

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	2372202065		
法人名	真株式会社		
事業所名	グループホーム まこと 1		
所在地	〒491-0124 愛知県一宮市佐千原字郷前21番地		
自己評価作成日	平成21年12月01日	評価結果市町村受理日	平成22年3月24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12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)】

「第2の家族」を目指し、16～70才迄の幅広い年齢のスタッフ達と「自分らしく」生活していただけるよう、ご利用者様の安心と尊敬を守り、各々の認知症と向き合い支援しています。春にはつくし探りやお花見、夏は七夕祭り、秋は紅葉、冬は雪うさぎを作ったり、折々の花や貼り絵など共同製作した作品を飾り、季節を感じながら楽しく過ごしています。何か問題が起きた時には、スタッフ同士の話し合いが迅速に出来ており、ご利用者様の「笑顔」大切にしています。

【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)】

開所4年目を迎えた当ホームは、今年7月、2階に1ユニット増設し、再出発した。新人職員も多くフレッシュになり、一致団結での取り組みとして、より「家庭的な雰囲気」を目指しながらも、日常生活の中にいつまでも自分の出来ることを継続し、役割があることで楽しく生活できることを支援している。職員が口を揃えて管理者が話を聴いてくれるため、働きやすいという。この環境を継続し、利用者や家族の意向を聴き、少しずつ向上していくように取り組んでいる。また、ホームの祭りや行事への参加を呼びかけたり、地域との交流の中でホーム側から地域に発信し、「子ども110番」になるなど、地域密着型としてのホームである。

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	当ホームの理念は「ご入居者に対して家庭的な環境のもとで日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援する」である。理念は玄関・各フロアのスタッフルームに掲示してあるが、新しい職員も増え、全体に浸透しているかは疑問である。	理念を掲示し周知している。7月に新人が入り、コミュニケーションからはじめ、「心でふれあいを大切に」して欲しいと、理念の理解やケアについて説明を工夫しながら指導している。	
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	入居者とともに地域の「お宮掃除」に参加、地域の行事は運営推進会議に参加されている地区の町内会長、民生委員さんから情報を事前で得るようにしており、入居者の参加できる行事には積極的に参加するようにしている。	町内会に加入し、近所にある坂手神社の清掃活動に参加している。ホームの夏祭りへの参加を呼びかけ、子ども会も参加している。また、地域の方からも、地域の祭りにも呼んでもらい、近隣との交流を図っている。	
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	運営推進会議の中で地域の防災訓練など共同で行うように提案している。またホームの行事・日常生活を広報している。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1度の開催で、いろいろな立場の参加者からの意見・情報を受けサービスの向上に努めている。今年は2ユニットめの開設工事の期間があり、現在で2回目の開催である。	4月から7月にかけて行った増設工事のため、運営推進会議が行われていない。9月に開催された会議での意見で、防災のことが話し合われ、今後、町内会と連携を図っていく働きかけをしていくこととした。	今年度は工事のために2か月に1度の開催が出来なかったが、昨年度は出来ていたことから、できるだけ早い時期に開催できることを期待したい。
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	管理者・介護支援専門員は、おもに市 高年福祉課に入居に関すること、介護保険に関することの相談をしている。また現状を伝えながらより良いサービスができるように助言を受けている。	医療連携のことや看護師の配置のことなど、市へ相談に行きアドバイスをもらうなど連携を図っている。	
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	身体拘束については曖昧な部分もあり、しっかりとした認識をスタッフ全体が持てるように取り組んでいきたい。 玄関の鍵かけについても夜間は防犯上、必ず施錠をしているが、日中については開放を原則としている。	新人に「身体拘束とは」について、具体的に何が拘束にあたるかを伝えている。マニュアルを使い、ケア会議でも職員に具体的に指導を行い、身体拘束をしないケアの実践を行っている。	
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逃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	研修会に参加したので、高齢者虐待の事例・防止策今後に生かしていきたい。虐待についての認識を職員全体で持つようにしたい。		

