

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	3591600089		
法人名	医療法人社団 早川内科医院		
事業所名	グループホーム なみおと		
所在地	山口県山陽小野田市大字小野田1147-13		
自己評価作成日	平成23年1月28日	評価結果市町受理日	平成23年5月24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23年2月24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)】

利用者様の生活歴・生活習慣を大事にし、その人らしい生き方のお手伝いができるように細かな介護を行っています。利用者様の気持ちを大切に、笑顔が見れる介護を常に考え介護計画も利用者様のマイライフプランとして計画・実行しています。無視しない、急がせない、あきらめないを基本に利用者様の可能性を引き出せるケアに努めています。利用者様お一人お一人が当たり前の生活が出来るように、担当職員を決め家庭的な雰囲気の中で生活していただいております。認知症が進行してもその人らしさを忘れずに、「人」として生きていただけるケアを心がけております。

【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)】

事業所は自治会に加入し、運営推進会議や協働で実施する行事などの地域つきあいを通して新たな馴染みの関係づくりをされています。事業所と自治会、子ども会共催で福祉の輪づくりの一環として事業所を開放して行われる「夏祭り」は、地域の人々との充実した交流の場となっています。地域と協働で実施されている防災訓練では、実際の訓練を通して地域の参加者から運搬用具の使用法や利用者個々の介助の要点等、支援のための具体的な課題についても提案されるなど協力関係が築かれています。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	○	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
60	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	○	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	○	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	事務所に掲示し広報誌にも記載している。介護理念を作成して月1回のミーティングや朝のミーティングに確認している。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作り、事務所に掲示して、職員間で共有して実践につなげている。事業所だよりも掲載している。	
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	自治会に加入し総会や委員会に参加している。広報誌や回覧板を回し地域行事に参加したり、事業所の行事に地域の方に参加してもらっている。近くにきらら交流館やガラス館もあり散歩途中には立ち寄って地域の方との交流を図っている。恒例の餅つきには自治会や社会福祉協議会の方々に参加してもらっている。また今年度初めて自治会の協力で夏祭りを行った。	自治会に加入し、盆踊り、どんど焼きなどの地域行事へ参加している。自治会、子ども会、事業所で「福祉の輪作り」として共催による夏祭りを事業所を開放して実施したり、年末の餅つきには自治会員、婦人会員、社会福祉協議会等の参加や協力があるなど、地域と交流している。散歩時の挨拶、中学生の体験学習など日常的に交流している。	
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	自治会長や民生委員、ボランティアグループの方に認知症を理解していただくため、運営推進会議に参加していただいている。認知症について理解を得るための地域への出前講座など提案中。		
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。	管理者が自己評価の意義について説明している。全職員が分担し記入し、その後全職員で項目ごとに検討し管理者がまとめている。	評価の意義を理解し、全職員項目ごとに検討し、管理者がまとめている。自己評価することで課題や振り返りの見直しができたと捉えており、サービスの質の向上に活かすよう取り組んでいる。	
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	各利用者様の状態やケアの内容など報告し、地域の方へ災害時の協力を求め、地域上の注意点など情報収集の場としている。運営推進会議で検討された避難訓練を地域の方々の協力で行われ、今後は連絡網の作成し地域の方との連携のもと避難訓練を行う予定である。	自治会長、婦人会、民生委員、家族等が参加して6回開催し、利用者の状況、行事等の報告、外部評価の結果報告、地域住民と協力しての避難訓練や災害時の連絡網作成について話し合っている。避難時の具体的支援について提案があり、取り組みを検討している。	
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取り組んでいる	法令についての考え方など情報をメールなどでやり取りし保険者と事業所の情報交換を密にしている。	市担当者や地域包括支援センターとは相談、情報交換や事業所の実情等を伝えながら、協力関係を築くよう努めている。	

