

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	0870400280		
法人名	株式会社アイアール		
事業所名	グループホームローズマリー		
所在地	茨城県古河市古河514-1		
自己評価作成日	平成25年2月20日	評価結果市町村受理日	平成25年6月6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_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0870400280-00&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25年4月9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)】

認知症(例えそれが軽度、重度を問わず)を持っている高齢者の最晩年が、その個々人の尊厳と人生に不利益とならない普通の営みができる支援に重点をおいています。ご利用者1人ひとりの生活歴、認知症状、ADL、家族等をスタッフ全員で把握しご利用者の真のニーズを目標としたいために、介護計画を熟考して立てサービス提供に反映させて、再検討に努めています。急変時、重度化、終末期までを支えるために医療機関との連携が重要となりますので、私達スタッフがご利用者にとっての普通を熟知し、急変時に素早く対応できるよう心がけています。最終的に介護される者と介護する者という壁をなくし、家庭的な環境において互いの信頼を勝ち得るための支援に力を入れています。

【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)】

認知症の軽度重度を問わず、お互いに支えあい共同生活が送れるよう考えられている。看取りまで見据えた上で、提携医療機関の医師・看護師と利用者が馴染みの関係になれるよう、早い段階から提携医療機関に通院し、終末期を迎えても本人・家族が安心してホームで暮らしていけることを最重視している。また、日常的にラジオ体操・音楽体操・個別ケア(歩行練習・起立訓練など)を行い、重度化防止にも心掛けている。地域との交流の面では、行事ではお餅やお餅など沢山作ったときに近所へお裾分けしている。近所から野菜が届けられることもあり、相互に良好な関係作りができていた。

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ます (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	認知症高齢者とのなじみの関係構築の過程において、馴れ合いではなく介護のプロとして理念を具体化し個人にとっての尊厳とは？をカンファレンスにて考慮しつつ実践に繋げている。	玄関及び各ユニットの入り口に掲示すると共に、カンファレンスの中で、理念に即したケアのあり方を検討し、認知症ケアのプロとしてプライドをもって仕事をしてもらうよう職員教育をしている。理念の見直しにも取り組んだが、開設当初の理念を継続している。	
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	ホームと近隣の日常のお付き合いを大切に、散歩や面会で立ち寄りの方々とスタッフひとりひとりがホームの顔として声掛けや挨拶を行って情報やアドバイスを頂いている。また自治会や子供の会の仕事も依頼があれば引き受けている。	子ども会の夏祭りでは立ち寄り所(トイレ・休憩所)としてホームを提供している。行事などでたくさんのお食事を食べた時は近所にもお裾分けをして、近隣とのつながりを持つようになっている。オカリナや三味線などのボランティアの受け入れもしている。	
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	地域包括の認知症介護の講習会等のお手伝いや支援を進めている。記念日には認知症介護の講師の講演を開き、地域資源となりうる方々や退去されたご家族にも参加を呼びかけ、認知症介護の実践の発信源となるよう努めている。		
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	2ヶ月に1回開催。家族、介護保険課職員、在宅支援センター、近隣の介護支援専門員、医師等25名前後で開催している、主に支援内容、支援計画を中心に問題提議をし、改善に理解を求めている。	2ヶ月毎、家族・介護保険課・在宅支援センター・元担当ケアマネ・職員等の構成メンバーで開催され、運営報告や家族から出た議題についての講義、意見交換などが行なわれている。参加家族が非常に多く、意見も出しやすい会議の場となっている。欠席家族には、議事録を郵送している。	
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	運営推進会議に保険課職員の出席頂き、ご家族の悩みや困りごとを市に繋げ、介護保険や成年後見人制度の説明をして頂いている。また、ホームからの報告義務がなくても連絡を取り合いアドバイスを頂くよう努めている。	在宅支援センターの職員や居宅の介護支援専門員との連携ができています。包括支援センターからは、認知症についての講演の問い合わせなどもある。	

