

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	0870600269		
法人名	医療法人宮田医院		
事業所名	グループホームなごみの家		
所在地	筑西市丙56-2		
自己評価作成日	平成24年9月20日	評価結果市町村受理日	平成25年1月4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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kan=true&JigyosyoCd=0870600269-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成24年11月7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)】

開設から丁度10年。近隣の方たちの訪問も増え、入居者様、そのご家族様、関係職員も、地域の一人として位置づけられるようになったとの自負があります。その結果、内外の小さな問題も地域ぐるみで話し合う機会が平時でもあり、よりよい運営に向けて、取り組める環境ができています。およそ2年前ですが、すぐ前の公道が拡張され、交通量が急に増えました。なごみの家は街中に一軒家としてあり、近隣の方たちとの交流が自然に行われていますが、交通量の増加、前頭側頭型認知症の方の入居が重なり、危険の防止に苦慮した結果、日中の施設を余儀なくされています。マイナスを如何に埋めるか。近隣周辺の方々にも理解していただきつつ、自身の認知症に対する知識を深め、ご入居様の事をもっと深く知ろうと言う意識が高まり、認知症の方々と接せざる事のできるプロ意識を備えた集団を目指すよう舵が取られています。また、在宅で認知症を看られているご家族からの相談窓口としての機能も果たし、関係者のすそ野を広げています。認知症の方の看とりに特化した研修にも参加。ご入居者様のライフワーク全てに関われるケアが実践できるようにしています。

【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)】

城下町の名残が残る家々の一角に位置し、周辺には市役所や駅があり、また、スーパーも数多く立ち並び、とても利便性に富んだ良い環境である。経営母体が町の医院で、創立も古く、親子3代にわたる。昔から地域住民が沢山利用し、その影響もありホームも地域住民から愛されている。ホーム自体は設立から10年経つが、入居者の半数以上が開設当初の方で、平均年齢は約93歳と高齢である(最高齢は103歳)。加齢や疾病に伴い、徐々に日常生活動作の低下が見られているが、そのような中でも職員は皆明るく常に笑顔で接しているのが印象的であった。職員の離職率もほぼゼロで、開設当初からの職員も多いる。異動が殆どない事も入居者や家族に安心を与えている。また、常に明るく、職員の事を考えている、バイタリティーあふれる管理者は看護師の資格を持つため、医学的管理に対しても安心できるホームである。その証拠に、開設以来、ホームにて6人ほどの方を看取ってきている。職員も研修に積極的に出かけ、現状に満足せず、入居者のご生活に対し常に最良の方法を模索する姿勢が感じられた。

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	地域密着サービスの意義を理解し管理者、職員共に理解しており、その都度話をし運営理念の実現にむけ取り組んでいる。	理念は玄関正面の目につく所に掲示されている。一度、3～4年前に見直しをする際に、入居者と一緒に考え作成されたという。内容も端的でわかりやすく、実行しやすい物になっていた。	
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	職員は地域との付き合いを大切に、積極的にあいさつ、声掛けすることを常に意識し、大切にしている。	前回に比べ、入居者の高齢化と重度化に伴い、ボランティアの参加率は低下してきている。それでも近所から野菜や果物を頂いたり、地域の敬老会・新年会・お茶会等のイベントに参加し、交流はできている。夏には祭りの山車が来て、子供達が囃子を行っている。地域医療の大学生が実習で訪れている。	
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	認知症ケアの理解に、運営推進会議等を通し地域の人々に向けて勉強会等を設けている。		
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	自己評価及び外部評価について十分に話し合い、意見交換をしサービス向上に活かしている。	推進会議は2カ月に1度開催。参加者は家族代表・自治会長・民生委員・老人会会長・市担当者。地元イベントの調整以外にも様々な意見が出ており、ホーム側も活動報告の他、認知症に関する情報を含め有益になる情報提供を行っている。	
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	運営推進会議以外にも当事業所で相談等があれば、市町村担当者に声掛けをし迅速に意見交換が出来る様取り決めをしサービスの質の向上に取り組んでいる。	歩いて5～10分の所に市役所があり、直接出向いたり、電話にて市担当者で連絡・相談を行っている。今年の法改正に関する問い合わせも十分に行ってきた。	

