

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	0870101607		
法人名	(株)四方建築設計事務所		
事業所名	グループホーム ぐるんぱの杜		
所在地	茨城県水戸市大串町116-4		
自己評価作成日	平成23年2月22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=0870101607&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20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)】

地域に密着したグループホームを目指し運営推進会議の充実や地域住民とのふれあい又近くの小学校等との付き合いを積極的に行っている。又、ケアプランについても活動内容や行き方をできるだけ具体的にし、しっかり実施、改善できるように努めている。

【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)】

地域の一員として地域密着を目指してきた活動が周囲から認められるようになった。地域とのパイプ役として運営推進会議の役割も果たされ、学校をはじめとして地域との友好的な関係が構築されている。経営者の意識も高く、常に前向きでサービスの質の向上に努めている姿勢が印象的だった。利用者に対する職員の対応も丁寧で、やり取りの中には人の温もりを感じさせるものがあり、利用者の笑顔や、穏やかな暮らしぶりに現れている。

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、その時々々の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	事業所理念として主要9項目を設定している。そのひとらしさ、一人ひとりの状態に応じた支援を日々のケアを通して実践し、その都度の機会毎に周知徹底している。	法人の主だった人達が考えた理念を、抽象的なものからわかりやすい項目に設定し、玄関に掲示している。職員のみならず、地域でも理解されている。理念の実践は現場で日々思考錯誤されている状態であり、理念は介護の原点として大切にしている。	
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	地域催し物への外出を実施していると共に、施設では「夏祭り」を開催し、地域の方々とのふれあいの場を設けている。また毎朝の通学見送りなど子供達への声かけや、畑のジャガイモ堀に幼稚園時を招待し喜んで頂いている。	自治会の清掃、新年会等の参加、班長も順番に回ってくる。回覧板にホームのチラシを入れてもらうことで地域での理解がより深まっている。小学校が授業の一環として訪問し、通学時の見送りで挨拶を交わしている。幼稚園も近くにあり、ホームに植えたジャガイモ堀を楽しんでもらう。ホーム主催の夏まつりは地域の方々の協力を得ながら、小学生も多数参加し行っている。	
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	運営推進会議等において施設での取り組みについて説明をしている。その機会を通して要望等があれば対応していきたいと考えていますが、当方からの積極的な提案はしていない。		
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	定期的に行われている。会議の場を施設内にすることで、実際の状況を確認してもらうようにしている。意見もその必要性・現実性を判断し積極的に取り入れてサービス向上に活かしている。	小学校の校長が参加してくれた時期に小学校との交流が始まり、ホームが町探検や社会見学の場所の一つになり、その後も継続している。会議のおかげで地域の方々の協力や交流が出来るようになった。家族、民生委員、市の職員や利用者が参加することもある。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に参加する市の職員との関係を密に行いケアサービスの取り組み、地域交流の取り組みを行っている。	会議記録や実施報告書は毎月市役所に出向き、担当者に手渡している。グループホーム協会の定期的な会議に市役所も参加し、半年に1回行う研修でも交流がある。日々相談しやすく良好な関係が出来ている。	

茨城県 グループホームぐるんぱの杜

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	対象となる行為については理解している。玄関は夜間帯(防犯上)以外は施錠せずいつでも庭先へ出られる様にしている。また拘束しない工夫や支援・介助にて対応している。	拘束しないケアを実践している。過去に精神不安定になる利用者に対して、苦勞しながらも拘束せずに対応出来た経験がある。身体拘束については理解はしているが、言葉や態度などが該当するのではないかと悩む場面もあり、その都度検討している。	
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	学習機会については自己啓発に委ねられているが、認識されている。また職員間において利用者様への言動に対し注意・関心を払い虐待防止に努めている。		
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	学習機会については自己啓発に委ねられている。まだ運用・活用した事例がない。		
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	入居前に来訪頂き、十分な説明、納得を得ている。		
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	利用者については日々のケアを通して、訴えを把握し対応している。家族等については意見箱や来訪時CMやケアプラン確認時に意見・要望を記録として残し確認できる様にしている。また運営推進会議を意見交換の場としている。	ケアプランを作成するとき、見直しの時に意見や要望を聞き、ケアに反映されるようにしている。また、職員全員が利用者・家族の声を聞き取れるようにコミュニケーションスキルの研修を行った。家族によっては自立支援に消極的な意見もある。例えば、食事は出来るだけ自分で食べてもらおうが、家族によっては食べさせて欲しいという意見など。	
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	主に毎月のカンファレンス時にコミュニケーションしている。その他、必要に応じて対応している。その必要性を判断し反映させている。	リーダー会議で職員の意見を聞いて話し合いをしている。研修に参加してスキルアップを図り、参加者は内部研修として発表してもらう。	
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	規模が小さいこともあり、代表者との関係は密に行えている。実績の反映や職場環境については詳しくはわからない。		