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
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	身体拘束の研修を行い抑制・拘束をしないケアを継続している。 出入口は8:00～20:00まで開放し、希望時・不穏時には一対一で付き添い散歩したり見守りをし事故のないように注意している。現在施錠中のユニットについても開放の方向で職員が検討をしている。	身体拘束に関するマニュアルがあり、身体拘束をしないケアを正しく理解するために、研修を実施し全員で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	資料を用いミーティング時研修を行っている。 職員は基礎知識を持ちその場面に遭遇した場合はさりげなく助言できる。		
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	ミーティング時日常生活支援事業や成年後見制度について研修を行っている。		
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	契約や重要説明事項などの説明などは各資料に基づいてわかりやすい言葉で説明している。また改定時は全家族に内容を連絡に来苑時に再度説明している。		
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	母体の玄関に「苦情箱」を設置し、各家族に意見や要望をうかがう準備をしている。また手紙送付時や来苑時に職員が意見を聴きとるようにしている。	家族等が意見や要望が言えるように相談、苦情の受付担当者、外部機関、第三者委員を明示し、苦情処理手続きを定めて、運営推進会議や面会時、電話で意見等を聞くようにしている。	
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	管理者はミーティングなどで職員の意見・要望を聞き、代表者へ反映している。 代表者や管理者は現場に出て職員に声掛け積極的にコミュニケーションをとり出来ることは改善している。	管理者は日頃から職員とのコミュニケーションを図り、意見を言い易くするように工夫し、ミーティング時にも聞くように努め、出された提案や意見は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	代表者は管理者へ職員個々の特性や特技を生かし、向上心を持って職務に就けるよう指導するよう指示している。また定期的に職員の勤務状態など話し合い必要ならば本人と面談を行っている。休憩場所の設置や休憩時間の取り方など代表者も含め職場全体で取り組みました。		

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
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	代表者は職員を育成するための施設内研修を行うように管理者に指示している。自己評価表などを使用しスキルアップにつなげている。職員全員が外部研修に参加できるようにしている。	1年間の研修計画作成し、毎月1回事業所独自の勉強会を実施している。外部研修は勤務の一環として段階に応じて参加の機会を提供し、受講後は復命書を提出している。利用者との関わり方など、働きながらのトレーニングをしていくことを進めている。	
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	代表者は、地域ケア会議やグループホーム協議会、介護支援専門員連絡協議会へ、積極的に参加させてサービスの質を向上させていく取り組みをしている。		
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	入居前に利用者様やご家族と面談し不安感から付随して起きる行動、本人からのシグナルが分かるように聞き取っている。		
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	入居前は複数回利用者様やご家族と面談し、入居後も面会や電話の時家族の思いを聞き取るようにしている。家族に生活歴を記入していただくようにしている。(呼称など)		
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	グループホーム入居を前提とせず、地域の社会資源を活用できる方法を助言している。		
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	生活の中で利用者様は人生の先輩として尊敬し、培われた知恵(昔ながらの料理や生活習慣、習わし)などを教えていただき生活の中に取り入れる。		
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	ホームをもう一つの自宅と思っていただき、包み隠さず生活の様子を1回/月の手紙や電話などまたは面会時に伝え一緒に支えていく関係を作っている。生活歴を繰り返し聴きとり利用者様の歴史を知るようにしている。介護者である夫の面会時には自宅での役割介護者として妻にかかわっていただいている。食事介助・更衣など		

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	知人の面会時職員も会話の中に入り会話が成り立つようにしている。また知人や家族からなじみの場所を聞き取り会話やケアに生かしている。	親族や知人の訪問を歓迎すると共に、ドライブを利用しての自宅やその周辺を訪問するなど、馴染みの人や場との繋がりが途切れないように支援している。	
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	ホールの設定が家をイメージさせ、台所や食卓、ソファや畳があり家庭的な雰囲気できれいに過ごせるようにしており、トラブル発生した場合は職員が間に入り場面転換をはかっている。		
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	定期的に広報誌を送るようにしている。		
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	利用者様の行いたい事を会話や言動から察知し、本人の生活リズムを崩さないように、手伝いをしていただいたり、買い物や散歩に出かけている。伝達の不可や意思表示能力にかかわらずどのような場面においても利用者様の意思を確認できるよう声かけをしている。例えばいままで生活されていた嗜好を大切にブラックコーヒーがお好きな方、甘めがお好きな方、紅茶がお好きな方など個別に対応しています。	日々の関わりの中で表情や会話から、利用者一人ひとりの思いの把握に努め、把握した内容は「利用者用申し送りノート」や「ケース記録」に記載している。6ヶ月ごと再アセスメントを行い家族、友人等から情報収集し、それらを全職員が共有して支援している。	
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	家族や関わっていたサービス担当者からの情報収集を行っている。ご家族が来られた時には近況を報告し、いままでの生活の様子を聞いて、利用者の昔のイメージがわかるよう努力している。		
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	毎日健康チェックを行い、また個人のケース記録や利用者様の申し送り帳などを利用し把握に努めている。各利用者様には担当者がおり、1回/1～6か月再アセスメントを行っている。朝の申し送り後、日勤者がカンファレンスを行い、利用者様の過ごし方を検討している。		

