

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	0892900028		
法人名	社会福祉法人河内厚生会		
事業所名	グループホームみつば 壱番館		
所在地	茨城県稲敷市光葉11-22		
自己評価作成日	平成23年12月20日	評価結果市町村受理日	平成24年3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=0892900028&SCD=370
----------	---

【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2月6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)】

グループホームみつばは、昨年4月にオープンしたばかりの新しい建物、光葉住宅の新しい町並みと幸田地区の昔からの町並みに囲まれたグループホームです。大きな窓からは光葉団地の町並みが眺められ、天上の吹き滑からは絵に描いたような青空の望める建物になっています。小規模多機能施設が併設されているので、ご近所の方との交流や親戚、兄弟同士で入居されている方もいらっしゃいます。利用者様の声を尊重し、できることができるときにできるケアに努めています。なじみの関係の継続、家族・職員・利用者様同士のつながりも大切にしています。

【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)】

開設したばかりの地域密着型施設である。近隣の方々の訪問やイベント開催時には地域に参加を呼びかけたり、夏祭りにはボランティア(歌・フラダンス・ハーモニカ・手品等)訪問があった。利用者の一人ひとりを尊重したケアの提供に努め、今までと同様の生活が過ごせるよう支援している。今までの馴染みの関係継続は勿論、事業所を拠点として新たな関係づくりに努めている。隣接している小規模多機能の利用者との交流(カラオケ等)も行っている。小規模多機能の温泉ヒノキ風呂・陶器風呂を利用するときもある。

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)	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)	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)	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)	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)	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)	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、安心して暮らせている (参考項目:28)		

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	ユニットごとに、「心に寄り添い、笑顔あふれる家であり続けます。」という理念を貼って、毎日のケアに取り組んでいる。	開設時に職員と考えた理念(心に寄り添い、笑顔あふれる家であり続けます)を各ユニットに掲示し、職員はケアの提供にあたりその理念の実践につなげている。管理者は職員に対し会議等で話し、確認を図っている。	
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	夏祭りには地域のボランティアの方が参加くださり、自治会の方々の見学会などを通して地域に根ざした施設になるよう取り組んでいる。	自治会には加入していないが施設の夏祭りや見学会に地域住民の参加があり、事業所が地域の一員として交流している。介護相談を受けることもある。夏祭りにはボランティア(歌・フラダンス・ハーモニカ・手品)の訪問があった。地域のイベント(音楽会・敬老会)に参加したが、利用者が退屈してしまうときもあり、今後については考慮中。	
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	運営推進会議を通して理解を広めたり、近隣住民の方からの介護相談を受けたりしている。		
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	家族、民生委員、区長、市役所職員、社会福祉協議会等の参加者からの意見をサービス向上に活かしている。	構成メンバーは家族・民生委員・区長・老人会会長・行政(地域包括・高齢福祉他担当課)・社協・事業所関係者からなり、2ヶ月ごとに開催。会議内容は事業予定・報告・現況報告等で席上出た意見をサービス向上に活かしている。欠席の家族に対しては郵送にて報告。職員には申し送り時や会議等報告している。区長から地域とどのようにつきあっていくのか考えて欲しいと提案があり、考慮中。家族からは職員に名札をつけて欲しいと提案があったが、介護上危ないので玄関に写真と名前を掲示した。	

茨城県 グループホームみつば

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
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	運営推進会議の参加や市役所の訪問を通じて、情報提供や相談を行っている。	運営推進会議の参加・担当各課への訪問・連絡により、情報交換を行い協力関係を築いている。専門学校生の実習研修の場として提供。小学校に防犯パトロール参加や中学生の体験学習については今後教育委員会・学校に働きかけたいとの事。	
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	利用者の人権を守り、家族にはリスクの説明を十分に行っている。。また、毎日の申し送りで職員間の意見交換を行い、身体拘束への意識の確認をしている。	日々の申し送りで職員間で確認を行い、身体拘束の行為・弊害について理解をし、利用者が安全で生活できるケアの提供に努めている。状態の変化を早めに察知し、外出傾向が見られる利用者には、職員間で見守っている。地域には協力依頼をしている。車椅子の点検・スピーチロックは職員同士で注意をしているが、再度、細かい行為についても勉強会を行い、防止に務めたいとの事。	
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	毎日の申し送りや職員会議で事例を元に検討している。今後は社内・社外研修を行って職員へ周知徹底、意識つくりをしていく。		
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	権利擁護に関する制度について学んだり、市役所の方と話あったりしている。		
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	契約時、直接契約書をもとに説明を行い、説明と同意、及び意見や要望などを伺い共通理解を深めるようにしている。		
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	運営推進会議において家族からの意見・要望をきく時間を設けている。また、面会が無いときにはこちらから電話で様子を伝えたり、直接利用者様に電話を渡して話していただいている。	重要事項説明書に意見等の担当窓口を明記している。運営推進会議・面会時に家族の意見・要望を聞くようにしている。時には電話で利用者の様子を伝えるときに聞くようにしている。イベント時に家族会開催を考慮している。	

