

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	0872005012		
法人名	医療法人社団 みなみつくば会		
事業所名	グループホーム筑水苑 梅ユニット		
所在地	茨城県つくば市谷田部6107-1		
自己評価作成日	平成24年 11月 23日	評価結果市町村受理日	平成25年4月1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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872005012-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872005012-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【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1月20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)】

利用者様一人ひとりに、心から安心して生活していただけるよう、コミュニケーションを大切にしています。一緒にお茶を飲んだり、時にはマンツーマンで散歩や買い物にでかける機会を設けるなどして、職員との信頼関係を築いていただけるよう努力しています。利用者様に対し、心からの尊敬と親愛の気持ちを抱いて日々接し、接遇についての教育は徹底しています。また、敷地内にクリニックがあり、主治医や連携看護師と日頃より密な連絡をとっており、急な体調の変化がみられた際も、迅速な対応が叶っています。医療面においても、利用者様やご家族様にご安心頂く事ができていると自負しています。

【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)】

医療保健施設として、老人保健施設や有料老人ホーム、クリニック、ウェルネスクラブ等が隣接する広い敷地内の一角に当該ホームがある。敷地内を通学路として開放したり、建設前からの古い桜の木があり、入居者を楽しませている。管理者、職員共に入居者の人格を尊重し、寄り添う気持ちを大切にしながら一人ひとりに合わせたケアを行っている。新人職員は「勉強の機会を作ってもらったり、先輩からは丁寧指導を受けられるので頑張ろうという気持ちになる」と語っていた。自己評価については、色々な気付きがあり、日々の業務の振り返りとなりとてもよかったと前向きな発言もあった。法人としても職員の資質はサービスの質に繋がることを意識して、職員の教育にも力を注いでいる。

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、生き生きと働いている (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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」を念頭に置いた、ホーム独自の「ケア理念」を作成し、掲示を行い、管理者と全職員がその理念に基づいて毎日のケアにあたっている。	法人の理念は毎日職員が唱和している。グループホームの理念について職員間で話し合い、4つの理念を決め掲示している。介護の原点は「やさしさ」だと思っている。	
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	季節の行事に地域の方々をお招きすると共に、敷地を小中学生の通学路として開放するなどして(道路が交通量多く危険な事もあり)、地域の方々に身近に感じて頂けるよう努力を行っている。	敷地内の一部を小学生の通学路としており、中学生になって制服で挨拶に来た生徒がいる。地域の情報等により、行事には積極的に参加している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献	見学时などにご相談が寄せられた際には、誠意を持って対応にあたり、問題解決がなされるよう、行政機関を紹介したり、必要な情報を提供させていただいている。		
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	3ヶ月に1度会議を開催している。毎回、状況報告と共に意見交換を行い、頂いたご意見は議事録にまとめ、サービスに反映させている。	地域の代表として民生委員や区長が委員となっている。家族会代表も参加して、情報交換の場となっている。11月は防災訓練を行った。	
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	担当者様に、毎回推進委員会へご出席頂き、事業所の実情をお伝えしている。ご指導を頂いた際は、速やかに対応し、改善に努めている。	事務連絡等は市役所に出向いて行う。月1回地域密着型連絡会議があり、学習と情報交換を行っており、毎月参加している。	
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	市の勉強会に出席するなどして、拘束について学ぶ機会を設けている。また、身体的拘束・行動制限廃止マニュアルを作成し、職員間での理解を深めるように努めている。玄関の鍵は、やむを得ない場合を除いて開錠している。	勉強会を行う中で職員が意識していない拘束もあることに気付いた。管理者は、スタッフの為に利用者の行動制限をしていないか等、チェック指導を心掛けている。	
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	虐待防止マニュアルを作成、掲示を行い、職員の意識向上に努めている。また、虐待防止委員会を設置し、事業所内での虐待防止に努めている。		

