

### 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	4390100099		
法人名	社会福祉法人 熊本厚生事業福祉会		
事業所名	グループホーム ほたる家		
所在地	熊本県熊本市河内町野出1948-2		
自己評価作成日	平成24年3月12日	評価結果市町村報告日	平成24年4月16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	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成24年3月22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)】

自然豊かな環境の中にあり、敷地も広いためその環境を活かして農園活動に取り組み、苗植えや収穫をご利用者と一緒に行い、収穫した野菜は食卓に並べるなど楽しみや生きがいにつなげている。同敷地内に特養やデイサービスがあるので、併設していることを活用しカルチャー活動(書道・生け花・デコパージュ)・交流会・保育園学校等への訪問を実施している。又、委員会活動や、職員研修・勉強会の参加も実施出来ている。自立支援や機能低下を防ぐため、洗濯干し・洗濯たみ・テーブル拭きなど日常の動作を役割を持ってお願いすると共に、散歩など個別に実施している。ご家族に対しては、病院受診時の報告や毎月挨拶文を作成送付してきめ細かい連携を図っている。地域とも連携を深めるため、行事の参加・運営推進会議の案内を訪問して手渡すなど顔を出すよう努めている。

【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)】

周囲をみかん山や竹林などの自然に囲まれ、すぐ側には川が流れ、夏にはホテルの乱舞をみることができ、ホームの建物内からも四季の移り変わりを感ずることができる。法人施設敷地の一角に位置し、緊急時の連携や研修・委員会体制も整備されており、普段からの入居者の行き来も自由で交流を持っている。近くには「金峰森の駅みちくさ館」があり、散歩コースでもあり、合同で催し物をする等、地域住民との交流にも積極的に取り組んでいる。敷地内には菜園があり入居者と共に手入れをし、四季それぞれの収穫を楽しみ、食卓に上ることも多い。今後は質の高い統一したケアのために、職員全員で更に入居者の能力を引き出し、把握・共有し、家族の協力を得ながら「自分らしい生活」を送られるような場の提供等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、活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

[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	事務所内に理念を掲示し各自確認すると共に、施設全体の理念も毎週月曜日の朝礼時に全員で唱和することにより意識の共有化を図っている。	法人の理念を元にホーム独自の理念を作成し、掲示している。入職時に理念に関する説明し、理解してもらっている。	理念を念頭においたケアの実践の為に職員会議などの際に理念の再考や振り返りの機会を持たれることを期待します。
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	毎月地域住民による俳句教室を開催し、季節に応じた歌を皆で作って披露している。又地元職員の婦人会によるボランティアを受け入れ交流を図っている。	毎月地域の住民のボランティア訪問や俳句教室開催など地域住民との交流を図っている。近隣の小学校の運動会やお祭り、隣接の交流館と協働で開催する福祉祭りなどに参加している。	
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	ホームページや、広報誌などに取り組みや対応の仕方を紹介している。また、運営推進委員会において、定期的に認知症に対する勉強会を行っている。	/	/
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	利用者の活動内容についてパワーポイントを使用し、分かりやすく説明を行なっている。また、意見に自立支援や健康維持について希望があったので話し合い、ケアにつなげている。	自治会長、民生児童委員、老人会会長、地域包括センター職員、家族、ホーム職員でメンバーは構成されており、警察署や消防署職員が参加されることもある。家族へは毎回参加を呼びかけ、毎回4名ほどの参加がある。ホームの活動報告が主でスライドでホーム生活を紹介している。認知症についても定期的にミニ勉強会を実施している。	
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	グループホーム連絡協議会や市主催の研修会等で、市職員と情報交換や質問等を行っている。事故や苦情があれば、その都度報告している。	行政職員とは質問や問題が生じた場合などに電話で連絡、相談し、情報交換などを行い、連携を取るようになっている。	
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	施設内身体拘束廃止委員会に代表1名参加し、内容を部署に伝達している。又毎月他部署からのラウンドを受けることにより、適正なケアが行われているか評価してもらっている。	法人内に身体拘束廃止委員会を設置し、ホーム職員が参加しており、研修を通じて理解している。ラウンドという制度があり、法人内の他事業所職員の視察により指摘を受けたり、職員間で注意し合う等している。	

