

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	4370102149		
法人名	医療法人医誠会		
事業所名	グループホーム茜		
所在地	熊本市北区貢町135		
自己評価作成日	平成27年3月12日	評価結果市町村報告日	平成27年4月7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	熊本市北区四方寄町426-4
訪問調査日	平成27年3月18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)】

- ①新しい環境での家庭的な生活が営まれるよう努め、本人の自信を引き出し楽しい生活を実践している
- ②認知症デイサービス(2F)や併設施設の介護老人保健施設みつぐ苑の行事に参加、交流している
- ③併設診療所や訪問歯科受診や指導により健康に気をつけ安心して生活ができるように環境設定に努める
- ④同建物内「みつぐまち診療所」との連携により健康管理を行い、体調管理を適切に行っている(ご家族に了承を得ている)
- ⑤毎日の食事を本人の希望に合った食事形態と栄養、体調管理上の栄養指導は併設の老健施設管理栄養士に指導を仰ぎ専門家の協力を得て維持している。

【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)】

ホームは建て替えが済、以前よりも入居者との関わりが多くでき、効率よい動きになるような設計になっており、新しい環境でのホーム生活が始まっていた。入居者は環境の変化にスムーズに対応できるように、職員は努めて一人ひとりに寄り添い、丁寧な対応をしている。2階の診療所との認知症専門を含めた医療連携、併設施設との緊急時等の協力連携構築は、より、入居者や家族に安心感を与えている。職員は入居者の潜在能力の把握や場面の提供等により、ホーム生活にメリハリをつけ、一人ひとりが主役になれる場面を作り出している。今後は地域交流を含めた、外出の機会を更に設けたり、地域住民の協力を得られるような取組が期待されます。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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	茜の介護理念 ①ご利用者の安全を大切にします ②1人1人の思いを大切に笑顔で生き甲斐のある生活を目指します ③個人情報保護の保護に努め家族に信頼されるホームを目指します ④地域社会とのつながりを大切にアットホームな環境作りに努めます	毎日の業務中に話したり、申し送りの話の中で振り返りの機会を持っている。理念は目につく場所に掲示している。	更にホームや認知症への理解、協力関係を構築するためにも、訪問者や地域住民への理念の啓発が期待されます。
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	地域の方々やボランティアの皆様、ご家族様も一緒に行事に参加されて楽しまれている。又地域の方の自宅への花見などの外出も行っている。	地域開催の敬老会や行事に参加している。同敷地内の老健のクリスマス会等へ出かけている。また、老健へ来られる地域住民ボランティアと交流している。	
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	①クリニックを通して認知症について理解しやすいように説明と実践報告 ②運営推進会議や家族会、日頃の実生活をみて頂き認知症や老人の心理などの啓蒙している ③健康教室等の法人の活動による啓蒙		
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	①運営上の意見や地域の情報を行事に生かしている ②ボランティア希望の方を紹介して頂き地域のご高齢の方や認知症デイサービスと共に活力を頂いている ③生活の活動内容の報告、実践の内容についての写真等の掲示を行っている	運営推進会議のメンバーは家族、老人会会長、自治会長、児童民生委員、消防団班長、地域包括センター職員、ホーム職員で構成されている。ホームの現状報告、今後の予定、意見交換などが行われている。会議は食堂、リビングで開催されるため、入居者の普段の様子を垣間見られ、ホームの理解、認知症の理解、協力関係への理解につながっている。	
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に取り組んでいる	①包括支援事業所との連携 運営推進会議への出席事に活動、生活活動報告。他事業所との交流、情報交換を活動に生かしている ②市の介護相談員受け入れる中でご利用者との会話と実生活の様子を紹介	運営推進会議へ地域包括センターの職員の参加があり、高齢者に関する情報を知らせてもらえる。疑問な事がある場合に行政に連絡して情報交換をしている。月1回介護相談支援員の訪問があり、入居者との関わりや傾聴し報告してもらい、情報を把握している。	
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	①研修会の実施参加 ②日常生活では施錠をするのは夜間のみ、在宅での生活状況と同様に考えている	法人の研修会への参加やホームの勉強会等で、職員は身体拘束の弊害を理解しており、拘束のないケアに努めている。法人の身体拘束委員会に属しており、会議後、報告をしている。夜間のみ玄関の施錠をしており、昼間は自由に玄関から出入りできる。	
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	①虐待についてアンケート調査や勉強会も行っている ②入浴時などに身体観察の実施 ③日常生活では細やかに声掛けすることで、精神的虐待には特に配慮している		

