

### 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	4370103303		
法人名	医療法人社団 起幸会		
事業所名	グループホーム ふれあい①		
所在地	熊本県熊本市近見8丁目14-59		
自己評価作成日	平成23年8月10日	評価結果市町村報告日	平成23年9月18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.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/">http://www.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/</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8月18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)】**

入居者の重度化や、医療依存度が高くなった時、ご家族との話し合いを行う中で、最期までグループホームで過ごすことを希望されるご家族に対しては、主治医との連携によって状態を家族に伝え、常にご本人にとって「望まれること」を一緒に考え、ホームにおいて「出来ること・出来ないこと」を明確にしてケアに取り組むことを大事にしている。本年度より取り組み始めた野菜の移動販売が定着してきており、今後グループホームから情報誌を発信し、地域の方との交流の場を作る取り組みに力を入れている。

**【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)】**

医療法人を本体とするホームは周囲は団地が多く、屋間の地域住民との交流が難しい立地条件である。それを解決すべく推進会議の開催により、地域への周知や交流の機会を持つことが出来るような取り組みへとつながっている。また、緊急時や体調の急変時も法人の協力体制が構築されており、家族の信頼を得ている。入居者の重度化も進みつつあり、職員の異動なども重なり、改善すべき事案を職員のチームワークや家族との協力を得て、入居者の安心・安全で穏やかな生活が送れるように真摯に取り組んでいる姿勢が窺えた。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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拡がったり深まり、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
<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	入居者一人ひとりが「主」として生活することを目的として、個性を尊重できるよう「目標」を設定し、実践しているが、定期的な実践状況の確認、見直しに関しては、不十分な現状にある。	ホーム独自の基本理念と標語を掲げ、自分達が目指すケアを実践すべく業務に当たっている。	全職員で理念に関しての振り返りの機会を持たれることが期待されます。
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	入居者の重度化、また、団地地域でもあるため、日常的な交流が厳しい状況にあるが、団地の方自ら植木の手入れに来て頂くようになり、徐々に日常化してきている。また、事業所側から地域清掃・集い等に積極的に参加する努力が必要。	周辺は団地に囲まれており、日常的な交流は難しいものの、推進会議への自治会長の出席により、ホームへの奉仕作業が実現したり、近隣の小学校との交流もしている。	以前より地域との関わりが増えており、取り組みも計画されています。地域密着型サービスの役割を果たせるように、実現が期待されます。
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	事業所自ら積極的に地域の人々に貢献することは出来ていない。		
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	これまで年に1回程度しか行っておらず、委員の方から、「もっと現状を聞かせてほしい」「我々に出来る事があれば何でも協力します。」などの声を頂いている。今年に入り、2ヶ月に1度のペースで行い、色んなアイデアを頂いている。	会議を2ヶ月に1回開催しており、メンバーは町内会長、民生委員、家族会の代表、地域住民、包括、ホーム職員から構成されており、ホームの現状報告や地域の情報、委員との意見交換をしている。地域ぐるみの見守り依頼や地域との関わりを深めるために子ども会や老人会への働きかけをするなどの活発な意見交換が出来るようになってきている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは頃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	行っていない。	推進会議へ地域包括の職員の参加がある。月に1回、熊本市の介護相談支援員の訪問を受けている。	行政と連携がとれ、協力体制が構築される取り組みが期待されます。
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	日常的なケアの中で、これは拘束に当たらないか？ということを常に考え、意見交換しながら取り組むことが出来ている。居室の施錠も行っていないが、自ら施錠される方に関しては、ご本人にお任せしている。	職員は身体拘束の弊害を認識している。法人で開催される身体拘束委員会に参加し、ホームを含め他の併設事業所における事例を検討し、ホームに持ち帰り、報告し、職員間で話し合い、拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	定期的に虐待に関しての勉強会を行う機会には設けていないが、基本方針に沿ったケアを行うことで虐待のない取り組みがなされている。また、入居者の日常の変化を素早くキャッチする努力を行っている。		

