

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	特定非営利活動法人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	熊本県月浦213-1		
自己評価作成日	H25年1月17日	評価結果市町村報告日	平成25年3月29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	熊本市中央区上通町3-15 ステラ上通りビル4F
訪問調査日	平成25年2月4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)】

ホームは高台にあり、周囲は住宅やミカン畑が望める静かな環境で、ホーム前には菜園があり、入居者と共に手入れしたり収穫などの活動を行っている。移転以来、地域との連携構築に力を入れ、積極的にホームや認知症の啓発に力を入れており、緊急時や様々な情報やアイデアをいただくことも多く、成果を出している。入居者に寄り添い、その人らしい生活を送ることを目指し、統一したケアのために様々な工夫に取り組み、情報収集や計画の作成を実施している。職員のレベルの均質化をめざし、チームケアに向けての取り組みが期待される。

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、安心した生活を支援し、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は、職員間で共有できている。	理念は職員で考案したものであり、「人権・安全・共生」を掲げ、玄関に掲示し、職員や訪問者に啓発している。ミーティングの際に管理者は職員に理念に関して問いかけ、理念に沿ったケアができているが問いかけている。家族への便りやホーム便りにも掲載している。	
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	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。災害時の連絡網も協力体制が出来ている。行方不明時の協力体制の準備も整えつつある。利用者1名と半数の職員が地域住民なので、つながりは親密である。	地域住民との関わりは継続して積極的にとっており、地域行事や、運営推進会議への参加や、災害時や入居者の離設の際等の協力体制もできている。	
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	地域行事に参加したり、年1回祭りを開き、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か月に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。地域への回覧版も会議中の提案で実現した。	2ヶ月に1回開催し、主にホームの状況の報告をしている。ホームで入居者が食されている食事と同じものを推進会議で提供したり、ホームへの理解を深めてもらうようにしている。推進会で得られた情報はホーム運営に活かされている。	会議の開催は定期的には実施されていますが、職員、家族など関係者間での討議内容の共有のために、議事録の整備が望まれます。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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。	市が開催する地域密着型サービス部会へ参加したり、運営推進会議への参加など、情報交換や相談を日頃より行い、協力関係を築いている。	
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	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、改善に向けての意見交換をしている。	ホーム内外の研修参加や法人の身体拘束委員会でも毎月報告している。職員は身体拘束の弊害は理解しており、ミーティングの際に職員と振り返りをし、拘束のないケアに努めている。	
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	法人内研修で、権利擁護の学習会を実施。成年後見制度は深く学習していない。		
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。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。	運営推進会議の参加時や面会時などに要望や意見を聞いている。毎月、入居者の介護計画やモニタリング内容とホームでの生活の様子や健康状態を記した便りを送付している。通院後や何かあった時には電話で連絡している。	
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	3か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申し送り等で意見を聴いて、改善に向けている。又法人内の職員集会を年1回設け、意見や提案を出している。	職員へは定期的に施設長と個別に話す機会があり、希望や意見を聞いている。普段からも申し送り時や業務中にも意見等をあげられる雰囲気づくりをしている。出された意見は、ホーム内で検討したり、法人まで上げて検討したりと改善へ向けて取り組んでいる。	
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	2カ月に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。また月1回の法人内施設長会議でも現状を報告し合い検討を重ねている。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	法人内の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	帰宅願望の強い方は家族に集まってもらい、本人の意向を伝え何度も話し合いを重ねるなど、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わった人たちから極力情報を集め、全職員に把握させている。初期は特に本人の様子を詳しくこまめに伝え、家族の意向を確認し、不安の軽減に努めている。		
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	入居申し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、利用者個人の人らしい暮らしとは？を考える習慣を身につけるよう職員に働きかけている。それぞれの方の得意なことを探し、力を発揮してもらっている。		
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	家族との情報交換を密に行うよう心掛けている。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。	以前より少し馴染みの関係の人や場所への訪問は難しくなってきたものの、地区の老人会へのイベント参加や、行きつけの美容院へ行ったり、できるだけ継続した関係が続くように支援し、家族にも呼び掛けている。	
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、亡くなったら葬式や初盆に行ったりと、付き合いを大切にしている。		
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	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。	普段の会話の中から把握したり、以前関係していたケアマネや家族から情報を得ている。困難な方は、筆談や反応、しぐさから把握し、ミーティングやモニタリングの際に検討し、共有している。	それぞれの入居者の思いなどを把握する能力に関して職員間に差があるようです。様々な研修を通じて個人のスキルアップに努められるよう期待します。
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いて記録、ケアマネからの情報もファイルし、職員全員が把握できるように努めている。		
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「気づき」として、管理日誌を活用、タイムリーに職員全員が把握できるようにしている。		
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。	担当制としており、毎月のモニタリングやミーティングの際に入居者の情報を提供し、計画作成担当者が中心となり作成している。「気づきノート」を作成し、入居者の変化や、言動、ヒヤリハットなど詳細に記録し、職員間で共有している。	チームケアのためには、職員のレベルの均質化が必要と思われます。積極的な取り組みが期待されます。
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、管理日誌等も活用している。		
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	家族の付き添いが1名。職員の付き添いが2名。その他はなじみのかかりつけ医に定期往診を依頼。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。	以前のかかりつけ医の医療を受診できるようにしている。定期的な往診もある。家族の通院介助が原則であるが、通院時の入居者の状況、状態の把握ができてホーム側の通院介助が有効であるため、職員による通院介助が増えている。受診後の情報の共有はできている。	
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	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。重度化された方の家族とは、主治医と共に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。	終末期や重度化に関するケアの指針は作成しており、入居時に説明している。重度化の場合は家族とかかりつけ医と話し合いを重ね家族の希望や入居者にとって最良の選択をするように支援している。	
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直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。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。訓練時も参加協力してもらう事がある。	年2回入居者参加で、昼・夜想定での避難訓練を実施している。消防団・地域住民の参加もあり、緊急時の連携も構築されている。定期的に救急法の研修にも参加している。地域・職員の緊急連絡網も整備されている。	