茨城県 グループホームなごみの家

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
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	拘束の具体的な行為を、職員全員が理解できる機会を多く持つことで、実際のケアに結び付けている。心身両面の拘束を原則禁止している。	職員トイレの扉(=1番目につきやすい所)にポスターを貼っている。現在に至るまで、身体拘束は一度も行っていない。定期的に年数回職員会議等にて拘束についての勉強会も行っている身体は勿論、精神的な拘束についても理解し実践に繋げている。	
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逃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	関係職員は高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会(リスクマネジメント研修、スタッフミーティング等)を設け、同時に啓蒙活動を行うことで虐待防止につなげている。		
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	社協さんとの関わりの中で、権利擁護の概念は職員全体に浸透しつつあるが、実際の状況に遭遇しないため、それを活用し実践できる能力があるかは不明。日常生活自立支援に関しては常に意識し取り組んでいる。		
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	口頭にて十分に説明し、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね契約を結んだり解約をしている。		
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	利用者の意見、不満、苦情等を言いやすい環境づくり(馴染みの関係作)りに配慮し、不満、苦情等があれば、その都度、話合いの機会を設けている。必要があれば法人の管理者会議(あさがおの会)にて報告し、活かせるよう努めている。	年1回の家族会、納涼祭、芋煮会、推進会議にて家族が参加される際にご意見を聞くようにしている。また、無記名でのアンケートも年1回実施している。個別の“服装のコーディネート”についての意見が出た事があるが、殆どはホームや職員に関する感謝の言葉であると。	
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	毎月第一木曜日スタッフミーティングを開き、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設けている。法人全体に関わることであれば、あさがおの会に諮り、後日職員に報告、運営に反映できるよう	経営母体の院長も往診も兼ねてまめにホームに顔を出しており、入居者と一緒に食事もしている。管理者も現場に入り、常に職員の事を考えてくれている。1ユニット=職員も9名の為、とても意見が言い易い雰囲気であった。	

茨城県 グループホームなごみの家

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
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	運営者(法人代表)は管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し法人会議等を活用し各自が向上心を持って働けるよう共に話し合い、向上心を持って働けるよう考慮している。		
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	運営者(法人代表)は法人内外の研修を受けられる機会を設け働きながらトレーニングしていくことを進めている。キャリアパスの導入を図っている。		
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	近隣の福祉事業を訪問をする機会を設け、サービスの質の向上に、相互間で努めている。また、グループホーム間のネットワーク(グループホーム連絡協議会等)作りに参加し、成果を上げているところである。		
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	インテークの段階で本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を把握することができるよう十分な時間を設けている。入所前から傾聴する時間の確保に重点を置く努力をしている。		
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	相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等を話す機会を大切に、納得して利用できる様努力をしている		
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	相談を受けた時は本人と家族さらに専門分野のスタッフを含め、他のサービス利用も含めた対応に努めている		
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	職員は、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を大切に、本人から学んだり、支えあう関係を築く意義を理解しており、支えあう関係づくりを大切にしている。		
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	気軽に相談できる環境づくりに配慮している。(ホーム、家族間での手紙やこちらからの積極的な連絡。)又、家族会を作り意見交換の場を設けている		

茨城県 グループホームなごみの家

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
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	本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係の意義を職員は十分に理解しており、関係が途切れないよう努力している。(馴染みの店の利用等)	馴染みの方(家族)には定期的に“なごみ便り”を発行し、ホームでの様子がわかるようになっている。馴染みの床屋に出かけるのを支援する事もあるが、今は“訪問理美容”が馴染みとなっている方の方が多い。家の前のレストランに出かけ、かつ丼を食べた入居者もいる。馴染みの方から年賀状が届く方もいる。	
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	利用者同士が関わり合い、支え合う事を大切にしている。職員は見守りながら、時にはその中の一人として関わる努力をしている。		
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(契約)が終了しても継続的な関わりを大切にしている。グリーンケアの取組みを行っており、時折、ご家族の訪問があり、懐かしい話のできる関係を築いている。		
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	一人ひとりの思いや暮らし方を大切に、家族の意向も含め、共に話し合いニーズの把握に努めている。	前頭側頭型認知症やレビー小体性、高次脳機能障害の方などむしろコミュニケーションが難しい方が多い中で、本人の生活歴や行動・症状などから推察し、出来るだけ本人の意向に沿えるよう努力している。	
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	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らしを大切に、生活環境を知りケアに活かす努力をしている。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態の把握をし、本人のストレンクスが高まるよう努めている。必要があれば、専門スタッフ(医師、看護師、OT,PT等)からアドバイスをもらい、隠された現状の把握にも努める努力をしている。		

