

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	4690100450		
法人名	医療法人 鹿児島愛心会		
事業所名	グループホーム東谷山		
所在地	鹿児島市東谷山二丁目49番10号		
自己評価作成日	平成22年1月28日	評価結果市受理日	平成22年7月29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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成22年6月14日	評価結果確定日	平成22年7月8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)】

・利用者の皆さんが心身共に健康に暮らせるようレクリエーションに力を入れている。
 ・毎日のラジオ体操や歩行訓練、季節を感じさせる物作り、歌を楽しむ(昭和のDVDなども利用)、ゲームやトランプかるた取り、風船バレー、ゴルフ(バター)、塗り絵(色鉛筆・絵の具)、散歩、ドライブ、外出、庭いじり、月刊誌を使った頭の体操(計算・熟語・ことわざ)、その他レクの道具は豊富にあり、大いに活用している。

【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)】

鹿児島市南部のバイパス沿いに位置する改築型のホームである。3階建ての建物は陽当たりが良く、遠くの山々を眺めながら心地よく過ごすことができる。豊富なレクリエーションメニューに加えて、口腔ケアや歩行訓練にも力を入れており、利用者の健康管理に関しては特段の配慮が見られる。近隣の公園や近隣の足湯施設、図書館などに出かける機会も多く、気分転換や血液循環の促進にも努めている。管理者および職員は、たゆまぬ工夫と改善によって、利用者の穏やかで安らぎのある暮らしのために熱心に取り組んでいる。

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 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		

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	4690100450		
法人名	医療法人 鹿児島愛心会		
事業所名	グループホーム東谷山		
所在地	鹿児島市 東谷山 二丁目 49番10号		
自己評価作成日	平成22年 1月 28日	評価結果市町村受理日	

※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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号
訪問調査日	平成22年 6月 14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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアに力を入れ、自歯はもちろん義歯での咀嚼による脳活性(味覚・嗅覚・視覚)に働きかけ、全身の健康UPにつなげられるよう支援し又、治療の必要な方には個々の状態に応じ診療歯科医を依頼し、主治医の指導を頂く等の支援法を行っています。 ・血液循環や気分転換を図る為に足湯に出掛け、薬に頼らず出来る浮腫、便秘予防を行っています。

【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)】

--

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

グループホーム 東谷山(2階)

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	理念には地域との関わりが謳ってあり入居者の皆さんが参加できる事はほとんど参加している	語りかけるような分かりやすい理念であり、毎日の朝礼で職員全員が唱和している。理念に掲げている地域との関わりを大切にしながら、日々のケアにも取り入れて実践している。	
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	町内会の掃除参加。町内会の催し参加(蕎麦作り、しめ縄作り、カルチャーセンタ発表会見学)運営推進委員会開催。地域の中学、高校実習生受け入れ等	地区の町内会へ加入しており、可能な範囲で行事や催しに参加したり、公園の清掃活動なども行っている。また、地域の中学校や高校の実習生を受け入れている。	
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	地域推進委員会の中で色々話し合い今回初めて地区の方の見学会を開催し認知症の理解と支援などを話し合う		
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	運営推進会議ではお互いの情報を交換し意見を出し合い話しあっている	利用者ご家族や民生委員、地域包括支援センター職員等の参加により、2か月に1回の会議を開催している。民生委員から要望のあったホーム見学会を実施するなど、会議で出された意見や提案をサービス向上に活かしている。	
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取り組んでいる	市の保護課や後見人制度を通じて市社協との連携はとれている。色々な情報交換を行いながら、サービスの向上に取り組んでいる。	市役所支所の生活保護課担当者や社会福祉協議会の福祉サービス支援員など、相談や情報交換の機会を作り協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	スタッフは身体拘束を正しく理解しており玄関の鍵を含め身体拘束はいっさいしていない	法人内外での研修会等を通じて身体拘束に関する理解を深めており、日中も玄関の施錠は行っていない。	
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	ホームで一ヶ月おきに委員会をもち虐待防止の事についても話しあっている		