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
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	身体拘束における切迫性、非代替性、一時性の要件を満たすことを考慮し、常に検討する姿勢をもつことをカンファレンス等で話し合っている、玄関施錠は感染症流行時と夜間防犯の為行うことを運営推進会議にてご家族にも説明済みである。	身体拘束にあたる行為などはカンファレンスの際、職員と再確認している。緊急時やむを得ない場合においては家族の同意を得て行なっているが、経過観察・カンファレンスを通してケアの方向性を検討している。また、感染症などで隔離が必要な場合などは、運営推進会議で説明し、家族に理解してもらうよう努めている。	
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	日頃からカンファレンスや運営推進会議において虐待防止について学び、一人ひとりが言葉遣い等に気をつけスタッフ同士の確認や運営推進会議にてご家族に確認しながらケアを行っている。		
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	成年後見制度や権利擁護事業を利用している入居者を通じて制度を学んだりカンファレンスや運営推進会議で研修を行うなど職員が学ぶ機会を持ち家族などから意見を求められた時全職員が対応できるようにしている		
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	契約時だけでなく家族の面会や運営推進会議等で変更点は説明している。疑問点はその都度丁寧に説明し要望はできる限りお答えすることでご理解ご納得いただけるよう努めている。		
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	運営に関わる要望は、利用者や家族の悩み、困りごとである場合もあるので、個々人の聞き取りを管理者やケアマネが行った上で、会議の議題や研修として出席者全員で学び解決して運営に反映させている	運営推進会議の家族の参加率が高いので、年1~2回会議終了後、家族と職員で個人面接しながら意見交換を図っている。運営に関する意見は少ないが、ケアプランの内容についての確認や本人に対するケアの要望など、意見の言いやすい関係ができています。	
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	カンファレンスをテーマ別に行い、今後ローズマリーをどうしたいか？を話し合う場を設け運営に反映させている。スタッフ個々人の要望は不満や待遇改善の内容も含まれることが多いので個人面談をし、運営と照らし合わせている	毎週開催されるカンファレンスの中で、業務に関する意見要望なども出されている。マニュアル通りではなく、状況に応じて業務の流れを変更するなど、管理者と相談しながら適切な援助ができるような関係ができていた。	

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	スタッフからの要望に偏りがでないように心がけているが、組織化の面では難しい面がある。管理者・計画作成者・スタッフ(日勤、夜勤)の介護力が一定レベルに達するためマニュアルの見直しや研修を行い勤務体系の組織化に取り組んでいる。		
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	新人職員は経験に応じた研修期間を設けたり、他職員も必要時再教育の為ダブルシフトを組んだりしている。また、外部の研修参加、実践者、リーダー研修参加を勧めたり、カンファレンスも研修に時間を使っている		
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	医師会主催の認知症薬剤の勉強会や他県のグループホーム協会の勉強会、認知症ケアサポートのお手伝いとお誘いがあれば積極的に参加し意見交換を行うようすすめている。		
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	入居前にご自宅や前入居施設を訪問し情報収集したりご本人やご家族のご希望を聞いている。また、家族やケアマネさんなどからの情報を元にご本人の生活歴や精神面の変化、置かれている状況を把握しケアに生かしている		
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	入居前にはご家族に細かく説明し分からないことや不安な事はないか確認している。また、相談を受けた際はご家族の話をよく聞き相談にのっている。それでも入居間もない家族は戸惑うことが多くあるためよく話し合い要望を正確に掴むことで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	相談を受け入居するまでに利用できるサービスの紹介や内容を説明している。また、当施設の内容を説明した上で別の施設を希望された場合はその方にあった施設をご紹介している。ケアマネを通してこれた方には必ずケアマネにお伝えしている		

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
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	利用者と家族と言う関係でなく利用者とスタッフには多種多様な関係が存在している。職員は利用者を認知症があっても1人の人間としての尊厳を一番と考え、できない所を補うことに努め一緒に悩み、笑い苦楽を共にしている		
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	家族の思い(利用者や利用者の晩年の生活への思い)をホームでの生活に活かせるように努め、家族も介護者の一員である意識を持ち施設に入ったから家族と離れるわけではなく家族と共に利用者を支えたり利用者や家族との関係の再構築に関われるようにしている		
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	利用者の外出は家族や友人と連携を図り体調管理やお出かけ用準備をしたり、来訪者との団欒ができるようスタッフがセッティングしている。また年賀状などスタッフが代筆することもあり関係が途切れないよう支援している	入居前、自宅に訪問できる家庭であれば訪問し、今までの生活環境、友人関係などの確認を行なっている。使い慣れた家具や本人のこだわりがある物などがあればホームに持ってきてもらうよう説明している。利用者の中には、手紙のやり取りをしている方や友人が来訪してくれる方もいる。	
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	利用者の背景や状況を考慮し、リビングの席順などを決めている。職員は利用者同士の関係の構築を見守り職員の関わりにより関係改善される場合は職員がさりげなく関わるようにしている		
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	退去された方のご家族のお話は現在の利用者、ご家族にとって説得力のあるものとなるので、運営推進会議等にお呼びしたり、必要時連絡を取り合っている。		
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	利用者個々人の要望やこだわりを優先させる環境づくりをし、生活の中から利用者のニーズを引き出すよう努めている。たとえ利用者が自己決定しにくくなってきてもご家族と協議しながら利用者本位になるよう努めている	センター方式を中心に、個人に合わせたアセスメント方式を用いて、本人の思いや意向について、職員で意見を出し合いながら本人本位に検討している。困難な方は、行動や表情から、「怒っている」「トイレにいきたい」などを読み取って援助することが日常的に行なわれている。	

