

1 自己評価及び外部評価結果 (1F)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2370400794		
法人名	医療法人 慈照会		
事業所名	グループホーム ひまわり 1F		
所在地	名古屋市西区上名古屋二丁目25番3号		
自己評価作成日	平成21年 9月 1日	評価結果市町村受理日	平成22年 2月 8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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2370400794&SCD=320
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	愛知県名古屋市昭和区鶴舞3-8-10 愛知労働文化センター3F		
訪問調査日	平成22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)】

季節にちなんだ行事、ボランティアによる慰問などを実施している。地域の方へ参加をお誘いし、多くの方に参加頂き、地域交流の場になっている。センター方式によるアセスメントでは利用者様の生活に対する意向「思い」を広げ、その人らしさの発見、気づきを得よう努めている。利用者様ひとりひとりへの理解を深め、楽しく安心して暮らしていただける支援を目指している。法人内には他職種(看護師・栄養士・OT・PT・ST)があり、必要があれば、助言を求め、またホームに来ていただき利用者様をみていただく事ができる。協力医療機関のバックアップのもと医療連携体制が整備されており、24時間の対応で健康管理を行い安心につながるよう取り組んでいる。

【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)】

管理者交代から一年以上が経過し、管理者にもホームにも落ち着いた雰囲気を感じられた。ホームの改善課題を年度目標に落とし込み、積極的な改善活動にも潤沢な進捗があり、ホーム運営において何ら不安は感じられない。また、来年度もさらなる向上を目指し、ホームの指針として外部評価を活かして行く意識が高い。
今年度の一番の取り組みは「利用者の充実した生活」への取り組みである。日曜日の入浴提供をやめ、その時間を活用したレク活動・利用者の希望実現等を実践し、利用者の生き生きとした生活・笑顔を支援している。さらに、センター方式を活用した、利用者の「思い」の把握も順調に進み、今後の実現に向けた進捗が大いに期待される。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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+-) + (Enter+-)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
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	「地域に必要とされる施設でありたい」という法人の理念に基づきホームの目標を定め、目標達成に向け取り組んでいる。別紙「慈照会品質方針」参照	法人理念をホーム目標・職員個人目標に落とし込み、目標達成のための具体的取り組みにつなげている。	
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	地域の行事等の予定を回覧板や地域の方から情報収集し、ホームに招待するだけでなく地域の催し等に参加するように今年度の目標にあげた。地域清掃や、盆踊りに参加し交流に努めている。	地域行事への参加等、本年度目標達成に向けた積極的な取り組みがある。ホーム行事には地域からの参加・手伝いもあり、交流は良好に進捗している。	
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、ホームでの生活の様子や、対応などの話をし、認知症について理解が深まればと考え説明をしている。		
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カ月に1度実施し、ホームの取り組みや様子を報告している。地域の方やご家族様の意見を多く聞く事ができ、情報交換できている。家族の思いや、入居の相談など組み入れている。	2カ月に一回の会議開催がある。ホームの取り組み・予定等を報告し、ホームからの協力を依頼するなど、活発な意見交換の場となっている。聞き取った意見・助言・相談等には速やかに対応し、運営に活かす取り組みがある。	暮らしの場の当事者として、利用者の会議参加の検討を提案したい。
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	市長村担当者と直接交流する機会はない。	市との連携は主に法人が行っており、ホーム単独での関わりは行っていない。法人が収集した情報については、ホーム職員周知で、運営に反映させている。	
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	身体拘束は行わないという認識が統一でき、ケアしている。立地条件もあり、玄関、1・2階の出入り口は施錠しているが、ご家族様には根拠を説明し、理解を頂いている。	身体拘束については、法人全体の統一した認識での支援実践がある。ホーム安全確保の施錠については、その弊害をよく理解し、利用者の外出希望・外出傾向への適切な対応を行っている。	
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	日々の身体チェックを行い、見過ごさないようにしている。又、現場での言葉づかい、会話の内容など問題がないか注意しあっている。月1回のカンファレンスでも話し合いを行っている。		

