

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	2371501046		
法人名	有限会社 スリーハンズ		
事業所名	グループホーム なでしこ 1階		
所在地	名古屋市中東区社口2丁目906番地		
自己評価作成日	平成23年12月30日	評価結果市町村受理日	平成24年3月29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.kaigokouhou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501046&SCD=320&PCD=23
----------	---

【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	愛知県名古屋市中東区三本松町13番19号
訪問調査日	平成24年1月19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)】

なでしこの理念や介護方針と基本方針に従い、その人らしい生活ができるように支援しています。また、餅つき会や夏祭りやボランティアによるイベント等で家族様や近隣の方と楽しく過ごせる時間を大切にしています。今年は、新たに、地域の往診医や訪問看護との契約を結び、入居者様の健康管理と緊急時の対応等の医療との連携が充実し、ご家族様、スタッフにとっても安心できる体制になってきています。今後は、終末期ケアに対する課題に向けて1つ1つ解決出来るようにし、入居者様にとって最期まで住み慣れた心地良い場「家」として、安心して過ごせるように、職員一同なでしこの花ことばのように「細やかな思いやり」を持って、笑顔で寄り添うケアができるよう頑張っていきたいと思っております。

【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)】

ホームでは、「その人らしい尊厳のある生活を大切に」という理念を掲げ、一人ひとりが安心してホームで生活できる環境をつくっている。ホームのパフレットには、ホーム理念の他、「なでしこ」の花言葉を入れ、職員全員が「細やかな思いやり」を目指している姿勢、さらに身体拘束をしない生活の実現や薬に頼らない介護を目指すことも示しており、利用者や家族には、ホームで安心して生活できることを分かりやすく伝えている。また、ホーム開設当時から生活している利用者の重度化が進んでいることで、医療面での支援のあり方が課題となっていたが、医療連携については、地域の医療機関の協力が得られたことで、重度になっても安心して過ごすことができるよう取り組んでいる。

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. 全くいない
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、活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	目の届くところに理念を掲示し、毎回スタッフミーティングで読み上げて理念の共有や実践に努めている。新人教育のオリエンテーションなどで理念の意義を伝えている。	ホーム理念と基本方針をホーム内に掲示し、パンフレットにも明記している。職員も理念にある「尊厳のある生活」を大切に支援に心がけている。また、月1回の職員会議の際にも理念、基本方針の内容を確認している。	
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	地域の自治会に加入し回覧の配布やゴミ置き場の清掃に参加している。なでこの利用者の方で数名住所がここにあり、敬老の日等にお祝いが届いたり、行事などに参加している。近所の方に、週1回JAでの買い物の協力を得てる。	ホームでは、近所の方から気軽に声をかけていただいたり野菜をいただくこともあり、交流は日常的である。さらに、地域で行われている学区の運動会等の行事にも利用者に参加し、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	地域の方に認知症への理解をして頂いている。近所の方に協力を得て離設した方に声掛けしていただき戻られてる。施設に必要な日常用品などの支援等もあり地域の方との交流があり理解されている。		
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	「とんとん会」と名称されていて利用者様の状況などDVDに収められているものを鑑賞したり、新たに医療の連携がとれて、家族様とのムンテラの報告等の話し合える場として活用できている。	利用者の言葉から会議名を「とんとん会」と称し、馴染みやすい関係で話し合えるように努めている。会議では、提携医と家族が話し合いを行っていること等を報告し、ホームへの理解を深めている。またDVDを使い、ホームの様子を伝える工夫も行っている。	
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取り組んでいる	行政の指導を受け、改善内容を周知し改善に向けて取り組んでいる。介護保険連絡会に加入して情報を得たりや研修に参加している。運営推進会議への参加にいきいき支援センターの協力も得ている。学区(中学校)の体験学習も行っている。	ホームの運営面に関する連絡や報告については、主に運営法人の代表者が行っている。ホーム長や職員は、区の介護保険連絡会を通じて、研修会や連絡会に出席をして情報交換等を行っている。	
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	身体拘束をしない方針で取り組んでいる。緊急時や本人のリスクなど考慮して止むを得ない場合は本人や家族へ書面による説明をし、同意を頂き期間を設定して見直しや検討をしている。	ホームでは、基本方針として身体拘束をしないケアを掲げており、職員会議の際にも方針を確認し、玄関の施錠を行わず、職員全員で見守ることを重視している。また、薬に頼らないケアを目指し、提携医とも相談しながら対応している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	行政の集団指導などで受けた内容を職場に戻りスタッフミーティング等で勉強会をして職員全員に周知し介護方針の理解と認識が出来るよう取り組んでいる。		