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
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	各利用者様には担当がおり、本人・家族から細かな生活歴などを聴きとる努力をしている。入居前の日常生活をイメージしながら「マイライフプラン」として職員全体で介護計画を作成している。 毎月担当者がモニタリングを行い新たな課題発生がないか、その人らしい生活が送れているのか評価を行う。課題が生じたときは家族・担当者・職員全体で検討し計画を作成し直す。ご家族が来られた時には常に意向を確認し意向に沿えるように計画につなげている。	担当者が毎月1回、事業所独自の様式を用いてモニタリングを行い、3ヶ月～6ヶ月毎に担当者や管理者、計画作成担当者で見直し、主治医や家族等関係者と話し合い、現状に即した計画を作成している。	
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	日勤帯にて関わるスタッフが、利用者様の様子で気付いたことや変化があった際に記入できる用紙を用意しておき、書き込んでいく。その中で特に重要だと思われることをケア記録に記入を行い、記入する程でもないが大切だと思われることは口頭で申し送っていく。介護計画実践についてはケア記録に色分けし記入。介護計画の見直しが必要だと思われる時には検討している。		
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	妻が入所され夫の役割が無くなりさびしくなったと言われたので2、3回/週 来苑していただき昼食を食べていただいていた。が入眠まで確認したいと要望され夕食と一緒に食べ、更衣や整容を手伝っていただいている。泊まっていただけるように配慮出来ればと考えている。		
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	昨年、地域の方参加にて当苑で夏祭りを行った。今後も続けていく予定です。また、避難訓練・餅つき等地域の方参加、応援にておこなっている。安全でその人らしく生きていただくため、地域の活動に参加したり社会交流ができるように各機関との連携を図っている。		

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
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	法人以外のかかりつけ医の場合は必ず職員が同行し利用者様が受けていた医療が受けられるようにしている。法人の医療機関については家族・本人の了解を得てかかりつけ医を変更している。	法人の医師がかかりつけ医であり、2週間に1回の往診がされている。その他の医療機関の受診はすべて職員が同行している。訪問歯科診療も行われており、常に状況に合わせて適切な医療が受けられるように支援している。受診結果については、その都度、申し送りや記録を通して家族や職員が共有できるようにしている。	
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	職場内に複数の看護師がおり、また法人内の医療機関の看護師とも連携が取れるようにしている。		
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。	入院先の担当者に利用者様の生活リズムや、生活様式、特徴をできるだけ細かく伝え両者が困らないようにしている。退院時に備え、毎日職員がお見舞いに出向き、状態を常に把握している。入院先の看護師や地域連携室と連携をとり退院時に利用者様や家族また職員が困らないようにしている。		
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	何度も家族と相談し意向を確認する。承諾書作成し説明し、早いうちに書面をもって再度の意向確認をしながら方針を共有し、支援を行っている。看護職・介護職間の情報共有につとめるようにしている。	重度化した場合の対応については、契約時から「対応出来る範囲」について利用者、家族、主治医を交えて話し合いを重ねている。重度化した場合には、利用者、家族の状況の変化に合わせて話し合いを重ね、本人、家族の安心と納得が得られるようその都度、文書にて確認を行い、移設も含めて支援している。	
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。	開設時の職員研修にて救急講習お受けており、またマニュアルを作成し緊急時の対応を行えるようにしている。今年も救急講習会を行う予定である。夜勤時は始業前夜勤者が集まり異常者の報告・緊急連絡方法・火災時の対応など毎日確認している。日々のケアを行う際には利用者様の行動パターンやADLを把握し、職員が常に見守り事故防止に努める。ヒヤリハット事例は1週間申し送り改善策を職員全員で共有している。	ヒヤリはっと・事故報告書を作成し、全職員で改善策を検討して一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。「転倒アセスメントスコアシート」を年1回見直し、転倒防止に努めている。緊急時の対応の研修と年1回の救急講習の受講をしている。応急処置や初期対応の定期的訓練は実施していない。	・応急処置や初期対応の定期的訓練の実施