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	事業所内でも実例があり、制度について学ぶ必要性を感じている。「高齢者の権利擁護」の勉強会に出席し、知識を深めるなど行っているが、職員間での周知は高くなく、「活用できている」とは言い難い。		
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・改定等の際には、分かりやすさを第一に説明を行っている。ご質問にはご納得頂けるまで対応させて頂き、十分にご理解・ご納得頂いた上で、契約締結を行わせて頂いている。		
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	定期的にサービス担当者会議を開催し、ご家族のご意向やニーズをつかむ為の努力をしている。また、年2回家族会を開催し、ご家族同士の意見交換の場を設けている。ご意見を記録にまとめ、サービスに反映させて頂いている。	家族の細かい要望に対応困難なことも時々あったが、二人体制で対応し、記録に残すなどの工夫をして対処した。その結果お互いに話しやすくなった。	
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	毎月のミーティングや、基本年2回(また、必要時に随時)法人との面談が行われ、職員の意見や提案を聞く機会が設けられている。職員の意見が取り上げられ、改善された点も多々ある。(ベンチの買い替えや危険箇所への対策など)	月1回のミーティングは、法人内で情報共有するようにしている。職員の意見により、利用しやすいテーブルと椅子に交換した例がある。職員から提案された研修も実施した。	
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	毎週、管理者と法人が定例会議により話し合いの場を設けている。また、面談の際に、法人側と職員の間で細かな意見交換がなされ、良好な環境下で職務に就くことが出来ている。		
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	法人内での研修へ、積極的な呼びかけを行っている。勤務の都合もあり、全員とは行かないが、市で行われる勉強会へも参加を呼びかけ、教育に努めている。		
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	毎月の地域密着型サービス連絡会の会議へ出席し、情報交換を行っている。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所のご相談を受けた際は、ご家族から情報提供を受けると共に、ご本人の元へ面談に伺い、ご希望やご不安など、素直にお気持ちをお話し頂き、関係構築に努めている。		
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	一番初めの見学時には、お茶を飲みながらゆっくり話して頂く場を設け、悩み・思いをお話し頂いている。その上で、ホームとして提供可能なサービスを検討し、次の段階へ進めさせて頂いている。		
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	ご相談内容をよく推考し、その状況下で最優先と考えられる対応をとらせて頂いている。必要と判断された際は、他施設の紹介も行わせて頂いている。		
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	職員は皆、入居者様に対し、「人生の先輩」と言う尊敬の念と共に、家族のような親しみを抱いている。「寄り添う介護」を常に心がけ、生活の面で必要な場面での介助を行わせて頂いている。		
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	サービス担当者会議に積極的に参加して頂き、情報共有を行っている。『一緒に利用者を支えていく』と言う思いで、ご家族も含めた「チームケア」を取り組んでいけるよう、信頼関係の構築に努めている。		
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	地元のご友人などに宛てた手紙をお預かりし投函したり、地元の話題を提供したり、馴染んだ場所や人とのつながりを大切にさせて頂けるよう支援している。	遠方らの入居者には、友人からの電話や手紙のやり取りができる支援をしている。ホームに訪問してくれる友人もいるが、本人の記憶低下により足が遠のいてしまう事もある。	
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	利用者の行動や発言に注意を払い、仲の良い利用者同士、居室で茶を飲む場を設けたり、難聴などでコミュニケーションが上手くいかない際に間に入ったり、良好な関係を築けるよう支援している。		

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	ご家族よりご相談を頂いた際には、親身になり対応させて頂いている。他施設・病院へ移られた利用者の元へ面会に伺ったりと、退所後もできる限りの関係の維持に努めている。		
<b>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</b>					
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	ケアプラン作成の際に、十分ヒアリングを行うよう努めている。また、常日頃よりコミュニケーションを取り、希望、願いや、ストレスに感じている事などのマイナス感情にも気をつけ、ご本人の心を理解出来るよう支援に努めている。	意思表示が困難な方は少ないが、寄り添ってケアする中で思いを感じ取る工夫をしている。また、その方の得意なことを活かす工夫もしている。	
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	入所時に、ご家族よりご本人の生活歴をシートに記入して頂いている。また、それまで利用していた施設・病院等からも協力して頂くなどして、様々な視点からご本人を知るための情報を得ている。		
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	行動や発言、心身の変化に関わるものなど細かな事を、毎日、個別のケース記録へ記入し、全職員が把握出来るよう努めている。できる事を見出し、生活リハビリなど、能力を生かす場面を設けられるよう心掛けて支援を行っている。		
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	定期的にサービス担当者会議を開催している。ご家族にも積極的に参加頂き、それぞれの立場から意見を出し合い、利用者の「今」に一番必要なケアプラン作成の為に、関係者全員で協力体制を取っている。	定期的なモニタリングと状況の変化に応じ、担当者会議を開催して計画作成している。日常的にケア記録の中にモニタリング、エピソードも記録するようにしている。	
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	『本人の状況』と『サービスの実施』を分けて記入する形式の用紙を用い、状況把握と情報共有に努めている。介護計画を実践出来ているかを確認するため、ケース記録に介護計画の項目毎に振った番号を記入する欄を設けている。		
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	ご家族と密なコミュニケーションを取り、素直な思いや、ご希望をお伝え頂けるよう関係の構築に努めている。予定日以外の人浴や、ご家族がご希望されるレクリエーションの提供など、出来る限り柔軟に対応出来るよう努めている。		