グループホーム ふれあい

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
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	外部研修を通じて学ぶ機会はあるが、全員ではない。		
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	契約に関しては、基本的に管理者が行っているが、契約内容を一つずつ読み上げ、同意を得るようにしている。		
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	離れて暮らしている分、ご家族の想いはとても強いということを理解し、面会時にホームでの暮らしぶりを伝える他、何か心配な点は無いか等を尋ね、ご家族に寄り添う時間を設けるようにしている。	面会時や家族会の開催時に入居者のホームでの生活ぶりや健康状態について話をしている。相談しやすい雰囲気作りに努めている。毎月、担当によるお便りを送付している。	更に、家族の意見や質問などを把握する機会の開催の取り組みが期待されます。
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	管理者の変更や、職員の入れ替わりが続き、マンパワー不足も顕著な事から、職員のモチベーションが落ちている現状にある。定期的に法人と職員とのミーティングを行う他、管理者や職員が直接職員のニーズや現状を伝える様になっている。		
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	入居者の重度化、マンパワー不足から、残業時間が多い現状にあるが、入居者主体のケアを行う上で、やむを得ない残業という事でスタッフには理解を求め、管理者は、法人代表者に常に現状を報告し協力を求めている。		
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	管理者が職員一人ひとりの力量を把握する事は出来ているが、自己評価・力量評価を定期的に行う事は現状としては出来ていない。研修に関しても、案内の紹介は行っているが、休日を利用して、個人の判断で参加している。		
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	グループホームの熊本市ブロック会において定期的に同業者との意見交換は行っているが、相互訪問等の活動は行っていない。		

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	家族やご本人との会話を蜜に行い、家族・本人のニーズを把握するように努めている。		
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	大切な家族を預ける側にも不安や要望がある事を理解し、サービス導入後も面会時等に何か困った事等無いか伺うようにしている。		
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	職員一人ひとりがよりよいサービスの提供を目指し、ご本人の一つひとつの言動から、今何を必要としているのかを自問し、ご家族に確認する様努めている。		
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	入居者の重度化が進み、又、マンパワー不足という現状ではあるが、「出来ない」と決め付けず、これまでご本人がして来た事を大切にした支援を行う様に心掛けている。		
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	職員は、日々のケアの中で感じたご本人に関する疑問を共有し、ご家族の面会時等に情報を求め、共に支援出来る様に努めている。		
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	会話の中でよく登場する人や場所に対して想いが強いという事を理解し、昔から通っている美容院に行ったり、昔から好きで遊びに行っていた場所へドライブに行く等、ご本人のその時の「想い」を大切にする様に努めている。	入居者との会話や関わりの中で馴染み方の把握をし、記録し、家族と相談し、馴染みの美容院や場所と一緒にいる。	
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	利用者同士の相性や認知症状によって、常に関り合う事は困難だが、様々な場面・行事の中で、他者と交流する時間や環境作り に努めている。		

グループホーム ふれあい

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
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	現状としては、全ての利用者には行えていない。		
<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	認知症の重度化から、希望を伝えることが困難な方が多くなっているが、「その人らしい」を常に考え、職員間での意見交換を行っている。	日常の関わりを通して思いや意向を聞いている。困難な方は反応やしぐさから把握するようにしているが、重度化が進み難しくなっている入居者も多い。職員間で情報を共有し、思いに添えるように努めているものの、現実的に職員体制により思いに添えない場合も多い。	重度化された入居者が多くなり、マンパワー不足を認識されていますが、常に入居者の意向に沿った対応が期待されます。
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	家族から情報や昔の写真を頂くなどして、常に情報収集に努めている。		
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	職員間で常に情報交換を行いながら、現状の把握に努めている。		
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	担当職員・計画作成担当者がケアプランを立て、本人らしい生活を送れるように支援しているが、マンパワー不足により、定期的なカンファレンスが行えていない。家族との話し合いの場を持つ事も加え、これからの課題である。	定期的にあセスメントや計画の見直しを担当者と計画作成担当者と実施するようにしている。	統一したケアの実践のためにも全職員のケアプランの理解と記録の充実が期待されます。
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	常に「何故？」を考えて入居者に寄り添い、「気づき」を共有していく事は出来ているが、記録に残すという点で、記録の記入の仕方など、まだまだ教育が必要な部分がある。		
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	要望とチャンスがあれば、外出支援(買い物・食事等)の対応は柔軟に行っている。入居者・家族の個々のニーズに対応出来る様心掛けている。		

