

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	名古屋市名東区社口2-906		
自己評価作成日	【平成】25年12月25日	評価結果市町村受理日	平成26年4月18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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigvosyoCd=2371501046-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成26年1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)】

10年目のなでしこの1年を振り返り、以前から課題になっていた終末期のケアについて、今回初めて2件の看取りケアを体験することが出来ました。入居者と家族、医療と介護を強い絆で結ぶ事ができ、本当の意味での「第二の我が家」に近づくことが出来ました。往診医、看護師にも年2回の家族会に参加して頂き、看取りケアについて話し合いや意見交換をしました。往診医や訪問看護師との深い繋がりができ、入居者、家族、職員と信頼関係がより強くなったように感じています。また、看取りケア後、職員の意識が大きく変わり大変良いスキルアップに繋がっています。地域の中学生の福祉体験や体験学習の受け入れを行い、学区の運動会やイベントにも参加して、交流を図っています。今後なでしこの花言葉のように「細やかな思いやり」と笑顔を持って、その人の思いに添えるケアを実践していきます。

【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)】

一人ひとりの人格の尊厳に配慮した支援を行う基本理念のもと、「なでしこの花言葉」にあるような、一人ひとりへの「細やかな思いやり」のある支援を目指しており、その内容は、パンフレットにも記載され、ホームでの入居を希望する方たちの参考にもなっている。ホームは、利用者にとって「第二の我が家」と思ってもらえるように、看取りを見据えた支援にも取り組んでおり、協力医による支援も得ながら、ホームで最期を迎えた方もいる。また、ホームの取り組みとして、薬剤に頼らない支援を目指しており、協力医にも方針を伝えながら、可能な限り、職員による介護力に対応できるように取り組みながら、利用者の笑顔を引き出すように取り組んでいる。そのために、職員間で利用者一人ひとりの情報を共有しながら、その方のしたいこと、思っていることが実現できるような、職員間での話し合いが行われている。

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 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、毎月のミーティングで、復唱し理念の共有や実践に努めている。また新人教育でのオリエンテーション等で内容を細かく説明し理念の意義を伝えている。	ホームが利用者にとって「第二の我が家」と思ってもらえるように、理念の内容を具体化した7項目にわたる基本方針を掲げている。職員が集まる際には理念を唱和しながら、理念に基づく支援を目指している。	
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、回覧板の配布やゴミ置き場の清掃の当番に参加したりイベントや敬老の日のお祝いが届いたり、学区の行事にも参加している。近所の方に週に1回JAIにて買い物をして頂いている。	ホームは、自治会に加入しており、回覧板等から情報を得て、学区の清掃活動や地域のお祭り等に参加して、交流の機会をつくっている。また、近隣のお寺との交流や、中学生の職場体験も受け入れも行っている。	
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	散歩などや喫茶店、コンビニなどへの買い物で顔見知りになって認知症の理解を得ている。近所の方が来訪された時、なでこの理念や認知症に対する説明をいつでも見学が出来るようにしている。		
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」と名称し、気さくに話せる場を提供し、なでこの状況を報告が出来るようにしている。また、曜日を替えて、参加できるように取り組んでいる。退居された方でも参加して頂き、交流を図っている。	会議は、利用者の言葉から「とんとん会」という親しみやすい名称にすることで、出席間で気軽に話し合える場をつくっている。出席している方の意見から、会議を通じて、防災に関する助言等を得る機会にもつながっている。	会議をより運営に活かすことができるように、毎月行っている避難訓練に会議をあてて、地域の方にもホームの取り組みを知ってもらうことにも期待したい。
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	今年、名古屋市と厚生労働省の合同で運営指導が行われサービスの内容を伝える。概ね良好に運営されているとのことまた口頭での指導内容については改善に努めている。	区内の介護事業所の連絡会に職員が出席して情報交換の機会としている他、不明点等の確認も行っている。また、地域包括支援センターとは、困難事例の意見交換や、家族介護の講師を務める協力を行っている。	
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向で取り組んでいる。職員に話し合いの場で、理解できるように伝えている。また、新人教育の時にもそのことを伝えている。	ホームは、身体拘束を行わない方針のもと、玄関の施錠を行っておらず、職員による見守りの徹底に取り組んでいる。また、毎日のミーティングで、ホームの介護方針を唱和し、日常的に意識向上に努めている。	
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	名古屋市の集団指導や研修等で学び職員に周知し、絶対にあってはいけないことを伝え防止に努めている。		

