

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	2372202065		
法人名	真株式会社		
事業所名	グループホームまこと 1ユニット		
所在地	〒491-0124 愛知県一宮市佐千原郷前21番地		
自己評価作成日	平成23年10月1日	評価結果市町村受理日	平成23年12月27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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2372202065&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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成23年11月14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)】

地域密着型認知症共同生活施設として、地域との繋がりを大切にしている。年6回推進会議を開催、出席者も定着、(地域住民・市職員・包括センター・ご家族) ホームの現状・行事・事故報告を説明、ご助言をいただいている。県・市・施設部会・包括センター主催の研修にも積極的に参加、ホーム内でも毎月のケア会議時に研修を行い、個々のスキルアップを図る。ご家族との繋がりも大切なので、入居時には面会訪問・ご協力をお願いしている。面会時には利用者様と居室での共有時間を作り、一緒に写真を撮ったり、日常の様子をお伝えする。行事写真を載せた手書きお便り(年4回)・推進会議報告(年6回)・夏祭り・クリスマスは家族会を兼ねてご家族毎の交流を図る。今後も利用者様の皆様が楽しく安心して過ごしてもらえるようなホーム運営を行う。利用者様の希望を取り入れながらホーム内・外のレクリエーションを充実していきたい。スタッフの定着、雇用の安定に努めている。

【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)】

理念の中にある「家庭的な環境のもとで日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援する」は、職員全体に周知されている。そのため、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が徹底され、利用者は安心して穏やかな生活を送っている。また、公民館掃除、保育園交流会、町民運動会、鳥文楽観賞等、地域との交流や外出レクの機会も多い。それらの様子を写真と共にホーム便り(年6回)、個別の手書きお便り(年4回)にし、また、運営推進会議の議事録も家族に送付することで、家族との関係継続につなげている。管理者、職員の人間関係も良く、利用者の生活の質の向上に向けた話し合いと実践に取り組んでいる。

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、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	理念は玄関に掲示、新任スタッフ研修にも取り入れている。家族的な環境のもとで日常生活を営むことができるように支援を行い、安心と尊厳のある日々を過ごしていただけるように支援することが理念の実践と スタッフに伝えている。	理念は、玄関、スタッフルームに掲示し、常に確認することができる。新任スタッフ研修やケア会議では、理念について話し合い、共有し、家庭的な環境のもとで、安心と尊厳のある生活を営むことができるよう統一を図っている。	
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	町内会に入り、地域の行事には積極的に参加、ホームの行事にも参加を呼びかけている。推進会議を通じてホームの情報も伝えている。子供110番・公民館掃除・敬老会・連区運動会・夏祭り・中学校職場体験・保育園交流会・地域文化の鑑賞など。	地域との交流会の実施、行事への参加は積極的である。公民館掃除、保育園交流会、中学校職場体験、敬老会、町民運動会、島文楽鑑賞など利用者と一緒に参加している。畑の作物の差し入れに来られる方もいる。	
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	公民館清掃・地区行事には利用者様と一緒に出かけ、地域の人々とのふれあいを大切にしている。回覧板を届けたり、推進会議を通じて 利用者様の理解を深めてもらう。		
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	年6回開催。地域住民・市職員・地区包括・ご家族の皆様が参加、それぞれの立場からの意見・情報を頂き、サービスの向上・ホーム運営に役立てている。ホームの現状、活動状況、事故・ヒヤリハット、行事予定も報告、助言、協力をいただいている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、活動状況、事故報告等を話し合っている。民生委員からは町内に関して、市町村職員からは事故に関する助言があり、サービスの向上に活かしている。	よりホームの現状を知ってもらい、ホームへの理解を深めてもらうためにも、利用者の参加が中断していることもあるため、参加の機会作りに期待したい。
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	推進会議に参加していただいている担当職員とは常に連絡を取り、介護保険に関する相談、研修の案内をいただいている。ホームの現状を伝え、より良いサービスが出来るように助言をいただいている。	運営推進会議の担当職員とは常に連絡を取り、利用者の暮らしづくり等を伝え連携を深めている。介護相談員の受け入れについて、市担当職員と相談し、前向きな返答を得ている。	
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	新任研修に取り入れている。毎年スタッフ研修も行い、何が拘束にあたるか具体的な内容を伝えているが、今後も続けていく必要があると思う。鍵は夜間は防犯上玄関を施錠、日中は駐車場に出る門を施錠している。	高齢者虐待、身体拘束マニュアルを作成し、職員全員に配布し、研修を行っている。そのため職員の共有認識を図ることができ、意識は高い。見守りを徹底し、日中は玄関、窓も鍵をかけずに、自由な暮らしを支援している。	
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	毎年市主催で開催されている「高齢者虐待防止サミット」にスタッフが参加、その資料を用いてスタッフ研修を行い、防止策を考えていくようにしている。		