茨城県 グループホームなごみの家

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
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	本人、ご家族様、関係職員と話し合い、ニーズの把握に努め、介護計画に反映されるよう努めている。	理解力が難しい入居者が多い中、家族に計画書をきちんと説明し、同意を得ている。受け持ち制を取り、ケアマネージャーがきちんとモニタリングを行っていた。経過記録も、職員が外部研修に出かけ、よりよい記録の仕方をマスターし、伝達講習を行っており、素晴らしい内容であった。また、目標も記録と同じ場所に挟んであり、意識してケアに取り組んでいた。	
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	日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、情報を共有(口頭にての申し送り、スタッフノートの活用)し変化時には迅速に見直し(ケアの実践や介護計画の見直し)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	本人や家族の要望を大切にしている。必要があればその都度、柔軟な支援体制づくりを心がけ、計画・実行をしている。		
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	インフォーマルなサービスの少ない地域であるが、地域の方々の協力を得ながら、情報収集と、ある地域資源の活用を図っている。民生委員やボランティア、消防署員等との連携を図り、安全な生活環境の提供に努めている。		
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	本人及び家族等の希望を大切にしており、馴染みのかかりつけ医に依頼し、適切な医療を受けられるように支援している。	経営する医院が古くからの町医者でもあり、全ての方がかかりつけである。医院は24時間体制も行っており、緊急対応も万全である。受診結果については、必要に応じ家族に連絡をしている。かかりつけが他院であったり、希望があれば対応している。	
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	常勤の看護職員がおり、気軽に相談しながら、日常の健康管理や、緊急時の速やかな対応ができるよう体制をとっている。		

茨城県 グループホームなごみの家

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
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。	お見舞いを頻回に行うことで、なじみの関係が途切れず、不安なく治療が受けられるように配慮をしている。病院関係者との情報交換に努め、関係づくりを強化することで、退院までの経過がスムーズにいくよう努めている。		
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、事業所できちょう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	ご本人やご家族、かかりつけ医を含め話し合う機会を設け、その意向を大切にしている。プロトコルの設定をし(ターミナルケア指針、同意書、カンファレンス)、過不足なくサービスが提供でき、ご家族の気持ちに寄り添ったケアの提供をめざしている。	心マッサージや電気ショック・D。レスキューについてなど、細かく記載された看取り同意書は入居時に取り、いざその場になった時にも意向確認を行っている。入居時と相違がある場合には改めて書面で同意を得ている。看取りの経験も沢山あり、職員も自信を持って対応している。	
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	消防署の行う、救急蘇生法の講習を、職員全員受講している。自主訓練として、応急手当や初期対応の方法を、看護師が指導している。		
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		避難訓練は年2回実施。内、1回は消防署立ち会い。消防団も参加している。夜間想定も行っている。北関東の防災ネットワーク研修会に職員が参加し、有事の際には県を越えてGH同士で支援出来るよう準備している。また、訓練時に住民参加しているが、普段から見学会を兼ねて建物の構造や入居者の様子などを把握してもらい、災害時スムーズに動けるよう備えている。	
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	一人ひとりの誇りやプライバシーの意義を管理者と職員は十分に理解しており、記録等の個人情報についても慎重に取り扱っている。	個人ファイルは事務所内に保管。広報誌の掲載やホーム内写真を含めた個人情報についても同意書を交わしている。入居者一人一人を尊重した言葉かけやケアを実践している。面会者については、個人の記録に書き残している。	

茨城県 グループホームなごみの家

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
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	ご自分の思いや希望が、遠慮なく吐露できる環境作り・関係づくりを心がけている。表出できないご本人の希望に関しては、ニーズの把握の訓練を行うこと、ご家族からの情報を得ることで、自己決定ができるよう努めている。		
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	管理者と職員は一人ひとりのペースを大切に、その人らしい暮らしが邪魔されないよう努力をしている。(利用者本位のゆっくりとしたケア)		
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	馴染みの理容・美容店が利用できる様にしている。平素も、本人の希望があれば、(外出の時など)お化粧品してもらっている。男性利用者の髭剃りは毎日の日課になっている。		
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	一人ひとりの好みや力を把握し利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをすることを大切にしている。	ご近所から野菜や果物を頂いたら食材として使用。使い慣れた自分の箸を使用し、職員も一緒に食べている。とても賑やかで会話が絶えない食卓であった。また、出来る人には食材の盛り付けやテーブル拭き等をしてもらっていた。	
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	一人ひとりの食習慣・嗜好を尊重している。咀嚼・嚥下障害のある方への介助は医師、看護師の指導を受けたり、研修を受けるなどし、安全に口から食事ができるようにしている。水分・食事量のチェックを毎食行い、水分出納チェックを実施。		
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に、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	職員の口腔ケアの意識改革を行い、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている。個別の毎食後の口腔ケア、個別の口腔状態の観察、を実施している。		

