

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 | 4270600564 | | |
| 法人名 | 有限会社セイコー | | |
| 事業所名 | グループホームあすか | | |
| 所在地 | 長崎県五島市吉田町740番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年8月25日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年1月24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22年9月10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)】

| |
|-----------------------|
| あんしんの家 すてきな出会い 家庭の雰囲気 |
|-----------------------|

【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)】

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ホームを開設された会長は、福祉事業に深く関わってこられ、地域の方の相談にも応じてきた。施設長も長年相談員をされており、地域の方々からの信頼も厚い。運営者と職員が思いを一つにして、“あんしんの家、すてきな出会い、かていの雰囲気”の理念の実践が日夜行われており、ご利用者とご家族の個別の思いを把握するように努めている。ご利用者から、「天気がよかね～」という、普段言われないような言葉が聞かれると、“外出したいと思われているのでは・・・”と、その言葉に込められた真意を汲み取る努力を職員は続けており、ご家族の「お部屋に置があれば・・・」という何気ない言葉から、言葉の裏にある“潜在的”な要望にも添えるように努めている。新管理者のもと、年々、職員の意見交換が活発になっており、実施した行事の成果と反省点も多く出るようになっていく。職員からの意見や要望は定例会にて検討され、運営に活かされている。季節に応じて、初詣、菜の花や桜の花見、浜辺へのドライブ、山菜採りなどに出かけることも多いが、日常の中では、ホームの庭に椅子を運び、ご利用者と職員と一緒に日光浴を兼ねた体操なども行われ、日々、“あんしん”した穏やかな時間が流れているホームである。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

| 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 | |
| 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 | 定例会や申し送り時などに理念に必ず触れ、確認し合っている。 | 職員のチームワークは更に強くなっており、“安心して沢山の出会いが家に居る時と同じように毎日あるように”という会長の思いを込め「あんしんの家」「すてきな出会い」「かていの雰囲気」という理念の実践が日々続けられている。施設長からも、「職員の頑張り」に対する評価は高く、会議等でも意見交換は活発になっている。 | |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している | 玄関にベンチを設置し、気軽に立ち寄れるようにしている。また、地域の方を招き、バーベキューなど行い、交流を深めている。 | 地域密着の取り組みとして、地元のお店で地元の野菜等を購入するようにしている。町内会にも加入し、地域のお祭りに参加したり、ホームにも気軽に遊びに来て頂いている。中学生の職場体験学習の受け入れや、老人会の寄り合いに参加すると共に、クリスマスの飾り付けを早々に行い、地域の方にも楽しんで頂いている。 | |
| 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 | 運営推進会議などで、理解や支援の方法など話している。 | | |
| 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 | メンバーに参加していただき現在取り組んでいる内容についても報告し、意見を効いている。 | 22年度より、2か月に1回、ご利用者、ご家族、町内会長、老人会会長、市の職員に参加頂いて開催するようになり、参加のお願いは、直接ご自宅等へ伺いお伝えするようになっている。ご利用者の状況や行事等の報告を行うと共に、地域の方々との情報交換の場となっており、有意義な会議となってきている。 | |
| 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に取り組んでいる | 運営推進会議の際、事業所の実情やケアサービスの取り組みなどについて伝えている。 | 管理者が市の窓口を訪れて、介護保険の更新手続きやホームの活動内容等の情報提供を行ったり、運営推進会議の時や電話等で相談を行う等、相談、協力体制は整っている。独居等の方々の金銭管理の事などを相談し、後見人制度等の利用に繋がった方もおられ、地域包括支援センターとの連携も行われている。 | |
| 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 | 常に身体拘束について念頭におき、職員会議などでも話し合っている。 | 外部研修を受講した職員が伝達研修を行い、何が身体拘束にあたるのかを含めて職員全員が理解できている。夜間以外の施錠はせず、日中も、玄関のセンサーだけに頼らないよう気配りを続けている。日々、ご利用者のお気持ちに寄り添い、外出時も職員がさりげなく見守りを行うなど、身体拘束のないケアを続けている。 | |
| 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 | 常に虐待について念頭におき、職員会議などでも話し合っている。 | | |

