

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	2371501046		
法人名	有限会社 スリーハンズ		
事業所名	グリーンホーム なでしこ 1階		
所在地	名古屋市名東区社口2-906		
自己評価作成日	平成22年1月8日	評価結果市町村受理日	平成22年3月15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://www.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市市中村区松原町一丁目 24番地S101号室
訪問調査日	平成22年1月21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)】

理念の「その人らしい尊厳ある生活を大切に」をもとに、なでしこの花ことば「細やかな思いやり」を心がけて、その人らしい生活をし、職員も寄り添える介護を目指しています。玄関先や庭先で季節の花を飾り菜園作りをするなど、季節感を感じながら生活をしています。家族様がいつでも来訪して頂けて、一緒に過ごせる時間を大切にしています。鍵をかけず、散歩に出かけたり、買い物をしたりと、その人の出来ることを支援しています。又、地域の方や、近隣の方になでしこを理解して頂き、お裾分けや、買い物の協力を得るなど、交流を深めています。職員一同、いつでも笑顔で対応し、明るい施設になるよう心掛けています。

【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)】

住宅地の中にホームがあり、開所当時より地域との関わりを大切に取り組んで来ている。ホームでは「その人らしい尊厳のある生活を大切に」を理念に、職員が一丸となり、一人ひとりに寄り添ったケアの実践をしている。そのため、利用者や家族からの信頼が高い。管理者の人望も高く、職員の定着率も良く楽しく仕事が出来ているのもそのためだと思われる。その影響は料理等にも表れ、①見た目で美味しそう、②少量づつ種類が多い、③利用者が味を褒め残さない等、食事中の笑顔が多いことから利用者満足度が伺える。また、近隣住民との交流も盛んであり、住民の食材差し入れが多いことから地域に溶け込んでいるホームであることが伺える。

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. 全くいない
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
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	目の届くところに理念を掲示し、スタッフミーティング等で声に出して読み上げて、理念の共有に努めている。新人教育の第一に意義を伝えている。	『その人らしい尊厳のある生活を大切に』は、基本方針等と共に、目立つところに掲示している。新人には研修初日に認知症の理解も併せて指導している。職員ミーティングでも、毎回確認をし、日々一人ひとりに寄り添ったケアを実践している。	
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	地域の自治会に加入して、行事への参加、回覧の配布等で近隣の方に声かけして頂き、ホームでの催事にも招待したり、常に地域との交流を深めている。	自らの地区は勿論、隣の学区の行事等にも積極的に参加し、商店街祭りの抽選会で利用者が自転車当てることもある。近隣の住民が買い物のついでに買ってこないか、わざわざ電話をくれることもあり、地域との交流は盛んである。	
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	中学生の「体験学習」を受け入れている。近所の方に気楽に声かけし、来訪して頂き入居者の方と触れ合えるようにし、認知症への理解を得ている。		
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	入居者やサービスの実際、評価への取り組み状況等、報告話し合いは行っているが、具体的なサービスへの向上には活かされていないが、家族会などと一緒にすることも取り組んでいる。	2か月毎に定期開催され、何度かの働きかけの結果、地域包括の職員も参加してくれるようになった。そこで出た意見等を検討し、校区中学生の体験学習を通じて認知症の地域理解も進み、近隣住民からも助言を求められたこともある。	
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	行政の実地指導等を受け、サービスの内容を確認して取り組んでいる。包括支援センターへ運営推進会への参加を依頼し協力を得る。	ホームからの働きかけで今年の11月より運営推進会議に行政の代理として、地域包括の職員も参加するようになった。また、代表者は密に市へ出向き、情報交換を行っている。	
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「介指針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	職員全員が介護方針に基づき、拘束をしないケアを目指している。やむを得ず拘束をする場合、ケアの内容状況を把握し、期限を設定し取り組んでいる。	基本は、身体拘束をしないケアに心がけ、玄関等の施錠をしないよう配慮している。家族の希望でやむを得ず行う場合もあるが、期間を限定して最短期間で終了するようにしている。家族の希望で、GPSをお守りとして持っている利用者もいる。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	介護方針のもとすべての職員が認識しており、日常生活に中でお互いに注意しながら防止に努めている。スタッフミーティング等でも勉強会を行っている。		

