

### 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	4390200014		
法人名	有限会社のぞみ		
事業所名	グループホーム八代のぞみ		
所在地	熊本県八代市千丁町古閑出421-16		
自己評価作成日	平成27年12月28日	評価結果市町村報告日	平成28年3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	<a href="http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

**【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 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成28年1月26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)】**

ゆったりとした田園風景の中にあり、周囲の庭園の色彩を感じたりすることで、季節感を意識しつつ、のんびりとした生活ができる空間です。管理者をはじめスタッフは認知症ケアの理解も深く、利用者本人やご家族等としっかり信頼関係ができていて、安心して過ごしていただいておりますし、利用者同士も和気あいあいの雰囲気、笑顔にあふれた文字通りアットホームなグループホームです。  
地域との各種交流も活発で、運営推進会議を活用し、地域包括支援センターとの連携も合わせて、地域の方々と支えあう協力体制を築いています。

**【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)】**

静かな環境の中、同法人のデイサービスや有料老人ホーム、また近隣地域住民の方々との交流もあり、協力体制が構築されている。管理者が唱える「普通の暮らしに近い環境で」が実践されているホームである。職員は、入居者一人ひとりの生活スタイルの継続を支援しながらも、これからの高齢化も考え、専門家の意見や指導、方法を取り入れた口腔ケアを始めたり、ケアの有り方を課題を持ちながらそれぞれが考え、気づきを大切にしながら臨んでいる前向きな姿が見られる。入居者の日頃の活動の様子を毎年アルバムにまとめ家族にも喜ばせており、入居者・職員・家族の笑顔の様子が伝わってくる。今後も入居者それぞれの潜在能力を維持し、一人ひとりの意向に即した生活を支援されることが期待される。

**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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「いつまでも自分らしく生きるために」という理念を掲げて、利用者本位の支援することを、毎朝の申し送り時に職員全員が唱和し、全員がその理念を共有し、意識付けし、実践につなげている。	ホームが掲げる理念を職員が実際のサービスとして実践できるよう、掘り下げて具体化し日々伝え合うことで意識付けを行っている。	
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	いきいきサロンや地域の行事への参加などのほか、ホームの行事に近隣の方を招いたり、各種ボランティアをホームに受け入れたりと、地域の一員として日常的に地域交流を図っている。	地域の行事やいきいきサロンには積極的に参加し、近隣の方々との交流が持たれている。また、ホームや法人が主催する季節折々の行事にも地域住民が参加する等、日常的に交流を図っている。	
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	地域の方々などの電話等の問合せ・相談には、ホーム見学を勧めるなど、認知症の方への実際の対応を見ていただいて、職員全員が自信をもって、認知症の方の理解や支援の方法等の相談に対応している。		
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践、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	運営推進会議では、ホームの活動や研修会の報告を通して、認知症の利用者の様々な実態や認知症ケアのスキルや知識向上の状況を会議参加者に理解していただき、課題を一緒に検討し、解決に向けた働きかけの場になっている。	ホームの状況や各種報告を行うだけでなく、日常の様子を見る機会を設けてあり、ミニ運動会等運営推進会議出席者と入居者が共に時間を過ごし活動に参加し、積極的に関わることができる様働きかけを行い、意見をもらい課題解決に繋げている。	
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	千丁支所福祉担当者が運営推進会議に参加していただき、認知症の方やホームの実情について報告し、理解を深めていただいている。地域包括支援センターの方も参加していただき、センターの地域支援活動等につき情報交換している。	行政担当者とは日頃からの尋ねたいことや報告事項などの際に連絡したり、訪問している。運営推進会議への参加も有り、日常の活動の様子も伝えたり体感してもらいながら、ホームを理解してもらい情報交換を行い協力体制を築いている。	
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	身体拘束しないケアの外部研修会に参加し、内部研修では個別の利用者に関して全員が理解を深め、身体拘束しないケアを実践している。玄関の施錠はせず、外に出たい方とは一緒に外出して、利用者の方の思いに寄り添うようにしている。	外部・内部研修の参加や会議での話し合いや振り返り等で職員は理解を深め、拘束のない自由な生活を支援するため、入居者の毎日の様子を職員全員が把握し、意向に寄り添うケアに取り組んでいる。日中は玄関の施錠はせず自由な出入りとしている。	
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に注意を払い、防止に努めている	虐待につながるスタッフ自身のストレスが生じないように、心身のゆとりが保てるように勤務シフト等に配慮している。その上で、スタッフ同士がお互いに協力し合い、ストレスが減り、気持ちに余裕ができ、虐待の芽を摘んでいる。		

