

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	3570200612		
法人名	株式会社 マイプティット		
事業所名	グループホーム なのはなの家		
所在地	宇部市笹山町2丁目8番16-4号		
自己評価作成日	平成24年12月25日	評価結果市町受理日	平成25年6月17日

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

基本情報リンク先	http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成25年1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)】

利用者の身体状態に重度化は見られませんが「ゆっくり・のんびり・たのしく」の理念のとおり、その人らしく地域の中であたりまえに暮らしていける支援を行なって行きたいと職員一丸となり取り組んでいます。地域との交流も盛んで、「助けてもらう関係」から「支え合える関係」へグループホームとしてできる役割を考えながら地域共存で支援を行って行きたいと思っております。

【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)】

自治会と事業所が合同で避難訓練を実施されたり、地域の人の協力を得て、利用者が地域の夏祭りに参加されたり、公会堂に隣接する神社に利用者と一緒に初詣に行かれる他、事業所の行事にも地域の人や家族に参加を呼びかけておられ、AEDの講習を地域の人と職員と一緒に実施されたり、利用者が小学生と一緒に芋ほりやゲームを楽しまれるなど、世代を超えた地域ぐるみの交流をしておられます。地域の人が事業所の畑の手入れなどに気軽に来訪しておられ、晚白柚の差し入れがあった時には、食べる時には一緒に皮をむいたり、皮をお風呂に浮かべて楽しんだり、地域とのつながりを活かして、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう支援しておられます。職員は、利用者の状態の変化に伴って表現しづらくなった「思い」を把握するため「利用者の不満・要望・感謝の言葉を代弁します」シートを作って、利用者の思いを職員が共有するように工夫されるなど、家庭的な雰囲気の中で、「地域住民との交流のもとで、ゆっくり、のんびり、たのしく安心して過ごしていただけるように支援していく」という事業所の理念に基づいた支援をしておられます。

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	
57	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	○	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	64	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	○	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
58	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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	65	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	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	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	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	○	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
60	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	○	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	職員は、生き活きと働けている	○	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
61	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○	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
62	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	○	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	69	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
63	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、安心して暮らせている	○	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

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	「地域住民との交流のもとで、ゆっくり・のんびり・たのしく安心して過ごしていただけるように支援していく」を理念に掲げ、利用者が地域の中で当たり前那人らしく暮らし続けられるように、日常的に職員間で理念の確認、共有をしながら実践をしている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示し、新人職員にはオリエンテーションで説明している。日常的に職員間で理念に沿ったケアとなっているか、繰り返し話し合い、共有して実践に繋げている。	
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	自治会の特別会員として、自治会総会や行事に積極的に参加をし交流している。またクリスマス会や運営推進会議などのホーム行事や畑づくりなどを通して日常的に地域住民と交流している。	自治会に加入し、毎年、自治会と事業所の合同避難訓練(夜間想定の利用者の避難や通報、消火訓練)を実施する他、自治会の夏まつりや初詣(新年互礼会)に利用者と一緒に参加している。事業所の敬老会、クリスマス会、母の日の食事会などに地域の人や家族の参加がある。ボランティア(大正琴、傾聴など)や小学生の体験学習を受け入れている。地域の人からの野菜や花の差し入れがあり、事業所の畑の手入れに地域の人が来訪するなど日常的に交流している。管理者が、地域からの講演依頼に応じて認知症高齢者の対応の啓発や相談を受けたり、事業所のAED講習に地域の人が参加している。	
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	地域住民に対して、介護相談やホーム見学をしていただけるように働きかけをしている。また地域の介護セミナーや市の主催するオレンジサポーター養成講座の講師をするなど認知症の理解を深められるように努めている。		
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	運営者(管理者)がミーティングで自己評価及び外部評価を実施する意義を説明し、職員全員で自己評価に取り組んだ。初めての職員もいたが、振り返りをすることにより、不十分な事項を改善できるように次につなげていきたい。	評価の意義を理解して、全職員で自己評価に取り組み、職員ミーティングで話し合い管理者がまとめている。外部評価結果に基づく目標達成計画を実践して、全職員で消防署の普通救命講習とAED講習を受講し、内部研修で応急手当や初期対応の訓練に取り組むなど、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	

