

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	4370500599		
法人名	特定非営利活動法人エヌピーオーみなまた		
事業所名	グループホームキトさん家		
所在地	熊本県水俣市丸島1-11-6		
自己評価作成日	平成25年3月15日	評価結果市町村報告日	平成25年5月13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)】

住宅密集地に設立。民家改造型のグループホームである。住宅提供者のキトさんが約71年も暮らし続けた家で、当時から「キトさん家」と近隣住民から、キトさんの人柄に対する信頼と親しみを込めて呼ばれていた。其の繋がりを大切にし、地域の方々がキトさん家での認知症高齢者の暮らしのあり様を見て、たとえ認知症になっても地域住民として住み慣れた町で安心して暮らしていけると言うこと、地域の高齢者、ご家族に安心と希望を与えることを理念として掲げ、職員一同、日々努力している。

※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 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成25年3月27日

昔から「キトさん家」と呼ばれて親まれてきた民家を改修してそのままホームの名前にしたグループホームである。隣近所と変わらないたたずまいの中で、普通に買い物に行き、食事を作り、毎週なじみの魚屋が出入りし、地域の行事にも参加して自然と地域になじんでいるホームである。会議や勉強会などもよく実施しており、毎月全職員でモニタリングが行われ、入居者一人ひとりのケアに活かされている。今年度の運営推進会議は3回の開催となっており、今後に向けての課題といえる。地域の認知症ケアの核となっていくことを期待したい。

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	地域住民として、地域に愛されてを創設の理念として掲げ、日々実践している。	「自分らしく、ゆったりと、自分の力をのばして、地域の中で暮らしてゆく」という4つの理念を柱にして日々のケアの中で実践するよう努めている。	
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	地域の隣保班に入り、地域の行事など、入居者の方と参加している。(ゴミ、リサイクルゴミ当番、環境整備、仏事など)	ホーム自体が民家改良型であるため地域の中に自然と溶け込んでおり、職員も地域の一員として暮らしているという自覚をもって地域と接している。地域の行事には入居者と共に参加している。更に「キトさん家」便りも地域に配布している。	
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	地域の公民館で行なわれる、健康塾に参加し、地域の方との交流を定期的に行なっている。地域の方の認知症高齢者への理解が深まっており相談、見学などを受けることがある。又、不定期ではあるが地域便りでキトさん家での暮らしを発信している。		
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	会議では常に入居者の状況、ケアの実践を報告し、意見を受け入れている。特に防災避難についてのご意見を聞くと共に、訓練への協力をお願いしている。	お隣の人が2人推進委員の中におり、協力してもらっている。委員の人には防災訓練などへの協力をお願いしている。今年度は3回のみ開催となっている。	2ヶ月毎に開催出来ることを望みます。
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	運営推進会議には水俣市介護保険関係担当者の出席をいただき、協力関係をとっている。水俣市の高齢者の状況、介護、福祉等の情報を参加者に報告していただくようにしている。	運営推進会議に出席してもらい情報交換をして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	人権、法令遵守の研修を受け、拘束しないケアについてミーティングで協議している。しかし、入居者の状態により、安全面を優先し、止むを得ず、サッシ・玄関への鍵やベッド柵を行なっている。ベッド柵にはカバーをかけ、拘束されている雰囲気緩和させるようにしている。今後も拘束をしないケアを学び、現場での実践に向けて協議を行なう	法人全体での研究会やホーム内でのミニ勉強会で理解をしている。気づきがあった時は職員間で話し合い検討している。特に今年度は出来るだけ施錠をしないケアに取り組んだ。	

グループホーム キトさん家

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修等で人権について学び、当グループホームでの状況を振り返ることにしている。日常のケアにおいては入居者との関わりにおいて職員の言葉遣い、態度について常に管理者として注意を払っている。		
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	今年度は関係する研修は受けていないが特に成年後見人制度に関しては、きちんとその制度を知っておく必要があると考える。		
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	契約時は十分に時間を取り、意見を伺い、理解と納得が得られた上で契約を交わしている。		
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	日常的に入居者や家族が気軽に言える雰囲気を作ると共に職員からも声をかけ、ご家族やご本人からの意見は経過記録や申し送りノートで共有している。ケアプラン作成の担当者会議において、ご家族、ご本人のニーズとして取り上げている。	入居者には日常の中で、家族等には面会時などで気軽に話せるような雰囲気作り心がけている。意見などは経過記録や申し送りノートに記し、職員全員で共有するようにしている。	
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	年に1回開催される、NPOみなまた総会、職員総会において職員の意見を集約し、発表している。	年に1回開催の法人全体の総会や職員総会で意見など発表出来る場が設けられている。ホームの中ではふだんから職員同士気軽に言いあえる雰囲気である。	
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	常に職員個々、並び全体の状況を把握、やりがい向上心を持って、日々のケアに努めることができるよう配慮、努力をしている。月2回のミーティングにおいて、業務改善の協議を行なっている。		
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	法人内の内、外の研修に積極的に参加するようにしている。		
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	水俣、芦北グループホームブロック会、地域密着サービス事業所での研修、交換研修の取り組みに参加している。		

