

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 | 0892400037 | | |
| 法人名 | 株式会社コスモ | | |
| 事業所名 | グループホームアンダンテ | | |
| 所在地 | 茨城県守谷市本町402-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年9月30日 | 評価結果市町村受理日 | 平成26年1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 | |
|----------|--|

【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25年11月15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)】

入居者を中心に、ゆったりとした安全で安心できる暖かい生活環境と、その人の持っている能力や個性を生かせるよう、家族の協力を得ながら、職員が手を差し伸べる、本人、家族、職員との連携の輪があるホーム作りに力を入れている。

【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)】

住宅街に静かな環境にある事業所である。ホームの中は明るく、リビングも広くて開放的である。利用者は居室よりもリビングで過ごす時間が多く、くつろいでいる様子が窺える。ホームの名称のように、音楽が流れている時間もあり、ゆったりとした雰囲気が感じられる。食事もおいしく頂けるように個別に工夫がされている。家族の面会も多く、職員ともコミュニケーションがとれており、風通しがよいホームである。

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している (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 | 入居者と共に安心して暮らせる暖かいホーム作りを、手をつなぎ寄り添いながらケアするという理念を管理者と職員は、共有して日々の生活の関わりで実践している。 | 「安心」「暖かい」「手をつなぎ寄り添う」と、音楽のアンダンテ(ゆったり)という二つの意味を含んでいる。ホームの名称が理念になっているため覚えやすく、職員にも浸透されケアに活かされている。 | |
| 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 | 運営推進会議で地区の区長、民生委員、地域包括の職員より近隣の行事等、入居者が参加可能な情報を得て、商店街や商工会主催のお祭りに参加している。 | 民生委員から市の情報を得ている。近所を散歩していると声をかけてくださったり、地域のお祭りに参加するなどし交流を図っている。 | |
| 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 | 市主催の連絡協議会や、市の事業所交流会に参加し、ホームの状況等の情報交換している。今後認知症への理解について、地域の人々にどのように伝えていくか考えている。 | | |
| 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 | 運営推進会議では、利用者の生活状況や課題点、ケアの実践状況を報告し、各参加者との意見交換やアドバイスを受けている。その内容をユニット会議やミーティングで話し合い、出来る事から支援している。 | 2か月に1度運営推進会議を開催。グループホーム連絡会にも参加し、運営などの情報交換を行っている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者や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 | 市の担当者や地域包括支援センターの相談員へ入居者の状況説明や対応方法、事故報告等連絡したり、直接、相談に行くなど連携を図っている。 | 市の担当者とは気軽に相談できる関係であり、困難事例の相談や利用紹介がある。 | |
| 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 | 職員への身体拘束禁止の資料を職員全員に配布し、ホームの掲示板に掲げている。現在、夕方から玄関の施錠をしている状況であることから、今後、外部研修やホームでの勉強会を持つ予定である。 | 身体拘束禁止の資料を職員玄関に掲示している。毎朝の申し送りや、毎月のユニット会議で話し合っている。実際に拘束にあたる具体的な行為が、理解されていないところがあった。 | 研修会を開催し、職員全体に周知する必要がある。 |
| 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のないよう注意を払い、防止に努めている | 高齢者虐待防止関連法についての資料を全職員に配布している。毎日のミーティング等で高齢者の虐待について、ケアの現場でそのような事がないか、随時確認している。 | | |

| 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 |
| 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 | ホームでの全体会議で関連する資料の配布と説明をしている。今後、外部研修やホームでの勉強会を検討している。 | | |
| 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、退所時の条項について説明し、質問の多い入退院後の契約の継続が可能な場合についても口頭と文書で説明している。家族が看取り介護を要望する場合は、かかりつけ医へ相談、準備を進めていることを説明している。 | | |
| 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 | 各入居者に担当職員を配置し、日頃の関わりの中で、思いや要望に傾聴するケアに心掛けている。家族へは、面会時や電話で入居者の状況を説明し、家族からの要望を聞き、双方の思いに添えられる生活環境作りに努力している。 | 家族の面会があった時に要望を聞くようにしている。利用者の意見は日々の会話の中から汲み取っている。申し送りノートに記載し、運営に反映させている。 | |
| 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 | ユニット会議や朝のミーティング等で職員から意見やアイデアを聞き、環境整備では少しずつ改善している。 | 毎月のユニット会議や毎朝のミーティングで意見や提案を聞いている。福利厚生などの要望を実現できている。 | |
| 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 | 職員自身がケアすることの喜びと楽しさを実感し、入居者に対し、ゆとりある介護が出来るよう、現場の声を聞きながら、意欲的に働ける職場作りに力を入れている。 | | |
| 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 | 市や県主催の研修に積極的に参加している。ケアの向上を目指し、資格取得の為、学習している職員も応援をしている。 | | |
| 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 | 近隣のグループホームの管理者の勉強会に参加し、同業者との情報交換をしながら視野を広め、ケアの質の向上に向け努力している。 | | |