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
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	管理者、一部の職員は把握しているが職員全体では把握不足である。今後、研修などがあれば、参加して理解できるように取り組みたい。家族様より相談があれば、わかる範囲で支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には家族や入居希望者に重要事項を書面、口頭での説明を行い、サイン、捺印を頂き保管している。事項の改定時には十分な話し合いをし、また説明を行っている。		
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	年2回の家族会での幅広い意見を頂き改善にむけて取り組んでいる。また気楽に意見や要望苦情相談がもらえるように管理者、職員から声掛けしている。相談内容を記録して職員に周知したり、改善できることは取り組んでいる。	年2回の家族会では、多くの家族が出席し、意見や要望を伝えている。家族の意見を反映するために、地域の医療機関を提携医とし、提携医が直接家族と話し合えるように段取りしている。また、写真入りのホーム便りを発行し、ホームの様子を伝えている。	
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2回夏と冬に人事考課を行い、必要とあらば個別面談を行っている。また管理者から声掛けして相談や提案などがある場合、事務所内で意見交換等が出来るように取り組んでいる。	ホーム長は、日頃から職員が意見や要望等を言いやすい環境を作るように努め、出された意見を運営に反映するように努めている。職員も長く勤めている方が増えていることで、職員間の情報共有も柔軟に行われている。	
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	職員の勤務状況や実績また研修への積極的な参加の取り組み等の把握に努めている。有給休暇の活用もできている。介護職員処遇改善交付金を活用している。		
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	職員の実績や力量等を把握して個々にあった研修へ参加できるように取り組んでいる。職員がそれぞれに係を持ち責任を持って取り組んでいる。介護技術の向上の為、スタッフミーティングの勉強会にも取り組んでいる。		
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	研修などで交流のあった施設の方と電話やメール等で意見交換などが出来るように努めている。また他施設への見学なども積極的に取り入れている。催事がある場合、声掛けあって参加して頂けるよう取り組んでいる。		