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
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	研修を受けて当事業や制度の理解は深まっている。その上で個々の必要性を利用者や家族に提案することもある。活用という点では現在は個別にはないが、事業所としてでき得る支援をする考えである。		
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	契約に際しては、重要事項の説明を十分にいき、利用者側の疑問点については納得がいくように説明を尽くしている。介護保険制度の改訂に際しては変更点の説明を十分行っている。		
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	家族会、運営推進会議、利用者への面会時など機会ある度に、意見や要望を伺い、職員会議等で検討し、運営に反映させている。	家族面会時や家族会開催時には入居者のホーム生活や健康状態について報告し意見等を出し易い雰囲気づくりに努めている。運営推進会議時や家族による受診後など、日常的に入居者や家族の意見・要望を出して頂く機会を設けており、意見等は前向きに活かしている。	
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	職員会議や毎日の申し送り時に意見や提案を聞いたり、法人の全体会議などを通して要望等を表明する機会を設け、運営に反映させている。	職員会議だけでなく、日頃からコミュニケーションを図るよう心掛けており、職員の意見が出やすくなる体制作りを進めてきている。出された意見等については、検討し運営に反映させている。	
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	今年からキャリアパス要件を満たす諸体系（職位・任用・賃金等）を整備し、3年前から導入した退職金制度と相まって、長期的に各自が向上心を持って働き、やりがいを感じれる職場にするよう努めている。		
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	管理者と相談した上で、職員の力量を考慮し、認知症実践者研修などの外部研修に派遣したり、OJTを通して、職員の資質向上を目指している。自主的な研修参加に関しても費用を事業所で負担し、資質向上の後押しをしている。		
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	管理者を中心に、地区のグループホーム連絡会の活動に参加している。一部に限られるが、研修会や懇談会を通じて同業者と交流し、情報交換や事業所視察等でサービスの質向上を目指している。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	職員はご本人のこれまでの状況を把握した上で、本人に寄り添うケアを念頭に、傾聴することに時間をかけてきた。一人一人に合った対応を心掛けて、しっかり信頼され、ご本人の安心を確保することにつながっている。		
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	家族とは連絡を密にとり、家族が話しやすい雰囲気作りに気をつけながら、困っていることや要望を細かく聞くよう努めている。		
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	担当だったケアマネや主治医と連携し、ご本人が必要としている支援を見極めるよう努めている。医療的支援やリハビリの必要性が高い場合は、他サービス利用も含めて相談に乗るようにしている。		
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	ご本人と職員とは一つの大きな家族ととらえて、ご本人の尊厳を大切に、一方的に支援するのではなく、同じ目線に立って行動を共にするように心掛けている。		
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	ご本人の日常の様子をお伝えし、情報を密に共有している。ご本人と家族との絆に勝るものはないと考えるので、ご本人・家族が望む支援を一緒に考えて、共に課題解決を図るよう努めている。		
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	多くはないが、馴染みの散髪屋や小売店、友人との関係が途切れないように継続した往来を保っている方はある。	入居者には友人の面会もあり、馴染みの美容院に通う等の継続的な交流ができるよう、生活習慣を尊重し、支援を続けている。	
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	よく自室で過ごすことの多い方には、職員が毎日のレクリエーションに上手く誘い出したりして、孤立しないように支援している。		