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
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	制度について、ある程度理解はしている。必要性の検討や支援などに関しても話しをする場をもっているが、現在活用している入居者はいない。		
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	契約時は時間をとって契約書や重要事項説明書、個人情報保護について説明を行い、同意を頂いている。改定時も十分に説明している。また、不明な点があれば気軽に問い合わせを頂けるよう繰り返し伝えている。		
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	意向や要望を確認している。面会時には声をかけ、お話を伺っている。利用者様やご家族様の声は職員間で共有しケアに活かしていけるよう検討している。運営推進会議でも意見を伺っている。	介護計画見直し時・面会時等、直接的に意見・意向を聴き取る機会が多く、聴き取った内容は職員周知の上、速やかに個人の介護計画・ホーム運営に反映させている。今回家族アンケートでも、ホームの対応に対する満足度はある。	家族の満足度である、「満足」「大いに満足」への取り組みとして、家族に対する『希望・意向聴き取り』から『実現』への説明・ホームからのアピール等、取り組みをさらに周知できる方法の工夫が望まれる。
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度カンファレンスや勉強会を行い、意見を聞く機会を設けている。	月一のユニット会議・週一のケース会議等、ホーム運営及び利用者毎の介護計画について、職員意見聴取の場を設けている。その他、日常的な申し送りの際にも職員の「気付き」を聴き取り、運営に反映させるように努めている。	発案 企画 法人への稟議書提出 許可 実行までの時間がかかり、職員の意見を述べることへの覇気が少ないように思われる。ホーム運営におけるホーム権限の見直し等の工夫を提案したい。
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	月に1回勉強会を行い、意見を聞く機会を設けている。職員個々に力量目標を作成し、努力や成果など把握に努めている。		
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	職員の資格取得に向けた支援がある。外部研修は機会があれば参加している。内部研修も広報を行い、自主的な参加を促している。職員個々に力量目標を設定し、達成に向けて一緒に評価を行っている。		
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	連絡協議会主催の研修にはできるだけ参加するようにしているが、地域の同業者との交流機会等はなくネットワークづくりには至っていない。		

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
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	入居前の面談で聴き取り、それまでの生活状態や生活の意向の把握に努めている。面談の大部分が家族中心に行われているが、ご本人様にも出来る限り事前に見学していただきようとしている。		
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	入居時の面談にて情報収集し家庭での介護の状況やホームでどのように対応していけるか等話している。これまで困っていた事や不安に思っていた事を把握したうえで入居後の変化や状況をお伝えできる様にしている。		
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	面会時にご本人様やご家族様の意向を確認し、ホームでできる事できない事を説明した上で改善に向けた支援の提案をしている。必要であれば他のサービスについてご説明、ご案内することもある。		
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	できる限り様々な場面で一緒に楽しんだり、時には悲しんだりできるように努めている。利用者様から教えていただく事も多く、職員に対して、「お茶を一緒に飲もう」など気遣いされることもある。		
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	面会時や電話でご家族様との情報交換を積極的に行い、ご家族様の思いや求めている事を傾聴するようにしている。一緒に考え、職員もご家族様と同じような思いで支援していることを伝えている。		
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	親類や友人の面会も積極的に受け入れている。センター方式を通じて馴染みの場、人の情報収集に努めているが、こちらから出向いていく取り組みはできていない。	地域密着型となり、利用者の生活継続の大切さを職員に周知し、利用者毎の情報収集に取り掛かっている。	家族への協力依頼も含め、利用者の「本当にやりたいこと」「本当はやれること」の支援実現が期待される。まずは、さらなる職員周知、家族周知が望まれる。
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	気の合う仲間、そうでないものの把握はできている。食事、調理、お茶、買い物など様々な場面を通して利用者同士の積極的なコミュニケーションを支援している。		

