

### 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	24年2月8日	評価結果市町村受理日	平成24年3月29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>・入居者様視点や理念の『その人らしい尊厳ある生活を』追求しながら役割、楽しみ、“出来る事”の提供課題としている。</li> <li>・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、見取り介護の経験を生かした介護の質の向上を目指している。</li> <li>・往診専門医による週3回の受診や認知症専門医への情報提供により適正な服薬、訪問看護師との24時間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。</li> <li>・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や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。</li> </ul>
--

※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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501277&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501277&amp;SCD=320&amp;PCD=23</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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成24年2月24日

ホームは、地域のホームへの理解も深まっているが、開設前は、どのような方々が暮らすのか分からないということで、理解を得るのが難しかった時期もあったが、今日では、地域の方々が行っている食事に利用者と一緒に参加できるまでに至っている。その際には、ホームから食事をミキサー食にて提供し、食事が困難になっている方の食事を理解していただいている。さらに、ホームでは、協力医療機関との連携も充実しており、週3日往診を受けることができ、体調に合わせた柔軟な支援が期待でき、夜間についても訪問看護ステーションに連絡し、医師との連携も柔軟であり、利用者、家族にとって安心の体制である。また、以前から課題となっていた職員の定着についても、定着に向かいつつある。職員の資質の向上を目指しながら、今後も継続して利用者のより良い暮らしの実現を期待したい。

**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ます (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 (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
<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	スタッフミーティングでは理念の唱和から始め、「尊厳」を常に意識した援助を実践している	ホーム長が同一法人の別ホームのホーム長のときに職員と考え、利用者の「尊厳」を大切にすることを理念とした。月1回のミーティングで確認し、利用者への対応など、理念に基づいた実践に心掛けるように努めている。	利用者の「尊厳」を尊重する生活とは具体的にどのようなことであるのかを職員間で考えていくことで、より理解が深まるものと思われる。
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	町内会の組長を経験したこともあり、散歩や外出時には積極的な挨拶、自治会行事や地域の食事会への参加等、つながりを継続できるように支援している。	町内会に入会し、地域のボランティアの訪問がある。また民生委員が主催している地域の食事会に参加し、ミキサー食を提供して、ホームのこと高齢者のことを理解してもらう活動も行っている。	地域の食事会への参加が実現し、地域の方との距離がその分縮まったと思われる。この取り組みが次年度も継続されていくことを期待したい。
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	毎月の食事会への参加や近隣への店舗の利用で、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	他のグループホームと運営推進会議への相互参加による意見交換での感想、要望などを、ミーティング時に話し合い、サービス向上に生かしている。	会議では、区内にある他ホームの方が参加することもあり、相互の理解に結び付けている。会議を通じて、地域の活動への参加につながる等、会議を活かすように努めている。	
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。	運営上の不明点等については、主にホーム長が市担当部署に連絡、相談等を行い、また、区の事業者連絡会に参加し、定期的な情報交換につなげるように努め。	
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、身体・薬はもちろんの事、言葉の拘束とはどのような事か？をスタッフミーティング・ケアカン時に具体例を出して、再確認することを常に行っている。	玄関は施錠せず、職員による見守りを徹底している。利用者の重度化が進んでいることもあり、ベッドや車椅子の対応についても、スタッフミーティングの機会に個々の利用者の事例を話し合いながら、身体拘束をしないケアを目指している。	
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	研修に参加して学び、当ホーム内の身近な問題に置き換え、職員全体の意識向上に努めている。		

