

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 | 0870200938 | | |
| 法人名 | 株式会社東海荘 | | |
| 事業所名 | グループホーム東海荘ひだまり | | |
| 所在地 | 茨城県日立市鹿島町2-12-9 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年12月26日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年4月8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/infomatationPublic.do?JGD=0870200938&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1月28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)】

| |
|---|
| 市街地の中心部にあるホームで、駅や商業施設からも近い。管理者は長年この地域に住んでおり地域との交流も活発である。家族でホームの経営からケアの提供を取り組んでおり、利用者の笑顔も多く、ほのぼのとしたふいんきをもったグループホームである。 |
|---|

【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)】

| |
|--|
| 施設長が地元住民であり、地域の住民と長年にわたり育んできた信頼関係がホームの運営に十分に活かされ、運営推進会議やホームの行事等への積極的な協力が得られている。さらに、認知症ケアの地域の拠点としての役割をもち、地域の方々の相談等にも応えている。ホテルを改装したホームであることから共用の空間に多少制限は感じられるが、各居室は、本人や家族・職員が一緒になって部屋づくりに真剣に取り組んでいる様子がうかがえ、一人ひとりのこだわりや家族関係等が反映されており、それぞれが家にいるように暮らしやすく安心してすごせるよう工夫してあった。 管理者は週2回のカンファレンスを全職員の意思統一の場として大切に考え、職員の意見や要望を聞きながらホームの運営に取り組んでおり、職員はお互いにアイデアを出し合いながら利用者のより良い暮らしを目指して日々のケアにあたっている。 |
|--|