グループホーム ふれあい

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
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	地域交流の希薄や、入居者の重度化、マンパワー不足など、様々な観点から、資源を把握して有効に活用できているとは言えない。		
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	入居されてからも、以前のかかりつけ医を継続希望の方に関しては、家族の協力を得ながら、状態や病状の変化時の対処をしている。また、情報提供や相談対処等、適切な医療提供や説明を行っている。	以前からのかかりつけ医の医療を受けられるようにしているものの、入居時に協力医(法人)に変えられる方が多い。月1回定期検診に職員が通院介助し、緊急時にはいつでも対応してもらえる。他科に関しては基本的に家族による通院介助としている。受診前後の情報の共有は出来ている。	
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	グループホームの看護職が、医療重視のケアにならないように、介護職とのチームケアを十分理解している。また、入居者の疾病に関する知識・生活上の注意事項についてを介護職員に指導するなど、連携して行っている。		
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。	認知症の症状によって、不安感が強くなり、環境の変化で予期できない行動を起こされる可能性があること等、病院関係者との情報交換を行い、入院中もご本人の状態把握に努めている。		
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	重度化してホームでの医療行為が増加した際は、チームとしてミーティングを蜜に行い、情報共有に努めている。終末期のあり方についても、家族の意向を職員が把握し、急な状態の変化時にも対応できるように努めている。	入居時に重度化や終末期に関してホームの指針や出来ることと出来ないことの説明をし、了承頂いている。その時期が来た場合は家族とかかりつけ医、ホームとで十分に話し合いを重ね、家族が納得した方法をとるようにしている。	
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	緊急時の対応マニュアルを把握し、急変時の初期対応について看護職員の指導を受けているが、全職員が、定期的には言えない。		
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	法人全体での訓練には参加を行っているが、全員は参加できていない。入居者の重度化も進んでいる為、定期的に全職員が訓練を行い、災害に備えるようにしていきたい。	隣接の法人の訓練に参加している。非難の際のマニュアルは作成している。	火災や地震などの災害時に関して、昼夜設定の訓練の実施が望まれます。

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>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	「慣れ」た関係にならないように、常に職員が「人生の先輩」としての意識を持ち、尊厳を重視した言葉かけや対応を行っている。	職員は入居者を尊敬し、各入居者に合わせた言葉かけや対応をしている。排泄時や入浴時にもプライバシーに配慮した対応をしている。個人情報の保護に関しても徹底している。	
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	ご本人の興味の湧くようなケアの働きかけを基本としている。認知症の重度化によって、思いを上手く表現できない方でも、御本人の好みや力を活かす事が出来るように支援する事を大切にしている。		
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	認知症が重度な方においては、不快の除去や安楽を基本に支援を行っている。マンパワーの不足が、時に入居者のペースを乱している場面がある。		
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	「その人らしさ」を基本に考え、一人ひとりの好みの身だしなみやおしゃれが出来るように支援が出来ている。		
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	認知症の重度化・マンパワー不足から、時に「出来ること」を剥奪している場面がある。調理の下ごしらえや、つぎ分けなど、一緒に行うことを大切にしている。	季節感や入居者の好みを取り入れた献立を作成し、出来る入居者と一緒の下拵えや配膳などを行っている。職員も一緒に食事を摂り、介助の必要な方の傍らで会話を楽しみ、様々な情報を得る機会ともなっている。嚥下能力に応じた食事形態を提供している。	
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	各入居者に合わせた食事量・形態を心掛けている。また、ご本人の気持ちを尊重し、食事のペースを考えながらの介助を基本としており、食べやすい・飲みやすい環境づくりを行っている。		
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	「面倒」・「職員に言われたくない」という意識から、なかなか口腔ケアが定着しない方に関しては、週に一回の歯科往診の際に口腔内の点検をしてもらい、清潔保持に努めている。		

