

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	2391500176		
法人名	特定非営利活動法人 介護サービスくら		
事業所名	グループホーム悠々(北ユニット)		
所在地	名古屋市名東区高針荒田1011番地		
自己評価作成日	平成25年10月30日	評価結果市町村受理日	平成26年3月4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	http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=2391500176-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成25年11月22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)】

建物自体が複合施設となっているため、合同で年中行事を行い事業所間を越えた高齢者の交流を積極的に行っている。また、提携病院との連携を図り、往診医師や看護師との連絡を密にし、施設常勤看護師とともに医療面での体制を図っている。“外部からの風を大切にしたい”という自社の思いから、なるべく御家族様との連絡や相談も行わせていただき、御家族様や御近所の方との交流も行っている。お食事の面では、栄養を考えたお料理や季節感のあるお食事の提供を心がけている。ご利用者様とスタッフとの外出も多く取り入れ、季節を感じて頂ける環境の中で機能訓練も兼ねて行っている。スタッフも研修には積極的に参加し、月1回のミーティングで報告しスタッフ同士のスキルを高めている。

【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、小規模多機能を併設して開設することで、複数の夜勤者が勤務している体制でもある。そのため、その利点を活かしながら、急変時の救急搬送や非常災害時の避難誘導についても、事業所間で連携しながら対応することができ、利用者、家族にとって、安心してホームで生活することができる体制である。さらに、生活場面でも、今年度からの新たな取り組みとして、職員間で食事の提供方法について検討した結果、併設事業所の厨房からの提供に加えて、月1回、ホーム内で、利用者も参加した食事作りを始めており、一人ひとりができることに参加しながら、利用者にとつての楽しみを増やしている。また、月間カレンダーを作成しながら、利用者が定期的に外出できるように取り組んでいることや、家族の意見から、その予定表を家族にも便りとして発送しており、家族にホームへの理解を深めてもらっている。

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)	○ 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、活き活きと働いている (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	事業所の理念である「助け合う、学び合う、育ち合う」をモットーを基に、入居者様に寄り添う介護を心掛けている。ユニット毎の理念を作成しようとしているが、なかなか実践できておりません。	法人共通の理念である「助け合う、学び合う、育ち合う」を掲げ、理念をスタッフルームにも貼り、理念の浸透に取り組んでいる。また、ユニット会議の中で、12か月のテーマを考えながら、理念の実践につなげている。	今後に向けて、法人全体の理念、代表者の思いを踏まえたホーム独自の理念について、職員間で検討を重ねながらつくり上げる取り組みに期待したい。
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	レクリエーションとして、周辺の散歩や近辺への買い物にでかけるなど行っている。	法人代表者が、地域の商店街の理事長を務めており、日常的に地域の行事との協力に努めている。地域の稚児行列の際の着替えの場所にもなっていることや、避難訓練を通じて、保育園との交流にもつながっている。	
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	入居者様のご家族や検討されている方の認知症に対する相談などは、じっくり話しを聞き、一四歩に考え、アドバイスをしたり、場合によっては病院の紹介等も行っている。		
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	活動報告を行う中で、参加されているご家族様や地域の方からの情報や話しを実際のサービスに結び付けられるように、行事に取り入れたり、職員に情報提供をしている。	会議では、法人代表者から、ホームでの取り組み等を話すことから始め、利用者の看取り支援に関する取り組みを知ってもらう機会にもなっている。また、会議には、商店街の元理事長が出席していることで、地域との情報交換の機会にもなっている。	
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	日々、サービスを提供するにあたって、介護保険法やその他の疑問に思うことは、積極的に市に電話連絡を行い、相談するようにしている。	法人代表者が、市の福祉活動や福祉計画等の委員を務めながら市の事業に参画しており、情報交換の機会にもなっている。また、地域包括支援センターとの連携に努めており、定期的な会議、研修等を通じて、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	前回と変わらず、玄関施錠に関しては入居前に説明し、それを了承していただいた上で入所を決定してもらっている。止むを得ず、身体拘束をするときにはご家族に説明し、納得し必要書類を記入していただいた上で行っている。	身体拘束を行わない方針を掲げているが、エレベーターから各ユニットに入る入口には、施錠を行っている。職員は、利用者が落ち着かない際には、エレベーターを使って外に出るようにしている。また、勉強会を行っており、日頃から振り返るよう取り組んでいる。	
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	毎月のミーティングの中で月例報告を行っており、その一つに虐待についての議題も設定されており、職員の内部研修としている。		

