

## 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	0870102142		
法人名	株式会社 いっしん		
事業所名	グループホームいっしん館 内原		
所在地	茨城県水戸市杉崎町195-1		
自己評価作成日	平成24年9月23日	評価結果市町村受理日	平成24年12月13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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_2011_022_kani=true&amp;ijigyoCd=0870102142-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_2011_022_kani=true&amp;ijigyoCd=0870102142-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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11月9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)】

利用者様、スタッフ共に笑顔・笑いのたえないアットホームな環境づくりをしています。
--

## 【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)】

近くに最適な散歩コースがあり、毎朝30分くらいかけて散歩をしたり、近隣のスーパーやJA直売所などに買い物に出掛けるなどし地域との交流を深めている。 最近入居された利用者がリーダー的な存在になり、他の利用者を引っ張ってくれているので、昨年より雰囲気良くなったと管理者から話があった。実際、その方を中心にカラオケをしたり、編み物をしたりして、とても楽しく過ごされている様子が窺えた。市民ホールで編み物の展示会があり、今年初めて作品(編み物・レース編み)を出品し4日間展示され、利用者の自信に繋げることができた。
--

## 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、活き活きと働いている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	近隣や地域の方との交流を大切に、グループホームのあり方を考え、共有できるように、管理者・職員にて検討した理念を掲げている。	開設当初から法人で掲げている基本理念の他に、3ヶ月毎に内原館独自の目標をスタッフミーティングで話し合い決定している。現在は「一日一笑」という目標を各フロアに掲示し、利用者や職員が笑顔を大切に過ごしている。	
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	近隣ボランティアを招待したり、日常的に近所の散歩や外食レクリエーション等を通して、地域とのつながりに努めている。2ヶ月に1回、地域運営推進会議を開催している。	運営推進会議で地域の行事を確認して参加している。今年初めて、編み物の展示会に作品を出品し、皆で見に行った。ホームの夏祭りは毎年地域の方がお囃子を披露し、地域ぐるみで楽しむ行事になっている。買い物はスーパーやJA直売所へ行き、地域との交流を深めている。	
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	地域住民代表の方より、地域での会合や行事等の声掛けを頂けるため、その際には積極的に参加しグループホームや認知症についての現状や様子などの情報を公開、交換を行っている。	/	/
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践、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	地域での行事の誘いや声掛けを頂いたり、日頃の報告や相談等意見を頂き、サービスの改善・向上に活かしている。施設内にパンフレットを常備し、見学や相談を受け入れている。	2ヶ月毎に利用者・家族・地域住民代表(元区長)・ボランティア代表・行政・民生委員・職員などの構成メンバーで開催している。ホームの行事報告や参加者から出された議題(最近では脱水症)について、資料をもとに確認している。意見交換の場では、家族の意見も活発に出ていた。	運営推進会議の参加家族が毎回固定されているので、欠席されている家族にも会議の内容を報告し、今後の参加協力につなげることを期待する。
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	市町村との連携を図る際には、可能な限り直接市役所へ届け出るようにしている。保護担当者とは密に連絡を取り合い、相談には応じていただいている。	毎年市の相談員の訪問があり、ホームの様子を確認すると共に、利用者や職員に聞き取りを行っている。市の福祉課には利用者の現況報告を随時行い、地域包括支援センターからは入所相談を受ける事もあり、市との連携が図れている。	

茨城県 グループホームいっしん館内原

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	運営者及びすべての職員(介護保険法指定基準における禁止の対象における具体的な行為)を理解しており、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。	毎年内部研修を行い、身体拘束をしないケアの実践に努めている。玄関はいつも開放され、車椅子点検も随時行われており、拘束につながる細かな事も、職員全体が熟知している。	
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	研修の参加等を通し、虐待について学ぶ機会を設けている。 日常的に利用者様は「人生の先輩」として敬意を払い、ケアに努めている。		
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	成年後見制度を利用がしている方がいるので、関係を密にしている。 他利用者様にも必要がある際には、支援出来るようにしていく。		
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	契約やその解約等の際には十分に説明を行うことはもちろん、解約の可能性がある時点で事前説明も十分に行うよう努めている。		
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	苦情は常時受け付け、要望があった際には即実行している。また、苦情があった際には十分に説明を行い、納得していただけるようにし、次に繋げていける環境づくりをしている。	運営推進会議や面会時に、家族の要望を聞いている。今年、会議で課題となった脱水症予防については、水分補給ができるようにウォータージャグを設置した。家族の要望には即対応しているため、苦情処理につながるような事例は特にない。	
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	毎月1回スタッフミーティングを開催し、意見や提案を聞く機会を設けている。 利用者様の受け入れや継続の可否等については、スタッフの意見を聞き入れながら取り組んでいる。	毎月のスタッフミーティングやサービス担当者会議で、職員の意見を聞いている。業務の中でも職員の意見や要望はその都度主任に提案されるので、まずは実践し結果を出す取り組みを行っている。	
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	勤務ローテーションを組み、希望を掲示してもらっている。 やりがいが出るよう、昇格希望者には立候補制度も導入している。		