グループホーム ふれあい

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
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	一人ひとりのトイレサインを職員が把握し、見逃さないように努めている。又、トイレに座ってから排泄までの時間を把握し、ゆっくと排泄できるように支援している。	入居者の排泄パターンを把握しており、プライバシーを考慮して声かけやトイレ誘導をしている。昼間は出来るだけトイレでの排泄に努め、布パンツ+パットに替えるなどの工夫をし、自立に向けて取り組んでいる。	
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	入居以前から下剤を常用している方はおられるが、更に運動を取り入れたり、乳酸菌飲料や黒豆茶の引用を習慣付ける事で、便秘予防に効果が出ている。		
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	入浴日や時間は取り決めていない。しかし、自ら曜日や時間を選択できる方が少ない為、ご本人の調子の良い日や時間、職員に余裕のある時間に誘いをかけている現状にある。	入浴は希望に応じていつでも出来る。体調や状態を考慮して、気持ちよく入浴できるように支援している。拒否の方には無理強いせず、時間をおいて声かけをしたり、様子を見てお誘いしている。清拭やシャワー浴に変えたりと、清潔保持に努めている。	
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	入居者の状態に合わせて、日中、運動や活動を取り入れ、夜間の安眠に繋がるように努めている。一人ひとりの不快要素を理解し、休息や、眠りの環境作りにも注意している。		
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	入居者一人ひとりの持病・持病に対するの内服に関しては理解出来ているが、効能・副作用についての認識にはバラつきがある。症状の変化や注意点等、看護職員の指導を受けながら理解するように努めている。		
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	職員は、入居者一人ひとりの生活歴・楽しみを把握しており、楽しい生活を送ることが出来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	マンパワー不足や、入居者の重度化から、その日の希望にそってという場面が少なくなったりつつある。「その時」を大切にケアを基本とする上で、課題となっている。	食材の買い物や季節ごとにドライブや花見などに出かけている。車椅子の方が多くなってきたため、外出は難しくなっているが、希望があれば出来るだけ出かけるようにしている。ホームの庭で日光浴や花の観賞などしたり、隣のユニットへの行き来をしている。	



グループホーム ふれあい

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
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	毎月ご本人の自由に使えるお金として、家族よりお金を預かり、金庫保管としている。購入希望があれば職員と一緒に買いに行き、職員見守りの元で、ご自分で支払って頂く支援をしている。		
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	ホーム内に設置してある公衆電話を利用し、自ら手持ちの小銭を使用して家族や友人に電話をかける方が1名いるが、その他では、電話番号を記憶しておられる方がいない為、希望時には職員が支援している。		
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	他者の声や物音などで食事が入らなくなる方には、居室を利用して食事環境を整えたり、時間をずらして提供するようにして対応出来ている。その他の不快に繋がるような場面は、スタッフの気付きで対応している。	共有空間は和風の落ち着いた装飾が施されている。季節感も大切にしており、壁には入居者のイベントの写真などが飾ってある。職員は声やテレビの音量、光量、換気、臭気に配慮し、気持ち良く生活できるように努めている。	
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	構造上、一人になる空間が無いため、共用空間で不穏になられた場合は、居室や事務所を利用している。また、テーブルを気の合う者同士で分け、共用空間を楽しく過ごせるように工夫している。		
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	ご本人が自宅で使用していた家具や思い出の品物を配置し、馴染みの空間を作るように心掛けているが、自ら自由に居室空間を利用できる方が少ない現状にある。	馴染みの家具や生活用品、ソファ、仏壇、電化製品などが多く持ち込まれ、それぞれに個性的な居室作りの支援がしてある。身体機能に合わせた家具のレイアウトがしてある。	
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	安全・危険に関して常に意識して、環境づくりに注意するように、職員の意識付けは出来ており、できる限りの工夫はなされているが、自立した生活が送れる入居者が減ってきている現状にある。		

