

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	2373400254		
法人名	特定非営利活動(NPO)法人 犬山あんきにくらそう会		
事業所名	宅老所・グループホーム今井あんきの家		
所在地	犬山市大字今井字畑中46-1		
自己評価作成日	平成22年9月30日	評価結果市町村受理日	平成22年12月9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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2373400254&SCD=320
----------	---

【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	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室		
訪問調査日	平成22年10月12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)】

里山の自然の中でここに住んでいた人が、故郷に帰ったような気持ちで利用されています。働いているスタッフも地域から通ってきているますので、言葉のなまりも一緒によい雰囲気です。昼は宅老所の通いのサービスを利用したり、要介護度高くなった方は訪問看護師の協力を得て安心です。

【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)】

志の高い理念で設立されたNPO法人の運営するグループホームである。地域に愛されるホームとして設立して10年、一人ひとりがその人らしく生活できるよう、優しく暖かい介護を実践している。古い民家を改装したホームは、住み慣れた地域での穏やかな日常生活を過ごす家として、併設訪問看護ステーション等と連携して、利用者と家族の安心に繋がる生活を支援している。地域との交流は深く、日頃から収穫した野菜を分けてもらう機会もあり、それを食材として活用し、食べる楽しみに繋げている。さらに、地域の拠点として、多くの高齢者が存在する地域全体の課題に取り組み、地域住民の大きな支えとなっている。ホームでは、恵まれた環境の中での充実した生活のために、職員全員が情報を共有し、チームワークで利用者主体の生活ができるよう支援している。ホームの老朽化対策として、新しいホーム建設も検討されている様であり、今後に期待するところ大である。

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 (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、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	認知症になっても住み慣れた地域の中、慣れ親しんできた人達の交流の中でその人らしく生きていくことを支援していきます。理念を文字にした額を掲げ、利用者や家族、スタッフの行動の指針としています。	『地域に愛されるホーム』を基本理念に掲げ、『スタッフもやがて利用者』という気持ちで、一人ひとりの気持ちを大切に、ゆっくりゆっくりしたケアに心がけたサービス提供に徹している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	隣組町内会にも入っており盆おどり、弘法様、組の総会、保育園と小学校の運動会等にも参加しています。散歩のときの挨拶、コンサートやお茶会等の参加を呼びかけています。	自己評価に記載されている地域行事以外にも、ホームの行事に近隣住民を招待している。小学生の訪問を受け入れている他、中学生が職場体験として、福祉の勉強に訪れている。また、生花、お茶会、音楽療法などのボランティアが訪れている。	
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	利用者でない方でも、情報が入り次第、併設している居宅介護支援事業所として困っている家庭には訪問をして相談ののっています。老人会、その他から要請があれば講演やフォーラム等受けています。		
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	現在は長寿社会課、民生委員、区長、老人会長、包括支援センター、駐在所員に案内しています。今後、参加していただける方を増やし、認知症の方が住みやすい地域となるような方向で努力しています。	推進会議は併設事業所と合同で開催し、各地区の住民代表、市職員も参加して、意見交換をしている。ホームの個別課題以外にも地域全体での課題も提起され、対策について話し合い、地域密着型事業者として、拠点的作用も果たしている。	
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	運営推進会議は2ヶ月に1回定例化しています。利用者の家族に参加してもらい、市の担当者との連絡は密にしています。市主催のサービス事業者連絡協議会には複数の職員が参加します。	運営推進会議への市職員参加以外にも、長寿社会課には積極的に向き、事業所運営に関する報告、相談を頻繁に行っている。定期的な介護相談員の訪問もあり、市当局とは節度のある交流に努めている。	
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	管理者は県の学習会に参加しました。地域密着型サービスに移行してからは、学習の中で地域の中にこそ、身体拘束、部屋の施錠、経済的虐待、言葉による虐待等々がまかりとおっている現状が認識できるようになりました。	原則身体拘束禁止である。拘束排除方針を明記し、マニュアルに基づいた研修を実施している。日中は玄関を開放、自由に入出入り可能である。やむを得ず身体拘束を行う場合には、利用者、家族の同意を得て、同意書を作成している。	
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	「当GHでは身体拘束はなし」といって見逃すのではなく、身体拘束とは？虐待とは？とこのことを研修計画に取り入れ、スタッフ全員の意識改革・気づきにとりこんでいます。		