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
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に支援している	制度についての理解は職員間ではらつきがあるが、必要としている家族入居者に対しては、活用できるように支援している。		
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	契約時に入居希望者、家族に重要事項説明を行い利用料金や料金改定時の理由を説明し、解約時にも十分な説明と話し合いを行っている。		
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	相談苦情は窓口を設けて対応している。年2回の家族会でも十分な意見を言える場を提供して運営に反映させている。	要望や意見は、家族会時や来所持に聞く仕組みがある。家族会に参加出来ない家族にもそのときの様子を伝えている。家族からの要望も前向きに検討し、運営に活かしている。また、『なでしこ通信』を家族全員に発行している。	
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2回の面談とミーティング等で職員の意見を聞く機会を設けて運営に反映させている。	毎月1～2回のリーダー会議や全員参加の会議で、職員からの業務提案が来ている。また、年2回代表者・管理者との個別面談もあり、自由に話しあえる環境がある。代表者も職員の研修や資格取得の支援を積極的に推進している。	
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	ゆとりを持ったケアを行う為に人員増や介護技術を向上する為の研修、職員とのコミュニケーションを常に図り、職場環境の整備を行っている。		
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	外部の研修には、職員の力量に応じた研修を受ける配慮や交換研修に参加してスキルアップする機会を確保して取り組んでいる。		
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	グループホーム連絡協議会に加盟しているが、同業者との交流や相互訪問等の活動には到ってない。運営推進会議に同業者が参加できるよう声かけしている。		

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	信頼関係の確立を図る為、希望や不安を把握する事を実施している。本人から相談があった場合話をよく聞き安心できるように努めている。		
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	家族からよく話を聞いて苦しんでいる事や困っている事を把握できるように努めている。安心して頂けるような信頼関係を築くことができるように取り組んでいる。		
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	今まで利用していた施設等の利用状況も把握し対応している。十分にアセスメントした上で家族とも時間をかけて話し合い支援している。本人や家族の希望に応じて、訪問マッサージ等の利用も勧めている。		
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	本人の興味のある事や、得意な事を家族や本人から聞きだし、それを引き出せるように支援している。お互いに尊重し役割感や、存在感を大切にしながら関係を築いている。		
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	出来る限りお互いの関係が疎遠にならないように、気楽に来訪できるように取り組んでいる。行事に家族を招待し、本人と家族がより良い関係が保てるように、支援している。		
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	馴染みの人から連絡が来た場合、関係が途切れないよう電話対応や手紙などで支援している。知人や家族と一緒に、本人のなじみの場所へ出掛ける事が出来るように支援している。	毎日の散歩を通して、利用者と地域住民との馴染みの関係ができ、花や野菜を貰うこともある。また、開設当初からの男性利用者が近隣の基会所に継続して通っているが、休んだ時には訪ねて来てくれる関係も出来ている。	
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	入居者のバックグラウンド等から共通事項などを見つけ、良い関係が築けるように職員も中に入り関わり合いを大切に支援している。		

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	サービスを利用した方や、家族からの連絡が来た場合、必要に応じて相談、支援を行っており、関係が途切れないように電話や手紙での支援に努めている。		
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	側に寄り添い話を傾聴することを基本として、その方の思いや要望を受け止めケアカンファレンスで検討し、プランに反映させるようにしている。	センター方式を基本としたアセスメント情報の把握のほか、日常の会話や様子、言動等から、思いをできるだけ把握し、きめ細かいプラン作成に活かしている。変化時には病院などの情報でも細かい部分まで把握に努めている。	
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	アセスメントにより生活歴の把握をし家族からも今までの暮らし方や、サービス利用の経過を収集して、日々の生活に活かしている。		
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	生活の中で個々の潜在能力に着目して1日の暮らしの流れの中で、活動できるよう支援している。心身状態についても申し送りで詳細に報告している。		
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	月1回カンファレンスを行い、モニタリングも実施している。困難事例も検討して意見をプランに反映させ、異変があれば大幅なプランの変更を行っている。	毎月必ずモニタリングし、家族からの要望のほか、日常の気付き等を全職員が話し合い、ユニット毎にカンファレンスを行って計画書を作成している。状態に変化が生じたときには、その都度話し合い計画書を作り直している。	
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	観察したことを、客観的にありのまま記録し情報の共有に努めている。記録から新しい課題を見出し、見直して反映させている。		
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	家族と連携をとりながら、家族と地域の方との協力を得て、利用者のニーズに対応し、多機能化に取り組んで入居者を支えている。		

