

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 | 0895100055 | | |
| 法人名 | 株式会社 メディカルアシスト | | |
| 事業所名 | グループホーム 湖畔の家 桜の花棟 | | |
| 所在地 | 茨城県桜川市上野原地新田112-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年1月5日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年5月10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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0895100055&SCD=320 |
|----------|---|

【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2月21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)】

自然豊かな環境に湖畔の家はある。入居者には、四季折々の行事や外出を計画し季節を味わってもらえるようにしている。事業所の理念の他に職員目標を考え入居者の支援にあっている。入居者一人ひとりのペースや状態に合わせた対応を心掛け家庭的な雰囲気保てるよう努めている。本年度よりクラブ活動に力を入れ料理やカラオケなどを実施し入居者の楽しみ作りを職員一同で行っている。また、地域から慰問など定期的に来所され入居者と交流をしている。

【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)】

「湖畔の家」という名称の通り、上野沼が目前に眺められるほか、ホームの門からはつくば山、加波山が見られる自然環境豊かな所である。沼に訪れる観光客や、ジョギングする人、釣り人など沼を介して色々な人と交流が来ている。魚の話題や、水鳥にエサをやりながら会話をしたり、結婚式の花火や沼の噴水など湖畔ならではの環境を楽しんでいる。職員は向上心旺盛、それぞれがアイディアを出し合い、一人ひとりに合わせた対応をしている。チームワークも良く、生活の質の向上と目指すところが一致している。管理者とケアマネジャーはキャラバンメイトの研修を受け、行政と一緒にサポーター養成講座への取り組みに意欲的であった。最後に「湖畔の家はいいところですよ」と自信を持って語ってくれた。

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 職員から見ると、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 職員から見ると、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 | 朝礼時に、会社の基本理念と湖畔の家の目標を唱話し、日々業務に取り組んでいる。 | 人間として一番大切なものが理念に入っている。会社の理念と職員で考えた湖畔の家の目標のどちらかを毎朝礼で唱和することで意識付けている。 | |
| 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 | 地域の方々に挨拶をし、近所の商店で外食の行事を計画している。地区のゴミ拾いに参加し交流をはかっている。慰問を定期的に計画し、地域の方に来て頂いている。 | 地域が離れているので、沼の散歩者やつり人との会話が中心。黒鳥のヒナがヘビに食べられることや、魚の名前を聞くなどが話題になる。水鳥、白鳥、黒鳥など自然界の話題は尽きない。近くのドライブインに食事に行き交流を図っている。 | |
| 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 | 桜川市グループホーム連絡会を開催し、地域の人々にグループホームを理解してもらえるような活動を計画している。 | | |
| 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 | 施設の行事や様子を報告している。議題を出し委員の方から意見をもらい、その意見を職員会議の議題にし業務改善に活かしている。 | 2ヶ月に1回開催。区長、市役所、家族に手紙で確認していたが、今は直接確認しながら調整し参加を促している。働いている方が多いので日程の調整が困難である。 | |
| 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 | 運営推進会議や月1回の広報紙で湖畔の家の様子を報告しており、分からない事や何かあれば市の担当者にその都度相談している。 | 会議以外では、市GH連絡会議の議事録を届けたり、ファックスですむものでも出向いたり、その他でも交流をもてるよう努めている。生保関係でも出向いて話し、近況報告している。担当者は年に1回来所している。GH連絡会は当ホームが呼びかけ発会し、2ヶ月に1回開催し情報の共有をしている。 | |

茨城県 グループホーム湖畔の家

| 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 | 職員は、身体拘束について理解し、拘束をしなくても生活出来るよう職員会議で話し合いケアに取り組んでいる。 | 職員会議で勉強会やマニュアルを再確認している。身近な所で疑問に思ったらセンター長も参加して、みんなで話し合う。自立支援の観点から支援の仕方は個々によって違って来る。家族の要望も考えながら時と場合により、その時に話し合っている。家族の同意書はあるが使ったことはない。 | |
| 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 | 職員会議で、虐待についての研修会を開いている。 | | |
| 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 | 行政担当者から情報を頂き、必要のある方は関係機関と話し合いの上活用出来るよう支援していきたい。 | | |
| 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 | 契約書・パンフレット・重要事項説明書を用いてご本人、ご家族の不安や疑問を除くよう十分な説明を行い、理解と納得をえている。また、改定時は文書等にて説明を行っている。 | | |
| 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 | 意見箱を設置している。面会時などに家族とコミュにケーションを図り苦情や気付いた点など話して頂けるように努力している。意見はその都度職員間で話し合い運営に役立てている。 | 家族からトイレのタオルの共用について指摘があったので、みんなで話し合い個人用にした。タオルを多めに持ってきてもらい、こまめに交換している。トイレの汚れについてはチェック表を作成し清掃後にサインをしている。運営会議を重ねることで家族の意見も出るようになった。 | |
| 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 | 月一回代表者などがミーティングに参加し意見や提案を聞き、業務に反映させている。 | 職員会議後、各ユニット毎のミーティングを開く。一番問題のある方の事例検討している。 | |
| 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 | 自己評価などを通して職員個々の状況を把握しできるだけ希望に沿った環境にできるよう努めている。 | | |