| 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 | 活用している利用者があるため、定例会などで学んでいる。 | | |
| 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 | 十分な理解や納得をしていただき、契約・解約をしていただいている。 | | |
| 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 | ホームの苦情受付窓口を設け、市や国保連合会の窓口も玄関に掲示している。また、玄関に意見箱も設置している。 | ご利用者の個別の思いを把握するように努めている。毎月“あすか便り”をご家族に郵送すると共に、ご家族等の訪問時には、職員が常に声かけを行い、ご意見を伺うように努めている。ご家族の「お部屋に畳があれば…」という何気ないお言葉から、言葉の裏にある“潜在的”な要望にも添えるように努めている。 | |
| 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 | 月1回の定例会時意見や提案など話し合い、反映させている。 | 職員の意見交換が活発になっており、実施した行事の成果と反省点が多く出るようになった。職員からの意見や要望は定例会にて検討され、運営に活かされている。夜勤に入る男性職員による夜勤会議を開催し、日勤の職員に伝えたり、職員のアイデアや気づきを記入する“なんでもノート”を活用し、そのアイデアを活かしている。 | |
| 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 | 勤続年数を考慮しながら、職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、職場環境・条件の整備に努めている。 | | |
| 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 | 勤務年数を考慮し、個々に合った研修を受ける機会を確保している。また、研修会には多くの職員が参加出来るようにしている。研修報告は会議で発表している。 | | |
| 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 | GH連絡協議会に加入しており定期的な勉強会に参加している。 | | |

| 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 | |
| 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 | 不安や困っている事などを聴き、受け止める努力をしている。また、利用者が求めているものを理解し、どの様な対応を求めているか話し合いをしている。 | | |
| 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 | ご家族と何度も話し合いの場を設けながら、不安や困っていることを聴き、受け止める努力をしている。 | | |
| 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 | ご本人やご家族が必要としている支援を話し合いの中で見極め、支援している。 | | |
| 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 | 調理の際の味付けや調理方法など利用者に見学している。 | | |
| 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 | 各行事にはご家族を招待し、共に楽しむ機会を設けたり、面会時などには、相談しながら本人を支えていく関係を築いていけるよう務めている。 | | |
| 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 | 本人の希望がある際はできるだけ希望に添えるよう務めている。 | 岐宿の菜の花畑や近くの浜辺等の馴染みの場所に出かけ、当時のお話を伺っている。“入居された”という情報を聞きつけ、知人の方が面会に見えたり、ご家族が生活されている施設までの送迎介助も行った。職員は、馴染みの人や場所との関係を継続するため、知り合いの方がホームに来て頂いた時には一緒にお話を伺っている。 | |
| 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 | 共有空間にて、家事を手伝っていただいたり、ドライブなどで親睦を深めたりしている。また、トラブルがあった際には職員が間に入り迅速な対応が出来るよう務めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 行事など招待するよう務めている。 | | |
| 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 | 個々の希望、意向を把握し、実行できるよう務めている。 | センター方式のアセスメント用紙を活用して、ご本人の願いやご家族の意向の把握に努めている。ご利用者から、「天気よかね」という普段言われないような言葉が聞かれたら、“外出したいと思われている”等、その言葉に込められた真意が汲み取れる努力を職員は続けてきた。 | |
| 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 | 本人や家族からこれまでの生活歴や生活環境などを聴き、基本情報としてまとめて把握している。 | | |
| 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 | 健康状態や残存能力など、個々の現状を把握するよう務めている。 | | |
| 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 | 本人の意見を尊重し、家族や職員と話し合いながら、より良く暮らせるための介護計画を作成できるよう務めている。 | ご利用者やご家族のご意向を取り入れながら、担当職員が中心となって原案を作成し、全職員で検討が行われている。ご本人の役割や楽しみ事その他、ご家族の役割等もプランに盛り込まれている。3表にケアの具体的内容が記載されており、介護計画の見直しは、毎月の会議とあわせ、見直しの時期に応じて職員全員で行っている。 | |
| 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 | 個別のケースに記録し、定例会や職員間での情報の共有に活かしながら、実践や計画の見直しに反映させている。 | | |
| 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、その時々にも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 | 3ヶ月に1回見直しており、改善点など本人や家族、職員と話し合いながら、現状に即した計画を作成出来るよう務めている。 | | |