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
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	施設内でも災害・ケアに関する研修を行っている。又接遇マナー等の実習も実施された。		
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	グループホーム関係の施設とは研修時などに知り合い密な関係を築いている。		
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	まずは本人のおかれていた状況(生活環境・歴)や状態(体調・健康)等について把握していく。それらを踏まえ傾聴し理解していく事で信頼関係を築く様にしている。		
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	サービス導入に至るまでの経過を家族の立場になって傾聴すると共に、「まるごとシート」より具体的内容(不安・要望等)を把握する事で信頼関係を構築している。		
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	本人の状況(生活環境・歴)や状態(体調・健康)について把握し、サービス導入に至るまでの家族の経緯を踏まえ、傾聴していく事で当面必要としている支援内容を設定している。		
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	本人の出来ること・出来ないことを見極め、興味・関心事を探りながら役割・参加意識をもって頂ける様支援している。各種お手伝いや通学見送り等。		
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	家族来訪時には、ご本人の生活状況についてコミュニケーションを図る共に、希望や楽しみ・興味・関心事についてもお伝えし、共に補いながら実現できる様にしている。また施設のイベントに招待し一緒に時間を過ごせる機会を設けている。		

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
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	定期的なご自宅への外出支援や、ご家族・友人へ連絡が出来る様にしている(電話)。また季節のお墓参りやお便りを出せる様支援している。	毎週定期的にご自宅へ外出する方や墓参りに行く方などの外出に付き添っている。盆や正月などに自宅へ外泊する方への支援や、週1回職員が、こだわりの店へ送迎するなど、一人ひとりの要望に合わせた支援を行っている。	
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	相性に配慮してテーブル席を配置し、一緒に散歩や外出の機会を設ける事で、共通の話題づくりが出来る様支援している。また意思表示が難しい方においては、その思いを職員が代弁している。一方お一人を好まれる方がいる事に配慮している。		
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様との関係は継続して続いている。又、ご本人にお会いに行くことも時々だが行っている。		
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	日々のかかわりやコミュニケを通して、個々に把握している。その実現に向けてた支援と調整(家族等の理解・支援)をしている。意思疎通が難しいな場合は、ご家族・職員による話し合いを設けている。	本人の意向を言えない方は家族に聞く。ご本人には、今までの生き方を把握したうえでこちらから選択肢を与えて答えやすい質問を工夫している。職員に伝えられなくても家族には訴えられる場合もあり、家族が窓口になることもある。知り得た情報はカンファレンスで共有に努めている。	
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	事前情報による把握はもちろんの事、家族等来訪時にはコミュニケを図り情報を得たり、ケアを通して把握している。		
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	毎日利用者毎の介護記録を作成し生活全般の状態を記録している。また利用者毎に定期的に(3ヶ月毎)「生活実施表」を見直し総合的に把握できる様にしている。		
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	定期的「カンファレンス」における職員間の話し合いによる事が多いが、本人・家族の希望に沿える様、一人ひとりの現状把握と見直しを実施し計画作成をしている。更なる現状変化についてはその都度の見直しを図っている。	ケアプラン担当者が各ユニット毎にいて、職員が作成に全員関わられるように順番で担当している。最終的にはカンファレンスで話し合い、ケアマネが書類を作る。毎月モニタリングを行うが、状態が変化した時は随時話し合いを持っている。	ケアプランの基にサービス提供があることを理解し、記録にどのように反映させるか検討することで記録の意味について再認識することを期待したい。