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
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	他事業所に移られた際には、アセスメント・ケアプラン等の情報提供を行っている。他事業所に移られた際には訪問し、馴染みの関係が続くようにしている。退居後にご家族様がホームに見えたこともある。		
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	アセスメント時に、日々の会話、表情、行動からご本人様の意向を把握するように努めている。ご家族様にも協力をお願いし、情報収集し、本人の意向を本人の立場に立って検討出来るように努めている。	センター方式を取り入れ、さらに利用者本人を知る工夫を行っている。家族協力・職員気付きの把握等、利用者本人の意向をさぐり、検討を行っている。	
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	アセスメントシートをもとに情報収集している。ご家族様面会時には日々の状況を伝えるだけでなく、ご本人様から得られた情報をもとに以前の生活についての聴き取りを行っている。		
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	アセスメントシートを活用し情報収集している。		
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	面会時を利用し、意向を確認している。日々の状況からモニタリングを行い、変更が必要な場合はプランに付け加えている。モニタリングをもとにケース会議を行い職員間で意見交換を行い、計画書に反映させている。	モニタリング時のケース会議・週一のケースカンファレンスを実施し、職員間の意見交換を行っている。家族来訪時には意向の確認を行い、現状に即した介護計画の立案・作成を行っている。	
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	バイタル表を活用し、食事摂取量、気になる言動やサービス計画書実践に基づいたケアの状況はカルテに細かに記録している。情報共有が必要な事項は申し送りを通して全職員で把握できるようにしている。		
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	状況に応じ、通院介助や送迎の時間など柔軟な対応に努め、満足度を高めるようにしている。必要があれば、法人内の専門職員(看護師・栄養士・ST・OT・PT)に助言を求め、支援ができるようにしている。		

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	行事ボランティアの受け入れは積極的に行っている。近所の派出所との交流もあり、緊急時の対応等については協力を呼び掛けている。華道がある日には、入居者と一緒に近所の花屋へ行っている。		
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	協力医療機関もしくは往診など利用者様の希望をお聞きしながら、かかりつけ医を決定し、医療を受けられるよう支援している。入居前のかかりつけ医を継続していただく事も可能。	法人母体でもある提携医療機関との連携は、利用者・家族・職員の安心となっている。また、眼科・歯科等、提携医療機関に無い診療科・入居前からのかかりつけ医受診については、原則家族対応をお願いし、受診を可能としている。	
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	医療連携体制を整備し、協力医療機関担当看護師と連携して、24時間体制で利用者様の健康管理や状態変化に対応できている。1週間に1度看護師が来ており、相談できている。		
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。	相互に情報交換をし、早期退院に努めている。法人内医療機関への入院が多いため、連携が図りやすい環境となっている。法人以外に入院された場合も、ご家族様や病院関係者と連絡をとりあっている。		
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	重度化に関する指針については重要事項説明書にのせ、説明をおこなっている。センター方式のなかで終末期に関する意向を確認する箇所があるが、明確な回答をいただけないことも多い。現状では、必要時医師を通してご家族様との話し合いを行っている。	母体病院・看護師との連携は万全であり、重要事項説明書に「指針」として掲載し説明を行っている。現在まで看取りの事例はないが、利用者・家族の希望に応じた対応は十分に可能な状況にある。	
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	緊急時の対応について手順書が作成されている。スタッフは内容を理解しており、実施できている。法人内で年1回救命蘇生の講習会が開かれている。		
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	『消防計画』が作成されており、それに基づいて日中想定防火訓練、夜間想定防火訓練・震災訓練を行っている。	『消防計画』通りの訓練の実践がある。また、地域への協力依頼・働きかけも行い、もしもの時に備えている。また、地域の防災訓練参加も計画している。	協力を承諾をいただいている近隣住民・運営推進会議メンバーに、ホームの避難訓練に参加していただく等、高齢者避難の実際を働きかける取り組みの検討を提案したい。

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
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	前回の外部評価で言葉遣いの指摘をうけ、今年度の目標にあげ取り組んでいる。声かけの仕方や言葉遣いなどに問題がないかカンファレンスで話し合いを行い言葉かけに注意している。	利用者に対する言葉づかい・言葉掛けに何ら問題は感じられず、本年度目標として取り組んだホームの努力がうかがい知れる。トイレ誘導の際にも、あからさまな声掛けはなく、他の利用者に配慮した声掛け・誘導が行われている。	
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	利用者様個々に様々な場面で意思決定できるように声かけしている。ご自身で意思決定が困難には複数の選択肢を示すなどしている。しかし、スタッフ側の都合で決めてしまうことがないとはいえない。		
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	1人1人の過ごし方を把握し、柔軟な対応を目指しているが、スタッフの人手や業務による制限もあり、全てに対応ができていたとは言えない。利用者様の思いに着目し、希望にそっていけるようにしたい。		
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	好きなものを身に着けていただけるよう洋服の選択は希望に応じてご本人様と一緒にしている。髪の毛などの整容も乱れないよう整えている。外出(バスツアー)など場所に応じた格好ができるよう支援している。		
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	調理・盛り付け・片付けなどできる事は利用者様とスタッフと一緒にしているが、出来ないことが増えてきている。食事・おやつなどスタッフと共にテーブルを囲んで楽しく食事をすすめるようにしている。	各ユニットに、場面ごとに中心になる利用者がおられ、他の利用者もそれに続き、自発的に自分のできることをしようとする姿勢が感じられた。また、食事風景も、利用者同士が歓談し、和気あいの雰囲気がある楽しい食卓であった。	
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	好みや嗜好、体調を把握し、バランスの良い栄養摂取ができるように支援している。必要に応じて補食を提供。必要であれば刻みやとろみでの提供も行っている。		
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	毎食後口腔ケアの声かけを行い、能力に応じて見守りや介助を行っている。義歯の管理も個々の能力や習慣に応じて支援している。		