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
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	本契約の前に、“お試し入居10日間”を利用していただき、疑問点等は説明して不信任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2回の家族会では、家族だけの話し合いの場も設け、出された意見・要望を話し合ったり、家族来訪時には情報交換をして、積極的に取り組む努力をしている。	家族会では、家族だけで話し合える時間をつくり、そのときはホーム職員が席を外し、家族同士で交流できるようにしている。また、ホーム便りを毎月発行し、ホームの様子を家族に伝えている。	
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	半年に一度、代表者との個別面談の場を設け、管理者とは随時の意見交換により、意見・提案を運営に反映させている。	職員との関係を重視し、管理者、ユニットリーダーが日常的に面談する機会をつくるようにしており、意見や思いの把握に努めている。また、法人代表者も個別面談の他に、時々ホームに来て職員と会話をすることもある。	職員の定着が数年間の課題であったが、今年度は定着しつつある。職員が自分の役割を果たすことができるように、より良い職場環境を目指されることを期待したい。
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や意見・要望を代表者に報告し、生活環境の変化による柔軟な勤務体制も受け入れ、やりがいに繋がるような段階的な役職作りもしている。		
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	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、スタッフ間で介護技術の確認や意見交換の機会を設けている。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	同業者の見学はいつでも受け入れる方針であり、他施設の見学や、グループホーム協議会に加入し研修会参加や、運営推進会議への相互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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	可能ならば家族には数日滞在してもらい、意見・要望を代弁してもらおう事で、状態に合わせた関係作りに取り組み、混乱・緊張等の気持ちを軽減し、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	曜日・時間を問わず、本人と馴染みの関係の来訪者はいつでも受け入れ、生活記録等、情報をすべて開示している。来訪できない家族には定期的に電話で伝えている。		
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	見学や問い合わせの段階から本人・家族が今、何を必要としているのかを十分な聞き取りの上で見極め、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と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、家族の想いを大切にしている。		
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	本人の要望を汲み取り、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。	ホームでは、馴染みの関係である家族との交流を促し、家族と墓参りに出かけた時、外食に出かけている方がおり、馴染みの美容院に出かけている方もいる。また、以前支援していた地域の方が、利用者の様子の確認に訪問することもある。	
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	入居者様同士の会話がスムーズでない時はスタッフも加わることで良好な関係作りに努め、お互い支えあい、協力して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。		
<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>					
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、家族からの情報等や言葉で伝えきれない想いを汲み取ることに努め、ミーティング・ケアカンで情報を共有をしている。	ホームでは、全員がアセスメントを行っており、把握した情報の収集とその共有に努めている。また、カンファレンスのやり方を見直し、一人の方の話し合いに時間をかけるようにして、一人で2時間かかったこともある。	
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、本人との会話や暮らしぶりの中で、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	毎朝の申し送り・申し送りノート・生活記録等やケアカンで情報を共有して、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	原則3か月に1度のモニタリングをスタッフ全員がアセスメントシートの事前提出により、再認識した上で、ケアカンフレンスでの意見交換に生かしている。家族のケアカン参加も取り入れている。	計画は3か月に1回の見直しが基本であるが、様態に変化があった際には随時見直している。モニタリングについては、日々の記録をもとにして行っており、その結果を月1回のカンファレンスに繋げている。また、常勤職員については、利用者を担当している。	
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	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。入居時や本人の要望で家族も一緒に宿泊や食事を共にすることで、不安感の軽減に取り組んでいる。		

