

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 | 3571500200 | | |
| 法人名 | 株式会社 まつもと | | |
| 事業所名 | グループホームこころ | | |
| 所在地 | 山口県周南市榊ヶ浜西浜田517-11 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年7月20日 | 評価結果市町受理日 | 平成22年11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22年8月9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)】

当ホームは、敷地・建物とも一般の家庭と然程変わらない広さです。特別に自慢できることも思いつきません。そんな当ホームへ、ご入居頂いたという事大変感謝しております。ご家族の方や、ご入居された方のことを考えると、代表者はじめ私たち職員で、出来る事は何かを考えて日々の生活を共に過ごしております。オープンして6年が過ぎましたが、ご入居者の方々の状態にも当然変化がありお元気な方と、3名の寝たきりになられた方と様々ですが大家族だからこそ、孫のような職員が居て、おばあちゃんが居て、大きいおばあちゃんが居てといった四世代同居なら当然の暮らしだと感じています。今年になり3名の方を看取らせて頂きましたが、職員も家族の一員として頑張ってくれています。8名の介護職員のうち2名が4年と6年、4名はオープンからです。2名は新たに当ホームの家族の一員になりました。これからもご入居者、ご家族、職員で安らぐことが出来安心できる生活を送ろうと思います。

開設当初からの職員が多く、運営者や管理者、職員の介護に対する考え方や方向性が確かで、利用者とも家族的な絆を持ちながらの介護が提供されています。食事は三食とも事業所で調理され、車椅子対応の介護度5度でかなり高度な食事介助が必要な利用者4人や食事を拒否される利用者も食事の時は全員食堂へ集り、利用者、職員一緒に食事を楽しんでおられます。入院され、食事が取りにくい利用者には食事の介助に行ったり、リハビリや早期退院に向けた支援など、個別的な支援もきめ細かく行っており、希望する利用者には看取りも行なわれています。運営者も殆ど毎日利用者の傍らで過ごされ、職員や利用者と共に大きな家族として、普通の家庭と同じように暮らす事を目指しておられます。地域との交流や支援もあり、三ヶ月に一回は地域向けのホームだよりを発行され、福祉や認知症に対する啓発や情報提供を行っておられます。

・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 |
|----|---|---|----|---|---|
| 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、活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 |
| 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 | 自分たち職員が、話し合っって作った理念である為実践に繋げるよう努力している | ホームでどのように過ごしたいのか職員全員で考え、「私たちは優しくもっと耳を傾け、一人ひとりを尊重し束縛せず、楽しい生活を送って頂けるよう支援します。地域とのつながり、ふれあいを大切にします」という理念を掲げ、理念を共有しながら実践につなげている。 | |
| 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 | 地域の一住民として、生活な中で交流がある | 隣家と軒を接する形で立てられ、窓越しの声かけも行なわれる。自治会にも加入し、回覧板を廻したり草取り等地域の行事に参加している。地域向けのホーム便りは三ヶ月毎に作成し回覧して、福祉や認知症に対する情報提供を行ない、ボランティアの受け入れ等もあり地域とは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 | 町内に回覧で「ころ便り」を回している | | |
| 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。 | 日々の生活で、業務になっていることもあり、評価での助言や項目に目をやることで改善や職員の意欲向上になっている | 評価の意義について運営者、管理者、職員は共に理解しており、前回の評価結果もすべて改善されている。今回の自己評価も職員全員で取り組み、職員一人ひとりの気付きを尊重しながら、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。 | |
| 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 | 状況等の報告や、問題点、改善結果等を早くに報告できるように努力し、サービス向上に努めている | 民生委員、駐在所職員、消防署職員、県議会議員、地域包括支援センター、市担当課、家族(4～5名)、薬剤師、職員等が参加し2カ月に1回、第3日曜日の午後開催している。前回の評価結果を基に、地域包括支援センター、市担当課が新たに加わり、状況報告や意見交換などを行い、サービスの向上に活かしている。 | |
| 6 | (5) | 市町との連携 市町担当者とは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 | 担当の方より助言や、報告等を行い強力関係を築くように努めている | 必要に応じ、市担当課に報告や相談する機会を持ち、協力関係を築いている。 | |

