

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	2371400884		
法人名	有限会社さくら		
事業所名	グループホーム浦里		
所在地	愛知県名古屋市長区浦里5丁目109番地		
自己評価作成日	平成21年11月1日	評価結果市町村受理日	平成21年12月25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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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	愛知県名古屋市中村区松原町1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年11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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・「自分で選んで、決める暮らし」を運営理念とし、「自立支援」を念頭に介護を行っている。 ・鍵をかけないケアを開所当初から行っており、空間・心ともに開放的な生活を目指している。 ・より家庭に近い環境を目指し、3～4世代交流と地域との交流を行っている。 ・開所当初より職員が定着しており、利用者とも馴染みの関係を築くことができている。 ・代表が看護師であり、協力医療機関との連携、終末期に向けた取り組みを積極的に行っている。
--

【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)】

<p>代表者が「自分や身内が住めるような家を作りたい」という想いから出来上がった「グループホーム浦里」は、ホーム理念を家訓として掲げるほど、スタッフが利用者を主体に考え、共に支え合う暮らしを定着させている。一軒の家族のように、細かい部分に目が届くケアを目指し、スタッフの入れ替わりが無い事も、利用者にとって幸せである。地域包括センターの協力のもと、ホーム主催の講演会、地域の子供達との協力によるミュージックベルの講演会を主催している。その取り組みによって、利用者の意欲向上、自信へのつながり、チームワークの素晴らしさを味わう事ができ、また家族の安心も得られたという報告がある。そのようなホームを全職員、家族、利用者すべてが誇りに思っていると感じられるグループホームである。</p>
--

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	開設当初より理念と家訓を定め、職員全員でそれを共有し、理念に則り実践している	「気分・体調に合わせた生活、開放的な心を空間で世代を超えた交流、地域との交流それぞれの力を信じよう」を理念に、スタッフ、利用者、誰もが目に付くように、壁に張り出し、日々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人として日常的に交流している	利用者一人一人が町内会に入っており、町内清掃や町内行事に積極的に参加している。また散歩や買い物を通じて顔見知りの関係となってきた。相手から声をかけてくれることもある。	以前は事業所として、町内会に入会していたが、災害時を考慮して現在は利用者個人として入会している。敬老会のプレゼントやバーベキューに参加している。今年5周年を記念し「地域で生きる」をテーマに講演会、利用者が舞台に立ちミュージックベルの公演を行った。	
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	地域の文化小劇場でホーム主催「地域で生きる」をテーマに講演会を行った。内容は主治医等の講演とボランティア漫談、包括支援センターの認知症サポーター養成講座、利用者は壇上でミュージックベルの演奏会。		
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	利用者・家族、町内会長、民生員、地域の介護支援専門員、ホーム主治医が構成員となり2～3ヶ月毎に運営推進会議を行っている。ホームの取り組み状況、災害時の確認、講演会等について話し合っている。	2～3ヶ月に1度開催している。会議により、町内会長もホームの形態がわかり、災害時の目かけを約束してくれた。運営に関して活発に意見交換し、ホーム運営に反映されている。	行政関係者の出席への取り組みと、利用者の思いを汲み取っていくことについて、会議での報告の他に、家族の参加について継続的な取り組みを期待したい。
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	生活保護者の受け入れを行っており、民生課との連絡・報告は行っている。市へは不明な点や質問のある時は報告・連絡・相談するようにしている。	行政との関係として、市の研修には参加している。生活保護受給者を受け入れていることで、民生課との連絡を行ったり、介護認定の代行申請を行ったりすることで、日頃から連絡を取り合っている。	
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	開設当初より施錠をしない環境を実行している。感染症等で隔離や拘束が必要な場合は家族への報告・主治医へ相談、指示のもと必要最低限としている。また本人が拘束と感じないような衣類の工夫を行っている。	開設当時より、玄関裏口共施錠した事はない。裏口から出て行って建物の横を通り玄関から帰ってくる利用者もある。身体拘束については、内部研修も行い、スタッフ全員、充分理解し実践している。	
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	外部研修や伝達講習、自施設で勉強会を行うことで職員全員が虐待について理解・意識できるように取り組んでいる。		