茨城県 グループホームなごみの家

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	おむつは極力使わないという方針であり、本人の排泄パターン、習慣を考慮し、気持ちよく排泄できるよう支援している。日中は全介助の方もトイレに座っていただいている。	日中、オムツ使用者はゼロ。殆どがトイレ誘導を行っている。介助方法は統一されていないが、逆にその方の状態・状況にあわせ、職員がやりやすい方法を尊重している。オムツの種類も、出来るだけ家族の負担軽減を考え選択している。	
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	なるべく薬(下剤)を使わない方針である。便秘予防の為にメニューの活用、毎日身体を動かす環境づくりを行っている。個別の状態を考慮した散歩、レクリエーションなどである。		
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タイミングに合わせて、入浴を楽しめるように毎日支援している。	浴室は個浴のみだが、回数や時間帯などその方に合わせ入浴を行っている。季節に応じゆず湯や菖蒲湯、また、入浴剤などを使用し、気持ちよく入れるよう工夫している。	
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、そのときの状態を考慮し安心して安眠や休息が出来るよう支援している。(利用者と共に添い寝等、昼寝等)		
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	職員は、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、必要があれば家族、かかりつけ医に相談している。(スタッフノート、口頭での理解及び情報の共有)服用薬一覧表を作り、薬についての研修会を実施		
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	一人ひとりの生活歴、力を理解し、張り合いを持って過ごしていただく様、各レクリエーション、馴染みの場所への外出等を行っている。		
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	知らない場所(忘れてしまうため)への外出を怖がる方が増え、体力的な問題も垣間見える。積極的な外出は難しくなっている方が多い。随時、戸外に出かけられるよう環境を整え、近隣への外出が何気なくできるよう支援している。	近所のスーパーへの買い物同行出来る方は2名。花見や初詣等の行事にはなるべく全員で出かけるようにしている。ホームの高齢化、症状の重度化等が弊害となり、日常的な外出は減ってきているが、家族の外出・外泊の支援は行っている。	高齢者の体力などを考慮し移動手段の工夫に期待される。ホーム周辺の散歩や敷地内での外気浴だけでも心身への効果は期待できると思われま。遠方へ外出にとられず日頃の散歩など工夫されることが期待される。

茨城県 グループホームなごみの家

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	一人ひとりの希望や力を把握・理解し、お金を所持したり、不安なく使えるよう支援している。		
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	家族や大切な人に本人自らが連絡することへの意義を理解しており支援している。既に亡くなった方への連絡などの依頼には、他のご家族様への教育的関わりを持ちながら、協力が得られるようにしている。		
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	共用の空間は、生活感・季節感を採り入れており、例えば、花瓶にはなるべく季節の花などさすように心掛けている。感情の混乱を引き起こす、雑多な騒音は避けるよう、職員は理解し、環境をつくっている。	2Fへの階段は傾斜が緩やかで吹き抜けになっており、とても開放感を感じさせる。テーブルには季節の花が飾られ、壁には入居者の作品が所狭しと飾られていた。リビングには寛げるようソファが置かれ、廊下にも休めるよう腰掛けが設置されていた。トイレや浴室も広く、とても使い易く感じられた。	
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	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随所にソファ、ベンチを置き環境づくりに配慮している。		
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	使い慣れた家具、照明等を持ってきていただき、居室に配置している。寝具類、リネン類は 1回/週、外に干し、洗濯を行っている。	2Fは畳の部屋になっており、布団を敷いている人もいた。自分の作品や仏壇、写真等馴染みの物が置かれ、本人にとって居心地の良い空間になっていた。	
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	一人ひとりの出来る事を把握し、ご本人が成功体験の積み重ねができるよう配慮。自立支援がご本人の不快感を伴わないよう支援している。		

目標達成計画

作成日：平成24年12月27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	26	(継続項目)全介助の方は依然多く、身体面でのケアの比重が大きくなっている。ご本人様本人の望む生活・暮らしのニーズを把握し、心身両面での活性化が図れるよう総合的観察力を持ち、計画的に実施する能力を開発していかなければならない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア記録からも、ニーズの把握が出来る。 ・ケアプランに心身の活性化に繋がるアクティビティの提案が出来る。 ・ケアプランの実施にあたり、アセスメント、モニタリングをし、述べる事が出来る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア記録の書式変更後(SOAP形式)、内容が的確に書かれているか、検討する時間を持つ。 ・平時実施している事、それによってもたらされる結果を、多角的に観察ケア記録に書いてみる。 ・日常のケア記録中のアセスメントを、実施しているプランに還元できるよう担当者会議に図ってみる。 	12ヶ月
2		・特定の方以外、日常的な外出が少ない。	・日々の習慣として、外の空間から季節を感じられる時間を持つ。	<ul style="list-style-type: none"> ・心肺機能を把握すると共に、どの程度の運動負荷が可能かどうか、医療者と話し合う時間を事前につくる。 ・日光浴、外気浴を通し、利用者様と共に喜び合える。 	12ヶ月
3					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。