### 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	4370103303		
法人名	医療法人社団 起幸会		
事業所名	グループホーム ふれあい②		
所在地	熊本県熊本市近見8丁目14-59		
自己評価作成日	平成23年8月10日	評価結果市町村報告日	平成23年9月18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)】

--

※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>
----------	---

【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)】

--

【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8月18日

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 3. 利用者の1/3くらい 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)
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)
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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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)
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
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
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (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	入居者一人ひとりが「主」として生活することを目的として、個性を尊重できるよう「目標」を設定し、実践しているが、定期的な実践状況の確認、見直しに関しては、不十分な現状にある。		
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	入居者の重度化、また、団地地域でもあるため、日常的な交流が厳しい状況にあるが、団地の方自ら植木の手入れに来て頂くようになり、徐々に日常化してきている。また、事業所側から地域清掃・集い等に積極的に参加する努力が必要。		
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	事業所自ら積極的に地域の人々に貢献することは出来ていない。		
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	これまで年に1回程度しか行えておらず、委員の方から、「もっと現状を聞かせてほしい」「我々に出来る事があれば何でも協力します。」などの声を頂いている。今年に入り、2ヶ月に1度のペースで行い、色々なアイデアを頂いている。		
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に取り組んでいる	行えていない。		
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	日常的なケアの中で、これは拘束に当たらないか？ということを常に考え、意見交換しながら取り組むことが出来ている。居室の施錠も行っていないが、自ら施錠される方に関しては、ご本人にお任せしている。		
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	定期的に虐待に関する勉強会を行う機会には設けていないが、基本方針に沿ったケアを行うことで虐待のない取組みがなされている。また、入居者の日常の変化を素早くキャッチする努力を行っている。		
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	外部研修を通じて学ぶ機会はあるが、全員ではない。		

9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約に関しては、基本的に管理者が行っているが、契約内容を一つずつ読み上げ、同意を得るようにしている。		
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	離れて暮らしている分、ご家族の想いはとても強いということを理解し、面会時にホームでの暮らしぶりを伝える他、何か心配な点は無いか等を尋ね、ご家族に寄り添う時間を設けるようにしている。		
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	管理者の変更や、職員の入れ替わりが続き、マンパワー不足も顕著な事から、職員のモチベーションが落ちている現状にある。定期的に法人と職員とのミーティングを行う他、管理者や職員が直接職員のニーズや現状を伝える様にしている。		
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	入居者の重度化、マンパワー不足から、残業時間が多い現状にあるが、入居者主体のケアを行う上で、やむを得ない残業という事でスタッフには理解を求め、管理者は、法人代表者に常に現状を報告し協力を求めている。		
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	管理者が職員一人ひとりの力量を把握する事は出来ているが、自己評価・力量評価を定期的に行う事は現状としては出来ていない。研修に関しても、案内の紹介は行っているが、休日を利用して、個人の判断で参加している。		
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	グループホームの熊本市ブロック会において定期的に同業者との意見交換は行えているが、相互訪問等の活動は行えていない。		
<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	家族やご本人との会話を蜜に行い、家族・本人のニーズを把握するように努めている。		
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	大切な家族を預ける側にも不安や要望がある事を理解し、サービス導入後も面会時等に何か困った事等無いか伺うようにしている。		
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	職員一人ひとりがよりよいサービスの提供を目指し、ご本人の一つひとつの言動から、今何を必要としているのかを自問し、ご家族に確認する様努めている。		