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 | 利用者や職員が、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、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 | 外部評価 | | |
|--------------------|-----|--|---|---|--|
| | | | 自己評価 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 | 週2回のカンファレンスや、ミーティングなどでも話し合いをもち情報なども共有できるように取り組んでいる。 | 開設当初からの理念を玄関に掲示し、日々のケアの指針にしている。週2回のカンファレンス時には理念にそったケアが出来ているか全職員で振り返りを行い、更に日々のケアに理念をどのように反映させていくか具体的な話し合いをしている。 | 開設当初からの理念を大切にしながら、地域密着型サービス事業所としての意義や役割について全職員で話し合い、地域との関わりをより意識した理念づくりへの取り組みを期待したい。 |
| 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 | 地域のイベントやお祭りなどがあれば積極的に参加し、ホーム内で納涼祭等があれば近所の人や家族等を呼んで交流を図っている。 | 管理者が地元の住人で町内会の方々と古くからの付き合いがあり、日頃の付き合いや回覧板等を通して町内の様子を常に把握し、行事等には積極的に出かけている。ホームの夏祭り等は地域住民が多数集い町内のイベントにもなっている。ボランティアとして地域住民の協力を得たり認知症ケアの相談に応じる等地域の方々と日常的に交流している。 | |
| 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 | なるべく地域のイベント等に参加したり散歩や外出をして外部との接点をもつようになっている。 | | |
| 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 | 事前に検討事項等を提示し、その経過を報告している。現在取り組んでいる内容も報告し、意見交換を行っている。 | 家族会会長・町内会代表・町内元青年会の方、市内同業者・市の職員等の出席を得て2ヶ月に1回開催している。会議ではホームの活動・状況などの報告をしながら出席者から様々な意見や提案をいただいております。週2回のカンファレンスで検討しサービス向上に活かしている。 | |
| 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 | 身寄りの無い方や生活保護の方も受け入れており、市のケースワーカーの方との連絡もこまめに取っている。また学校の体験学習等の受け入れも行っている。 | 市の介護相談員の訪問では利用者と相談員のスムーズな交流を支援したり、市の福祉課・高齢福祉課等の担当職員が必要に応じて訪れる際には、利用者の暮らしぶり等を積極的に伝えてより密接な連携が図れるようにしている。 | |
| 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 | カンファレンスやミーティングなどでも話し合いを持ったりするが、事業所の鍵は防犯上深夜には施錠している。 | 身体拘束や虐待についてはパンフレット等を用いて具体的な例を示しながら勉強会をして、拘束のないケアに全職員で取り組んでいる。 | |
| 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 | 週2回のカンファレンスや、ミーティングでも話し合いをもち情報を共有しながら接遇な内容を確認し合っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 実際に成年後見人になった家族の方がいたので相談に応じたことがある。 | | |
| 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 | 契約する前にも面談を行い納得してから契約をするようにしている。 | | |
| 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 | 面会にこられた時に要望がないかや、ケアプランの更新時に家族や利用者との話し合いを持つようになっている、事業所入り口に目安箱も設置。 | 運営推進会議や家族会開催時に率直な意見・要望を聞いている。面会時には利用者の近況を報告しながら要望等を言いやすい雰囲気作りを心がけたり、月1回の請求書発送の際にはアンケート用紙を同封する等して直接言いにくいことでも伝えてもらえるよう工夫している。頂いた要望等は週2回のカンファレンスで検討し運営に反映している。 | |
| 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 | カンファレンスやミーティングなどでも話し合いを持ったりしている。 | 年2回の全体会議やカンファレンス時等で職員の意見や気づきを聞いており、ミキサー食用の器具の購入をしたり、福祉用具の選択などは職員の意見や提案を取り入れて実施している。毎月の勤務表は希望休を取り入れ職員主体で作成しており急な休みにも対応できるようにしている。 | |
| 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 | 実際に一緒に仕事をともにしているので職員と接する事が多いので意見等を聞きやすい環境にある。 | | |
| 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 | 研修や勉強会等にはなるべく参加できるようにシフト等でも努力している。 | | |
| 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 | お互いの運営会議への参加や事業者懇談会などには積極的に参加するようにし、交流をこまめにし意見交換を行っている。又、資格取得の実習生なども受け入れている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入所する前に面談を行い不安な点や要望を聞き利用者本人や家族が安心できるように勤めている。 | | |
| 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 | 入所する前に面談を行い不安な点や要望を聞き利用者本人や家族が安心できるように勤めている。 | | |
| 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 | 面談を行った際他のサービスが適当な場合は相談のうえ他のサービスを進めたりその他の施設の見学も進めている。 | | |
| 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 | すべてするのではなく出来ることは自分でやらせよう超えかけや日々のコミュニケーションをとるよう努力している。 | | |
| 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 | 家族にも理解を求め共に生活していくうえでよい関係を築けるように努力している。 | | |
| 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 | 近所の人や親戚との関係が円満にできるように連絡や近況報告等を行うようにしている。 | 利用開始以前からの地域での生活等についてセンター方式の一部を利用して家族に記入してもらい把握しており、詩吟・俳句等趣味の会の情報を頂いたり、ご近所の方や身内の訪問を積極的に支援している。年に数回家に行ったり、馴染みの喫茶店を日常的に利用したりと利用者それぞれが地域との関係を継続できるよう支援している。 | |
| 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 | 毎朝行っている体操やレク等で関係性をなごますようなふいんき作りを行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 退所した後も必要や求めがあればいつでも相談に応じている。 | | |
| 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 | 入居前の面談やケアプラン更新など要望や意見を取り入れるように努力している。 | 利用開始時に本人・家族から話を聞くと共に、地域で関わっていたケアマネージャーにもこれまでの生活状況等を十分に聞き、それぞれの意向の把握に努めている。意向確認が困難な場合にはセンター方式の活用や連絡ノートを活用して日々の様子を記録し、週2回のカンファレンスで本人本位の検討を全職員で行い把握に努めている。 | |
| 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 | 入居前の面談や情報意見書などで把握するようにしている | | |
| 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 | 面談や担当医師の意見書家族等の面談で把握するようにしている。 | | |
| 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 | 利用者個々に担当者を決めてケアプランの見直しや利用者本人の希望等を見極めより良いその介護計画が出来るようにしている。 | 本人・家族の意向や職員の気づき・アイデア等を取り入れて、利用者一人ひとりの暮らしを意識した丁寧な介護計画を作成している。全職員でのカンファレンスやモニタリングを実施して定期的な見直しをすると共に利用者の変化に応じた随時の見直しを行っている。 | |
| 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 | 介護日誌や申し送り帳、カンファレンス等で情報の共有を元に日々の状況把握を密にしている。 | | |
| 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 | 日々の利用者本人の状態を細かくチェックして家族の要望や医師の意見等も参考にひとつのサービスにとらわれないようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 地域ので利用できる施設や物はできるだけ取り入れるようにしている。 | | |
| 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 | 希望する病院受診を優先にしているがほとんどは当施設のかかりつけ医に転向している。医師の指示で検査等がある場合は家族、もしくは施設職員が付き添って受診している。 | 利用者・家族の希望があればかかりつけ医への受診も支援しているが、殆どの利用者は24時間対応のできる協力医療機関で受診している。歯科医・認知症医等専門医への受診は家族と共に職員も同行し日頃の様子を伝えたりしている。受診結果は専門医から協力医療機関へ直接報告してもらおうと共にホームの受診記録に残し全職員で共有している。 | |
| 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 | 看護担当職員が必ず利用者全員を問診したり身体をチェックし利用者の日誌に記録するようにし口頭でも介護職員に申し送りをするようにしている。又具合の悪い時はいつでも往診を受けられるようにしている。 | | |
| 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。 | 入院する場合は医師と相談したうえで情報交換をして早期退院できるようにサポートする。又、病院より受け入れ希望の患者様の積極的に受け入れるようにしている。 | | |
| 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 | 本人や家族の意見を尊重し相談したうえで同意書を取り医師と連携して介護に取り組んでいる。看取りの同意書を確認しているが徐々に変化していく本人や家族の意向を確認しながら慎重にすすめている。 | 契約時に看取りに関する説明を行い、方針を確認した上で同意書を頂いている。さらに利用者の状態に応じて、病状の経過記録を基に本人・家族・医師・ホーム職員で話し合いを持ち一人ひとりの状態に応じた方針を決定している。医師・看護師の指示を受けながら管理者・職員が協力しながら日々のケアに取り組めるような体制ができている。 | |
| 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 | 緊急時の連絡網や医師が24時間対応なのでその際は指示を仰ぎながら処置を行うようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 避難訓練や災害時での地域との協力を得られるように運営会議などでも議題にし話あっている。災害ダイヤルの試験的な利用を職員と施設で実施し意見の交換もした。 | 消防署の協力を得て消火訓練や避難訓練を実施している。地域住民への協力要請も日頃から行っており、緊急連絡網の整備や広域避難場所・避難経路等の確認、備蓄品の整備等も行っている。 | 利用者の住まいが2階・3階であることを考慮して、消防署と緊急避難に際しての具体的な対応についての話し合いを進めることや夜間を想定した避難訓練の実施を期待したい。 |
| 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 | 常々職員同士で接遇内容を確認しあって言葉の暴力などには特に気をつけるように話し合っている。 | 親しみを込めた言葉かけにも年長者であることを意識し誇りを傷つけないようにしている。入浴等に際しては本人や家族が希望する場合には同性介助を実施している。個人情報に関する書類は事務所で管理し、写真等の掲載・掲示は同意書に基づいて行っている。 | |
| 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 | 要望や意見があればその都度話し合いを持つようにしている。 | | |
| 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 | 利用者のペースを尊重し本人の希望にそった介護支援ができるように努力している。 | | |
| 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 | 日常着ている洋服が不潔にならないように毎日洗濯をしている。又誕生会やイベントのあるときは化粧等も施して上げるなど清潔感のある服装やおしゃれができるようにサポートしている。 | | |
| 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 | 配膳や後かた付け手伝いを促したり希望の献立をきいたり要望があれば答えられるように努力している。日々の献立職員が作っている。 | 利用者と会話しながら食事づくりが出来ることから、調理段階から食事を楽しみにしている様子が伺えた。パンはフレンチトーストといったこだわりのある利用者には個別に対応したりしてそれぞれが食事を楽しめるよう工夫している。 | |
| 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 | 水分チェック表を作り毎日チェックして気をつけてケアしている。 | | |
| 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 | 口腔ケアの研修などにも参加し、本人の力にも応じたケアをしている。入れ歯の洗浄など職員が直接ケアしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 尿意や便意がない利用者に対しても日中は時間を見ながら声かけをして誘導をし便座を使うようにしている。 | 夜間はオムツ対応をしている利用者も日中は、排泄パターンを把握しており、声かけ・誘導によりトイレでの排泄を行っている。立位の不可能な利用者についてはカンファレンスで検討し職員2人対応も実施し、可能な限り便座での排泄を行うようにしている。 | |
| 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 | 食事や水分補給の徹底化、毎日記入している排泄チェック表を基に3日排便がない時は医師との相談で下剤を使用したりしている。 | | |
| 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 | 意見や要望を聞き、ただあまり入浴が好きではない方にも清潔に過ごせるように声かけをしている。 | 毎日何時でも入浴できるようにしているが、一人ひとは一日おきの週3回になっている。入浴を1対1で話のできる良い機会と捉えておりゆっくり楽しんでもらうようにしている。拒否する場合には無理強いせず、話をしながら気分転換を図りタイミングをみて気長に声かけをしている。 | |
| 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 | 施設内で自由に過ごせるように配慮しながら昼夜逆転等が起こらないように職員や利用者同士でリビングで過ごしてもらっている。 | | |
| 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 | 看護師や薬局の指導を受けながら職員も必ずお薬手帳や日誌には処方された薬情を確認し定期役が変わった時には連絡帳などで情報を受けられるようにしている。 | | |
| 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 | レクや外出、散歩などをし気分転換できるように心掛けている。 | | |
| 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 | 施設の良い立地条件を利用し気候が良い時には積極的に散歩に出掛けるようにしている。特に日曜日には必ず買い物日と定め利用者とスーパー等に出掛け利用者本人が好きな物を購入できるようにしている。季節ごとに記念館めぐり等実施している。 | 市民が開いている施設でコーヒーを飲んだり、馴染みの喫茶店に行ったりと市街地の散歩を日常的に楽しんでいる。日曜日は食材等の買い物を少なくして、ベンチのあるスーパーを選んで利用者と一緒に買い物を楽しめるようにしている。また手作り弁当を用意してイベントとしての外出等も計画的に実施し、日常的に訪れることのない場所へも出かけている。 | |