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	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。現在では、制度を利用している方が見えず、なかなか学ぶ機会がなく、今後研修等で勉強していきたいと思います。		
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、家族や入居希望者に重要事項を口頭で説明を行い、サイン、捺印を頂き保管している。事項の改定には十分話し合いをし、説明を行っている。同意書が必要な場合も同じように行っている。		
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回の家族会や運営推進会等での幅広い意見を頂き、改善に向けて取り組んでいる。また意見や要望、苦情相談が出来るように、管理者、職員から声かけている。相談内容は記録して、職員に周知して、改善できることは取り組んでいる。	家族会には、家族の他にも協力医も参加しており、家族からの疑問や要望を受け止めるように取り組んでいる。意見箱の他、行事に関するアンケートを行っている。また、ホーム便りを2か月に1回発行し、個別のコメントも添えている。	
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回の夏、冬に人事考課を行い、人事考課意見書を個別に作成して職員に手渡し、必要とあらば個別面談を行っている。管理者から声かけて相談や提案がある場合は意見交換ができるように場を設けている。	職員は、ユニット毎と全体で集まる機会が毎月つくられており、現場からの意見等は管理者より、代表者に伝えられている。日常的には管理者が職員との面談等を行っているが、時には、代表者も職員と意見交換等を行う機会をつくっている。	
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、研修への積極的な参加の取り組みの把握に努めている。有給休暇、介護職員処遇改善交付金の活用も出来ている。		
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	職員の実績や力量を把握して個々にあった研修へ参加出来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。介護技術の資格取得の為に社内研修や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	研修等で交流を持った方や施設の方と電話やメールなどで意見交換が出来るように取り組んでいる。もう一つの事業所と密な連絡を取りイベントの時はお互いに参加し交流を図っている。		

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	入居前に面談を行い、本人の生活歴や本人や家族の要望を聞いて、プランに活かしている。また、入居後も何度も家族と話し合いをして安心して生活が出来るよう関係作りに努めている。		
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	何度も来訪され、時間や回数などの制限なく相談、話し合いの時間を設けている。関わりの中で入居者本人と話し合いの出来る時間とっており、相談しにくい事も言えるような時間を取っている。		
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	医療が必要な方に関しては往診医や訪問看護との連携を取り、当施設で対応していいのか等検討している。本人に必要なサービス(マッサージや口腔ケアなど)も出来ることは行っている。要望に応じて福祉用具の対応もしている。		
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	施設の理念や方針により、職員は入居者との信頼関係を築いていく対応を日々心がけている。また、できることは自分で…という考えのもと、積極的に家事などへ参加できる環境作りに努めている。		
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	本人と家族のきずなを大切に考え支援している。家族の負担とならない範囲で介助にも関わってもらっている。また、日常生活の情報(身体介護記録)を開示し状況の把握をしてもらっている。		
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	家族や友人など馴染みの人が来訪しやすいような施設づくりを心がけている。来訪者に職員は笑顔であいさつ、お茶を出し過ごしやすい雰囲気、再来訪したくなるような対応を心がけている。	ホームでは、入居前から利用者と一緒に活動していた人たちにホームに来てもらい、利用者との交流を深めてもらう機会をつくっている。また、家族とは、喫茶や食事外出したり、時には墓参りにも出かけて家族と過ごしている方もいる。	
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	全体で作業やレクリエーションを行い利用者同士の親交を深めている。また、所々にソファや椅子を配置し気の合った者同士が過ごせる環境を作り支援している。		

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	サービス利用が終了した家族が来訪する時がある。主に施設長が窓口となっており、いつでも来訪できる様な形を作っている。また退去時には本人にあった施設の紹介にも取り組んでいる。		
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	直接本人から希望や意向を聞きとっている。本人からの聞き取りが困難な場合は家族から本人の意向を聞きとりその方の思いに添えるようにしている。	利用者の情報は、職員は全員で把握する事を基本としているが、常勤職員は担当制となっている。把握した情報は、申し送りノートやケース記録への記載を行いながら、月1回のカンファレンスの機会にも話し合われており、職員間の交流につながっている。	
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	これまでの生活歴を本人や家族からの聞き取りをしてアセスメントシートを使って状況の把握に努めている。日常生活の中で、その方が必要なことを把握してサービスに繋げている。		
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	介護記録へ記載し全体での把握を行っている。また、朝の申し送りや口頭での伝達で現状の把握に努めている。		
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	月に一回ケアカンファレンスを開き職員間での意見交換を行い介護計画に反映させている。また、家族や医療関係者と話し合いをし、希望や必要事項を取り入れている。	介護計画は、利用者の状態に合わせて、3～6か月で見直しており、変化があった際には随時の見直しを行っている。月1回のカンファレンスを通じて、3か月に1回のモニタリングにつなげて、利用者の変化の把握につなげている。	
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	日々の状況を記録に残し職員間で状況を把握し共有しながら実践している。気づきや対応に工夫が必要な時は話し合いの場を設けて実践に活かしている。		
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	福祉用具が必要な方がいる場合には本人のニーズに合った物を提供するため専門職からの助言や説明を行っている。家族の状況等を把握して、介護用品のまとめ買い等の購入にも取り組んでいる。		

