

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	4271401426		
法人名	有限会社 気楽		
事業所名	グループホーム ポテトの丘		
所在地	長崎県雲仙市愛野町乙3501-3		
自己評価作成日	平成23年10月31日	評価結果市町村受理日	平成24年3月22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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 福祉サービス評価機構		
所在地	福岡市博多区博多駅南4-2-10 南近代ビル5F		
訪問調査日	平成24年1月25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)】

<p>ご家族の思いもふまえて、気持ちをくみ取りながら日々の生活を一緒にゆっくり過ごす。</p>

【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)】

<p>“ポテトの丘”という名前の通り、ホーム周辺はジャガイモ畑が広がっている。地域の方から野菜の差し入れを頂く事も多く、手作りの愛情いっぱいの手料理を毎日楽しませている。意思疎通が難しい方も増えているが、ご本人の楽しみや気分転換を増やしていくためにも、ホームの前に広がる海を眺める機会を作り、外出支援にも取り組まれてきた。今後も引き続き、軽運動(リハビリ)を介護計画に取り入れていく予定にしている。ホームの看護師を中心に医療連携も図られ、23年度は家族の協力も頂き、2名の方の看取りケアがホームで行われた。他のご利用者もご本人のそばに行かれ、お布団をかけてさしあげたり、温かい声かけをして下さった。医療機関と訪問看護師との連携のもと、職員全員で最期まで精神誠意のケアをさせて頂いた。“ポテトの丘”で過ごされた日々は、たくさんの写真として残されており、管理者が1枚1枚大切に編集し、葬儀の時にご本人の尊い生き様として投影させて頂いた。理念にある“①私のことを解ってくれる人と、一緒にゆっくり過ごしたい”という思いを大切に、これからも“寄り添い”の時間を増やしながら、3人の運営者の方々と職員で力を合わせ、理念の実践を続けていく予定である。</p>
--

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している (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

自己	外部		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
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	地域密着型サービスの意義をふまえて、今一度理念とは何か、理念がもつ意味を話し合い理解し、実践に繋げる必要がある。	理念にある“⑥人間として誇りを持ち、自分らしい最後を迎えたい”という思いを大切に、23年度も、家族や職員、ご利用者の見守りの中で、穏やかに最後を迎えられた方がおられる。看取りをさせて頂く中で、職員全員の成長も見られ、ご利用者の気持ちを受け入れながら、笑顔を引き出す支援を続けている。	新人職員もおられるので、理念の成り立ちを職員全員で再確認していくと共に、地域密着型サービスの意義を踏まえて、今一度、理念とは何か、理念の持つ意味を話し合い、更なる実践に繋げていく予定である。
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	重度化し地域の方との交流が少なくなっているが、機会を見つけ交流を深めていく必要がある。	ゴミステーションの花壇作り、清掃作業にも参加しており、地域の“支援マップ”作りも継続中である。地域の敬老会では、皆さんと“じゃんけんゲーム”を楽しまれ、ホームの敬老会には、三味線奏者等の方がボランティアで来て下さった。ジャガイモ等を地域の方から頂く事も多く、小中学生の職場体験も続けられている。	
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	認知症を理解して頂くよう努めているが、まだまだ未知の世界であり、地域との交流の中で深めていかなければならない。気軽に相談に、来ていただけるように声掛けをしている。		
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	毎回多くの方に参加して頂き、このまま良い関係を作りながら意見交換の場になれば良いと思う。	自治会長の奥様の参加により、地域の身近な話題も教えて頂けるようになった。家族の会の方が介護体験を話して下さい、地域包括の方が介護保険の制度の事や健康管理の大切さを伝えて下さっている。老後のことを自分たちの生活に置き換えて考える機会にもなっており、地域の方の介護相談も受けている。	
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	密に連絡は取っていないが、何かあった時は相談にのって頂いている。広域に提出する、書類をお願いしている。	運営推進会議に地域包括の方が参加下さるようになり、勉強会を行うこともできた。ご利用者の葬儀の時に、ホームで撮影した写真を投影するためのスクリーンを借して下さい等、意見交換の機会も増えている。申請や手続きのために支所を訪れており、入居の時には広域の方に報告をしている。	
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	折に触れ拘束については相談し合っているが、安全を第一に考えると、拘束をせざるおえない場合がある。今後も検討していく必要がある。	身体拘束に関する研修会にも参加しており、“身体拘束は原則全面廃止”という方針のもと、ご利用者個々の行動や心理を把握し、職員同士が連携しながら対応している。お気持ちが混乱されている時は職員が寄り添い、声かけをしており、その方の世界に入って、喜怒哀楽を共有できるようにしている。	
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注意を払い、防止に努めている	ニュース等で報道があった時は、情報交換をし虐待が無いように努め、又スタッフ間がより良い関係を築くように努めていく。入浴時、体のチェックをしている。		