| 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 |
| 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 | 小口で預かっているお金を利用者本人に持たせ好きな物を買ってもらう。日々の中で希望する利用者には随時購入している。 | | |
| 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 | 希望があれば手紙の代筆や電話の使用も自由にしてもらっている。 | | |
| 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 | 特に新しい利用者様などにはトイレや食堂の場所など分かりやすくして表示をしたり衛生面も気をつけている。 | 階段が非常階段のみである等改築による制限はあるが、トイレ、浴室等は利用者の機能低下を補い安全に使用できるよう工夫がしてあった。食堂兼居間はそれぞれのユニット毎に大型のテレビを中心にソファ、椅子、テーブル等の配置をし利用者がのんびり寛げるよう配慮してあった。 | |
| 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 | 各自が思い思いに過ごせるようイスやテレビなど見やすいようにしている。 | | |
| 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 | 基本的に持込が自由なので自宅で使っていたものを使えるようにしている。 | 各居室は広々としており、利用者それぞれがコタツで寛いだり、仏壇、愛読書、家族の写真等に囲まれたりして居心地よく安心して暮らせるようになっていた。家族用の布団や折々の家族写真に、本人・家族・職員が共に協力しながら部屋作りをしていることがうかがえた。 | |
| 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 | 日々のケアチェックを定め出来ることをしてもらうために廊下の手すり等を利用し歩行の訓練や立位の訓練などをしてもらっている。 | | |