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
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	身体拘束廃止委員会の管轄の下、高齢者虐待についての勉強会を定期的に開催し、職員一人一人が学べる環境を作り、意識を高めている。勤務で参加が出来ないときは部署内で伝達を行っている。委員会主催で職員アンケートを実施し意識向上に努めている。		
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	教育委員会で、権利擁護に対する勉強会を実施している。勤務で参加できない職員には部署内での伝達研修や施設外での研修でも、学ぶ機会を作っている。		
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	契約の前に事前説明を行うことと、契約時には相談員と2人で、再度一つ一つわかりやすく説明を行い、その場で十分な理解を得てもらっている。		
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	年2回ご家族にアンケートを実施しており、結果をサービスに反映させている。また、面会時、運営推進会議や家族会で一人一人コメントを頂き、意見・要望を聞き出す様になっている。	運営推進会議で家族からの要望を聞いている。アンケートを実施したり、面会時や法人の家族会開催時も意見や要望を聴く機会としている。出された意見に対して早急に対処している。月に1回料金請求書送付時に居室担当者による入居者のホーム生活や健康状態について写真付の書面で報告している。	
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	毎月第二月曜日に行われるグループホームミーティング・毎月第2木曜日に行われるリーダー会議等において、意見・提案を聞く機会を設けている。	毎月の会議開催時や業務中で職員の意見やアイデアを聴くようにしている。その意見がホームで解決できない場合はまとめて月1回のリーダー会で検討することもある。	
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	人事考課制度を取り入れ、一人一人が目標を決め、やりがいを持てるようなシステムを作っている。評価の際の面接(3ヶ月に1回)で悩み等を聞き、職員一人一人が向上心を持って働ける職場作りを目指している。		
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	教育委員会の管轄の下で、各事業所が新人教育に関してのカリキュラムを作成し、実施している。現場ではマンツーマンでの対応を心がけている。また、全職員に対して指導・教育、内部・外部研修をおこなっている。		

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
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	同法人のGHと連携・交流やアドバイスをいただいている。また、熊本市内のGH連絡協議会へ所属し、2ヶ月に1回の会合で勉強会に参加している。他のGHとの情報を受け、現場に活かしている。		
<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	初期の相談に関しては、入院先に出向きご本人と面談し、本人の意向を聞き、入居後にスムーズに対応ができるように調整している。		
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	初期の相談に関しては、法人内の相談員と2人で関わり、家族の要望を聞き、要望にこたえることができるように事前に準備を行っている。		
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	法人内の経験ある相談員が訪問し、家族の思いや本人の状況をまず聞き、調査する。何にが困っているかを明確にし、認知症の程度や疾患の状況を確認した上で、その方にあったサービスを選択している。		
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	残存能力を活かすため料理、洗濯物干しやたたみなどを一緒に行ない、時には職員へ指導をもらいながら、暮らしを共にするもの同士の関係を構築している。		
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	ご本人と家族の関係を維持するために、面会時や電話で課題について一緒に考えていただくように声を掛けている。ご家族にしかわからないような助言をいただくこともある。		
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	家族以外の、友人なども定期的に面会があっている。以前入居されていた方が遊びに来られ、交流が続いている。	馴染みの関係を大切に支援をしており、知人・友人の訪問や隣の施設に遊びに行ったりしている。お正月などに自宅へ外泊や外出をされる入居者も数名おられる。	
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、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	馴染みの関係が出来ている方同士で食事や会話ができるように一緒にテーブルをにしている。また、散歩や外出を仲の良い人同士になるよう工夫している。孤立せず、できるだけ仲良くなれるように、職員が入ることで会話を引き出している。		

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	ご退去されても入院先などに面会に行ったり、本人・家族への声掛けを行い、気配りを行っている。入院し退去された方には、退院後のサービスの支援も行っている。		
<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	本人の思いを知るために、会話の時間を多く取っている。何気ない会話の時に本音が聞けたりするために、記事に残し、家族へも伝える。希望や意向はケアプランに反映させている。	日常の関わりの中で思いや意向を把握している。入浴時は1対1での対応なので希望を聞くことができることが多く、記録し職員間で共有し、介護計画に反映させている。困難な方は表情や反応、家族の情報から把握している。	
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	面会時に情報収集に努めている。出生から若いときの仕事や結婚・子育ての事を聞き把握に努めている。また、本人様からも昔話を聞き、記事に残している。		
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	今までの生活歴を把握した上で、人生の歩みを職員が把握しながら、一人一人の生活スタイルを観察し、ADLの変化がないか等を記録を行い、申し送りをしている。		
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	担当・本人・家族からの情報収集を行い、居室担当者・家族・本人とカンファレンスを行い、計画作成担当者がケアプランを作成している。	居室担当者と介護計画作成者が中心となり、職員の意見や家族の意見を取り入れた介護計画を作成している。定期的にモニタリング、見直しを実施している。変化があれば随時見直しをしている。	統一したケアの実施のためにも。介護計画に沿った記録の充実が期待されます。
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	モニタリングや毎日の様子を記録し、利用者様の情報を職員が共有し、日々のケアに活かしている。必要時は介護計画の見直しをしている。		
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	ご本人やご家族の状況に合わせて、受診介助や外出支援を実施している。グループホームのみでなく、特養ユニットでおやつ作りを実施したりしている。		

