

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	4370500540		
法人名	特定非営利法人NPOみなまた		
事業所名	グループホームふれあいの家		
所在地	熊本県水俣市月浦213-1		
自己評価作成日	H24年1月31日	評価結果市町村報告日	平成24年3月26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	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成24年2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)】

田園地帯にあり、静かで景色が広々と見渡せます。敷地内に広い畑も所有。重度になっても対応できるように、屋内はすべてバリアフリーにしています。地域との結びつきは、年々深まっており、地域住民の方に助けられながら、お返しできる関係を目指しています。またご家族と共に支えあえる関係を大切にしています。ご本人の声なき声を聴き取り、生き生きと暮らして頂けるよう、職員は黒子になって支えていく努力をしています。

【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)】

眺望の良い高台に立つホームは周囲に畑が広がり静かな環境にある。職員の多くが地元ということもあり、地域との緊急時連絡網も作成されており協力体制が整備されている。運営推進会議もホームでの開催の他、地区の公民館と交互に開催され地域の住民の情報や相談も受けており、地域の中心的存在となっている。入居者のレベル低下が進み、できる事が少しずつ減ってきているが、気づきシートの活用と職員間での話し合い、またモニタリングの実施と課題・目標を掲げ、きめ細やかな個別ケアの実施に努めている。今後はより高いケアの統一・継続のための研修の充実にも期待したい。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	人権を尊重し、安心して生活を支援し、これまでの暮らしを心に留めその人らしく暮らすための支援をするという事は、職員間で共有できている。	職員で話し合った理念は玄関に掲示し、常に理念を意識しながらケアの実施に努めている。新任の入職時には理念の思いを説明し、振り返りも行っている。	
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	組入り、運営推進会議、地域行事への参加等でお世話になっている。野菜をもらったり、おすそわけをしたりする関係が出来ている。非常時の連絡網も協力体制が出来ている。利用者1名と半数の職員が地域住民と	多くの職員が地元であることで協力依頼もしやすく、地域との関係は良好である。地域の組に加入し清掃作業等に参加したり、野菜を頂いたり、おすそわけしたりする関係ができています。	
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	地域行事に参加したり、老人会の方々を招いたりして、気軽に認知症の方々と触れ合うことを通じて、認知症の理解を深めている。相談にも乗れるよう働きかけている。地域向けの回覧も不定期だが発行している。		
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	2ヶ月に1回開催。会議での意見を入居者の暮らしや防災等に活かしている。利用者の屋外散歩への理解を求め、情報提供や協力体制を得るための地区連絡網を作っている。地域への回覧板も会議中の提案で実	自治会長・民生委員・行政協力委員・地域の方などをメンバーに二ヶ月ごとに開催している。ホームの状況や活動報告後に、質疑応答や意見交換を行っている。委員の意見は話し合い改善するようにしている。	
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取り組んでいる	年4回開催される地域密着型サービス部会や運営推進会議等を通じて、意見交換、情報交換をしている。グループホームのデイの検討で相談をしている。	市の担当者とは地域密着型サービス部会に出席した際や日頃からも相談したり、情報交換を行っている。運営推進会議でも地域の情報把握や相談をするなど関係構築ができています。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	職場のミーティングでしばしば利用者個別に討議、検証しており、学習会も開いている。又毎月開催している法人内の施設長会議に「身体拘束廃止委員会」を設置している。各事業所の実態を報告し、改善に向けての	法人内研修会やホーム内での勉強会で身体拘束による弊害を正しく理解しており、車椅子利用の方も多いがその都度意思を確認するようにしている。法人内に「身体拘束廃止委員会」を設置しており、毎月の施設長会議において各事業所の現状を報告し、改善に向けた取り組みについて話し合っている。	
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	「何が虐待なのか」と言う事を学習会を通じて全職員で取り組んでいる。特に一人夜勤で極めて弱い立場の利用者の人権が守られているのか、検証し合い、各職員の意識向上に努めている。		