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	毎月のミーティングの中で月例報告を行っており、その一つに権利擁護についての議題も設定されており、職員の内部研修としている。		
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	前回と変わりなく、契約書や重要事項説明書についてはお互いに書面を見ながら音読にて内容を説明する。疑問があればお答えするようにしており、十分に納得されたうえで契約をしている。		
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	ご意見箱を設置しているが、実際にまだ活用されたことはなく、ご家族様からは直接お話を伺い、その都度改善するようにしている。	家族も参加する行事を、年2回以上行いながら、家族間の交流に努めている。さらに、意見箱の設置やホーム独自のアンケートも行っている。また、運営法人の便りや月間スケジュールの他、個々の利用者の写真を載せた個別の便りも発行している。	
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	ミーティングだけでなく、積極的に職員とコミュニケーションをとり、広く意見を吸い上げるように心がけている。	ホームでは、毎月のユニット会議の他に、職員にアンケートを実施する取り組みを行っており、職員からの意見や要望等の把握に取り組んでいる。また、管理者は、職員との個別の面談にも取り組み、意見等を法人にも伝えている。	
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	職員に対して無理のない勤務体制を整えたり(なつべく連休を作るなど)、向上心が持てるように常勤・非常勤共に外部の研修に参加してもらうなど、より良い職場環境作りに努めている。		
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	全員が共にスキルアップが出来ることを心がけており、研修の情報は積極的に公開している。		
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	他事業所の管理者や介護支援専門員などとの交流は理事長を介して行っており、事業所間の情報交換などは行っている。		

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
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	初期段階での信頼関係の構築は困難だが、事前にご家族からの情報収集を行い、本人様が不安にならないような声掛けや環境作りに努めている。		
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	検討されている段階や見学に来ていただいた時に、不安な事にしっかり耳を傾け、ご家族様に安心して頂けるようなサービスを行っていき、信頼関係を築いていけるように努めていく。		
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	サービスを導入する段階では、管理者・計画作成担当者・看護師を中心に、まず何が必要か、どのような支援を行っていきべきかを見極めて、職員に情報提供している。		
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	日常生活の中であらゆる生活動作の可能な範囲は、積極的に入居者様には取り組んでいってもらうようにしている。		
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	月に一度、近況報告のお手紙を出していると共に、お電話での報告、また来館された時には職員からの報告や作成している個人のアルバムを見て頂いたりしている。		
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	実際に馴染みの場所にお連れすることは難しいが、その話題に触れたり、ご家族・親戚・友人等の来館は積極的に受け入れている。	ホームでは、馴染みの友人の訪問や親族との交流を継続している方がいる。また、利用者が馴染みの場所に出かけたり、家族との外出を行っている他、法人の助け合い活動の支援を受けることで、馴染みの場所等へ出かけることも可能である。	
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	日中は、リビングで過ごしていただく事がほとんどのため、孤立させないように努めている。入居者様同士のトラブルも時々あるが、その時は職員が仲介に入り、即対応している。		

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	退所された方や亡くなられた方のご家族様等、その後にお手紙をいただいたり、電話連絡したりなど、可能な範囲でフォローは行っている。		
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	無理強いせず、なるべくご本人の意向に沿えるように心がけているが、重度の認知症の方等の場合は、ご家族様のお話を伺ったり、ご本人のそれまでの様子で判断している。	職員は担当制で、定期的な便りの作成を通じて、利用者の細かな情報の把握に取り組んでいる。また、記録の残し方について、早番、日勤、遅番、夜勤の4種類に分けることで、職員間の引き継ぎを円滑にしながら、情報の共有の工夫を行っている。	
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	入居される前の生活状態は、ご本人様やご家族様・それまでのケアマネジャーなど、積極的に情報収集するように努めている。		
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	アセスメントを基に関わっていくが、入居者様の言動や行動をしっかり受け止め、その方を理解していこうと、職員全員心がけている。		
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・ご家族様に話しを伺うことはもちろん、決められた担当職員も介入しながら、計画作成担当者が介護計画を作成していく。	介護計画の見直しについては、介護保険の更新時に見直しを行っている方が多いのが現状である。また、定期的なモニタリングはないが、変化の大きい利用者については、随時見直しを行うように取り組んでいる。	利用者一人ひとりの状況や思い等を反映した介護計画を作成するためにも、定期的なモニタリングを実施しながら介護計画の見直しの頻度を増やしていく取り組みに期待したい。
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	日々の気づきは介護記録に記載し、また、側隠が一目見て分かる様に特記事項は赤字、夜間帯は青字のように色分けして記載している。		
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	月間のスケジュール表を作成し、その月にどのような催し物があるのか、職員や入居者様だけでなく、ご家族様にも分かる様にしている。		