目標達成計画

作成日：平成23年 3月 25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 | 36(14) | 常々職員同士で接遇内容を確認しあって、言葉使い等には特に気をつけるように話し合っている。年長者であることを意識し対応している。入浴等、希望時には、同性介助を実施。 | 接遇に対する高い意識をもって、介護業務を行っていききたい。 | 定期的な勉強会や、日々のカンファレンス(週2回)を通して、接遇内容について確認し合い、ご利用者様からのよい反応がえられる。 | 12ヶ月 |
| 2 | 1(1) | 当ホーム設立当時からの理念を掲げている。地域密着型サービス事業所となってからの理念の見直しがされていない。地域の中のグループホームとしての理念づくりに取り組みたい。 | 地域密着型サービス事業所としての意義や役割について理解し、地域との関わりをより意識した理念づくりをする。 | 全職員で、地域密着型サービス事業所の意義や役割についての勉強会を行う。そして、地域の中の当ホームのあり方について話し合い、改めて理念を掲げてゆく。 | 6ヶ月 |
| 3 | 2(2) | 地域のイベントやお祭りなどがあれば、積極的に参加しホーム内のイベントには、家族や近隣の方等を招き交流を行っている。町内会では古くからの付き合いがあり、回覧板等を通して日頃から町内の様子を把握し、イベント等へも参加している。 | 地域との交流の場について、継続的に情報を得てご利用者様が参加でき、より生き生きとした生活支援をしてゆきたい。 | 地域との交流の場が増え、ご利用者様の良い反応・、また、今以上に、地域の皆様には認知症についてのご理解と支援がいただけるようにする。 | 12ヶ月 |
| 4 | 40(15) | ご利用者様の年齢が高く、口腔や歯・疾患等での食事形態の工夫や制限が必要な方が多くなっている。 | 食事への工夫が行われることで、ご利用者様それぞれが食への楽しみが持てるように努力していききたい。 | ご利用者様に合った食事内容や形態について定期的に変化あるごとに、見直しバランスのとれた栄養と食への楽しみをご利用者様に提供してゆく。 | 6ヶ月 |
| 5 | 35(13) | 平成23年3月11日における震災では、ご利用者様の心身の健康を守ることができた。ライフラインが途絶えた状況でのご利用者様の支援の中、地域やご家族・職員の連携で乗り切ることができた。 | 改めて、災害時に必要な物について振り返り、さまざまな場面において対応できるようにしてゆきたい。 | 職員間・運営推進会において、施設として・地域としての災害対策についての見直しを行う。 | 12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。