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
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	NPO法人を後見人として財産管理を任せている利用者様も入居されている。老々家族、家族・親戚の少ない利用者様もいられるので、権利擁護制度の説明、活用を勧めて行く機会が増えると思う。市職員、包括センターと相談しながら、利用者本位の立場で支援したいと思う。		
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	見学・相談に来られた時点から本入居が決まるまでには お試し入居期間を作り、利用者様や家族の不安・疑問点にできるようにしている。理解、納得をされた上で本入居契約になる。契約書・重要事項・同意書の説明は管理者・施設長が行い、疑問に答える。苦情窓口・解約の説明も行う。		
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	面会時に利用者様の要望・現状を説明する。ご家族と管理者・施設長との話し合いの機会を作り、要望、意見をおききする。推進会議に家族代表として交代に出席していただき、意見をお聞きして運営に反映できるようにしている。	利用者からは暮らしの中から意見、願い等を聞き出し運営に活かしている。家族にはホーム便りを年6回、個別に年4回発行し、運営推進会議、訪問時、家族会等で問いかけ、意見等を聞き出し、運営に活かしている。	
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	月1回ケア会議を開きスタッフから出された意見・提案を各フロアへの施設長がまとめ、役員・スタッフ会議の時に提出、協議を行う。より良い運営が出来るようにスタッフからの意見が出しやすい雰囲気作りも大切と思う。	月1回のケア会議で職員の意見、要望を話し合い、反映させている。欠席者には記録を回覧し、共有化に努めている。また、役員・スタッフ合同会議でも意見、要望を協議し、運営に反映させている。	現状、ホームにおける責任体制が管理者・リーダーに集中しているため、今後に向けて、現場の職員の意見がより反映される体制作りに期待したい。
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	就業規則は事務室に掲示している。代表者は職員が意欲を持って仕事に取り組めるように給与体系・福利厚生 の充実に取り組んでいる。有給も取れる。		
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	外部研修には積極的に参加している。社内研修も月1回行われており事業所が認めた研修は勤務扱いとする。研修で得た知識は他職員に伝達、ホーム全体のレベルアップを図る。		
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	地区の包括支援センターのケアマネ会議、市の施設部会の研修に参加、他施設職員との交流を図り、サービスの向上と社会資源活用 の情報を得ている。近隣のホームとの交流もあり、バザーや催事の相互訪問もある。		

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	入居前に利用者様も含めて面接・相談を行い、本人の希望・不安・要望を聞き取る。入居時にフェイスシートを作成、ご家族の希望もケアプランに取り入れていく。入居後もゆっくりとしたペースで過ごしていただき、信頼関係を築くように努める。		
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	入居前の相談、お試し入居の段階からご家族の希望・困っていることを具体的にお聞きして支援できるサービス、対応を共に考えながら信頼関係を築いていく。		
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	ホーム入居を希望されて来所、申し込みをされるが、入居前にホームのサービス内容・費用・運営方針を納得されるまで説明を行う。ご希望もお聞きしてお試し入居をしていただく。入居が難しい場合は他サービスの案内も行う。		
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	理念が「家庭的な環境のもとで・・・」と掲示されているように、共同作業をしながら日常生活を送ることを基本としている。レク準備・家事補助も積極的にいただいている。週末の献立作り、家事補助、洗濯物の片付け、買い物もスタッフと一緒に出かける事もある。		
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	入居説明時に出来るだけ面会、一緒に過ごす時間を作っていただくようお願いしている。夏祭り・クリスマス会は家族会を兼ねてご参加していただいている。面会時にはスタッフが日ごろの様子を伝え、まこと便り・推進会議録を送付して理解を深めていただいている。		
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	独居で入居された方で帰宅希望があればスタッフが付き添い以前の家に行ったり近所に挨拶に行くこともある。ご近所の方の訪問も歓迎し、ご家族がご近所の人を連れてこられることもある。	昔から利用している商店街での買い物やお墓参り等、一人ひとりの生活習慣を尊重している。また、親族のお葬式や帰宅希望の利用者への付き添い、近所の方の面会の受け入れ等、地域との関係を継続する支援をしている。	
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	食堂兼リビングがあり、利用者様は日中そこで過ごされることが多い。利用者様同士の会話、スタッフが一緒に仲間になっておしゃべりする時間も多し。歌を歌ったりボール遊び、体操などのレクも一緒に楽しんでいる。食事の準備・片付けも出来ることを行い、お互いに仲間意識が持てる支援を行っている。		