茨城県 グループホームいっしん館内原

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	研修に参加する事でやりがいや向上心を見出し、フォローしている。 社内の研修も定期的に行われ、学ぶ機会を確保している。		
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	地域で行っている介護支援専門員の会等に積極的に参加している。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	1対1で話せる場面づくりに努めている。 話された内容をケース記録に記載し、利用者様の現状、希望等を把握している。 意思疎通が困難な利用者様に関しては、表情の1つ1つを日誌や記録に記載し、個別援助計画につなげられるように努めている。		
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	ユニットの出入り口に「ご意見箱」を設置し、気軽に意見を出して頂けるようにしている。 面会時等に時間をとり、話す場を設けている。 事前面接時や契約時等に、家族様の意見を聞き、ケアプランに取り組んでいる。		
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	グループホーム利用に適しているかを見極め、他サービスが適していると感じた際は相談、助言し支援している。		
18		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	「人生の先輩」として、昔からの慣わしや料理等教えて頂いている。 食事作り等共に行き、同じものを一緒に食べている。		
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	行事や一泊旅行等と一緒に参加して頂けるように支援している。 小さな事でも「相談・連絡・報告」を徹底している。 毎月「いっしん便り」を作成し、写真を同封し送っている。		

茨城県 グループホームいっしん館内原

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	行きたい所へお連れしたり、馴染みの人に会いに行ったりと、出来るだけ利用者様の希望にそえるようにしている。	JA直売所に知人が働いている利用者がいるので、買い物に出掛け関係継続に努めている。その他、職場の同僚が定期的に面会にくる利用者もいる。家族の面会が多く、墓参りや法事に連れて行くなどの協力もある。	
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	職員が上手に輪の中に入ること、自然とコミュニケーションが取れている。世話役の方には、出来る限り役割を持ち、発揮できる機会を作っている。		
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	グループホーム・介護付有料老人ホーム・高齢者向けサービス付き住宅の三本柱で事業展開しているため、事情により退居となってしまった際も相談を受け、状況に合わせて支援している。		
<b>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</b>					
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	一人一人の話を傾聴、本人の希望を見出し把握に努めている。意思表示が困難な方に関しては、表情の一つ一つを見落とさないようにし、細かい事柄でもまず、利用者様に聞き選択の機会を多く作っている。	職員の感性が豊かで、会話の中から思いを引き出すことができている。視覚障害あり、大声を出していた利用者に対して、1対1の対応を行い、ホール内を手引きで散歩する事を取り入れたところ、大声を出す回数が減り、落ち着いて生活できるようになった事例がある。	
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	利用者様の生活歴を把握し、家族様に昔の話等を聞く事で把握に努めている。		
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	ケース記録、申し送りを活用している。テレビが好きな方には番組を合わせ声を掛け、食事のお手伝いをして頂いたり、散歩が好きな方は散歩へお連れしたりと一人一人の状態に合わせて過ごして頂いている。		