自己	外部		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	制度については全員が理解していないので、勉強をする必要がある。家族会の時、パンフレットを渡し説明した。		
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	契約及び解約時は、説明をしたうえで理解・納得をして頂いている。来訪時等、気軽に尋ねられるように努めている。		
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	家族の意見や要望があった場合は、全職員に伝え協議し、できるよう実践に努めている。	家族の面会は多く、家族の来訪時にはゆっくり話せる時間を作っている。ご利用者と家族の意見を大切にしており、水面下にある思い(喜びや辛さ)を察しながら、真の思いを伝えて頂けるように努めている。写真を満載した“ポテトの丘だより”を楽しみに綴っている方もおられ、会話のきっかけの一つにもなっている。	
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	職員は自由に意見・提案を発言する機会を設け、より良い関係を作るように心がけている。	職員の意見を常に聞いて下さる運営者であり、職員同士の意見交換も活発である。ご利用者の心理を深く考えながら、ケアの仕方やおムツの使い分、パッドの当て方など、色々な意見が出されており、ご利用者全員の外出も試みられた。より良い生活になるためのアイデアは毎日職員から聞かれている。	
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	職員の要求を受け入れて、無理が無い条件で仕事に専念できる体制を作っている。介助に必要な物は、整えるようにしている。		
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	常に研修の情報を、開示している。個人にあった研修を薦め、向上を目指している。研修に行き向上してもらいたいが、環境面で難しい事もある。		
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	管理者は同業者と交流をしている。研修に参加する事で交流する機会をもうけ、サービスの向上に繋がるようにしている。		

自己	外部	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	
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	入居前に情報を頂き、入居後も本人の様子に注意しながら会話の中とか態度から見つけ出そうとしている。発言できない状態であれば、家族からの聞き取りを行っている。日々変化するので、いつも気を配っていく必要がある。		
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	家族の要望を取り入れるようにしているが、要望を言えない心境である事を十分に理解し、話しやすい雰囲気作りを心がけている。		
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	入所前に聞き取り情報を基に、ミーティングを開き本人が必要としている支援内容を話し合い対応に努めている。		
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	同じ時間を共に暮らすとゆう気持ちを持ちながら支援をしているつもりだが、身体が不自由な方やコミュニケーションがスムーズで無い方が多い為、介助しているとゆう意識があるように思われる面もある。		
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	個々に応じ病院受診の付き添いや来所時の談話・食事介助・外出等をして頂き、関係を絆いてもらうようにしている。会話の中で身内の方の話をしながら、家族との繋がりを意識できるよう支援に努めている。		
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	外出は難しい状況であるが、会話の中で地域の話し・昔の思い出話等聞き出したりしながら会話がスムーズにできるようにしている。重度化が進むなか、今後も取り組んでいく。	職員は、家族等が来訪しやすい雰囲気作りを心がけている。家族や知人が来られた時には、テーブルや椅子を運び、ゆっくりと過ごして頂いている。重度化に伴い、馴染みの方の把握が困難な方もおられるが、短い単語の中や行動から把握するように努めている。	
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	身体・能力的に自ら難しい状態の中、和やかな雰囲気になるよう配置も考えたりしている、しかし良かったり悪かったりだが、微笑ましい関わり合いが見られる事も多々ある。今後も1人1人に気を配っていく必要がある。		