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
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	退居された後も訪問や相談に応じる。夏祭りに参加された退居者もいる。転居された場合、こちらから訪問したり、ご家族とも連絡を取りあい、今までの信頼関係を大切にしている。		
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	毎月のケア会議では担当スタッフを中心に個別ケアを検討する。モニタリング・ケア会議(担当者会議)・ケアプランの作成を繰り返しながら本人の意向・希望を出るだけ取り入れられるサービスを提供できるようにしている。日常生活の中でも利用者様の希望を汲み取り実現できるようにしている(誕生会・レク・外出など)。	日々の生活の中で声を掛け、把握に努めている。また、利用者同士の会話からも言葉や表情から、その真意を汲み取るようにしている。アセスメントシートは、本人・家族の希望を把握し、入居時、その後は年1回見直しを行っている。	
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	お試し入居時に 入居予定者のアセスメントシートを作成、主に入居前の生活状況をお聞きして、生活暦がわかるように記入していただく。ご本人・ご家族の了解を得て以前に利用していたサービス担当者から情報を提供してもらう。		
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	入居後は介護記録・バイタル・排泄・食事・水分のチェックを記載、総合的な健康チェックを行う。家事、その他出来ることをしていただきながら 楽しい日常生活を送っていただく。一人ひとりに合わせた個別ケアも大切にする。(室内レク・お話・畑・体操・歩行練習・静養など)		
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	ケアプランは入居時、1ヵ月後、その後は4ヶ月毎に 担当スタッフとのモニタリング・担当者会議(スタッフ全員、家族)で出された意見、ご本人、ご家族の意向も含めて作成される。(変化が大きい時、病院退院時はその都度)	介護計画は、利用者、家族、職員の意見やアイデアをもとに、入居時、入居1ヶ月後、その後は4ヶ月ごとにアセスメントとモニタリングを繰り返しながら、ユニット毎のケア会議で話し合い見直しを行っている。	
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	業務日誌・個別介護日誌・職員申し送りノートに記載・スタッフ交代時には申し送りをを行う。ヒヤリハットや日常の気づきは積極的に発言してもらい、情報の共有化、介護計画の見直しに活かしている。申し送り・連絡の大切さは理解しているが連絡不備はある。新スタッフも加わり、記録の書き方などを研修する必要がある。		
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	支援内容は入居時に説明する。ご本人、ご家族の希望に沿ってケアプランを作成するが ニーズは変化していく。少人数(9名)のGHの特性を活かして、個別サービスを出るだけ行っている。(病院付き添い・個別の外出・趣味の補助・食事内容、時間・入浴 静養 等)		