グループホーム ふれあいの家

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	成年後見人制度を活用されている利用者が出て、制度が見えてきたが、全職員での学習会はまだ開催できていない。研修会の参加を含め、今後の課題と考える。		
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	利用者や家族との信頼関係を第1に置いており、入居時以外も折にふれて説明し、不安や疑問に答えるように努めている。より解りやすいパンフレット作成を検討している。重度化時や終末期も家族と話し合いを重ねている。		
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	家族会や面会時等、機会あるごとに意見、要望を聴き、それに応えるように努めている。	毎月請求書と一緒に担当職員のコメントを記入したお便りを送付している。その中には分かりやすく3ヶ月毎の介護計画やその月の課題・目標も記載され家族に報告している。面会時等に意見や要望を聞きやすい雰囲気づくりに努めている。	
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	3ヶ月ごとの契約更新時に施設長が個別面談をしている。日常的にもミーティングや気付きシートの記入等で意見を聴いて、改善に向けている。又法人内の職員集を年1回設け、意見や提案を出している。	日頃よりミーティングや独自の気づきシートで把握するようにしている。また3ヶ月ごとのパート職員の契約更新時に施設長が個別に面談をし意見や要望を聴いている。ホーム内で解決できない事は法人の施設長会議で要望を出し、改善に向けて努めている。	
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	施設長会議や、2ヶ月に1回開催される理事会で施設長が職場の状況改善を訴えている。まだ十分とは言えないが少しずつ改善されてきた部分もある。		
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	法人内では施設長会議で毎年研修の年間計画を立て、新任研修、現任研修を開催している。各事業所間の相互研修も、体制が取れる時実践している。外部研修も積極的に参加している。		
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	グループホームの地区ブロック会や地域密着型部会等を通じて職員間の交流や学習会、相互研修を行い、質の向上に励んでいる。法人内でも同様の取り組みをしている。		

グループホーム ふれあいの家

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	入居に抵抗のある方は、本人の意思を尊重して、なじみの関係が作れるまで毎日自宅から送迎するなど、個々の状況に合わせた対応を取っている。		
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	家族やケアマネその他これまでかかった人たちから極力情報を集め、全職員に把握させ、要望に沿えるよう話し合いを重ねて信頼関係を築く努力をしている。		
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	入居申込み時に相談に乗る。グループホームの性質をよく説明し、必要と思われた時は他のサービス利用を紹介する事もある。		
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	「こうあらねばならない」という先入観を捨て、利用者個々人の「その人らしい暮らしとは？」を考える習慣を身に付けるよう職員に働きかけている。気づきシートの活用を今後もっと生かしたい。		
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	家族との情報交換を密に行うよう心掛け本人を共に支える関係を築く努力をしている。毎月「おたより」を送り、近況報告や写真で身近に感じてもらえるよう努めている。遠方の家族には、必要時はこまめに電話で話し合っている。		
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	入居時や普段の関わりの中で利用者や家族の意向、希望等を確認し、要望があれば以前通っていた集まりの場等への参加や懐かしい人の訪問等積極的に支援している。	入居前の情報や本人の意向を把握し、継続した馴染みの関係を支援している。毎週自宅へ帰られる方もおられる。また知り合いの方には、ホームへの来所を機会ある毎に伝えられている。	
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	気の合いそうな人同士を同席にして、家事参加やレクリエーション等を共に楽しんでもらっている。他人の介入を拒む方は一人で過ごせるスペースを用意し、安心して暮らせるよう配慮している。		

グループホーム ふれあいの家

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	退去後もお見舞いに行ったりして、付き合いを大切にしている人もいる。ただこまで入れるか、相談があれば応じる用意はあるが、難しい面もある。		
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	日々のケアの中で意向や希望等を確認し、重度の方はよく観察し、それを申し送りや毎月のミーティング、モニタリングで討議し新しい方針に繋げている。	家族からの情報や日常の会話や生活の中から希望等を把握するようにしている。意思表示が困難な方は表情や仕草などから、本人本位の支援が出来るよう努めている。	
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	本人、家族、知人からこれまでの暮らしを折りに触れ聴き、常に把握するよう努めている。利用者毎に気づきシートを利用して情報をファイルするよう検討している。		
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	日々の観察、情報交換と共に毎月のモニタリングを通して、本人の心身状態の細密な把握とニーズの再発見に努めている。申し送り時や職員間の日常の会話、ひらめきをもっと気づきシートに記入して残すようにしている。		
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	毎月各担当者がその人の暮らし方をまとめ、全職員で話し合いモニタリングを行っている。それをケアマネが要約し、月別ケアプランの変更をしている。それに基づきケアプランを作成している。	毎月担当職員によるモニタリングと全職員とのカンファレンスを行い、計画作成担当者が把握しプランを作成している。状態に応じてプランを変更し、家族にも説明している。	記録の整備など職員間のケアの統一のための研修なども期待します。
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	月別ケアプランを日々のケアにすぐ反映されるよう個別記録と共にファイルしているので、本人の何を把握すればいいか一目で解るようにしている。又1日の流れ表、inout表、排便チェック表、気づきシート等も活用している。		
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	ほとんどの職員が臨機応変に個別のニーズに対応している。外出や畑作業等、利用者の気分や天気に合わせて柔軟な支援をしている。家族やボランティアにも協力を頼むことがある。		

