

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	4370500599		
法人名	特定非営利活動法人 エヌピーオーみなまた		
事業所名	グループホーム キトさん家		
所在地	熊本県水俣市丸島町1-11-6		
自己評価作成日	平成24年2月14日	評価結果市町村報告日	平成24年3月15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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成24年2月27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)】

住宅密集地に設立。民家改修型のグループホームである。住宅提供者ノキトさんが約70年も暮らし続けた家で、当時から「キトさん家」と近隣住民から親しみを込めて呼ばれていた。そのつながりを大切に、キトさんと新しい住民である入居者と共に、地域に愛され支えられ、安心して暮らせるよう努力している。

【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)】

「いつまでも自分らしく地域の人々と一緒に暮らす」という設立当時の理念を実践するように、職員全員で取り組み機会あるごと振り返り実施している。外部評価も真摯に取り組み、自己評価後にも課題を見つけ、改善に向けての取り組みが実践されている。徐々に入居者が重度化しており、出来るだけ現状を維持できるように役割や楽しみ事の場面の提供や誘導し一緒に行うことの喜びを見いだしている。家族の信頼も厚く、職員のチームワークの良さが確認できた。今後はより入居者らしい生活を送ることができ、的確な計画作成のために職員の技量・資質の向上を目指し、記録の仕方や整備に関しての研修会の開催などの取り組みが期待される。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	利用者と職員が、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 (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. 全くいない
59	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 (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、生き活きと働いている (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、安心して暮らせている (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	開設時に地域の一員として、地域に愛されてを理念に掲げ、実践している。	設立時に作成した理念は、地域密着型の意義を踏まえており、ミーティングの際や業務中に理念に沿っているかどうか振り返りをしている。目に付く箇所に掲示し、念頭に置いたケアに努めている。	
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	地域の隣保班に入り、地域の行事など、入居者の方と参加している。(ゴミ当番、地域の環境整備、仏事など)	住宅街の中に位置しており、日常的に近所付き合いは普通に行われている。地域の行事に入居者と共に参加し職員は当番等に参加している。	
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	地域の公民館で行なわれる、健康塾に参加し地域の方との交流を定期的に行なっている。地域の方の認知症高齢者への理解が深まっており、相談、見学等を受けることがある。又、不定期ではあるが地域便りでキトさん家での暮らしを発信している。		
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践、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	会議では常に入居者の状況、ケアの実践を報告し意見を受け入れている。	2ヶ月に1回開催されており、自治会長、民生委員、地域の住民、行政職員、地域包括センター職員、ホーム職員で構成され、ホームの活動報告や実情、緊急時の避難訓練、ホームの様子(レクレーションなど)をみてもらったり、水俣市の介護保険の現状について行政からのミニ講話をしてもらったりしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村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	運営推進会議には水俣市からの担当者に来ていただき、協力関係を執っている。定例の地域密着型サービス担当者会議に参加している。	運営推進会議へ参加してもらったり、日頃から情報交換を行っている。水俣市の地域密着型サービス事業所で構成されている会議に参加し、相談事があるときなど気軽に出来る関係である。	
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	研修等で拘束しないケアを学び、当グループホームの状況を振り返っている。しかし、残念ながら、入居者の安全を優先する上で止むを得ず、玄関、サッシ等への施錠、ベッド柵を行なっている。	法人の研修会やホーム内では毎月テーマを決め職員を講師とする勉強会を開催し、その中に身体拘束をテーマとする回もあり、身体拘束の弊害についての理解はしており、拘束のないケアに取り組んでいる。やむを得ず安全性を考慮し、拘束を実施する場合は家族の了承を得ている。	