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
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	入居前後にお話を伺い、得た情報はスタッフと共有している。ご本には基より、ご家族の入居にあたってのニーズをきちんと伺う機会をつくっており、そのニーズにもとづいてケアの実践を行なっている。		
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	家庭訪問を行い、其の方の家庭環境を理解することになっている。入居に伴なう、ご家族の心理状態の把握に努め、安心が得られるよう、細かい配慮をもって接するようになっている。日常のケアで耳に入ったご家族の意見、心配ごとはケアマネを中心に担当者会議を早急に開いて其の解決に努めるようにしている。		
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、ご家族と面接し、ニーズを把握、確認している。		
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	職員との関係は共に暮らしを支えあう、擬似家族と位置付けしている。そのような暮らしの在り様において、入居者の方、家族としての職員の役割、出番を考慮、提供を行なっている。		
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	ご本人とご家族との絆はケアプランの優先課題と位置付け、其の支援に努めている。月1回のご家族へのお便り、誕生会へのご案内、お出かけ行事へのお誘いなど、ご家族の支援なしには、グループホームでの其の方の暮らしは成り立たないことを常に発信している。		
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	これまでの暮らしの継続を念頭に散歩、外出は本人の要望により、馴染みの場所を訪れるようにしている。友人やこれまでの居住地区の方々が気軽に立ち寄れるように訪問時は配慮している。	地域の公民館で行なわれている「健康塾」に参加し、知り合いの人と交流している。希望があれば実家に行ったり、散歩を兼ねて馴染みの場所に訪れたりしている。	
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ご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	ともに暮らしを築く関係として、家事や行事などを共同で行なう、機会を設け、擬似家族としての絆が深まるようにしている。日課として午前中はレクリエーション、ゲーム、歌を取り入れ、其の中で意識的に会話やゲームを通しての関わり合いを作っている。		

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
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	退居にあたっては、ご本人のニーズを中心に据え協議し、ご本人、ご家族の結論を待つこととしている。他の施設への移動については、受診、見学なども含め、ご家族と共に行動するようにしている。		
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	日常生活の様子や表情、会話から思いを汲み取るようにしている。経過記録に本人の発した言葉を具体的に記録し、モニタリング会議において、その情報をまとめ、本人のニーズ、思いを探求している。	自分で伝えられる人は会話の中などから、また思うように伝えられない人は表情やしぐさなどから意向の把握に努めている。気づいたことは経過記録などに記し、モニタリングに活かすようにしている。	
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	入居時に生活歴などに関する用紙を家族に書いていただくようにしている。		
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	記録物や職員からの情報や本人との会話などで汲み取るようにしている。特にモニタリング会議において、担当者がまとめるとともに、他の職員からの意見を求め、よりより方向を掴むようにしている。		
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、モニタリング会議を開催、情報交換を行なっている。半年、もしくは必要に応じて、臨時に担当者会議を開き、ケアプランの変更、追加などを行なっている。	半年に1回、あるいは必要に応じて担当者会議を開き、本人や家族等にも意見や要望を聞きながら見直し、ケアプランの作成を行っている。また毎月モニタリング会議を設け、全員のモニタリングをしている。	
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	日常のケアは経過記録、生活チェック表、排便コントロール表、受診記録、処置表などで情報を共有、統一させ、ケアプランの実践、見直しを常に行なっている。		
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	地域で行なわれている「まちかど健康塾」への参加、マッサージ治療、傾聴ボランティアの受け入れなど、グループホーム内のサービスに留まらずご本人、ご家族のニーズに応えている。		