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
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	市より介護相談員に来てもらっています。また在宅老所の通いサービスをうけていた利用者さんの中には成年後見制度を利用し、安心してグループホームでの生活に移行された方がみえます。		
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	利用者さん(家族の方)が理解され、納得をされるまで話し合っています。その上で署名、印をいただいています。地域密着型サービスと契約文化はなじまないものがありますが説明し協力してもらっています。		
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	運営推進会議が2ヶ月に1回定例化できました。利用者の家族に参加してもらっています。また来家の折に話したり、時には電話もします。GH機関紙「花便り」も活用しています。	いつでも意見、希望を言ってもらえる様、家族の来訪時や電話等で働きかけている。家族の要望を受け、介護困難事例についても継続して利用できるよう、家族の要望を実現する等のホームとして最大の対応をしている。	
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	法人の総会ですべてオープンです。運営には決定してから報告することもあります。セクションごとのスタッフ会議、運営会議は定例化しています。出席の手当もつけています。	会議には職員全員の参加を義務づけて意見交換しているほか、気付いたことをいつでも言いやすい環境を整えている。新たに他施設での研修の機会をつくること等、職員の意見を活かし、働きやすい環境をつくるよう努めている。	
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	今のところ、職員の移動は少ないですが、雇用は多めにして、職員配置に余裕を持たせています。平成21年7月「労働組合」が結成されて、スタッフ自ら労働条件の改善の為に学習を継続しています。		
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	計画的に外部研修・内部研修に参加しています。新人に対しては新人教育をしています。月1回勉強会を行っています。勉強会の講師は会員で「認知症ケア専門師」の資格を取った職員が担当します。		
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	勉強会の一環として他のグループホームを訪問しました。県内、地域別グループホーム連絡協議会の会員になり、そこでの勉強会にも参加し、事例検討会にも参加しています(尾北地区)		

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	初日、1週間、1ヶ月、100日を目標に立て、なれてもらう努力をスタッフ全員でしてきました。耳をかたむける時間を多くとっているつもりです。結果、個人差はありますが1週間を目安により関係ができてきます。		
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	家族の方が心ゆくまで話して下さる時間とムード作りに努力しています。結果として信頼関係は深まっています。		
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	グループホームに入所されても昼間だけは宅老所(小規模多機能型居宅介護事業)に行ったり、その人に合ったサービスを心がけ、原則家族の介護力に期待し、グループホーム入居の時期を相談します。		
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	食器洗い、洗濯物、布たたみ等一緒にやりながら利用者さんが自らの存在感を示せる様にします。		
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	うれしかった事、出来た事などをまず報告する様心がけ一緒に喜んだり、悩んだりしています。ご家族の最も訪問しやすい時間帯に来て更衣、食事介助をしていただいた方がいます。		
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	誕生会に声をかけたり、お花見の参加をお願いしたり、決め細やかに報告する様心がけています。専門医受診の付き添いは家族にお願いしているのが現状です。美容院はなじみのところにでかけています。	職員の多くが近隣住民であることが、何よりも馴染みの関係の原点であるが、家族が毎日訪問したり、地域の人が収穫した野菜を持って訪問して来る関係にある。行きつけの美容院や馴染みの商店での買い物ができる外出支援をしている。	
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	言い争いになりそうな時はさりげなく中にはいり、両方に傷つけないよう心がけています。楽しい会話ができるように働きかけをしています。個性の強い方もいて、難しいです。		

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
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	グループホーム機関紙「花だより」を送っています。退所され、入院後亡くなられた方の、息子さんがご兄弟で相談し当施設に世話になってうれしかったからとNPOへ、高額な寄付をいただきました。		
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	おくゆかしい人には真意を推したり、意思疎通のむずかしい人は家族と話し合っています。	傾聴に時間をかけて、その人の希望や意向把握に努力している。何気ない日常会話の中からも、その人の思いを把握し、ノートや引継文書に記録、提供ケア改善に活かしている。困難な場合には、家族の意見も参考にし、本人像を理解している。	
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	話して下さる限り聞くことに努めます。(無理やり聞き出すことはしません)さりげない日常生活の会話の方が思いがけなく気持ちが伝わります。		
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	出来るかぎり、その人その人のリズムを大切にしています。開所して10年経ちました。要介護1だった方も要介護5になられ、「みとりとは？」が課題となりました。		
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	スタッフ会議で意見交換をして介護計画の参考にしています。定期的に介護計画をみなおし再作成をしています。キーパーソンのサインをいただいています。	利用者、家族の希望に基づき、朝、夕2回の引き継ぎの際に職員の気付きを記録、報告し、会議で意見交換して計画を作成している。計画の見直しは定期的実施し、利用者の状態に変化がある場合には、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	個別に1週間の変化が一目わかる記録用紙を活用し、見直しを行っています。「家族の意見」欄を設けて、なんでもいいので希望を書いていただくようにしています。		
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	利用者さんの変化は個々に記録。目にみえるようにホワイトボードも利用、1日2回の引継ぎに活用しています。早期退院の支援、その家族の気持ちを大切にしながら終末ケアについても相談します。		