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	以前、成年後見制度を受けていた利用者がいたことで学ぶ機会があった。また研修に参加している。		
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	代表とホーム長が対応している。理解納得できるよう説明を行い、契約時以降にも不明点や疑問点に答えられることを説明している。		
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	職員全員に意見・要望等を周知し、カンファレンスを行い対応策を検討している。また運営推進会議や家族会を通して意見交換ができる機会を設けている。	家族には運営推進会議の内容を報告したり、来られない家族にはホーム便りで報告を行っている。家族会はお祭りや敬老会の年2回開催し、家族からの意見要望の聞き取り、職員と話し合い対応策を検討し、反映させるようにしている。	
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	代表・ホーム長・管理者も介護者として従事しており、利用者・職員含めホーム内のことを熟知している。状況に応じて即対応している。カンファレンス等で意見を聞き反映している。	家族的で代表者、ホーム長、管理者も介護の現場にいる為、月1回の会議の時はもちろん、日々の会話の中で、すぐ提案でき簡単な事は即対応できる状況にある。全員が平等に勤務し、勉強会や子供の病気時等、フォローしあっている。	
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	資格取得を勧め資格手当をつけている。また各職員の状況に合わせたシフト作りで職場環境を整え研修を勧めることによりやりがいをもって仕事に取り組めるようにしている。パート2名以外は社会保険に加入。		
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	各職員に応じた研修内容を紹介。また掲示板に研修案内を貼り研修に参加しやすい環境を作っている。研修参加時にはシフト調整をしている。月1回職員が各々担当で勉強会を行ったり伝達講習する仕組みがある。		
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	市の研修に参加することで他グループホームと交流を図る機会がある。また全国GH大会でポスターセッションで参加している。		

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	導入段階では混乱が生じないようにホーム長が主となり関係作り・信頼関係を築き安心して入所できる体制を確立。その間の情報を職員全員が共有し自然に接することで安心感が得られ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	上記同様利用者とともに家族の対応も同時にホーム長が行っている。利用者をどのように支援していくのか家族の情報をもとに家族と相談しながら対応。また家族の不安等にも向き合うことで信頼関係を築いている。		
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	現状を把握し、必要と考えられるサービスの提案を具体的にしたり紹介等も行っている。担当者が変わることで生じる混乱を防ぐためホーム長が主として行っている。		
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	職員や利用者全てが様々な年代であるため、家族としての年代に当てはめた関係作りをしている。またあえて職員が介入することなく、自身の生活を互いに協力し合える場を設けることもある。		
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	運営推進会議参加により共にホームを作り上げてもらえるようにしている。家族会や行事を通して支援を得ている。定期的に利用者の状況報告や写真を送ることで常に利用者の状況を把握できるようにしている。		
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	利用者の馴染みの場所(実家・お墓参り等)へ出掛けている。常に玄関が開放されているため、家族はもちろん、親戚や友人が気軽に訪ねてくる。	家族、友人、親類等の訪問がある。ホーム側としては「いつでもどうぞ」との声かけはしている。電話・年賀状・手紙も利用者に勧められている。利用者の希望で美容院や実家のお墓参りも同行支援を行っている。	
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	職員は黒子に徹するよう努めている。個々の状態を把握し状況に応じて部屋替えや模様替えを行い利用者同士で協力し合える環境を作っている。居場所がたくさんあり各々が好みの場所で会話を楽しんでいる。		

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	退所後も年賀状のやりとりもある。また退所後も適宜相談に応じている。退所後自宅へ戻られた方で一人でホームに訪ねてきた方もみえる。		
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	必ず本人に意思の確認を行う。状況や状態が変化した場合もその都度確認する。困難な場合でも本人が理解できるよう返答できるような工夫を行う。センター方式を利用し日々の生活の中からも情報収集している。	利用者の意向を把握するため、利用者の状況に応じてジェスチャーや「はい、いいえ」で答えられるような工夫をしている。毎日のケアは、利用者が話した言葉をほとんど日報に書き留めている。その記録からも希望・要望を読み取る事ができる。	
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	本人からの情報や家族からの情報を把握し、また日頃の生活ぶりからもアセスメントを行い、カンファレンス等でその人らしい生活ができるよう日々検討している。		
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	上記同様である。また決まった日課はないため、利用者ひとり一人の体調や気分に合わせて一日を過ごせるようにしている。有する能力に合わせて役割を持つようにすることで意欲の引き出しも行っている。		
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	月1回のカンファレンスで個々のアセスメントを行い計画に活かす。状況変化があればその都度意見を出し合い本人に確認しながら当日のうちに対応・解決できるようにしている。それを計画に取り入れている。	月1回のカンファレンスで意見や提案を話し合い、一人ひとりアセスメントを行って計画を立てている。利用者に変化があった場合には、即対応し、利用者により合ったケアを行う為に計画を立て直している。	
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	センター方式をもとに独自に工夫した記録様式を取り入れている。それにより職員の気づきや利用者の状況が一目でわかり共有しやすくなっている。また日報によっても確認できるようになっている。		
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	認知症は環境を変えないという概念を無くしその時々状況に合わせて環境を変化させている。本人の状況に合わせてホームで葬式を出すこともある。ターミナルケア等医療との連携を行いその都度対応している。		

