

### 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	4372700924		
法人名	社会福祉法人蘇清会		
事業所名	グループホーム あいらく		
所在地	熊本県上益城郡山都町滝上223-1		
自己評価作成日	平成23年2月9日	評価結果市町村報告日	平成23年3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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	NPO法人 九州評価機構
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成23年2月25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)】**

阿蘇山を一望できる高台に位置し特別養護老人ホーム蘇望苑の併設の施設である。利用者と一緒に過ごす時間を大切に家庭的な環境を忘れずに安心して生活を送って頂けるように支援している。昼食・夕食は委託になっており月に1回は利用者が好まれるものを利用者と共に作りみんなで食べ楽しんで頂けるようにしている。また、食材も発注したものでなく畑で採れたものや御家族や職員から頂いた野菜や果物も取り入れ会話が弾むようにしている。みんなで外出することは難しいが外出が可能な方に関してはドライブや買い物出来るように支援している。また、併設の共同で祭りをしたり、施設訪問(舞踊・歌)等がある時には積極的に参加をして楽しむことが多くできるように支援している。安全面においても共同で避難訓練を行い、職員には消防署・地元消防団の指導の下消火器の取り扱いの訓練を行い災害時にも速やかに行動出来るように指導している。医療・看護面も併設の看護師の協力もあり緊急時の対応の指導や日々の状態の変化にも対応出来るようにしており、年1回は健康診断を実施し状態の把握に努め安心して暮らして頂けるように支援している。

**【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)】**

自然に囲まれた高台に位置するホームでは特別養護老人ホームやデイサービスなどの介護施設が併設されている。管理者と職員とのチームワークも良く、入居者に寄り添うケアを中心に、立ち上がりや歩行訓練などのリハビリで潜在能力を活かす支援が実施されている。外部研修に参加後は会議で報告し、情報の徹底共有とケアの統一に努めている。自己評価も職員が真剣に取り組むことによって、ケアの質の向上に役立っている。今後は食材の買物を外出支援の機会にしたり、食事作りを役割支援に加えるなど、日常生活の中で一人ひとりの能力を活かせるような支援体制が望まれる。

**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、活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
<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	基本理念は見えやすい位置に掲示して、毎朝唱和をすることで共有と意識付けを行なっている。また、カンファレンスにて理念の見直しを行い実践に繋げている。	認知症介護実践リーダー研修後に職員間で理念を見直した。認知症の基本に立ち返り、具体的な意見を出しあい、深く掘り下げて考える機会を持ち、また毎朝唱和し日々理念を意識したケアを実践している。	
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	小学校や他の団体の訪問などには積極的に参加をしている。また、行事ごとには地元ボランティアの方に参加してもらっている。だが、利用者やスタッフが地域に出向き活動を行う場が来ていない。	運営推進会議を通じてボランティアの申し込みがあり、ホーム独自の行事に参加してもらっている。隣接する施設に出かけたり、ホームの行事に招待し地元の人等と交流を図っている。	
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	認知症キャラバンメイトに参加して、地域へ出向き認知症サポーター養成に取り組んでいる。		
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	現状報告のみに留まり実践へ活かした意見交換が行われていないのが現状である。議題がないまま会議を行っている為、沈黙が続く時がある。だが、運営推進委員の方より訪問に来たいという意見があり今後計画をする予定である。	定期的に開催をし、入居者の状況や活動報告を行っている。相談内容に詳しい委員からアドバイスをもらうこともある。	議題の討議内容の検討やより理解を深めてもらうためのミニ講座の開催などの工夫を期待します。
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	運営推進会議でも現状を報告して意見をもらっている。また、解らない所があれば直接、または事務所を通して連絡を取り協力関係が築けるように努めている。	運営推進会議の中で状況を把握してもらっている他にも、普段でもわからないことなどは電話で相談を行っている。	
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	外部での研修に参加してもらったりカンファレンスでも身体拘束について取り上げており、マニュアルを通じて理解してもらうように努めている。だが、夜間の施錠に関しては職員一人の為、施錠を行っている。	身体拘束に関する外部研修に参加して、職員が共通理解を得られるように職員会議でも話している。日中は施錠せず、普段より身体拘束を行わないケアを行っている。	
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	外部研修の中でも虐待について学ぶ機会があったり、内部でも勉強会をする等して職員全体が統一した意識も持ち虐待防止に取り組んでいけるように努めている。		