グループホーム キトさん家

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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		○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逃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	身体拘束を含め、人権、法令遵守の研修をNPO水俣主催で行なっており、日常のケア、入居者との関わりにおいて、人権侵害がないかどうか常に管理者として注意している。	
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	水俣社協主宰の研修に参加している。成年後見制度の対象者は現在はいないが、対象者ができればそれらの活用、支援を行いたいと思う。	
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	契約時は十分に時間を取り、意見を伺い、理解と納得を得た上で、契約を交わしている。	
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	日常的に入居者や家族が気軽に意見や要望を言える雰囲気を作ると共に、職員の方からも声をかけている。意見は職員間の申し送りノートで共有している。ケアプラン作成の為に担当会議や毎月のモニタリングにおいても、意見、要望を聞き、ケアプラン、運営に反映している。	家族の訪問は多く、意見や要望を言い易い雰囲気づくりを心がけている。知り得た情報は記録し、職員間で共有している。写真と入居者のホームでの生活の様子を書き込んだものをキーパーソンの方に送付し喜ばれている。
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	年に1回、NPOみなまた主催、職員総会が開催され、その場で運営や、職員の処遇等に関して意見を述べる機会がある。NPOみなまたの代表理事が意見、要望に応えている。日常的には定例のミーティングが月に2回行われるので、その中の議題に運営に関すること、職員の要望等を取り上げ、問題解決に取り組んでいる。	3ヶ月に1回個人で職員の意見を聴く機会を設け、月2回の全体会議や業務中で職員の要望や意見を聴くようにしている。法人への職員・施設長の意見・要望は年1回まとめて聴いてもらう機会もある。
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	常に職員個々の状況を把握し、やりがい、向上心をもって仕事に就ける様、配慮、努力している。職員処遇や施設長個人の決意で解決できないことは介護部位会で協議、理事会で意見を延べるシステムとなっている。	

グループホーム キトさん家

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		○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	法人内の研修、法人外の研修に説教的に参加する機会を設けている。		
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	水俣、芦北、グループホームブロック会の研修に定期的に参加している。		
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	ケアプラン作成にあたって、基本情報を収集すると共に、担当者会議において、本人、ご家族を交えて要望等を伺うことを行なっている。入居後は身体、心理面での観察を細かに行き、記録し、スタッフ間で情報を共有している。モニタリング会議ミーティングにおいて、其の方の安心につながるきめ細かいケアを検討している。		
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	状況によっては家庭訪問などを行い、家庭環境等を理解することとしている。入居に伴なう、ご家族の心理状態の把握に努め、安心が得られるよう、細かい配慮をもって接するようにしている。要望について声をかけるようにしている。又、ご家族からも気軽に声をかけていただけるような関係作りに心がけている。		
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	入居開始時、アセスメント表を作成し、必要な援助を行なっている。		
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	職員と入居者又入居者同士の関係は共に、キトさん家の暮らしを築く関係、ある意味では擬似家族とも言え、そのような暮らしの在り様を考え、入居者の方の個々の役割、関係性に配慮している。		

グループホーム キトさん家

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
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	ご家族との絆はとても大切なことで、入居後、其の継続はケアプラの優先課題であるとする。入居者の生きがい、心の支えはご家族の支援無しにはありえず、その家族と職員との連携は必須である。ご家族を求め、入居者のニーズには家族と密に連絡をとり協力して対応している。月1回のお便りを発行し、ご家族に入居での暮らしを知っていただいている。		
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	これまでの暮らしの継続を念頭に散歩、外出、美容院など、本人の要望により馴染みの場所を訪れるようにしている。声をかけている。これまで居住していた近所の知人などにもグループホームに気軽にやっていただくよう声をかけている。	馴染みの関係を大切にし、場所やふるさと訪問に加えて知り合いの人に会いに行く機会を持っている。以前利用されていた理美容院の利用を計画している。	
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ともに暮らしを築く関係として、家事や行事などを共同して行なう機会を設け、絆が深まるようにしている。日常的には午前中レクレーションを日課にとりいれており、其中で意識的なコミュニケーション作り、ゲーム、歌などで集団の関わりを行なっている。		
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	退居の判断がなされた時は、サマリーを持参し、ご家族とともに、次の施設訪問を行なっている。		
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					
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	入居時は本人、ご家族を含めた担当者で想いを受け止め、日常的にも暮らし方の希望、意向の把握に努め努め、更に、一月に1回のモニタリング会議において、本人、ご家族のニーズを聞くことと知っている。	ケアをする際には必ず入居者の意志を確認をし、思いや意向を把握するようにしている。入居者本人や家族からニーズや情報を収集しモニタリングや計画の作成に生かしている。	
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	当グループホーム独自のアセスメント用紙に情報を収集し、お一人お一人の生活環境、生活歴を知り入居後の生活支援の参考にしている。馴染みの関係、これまでの暮らしの継続を重要視している。		