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	地域のスーパーマーケットやコンビニエンスストアで買い物をしたり、喫茶店でお茶をすることも。年に一度地域の学区で行われる運動会の玉入れにも参加している。年頭には近くの神社やお寺にお参りに行っている。		
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	月2回の往診を受けている。必要に応じて往診医と家族でのムンテラを行っている。訪問看護とも連携しており24時間いつでも適切な医療を受けられる。また、希望によりかかり付けの医師に診てもらえるよう支援している。	協力医がユニット毎に2週に1回訪問していることで、利用者にとっては毎週診てもらえる事もある。その他にも訪問看護が週1回ある。また、協力医による柔軟な支援が受けられるが、以前からのかかりつけ医の継続も可能な体制となっている。	
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	訪問看護師へ毎週入居者の状態を伝えている。特変があればいつでも連絡ができ24時間適切な看護を受けている。看護師と往診医との連携も取れている。		
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。	入居者の状態が把握できるように記録している。入院した際には入院先に向き本人の状況、状態を確認し把握したうえで必要であれば今後について医療、家族、施設での話し合いを行っている。緊急搬送には安心出来るように職員が必ず付いて行くようにしている。		
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、事業所の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	入居時に重度化や終末期に向けた指針の説明を行い、同意書ももらっている。医療と家族、施設の3者で話し合いをし本人の思いや家族の思いを聞くようにしている。また、施設のできる事、できないことを伝えている。施設での看取りが出来るように研修にも参加している。	ホームでは、看取りを見据えた取り組みを協力医の支援のもとで行っており、家族とも話し合いを深めながら、ホームで看取り支援を行った経験もある。また、職員への研修や看取り支援後のアンケートを行う取り組みも行われている。	ターミナル期を経ながら、ホームでの看取りを行ったことで、ホームにとっても多くの経験を得たと思われる。今後の取り組みに活かされていくことを期待したい。
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	入居者の急変について事例をあげ適切な対応ができるように話し合いを行っている。また、研修にも参加し、対応できるよう努めている。訪問看護師や医師からも指導を受け実践に繋げている。		
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	月に一回の避難訓練をしている。また119火災通報装置の設置をしている。消防隊員の参加、指導のもと訓練を行っている。地域の防災訓練や災害時の対策や情報などの研修にも参加している。	ホームでは、毎月の避難訓練を実施しており、職員全員が定期的に体験できるように取り組んでいる。ホームから地域で行われている災害訓練に参加する交流も行われている。また、ホーム内に食料等の備蓄が行われている。	毎月避難訓練を行っている取り組みを地域の方や家族にも知ってもらい、相互の協力関係を築くことができる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
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	あだ名やちゃんづけせず名前はさんづけで呼んでいる。入室する際はノックをして本人の許可を得てから入室している。往診や訪問看護師に診てもらうときは自室にて対応している。	利用者に対する名前の声かけについては、利用者の尊厳にも配慮しながら、職員間で話し合って統一するように取り組んでいる。また、外部の研修会に職員が出席したり、ホーム内のミーティングで話し合う機会もある。	
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	散歩に出たいという希望があれば散歩に出かけている。また食事の主食をパンかご飯かの選択ができ、好きな方を選ぶことができる形を取っている。外食時のメニュー等好きなものを選んでもらっている。		
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	起床時間、就寝時間を特に設けず一人ひとりのペースを大切にしている。入浴の希望があればできる限り時間の希望に合わせて入浴できるように支援している。		
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	月に一回カットデリバリーを利用し本人の要望でカットしている。起床時には整容を行っており必要な方には介助して支援している。食事の時に汚れが付いたりしたら、交換したり口腔ケアをして整えている。		
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	みそ汁のつぎ分け、ホットプレートを使った料理、もやしのみげ取りなどの簡単な調理ができるような環境を作っている。食事の下膳もできる方は極力自分で洗い物もできるように支援している。	メニューは、利用者の好みや嗜好にも配慮しつくられており、買い物や調理の下準備には、利用者も参加して行われている。食事の際には職員も同席している他、利用者の状態に合わせたミキサー食等の提供や外食の機会もある。	
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	一週間単位で献立をたてメインの魚、肉をバランスよく提供できるように努めている。また、栄養管理表を使い栄養のバランスが偏らないようバランスよく摂取できるように努めている。		
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	自分で行えない人には毎食後本人に合わせた介助を行い口腔内の清潔に努めている。週に1回歯科往診、歯科衛生士による口腔ケアを受けている方もいる。		