| 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 | 入居者の基本情報をもとに、職員は日常生活の関わりから新たな訴えがあるときは管理者、担当者は本人を交えて話を傾聴し、気持ちや思いを理解し、不安やを減らす関係作りに努力している。 | | |
| 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 | 入居申し込み時に、本人と家族からホームへの要望を聞き、それに沿ったケアになるよう努力している。又、面会時や電話連絡で、随時、要望を聞き安心して過ごせる生活環境を提供出来るよう、家族との信頼関係作りに努力している。 | | |
| 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 | 生活全般の支援の他に、身体状況によってリハビリの必要性がある場合や本人と家族が希望する時、かかりつけ医へ相談、指示のもと、訪問リハビリを取り入れるようにしている。 | | |
| 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 | 本人が皆の役に立ちたいという気持ちを大切にし、お互いに支えあい、協力し合える生活の場として、一人一人の趣味や得意な事を生活の中で一緒に行うようにしている。 | | |
| 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 | 面会時やホーム行事の時、又、電話連絡等でホームでの生活状況を報告している。本人の悩みや要望を家族へ報告し、家族と本人との絆や思いに配慮しながら、家族の協力を得て外出の機会を設けている。 | | |
| 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 | 家族との関係を大切にしている入居者は、自宅へ外出、外泊し、家族との関わりを継続出来る様無理のない範囲で協力を得ている。友人との付き合いが多かった入居者へは、ホームに気軽に遊びに来られる雰囲気作りに努力している。 | 利用者の友人が遊びに来てくれている。また編み物や裁縫などの趣味を継続できるように支援している。行きつけの美容院に職員が同行している。 | |
| 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 | 入居者一人一人の性格や個性、強調性、趣味や好きな事を把握し、入居者同士が協力し合え、居心地が良い関係、雰囲気になるよう職員は声掛けやきっかけ作りに努力している。 | | |

| 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 | 退去した利用者のその後の状況を電話で確認したり、病院や施設を家族の了承を得て訪問することはある。 | | |
| 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 | 入居時の基本情報をもとに、家族からの情報や本人の言動や表情、日々の変化から意向や思いを読み取り、理解できるよう支援している。 | 利用開始時の聞き取りや、面会時に家族から情報を得ようとしている。会話のできない利用者は表情から汲み取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 | 基本情報をもとに、家族や親戚、友人等からの情報と本人との関わりの中で把握している。 | | |
| 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 | 基本情報をもとに、今の持っている力が持続出来る様心身の状態を見ながら把握に努めている。 | | |
| 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 | 本人が望まれる生活と環境変化による課題点をケア会議で話し合い、家族とは随時カンファレンスを持ち、状況により協力を得ながら、入居者本位の生活が支援できる介護計画作成に努力している。 | 介護計画のモニタリングや経時記録、排泄チェック表など、記録が重複していてアセスメントがしにくい。そのためか、職員も介護計画に直接かかわっていないことが多い。 | ケアプラン、経時記録、排泄回数など記録物が重複しているものに関し見直しが必要。ケアプランを目立つところに配置し、職員がいつでも記入できるようにし、チーム全員で介護計画にかかわれるような調整を期待したい。 |
| 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 | 入居者や日常生活の様子は、ケア記録、連絡事項や一日全体の出来事は業務日誌、特記事項や介護計画見直し案は支援経過に記録しているが、記録と連絡と連絡事項の共有や連携が出来る様努力している。 | | |
| 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 | 入居者の家族や親せき、友人がいつでも面会できるよう時間の制限をしていない。 | | |