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
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	防災マニュアル作成し火災報知機の使用方法をはじめ日頃から災害に対する意識を持ち利用者様の安全を第一としている夜勤開始時には夜勤者でマニュアルの確認を毎日行っている。定期的な消防訓練を行っている。地域の方との合同訓練を行い、目下緊急連絡方法や救出方法などの協力体制マニュアルの作成中である。	災害対策マニュアルを作成し、年2回の消防訓練を実施している。夜間の火災を想定した訓練では、消防署の指導のもとに消火器の使用方法や避難方法等を地域の協力を得て実施している。地域へは自治会や運営推進会議を通じてお願いし、搬送方法や利用者の状況把握、連絡網の作成など具体的な協力体制が築かれている。自主的に通報訓練を実施し災害や事故発生に備えている。	
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	人生の先輩として「人として尊重する」ことを基本にして、丁寧な言葉かけや対応に心がけている。(居室訪室時本人の了解を得る。入浴時・排泄時・部屋で過ごされている場合のプライバシーは損ねない)トイレなどの声掛けは利用者様の耳元で行っている。	プライバシー保護マニュアルを作成し、勉強会を実施して、人格の尊重とプライバシーの確保について職員は十分理解し対応している。入浴時の個別入浴への配慮やトイレ誘導時等、誇りやプライバシーを損ねないような対応をしている。	
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	ホーム内の生活ペースを本人の生活ペースとし急がせたり、できない人と決めつけたり、無理じいをしたりしない関わり方を心がけている。例えばお茶の時間もお一人お一人に希望の飲み物を聴いている。		
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	起床・就寝時間、食事時間、レクリエーションの参加、入浴希望など本人の希望にそって支援している。職員側のスケジュールは決定せず、本人の希望に添うことを統一している。		
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	一人ひとりの個性を尊重し、自分で身支度できる方は好みの服を選択していただき、できない方はその人らしい装いができるようにさりげなく職員も手伝う。季節の洋服や装飾品を職員とともに買いに行ったり、また身につけていただいている。 外出時や行事のある時は必ずお化粧をしている。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの好物や嫌いなものを聞き取り、極力美味しく食べていただけるように配慮している。食事の準備や後かたづけを手伝っていただき役割を發揮できる場面を作っている。身体状態の応じた食事形態も工夫している。また安易にミキサーや刻み食にはしていない。昨年の春ごろよりミキサー食になられた方も職員・家族・訪問歯科のかかわりにて現在は普通食を食べられるようになった。	厨房からの運搬や配膳、食器洗い、週に1回は買い物から調理まで、利用者のできることを一緒に行っている。外食などの工夫や朝食は起きた時間にあわせるなど、一人ひとりの生活ペースを大切に、食事を楽しむことができるように支援している。	
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	一人ひとりの摂取量を把握し毎食摂取量のチェックを行い摂取量の少ない方には好みの再確認、形態や食材の工夫を行っている。午前・午後のおやつ時のお茶、食事の時、また入浴後にお茶を差し上げ水分補給には常に心がけている。摂取量が気になる方は別紙にて食事内容や量、水分量を記入し健康の維持に努めている		
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	毎食後個々の状態に合わせ口腔ケアを行っている。義歯は夕食後入れ歯洗浄剤につけて、清潔に心がけている。歯ブラシ・コップも定期的に消毒し、保管している。口腔内にトラブルが発症した場合は訪問歯科診療を利用し専門家と連携を取っている。		
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	個人の排尿パターンを排泄表で把握しまた利用者様の行動や言動から排泄シグナルを察知し利用者様に応じた時間帯に声かけや誘導を行っている。(嫌がられる場合は時間を置いたり、職員が交代などして対応している)おむつ使用も夜間のみと工夫している。	排泄表で排泄のパターンや習慣を把握し、一人ひとりに合ったさりげない声かけやトイレ誘導を行うなど、プライバシーに配慮した排泄の支援をしている。	
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	常に水分補給や適切な運動を心がける。(定時のラジオ体操や散歩)ヨーグルト・牛乳など飲んでいただき薬に頼らないように工夫している。排便の確認をチェック表にて管理している。		

