

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	2371501277		
法人名	(有)スリーハンズ		
事業所名	グループホームなでしこ猪子石原 1階		
所在地	名古屋市名東区猪子石原2-717		
自己評価作成日	23年1月10日	評価結果市町村受理日	平成23年4月6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	http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501277&SCD=320
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成23年2月7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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・入居者様第一、理念の『尊厳』をモットーに役割、楽しみ事、気晴らしの支援を忘れない。 ・リーダー又はスタッフミーティングやケアカンファレンスで職員の意見の反映、スタッフを育成する取り組み、介護の質の向上を目指している。 ・往診専門医による週3回の受診訪問看護師との24時間連絡が取れる体制の連携により急変時や日々の特変時にも対応できる。 ・本人の意向を大切にす為、入浴は希望すれば毎日でもできる体制作り ・排泄の自立が尊厳保持・意欲向上に大きく影響すると考え、トイレでの排泄を重視し、誘導、介助の徹底により失禁を少なくする工夫をしている。

閑静な住宅街で、ゆったりと落ち着いた2階建てのホームである。ホームの庭、畑、ウッドテラスは共同スペースであり、陽当りも良く、居心地よく過ごせる環境である。代表者と管理者、職員は、「その人らしい尊厳ある生活を大切に」を基本姿勢とし、「共に考え、共に歩んでいく」取り組みがなされている。利用者は、墓参り、外泊、外出等の機会もあり、気分転換もでき、思い思いに過ごしている。さらに、法人代表者は、職員の資質向上の為に資格補助制度を推奨し、食費の面でも考慮する等、職員を育てる取り組みにも努力している。職員は、「利用者のあたたかい言葉、笑顔に励まされています」と人生の大先輩である利用者を尊重し支援している様子が伺えた。さらに、スプリンクラーも設置され、夜間想定避難訓練も行われ、安全に対しても努力を怠っていない。

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
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	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)	○ 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
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)	○ 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
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 (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	66 職員は、生き活きと働けている (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
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	○ 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	○ 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
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
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	理念である『尊厳ある生活を大切に』を全スタッフが共有し、理念の実践に向けて、管理者・スタッフが常に話し合っている。	ホーム開設の際に話し合い、生活の質を大切にしたいという思いで理念がつけられた。会議の前に職員で唱和し、意識付けとして考える機会として、理念を共有し、日々のケアに活かしている。	
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	入居者の心身機能低下により、限られた人数ではあるが、地域の食事会への参加等、継続できるように支援している。	町内会に入会し、町内清掃活動、地域の独居高齢者食事会に毎月参加している。ホーム主催の夏祭り、餅つき大会等には、チラシ配布するなどの呼びかけを行い、徐々に地域の子供たちが参加してくれるようになっていく。	地域の食事会にて、皆さんにミキサー食を目の前で見せて頂く事も案として出されている。認知症高齢者への理解を深め、ホームの地域における位置付けを高める為にも実施に期待したい。
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	民生委員の集まりで、認知症勉強会での方針・実状報告の機会を得たり、毎月の食事会への参加で、日々の暮らしを見ていただき、認知症に対する理解やさりげない支援を得られるよう働きかけている。		
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	2ヶ月に一度、入居者の暮らしぶり等の報告による意見交換での感想、要望などを、リーダーミーティングで話し合い、スタッフミーティング時に伝え、サービス向上に活かしている。	会議では、昨年起きた北海道のGHの火災に関連して、夜間体制はどのようになっているのか質問に対して、ホーム現状の説明を行った。さらに、参加者に車椅子・特別食(刻み食・ミキサー食)の体験をして頂き、意見をサービスに活かしている。	
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	地域包括支援センターの運営推進会議への委員参加により、意見交換はしている、市町村へはサービス内容や家族対応についての疑問点、感染対策などを積極的に質問して、指導を仰いでいる。	市担当部署に、家族対応の問題などで相談し、指導を仰いだことがある。さらに、介護保険の保険請求に関して、不明な点があった時などには、相談したりしている。また、感染症対策についても相談するなど、協力関係を築いている。	
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	『可能限り拘束はしない』をモットーとして、スタッフミーティング・ケアカン時に具体例を出して、方針に添った方向性を再確認することを常に行っている。	会議で、身体拘束をしないケアの研修を実施している。さらに、言葉の拘束では、強要、否定しない等を確認しつつ、自由な暮らしを支援するための工夫に取り組んでいる。なお、ホームでは玄関も開放し、出入りは自由である。	
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	虐待に関する資料、書籍の設置、スタッフの研修参加・スタッフへの研修報告等を通じて知識・意識を高め、虐待防止に努めている。		