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
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	本人との信頼関係、希望、要望などの把握のため、傾聴する姿勢を大切にしている。本人からの相談があった場合は話しをよく聞き、できる限りのことには対応し、安心できるように努めている。		
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	家族からよく話を聞くことにより不安なことや困っていることを把握できるように努めている。来訪時には本人の状況などを伝え、安心して頂けるよう努めている。		
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	本人と家族からの要望や困っていることを把握し、訪問マッサージや往診、訪問看護などの説明をしている。		
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	本人の自尊心を大切にしている。本人が役割感や存在感を得られるよう職員は興味あること、得意なことを把握し、それらのことが行えるような環境を整えることに取り組んでいる。		
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	本人のことはまず家族という考えのもと小さなことでも家族への報告、連絡、相談を行っている。家族との密な連絡の為にメールなども使用して家族と共に本人の支えになれるように努めている。		
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	馴染みの人からの連絡があれば本人が直接対応できるようできる限り支援している。手紙や電話などでの関係の継続にも取り組んでいる。知人や家族と共に出かけることができるよう支援している。	利用者が以前から関わっていたボランティア仲間が訪問することがある。さらに、趣味の仲間やかつての同級生の訪問もあり、家族以外の方との交流も行われている。また、家族に年賀状を出し、家族から返事が来た方もいる。	
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	関わりや観察により利用者同士の関係の把握に努めている。利用者全体で作業を行ったり、得意分野の家事などを個別で行えるような環境を作り利用者同士が関わり合い、支え合え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
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	契約が終了した方に関しても連絡が来た場合には必要に応じて相談、支援を行っている。契約が終了した方でも気軽に訪問できるような対応を心がけている。		
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	初期の段階では本人、家族の意向はセンター方式のアセスメント表を使用し、思いや意向を把握している。毎月のケアカンファレンスでスタッフ間で情報を提供、検討プランに反映している。	職員が2~3人の利用者を担当し、居室担当をしながらその方の思いや以降の把握に努めている。意思疎通が困難な方については、日常の様子や顔色を見ながら職員間で意見交換をしながら把握に努めている。	
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	本人からアセスメントし生活歴や馴染みの暮らし、習慣などの把握に努めている。また、家族からも情報をもらいその人らしい生活が営めるよう支援している。		
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	一人ひとりの残存機能や活動する力に着目し、心身の状態を毎日チェックして家事やアクティビティへの参加を働きかけている。個々に合った生活のリズムを大切にして支援している。		
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	ケアカンファレンスを毎月行い、スタッフ全員で課題や対応方法について検討し計画作成者がまとめている。モニタリングは三ヶ月に一回行い、変化があれば見直し検討している。家族からも意見をいただき反映できるように努めている。	介護計画の見直しは基本3か月又は6か月で行っている。日頃気がついたことは申し送りを行い、連絡ノートに記録し、情報を共有している。また、カンファレンスを月1回、利用者2~3人行い、基本3か月でモニタリングにつなげている。	
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	事実を客観的にありのまま記録し、その時の状態、対応した内容などを記録してスタッフ間で情報を共有している。いつもとは違う発言や行動があった場合は必ず記録に残し介護計画の見直しにも活かしている。		
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、その時々にも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	個々のニーズに対応するため、家族、医療関係者との連携、地域の方の協力を得て、サービスの多機能化に取り組んでいる。		

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
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	運営推進会議には民生委員、いきいき支援センターの職員に出席してもらい地域資源との連携に努めている。地域のイベントに参加し、地域の方とのふれあいを楽しみ、連携を深めている。		
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	本人、家族が希望の訪問医療を受けられるよう支援している。家族と医療と施設が連携体制がとれるよう支え合っている。ムンテラを行い家族と医療の良好な関係作りにも取り組んでいる。	ほとんどの利用者が提携医をかかりつけ医としているが、他のかかりつけ医とすることも可能である。提携医が柔軟に対応し、家族と直接話し合いを行っている。往診は月2回であるが、系列の訪問看護が週1回あり、医療面での支援を柔軟に行っている。	
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	週に1度の訪問看護を利用している。また24時間体制の為、夜間の急変時にも連絡し指示を得るなど、常に連絡、連携がとれるよう取り組んでいる。		
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。	入院先にも出向き状況の把握に努めている。退院後の受け入れ体制を十分に行うため往診医との連携を図り、退院時の対応にも備えている。		
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	本人、家族の希望を聞き要望に沿った説明を行っている。アンケートなどでも意向の確認をしている。終末期の説明には看護師からの協力も仰いでいる。職員の間でもケアの在り方について話し合っている。	ホームでは、本人、家族の意向を確認するためにアンケートを行い、方針を確認しながら対応することとしている。また、提携医とも方針を確認し、ホームとして出来ることと出来ないことを話し合い、本人、家族の意向に添えるように努めている。	提携医が地域の医療機関であるため、緊急時の対応は柔軟であると思われるが、実際にターミナルを念頭に置いた対応ではないため、継続した方針の確認と共有に期待したい。
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	事故や急変時のマニュアルを作成し、ミーティングで対応方法を検討している。応急手当の方法は研修で学び情報を共有している。		
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	毎月1回避難訓練を行っている。昼間の想定はもちろん、夜間の職員体制での訓練も行っている。消防、近隣地域との合同での避難訓練も検討している。	避難訓練を毎月実施しており、職員、利用者も日常的に避難できるように準備している。さらに、マニュアルを整備し、地域の方との連携にも努めている。また、屋外の倉庫に3日分の備蓄品を整えている。	今年度末に自動通報装置を設置することになっているため、毎月の避難訓練の際には、時には消防署とも連携しながら通報装置を使用した訓練の実施にも期待したい。