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
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	自治会長様や地域の方のご協力もあり、以前に比べて地域の方が参加して頂けるような行事を持つことができています。		
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	当施設では提携病院があり、月2回往診の医師が来る。入居前のかかりつけ医が良い方は、他の病院へ受診している。また、何かあった時にはすぐに電話連絡ができる体制になっている。	ホームでは、協力医による月2回の往診が行われており、24時間の連絡が可能な体制である。また、受診支援については、基本、家族による対応となっているが、ホームから情報提供を行っている他、法人が行っている生活支援制度の活用も可能である。	
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	常勤の看護師がいるため、介護職とは常に連携できる体制が整っている。また、主治医との連絡も主に看護師が行っているため、介護施設内での適切な医療行為は行えている。		
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。	入退院時には必ず情報交換を行い、退院前にはカンファレンスを開催していただき、病院のケースワーカーとは密に連絡できる体制をとれている。		
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	実際に終末期の介護は行っており、主治医よりその時の指示を頂いた際には、主治医・ご家族様・職員の話し合いの場を持ち、施設しても終末期の指針を書類で説明し、入居者様だけではなく、ご家族様のケアも行うようにしている。	看取りを見据えた支援については、できる限り対応することとし、家族との話し合いを重ねている。また、併設事業所と合わせて、複数の看護職員が勤務しており、重度化に伴う医療面での支援についても、必要な対応に取り組んでいる。	
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	マニュアルは作成しているが、緊急連絡の方法等は見える場所に貼り付けてある。また、救急救命士による応急手当やAEDの使用法の研修を以前に行っている。		
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	年に2回避難訓練を予定しており、昼間、夜間それぞれの訓練を行っている。以前は消防と連携し、はしご車を使っての屋上からの訓練も行った。	ホームでは、併設事業所と役割分担を行いながら訓練を実施しており、職員間の連携を含めた確認を行っている。さらに、消防署の協力を得て、消防車による本格的な訓練も実施している。また、倉庫にて施設全体で備蓄品の確保を行っている。	今後も取り組みを継続しながら、近隣の方との協力や、緊急時に避難する避難場所との連携等、必要な協力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
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	基本的には〇〇さん、とお呼びしているが、愛称でお呼びした方がいい方に関してはそのように声掛けをさせてもらっている。個人を尊重する、ということに関しては職員も忘れないようにしている。	職員による言葉遣いについては、日頃から、職員間の確認に努めている。また、毎月の会議の中で、利用者に対する名前の呼び掛け方や倫理に関する学習の機会をつくっており、利用者が不快な気持ちにならないように意識している。	
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	可能な範囲の中で、「自己選択・自己決定」を行うように促している。思いの表出は、我慢せずにいて頂くように心がけている。		
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、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	なるべくその方のペースに合わせて行動するように努めている。何日も入浴拒否の方やトイレ拒否の方には、職員が様々な声掛けや促しを工夫している。		
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	ご家族様には、それまで身に着けていた洋服や装飾品を用意していただいたりしている。以前の行事の一環として、メイクをして頂ける機会があったが、みなさんととても嬉しそうに参加していただいている。		
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	基本的には配膳作業が主だが、以前指摘頂いてからは各月一に、食事作りとおやつ作りをする機会を作った。入居者様には積極的に参加していただいている。	併設事業所の厨房で調理された食事を提供しているが、月1回、ユニット毎で、買い物から利用者も参加した食事作りを行っている。また、ホーム内でトロミ食や刻み食に対応している他、月間カレンダーで計画しながら、おやつ作り、喫茶、外食を実施している。	
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	栄養バランスは管理栄養士のレシピをもとに調理を行っている。糖尿病や心臓病の食事に関しては他の方とは分けて調理している。水分量や食事量は毎回チェックし、記録している。		
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	職員が声掛けし、毎食後の口腔ケアを行っている。お一人で難しい方には介助に入る。また、訪問歯科と連携し、口腔内の清潔保持を行っている。		