グループホーム キトさん家

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
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	入居直後にアセスメント用紙の記録を参考に本人と関わるとともに、毎日の経過記録に現状を記録し、朝の申し送り、モニタリング会議、定例ミーティングで個々の入居者の状況を協議している。		
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	担当者会議において協議すると共に、毎日の申し送り、定例のモニタリング、ミーティングにおいて集団で協議、介護計画に反映させている。	入居時の情報を元に暫定の計画でしばらく様子を見て、職員の意見を取り入れた計画を作成している。担当の職員による月に1回のモニタリングを行い他の職員の意見を取り入れながら計画作成担当者と共に定期的に見直し・作成している。	チームケア・入居者の現状に合った的確な計画作成・ケアのためには職員の質の向上・均質化が重要と考えられます。その為の取り組みが期待されます。
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	入居者、個々の経過記録、生活チェック表、排便コントロール表、受診記録など、職員間で情報を共有し、計画の実践、見直しを常に行なっている		
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	地域で行なわれている「まちかど健康塾」への参加、福祉用具のリース、マッサージ治療等、又、ボランティアの受け入れなど、本人、ご家族のニーズに応じて、サービスの多機能化に取り組んでいる。		
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	地区の公民館で定期的に行なわれている、「まちかど健康塾」に参加させてもらい、地域の高齢者と一緒にゲーム、運動療法を行なっている。又、グループホーム主催で「ミニゲーム大会」を行い、地域の方との交流を行なっている。		
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	基本的に本人、ご家族の望むかかりつけ医と医療連携をとっている。	入居前のかかりつけ医の医療を受診できるようにしている。職員による通院介助とし、受診後は家族に結果の報告をしている。	
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	入居者の健康上の変化は昼夜を問わず、職場の看護職に報告するシステムをとり、適切な対応が速やかに取れるようにしている。		

グループホーム キトさん家

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		○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。	入院時には病状説明をご家族と共に医師から受け、入院中、退院前も同様である。入院時に介護サマリーを提供することになっている。		
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	終末期、看取りの経験はない。入退院を頻りに繰り返す、入居者の今後についてはご家族の想いを聴き、モニタリング会議で協議しているが看取りを受け入れる協議には至っていない。現在のグループホームの介護力、体制、1人夜勤、ご家族との協力関係など、看取りを実践するにあたっての解決すべき課題は大きい。	看取り・終末期に関してはその時になった時にかかりつけ医や関係者を交えて家族と意見交換の場を頻りに持ち、家族の意思を優先した終末期が送れるようにしている。	今後、ホームでの看取りの希望が出てきそうなので、職員の精神的なケアや、終末期についての研修の開催が期待されます。
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	NPOみなまた主催の救急救命の研修を年に1回実施している。		
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	隣保班、近所在住のご家族の協力のもと、緊急連絡網を作成、年に2回、通報、避難誘導訓練を実施している。	定期的に避難訓練を実施している。昼間想定での訓練で、地域住民の参加の協力をあおいでいる。また、地域住民の協力を得た連絡網を作成しており、年2回、通報、避難訓練を実施している。	入居者参加で夜間想定での避難訓練の実施が望まれます。
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	入職時に職員へ守秘義務誓約書を取っている。お一人お一人の人格を尊重した言葉遣い、態度に常に配慮するよう、接遇教育、人権の尊重等に関する研修に力をいれ、日常のケアにおいて実践するよう、心がけている。	個人情報の保護に関して徹底している。広報誌への写真掲載の承諾をもらい、カンファレンスやミーティングを開催する際には入居者の名前はイニシャルで話している。書類管理に関しても徹底して管理している。	
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	日常の暮らしは、介護者側からの押し付けでなく、先ず、ご本人に要望、選択を伺い、本人の意思に沿っておくれるよう支援している。会話は職員の一方通行でなく、相手の話しを聴く態度で臨む。		