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
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	月1回ホーム内で地域の方対象の手芸教室を開催。利用者は教室の見学や参加を自身の意志で行い地域の方との会話を楽しんでいる。ベランダや外庭にいる利用者は近所の人と会話をしている姿も見られる。		
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	ホーム主治医は月に2回の往診と24時間対応となっており看護師を主に適宜連携を図っている。かかりつけ医選択の場合も受診に同席。情報交換し医師との連携を行っている。	利用者の多くはホーム協力医療機関の医師を主治医としており、24時間対応となっている。他科受診についても受診支援をしている。かかりつけ医希望の利用者の場合もスタッフが同席し、情報を共有している。	
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	代表が看護師であり介護職兼務しており利用者を把握している。異常があればすぐ報告し連携をとることができる。また気づきや変化は記録に残し情報の共有をおこなっている。		
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。	看護師とホーム長が主となり、入院中の情報交換や退院調整を先方の医師や看護師とおこなっている。なるべく早期に退院できるようホーム主治医とも連携し退院後の治療方針を話し合っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時にターミナル時の意思確認を利用者・家族に行う。しかし状況に応じて意思の変化が生じるため適宜意思確認を行う。本人の意思を基本に職員・主治医で話し合い、本人・家族とも話し合いながら最善の方法で支援できるように取り組んでいる。	ターミナルケアについて家族・利用者話し合い、同意書を得ているが、状況が変化した場合に実際にどうするか、家族にその都度意思確認し、方向を同じにしている。状況に応じて相談し、できる限り意向をくみ取るようにしている。	
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	全ての職員が救命講習を受講している。また研修への参加や伝達講習を受けている。		
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2回地震と火事を想定した避難訓練を行っている。水害地区に指定されており大雨や台風時は2階に避難するよう職員は周知している。災害時は運営推進会議の議題に上げ地域の協力を仰いでいる。	毎年6月と12月、年2回地震と火災時の避難訓練を実施している。夜間想定でも行っており、一人の時にはどうすれば良いのか、他のスタッフが到着までに何分かかかるか等、様々な場面においての訓練をしている。水害・災害の際には、町内会や民生委員の助けも受けられる態勢である。	

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	一人ひとりの状況に合わせた言葉かけを行っている。	職員は、利用者一人ひとりのプライバシーや人格を尊重しながら、日々のケアを実践するよう努力している。トイレは声もその人に合わせさりげなく行っている。食事後に「お昼寝タイム」を設け、自室で自由な時間を過ごせるように配慮している。	
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	職員は黒子となり利用者が自己決定できるよう、その人に合わせた働きかけを行っている。日頃の会話からも汲み取るよう努めている。		
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	家訓にもあるようにその日の天候・体調や気分に合わせて生活することを基本としており、できるだけ希望に沿った生活を過ごして頂くようにしている。自分で外庭に出て日光浴をするなどされている。		
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	支援が必要な方は自尊心を損ねないようにしている。できる限り自己選択できるようにしている。日常と外出時の区別をつけるようにしている。利用者同士服をほめ合うこともある。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	季節や行事に合わせた食材やメニューを取り入れている。誕生日は本人の好物を取り入れる。弁当箱に詰めたり外庭で食べる、焼きながら食べるなど変化をつけている。能力に合わせ調理や食器洗いを行っている。	季節や好みを考えながらメニューを作り、食事はバラエティーに富んでいる。材料を切る人、味付けする人、食器洗いをする人と各自が役割を持っている。買い物は、近隣のスーパー等へ行っている。	
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	食事・水分摂取量は記録に残している。摂取状況を確認しながら看護師や主治医と連携しながら必要量が確保できるように対応している。個人の嚥下・咀嚼状況や体調に応じ適宜食事形態や内容を変更している。		
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	一人ひとりの状況合わせた対応を行っている。声をかけたり自ら気づけるように支援している。介助の必要な方は介助を行い保清している。記録に残している。		