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
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	排泄チェック表を活用し、個々の排泄時間、パターンを把握するように努めている。個々にあったトイレ誘導を行い、できる限りオムツに頼らない排泄を目指している。	日中は利用者全員のトイレ排泄を目指し、適切な支援を実践している。排泄チェック表の活用・トイレ誘導・利用者毎の職員支援方法の統一等、利用者の自立支援を視野に入れたできる限りの取り組みがある。	
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	朝食に乳製品や水分補給ができるように利用者の好みに応じて飲み物を提供。1日2回体操を行い適度な運動を促している。便が出ないときには乳製品を提供し、便秘にならないように注意している。		
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	時間帯や長さは好みに応じて声かけている。日曜日を除き週3回の入浴だが、入浴日以外でも希望があれば入浴できるようにしている。	日曜日を除き、毎日の入浴を提供している。利用者毎には最低でも週3日の入浴日を確認し、時間帯・長さ・タイミング等、本人の希望に沿った支援を行っている。	
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	生活リズムの安定を図り、安眠できるようにしている。個々の体調や表情を観て臥床時間の声かけをしている。夜間眠れない時には暖かい飲み物を提供し、安心していただけるよう話をきいている。		
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	使用薬の薬剤情報提供書をファイリングし、すぐに確認できるようにしている。使用薬の変更があった場合は確実に、全スタッフへ申し送り様子観察を行っている。		
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	ご家族様に得意なことを伺うようにしている。お願いできそうな仕事を依頼したり、利用者様後ご自身から意欲をもっていたりするような環境づくりに努めている。		
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	散歩(公園・喫茶店)や買い物、清掃活動に出かけている。外に行きたいという希望がある時には出来る限り対応ができるよう努めている。	日常的には近隣への散歩を心がけ、天候・気候に合わせて支援している。その他、年2回のバスツアー、行事外出の実践がある。また、個人対応の外出希望についても、希望を把握し、実現に向けて取り組んでいる。	利用者の生活継続と同様、「本人の行きたい場所」「本人のやりたい事」の把握が必須であり、ホーム提供の外出とは分けた取り組みの検討に期待したい。

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
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	お金がないと心配に思う方もいるので、ご家族様と相談の上、可能な範囲内で金銭管理をいただいている。管理が困難な方でも、買い物時に支払いをしていただくなどお金をもつ機会を作っている。		
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	電話をしたいという希望がある利用者様に対応している。		
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	掃除は利用者様と共に行い花や絵を一緒に飾るなど喜ばれるものになっている。月に1回華道を行い、季節を感じる、目で楽しむことができるようにしている。畑にも野菜を作っており、旬のものを収穫している。	玄関へ続く通路にはプランターに花を植え、1F居室前の前庭には家庭菜園を作り、見た目にも楽しい季節感を演出している。また、共有空間であるリビングを利用者の「楽しみの場」として位置付け、利用者とともに掃除・飾り付けを行う等、居心地のいい居場所づくりを支援している。	
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	廊下や玄関にソファ・椅子を設置し、思い思いに過ごしていただけるよう工夫している。利用者様同士で話をしたり、お互いの部屋に引き話をしていることもある。		
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	入居時に、安心して生活できるよう今まで使い慣れたものを持ってきていただくよう話している。ご家族様に協力いただきそれぞれに過ごしやすい居室作りを行っている。	利用者毎の自室の目印とも言える家族配慮の「のれん」をくぐれば、それぞれの居心地を考えた居室が工夫されている。訪問調査の視察時に、居室案内をくださった利用者の方は、どなたも自室の自慢をされていた。	
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	ベッドの位置や衣服の場所など一人ひとり状況に合わせて環境を整備している。浴室やトイレなど必要な場所には手すりを設置している。		