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	長期入院等の理由で利用が終了しても、相談にのったり、交流を続けている方もある。		
<b>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</b>					
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	入居時の聞き取りや日常のやり取りを通して、ご本人の思いや意向を把握し、家族からの要望なども加味して、本人本位の対応に努めている。	日常生活会話の中で思いや意向をくみ取り把握するように努め、入居者の声を大切にしている。利用者のなにごない言葉を聞きも臥さず、大切にし、職員間で共有すると共に、入居者本意の対応に努めている。	
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	入居時の聞き取りや日常のやり取りを通して、ご本人のこれまでの暮らし方を理解し、できるだけ継続していただけるように配慮し、ケアに活かしている。		
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	日中・夜間で状態観察を詳細に行い、申し送り等でスタッフ間での情報を共有して、心身の状態や残存機能の状況や変化を把握し、その状態に対応するよう努めている。		
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	利用者ごとに担当スタッフを決め、介護計画の評価を実施し、月に1回のカンファレンスにより、現状に即した介護ができるように作成している。家族とも相談してより良いケアができるように努めている。	入居者・家族の意向を取り入れ職員からの日頃の様子や意見を聞き、担当職員が定期的にモニタリングを行い、全職員の意見を取り入れ、計画作成担当者が介護計画を作成している。年2回介護計画の見直しを行っている。現状に即したケアが出来る様、変化時には随時見直しも行う。	
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	日々の様子を個別に経過記録に残したり、申し送りノート等で職員間の情報共有を行い、介護計画と実施状況を評価し、カンファレンスを通して、介護計画の見直しに活かしている。		
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	喫煙者の見守り、散歩の付添い、職員の買い物時の同行を誘ったり、その方がやりがいに感じることをお願いするなど、一人ひとりのニーズに対応するよう努めている。また、併設の認知症デイサービスや有料老人ホームと合同のイベントを催したりしている。		