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
5	(4)	○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	運営推進会議において、ホームや職員の状況や行事報告、ひやりはっと報告などを行っている。他のホームからの参加やその都度メンバーも変わることもあるが、会議内容については報告書にて周知するようにしサービスの向上に活かしている。	自治会長（隣接自治会含む）、民生委員、第三者委員、市担当者、他のグループホーム管理者、実習生、家族等で、年6回開催し、現状報告、行事報告、研修報告、ヒヤリハット等の報告をしている。市のオレンジサポーターの取り組みや地域の消防士を招いての地域防災人づくり講座、食中毒予防（手の洗い方）等について学び話し合っている。事業所で行うAED講習に自治会の住民が参加することになるなど、意見をサービス向上に活かしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町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	行政担当者（介護保険課、高齢福祉課、社会福祉課、地域包括支援センター）と日常的に連携を図っており、相談やアドバイスを受けている。	市担当課に報告書の提出に出向いたり、運営推進会議の案内を持参する他、電話で相談して助言を得たり、情報交換をしている。地域包括支援センターとは困難事例の相談や情報交換をするなど協力関係を築いている。	
7	(6)	○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	身体拘束については研修に参加したり勉強会を行い理解はしているが、入浴介助が二人体制のために家族の同意を得て入浴時に一時的に玄関の施錠を行っている。時々開錠を忘れていた時がある。	マニュアルがあり、外部研修に参加して復命研修を実施するなど、全職員は理解し、玄関の施錠を含めて抑制や拘束のないケアに取り組んでいる。管理者はフィジカルロック、ドラッグロック、スピーチロックについて指導している。	
8		○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	高齢者虐待についての勉強会に参加をしている。職員間でも虐待についての解釈を取り違えないようお互いに注意をしながら防止に努めている。		
9		○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	以前、利用者に日常生活支援事業や成年後見制度を利用されていた方がおり概要は概ね理解できている。家族から相談を受けることもあり、その都度関係機関につなげている。		

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
10		○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	契約の際には、重要事項説明書や契約書で丁寧に説明をするように努めている。できるだけわかりやすい表現を使い、正しく理解や納得をしていただいているか確認をしようにしている。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	意見箱の設置や苦情の窓口等についてのお知らせを行っている。苦情処理手順は明確にしておき、ミーティングや運営推進会議での報告などを行わない運営に反映させている。	運営推進会議出席時、面会時、行事の参加時や事業所だよりを送付する時に利用者の状況を伝え、意見や要望を聞いている。年1回の面談での意向確認時にも意見や要望を聞いている。家族から職員のAED使用訓練を定期的実施して欲しいという要望があり、訓練を年2回実施するなど意見を運営に反映させている。	
12	(8)	○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	代表者(管理者)は、毎日の申し送りや毎月のミーティングに参加をし、職員の意見等を聞く機会を積極的に設けており、必要な事項は実現できるように努めている。	月1回のミーティングの中で意見や提案を聞く機会を設けている他、管理者は日常的に意見や提案を聞いている。調理の担当者を決め役割を明確にしたり、利用者の担当職員の変更、業務マニュアルの検討など、職員の意見を運営に反映させている。	
13		○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	職員の日頃の状況を把握し、働きに見合った処遇をする必要性を感じている。資格や業務により手当をつけている。資格取得の援助などを行い向上心が持てるように配慮している。		
14	(9)	○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	介護の質の向上のため、積極的に研修を受けられる機会を作っている。研修は原則勤務扱いとし、復命を義務つけている。認知症に関する研修等、できるだけ多くの職員が適切な研修が受講できるように情報を収集するようにしている。	外部研修は情報を伝えし、段階や希望に応じ勤務の一環として受講の機会を提供し、受講者は復命し、資料を閲覧して共有している。内部研修は月1回、プライベート、身体拘束などの研修を実施している。新人職員は、リーダーや介護福祉士が業務の中で介護技術や知識を指導し、働きながら学べるように支援している。資格取得の支援をする他、山口県宅老所・グループホーム協会の研修にも参加している。	