グループホーム ころ

| 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 | 勉強会を行い、身体拘束を行わないケアをしている | マニュアルをもとに勉強会を実施しており、身体拘束については全ての職員が正しく理解している。抑制や拘束をしないケアに取り組んでおり、日中は玄関の施錠をしていない。 | |
| 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 | 勉強会を行ったり、職員のストレスを軽減できるように配慮し、事業所内での虐待が行われないよう努めている | | |
| 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に支援している | 勉強会を行い、必要な時に適切に支援できるように努めている | | |
| 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 | 契約時や、変更時に口頭及び書面で説明を行い理解を図るようにしている | | |
| 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 | 相談等は、面会時や電話でも行い、職員に周知し運営に反映させている また苦情については第三者委員を配置している | 苦情相談窓口や外部機関、第三者委員が明示され、苦情相談や苦情処理の手続きについても明らかにされている。面会や電話での家族の要望や運営推進会議等で出た意見は職員全員で共有し、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 | 代表者が毎日ホームでの様子等を把握していることで、常時意見や提案が伝えられる仕組みがある | 代表者は毎日のように事業所に出勤し、利用者と共に暮らしており、気軽に職員の声や意見を聞き運営に反映させている。最近も職員の勤務時間体制について意見や提案があり、実践に向けて試行中である。 | |
| 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 | 勉強会に行なう、小テスト方式の結果や、勤務状況に応じて給与面に反映させたりと、整備に努めている | | |

グループホーム ところ

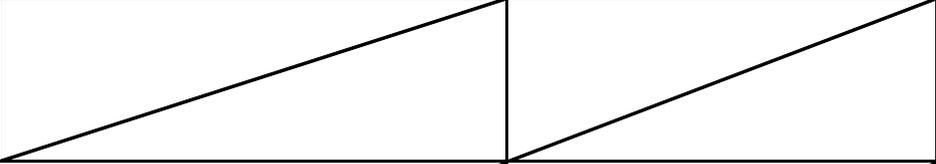
| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---------------------------|-----|---|---|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 14 | (9) | 職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 職員全員で向上出来るよう、また理解出来ないことを、素直に出来ないと言える環境作りに努めている | 時季に応じた研修を毎月行っており、外部研修にも参加出来るよう配慮している。他のグループホームとの交流もあり、情報交換し合い、働きながらトレーニング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 | 勉強会や、相互訪問で自分たちの気づかなかったこと、他のホームの優れているところ等を参考にし質の向上に努めている | | |
| .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 | サービス開始にあたり、より多くの情報が収集出来るよう努めている | | |
| 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 | 要望等をお聞きして、ご家族が安心されるように努めている | | |
| 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 | ご本人の状態等に合ったサービスの提供をお伝えしている | | |
| 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 | 介護者としてだけでなく、生活を共にする家族として接している | | |

グループホーム ころ

| 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 |
| 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 | ご入居者と職員の両者だけではなく、ご家族を交えて初めて関係が築けると考えている | | |
| 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 | 食事会や面会等で自由に会えることで、大切な関係を保ってもらえるよう配慮している | 今まで住んでいた場所や自宅への一時帰宅を支援しており、近所の人と話をする機会もある。食事会への案内や面会を勧めながら、今まで培ってきた関係が途切れることのないよう、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 | 状態や性格等を考慮し、支援に努めている | | |
| 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 | ご本人が遊びにこられたり、ご家族の方がお出でになられている | | |
| その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 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 | ご本人の意向や、ご家族のご意向を確認し検討している | センター方式を使用し、一人ひとりの思いや暮らし方の希望や意向の把握に努めている。普段の何気ない言葉や行動からも本人の思いや意向を把握し、困難な時は本人本位に対応している。 | |
| 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 | ご家族等から情報をいただいたり、ご本人にお聞きし把握に努めている | | |