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
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。広報紙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で、日々の書類は職員以外が手に触れない所に管理している。	排泄時にトイレのドアを閉める。排泄時や入浴時の声かけ誘導の際に配慮している。入居者の人格を尊重した言葉使いや対応を心がけている。個人情報保護に関しても配慮している。	
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	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、、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。移動販売の八百屋や魚屋で食材選びを共にしたり、後片付けをしてもらっている。	入居者の好みや希望を取り入れた献立をたてており、食べられない献立がある入居者には代替食で別のメニューにするなど配慮している。食事時には入居者同士の関係を考慮した席の配置をしている。移動販売を利用し、共に選び、買い物を楽しんでいる。	
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。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。便意尿意のサインを見逃さず誘導し、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。	各入居者の排泄パターンやしぐさに応じて声かけ誘導を行い、昼間はトイレでの排泄を基本とし、入居者のできない部分を支援している。夜はポータブルを利用したり、センサーをトイレにも設置し、プライバシーにも配慮しながら、自立に向けて支援している。	
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	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がけている。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回が基本だが毎日の人もいる。。希望時間は午前や夕方等程度要望に沿っている。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。浴室、脱衣室は快適な温度に調整している。	希望に応じた入浴支援を行っている。毎日でも、午前、午後と時間も要望に応じている。拒否の方には時間をずらしたり、タイミングをみて声かけをし無理強いはいしない。汚染時等にはシャワー浴や清拭で対応し、清潔保持に努めている。	
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同じ、薬の変更は見やすい所に表示している。薬の目的や副作用の学習会も必要時にしている。。		
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	掃除、洗濯物干し、茶碗洗い、裁縫、お茶の用意等その方の特技を生かし支援している。ドライブや散歩、買い物、職員の子どものふれあいま楽しまれている。「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。	散歩が日課になっている方や、地域の行事に参加される方と一緒にいたり個別に支援している。家族の協力をお願いすることもある。ホーム前の菜園で収穫や手入れなど一緒に行い、ホームの祭りも定例化しており、地域住民やボランティアの参加も多く、離設等の際の協力体制も構築されている。	

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。畳やソファで個人がくつろげるよう置き方を配慮し、出来るだけゆったりと過ごせるように気がけている。	玄関には季節の花が飾られ、リビングなどの共有空間は入居者のイベント時の写真など掲示され、家庭的な雰囲気の装飾をしている。入居者同士の関係や、身体状況を考慮してソファやテーブルの位置を配置している。ホーム内外にひとりくつろいだり、数人で過ごせる場所が確保してある。	
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	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。畳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し入れやタンスを扱えるようにしている。	基本、入居前から使用している馴染みの家具を持ち込んでもらうように依頼しているものの、入居者の状況に合わせて家具の持ち込みを制限したり、レイアウトを変えたりと個別に支援している。	
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	車椅子に対応できるよう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か所にスロープと手すりを設けている。		

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】					
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	4(3)	運営推進会議の討議内容を関係者間で共有するための議事録の整備が不十分である。	運営推進会議の議事録を毎回作成整備し、関係者全員で内容を共有する。	次回の運営推進会議時にまでに議事録を作成し配布、職員ミーティング時にも配布説明し、関係者全員で共有する。	3ヶ月
2	23(9)	それぞれの入居者の思いなどを把握する能力に関して職員間に経験等の差がある。研修会、学習会は常日頃行ってはいるが、なかなかより深い理解に繋がらず工夫が必要である。	事業所内外の研修、学習会の仕方を工夫し、それを通じて個人のスキルアップに努める。職員の意識向上のために自分で振り返りができるような取り組みをする。	ミーティング時の学習会の担当を2人に増やし、次回のミーティングでそれが活かされたかどうかを報告させる。又、職員の自己評価、総合評価リストを活用しスキルアップに努める。	12ヶ月
3	26(10)	チームで作る介護計画とモニタリングの内容が職員のレベルがまちまちで、均質化が必要である。	チームケアのためにモニタリング、介護計画の目標とその意味についての理解と実践を深める。	モニタリング表を職員がより理解しやすい形式に改める。各利用者のニーズに合わせ把握すべき点を見逃さないような形式を作成し、モニタリングの内容の均質化を図る。	12ヶ月
4	4(3)	運営推進会議を生かした取り組みをより多くの地域住民と共有したい。	協力的な地域住民の方が沢山いるので、固定化せず新しい形で運営推進会議を開催し、より多くの住民と繋がりを深め認知症の啓発に努める。	運営推進会議のメンバーに新しい人を加え、認知症の学習会等を取り入れる。	12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。