

# 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	3570201073		
法人名	医療法人社団 泉仁会		
事業所名	グループホームぬくもりの家		
所在地	山口県宇部市大字木田字中山田40-20		
自己評価作成日	平成23年7月18日	評価結果市町受理日	平成23年11月1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	<a href="http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do">http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

## 【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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・面会時にご家族に利用者様の、日々の健康状態や生活状況を細かく報告している。</li> <li>・季節ごとの行事、外出等で利用者様に季節感を感じていただける様にしている。</li> <li>・地域のふるさと祭り、夏祭りなどの参加、近くの保育園児とのバス旅行で地域交流を行う。</li> <li>・朝、昼、夕の三食共、手作りで、利用者様と一緒にやっている。</li> </ul>
---

## 【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)】

<p>「地域社会との交流を図ります」という理念のもと、地域の文化祭への作品の出展や法人のバスを利用した地域の保育園児とのバス旅行、地域の方からの旬の野菜の差し入れ、法人の夏祭りに地域の方の参加があるなど、日常的に地域の一員として交流しておられます。利用者の馴染みの関係を大切にされ、住んでいた地域の夏越しまつりや文化祭に参加されたり、馴染みの美容院の利用や商店での買い物、友人や知人の来訪など馴染みの人や場所との関係が継続できるように支援しておられます。年1回の家族会と運営推進会議の同時開催、手紙や電話での連絡など家族との連携を深めながら、日々利用者が安心して豊かな暮らしが出来るよう取り組んでおられます。</p>
--

## 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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
<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	一人ひとりが役割を持ち、自分ができることで日々の生活を安心して暮らせる様に全職員は、食事準備や掃除を一緒に行い、理念を日々実践している。	「地域社会との交流、役割りを持つこと、一緒に食事作りをする」という理念を掲げ、日々のサービス提供時やカンファレンス、ミーティング時に話し合い、共有して、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	利用者様の地域の祭り事例例えばどんど焼き・夏越し祭り・運動会・ふるさと祭り等に参加し、地元保育園児とのバス旅行などで交流を深めている。	地域の文化祭への作品出展、地元の保育園児とのバス旅行、近隣の人からの野菜の差し入れ、ボランティアの受け入れや法人の夏まつりへの地域の人の参加など、日常的に地域との交流に努めている。	
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	毎月発行のホーム便りを事業所に配布し、また、ふるさと祭り等でホーム便りを掲示し地域の人々に向けて活かしている。		
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。	全職員自己評価・外部評価の意義を理解し、評価表を職員に配布し、ミーティング等で検討し問題点があれば、話し合いながら改善に向け取り組んでいる。	評価の意義を理解し、全職員が記入し、検討して自己評価に取り組んでいる。緊急時の対応等、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	運営推進会議の中で、利用者様の日々の様子や緊急時の対応などを利用者・ご家族・高齢福祉課職員の参加にて意見を交わしサービス向上に活かしている。	年6回の開催で家族は交代で参加している。外部評価の結果報告や利用状況、震災時の法人としての連絡体制、緊急対応等の情報提供や意見交換をして、意見をサービスに活かしている。年1回は家族会と同時開催して、家族が状況や要望について話し合える機会としている。	
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	高齢福祉課・又、併設の地域連携室支援センターとの情報交換を行い相談事があれば連絡を取りながら、サービス向上に取り組んでいる。	市担当課と介護保険に関する相談や情報提供など、協力関係を築くように取り組んでいる。	

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
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	利用者一人ひとりに合ったケアを行うことで身体拘束をしないケアが実践できると思うことから、ミーティング時に職員全員で利用者様のことを話し合い拘束しないケアに取り組んでいる。	「身体拘束をしないケア」について法人としての方針があり、マニュアルを作成し、ミーティング時等で話し合い、全職員は理解して拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関には施錠をせず、利用者の外出を察知した時には一緒に出かけるなど日頃から職員間で見守り、自由な暮らしが出来るよう支援している。	
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	研修ミーティング等を通じて意見交換を行い防止に努めている。		
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	以前成年後見制度を利用していた利用者様がおられたが、その時の職員も半数入れ替わったため、理解している職員が少なく今後学ぶ機会を持ちたい。		
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	契約時書類等十分に説明し理解してもらっている。又不安や疑問点があれば十分な説明を行い納得し理解していただけるようにしている。		
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	苦情受付を明確にしている。又、面会時・家族会等で何でも相談して頂き、苦情を伝えてもらえる様に話している。	運営推進会議、家族会、来訪時、電話や手紙等で意見や要望を聞くように心掛けている。出された意見や要望は法人のリスクマネジメント委員会に提出し、検討して運営に反映させている。苦情受付担当者、外部機関等を明示し、周知している。	
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	ミーティング・カンファレンスまた普段の仕事の場で意見や提案を聞き運営に反映させている。	全職員が参加する月1回のミーティングやカンファレンス時に提案を聞くように努め、日常的に職員が意見をいいやすい雰囲気づくりをしている。出された意見や提案を運営に反映させている。	