グループホーム ころ

| 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 |
| 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 | その方々に合った過ごし方が出来るように努めている | | |
| 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 | 状態に合った介護計画が作成出来るよう話し合いを行っている | 月2回のケアカンファレンスで、毎回利用者全員について検討を行い、3ヶ月毎にモニタリングしながら、利用者の家族や職員の意見や要望を取り入れた介護計画を作成している。状況に変化が生じた場合はその都度介護計画の見直しをしている。 | |
| 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 | 記録への記入で、細かな変化等に気づけるようにし、実践や見直しを行うように努めている | | |
| 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 | その時々で出来ることを行っている | | |
| 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 | 一人一人の状態に合った暮らしが出来るように支援している | | |
| 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 | かかりつけ医がある場合は、継続し特にご希望のない場合は、医療連携先の医院での受診を行っている | 入居時に利用者と家族に希望を聞いており、本人や家族が希望するかかりつけ医で医療が受けられるよう支援している。携帯電話で医師と連携し、往診も行なわれ、車椅子搭載の軽自動車を備え、受診に備えている。 | |

| 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 |
| 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 | 看護師へ情報や、気づきを伝え相談したり、状態等の報告からドクターへの相談に繋がっている |  | |
| 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。 | 入院時には、なるべく毎日病院に行き、環境の変化による不穏を軽減するよう努め、できるだけ早期退院できるよう努めている | | |
| 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、事業所の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 | ご家族のご意向を確認させてもい、ホームでの対応の可能な範囲をお伝えし、ご希望があればドクターと連携を図りターミナルケアを行っている | 利用開始時に利用者や家族の希望を聞いており、重度化した場合は主治医や家族、関係者とも話し合い、方針を共有しながら対応している。今までに4名の看取りを行っている。 | |
| 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。 | マニュアルを作成し、職場内研修を行ったり、救命講習等で実践で慌てない対応が出来るよう努めている | マニュアルにそいミーティング等で随時確認を行なっている。事故があった場合はヒヤリはっと報告書や事故報告書を作成して皆で検討し、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。マニュアルは別冊とし、いつでも見られるよう用意している。 | |
| 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 | 消防署の協力を得て訓練を行ったり、職場内研修で訓練を行っている | 消防署の協力により年2回避難訓練をしている。今回は夜間を想定し、日勤者が帰宅した後に連絡網も使った抜き打ち的な実践訓練を行なった。避難場所の確保や対応等の地域の支援について、地域と話し合いが行なわれている。 | |
| 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 | 人格の尊重や、プライバシーを損ねないように心がけているが、声かけで後になって反省することや、他の職員の声かけ等で気づかされることもある | 利用者一人ひとりの人格を尊重しており、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応は行っていない。 | |

グループホーム ころ

| 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 |
| 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 | できるだけ本人希望に沿うように支援しているつもりが、職員都合になっていることがある | | |
| 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 | できるだけ本人希望に沿うように支援しているつもりが、職員都合になっていることがある | | |
| 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 | 衣服の選択、更衣が出来る方は自分なりの好みで着用され、出来ない方は職員と一緒に選んだりし季節、室温等で職員が調整している | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 状態に合ったお手伝いを一緒に行っている | 三度の食事はすべてホーム内で調理し、利用者と職員一緒に準備、調理、盛り付け、配膳を行ない、後片付けを行なっている。ミキサー食で食事介助の必要な利用者4人もすべて食堂で食事をしながら、共に食事を楽しんでいる。 | |
| 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 | 食事量、水分量、排尿、排便の記録をし週1回の体重測定を行い把握するようにしている | | |
| 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 | 毎食後に口腔ケアを行っている | | |

