

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 | 0870100534 | | |
| 法人名 | 有限会社 アサミ | | |
| 事業所名 | グループホームアサミ園 | | |
| 所在地 | 茨城県水戸市住吉町60番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年4月24日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年7月26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)】

| |
|--|
| <p>・地域からのボランティアの協力のもと、テーブルコーディネートにより四季を感じて頂けるよう工夫したり、カラオケ大会や夏祭りなどのイベントに参加し地域との交流を深めてもらっています。</p> <p>・管理者・職員ともケアの質の向上を目的に、研修会や勉強会に参加し更なる向上に努めています。又、働きながら資格を取得する職員を支援しスキルアップに努めています。</p> <p>・地域の認知症相談を積極的に受け入れ、入居等の相談についても、認知症の説明を含めて認知症ケア専門士が知識に基き説明を行っています。</p> |
|--|

※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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=0870100534&SCD=370&PCD=08 |
|----------|---|

【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)】

| |
|--|
| <p>近隣の利用者が多いので、家族や友人の面会が多く、デイ利用者やボランティアに知人がいるなど、馴染みの人との関係継続ができています。</p> <p>管理者は、地域包括ケア会議の委員としても活躍されており、「大切な人」～認知症を理解するために～という冊子を作成し、公共施設やスーパーなどに置いて、地域への発信に努めている。</p> <p>提携している医療機関は、認知症について理解のある医師であり、認知症の種類を判別し、出現されると思われる症状を予測して説明してくれているので、介護の面でも安心してケアができています。また、医師と連携し、薬物療法と非薬物療法により、認知症状にも積極的に対応している。</p> |
|--|

