

(別紙4) 平成 23 年度

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)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23年2月23日	評価結果市町村受理日	平成23年8月29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=0870400280&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23年5月12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(たとえそれが軽度であっても重度であっても)を持っていてもそれが晩年の生活や人生に不利益とならない、普通の営みが出来るよう最大限に留意した支援を送っています。ご利用者一人ひとりに細やかな目を配りをし、その人となりをスタッフ全員で把握しご利用者のニーズを目標とした介護計画をたてサービス提供に努めています。急変時、重度化、終末期までを支える為に普段の日常生活に重きをおき家庭的な環境においてご利用者お一人ひとりから信頼を勝ち得るため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)】

ホームがある地域は街中ではあるが、道を複雑に入る事により、入居者にとって静かな環境が確保でき、更には自法人の庭を大きくとり、庭の散策・庭での食事・庭での地域交流がされているようであった。ホームは、運営推進会議を十分に活用し、事業所の職員のみならず、入居者・家族と共に今何が必要かを協働している事業所であると思えた。また、その方の「生きる」を大切にされ医師・看護師・介護職員が協働できる体制を確立すべく活動されていた。看取りに関しても積極的な取り組みがされていた。更に介護職の不安を軽減するため、管理者が毎晩電話で連絡をとるなど実施しながら介護支援がされている事業所であった。

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)
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、活き活きと働いている (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している (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	全職員が理念の理解、共有するにあたって日々研修や週一回のカンファレンス等に向かってべき方針を議題にしている。具体化や共有化がいかに地道で努力が必要かを話合っている	日常的に実施されている定期的会議や日常生活上の支援に対する管理者等からのアドバイスによりホームの職員全員が共通の目標に向かって具体的に入居者個々の支援がされているようであった。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	近隣との挨拶はもちろんホームの行事等で作ったお餅や蒸しパンなどを配ったり普通のご近所付き合いに努めている。また夏祭りにはトイレ休憩所として提供している。避難訓練時は自治会に回覧し見学を受け入れている。	近隣住民との関わりももてるよう庭に椅子を配置している。夏祭りにはトイレ休憩の場の提供など積極的に行われていた。地域のボランティアなども受け入れ地域との交流がし易い環境を整えていた。	
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	在宅支援センター等地域の人達が集まる講習会に出席したり、運営推進会議にご家族以外の地域の方の出席を呼びかけている。また認知症介護アドバイザーの研修にスタッフを差し向けボランティア等の準備をしている	/	/
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	二ヶ月に1回開催。家族や職員だけでなく医師・市役所職員・近隣の施設や居宅の介護支援専門員・在宅介護支援センター相談員等幅広く参加頂き利用者の介護や介護計画について評価結果や今後の取り組みについて話し合っている	運営推進会議には希望される家族が全員参加できるような仕組みを構築し、入居者家族から市町村職員に直接意見が言いやすい場にもなっているようであった。震災後には避難訓練もより具体的に実施できるよう家族・市町村と相談の上実施されていた。	
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に取り組んでいる	運営推進会議においてご意見を頂いたり困った時など相談させて頂いている。また、地域包括支援センターや在宅支援センターに予防介護の方の相談をつないだりしている。古河市の菊祭りや桃祭りにも積極的に参加している	運営推進会議に市町村の担当職員が定期的に参画する事により、入居者家族・職員との連携も図りやすくなって居るようであった。地域包括支援センター等との連携も随時行われているようであった。	
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	身体拘束のない介護の為日頃から研修をし話し合いを行っている。また、またマニュアルや方針を掲示し全職員周知させ安全で拘束のないケアに取り組んでいる。運営推進会議においても報告している。玄関施錠は防犯のため夜間のみ。	当該事業所の方針として、入居者個々が心地良いと考えられない場所を作ること自体が拘束であると考えられている。入居者個々が心地良いと考えられるような場の提供も含め、身体拘束に関し日常的に研鑽されていた。	