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
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	入浴は毎日、入浴時間は10～20時までとし入浴は利用者様一人ひとりの希望や体調で決定している。利用者様のペースに合わせてゆっくり入浴できるように入浴方法を工夫している。	入浴時間は10時から20時までで、一人ひとりの希望に合わせて入浴方法の工夫をし、入浴を楽しむことができるよう支援をしている。	
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	日中から落ち着ける環境を提供し、一人ひとりの睡眠パターンを大切に本人が安心して就寝・起床できるようにしている。快適に眠れるよう居室の温度・湿度や状態も細かくチェックを行い調整している。		
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	利用者様個人の処方説明書をファイルし職員がいつでも閲覧できるようにし、薬の目的や副作用を確認している。確実な服薬支援や症状変化には速やかに医師や薬剤師に連絡行っている。体調の変化から内服薬の変更があった場合は必ず申し送りやノートにて確認しています。		
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	生活の中から「昔とった杵づか」というように本人の力を生かせる台所仕事、掃除、洗濯、たみなど番を見いだせるよう場面作りをしている。茶の時間にはお一人お一人の希望を聞き、またコーヒーの好みも職員が把握し提供している。	貼り絵、園芸、写真撮影、調理、盛り付け、掃除、生け花、洗濯物たたみなど楽しみながら、活躍できる場面作りや希望に応じた支援をしている。担当職員と1対1の外出や運動会や餅つきなどの行事参加等での楽しみごとの支援もしている。	
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	散歩希望時は可能な限りスタッフがつき添い、利用者様の思いに添えるように工夫し対応している。ご本人から意思表示がない場合も職員が散歩に誘い季節の風を感じていただくようにしている。月に一回は利用者様と担当者で外出し1対1で出かけるようにしている。その際のボランティアも検討中である。また家族の希望があれば外出・外泊をいただいている。	日常的な周辺の散歩やドライブで公園や花見に行ったり、買い物、喫茶店、外食、サーカスなどに出かけるなど、利用者の希望に沿って家族と協力しながら支援している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	買い物時に必要なお金を持ってもらい希望の品物を購入してもらっている。		

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
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	本人がかかけたいと思われたり、家族との連絡をとったほうが落ち着くと判断した場合対応している。また母の日などの家族からのプレゼントに対して利用者様と職員は一緒にお礼の電話をあいている。年賀状を書き各ご家庭に送った。		
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	季節感ある貼り絵などを壁面構成したり、なじみの音楽を流したり、食事時にはご飯が炊ける臭いがしたり、職員も声の大きさを場面で工夫し、利用者様には生活の場面場面で手伝っていただき心地よく過ごせるように工夫している。午前中は南から日光を浴びることができる。	大きな窓から海が見渡せるリビング、居室に続く廊下は広く、共用空間は明るく清潔で、机やテレビ、ソファがゆったりと配置され、中央にあるアイランドキッチンや一角にある畳室は家庭的な落ち着いた空間となっている。壁面には利用者の作品である季節のちぎり絵や写真が飾られており、一人ひとりが思い思いの場所で居心地よく過ごせる工夫をしている。	
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	リビングには食事用のテーブルやソファ、畳を用意し思い思いに自由に過ごせるように工夫している。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	テレビ、ダンス、写真、茶碗、箸など使い慣れた家具や思い出の品を持ち込んでもらっている。利用者様の行動に合わせた家具の配置(畳の設置)や花を飾ったりまた趣味で撮られた写真や・絵画なども持ち込んでいただいている。担当者が整理整頓もこまめに行っている。	ダンス、テレビ、利用者自身が描いた絵、写真、ぬいぐるみ、整理箱など使い慣れた物や好みの物が持ち込まれ、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	トイレ、浴室に手すりが取り付けられているので職員が介助しながらその方の力を維持できるように努めている。また安易に福祉機器に頼らないように一人ひとりを細かく観察し危険場所を確認し改善しつつ安全に生活を送ってもらえるようにしている。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームなみおと

作成日: 平成 23年 4月 26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	50	職員が業務に追われ、利用者とかかわる時間が少なくなっており、外出回数も減っている。	担当者と利用者が共に外出したり個別に楽しめる事を1回/月必ず行う。	利用者の行きたい所や、行ないたい事を把握し、職員と1対1でかかわれる工夫をする。職員間で連携を図りその日のスケジュールを見直すなど工夫をし、外出や個別対応できる時間を作る。	1年
2	35	職員全員が応急手当や事故異常発生時の対応ができていない。	職員全員が応急手当、事故異常発生時の対応が出来る。	応急手当・救命救急処置の定期的な訓練を行う。(消防署の協力・苑内研修)	1年
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。