

### 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	2070300310		
法人名	医療法人共和会		
事業所名	グループホーム塩田		
所在地	上田市中野29-2		
自己評価作成日	平成23年10月31日	評価結果市町村受理日	平成24年4月21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	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成23年11月25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)】**

利用者が、自宅に近い住み慣れた地域で同法人の充実した医療による健康管理がなされ、隣接する畑で野菜や花作りを楽しみ、行事やドライブで季節を感じられる生活を、共に送って頂ける様努めています。また音楽療法を取り入れ、情緒の安定と意欲を引き出し、一人ひとりのペースや個性を活かした支援に力を入れています。

**【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)】**

塩田病院に併設し、健康管理面で家族に安心感を与える。隣接した畑に四季の野菜が植えられるが今は、機能が低下し庭先のベンチに座り畑を眺める。利用者の心身機能が低下し、何を優先すべきか、今、どのように利用者に接していくべきか、利用者本位の生活支援の基本を十分に管理者、職員は理解し対応している。グループホームとして、閉鎖的な気持ちにならず笑顔で過ごして頂くために屋外に出掛けることも忘れてはいない。ホーム長は利用者を優先に考えた時、今の人員配置の見直しを含め常に管理者に相談し改善に努めている。職員も研修参加の学びで、グループホームの役割を認識し、人として何をしたらよいか十分理解したケアに努めている様子が窺える。昨年、課題に挙げた目標は継続し、さらに深める等の姿勢からもホーム長、管理者の熱い思いが伝わる。

**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 ↓該当する項目に○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)
57	利用者職員が、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)
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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
62	利用者は、その時々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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	家庭的な住み慣れた場所で、安心してゆったりと住み続けることを目的として、独自の理念を職員全員で見直し作り上げ、日々努力している。 経営理念として「寄り添う」「付き合う」「断ち切らない」地域の方々と「共に考え共に築く」なじみの場所で暮らし続けることを支えていく。	ホームの理念は、見やすい場所に掲示され、地域密着型ホームの意義を常に振り返る。管理者は、日々日常生活での利用者への寄り添い方、法人の接遇方針等について実践に向けた話し合いをし、職員間の共有に努めている姿が窺えた。	
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	まだまだ地域との隔たりは大きいですが、個々にはその他の地域との交流はある。全員共に交流することはまだ少ないが、機会を設けることに努力している。	天気の良い日は散歩に出かけ、近くにできた自治センターの図書館に寄り、本を選ぶ楽しみがある。併設する老健に出向き、コンサートに参加、夏祭りの参加、併設病院祭に出かけ地域の方との交流もある。音楽療法でも地域の学生も見え楽しく歌を歌う等地域交流に努めている。	病院内の敷地にホームがあるため、地域住民には病院の一角の施設としての印象が強くホームに気軽によってくださる関係性に努めている。今後、ホームからも老人会への招待、学校、幼稚園等働きかけ、地域の理解に努め、地域の相互関係の構築に期待したい。
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	年一回の病院祭では、地域の方々へ施設の見学や案内を行っている。今年度は、認知症の人と家族の会の主催で「認知症を支えた家族の一人として」と題した講演を開催している。	/	/
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	地域の方々との繋がりや周知していただくきっかけの場として、又皆様が求めている事や、意見等を伺う事ができる機会を多くもつ様に努め、サービスの向上に繋げている。	運営推進会議は2カ月毎の開催となった。運営推進会議ではホームの様子を見て頂くため、お茶会の時間作る。ホームの様子を説明し、委員から職員の名前がわからず、家族も声かけづらい等意見も出され改善した。ホームの理解の場であり、積極的に、意見を頂く場である。	
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	必要に応じ連絡を取って行き来をしている。地域運営推進会議を偶数月に開催し、これを機会に担当者のアドバイスを受け、協力関係を築いていく様に取り組んでいる。	直接、市に出向き、ホームの研修の相談をしたり、高齢な家族との関係性をたち切らないように泊まっていたくため、どのような対応が適切か相談する等、積極的な連携ができています。	