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
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	地域のいきいきサロンや老人会との交流や馴染みの店に買い物に行ったりしている。外出ができる身体状況のうち積極的に出かけて、季節や催し物を楽しんでいただいている。		
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	ご本人や家族等の希望を尊重し、かかりつけ医を選定している。協力医には往診をしていただき、職員も付添い受診することもある。ご家族が受診に付き添われるときは、介護サマリーを持参し医療との連携を図っている。	ホームの協力医の往診もあるが、利用者や家族の希望に応じ、入居以前から受診していたかかりつけ医での医療を受けられる体制を整えており、複数の医療機関との連携も図られている。家族による通院介助の場合には情報を提供し一緒に支援している。	
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	介護職は利用者の心身の状態の変化に気付くと、看護職に報告・相談し、意見を得て支援に対応させている。看護職の意見を得て、介護職も医療的な意識が高くなり、チームとして利用者の心身の変化に敏感に対応できている。		
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。	入院時にはホームでの状況を情報提供し、入院中や退院時には病院関係者からホームへの復帰に向けたアドバイスや注意事項等をいただいたりする関係を築いている。		
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	入居時に重度化や終末期にむけた事業所方針を説明し、入居後は状況の変化を捉えて、家族とかかりつけ医との話し合いを密にとってもらう支援を行っている。	利用者・家族の意向を第一優先に、状況の変化によって家族やかかりつけ医との連携を図り、随時意思を確認しながら取組を行っている。	今後の高齢化・重篤化に備え、入職間もない職員に対する意識の徹底、マニュアル化等を作成することが期待されます。
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	利用者の急変や事故発生時に備えた対応マニュアル等を整備し、看護職に連絡・報告・相談しながら、その指導のもとに、応急手当の方法等を都度実践しながら、体得に努めている。		
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	運営推進会議等にて災害時の避難方法や避難場所等を確認。夜間想定消防訓練(夜勤者のみで対応)も年1回は必ず実施し、事前に訓練開催を地域の方に連絡して訓練への参加を募って協力体制の構築に努めている。	年2回入居者参加で火災避難訓練を夜間想定で実施している。また、被災時におけるライフライン断絶時の備えも日頃より職員間で意識付を行っており、近隣住民との連携も体制が整っている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人ひとりの性格や生活歴等を熟知し、人生の大先輩であるということを忘れずに、入浴時や排泄時などに尊厳を損ねたり、羞恥心を感じさせることがないように言動に注意している。	知り得た情報について、職員間での共有が可能であるか個人情報であるかを日頃より考えるよう徹底している。日常生活では尊厳を損ねない様な態度・言葉遣い、五感を遣った対応に努めている。	
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	傾聴することを心掛け、肯定的な態度で対応することにより、本人の思いや希望を引き出すように努め、自己決定できるようにはたらきかけている。		
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し、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	食事や入浴の時間は決まっているが、自分のペースで過ごしていただけるよう工夫している。レクレーション等は自由参加を旨として無理強いしないよう心掛けている。		
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	理容師によるカットや髪染めには本人の好みに合うよう支援を行い、外出時などには本人と一緒に衣類を選んだりしている。		
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	食事の味付けや好き嫌いもよく把握し、きざみ等の形態や摂取方法に工夫したり、季節感のある食べ物や行事食を工夫して、食事を楽しんでいただくよう配慮している。時々、食事やおやつ作りにも参加していただいている。	入居者の嗜好を把握し、季節感や入居者の希望を取り入れながら献立を決めている。地域の旬の野菜をふんだんに取り入れ、季節を感じる献立である。能力に応じて下拵えや片づけ等を入居者と一緒に行っている。嚥下能力に応じて食事の形態を変えている。	職員も入居者と一緒にテーブルで食事をし声かけする等、より良いコミュニケーションを築く機会となることを期待します。
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・水分摂取の機会確保と摂取量の把握に努め、必要な摂取量に向けて、材料や味付け、とろみ等に工夫しながら支援している。月1回は体重測定を行い、摂取量コントロールの情報にしている。		
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	毎食後、ご本人の力に応じた方法で口腔ケアを実施している。本人の訴えや職員の気づきによっては、かかりつけ歯科医や歯科衛生士に相談している。		

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
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	排泄経過を記録し、情報を共有することで、すべての職員が排泄のタイミングを把握し、トイレでの排泄や排泄の自立ができるようによく誘導している。	排泄チェック表に記録して、職員は入居者の排泄タイミングを把握することでさりげない声掛けや誘導を行うことにより、日中はトイレでの排泄に努めている。夜間時には起きられたタイミングで介助したり、時間で誘導したり睡眠を重視したり入居者に応じた支援を行っている。	
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	排泄記録をとり、看護職やかかりつけ医の協力を得て、その人の排泄パターンを考えて、食べ物の工夫や運動の働きかけ、下剤の調整等を通して、便秘予防に取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人の意向に合わせて入浴のタイミングや回数は随時対応している。少なくとも週3回(但し、月～土曜日の昼食後～夕食前を、入浴時間と設定している。)は入浴を支援している。	基本週3回の入浴としているものの、入居者の希望に応じた入浴が出来る様、随時対応している。準備や着脱等、安全に注意しながらも入居者の力を活かす支援を行っている。汚染時にはシャワー浴や清拭等で対応し、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	安眠のための室温調整や明るさの好みや寝具の手入れ等の環境を整えを支援をしている。かかりつけ医の処方薬を服用し対応する方が多いが、一緒にいて話の相手をするなど安心して睡眠につながる方もいて、状況に応じた対応に努めている。		
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	薬の目的や副作用などを理解し、看護職を中心に症状の変化に気をつけて、かかりつけ医に相談し、症状の改善にむけた支援を行っている。		
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	料理や日常の掃除や洗濯物量み等の家事、散歩、喫煙等の趣味・嗜好はこれまで同様に続けていただき、その人なりの役割を果たし、楽しみのある生活ができるよう支援している。		
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に支援している	天気のよい日の散歩は随時支援している。季節の行事や花見・紅葉など機会をとらえて、外出活動は積極的に支援している。	日頃より地域の公民館行事に参加したり、散歩等での積極的な支援を行っている。季節の行事では地域との交流もみられ、共に楽しむ支援が行われている。季節毎に花見やドライブに出かけている。	