グループホームあいらく

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	権利擁護に関する制度について学ぶ機会がまだ持っていない。利用者の中に姉が身元引受人の方がおり、91歳の高齢により運営推進会議にて相談した結果、検討をする必要がある。		
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	事前面接や入所時は契約や重要事項等を十分に解り易く説明した上で不明な点を気軽に尋ねて頂くように促している。又、解約の際も御家族と話し合い(必要時には主治医も交え)疑問や不安が残らないように努めている。		
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	利用者の言葉だけでなく態度や行動にも目配りして察する心遣いに努めている。また、御家族には面会に来られた時等、日々の暮らしを伝え御家族からの些細な一言にも注意して利用者主体・御家族の希望に添えるようなケアに取り組んでいる。	家族の面会時に状況の報告を行い、言葉をかけ何でも言えるような雰囲気づくりに努めている。	
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	定期的なカンファレンスを開き、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。必要時には施設長へ会議で出た意見を報告して承諾を貰い意見を反映させている。	職員会議や普段のコミュニケーションから職員の意見や提案を把握している。話し合いを重ね、勤務体制の改善等は施設長に相談している。	
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	施設長は定期的な見回りを行い、職員一人一人の勤務状況を把握している。		
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	法人内での研修は行っていない。外部研修については個々の能力に応じて必要な研修に参加してもらい質の向上に努めている。		
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	地域の社協や病院・介護サービス事業所からなる地域担当者会議に出席したり上益城部会の連絡会や各研修により外部の職員との交流を図っている。また、近隣の同事業所とも連絡を取り合い質の向上に努めている。		

グループホームあいらく

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	事前面接にて本人の生活状況や希望を把握している。入所後は環境の変化で落ち着かれないこともあるので、常に声掛け・見守りを行い何か要望はないか尋ね、意見が言いやすい環境づくりに配慮し関係作りに努めている。		
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	事前面接で注意して貰いたい事やどのような暮らしを望まれるか尋ねたり、アンケートでも希望を伺っている。御家族の話には傾聴し、入所後も面会時など利用者の状況を伝え何か要望や不安に思われていることはないか尋ね、関係作りに努めている。		
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	重要事項などを十分に説明した上で本人の状態や要望、家族の要望に沿ったサービスの提供に努めている。また、その他のサービスを希望される時にはその関係者と調整し対応している。現在HPIにリハビリへ週2回送迎をしている。		
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	本人の生活歴を把握し、その人一人一人が出来る役割を見つけ利用者・職員が共同で生活している意識を持って貰っている。また、利用者から昔の出来事を教えて貰ったりする事で職員も学び共感し相互的關係が築けるよう努めている。		
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	行事などに参加してもらい一緒に過ごす時間を作り一緒に支援している。面会に来られた時にも居室などでゆっくりと過ごしてもらい絆を大切にしながら職員がわからない所は家族に随時相談をしている。また事業所の清掃活動に参加して頂き支援してもらっている。		
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	本人からの要望があれば家族などに電話をしたり自宅へ外出したり、御家族が散髪に連れて行かれたりしている。また、併設の施設に馴染みの方が入所されている時は面会に行くなど関係が途切れないようにしている。	隣接の特養に入所された方がホームを訪れ一緒におやつ作りをしたり、出かけて行って話をするなど関係が途切れないよう支援している。馴染みの理美容室へは家族の協力を得ている。	
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	利用者の性格や相性・その日の状態を把握し、一人ひとりが気の合った利用者で過ごせるように支援し、その中で職員がコミュニケーションを取りながら孤立される利用者が出ないように配慮している。また、共同でレクや作業を行うことで利用者同士が関わりを持てるように支援している。		

