

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	2392000051		
法人名	社会福祉法人さわらび会		
事業所名	グループホーム白珠 1ユニット目		
所在地	愛知県豊橋市平川本町一丁目15番地の2		
自己評価作成日	平成21年12月1日	評価結果市町村受理日	平成22年3月31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一丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成22年1月8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)】

グループホーム白珠は、閑静な住宅街にあります。豊橋鉄道市内電車井原駅下車徒歩5分と交通の便も良く、周辺には公園や喫茶店等もあります。お部屋には使い慣れた家具類を持ち込んで頂くことができ、明るく家庭的な雰囲気の中で生活して頂けます。社会福祉法人内に特養や包括支援センターや居宅もあり、その人の状態や要望に合ったサービスの提供が可能です。協力病院との連携もとれ、安心安全なサービスを提供できます。

【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)】

当ホームは、「社会福祉法人さわらび会」を母体に持ち、昨年3月に「グループホーム白珠」として再スタートした。ホームは、理事長の提唱する「三原則」を理念に、管理者・職員が一体となり、日々のケアに取り組んでいる。また、関連施設である医療機関が、協力病院として日々のケアの中で、24時間いつでも電話での指示や定期的な往診に対応し、利用者・家族の安心感が確保されている。利用者の表情は明るく、訪問者にも笑顔で話しかけてくるなど、日々のケアの良さが伺える。再スタートのため、管理者やケアマネジャーは、利用者に満足していただくために、業務等の改善策に努め、新人の指導を行っている。さらに、新設したホームでもあり、地域の近隣にも働きかけ、ホームを知ってもらえるように取り組んでいる。

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
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	山本理事長の「認知症介護の三原則」という理念の下、職員は業務に取り組んでいる。 認知症高齢者の方が、少人数で共同生活ができる家庭的な環境の創出と共に、日常生活を専門の職員が援助しています	理事長の提唱する「三原則」を玄関に掲示し、毎日の朝礼時に唱和し、職員に周知している。日々のケアの中で何かあれば、その都度振り返りをするだけでなく、新人には理事長が「認知症」についても詳しく指導している。	
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	開設してからまだ日が浅いこと、インフルエンザ等の感染症が流行する時期は積極的な外出を控えているが、地域の美容室や薬局、喫茶、公園等へ散歩、春はお花見へ出掛けた。また、地域の保育園で開催された運動会を見学した。 運営推進会議参加者や近隣住民の皆さんへ声を掛け、AED講習会を行った。 今後は、町内や校区の催し物等に出向き、交流を深めていきたい。	近隣へは、散歩や造園業店へ出かけ、花を見たり買い物をしている。店の方からも見るだけでもいいからと気軽に声をかけてもらっている。また、町内会の防災訓練にも参加したり、AEDの講習会をホームで開催し、地域住民の参加も得ている。	
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	今後外出や散歩等を通して、少しずつ近所の方々と触れ合い、理解して頂けるようにしていきたい。		
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	様々な意見・質問が出て、サービス向上に活かされている。	地域包括支援センターの職員も参加し開催している。会議では、家族から利用者の好きなレクリエーションや認知症の進行防止のために何かやってもらいたいとの要望があり、家族からカラオケセットや歌の本の提供があった。	
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	加算や勤務形態について、疑問があれば連絡し相談に乗ってもらっている。	市担当部署とは、書類や運営上、分らないことがあればいつでも電話等で相談に乗ってもらうようにしている。	何かあれば相談しているが、連携を密にまでは至っていない。電話ではなく出たついでに市役所に寄るなど、今後はもう少し連携が図れる事を期待したい。
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	玄関には防犯上施錠がある。 フロア出入口の施錠はその日その時の利用者の様子で異なるが、拘束ゼロを意識してケアに努めている。	身体拘束とは何かを研修し、職員に周知し、日々のケアの中で実践している。入居時、家族から転倒防止のために拘束の要望があったが、家族にも説明し、職員が利用者の見守りを徹底することで、事故もなく現在は穏やかになっている。	
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	虐待についての研修に参加した。 また勉強会を開催し、意見交換を行っている。 気になった事があれば、報告し防止する。 どんなことが虐待にあたるのか、声掛けに注意し今後も学んでいく必要がある。 2/11		