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
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を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	I	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時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頂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	利用者から個別に話を聞き意見や不満の把握と改善に努めている。面会時は利用者や家族のみの時間を作り不満等を話しやすい環境を作っている。アセスメントシートの記入を家族に依頼したり運営推進会議後に利用者家族と職員の1対1で面会を行い意見を聞く機会を設けている	運営推進会議においても家族の思いを聞き取ることができるが、会議後2家族に1名の担当介護職員を配し日頃の悩み・ホームに対する意見等を個別に話し合う機会を設けていた。それらの意見を反映させ介護計画書が作成されていた。	
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	カンファレンスにて意見を聞くようにしている。それだけではスタッフの本音が見えてこないで業務中の動きを見ながら個人的に意見を聞く場を設けている。また夜勤者には必ず電話連絡を入れ状況把握に努めている	定期的な職員会議はもとより、日常的に聞き取り調査が実施されていた。また、代表が夜勤者に毎晩連絡をとり現在の状況を含め聞き取りを行っていた。夜勤帯の不安なども聞き取りながらそれらの意見が反映できるよう取り組まれていた。	
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	職場環境はユニットという利用者やスタッフ間が密着しているが為の問題解決にかなりの労力を費やしている。シフト作りもスタッフの希望休を聞き、時によっては勤務時間も15分間づつずらすということも考えスタッフに気持ち良く働いて貰うよう心がけている		

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
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	介護支援専門員は古河市主催の研修に参加、訪問介護事業者主催の研修に参加したりしている。また、運営推進会議に他事業所の介護支援専門員や事業者の参加を呼びかけ情報交換している		
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。ご本人の生活歴や精神面の変化、おかれている状況等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わからない事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つとめている		
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紹介した上で、当ホームのサービス内容の説明したりしている。他事業者のケアマネを通してお見えになった方にはケアマネに説明している		
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	利用者と家族と言う関係性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一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		

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
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と家族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する。本人と家族の希望に沿いながら来訪者との団欒が出来るようスタッフがセッティングしている。利用者によっては姉のお見舞いに行きたいとか仏壇のお花を買いに行く等細やかに利用者の要望を大切にしている	近隣住民との関わりに関しては、日常生活上の散歩などをおし顔なじみになった方などが、畑で採れた野菜などを持ってきて下さったりしている。また、買い物等にも日常的に出かけている。	入居者の過去の馴染みの生活・環境・近隣とのかかわりなど、自宅で普通に生活していた時の様子や大切にしていた家具や若いころの趣味などが把握でき、ホームでの日常生活においても会話が豊かになれるよう、自宅への訪問など実施して頂けるよう期待する。
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ご利用同士が関わり合い、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	退所後も家族の状況の報告が入ったり、ホームからの香華を手向けにご家族宅に伺ったりしている。また、ホーム見学したい方等の紹介をしてくださるご家族もいます		
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作りをし、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	センター方式を使用し個々のニーズの把握に努め、それらを基に介護計画書の作成がされていた。また介護計画書も長期の計画は作成せず個々の思いに添えるよう、入居当初は短期の計画を立てるなど入居者の思いに寄り添う工夫がされていた。	
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	センター方式をご家族に御願ひしたり、ケアマネージャーからも情報提供を頂いている。入所前から自宅訪問して馴染みの関係把握し継続図っている		
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、有する方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、それぞれの情報を持ち寄り共有化をはかることにより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		

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	週1回それぞれユニットごとにカンファレンスを行い事例検討を行っている。支援経過と利用者の現状を検討しながら、より利用者にもふさわしく前向きなプラン作成ができるよう家族や他介護事業者の考えを取り入れるよう努めている	日々の様子が介護計画書に反映されるよう定期的にカンファレンスなど実施していた。精神的な側面に対しても記録を残し介護に生かす工夫がされていた。運営推進会議等を生かし家族の意見も取り入れられていた。	介護計画書は、目標の到達点が比較的高い目標であった。介護計画書作成にあたっては達成可能な小さな事柄に着目されそれらを達成するための様な介護支援がされたか判るような計画と記録の連動が出来る記録方法の工夫を期待する。
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	ボランティアの受け入れやイベント等は地域住民と関わりあうよう努めている。外食もTPOにあわせて予約をし、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		
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	提携医療関係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いただき、また提携医療機関以外にも往診して頂ける皮膚科、歯科と連携しており必要時受診できているまた、かかりつけ以外の病院でもスタッフが同行	近隣の医療機関と綿密な相談を重ね、365日24時間体制の訪問診療の体制が整えられていた。また、馴染みの診療医への受診も家族と相談し職員同行で受診する事ができる体制が整えられていた。	
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	介護計画や介護記録、医療連帯記録を見て頂いたり、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		

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。	提携医療機関以外に入院や加療が必要な場合より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。入院中も職員が訪問し		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	普段より病変、服薬変更時に家族に連絡している。家族には急変時の緊急連絡先から伺い、段階的に重度化、終末期の説明をしている。必要時は医療関係者の意見等も踏まえキーバソンだけでなく関係者全員に説明し意見をすりあわせている。会議等においても意見を伺う場を設けている	看取りに対しては法人の方針として取り組んでいく形が構築されていた。家人には入居時から説明と同意を書面でとり家族と共に見取っていく姿勢が伺えた。また、夜勤帯は介護職員の不安が少しでも改善出来るよう管理者が毎日電話する。医師・看護師も24時間体制で対応できる体制が整えられていた。	
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		
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	定期的に避難訓練を行い、DVDによる勉強会も設けている。緊急連絡網だけでなく夜間近隣に住むスタッフの連絡網も作成周知させている。避難訓練は消防署、メンテ会社に協力依頼、近隣者の見学は自治会に通知している	避難訓練等も地域と合同で実施できる体制を構築したいと努力されていたが、あまり成果が出ていないようであった。今後も同様の取り組みは継続するが緊急時の避難先にもなれるよう回覧板などを上手に使用し積極的に取り組んでいる様子が見られた。	
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・・・という視点ではなく、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は本人が守って欲しいところは徹底して守る姿勢で取り組んでいる	一人ひとりの尊厳に対し法人独自の基本理念が構築されていた。ボランティア等をお願いするにあたって「認知症」と言う疾患を理解して下さる方をお願いする。職員は入居者様一人ひとりに対し自分と同じ一人の人と言う視点を失うことなく支援されていた。	
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	運営推進会議においてご家族からも意見を頂いたり困った時など相談させて頂いている。認知症であるがために要望や希望を表現できずにいる利用者に関しては、スタッフ一同信頼を勝ち得ることを優先とし見守り、日々問いかけという働きかけをしている		

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
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	利用者一人ひとりの要望やペースを守るべきところ、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工夫をしている		
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。		
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	食事の準備や片付け等は利用者のADLに合わせて参加して頂いている。蒸しパンづくりやトッピングは全員参加。献立は管理栄養士が作成した物に利用者の好みを取り入れた物にしている。	食事は1階の厨房で調理するため調理の手伝いは出来ないが、配膳・片付け・おやつ作成など出来ることを出来る範囲で楽しんで「役割」をこなしているようであった。また、食事の残渣などから入居者が好むような献立作りが行われていた。	
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。食べる能力にあわせ刻み・ミキサー食にしたり摂取量が少ない場合医師に相談してエンシュアを処方していただいたりしている。水分も摂取能力に合わせてゼリーにしたりロミをつけたりしている。本人の嗜好に合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から医師のアドバイスもあり1日に5回のうがいを慣行している。		
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	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、誘導や介助により失禁等が軽減している。リハビリのムレ対策でボクサーパンツを使用し皮膚疾患も軽減している。日中はオムツ使用の方がいないように一日の昼夜メリハリをつけている。	入居者個々の状況に配慮し様々な工夫を重ねているようであった。入居後自立度が上がった入居者も多く日常生活において基本は「日中はトイレ」での排泄が職員にも浸透しているようであった。	

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
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たりしている。便秘で落ち着かなくなってしまう方には下剤を調節したり便秘が続く場合は浣腸したりしている。		
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	1週間に2回の入浴日を設定し支援している。そのほか個々の希望に合わせて入浴して頂けるよう支援をしている。夜間入浴も本人のADLに合わせ希望を聞いている。入浴日以外は足浴などの部分ケアを行っている。	入浴日は基本的に決められているようである。しかしその曜日に拘ることなく入居者個々のタイミングに応じ随時入浴されていた。また、ユニット毎に普通浴半機械浴が設置されその方のADLに合わせホーム全体で入浴の体制が整えられていた。	
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	足浴をしたりゆたんぽを使用したりして循環を促している。眠剤を服用している方もいるが体調を考慮し偽薬を使ったり声掛けを多くするなど工夫している。日中も過度にならない程度に休息していただいている。		
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	利用者が内服している薬の目的や副作用については全職員の理解しやすいように表示したり、ミスがないように2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。役割として仕事を御願しているが家族やスタッフ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	本人の希望により買い物、外食、散歩等スタッフが同行している。ホーム中庭でお茶や談笑を楽しんだり、通りがかりの方ともお話しできる環境を作っているが、利用者の健康状態に合わせることにしている。家族との外出にも相談に乗り支援している。通院を楽しみにしている利用者もいるので同行している。	日常的には、近隣の散歩・おやつ・おやつの買い物・など実施されていた。また近くにコンビニエンスストアなどもあり職員と共に出かけているようであった。また、様々な理由を見つけ出し外食や外出の機会を多くもつような努力がされていた。	

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
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	金銭管理が可能な方にはお金を持って頂き家族や職員が助言や支援をする。好きな物を買ったりして頂いているが、同じ物ばかり買おうとする方はスタッフが同行してアドバイスをしている		
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	電話は自由にお使い頂き使えない方には職員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	グループホームの役割から見て利用者の心身を考慮した空間、環境作りをしてきた。安全面の配慮の上に、あくまでホームは利用者の家であること、季節や行事を取り入れた空間作りに努めている。空調も本人に理解されにくい管理は避け、体調を考慮しながら行っている	共有の空間は広々としたスペースがあり食堂部分以外にも自由に使用できるソファが準備されていた。また、共有空間から手入れが行き届いた庭が見渡せ季節の移り変わりが手に取るように見られる空間になっていた。	
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	共用の場所に応接セットをおき利用者の気分にに応じてダイニングテーブルと使い分けしている。ダイニングテーブルは座る場所は気の合う利用者同士で座れるよう席を工夫している		
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頂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頂くさせている。時を知らせる時計やカレンダーはホームが用意することが多い。ベッドや寝具類は季節によりスタッフが目配りする	ご自宅から持ち込まれたであろう筆筒や自宅で使用されていた布団、家族が持参されたであろう縫いぐるみや家族写真等が個々に準備されていた。	
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	表示はできる限りわかりやすく個々人に合わせて考慮している。暖簾等は防災でなくてはいけないなど規制があるので、できる限り職員が環境となるよう努めている		

目標達成計画

作成日: 平成23年8月15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	Ⅱ 20	自宅訪問は自宅から入居される方のみ行っていた。施設から入居される利用者様は自宅に行くことは少なく家族からの話のみで対応している事もあった	可能な限り自宅訪問を行い生活環境の把握に努める	入居が決まり次第自宅に伺えることが可能な方であれば伺い、その方のなじみの生活環境を把握する	即日
2	Ⅲ 26	介護計画書の目標設定が高すぎ記録にも連動されている事が少なかった	利用者一人ひとりにあわせ達成可能な目標設定を行う。また、常にどの程度達成されているのか目標達成までに行っている支援内容が把握できるような記録にする	ケアプランの目標設定の見直しと記録の様式を検討し目標達成のためにどのような支援がなされ、どの程度達成されているのか記録しやすく確認できるような様式の作成を行っていく	3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。