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	民生委員、地域包括センター職員に運営推進会議に参加して頂いている。地域のコミュニティセンターの祭事や学区の運動会、近隣の商店街のお祭にも参加できるように努めている。		
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	家族と連携をとり医療機関の受診について説明をしている。家族に往診か、家族同行による受診を選択してもらっている。出来る限り、かかりつけ医に受診できるよう支援している。	受診用として「ふれあいノート」を作成し、受診時にはこれを持って行くと全て分かるように工夫されている。協力病院とは24時間訪問医療の連携があり、緊急時にも安心できる。かかりつけ医の定期受診も家族からの要望で往診にも来る事がある。	
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	24時間対応の訪問医療の看護師といつでも対応できるように支援している。看護職員は確保していないが、往診時以外にも週に1度の訪問看護でも支援している。		
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。	入院先に出向き状況を把握し、病院関係者や家族の方とも情報交換するよう努めている。往診医とも連携をとり退院に備えている。		
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	入居時に重度化した場合や、終末期のあり方を、本人や家族の希望を聞き、かかりつけ医と連携しながら十分に話し合いをし、支援できるよう取り組んでいる。ターミナルケアに対しての取り組みも行えるよう医療関係者と連携をとり、準備している。	家族には、入居時に終末期ケアについて説明をしている。過去に家族とは段階的に相談し、医師の往診・訪問看護等の協力を得て亡くなる2週間前までの看取りを経験したことがある。ホームとして出来る限り対応したい思いはあるが、医療的な処置をすれば延命になるのではないかと思うことで踏ん切れていない。	管理者の思いと悩みも良く理解できるが、今後、重度化が進んでいく事を予測し、家族との連携を密にし、利用者のために何が出来るかを調整・検討されることを期待したい。
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	急変時、事故発生時などはマニュアルを作成し、医療機関や、家族との連絡等が出来るように備えている。入居者の個別情報を作成し緊急時に備えている。救急措置の研修などにも参加している。		
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	月一回の火災、地震等の避難訓練を実施し入居者が安全に避難できるようシュミレーションし取り組んでいる。地域との連携を深め、自治会の協力が得られるよう取り組んでいる。	毎月避難訓練を実施している。スプリンクラーも設置予定である。自治会からは隣接の駐車場に避難するよう声をかけてもらっている。備蓄品は、戸外に水のタンクがあり、食料も少量と携帯トイレや排泄用品等が用意されている。	毎月の避難訓練で安心だとは思いますが、利用者も重度になって来ていることから、夜間想定訓練等をする事も期待するとともに備蓄の確認リスト表の活用が出来る事を期待する。

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
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	居室には名札を付けたたり、本人の希望で外出や外泊時には、簡易錠をかけて対応している。トイレや入浴等は個別対応している。往診医の診療に対して居室対応を行っている。プライバシーや個人情報に対してもスタッフ間で共有し、外部に漏れないように配慮している。	職員は、何気ない動きを察知し、そっと排泄介助へ誘導している。また、話しかける時も利用者の希望の呼び方をしているのか承諾を得てから呼んでいる。	
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	日々の生活で意思決定ができるように声かけし、支援している。		
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	個々の買い物や散歩のコースを入居者の希望を聞き、食事も何が食べたいかを聞きながら、希望・要望などを聞き取り組んでいる。本人のニーズをもとにケアプランを作成し実践できるように取り組んでいる。		
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	馴染みの美容室を利用している方、又自己にて行く事ができない方も訪問理美容を利用しその人らしい、お洒落ができるように支援している。本人の要望を言いやすいような雰囲気作りに努めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	下準備ができる方には味見、切り方、盛り付けを手伝ってもらっている。職員も見守りをしながら、一緒に食事をする。家族より届いた嗜好品なども食事に添えて頂いている。	通常は冷蔵庫の在庫品で利用者の希望を聞きながら、調理している。盛り付けにも見た目を大切に工夫し、個々の状態に合わせて食事提供している。食後、利用者は進んで腕まくりし、笑顔で洗い物をしている。冷蔵庫の食材が少なくなると利用者と一緒に買い物に出かけている。	
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	献立別の材料で刻み食、ミキサー食など、その方の食べやすい方法で支援している。毎回水分量のチェック表をつけて管理している。食後のコーヒー、紅茶なども好みに応じて飲んで頂いている。		
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	起床時の洗顔の時や食後の歯磨きの声かけ、介助の必要な方も支援して行っている。専門医の指導も受けながら、口腔内の清潔に注意するように取り組んでいる。		