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
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	家族の許可があればご自宅に訪問させて頂く、また入所前に使っていたサービス事業者(居宅、通所等)からも情報提供書だけでなく面会を求め、ご本人の暮らしぶりの状況把握に努めている		
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	全職員がセンター方式に取り組みそれぞれが情報を持ち寄り共有化を図ることによって利用者のその人となりを細やかに把握することに努めている。また、小さな変化やいつもと違う発語など気付いたことは細かく記録している		
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	入所当初の方はご家族、居宅の介護支援専門員等の意見も含め毎日アセスメントの話し合いをしている。住み慣れた利用者の方々も週1回のカンファレンスにて皆で情報を持ち寄り、話し合いを繰り返しケアプラン作成を役立っている。	介護計画作成にあたっては、計画作成者を中心に職員と一緒に作成し、3ヶ月毎に見直しを行なっている。介護計画に基づいて適切な援助ができるよう、細かな援助内容が記され、状況の変化に応じて計画の変更も行なわれていた。状況によっては、家族も含めたカンファレンスを実施している。	介護計画に基づいて支援する為、援助内容も細かく記されていたが、毎日の支援記録との連動ができていなかったため、記録の仕方を工夫されることを期待する。
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	経過記録だけでなくチェック表・特記記載・申し送りノート・申し送りメモを利用し申し送りやカンファレンスで情報の共有及び介護の実践・介護計画の見直しに生かしている。状況変化時は随時のカンファレンスを行い速やかに変更している		
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	緊急的なデイサービスの受け入れ、送迎付き美容室、訪問マッサージ、かかりつけ医以外の病院受診などの様々なニーズに応えるようにしている		
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	おおボランティアの受け入れはイベント等は地域住民と男関わりあうよう努めている。外食もTPOに合わせて予約をし、地域と馴染みの関係を構築し暮らしを楽しむことにしている		

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
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	提携医療機関には入所時できるだけ早く受診し、かかりつけ医として医師や看護師と馴染みの関係作りの支援をしている。体調変化時は往診して頂いている。また、提携医療機関以外にも往診していただける皮膚科、歯科と連携しており必要時受診できている。かかりつけ医以外でもスタッフ同行	重度化・終末期ケアを見据えた上で、利用者のほとんどは提携医療機関に通院し、その上でかかりつけ医の通院を継続している方もいる。利用者の状況を適切に医師に伝え、指示を仰ぐ為にも、職員が付き添うことを原則としている。受診結果は家族に電話連絡し、受診記録にも残している。	
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	介護計画や看護記録、医療連帯記録をみて頂いたり、通院往診時に利用者について伝え関係作りを支援するほか日常的に薬や緊急時の対応を相談している		
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。	提携医療機関以外に入院や加療が必要な場合は介護サマリーと連携医の紹介状をお持ちし受診時は必要時職員が付き添っている。入院中もスタッフが訪問し利用者についての情報の交換を密に行っている		
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	入所時の健康診断から急変の可能性等のご家族に説明をしている。重度化、看取りについては運営推進会議にて何度も話し合いの場を設け、ホームとして出来る事、本人とご家族はどのような医療を受けたいかを聞き取って主治医に確実に繋げている。	契約時に終末期同意書を作成し、重度化した時には、「終末期ケアの対応マニュアル」に基づいて意向を再確認している。延命の意向については、医師より家族に説明があり確認されている。終末期ケアを希望された方については、看取り介護に関する計画を作成し、同意を得た上で最善の支援に努めている。	
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	看護師や管理者、場合によっては医師から指導を受けている。応急手当やクーリングの仕方はカンファレンスを研修時間にあてている。バイタルの見方や薬の特徴や副作用まで日常的にスタッフに指導している。また、緊急連絡の仕方はマニュアル化している		