1 自己評価及び外部評価結果 (2F)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2370400794		
法人名	医療法人 慈照会		
事業所名	グループホーム ひまわり 2F		
所在地	名古屋市西区上名古屋二丁目25番3号		
自己評価作成日	平成21年 9月 1日	評価結果市町村受理日	平成22年 2月 8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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2370400794&SCD=320
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	愛知県名古屋市昭和区鶴舞3-8-10 愛知労働文化センター3F		
訪問調査日	平成22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)】

季節にちなんだ行事、ボランティアによる慰問などを実施している。地域の方へ参加をお誘いし、多くの方に参加頂き、地域交流の場になっている。センター方式によるアセスメントでは利用者様の生活に対する意向「思い」を広げ、その人らしさの発見、気づきを得よう努めている。利用者様ひとりひとりへの理解をを深め、楽しく安心して暮らしていただける支援を目指している。法人内には他職種(看護師・栄養士・OT・PT・ST)があり、必要があれば、助言を求め、またホームに来ていただき利用者様をみていただく事ができる。協力医療機関

【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)】

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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+-) + (Enter+-)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
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	「地域に必要とされる施設でありたい」という法人の理念に基づきホームの目標を定め、目標達成に向け取り組んでいる。別紙「慈照会品質方針」参照		
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	地域の行事等の予定を回覧板や地域の方から情報収集し、ホームに招待するだけでなく地域の催し等に参加するように今年度の目標にあげた。地域清掃や、盆踊りに参加し交流に努めている。		
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、ホームでの生活の様子や、対応などの話し、認知症について理解が深まればと考え説明をしている。		
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ヵ月に1度実施し、ホームの取り組みや様子を報告している。地域の方やご家族様の意見を多く聞く事ができ、情報交換できている。家族の思いや、入居の相談など組み入れている。		
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	市長村担当者と直接交流する機会はない。		
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	身体拘束は行わないという認識が統一でき、ケアしている。立地条件もあり、玄関、1・2階の出入り口は施錠しているが、ご家族様には根拠を説明し、理解を頂いている。		
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	日々の身体チェックを行い、見過ごがないようにしている。又、現場での言葉づかい、会話の内容など問題がないか注意しあっている。月1回のカンファレンスでも話し合いを行っている。		

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
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	制度について、ある程度理解はしている。必要性の検討や支援などに関しても話しをする場をもっているが、現在活用している入居者はいない。		
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	契約時は時間をとって契約書や重要事項説明書、個人情報保護について説明を行い、同意を頂いている。改定時も十分に説明している。また、不明な点があれば気軽に問い合わせを頂けるよう繰り返し伝えている。		
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	意向や要望を確認している。面会時には声をかけ、お話を伺っている。利用者様やご家族様の声は職員間で共有しケアに活かしていけるよう検討している。運営推進会議でも意見を伺っている。		
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度カンファレンスや勉強会を行い、意見を聞く機会を設けている。		
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	月に1回勉強会を行い、意見を聞く機会を設けている。職員個々に力量目標を作成し、努力や成果など把握に努めている。		
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	職員の資格取得に向けた支援がある。外部研修は機会があれば参加している。内部研修も広報を行い、自主的な参加を促している。職員個々に力量目標を設定し、達成に向けて一緒に評価を行っている。		
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	連絡協議会主催の研修にはできるだけ参加するようにしているが、地域の同業者との交流機会等はなくネットワークづくりには至っていない。		