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
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	なるべく残存能力を生かしてあげたいという思いであり、トイレへの促しは行っているが、失敗が多くなってきたときは、職員間でどのようにしたらよいか等、段階を追うようにしている。	ホームでは、トイレの床の色を排泄につながりやすい色にすることで、利用者が自然に排泄できるような工夫を行っている。また、職員間で利用者の排泄情報を共有しながら、トイレへの声かけを行うように取り組んでいる。	
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	水分を飲むように促している。腹部のマッサージなどを行い、排便を促している。体操などはほぼ毎日行っている。医師との連携で薬の処方などで対応している方もいる。		
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	なるべくその方の希望に沿って入浴するようにしているため、毎日入浴している方もいる。声掛けや介助が必要な方には、3日毎には声掛けをしている。	基本、3日に1回の入浴となっているが、利用者の希望に合わせ、毎日の入浴も可能であり、実際に毎日の方もいる。入浴を嫌がる方には、職員が交代したり、声かけを工夫しながら促している。また、柚子、菖蒲湯等の季節の楽しみも行われている。	
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	夜の口腔ケアの後、無理やり寝かすことはないが、22時までには各自就寝して頂くようにしている。日中の休息に関しては、希望があれば部屋で休んでいただくが、長時間にならないように声掛けは行っている。		
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	服薬の内容については、看護職だけではなく、介護職も目を通すようにしている。万が一、事故があった時には即報告し改善していくよう指導している。		
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	大きな行事や遠足等の遠出は月に一度行っており、ご家族様にも参加して頂いている。また、それまでの趣味が生かせるような環境作りも職員で心がけている。		
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支援している	近隣への外出は、普段から行えるように努めている。なかなかご家族様と行けないような場所は、遠足として行事の中で行き、ご家族様にも参加して頂いている。	ホームでは、ユニット毎で月間カレンダーに基づきながら、利用者が定期的に外出ができるように取り組んでいる。また、外出の際には利用者がお金を持って買い物したり、遠足に出かける際には家族が参加することもあり、家族との交流にもつながっている。	

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	その人に応じて手持ちのお金は持っているが、高額なお金は金庫で預かっている。普段はお金を持たない人でも、外出先で購入、支払いなどがあれば本人にお金を私渡し、支払いを行ってもらう。		
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	家族に電話したいなどの要望があった場合、職員が家族に電話し、本人へ取り次ぐ支援を行っている。郵便物などが届いた場合は、ご家族様との了承を得て本人へ渡している。		
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	色彩コーディネーターの方に施設建設時に介入して頂いているので、環境に関しては整備されていると思う。また、リビングでの座る位置などは入居者様同士の関係性を考慮して、位置を決定している。	リビングは、専門の色彩コーディネーターの助言を得ながら、利用者が落ち着いて過ごすことができるクリーム系の色を選んでいる。また、壁には、季節感のある飾り付けを行ったり、ホームの行事の様子を写真で掲示してある。	
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	教養訓練では独りになれるような場所はトイレなどしかないが、ソファなどでゆったりと過ごせるようにしている。窓の外景色を眺めて利用者と職員や利用者同士が会話している。		
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	使い慣れたものは精神の安定になるため、入居前に使用していた物を、なるべく持参して頂くようにしている。	居室にも、色彩に配慮した壁紙を使用しており、利用者が落ち着いて過ごせるように配慮している。また、自宅から家具や電化製品を持ち込んでいる方や、特に持ち込んでいない方もおり、個性に配慮した居室づくりを行っている。	
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	普段の生活から“生活リハビリ”が行えるような作りになっている。そのため、入居者様の出来ることを伸ばしてあげられる生活環境を作っていきたいと日頃から思っている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム悠々

目標達成計画

作成日: 平成 26年 3月 3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	法人全体の理念を基に、入居者様に寄り添った介護を心がけているが、事業所としての理念作成はまだ実践できていない。	現場の入所者様と直接的に介護にあたっているスタッフにとっても、分かりやすい目標や課題を挙げて、全員が何に向かっているのかを明確にする。	各ユニットに1ヶ月毎に、現課題を分析し分かりやすい目標を立てる。	1ヶ月
2	26	計画作成者が介護計画を立てているが、全スタッフで話しあったり、定期的なモニタリングは実施していない。	介護計画を立案していく時には、話し合いの時間をとり、携わっているスタッフ全員が関わることとし、定期的なモニタリングも行える状況にしておく。	計画作成担当者を中心に、介護スタッフにも積極的にプラン作成に関わってもらい、また立てたプランもモニタリングを行い、立案したプランの見直しを行うようにする。	6ヶ月
3	35	年2回の避難訓練は行っているが、非常時時の連絡ルート等は全スタッフ把握には及んでいない。また、地域住民の参加も少ない。	従来通り年2回の避難訓練は行っていくものの、昼間・夜間の訓練の徹底を全スタッフに図っていきたい。	最低年2回とし、行えるときはそれ以上を行っていき、スタッフ全員が1回以上参加できる予定を組んでいく。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月