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
15		○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	山口県宅老所・グループホーム協会や認知症の人と家族の会に加入し積極的に交流をしている。他のホームの運営推進会議のメンバーにもなっており双方で出席したりしている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	主として管理者が対応をしているが、本人に対しては時間をかけてゆっくりと話を聞き、不安などを受け止めるように努めている。来所の際には暖かく迎えるように努めている。		
17		○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	家族の不安や心配事を受け止め、ともに援助関係が築けるような話し合いができるよう努めている。サービスの利用に至らなくても、介護に関する相談はできる限り受けている。		
18		○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	必要と思える情報を提供し、必要であれば行政や他のサービス事業所や医療関係者と連携を図るようにしている。		
19		○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	その人の状況を把握し、それぞれが役割を發揮し、利用者と家族、職員が支え合うような関係作りを築いている。職員は寄り添いの気持ちを大切に考えているが、利用者の言動で落ち込むこともあるので、職員間でカバーし合っている。		
20		○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	家族の声や思いを大切にし、また利用者にとって家族が心のよりどころであることを理解してもらい、一緒に支えていく関係を築きたいと思う。家族のいない利用者に対する配慮も必要である。		

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
21	(10)	○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	アルバムを見たりドライブをしながら当時の話に触れ会話を広げながら馴染みの人や場所を知り、入所後もそれまでの生活が途絶えないように支援している。知人などの来訪時などもお茶の接待等を行っている。	知人や親せきの訪問、年賀状やクリスマスカードの支援の他、受診時のドライブで馴染みの店や懐かしい場所、自宅周辺に出かけている。家族の協力を得て墓参り、法事への出席、外泊、外食に行くなど、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。	
22		○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	利用者同士は労わりあったりすることも多く見られるが、トラブルになりそうな時には職員がさりげなく間を取り持ったりしている。		
23		○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	退所後も訪問があったり、相談を受けたり関係を継続している。特に残された家族に対しては、家族の思いを受け止めて一緒に悲しんだり回想をしている。		
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					
24	(11)	○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	自分で訴えのできる方には傾聴し本人の気持ちを把握するように努めている。訴えのできない方に対しても、非言語のコミュニケーションを図りながらできるだけ把握したいと思う。	センター方式のシートを活用し、家族や本人の希望や意向を把握する他、日々の関わりの中での利用者一人ひとりの表情、言葉、行動などを業務日誌に記録し、カンファレンスで検討し、て思いや意向の把握に努めている。「利用者の不満、要望、感謝の言葉を代弁します」シートに記録して、職員が共有している。	
25		○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	センター方式を使って家族に記入してもらい生活歴等の把握に努めている。また入所前、入所後に分けてアセスメントを行い情報の共有に努めている。		
26		○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	毎日の生活状況やバイタル、食事量、水分量、排泄、入浴、服薬等を記録し、毎日の申し送りや体調や心身に変化がないかを確認している。毎月職員全員でケアカンファレンスを行っている。		