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
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	家族と話し合いの機会を作りながら、家族だけでは支えきれない部分の支援、利用者の権利擁護に関する制度の説明と活用を理解してもらう。特に独居生活が長かった方には必要な制度だと思ふ。		
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	管理者は新入居の際、契約書および重要事項の説明は十分に行い、利用者や家族の疑問・不安にきちんと答え、説明を行うように努力している。		
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	ご家族からの不満・疑問など言いにくいこともあると思うので、ホームに面会等で来られた際に職員から話しかけてお聞きし、運営に反映させる。運営推進会議にご家族が参加され意見・要望を発言してもらおう。玄関に御意見箱を設置しているが今のところ 投函はない。	来所持に現場の職員や管理者が、家族に利用者の状況を伝えるようにし、その時の要望等を聴くようにしている。なかなか要望があがってこないのが現状で、頻りに家族に声かけをするなど、環境作りに取り組んでいる。	家族とも連携や信頼関係が重要である。家族に何でも言ってもらえる工夫として、新料金の説明や利用者の現状報告の仕方などの努力を期待したい。
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	ケア会議で出された意見や提案は各フロアの副施設長がまとめてそれらを管理者(施設長)から運営者に報告、今後の運営に反映されるようにしている。	月1回のケア会議に、職員は管理者等に業務について提案が出来る仕組みがある。その他にも管理者は、いつでも業務以外の話や職員の様子などで声をかけたり、話しやすさの環境を作っている。	
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	職員が意欲を持って仕事に取り組めるように給与体系、福利厚生を充実を図り、職場環境・就業条件の整備を行う。		
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	外部研修については希望者や資格修得が必要な職員を推薦、参加してもらう。事業所が認めた研修については勤務扱いとする。終了後は受講者が研修で得た知識・技量を職員に伝達して事業所全体のレベルアップを図る。		
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	地区の包括センターのケアマネ会議・市の施設部会に参加している。近隣のホームへの訪問・見学等 事業者間と連絡を取り、サービスの向上と社会資源の有効活用を図る必要がある。		

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
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	入居前に利用者も含めた面接を行い、本人の希望・不安・要望を聞く。家族の意向と違う部分もあり、焦らずゆっくりと信頼関係を築くようにしている。 その後も日々の生活の中で耳を傾け関係づくりに努めている。		
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	入居時に本人・家族の希望を聞いている。その後も面会時等に困っていることや不安なことなど耳を傾け関係づくりに努めている。		
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	ホーム入居を希望されている場合が多いがホームでのサービス内容を説明後、もし希望にそぐわない時にはわかる範囲で他のサービスの説明もする。事前相談やお試し入居をしながら受け入れ可能化検討し受け入れが難しい場合は他のサービス情報をつたえる。		
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	日常生活を利用者と職員の共同作業で行うのが本来の在り方と思うが、時間短縮・効率優先・職員中心になってしまうこともある。週末の献立作成、掃除、買い物など利用者と一緒に出来る機会は多いので今後は余裕をもって共同作業を進めていきたい。		
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	できるだけ面会に来ていただき、一緒に外出・外泊できるようにお願いしている。ケアプラン提示等の際は家族の疑問・希望を聞いている。職員からは本人の生活ぶりを報告し、共に本人を支えていることを理解してもらう。		
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	馴染みの場所へ行けるように順次計画していきたいと思っているが馴染みの人との関係維持は家族の協力可能な部分しか難しいと思う。	現在、数人だが馴染みの関係が継続できるように年賀状を書いている。また、その他の利用者に対しても通常の会話や家族からの情報の中で馴染みの関係を把握できるように取り組んでいる。	利用者から馴染みの関係が分かるように努力しているので、今後は実行を期待している。
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	利用者同士が支え合い、仲良くできるよう適宜職員が間に入るようにしている。個々の気持ちを大切にして共同生活を過ごすことができるよう支援していく。1階・2階との交流も大切である。		

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
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	サービス利用が終了しても継続的なかわりを希望される場合には随時訪問していただき、相談に応じていくなど かわりを継続していきたい。		
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	日常の会話の中で利用者一人ひとりの思いや不安・希望を聞き取り モニタリング・担当者会議・ケアプランに利用者本位を基底に反映させていく。	一人ひとりの会話から、本人の思いを把握できるように努めている。全く通じない利用者はいないが、様子や行動から喫茶店にモーニングに行きたいとの思いを実現するために外出することもある。	
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	入居前の面接・アセスメントでこれまでの生活歴を把握できるようにして 本人・家族にも話を伺う。入居前のアセスメントをもとにわからない部分では了解のもと入居前に利用していたサービス担当者から情報を得る。		
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	入居後の日々の状態は介護記録などに記載、総合的な把握ができるように本人・職員・家族と機会あるごとに話をするように努めている。利用者に関係している職員・医療機関・関係機関・家族からの情報を大切に総合的な判断をしてケアプランに反映できるように取り組んでいる。		
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	ケアプランは入居時、1ヶ月後に見直し、その後は必要に応じて3～6か月毎に見直している。モニタリング・サービス担当者会議(ケア会議)で出た意見、本人・家族の意向を反映した内容になるように努力している。	入居時に暫定プランを作成。1か月で評価、再アセスメントし、家族の意向を確認して計画書を作成している。3～6月で見直している。急な変化時の対応もしている。現在担当者を決めていないが検討中である。	定期的な評について、計画を次の段階につなげ、少しでも利用者の生きがいにつながる事を期待したい。
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	個別の介護記録・業務日誌に記載して次の職員に送りをしていくように定められているが、時折連絡不備がある。職員間の情報の共有、送りをお互い再確認して実践、モニタリング・ケア会議を通して介護計画に生かしていきたい。		
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	支援内容については入居時に説明しその後についてはその都度利用者・家族に説明して、できるだけ意向に沿えるように対応している。誠意をもって対応し、感情的にこじれないように注意する。個別サービスがどこまで出来るか今後の課題		