自己	外部		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	終了しても関係が続く人もいますが、ほとんどの場合時間が経つと疎遠になってしまうのが実情である。相談などであれば、応じている。		
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	一人一人の思いや暮らし方の希望にそっているか解らないが、話し合いながら検討している。職員が日々違うとゆう事を感じられるように、努力していく必要がある。	意思疎通が難しい方が増えているが、声のトーンでトイレ(尿意など)の意向を確認したり、ご本人の行動からお気持ちを把握するように努めている。小さな表情の変化を読み取る事ができる職員も多く、職員同士の情報共有を続けている。	ご利用者の願いは“そばにいたい”と理解できているが、身体介護が増え、職員が業務に追われる時もある。より多く“寄り添いの介護”ができるように努めると共に、ご本人が何を伝えようとしているのかを更に把握していく予定である。
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	本人から聞き取る事は難しいが、家族や面会の方から情報を取り入れるように努めている。職員同士で話し合い情報を教えあうようにしたら、もっと深まっていくと思う。		
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	日々のケアや申し送り等を基に、常にスタッフ間で話し合い理解するよう努めている。重度化してきたことで、スタッフ中心の動きになりがちである。		
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	月に一度、緊急な場合はその都度ミーティングを設け、本人の立場に立った目線・家族の希望も取り入れ介護計画に盛り込んでいる。本当に本人の希望に添っているか疑問である。	ご利用者と家族の意向を基にミーティングで話し合い、介護計画が作成されている。“苺箱を作る”“孫の顔を見る”“美味しいものを食べる”などの楽しみも盛り込まれており、ご本人と家族の役割作りも大切にされている。	ご本人の楽しみや役割を増やしていくためにも、今後も引き続き、軽運動(リハビリ)に取り組んでいきたいと考えられており、介護計画にも盛り込んでいく予定である。
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	記録に目を通すようにし又申し送り等で伝え、情報を共有するようにしている。目の前の介護を連動して行なっていると、記入漏れがある場合もある。介護計画を頭の中に入れておく必要がある。		
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	次々と変わる状態に柔軟に対応し、その人にあった支援をしている。職員は日々色々考えながら実践しなければ進歩しないと思う。		

自己	外部		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	今の入居者の状況では、心はやりたくても身体は付いてこないと、どうする事も出来ない事もある。心身共に発揮する事は、とても難しくこれからの課題である。		
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	家族の希望により、かかりつけの病院に受診されたり、ホーム医である往診をうけている。	ホームに看護師が勤務しており、職員の安心となっている。週に1回は訪問看護を利用し、往診も受けられており、24時間体制で医療機関との連携が取れる体制ができている。行動障害等は専門医に相談し、適宜アドバイスを頂けており、受診結果は家族と共有できている。	
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	介護職は、気づきを看護師に伝え、又週に1度の訪問看護師とも連携が取れている。		
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。	出来るだけ方向性を早めに聞く機会を持ち、本人・家族が安心出来るように対応しているが、病院関係者との関係は難しい面が多い。		
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	状態変化に伴い家族の考えも変化して行くので、その時々で話し合いを持つようにしている。又主治医・訪問看護・往診医・職員と連携し取り組んでいる。	「最期はホームで・・・」という方も多く、医療機関での治療の必要がない場合は、ご利用者、家族の意思を最優先とし、23年度は家族の協力も頂き、2名の方の看取りケアが行われた。他のご利用者の方も、ご本人に布団をかけられたり、声かけもして下さった。ホームの看護師を中心に、医療機関と訪問看護との連携も図られており、職員全員で精神誠意の対応をさせて頂いた。	重度化や終末期の状況を受け入れる事ができない家族もおられるため、ホームと病院の終末期ケアのあり方を家族の方々に伝えていくと共に、今後も引き続き、医療機関、訪問看護、職員との連携を努めていきたいと考えられている。
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	年2回消防署より指導を受けているが、いざとなると出来るか不安であり、今後も実施していく必要がある。		
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	年2回の難訓練や協力体制は取っている。これからも、訓練をしていく必要がある。	職員による夜間想定自主避難訓練の他、ご利用者、職員、愛野分署の方々と、昼夜を想定しての避難訓練が行われ、消火器の使い方、応急手当、AEDの使い方の研修も受けている。ホームには、1週間分の食料と水が準備されており、消防団、地域の方々に災害時の協力依頼も行っている。	