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	町内会に加入、地域の行事には積極的に参加、社協の車椅子を借りて外出レクを行う。地域ボランティアの訪問(フラメンコ・夏祭り盆踊り・手伝い) 中学生の職場体験の受け入れ・保育所交流などをしながら 利用者様の心身の活性化を図るようにしている。		
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	協力医院から 月1回往診に来て頂き、健康管理・服薬指導をしてもらっている。必要な時は紹介状もお願いする。ご家族の希望でそれぞれのかかりつけ医に受診されても良い。4月から歯科も協力契約を行い、利用者様は順次義歯の保持、歯の治療を行っている。市民病院とも協力提携しているが、救急車要請の場合には当番病院に運ばれる。	月1回の協力医の往診の他、利用前からのかかりつけ医での医療を受けられるよう、家族と協力し通院介助も行っている。歯科とも協力契約を行い、往診治療の他、口腔ケアのアドバイスも受けている。	
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	現在当ホームは看護師が在籍していない。健康管理・服薬管理については協力医院・薬局相談員から助言をいただき対応している。スタッフも病状の知識を得て 早く体調変化に気づき、適切な医療機関に連絡出来るように努力している。		
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。	入居者が入院した場合は情報提供を行う。(事前に同意書はいただいている) 入院中に見舞いや入院先相談員と連絡を取り、退院時には病院から情報を得て、ケアプランに取り入れる。又協力医院には入院担当医の申し送りを届ける。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時にホームの方針を説明、ホームとしては医療行為が必要となった場合の介護、「看取り」は行わないが段階的に心身機能が低下した場合、出来る範囲での対応となり、最終的には病院搬送をお願いしている。緊急時はマニュアル、ご家族の希望に沿って対応していく。日頃から緊急時・延命治療についてのご家族と相談しておく。	ホームが対応し得る最大のケアについて説明を行い、今後の見通しを本人、家族に確認し、重度化に伴う意思確認書を作成している。また、終末期の延命治療に関する本人、家族の意思確認も行い、同意書を作成している。	現状、ホームでの対応が限られているため看取りを行わない方針であるが、本人・家族が安心してホームで過ごすためにも、医療連携を強化し、看取りに関する検討を深めることも期待したい。
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て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	緊急時の対応・マニュアルの確認は社内研修で行う。昨年は8月に「事故発見時の対応マニュアルの確認・119番の通報手順・救命処置の手順を学んだ。今年度は8月に利用者様の発熱時対応マニュアルを研修、10月には防火訓練と共に救急処置技術・AED取り扱い訓練を行った。今後も定期的に行う必要があると思う。		
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	3月の東日本大震災の後、4月に大震災対応マニュアルを作成、社内研修を行った。7月には夜間火災発生を想定した避難誘導の確認、10月には消防署と合同の消防訓練を実施、推進会議で地域の皆様に緊急時のご協力をお願いしている。地域の避難場所の確認も行っている。	大震災対応、通報装置のマニュアル作成、年2回、利用者と昼夜を想定した避難訓練を行っている。また、消防署の協力を得て、避難経路や避難場所の確認も行っている。運営推進会議を通じ地域の協力体制を築くよう努めている。	ホーム2階の避難場所の確認を消防署に行いながら、安全確保に努力を続けている。避難経路が限られている現状があるため、職員間の情報共有、通報装置の使用方法の確認等を継続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
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	居室は個室になっておりお気に入りを入り置いたり、写真を飾ってその人らしさを出している。居室やトイレ介助に入る時には声かけをする。浴室脱衣場・トイレなど羞恥心に配慮した言葉かけ・対応が出来るように研修を重ねている。日常の声かけ・介助にも利用者の気持ちを考えて行えるように接遇の研修やスタッフ同士話し合っている。	マニュアルを作成し、排泄、入浴等の介護時、言葉の内容や語調、介護方法が利用者の誇りを傷つけたり、プライバシーを損ねていないか等、日常的な確認を行っている。また、ケア会議で改善に向けた取り組みを行っている。	
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	日頃からお話している中で利用者様の希望や訴えを聞き取り、実現できる方法を共に考える。食事・外出・レク・衣類など自己決定できる雰囲気を作り、スタッフがそれを受け入れる気持ちの余裕のある職場環境を作る事も大切と思う。		
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	利用者様のその日の体調・様子を見て、声かけ・対応する。出来るだけ個々の利用者様の希望を聞いて、それぞれのペースで利用者本位を優先に過ごしていただくようにしているが、共同生活のルールもあり、不快にならないように調整・兼ね合いをスタッフが行うようにしている。		
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	利用者様個々の好みに合わせて満足されるおしゃれを楽しめるように支援する。季節に合った衣類の選択、イベント・外出時には着ていく衣類を自分で選んだり、お化粧も多少される。夏祭りには 浴衣・甚平を着て楽しまれていた。		
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	平日は配食、食材を利用して高齢者に合った献立に変更することもある。調理補助・盛り付け・片付け・食器拭きなど出来ることは手伝っていただく。土日のメニューは一緒に考え、買い物も一緒に出かける事もある。食事はスタッフも同席、安全に気をつけながら和やかな雰囲気の中で食べていただけるように配慮する。	平日は配食サービスを利用しているが、メニューは利用者と相談しながら決めるようにしている。また、調理、盛り付け、片付け、土日は買い物も利用者と共に行い、職員と利用者が同じ食卓で楽しく食事をしている。	
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	毎日の食事・水分摂取量の記録(月単位)をしている。それぞれの状態に合わせた適量摂取を心がける。夏場・熱発・下痢の時、心臓病などの持病のある方には水分摂取量を気をつける。毎月体重測定を行い、増減をチェック、適量・栄養バランスを考える。		
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	口腔ケアは毎食後行っている。利用者様の状態に合わせて出来ない部分を援助する。洗浄剤による義歯洗浄はスタッフ管理で週1回行う。4月に地域の歯科医院に協力医院となっていたき 歯・義歯の検査 口腔状態のチェックをしていただいている。		