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支援している	実際にホームで成年後見制度を利用している方がおられ活用している		
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	入居時は契約書を読んで 説明し利用者やご家族の疑問にこたえ不安がないよう納得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	利用者や家族の方が要望や意見を言われたら話し合いをもち 良い方法を考え 運営に反映させている	苦情受付窓口や苦情受付BOXの設置、行政の苦情受付機関の紹介等以外にも、年1回のアンケートを実施しており、ケアの改善要望に対して改善を行っている。	
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	スタッフ会議や日々の業務のなかで意見を広く聞いて改善に努めている、管理者はそれを吸い上げ可能な限り反映している	日常の業務中に加え、月1回のスタッフ会議などで、行事の提案や研修報告、待遇に関する事項など、職員からの様々な意見を運営に反映させている。	
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	その人の得意とするものや努力していること勤務状態をよく把握し向上心を持って働けるよう努めている、管理者は常に吸い上げを行い可能な限り実現に努力している		
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	一人ひとりの力量を把握し法人内外の研修も受け月一度のミーティングでその内容を皆で共有しスタッフを育てる努力をしている		
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	地域のグループホームとの交流ネットワークをつくり、仕事の内容や、勉強会、のやりかた等 その他色々な事を話し合っている、近隣事業者との合同研修事業に参加する予定(県社協事業)		

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	サービスの利用を開始する前にアセスメントをよくとり 困っている事不安な事 要望などを把握し 本人の安心を得る為説明しできることは要望を取り入れ 信頼関係作りに努めている		
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	初期の段階でご家族としっかり 話し合いをし 困っている事や 要望に耳を傾け問題解決に努めている その中で信頼関係も生まれる		
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	サービスを開始する前の段階でアセスメントをとり 本人が必要とする支援を見極めご家族の納得のうえで必要とあらば他のサービス(マッサージ、訪問カット、訪問診療)などを開始する		
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	本人ができる事をみきわめ一緒に洗濯物をたたんだり、野菜の皮をむいたり、買い物に行ったり、お茶を入れてもらったり、テーブルを拭いてもらったりと、できる範囲内で暮らしを共にしている		
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	家族に恵まれない方、入居したらすべて おまかせの家族もおられ今後小さな事でもご家族ができる事をお聴きしご家族との絆を大切にし共に支え合っていきたい		
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	本人がこの地域で生まれ育った方には、馴染みの神社やお墓参り自分のお家などにもお連れする他の皆さんも行ける範囲内でドライブがてらお連れする	ご家族にも協力してもらいながら、一緒に墓参りに出かけたたり、友人や知人と会う場面づくりの支援などを行っている。	
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利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	レクリエーションの時間はスタッフが中に入り利用者同士が関わり合えるよう 色々工夫をしている 又自然に気の合う友人関係もできてくる		

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	契約が終了してもしばらくは病院へお見舞いにいたり 家族の相談に応じている		
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	日々の会話の中で一人一人の思いを受け止め実践している(コーヒが飲みたい、買い物に行きたい、他)衣類や下着の不足している時はスタッフが同行し本人の好みを聴いたりしながら買っている	入居時のアセスメントや日々の生活場面での反応を確認しながら、利用者がどのようなことに興味を持たれているかなど、希望や意向の把握に努めている。	
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	入居時、アセスメントを取りサービス開始時には、これまでの事を把握している		
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	毎日のバイタルチェック、食事、水分、心の状態を把握し一人一人の有する力に見合った過ごし方暮らし方の支援をしている		
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	介護計画はご家族の意見やD、rの意見、その他本人の関わっている人達、本人の心身の状態などを見ながら作成している	入居時のアセスメントを入念に行い、本人およびご家族等の意見を反映させた介護計画を作成している。毎月のモニタリング、半年に1回の定期見直しなどにより、現状に即した新たな介護計画を作成している。	
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	日々の記録は個別にされており気づきはその都度話し合い介護計画にも活かしている		
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	例えば家族に恵まれていない入居者の方などに対して必要な物を一緒に買いに行ったり、前に住んでいた家を見に行ったり、柔軟な支援に取り組んでいる		