【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6月8日 |

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、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 | 地域包括ケア会議設置委員会へ参加し、積極的に地域住民との交流を計っている。さらに利用者個々の思いに添えるような対応を努めて取れるよう会議を設け話し合っている。 | 個人の尊厳を大切にすることを常々話しており、職員もその人らしさや個人の思いを大切に考えて支援している。毎年4月、職員個々の年間目標を立て、資格の取得や介護技術の向上など、職員のモチベーションの向上に繋がっている。 | |
| 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 | 地域のボランティアの協力を仰ぎ、事業所内での行事への参加を呼びかけ、又近所の事業所で行われるお祭り等に参加させていただいている。 | 社協に相談し、ボランティアの受け入れを積極的に行ったことにより、数多くの団体や個人の協力が定着している。毎年恒例のカラオケ大会では、利用者・家族・地域住民・近隣施設の利用者などが多数参加し、楽しい一時を過ごしている。 | |
| 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 | 事業所での行事に地域住民の方々への参加していただき、楽しみながら認知症に対する理解が得られるよう努めている。 | / | / |
| 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 | 利用者や家族と話し合い、問題点や改善方法などを記録し、職員全員が閲覧する事でサービス向上へ活かせるようにしている。 | 2ヶ月毎に開催され、年間行事に予め参加を依頼する家族を振り分けしておく事で、参加の協力が得られている。運営状況・課題・意見交換を中心に話し合われ、「日記を書かせて欲しい」という家族の要望に対する取り組みの報告もしている。 | |
| 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に取り組んでいる | 水戸市の職員も交えたグループホーム協議会の研修会に参加し、情報交換をしている。又、実状を見学いただき、サービス内容についての意見をうかがったりしている。 | 管理者はグループホーム連絡協議会や地域包括ケア会議の委員として市町村との連携を図っている。地域包括ケア会議では認知症を理解するための冊子を作成し、各公共機関などに置かせてもらい、地域への発信を積極的に行っている。 | |
| 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 | 現在身体拘束を必要とする方はおらず、夕方に帰宅願望の見られる方には、調理や配膳などお手伝いを願い、気分転換を図り、職員による声掛けや見守りに対応している。 | 身体拘束をしないケアを基本理念とし、ホームでは認知症を理解している医療機関との連携ができており、医師の指示の下、薬物療法と非薬物療法によるコントロールをしながら、利用者が落ち着いて生活できるように取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 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 | 茨城県高齢者権利擁護対策推進研修会等に参加したり、虐待対応マニュアルに基き、常に学び意識しつづける事で、利用者の安心が保たれるようにしている。 | | |
| 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 | 外部研修を受けたり、冊子等で学んだり、現在利用されている方もいる為、それらの機会に、管理者より説明を受けている。 | | |
| 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 | 本人や家族に十分な説明を行い、不安や疑問点を尋ね、契約に際し曖昧な部分を無くし、同意、納得をいただくよう努めている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1度運営推進会議を開き、利用者や家族の方々にも参加していただき、意見、要望をうかがい、利用者本位の運営になっているか確認し、反映させている。 | 契約時に、家族の協力を依頼している事もあり、面会や外出、運営推進会議などにも協力が得られている。その際に要望・意見を聞く他、メールでもやり取りをしている。個人ノートを開覧できることも伝えており、希望する家族もいる。 | |
| 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 | 定期的に職員会議を開き業務内容に対する意見や提案を出せるようにしてあり、その都度記録し、ファイルに残している。 | 職員会議の他、夜勤の空いた時間に管理者と話しができ、職員の意見を聞く姿勢を取っている。要望に対しては即対応に努めている。また、良好な職場作りのため、職員同士の食事会やイベント(ハイキングなど)のサポートも行っている。 | |
| 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 | 現場で個別職員の行う業務や内容を把握し、相談や業務に対する希望などを聞きやすい環境作りに努めている。 | | |
| 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 | 積極的に研修や勉強会に参加し、職員の知識や技術の向上を図っている。又、働きながら資格を取得する職員についても支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 他の事業所へ見学を依頼したり、逆に見学に来ていただく中で、お互いの情報を交換、確認し合い、共にケアの質の向上に努めている。 | | |
| 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 | 利用者の心身の状況をできる限り把握し、何を求め何を必要としているかを考え、本人の不安や思いを受け入れる姿勢で接している。 | | |
| 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 | サービス利用の目的に合った対応ができるよう見学していただき、相談、話し合いを重ね、納得していただけるよう丁寧な対応を心掛けている。 | | |
| 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 | 話し合いの時間を十分に取し、どのような支援を必要としているのかを見極め、他職種とも連携を図り、対応していく。 | | |
| 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 | 挨拶に始まり、共同生活者であるような範囲の作業をお願いしたり、茶話会での世間話などで、より良い関係性を築けるようにしている。 | | |
| 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 | 利用者の事業所での様子を家族に伝え情報を共有し、又、本人の要望等に応じ時折家族との外出、一時帰宅もできるよう協力し合える関係を築いている。 | | |
| 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 | 家族や親戚、友人知人との交流が途絶えたりしないようメールや電話、来園された時には利用者との間を取り持ち、つながりを支援している。 | 自宅が近い利用者が多いので、容易に自宅に戻ることができる。家族や友人の面会が多く、デイ利用者やボランティアの中に知人がいることもある。家族・兄弟・友人と手紙のやり取りをしたり、自室に電話を設置している利用者もいた。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者の性格や関係を把握し、職員が調整役になり、利用者同士共に支え合いながら楽しく暮らせるよう取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入院や退去などで契約が終了しても、職員が利用者を見舞ったり、家族から話を聞くなどして、情報を共有し、相談に応じたりしている。 | | |
| 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 | 日々の会話の中でご本人の得意な事や好みなどがいい、ご本人に合った生活支援ができるよう取り組んでいる。 | 尊厳を大切にし、利用者が何を望んでいるのかを会話から引き出したり、困難な場合でも、行動や表情の中から思いを汲み取るよう努めている。また、共同生活の中でも、一人ひとりの気持ちに寄り添うことを大切に考え、職員は支援している。 | |
| 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 | 入居時にご本人、ご家族からの聞き取り、又、日常の会話の中で語っていただいたり、訪問される知人の方々からお話をいただき、その人らしい生活へつなげている。 | | |
| 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 | 利用者の心身状態を毎日の申し送り等で職員全員が把握できる体制をとっている。又、できる範囲で作業の手伝いやレクリエーションに参加していただきADLの状態を見るよう努めている。 | | |
| 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 | 定例会議において、利用者一人一人が無理をせず、その方らしい時間を送る為のケアが出来るよう現在の状態を話し合い、少しずつ変化していく状態はその都度ご家族へもお伝えし、プランニングに役立てている。 | 介護計画を個人ノートの開きに貼り付け、職員が確認しやすく、計画に基づいた記録ができるような工夫が取られていた。毎月、職員会議の中で、モニタリングも実施している。 | 介護記録は計画に沿った記入がされていたが、利用者の変化が分かりやすく、モニタリングにつながる記録の工夫をすることを期待する。 |
| 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 | 個別に記録ノートを作成しており、生活の様子や心身の変化が見られた時などすみやかに記録し、その後のケアに活かせるようにしている。又、ご家族への連絡にも活かしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 要介護度の高い利用者が多くなりつつあり、職員のスキルアップをはかり、利用者や家族の要望に応じた対応がでるよう日々取り組んでいる。 | | |
| 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 | 事業所で行う行事に地域の住民やボランティアに参加を呼びかけ、利用者と地域との交流を深められるよう支援している。 | | |
| 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、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 | 利用者受け入れ時、かかりつけ医の情報を得て継続受診できるよう支援している。利用者の状態に応じて、家族と相談し適切な医療が受けられるようにしている。 | 往診を希望している方もいるが、家族や職員が付き添い、かかりつけ医の受診を継続している。受診の記録は個人ノートに記入し、全職員が共有している。 | |
| 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 | 利用者の健康状態で気付いたことや不安な点などすぐに相談し対応できるよう日頃から電話等で連絡を取り合っている。 | | |
| 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。 | 職員が見舞いその際本人から体調を伺ったり、家族や医師と話し合い情報を交換、共有しながら退院に向けて備えている。 | | |
| 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 | 本人、家族、医師と、重度化や終末期に向けた話し合いをし、今後の対応方針を共有して利用者が安心して最期を迎えられるような支援に取り組んでいる。 | 看取りの指針を契約時に説明し同意を得ている。看取りの経験もあり、主体は本人・家族と考えている。病状の変化に応じ、主治医からの説明があり、家族の意向を確認する。ホームでの最後を希望された時は、家族の協力を得て、他の利用者との関わりも大切にしながら支援している。 | 主治医からの説明や家族の意向を確認した内容を、記録に残すことが望まれる。 |
| 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 | 緊急時対応マニュアルを作成したり、応急手当の研修に参加し技術を身につけたり緊急時に備えている。 | | |