| 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 | 運営推進会議で民生委員、区長から地域での行事等の参加が可能か情報を得ている。又、チラシや広報等での行事も常に気に留めている。 | | |
| 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 | 入居者と家族が希望する馴染のかかりつけ医はそのまま継続し、ホームと提携した病院を希望する場合とで分けている。先生へは入居者の心身の状況を、受診の付き添い時やFAX、文書で報告し、家族へ受診結果を報告している。 | 週に1度訪問診療がある。かかりつけ医への受診は家族に対応していただいている。緊急時にはスタッフが付き添って受診している。 | |
| 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 | 看護師を配置していないので、介護職で入居者の毎日の観察から変化を見逃さないようにしている。変化がある時は、早期にバイタルチェックを行い、かかりつけ医へ報告、指示のもとで受診をしている。 | | |
| 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。 | 契約時に本人と家族へ緊急時の協力医療機関の説明をしている。入居時の急変等、状態の変化がある時は、それぞれのかかりつけ病院、かかりつけ医へ連絡し、指示を受けるなど、早めの対応に努力している。 | | |
| 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 | 契約時に状態の急変や重度化した場合は、協力医療機関との連携体制を文書と口頭で説明している。又、看取り介護、尊厳死を希望する場合、かかりつけ医との連携、協力の基で準備を進めていることを説明している。 | 現在は行っていないが、希望している家族がいるので口頭での説明はしている。かかりつけ医との連携や職員への研修、マニュアル作成などの準備はまだ行っていない。 | |
| 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 | ホームの勉強会で利用者の急変時の対応方法やAEDの訓練をしているが、定期的に行っていない。 | | |
| 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 | 運営推進会議で区長、民生委員に次回の防災訓練で地域との連携、参加協力について話を進めている。区長さんが消防の役員をやっているの、訓練の時は声かけて下さいとの話を頂いている。 | 今年度、避難訓練を実施していない。緊急時の連絡網や備蓄品、ヘルメットなどは準備している。AEDも設置しており、実際に使用したこともある。 | 年内早期に避難訓練実施する必要あり。その際AEDの使用方法も再確認する。普段から広域避難場所まで散歩をして、道路状況を利用者と確認しておく。 |

| 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 | 管理者は、職員に入居者一人一人の人格や自尊心に配慮した声掛け、態度について会話等で指導している。 | 女性の利用者の入浴や更衣は女性スタッフが行うようにしている。人格を尊重し、無理強いをせず、その人のペースに合わせてケアを行っている。 | |
| 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 | 入居者一人一人の今までの生活リズムを把握し、思いや気持ちを表出出来るような声掛けや関わりに努力している。 | | |
| 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 | 個別ケアを中心に、日常的な関わりや対応で、少しずつ本音の部分を探り、それに沿った支援をしている。 | | |
| 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 | 服装を自分で選べる人は一緒に考えてあげる。選べない人は職員が選んであげるようにしている。 | | |
| 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 | 行事食や外食は入居者も楽しみにしているの、特別メニューや外でも食べやすいものにして、入居者それぞれ出来ることからテーブル拭き、野菜皮むき、後片付けを行っている。 | テーブル拭きや材料の下準備、下膳を一緒に行っている。食べられないものがある場合はメニューを変更している。食欲のない利用者には、プレートに少量ずつ盛り付けたり、誤嚥を予防するためにあんかけにするなどの工夫をしている。 | |
| 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 | 食事形態でとりにくい入居者には、ミキサー食、とろみ、刻みをつけている。 | | |
| 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 | 食事時に摂取状態の観察を行い、毎食後、声掛け誘導し、義歯の適合状態や口腔内の違和感、欠損歯はないか確認し、義歯の洗浄を行っている。歯科受診の必要性がある時は、かかりつけ医への受診支援を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄チェック表による排泄リズムから、入居者の持っている身体能力や自力で排泄したいという思いに配慮しながらトイレ自立への声掛け、一部介助を行っている。 | 排泄チェック表をつけてパターンの把握に努めている。夜間頻尿の場合はポータブルトイレを使用し、なるべくご自身で行えるよう支援している。 | |
| 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 | 散歩と園内歩行、体操を日課にしている。便秘が慢性的な入居者には、主食や副食を軟らかくしたり、牛乳、ヨーグルト、麦茶ゼリー等を提供している。家族へ報告、主治医の指示を受けるなどの対応をしている。 | | |
| 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 | 週2～3回を目安に入浴日を決めているが、それ以外の日や、午前、午後も入浴できるように支援している。 | 入浴の回数や時間帯は希望合わせてることができる体制にある。介護度の高い利用者もシャワーチェアを使用するなど、個々に応じた支援を行っている。 | |
| 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 | 入居者の生活リズムにあわせ、仲間同士の趣味の作品作りや談話、音楽療法等を取り入れたり、散歩やホームの買い物外出など日中の活動を多く取り入れるようにしている。入居者によっては、専門医による診断、処方で眠剤を服用している。 | | |
| 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 | 服薬のファイルを作り、職員が服薬の内容や薬の変更、服薬量の変更が把握出来るようにしている。配薬時に2度チェックし、服薬支援時に職員が声掛けの連携を行っている。 | | |
| 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 | 習字や針仕事、編み物が好きな入居者には、時間をかけて作品を作り、完成した時の喜びや作品作りへの意欲や楽しみを持てるようにしたり、トランプ、かるた、ゲーム等一緒に行っている。ギターを弾く人には、雰囲気作りを支援している。 | | |
| 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 | 天気が良いときは、毎日近所や神社まで散歩したり、希望があれば個々に買い物や外出に付き添う等対応している。四季の花の散策や地域のお祭り、行事に外出支援している。 | 体調にあわせて神社や近所の畑に行くなど、なるべく戸外へ出るようにしている。最寄駅で行う催し物を見に行くこともある。 | |