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	入居者が成年後見人制度を利用している。		
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	行っている。 全職員が疑問点に答えられるようになれば良いと思う。		
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	家族会、運営推進会議時に意見交換を行っている。又、年に1回家族にアンケートを行い、反映させている。 意見を伺い、反映できるよう職員間で話し合える体制作りを考える。	年1回、独自の家族アンケートを実施することや、家族会、運営推進会議、日常の来所時等、家族からの要望を聴く仕組みがある。出た意見等に関しては、職員で話し合い改善につなげている。	
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	月に1回程度、バックアップ施設である特養施設長と本部事務長参加のスタッフ会議にて意見や提案を出す機会がある。 定期的に職員個々に話を聞いてもらえる機会があるといい。	法人の会議や、月1回の全体会議等で、職員は意見や要望を提案することが出来る。また、法人代表者に対しても職員が年1回手紙を出すことで直接意見が言える取り組みもある。	
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	年に1回法人の代表者へのメッセージを届ける機会がある。 交流会や法人のソフトバレー大会等の親睦会があり、ストレス軽減や相互交流のために工夫している。		
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	職員のレベルに合わせた研修に参加している。 施設内での勉強会や法人内に山本理事長を始めとし、各専門家から定期的に学ぶことのできるさわらび大学がある。		
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	愛知県認知症グループホーム連絡協議会の監事事業所として積極的に交流している。東三河地区のグループホームとは研修を通して交流しているが、西三河や中三河ブロックとも連携し勉強会を計画している。今後もより多くの職員が交流できる機会があればよい。		

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
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	入居相談時には、家族からの聞き取りや本人との面談を通して話を伺っている。		
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	入居相談時には、家族からの聞き取りや本人との面談を通して話を伺っている。		
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	入居相談時には、家族からの聞き取りや本人との面談を通して話を伺い、法人内の他の施設(特養等)や協力HPとも連携し、その時必要なサービスを見極めるよう努めている。		
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	料理を教わったり、レクリエーションを一緒に楽しんだり、一方的な立場におかないよう努めている。 洗濯干し・たたみ等、できる事は協力して頂く。担当を決め、担当者が中心となってケアを行っている。 難しい問題だが、コミュニケーションをとりながら、今後も良い関係作りに努めていく。		
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	面会時には、ご本人と居室でゆっくり過ごしてもらったり、日々の様子を伝え、コミュニケーションをとるようにしている。		
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	ご家族との外出・外泊。	知り合いに年賀状等のはがきを書いたり、家族の協力で馴染みの理容店に出かけている。また、以前お店を経営していた利用者の知人が訪ねて来てくれるなど、関係を継続出来るように支援をしている。	家族の協力は重要であり、なくてはならないものだが、利用者の馴染みの関係を職員がより把握し、ホームとしても取り組んでいけることを期待している。
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	利用者同士の相性や状態をみて、リビングの席や配置を考えている。 居室で過ごすことが多い方でも、時々様子をみる、声掛けをする等し孤立しないよう努めている。 日常や英会話・書道等のレクリエーションを一緒に行うことでコミュニケーションがとれていると思う。		

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
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	同法人内の他施設へ入所した際、機会がある時は面会して声かけをしている。入院となりサービスが終了しても、家族へ連絡しその後の様子等を伺っている。		
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	毎日ケアカンファレンスを行っている。考えやしたい事が個々に違うため難しい問題だが、出来る限り希望に添った生活ができるよう支援している。	日常会話の中から、一人ひとりの要望や思いを把握するようにしている。また、カンファレンスや家族からの聞き取りの中からも把握できるように努めている。実際に利用者の何気ない会話から、「歯科」にかかりたいという要望があり受診した。	
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	利用者や家族面会時等に話を聞きし、把握するようにしている。		
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	毎日、職員間の申し送りとケアカンファレンスを常に行い、相談している。		
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	3ヶ月に一度、モニタリングを行う。朝のミーティング時、カンファレンスを行う。	3か月に一度、定期的にモニタリングし、家族からの要望を含めて、職員とカンファレンスを行い計画書を作成している。担当者会議で確認し、家族へ説明・同意を経てサービスの提供を開始している。何か変化があれば、その都度対応している。	
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	出勤時に生活記録・申し送りノートに目を通し確認している。		
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、その時々にも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	家族へは本人の状態変化等について連絡を取り合っている。 レベル低下した時の支援(他施設への移行や設備等)をスムーズに行えるよう支援している。		