グループホーム キトさん家

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		○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	起床時間、就床時間などお1人お1人のこれまでの暮らしのあり方を尊重している。まず、本人のソ飲まれることを優先するようにしている。帰宅要求の方へは、其の方が望まれる自宅、家族宅等へ出かけるようにしている。		
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	ご本人の望まれる服装やスカーフなどのおしゃれに配慮している。モーニングケアの時、鏡を見てもらい、ご自分の容姿、服装を意識してもらうようにしている。		
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	入居時に本人の嗜好を調査している。誕生会の時はご本人の好物をメニューに取り入れ、ケーキやプレゼントを準備している。年末の蕎麦打ち回では入居者の方もそば切りに参加していただいている。日常的にも調理の下ごしらえ、味付け、後片付けに参加している。食器は機能面だけでなく、ご本人の好み、家庭からの持ち込みも受け入れている(馴染みの食器、湯のみなど)	入居者の嗜好や好み、季節感を取り入れた献立を職員がたて、能力に応じて下拵えや準備、おやつ作りを一緒に行っている。食事は1名が検食として食し、残りの職員も入居者の傍らで介助や会話をしながら一緒に食べている。	
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	三食、食事摂取量の記録、必要によっては水分量の記録を行なっている。一人一人の栄養状態のチェックを定期的に血液検査で評価(かかり付け医)してもらい、食事援助に活かしている。栄養面だけでなく、食事が楽しみとなるよう本人のこれまでの食習慣、好みを献立に取り入れている。本人のこれまでの食習慣を尊重、盛り付けも工夫している。		
42		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	口腔ケアはお茶を利用している。義歯の不具合には訪問歯科医と連携、義歯の調整、治療を受けている。食欲減退、口腔内の違和感、痛みの訴えに対して、口腔内の観察とともに、内科、あるいは歯科医に報告し、適切な治療が受けられるようにしている。		

グループホーム キトさん家

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	入居時にチェック表を使って、排泄パターンを把握している。パターンの把握により、尿意、便意のサインを見逃さず、トイレへ誘導し、オムツを汚すことなく、排泄することを目指している。	入居者の排泄パターンをチェック表をとおして把握している。時間や仕草を感じてトイレへの誘導や声かけをしている。今回の自己評価後に更に話し合い、排泄自立に向けて、改善に取り組んでいる。	
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	排泄チェック表を使って、排便のコントロールを行なっている。基本的に坐薬や浣腸、下剤の使用に依らない自然排便を目指している。平行して水分チェック、一日の摂取目標達成、寒天など、食物繊維の摂取を積極的に取り入れている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	一番風呂を好まれる方、入浴剤の好み、毎日、希望される方など、時間帯も含め、個々の要望に沿った支援を行なっている。	基本的に2～3日に1回を基本としているものの、希望があれば毎日、汚染時にはその都度入浴支援を行っている。起床時や就寝時など清拭を行っている。	
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	これまでの生活習慣、体調に配慮し、昼食後にお昼寝する方、リビングで活動される方、それぞれのニーズに則した支援を行なっている。体調や身体の状態に合わせて、寝具やクッション、ベッドの機能も違っている。		
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	受診記録のファイルに毎回内服する、薬の説明書が保管されており、職員はいつでも閲覧できるようになっている。モニタリング表に内服薬を記入する欄があり、受け持ちの方の薬を把握するようにしている。		
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	それぞれ個々の入居者の趣味、特技(歌、ゲーム、三味線、家事など)を活かした、役割、楽しみごとを暮らしに取り入れている。		
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に支援している	日常的にドライブ、散歩、又、月に1回は全員揃っての夕食、お出かけを計画している。時にご家族もご招待している。	一月に1回地域の健康教室に出かけたり、近隣への散歩など日常的に行われている。毎月外出や買い物、ドライブなどに一緒に出かけている。	