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
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	消防の方、近所の、ラーメン屋さん、美容院、民生委員の方、包括支援センター、病院、の支援を得ながら安全で豊かな暮らしを楽しんでいる		
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、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	高齢なので家族の了解を得ほとんどの方が24時間体制の訪問診療で何でも相談できるようになっている	入居前からのかかりつけ医への通院支援や情報提供を行っている。また、必要に応じて、訪問診療が可能な医療機関とも連携しており、病院受診連絡表を2週間に1回作成してもらうなど、利用者が適切な医療を受けられるように支援している。	
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	訪問診療なので気になる事はすべて医師に相談しながらやっている		
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。	入院された時はお見舞いに行き病院関係者と情報交換をし良い関係作りにも努めている		
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	重度化した時 終末期の事はご家族の希望を聞き事業所でできる範囲を説明し方針を共有している	重度化が見込まれる場合には、事業所としての方針を説明してご家族の同意をいただいております。かかりつけ医との連携も行っています。	本人やご家族をはじめとする関係者間で方針を共有し、いつでも内容を確認できるように方針を明文化することを検討していただきたい。
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	月一度のミーティングの中で勉強会の時間をもうけたり昼休みの前の時間を利用して新しいスタッフとの勉強会をもうけたり、いろいろな研修に行ってもらったりして実践力を身に付けている		
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	年に何度か火災訓練をし又地域包括支援センターの方や民生委員の方と協力体制について話し合いをしたりしている	年2回、消防分遣隊の立ち会いの下、夜間を想定した避難訓練を実施している。スプリンクラーと自動通報装置が設置され、職員は消火器等の取り扱い方法について訓練により身につけている。	

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	
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	一人ひとりの人格の尊厳 プライバシーの確保 受容 共感をスタッフは学んでおり 対応している	利用者およびご家族に対して、誇りやプライバシーを損ねることがないように努めている。	全般にわたり丁寧な対応を行っているが、トイレ誘導に際して、さらに尊厳に配慮した言葉掛けを工夫していただきたい。	
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	利用者の担当者がそれぞれ決まっており、本人に色々な事を聞いたり本人の自己決定に働きかけている			
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	一人ひとりのプランがたてられており その中には 本人の趣味や 健康の為や本人を生き活きさせる事などが計画されており それに添って支援している			
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	定期的に訪問カットを願ひし洋服は自分で選んでもらい髪も梳かしてない人には声かけをして清潔な身だしなみ おしゃれを 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食卓には花を飾り音楽を流がし献立はバランスはもちろんの事色どりにも気をつけている利用者の方はお盆を拭いたりテーブルを拭いたり野菜の皮を剥いたりお茶を入れたりできる事を手伝ってもらっている利用者の好みも聞いている	利用者の好みと食材によって献立を決めており、利用者と職員と一緒に準備を行い食事を楽しんでいる。		
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	毎食後食事を摂取した量と水分の量を記録し入浴後の水分、10時3時のお茶、食事には汁物を必ずつけ水分の確保に努めている栄養のバランスは今度管理栄養士に来ていただき勉強会をしたいと話合っている所である			
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	毎食後その人に応じた口腔ケアをしている 週一度はスタッフがポリデントで消毒している			

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	排泄の自立に向けそれぞれのパターンを知りトイレの誘導支援をしている	利用者個々の排泄パターンを把握しており、立ちあがったり車椅子で移動されたときを見計らってトイレ誘導するなど、排泄の自立へ向けた支援を行っている。	
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	水分をしっかり取ってもらい運動(廊下下歩行、近くの公園散歩)、食生活等に気をつけている		
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	入浴の日は決まっているが便失禁などがあった時はその都度入れている又本人の好み(熱い、ぬるい)を知って入れている	入浴日は1日置きとなっているが、利用者の好みや状況に応じて時間帯を調整したり、毎日入浴できるように対応するなどの支援を行っている。	
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	安眠を得るため適度な運動、日光浴、食事、精神の安定のための傾聴、音楽などを取り入れ支援している		
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	毎日バイタルチェックをしながら日々の変化を確認している 副作用についても申し送りで伝えている		
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	利用者一人ひとりの趣味を把握し、園芸をしたり、歌を歌ったり、買い物やドライブに行ったり外食をたのしんだり その人の力を活かしたお手伝いも取り入れ支援している		
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に支援している	外出の支援は皆さんの希望を聞いたり季節の花をお弁当を持って見に行ったり、普段見れない景色を見に行ったり、食事にいったりとよく出かけている	近隣への散歩や福祉バスを利用した遠出、図書館や足湯に出かけるなど、様々な外出支援を行っている。また、利用者個別の希望にも随時対応している。	