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
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	法人としてやまぐち男女共同参画推進事業者の認定や介護職員の処遇改善のために処遇一次金を支給するなど就業環境の整備に努めている。		
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	院内教育委員会の企画する内部研修や外部研修に積極的に参加するよう推奨している。	法人内研修は月2回、全職員を対象に計画的に実施している。事業所独自の勉強会は3ヶ月に1回程度実施している。外部研修は段階的に参加の機会を提供し、受講者は復命研修をして職員間で共有している。日常のケアの実践のなかで職員間で互いに助言、指導し合うなど、実践力の向上に日々取り組んでいる。	
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	グループホーム協議会に加入し研修行事等に参加し、情報交換に努めている。また、他の施設見学の受け入れを検討しサービスの質を向上させていく取り組みをしている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	一緒に食事やおやつを食べながら会話をし、本人が不安に思うこと困っている事を話しやすく、安心できる関係づくりに努めている。		
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	サービスを利用されるまでの、ご家族のたくさん不安や困っていた事に耳を傾け、話しやすい姿勢で対応し受け止めている。		
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	相談時、今一番必要とされる支援は何かを本人・ご家族を交え話し合い、必要であれば他のサービスとも連携を取るようになっている。		
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	日々の暮らしに必要な食事作り・掃除等なんでも一緒に出来ることは行ってもらい。分からないことを話し合いながら、お互いを尊重し合い生活を送っている。		

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
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	日々利用者様の变化も常時報告し、ご家族とは密に連絡を取り、誕生日など祝い事・家族日帰り旅行などの時は一緒に食事をし、共に支え合う関係を築けている。		
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	利用者様の状況に応じた家族との外出、又職員同と馴染みのスーパーへの買い物などを個別に行う様努めている。また、知人・友人の面会には、面会時間を設けずにいつでも来ていただけるようにしている。	馴染みの商店での買い物や馴染みの美容院の利用など、関係が途切れないように支援している。友人、知人の面会や家族への手紙や電話での連絡の支援、お盆の墓参り、地域での祭りなど行事への参加等、馴染みの人や場所との関係が維持できる様に支援している。	
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	ソファ・テーブルの配置・座席などに気を配り利用者同士が関わり合えるように努めている。トラブルがあった場合は職員が間に入り、また、孤立していると感じた時はさりげなく側に行き関わるようにしている。		
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	併設の病院に入院されてる方は、利用者様と共に散歩時に面会に行ったり、他の病院へ入院された方に対しては時間を取り面会に行き、今までの関係を保つようにしている。		
<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>					
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	センター方式のアセスメントシート・24時間シートを活用し、本人の希望や意向の把握を行っている。困難な場合は会話の中から引き出し、検討し把握している。	利用開始時に本人や家族から生活歴や馴染みの暮らし方を聞いている。センター方式の活用や日々のケアを通して本人や家族の意向の把握に努めている。利用者の担当制にすると共に職員間での意見交換を重視し、把握した内容は毎朝の申し送りやカンファレンスで話し合い、利用者がその人らしく暮らせるように支援している。	
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	センター方式を活用する。生活歴や馴染みの暮らし方など家族の方にアセスメントシートを記入してもらい把握する。又、本人から聞きとりや家族からの話し合いなどでケアサービスに活用している。		