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	町会長・民生委員が運営推進会議に参加されているので地区の情報を得ることが出来参加できそうな行事には積極的に参加している。 地区包括センターのケアマネ会議に出席し地域資源の情報を収集。利用者・家族の希望で近くのリハビリ病院を紹介、通院してもらっている。		
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	協力医療機関の医院に定期往診に来てもらい、健康管理・服薬指導してもらっている。 利用者・家族の希望でかかりつけ医に受診されても良い。眼科・外科などは家族に付き添いをお願いしている。	以前はかかりつけ医の受診があったが、最近ではホームの嘱託医が月1回の往診に来ている。何かあれば電話での対応や緊急時の対応も可能である。歯科等の受診は家族の協力で行っている。	
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	管理者が准看護師の有資格者なので、服薬管理・日常の健康管理を行い、家族・職員の相談に応じている。		
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。	入院した利用者の情報提供は管理者を通して行っている。必要に応じて ホームから情報提供を行い、退院時には病院から情報提供を得る。病院関係者との関係づくりは今後の課題		
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	医療行為が必要になった場合、ホームでの生活維持が出来なくなった時の対応を 入居時に家族に説明、理解していただく。その都度の対応はケアプランに明記する。利用者の緊急時の対応は原則 マニュアルに沿って進めていく。	入居時にホームの方針を家族に説明、ホームとして医療行為が発生した場合は、看取りは行わないが段階的に身体機能が低下していく場合は、ホームとしてできる範囲での対応となる。最終的には病院での看取りをお願いしている。	
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	緊急時の行動フロー、マニュアル等を確認しておき 時々カンファレンスやケア会議等で防災も含め勉強会を行う。 地元で講習会等があれば職員が交代で参加し、学んだことをホームに持ち帰り、職員全体のスキルアップを図る。		
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	昨年はホーム厨房からの火災による避難訓練を行った。個別の避難袋や備蓄品も戸外の倉庫に備蓄した。2ユニットになってからは行われていないので早急訓練が必要であり、現在予定・計画中。	年1回消防署と消火・通報・避難訓練を行った。備蓄も外倉庫内に、食料品や排泄用品等を確保している。今年度も12月に予定しているが、近隣にも声をかけて協力体制を築いて行くことを思案中である。	ホーム2階を増設したこともあり、避難訓練の必要性が高い。年2回や少人数の体制(夜間想定)での訓練を期待する。

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	利用者の立場に立って物事を考える習慣を身につけるように職員間で確認・努力する。「利用者本位」の言葉の意味を具体的な行動の中で考え、反映できるようにしたい。	トイレ介助の声かけや居室に入るときのノックなど、プライバシーを守るために普段から気をつけている。1階の浴室では、特に入浴時にアコーディオンカーテンを置くなど、羞恥心等に配慮するようにしている。	
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	利用者の意思決定を重んじるためにも日ごろの声かけをして自分で決めたり、希望を出せる習慣が身に着くように支援していきたいがまだ職員の不足もあり実践できていない。		
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	出来るだけ利用者本位を尊重した過ごし方をして頂きたいが、共同生活のため希望通りにならない場合もある。職員は気持ちに余裕をもって利用者と共同作業を進めていきたい。		
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	利用者それぞれが満足できるような身だしなみやおしゃれが出来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	食事の下準備・盛り付けなど、興味のある利用者に声かけし手伝ってもらう。食器洗い・片付け等も役割分担しながら行う。 職員も同席して安全に目配りしながら和んだ雰囲気の中で食事をする。	配食だが、来た食材で利用者の好きなメニューに変えることもある。また、土日は希望で買い物に行き、好きなものを調理している。利用者は、自分の出来る事を進んですることで役割があり、楽しみに繋がっている。むせ気味の利用者の調理方法も工夫している。	
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	毎日の食事・水分量の記録をしている。 夏場の外出時は特に脱水症にならないように気をつけている。 就床前の水分補給も必要だと思うので進めていきたい。		
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	定期的な口腔検査ができるように情報を集めて実現したい。歯磨き、義歯洗浄はそれぞれ出来る範囲でもらったあと、できない部分については支援してる。洗浄剤による義歯洗浄は職員管理で行う。		