グループホーム ふれあいの家

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	地域の介護予防事業(まちかど健康塾)や地域リビングへの参加、運営推進会議、老人会との交流等、地域資源の活用で利用者の生活の幅が広がっている。		
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	家族が定期受診に付き添っている人が1名。その他は本人のなじみのかかりつけ医に定期往診を依頼している。状態を細かく報告して関係を築いている。他の医療機関を利用する時は、家族の付き添いが原則だが、困難な場合は事業所で支援している。	家族や入居者の希望するかかりつけ医とし、家族の状況に応じて受診の同行を支援している。協力医を利用される方は定期的な往診を依頼している。受診後は家族へ状況報告を行っている。	
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	訪問看護と連携し、週1回心身の状態を経過観察してもらっている。気づいた事を相談して適切なアドバイスをもらっている。		
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。	入院時には介護サマリーを提供している。主治医の病状説明には家族と同席して、情報交換し、退院後の対応の仕方を共に把握できるように努めている。		
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	重度化・終末期ケアの対応指針はあるが、看取りの経験はない。本人・家族の意向と協力体制、職員体制、医療機関との綿密な連携等が整えば可能と思うが、現実には厳しい。重度化された方の家族とは何度も話し合いをして共に納得のいく方針を出している。	重度化や終末期に向けた指針は入居時に説明を行っている。重度化になった時に医師の意見を聞き、家族・職員と話し合いを重ね、ホームでできる最大の支援を行うようにしている。	
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	消防署の協力を得て救急救命法の講習を定期的に行っている。急変時の学習会を職員間で定期的に行っている。夜勤帯の急変時には応援がすぐ駆けつける体制を取っている。		
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	年2回の避難訓練の実施。内1回は夜間想定で訓練している。緊急連絡網を職員用と地域用に作成しており、地域住民や消防団との連携が取れている。訓練時にも参加協力してもらおうことがある。	年2回昼夜想定避難訓練を入居者や運営推進委員・消防団の方も参加して実施している。その後気づいた事についてアドバイスをもらい反省会を行っている。地域の方も含めた緊急連絡網も作成している。	

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
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	排泄や入浴時は声掛けに配慮し、異性の介助を嫌がる人は同性が介助している。広報誌への写真掲載等は家族の同意を得ている。ファイル管理は基本的に事務室管理、日々の書類は職員以外が手に触れない所	一人ひとりの人格を尊重した言葉かけやプライバシーに配慮した対応を心がけている。家族の同意を得て広報誌への写真は掲載するようにしている。また書類関係の管理は事務所内で行っている。	
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	まず聴くことにしている。聴いても表出されないことが多く、会話の中でさりげなく表現されることもあり常にアンテナを張ってキャッチするよう努力している。		
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	出来るだけ希望に添いたい、その人らしく暮らして欲しいという気持ちは共有できていると思う。日々の記録、気付きシート、申し送り、モニタリング等を通して、職員全体で常に気付きを出し合い深める作業をしている。		
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	要望に沿って髪染めやヘアカット等支援している。朝の整容やこざっぱりした好みの衣類で日々を過ごせるようにしている。外出時は出来るだけおしゃれな服装を心掛けている。		
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	献立は各利用者の好みをほぼ把握しており、それに沿って立てている。食器も各自の好みを取り入れている。下ごしらえは時々して貰える人がいるが、食事作りは料理デイ等で利用者にもっと関わられる機会を増やしたい。	入居者の希望を取り入れながら、その日の担当者が冷蔵庫などにある食材を見て献立を決めている。入居者の能力に応じて下ごしらえなど出来ることを一緒に行っている。また状態に応じてミキサー食や刻みにして提供している。	
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	食事量、水分摂取量は毎回チェックし様々な工夫や声掛けで必要量が取れるように支援している。水分の不足する人は持病や栄養バランスを考慮しながら、好みの飲み物や寒天ジュース等で補っている。		
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	それぞれの力に応じて見守り、声掛け、全介助の支援で口腔ケアを行っている。状態が悪い時は歯科受診している。特に全介助の人は毎食後口腔状態を把握しながらケアしている。		