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
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	職員全員で取り組んでいる。しかし立地条件から玄関はやむを得ず施錠しているが、開放感をもたらす様に職員が目が届く時間帯は、扉を開放し極力施錠しないように心がけている。又、職員全体で身体拘束についての勉強会を実施している。	医療を行う時でも、利用者が拘束にならないようにいつも付き添い対応している。職員全体が拘束について、十分研修を行っているため拘束につながる事はない。ただ、ホームとして開設時から玄関に鍵がかけられ家族も安心している事もあり、開放にはなっていない。	鍵をかけている事の閉塞感、また地域に開かれたホームを目指していくのには弊害になりやすい事も念頭に、運営推進会議等での理解、職員等の意見の集約を行う。鍵のかからない開放された誰でも訪ねて来やすい環境作りを期待したい。
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	職員全員の問題として、利用者にも最適な関わりを持てるように話し合ったり、勉強会を実施している。		
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	研修等に積極的に参加しているが、職員全員が理解をする必要があると考えている。そのうえ、利用者に必要なが生じた場合、よりよい支援をしていく為に包括支援センターの社会福祉士に相談・依頼をして、お互いに連携を取り合いながら理解を深め、活用できるよう努力している。		
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	理解・納得できるように、十分な説明を行っている。		
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	生活相談員・ご家族・ボランティアなど来訪者の意見・要望を参考にして、職員会議で検討し即、実践できることは行っている。	遠くに住む利用者の家族は年2回程度しか来れない方もおられる。普段は電話での連絡が多いが、骨折された利用者の受診について、家族の思いを推測し、家族の希望される病院への入院につながった。家族への便りも送り利用者の様子を理解していただき意見等だしやすい工夫も行っている。	
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	毎月、職員会議を設けその時に意見をだしてもらっている。又、必要に応じ緊急会議を開催したり、日常的に問題がある場合も、随時意見を出してもらっている。	職員の意見は、しっかり耳を傾けたいというホーム長の気持ちもあり、職員全員に思い、希望を書いてもらう。職員の気持ちの理解に努め、管理者へつなげる。法人に意見を求められる限り、グループホーム運営の改善に努めている。	

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
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	キャリアパス制度の導入に参加している。今後の取り組みに向け当法人の規程を考慮しながら検討中。		
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	積極的に参加できる機会の確保をし、順番に研修や地域の中のGH勉強会に出席し、学んだ事を日頃のケアにどのように活かし、自己を高めていくかを発表し、職員全員で共有する様に努めている。		
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	現在、県の働きかけによる総合評価事業に参加し、積極的にフレンド会、ACS等の研修や他、GHへの総合訪問活動を通してケアの質の向上に努めている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ご家族からの十分な情報提供をしていただくことや、利用前に利用者様と家族での見学及びお試し期間を設け、少しずつ慣れていってもらい、安心感を持って頂くよう努めている。		
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	十分に気を配って対応している。個別に時間をとり、ご家族の都合に合わせて、その都度の対応にも心掛けている。		
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	病院・老健等併設機関の協力を得ながら、又、他施設との連携を密にして、本人の希望に添えるようにしている。		

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
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	常に本人の出来る力を引き出し、職員が教えていただきながら生活を共にし、寄り添っていくという考えに立ち、お互い様の関係を築いている。		
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	家族の思いを受け止められる関係づくりができています。又、時間の許す限りご本人と共に気楽に過ごしていただける様、365日ホームを開放している。		
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	家族の状況に個人差があるが、出来る範囲での支援をしている。又、利用者にとって唯一肉親の関係が途切れぬよう、GHを家族支援の泊まりの場としても提供している。	家にいた時、お茶を飲みに来ていた友達や同級生が訪ねてくれる。利用者が美容師であった方は弟子が訪ねてくる。誕生日に手作りのものを持ってきて飾っている。利用者の肉親の関係が切れないように泊まりを提供し支援することもある。	
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	利用者同士の関係を観察し、テーブルの配置や入浴の順番等に配慮して楽しく過ごせるよう支援している。		
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	その後の生活に困惑してしまわれ様に、サービスが終了しても相談に応じ、希望に添える様支援している。又、どの職員にも気さくに話しが出来るように、窓口を広くしている。		
<b>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</b>					
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	本人が言葉にした思いや希望、表情や動作を敏感に察知し、生活に反映させている。センター方式を取り入れ、利用者の生活歴や思いを把握し、ケアプランに役立てている。又、他医療機関の受診時にも活用し、情報提供を行い本人の診療にも役立てている。	アセスメントはセンター方式である。利用者の生活歴を記録し利用者が話された言葉や表情、動作を記録し何をしたいのか推測し生活に反映する。訴えが頻繁な方は、そばに寄り添うことで誰かにそばにいてほしい事の裏返しである等がわかり、しっかり話を聞く大切さも理解できるようになった。	

