

平成24年度

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	1493800039	事業の開始年月日	平成19年2月1日
		指定年月日	平成19年2月1日
法人名	特定非営利活動法人 折本福祉サービス		
事業所名	グループホーム蘭寿おりもと		
所在地	(224-0043) 神奈川県横浜市都筑区折本町1374-1		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成13年2月4日	評価結果 市町村受理日	平成25年5月18日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

ホームの周りは緑に囲まれ、田畑が多く、散歩など環境面には恵まれております。日常生活の中で利用者様と職員とが仲良く、一緒にお散歩する事から1日が始まり、天気が悪い日などはユニット内でトランプ、ぬり絵、歌レクなどたくさん遊びを取り入れ、楽しんで過せる環境を提供できるように取り組んでおります。1年を通じて季節に応じた様々な行事を行い、お花見、やきいも大会、歌謡ショー、踊りなど時にはドライブを兼ねて回転寿司など外食にも出かけ、好きな物を食べられている様子は、本当にニコニコと楽しそうです。地域での活動も活発で、獅子舞やお神輿、盆踊りなどにも積極的に参加し地域の皆様との活動も行なっております。利用者様と職員とが一体となり喜びも悲しみも共有、傾聴させて頂き、利用者様にとって安心して、穏やかにお過ごしいただけますように日々努力してまいります。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成25年2月15日	評価機関 評価決定日	平成25年4月28日

【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><事業所の優れている点> ◇地域との親密な交流 理事長が地元出身でもあることから、地域との交流は親密で、災害時の支援、お祭りの時に神輿や獅子舞のが事業所敷地まで来てくれること、利用者の散歩の途次での地域の方々との交流、地域の清掃への職員・利用者の参加などがあり、事業所自体が地域の一員となっており、利用者の生活が地域とつながっている。 ◇ホームページでの利用者情報のスピード開示 ホームページは週2, 3回更新されて、利用者の最新の様子を伝えており、家族から好評を得ている。 <事業所が工夫している点> ◇利用者個々の全体像がすぐわかる「統一ケア個別対応表」の作成効果 全利用者の移動、排泄、食事、服薬、自力でできることなど介護支援に必要な情報が短い文章で数行ずつコメントしてあり、職員の介護支援に効果を発揮している。 ◇歩行器なしで歩く自立支援 居室を出た廊下にアームチェアが置いてあり、これにつかまれば、歩行に不安がある利用者も食堂までも歩いて行くことができ、自立支援に役立っている。</p>

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム蘭寿おりもと
ユニット名	いぶき

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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