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
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	排泄表・受診ノート・ケア記録・カンファレンスシート・訪問看護記録を活用し把握する。随時カンファレンスやミーティングにて話し合っている。		
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	作成時には家族・利用者の意向を聞き作成している。ミーティング時全員で意見交換を行い作成している。出来るだけ利用者の意向を取り入れるよう努めている。	家族、利用者の意向や要望を聞き、全職員で意見交換を行い介護計画を作成している。6ヵ月毎のアセスメントとモニタリングを実施し、本人や家族の状況、意見をもとに主治医からの意見も参考にし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	カンファレンス前にミーティング時話し合いを行う。意見交換し、介護計画を作成する。プラン実践表も毎日記録し、ケース記録・受診ノート等も活用し検討している。		
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	現状、家族からの要望はみられていない。サービスの要望があれば対応していく。		
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	馴染みのある地域の行事への参加・個別外出・買い物などを個別に行っている。		
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	入所時ご家族に医療連携の説明をし、併設の病院の協力を得ている。毎月の定期受診や特変があれば、臨時受診等常に適切な医療が受けられる。	入居時に利用者、家族に説明し、同意を得て協力医療機関がかかりつけ医となっている。皮膚科は家族同伴での受診となっている。受診後の結果等の情報の共有をするなど、適切な医療を受けられるように支援している。	
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	訪問看護ステーションとの契約により医療連携をしており、毎週1回の訪問による健康観察がある。日常的に健康状態や気づきを相談している。また、24時間相談体制も整っている。		

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
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。	入退院時には管理者や職員が付き添い情報提供(サマリ完備)や情報交換をしており、緊急時にもいち早く対応できる。		
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、事業所です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	担当医とのインフォームドコンセントを行ったり利用者や家族と十分に話し合い今後の方針をカンファレンスやミーティング等で話し合いチームで支援に取り組んでいる。	重度化や終末期の対応については、基本的には夜間家族の付き添いによるターミナルケアを実施することとしており、契約時に利用者と家族に説明し理解を得ている。実際に重度化した場合は家族や医師と話し合い入院等、移転先も含め支援することとしている。	
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。	些細のことでヒヤリハット報告を義務付け常に危機意識を持ち情報を共有している。緊急時のマニュアルがあり訓練や勉強会を定期的に行い、技術の習得を目指し、スキルアップしている。	事故防止のために「ヒヤリハット報告書」に発生の経過・内容・対策・改善策を記録し、全員が共有し、事故の未然防止に努めている。医療機関受診を伴った事故は「医療事故報告書」に記録し報告して、法人全体で事故発生予防に努めている。事故防止マニュアルを定めると共に、救命救急法を学び、緊急時連絡体制を整え、4ヵ月毎に緊急時の訓練を実施している。	
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	消防署指導の火災避難訓練を定期的に行っている。また、独自に2ヶ月に1度訓練を行い基本的な対応ができるようにしている。もしもの時には併設の病院や施設職員からの手助けを仰げるように連絡網がある。	年1回、夜間の火災を想定し、消防署や地区の消防団の指導、協力のもとに消火訓練や避難誘導訓練を利用者と共に実施している。震災、がけ崩れを想定し、水や食料の備蓄をしている。隣接している同一法人施設や地域との協力体制を築いている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	職員一同人格・誇りを傷つけないように常に気を付けている。排泄・更衣する際はさりげない声かけに配慮している。否定するような言葉掛けや決め付けるような声かけには特に気をつけている。	トイレ誘導、入浴時のマニュアルを作成し、人格の尊重とプライバシーの確保について研修を実施して、職員は理解し誇りやプライバシーを損ねない対応に心がけている。不適切な対応をした場合は、職員間で注意しあったり、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	本人の思いを尊重し、日々のかかわりや家族より情報収集し自己決定でき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
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	食事・入浴・体操など大体の時間は決まっているが、一人ひとりのペースを大切に、本人の希望に添った支援が出来るよう配慮に努めている。		
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	個々の好みを把握し、入浴や外出する際など本人が気に入っている服を優先し対応している。2ヶ月に1回カットを実施し、化粧をされる方は一緒に化粧品を買いに出掛けている。又、毛染めの希望のある方は職員が行っている。		
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	利用者様が食事をより楽しみと思える様3食ともホームで手作りしている。準備から調理・配膳・後片付けまで利用者様と一緒にいる職員と共に食事している。	三食とも事業所で食事づくりをしている。献立、食材の準備、調理、盛り付け、配膳、後片付け等利用者もできることを職員と一緒にやっている。事業所で収穫した旬の野菜や家族や地域住民からの差し入れも食卓に上り、食べやすさや好みのメニューを工夫し、職員も利用者と同じ食卓で同じ物を食べている。外食やウッドデッキでの食事も取り入れて、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	食事量・栄養バランス・カロリーに関しては管理栄養士に相談・チェックしてもらい、それに応じて献立にも気を付けている。又、毎日の水分量チェックや糖尿病など個々の病状に対しては量を減らすなど対応している。		
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	毎食後必ず口腔ケアを行い、舌苔・磨き方等見守りし、気を付けている。口腔状態が気になる利用者様にはすぐに歯科受診するようにしている。		
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	一人ひとりの力や排泄パターンを把握することで時間を見計らっての声掛けやトイレ誘導をしている。パットの使用についても個々に対応している。	水分摂取量を記録し、排泄パターンや習慣の把握をして、さりげない声かけや誘導を行い、プライバシーに配慮して、トイレでの排泄を基本とした一人ひとりに応じた排泄の支援を行っている。	