グループホーム 茜

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	①みつぐ苑の研修会参加 ②任意後見制度実施経験あり(現在1名) ③入居者の話を傾聴し何でも相談できる雰囲気作りを心がけている		
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	①本契約書に基づき説明。介護条件の改定、利用料変更等、家族会で説明理解していただけるよう努めている。		
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	①面会時の対話で要望があった場合は本人様の気持ちも確認して極力実施している ②ご意見箱設置	家族の訪問時に入居者のホーム生活や健康状態について報告し意見を出し易いような雰囲気づくりをしている。常時訪問できない海外の家族をメールでやり取りをし、要望等を聞いている。出された用法等は早急に職員間で話し合い、解決するようにしている。	
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	①管理者は事項決定は代表者等との相談会を行う ②月1度の勉強会は、職員の意見を聞きながら運営 ③生活の中での問題点の発覚時は、その都度、相談会を行い職員全員が適切に対応するように努めている。	毎月の勉強会に於いて、職員の意見やアイデアを聞き、検討し、運営につないでいる。ホーム内だけで解決できない場合は法人へ上げ解決するようにしている。年2回、面接を実施し、職員の意見を聞いている。	
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	①年2回、面接実施(法人全体の人事担当者) ②職員の年齢、体力、家族状況を把握し無理なく就業出来る状態を作るように努めている		
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	GHの介護だけではなく、広く技術知識が得られる様、DS、DC等研修としてローテーション実施		
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	日本認知症GH協会の年協会及び連絡会等に参加し、情報を収集し事業所並びに地域密着型事業書の職員への広報活動も行っている。		

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	
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	入所前のアセスメントを始め入居された際にはご本人の心配事を細やかに接することで早めにキャッチして対応する。食欲や、睡眠など十分に落ち着くまで細やかに対応、ご家族にもご報告を行う。		
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	これまでの生活をご家族から情報を得た上で、認知症の進行状況は専門医の情報も伺い、DHでの生活が安全に安心して継続できるように努めています。ケアプランもその一つ的手段です。		
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	暫定プランに取り上げ状態観察後、家族の了解を得て必要なサービスを提供出来るよう努めている		
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	各自に可能な残存能力がある中で、適切な声掛けにより生活能力を引き出し家事、趣味等の活動を積極的に実践して行けるよう、適切な援助を行いながら共同生活をおくれるよう努めている		
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	ご家族の悩みや、日頃からのご苦労は常に傾聴するように努めている。又、体調不良の際は受信での外出の際は協力を頂いている。		
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	①友人関係、自宅近所の方などの面会がある場合、再来を依頼する ②必要時は面会対応、自宅への外出も行う計画を家族にも連絡し了解を得ている。	知人や友人が訪問された場合はお茶を出したり、話し易い環境を提供して、再来訪を依頼している。希望があれば、馴染みの場所へ出かけたり、店へ買い物や外食などにも出かけている。家族の協力を得る場合もある。	
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	①入居者同士、相互に助け合っている ②入居者同士の会話が出来るよう見守り介入支援を行っている。 ③共有スペースにて、茶話会を実践。他事業所からの訪問、ボランティア様との交流もある。		