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
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	利用者の生活歴を知ることで、なるほどそうだったのかと理解できる場面が多々ある。しかしまだ情報不足な面があり、家族との信頼関係を結ぶなかで、徐々に情報を得ている。		
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	申し送りノートを活用し、生活記録から一人ひとりの一日の様子を報告し職員全員が利用者の現状把握に努めている。又、当日の職員はケアの重点項目を共有し、統一ケアに努めている。		
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	利用者や職員が主になっており、家族や他の必要な関係者との連携をとるのが難しかったが、利用者の機能低下に伴い、医療面でNS・OT・PTとの連携が密になり、アドバイスをいただきケアプランに反映させている。	職員会議で全員のモニタリングを毎月行う。ケアプランは評価を含め3ヶ月毎に見直しをしている。担当制であり会議の前には事前に意見や様子をプランに従い確認する。全体の会議で意見を出し合い、ケアプランにつなげる。身体機能低下してくると医療的なアドバイスもプランに反映する。	
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	個別ファイルを用意し、バイタル測定・体温・脈拍・食事・水分量・排泄、月/1回体重測定等、身体的状況及び、日々の本人の言葉やエピソードを記録、常に全職員が確認しており、情報の共有をしながら、個別記録を基にケアプランの見直しをしている。		
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	本人の思いや状態、家族の意向に配慮しながら送迎・付添等、必要な支援は柔軟に対応し個々の満足度を高める様努力している。		
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	本人の希望や体調に応じて、関連施設に毎月来る出張理容サービスを利用いただいている。食材に関しても他施設の事業を活用したり、自治会館に併設されている図書館の無料貸し出しサービスを利用し、暮らしの楽しみを支援している。		

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
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	家族の思いを受け止められる関係づくりができている。希望にあわせた支援をしている。	入居時に、家族と相談し家族の意向で対応する。併設する病院が主治医となり、職員が受診にお連れする。専門医の受診が必要な時はセンター方式の情報を持ちながら職員も一緒に受診する。家族も安心がある。	
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	同法人内の看護師が全ての利用者の把握をしており、必要に応じていつでも適切な受診や看護が受けられる。		
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。	同法人内の医療関係者との連携は密にとれており、夜間帯の急変時に対しても敏速な対応がとれる。		
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	個々にご家族と話し合いを行い、十分説明し納得されたうえで方針を共有している。今年度は「看取りに関する介護の具体的な指針」を作成し、看取り介護の共通認識やご家族の精神的ケアの学習等を行っている。	看とりのマニュアルが出来上がった。昨年からの課題であり、併設病院の看護師が講習会を開き、皆で学んだ。看とりの共有意識、家族のメンタル支援、医療面等支援体制について研修した。来年度も継続し研修していく課題としている。	
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	隣に病院があるものの、今後もう一度見直し、定期的研修に参加していく機会を増やしていく必要がある。24年度の法改正に伴い全職員が積極的に取り組む姿勢である。		
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	消防署の協力を経て、避難訓練・避難経路の確認・消火器の使い方等の訓練は定期的におこなっている。GH独自でも夜間の一人体制を想定した訓練や、避難手法等の訓練を行っている。	年に2回の災害訓練を行っている。地域の消防団の参加等住民参加し避難訓練、消火訓練を行っている。グループホームのみでも訓練を行い、一人夜勤で何ができるかの再確認の機会になった。緊急通報システムは本部にもつながり支援体制がある。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	支援が必要な時もご本人の気持ちを大切に考え、さりげないケアを心がけている。又、自己決定しやすい言葉がけをするように努めている。共和会全体での接遇研修も行い誇りやプライバシーを傷つけない対応をするように取り組んでいる。	法人の接遇研修の中で、利用者の尊厳、プライバシーへの配慮について学び、ホーム内外に違和感のない対応ができるように注意している。最初から否定しない、利用者の今訴えている世界への意識、否定的な言葉にならず利用者を傷つけない取り組みを皆が理解されている。	
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	利用者に合わせて声を掛け、又表情や仕草を読みとって、些細なことでも本人が決める場面を作る様努めている。		
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	一人ひとりのペースを大切にし、それに合わせた対応を心がけている。その日の体調、様子を見ながら本人の希望に添った個別対応もしているが、入浴や行事等スタッフの都合で決める事も少なくない。		
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	基本的に着衣はご本人の意向で決めており、見守りや支援が必要な時は手伝うようにしている。自己決定がしにくい利用者には職員と一緒に考え、アドバイスをして本人の気持ちに添った支援を心がけている。日頃からお洒落や化粧を楽しんでいる。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しいものになるよう、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	片付けや食器拭き、お茶入れ等職員と一緒にやっている。又、利用者と同テーブルで会話を楽しみながら食事が出来る様雰囲気作りも大切に行っている。メニューにも考慮し希望や食べやすい工夫等、一人ひとりの口腔状態に合わせた支援をしている。	食事のメニューは年3回、基本メニューを作る。利用者の身体機能低下から、関わりを深めるため、食事作りのパート職員の導入がなされている。利用者が行える食器ふき、テーブルふき等できることは一緒に行う。食事内容は隣接施設の栄養士の指導もある。食事記録等により好みの食事の工夫をしている。	
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	一人ひとりの食事は摂取量の記録により全職員が把握し、量の加減も調整している。又、水分摂取量が少ない方には飲み物にも工夫を凝らした対応をしている。又、年一度関連施設の管理栄養士が、栄養バランスチェックを行っている。		