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	小・中学校との交流の場を設けたり、ボランティアを迎え、地域との交流に参加し楽しむ事が出来るように支援している。定期的に地域の食生活推進委員に食事作りや交流の場を作っていただいている。		
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	本人・家族の意向を踏まえてかかりつけ医を選択してもらっている。かかりつけ医には、日頃から報告・連絡・相談を行い連携を図っている。	本人や家族の希望するかかりつけ医の医療が受診できるようにしている。ほとんどの入居者が協力医がかかりつけ医である。定期往診がある。他科受診は家族の通院介助を基本としている。その際の情報の共有はしている。	
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	毎日のケアの中で、観察をおこない、特変時にはすぐ看護職員へ報告し、適切な看護を受けられるよう支援している。必要な時は受診の介助も行う。		
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。	入院先のMSWや看護師・医師または、本人、家族を踏まえた情報交換や治療方針など話し合い、退院日等を決めている。また、管理者より協力病院のMSWと連携を図り、良好な関係を作っている。		
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、事業所ですべての事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	重度化した場合に備えて、看取りの指針についてご家族に説明し、現状でできることを伝えている。体調の悪化時は、医師と連携を図り、往診や家族の受診協力に対応している。	入居時に家族や本人にはホームの重度化・見取りに関しての説明やホームのできることで、できないことについて話をしている。重度化した場合は本人や家族の意向を尊重し、かかりつけ医と連携を取りながら対応している。	
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	教育委員会の管轄の下で、救急蘇生法など勉強会を定期的開催し、ケアに活かせるようにしている。地域の消防署所長が運営推進委員なので、会議等に出席して頂き、緊急時の協力を得ている。		
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回消防訓練と年1回の土砂災害訓練を実施している。頻回に訓練を行うことで、職員全員が緊急時の対応等を身に付けている。また、地域の消防署や、自治防災クラブへも支援を依頼している。	消防署の指導のもと、年2回の消防訓練を昼夜想定、入居者も参加して実施している。4月、10月に通報訓練も実施している。年1回土砂災害訓練を行なっている。同敷地内の法人施設との連携もとれており、地域の消防署や住民への協力依頼をしている。	

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>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	教育委員会が主管し、個人情報保護法やプライバシー保護、接遇勉強会を行い、一人ひとりの要望に合わせて、失礼のないような対応を心掛けている。	職員は入居者を尊重しており、声掛けや対応に配慮している。入職時や研修参加で理解しており、職員間で注意しあうこともある。個人情報保護に関しても理解している。	入居者はもちろん、家族や訪問者に対しても常に配慮ある行動が期待されます。
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	ゆっくり、分かりやすく説明し、ご本人の意思を尊重している。自分で決められない時は、いくつかの選択肢から本人の意思確認を行っている。		
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	入居者の方が好まれる場所で本を読んだり、日向ぼっこをしたりして過ごされている。散歩などの希望も本人の時間に合わせ調整し、満足感を得られるようにしている。		
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	化粧を楽しんでいただいたり、外出の時等、その日に合わせた服を選んだり、装飾品を付けていただいている。散髪は理美容店へ依頼し、グループホーム内で対応している。		
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	献立の段階から何を食べたいか確認し、食事が楽しみになるよう支援している。野菜の皮むきやきざみをお手伝いいただき、一緒に台所に立ち料理を作ったり盛り付けを担当してもらったりしている。片づけは、自発的に手伝われる。	法人の栄養士が作成した献立を参考にホームで食事は作っている。食材も入居者と一緒買い出しに出かけている。能力に応じて下ごしらえや盛り付け、片付け等一緒に行っている。職員も一緒に同じ食事をとっている。咀嚼・嚥下能力、体調に応じた食事形態で提供している。	
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	かかりつけ医師の指示と法人内の管理栄養士の協力で、一人一人カロリーを計算し食事を提供している。咀嚼・嚥下状態に合わせてきざみ等の食事形態を変更し安心して摂取できるような支援を行っている。		
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	毎食後、声掛けを行い口腔ケアを実施している。嫌がられる方に対しては、お茶でのうがい等で対応している。GHの協力歯科病院に相談し、指示をいただいたり、また、勉強の資料をいただいて一人一人の口腔ケアを実施している。		