茨城県 グループホームぐるんぱの杜

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
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	利用者毎に日々の状況について介護経過記録を作成している。また「生活実施表」を作成し、状態等の情報共有を図り計画作成に活用している。		
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	その時々々の要望・依頼・訴え等については可能な限り対応している。(ご自宅・買い物・用事・外出・外食など)		
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	外部協力として定期的にボランティア(歌・体操)などの訪問。近隣小学校・幼稚園との交流や地域のイベントの参加により楽しみの機会を設けている。		
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	希望に沿った病院への受診を支援している。また健康管理として、3ヶ月毎の定期受診を実施して医師とのコミュニケーションを図る様にし、変化時には即受診できるよう支援している。	希望に沿ったかかりつけ医を受診しているが、家族の付き添いが多い。急変時の対応も円滑に出来るように医師との連携も密にしている。	
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	看護ステーションと契約を結び、毎週看護師が訪問してくる体制を整え、コミュニケーションを図っている。状態の変化や気になることにを相談しアドバイスを受けケアに生かしている。		
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。	入院時は病院側にできるだけの情報提供を心がけ、その都度の相談、やりとりを行っている。		
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	ターミナルケアについては医療関係者及び家族と現状と対応策を共有することで協力し合う関係作りをしている。また職員は利用者への支援内容について理解し、状態に応じた可能な限りの身体的・心理的ケアをできるようにしている。	看取りは希望があれば行う方針であり、家族の同意書を貰っている。状態が変化した時はまず訪問看護で対応、判断を仰ぐ。マニュアルを作成し研修も行っている。これまでに1名の看取りを経験したが、職員の終末期ケアに対する自信につながった。	
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	定期的な訓練は行われていないが「急患発生対応」のマニュアルを作成し周知徹底している。急変時には看護師と24時間相談できる体制を整えている。		

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	想定に基づき定期的な訓練は実施しているが、地震時や夜間時の対応については不安が残る。(被災程度と人員体制)また地域住民との協力体制づくりをしていく必要がある。	3月の地震では小学校に避難、2泊した。訓練ではなく本番の災害で想定外の事態があり、備蓄が足りないことがわかった。避難訓練は会議の時間と合わせて地域の方と一緒に消火器を使って行った。夜間想定など年2回実施、1回消防署立ち合いで行う。	
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	常に尊敬の意を持ち接していく様心がけている。また本人のペースを大切に、個々の状態に合わせた声のトーン・口調・内容で接している。	一人ひとりの生きてきた背景を考慮し、人格を尊重したうえで利用者のペースに合わせて対応している。	
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	常に表情や言動に注意し、言葉として発せられない状態においてはスキンシップなど、その思いを探りながらのコミュニケを心がけている。その場面場面に応じた言葉かけをし意思疎通を図っている。		
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	共同生活の守るべき最低限のルール以外は、本人の意思に沿った生活を送って頂いている。散歩・日光浴や希望する個々の外出など可能な限り実施している。定期的に図書館へ出かけ「本」選んで頂く事や買い物・外食へもお連れしている。		
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	職員が散髪したり、ボランティアによる散髪・化粧による支援をしている。衣服等については必要(季節・サイズ等)に応じて手配(家族確認)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	個々に嫌いな物は出来るだけ避けている。味付けや調理・提供方法を変えたり工夫している。一緒に食事をし、テーブル拭きや食器下げを一緒に行っています。	職員も一緒に食事する。食材の買い出しも利用者と一緒にいき、食事の時だけのパート職員が主に調理。入居時好き嫌いを聞いてなるべく希望に沿った食事を提供する。季節に応じたイベント食、正月は寿司、恵方巻、鍋パーティー、干し芋作りなどを楽しんでいる。月1回外食の機会もある。	
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	個々の状態に合わせて刻みやトロミの工夫をしている。水分摂取量については把握しているが、必要量確保の為に好みの飲み物や提供方法に工夫している。また必要に応じてさりげなく介助している。		