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	排泄チェック表を作成、個別に間隔を考えて声かけ・見守り誘導をする。日中布パンツに変更(夜間のみD-パンツ)した人もいる。出来るだけトイレで排泄してもらう支援を心がけている。	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも2時間毎に誘導し、トイレ排泄できるよう支援している。昼夜で布パンツ、紙パンツ、パット等を本人に合わせて検討し使い分け、快適に生活できるよう支援している。	
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	水分補強・起床時の牛乳飲用・軽い運動(体操・歩行)・食事内容(バナナ・イモ類・ごぼう)などで対応。常時便秘される方は協力医院 Dr.処方薬を使用する。申し送りを確実に。座薬使用もある。		
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	月～土で入浴、個別では原則週3回、入浴順はその時の利用者様の予定・体調に合わせて。汚染時や拒否の強い方には声かけを工夫する。入浴時には安全に気をつけ、体調観察・皮膚の状態をチェックする。のんびりゆったりと入浴いただき、昔話など個別のお話を楽しんでいただく。	週3回、その日の入浴順の希望や予定を確認し入浴している。入浴を拒否する利用者には、言葉かけや対応の工夫、チームプレイ等によって一人ひとりにあわせた入浴支援をしている。	
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	出来るだけ利用者様の意向に合わせて毎日を過ごしていただく。日中の静養は好きな時に取っていただく。ホームの一日の流れはあるがご家族との外出等で疲れがあるときは休息していただく。昼夜逆転されている場合は日中活動的に生活出来るように働きかけ生活リズムの変更を図る。		
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	毎日の分薬は施設長・主任が行う。服薬はその都度の責任者が行い、日*時間*名前*飲み終わるのを確認チェックシートに記入する。誤薬には充分注意する。服薬内容が変わった場合、短期間の服薬、は申し送りノート・個別日誌に記載、全員に周知する。経過観察も行う。服薬情報はお薬手帳・個人ファイルに記録する。		
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	入居前のアセスメント、入居後もご家族と話し合いの時間を作り、利用者様の趣味・興味・嗜好品・得意な分野の情報を得て生活に活かされるように支援する。スタッフと一緒に家事補助を行い 存在感を自覚してもらう。		
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	気候・天候の良い時は利用者様の体調を考えながら外出レクを楽しむ。事前に利用者様と話し合い、希望を聞きながらレク計画を立てる。ホームの買い物にスタッフと一緒に出かける。地域の行事に交代で参加、顔なじみになる。ご家族との外出・外泊は自由にさせていただく。希望があれば個別の買い物・帰宅もスタッフと一緒に出かける。	外出する機会は多く、個別では希望にそって喫茶店、外食、買い物、入居前の自宅等へ出かけられるよう支援している。全体の外出レクでは、利用者から希望をとり、それぞれの利用者に合わせて、ユニット毎に異なった外出支援を実践している。	ホームでは可能な限り外出の機会を作っており、その様子をホーム内に貼って想い出作りを行っている。今後に向け、参加できる家族とも一緒に想い出が作れるような取り組みにも期待したい。