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	心身機能の低下により限られた入居者ではあるが、近隣の理容院やドラッグストアを利用したり、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	内科は近隣の病院から週に3日、歯科は週に1回、眼科は随時の往診があり、情報提供のできる認知症専門医の受診も勧めている。	ホームでは、協力医との連携が柔軟であり、週3回の往診があり、利用者の変化に迅速に対応している。さらに関連訪問看護とも夜間の連携が可能であり、医療面における安心に繋がっている。また、認知症専門医とも連携している。	
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	往診医と同法人の24時間対応の訪問看護ステーションとの提携により、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。	入院時には、往診情報ファイルの提示や介護サマリーの情報提供し、早期に退院できるように、リハビリ中に訪問し情報交換している。		
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	入居時に重度化した場合の家族の意向は書面で確認し、実際に重度化した場合は、かかりつけ医と訪問看護師や家族との話し合いで協議した後、現状のスタッフ体制で対応できる事を相談し前向きに取り組んでいる。	ホームでは、終身介護を目指しているという方針をパンフレットに明記しており、家族とは利用者の段階に応じて方針を話し合うこととしている。なお、ホームでは看取りの経験もあるが今年度は行っていない。	パンフレットに明記している「終身介護」について、別頁のQ&Aに具体的に説明すると、本人、家族により分かりやすく伝わると思われる。
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知識を共有し、新人夜勤スタッフは救命講習を受講や研修で、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	1～2ヶ月に1度の火事・地震・大水・夜間等、想定を変えた避難訓練を行い、運営推進会議で報告して意見をもらっている。	ホームでは、毎月のように夜間想定、浸水想定も含めて訓練を行い、職員の意識の徹底を図っている。また、自動火災通報装置が設置され、機器の使用についても説明を受けている。なお、備蓄品については見直しの検討を行っている。	職員がより迅速に対応できるように、地域の方との協力関係に加えて、自動火災通報装置の使用方法についても徹底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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	入居者と親しくなることに甘えず、理念である『尊厳ある生活を大切に』とはどういう事かを、ミーティング等で常に話し合い、意識するように努めている。	ホーム理念である「尊厳のある生活」が徹底されるように、管理者は、日頃から職員の意識の向上を促している。利用者のプライドに配慮しながら、声に耳を傾け、その人らしい生活が実現できるように取り組んでいる。	
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	入居者が思いや希望を意思表示できるような、スタッフとの関係を作り、意思表示が困難な方は言動を洞察し汲み取るよう努めている。		
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	起床・休息・就寝・入浴等、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、職員側の都合を優先しないように努めている。		
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	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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	個々に応じた食事の下ごしらえや炊飯等の家事を無理のない程度に提供し、食器の下膳は可能な限り自己にて行ってもらっている。	食材は基本配達で、調理は1ユニットで2ユニット分の調理をユニット毎に交代で行っている。利用者も調理の下ごしらえ等に参加しているが、最近では困難になっている。食事の際は職員も一緒に食事をしている。	
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	連携の病院のS・Tによる嚥下状態に合わせた危険性の低い食事形態の指導により、可能な限り口腔摂取できるように努めている。特別食でも美味しく食べられるように検討も継続している。		
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	個々に合わせた歯磨き方法や週3回の洗浄剤使用で清潔保持に努め、職員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。	一人ひとりの排泄状況を記録にとって、その人のパターンに合わせた声かけとトイレ誘導を行っている。このような取り組みを通じて、昼間と夜間で、布パンツと紙パンツを使い分けるなど、快適な排泄を心がけている。	
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	便秘対策として十分な水分摂取や毎日の体操・散歩で薬にはなるべく頼らず、必要な人には食物繊維も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、時間帯や援助方法も家族の了承を得て、本人の希望を優先している。	入浴は週2回以上を目指し、実際には毎日入浴している方もいる。入浴を拒む方にも声をかけ入浴を促したり清拭を行ったり、清潔を保っている。また、利用者によっては入浴剤を使用し、快適な入浴に繋げている。	
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や誘導を取り入れ、就寝時間や就寝前のテレビやラジオの視聴等、生活習慣の継続支援をしている。		
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	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、変更による状態変化は医療者に報告している。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	昼食後にレクタイムを設け、習字や百人一首等をしているが、機能低下により参加者は減ってきている。残存能力に合わせた家事参加を促し、定時以外にも個々の好みに応じたおやつを提供している。		
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	毎日の数名の散歩、希望時の近隣への買い物等、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、自由な雰囲気作りにも努めている。	利用者個々の日常的な散歩をはじめ、外食の機会も作り、地域の行事にも出かけている。さらに、季節の花見や紅葉ドライブにも出かけ、利用者からの希望も確認している。	



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
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、本人希望により手持ちのお小遣いで買い物等の支払いを、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	本人の希望で電話は利用してもらっている。又、毎日のように家族から電話がある方もあり、いつでも連絡が取りあえる環境作りにつとめている。手紙のやりとりは、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り、南側が大きな開口の造りで明るく、リビングの壁面には手作りのカレンダーや季節感のある飾り付けを心がけている。	リビングを中心に居室があり、広くスペースがとられている。台所には、高さを低くした流し台を設置し、利用者が食事作りに参加しやすい工夫を行っている。また、利用者の誕生日には、その方の名前を貼り出し、みんなで祝う取り組みも行っている。	利用者の重度化と職員の人員等の問題があり、ホーム畑の手入れが困難になってきている。畑の野菜や花を眺めることは、気持ちを和やかにする効果もあるため、今後の取り組みに期待したい。
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、リビングから少し離れた場所に設置した3人掛けのソファや、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、又は使い慣れたベッド利用など入居前の生活を継続出来るように配慮し、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。	居室のレイアウトについては、家族にも利用者と考えてもらうように促し、自宅から使い慣れた家具、テレビ、衣服等が持ち込まれている。なお、ホームでは畳で過ごすことも可能となっている。	
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	トイレ・浴室の手すりには赤いテープ、リビングには大きな月・日・曜の掲示、居室や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。		

(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 24 年 2 月 8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)	職員全員が万一の火災発生時に消火器を適正に使用できるようになる	専門家の指導を受けて使用方法を身に着ける	専門家の指導を受ける	6ヶ月
2	2 (2)	入居者様が服薬されている薬の知識を得る	入居者が服薬されている薬の効果や副作用等を理解する	提携薬局の薬剤師に講習を依頼する	2ヶ月
3	10 (6)	認知症や身体機能の重度化した方が多くなり、軽度の方の楽しみが減った	外出の機会を増やす	体力が低下されていない方を対象に、家族の協力を得て、少し遠出の企画を立てる	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月