茨城県 グループホームいっしん館内原

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	利用者様、ご家族様の意見を取り入れ、より良い生活が出来るようにしている。必要時、医師、看護師に相談。月1回のモニタリング、アセスメントを全スタッフでカンファレンスし、介護計画作成、見直し、検討している。	利用者にはそれぞれ担当の職員がつき、半年毎にアセスメントシートの見直しを行い、それを基にケアマネジャーが計画書を作成している。毎月、モニタリングを行い、援助内容の確認を行っている。担当者会議に家族は参加していないが、計画書の説明の際に家族の意見を聞いている。	介護計画が日々のケアの中で実践され、その効果などが分かるように、記録に残す工夫を期待する。その為にも、課題・目標を必要性の高いものから計画し、実践につなげていくことを期待する。
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	日中、夜間の様子をケース記録に時間事記入し必要時には申し送り張りに記入している。業務日誌も活用している。月に1度サービス担当者会議を行い、介護計画の見直しに活かしている。		
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	当事業所は、グループホーム・介護付有料老人ホーム・高齢者向けサービス付き住宅の三本柱になっている。また、医療行為が必要な時は連携している病院に相談し取り組んでいる。		
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	地域のスーパーに買い物に行ったり、外食したりしている。ボランティアの方々にも来館して頂いている。		
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	必ず利用者様、ご家族様希望を確認した上で医療機関に受診している。必要な時は、医師の紹介状と連携により体制が整っている。	契約時にかかりつけ医を継続して利用できる事を説明しているが、殆どの利用者は協力医の往診を受けている。かかりつけ医や専門医の受診は職員が対応し、電話で家族に受診結果を報告している。報告した内容は記録に残している。	
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	現在訪問介護は利用していないが、月2回の往診の際看護師に相談したりと、常に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
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。	定期的な面会と担当医師、看護師から病状説明を受け早期退院に向け連携している。退院後も小さい事でも電話などで連絡を取っている。		
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、事業所ですべての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	利用者様、ご家族様には重度化、終末期の時の意向を伺っており、話し合いによっては転居されるケースもある。スタッフも周知し、医師と話し合っている。終末期マニュアルがある。	看取りを行わない方針だが、本人・家族の要望により対応できるように、終末期ケアのマニュアルを作成している。契約時に看取りに関する意向を確認し同意を得ているが、状態の変化に応じて、随時、本人・家族の意向を確認している。	
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	応急処置が出来るようマニュアルや薬箱揃えて応急手当は出来るようにしている。新人職員など新人研修を行いカリキュラムの中に取り入れている。すべての職員は救命救急講座を受け、AEDの使用法なども随時業者に来て頂いている。		
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	避難訓練を2回行っている。防災備品も常備している。夜間・地震などを想定しての避難訓練も行っている。地域の消防団の方もここはどのような所かを把握していただいている。	避難訓練は年2回実施している。2階に車椅子の利用者が多いが、住み慣れた居室を優先しているため、消防署との打ち合わせで、ベランダに非難することになっている。震災後、雨天以外は屋外でラジオ体操を行い、2階の利用者が下に降りる訓練にもしている。備蓄品の見直しも行っている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	その人にだけ分かるように声掛けをしている。トイレの場所が分からなくなるように、大きく明示している。相手にとって事実が客観的であっても現実として受け入れ相手にとっての事実コミュニケーションをする。人生の先輩として敬い、かつ一人一人に合った対応、声掛けを行っている。	トイレの声かけは、相手の状態に合わせて行っている。おむつ交換や入浴介助などは、異性介助に対する配慮を行っている。視覚障害のある利用者は、声かけや体に触れるときなど、急に行くと驚いてしまうので、名前を呼んで注意を向けてから介助を行うなどの配慮が自然に行われていた。	

茨城県 グループホームいっしん館内原

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
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	個人、個人の話傾聴し、信頼関係を築くと共に個人の意見を尊重し決定権を利用者様本人にtp努めている。また決定することが難しい場合には助言をしながら決定出来るようにもっていている。		
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・トイレ・入浴の時間を決めずその人に合わせている。また季節のならわしなども取り入れ希望にそうようにしている。		
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	毛染めをしたり、お化粧したり、おしゃれの支援をしている。また移動理容室があり希望があればいつでも来ていただける体制になっている。好みの洋服など一緒に行き選んでいる。		
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	季節感のある献立を作成し利用者様の好みのメニューを入れ提供している。また出来る仕事の分担を決め行っている。食事もしめるよう、外食等も取り入れている。	食事の準備や調理など、利用者のできることを手伝ってもらっている。一週間の献立を立て、近所のスーパーやJAに買い物に行く際、一緒に行って買い物し、漬物を作って皆に振舞ってくれる方もいる。	
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	個人、個人の水分の目安は表にしている。食事量の決まっている利用者様は何グラムと表示している。1日の食事量、水分量などチェック表に記入いつでも見られるようにしている。		
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、利用者様に応じた口腔ケア方法で行ってもらい、状況に応じた介助を行い、清潔保持に努めている。月2回歯科往診が来ている。		
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	個人、個人の排泄パターンを把握しその人にあつたトイレ誘導、排泄介助が出来るように支援している。	オムツ対応の方もいるが、排泄パターンを把握し、できるだけトイレで排泄できるように心掛けている。入院をきっかけに歩行困難になった利用者に対して、トイレの回数が頻繁だったので、排泄パターンにあわせて誘導し、少しずつ失敗が減ってきている。	