グループホーム キトさん家

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	日用品の支払いをご自分で行なっておられる方や、職員にお世話になった礼にサイフから現金を渡される方もおられる。ホームと家族との協議により、金銭管理は職員の見守りの元、其の方に委ねている。	
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	電話での交流がある。暑中見舞い、年賀状により交流の支援を行なっている。	
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	住宅街にある、民家改造型の住まいである為、玄関やリビング、ダイニングなど、普通の家、そのままのたたずまいである。訪れる人は施設らしくなく、家庭的で暖かみのある雰囲気と言われる。隣家の壁も近く、寂しさが余り感じられない。リビングの壁には担当者が毎月、入居者と一緒に製作した季節を表す作品を展示している。	密集した住宅地の中にある民家改修型のホームで機能的に改修されており、生活し易くしてある。和室のコーナーや廊下などにくつろげる場所の確保も至る所にしてある。テーブルや玄関には季節感を感じる花ばなを職員と共に飾っている。
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	常に入居者間の人間関係に配慮した、居場所の確保を行なっている。ソファの位置、テーブルの席など、狭い空間の有効活用、工夫を行なっている。	
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	廊下は広く、居室は畳や襖、押し入れ、障子があり高齢者にとってはホットする空間であると思う。部屋から直に隣家の窓が見え、ご近所の関係が伺える。使い物の持ち込みについては自由になっている。	入居時や必要な時に家族と相談し、以前から使用されていた家具や生活用品を持ち込んでもらっている。家族の写真や電化製品、仏壇の写真など入居者が落ち着くようにレイアウトされており、个性的で過ごしやすい居室作りの支援が行われている。
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	廊下、トイレなど手すりを多く設置、トイレ、浴室には分かり易い表示を行なっている。居室においても、必要な場所に手すりを設置している。中央の廊下は広く、車イスの自走ができる。	

(別紙4(2))

事業所 NPOみなまた グループホーム「キトさん家」

作成日: 平成 24年3 月15日

目標達成計画

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	6	・安全性を優先する余り、鍵言葉による行動のブロックを行なっている。理念に基づき検証する。	・身体拘束しないケアの実践	・住環境の安全性について検証する。 ・スタッフのケアのレベルが入居者の安全性、行動の自由を保证する。認知症ケアのスキルを向上する為の学びの機会を積極的に勤める。 ・現在の入居者の行動を検証し、鍵、ベッド柵などの必要性を検証、不必要な鍵などを撤去する。	6ヶ月
2	33	・看取りについての方針が不明確。ケースバイケースとしているため、今後、入居者の重度化にあたり、入居者ご本人始め、ご家族、職員も常に不安を抱いていると考える。入居者、ご家族のニーズは「ずーっと、ここで暮らしたい・・・」と	・入居者、ご家族のニーズを尊重、終末期、看取りが受け入れられるよう、ケアのレベルアップを図る。	・対象となる事例が出た場合、其の方を中心とする関係者間で協議、更に協議の経過の記録、同意書などトラブルを起こさない為のシステムを確立する。 ・身体的に重度のケアに対応できる職員の教育、研修などを充実させる。 ・看取り、終末期ケアの考え方、理念、人の生死に関する考え方を学ぶ機会を持つ。	12ヶ月
3	49	・日常的な外出支援 個々の入居者の方のニーズに沿って行ないたいが、業務を優先することもあり十分ニーズを満たしているかどうか。	・個々の入居者のニーズに即、応えられること 常に其の方のニーズを捉える、職員のケアのレベル(洞察力、観察力、日頃の関係性)を向上すること。	・職員は常に入居者のニーズ(心)をアセスメントし日常業務において、ニーズを優先し其の実現を図る・入居者のニーズが実現できるように定期的に業務の見直しを行い、効率的を図る。 ・職員のアセスメント能力のアップ、研修など積極的に勤める。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。