グループホーム キトさん家

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	地区の公民館で定期的に行なわれている「まちかど健康塾」に参加させていただき、地域の高齢者と一緒にゲーム、体操を楽しんでいる。		
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	基本的に本人のこれまでのかかりつけい医と医療連携を取っている。定期往診による、健康管理であり、グループホームでの生活も見ていただいている。	定期的な往診で支援している。臨時の受診は職員が同行し家族には電話や毎月のお便りで知らせている。	
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	入居者の体調管理は専任の看護師が担っており24時間オンコール体制をとっている。体調の変化を専任の看護師に報告、看護師は医療と連携し速やかに対応するようにしている。		
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。	入院時にはご家族とともに医師の説明を聞き、入院中、又、退院時には担当者介護を病院に要請し、退院後の健康管理に活かしている。入院時には介護サマリーを病院に提供、退院時には看護サマリーの提供を受けている。		
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	具体的な実践経験はない。職員体制、介護力、ご家族の協力、グループホームのハード面での困難性など等がある。重度化、終末期に遭遇した時に其の事例にきちんと向き合い、職員間で十分協議すべきと考える。(ご家族、医療と共に)	家族や医療機関とも話し合いながらホームとして出来ること、出来ないことを説明している。	法人・職員間とも協議を重ね、方針を共有出来るような文書化等を期待します。
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	NPOみなまた主催の救急救命の研修を毎年、実施している。		
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	隣保班、ご近所在住のご家族、消防団、民生員の協力の下、近隣緊急連絡網を作成、通報訓練避難訓練を実施している。	近隣緊急連絡網を作成し、通報訓練、避難訓練を実施し、地域の消防団や近所の住民にも協力をお願いしている。	夜間想定での訓練も必要かと思われます。また水害や津波対策についても日頃からしっかりした対策が望まれます。

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
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	入職時に職員への守秘義務誓約書をとっているお1人お1人の人格に配慮するよう、接遇教育、人権の尊重等に関する研修に力を入れ、日常のケアにおいて、言葉遣い、態度などに配慮している。	勉強などで話し合いをし、認識を深めるよう努めている。日常のケアの中でも接遇や態度などに配慮している。また入職時には職員に対して守秘義務誓約書をとっている。	
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	認知症の重度の方は意思の伝達が困難であり、其の方の想いを日常の行動、様々な表現から、汲み取るようにしている。(介護者からの一方的な押し付けでなく)		
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	基本的には其の方のこれまでの生活習慣を尊重した暮らしが入居においても継続できることを念頭においてサポートしている。		
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	ご本人の望まれる服装や身だしなみ、おしゃれに普段から配慮している。モーニングケアの時に鏡を見ていただきご自分の容姿、服装を意識していただくようにしている。		
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	入居時にご本人の嗜好を聞き、毎日の献立に活かしている。特に誕生日にはご本人の好物を聞き、昼食のメニューに取り入れている。年末の蕎麦打ちには入居者の方も参加し、打った蕎麦を切ってもらっている。日常的には、野菜の下拵え、味見、食後の片付けなどに参加していただいている。食器は機能面だけでなく、ご本人がご家庭で使っていた、馴染みの物を持参していただいている。	入居者の好みなども考慮に入れながらその日の当番職員が献立を考えている。食器も入居者の馴染みの物をもってきってもらったり、出来る人には下ごしらえや後片づけなどを一緒にやっている。	
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	食事摂取量、水分量の記録を行なっている。栄養状態のチェックは全身状態の観察と共に、血液検査結果を参考にしている。これまでの食習慣を参考に盛り付けの工夫を行なっている。特に嚥下障害の方には其の程度により、トロミを付け、トロミの程度も調整している。		
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	口腔ケアにはお茶を取り入れている。義歯の不具合は歯科医の訪問治療を受けている。健康管理の重要課題として口腔内の異常の早期発見に努めている。		

グループホーム キトさん家

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	尿、便失禁の状態、レベルは個人個人異なるので、お1人の排泄状態、レベルに則した下着、紙おむつ等の使用を検討している。尿意、便意の感覚、能力を重視、そのサインをキャッチしトイレ誘導を行なっている。安易に紙おむつを使用するのではなく、できるだけトイレ、ポータブルトイレで排泄できるように支援している。紙おむつによる肌へのダメージを考慮し、日中はできるだけ、綿パンツで過ごせるようにトイレ誘導を行なっている。そのことは、紙おむつ購入の経済的負担の軽減に繋がっていると考える。	一人ひとりのレベルに応じた対策をしている。出来るだけトイレ・ポータブルでの排泄を重視し、声かけや誘導で支援している。また排泄介助時のプライバシーへの配慮にも気を配っている。	
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	排泄チェック表を使って、個々の排便対策を細かに行なっている。基本的には下剤、坐薬に依らない自然排便に心掛けている。食物繊維の多い野菜豊富な食事、1日1200ccの水分摂取を目標にしている。		
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	お1人お1人のニーズに沿った、入浴の援助を実施したいと思うが、現実的には全ての方のニーズには職員体制上、困難な場合がある。	職員はなるべく入居者の希望に沿えるよう工夫、努力している。	
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	これまでの生活習慣や体調に配慮し、昼食後にはお昼寝する方、リビングで過ごす方、其の方のニーズに即した支援を行なっている。体調や身体の状態により寝具やクッションなどの付属物、ベッドの種類もそれぞれ異なる。		
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	受診記録に毎回服用する薬の説明書をファイルしSFがいつでも見れるようにしている。薬の変更は申し送りノートでSFに周知するようにしている。モニタリング表に内服薬を記載する欄があり、受け持ちの方の薬を把握することができ、体調との関係をアセスメント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	個々の入居者の方の趣味、特技を活かし、生きいきした暮らしができるよう支援している。家事への参加、レクリエーションでの歌、三味線など。		
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	日曜日を入居者の方のニーズ実現の日と位置付け、主に外出支援を意行なっている。月に一回は全員(ご家族含め)で出かける行事を計画している。	日曜日はお天気や体調も見ながら外出の日と決めて、入居者の要望に沿えるような支援をしている。また月に1度は家族にも声かけをして外での行事を計画している。	