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	区長や民生委員の方のご協力を得ながら、利用者様と地域のかけはしとなり、地域に根付いた豊かな暮らしを実現できるよう、努力する必要性を感じている。		
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	敷地内にクリニックがあり、そちらの医師を主治医に変更される方もおられるが、従来の主治医を受診し、処方などを受ける方もおられる。どちらの場合も、必要時に指示を頂き、適切な対応がなされるよう努めている。	併設のクリニックにて訪問診療を行っている。以前からのかかりつけ医への受診は家族が送迎し付き添っている。必要時には歯科の往診もある。状態が変化した場合は家族と相談した上で受診する。	
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	夜間なども含め、必要時、連絡を迅速に行うよう努めている。また、小さな事でも、気付いた事はケース記録や連携看護師との連絡ノートに記入し、適切な対応がなされるよう、情報共有に努めている。		
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。	ご本人とご家族への励ましの意味も含め、入院時の面会は可能な限りまめに行わせて頂いている。病院関係者より、入院中の様子などについて情報を得るなどして、退院時に、ホームで引き続き必要な対応を取らせて頂けるよう努めている。		
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	事業所独自の「重度化の指針」を作成し、ご家族へ説明を行い、ご理解を頂いている。ご家族のご意向を伺い、次の生活の場として他施設をご紹介するなど行っているが、地域の関係者との連携、と言う所には未だ至っていない。	原則看取りは行わないことを入居時に説明して納得してもらっている。重度化の場合は、状態に合わせた病院や施設の情報提供を行っている。	重度化しても医療依存度が高くないような場合、職員の出来る条件等を検討する機会を設け、話し合ってみてはいかがでしょうか。
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	マニュアルを作成し、職員に教育を行っている。消防署の協力を得て、心配蘇生法などの訓練も定期的に行っている。		
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	災害時の対応マニュアルを作成し、職員に教育を行っている。地域住民の方(向かいに建つ、会社の社員寮)とも書面を交わし、有事の際に協力頂けるよう関係を築いている。	避難時の利用者個別対応を検討している。隣の会社が夜も開いており、協力を依頼して了解を得ている。火災、自然災害以外にも急変や離苑時のマニュアルも作成している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	接遇は徹底した教育を行っている。「利用者には人生の先輩である」と言う畏敬の念を常に抱いて対応している。受容と共感の態度を示し、利用者様に不安なく過ごして頂けるよう努めている。	法人としての接遇研修を行っており、医療関係者が講師になっている。ロールプレイなども行って基本を学習する。利用者の歴史をふまえ、笑顔で挨拶を、をモットーにプライドを損ねることがないように努めている。	
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	利用者の訴えには、常に傾聴の姿勢で接し、思いのままを伝えて頂けるよう努めている。居たい場所、やりたい事など、利用者様が自分の意志で動くことが出来る様支援している。		
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	食後、眠たそうな利用者には臥床を促したり、グループ体操の時間、散歩を希望される方に個別対応を行ったり、個人のペースに着目し、ゆったり過ごして頂けるよう配慮を行っている。		
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	毎月、地域の理容師の方に訪問散髪を依頼している。その際、ご家族やご本人にご希望のヘアスタイルを伺うなど行っている。爪切り実施記録をつけるなどして、身だしなみに注意を払っている。		
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	食事の際は、利用者とは話ししながら楽しい食事の時間を過ごして頂けるよう努めている。配膳や片付けなども、台所や自席にセッティングし、利用者には有する力を発揮して参加頂けるよう努めている。	ご飯、味噌汁はホームで作り、その他の食事は老人保健施設から届く。食事の配膳は利用者が行い、食器洗いも利用者が行う。宅配や外食も計画的に実施している。	
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	食事は、管理栄養士によりバランスの取れた食事の提供が叶っている。水分量チェックを毎日行う、好む飲料を提供する、などの対応し、水分量の把握と確保に努めている。		
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	月2回、訪問歯科による口腔ケアと指導を受けている。また、毎食後に口腔ケアを行い、清潔保持に努めている。		