自己	外部	外部評価		
		自己評価 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	
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	表情を見ながら言葉賭けをする事は大切なことで、言葉遣いには気をつけようと思っているが、方言を交えてしまう事が多く慣れ々しくなると時もある、又忙しいときは跳ね除けるような言葉使いが見られる。	ご本人のペースを尊重し、“自分の家族だったら”という思いで日々の声かけや排泄時の支援が行われている。職員は、自分が言われて嫌な言葉は言わないように努め、忙しい時も意識してゆっくり声かけするようにしている。個人情報管理も徹底されている。
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	重度化になって来た事でスタッフが決めているが「何がしたい」と声賭けしたり、気になっている事を聴いてやったり一緒に行動している。決定できないとしても、言葉賭けに心がける。	
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	日々同じようなリズムで生活しており、希望に添うように心がけているが、職員側の都合を優先してしまう事もある。	
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	その人らしい好きな色の衣類を着てもらったり、髭を剃ったり、髪をといたり、スカーフをしたりと心がけている。毎日の身だしなみは、気がけていく必要がある。	
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	重度化もあり一緒に準備・片付けは出来ない状態であるが、食事は同じテーブルで摂り進み具合を見ながら支援している。	近所の方からの差し入れも多く、調理担当の方や職員が手の込んだ料理を愛情いっぱい作られている。旬の食材や果物も取り入れ、おやつも手作りされている。食器を軽くしたり、小さいおにぎりを作り、少しでも自分で食べられるように配慮されており、ご利用者の状況により、テーブルの配置や席も工夫されている。
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	個々の食べやすい形状に合わせ、なるべく多く栄養摂取が出来るよう工夫したり、好みの物で補ったり、水分量も食事以外でも摂れるようにしており、食事が出来るだけ長く摂れるように日々考えて行かなければならない。	
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	個々の状態に応じ磨き・アイスマッサージ・ガーゼで拭いたりして対応している。拒否されたり出来ない方には、時間体に関係なく機嫌を見たりして対応していく必要がある。大切な事でこれからも毎食前後、行っていく。	

自己	外部		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	その人の状態にあったオムツ等を使用しトイレでの排泄が出来る人は、時間を見計らい自尿の喜びを感じてもらっている。出来るだけトイレでの排泄がおこなえるよう、常にスタッフ間で話し合いをもうけていく。	排泄前に気持ち良い気分になれるように努めており、歌を唄ったり、数字を読みながら自然とトイレに足が向くような取り組みもされている。入居時はオムツを使用していた方が、事前誘導により失敗も減り、布パンツや3Dパンツに変更できた方もおられる。羞恥心への配慮も行われ、トイレの外で様子を伺う事もある。	
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	毎日、排便のチェックはしている。便秘に良い飲食物を取り入れたりする時もあるが、薬で調整せざるおえないでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は職員側できめているが、できる限り本人が入りたいとゆう状況で入浴してもらうよう心がけている。	毎日入浴できる体制であり、好みの湯温に調節し、ゆっくり湯船につかれるようにしている。お風呂好きな方が多く、入浴時は歌を唄われる方、職員との会話を楽しまれる方、湯船でうたた寝される方もおられる。つかまり棒や滑り止めマットを活用して安全に入浴して頂いており、心身状況に応じて2人介助も行われている。	
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	個人の身体状況を観ながら、言葉で表せない方は表情を見たり会話をしたりして、夜間以外でも午前・午後ベットに休んで頂く方もいる。		
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	職員が服薬表を、一覧できるようにしている。服薬は、意識を持って確実おこなうようにし、又十分に理解しているとは言いきれないので、勉強して行く必要がある。		
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	興味のある事を見つけ出し、一緒に楽しみを共有しようとするが、理解してもらえない事が多い。その人が好きな事を知り、楽しみ事を活かせるように支援していく必要がある。		
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に支援している	時に目的があつて外出願望がある時は軽く散歩をしている。希望に添えるのが一番だが、外出した事で混乱が酷くなる事も多いので状態によると思う。	心身状況の変化もあり、散歩等の外出も減っている状況にあるが、少しでも外気に触れて頂けるよう、ホームの庭に出て海や空を眺めたり、食事をする時間が作られている。体調に応じてドライブに出かけたり、家族と一緒に病院受診に出かけられており、レストランでのバイキングも楽しまれた。24年度も、お誕生日の時等に外食の企画をしていく予定にしている。	