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	近所の理容へ出かけている。(インフルエンザ等の感染症が流行する時期には、有償ボランティアが訪問し散髪を行っている。)地域の公園へお花見に出掛けたり、保育園の運動会を見学している。		
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	協力病院の受診。 概ね週1回、訪問診療による医師と看護師の訪問がある。 希望する場合や必要に応じて、他の医療機関へ家族と受診している。	入居時にかかりつけ医について説明している。特に希望がなければ、関連の医療機関への外来受診や、週1回の往診となる。また、緊急時24時間体制で電話での指示や急な往診にも対応している。他科のかかりつけ医は、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	体調不良・異常がみられた時は、訪問医療看護師や協力病院看護師に相談している。		
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。	協力病院との連携はとれている。 病院の相談員とも頻りに情報交換を行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	法人の方針として看取りは行わないが、重度化した場合については、家族と話し合いながら、特養や病院の関係者と頻りに相談や情報交換を行っている。	法人として、ホームでの看取りは行わないことを家族には入居時に伝えている。本人や家族の希望があり、医師の許可があればホームで出来る限りのことをしているが、実際にどこまでできるのか難しが、日々検討しながら対応している。	
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	急変時のマニュアルがある。 勉強会等の機会を作り、急変や事故発生時に備えている。 AED講習会を行った。		
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	防災訓練を行っている。	年2回、避難訓練を実施している。一回は消防署と、一回はホーム独自に昼の想定で行った。スプリンクラーの設置もあり、オール電化にすることで火災対策を行っている。備蓄は少し離れた法人に置いてある。	2階、1階の非常口に段差があり、夜間に何かあれば避難も心配になると考えられる。そのため今後は夜間想定での避難訓練や備蓄に排泄用品を加え、ホームにも少し置くなどの取り組みを期待している。

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
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	威圧的な態度で接する事はしないようにしている。 本人の状態にもよるが、特に排泄や入浴時には配慮している。 どんな声掛けがプライバシーを損ねるのか、気付かないうちにプライバシーを損ねていないか、常に考え話し合っている。	一人ひとりの羞恥心に気遣い、トイレだけでなく居室の窓側のカーテンも閉めるように心がけている。言葉についても職員間で話し合っている。職員は、何かあれば個人の気持ちを尊重しているか、傷つけていないか等、振り返って対応している。	
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	家族にも協力してもらい、出来る限り自己決定できるようにしている。 声掛けや、傾聴を心掛けている。		
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	会話から今何が一番必要かを優先するよう心がけている。		
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	一緒に服を選んだり、買物に出かけたりしている。		
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	その人のペースで無理なくできる事(調理・下膳・洗い物等)をお願いしている。 出来る事・得意な事を見極め、調理法を教えてもらうことがある。	家事に参加できる方には参加してもらっている。また、他の利用者も自分の出来る事に少しずつ参加している。また、病気等で主食を少なく摂取しなくてはいけない方にも、茶碗を替えるなどの工夫をして、楽しく食事ができるように工夫している。	
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	個人記録に食事摂取量を記入している。 必要に応じて水分量をチェックし、体調の変化に注意している。 バックアップ施設である特養栄養士が献立を立てている。		
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	毎食後行い、口腔ケアのチェックを行っている。 必要に応じて、協力病院の受診・往診を行っている。		

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	必要に応じて排泄表を記入し、時間を見て声掛けや介助をしている。 体調や状況に合わせ、本人に無理の無いよう支援している。	失禁のある利用者は、排泄のチェック表を作成し、時間で声をかけている。歩行が出来る利用者には、紙パンツを布パンツに変えて対応するなど、トイレでの排泄を心がけている。また、夜もトイレでの排泄の支援をするため、トイレの電気をつけたままで対応している。	
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	水分補給や腹部マッサージ等を声掛けし、行う。 下剤を服用されている方は、排便状況を見て医師の指示の下調整を行っている。 医師や看護師の指示を下に行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	希望される時間にいつでも入浴ができる。 バイタルを確認し、本人の希望に添うようにしている。	毎日、午後の好きな時間に、病気や体調不良がない限り入浴が出来ようとしている。入居前、入浴を拒んで充分入浴ができなかった方も、入居後に何度も声をかけ、今では楽しんで入浴が出来ている。	
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	日中の活動をすすめている。 夜間の見守り・巡回を定時に行っている。		
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	服薬一覧表を作成し、いつでも確認できるようにしている。 服薬の際は、必ず手渡しきちんと服用されたか確認する。		
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	日常の会話から本人の好みは何かを聞き、支援するよう心掛けている。 趣味の道具を家族に持ってきてもらっている。		
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	天気の良い日には散歩へ出掛けたり、希望を聞きながら買物へ出掛けたりしている。 家族との外出・外泊をされている方がいる。 インフルエンザが流行する時期などは、感染症対策のため積極的な外出は控えている。	近くの喫茶店やスーパーに時々出かけている。家族の協力で買い物や外泊したりと、戸外に出かけられるように支援をしているが、インフルエンザ等が流行って、外出がなかなか出来ていないのが現状である。	車椅子の利用者もおり、食材も配達してくれることから買い物に行く機会が少ないこともあり、日常的な外出が少ないと思われる。今後、外出を増やしていく取り組みにも期待したい。