グループホーム キトさん家

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	日用品の支払いを自分で払われる方が1人、常にサイフを携帯している方がお1人おられる。ご家族との協議により、職員の見守りのもと、其の方に委ねている。		
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	遠方に在住のご家族や事情で面会が遠のいた方へは電話により交流するのを支援している。又、暑中見舞い、年賀状をお1人づつ作成し、ご家族に送っている。		
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	民家改造型の住まいであり、玄関、台所、リビング等は普通の家のたたずまいである。家庭的で温かみを感じさせる。狭い空間であることから、常に整理整頓、衛生的であること、そして新鮮な空気の流れがあることに心掛けている。リビングの壁には担当者が毎月、入居者の方と製作した季節を表す作品が掲示されている。	リビングの壁には四季おりおりに入居者と一緒に作られた作品が貼ってある。玄関前にはプランターに季節の花々が植えられ、明るい印象を与えている。民家改修型のため玄関など車イスでの移動が手をとっていたが、出入口2カ所にスロープが設けられ移動がスムーズになっている。	
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	常に入居者の方の人間関係に則した、個々人の居場所作りを工夫している。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は畳に襖など、入居者の方の文化に則した作りで、高齢者にとって、落ち着く空間である。部屋の窓からは隣家が見え、ご近所の存在を感じることができる。入居時に、家具は馴染みの物を持ってきていただくようお願いしている。	居室は畳敷やふすま、押し入れがあって住みなれた住まいの感じで入居者にとって心落ち着く居室となっている。タンスやテレビなど持ちこまれており、職員が時々レイアウトを考え部屋の模様がえをしている。	
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	トイレ、浴室は分かり易く、表示している。廊下、トイレ、玄関など手すりを多く設置し安心して歩行、移動ができるようにしている。		

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	35	<ul style="list-style-type: none"> ・GHの勤務において職員の最大の不安は夜間、一人夜勤において災害等の緊急事態発生である ①入居者の生命を守るために、一人の職員でどれだけの対応ができるのか ②通報、緊急連絡網をつかっただけの時間ででき、応援が得られるか。 ③近隣の住民の応援をどれだけえられるのか 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急避難訓練(夜間想定)の実施 一人夜勤において災害が発生した場合の緊急避難訓練を24年度は実施していなかった。25年度は早期に実施することを最優先課題と位置づけした。 	<ul style="list-style-type: none"> 5月29日(水)15時半～夜間想定 of 緊急避難訓練 ・防災管理者が消防署に計画書を提出 ・職員全員集合の訓練を実施 ・近隣の住民に協力を要請する。 	17日
2	33	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りについて ・事業所側として ①職員体制の問題(一人夜勤体制であること) ②ハード的にご家族が待機する部屋がない。 ③人の死を在宅で経験した職員が施設長以外にいない。死に対する職員の不安が大きいこと。それをフォローする体制がとれない。 ④問題点が前面に出るため、看取りを受け入れるための方針が文章化できない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度はまず入居者の方々や職員、ご家族の意見を聴き、協議することから初める。協議する中で「キトさん家」としての方針、方向付けで文章として表現できたらと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員間での協議 定例のミーティング ・運営推進会議においてご家族、地域の方からのご意見を聞く。 ・入居者の方のニーズを聞く。 	12ヶ月
3	4	<p>24年度は3回の開催であった。2ヶ月に1回が実行出来なかった理由として、①当月の職員体制や入居者の方の状況が主な原因であった。キトさん家の暮らしは地域住民の支え無しでは成り立たず、運営推進会議での協議は非常に重要であることを深く認識し、今年度は必ず6回実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2ヶ月に1回必ず、開催する 開催月: 4月、6月、8月、10月、12月、2月 	開催月: 偶数月 4, 6, 8, 10, 12, 2月	12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。