グループホーム 茜

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	病院に入院し契約終了後も見舞いに行き、退院後の相談にのり安心できるよう支援に努めている		
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	①ケアプランの作成にあたり実施している ②困難な場合は家族や主治医に相談し助言をいただいている	毎日の関わりの中で話をしたり、対応している際に入居者の希望や意向等を聞いている。食事の時や入浴の時などに把握できることが多い。困難な方は反応やしぐさから推察したり家族からの情報から把握している。	
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	①入居時のアセスメント及び観察で把握する ②入居後、家族、本人から聞き取ることでこれまでの状況を把握できるように努めている		
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	①申し送りで情報交換を行っている ②日頃から注意深く観察し心身状態の異常の早期発見に努めている ③日常生活の把握のために毎日の生活パターンの記録をつけている。（起床、食事、排泄、水分補給、就寝、他）		
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	①3ヵ月に1度、又必要時に担当学会議、モニタリングは毎月チェックを行っている ②利用者の状況が変わった時は、その都度話し合いプランを変更や追加をし家族に報告している	毎月勉強会の際に全入居者の健康状態や今の課題など、モニタリングを実施しており、3ヶ月毎に、サービス担当学会議や計画の見直しをし、本人家族に説明し、了承を得ている。変化がある場合はその都度見直している。	
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	①日報、カルテにより実施している ②状態観察し家族と相談してケアプラン見直しをしている（3ヶ月に1度、必要時）		
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	①毎週の歯科の訪問診療、同施設内の診療所と連携し体調管理を行い必要であれば緊急対応も行う。 ②2階にある認知症デイサービスとの交流、みつぐ苑で行われる行事に参加している ③利用者の健康不備から起こるADLの低下が起こるときはリハビリスタッフにも協力を得る		

グループホーム 茜

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	ボランティアによる行事参加、併設施設で行われる音楽療育にも参加し楽しむ事ができるよう支援している。外出の機会も作るように務める		
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し、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	①本人、家族の希望により併設の診療所をかかりつけ医としている。症状により家族の了解を得て受診時に対応している ②精神面を含めた体調管理が図られる ③歯科の訪問診療も定期的に行われ病状の把握も行われている	以前から受診されているかかりつけ医の受診を受けられるようにしている。ホーム2回の併設の診療所が全員のかかりつけ医となっており、職員による通院介助をしており、医療連携がとれている。他科は家族による通院介助としている。その際の情報の共有は確実にしている。歯科は訪問歯科を利用しており、定期的な訪問診療を受けている。	
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	介護職から異常の報告が看護師にあり受診の必要があれば、かかりつけ医に連絡し受診に努めている		
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。	①看護サマリーの提供 ②定期的に面会に行き、その際情報交換や相談に努める		
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	①医療連携体制の説明時に重度化や終末期について話し合っており、指針同意確認書も準備している ②終末期については家族の協力を前提としており、その都度かかりつけ医、家族と相談説明を行っている ③急変に備え、安心バックを準備している(入院時に最低必要品を常時バックにまとめている)	入居時に医療連携体制の説明する際に、重度化した場合や終末期に関しても行っている。重度化の場合は家族、かかりつけ医と相談を重ね、家族の希望を考慮するものの、医療が常時になった場合は、併設の老健へ移る場合もある。	
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	勉強会や苑内研修で定期的に訓練を行っている(緊急対応、防災訓練、消火訓練、消防への通報など)		
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茜単独での避難訓練は昼夜を想定し年2回実施 ②非常サイレンを鳴らして地域協力を得ている ③避難訓練の際、地域(近隣)の参加がある ④併設施設と合同で年2回実施。合計4回実施。	ホームと2回の診療所と一緒に昼夜想定で、入居者参加の火災避難訓練を実施している。同敷地内の法人の避難訓練にも年2回参加している。緊急対応、防災訓練、消火訓練、消防への通報訓練も実施している。訓練参加後は必ず振り返りを行っている。	