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
27	(12)	○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	毎月のケアカンファレンスや毎日の申し送りで気づきや意見を確認し情報の共有をしている。計画作成担当者やリーダーを中心に介護計画を作成している。	月1回カンファレンスを開催し、計画作成者、利用者の担当職員を中心に本人、家族、主治医、看護師等の意見を反映させて介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、見直しをしている他、要望や状態に変化が生じた場合には、モニタリングに基づいて見直しをしている。	
28		○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	個別のファイルには、日常の生活記録に加えて健康状態や身体状態が記入できるようにホーム独自のものを使用している。一日の状態がわかるシートも活用している。		
29		○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	家族が対応される本人の通院、入院や外出時には必要な情報をまとめ利用者、家族が困らないように支援したり、選挙の同行などは行っているが他にはなかなか取り組まれていない。		
30		○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	毎日のように自治会長や地域住民やボランティアの来訪があり一緒に畑作りをしたりお茶を飲んだりされる場面が多い。本人の馴染みの店や場所を訪れたりしながら、地域資源の把握に努めて、今までの暮らしの継続につなげるように努めている。		
31	(13)	○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	本人や家族に希望する医療機関がある場合はできるだけ継続して受診できるように支援しているが、ない場合はホームの主治医や協力医療機関での受診の了解をとっている。訪問歯科により定期的に口腔ケアの支援をしている。	協力医療機関をかかりつけ医とし、内科と歯科は月1回、皮膚科は3ヶ月に1回往診があり、必要に応じて事業所が受診の支援をしている。内科の協力医療機関とは緊急時の連携体制ができており、AEDの使い方の指導も受けている。訪問看護師と24時間連携体制がある他、家族に受診結果を伝えて情報を共有するなど、適切な医療が受けられ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
32		○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	訪問看護ステーションと医療連携をしており日常的な健康管理を始め相談や支持を仰いで利用者の健康管理に努めている。また24時間対応のため電話での相談をすることもある。		
33		○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。	入院時には管理者や職員が付き添い又は家族に情報提供している。入院中の双方の情報提供や退院に向けてのケース会議に出席する等により、スムーズに退院、ホームの生活に戻れるように支援している。お見舞いに行ったりして馴染みの関係が切れないうちに心がけている。		
34	(14)	○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	利用者や家族と意向確認書を交わし、意向を尊重しながら重度化された場合やターミナルに対応できるように1年に1回家族に現状を説明し見直しをしている。AEDの使用方法は地域住民と共に講習を受けており、万が一に備えお互いに協力関係を築いている。	指針があり、契約時に事業所ができる対応（医療機関や他施設への移設を含めて）について家族に説明し、年1回は意向確認書をもとに家族と面談し、生活状況や健康状態を伝えて話し合いをしている。実際に重度化した場合には本人、家族、主治医、看護師等の関係者と話し合い、方針を共有し関係者と共に、支援に取り組んでいる。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	利用者の身体状態等をミーティングや朝夕の申し送りや情報共有をし、いつもと違う気づきを見落とさないようにしている。AEDの使用法や救急法は職員全員受講しているが、定期的に行い実践力を身につけていきたいと思う。	事例が発生した場合はヒヤリハット報告書に記録し、その日の職員と管理者が対応策を話し合い、申し送り時に報告し、報告書を供覧して共有している。月1回のミーティング時に改善策を検討し、一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。救急救命法やAEDの訓練を年2回実施する他、訪問看護師を講師に応急手当や初期対応の訓練をしている。	・応急手当や初期対応の定期的訓練の継続
36	(16)	○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	災害避難訓練は18年より、自治会行事として合同訓練を行っている。地域の防災士や自治会長との連携も取れてお互いに協力しあえる体制を築いている。	自治会と事業所合同の夜間想定避難訓練を年1回実施し、事業所独自の昼間想定避難訓練を年1回実施している。消火器の使い方や地域防災についての勉強会やAEDの使用訓練を地域の人と一緒に行う他、緊急連絡網に自治会長の名前を明示し、隣家の駐車場が避難場所となるなど、地域との協力関係を構築している。	