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	それぞれの利用者の状態に合わせた方法で現状維持ができるようにきめ細かな対応(声かけ・見守り・誘導・介助)をしている。 トイレでの排泄の気持ちよさを感じてもらいたい。	うまく言葉に出せない利用者も、様子や行動を観察しながら排泄チェック表を作成し、個別での対応に心がけ、紙パンツから布パンツに変更になった方もいる。夜間放尿の利用者へトイレでの排泄を支援するため、場所が分るように紙を貼るなどの工夫をしている。	
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	水分補給、牛乳の飲用、軽い運動(テレビ体操・歩行)で対応する。 排泄チェック表で確認しながら便秘が考えられる場合は下剤(ラクソベロン)を服用、服用記録をし、申し送る。		
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	入浴日、時間帯は決まっているが入浴順はその時々利用者の予定・体調に合わせて入ってもらう。 入浴中に体調観察、皮膚の状態の観察もする。 入浴拒否のある方は、状況を見て根気よく声かけしながら気分よく入ってもらえるよう配慮する。	月曜日から土曜日まで毎日入浴することが出来るが、利用者は通常一日おきに入浴している。汚染時や拒否気味の場合は、声かけを工夫し、いつでも入ることが出来るようにしている。	
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	利用者の意向に合わせて特に強要はしない。行事、家族との外出等ある場合は事前に説明、時間に合わせた支度をしてもらう。個々の生活リズムを大切にしたい。昼夜逆転等される場合は日中活動的に生活できるよう働きかけ生活リズムを整える。		
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	服薬管理は有資格のある管理者が主に行っている。日常的にはスタッフルームに日毎・服用時間に仕分けられ 都度、勤務スタッフが取り出して服薬介助する。日にち・時間・氏名を確認して飲んでもらう。薬情報を個人ファイルにとじ職員に理解してもらう。変更等ある場合も周知する。		
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	入居前のアセスメントから興味・趣味、得意な分野を読み取り生活に活かせるよう支援する。個々の生活歴を掘り下げて回想療法や日常生活に活かした支援ができるよう努力したい。		
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	一人ひとりの希望による散歩、外出は職員の確保・安全面から添えていない。 外出レク・喫茶外出・お買い物などは利用者の体調に合わせて行っている。	近所の散歩が最近では、頻繁に出来ていないが、公園に出かけたり紅葉を見に出かけている。喫茶店で一人で過ごせる時間を持つようにするにはどうしたらよいかと思案中である。	

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
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	個々におこずかいとしてホームで預かっている。買い物など必要に応じて財布を渡したり、個人払いをしてもらっている。 自己管理されてる方もあり職員が確認しながら都度使用してもらっているが親族または後見人にゆくゆく管理を願うことも検討に入れている。		
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	事前に了承を得た後職員が相手にかけてから交代して話してもらう。ファックスの活用もしている。		
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	リビングには利用者と一緒に作り上げた作品や行事等で写した写真が掲示してある。花や観葉植物を置いていることも多い。時に季節感を取り入れたレイアウトをして季節を感じてもらえるようにしている。	共有空間には、季節の飾りや外出時の写真が貼られている。食後は、光が降り注ぐソファに座ってのんびり過ごせ、居心地の良い場所が作られている。また、テーブル、ソファの配置は車イスの利用者に配慮している。	
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	リビングや食卓の座席に指定はないがいつもの席はあるようである。その時々で職員交え自由に座ってもらったりもしてる。 時に掃除も兼ねてソファの配置換えを行うときもある。		
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	馴染みのある持ち物の持ち込みは自由に行っている。室内のレイアウト・収納は利用者本人に決めてもらう。ご家族が衣類の入れ替えをする時に整理整頓されるときもある。	ホームの取り付けベットやタンスがあり、持ち込みの家具等はないが、タンスの上にご主人やお孫さんの写真等の飾り物を利用者や家族と話し合いながらレイアウトしている。利用者は居室の中で居心地良く過ごしている。	
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	安全に生活できるようにバリアフリー仕様で車椅子利用者にも対応している。センサーチャイムを設置しトイレや玄関等利用時の安全管理に対応してる。より安全に生活できるようなお一層の検討工夫が必要と考えている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームまこと

目標達成計画

作成日: 平成22年3月17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		疾病についての基礎知識を知る	基礎知識の把握をして、各利用者さんの状態を知る	施設内、外での研修に参加	12ヶ月
2		個々の希望に応じた外出への支援	個々の希望に応じた外出支援、なじみの関係の継続	利用者本人又、家人からのなじみの関係、場所等情報収集する	6ヶ月
3		無資格のスタッフもあり、一環した介護支援が不十分	スタッフのスキルアップ	スタッフの指導の充実、施設外研修等に参加	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月