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
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	運営推進会議の参加も依頼しています。盆踊り、弘法様など地域の行事はスタッフ、利用者さん揃って出かけ近所の人たちと顔見知りの機会を作っています。		
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	本人と家族の希望を聞き月2回の往診を受けています。又皮膚科、歯科等の専門医へも依頼しています。「みどり」、グループホームで死なせたいと希望された場合、主治医との連携はより大切となります。	協力医療機関には、2週間に一度往診を実施してもらっている。ただし、利用者、家族の希望により、受診する医療機関を選択することができるが、その場合は、家族に通院介助をお願いしている。	
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	訪問看護師と相談したり、助言を聞いたり支援を受けています。自らの施設に訪問看護ステーションがあり活用しています。日常的に看護師に入ってもらっています。		
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。	入院された利用者さんの見舞いを頻繁に行き状況を把握して一日でも早く退院できる様話し合い、相談にのっています。契約している診療所の医師もよき理解者でいていただいています。		
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	状態の変化がある時は家族と相談しながら支援をしています。訪問看護ステーションとの連携を密にしています。家族と主治医との話し合いの機会ももっています。	契約時に利用者、家族と相談し、重度化や終末期の方針について同意書を作成し、その方針を共有している。本人や家族の希望を尊重し、医師、看護師とも相談を重ね、納得して最期を迎えられるようにしている。看取りの実績もあり、将来も継続して支援していくこととしている。	
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	勉強会に応急処置の方法などをみんなが参加し学べるように数回計画し、実施しました。夜間の急変は3分～10分以内で来れる体制を取っています。		
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	マニュアルを作成し利用者も一緒に避難訓練をしています。日常的に男子職員は地元消防団員として、活躍しています。定期防火災訓練には地域の方も参加していただいています。	夜間想定避難訓練を3月に実施した。原則、年2回実施し、避難方法、経路、場所を確認している。訓練には、利用者、職員のほか地域住民も参加して実施した。災害用備蓄として、水、缶詰、御飯、菓子、排泄用品を確保している。	東海地震が話題になって久しいが、古民家改装からのリスクは極めて大きい。個別事業者の財政的力では限界があるので、法人として検討中の新ホーム建設のスピードアップ策について、行政当局も優先課題として建設促進に向けての協力を期待したい。

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	日頃の「なれ」を外部評価時指摘を受けました。それをふまえ勉強会を通じて話し合い、プライバシーを損ねないように心がけています。	一人ひとりを尊重し、「ニコニコ、ゆっくり…」の理念どおり優しく穏やかに接し、その人のその時の状態に合わせた声かけ、対応している。その人が他の人に知られたくない事柄は、その人の尊厳を守り、知られないよう工夫している。	
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	お出かけ、食べたいもの等希望を聞くように心がけています。要介護5状態になっても、グループホームで暮らしたいと家族が望まれるようになりました。「みとり」の介護の難しさを実感しています。		
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	健康状態とその人のペースに合わせて、食事入浴など本人の希望を聞くように努めています。「その人らしい暮らしの部分」でも自己表現が困難な終末期を迎えられる利用者の支援により工夫の大切さを感じます。		
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	美容院は行きたいと言われる時は一緒に行っています。無理な方にはきてもらっています。お化粧の習慣も大切にして、家族にたのみ、なじんだ化粧品をそろえてもらっています。		
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	エンドウのスジとり、つくしのはかまとりなど手伝ってもらいます。食器の素洗いを好まれる方にははしていただいています。スタッフは感謝の意を表すようにしています。	近隣住人から野菜の提供機会も多く、季節の野菜を中心とした献立で好みや栄養バランスに配慮したメニューである。利用者の重度化で、職員が調理するが、利用者と職員は一緒に食事をしている。下準備、配膳、後片付けは、利用者の残存能力に合わせ、その人のできることをしている。	
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	献立表を立てています。水分摂取に気を付けています。その日の状態が一目でわかる記録をし、引継ぎにも活用しています。飲み込みの悪い方にはお茶ゼリーは欠かせません。		
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	朝夕の口腔ケア(特に夜は丹念に)を行っています。義歯の保管、口臭のある方、歯科医から特別指示をいただいた方等個々にマニュアルを持っています。		