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	入居者の重度化が進み、又、マンパワー不足という現状ではあるが、「出来ない」と決め付けず、これまでご本人がして来た事を大切にされた支援を行う様に心掛けている。		
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	職員は、日々のケアの中で感じたご本人に関する疑問を共有し、ご家族の面会時等に情報を求め、共に支援出来る様に努めている。		
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	会話の中でよく登場する人や場所に対して想いが強いという事を理解し、昔から通っている美容院に行ったり、昔から好きで遊びに行っていた場所へドライブに行く等、ご本人のその時の「想い」を大切にされる様に努めている。		
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	利用者同士の相性や認知症状によって、常に関り合う事は困難だが、様々な場面・行事の中で、他者と交流する時間や環境作り等に努めている。		
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	現状としては、全ての利用者には行えていない。		
<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	認知症の重度化から、希望を伝えることが困難な方が多くなっているが、「その人らしさ」を常に考え、職員間での意見交換を行っている。		
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	家族から情報や昔の写真を頂くなどして、常に情報収集に努めている。		
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	職員間で常に情報交換を行いながら、現状の把握に努めている。		
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	担当職員・計画作成担当でケアプランを立て、本人らしい生活を送れるように支援しているが、マンパワー不足により、定期的なカンファレンスが行えていない。家族との話し合いの場を持つ事も加え、これからの課題である。		

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	常に「何故？」を考えて入居者に寄り添い、「気付き」を共有していく事は出来ているが、記録に残すという点で、記録の記入の仕方など、まだまだ教育が必要な部分がある。		
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	要望とチャンスがあれば、外出支援(買い物・食事等)の対応は柔軟に行えている。入居者・家族の個々のニーズに対応出来る様心掛けている。		
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	地域交流の希薄や、入居者の重度化、マンパワー不足など、様々な観点から、資源を把握して有効に活用できているとは言えない。		
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し、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	入居されてからも、以前のかかりつけ医を継続希望の方に関しては、家族の協力を得ながら、状態や病状の変化時の対処をしている。また、情報提供や相談対処等、適切な医療提供や説明を行っている。		
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	グループホームの看護職が、医療重視のケアにならないように、介護職とのチームケアを十分理解している。また、入居者の疾病に関しての知識・生活上の注意事項についてを介護職員に指導するなど、連携して行っている。		
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。	認知症の症状によって、不安感が強くなり、環境の変化で予期できない行動を起こされる可能性があること等、病院関係者との情報交換を行い、入院中もご本人の状態把握に努めている。		
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	重度化してホームでの医療行為が増加した際は、チームとしてミーティングを蜜に行い、情報共有に努めている。終末期のあり方についても、家族の意向を職員が把握し、急な状態の変化時にも対応できるように努めている。		
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	緊急時の対応マニュアルを把握し、急変時の初期対応について看護職員の指導を受けているが、全職員が、定期的には言えない。		
35	(13)	○災害対策	法人全体での訓練には参加を行っている		

		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	が、全員は参加できていない。入居者の重度化も進んでいる為、定期的に全職員が訓練を行い、災害に備えるようにしていきたい。		
<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	「慣れ」た関係にならないように、常に職員が「人生の先輩」としての意識を持ち、尊厳を重視した言葉かけや対応を行っている。		
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	ご本人の興味の湧くようなケアの働きかけを基本としている。認知症の重度化によって、思いを上手く表現できない方でも、御本人の好みや力を活かす事が出来るように支援する事を大切にしている。		
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	認知症が重度な方においては、不快の除去や安楽を基本に支援を行っている。マンパワーの不足が、時に入居者のペースを乱している場面がある。		
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	「その人らしさ」を基本に考え、一人ひとりの好みの身だしなみやおしゃれが出来るように支援が出来ている。		
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	認知症の重度化・マンパワー不足から、時に「出来ること」を剥奪している場面がある。調理の下ごしらえや、つぎ分けなど、一緒に行うことを大切にしている。		
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	各入居者に合わせた食事量・形態を心掛けている。また、ご本人の気持ちを尊重し、食事のペースを考えながらの介助を基本としており、食べやすい・飲みやすい環境づくりを行っている。		
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	「面倒」・「職員に言われたくない」という意識から、なかなか口腔ケアが定着しない方に関しては、週に一回の歯科往診の際に口腔内の点検をしてもらい、清潔保持に努めている。		
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	一人ひとりのトイレサインを職員が把握し、見逃さないように努めている。又、トイレに座ってから排泄までの時間を把握し、ゆっくりと排泄できるように支援している。		
44		○便秘の予防と対応	1月以前から下剤を常用している方は		