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
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	定期的に防災、避難訓練を行い、色々な場面を想定して実施、反省会を繰り返している。消防職員、メンテ会社の指導を受けたり、ホームがどのような設備をしているか見学会の通知を自治会にも出している。	避難訓練は年2回(4月・10月)実施されている。夜間想定や地震想定、ライフラインを止めての訓練など、色々な場面を想定して実施し、反省を次の訓練に生かしている。回覧板で近隣にも参加を呼びかけているが、高齢者が多く、なかなか協力が得られない状況になっている。	
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	認知症だから・・・と言う視点ではなく、利用者もスタッフも同じ人間として真摯に向き合っている。認知症部分と認知症でない部分を見極めて、対応を細かく変化させている。個人情報や各居室のプライバシー部分を本人が守ってほしいところは徹底して守る姿勢で取り組んでいる	排泄や入浴などの介助を行なう際も、本人のプライドを損ねない言葉かけを行なっている。名前の呼び方は、本人・家族が昔の愛称で呼んで欲しいと望まれた為、○○ちゃんと呼んでいる。個人情報の流出に配慮し、個人ファイルなどは鍵のかかる書庫に保管され、肖像権についての同意も得ている。	
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	日々の生活に必要な決定と病気からくる間違った決定を見分けることの大切さをスタッフ一同痛感している。自己決定が難しいかたにはご家族と話し合いを繰り返す。病気があっても人生に必要な決定をできる限り促し、声掛けに留意している。		
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、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	利用者1人ひとりの要望やペースも守るべきところと、共同生活の中で利用者が唯一社会性を発揮できる部分は分けて対応している。そのためスタッフは仕事の優先順位をつけながら利用者のペースを乱さないように工夫している		
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	普段より季節にあった服が着られるように個々の能力に応じて職員が援助し、その人らしい身だしなみを考慮している。送迎付き理美容を希望の方は予約の援助をする。理容資格を有する職員が利用者の理容を行うので毛染めや髪を切られるのを嫌がる方でも気持ちよく理美容を受けて頂いている		

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
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	実行機能障害がある利用者に食事準備は恥をかかせることとなる場合が多いので、利用者のADLに合わせたお手伝いをして頂いている。部分的ではあるが準備・片付けに参加出来る事を役目としている利用者もいる。また、食事制限のある方には盛り付けにひと工夫し差別感がないよう配慮している	食事は1階の厨房で職員が調理し、利用者にはテーブル拭きやおしぼり配りなど準備を手伝っている。おいしそうな匂いが漂うリビングで、料理が出来上がるのを楽しみに待っている利用者が多い。管理栄養士が作った献立を元に、残食量などを確認し献立を立てている。おやつ作りではトッピングなどを利用者と一緒に楽しんでいる。	
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	食事・水分摂取量はケース記録で時系列に把握している。食べる能力に合わせ刻み・ミキサー食にしたり摂取量が少ない場合には医師に相談し栄養補助剤を処方して頂いている。水分も摂取能力に合わせてゼリーやトロミをつけ、嗜好にあわせる工夫もしている		
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	利用者の状態に合わせてながらもご自分でできるところは尊重している。できない所のみスタッフが援助している。インフルエンザの季節には朝・晩のイソジウムがいも必ず全員行っている。舌苔の状態も確認し清潔保持に努めている		
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	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し失禁回数を減らす努力をしている。昼夜オムツはトイレに行く行為が極端に減ることから夜間のみにするというように利用者のADLに準じてオムツ使用を検討している。	オムツの方が2名いるが、それ以外の方は、排泄パターンを把握し、個別に声かけ又はトイレ誘導し、日中はトイレで排泄している。夜間、トイレまでの移動が困難な方はポータブルトイレを使用している。利用者の行動に早く気付くようセンサーを設置し、職員がすぐに対応し転倒などの危険回避をしている。	
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	毎日体操をして身体を動かしたり食事を野菜や食物繊維の多いものを多く取るように心がけている。排泄パターンを把握し医師の指示のもと整腸剤を服用。便秘で落ち着かなくなってしまう方には下剤の種類や適量を調整したり排泄を促す手伝いをする。		

