

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	4270103965		
法人名	有限会社 きずな		
事業所名	有限会社 きずな グループホームきずな		
所在地	長崎市矢の平4丁目3番7号		
自己評価作成日	平成22年1月20日	評価結果市町村受理日	平成 22年 4月 14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2月25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)】

家庭的な環境・在宅での生活を継続できるサービスの提供 「私だったら・・・〇〇したい 〇〇してほしい」という理念のもとに、個々を大切に「暮らしの継続」をめざして過ごしていただく様に支援している、

【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)】

“グループホームきずな”は、民家改造型のホームである。玄関を入ると昨年の暮れに改装されたコタツの間があり、ご利用者がのんびりと寛げる空間となっている。開設から6年が経過し、雨が降ってきたら「洗濯物濡れてるよ」と声をかけて頂ける様な、ご近所付き合いが行われている。「ご利用者の可能性を信じてチャレンジしよう」を目標に、その方が過ごしてきた時代背景に寄り添いながら、その方の出来ることを見つけれられるように、職員は常に気づきを求めご利用者に接している。ご利用者の力が発揮できるように、職員一人ひとりの気づきを大切にして、アイデアを持ち寄りながら意見交換が行われている。特に朝の申し送りでは、ご利用者全員について、カンファレンスを兼ねた申し送りが時間をかけて行われている。胃ろうのチューブを抜去される方に、身体拘束をしないための取り組みとして、職員全員で抜去された場合の対応方法を習得するなどの取り組みも行われた。代表はキャラバンメイトの一員として、事業所の取り組みの紹介を行なうと共に、地域の方々への啓蒙活動の一環として、ご利用者が地域で安心して暮らして頂ける様に、心に響くご利用者の言葉や生活の場面、日々の感動を多くの方々伝えていきたいと考えられている。
--

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	職員と管理者は、地域で生きる事の大切さを常に理解し、実践につなげている。	「私が年をとっても障害をもっても、こんな家に住みたい。信じ合える家族と一緒に楽しく住み慣れた所でのんびり不安がなく笑顔ですごしたい」を理念としている。外部研修等を通して「寄り添うとは？」を思考錯誤した結果、ご自身の希望を延べられたり、遠慮なく拒否される態度を示されたときに、理念が実践できていると感じられている。	
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	運営推進会議を通じて地域の方々との交流も深まりつつある。	運営推進会議に参加された方が、ホームの取り組みに共感して下さり、ボランティアを紹介して下さい、行事の段取りをして下さっている。長崎くんちの練習を見学したり、松下政経塾の方々が一泊二日作成の為に茶話会に来られた。地域の方がトイレを借りに来られたり、来訪者にホームで採れた野菜をおすそ分けするなどの交流が図られている。	地域の方々や身近な外来者に「認知症を患っても、生活を楽しむ事が出来る」ということを理解して頂く為に、心に響くご利用者の言葉や生活の場面、日々の感動を伝えていきたいと考えられている。ホームとしての役割が果たせる取り組みに期待したい。(外部評価3も同様)
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	認知症の方の理解や支援の方法を地域の方々に、機会ある度、さりげなくお伝えし理解して頂けるように努めている。		
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	ご家族の要望、地域からの意見をサービス向上に生かすように努めている。	ご利用者・ご家族・民生委員・地域包括支援センター職員・協力歯科医院の歯科衛生士・在宅時の担当ケアマネ等に参加頂き開催している。大画面のテレビで写真を紹介し、日頃のご利用者の様子を見て頂いている。地域の行事に参加したいと相談したところ、民生委員の方やご家族からアドバイスを頂き「懇親会」「蛇踊り見物」が実現した。	
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	運営推進会議等を通じて、連絡をとり協力関係を築くように努めている。	市役所を訪れた時や会議、研修時にホームの状況やご利用者の様子をお伝えしている。介護相談員の受け入れも行っている。公的支援について、担当者に相談しアドバイスを頂いている。ホームの取り組みや日々のケアの状況も把握して下さっており、「事業所として、認知症の事など地域に啓蒙していった方がいい」との言葉も頂いている。	
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	代表者、職員共に身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	胃ろうチューブを自己抜去される方へ抑制をしないために、抜去時の対応を職員一同で勉強した。主治医、ご家族と相談のもとボタンタイプバルーン型へ変更となり、抑制を行わずに介護ができた。ご家族から希望があっても代替方法を提示して、安心して頂けるよう説明を行っている。一人で外出される方には、職員が付き添う支援を行っている。	
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	高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会をもち事例発表にも取り組んだ。事例を検証し振り返りも行った。		