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	1万円前後のお金は家族と相談して、ホームが管理しており、本人の希望に応じて対応している。年1回は買い物ツアーでショッピングモールに出かけ、好きなものを買ってもらっている。		
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	電話したいと頼まれるときには、時間帯を考慮しつつ、番号を入力するなど支援している。年賀状を書く支援をする方もある。		
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	共用スペースはエアコン等により快適な温度・湿度を調整している。テレビが見づらくないようにカーテンで調整したりしている。また、リビングには季節感を取り入れた手作り装飾や利用者による塗り絵等の作品を掲示するなど季節感を取り入れるよう努めている。	リビングは日当たりも良く心地よく過ごせる環境で、入居者はソファで思い思いに過ごすスペースも有り、談笑する姿が見られる。室温・換気にも配慮し、季節の飾りや家族の手づくり装飾等により、家庭的な雰囲気を出している。	
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	食卓は自然と定着した場所とっていただいているが、ソファ・椅子・畳など好みのスタイル、好みの場所を、気の合った利用者同士で座っていただいている。		
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	ベッドや布団、家具などはご本人が馴染んだものなど自由に持ち込まれ、家族や担当職員と相談しながら、好みに合わせてレイアウトしていただいている。	利用者の好みや意向により馴染みの物を持ちこまれ、入居前までの習慣も大切にしながら居心地の良い空間作りに配慮し支援している。身体機能に応じて家具の配置を変えたり、入居者にとって安全で安心した生活を送ることができる工夫がしてある。	
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	室内はバリアフリーなので、安全で自力でできることも多い。トイレとわかるように、文字を大きくしたり、マークを取り付けたり、理解していただけるよう工夫している。夜間の廊下はトイレに安全にいけるよう照明をつけて明るくしておく。		

## 2 目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム八代のぞみ  
 作成日 平成 28年 3月 18日

### 【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組み内容	目標達成に要する期間
1	33	入居時に重度化や終末期にむけた事業所方針を説明しているが、現在差し迫った方がないので、職員に意識付けができていない。	看護職から医療的ケアを学習することを通して、介護職も利用者の重度化や終末期に対応できる体制を作る。	<ul style="list-style-type: none"> <li>●緊急時の対応方法</li> <li>●重度化・終末期における利用者・家族の心理</li> <li>●医療・看護との連携の仕方</li> </ul> などを勉強会にて知識を深め、全職員が看取りへの対応が可能なレベルまで到達することを目標とする。	1年間
2	20	本人のこれまでの生活歴の把握は情報として表面上にとどまっている。	本人を形作ってきたこれまでの人間関係や馴染みの場所などにも思いを馳せ、総合的な理解を深める。	馴染みの人間関係を抽出したり面会したり、馴染みの場所を訪れたりし、今ある本人の理解を深め、今後の支援につなげていく。	1年間
3	35	災害時は緊張感や恐怖感のため、利用者も職員も冷静さが保てるように訓練が必要だが、不十分であろう。	災害時に備えて、定期的に避難訓練や準備物を整備し、利用者、職員、地域の方々が即応できる体制を確立する。	定期の防災訓練時に地域の方々に参加してもらったり、運営推進会議でその報告や検証をする。地域の防災訓練に参加する。	直近の防災訓練時から実践していく。
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。