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	記録により排泄パターンを把握。適宜自尊心に配慮し声掛けする。尿意の訴えがなくても時間誘導で排尿できる。また衣類を脱いだり落ち着きが無くなるなどの個々のサインをとらえて誘導している。	一人ひとり排泄の記録を取り、各々のパターンを把握して誘導している。利用者によっては、行動が変わるなどのサインを見逃さないよう誘導している。	
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	記録から排便状況を把握。状況に応じて腹部マッサージや温罨法を行う。いつでも水分摂取できるようにお茶を置いておく、食物繊維に考慮した食材の選択をする。困難な場合は看護師による摘便や下剤を使用する。		
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	毎日入浴できる。各自に希望する入浴習慣や時間等希望を確認している。利用者が決めた入浴日以外でも希望に合わせて入浴できる。必要な場合は声を掛けたり入浴介助、見守りを行う。	毎日、入浴できる状況にしており、10時～17時の間ならいつでも利用者の希望に合わせているようにしている。強制的ではなく、あくまでも本人の意思による入浴であるが、スタッフが声かけして、1～2日置きには入浴してもらっているようにしている。	
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	室内環境を整えたり、布団干しやシーツ交換を適宜行っている。年齢や体調を考慮し、利用者の睡眠サイクルに合わせた睡眠・休息の確保をしている。昼食後休息(午睡)時間を設けている。		
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	処方薬ファイルでいつでも確認できるようになっている。不明時は看護師に確認している。薬のセットや配薬は日付・氏名・用法を複数名で確認している。臨時薬については日報等で確認する体制を取っている。		
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	個々の能力に応じ負担のない役割を持てるよう職員は支援している。天候や体調・気分により外出や外庭で昼食やおやつを摂る等気分転換を図っている。懐かしの映画鑑賞やカラオケ、お酒を飲む機会も設けている。		
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に支援している	常にベランダや外庭に出られるようになっており、各自日向ぼっこしている。散歩・買物・外出したり、町内行事の際には町内協力を得て参加している。時に家族と利用者が出掛けることもある。ホームでは年2～3回の旅行に出掛けている。	玄関、庭、ベランダは開放しており、自由に出入りし過ごしている。できるだけ外出してほしいという思いから、散歩に誘うようになっている。また、スーパーへのおやつコーナーへの買い物と一緒にいくこともある。	

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	個々の状況に応じ金銭管理している利用者もいる。自身で買い物に出掛ける利用者もいる。外出やおやつに出掛けたときはお金を渡し、自身の好きなものを買う機会を設けている。		
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	個々の希望に合わせて電話をかけた手紙のやり取りができるように支援している。年賀状等季節に応じた支援を行っている。夫や友人から電話がかかってくる利用者もいる。		
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	玄関が開放されていることで精神的にも常に圧迫感のない環境を整えている。室温調整は常に行っている。各所に椅子やソファ、が置いてあり居場所がたくさんあることで好みに合わせて過ごしている。外庭には季節の草木や花が咲いている。	共用部分が各所にソファ、畳の上にコタツが置かれ、利用者が思い思い好きに過ごせる環境にある。朝、利用者で床の雑巾がけを行い、役割を持つ事で責任感や充実感も生まれてきている。	
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	各所に椅子やソファが置いてあり居場所がたくさんあることで好みに合わせて過ごしている。外庭や玄関先のベランダで日向ぼっこしながら利用者同士会話を楽しんでいる。		
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	仏壇や馴染みの家具を持ち込んでいる方もいる。常に個々の体調や状況に合わせた家具の配置をし、安全で居心地のよい居室になるようにしている。	居室はその人らしく、仏壇を持ち込む方もいる。天気の良い日には布団を干し清潔に保っている。ドアは開放されているが、それぞれ個性のあるのれんを吊り下げて、廊下から直接室内が見えない様にも配慮している。	
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	手すり等の設置。伝い歩きができる家具の配置や転倒しても衝撃が最小限となるようカーペットや畳を敷くなど配慮している。リビングは乱雑感があるがあえて家庭と見立てた内部としている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム浦里

目標達成計画

作成日: 平成21年12月5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	68	利用者家族の思いを汲み取るのは、報告書のみでは困難と考える。	全ての家族に運営推進会議に出席して頂き、ともに運営していく。	全ての家族に運営推進会議の構成員として参加して頂く。参加できない場合でも報告書を送付すると共に、意見を書き込めるような工夫をしていく。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月