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	個々に資格取得を目指しており、研修の内容を交換している。そのことにより職員間での話し合いができ、知識を深めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約の締結、解約、改正等の際は十分に説明を行い理解・納得していただくように努めている。		
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	日常的に訪問したりメールや面会時を活用してご利用者、ご家族が意見や要望を言いうすいように努めている。	ご家族面会時はバス停や駅まで“送りますよ”と声をかけ、道中お話を伺っている。「食事が入らなくなった時、出来るだけ自然に過ごしてもらい、発熱時等、ホームで出来る範囲の介護を望んでいる。」とのご要望に主治医、ご家族、職員で意見交換を行い対応した。	
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	職員の意見や提案は積極的に聞きとりいれるように努めている。	代表は、職員と個別に話す時間を作っている。理解しやすい申し送りの方法や水分摂取量の少ないご利用者について提案があった。職員一人ひとりの理解度を確認すると共に、ケアの方法を分かりやすくために手順書等を作成した。朝の申し送りはゆっくり時間をかけ、職員間で意見交換が行われている。	
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	職員も楽しんで働ける、また介護の仕事が出来てよかった。と思えるような職場作りに日々努めている。ご利用者の方々と職員が互いに支え合い生活を楽しむ場を作りたいと思い事業所を設立した。		
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	個々の目標を管理者が把握しており目標達成に必要な研修は積極的に参加してもらっている。研修時は出来る限り出勤扱いにしている		
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	積極的に交流する機会をつくり研修会・勉強会にも参加している		

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	ご本人が困っていること、不安な事、要望に答えるように職員間での情報を密にとり反映できるように関係を構築している		
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	ご家族が困っていること、不安な事、要望に対して個別の面談をもつ機会をつくり関係作りに努めている。		
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	利用相談や申し込みの際に、望む暮らしを確認し必要となる支援を見極め、他のサービスの情報も提供しながらご本人、ご家族の希望に適した対応になるように努めている。また他のサービスに対する知識を深めるよう他職種との情報交換情報収集にも努めている		
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	「共に生きる」という気持ちでご利用者の方々と職員と生活している。ご利用者の方のもとより職員にもホームの中での役割ができています		
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	ご本人とご家族の絆を大切にしながらご本人の支えとなるように努めている。		
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	馴染みの方や場所を想起させるような話題に努め、いい関係が継続できるように努めている。	ご本人やご家族の記念日など事前に伺っておき、面会やご自宅までの外出、お墓参り等を支援している。ご本人に贈り物が届いた時など、実物を写真に撮って、ご家族に送っている。送って頂いた方にお礼も言い易く、ご家族に喜んで頂いている。馴染みの公園やお店への外出支援も行われている。	
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	皆さん共通の話題づくり、場の提供に努めるように支援している。		

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
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	サービス利用が終了しても、近況伺いやお見舞いにいたり訪問したりしている。相談や支援に対しても情報を提供している。またお亡くなりになったご利用者のご家族に対してはグリーフケアに努めている。		
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	個別の余暇活動や日常生活の中から、ご本人の気持ちに寄り添い、ご本人の意向や希望に近づけるように務めている。	ご利用者に寄り添いながら、「昔はね…」と話して下さる中から、その方がどのような時代を過ごしてこられたのか伺っている。ご家族から生活歴や思い出等を話して頂き、ご家族と一緒に考えて実行に移すなどの試みも実践された。職員は新たな気づきを求め、ご利用者の表情や行動に寄り添いながら、更なる意向の把握に努めている。	「できない」「わからない」と決めつけず、日常のささいな言葉や動きに寄り添いながら取り組んでいきたいと考えられている。また、その時その時を大切に過ごせる様に、職員の意識を再確認する機会を作るように努めていきたいと考えられている。
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	馴染みの暮らしの継続ができるように支援している。居室には、出来る限りご本人な愛用していた家具や調度品を持ち込んで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	ご本人の出来ること出来ないことを把握し、その能力の発揮できる機会をできるだけ作るような支援方法や、場の提供を検討し実践している。		
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	ご本人、ご家族と話し合いその結果をふまえ職員会議や朝の申し送り等に話し合い職員全員で共有し計画に反映している	かかりつけ医、歯科医師、看護師等の意見も計画に盛り込まれ、誰がみてわかるように、わかりやすい表現で計画に記載されている。地域でその人らしく暮らし続けて頂く為に、ご本人の生活史の細分化に取り組まれた。その結果、ご家族や踊り町の方々の協力で、お祭りに向けた練習最終日の見学に参加できた。	サービス内容を具体的に明記されるためにも、医療面以外の介護手順書の作成に期待していきたい。また、ご家族が担っておられる役割もあり、サービス担当者の欄に記載されてはいかがであろうか。
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	日々の様子やご本人の何気ないしぐさ、言葉の中にある事柄等、常によりそいながら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。		
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	在宅生活の継続を目指し、可能な限り柔軟な支援に取り組んでいる。		