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
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	排便チェックを毎日行い、水分補給や繊維の多い食事・散歩や体操等の運動を心掛けている。排便困難時にはオリゴ糖や冷牛乳などで対応している。		
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	一応時間帯は決まっているが、一人ひとりの希望に合わせて臨機応変に対応している。入浴の順番表も作成し、順番が偏らないように配慮している。	入浴は隔日、14時から16時の間に利用者の希望にそって楽しめるように支援している。入浴を嫌がる場合には、声かけや対応に工夫するなど、利用者の状態に合わせて、見守りや一部介助などを行い、一人ひとりに合った入浴支援をしている。	
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	一人ひとりの生活習慣を把握し、その時に合った声かけをしている。安心して気持ちよく寝られるよう季節に合った寝具の調節・清潔感にも気をつけている。		
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	薬の処方個人ファイルに綴じてある。又、全職員がすぐに分かるように投薬内容が事務所に貼ってある。服薬の支援と症状の変化にも気をつけている。		
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	食事の手伝い・洗濯干し・洗濯たたみ・花の水やり・園芸・縫い物・工作・活け花等個々の力が出せるよう支援している。又、散歩や個別外出等で気分転換の支援をしている。	ぬり絵、絵手紙、カレンダー作り、化粧、ボウリング、歌、掃除、柏餅作り、洗濯物たたみ、縫い物、活け花、貼り絵、ボランティアの方との二胡演奏や日本舞踊など、活躍出来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	希望に添って戸外に出掛けられるよう支援している。ショッピングや季節毎の地域の行事にも参加し、馴染みの美容院等家族にも協力を依頼している。	ドライブでの花見(桜、菖蒲、紫陽花等)、地域の保育園児との交流バス旅行、家族と一緒に温泉旅行、外食、地域のまつり、文化祭、買い物、ウッドデッキでのティータイム、バーベキューなど、本人の希望にそって、家族や地域の人々と協力しながら、戸外にも出掛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
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	ドライブを兼ねて買い物に出掛け希望があれば、嗜好品などを買っている。		
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	電話の希望があれば職員がかけて話ししてもらっている。また、家族への手紙等職員と一緒に書いている。		
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	玄関前やウッドデッキ(中庭)などに花や野菜を植えて季節を感じ又、収穫を楽しんでいる。 キッチンオープンキッチンで皆で作業できる様になっている。	共用空間の西側は全面ガラス張り自然の四季の移ろいを感じることが出来る。アイランドキッチンの前に全員が座れる食卓、テレビの前には大きなソファがあり、その隣には畳の間も設けられ、それぞれが思い思いの場所で居心地良く過ごせるようになっている。玄関横のウッドデッキでは、季節の花や野菜を作ったり、お茶を飲むなど気分転換の場所となっている。壁には、行事での利用者や家族の写真や利用者全員で作成した夏祭りや季節の花の壁画など季節感あふれる作品が飾っており、暖かく穏やかな空間作りをしている。ホール内は空調によって適切な室内環境が保たれており、利用者が居心地良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	テレビ前にソファを置き自然とそれぞれに合った場所ができている。		
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	入居前にご家族・本人と話し合い今までの生活で使用していた物を持参してもらい使い慣れた物の中で生活できるよう工夫している。	居室には椅子、テレビ、鏡台、小型ダンス、時計、人形、絵画、化粧品、家族の写真、作品(ぬり絵、カレンダー)等、馴染みの物や好みの物を持ち込み、その人らしく落ち着いて暮らせるよう工夫している。	
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	それぞれ部屋の混乱がないよう各居室前にネームプレートを付けている。浴室・トイレは分かりやすくドアに大きな文字で表示するなど工夫をしている。		

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホームぬくもりの家

作成日: 平成 23年 10月 31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	27	チームで作る介護計画とモニタリング	モニタリングの回数を増やし介護計画を作成する	現在、6ヶ月毎のアセスメントとモニタリングを実施しているが、月1回のミーティング時に介護計画表をもとに、モニタリングを行い、結果を記録する。結果次第では、6ヶ月を待たず、ケアプランの変更を行なう。	1年
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。