グループホーム ふれあいの家

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	排泄チェック表を利用し、個々の排泄パターンを把握しながら失敗を減らすように誘導している。出来るだけトイレやポータブルトイレを利用してもらっている。また、食事の工夫や水分摂取量、下剤の微調整で便秘や下痢を予防している。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間で声かけ誘導をし、トイレでの排泄の支援に努めている。自立の方もおられ、また布パンツ、リハビリパンツ、おむつと使い分けを行い家族の負担軽減に努めている。自然排泄ができるようにこまめに水分摂取量のチェックや食事に寒天などを取り入れる工夫をしている。	
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	運動、離床、食物繊維・水分摂取を基本に便秘対策を行い出来るだけ自然排泄があるように心掛けている。整腸剤、便秘薬等も主治医と相談し、個々に合った与薬法、量を検討し、日々調整しながら便秘、下痢を予防している。		
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	週2、3回を基本としている。希望時間は午前や夕方等ある程度要望に沿っている。2人介助の人が多く、シャワー浴と足浴が主な人もいる。入浴嫌いな人は体を動かしてもらいタイミングに合わせて誘導している。浴室、脱衣室は快適な温度に調整している。	時間帯や同性介助など入居者の希望に応じた入浴介助を行っている。週2～3回を基本とし、入浴拒否の方にはタイミングや言葉かけに配慮し、清潔保持に努めている。2人介助の方も多く、シャワー浴や足浴になる時は室温に気をつけている。	
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	ほぼ本人のペースで休んでもらっている。食事以外は休息が必要な人もいる。夕食後くつろげる人には、眠くなるまでリビングや自室で過ごしてもらっている。		
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	誤薬防止のため見分けのつきやすい薬袋を作成し、与薬している。薬の内容は個別の受診ファイルにとじ、薬の変更は見やすい所に表示している。さらに徹底するために与薬時の2人確認、薬の目的や副作用の学習会を増やしている。		
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	出来る方には畑の野菜作り、掃除、洗濯物たたみ、洗濯物干し、茶碗拭き、お茶の用意等その方の特技を生かした暮らしの在り様を大切に支援している。ドライブや散歩、職員の子どものふれあいも楽しまれている。「水俣病の語り部」としてしっかり社会貢献をされている方もいる。		
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に支援している	介護予防事業(まちかど健康塾)、地域リビング、買い物、ドライブ、散歩等の支援を、体制が許せばしている。家族の協力で毎週自宅に帰られる方もいる。	家族の協力を得ながら毎週自宅へ外出したり、遠方の家族宅へ一週間づつ外泊されることもある。また毎週介護予防事業(まちかど健康塾)や地域リビングに出かけるのを楽しみしておられる入居者もいる。買い物や散歩など希望により個別対応を行っている。	

グループホーム ふれあいの家

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	買い物を楽しめる方には財布から買い物をしてもらっている。財布を所持している人は複数いるが、お金を数えることで不安や混乱が出てくる人もいますので、本人の力に応じて支援している。		
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	本人の希望があれば電話をかけ、家族からの電話は取り次いでいる。手紙やはがきは届いたら何度も読んであげたりする。		
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	明るい南向きのリビングで、窓から季節の花や畑が眺められる。こたつやソファでくつろげるよう配慮している。ミキサーの音や大声を上げる方に反応する方がいて、出来るだけゆったりと過ごせるように気にかけている。	日当たりのよいリビング、畳コーナーがありソファでは入居者の状態に応じてゆっくり過ごせるよう衝立を利用している。敷地内には畑もあり成長する野菜等を眺めることも楽しみにしている。	
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	他の方の介入を嫌がる人には、衝立等を利用して一人になれるスペースを提供している。こたつやソファもそれぞれ定席を用意している。一緒に会話を楽しめる人同士はテーブルを相席にしている。		
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	自宅から使い慣れた家具を持ってきてもらうようにしている。家族の写真等を飾って、淋しくないよう配慮している。整理が困難でも本人が自由に押入れやタンスを扱えるようにしている。	馴染みの家具やこたつなど必要な物を持ち込んでもらい、居室で趣味の編み物を楽しませられている入居者もおられる。家族の写真や誕生日祝いの色紙など飾られている。	
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	車椅子の人が多いので屋内すべてバリアフリーにしている。手すりも随所に設置。トイレ・浴室も車椅子に十分な広さを確保。出口2ヶ所にスロープを設けている。		

目標達成計画

作成日：平成24年3月23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	1	現在、日々のちょっとした気づきを記録として残しケアの向上に活用できるよう事業所独自の「気づきシート」を作っているが、思ったほど活用できていない。	全職員が、気づきを記録する習慣をつけることによって、その人のどこに今ポイントを絞ってケアすべきか、その人の抱えている問題は何かを把握する。	毎日、各職員が一言でも記録するようにする。	3
2	4	研修は全職員が機会あるたび受けているが、各職員の関心や興味によって理解の差が大きい。受け身でなく能動的に研修で学んだことを実践してほしい。	自分のケアを振り返り、より深く学び、研修を自分のものにする。また、それを実践することで入居者も職員もより生き生きとなる。	各職員が学びたい研修をそれぞれ挙げてもらい、それに沿って希望する研修を受ける体制を整える。	3
3	54	記録の書き方が身についてなく、あとから検証する時肝心なことの記入漏れが時々ある。	何のために記録するのかを理解し、どのように書けばそれが伝わるか、を学ぶ。	気づきシートを書く習慣でポイントを見つける。5W1Hの基本を徹底する。	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、行を挿入して下さい。