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	
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	①プライバシー保護のためにマニュアルも備え、 掲示板に掲示している ②入浴・排泄時の言葉かけにも配慮するよう周知徹底を図っている ③プライバシーへの配慮(居室への入室時は必ず本人に同意を得て入室する)	入居者の人権を尊重し、尊敬の念をもった関わりをしている。それぞれに応じた言葉かけや対応とし、排泄時や入浴時にも不快な思いをせず、プライバシーに配慮した対応をしている。マニュアルを作成し、目に見える箇所に掲示している。	
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	何事に対しても、必ず本人の意思の確認を行い、活動の実施としている。本人の希望を必要時は優先し対応につながるように努めている。		
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	基本的な1日の流れはあるが、入居者のペースに合わせ自由に過ごせるようにしている。 散歩・テレビ視聴・生け花など出来るだけ希望にそって支援している		
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	①身だしなみは基本自立して行える場合本人行動を優先している。(衣類の選択等) ②出来ない入居者には入浴準備の際、遺書に準備を行い、本人のいしを優先して衣類の準備を行う ③化粧など必要に応じて支援している		
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	①個人の嗜好や味付けにも注意し、メニューを決める際、入居者に聞き取る事もしている ②下ごしらえ、盛り付け、配膳、片付けも入居者の日課となり定着しており、職員も雰囲気作りをしながら食事と共にしている	法人の献立を参考に、入居者に相談し献立を変更したり、ウッドデッキで育てている野菜を使った1品が増えたり臨機応変な対応をしている。出来る入居者と一緒に会話をしながら食事の準備をしたり、片づけ等をしている。嚥下能力や体調に応じて食事形態を変えて提供している。	
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	①毎食の摂取量のチェック、水分摂取量の把握により、個々の体調管理につながる ②併設施設の管理栄養士に助言を受けるよう務める ③夜間は各人居室にペットボトル設置し夜間の水分補給に留意している		
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	①毎食後、口腔ケアの施行、誘導。必要に応じて介助を行っている。 ②就寝時、義歯洗浄後洗浄剤につけている ③定期的に歯科衛生士による指導、ピカッシュ加工による入れ歯コーティング(希望者のみ)		

グループホーム 茜

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	①定期的にトイレ誘導を行っている ②トイレの場所を分かりやすく掲示している ③入居者全員にトイレで排泄出来るよう適切に支援を行うように努めている(排泄チェック)	排泄チェック表を記録し、入居者の排泄パターンを把握しており、時間やしぐさを察知してトイレへの声かけや誘導を行い、見守りしている。昼間はトイレでの排泄に努めている。	
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	①排便チェックは毎日行っている ②便秘気味の入居者に対しては腹部マッサージや水分摂取、散歩も行っている ③献立に食物繊維の多い物を組み込んでいる ④受診による与薬(頓服)		
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	①当日の予定をそれぞれ伝え、その日の気分や体調により入浴実践を行っている。 ②基本は1週間に2～3日は入っていただくよう努める(失禁等の汚染時は除く)	基本週2～3回の入浴支援をしている。浴層が移動し身体能力に応じた対応ができる設備がある。体調や気分を考慮して声かけ誘導し、気持ち良く入浴してもらうようにしている。拒否の方は時間をおいて声かけをしたり、様子やタイミングを計って誘導している。汚染時には清拭やシャワー浴等で対応している。現在、全員足浴をし、清潔保持に努めている。	
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	①安眠しやすいよう環境作り、室内の温度、明るさ等に配慮している ②不安のある方に対しては、気持ち落ち着くまで話を傾聴している(本人の生活ペースを十分に把握して実践)		
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	①手渡し後、服薬終了を必ず確認 ②薬に追加や変更があった場合、服薬後の体調に変化等を全職員で注意深く観察(申し送りの徹底)		
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	①食事作り、掃除、洗濯、植物の世話など出来る事を役割分担し、職員も共に行って楽しむ ②生活の中でそれぞれができる作業動作を職員の作業と共に参加いただく ③レクリエーションやカレンダー作り、季節ごとの暦に対応して参加(季節を感じる)外出(ドライブ)		
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	①併設施設が日常の外出先となっている ②戸外に外出を希望される入居者に対しては家族やボランティアと協力しながら出かけられるよう支援している(買い物、ホテル見物など)	ホーム周辺の散歩や併設の施設には出かけている。食材の買い物と一緒にでかける方もおられる。	更に入居者の外出の機会を支援されることが期待されます。