| 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 |
| 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 | している。 | | |
| 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 | 入所前からのかかりつけ医への受診継続し、家族と本人の意向を受け入れている。 | 入居前からのかかりつけ医を継続して頂いているが、希望があれば事業所の協力医療機関を紹介している。かなりの遠方を除いて、利用(入居)前のかかりつけ医療機関へも、職員が通院介助を行っている。主治医には、いつでも電話相談や指示を頂くことができる。受診結果は、電話にてご家族へ報告させて頂いている。 | |
| 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 | 常時勤務している看護師に相談しながら支援している。 | | |
| 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。 | 家族や医療機関の医師、看護師と情報交換し、早期退院に向けた支援を行っている。 | | |
| 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、事業所の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 | 現段階ではまだ重症化や終末期に向けた方針については検討中である。 | 終末期の対応について、現状ではホームでの看取りは難しい状況である。入居時に、体調の変化や重度化が考えられる場合には、他施設等に変更して頂かなければならないことをお伝えしている。必要に応じて、主治医やご家族、ホームで話し合い対応していく事をご理解いただき、安心して頂いている。 | |
| 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 | 利用者の急変や事故発生時には全ての職員は応急処置や初期対応ができるよう実践力を身に付けている。また、連絡網や応急手当など各ユニットに提示している。 | | |
| 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 | 避難路の確保、消火器の設備点検を定期的に行っている。協力体制については、運営推進会議や町内会にお願いしている。 | 年2回、ご利用者、消防設備保守協会の方に参加頂き、避難訓練が行われている。地域の方にも、お庭を避難場所として開放して頂く等のご協力を頂いている。運営推進会議では、防火対策についての話し合いが行われており、災害時の協力を依頼している。台風での経験を基に、災害に備えて飲料水や非常食等を準備している。 | 地域の消防団との連携を図っていきたいと考えている。運営推進会議のメンバーに、消防団の方がおられることから、連携のあり方などの検討を予定している。更なる取り組みに期待していきたい。 |