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)	○	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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活き活きと働いている。 (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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念を掲示し日々のサービスに反映出来る様に対応している。職員全体でクレドカードの作成を行い、毎朝唱和し、理念の共有を意識している。	・職員の提案で、全職員が理念「利用者本位」を表す身近な言葉を持ち寄り、「クレドカード」を作成して理念を共有し、日常の介護現場での具現化に努めている。 ・クレドカードは事務室などに掲げ、毎朝全員で唱和している。	
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	地域の行事に参加したり、日々の散歩の際に挨拶を交わし、時々お花やお野菜をいただいています。今後更にボランティアの方々や学校などとも交流を図って行く。	・法人代表が地元出身のため地域との付き合いは親密で、町内会の獅子舞、神社の神輿も事業所敷地内に来てくれ、地域の盆踊り大会には利用者も参加して交流を深めている。 ・地域への奉仕として、職員と利用者で近くの通学路の清掃に参加している。	
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	地元神社に初詣に行ったり、町内で行なわれている行事（祭事）に積極的に参加し、地域の人々との交流を図っている。また、こども110番など協力できるようにしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	今年度は3ヶ月に1度のペースで運営推進会議を開催出来た。今後も内容など良く検討し、地域の方々に開かれた会議を、定期的に開催出来るように取り組んでいく。	・町内会副会長・民生委員などの出席を得て、利用者と家族も各1名ずつ参加し、3ヶ月に1回開催している。 ・会議では事業所運営状況報告やインフルエンザ・ノロウイルス対策、利用者からの買物外出の要望などが話し合われている。	
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	役所のケースワーカーの方などと連携を図り、常に情報交換を行うようにし、サービスの向上を出来る様に努めている。	・都筑区保護課担当者とは週1回は連絡を取り合って状況を報告している。 ・都筑区福祉保健センター高齢支援担当者とは、必要がある時に電話で意見交換をしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	ご家族様のご理解のもと、拘束のないケアに取り組んでいます。	・職員は、「拘束禁止マニュアル」「拘束ゼロへの手引き」や、拘束に関する直近の新聞報道などを参考にして、拘束しない介護を続けている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待は身体的なことはもちろん、言葉の暴力など間接的な虐待も含めて見逃さないように心がけています。入居者様の身体をこまめにチェックしている。		
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	皆が必要に応じて対処出来るように勉強会などの機会を設けて、深く理解できるようにしていく。		
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	契約の事前に十分な説明、質問の時間を取り、話し合いを行い、利用者様が納得できるように取り組んでいる。		
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並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	常に入居者様およびご家族様の意見と要望を反映させ、反映できるように取り組んでいる。	・日頃の利用者の意見や家族来訪時にお聞きした意見、要望には、速やかに検討、判断して対応している。 ・週2,3回更新する施設生活のブログについて家族アンケートを行い、意見や要望を反映するようにしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々の場や定期的に職員の話聞く場を設け、改善点など改善できるようにしている。	・管理者は定期的に、または日常業務の中で積極的に職員の意見を聴くように努め、必要な意見は業務に反映している。 ・改善例としては、クレドカード導入指導をした職員には講師料を支払うなど、モチベーション向上を図っている。	
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	いかなる時でも気軽に相談が出来る、ユニットの問題点を把握し、職員が疑問を持ったままで過ぎていかないように心がけている。		
13		○職員を育てる取組み 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、内部研修の機会を設けスキルアップに努めたり、介助方法など疑問を早急に解決できるようにし、一人ひとりに合わせて声を掛けるように心がけている。		
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つくり、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組みをしている	交換研修などを通じグループホーム同士での交流を重ね、認知症の取り巻く環境やどうかかわりを持つか互いに勉強、理解し、ユニットに反映出来るようにしている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に十分に説明、質問、理解の場を設け、少しでも不安を払拭できるように努めている。納得するまでくり返し傾聴している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前より十分な面談を重ね、より良い関係づくりに努め、利用者様及びご家族の生活に対する意向を大事にしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	現段階で今何が必要なのか、何を望んでいるのなどをしっかりと見極めて、他業種の方々と連携を図り、対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日々の生活、レクリエーションなどを通して関係を構築し信頼関係を深めるように努力している。入居者様にご自分で出来る事はやって頂くような環境を整えるようにしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族の来訪を共に歓迎し、イベントへの参加を呼びかけている。また毎月の近況報告の送付や有事にはその都度ご家族と連絡を取るなどより良い関係の向上に努めています。		
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	今までの生活とお変わりなく生活して頂くように、外出や来訪など支援できるように努めている。	・友人や親戚の来訪時には歓談できる場所を設けて、楽しく時間を過ごすことができるように支援している。 ・利用者の中には近隣の神社へのお参りに行ったり、地域コーラス会に参加する人もあり、支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	常に利用者様全員に目を配り、共通の趣味や話題などを通して、良好な関係が築けるように努力し、孤立してしまわないように常に心がけている。		
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	退去後も家族へ連絡したり、訪問するなど出来る範囲で努めている。		
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。	入居者様本位に生活して頂ける様に努力し、勤務に入るたびに何がご本人様のために出来る事を考え、実行するようにしている。	・職員は利用者とのコミュニケーションの中で、一人ひとりの思いを汲み取るように努めている。 ・日中のコミュニケーションが困難な場合は、入浴介助時など1対1になったときなどに思いを汲み取っている。	
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	今までの生活歴などコミュニケーションの中から把握に努め、利用者様の1番良い心地よい生活環境を作り、より近いものにしていくように心がけている。		
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	日々の申し送りや業務日誌、連絡ノートを活用して情報の共有を行い、職員一人ひとりが把握していることを共有出来るように会議なども開いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	入居者がより良い生活をしていただけるように、日々職員間で話し合いを持ち、より望ましい介護が出来るように努めています。	・介護計画は、フロア全職員の定期的な打ち合わせのほか、医師からの病状説明、家族からの意見を反映させて、作成している。 ・見直しは6カ月ごとに行うこととしているが、利用者の状況の変化があれば、必要に応じて随時見直している。	
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	ケース記録や申し送り、連絡ノートを活用し情報を共有しながら業務を遂行し、色々な情報を元に介護計画の見直しに努めています。		
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	その時々必要に応じて外部ヘルパーを利用するなどの支援を行っている。また、状況に応じた細かなサービスが提供できるように努めている。		
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	ご本人の意向や必要に応じて、関係機関と協力し合い支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	内科、皮膚科、歯科などの往診、週1回の訪問看護があり、普段の健康状態のチェックおよび早期発見、早期治療を心がけている。また、入居前のかかりつけ医にも受診できるように配慮している。	・利用者の健康管理では、月2回の協力医の往診、月1回の皮膚科の往診があり、その他毎週1回看護師による健康状態のチェックも行っている。 ・その他、従来からのかかりつけ医にも受診できるように配慮している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	毎週看護師に状況報告を行い、適切な受診や看護を受けられるように努めています。		
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、また、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。又は、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。	往診医が専門的な症状や入院に繋がるような病状の時は適切な病院を紹介していただき、常に病院関係者との関係作りに努めている。		
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	現状では終末期を迎えた利用者様がないが、可能性のある利用者様ご家族とは話し合いを行なっている。また利用契約時に現在の医療対応、施設対応の限界について説明を行っている。	・現時点では終末期を迎える利用者はいないが、終末期・看取り対応に備え、職員勉強会を開催し、考え方、心構え、家族との関わり方などを学習している。	・今後の終末期・看取り対応に備えて事業所の基本方針を確立し、それに基づく医療機関との連携をはじめ、職員教育を更に進めることを期待します。
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	マニュアルが作成されており皆が対応出来るようにしている。定期的に勉強会を行ったり、手順を確認したりして緊急時に備えている。		
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	地域の消防署指導の下避難訓練の行い、避難経路や消火器のある場所、使い方など確認している。また、地域の方々にも協力をお願いし、協力できる体制をとっている。	・避難訓練は、地震直後に火災発生を想定したケースで消防署員立会いで行っている。 ・地域の方々からの災害協力体制ができており、その他事業所内の自主点検も随時行っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
⇒					
36	14	○一人ひとりの人格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	利用者様の人格を尊重し、お一人お一人への対応、介助、言葉使いなどには十分に気をつけ、プライバシーを守るように努めています。	・利用者を人生の先輩として尊敬し、馴れ合いにならないように、利用者の呼び方や話題の出し方などにも気をつけている。 ・職員の言動も不適切と思われる場合に、気が付いたときにはお互いにその場で注意し合うことにしている。	
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	ご本人やご家族にお伺いし希望を出来る限り支援していく。また、決定する際に職員の意向が押し付けにならないように注意している。		
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	ご本人の体調や意見を確認して、出来る限り希望に沿って、ペースにあわせた対応を心かけている。		
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	利用者様一人ひとりに合った見出しなみが出来るように、化粧水やリップなど用意し、いつでもおしゃれが出来る様に支援しています。		