グループホーム ころ

| 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 |
| 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 | 排泄リズムを把握し、出来るだけトイレで排泄できるよう支援している | 利用者の排泄パターンに応じ、定期的な誘導や訴えに応じるなどの個別的な対応をしており、利用者一人ひとりに自立に向けた支援をしている。 | |
| 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 | 薬だけに頼らず、食事内容や、水分、オリゴ糖などで調整し取り組んでいる | | |
| 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 | 重度化された方が多く、入浴対応の体制を考慮すると、午前中及び午後になり、職員の都合になっている | 利用者は一日おきに入浴しているが、午前10時頃から毎日入浴出来る。利用者の約半数は全介助であるが、職員2人で入浴介助を行い、入浴を楽しんでもらっている。 | |
| 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 | 一人一人の状態に合った安眠、休息が出来るように努めている | | |
| 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 | 外部の薬剤師の先生の勉強会を月に1回行い連携を図っている | | |
| 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 | 個々人に合った役割等で活躍出来るように努めている | 利用者の出来ること、(食事の準備、配膳、後片付け、洗濯物たたみ)好きなこと、(歌を歌ったり、テレビを見る)など個々に合わせ活躍できるように支援している。ボランティアの来所も有り、ボランティアとのふれあいを楽しんでいる。 | |
| 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 | 当日の場合は、近所にはなるが、普段は行けない場所の場合希望に添えるよう計画して外出をしている | 近隣を散歩したり、デパートの企画展や山の緑や花、海辺の景色等を見る為にドライブに出かけている。1年に1回位、家族の協力をお願いし、普段はいけない所へ行くようにしている。 | |

グループホーム ころ

| 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 |
| 51 | | <p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p> | ご家族に了解をいただき、所持金の確認を行い、小額の所持金で対応している | | |
| 52 | | <p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p> | 電話でお話ができるように支援している | | |
| 53 | (23) | <p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p> | 家庭と同じように配慮している | 畳の間やソファが配置され居場所が確保されており、リビングに沿った対面式の厨房は自宅の台所と同じような雰囲気があり、調理の匂いと共に生活感を感じる。周囲の壁面には利用者の作品と共に、絵や花が飾っており、明るさ温度共に適切で、生活感のある和やかで温もりのある雰囲気がある。 | |
| 54 | | <p>共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p> | ソファやテーブルに座って過ごしたり、居室で一緒にお茶を飲んだりできるようにしている | | |
| 55 | (24) | <p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p> | ご入居にあたり、在宅時に使用されていた家具等の持ち込みをお願いしている | 空調、洗面台、クローゼット、カーテン等は備え付けられているが、家族とも相談し、仏壇や本人の嫁入り筆筒、家族や馴染みの写真等も搬入され、安心して居心地良く過ごせるよう工夫している。 | |
| 56 | | <p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p> | 場所を表示したり、名札等で工夫している | | |

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームこころ

作成日：平成 22年 11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 | 34 | ご入居者9名の内、現在3名が全介助という重度化がみられ、今年度になり4名の方がお亡くなりになられた。ターミナルでの対応を行う当ホームとして、重度化・終末期の対応には職員として不安がないとは言えない。 | 重度化・終末期ケアに対して、全職員が医療行為外で自分たちに出来る事を、今一度理解を深め、その人らしく日々を過ごしていただけのケアが行えるようになる。 | ドクター・ご家族との連携を円滑に行えるよう、緊急時等の対応についての取り組みの強化。終末期ケアについてのDVDを参考にして、全職員がどのような状況においても対応できるようにする。 | 6ヶ月 |
| 2 | 48 | 現在ご入居されている方の服薬内容、効能、副作用、注意事項の全てが理解できる職員が一部に限られている。 | 全職員が服薬内容、効能、副作用、注意事項の全てを理解できるようになる。 | 職場内の勉強会で行っている薬剤テストを増やす。薬剤師の先生による勉強会での情報交換を増やす。 | 6ヶ月 |
| 3 | 39 | できるだけ一人一人の希望に沿えるように支援しているつもりが、職員の都合になってしまうことがある。 | 決められた業務をこなすのではなく、生活の場として、支援することを大事にする。 | ご入居者の方の会話や、行動から希望等を把握し一人一人のペースを大事にするケアを行う。職員同士で、適切なケアではないと感じた時にはお互いがアドバイスし、職員全体で良いケアに向けて取り組む。 | 6ヶ月 |
| 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。