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	トイレや入浴時には危険が無い限り、ドアを閉め、可能な限り一人の時間が持てるように配慮している。スタッフ間での利用者の情報交換も本人やスタッフ外の人前で口に出さないように配慮している。	理念にある一人ひとりの尊厳に配慮した言葉使いに注意し、不適切な言葉かけがあった際には注意を喚起するように努めている。利用者の呼び名については、利用者によっては家族にも確認と同意を取り、本人が望むニックネームで呼ぶこともある。	
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	朝食ではパン、ご飯を準備して好きな方を選択して頂いたり自己決定できるような場を設けている多種類の作業などを用意し本人が自己決定し作業を行えるような環境作りを心がけている。		
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	個人一人ひとりのペース、個性を把握しその日の体調や思いを全体で捉えその思いに添った支援に努めている。		
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	月一回の訪問理美容を利用して個人に合ったおしゃれを楽しんでもらっている。服装についても、こだわりや今まで着慣れた物があれば、本人の趣向に合ったものを用意してもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理をする際、できる方にはもやしのひげ取り、ゴマすり、玉ねぎむき、包丁を使った簡単な作業できる環境を整えている。盛り付け、配膳なども役割感を持ち行っている。	利用者の重度化が進んでいるが、出来る限り食事を摂って欲しいという考えから、トロミやミキサー食にして、栄養補助食品による食事にならないように努めている。食事の準備や下ごしらえや配下膳には、利用者も参加することもある。	
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	個々に対応した形態(ミキサー・刻み食など)で対応している。栄養摂取量の確保が困難な方は、医師の指示のもと栄養補助食品などで補っている。水分は摂取表を使用し一日1200CC以上摂取を心がけている。		
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	毎食後の口腔ケアに取り組んでいる。自己にて困難な方にも支援している。歯科往診を利用している方は歯科衛生士による口腔ケアを週一回のペースで受けている。		

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	個人の排泄パターンを把握しできる限りトイレでの排泄に取り組んでいる。拘縮などで便座への移動が困難な方にも職員が2人体制で介助しトイレでの排泄を支援している。意思の疎通が困難な方でも小さなサインに気づけるように取り組んでいる。	排泄が困難だった方が、職員によるパターンに応じた声かけやトイレ誘導により、排泄状態が改善して、紙パンツや布パンツで過ごすことができるようになり、失禁が減った事例がある。職員は、利用者が発するサインを見逃さないように情報の共有に努めている。	
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	食事には繊維質の野菜などを多く取り入れるように心がけている。水分をこまめに提供したり軽い運動、散歩も行っている。なかなか改善が見られない場合は医療機関と相談し指示をもらっている。		
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	多数の方に入浴してもらいたいため昼間からの入浴の時間をとっている。その時間の中で希望にできる限り沿った対応を心がけている。安全に支援できるようにシャワーキャリーを使用している。入浴のできない時は清拭、足浴を行っている。	毎日のように入浴する方もいれば、間隔の開く方もいるが、基本は1日おきの入浴となっている。入浴を嫌がる方には、声かけを工夫したり職員を交代させたり、トイレ誘導時に促したりして入浴につなげている。	現状、利用者の重度化が進み、シャワー浴となっている方が増えてきている。可能な範囲で浴槽に入ることができるように、職員体制や入浴の工夫に期待したい。
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	個々に合わせた入床時間を取り入れている。日中居室での休息時などには、室温を調節し本人の好みに合わせた音楽をかけるなどして対応している。		
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	薬に関しては医師、看護師、薬剤師から情報を得ている。薬が変更になった時は、本人の症状の変化に注意するように心がけ、特変時は医療連携を取っている。		
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	生活の中で役割を持てるよう家事などへの積極的な参加を呼び掛けている。イベントへの参加、ドライブで季節の風景を見たり買い物や、散歩などにも取り組み気分転換の支援をしている。		
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	一人ひとりの体力や体調の変化を把握して散歩や買い物などの外出の支援を行っている。家族来訪時には共に外出して頂くような声かけを行っており、プランにも反映させている。	日常的な散歩や買い物にも出かけ、天気の良い日には外出できるように機会をつくっている。さらに、季節の行事である初詣や地域の運動会等にも出かけている。また、家族と外食や法事等で出かけている方もいる。	現状、ホームでは全員で外出することが困難になってきており、外出の機会も限られている。今後に向け、何人かのグループによる外出も検討しており、今後の実現に期待したい。