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	入居後は排泄パターンを観察、時間に合わせて声掛けを行い、トイレでの排泄に努めている。夜間の失禁が多くなっている方に対して、時間を見計らって職員がトイレへ誘導し、できるだけトイレでの排泄ができるよう支援している。	入居者の排泄パターンや仕草を見極め、それに応じた声かけやトイレ誘導を行なっている。出来るだけトイレでの排泄支援に努めている。布パンツ、プラスパット、リハパン、おむつなど入居者に合わせたもので対応している。	
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	毎日の食事に野菜を多く取り入れたり、乳製品などバランスよく摂取できるようにメニュー作成をしている。朝食後にトイレ誘導を行い、排便を促し排便状態の確認をおこなっている。毎日の散歩などの運動も取り入れている。		
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	ご本人様のご要望にあわせ、散歩の後など入浴時間を設定している。入浴拒否者には職員が交代しスムーズに入浴できるように対応している。また、毎日入浴希望の方には毎日入浴していただいている。	入居者の希望や体調に応じた入浴支援を行なっている。毎日でも入浴できる。拒否の方には時間や職員を変えて声かけ等の工夫をしている。汚染時や体調が悪い時等は清拭や部分浴等で対応し、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	一人一人の生活習慣に合わせ温度や電気の明かりなど環境調節で安眠できるようにしている。昼寝等の生活習慣が有る方はベッドや居間のたたみ上で休息していただけるように支援している。		
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	看護師より薬について勉強会を行い、服薬の理解を指導している。カルテに服薬の効能書を保管して知識の習得に努めている。降圧剤や安定剤など服用後の観察等に努めている。		
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	家事的な作業や以前されていた趣味的活動を取り入れている。また、外出の機会を作り地域に向いての交流や、ホーム内でのレクリエーションや農園活動なども取り入れ、役割を持った時間を提供している。		
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	ご家族の協力を得ながら、ふるさと訪問等の企画を行い、本人の自宅に帰ったり、また先祖のお墓参りや、本人様の希望に応じ、魚釣り、買い物や散歩にお連れしている。	周辺への散歩にはよく出かけている。ホームの菜園や隣接のデイサービス事業所にも出かけている。希望で自宅や買い物などに出かけることもある。	



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	数名(1名)の方はおこづかい程度は所持されており、希望時にお連れし、自分の買いたいものを購入していただけるように支援している。		
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	年賀状は毎年書いていただいている。「字がかけるといいですね」とご家族も大変喜ばれている。また、他のご利用者も、ご家族に電話を掛け、気持ちが落ち着くように協力をいただいている。		
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	農園等を整備し、自然を活かした環境を作っている。電気は間接灯で、自然の明かりがあるので昼間はほとんど付けていない。童謡やBGMやテレビなどの音量の調節や自然の風を取り入れ、室温の管理を行い、居心地いい空間作りを行っている。ご利用者が散歩時に花を摘まれ花瓶に活けられ楽しませている。	建物内から四季の移り変わりがどこからでも見えるようになっている。共有空間はすっきりと家具の配置がしてある。コーナーの和室にもテレビが置かれ、洗濯物置みや休養したり、時にはボランティアの方たちの舞台にもなる。2~3部屋に1つの割合でトイレがある。また別に来客・職員用のトイレも設置されている。	
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	一人一人の自分の居心地いい場所(ソファや置)または、リビング内の思い思いのペースでゆっくり過ごされている。一人になりたいときは、玄関横のバブリックススペースや、廊下のベンチで過ごされる。ベンチに座布団を置くなど工夫している。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご自宅で使用されていたタンス類など持参されている。また家族の写真などで自分らしい部屋作りをされている。好きな絵や植木を置き自分らしい部屋づくりをしている。	入居前に使用されていた家具や生活用品が持ち込まれている。家族からの手紙や写真等が飾られている。マットを敷いてある居室もあり、入居者らしい居室作りの支援がしてある。	
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	見当識障害の方には、大きく見える場所にトイレと表示し、自分で排泄ができるように支援している。自分の部屋を間違える方には、大きくお名前を貼っている。危険なものは見えないところに収納している。		

## 目標達成計画

作成日：平成24年4月13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	法人理念を元にホームの理念を作成し提示しているがスタッフ全員に周知できておらず、理念に基づいたケアの実施が不十分である。	スタッフ全員が理念を理解し、理念に沿ったケアが実施できる。	ミーティングにて理念についての振り返りを行い、スタッフ全員に周知する。朝礼や申し送りを活用し、毎日唱和を行い、理念に関しての意識の向上を図る。	3ヶ月
2	26	居室担当者、計画作成担当者として意見を出し合い介護計画を作成しているが、日々のケース記録の記載に介護計画が反映が不十分である。また、介護計画の内容がスタッフ全員へ細部に渡り、周知されていない。	介護計画書の内容を把握し介護計画書に沿ったケアと記録ができる。	介護計画書を変更した際には申し送りやミーティングにて変更や追加内容を報告する。介護計画書に沿ってケース記録の記載ができるようカルテとは別にファイリングし提示する。	6ヶ月
3	48	ひとりひとりに合わせた活動の支援を充実させたい。	農園活動や家事作業、趣味活動など入居される前に慣れ親しんだ活動を継続し生き生きとした生活を送る。	ご本人、ご家族からお元気だった頃の生活の様子や好まれる活動を伺い日課に取り入れる。お墓参りなどの外出希望時には、ご家族へも協力をいただき外出を支援する。	8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。