| 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 | 避難訓練を実施したり、消防に連絡すると同時に自動的に近隣に住む職員と住民にも連絡が行くシステムになっている。 | 避難訓練は年2回行われ、備蓄も準備してある。緊急時は、消防署に連絡すると同時に、事前に登録された携帯電話に通報がいくシステムがあり、近隣住民も登録し、協力を得ている。また、近隣の施設の協力体制も整っている。 | |
| 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 | 利用者の尊厳を考え、声掛けや対応に心掛けている。申し送りや定例会議の場で意見交換をし支援に活かせるようにしている。 | 職員は、共同生活の中でも、一人ひとりの人格を尊重し、個人に応じた支援を心がけている。写真の掲示について同意を得ており、ホームには利用者が楽しく過ごしている写真がたくさん掲示されていた。 | |
| 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 | 食事の献立の希望を伺ったり、外出に誘うなど本人が希望を表しやすいような声掛けを心掛けている。 | | |
| 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 | 全体の流れはあるが、一人ひとりのその日の状態に合わせ、本人の希望を尊重し支援できるよう心掛けている。 | | |
| 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 | 本人に合った服を一緒に選んだり、希望をうかがい散髪をしたりしている。 | | |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 食事の献立を考えてもらったり、調理の下ごしらえを手伝ってもらう。利用者と職員と一緒に食事をしながらお話をしたり楽しんでもらえるよう工夫している。 | 管理者は食事を大切に考え、献立は利用者の希望を確認して決めている。畑の野菜や提供された食材も利用しており、利用者は豊富な品数の食事を完食されていた。アルコールも、主治医や家族の同意を得て、提供することもある。 | |
| 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 | 食事状況を記録し利用者の状態に応じて栄養のバランスを考え、食事や水分の提供に配慮している。 | | |