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
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	一人ひとりの口腔状態に合わせてケアをしている。又、歯科衛生士の指導を受け、口腔内の清潔の保持や口腔体操も取り入れて、健康管理に努めている。		
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むけた支援を行っている	自尊心に配慮しながら、利用者の様子から敏感に察知しトイレ誘導をしたり、ご本人の求めに応じて支援している。又、布パンツの使用を極力継続していける状態に支援して、本人の不快感を軽減できるように努めている。	トイレで排泄できる気持ちよさを職員は理解され、利用者の排泄の不適切が大きな課題に結び付くことを学んでいる。トイレ誘導で排泄し自立でトイレに行く方もありパットの軽減にもつながり、利用者の尊厳につなげている。	
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	日頃より牛乳や乳酸飲料、食物繊維の多い食材を提供している。毎朝体操を行い、自然排便を促す工夫をしている。便秘症の方には個々の状態に合わせて、下剤の使用量や頻度の調整をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者のその日の体調や希望に応じて入浴をしている。他者に気遣いすること無くゆっくり伸び伸びと満喫できる様に1人ずつ入浴して頂くことを基本に、楽しく入浴できるよう、仲の良い方同志と一緒に、又リラックス効果のある入浴剤やゆず湯を使用している。	入浴は毎日入れる準備はある。今年度は、ホームの職員の関係もあり1日3人程度の入浴であるが気遣いなく、ゆっくり入れる体制に努めている。体調や希望により柔軟に対応できる準備はある。	
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	なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整える様努めている。又、一人ひとりの体調や表情・希望にあわせ、ゆっくり休息がとれるように支援している。		