茨城県 グループホームぐるんぱの杜

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	歯磨きやうがいなど個々の状態に応じたケアをしている。また義歯の状態とかみ合わせの確認や口腔内をチェックしている。		
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	職員の都合によるおむつ使用、はしていない。排泄チェック表でパターンを把握し、定時でのトイレ誘導等、トイレでの排泄を生活リハビリとして捉え(移動・移乗・立位保持・手洗いなど)支援している。	トイレでの排泄を基本とし、排泄パターンを把握してトイレ誘導している。日中はリハパン対応。	
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	日々の排便状況を記録し把握している。自然排泄を促す様状態に応じ、乳飲料・食物繊維の多い食品を提供している。状態に応じて便秘薬を調整している。また歩行・他動運動や腹部マッサージなど個々の状態に合わせたケアをしている。		
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	基本的にサイクルに基づき入浴して頂いています。自立度の高い方は希望に沿った入浴をしていますが、通院介助や職員体制もあり午後からの入浴になっています。	職員と一緒に着替えを用意して浴室へ移動。入りたくない方にも何とか声掛けを工夫しながら入浴出来ている。できるだけご本人の入浴習慣を継続できる支援を行っている。	
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	昼夜逆転にならない様注意し、ご自分のペースで休んで頂いている。また体調に配慮し休息を促しています。夜間覚醒状況に応じてDrとコミュニケを図り、安眠できる様支援している。		
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	個々に「受診記録」を作成し、薬の説明書と一緒にファイルする事で常に確認出来る様にしている。バイタルチェック・食欲・水分摂取・排泄・睡眠・言動など常に観察し、体調の変化を確認している。		
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	役割意識を持って頂けるお手伝いや、気分転換として散歩・日光浴などを積極的に実施している。お好きな物を食べて頂く外食支援や、晩酌して頂いている方もいます。		

茨城県 グループホームぐるんぱの杜

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	散歩や日光浴などは日常的・積極的に実施している。希望に応じてのお買い物・ご自宅やお墓参りなどへの支援をしている。また季節折々の催し(観梅・お花見・お祭り等)や、地域の催し物への外出機会を設けている。	月1回は最低外出している。外食も定期的に行い、天気がいい限り毎日散歩している。ホームで犬を飼っており、一緒に散歩に行く。外でお茶を飲みながら外気浴も定期的に行っている。大洗の磯前神社の初詣は恒例になっている。手作り弁当を持って出掛けることもあり、大塚公園の桜見物も好評である。	
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	職員は十分に理解している。一人ひとりの希望に沿った買い物や所持と保管を支援をしている。		
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	希望に応じて利用でき、手紙が出せる様支援している。年賀状・暑中見舞い等。		
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	ホールには天窓を設け自然な採光と風(空気)を出来るだけ多く取り入れる様にしている。また月毎の思い出の写真掲示したり、和室壁面を利用して季節感の演出をしている。テーブルには「花」を飾るなどしている。	ホールは天窓がありあかるく開放的である。風が抜けるため快適な空間になっている。写真の掲示や季節感のある掲示が工夫され、入居者のちぎり絵が目を引き。畳では洗濯物をたたむ人、ソファでゆったりとする人、思い思いに過ごしていた。	
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	テーブル席他、ソファや籐椅子を置いている。利用者同士が思い思いに過ごせる様な場所として和室があるが現在、殆ど利用されていない。		
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	少しでも今迄の生活スタイルに沿った居場所として安心して過ごせる様、ご本人・家族とのコミュニケを通して、馴染みの品・物を置ける様に支援している。	ダンスや座り机など、馴染みの物を持ち込んだり、床に畳をしいている利用者もいる。鉢植えが好きな方へは家族がカーネーションの鉢を持ってきていた。また子供の作品を飾っている部屋もあった。	
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	日々のケアを通して必要と思われる設備環境面での改善についてはその都度改善している。また声掛け・誘導にて安全で自立を目指した生活が送れるよう工夫している。		

目標達成計画

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		ケアプラン・モニタリング・介護記録の必要性・意味合いをしっかりと理解できていない。又ケアプランの目標達成案が多すぎるため1つ1つの目標に対する活動が充実できていない。ケアプランと介護記録の関連性が乏しい。	ケアプラン・アセスメント・介護記録に深い関連性を持たせ、より確かな自立支援ケアを行っていく。又、ケアプランの目標をしっかりと達成できるようにしていく。	ケアプラン内容(具体策)を無理に多く作成せず、達成できることやより深く取り組めることに絞り、実施していく。又そのケアプラン内容の経過過程を介護記録に各スタッフが反映させ記録していく。その都度、管理者が確認し職員に徹底させていく。	3ヶ月
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、行を挿入してください。