茨城県 グループホーム湖畔の家

| 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 |
| 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 | 月一回のミーティングで介護技術などの研修をおこない、必要であれば外部の研修にも参加出来る様にしている。 | | |
| 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 | 当事業所が主体となり桜川市グループホーム連絡会を開催し他グループホームと情報交換の場を設けている。 連絡会の事業所と行事を通じて行き来をし入居者同士の交流をもてた。 | | |
| 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 | 同じ目線に立ち、声掛けを多くし、本人の話を聞く事、日常生活の助け合いから信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | 施設見学・入居相談・面会などその都度、家族に声を掛け話をする。不安な事や要望などを話して頂けるよう努めている。小さな事でも情報交換をし信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | 入居申し込み時、家族からの不安な思いや希望などを傾聴し、話をするようにしている。家族や本人の状況を考え必要としているサービスを紹介出来る様に努めている。 | | |
| 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 | 家事や散歩など生活を共にすることでお互い助け合い信頼関係が築けると考え実践している。 | | |
| 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 | 入居者の様子を面会時や電話で報告・説明している。家族に相談する事で、共に支えていく関係が出来る様に努めている。 | | |

茨城県 グループホーム湖畔の家

| 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 | 家族や親せき、近所の方など馴染みの方が来所された際はコミュニケーションがとれるよう支援している。 | 山形から娘宅に来て入所となった方がおり、地元の民謡を正月に歌ってくれた。定期的に月1回外泊する方もおり、家族・子供の協力で盆正月は長く泊まって近所や親せきの方に会う事ができ、本人の一番の楽しみとなっている。入居後も入居前からの地元の方との関係が継続できている。 | |
| 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 | 利用者同士がどのような関係にあるか把握しテーブルの位置を配慮するなど円滑に関わり合いができるよう支援している。 | | |
| 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 | 家族の気持ちに配慮しながら家族との関係を継続し、必要があれば相談に応じ支援している。退所後に電話や面会などで本人を励ましたり、家族の相談にのる様なケースもある。 | | |
| 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 | 一人ひとりの希望にできるだけ応える様に努めている。日々の生活から感じとり話して頂けるように努力している。困難な方には、寄り添う事で思いが分かるように努めている。 | 話しかけや働きかけ方で、殆どの方の意思の確認はできる。言語障害の方は、身振り手振りで意思疎通を図りながらコミュニケーションをとる。本人の表情を観察しながら確認しており、入所時に比べると落ち着いてきている。元社長さんだった方に対して、呼び方を工夫して関係がスムーズになったケースもある。 | |
| 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 | 面会時に家族から話を聞いたり、本人に聞いてアセスメントをおこなっている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの出来る事、やりたい事を把握し一緒に一日の過ごし方を考えている。職員間で状態チェックや気付いた事などを、ケース記録・連絡帳・勤務中に報告し合い情報を共有している。 | | |

