもらっている。冬場でも、毎日希望すれば入浴可能である。	
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	食後など休憩の声掛けは行っているが、個々の睡眠サイクルや生活サイクルで過ごして頂いている。		
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	薬の受け取りの際に処方箋や内容を確認し、全職員へ周知を行っている。服薬マニュアルにそって薬の準備、投薬を行っている。		
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	個々の利用者様の得意なことや状態に合わせて役割や習字・散歩などの楽しみ事が行えるように支援をしている。		
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	普段よりつぶやきを拾い利用者様の行きたい所やしたい事を全体外出や個別外出で実行できるように伺っていく。散歩や買い物、喫茶店へ行き気分転換ができるように努めている。	個別の外出支援に取り組んでいる。行き先は、「寄り合い」等で伺った希望の場所へ、職員と1対1の体制で出かけている。故郷の犬山、歌好きの人はカラオケ、飛行機が見たいと飛行場へ等、計画して実施している。日常的には、近所の喫茶店や、公園の花を見に散歩している。また、全体の行事として、法人の10人乗り車両を利用してドライブで五条川や、成田山へ初詣等行っている。	

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	利用者様の財布をお預かりしており、買い物や外出時などは財布を持って出掛けている。ご自分の物を購入する時には可能であれば利用者様に支払いをして頂いている。		
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	GHに家族から電話がかかってきた時には希望時は取次ぎ会話をして頂いている。		
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	廊下には季節の壁画や行事の写真などを掲示している。 温度・湿度計を確認しながらエアコンの使用や換気を行い利用者様にとって適度な室温を保つように努めている。	共用部には、温度計と湿度計が置かれ、室内環境に配慮している。冬場になれば加湿器を設置し、窓際の日あたり良好な食卓は、夏場になれば北側へ移動する等、季節に応じたレイアウトで快適に過ごせるよう工夫している。また、バルコニーにはグリーンカーテンがあった。入居者の作品展示が壁を占め、共用部や廊下が華やかであり、また、「名前」や「トイレ」「便所」等が貼付され、認識を高めるための工夫が見られた。	
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	食事席の他にソファを配置し、自由に過ごして頂いている。		
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	居室内の家具は自宅で使用されていたなじみのあるものを使用して頂いている。怪我等の危険性があるものはご家族に相談し利用者様にあったものを使用して頂いている。	扉には小窓があるが、全室カーテンがかけられている。また、居室内には洗面所が設置されており、入居者のプライバシーに配慮された居室となっている。清掃は、毎日入居者が行うが、10日に一度シーツ交換時に床拭きを行っている。本を持ち込んで読書をする人や、写真やスケジュール表等を飾ったり貼る人もいて、その人が安心して暮らせる居室作りがされていた。	
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	居室内の家具は自宅で使用されていたなじみのあるものを使用して頂いている。怪我等の危険性があるものはご家族に相談し利用者様にあったものを使用して頂いている。		

目標達成計画

作成日: 平成 27年 2月 6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	4	運営推進会議の活性化	①ご利用者様の参加 ②内容の明確化	①ご利用者様に参加を促していく。グループホームでの生活の話をして頂いたり、会議の内容を知って頂く。 ②会議で出された意見や提案に対して検討し、その経過や結果を会議で報告していく。議事録には誰が意見を述べたか記載をしていく。	1年
2	35	災害時の備えの確認と協力体制	①備蓄の確認 ②地域との協力体制を築く	①避難訓練時に備蓄の場所や内容を確認し、職員全員が災害時に使用ができるようにする。 ②災害時に施設から地域へ何ができるかGH会議や運営推進会議等で検討していく。	1年
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。