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
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	研修に参加して学び、研修報告を行ったが、現在は必要性のある入居者はすでに家族で活用されている為、今後も必要があれば支援したい。		
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	入居時の契約は、疑問点等には充分時間をかけて説明して不信感や不安感を取り除き、契約後の変更等に際しては、家族会等の機会や文章にて説明し理解を得るようにしている。		
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	半年に1回の家族会ではスタッフを交えた意見交換の後に、家族だけでの話し合いの場を設け、出された意見・要望を代表者に伝えてもらい、リーダー等で話し合い取り組む努力をしている。	家族会を年2回開催し、家族向けの『なでしこ通信』を定期的に発行している。家族会で出た意見、要望を会議で検討し反映させている。衣類に名前を縫い付けては、との提案や、食事の際の米のことなど、要望に対して検討し、ケアに取り入れている。	職員の異動が目立ち家族も心配している。今後採用時には理念の説明、ホームの方針を十分に伝え、永年勤務に向けての取り組みに期待したい。
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	通常はリーダーがスタッフの意見・提案を管理者・代表者に伝え、又、半年に一度、代表者・管理者との個別面談の場を設け、意見・提案を運営に反映させている。	毎月のシフトは希望休を組み入れ、柔軟に対応し、働きやすい環境をつくっている。言葉かけ、介護の仕方疑問、不安に思っていることをケアカンファレンスで検討したりしている。管理者は、意見、提案を聞く機会を設け、反映させている。	
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	管理者は随時スタッフの状況を代表者に報告し、又、毎月及び随時の提出書類により努力や実績を把握し、面談時にはスタッフの意見等を参考に職場環境づくりに努めている。		
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	個々のスタッフの段階に合った研修参加の機会を確保し、研修報告により内部研修の実施でスタッフ全体の技能向上に生かしている。ヘルパー2級講習受講の補助制度も設けて受講を推奨している。		
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	他施設の見学や、運営推進会議への参加などで情報交換により質の向上に努めている。		

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
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	家族から可能な範囲での情報収集を行い、マンツーマンケアに近い状態での関係作りに取り組み、混乱・緊張等の気持ちを受け止めて、少しでも安心出来る環境づくりに努めている。		
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	問い合わせや見学の段階から、家族の思いや意向を十分に聴き取り、介護負担の重さに共感し受け止めることが、家族と本人が良い関係を継続する為に必要と考え、関係作りを重要項目としている。		
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	本人・家族が今、何を必要としているのかを充分な話し合いの上で見極め、安心、納得したサービスが受けられるよう努めている。		
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	介護者はやりすぎ介護に充分注意し、『できる事はまだある』という思いを持ってもらう為に、さりげなくできる事を提供し、共に生活している者同士の関係作りに務めている。		
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	本人と家族が良い関係を取戻す、又は継続する為に、家族来訪時や電話等で情報交換を密して、同じ視点で本人を支える関係作りを大切にしている。		
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	本人の要望がある馴染みの場には家族の協力を得て同行してもらい、友人、知人、親類の方には、日時を問わず来訪を積極的に歓迎している。	定期的に、墓参り、一時帰宅、美容室に行く、外食を楽しむ等、家族との交流を持っている。親族が頻繁に訪問する等、馴染みの人や場所の関係が途切れない支援、趣味の継続でも、詩吟、習字の継続等の支援に努めている。	
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	入居者により得意・不得意なことがあり、お互い支えあい、協力し合いながら暮らしていく生活を提供し、相性が合わず孤立しがちな方も受け入れてもらえるように努めている。		

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
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	退居後もお見舞いや次施設への訪問、家族の相談を受けているケースもあるが、遠方や自宅に戻られた場合は継続されていない。		
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	一人ひとりの思いや意向に関心を持ち、日々の声かけや雑談、家族からの情報等から把握に努め、各スタッフが入居者担当を持ち、想いを汲み取ることに努め、ミーティングで情報を共有をしている。	職員は、日常的な会話から、本人の思いや意向の把握に努めている。さらに、ケアカンファレンスに家族の参加があり、職員がどのように捉えているか等を検討し、情報を共有しながら取り組んでいる。	
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	家族からの情報提供や、本人との会話の中で、生活歴や生き方等を理解する努力をしている。		
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	日々入居者と関わる中で、個々の生活習慣の継続、精神状態の把握、残存能力の活用に努めている。		
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	日々の生活記録を詳細に記し、スタッフがそれぞれのアセスメントについて、意見交換をして、ケアカンファレンスに生かして介護計画作りをしている。又、家族参加のケアカンファレンスにより家族の意見・要望をプランに反映させている。	職員は担当制で、1～2名程を担当している。家族参加のカンファレンスで、アセスメントシートの利用、日々の記録を担当者がまとめて発表し、また、家族の意見や同意も反映させ、現状に即した計画を作成している。また、急変時の見直しは随時である。	
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	バイタル記録・生活記録・気付き表・ケアプランチェック表などの記録や毎朝の申し送りで情報を共有し、実情に即した介護計画作りをしている。		
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	本入居の前にお試し入居を設定している。帰宅願望の強い入居者に対しては、家族の協力を得て自宅への定期的な帰宅や家族の宿泊など、家族・本人の要望にできる限り対応している。		