茨城県 グループホーム湖畔の家

| 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、家族、職員が出席し担当者会議を実施し話しあい、介護計画に反映させ実践している。 | 時には家族、ケアマネ、本人、職員等と一緒に話し合う事もある。ケース記録にケアプランを入れ、プランに沿ったケア記録ができるよう検討していきたい。日課表を記号でチェックすることをモデルケースとして試行している。夜勤赤、日勤は黒、家族は緑、受診青と色別にし分かりやすく工夫し、本人のこともきちんと記録に残し、生活の様子が分かりやすくなっている。 | 既にプランとサービス提供の連動について検討中であるが、職員全員がケアプランの意味を理解し作成に携わることで、チームで作る介護計画が実現することを期待したい。 |
| 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 | ケース記録を毎日記入し、職員間で思った事・気付いた事を話し合い、介護計画に反映させ実践している。 | | |
| 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 | 本人や家族の状況の変化やニーズに合わせてケアプランの見直しを行っている。 芋煮会やクリスマス会などにボランティアを呼ぶなどしている。 | | |
| 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 | 上野沼の散歩を中心に市内の行事やドライブ、外食など外出する機会を設けるようにしている。 また、運営推進会議にて区長に働きかけ地域と連携していけるように努めている。 | | |
| 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、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 | 入居前に受診していた医療機関に継続して受診が出来るよう支援している。又、家族が対応出来る状況の方には家族の方に通院の対応を行ってもらっている。 | 主治医、契約病院以外は家族対応している。受診カードを通勤時に入れ家族の手助けをしている。日常生活で説明が必要な場合のみ付き添い、それ以外は書面で渡している。認知症は専門医のいる契約病院に受診し、医師とのコミュニケーションを図りながら薬の調整を依頼している。家族にもホームでの様子を伝えながら薬に対する理解を得るよう努めている。 | |
| 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 | 職場に看護職はいないが、往診に来る主治医に相談し医療を受けている。また、かかりつけの病院の看護師と日頃より連絡を取り、連携がとれるようにしている。 | | |

茨城県 グループホーム湖畔の家

| 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。 | 入院時やその後の面会時に情報交換を行っている。職員へも随時経過報告を行い情報の共有と退院後の対応の変更などを意識付けに努めている。 | | |
| 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、事業所の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 | 本人や家族と話し合い、意向に添える様に医療機関と連携し対応している。 | 入所時の契約時に説明をしているが、希望に沿った形で支援している。今までに、病気により最後は病院で亡くなったという方はいるが、ホームでの看取りの経験はない。ホームとしての指針ができており、終末期に関する判断は、医師に任せている。 | |
| 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 | 内部研修を通して応急手当や初期対応の訓練を行い、緊急時のマニュアルの整備を行い冷静に対応出来る体制をとっている。 | | |
| 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 | 職員会議で3月11日の震災を受け対応を振り返り運営推進会議で、区長・家族に報告し説明している。職員には避難訓練など通し実際に、どう動くべきか考えてもらっている。 | | |
| 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 | 親しみのある言葉や敬語を使い、その方に合った対応・声掛けをしている。 | 広報誌については写真の許可を取って(本人・家族)工夫して撮影している。居室入り口にカーテンを付けて、廊下からポータブルトイレを見えないようにした。排泄の見守りでは、トイレのドアを一旦閉め、少し開けて様子を見る。 | |
| 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 | 会話・行動などから思いや、希望をくみ取る。希望がある場合は実現出来る様に支援する。外出や外食などの選択行事をはじめてから居室にこもりがちな人が短時間でも行事に参加する様になり、意見が出るようになった。 | | |

茨城県 グループホーム湖畔の家

| 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 |
| 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 | その日の体調により散歩、入浴、運動など希望にそって支援している。 | | |
| 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 | 移動美容室を利用している。皆様カットやパーマ、毛染めなどされている。衣類は本人に選んで頂く。介助が必要な方には、本人が望むように支援している。 | | |
| 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 | メニューは決まっているが、入居者の好きな味付けや好きなものを工夫して作っている。その方に合った食事形態にしている。月1回の料理クラブを開催し月見団子やカレー作りを入居者中心で行っている。 | 食材はタイヘイ外注、献立表にそって調理をするが、好みに寄って変更もある。お楽しみ献立やユニット毎にメニューを好みの物に変更してタイヘイに注文することもできる。季節の献立や、郷土料理のメニューがでている。買い物に出る時間を作業やクラブ活動(料理クラブ)の時間に回し活かしている。外出行事の時、月1回外食の時間を作ったり、参加できない人には出前を取る事を考えている。 | |
| 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 | 食事量・水分量はその都度チェックし記録している。摂れない方には、好きな物を出している。又、家族に相談し協力してもらっている。 | | |
| 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 | 食後の口腔ケアを実施している。1人ひとりに合わせブラッシングの介助や手伝いをし、口腔内のチェックをしている。 | | |
| 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 | 排泄チェックをし、1人ひとりの排泄パターンを把握し日中はトイレ誘導をしている。座位がとれればトイレでの排泄を支援している。 | 日中は全員トイレに行っている。食後、入浴前、居室に帰る時など誘導して、トイレでの排泄を習慣づけている。夜間はおむつ、パット交換がある。ポータブルトイレ使用者が声掛けや昼間起きていることで、昼間トイレに行けるようになった人がいる。 | |