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	おひとりおひとりの暮らしを支えご本人のもっている力を発揮できるように支援している。また地域資源についても把握できるように職員も日々知識の習得に励んでいる。		
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	可能な限り在宅時のかかりつけ医に受診できるように支援している。	受診結果については電話やメールで報告したり、面会時に報告している。可能な限り受診日を調整し、ご家族の同伴をお願いしている。同伴出来ない時は、ご家族に状態伺いに行って頂く様に依頼している。月2回の往診と月1回の歯科往診、週1回の訪問看護の体制もあり、異常の早期発見に努められている。	ご家族とかかりつけ医・職員の認識の違いが課題であると管理者は考えられている。その認識のずれを少しでも近づける様に、ご本人がお元気なうちから医療機関を受診する時には、ご家族に同伴を勧められている。関係継続に向けた取り組みに期待していきたい。
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	職員は、日常の関わりの中での気づきや情報を看護職や医師に伝えて相談している。往診に来ていただいている医師との信頼関係も出来ておりアドバイスもいただいている。		
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。	ご利用者が入院した時に安心して治療できるように、また早期に退院できるように病院関係者との情報交換を密に行いお見舞いにも行くようにしている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階からご本人・家族等と話し合いを行い、事業所で出来ることをかかりつけ医や看護職、地域の関係者も含め、十分に説明しながら方針を共有しチームで支援に取り組んでいる。	重度化や終末期の対応について、かかりつけ医、ご家族と納得がいくまで話し合いが行われ、方針の統一が図られている。ホームで出来ること出来ない事を明確にしていく上でかかりつけ医に相談し助言を頂くためにも、可能な限り話し合いに参加して頂いている。また状態が悪化された場合には、パート職員の協力により、勤務時間を変更するなど柔軟な対応が行われた。	
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	急変時や事故発生に備え応急手当等の実践力を習得している。		
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	災害時に、昼夜を問わずご利用者が避難出来る方法を職員全員が身につけている。地域の方々には災害時の2次災害に発展しないように避難場所等を提供していただけるように依頼する等協力体制を築いている。	年2回、ご利用者と消防署、スプリンクラー設置点検業者に参加頂き、夜間想定通報訓練を行っている。災害時には駐車場を避難場所として使えるように、地域の方に協力を得ており、連絡網にも名前を組み入れさせて頂いている。災害時の避難方法も職員全員理解している。災害に備え、食料・水・薬品・紙おむつ・毛布などを準備している。	

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	
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	お一人お一人の生活史を理解しご利用者の「今」を大切にし「(その方の)今」に、寄り添う事。そのことによりご本人の誇りやプライバシーを損なわない対応ができています。	ご家族やご本人と話し合い、個別に慣れ親しんだ名前でお呼びしている。個人情報に記載されている書類やメモはシュレッターを利用したり、小さく破って捨てるように心掛けています。インシャルで申し送りを行っている。トイレの声掛けは、ご本人が不快にならず行きやすいように「トイレ掃除をしましたのでどうぞ」などの声掛けを行っている。	ご利用者の生きてこられた時代に寄り添う事が出来る様に、明治・大正・昭和の時代を積極的に学んでいきたいと考えられている。更なる取り組みに期待していきたい。
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	おひとり、おひとりの生活歴やご希望を踏まえ柔軟に対応し、また働きかけ暮らしの継続を支援している。		
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	ホームの日課や都合を優先せずおひとりおひとりにペースに合わせ柔軟に対応している		
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	その方らしい身だしなみやおしゃれが出来るように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の方々と共に食事を楽しんでいる。皆さんと一緒に食べることやご家族や親しい方と居室で食べる、自分の好きな時間に食べる等おいしく食べることを職員全体で支援している。	買い物や調理の時間よりも、介護に時間を掛けたいと考えられている。昼・夕食は、弁当の宅配サービスを利用し、朝と土日祝日は職員が調理を行っている。胃ろうで食事が取れない方には、食事の時間は居室でテレビや音楽を流したり、職員が話し相手になるなどの配慮がされている。ご利用者と一緒に調理の準備が行われている。	
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	食事摂取量や栄養バランス、水分量が1日を通じて確保できるよう支援している。		
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	個々に応じた毎食後の口腔ケアを行い清潔保持に努めている。		