| 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 | |
| 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 | 個人の理解力に合わせた声掛けや誘導に心掛けている。 | ご利用者の性格等を把握し、個人の理解力に合わせた声かけや誘導を心がけ、ご利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したケアが実践されている。研修を受けた職員が、研修で学んだことを発表するなど、定例会や職員会議などで職員の意識向上を図るよう務めている。 | |
| 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 | 希望や想いを聞き、間違ったことに対しては納得できるよう説明している。 | | |
| 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 | 個々の自己決定に合わせ、出来るようになるべく支援できるよう心掛けている。 | | |
| 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 | 起床時の整容、洋服選びなど、個々の能力で出来るところはしていただいている。 | | |
| 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 | メニュー作成時には入居者の意見をとりいれながら構成し、調理、盛りつけ、片付けなど出来る範囲で関わられるよう支援している。 | ご利用者の意見を聞いて献立に取り入れ、調理の味見や盛り付け、食器洗いなど一緒に行っている。郷土料理や家庭料理はもちろん、旬の食材を多く取り入れ季節を感じて頂いたり、畑で採れた野菜を使った料理が出されている。お肉アレルギーの方には、ハンバーグを豆腐ハンバーグに変える等、個別の対応も行われている。 | |
| 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 | 水分は一日の必要量が確保できるよう定時に水分補給し、それ以外でも一日を通して気がかけている。食事はバランスのとれた食事構成をしており、食事が把握できるよう食事表に記入するようにしている。 | | |
| 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 | 毎食後一人ひとりにあつた口腔ケアを行い、都度口腔内の状態把握に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 一人ひとりの排泄表を作り、24時間の排泄リズムを把握し、できるだけトイレでの排泄が出来るよう支援している。 | 日中のオムツ使用を無くすために、個別の排泄感覚に応じたトイレ誘導を行った結果、日中のオムツ使用がなくなった。トイレ誘導の際、声掛けに気を配り、排泄時はひざ掛けを使用するなど、羞恥心への配慮も行われている。オムツやパッドの必要性について、職員間で何度も話し合いが行われている。 | |
| 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 | 一人ひとりの排便ペース・便の状態を把握し、食事・水分・下剤・腹部マッサージにて対応している。 | | |
| 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3回が基本であるが、ご利用者の訴えに応じて対応している。 | 希望があれば、24時間いつでも入浴可能で、好みに合わせて湯温の調整も行っている。入浴後のスキンケアに取り組み、肌の保湿を心がけている。入浴中、好きな音楽をかけたり、職員との会話を楽しんで頂いている。入浴を好まない方には、無理な誘導は避け、好きな時間に入ってもらっている。 | |
| 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 | 気持ちよく安眠していただくために、清潔な寝具で寝ていただくように、天気の良い日には布団を干し、シーツの取り替えを行っている。 | | |
| 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 | 服薬表を作り、一人ひとりの服薬状況を把握するようにしている。また、作用・副作用・注意事項についても職員全員が、把握するようにしている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの生活歴を把握し、日々の生活の中での生きがいづくりができるように、務めている。 | | |
| 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 | 天気がよければ、週に一度、ドライブに出かけるようにしているが、それ以外にも、訴えがある場合は個別に、できる範囲で対応している。 | 季節に応じて、菜の花や桜の花見、浜辺へのドライブ、初詣へのお参りの他、山菜採りなどに出かけることもある。平日は、通院や買い物などの外出を行っている。また、ホーム前の庭に椅子を運び、日光浴を兼ねた体操なども行われている。 | |

| 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 | 可能な範囲でお金を所持していただく。また、買い物や病院の会計時など、支払いをしていただいている。 | | |
| 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 | 年賀はがきや、暑中見舞いのハガキなど、ご利用者と共に作成し、家族に送付している。また、本人の希望に沿い、いつでもかけられる(電話)ようにしている。 | | |
| 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 | 心地良く過ごしていただくために、家具の配置に考慮し、室内の空調に気を配っている。また、季節を感じていただけるよう、季節の行事にちなんだレイアウトをしている。 | 職員の意見で、毎月壁飾りを作成しており、ご利用者との話題作りの一つとなっている。金魚や犬などを飼育し、生き物と触れ合う場を作るようにしている。皆さんの顔が見えるように、リビングには、ソファや丸テーブルが配置されており、ご利用者同士、一つの場所で和やかに会話を楽しんでおられる。 | |
| 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 | リビングにソファを設置しており、楽しい時間が過ごせるような空間作りをしている。 | | |
| 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 | 今まで使用していた家具をそのまま設置できるようにしている。 | ご利用者、ご家族と相談し、自宅で使っていた寝具類や家具、時計、テレビなど馴染みの物を持ち込んで頂いている。居室には加湿器が設置されており、ご利用者の身体状況に合わせて、ペットの手すりが活用されている。自宅と同じように、遺影の写真を壁に掛けられるようにと、壁にフックの取り付けも行われた。 | |
| 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 | 廊下・トイレ・浴室には手すりを設置し、安全面の配慮に気を配っている。 | | |

事業所名: グループホームあすか

作成日: 平成 23 年 1 月 24 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 | 35 | 避難訓練などの防火対策は実施できているが、地元消防団との連携が図れていない為、より充実した訓練を実施できていない。 | 地域の消防団との連携を図っていきたいと考えている。 | 運営推進会議の際に、地元消防団のメンバーの方にも参加していただき、具体的な取り組みを検討する。 | 4 ヶ月 |
| 2 | | | | | ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |