

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	8071400206		
法人名	有限会社 介健		
事業所名	グループホーム やまもも		
所在地	茨城県高萩市安良川1843		
自己評価作成日	平成24年7月23日	評価結果市町村受理日	平成24年11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	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0871400206&SCD=320&PCD=08
----------	---

【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9月7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)】

家庭的な環境を大切に、いかに利用者の住み慣れた家に近づけるのか、どうしたらその方らしさを自然に出していただけるのか模索しながら、支援をしている。安心した尊厳ある生活をめざし、可能な限り自立して生活できるよう努めている。
ボランティアの方々の協力を得ながら、野菜作りをして、収穫の喜びを味わったり、趣味の歌の演奏を聴いたり習ったりしている。また地域の方々の知恵を借りながら、住みやすい環境になるよう努めている。

【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)】

高台の住宅地にあるホームは、玄関前の広い車寄せや丁寧に造られている植え込みが訪問者を少し贅沢な気分させる落ち着いた雰囲気があり、利用者は1ユニットの少人数で家庭的な暮らしをしている。平成15年の開設以来からの地道な努力が自然な近所付き合いや地域の一員としての役割を担った付き合いとなってお互いに協力し合う関係が出来ている。
管理者・職員はお互い信頼の下で運営やケアの方針等について率直な意見を出し合いながら、新しい理念作りや日々のおいしい食事作り、利用者一人ひとりに合ったケアの実施等に熱心に取り組んでいる。
利用者は地域の方々や職員・家族に見守られながら外出の機会も多く、伸び伸びと暮らしている。また、ゆったりとした食堂・居間で寛ぎ、広さや雰囲気の異なる居室に思い思いの家具等を入れて、各人の生活暦や趣味・家族との関係等を大切にしながら一人の時間も居心地よく安心して過ごしている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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)
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)
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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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)
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
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
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	管理者、職員一同で理念を考え直し、共有をはかるよう努力しているところである。	管理者・職員共に地域密着型サービスの意義や事業所の社会的役割について十分に承知している。全職員は開設時からの理念を大切にしながら、それぞれの思いを込めて解りやすい理念の作成を目指して日頃から率直な話し合いを重ねている。	
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	自治会の協力会員として総会に参加したり、年2回の地域清掃等で、地域の方と顔見知りになり交流をしている。その交流をもとに野菜作りの援助をしていただくなど、和が広がっている。	畑の作物作りを手伝ってくれる等自然な交流ができ、日常的に声をかけ合う近所付き合いが出来ている。近所の人に話したことでボランティアによる庭木の手入れが出来、多大な経費節約ができる等、地域の方々からはさまざまな支援を頂いている。市の行事である七夕祭にはホームで七夕飾りを作り、市民と一緒に協力し合いながら駅前通りを飾るなど地域の一員としての活動をしている。	
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	運営推進会議やボランティアの行事、又、地域清掃時の交流時に「認知症について」話す機会を設けたり、勉強会をして「認知症について」理解していただけるよう努めている。		
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か月に1回のペースで、近隣住人、民生委員、家族、市の職員に参加いただき、ホームの運営や内容についていろいろと議論をしていただいている。意見も活発に交わされ、サービス向上に活かしている。	家族や近隣住民等の参加を得て2ヶ月に1回開催している。会議でホームの活動内容や利用者の状況等を伝えることがホームへの理解を深める機会にもなっており、地域からの協力が得られ交流が蜜になってきている。参加されなかった家族へはホームのたよりで会議の内容などを報告し、さらに次回への参加呼びかけなども行っている。	
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	市高齢福祉課と利用者の支援や業務を進める上での相談や指示を仰ぐことで、やまももを理解・共有していただき、利用者への適切な支援に向けて連携を図っている。	運営推進会議を通してホームの活動や日頃の取り組みを積極的に伝えている。また市の職員は会議後に利用者に声かけしたり畑を見たりしてホームの状況を十分に承知している。日常生活自立支援事業の利用について等利用者の状態を踏まえた相談等何でも相談できる関係が出来ている。	
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	職員会議等で、勉強会を開催し、日々のケアの振り返りを行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。ポスターの提示等で注意喚起を促している。	県からの資料を用いての勉強会を開催し、全職員は身体拘束についての正しい知識を身につけている。日頃から職員間では日々のケアについて率直な話し合いをし、身体拘束のないケアを実施している。	

茨城県 グループホームやまもも

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	県の研修会に参加したりして、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、施設内での勉強会につなげ、虐待が見過ごされることがないように全職員に徹底し、防止に努めている。		
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	市主催の研修会等に参加したりして学ぶ機会を持ち、市の職員と話し合いを積極的にとるよう努めている。実際活用し、話をすすめている。		
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	契約の締結時は、十分時間をとり、説明を行い、不安や疑問点について理解・納得頂けるよう努めている。改定時は、文書にて通知を行い、運営推進会議や来訪された時、電話時、再度疑問がなかったか確認をしている。		
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	「やまもも便り」を月1回送付し、ホームの近況報告を行い、来訪された際も利用者の近況報告と、ご家族の意見・要望を引き出しやすい環境作りに努めている。また、要望(職員の名札励行、玄関のブザー)等、反映できるよう努めている。	ホームたよりを活用して運営推進会議への出席をよびかけ、利用者や家族の意見を聴く機会の案内をしている。また訪問時には管理者などが近況報告をしながら寛いだ雰囲気の中で意見や要望を出しやすい雰囲気づくりに心がけている。ホーム内の冷房設備を新しくするなど利用者・家族の意見・要望を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	会議や申し送り時に職員の意見や提案書を聞く機会を持ち話し合いをして、運営に反映できるよう努めている。肘掛椅子の追加や、設備品の入れ替え等、実施した。	管理者は定期的な会議や日々の申し送り等職員の意見・要望を聴く会を作ると共に、常に職員と一緒により良いホーム運営を目指しており、理念の作成やケアの方針などにも職員の意見が十分に反映されている。備品の購入等は職員の意見を重視して実現に向けた検討をしている。	
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	年2回個人面談を行い、努力した点、これから改善していこうと思っている点等話し合い、次につなげられるよう、共に確認合っている。同時に悩みや不満に思っている点等も聞きだし改善するよう努めている。		
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	施設内勉強会や教本による個別の勉強会を推進している。また、研修会参加者から学んできたことを実践に移せるような勉強会も行っている。今後は各人研修会に参加することを強化したい。		

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
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	「グループホーム協議会」に加入し、利用者参加の合同行事をしたり、順番に職員を招待し、献立等の試食をしたりして交流する機会を作り、サービスに反映できるよう努めている。		
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	入居前にご本人と面談し、沢山話していただけるようアセスメントを行い、安心と信頼感を持っていただけるよう心掛けている。		
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	入居前にご家族と面談し、内容によっては、ご本人に聞こえないようお話を伺いながら、より良い支援につながる様話し合うことで安心と信頼感を持っていただけるよう心掛けている。		
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	今一番困っている事、不安・心配な事を伺い、ご本人の状況や環境・背景等からホーム入居以外の方が適切と考えられる場合は別の方法を提案したりご家族やご本人に迷いが見られる場合は一緒に検討している。		
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	ホームでの生活の中で、無理なくできる範囲で家事に参加していただき、ご自身の日常生活動作においても主体性を持って1日を送れるよう支援する事で“我が家の一員”として安心して暮らしていただけるような関係づくりを心掛けている。		
19		○本人と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	ご本人の近況報告及び体調や支援等の相談をし、共有することで、共にご本人を支えていく関係づくりを心掛けている。		
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	入居前から親しんでいる同好会や病院、美容室や店等へ継続して行けるよう支援している。ご本人にとって大切な方々とも今まで通りの関係を継続できるよう、面会や電話があった際心掛けておつなぎしている。	常にオープンな雰囲気心を心がけており、自宅に居た頃の友人や家族・親族が頻りにホームを訪れている。また趣味の会への参加や暑中見舞い・年賀状などのやり取りを手伝って友人・知人・親族などの関係が途切れないよう支援している。自宅など懐かしい場所や化粧品店等の馴染みの場所への外出等も積極的に支援している。	

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
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	入居者同士の相性を配慮した席の配置や職員の関わりで安定した関係を保てるよう心掛けている。どなたかが混乱している、他入居者が批判的な思いにとらわれないようさりげなくお話ししたり、別の事に興味が向くように促している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	病院に面会に行ったり、ご自宅を訪問し、話す場を設け、経過をお聞きしたりしている。		
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	定期的にご本人に聞き取りをしている。ケアプラン更新時、センター方式を活用したアセスメントを行い、ご本人の思いに近づけるよう心掛けている。	センター方式の一部分の「独自の思いを聴く」様式を使って丁寧に一人ひとりの思いを聴いている。さらに利用者の言った折々の言葉をそのまま日々の記録に残し、全職員で本人の気持ちにそった話し合いをし、それぞれの意向を把握している。	
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	入居前の面談で、ご本人やご家族から詳しくお話を伺いご本人をより理解できるよう努めている。		
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	日々の記録にちょっとした変化をも記録することで、全職員が現状を共有し把握できるよう努めている。ケアプラン更新時に全介護職員に聞き取りしたものをまとめて現状の把握に努めている。		
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	ケアプラン更新時に御本人やご家族にホームやご本人に対する希望等を聞き取り、話し合う時間を持っている。介護職員もアセスメントを行い、現状に即した介護計画を作成するように努めている。	センター方式の一部を使い丁寧なアセスメントを実施した上で本人・家族の意向を聞き、全職員での話し合いをベースにして日々の暮らしを反映した介護計画を作成している。モニタリングに基づいて定期的・随時の見直しも実施されている。	介護計画の生活像(目標)の設定は本人・家族にも解りやすい具体的な記述を期待したい。また計画作成に当たっては職員の気づきやアイデアを積極的に取り入れていく事等も期待したい。
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	職員会議や毎日の申し送り時に情報を共有し、より良いケアに努めている。ケアプラン更新時に介護職員に聞き取りを行い、見直し活かしている。		

茨城県 グループホームやまもも

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	往診等を取り入れたり、買い物等の希望があったときは一緒に出掛けたり、カラオケ教室に参加したい方は行っていただいたり、入居者やご家族のニーズに答えられるよう極力柔軟な対応が出来るよう努めている。		
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	初詣や七夕祭りに等に参加したり、近隣のセブンイレブン等利用したりして、なじみの関係を大切にしている。また、ボランティアの方の指導をいただきながら畑作業をすることにより育てる喜びや収穫の楽しみにつながっている。		
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	本人及びご家族の希望を第一に、かかりつけ医の受診や往診をしていただけるよう関係を築き、支援につなげている。	利用開始以前からのかかりつけ医へ継続して受診できるよう支援している。往診時には他の利用者の健康状態などにも気を配ってくれるような関係ができています。各人の受診結果は受診記録に残し、職員・家族・医療機関が共有できるようにしている。	
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	看護師不在の為、かかりつけの病院の看護師に相談をし、受診につながる様支援している。		
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。	入院された病院に面会に行き、その際NSやSWから病状を聞き安心して退院し、スムーズにケアが再開できるよう努めている。体調に心配が見られる時はかかりつけ医に相談し、重症化しないように指示を仰いでいる。		
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	入居時、看取りはできない事を伝えている。体調悪化した時の対応についても説明している。	看取りをしない方針は利用者・家族へ十分な説明をし了解を得ているが、利用者の重度化に伴い勉強会は随時行っている。特に認知症の重度化についてはケア方針も含めて常に話し合い学習を進めている。利用者の病状などに不安を感じるようになった場合には受診して医師の判断により、退去・医療機関への移行等を決めている。	退去・医療機関への移行等を視野に入れた受診のタイミングを利用者のどのような状態で判断するのかを本人・家族・医師・職員で話し合っ具体的定めておくことを期待したい。
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	救急法の研修を受講している。救急時の対応の教本を常備し、勉強会を実施している。今後は定期的に訓練し、実践力を強化したい。		

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
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	防災訓練を年2回実施している。消防署の指導により、地震時の避難方法を再度確認した。拡声器等の利用で、近隣住人の協力をいただけるようになっている。また、スプリンクラー・火災報知機・通報装置の設置をし安全をより確保した。	地震や火災を想定しての訓練を年2回消防署の協力を得ながら実施している。近隣住民との交流も深まってきており、具体的な役割までは取り決めていないが、ホームの防災訓練などにも参加したりして積極的に協力の姿勢を示してくれている。また職員間でも災害を想定して備蓄品等についての話し合いを行っている。	
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	一人一人の生活歴・行動を理解し、その方の人格を尊重するよう、職員ひとりひとり努めている。気になる言葉かけ等は会議で検討し改善している。	職員一人ひとりの丁寧な声かけが行われていた。管理者は日頃から利用者一人ひとりのプライドを傷つけないよう言葉づかいについて話しており、職員会議でも安易な声かけと親しみを込めた声かけ等具体的に示しながら話し合っ常々丁寧な声かけが出来るようにしている。	
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	入居者の思いや希望を、日常の会話中聞き出す機会を設けたり、表出できない方は、センター方式等でこうであろうという目を持って対応している。1対1でお話を聞ける場を設けている。		
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	食事時間は希望に沿って時間を変えて提供している。夕食後歌謡番組を観たり、自室でカラオケや手芸をしたりして過ごし、就寝時間等は一人一人のペースで支援している。		
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	自分の好みの服を着ている。自分で選べない方は、好みをお聞きしながら着替えている。また、なじみの美容院などで髪をカットしたりして、身だしなみやおしゃれが楽しめるようしている。好みの洋服等の購入も一緒に行って購入したりしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	好きな物、食べたい物をお聞きして献立に反映している。食事の準備等その時の状況に合わせて、利用者とともにやっている。	8人の利用者と職員が2つのテーブルを囲んで食材の話などをしながら和気あいあいとした食事風景であった。「いつもとてもおいしいよ」といった言葉と共に完食されていた。献立から買い物、調理まで職員が行うことでその時々気温など状況に合わせた食事が出来るようになっている。職員のアイデアで最近では果物を食卓に添えるようにしており、利用者にも喜ばれている。また外食・行事食など楽しみごととしての食事の機会も設けている。	

茨城県 グループホームやまもも

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
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	水分摂取量や、食事をその度に記録し確認しながら支援している。		
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	毎食後、洗面所にて一人ひとりその方に合った口腔ケアを行っている。		
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	排泄チェック表をつけながら各々に合ったパターンを模索しながら、支援をしている。	排泄の失敗が多くなった場合には排泄パターンに応じた定時の声かけをしたり、尿意のない利用者には把握した排泄パターンに応じた声かけ・誘導を行い、トイレでの排泄を支援する等利用者一人ひとりに対して丁寧な対応を行ってオムツを使用しないケアを実施している。	
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	水分や乳製品、野菜などを多めに摂取したり、おやつに寒天製品を取り入れたり工夫しながら、予防に取り組んでいる。また、1日2回の体操を取り入れたりしている。		
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	基本は1日おきの入浴になっているが、希望に沿った入浴になるよう、希望をお聞きしながら支援している。時間や長さなど一人一人のペースで楽しんでいただいている。	毎日昼ごろから湯をはり、何時でも入浴ができるようにしている。入浴の順番等それぞれの希望を聞きながら決め、全員が気持ちよく入浴できるようにしている。長湯を希望する利用者の場合には医師の助言を頂くなどして危険のないようにしながら入浴を楽しんでもらっている。	
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	一人一人のペースで、休憩時間や睡眠時間をとっていただいている。また、安眠できるよう空調の調整をして対応している。		
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	医療記録、薬の処方等作成してあり、個人記録や申し送り、申し送りノート等で他の変化を記録し、職員間で共有している。新しく処方された薬の時は最新の注意を払うよう徹底している。		
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	料理作り、野菜作り、手芸、カラオケ、ゲーム、散歩等、その方に沿った形で支援を行っている。		

茨城県 グループホームやまもも

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	ご家族やなじみの方の協力を得て、カラオケ教室に行ったり、美容室に行ったり、外食したりと、連絡を取り合って実現できるよう支援をしている。	日常的に散歩や庭の菜園に頻繁に出かけており、化粧品・洋服などの買い物等には随時出かけている。楽しみごととして月1～2回は外食に出かけたり、花見、紅葉狩り、近くの公園へのドライブ等、季節毎に外出の機会を設けている。時には友人や家族の協力を得て自宅を見てくる等の外出も支援している。	
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	受診時、買い物時に支払いをしていただいたりしている。お小遣い帳をつけ、好みの物が自分で購入できるよう支援している。		
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	ご家族やなじみの方との電話は自由に行っていたりしている。年賀状や暑中見舞い等で四季折々の手紙のやり取りをしている。		
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	電燈色の色で部屋を統一していたが、手元が暗いとの要望を受け明るさの調整ができる器具に変更した。季節感が感じられるよう、手先の機能訓練も兼ね、季節が感じられる飾りつけを月ごとに変えて制作し、飾っている。	食堂・居間はゆったりとした応接間の雰囲気を所々に残した落ち着いた雰囲気があり、広い窓からの庭の植え込みの眺めは心が和み、季節を十分に楽しめるようになっていく。広い玄関・靴脱ぎのスロープ等利用者の機能低下への配慮があった。ボードに日付をわかりやすく書いたり、季節を感じさせるひまわり・花火などをイメージした飾り物が手作りされている等、随所に職員の工夫や配慮が見られた。	
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	共用空間に椅子を多めに配置したりして、思い思いの事ができるよう配慮している。		
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	居室はご家族の協力のもと、各々の好みやなじみの物を持ち込んで思い思いに暮らすの場を作っている。趣味の作品を飾ったり、写真や人形等を飾り、居心地良く過ごされている。	和室や洋間など各居室が広さも造りもそれぞれに異なっており、また趣味の書や自作の手芸品、家族の写真等を飾ってそれぞれが自分の家に居るような雰囲気になっている。カラオケの機材を持ち込んで居室でカラオケを楽しむ利用者等もあり、各居室は家族・職員の協力を得て個性的に整えられており、利用者それぞれが伸び伸びと居心地よく過ごされている様子が伺えた。	
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	エレベーターのボタンを分かりやすくしたり、階段に滑り止めをつけたり、見当識障害の方の為、トイレ等表示を付けるなど、自立した生活を送れるようサポートしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 24年 10月 31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	<ul style="list-style-type: none"> ・チームで作る介護計画とモニタリング ・計画作成時のアセスメントが不十分 ・介護計画が抽象的 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護計画の生活像や目標の設定を、本人・家族にも解りやすい具体的な記述にする。又、計画作成に当たり、ご本人・ご家族の希望(特に医療面)を具体的に聞き取りをし、職員の気付きやアイデアを積極的に取り入れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・現在のケアプランややり方を見直し、センター方をメインにアセスメントを行い、担当者だけでなく 全員がシートに書き込む。 ・毎日の職員の記録を拾う。 ・はじめに、ご本人・ご家族に聞き取りをし、それに対して、こういうサービスをします、と具体的に生活が見えるような記述にする。 ・季節に合った計画を立てる。 	6ヶ月
2	33	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化や終末期に向けた方針の共有と支援、入居時看取りはできない事、体調悪化した時の対応についてご家族に説明をしているが、退去・転居については、その時の状況によるのではっきりとした説明はしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退去・医療機関への移行等を視野に入れた受診のタイミングを利用者のどのような状態で判断するのかをご本人・家族・医師・職員で話し合って具体的に定めておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護計画作成時に、ご本人・家族の意向を伺う。協力病院や各入居者様の主治医に相談し、やまももで暮らせるライン、どのような体調、ADLの状態になると退去転居をすすめるのか定める。 	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、行を挿入してください。