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
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	高齢でお金の管理ができない方がおおく盗られたとか無くなったと言われるが 外出の時はお預かりしたお小遣いで好きな物を買ってもらっている		
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	必要な要件の時は本人にかけてもらったり 年賀状なども毎年出している		
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	廊下や居間には ここちいいソファや椅子が置かれ皆さんのコミュニティーの場となっている 又レクリエーションでは毎月季節を感じさせる物を皆さんで作ったり季節の花を飾ったり、音楽を流したり、こちよく過ごせる工夫をしている	建物内の随所に、季節感のある掲示物や花が飾られている。また、ゆったりと寛ぐことができるように、ソファや利用者が使い慣れた椅子が置かれているなど、居心地よく過ごせるような工夫が見られる。	
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	共用空間では独りで T、V を見たり新聞を読んだり、利用者同士おしゃべりを楽しめる工夫をよく使われている		
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	居室はそれぞれ気に入った物がおいてあり、光や音、温度にも配慮している	利用者が使い慣れた、馴染みのある備品やテレビなどが持ち込まれている。見晴らしが効くように窓ガラスを透明なものに変更するなど、本人が安心して暮らすことができるような配慮を行っている。	
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	居室や廊下はほとんど手すりが付けてあり、皆さんで洗濯物をたたんだり、お茶を入れてもらったりするコーナーがある		

自己評価および外部評価結果

グループホーム 東谷山(3階)

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	地域の中でその人らしく暮らしていけるよう支援できるサービス提供をできるよう理念を作成し日々唱和し実践に取り組んでいます		
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会へ加入し老人会や行事、近隣公園の清掃活動への参加を通じ地域の一員として日常的な交流の場を設けています		
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	地域推進会議に町内会や民生委員の方に参加していただき、高齢者の方々の相談等への協力対応可能である事の説明を行ったり、近隣美容室での来客者との交流を通じ理解や支援法地域の人々に向け活かしている		
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	町内会、民生委員、家族等との懇談、包括支援センタースタッフとの会議を行い、利用者へのサービス向上につなげられるよう取り組んでいます		
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取り組んでいる	市の保護課、市社協の福祉サービス支援員と緊密に連携を取りホーム便り等での日常のケアサービス実施状況を伝え協力関係構築に取り組んでいます		
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	「身体拘束ゼロ」の介護をモットーとし、それに伴う転倒事故危険行動予防についての勉強会を行い、身体拘束のないケアに取り組んでいます。交通量の激しい道路に面しており事故多発の為状況によりやむなく玄関の施錠を行うことあります		
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	勉強会等への参加に努め、受講後は職員会議等での発表や検討を行い虐待防止に努めています		

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
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	関連セミナー実践時には積極的に参加し学んでいます。又、市の社会福祉協議会の行う福祉サービス支援事業を活用し利用者の権利擁護に努めています		
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	契約時には事前に見学していただいたり、利用者やご家族の意見や要望、疑問点について伺い十分な説明を行っています。又解約後の相談についても応じています		
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	苦情受付窓口を設置。契約書に行政の苦情受付機関明記、苦情受付BOX設置などで外部の受付先も案内している		
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	スタッフ会議や日々の業務のなかで意見を広く聞いて改善に努めている、管理者はそれらを吸い上げ可能な限り反映している		
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	各職員が楽しく働けるように職員の公私の問題も相談を受け、勤務状況も考慮して業務に対する向上心をもてるように環境整備している、管理者は常にそれを吸い上げ可能な限り実現に努力している		
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	各種研修を案内し、重要な研修は業務として参加		
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	グループホーム勉強会(鹿児島市 谷山地区)に参加し、交流の場を設けサービスの質の向上に反映できるように努めている、近隣事業者との合同研修事業に参加する予定(県社協事業)		