グループホームあいらく

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	契約を終了すると、ほとんどの御家族との関係は途切れてしまう。しかし、一部の御家族とは施設の祭りにも参加して頂いた。今後、相談や支援が出来るような支援を行っていきたい。		
<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	本人より聞き取りが可能な場合は聞いている。困難な時には御家族に意向を聞いたりしている。また、本人の表情や態度を観察し、本人から聞き取った場合でもその思いが本心かどうか考えながら常に本人主体で思いを汲み取れるように努めている。	日々のケアの中で言葉だけでなく、行動や表情によっても把握するように努めている。意思表示が困難な方は家族に尋ね、本人本位のケアができるように努めている。	
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	本人や御家族より今までの生活歴や暮らしぶりを聞き取り、また在宅ケアマネジャーや各種サービス事業所からも各サービス利用時の状況などの情報を提供して頂き把握に努めている。		
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	本人からの訴えを聴いたり、こちらからアプローチをしたりして本人の好まれることや持っている力の把握に努めている。変化がある時には個別記録や申し送りノートに記載し職員全員が把握できるようにしている。		
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	本人や御家族に意見を伺い介護計画を立てている。しかし、職員からの意見を聴く機会を持たず今後、より計画的な介護計画の作成に取り組む必要がある。	入居者や家族の要望や意見を把握し、計画作成担当者がプランを作成している。3ヶ月ごとのモニタリングを実施し、現状に即したプランを作成している。	プランに反映する為に職員の意見を取り入れたり、プランと記録の連動を図る工夫を期待します。
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	個別記録への日々の生活の記入は出来ているが具体的な記入は出来ている時もあれば出来ない時もある。介護計画に基づいた記入はあまりなく気づきや工夫の記載もない。情報の共有は申し送りや申し送りノートにて出来ている。		
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	短期利用共同生活介護の指定は受けているが、現在までに利用されたことはない。		

グループホームあいらく

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	本人や家族・運営推進会議等において意見をもらい地域資源の把握に努めている。地域ボランティアの方には行事への参加をしてもらい暮らしを楽しむ支援をしている。昨年が地域の交流会へ参加出来ておらず、今後参加をしていきたい。		
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	契約病院から4週1回の回診があつている。利用者のかかりつけ医の多くは回診の担当医だが、本人や御家族の希望に沿い、利用者によっては他のかかりつけ医の定期受診も行い現在の病状や生活の様子を伝え適切な医療・看護が受けられるように支援している。	家族や入居者の希望するかかりつけ医とし、協力医療機関からは4週1回の回診となっている。家族の状況に応じて職員が同行し受診後は電話で報告を行っている。	
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	利用者に状態の変化があれば随時併設の特養看護師に相談をして、指示を受けたり、直接見てもらったりして適切な受診・看護が受けられるようにしている。		
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。	利用者が入院された時には病院へ情報を提供して適切な医療が出来るようにしている。入院中も面会に行った時には病院関係者と情報の交換をして、地域担当者会議でも情報を交換できるようになっており関係作りに努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期に向けた方針が事業所の契約事項に入っておらず、体制的も不十分である。しかし、主治医や御家族・ホームとで連絡を取り合い、話し合いながら、より良い支援が出来るように取り組んでいきたい。	ホームの方針は入居時に説明している。重度化したときに家族や入居者の希望を確認し医師・家族・ホームと話し合い、最善の支援を行うようにしている。	
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	救急時の対応については併設の特養看護師により年1回の勉強会が実施されており参加をして知識の向上に努めている。また、マニュアルに準じて対応するようにしている。		
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	地域との協力体制は築けていない。併設の施設との合同にて年2回避難訓練を実施している。消防署・地元消防団の協力にて消火器具の取り扱いにて指導を受ける。しかし、本年度は特養を出火元とした訓練でホームとしての訓練といえず、また夜間を想定した訓練が未だ出来ていないので早期に取り組みたい。	年2回隣接の施設と合同の避難訓練を実施している。消防署や地元の消防団には協力を依頼しており、消火器の取扱い等の指導も受けている。	ホーム独自の夜間想定避難訓練や隣接の施設との応援体制の確認を期待します。