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
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	新しく入居された方は特にその方の排泄パターンを知ること努めます。紙パンツの使用はひかえ、布パンツで対応し、その人の尿意をみんなが知りトイレ誘導をしています。	一人ひとりの排泄チェック表をつくり、その人の排泄パターンを把握している。オムツかぶれの原因となる紙パンツの使用を避け、新規利用者は布パンツに切り換え、トイレには「便所」の表示をして、分り易く工夫している。排泄のサインを見逃さずにトイレ誘導をしている。	
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、繊維の多い食べ物に心がけています。体を動かす散歩などをしてもらいます。特に便意は落ち着きをなくしますので、便秘気味の方には緩下剤を処方していただいています。		
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	入りたい時間など本人の希望を大切にしています。(100%聞き入れる訳ではありません)入浴したくない方が結構多いです。しかし原則として毎日入浴していただきます。	朝から入浴準備をして、希望に合わせ入浴できるようにしている。夜間に入浴することもあり、毎日入浴して清潔を保つとともに、身体状況の変化に気付く機会としている。身体機能の低下した人には、リフト浴を使用している。	
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	眠い時は少し早くても休んでいただき、眠れない時はスタッフとお茶タイムをったり、時には添寝することもあります。要介護度の高くなられた方はベッドで横になれる時間を多くしています。		
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	新しい薬が処方されたときはスタッフ全員に申し送り、ホワイトボードに書くなど二重三重に通達をし、きちんと服用できているか服薬チェック表に書いています。薬の管理担当者をおいています。		
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	洗濯干し、たたむ事、食器洗いなど得意な事をお願いします。そして感謝の気持ちを伝えます。通い(デイサービスの経験者)の雰囲気も味わっていただいています。テレビ(なつかしい歌のビデオ)も活用しています。		
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	希望を聞いて時々外食、お花見など行きます。日曜日のドライブは皆さん楽しみにしてみえます。喫茶店に行ったり、お参りにもいきます。通いサービスの送迎車を活用される方もいます。	晴れた日には、散歩に出かけている他、希望に合わせた外出の機会もつくり、毎週日曜日には入鹿池の周辺にドライブに出かけたり、花見に出かけている。市街地での買い物を楽しむこともあり、その人の希望に合わせ墓参り等にも出かけている。	

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
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	美容院へ行った時は払ってもらっています。お参りの時も賽銭は自分でおさめてもらいます。お金をおなかに巻いて見える方もいます。気持ちを大切にそのまま持ってもらっています。		
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	家族の了承を得て、電話番号を回してあげて、本人と家族が自由におしゃべりを楽しんでいただける場合もあります。手紙の支援ができる方には支援しています。		
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	座りやすいソファ、季節感を感じる絵をはるなど心がけています。農家だった雰囲気は今の年齢の方には、自分のおうちと思われようです。障子、ふすま、玄関の雰囲気は昔のままにしています。	古民家改装のホーム共有空間は、落ち着いた懐かしい雰囲気の漂う空間である。座り心地の良いソファを置き、自宅と同様に寛ぐことができる環境を整えている。季節感のある作品等を掲げ、快適に過ごせるよう工夫している。	
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	ベランダに椅子を置いたり、くつろげる場所作りを心がけています。おのずと指定席ができてきますが、それはそれで大切にしています。		
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	入所時に使い慣れたものを持ってきてもらっています。(例えばドレッサー、たんす、仏壇なども)	居室は和室と洋室があり、利用者に合わせた配置である。自宅で使い慣れた家具があり、その人らしく過ごせるよう工夫されている。不眠を訴える利用者には、夜勤職員が添い寝が出来るしつらえもあり、安心して就寝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	手すり、トイレの前かがみの補助板などその時々利用者さんに合わせてつけています。矢印、表示をします。夜間はトイレの電灯をつけておきます。		

(別紙4(2))

事業所名 宅老所・グループホーム今井あんきの家

目標達成計画

作成日: 平成 22年 12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		レベルの低下の方がみえます。ターミナル時のケアについて	ナース、医師の連携の強化につとめたい。介護スタッフ全員が血圧などバイタルチェック出来る様にする。	ターミナルケアの勉強会をする。ナース、医師の電話番号をわかりやすく製作して貼る。	(勉強会等) 6ヶ月
2		散歩に出かけたい方は、いつもお出掛けするが、自分の気持ちを訴えない方は、行く機会がない。	利用者さん全員が、日光浴、外気浴が出来る様、散歩の時間を作る。	10時のおやつ後は、散歩の時間と決め、なるべく全員で行く。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月