自己	外部	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	お金を使える状況では無く、お金を持ちたいとの要望は無く、又それを所持・使える身体的・能力的な状態の方は、今の現状ではない。		
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	家族の状況に応じて電話をしても可能であれば、職員がかける事もある。手紙を書くことは難しい方ばかりなので、近況を知らせるホーム便りを毎月送っている。		
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	トイレの入り口はカーテンとドアになっおり、男子便所にもカーテンを取り付け、便利さとプライバシーを守るようにした。便器から立ち上がりやすいように位置を変えた。浴室が玄関前にある為、プライバシーの配慮が必要である。	リビングの壁には、職員や家族による手作りの作品が掲示されており、暖かい雰囲気が作られている。ご利用者の状態に応じて、リビング全体を活用されており、テーブルやソファの配置も随時変更されている。リビングは床暖房になっており、冬でも快適に過ごして頂いている。温湿度の管理も行い、適宜換気も行われている。	
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	リビングにはソファがあり横になったり出来るスペースが確保されているが、決まった方が休む事が多いので、その共有が難しい面もある。		
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	最近入居される方は、馴染みの物を持って来られない。なるべく生活観を出すように配慮しているが、混乱を招く方もおられる為、その時その方で対応している。	入居時には家族にもお願いし、ペット、ラジカセ、ぬいぐるみ等、馴染みの物を持ち込んで頂いている。お孫さんが書かれた絵や奥さまと一緒に写った写真を飾るなど、安心できる居室作りに努めている。ボランティアの方が作られた木の家具なども置かれ、部屋で排泄をされる方には窓にスタレを使用している。	
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	出来るだけ一人ひとりに合うように環境作りをしているつもりであるが、日々変化するので話し合い合わせていく。		

事業所名: グループホーム ポテトの丘

作成日: 平成 24 年 3 月 16 日

目標達成計画

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】 注)「項目番号」の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。					
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	26	本人の常態や家族の意向を基にミーティングで話し合い計画に盛り込んでいるが、リハビリ等を取り入れる事で少しでもより良く暮らすことができる。	ご本人がより良く暮らす為に、役割や楽しみ事をしながら生活をおくる。	一人ひとりに応じたリハビリに取り組む	24 ヶ月
2	23	本人本位で検討し介護にあたっているが重度化に伴い身体介護が増え業務に追われる時もある。	寄り添うことで少しでも不安を無くし、安心して暮らすことができる。	より多く寄り添うことで、本人が何を伝えようとしているか把握していく。	24 ヶ月
3	1	地域密着型サービスの意義をふまえた、事業所の理念をつくりなおす。	地域密着型サービスの意義をふまえた、事業所の理念を共有して実践につなげていく。	理念の成り立ちを再確認し、今一度理念の持つ意味を話し合い、地域密着型サービスの意義を踏まえたうえで、理念の修正をおこない実践に繋げる。	24 ヶ月
4	33	重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から説明をしても、なかなか受け入れて頂けないので、状態変化に伴いその時々で話し合いを持つようにしている。	利用者・家族の意向を最優先としホームの看護師を中心に、医療機関と訪問看護との連携を図りながら今後も取り組んでいく。	状態変化を観ながら折々にホームと病院の終末期のあり方を家族に伝えて行くと共に、今後も引き続き医療機関・訪問看護・職員との連携に努めていく。	24 ヶ月
5					ヶ月