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	本人との面談により要望や悩み、不安等について聴取したり医療機関の情報提供を受け、利用時に柔軟な対応と信頼関係が構築できるように努めています		
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	事前の電話や相談に応じ、ご家族の意見や要望、抱えている不安を聞き入れ受け止める機会を設け後見人制度への利用等のアドバイス等も行っていきます		
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	医療機関の情報提供や介護認定時の認定調査票、主治医意見書(本人、家族同意の下)開示により管理者を交え検討、他のサービス利用も含めた対応に努めています		
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	利用者を人生における先輩と敬い、常に本人の立場で喜怒哀楽を共感し合う関係を築いています		
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	家族の面会、ケア会議等への参加を通じて家族と連携を図り、可能な限り病院受診、衣替え、墓参り等家族の協力をいただき共に支えていただいています		
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	家族へ定期的な面会や外出を依頼し馴染みの場所への訪問、ドライブ、散歩等を取り入れ本人の思いを大切にしています		
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	レクリエーションや野外レクを通じて共通の趣味、興味を引き出し、それぞれの個性を把握することで利用者同士の関わり合いが円滑に行えるようにしています		

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
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	ホームを退去された後も利用者や家族の相談窓口となり関係継続しています。又場合によっては移転先(病院や福祉施設等)に職員が訪問しています		
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	本人の思い入れや希望を取り入れ、意向の把握に努めています。意思確認困難な場合には家族からの情報をもとに検討しています		
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	入居前の情報提供や家族、本人からの聴き取りによりこれまでの生活環境やサービス利用の経過把握に努めています		
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	その時々により心身状態、活動状態、日々の過ごし方に変動が見られるので、日常の状況を常に把握し総合援助につなげています		
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	担当介護職員をそれぞれ立てケアにあたり、本人、家族、主治医等必要な関係者との話し合いを設け、それぞれの意見やアイデアを反映させた介護計画を作成しています		
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	個別記録によるケアの実践や結果、工夫、気づきの情報を共有し日々の介護計画の見直しに活かしています		
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	本来家族が行う各種手続きや、物品購入等さまざまな場面で家族の年齢や状況を考慮し、柔軟な対応に努めています		

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
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	市生活保護課、市社協等と本人の状態に合わせて対応している		
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	本人の基礎疾患や病状及び希望をうかがい、本人及び家族の納得される主治医との関係を築きながら、適切でよりよい医療を受けられるよう支援しています		
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	訪問診療を利用されている入居者に関しては訪問診療Drや看護師に相談しその他の利用者はかかりつけの病院看護師に相談指示仰ぎ適切なじゅしんや看護が受けられるよう支援しています		
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。	主治医や看護師、ソーシャルワーカーとの連携を図っています		
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	入居に際して緊急時、重症化、終末期のあり方や方針の共有が行えるようにしています		
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	急変時や事故発生時の対策マニュアルを作成し、応急手当や初期対応の勉強会を行っています		
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	ホーム内でのレクレーションに災害時の避難法を取り入れたり地域の消防隊と密接に連携して防災訓練を行っています		

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	十分に配慮した言葉かけや対応を行っています		
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	それぞれの希望、要望が表出できるよう日常の表情や感情を汲み取り、本人の判断、意思決定を尊重し納得した暮らしが送れるような支援に努めています		
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	日常の日課という原則にとらわれず、個人個人の体調やペースに応じた生活を尊重、優先して過ごしていただけるよう支援しています		
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	個々の好みを優先し衣類の選択身だしなみを支援し、理美容は馴染みの店を利用したり、訪問サービス利用時は本人の要望に沿うカットをしていただいています		
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	栄養管理に留意しそれぞれの好みや咀嚼、嚥下状態に合わせた調理で、旬の食材を用い食への楽しみが維持でき、簡単に参加できる調理補助、下膳、片付けで個々の力を生かしています		
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	主治医の意見や個人の食習慣を聴き取り、状態や能力に応じた食形態、量、水分が確保できるよう支援しています		
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	毎食後の口腔ケアを行い、磨き残しや虫歯の予防に努め必要に応じ歯科医師の訪問診療や口腔ケア指導を受け口腔内の清潔保持必要性を理解支援しています		