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	24hの排泄チェック表を作成し、排泄パターンの把握に努めている。本人の行動を良く観察して排泄のサインを見逃さない、尿意のあまりない方へは間隔を見て声かけするなど、失敗なくトイレでの排泄が叶うよう支援している。	ほぼ自立している人が多い。入所後1年かけて部屋での放尿をなくし、自立まで支援した例がある。外出時も本人のペースを確認しながら支援している。	
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	便秘の際は、冷たい牛乳を提供するなどの対応を行っている。日頃から、まめな水分提供を行ない、また、体操や散歩で体を動かす機会を設け、排便を促すよう努めている。		
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	入浴日は決めさせて頂いている。最低週3回の入浴が叶うように、不穏時や午睡などで利用者様が入浴に気持ちが向かれない際は、時間をずらすなどの対応をとり、気持ち良く入浴して頂けるよう配慮を行っている。	基本的に週3回、午後に入浴。拒否が強い人は本人の意思を尊重しながら、清潔を心がけている。ゆず湯、菖蒲湯、入浴剤を利用しながら入浴を楽しんでいる。	
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	消灯時間まで、リビングでゆったり過ごして頂けるよう、雰囲気作りに配慮している。消灯後は居室で日記を付けたたり、自由に過ごして頂いている。夜間覚醒があった際は、温かい牛乳を提供したり、安眠して頂けるよう配慮をしている。		
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	内服薬の説明書を事務所に保管し、職員が確認出来るようにしている。処方に変更があった際は日誌に記入し、全職員が把握できるように努めている。薬局との連絡・連携も密に行い、薬の飲み方や効果などについて指導を頂いている。		
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	生活歴を知る為に、ご家族やご本人より情報提供を頂き、「短歌が好き」「家事が好き」など、能力や趣味に沿った支援を行っている。興味のある物を提供できるよう、日々の行動や発言に注意を向け、レクに活かせるよう努めている。		
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	「今日は天気が良いな」と言う利用者の言葉を受けて積極的に外気浴や散歩の機会を設ける、おやつや日用品などを買いに近くのS.Cへ買い物に行くなど、日常的に苑外へ出られるよう支援している。	ほぼ毎日、安全な散歩コースへ散歩に出かける。日用品の買い物を兼ね散歩することもある。イチゴ狩りや花見、外食等に出掛ける。	

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	基本的に、ホームにて預かり金と言う形で管理させて頂いている。月に1度、移動売店を頼み、菓子など、好みの品を自分で選んで購入する事の出来る場を設けている。		
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	訴えがあった際など、ご家族様へ電話の取り次ぎを行い、お話して頂けるよう支援している。レクリエーションで作成した絵手紙をご家族の元へお送りするなどの楽しみも持って頂いている。		
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	季節の行事の掲示物を作成し飾る、旬の花などを職員が持ち寄って飾るなどして、季節感の演出を行っている。暖色系の色使いを基調とし、落ち着いた色調で頂けるよう配慮を行っている。	壁には利用者の作品の展示があり、季節毎に変えている。畳の交流スペース(部屋)やベランダもあり、利用者がゆったり過ごすことができる。	
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	居室やベランダで、一人の時間を過ごして頂けるように配慮している。また、仲の良い利用者様同士、ソファや居室で談話して頂けるように雰囲気作りやセッティングなどに工夫をし支援している。		
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	ご本人の居室は、入居時に、タンスや机など使い慣れた物を持参頂き、「ここが自分の居場所」と思える環境作りを心掛けている。	各部屋の採光もよく、本人や家族の意向に沿った部屋作りがされている。使い慣れたテーブルや畳の持ち込みなど自由に配置し、本人が落ち着ける空間となっている。	
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	施設内は、ユニット間も含め、利用者がどこでも行きたい所へ行く事が出来ている。特に台所はリビングと繋がっており、食事などの際、利用者が進んで台所へ向かい、生き生きと家事に参加されている。		

## 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	33	重度化しても医療依存度が高くないような場合、職員の出来る条件を検討する機会を設け話し合ったら良いのではないか。	近頃のグループホームでの看取りの必要性は高まっており当苑としても自覚しているがハード面の改善を含め現在では困難な状況である。しかし検討はしていきたい。	医療依存度の高い利用者に関しては、主治医との連携を図り対応してゆく。又ADL低下の見られる利用者にはケア会議等をまめに開催し職員の支援によって継続可能になるよう努力したい。ハード面の改善については費用も発生する為すぐの改善は困難。	継続
2					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、行を挿入してください。