| 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 |
| 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 | 食後声掛けをして口腔ケアを促している。自力で困難な場合は、手伝い口腔内の清潔を保持している。 | | |
| 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 | 排泄チェック表を活用し、利用者の排泄パターン等に応じてトイレへ誘導し排泄できるよう支援している。 | 紙パンツの不快感をなくす為、基本的に布パンツと尿とりパットで対応している。また、車椅子の方も、立位が取れば介助してトイレで排泄できるようにしている。居室にトイレがあり、昼夜ともに排泄の自立ができて利用者が多い。 | |
| 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 | 排便のチェックを付け、便通に良いものを食事で提供したり、腹部のマッサージを行うなどしている | | |
| 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 | 利用者一人ひとりにあった声掛けをして入浴を楽しめるよう配慮している。 | 入浴は希望に応じているが、チェック表を確認し、1日おきに入浴できるようにしている。入浴を拒む利用者に対しては、声かけを工夫することで対応ができています。バラ風呂や入浴剤を使用して、入浴を楽しむ支援も行っている。 | |
| 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 | その日の活動状況や夜間の状態に応じ支援している。 | | |
| 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 | 個人ごとのノートに薬剤情報を貼ったり医師のアドバイス等を記録し、職員全員が薬の目的や用法などを把握できるようにしている。 | | |
| 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 | 居室の掃除、調理の下ごしらえや配膳など一人ひとりに役割がある。アクティビティケアへの参加など楽しみごとがある。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の嗜好やその時の体調に配慮しながら買い物や散歩など外出の支援をしている。行事の計画を立て花見や地域のお祭りに参加したりしている。 | 面会の多い利用者は、家族と一緒に外出をしている。家族が遠方などの利用者は、食材の買出しと一緒にいたり、天気の良い日は散歩に出掛けたりしている。花見やドライブなども計画して行っている。 | |
| 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 | 認知度に応じて利用者に管理をお願いしている。管理が難しい場合は、一括して事務管理を行い、毎月ご家族へ報告している。 | | |
| 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 | 気軽に電話ができるよう事務所の入口に設置している。 | | |
| 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 | ホールのテーブルに花を飾り、季節を感じていただけるよう工夫している。 | テーブルには季節の花が飾られ、窓が広くとられ、明るい雰囲気を感じられた。午後は、テレビを消して、癒しの音楽や唱歌などの音楽をかけて、リラックスして過ごせるように工夫している。 | |
| 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 | ホールに畳の空間を設けたり、ソファを設置し、のんびりくつろげるよう工夫している。 | | |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 馴染みの家具や仏壇等の持込により心地よく過ごせるように配慮している。テーブルやイスを置き、ご家族やご友人が来訪された時ゆっくりお話ができるよう工夫している | 居室には洗面所とトイレがあり、個人の家具や仏壇なども持ち込まれ、居心地よく過ごせる工夫がされていた。掃き出し窓で個人の物干し台が設置されており、自分で布団を干したり、掃き掃除をする利用者もいる。 | |
| 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 | 洗濯物をたたんだり、調理の下ごしらえなどご自分でできることを自発的にできるよう環境づくりを工夫し、見守りしている。 | | |

目標達成計画

作成日: 平成 24年 7月 25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 | 33 | 主治医の説明、家族の意向を確認した内容がわかりにくい。 | 職員全員が把握できるようにする。 | 利用者のノートに主治医の説明はその都度記録している。家族の意向確認はFAX等で送られてきた時、その都度コピーしてノートに貼り、全員が眼を通すことが出来るようにする。ノート確認は出勤時業務としている。 | 2ヶ月 |
| 2 | 26 | 利用者の変化がわかりにくいいため、モニタリングの記録を工夫する。 | 利用者のノートを観れば一目で分かるように、日付を決めて項目ごとに記録する。 | 月初めに項目ごとに改善されているか確認、記録する。問題がある場合は話し合う。又は、会議を設けてその内容を記録する。 | 1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。