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
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	心身機能の低下により頻度は減っているが近隣の理容院やドラッグストアーを利用する事で馴染み客になり、民生委員主催の食事会等への参加で地域に溶け込み気楽に声をかけてもらえるように努めている。		
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	近隣の病院から週に3日の来訪がある往診医の受診であり、複雑な情報を往診医と当ホームの間を取り持つコーディネーターに依頼したり、家族が往診時に立ち会い、意向を伝えるなど良好な関係構築に努めている。	提携医による週3回往診と、随時の受診ができる体制であり、現状、全利用者のかかりつけ医が提携医である。さらに、歯科、眼科の往診も可能である。また、看護師との連絡も24時間体制で適切な医療を受けられる体制である。	
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	看護職の職員は不在だが、往診医と法人の24時間対応の訪問看護ステーションとの提携によりかかりつけ医との連携があり、週1回の体調確認と特変時に連絡することでかかりつけ医の指示を受けられる体制がある。		
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。	環境の変化による本人への負担が最小限になるように退院時は情報をもらっているが、入院時は病院側より要望のある場合のみである。		
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	入居時に重度化した場合の家族の意向は書面で確認し、実際の機能低下による状態変化時には、かかりつけ医と家族の話し合いや訪問看護師の意見を参考にしてリーダー間で協議した後、現状のスタッフ体制で対応できる事を説明している。	ホームでは、家族の泊まり込みの協力を得て看取りを行い、職員は結果として良い経験をした。今後も要望があれば、ホームで出来ることと出来ないことを、主治医、家族とも話し合いを重ねていきたいと、管理者・職員は、方針を共有している。	
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	新人スタッフはミーティングやケアカンで熟練スタッフより知識を得たり、新人夜勤スタッフは救命講習を受講や研修に参加することで、急変時に対応出来るように努めている。又、各入居者の緊急時マニュアルを作成して備えている。		
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	運営推進会議で災害時の対応について話し合いの場を設けた。夜間想定避難訓練の実施も行っている。	スプリンクラーは、昨年、工事が完了した。避難訓練を年10回実施し、そのうち夜間想定した訓練を5回行い、職員がマニュアルを確認し、訓練を徹底している。備蓄品は、水、食品、衛生用品、コンロ、軍手、ロープ等である。	災害時や緊急時に、地域の方の協力が得られるように、日頃より声かけ等、地域との協力体制の構築に取り組む工夫を継続されることを期待したい。

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					
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	敬う合う気持ちを忘れず意思の確認を行い、『居室への入室はノックして』を原則としている。トイレ誘導の声かけや失禁時には他入居者に分からないように配慮している。	プライバシーの取り組みに関する研修を行い、職員は理解を深めている。カンファレンスの際にも力を入れ、毎回話し合っている。個々の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないケアを目指し、トイレ誘導の声かけにも配慮している。	
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	入居者想いに添えるように家族への聞き取りや、入居者が思いや希望を意思表示できるような、スタッフとの人間関係作りを心がけるよう努めている。		
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、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	大まかな1日の流れはあるが、起床・休息・就寝・入浴などは自由な意思表示に対して出来る限り支援できるような個別ケアを目指し、取り組んでいる。		
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	支障がない限り、本人の意思で毎日の洋服は選択してもらい、希望があれば近隣の理容院への同行をする、意思表出が困難な入居者に対しては、季節に応じた洋服や定期的な調髪等の配慮をする。		
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	食事の下ごしらえや炊飯などを無理のない程度にしてもらい、食事は自己のペースで摂取できる様工夫している。	栄養管理台帳で、バランスの良いメニューを1か月単位で決め、食材は近くのスーパー・生協からの配達である。形状もミキサー食、刻み食等、個々に合わせ提供している。下ごしらえ、テーブル拭き、食器拭き等、職員と共に行っている。また、時には外食や弁当もあり、変化をつけている。	
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	食事・水分摂取量は毎日記録し、必要な方にはとろみや刻み、ミキサー食等を使い分け、又、個別の水分・食事摂取目標を立てて、不足しがちな方には医師より処方された栄養剤で補食している。		
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、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	日に2回の歯磨きの促しや介助、口腔ケアティッシュによる清潔保持、義歯はスタッフの磨き直しを行い、週2回の洗浄剤使用。又、スタッフの介助だけでは不十分な方は、訪問歯科医による口腔ケアの施術を受ける支援をしている。		