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	排泄パターンをアセスメントし、個々の状況に応じた排泄の支援に努めている。	一人ひとりの排泄感覚に合わせて、声かけを行っている。ご利用者が2階の居室におられても、ドアの開け閉めの音で職員は把握できており、間隔が空いていたら声掛けを行っている。1日1回トイレや風呂場で腰湯を行い、羞恥心に配慮しながら下着の汚れなどの確認を行っている。	
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	便秘の原因や及ぼす影響を職員が理解しており、様々な食品を活用し食を楽しみながら便秘の改善・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てしまわずに、個々にそった支援をしている	個々のご希望に応じた入浴の支援を行っている	柚子湯や菖蒲湯など季節に合わせた入浴を楽しんで頂いている。入浴好まない方には、面会時にご家族の協力を得て声かけをして頂くこともある。日によって、男性職員の介助を拒まれる時もあり、その時は女性職員が介助を行っている。原則、希望時に入浴頂く様にしているが、希望が無い時は、火・土曜日に入浴して頂いている。	
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	ご本人、ご家族から生活習慣をお聞きし安心できるような環境をつくるように努めている。ご本人が愛用していた寝具や枕を持参して頂いている。お天気の良い日にはお布団を一緒に干し心地よく休んで頂いている。		
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	個々の能力に応じた支援を行っており薬の目的や、薬の内容について看護師や医師から教えていただいている。(特に副作用について注意すること等、看護師や医師に積極的に尋ねて日々のケアに活かしている。)		
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	役割をもって生活が出来るように支援している。(ご本人が出来そうな事、やれそうな事、喜びそうな事等生活歴や日々のケアの中から観察し活かしている。)		
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	お宮日の踊り町の練習があった昔からなじみのある公園・ご自宅・お墓(階段ばかりでご家族は連れて行けなかった所へご家族お手製のだっこ帯を利用し外出できた)等の外出のお手伝いをさせていただいている	ご家族の希望もあり個別に、ご自宅・お墓参り・温泉等への外出支援が行われた。あまり外出されない方や、外出を不安に思う方には、外出の計画を予め考えるのではなく、その日のご利用者の体調、職員の人員をみて外出を行っている。稲佐山・あぐりの丘・浜の町周辺・諏訪神社等への外出や昔から馴染みのある公園への外出もあり、ご利用者を楽しんで頂いている。	

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	個々の状態に応じた支援に努めている。ちょっとした買い物や、新聞代の集金時も混乱しないように側で見守ったり声かけを行っている。		
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	電話のダイヤルを職員が代わって行ったり葉書を書いた後、住所の間違ひはないか一緒に確認をさせていただいている。		
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	お一人お一人の時間を職員全員で理解し少しでも心地よい毎日が送れるように配慮し工夫している。季節感を感じるような空間作りに努めている。	玄関周囲を改装し、こたつ、ソファスペースが設けられた。ご利用者が編み物をしたり、職員との会話を楽しんで頂いている。廊下、浴槽に新たに手すりが設置され、段差をなくさずリハビリを兼ねて移動できる工夫がされている。大きなテレビが購入され、ご利用者から「大きくてきれいな」という声が聞かれ、運営推進会議時などご利用者の様子を映し、ご家族に喜んで頂いている。	
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	テーブルや椅子、ソファを複数設置しており、共有空間の中での居場所作りに努めている。		
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	可能な限り入所前の事前訪問を行いご本人のお部屋を見せてもらっている。使い慣れたものを持ってきて頂き、今まで住んでいた部屋の様に、居心地の良い居室作りに努めている。	ご本人が安心して過ごせるように、入居前に事前訪問を行い、布団、タンス、椅子、こたつ、テーブル、仏壇など使い慣れた物を持って頂く様お願いしている。居室の入口には、職員手作りの表札やご本人が作った折り紙のくす玉が飾られている。ご本人の洋服を壁に掛けておくことで、落ち着いた生活が送れるようになった方もおられる。	
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	建物内部は個々の状態に応じて安全に自立した生活が送れるように工夫している。		

事業所名：有限会社 きずな グループホームきずな

作成日：平成 22 年 4 月 14 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】					
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	2	「認知症を患っても、生活を楽しむ事が出来る」という事を地域の方々に伝えていきたい。ご利用者の心に響く言葉や感動を地域の方々に伝える。	言葉や感動した時の様子をご本人、ご家族、地域の方々及び職員間で共有する	その時の様子や発した言葉を、気づきノートに記載したり写真に撮る等の方法で記録に残し運営推進会議やご家族の面会時に伝える。	12 ヶ月
2	10	ご家族が担っておられる役割を、支援内容に組み込んでいく。	ご家族が担っておられる役割をサービスに活かす。	ご家族も参加できるような支援内容に改め、実践していく。	6 ヶ月
3	14	ご利用者の生活史を深めていく。	明治・大正・昭和の時代を積極的に学ぶ機会を作る。	ご利用者の方々と一緒に明治・大正・昭和の時代の映画鑑賞する。書籍等を活用しご家族・地域の方々にも参加していただきホーム内での研修会を開催する。また事業所外での研修会の参加する。	12 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月