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
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	10,000円程度のお小遣いを預かり、必要なものがあれば買物へ出かけ、出来る方には商品を選んで頂くよう支援している。		
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	本人や家族、職員で話し合い、電話される方がいる。 本人の誕生日には家族から手紙が届いたり、遠方の家族から時々写真や手紙が届く。 暑中見舞いや年賀状等、楽しみながら行っている。		
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	カーテンで調整したり、窓やエアコンで温度調整している。 塗り絵や書道等、利用者の作品を掲示している。	共有空間は広く、廊下にはいつでも座れるようにベンチが置かれている。1階はシャンデリア、2階は高い天井など、各階で個性を出している。テーブルの置き方と壁紙を替えたりすることで、違う雰囲気心地良い環境の中で、生活が出来るように工夫している。	
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	利用者の相性を見ながら家具の配置や席替えを行っている。 本人の状況・状態に合った椅子や場所(ソファやベンチ)を利用して頂いている。 自分の席が認識できるよう、椅子には個々のクッションをつけている。		
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	居室の入口には表札をつけている。 居室には使い慣れた・馴染みの家具が持ち込まれている。 本人の希望を聞きながら居室に馴染みの品や花を飾ったりされる方がいる。 本人の状態を見ながらご家族と相談し、ベッドなどを選んでいく。	居室のドアの窓ガラスとカーテンの色を合わせることや、個々の持参のベッドや家具を利用者、家族とも相談しながら配置している。 利用者にとって、居心地良い空間が作られ、家族も自由に泊まることできる。また、以前の住居と同じ配置にするなどの工夫もしている。	
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	本人の意思を尊重し、個々に合った「できる事」「わかる事」をして頂くよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム白珠

目標達成計画

作成日: 平成 22年 1月 26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	26	モニタリング(3ヶ月に1度)だけではなく、日々の暮らしの中でケアプランを意識したケアを行い、見直すが良い。	モニタリング(3ヶ月に1度)だけではなく、日々の暮らしの中でケアプランを意識したケアを行い、見直す。	チェックリストを作成する。	1ヶ月
2	35	昼間だけでなく、夜間想定 of 避難訓練も実施すると良い。 食料はバックアップ施設ではなく、白珠での備蓄が望ましく、他にも排泄用品を備蓄しておくが良い。	夜間想定 of 避難訓練も実施する。 食料や排泄用品を、白珠で備蓄しておく。	夜間想定 of 避難訓練も実施する。 食料や排泄用品を、白珠で備蓄しておく。	2ヶ月
3	2	近所の喫茶店へ出掛ける等し、ホーム以外にも地域との馴染みの場所を作ると良い。	近所の喫茶店へ出掛ける等し、ホーム以外にも地域との馴染みの場所を作る。	暖かくなってきたら、近所の公園や喫茶店へ出かけ、なじみの関係を築く。	2ヶ月
4	27	介護記録に関しては、家族からの要望があればいつでも回覧している。看護記録は、現在使用している用紙にも家族への報告について記録する部分があるが、「誰へ・誰が・いつ・何を・どのように」報告したかはっきりわかると良い。	看護記録を「誰へ・誰が・いつ・何を・どのように」報告したかはっきりわかるようにする。	「誰へ・誰が・いつ・何を・どのように」報告したか、記録用紙を見直す。	1ヶ月
5	20	家族以外の馴染みの人や馴染みの場も把握し、関係が途切れないよう支援していくと良い。	家族以外の馴染みの人や馴染みの場も把握し、関係が途切れないよう支援していく。	今まで以上に、ご本人やご家族との会話から情報を把握し、馴染みの人・場所の関係が途切れないよう支援する。	1ヶ月

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム白珠

目標達成計画

作成日: 平成 22年 1月 26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	5	外出のついでに、ホームの予定表やお便りを届ける等、電話だけのやり取りではなく、市役所の窓口へ出掛け担当者と顔見知りになっておくと良い。	外出のついでに、ホームの予定表やお便りを届ける等、電話だけのやり取りではなく、市役所の窓口へ出掛ける機会を増やす。	質問や相談だけでなく、窓口へ出掛け、ホームのお便りや行事予定表を届ける。	2ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月