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
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	個別にトイレ誘導時間表・実行表を作り、出来る限りパッド内失禁を減らしたトイレでの排泄を目指している。又、尿意のサインを見逃さないように努めている。	ホームでは、可能な限り布パンツを使用して頂き、定期的なトイレ誘導も時間表、実行表で対応し、失禁を減らす取り組みを行っている。なお、失禁時には陰部洗浄を行い、清潔にも努めている。	
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	十分な水分摂取、繊維の多い食材選びを目標とし、便秘対策として薬にはなるべく頼らず、必要な人には食物繊維ゼリーや粉末を使用して自然排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	希望すれば毎日でも入浴できるような体制作りをして、体調を考慮し本人の希望を優先している。入浴嫌いの方には家族の誘導や強いスタッフの介助拒否の方には家族介助による協力を得ている。	10時～5時30分までの時間帯で、毎日入浴も可能であるが、その日の体調の状態、本人の希望を考慮し、個々に沿った支援を行っている。当日入浴しなかった利用者には、就寝前に陰部洗浄と着替えを促し、清潔を維持するように努めている。	
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	うたた寝の多い方には休息の声かけをし、体力低下のある方には、個別に時間を決めて休息を取り入れている。		
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	服薬の重要性を認識する為、薬の説明書は常にスタッフが確認しやすいように設置し、薬剤についての注意や変更は申し送りノートに記載して情報を共有している。随時、提携の薬剤師への相談は可能である。		
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	生活にメリハリをつける為、レクリエーションタイムを取り入れている。個々に家事参加やテレビ鑑賞・新聞読みなどでの役割・楽しみを見つけていただけるよう支援している。		
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支援している	毎日の散歩、希望時の近隣への買い物、外出願望時など出来る限り意向に添うことを優先している。家族等との外出はいつでも気楽に行ってもらえるよう、自由な雰囲気作りで努めている。	ホーム近くの散歩の他、近くの店におやつ等を買に行ったり、家族の協力を得ながら、墓参り、馴染みの美容院に行く方もいる。さらに、月1回の外食、時々モーニング、初詣、花見、紅葉狩り等、外出する機会をつくっている。	

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
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	入居者のお小遣いは当ホームで預かっているが、本人希望があれば自己管理できる方は減少しているが、可能な方は買い物等の支払いや自動販売機の使用時等に、自己にて清算してもらう支援をしている。		
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	入居者の希望で電話は利用してもらっている。又、手紙のやりとりをしてみえる人もあったが、認知症の進行と共に現在は出来づらくなっている。		
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	リビングを中心として周りに居室がある造りになっているので、居室から出た時は馴染みの空間である。リビングには季節感のある飾り付けや置物、花を置いてするよう心がけている。又、き	リビングは、障害物がなく、明るく広い。対面式キッチン、居室が一体化し、利用者の動きが見渡せるように設計されている。壁面には、季節が感じられる飾り付け、利用者の習字、塗り絵、写真が展示してある。また、安全にと、滑り止めテープを赤で印を付ける工夫もなされている。	
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	テーブル席の配置の工夫、3人掛けのソファの設置、キッチン前のカウンター等、一人、又は気の合った方同士でくつろげるような空間づくりを心掛けている。		
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	畳に布団、ベッド利用など入居時の生活を継続出来るように配慮し、危険物以外のなじみの家具や小物を持ち込んでもらい、居心地の良い居室作りを勧めている。	居室のドアに、大きな字でフェルトで貼り字で作られた名前表示で一目で分かる。居室は、家具の配置、電気のひもを長くし消灯しやすくする等、住みやすい工夫がなされている。また、親族の写真を大切にするなど、穏やかに暮らせる支援を行っている。	
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」「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	手すりに赤いテープを貼る、大きな月・日・曜の掲示、トイレの分かり易い表示等、『出来る事』『分る事』を増やし自立を促している。又、個々の入居者に対して何が安全か、どのように支援すれば自立できるかを常に考える習慣付けに努めている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなでしこ猪子石原

目標達成計画

作成日: 平成 23 年 3 月 31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	35 (13)	災害避難時の避難誘導・方法についての不安がある	専門家のアドバイスを受けマニュアルを見直す	消防署員に避難訓練時の指導を依頼する	6～12ヶ月
2	2 (2)	身体機能の低下に伴い、地域の食事会に参加できる方が少なくなってしまった	ミキサー食・刻み食の方の参加	食事会主催者に相談し、理解を得る	2ヶ月
3	10 (6)	職員の定着率が低く、サービスの質向上に影響がある	グループホームの理念や方針を理解した上で、職員が自由にコミュニケーションできる雰囲気を作り、定着を図る	採用前に、見学等で当ホームの理念や方針を十分に伝える 職員の意見や要望を定期的に出出できる場を作り、職場環境の改善に努める	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月