グループホーム 茜

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	1人1人の希望や力に応じてお菓子やジュースを一緒に買いに行き買い物の楽しみも支援している(食費の中でやりくり)		
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	電話は居室でも話ができるよう配慮している。携帯電話の使用も可能。 手紙については切手購入、投函が自由に出来るよう支援している		
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	リビングなど適度な採光と温度調節を行い季節の花を飾ったり共同作品のカレンダーを展示し季節感を取り入れる工夫をしている(証明が明るすぎると利用者から声が上がリ消灯の場所がある)	中心にリビング・食堂はあり両側に居室が並んでいる配置である。建て替え前と比べて、食事作りに積極的に参加できるような対面キッチンであり、当日の入居者がお茶を入れたり、食事の下拵えなど一緒に行う様子も見ることができた。季節感と家庭的な雰囲気を大切に装飾がしてあり、入居者は思い思いの場所に座ることができる家具の配置がしてある。	
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	気の合う方と会わない方の座席を考え、孤立しないように配慮している。テレビをみる方、折り紙をする方、各自が自由に過ごしている		
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	馴染みの家具や小物を持ち込んでもらっている。入居者の希望により自分で作った作品や家族の写真を置き居心地良く過ごせる居室の配慮をしている(自宅の環境と似せて生活できるよう努める)	家族に相談し以前使用されていた家具や生活用品、職員が必要だと思われるものを考え持ち込んでいる。テレビやラジオデッキ、椅子、仏壇等の持ち込みがある。壁には自作の物や家族の写真が飾られており、それぞれに応じた居心地良い居室作りの支援がしてある。居室のドアには目印になる花の絵や必要な方には表札がかけられている。	
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	①バリアフリーとなっている ②トイレの表示など分かりやすく低い位置にしている ③園芸も庭に下りずベランダで作業出来るようになっている ④掃除用具・レクの用具など収納場所も分かりやすく表示してあり自由につかえるようにしてある		

(別紙4(2))

事業所 認知症対応型共同生活介護 茜

目標達成計画

作成日: 平成 27 年 4 月 6 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	49	これまでは1年未満の期間、ご利用者によっては受診などで外出して食事を外で食べられることもあったが、全体の活動の中に冬場(11月～3月)は避け、外出などの計画・実施ができなかった。	全体としてできる限り皆様に平等に対応し、ケアのみならず環境設定についてもご本人様の生活にあった環境、活動、評価を継続して行いたい。	外出の時間をプランに取込みたい方には取込み実施したい。(日常の買物など) 一人ひとりの希望にそった地域社会との交流を深めていきたい。そのために外出は良い機会ととらえている。(ご自宅への訪問、自宅周辺の方たちとの交流)	6ヶ月
2	1	事業所と地域との交流ができるための活動を具体的に実施の記録が無いので法人内でも検討していきたい。	細かいことも交流がなされたことは記録に残したい。これまでも地域の方は出入りされているが、具体的に状況の記録はないので、記録を残したい。	記録用紙に記入する内容について皆で相談して、用紙に記録を具体的に残したい。 (日時、来苑者、内容、ご利用者の様子、地域の方々の様子等)	12ヶ月
3	2	診療所、デイサービス以外の場所との交流を図りたい	地域に出かけて行く機会を作る(散歩、ドライブ)	日常生活パターンに組み込み、散歩や買い物に出かけることができる方は出来るだけ参加いただく。無理な方たちは別のメニューでの対応も計画をする。(ご家族や地域に声をかけて参加を募りたい)	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、行を挿入してください。