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					
37	(17)	○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	職員は一人ひとりの利用者に対して優しい言葉かけをしているが、時々排泄確認等他の利用者の中で確認したり配慮の見られない時もある。利用者の作り上げた世界を否定せずに寄り添っていききたいと思う。	マニュアルがあり、研修をして職員は人格の尊重とプライバシーの確保について理解し、トイレ誘導時や入浴時にもプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。気になる対応に気づいた時には管理者が指導している。	
38		○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	利用者の自立支援や自己決定がなされるような声かけをするように努めている。発語を伴わない利用者が増えてきたので意思疎通がうまくできない場合は、表情などを見落とさないようにに気持ちに寄り添っていききたいと思うが、まだまだ見当違いの時も見られる。		
39		○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	利用者の当たり前の暮らしを支援したいために職員体制や配置替えなどで工夫はしているが、介助に二人体制が増えてきたために、一人ひとりの希望に沿うことが難しくなっている。		
40		○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	身体状況により、服装などでは工夫をしながらその人らしい身だしなみができるように支援している。夏祭りには浴衣を着てお化粧の支援ができた。出張美容などで自分で髪型を希望したりという場面も見られる。		
41	(18)	○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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一部の利用者ではあるが、調理や準備、後片付けを職員と一緒にしている。時々利用者同士の手順の違いからトラブルになりそうな時もあるが、職員がうまく間を取り持っている。	事業所で採れた野菜や差し入れの食材を利用し、三食とも事業所で食事づくりをしている。利用者の好みを聞いたり、状態に合わせてミキサー食にしたり、個別の対応をしている。利用者は盛り付けや下膳、片付けを職員と一緒にして、ゆっくりと会話をしながら職員も同じものを食べて食事が楽しめるように支援している。たい焼き、ホットケーキ、団子などのおやつづくりをしたり、行事食や弁当、家族と一緒にの外食など、食事を楽しめるよう工夫している。	

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
42		○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	食事量や水分量を記録し把握に努めているが、食事中に眠ってしまったり口が開かない利用者も増えてきたので、途中で中断したり事故のないように注意している。食事もミキサーやとろみを使って誤嚥のないように気をつけている。		
43		○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	口腔ケアの必要性を職員は認識しており、毎食後の口腔ケアには特に力を入れている。月1回の訪問歯科により、それぞれの状態の説明や指導を受け支援に活かしている。		
44	(19)	○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	排泄の状態を記録することにより排泄パターンをできるだけ把握しトイレで排泄できる利用者には誘導を行っている。おむつ等をしようとする利用者に対しては適切なものが使用できるように支援している。	排泄記録表を活用し、一人ひとりのパターンや習慣を把握して、声かけや誘導をしてトイレでの排泄の支援を行っている。	
45		○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	排泄表により排便状況を確認し、便秘が続く時は水分量や食事内容などから原因を考えるようにしている。腹部マッサージや食物繊維の補助食品を家族と相談の上使用することもある。訪問看護師や薬剤師からアドバイスを受けている。		
46	(20)	○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	入浴に二人体制での支援が増えてきたために毎日の入浴ができなくなったが、男性職員を配置するなど安全に入浴できるように工夫している。入浴中は利用者との会話ははずみ信頼関係が深まるように感じる。時々バラ風呂や晩白柚風呂にして楽しんでもらっている。	10時頃から16時までの間に希望にそって毎日ゆっくりと入浴できる支援をしている。入浴したくない人には声かけの工夫や時間をずらすなどの工夫をしている。利用者の状態に合わせてシャワー浴、清拭、足浴の対応やバラ、晩白柚、柚子などを浮かべて入浴を楽しむなど、一人ひとりに応じた支援をしている。	