グループホームあいらく

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	勉強会等を通じて声掛けや対応には注意を払っているが、時折利用者の話を不適切な場所(位置)で話したり、大声や制止する言動が見られることがある。職員一人一人が意識を持ち行動に移す為にも研修や勉強会をする機会を多くして適切な対応ができるように努めていきたい。	一人ひとりの人格を尊重した言葉かけや対応を心がけ、勉強会も行っている。	
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	利用者に対し決定する声掛けでなく尋ねるような声掛けに心がけ自己決定がしやすいように促している。また、本人の行動を妨げる言動は控え本人の意思で行動できるように配慮している。しかし、徹底していないのも現状である。		
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	希望が言える方には、その希望に沿った過ごし方をしてもらっている。訴えがない方にはその日の体調を考慮した上で尋ねながら、その人のペースで生活して頂けるように支援している。しかし、希望に沿えない時もあったり、職員主体で動くとする考えもあり今後改善の必要性がある。		
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	個人によっては帽子やカチューシャ・スカーフ等を使用されている。日頃の整容にも気を配り、朝自分の気に入った服を着たり、卓上の鏡を見ながら身だしなみを行ったりしている。また、行事の時にはお化粧をしてお洒落な服を着て楽しんで頂けるように支援している。		
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	朝食はホームで作(昼・夕は委託)職員も利用者と一緒に頂いている。月1回の食事作りには利用者の好みを入れたり、下拵え等も手伝ってもらい力が活かせるように支援している。また、出来る方には食卓上の食器の片づけや茶わん洗い・食器拭き等してもらい活かす支援をしている。	昼・夕食は委託となっているが、朝食と月1回はホーム内で作っている。利用者の好みを取り入れたメニューにし、能力に応じて下ごしらえや片付けなど一緒に行っている。	入居者の能力を引き出す機会や生活リハビリとして、出来る範囲でホームでの食事づくりの回数を増やされることを期待します。
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	食事形態に関しては観察を行い、また希望等によりその人に適した食事を提供できるように支援している。また、食事チェック表を用いて毎日の個々の食事量を把握し摂取量が低下している時には主治医に相談し対応したり、補助食等の検討を行う等の支援を行っている(現在は対象者はいない)。水分に関しても好みの物を飲んでもらったり回数を増やしたり、トロミを使用する等の支援をしている。		
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	毎食後、口腔ケアを行っている。準備のみの支援や義歯の洗浄など、一人一人の力に応じたケアを行っているが、拒否のある方には毎回のケアが難しい面がある。		

グループホームあいらく

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	排泄チェック表を活用し個々の排泄間隔に対応した声掛けを行っている。また、利用者から排泄の訴えがある場合は直ぐに対応し、その人の行動も見逃さないようにしている。排泄に必要な物品に関しては個人に合わせて取り扱うようにしている。	入居者のサインや排泄チェック表を活用し時間をみて声かけ誘導を行っている。一人ひとりにあった布パンツやパット・紙おむつを使用し自立に向けた支援を行っている。	
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	個々に対応した排便を促せるような飲み物を飲んでもらったり、腹部マッサージを行ったりしている。また主治医の指示の下、必要な方には下剤の使用を行い、個々の間隔で使用するようになっている。		
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	当日の予定者は決められているが本人の訴えや状態に合わせて変更を行ったり、その日に入りたい人がいるならば予定に入れ対応している。入浴時には入浴剤を使用し香りを楽しんでもらうようにしている。	基本的な入浴日は決まっているが、入居者の状況や希望に応じて臨機応変に対応している。入浴時に入浴剤を使用し、香りを楽しんでもらうなどの工夫をしている。	
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	常に見守りを行いその日の状態や状況に応じて本人の意思を確認しながら環境を変化させ、落ち着かれない時には一緒に話などをしながら安心して休んで頂けるように支援している。		
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	利用者が服用している薬の処方箋はいつでも職員が確認できる場所に保管しており共有できるようにしている。症状に変化などある時には特養看護師に相談して指示を仰いでいる。		
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	ホームでの洗濯物たたみや食事の後片付け・花植え・塗り絵等、個々の力に応じた役割や楽しみごとを見つけ支援している。また、併設の施設へ行事ごとに積極的に参加をして楽しんで過ごして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	リハビリの送迎に同乗しドライブしたり本人の希望にて自宅周囲へドライブに出掛けたりしている。また、地域周辺を散歩したり、希望があれば買い物に外出もしている。しかし、希望に沿うような外出はあまり出来ていない。	周辺の散歩や希望があった時に買物やドライブに出かけている。週2回リハビリに出かけられる方もおり、気分転換になっている。	