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
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	服薬管理は職員がしており、薬を手渡し飲み込むまでの見守りをしている。月一度、定例受診時には利用者の日常の症状の変化を伝え、服薬の調整をする等、医療との連携をとっている。		
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	得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえるよう支援している。お願いできそうな仕事を頼み、必ず感謝の言葉をお伝えしている。		
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	家族の方と定期的に外出されている利用者もおられる。又全員でドライブに行ったり、暖かい日はホームの周辺を散歩したり、戸外の空気を吸ってストレスの発散にも心掛けている。	お花見、あじさい見学、冬はイルミネーションを見に出かける等、四季折々に車でドライブに出かけ外食もする。買い物やその日の様子で散歩に出掛け図書館による。その日の気分でも決める。家族とドライブに出かける利用者もおられる。	
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	全ての利用者ではないが、ご家族の理解のもと事業所がお金を管理している。時には衣類と一緒に買いに行き、好みの服を選んだり、支払ったりして頂く様支援している。又お預かりしている通帳を職員同行のうえ記帳に行き、残高確認をして頂いている。		
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	ご家族からの手紙が届いた時は、お部屋へお持ちして読んで頂く等、プライバシーの配慮をしている。		
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	季節の花々を飾ったり、全員で手掛けた作品など展示したりしている。又、季節の移り変わりを感じていただく為に、月行事の飾りつけなどしている。ソファーにくつろいでいる時は好きな音楽をかけ、リラックス出来るよう心掛けている。	玄関先には、ソファーが置いてある。自室でなくここで昼寝をし、安心して過ごす利用者がおられる。利用者の満面な笑顔の写真に噴き出し言葉が添えられ、とても楽しそうに生活される様子が窺える。秋らしい飾り付けや作品が飾られている。	

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
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	玄関ホールにソファを置き、1人で過ごしたり、気の合う利用者同士と一緒にくつろげるスペースがある。ご自分の指定席があり、思い思いにくつろげる居場所をもっている。		
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	家具や調度品、写真や思い出の品々が持ち込まれ、それぞれの利用者の居心地の良さに配慮している。持ち込みの少ない方は本人と職員の相談のもと居室の雰囲気作りに努めている。	利用者の部屋は、ベットやたんすはホームが用意しているが、利用者ごとに椅子の持ち込み、絨毯を敷き詰め落ち着いた雰囲気がある。また家族写真等も飾られ、たんすの配置を使いやすく置き換え、温かみの感じられる居室である。	
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	利用者の目線に合わせた位置に名前を貼ったり、トイレが解り易い様昔の呼び方で大きく書いて表示している。居室入口のカーテンは、個々で用意して頂き、カーテンの色や柄で自分の部屋だと解る工夫をしている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成24年3月30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		昨年、計画はしたものの実行には至らなかったGH独自のマニュアル作りの構築。 現マニュアルは一般的な内容であり、その人らしい暮らしを続ける為の、日々の支援に添ったマニュアルが作成されていない。	当GHならではのケアマニュアルを職員全員で、利用者の目線に添った支援に重点をおいて検討した、尊厳・安心・健やかさに繋がるケアマニュアルの作成。 ①入浴 ②排泄 ③食事 ④清掃の方法(台所・洗濯・トイレ)	H24. 2月より勉強会の中で、重点ケアの3大目標の第一段階 ①入浴についてのケアマニュアルから作成を始めている。職員全員で実践に基づいて意見を出し合い、共有マニュアルを着実に作成していく。	12ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援。 ★看取り介護について	昨年末、利用者の看取りを行い、併設HPの担当看護師からの評価を頂いた事を踏まえ、今年度も継続して勉強・研修を行い、ステップアップをしていく。	終末期ケア分類シートに基づいた勉強会。 Ⅰステージ…食欲低下期。 Ⅱステージ…持続点滴開始期。 Ⅲステージ…危篤状態・死亡。 上記の症状・具体的対応内容について学ぶ。	12ヶ月
3	2	事業所と地域との付き合い。	GHからも自治会・学校・幼稚園・地域のボランティアさんにも積極的に働きかけ、地域の相互関係の構築を図りたい。	①自治会に働きかけ、回覧板を利用したGHでの日常生活や行事等の紹介。 ②老人会などへの招待。 ③広報への掲載によるボランティアの募集。	12ヶ月
4	6	身体拘束をしないケアの実践。 ★玄関の施錠	開設時から玄関に鍵がかけられているが、(線路と隣り合わせの為、安全面を考慮)鍵のかからない解放された誰でも気軽に訪ねて来やすい環境づくり。	①家族会・地域推進会議での検討会や職員の意見等の集約を行う。 ②職員の利用者への配慮や見守り・気配りの強化により、利用者の精神的開放感と自由な行動に重要性を持つ努力をする事で、施錠の廃止に繋げていく。	24ヶ月
5					

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.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。