		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	入居以前から下剤を常用している方はおられるが、更に運動を取り入れたり、乳酸菌飲料や黒豆茶の引用を習慣付ける事で、便秘予防に効果が出ている。		
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	入浴日や時間は取り決めていない。しかし、自ら曜日や時間を選択できる方が少ない為、ご本人の調子の良い日や時間、職員に余裕のある時間に誘いをかけている現状にある。		
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	入居者の状態に合わせて、日中、運動や活動を取り入れ、夜間の安眠に繋がるように努めている。一人ひとりの不快要素を理解し、休息や、眠りの環境作りにも注意している。		
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	入居者一人ひとりの持病・持病に対しての内服に関しては理解出来ているが、効能・副作用のについての認識にはバラつきがある。症状の変化や注意点等、看護職員の指導を受けながら理解するように努めている。		
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	職員は、入居者一人ひとりの生活歴・楽しみを把握しており、楽しい生活を送ることが出来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	マンパワー不足や、入居者の重度化から、その日の希望にそってという場面が少なくなりつつある。「その時」を大切にされたケアを基本とする上で、課題となっている。		
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	毎月ご本人の自由に使えるお金として、家族よりお金を預かり、金庫保管としている。購入希望があれば職員と一緒に買いに行き、職員見守りの元で、ご自分で支払って頂く支援をしている。		
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	ホーム内に設置してある公衆電話を利用し、自ら手持ちの小銭を使用して家族や友人に電話をかける方が1名いるが、その他では、電話番号を記憶しておられる方がいない為、希望時には職員が支援している。		
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	他者の声や物音などで食事が入らなくなる方には、居室を利用して食事環境を整えたり、時間をずらして提供するようにして対応出来ている。その他の不快に繋がるような場面は、スタッフの気付きで対応している。		



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	構造上、一人になる空間が無いため、共用空間で不穏になられた場合は、居室や事務所を利用している。また、テーブルを気の合う者同士で分け、共用空間を楽しく過ごせるように工夫している。		
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	ご本人が自宅で使用していた家具や思い出の品物を配置し、馴染みの空間を作るように心掛けているが、自ら自由に居室空間を利用できる方が少ない現状にある。		
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	安全・危険に関して常に意識して、環境づくりに注意するように、職員の意識付けは出来ており、できる限りの工夫はなされているが、自立した生活が送れる入居者が減ってきている現状にある。		

## 目標達成計画

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	10	現状では、家族の意見や質問を伺う場としては面会の時間のみで、定期的な家族会は行っていない。	年間を通して、4回(季節ごと)の家族会を行う。	ホームでの行事や催し物についての案内を積極的に家族に行い、家族がホームに足を運ぶ機会を増やす取組みを行う。その中で、家族同士の馴染みの関係の構築を図る。	24ヶ月
2	26	介護計画は、本人やご家族の思いに沿ったものとなっていると思うが、見直しに当たっては、定期的なカンファレンス・モニタリングが行えておらず、家族との話し合いも、面会時の限られた時間のみとなっており、充分ではない。	全職員が、ケアプランについて理解し、実践する。また、ケアプランに沿った記録を行う。全職員が、ケアプランを説明でき、積極的に家族に意見を求める事が出来るようになる。	ケアプランを身近な書類とする為に、普段記録を行う机の棚に保管する。定期的なケアプラン勉強会と、ケアミーティングの実施。アセスメント時期の確認と実施。	24ヶ月
3	35	年に1回程度、法人での訓練には参加しているが、全員ではない。又、グループホームでの昼夜設定での訓練が実施出来ていない。	災害時のマニュアルを全職員が理解し実践出来るようになる。	定期的に勉強会や昼夜設定の訓練を行う。(年間3~4回程度)	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。