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
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	今現在、自己にて管理している方はいないが、買い物などに同行し支払いのできる方には支援している。		
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	手紙を出したい方には共に書いたり、付き添いながら支援している。年賀状や暑中見舞い等も出せるよう支援している。家族や友人などから電話が来た場合には取り次ぎ、話ができるように支援している。		
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	季節ごとに催事や菜園作り等でウッドデッキを利用し楽しんでいる。フロアでは心地よく過ごせるよう音楽を流している。個々の場所がわかるように表札を掛けている。湿度が低い時は居室に濡れタオルを掛けたり、加湿器を使用している。	ホームのリビング内は、ユニットで雰囲気が変わっており、音楽が流れていたり、テレビをつけていたりしている。利用者の作品や家族が提供した絵画が飾られていたりするが、基本的にはシンプルな飾りで落ち着いた雰囲気である。	
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	少し離れた場所にソファを設置し気の合った者同士が過ごせるような空間づくりを心がけている。テーブルも多数設置し各々が馴染みの場所で過ごせるよう支援している。		
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	居室には好みの装飾品や、使い慣れたものを使用し居心地の良い空間をつくっている。居室内でも、本人の好きな音楽も聴けるようにしている。	居室内は、自宅から持参した椅子やタンスが持ち込まれ、中には自分の作品を飾っていたり書斎のような雰囲気の居室もあり、その人らしさが現れている。また、ベッドではなく布団で過ごしている方もおり、自宅での暮らしの延長ができるようにしている。	
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	居室のドアに表札を付けわかりやすいようにしている。洗面台には本人のタオルを使用できるような張り紙を掲示している。布製のカレンダーを使用し、利用者が日付、曜日の変更を行えるよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなでしこ

目標達成計画

作成日: 平成 23年 12月 30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		認知症への理解をより深め、行動障害への対応。	行動障害(徘徊、介護拒否等)意味あるサインと捉え、問題点を少しでも理解ができるようにする。	職員のスキルアップや認知症対応等の研修への参加。職場内のミーティングでの勉強会を開き、職員全体の方針、考え方(ケアカンで話合った問題点)の統一を図る	12ヶ月
2		外出する機会が少なく家族との交流が少なくなっている。	家族参加のもとで外出を行う。	植物園、動物園、水族館などの利用者の希望を取り家族協力のもと外出を行う。外出の際の注意点なども事前に検討をする。	12ヶ月
3		防災時の対策が準備不足。	非常時の備蓄の管理体制をつくる。近隣住民協力のもとで防災訓練を行う。	非常時に必要なものを調べ必要物の購入、保管。非常時、職員の勤務体制の検討。近隣住民の方々に協力を仰ぎ防災訓練を行う。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月