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
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	個別にお小遣いとしてご家族から預かっている。個別の買い物・喫茶・外食・おむつ代などに使うが 買い物外出時にはそれぞれのお金で買っていた。自己管理されているご利用者様もいるが スタッフと確認しながら使うように支援している。		
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	ご家族・友人から届く手紙・絵手紙はご本人に渡し、思い出話など伺う。家族からの電話の取次ぎ、希望があればスタッフが家族に連絡、お話をさせていただく。お手紙、葉書を書かれる利用者様もいる。年賀状は毎年利用者様に書いて頂きご家族に出している。		
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	玄関・リビング・廊下には利用者様と一緒に作った作品や 行事・日常生活の写真を掲示、利用者様や面会に来られたご家族に話題提供している。居室にも個別の写真やご家族の写真を貼り楽しませている。早番が掃除・居室のチェック 遅番が夕食後にリビングの清掃を行い清潔で過ごしやすい環境を整えている。エアコン調整はこまめにチェックする。	居間や廊下には、利用者の作品、外出時や行事の写真が飾られ、温かい雰囲気作りに努めている。また、居間の家具の配置も利用者の状態に合わせて、利用者同士が居心地よく過ごせるように配慮されている。	
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	食卓の座席はほぼ決まっているが、時には利用者様が納得されるように席替えも行う。リビングのソファはスタッフも一緒に座り、ゲームやおしゃべりなど、その時々で自由に座っていただく。好きな席がある方はそこに座っていただく。ソファの配置換えもある。		
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	居室にはホームで用意したベッドとタンスがある。持ち込みは自由なので 整理タンス・ファンシーケース・椅子などを持ち込まれている方もいる。担当スタッフが衣類の入れ替えやチェックを行うが ご家族も面会時に整理されたり持ち帰られたりされる。写真やカレンダーなどを飾り気持ち良く過ごされている。	ホーム側で、ベッドとタンスが備えられており、その他の布団や整理タンス、写真等については、希望にあわせて持ち込まれ、それぞれの利用者の居心地の良さに配慮している。	
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	安全に過ごして頂ける様に 建物はバリアフリー仕様、防火対策もされている。センサーを利用してトイレ・玄関の出入りがわかるようになっている。フロア毎に自由に往来していただいているが より安全に過ごして頂ける様にご家族・スタッフの意見を取り入れ、環境整備に努力して、自立した生活が送れるように支援していきたい。		

(別紙4(2))

真株式会社 グループホームまこと 1・2

目標達成計画

作成日: 平成 23 年 10 月 1 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	13	スタッフのスキルアップ	スタッフ全員が有資格者(ヘルパー2級)となり、介護技術のレベルアップと共に 認知症を理解、笑顔での確な対応が出来るようになる。介護福祉士資格習得を奨励、有資格者の増加。	毎月のケア会議時に行われる“社内研修”の充実。 県・市・施設部会・包括センター主催の研修に参加する。自主的に研修・講演会に参加出来るように情報提供、シフトを考慮する。介護福祉士資格者は資格手当を得る。	12ヶ月
2	12	常勤比率をあげる	現在、管理者を除くと 1F 2人(施設長・他1人) 2F 1人(施設長のみ)の常勤なので 1F 2~3人 2F 2~3人の常勤勤務者を配置し スタッフの継続安定を図る。	役員会議で代表取締役役に現状を説明、常勤雇用の必要を説明、了解してもらう。常勤として働きやすい条件・環境を整える。	6ヶ月
3	19	館内の整理整頓	共同空間部分の清掃をきちんと行い、清潔・安全な場所にする。日用品・食品の在庫把握 過不足無く買い足す。居心地の良い居室と季節に合った衣類が揃っているように担当者がチェックする。	買い物に出かける前に、必要な物のチェック、補充して貰いたい物を申し送り、メモ書きしておくことを徹底する。在庫品の整理を行う。ご利用者様の衣類が他利用者様の衣類に混じったり、靴下など小物の紛失がなくなるようにする。押入れ・在庫入れの整理、不要な物は処分する。普段掃除出来ない所も定期的に行う。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月