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	一人ひとりの好みを把握し、健康に配慮しながら食事が楽しみになるように努め、一緒に準備など行っている。	・利用者の好みを把握し、できるだけ好みに合わせた食事を提供するように配慮し、また、行事のときは外食も行って楽しんでいる。 ・利用者は職員と一緒に下膳、食器洗いや食材買出し同行などを行い、一人ひとりができることを手伝っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事量、水分量など業務日誌などに記載し、食事量、水分共に確保できるように、一人ひとりにあつた量を提供している。また、毎月の体重測定で増減の確認も行っている。		
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に、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	協力医の指示のもと、一人ひとりの状態に合わせた口腔ケアを実施している。		
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向けた支援を行っている	排泄表を用いて、一人ひとりの状況やパターンを把握して支援している。夜間なども時間で交換を行っている。	・排泄チェック表に基づき、利用者の排泄パターンを把握してさりげなくトイレに誘導し、自立支援に努めている。 ・その結果、リハビリパンツから布パンツに移行した成功事例もある。	
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	便秘時には水分量はもちろん、運動、規則正しい生活など個々に応じた予防に努めています。便秘の際は医師に相談するなど迅速に対応しています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	ご本人の意向にあつた時間帯に入ってもらい、ゆったりと入れるように支援している。脱衣室や浴室の温度には注意している。	・入浴は原則週3回とし、利用者に入浴時間帯の希望を聞いて楽しんでもらっている。皮膚疾患などで入浴できない場合は、足湯マッサージも行っている。 ・入浴を好まない利用者には、入浴剤を入れたり、時間を変えて勧めている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々の生活習慣に応じての就寝への声かけを行っている。一人ひとりの居室の配置や空間作りにも配慮している。		
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	お薬の変更や服薬に関する変更は全職員に周知し、把握できるようにしている。全ての職員が薬を理解できるように薬の表など工夫している。		
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	ご本人の得意分野を引き出すように心がけ、日々活動の場を提供できるよう努めている。		
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。また、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	天気の良い日にはお散歩や日光浴に出かけている。また、入居者様と食材購入に出かけたり、外食に出かける機会を設けている。	・天気の良い日には、利用者は川沿いの散歩道や近くの農道を散歩し、その途中で地域の人から花をもらったり、秋には栗拾いをすることもある。 ・散歩以外に職員と一緒に食材の買出しや、衣類購入などにも出かけている。	
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	自己管理できる人にはお金の管理をしてもらっているが、出来ない人に関しては、事務所で預り、必要な時に渡している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	電話は使いたい時に使えるようにしてある。また、ご家族からの電話もすぐにお繋ぎしている。手紙に関しても、必要なものは揃え、出したい時にらせるようにしている。		
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	リビングや廊下などに季節感を取り入れた飾りをつけたり、花を生けたりと季節を感じる環境を提供したり、家庭的な雰囲気を作れるように努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・リビングなどの共用空間は、採光も豊かで明るく、床暖房、加湿器などで快適な生活が保てるように配慮されている。 ・壁には利用者の作品を展示し、季節ごとに展示品を替えたり季節の花を活けて、リビングに季節感を取り入れている。 	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	一人ひとりの状態を把握して座席を決めたり、寛げるようにソファを置き、談笑できる場を設けている。		
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	なじみの物や使い慣れた物などを置いて安心して落ち着ける空間になるように配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の居室には、各自テレビや身近に置きたい家族の写真や仏壇を置き、各自が安心して暮らすことができる居心地の良い部屋作りを行っている。 ・部屋には濡れタオルを掛けたり、加湿器も設置して温湿度を管理し、利用者の健康に留意している。 	
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」や「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	一人ひとりの状態に合わせて、自分自身で出来る事はして頂き、必要な時に支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム蘭寿おりもと

作成日 平成25年5月7日

【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	1	利用者本位の徹底	全職員が利用者本位の意識を徹底し、実践していく	定期的な自己評価、面談の実施。会議などでの利用者本位の取り上げ。事例検討の実施。	12 ヶ月
2	33	終末期、看取りの対応時の医療機関などとの協力体制の構築	終末期、看取りの対応時の医療機関などとの協力体制の構築	医療機関と密に連携を図り、対応時に迅速に対応出来るようにする。職員への終末期対応の勉強会などスキルアップを図って行く。ご家族様、医療関係者、職員がターミナルに理解を持ち、終末期をご利用様と一緒に悔いのないようにお送りできる体制を整えていく。	12 ヶ月
3	4	運営推進会議でのご家族の参加率が低い	運営推進会議でのご家族の参加率向上	運営推進会議の開催告知をお早めにお伝えし、参加しやすい環境を整える。	12 ヶ月
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。