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
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	日常の排泄リズムを把握しトイレで気持ちよく排泄できるよう支援し、本人の要望でリハビリパンツ着用の方には意思を汲み取り、失敗のないよう誘導したり、居室位置を配慮する等工夫しています		
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	便通のよい食事やおやつを提供、腸蠕動運動への働きかけや歩行練習、トイレでの排泄習慣への取り組み等工夫しています		
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	時間帯に関しては見守りや事故防止の為ホーム指定の時間となりますが、曜日や回数については個々の希望やタイミングに合わせて楽しめるよう支援しています		
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	安眠や休息が安心して取れるよう居室内の配置替えや生活習慣その時々状況に応じた対応が行えるよう支援しています		
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	服薬一覧表を作り個々の使用している薬の目的、量を理解できるよう工夫している。又、薬剤師への相談、指示により症状変化の把握に努めています		
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	ホーム内活動でも個々の役割を持っていただく事で張り合いや自信をつけてもらい趣味や楽しみを取り入れ気晴らしにつなげられるよう支援しています		
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	近所の公園へのお散歩やドライブ、個々の希望に応じたお買い物や足湯に出掛けられるよう支援しています		

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
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	個々の力に応じ自己管理可能な方には所持していただき、物盗られ妄想の強い方にはホームにて管理し、外出時やお買い物時に使っていただいています		
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	時節(年賀、暑中見舞い)の挨拶や野外レク時の写真付きハガキを出したり、電話でのやり取りができるよう支援しています		
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	共有空間には自由に過ごせ、不安な音や光を受けないよう配慮し、生活観や季節を感じる花観葉植物、装飾等を施し、心地よく過ごせるよう工夫しています		
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	共用空間にはミニテーブル、椅子のコーナーがあり、思い思いに過ごせる居場所の工夫、確保を行っています		
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	居室にはカレンダーや写真等を飾ったり、使い慣れた家具、備品が持ち込まれ、安心して過ごせる環境を造っています		
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	利用者の生活行動に配慮し安全で自立した生活送れるよう手摺や歩行練習用の平行棒設置し個々の身体機能を活かせるよう工夫し、非常ベルや危険な物には布や造花で覆い混乱を招かないよう工夫しています		

2 目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム東谷山

作成日 平成 22 年 7 月 20 日

【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	高齢化地域であるが老人会等の活動が少なく参加交流の場が少ない	地域活動が少ないのでホームでの野外レクや遠足時に地域の方々に参加していただく事で交流を深めていく	町内会の回覧板での案内や、地域の役員・民生委員等を通じて参加を呼びかける	1年間
2	10	身体的痛みに対するケア要望について主治医との合意が得られず介護計画に反映できない場合がある	本人がより良く暮らせる為の介護計画作成が反映され、本人・家族・スタッフがチームケアとして支援して行きたい（痛みの低減）	在宅マッサージの同意依頼を得るにあたり通院困難やメンタル的ケアフォローの必要性について説明・対応して行く	1年間
3	41	栄養管理について全スタッフが定期的に指導を受けることができない	管理栄養士による食事指導を定期的に受け、個々の状態に即した食事提供、栄養管理が行えるようにして行きたい	入所者全員の栄養指導について、協力医療機関等へ管理栄養士の指導が定期的に受けられるように依頼中	1年間
4	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援が得られるケースと得られないケースがある	主治医の所見をもとに、本人・家族と会議を行い、ホームで対応可能な方針を共有し文書にて同意を取る	新規入所者については入所時、他の入居者については6ヶ月ごとのアセスメント作成時に署名・捺印のある文書を作成、又は更新する（全員）	1年間
5	36	入居者個々のプライバシーの確保、特にト化誘導時	入居者個々の生活全般のすべての場面において、プライバシーを確保し個人の尊厳を守る	①入居者のプライバシー保護について、ホーム会議に委員会として追加する ②ト化誘導は他者へ気づかれない工夫をする	①一年間②一ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。