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
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	1週間に2回、午後帯に2名と安全とゆとりを持った時間に入浴して頂いている。個々人の病歴や体調、季節に合わせ、本人に負担にならず、スタッフと会話しながらの入浴を心がけている。	週2回を基本とし、1日2～3名ずつ、ゆっくり入浴できるようにしている。入浴しない日は足浴を行っている。入浴を拒む方に対しては、拒む原因を考えて対応したり、声かけを工夫するなど、個別の対応に心がけている。	
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	足浴やゆたんぽを使用し循環を促している。眠剤を服用している方もいるが体調も考慮し偽薬を使ったり部屋の照明の明るさや室温なども利用者に合わせ調節している。日中も過度にならない程度に休息をして頂いている		
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	利用者が服薬している薬の目的や副作用については全職員が理解しやすいように表示したり、ミスがないよう二重チェックに努めている。内服による変化と思われることは医師に随時連絡をしている		
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	利用者の楽しみを把握し、会話やレクを考えている。利用者同士のなじみの関係を構築しているので口論になることもあるが元気な証拠としてスタッフは極力見守る。役割として仕事をお願いしているが家族や他利用者などを思いやる心根を支援できる会話を大切にしている		
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	本人やご家族との外出希望は、安全で楽しく外出させるにはどのようにしたら良いかを考慮しつつ準備をしてお出します。また、日用品の買い物等は季節やご本人の体調を見てスタッフが同行します。季節的に可能であれば散歩や戸外でのお茶も行います。	春・秋の陽気が穏やかな時期に外出行事を計画して出掛けている。散歩は日課としては取り入れていないが、陽気がいい日は庭に出てお茶のみをしながら外気浴をしている。外出については家族の協力を主として、外食や買い物、一時帰宅、旅行にいく利用者もいる。	
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	小銭でも財布を持つことに安心する方もいるので、可能な限りご自分で持っています。金銭管理ができていく方にはホームが管理する場合もあり個々人のADLに合わせた金銭管理を行っています。		

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
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	電話は自由にお使い頂き使えない方にはスタッフができない部分を補っている。手紙を書く場合もできない部分を支援し投函の際も同行または代行している		
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	グループホームという役割からみて、利用者の最晩年の住まいであることを重要としてきました。安全、快適であることと、季節を忘れてしまいがちな方々なので季節を取り入れた飾りつけを心がけている。	社交の場として、日中は殆どの利用者がリビングで過ごしている。窓からは庭が見渡せ、季節の移り変わりを感じる事ができる。台所はリビングと対面しており、利用者は料理を作る音や匂いを楽しんでいる。職員も調理をしながら利用者の様子を確認したり、会話したりできるよう工夫されていた。	
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	リビングにおいてはダイニングテーブルとソファとを使い分けて頂いたりしているが、席順もその時々にかえたり利用者の皆さんが仲良く慣れるよう考慮している		
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	本人の使い慣れた家具や布団・ぬいぐるみなどを持ち込んでいただき居室の中で使いやすいように配置している。家族も利用者にも面会の際季節を知ってほしい等の思いから部屋を飾ってくださっている。時を知らせるカレンダーや時計はホームが用意することが多い。ベットや寝具類は季節によりスタッフが目配りする	使い慣れた家具や布団、ぬいぐるみなどが持ち込まれ、居心地よく過ごせるように配置されていた。海外に住んでいる家族が面会の度に写真を用意し、壁一面にたくさんの家族写真が飾られている居室もあった。本人は、その写真に囲まれ穏やかに過ごしているようであった。	
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	利用者によってトイレや居室の表示も見やすくし、居室内も写真や手紙を張るなど自分の部屋と分かりやすくするためその方に合わせた生活スタイルを配慮している		

目標達成計画

作成日：平成 25年 6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	26	介護計画が細かすぎてしまい支援記録との連動が困難な状況であった。	支援内容の優先順位利用者一人ひとりの優先項目をピックアップすることにより記録と連動させていく	支援記録の他、特記の別紙に重要項目を記載しその項目に沿って記録を行っている	即日
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、行を挿入して下さい。