茨城県 グループホーム湖畔の家

| 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 |
| 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 | 飲食物(牛乳・食物繊維がある食物)や運動をすすめている。排泄チェックを活用し、自然排便を目指している。 | | |
| 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 | 入浴予定はある程度決まっているが、個人の体調やタイミングで相談して決めている。入浴剤やゆずなどを浴槽に入れ楽しめるようにしている。 | 入浴前に入浴準備として自分で出来る人は自分で行う。入浴当初は毎日入っていた方もいるが、今は清拭と入浴を組み合わせで対応している。ほとんどが午後入浴を希望。同性介助や職員によっては拒否される方も様子をみながら対応し、入れなかったら翌日の入浴に調整している。 | |
| 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 | シーツ交換や布団干しなど行う。入眠時の温度調節をする。体調により昼寝を促したり、眠れない方には、一緒にテレビを見たりゆっくり話したりなどして過ごしている。 | | |
| 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 | 誰がどんな薬を飲んでいるか、説明書のファイルをつくり確認している。確実に内服するようにしている。何か変化があれば、医師・薬剤師に相談している。 | | |
| 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 | 各人の得意分野を生かした仕事をしたり、レクリエーション・散歩・行事を実施している。職員でお楽しみ献立やレク、行事考えて来た。参加者が増え全体で楽しみ作りの支援が出来たのではないかと考えている。 | | |
| 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 | 散歩や外食、地域での季節の行事に参加して貰っている。定期的に家族と外出される方もいるので、協力して頂き本人の希望の場所に出掛けられる様に支援している。 | 自然環境に恵まれているため散歩は日常的に実施している。冬は午前中に、夏は夕方に行ければ行く。季節の良い時は時間にとられない。毎日11時に歩く方へは遅番の職員が30分から40分対応しその方のペースを保っている。買い物へ一人で出掛ける人には散歩などで対応している。ユニットによって食堂で過ごすことが多い方や、自由に個々に活動している入所者がいるなど、それぞれの生活のスタイルがある。 | |

茨城県 グループホーム湖畔の家

| 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 | 小遣い程度(1000円～2000円くらい)自身で持っている方はいる。買い物に出掛ける際に自分の財布から支払ができるように支援している。 | | |
| 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 | 家族の都合を考慮し、希望があれば電話をしています。家族が離れている方には手紙で近況を報告している。 | | |
| 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 | 季節に応じた飾りや花を生けている。外の景色を楽しめるように環境を整えゆったり・いごち良く過ごせるようにソファを置いたり工夫している。 | 風呂・食堂など、床暖房が設置されている。日当り良好で明るい住環境になっている。洗濯たみは食道のテーブルで行っている。ソファが設置され、休息やくつろぎの場所となっている。また、廊下の手すりは肘から腕を乗せるタイプで、より安定した歩行ができる工夫がされている。 | |
| 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 | 食堂・談話スペースなどくつろげる場所がある。居室・食堂などで思い思いに過ごせるように対応している。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望に配慮し、自由に使って頂いている。馴染みの家具や物を持ち込んでもらう。又、写真を置いたり気持ち良く使ってもらえるように気をつけている。 | 押入れの収納がよく、居室は整頓されている。掃除は朝の時間帯に職員が実施。古い入居者の中にはすべて自分で行っている方もいる。畳は5畳、入口はフラットになっており、自分の居場所として思い思いに使っている。 | |
| 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 | 建物内は、段差はない。廊下・トイレ・浴室など必要な場所には手すりがついている。居室や共用スペースが分かりやすいよう工夫している。 | | |

目標達成計画

作成日：平成 24年 5月 10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 | 職員全員がケアプランの意味を理解し作成に携わることで、チームで作る介護計画を実現させる。 | ①職員がケアプランの意味や必要性を理解する。 | 職員会議でケアプランの勉強会をケアマネ中心で行う。 | 1ヶ月 |
| 2 | | | ②職員全員が携わったケアプランが作成できる。 | ケアプランの短期目標、長期目標を入れた日課表を作成する。毎日職員がチェックする事でモニタリングに繋げ、各職員がケアプランを理解してゆく。 | 6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。