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
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	入居前の面談で聴き取り、それまでの生活状態や生活の意向の把握に努めている。面談の大部分が家族中心に行われているが、ご本人様にも出来る限り事前に見学していただきようとしている。		
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	入居時の面談にて情報収集し家庭での介護の状況やホームでどのように対応していけるか等話している。これまで困っていた事や不安に思っていた事を把握したうえで入居後の変化や状況をお伝えできる様にしている。		
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	面会時にご本人様やご家族様の意向を確認し、ホームでできる事できない事を説明した上で改善にむけた支援の提案をしている。必要であれば他のサービスについてご説明、ご案内することもある。		
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	できる限り様々な場面で一緒に楽しんだり、時には悲しんだりできるように努めている。利用者様から教えていただく事も多く、職員に対して、「お茶を一緒に飲もう」など気遣いされることもある。		
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	面会時や電話でご家族様との情報交換を積極的に行い、ご家族様の思いや求めている事を傾聴するようにしている。一緒に考え、職員もご家族様と同じような思いで支援していることを伝えている。		
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	親類や友人の面会も積極的に受け入れている。センター方式を通じて馴染みの場、人の情報収集に努めているが、こちらから出向いていく取り組みはできていない。		
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	気の合う仲間、そうでないものの把握はできている。食事、調理、お茶、買い物など様々な場面を通して利用者同士の積極的なコミュニケーションを支援している。		

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
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	他事業所に移られた際には、アセスメント・ケアプラン等の情報提供を行っている。他事業所に移られた際には訪問し、馴染みの関係が続くようにしている。退居後にご家族様がホームに見えたこともある。		
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	アセスメント時に、日々の会話、表情、行動からご本人様の意向を把握するように努めている。ご家族様にも協力をお願いし、情報収集し、本人の意向を本人の立場に立って検討出来るように努めている。		
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	アセスメントシートをもとに情報収集している。ご家族様面会時には日々の状況を伝えるだけでなく、ご本人様から得られた情報をもとに以前の生活についての聴き取りを行っている。		
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	アセスメントシートを活用し情報収集している。		
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	面会時を利用し、意向を確認している。日々の状況からモニタリングを行い、変更が必要な場合はプランに付け加えている。モニタリングをもとにケース会議を行い職員間で意見交換を行い、計画書に反映させている。		
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	バイタル表を活用し、食事摂取量、気になる言動やサービス計画書実践に基づいたケアの状況はカルテに細かに記録している。情報共有が必要な事項は申し送りを通して全職員で把握できるようにしている。		
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	状況に応じ、通院介助や送迎の時間など柔軟な対応に努め、満足度を高めるようにしている。必要があれば、法人内の専門職員(看護師・栄養士・ST・OT・PT)に助言を求め、支援ができるようにしている。		

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	行事ボランティアの受け入れは積極的に行っている。近所の派出所との交流もあり、緊急時の対応等については協力を呼び掛けている。華道がある日には、入居者と一緒に近所の花屋へ行っている。		
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	協力医療機関もしくは往診など利用者様の希望をお聞きしながら、かかりつけ医を決定し、医療を受けられるよう支援している。入居前のかかりつけ医を継続していただく事も可能。		
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	医療連携体制を整備し、協力医療機関担当看護師と連携して、24時間体制で利用者様の健康管理や状態変化に対応できている。1週間に1度看護師が来ており、相談できている。		
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。	相互に情報交換をし、早期退院に努めている。法人内医療機関への入院が多いため、連携が図りやすい環境となっている。法人以外に入院された場合も、ご家族様や病院関係者と連絡をとりあっている。		
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	重度化に関する指針については重要事項説明書にのせ、説明をおこなっている。センター方式のなかで終末期に関する意向を確認する箇所があるが、明確な回答をいただけないことも多い。現状では、必要時医師を通してご家族様との話し合いを行っている。		
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	緊急時の対応について手順書が作成されている。スタッフは内容を理解しており、実施できている。法人内で年1回救命蘇生の講習会が開かれている。		
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	『消防計画』が作成されており、それに基づいて日中想定防火訓練、夜間想定防火訓練・震災訓練を行っている。		