茨城県 グループホームいっしん館内原

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	便秘予防になるよう水分や食物繊維の多い食品を食事に取り入れている。天気の良い日は外を散歩、天気の悪い日はホール内を歩く運動を取り入れている。		
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	ご本人様の希望を重視し、好きな時間に入浴出来るようにし、その人に合った温度にし、快適に入浴して頂いている。	常時お風呂に入れる状態で、本人の好きな時間に入浴ができるようにしている。追い焚きができる浴槽なので、入浴剤は使用できないが、ゆず湯や菖蒲湯など季節感を味わって入浴を楽しんでいる。	
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	居室の温度管理に注意したり、寝具を干したり、清潔に寝やすい環境作りをしている。和室にはコタツ、座位が保てない方に関してはソファーにすわったままのコタツを置きゆったりと過ごせる様に支援している。		
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	全スタッフが薬の内容を理解し、指示通り服薬出来るようにしている。薬の変更があったり食べ物、飲み物など飲み合わせの悪いものなど申し送り、朝礼、夕礼時にも口答で伝えている。		
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	食事・家事・草抜きなど利用者様がそれぞれの役割を持ち張り合いのある生活を過ごしている。またレクリエーションや季節行事など楽しみも多く行っている。		
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	日常的に外に散歩・ドライブに行ったり、地域の飲食店に外食へ行くようにしている。本人様の希望に合わせ、ご家族様との外出の連絡を行う。	毎朝、30分程度の散歩を行っている。買い物やドライブなどを日常的に行い、手作り弁当をもって花見に出掛けるなどしている。家族と一緒に外出や外食、外泊する利用者もいる。毎年、法人全体で行われている温泉旅行は、利用者・家族が楽しみにしている。	

茨城県 グループホームいっしん館内原

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	基本的には金銭を持たないので、買い物時一緒に支払いをする事で買いたいものを購入していただいている。		
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	電話や手紙を利用したい時にしていただいている。知人の方など面会に来てくださった際はお礼状を書いて出している。		
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	ホールに季節の花を飾ったり、装飾する事で季節感を出している。レースカーテン等で日差しの調節を行い、常に換気にも気を付けている。共用の空間は常に清潔に心掛けている。	昔よく見たテレビのDVDを用意し、リビングで流していると、今ままでは自室で過ごしていた方もリビングに出てきて、皆と一緒にテレビを見て過ごすようになってきたとのこと。職員と利用者が一緒に掃除をして清潔な空間作りを心掛け、季節の花を飾ったり、壁飾りをするなどし季節感を取り入れている。	
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	ホールにはソファを置き、和室にはテーブル、冬にはコタツ、車椅子の方が入れるようテーブル式コタツを置きいつでも話の出来る場をもてる環境作りをしている。		
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	使い慣れた家具、生活用品、装飾品を持ち込んでもらい、本人にとって居心地の良い空間作りをしている。	家族の協力により、使い慣れた家具や仏壇が持ち込まれ、自分の幼いころの写真や家族の写真を飾って、本人が安心して、居心地よく過ごすことができる居室空間が作られていた。	
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	バリアフリーになっており全体に手すりがついている。階段には滑り止めをつけたり、清潔感を心掛け、誤認・錯覚・アクシデントの原因になるものは置かない。湿度の管理をして床の状態など観察し転倒防止に努めている。		

## 目標達成計画

作成日：平成 24年 12月 13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	4	運営推進会議に参加されていない家族に、会議の内容を報告できていない。	ご家族様の参加が少ないため今以上に連絡を取り合い家族様に参加していただくようにする。	ホール内に掲示するなどして利用者様、ご家族様がいつでも観覧できる環境作りと、ご家族様に毎月送っているお便りにいれ報告する。	6ヶ月
2	26	介護計画が日々のケアの中で実践され、その効果などがわかるように、記録に残せていない。	記録を残すことの重要性を改めてスタッフ間で認識し、具体的に記録を残していけるようにする。	スタッフ間で記録の残し方、記入の仕方の研修を行う。又、課題・目標を必要性の高いものから計画し、実践につなげていく。	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。