| 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 | 本人と家族の希望があり、金銭の自己管理が出来る入居者は、ホームで判断した金額の範囲で自己管理してもらい、担当の職員がお金の使用内容を把握している。他の入居者は、ホームで管理し、依頼を受けた時に使っている。 | | |
| 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 | 家族や友人への電話の希望には、事前に家族の事情や都合を聞き、それに配慮した時間帯にかけようとしている。携帯を持っている入居者には、家族からの情報や毎日の関わりの中で何気なく内容を把握する様にしている。 | | |
| 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 | デッキにはベンチやお花を置き、ベンチで休んだり、お花に水をやったりしている。デッキからの明るい陽が入るようにカーテンは前開にしている。浴室のプライベートを考慮して外からカーテンを取り付けた。 | リビングは明るくて広く、開放的である。くつろげるようにソファを配置。台所がカウンターになっており、調理している臭いや音が体感できる。 | |
| 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 | 趣味や来客、イベントの部屋として多目室を設けている。畳の部屋の利用方法は、検討中である。 | | |
| 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 | 居室にいても落ち着ける雰囲気作りを担当職員を中心に本人、家族からのお話をもとに、馴染の家具や、飾り物、テレビ、思い出のある品物等を家族の協力を得ながら、整備している状況である。 | 筆筒とエアコン以外はすべて自分の馴染みのものを持ってきていただいている。家族写真、趣味のものを飾り、居心地良く過ごせるよう、配慮している。 | |
| 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 | 今からリビング、食堂への廊下は一直線で、手すりがあり、視界が良く歩行しやすく安全にしている。キッチンから食堂、リビング全体を見渡せ、全体の動きを観察できるよう配慮している。 | | |

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム アンダンテ

目標達成計画

作成日: 平成26年1月6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 | 5 | 身体拘束禁止の資料を玄関に提示したり、朝の申し送りや、毎月のユニット会議で話し合っているが、実際に拘束にあたる具体的な行為が理解されていない。 | 職員全員に、拘束に当たる具体的な行為を理解してもらう。 | ユニット会議で時間を設け、身体拘束禁止の資料を再度配布、説明し、職員全員に周知させる。 | 3ヶ月 |
| 2 | 10 | 介護計画のモニタリングや記録、排泄チェック表など記録が重複していてアセスメントがしにくい。職員もケアプランに直接かかわっていないことが多い。 | 記録の重複を見直す。ケアプランを目立つところに配置し、職員がいつでも記入できるようにし、チーム全員でケアプランにかかわれるようにする。 | 業務日誌、ケース記録、排泄・水分チェック表など記入する項目が重複していないか見直しをする。ケアプランの用紙を活用し、モニタリング表にして職員がいつでも記入できるようにする。 | 3ヶ月 |
| 3 | 13 | 今年度、避難訓練を実施していない。 | 早急に避難訓練を行う。 | 12/11消防訓練を実施。通報訓練、消火訓練、避難訓練、EADの使い方の講習を行なう。 | 1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、行を挿入してください。