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	各入居者の排泄パターンを把握しトイレの声かけ、誘導をしている。立位が困難な入居者にも、トイレでの排泄が行えるよう2人介助で対応している。	職員間で排泄記録に残したり、重度の方には2人介助を行っている他、医療的な面に関して訪問看護からの支援も受けながら、トイレでの排泄を目指している。取り組みの結果、オムツから布パンツへの変更等、排泄状態が改善した事例もある。	
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	食物繊維の多い野菜、海藻類、果物を食事やおやつに取り入れるよう心がけている。体操、水分摂取量のチェックもしている。漢方薬等を用いて便秘のコントロールをしている方もいる。		
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	毎日入りたい方、遅めの時間が希望の方などできる限り希望に沿って入浴してもらっている。入浴時間が重なった時は2Fの浴室を使い入浴してもらう時もある。	入浴を毎日準備していることで、実際に毎日入浴している方もいる。入浴を拒む方には、職員を交代したりしながら対応している。また、重度の方には2人体制で対応したり、季節に合わせた柚子湯や菖蒲湯等の楽しみもとりに入れている。	
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	日中傾眠のある方、腰が痛い方など状況に応じて居室で臥床してもらっている。足が冷える方には湯たんぽや本人の希望でアンカを使用している。		
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	錠剤が飲み込めない方、粉薬が飲みづらい方など個々に合わせ与薬方法を工夫している。薬の種類や容量が変わった時は体調の変化に特に気をつけている。薬剤師の服薬の説明も参考にしている。		
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	散歩、買い物、生け花、書道、貼り絵、掃除、段ボールの整理など個々の興味や性格に合わせた活動をしている。		
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	天候が良い日は近所を散歩するように努めている。秋の紅葉や春の花見、初詣などに行っている。地域の運動会に参加したり、外食する場合は事前に何が食べたいかなど聞いて店を予約している。家族でドライブ出来るよう支援している。	ホームでは、利用者が定期的に外出することができるように、ホーム周辺の散歩をはじめ、買い物や喫茶店等に出かける機会をつくっている。また、季節に合わせた花見や初詣、地域の行事への参加等、外出の機会をつくっている。	利用者の看取り支援を行ったこともあり、以前行っていた、遠出を行う機会が減っている。職員間で検討を深めながら、外出行事が増えるようにな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
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	買い物に出かけた時にはレジでのやり取りを(支払い、おつりをもらう)できるように支援している。施設で使用している箸やコップなどの身近なものは本人のおこづかいを使って購入に出かけている。		
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	暑中見舞いや年賀状を家族に送っている。		
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	昔からなじんだ歌のCDを流し利用者の方々が口ずさめるような環境作りに取り組んでいる。壁には月別で季節の壁飾りを作成し掲示している。加湿器等も使用して室温に気をつけている。共有のスペースには季節の花を飾り安らぎの空間づくりをしている。	リビングは、ゆったりした広さを確保しており、南を向いた窓が大きいことで、採光に優れた環境となっている。また、玄関先には花が育てられており、リビング等の壁には、季節ごとに飾り付けが行われている他、利用者の作品が掲げられてある。	
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	日光浴ができるように日が差し込む窓の近くにソファを設置している。TVから少し離れた位置にソファを設置し会話を楽しめるスペースを作っている。季節に応じてウッドデッキで、お茶を飲んだり庭を眺めて楽しめるようにしている。		
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	孫の写真、家族の写真、自分で書いた絵手紙を額に入れて飾りいつでも手にとって見ることができる。家族来訪時には、居室で過ごせるように配慮している。	居室には、自宅から持ち込まれた家具や鏡台、身の回りの物等が持ち込まれている他、布団で過ごしている方もおり、それぞれの居室に個性がある。また、自身の作品を壁に飾ったり、家族の写真を飾っている方もいる。	
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、風呂の場所を表示し、一目で場所が分かるようにしている。各居室にも表札をつけて自分の居室とわかるようにしている。洗濯物を利用者の方々が干せるよう、手の届く小さめの物干しを使っている。		

(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 25年 12月 25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		ヒヤリハットの活用が少ない	継続してヒヤリハットの有効活用ができるようになる。	ヒヤリハットを使っでの検討会や勉強会をミーティングやケアカンファレンスに取り入れる。	12ヶ月
2		利用者との関わりでなれ合いや指示的な声かけになっている事がある。	認知症への理解を深め、職員全体で関わり方の改善を行う。	認知症対応の研修への参加。職場内でのミーティングでの勉強会を開き、職員全体での考え方の統一をし、認知症への理解を深める。	6ヶ月
3					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。