グループホームあいらく

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	現在、金銭を自分で所持されている方はおられないが、職員側で預かっている方に関しては希望時本人へ手渡し使えるようにしている。		
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	本人より希望があれば電話を掛け自由にやり取りが出来るようにはしている。書く練習はした事はあったがやり取りの実現までは至っていない。		
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	自然の光を取り込み明かりの調節も利用者にも伺いながらしている。ホールは季節感のある飾りつけに配慮し利用者にも感じてもらうように支援している。廊下にも行事ごとや利用者の日々の暮らしの写真を飾っているが季節と違いが出ないように注意したい。また、悪臭などしないように消臭剤を使用し不快に思いをさせないよう配慮している。	季節感のある花や飾り付けをしたり、行事の写真を掲示している。和室やソファで気のあった方同士話をしたり、腰掛けても作業ができる低いテーブルでおやつ作りを楽しんだりしている。臭気対策や掃除をまめにするなど環境整備に努めている。	
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	共有の空間には和室とホールがある。それぞれが過ごしたい場所で気の合った方と過ごされているが、ホールの空間が点々とソファを置いてあるだけで個人または、3・4人の少数での空間の確保が出来ておらず検討する必要がある。		
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	入所時には使い慣れたものや馴染みの物等を持って頂くように本人や御家族へ促している。また御家族や面会に来られた方との写真などを飾っているが居室で過ごせる環境とはいえ、前回の目標も達成できていない。	家族には入居時に使い慣れた物を持ち込んでもらうように話し、タンスや馴染みの物の持込がある。居室のドアのガラス部分はプライバシーに配慮しており、身体状況に合わせた家具のレイアウトがされている。	
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	本人の状態に合わせてベッド周りの環境を変化させている。また、廊下には不要なものは置かず、手すりを設置し、つたい歩きがし易いようにしている。		

## 目標達成計画

作成日：平成 23 年 4 月 4 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	3	運営推進会議の際、討議内容を設定していない為雑談的な内容で終えることも多い。もっと実践へ繋がる討議を行う為にも討議内容を検討して理解を深める必要がある。	グループホームの特性や認知症に関して理解してもらえるような討議内容を盛り込み実践へ繋がっていく会議を目指す。	※討議内容の検討 ※運営推進会議の年間計画を作成する。 ※次第内容に知って貰いたい事を盛り込む。 ※話だけでなく入居者との交流も検討する。	12ヶ月
2	10	ケアプランに沿った記録が十分に行われておらずモニタリングの記録も不十分である。計画作成担当が本人や御家族の要望・意見を取り入れているが担当スタッフの意見が十分に取られていない。	ケアプランと個人記録が連動しているような記録を作成する。また、担当スタッフにもケアプラン作成に関わって貰い統一した意識を持って貰う。アセスメント⇒プラン作成⇒実践⇒記録⇒モニタリング⇒アセスメント…と計画的なプランの作成を出来るようになる。	※個別のケアプランに関する年間計画を作成する。 ※記録に関する研修会(外部)に参加する。 ※記録に関する勉強会(内部)の実施。 ※担当スタッフのアセスメント・プラン作成・モニタリングの参加。	12ヶ月
3	12	日中の避難訓練は行ってきたが夜間想定 of 避難訓練を今まで実施していない為、早急に行いたい。	夜間の避難マニュアルを作成して夜間の避難訓練の実施する。	※蘇望苑防火管理者による当直者・特養夜勤者の夜間マニュアル(応援体制)の作成を依頼する。 ※避難訓練の実施。	3ヶ月
4	15	一緒に食事を作ったり、一緒に食べたりする機会が少ない。本人の力を活かす場面をもっと多く作りみんなで楽しく食事ができる環境作りをしたい。	一緒に食事を作る・食べる・片づける機会を多く設ける。入居者が食べたいものを取り入れ、買い物も発注だけでなく外に買いに行き外出支援の一環にする。	※毎週日曜日(昼)の食事はあいらくで作る。 ※日曜日の業務体制の検討。 ※広告やチラシを見ながら入居者と一緒に買い物へ行く。 ※嗜好チェック表の作成。	3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。