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		○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	利用者それぞれの状況に合わせていつでも休むことができるように支援している。室温などにも気を配り休憩や睡眠が取りやすい環境を整備するように努めている。日中の傾眠が増えてきた利用者に対しては、安楽な姿勢で休憩が取れようとしている。		
48		○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	利用者の服薬については適切に支援できるように努めており、お薬手帳の活用も行いながら医師や看護師、薬剤師と連携を図っている。概ね薬の内容については理解しているが副作用の把握までには至っていない。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	その人のできること力を把握し無理強いせず出来る範囲で楽しみながら生き生きとした場面が持てるように支援しているが、重度化した利用者に対しては思いはあってもなかなか実施できていない。一部の利用者には偏っている傾向がある。	お菓子作り(ヨモギ団子など)、輪投げ、本読み、新聞読み、童謡、カルタ取り、季節行事(節分、雛祭りなど)、夏まつり、花火、クリスマスカードの作成、バルーン飾り、畑づくり、芋掘り、晩白柚の人形作り、雑巾縫い、DVD観賞、編み物、笑いヨガ、水遣り、ボランティアの腹話術等、家族や地域住民参加のクリスマス会など、活躍できる場面づくりや楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	
50	(22)	○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	ホームの周りには畑や花壇があり、地域の人や家族と一緒に野菜を作ったり収穫したり世話をしたりで外に出られたりすることはある。地域行事の夏祭りには住民の協力もあり参加することが出来る。一人ひとりの希望に沿っての外出は、なかなか困難になってきている。	事業所周辺の散歩や日向ぼっこ、畑の水やり、花見(桜)、コンサート、ドライブ(空港、海岸、彫刻見物、銀杏並木見物)に出かけたり、地域の人の協力を得て地域の夏祭りや初詣に参加している。家族の協力を得て、墓参り、法事への参加、外食、外泊などの支援をしている。	
51		○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	現在、自分で財布を所持している人はいないが、家族から預かっているお金と一緒に買い物に行ったり、買って来て欲しいものがあればお金が使えることは伝えている。		

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
52		○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	現在、自分で手紙を書いたり電話をかけたりする人はいないが、家族からの電話や手紙は取り次いでいる。年賀状は職員と一緒に作り家族に宛てて出している。		
53	(23)	○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	ディルームには、音楽をかけたり花を生けたり、利用者の五感に働きかけがなされている。フロアの飾り付も、季節感の感じられるものを一緒に作り楽しみにされている。	食堂を兼ねたディルームはキッチンと一体化した広い空間で、利用者はテレビの前のソファでくつろいだり、テーブルで切り花の世話をしたり、思い思いにゆったりとした時間を過ごしている。差し入れの花や道の駅で買ってきた季節の花を絶やさないように飾り、壁にはクリスマス会の写真や普段の食事風景の写真などを飾っている。廊下の突き当たり椅子を置くなど工夫し、キッチンから調理の音や匂いがして、温度や湿度に配慮した空間の中で、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
54		○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	廊下の端に椅子を置き独りになれる時間と場所を作っている。またテーブルやソファは自由に使い、気のあった利用者同士がお茶を飲んだり、猫と遊んだりされている。		
55	(24)	○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	居室には、できるだけ本人のなじみの家具などを持ち込んでもらい、写真や人形なども飾っている。こういうものがあつたらと家族に希望を伝えることもある。	ベッド、整理ダンス、テーブル、椅子、ラジオ、鏡台、ラジカセ、時計、人形、季節の花、額、ぬり絵作品、クリスマスカード、誕生日の色紙、編物の毛糸、化粧品など、使い慣れた物や好みの物を持ち込み、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
56		○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	誤認や判断ミスの起こらないようにトイレや風呂の表示に工夫をしている。居室には手作りの表札や好きなポスターを掲示し、間違いのないように工夫している。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームなのはなの家

作成日: 平成 25年 6月 17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	35	利用者の身体状態の低下に伴い、転倒や誤嚥等のリスクが高くなっている。また新しく入社した職員も増え、利用者の状態の情報共有ができていないこともある。利用者の状況の把握とその人の状態に沿った支援、緊急時の対応、訓練を行っていく	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況等の情報の共有化 ・緊急時の対応方法のマニュアルの見直し ・初期対応の訓練の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況のシートを作成する ・マニュアルの見直し、作成をする ・看護師による緊急時対応の研修を受講する 	12ヶ月
2					
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。