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
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	前回の外部評価で言葉遣いの指摘をうけ、今年度の目標にあげ取り組んでいる。声かけの仕方や言葉遣いなどに問題がないかカンファレンスで話し合いを行い言葉かけに注意している。		
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	利用者様個々に様々な場面で意思決定できるように声かけしている。ご自身で意思決定が困難には複数の選択肢を示すなどしている。しかし、スタッフ側の都合で決めてしまうことがないとはいえない。		
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	1人1人の過ごし方を把握し、柔軟な対応を目指しているが、スタッフの人手や業務による制限もあり、全てに対応ができていないとは言えない。利用者様の思いに着目し、希望にそっていけるようにしたい。		
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	好きなものを身に着けていただけるよう洋服の選択は希望に応じてご本人様と一緒にしている。髪の毛などの整容も乱れがないよう整えている。外出(バスツアー)など場所に合わせた格好ができるよう支援している。		
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	調理・盛り付け・片付けなどできる事は利用者様とスタッフと一緒にしているが、出来ないことが増えてきている。食事・おやつなどスタッフと共にテーブルを囲んで楽しく食事をすすめるようにしている。		
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	好みや嗜好、体調を把握し、バランスの良い栄養摂取ができるように支援している。必要に応じて補食を提供。必要であれば刻みやとろみでの提供も行っている。		
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	毎食後口腔ケアの声かけを行い、能力に応じて見守りや介助を行っている。義歯の管理も個々の能力や習慣に応じて支援している。		

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
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	排泄チェック表を活用し、個々の排泄時間、パターンを把握するように努めている。個々にあったトイレ誘導を行い、できる限りオムツに頼らない排泄を目指している。		
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	朝食に乳製品や水分補給ができるように利用者の好みに応じて飲み物を提供。1日2回体操を行い適度な運動を促している。便が出ないときには乳製品を提供し、便秘にならないように注意している。		
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	時間帯や長さは好みに応じて声かけしている。日曜日を除き週3回の入浴だが、入浴日以外でも希望があれば入浴できるようにしている。		
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	生活リズムの安定を図り、安眠できるようにしている。個々の体調や表情を観て臥床時間の声かけをしている。夜間眠れない時には暖かい飲み物を提供し、安心していただけるよう話をきいている。		
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	使用薬の薬剤情報提供書をファイリングし、すぐに確認できるようにしている。使用薬の変更があった場合は確実に、全スタッフへ申し送り様子観察を行っている。		
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	ご家族様に得意なことを伺うようにしている。お願いできそうな仕事を依頼したり、利用者様後ご自身から意欲をもっていたりするような環境づくりに努めている。		
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	散歩(公園・喫茶店)や買い物、清掃活動に出かけている。外に行きたいという希望がある時には出来る限り対応ができるよう努めている。		

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	お金がないと心配に思う方もいるので、ご家族様と相談の上、可能な範囲内で金銭管理をいただいている。管理が困難な方でも、買い物時に支払いをしていただくなどお金をもつ機会を作っている。		
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	電話をしたいという希望がある利用者様に対応している。		
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	掃除は利用者様と共に行い花や絵を一緒に飾るなど喜ばれるものになっている。月に1回華道を行い、季節を感じる、目で楽しむことができるようにしている。畑にも野菜を作っており、旬のものを収穫している。		
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	廊下や玄関にソファ・椅子を設置し、思い思いに過ごしていただけるよう工夫している。利用者様同士で話をしたり、お互いの部屋に引き話をしていることもある。		
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	入居時に、安心して生活できるよう今まで使い慣れたものを持ってきていただくよう話している。ご家族様に協力いただきそれぞれに過ごしやすい居室作りを行っている。		
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	ベッドの位置や衣服の場所など一人ひとり状況に合わせて環境を整備している。浴室やトイレなど必要な場所には手すりを設置している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームひまわり

目標達成計画

作成日: 平成 22年 2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	49	日常的に近隣への散歩を心掛け、天候・気候に合わせて支援しているが、本人の思いを把握し、行きたい所へ行く事ができていない。	行きたい場所へ外出支援する。	本人や家族から、習慣や楽しみ、懐かしい場所行きたい場所を聞き取り、外出する計画をたて実行する。	12ヶ月
2	35	防災訓練を定期的に行っているが、地域住民や家族の参加がまだ少ない。	地域の方や家族に参加していただき、訓練を行う。	運営推進会議や、町内の回覧板等を利用し、地域の方や家族に防災訓練の参加をよびかける。	6ヶ月
3	20	知人、友人等に会いにいたり、訪問してもらう等つながりが継続できていない。	知人、友人達と継続的な交流が続けられる。	友人、知人、行きつけの場所などを把握し、訪問出来る事を家族に説明する。手紙を利用し、連絡を取り持てるようにする。	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 を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。