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
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	できる限りトイレで排泄ができるように本人の排泄パターンを把握し、時間をみてトイレへの誘導を行っている。職員が一目で解るように排泄ボードを利用している。	利用者別に排泄パターンを把握し、個々にあわせた対応がされている。また、日々の生活の中で利用者の素振りや様子等を察知して、トイレでの排泄を支援し、尊厳に配慮した排泄自立支援が為されている。	
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	便秘の方には、水分をこまめに提供し個人別に水分摂取を記録している。また、体操や散歩など軽い運動や、食事面でも繊維質の多い物を取り入れることにより自然な排便ができるよう取り組んでいる。		
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	一人ひとりの希望や生活習慣に合わせ、一人ずつ入浴して頂いている。羞恥心に配慮し、負担軽減のため一人一人に合わせ、シャワーチェアや浴中椅子などを取り入れている。入浴拒否の方についても、時間をかけ声かけし、入浴して頂けるよう支援している。	毎日入浴することが可能だが、利用者によっては一日おきの入浴希望の方もいる。強い拒否のある利用者にも、最低でも週3回は入浴してもらえるように入浴確認表を作成し、清潔が維持できるよう工夫をしている。	
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	一人ひとりの生活習慣に合わせた就寝時間に入床されている。また、状況に応じて眠れない方には、傾聴し不安の軽減を図ったり、お茶を提供するなど安心して眠って頂けるよう支援している。		
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	個々のケースで保管し、日付、用法、容量について確認を行っている。与薬の間違いないように、2回以上の監査後、入居者本人にも確認して頂き内服して頂いている。		
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	日常生活を中心とした調理や洗濯などの役割に加え、習字や歌を歌う、外出など個々にあった役割、楽しみを把握し支援している。		
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支援している	散歩を毎日の日課として取り組んでいる。要望される日用品などでもできる限り、一緒に同行し本人の希望する物を購入して頂けるよう支援している。外食やドライブ、地域のお祭りや行事などにも積極的に参加している。また、家族と連携し、病院受診や外食、一時帰宅など、家族と過ごされる時間も大切にしている。	毎日の散歩や近くのお寺まで出かける様、外出支援している。また、地域の祭りや近隣の百均、スーパー等へ買い物、ドライブ等に出かけている。家族の協力を得て、家族との時間を大切に出来るような支援も行っている。	

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
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	通常は事業所内でお金を預かっているが外出や買い物時に支払いのできる入居者には渡し払って頂いている。外出時、できる限り本人に買い物して頂き、お小遣い帳をつけてお金の管理が出来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	自己にて携帯電話を所持している方もおり、自由に電話して頂いている。本人宛の電話や手紙にもその都度対応している。手紙も暑中見舞い、年賀状以外にも個々で手紙を出されている。手紙や電話をすることが困難な方には、スタッフが本人の思いを理解し来訪時や電話の折に伝えるようにしている。		
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	共用スペースも明るく、広く、動きやすい作りとなっている。居間、食堂も日光が取り入れられるように大きな窓があり、窓を開ければ心地よい風が入ってくる。浴室、脱衣所とトイレがつながっていることが使用する側にとって、大変便利である。季節感を出すために、リビングの壁に入居者と一緒に作った壁飾りなどを飾ったり、玄関先には、季節の花を飾るように取り組んでいる。	掃除が行き届き、清潔な環境であり、南向きの空間が明るい。共用空間には畳のスペースもあり、利用者と職員と一緒に洗濯物をたたむ等をしている。音楽が流れ、程よい温度調整の中、利用者はソファで思い思いに寛いでいる。	
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	ソファや椅子の位置を工夫しながら居場所づくりに取り組んでいる。CDなどを掛けてリラックスの出来る時間を過ごせるように工夫している。		
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	馴染みの家具や本人の好みの装飾品などで落ち着いた居室作りをしている。本人の希望にてTVなども居室内に置いてある。	一人ひとりの認知度や性格に合わせて、家族とテレビを設置するか等を決めた設えになっている。ベッドや家具は、各人の馴染みの物を持ち込んでいる。自宅で布団だった利用者には、環境が変わらないようにと、畳と布団で対応している。	
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	扉の前には名称を表示してわかりやすくしている。個人の居室の入り口にのれんをつけて目印にしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなでしこ

目標達成計画

作成日: 平成 22年 2月 10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	緊急時の対応(容態の変化に気づき、対応する)	職員全員が緊急時の対応ができるようにする。	救急救命の講習に参加。救急車要請の連絡(119)の方法、緊急時の対応手順等の取り組みを行う。	12ヶ月
2	2	認知症の問題行動のある入居者への対応	問題行動(徘徊、介護拒否等)意味あるサインと捉え、問題点を少しでも理解ができるようにする	認知症対応等の研修への参加。職場内のミーティングでの勉強会を開き、職員全体の方針、考え方(ケアカンで話し合った問題点)の統一を図る。	12ヶ月
3	3	排泄に関して(下痢、排便、便秘)理解する	薬(整腸剤、下剤)の種類や効能を理解する	薬剤師、医師、看護師等の専門職から説明を聞き、排泄と薬の関係を勉強する。	6ヶ月
4	4	日常生活の中で、個々に合ったケアに対しての見直し、介護技術の向上に向けて取り組む	職員全員が同じ様なケアができるようにする	チェックシート(トイレ介助、お風呂介助、食事介助、就寝介護等に分けて)を作り、3ヶ月毎に確認し、合否をつけて次のケアに取り組む。	24ヶ月(予定)
5					ヶ月