茨城県 グループホームみつば

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
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	毎日の申し送りや職員間の話し合い、職員会議での出た意見を管理者やCMが本部での会議で報告している。	現場や会議での提案・気づき等をその都度話し合い運営に反映させている。会議で出た意見や提案を管理者・ケアマネは本部での会議で報告し、全体で共有し活かしている。棚の設置・備品購入等は即改善されたとの事。職員ヒアリング時には管理者には何でも話していると報告があった。ストレスや不満解消には管理者が声掛け解消に努めている。研修は職員からの要請で内部研修を開催した。	
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	本部や管理者会議においての意見をいかし、職場環境の充実・整備に努めている。		
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	法人内外での研修を職員全員に参加呼びかけしている。また、法人外で研修参加資格のある者には積極的に進めている。(認知症実践者研修、管理者研修、介護支援専門員研修など。)		
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	同法人内多種多様な施設があるので、相互訪問や研修会の参加をしている。		
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	現入居者との関係作り、少人数のコミュニケーションをとり、慣れ親しんだ関係作りを行っている。		
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	こまめに連絡をとり、自宅での生活・利用者を取り囲む背景などの話を聞く。介護への共通理解をはかり、家族の不安も聞きだせるような関係作りをしている。		
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	在宅からの継続を主に本人の負担とならないようなニーズへの対応、歯科受診や主治医の決定支援、福祉用具の導入や環境整備に努めている。		

茨城県 グループホームみつば

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
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	お互いに話をし、行動を共にして、暮らしの知識を教えをもらいながら、役割をもって過ごしていただいている。		
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	生活用品などは持参していただき、できるだけ面会の機会を設けている。ご家族参加のイベントを2ヶ月に一度のペースで企画している。		
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	家族、親戚はもちろん、ご近所の方にも面会にきていただいている。	馴染みの人や(家族・親戚・友人・知人)場所(かかりつけ医・外食・お墓参り)との関係が途切れないよう、家族の協力も得ながら支援に努めている。手紙や電話の支援も行っている。自宅に居たときから読んでいた新聞を購読している利用者がいる。	
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	一緒にの趣味をもち、お出かけの機会を増やし、共通の話題をつくっている。席替えをしたり、職員が間に入り支援している。		
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	契約が終了しても、家族に対して相談に応じている。		
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	日々のケアの中でコミュニケーションをとり、その人の立場や役割を職員全員で把握。色々なサービスを提供して出来ることや本人の声を引き出し、表情も心も豊かになるように努めている。	アセスメント・日々の会話の中から利用者の一日の過ごし方やどんなことでも質問し希望・意向の把握に努めている。利用者の表情・精神的にも豊かで笑顔が出る支援の提供に心がけているという職員の意見があった。	
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	本人や家族に生活習慣、入浴方法や食事、生活歴などを聞く。ケア記録やケアプランへ記入し職員全員への把握に努めている。		

茨城県 グループホームみつば

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
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	毎日の申し送りでケア内容を話し合い、日々の変化を追いながら、心身のケアに努めている。手引き利用者へシルバーカー利用暦があったので、促してみた。など。		
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	利用者の日々の変化の観察、申し送り、ケア記録を通して情報共有を行っている。常に本人や家族に報告・相談して、モニタリング・介護計画作成をしている。	利用者・家族の意見を聞き、カンファレンス会議で利用者の課題とケアのあり方について、話し合いケアプランを作成している。作成後は家族に報告し了承を得ている。三ヶ月ごとにモニタリング・評価を行い現状に即した再プランを作成。	利用者・家族の思いとケアプランが一致していないと思われるので、職員間で利用者の情報の共有を図り、プラン作成し、ケース記録とプランが連動し、3か月後のモニタリング・評価とつなげる取り組みを期待する。
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	個人記録、業務日誌、申し送りノート、メモなどを通し情報交換している。利用者の小さな変化や気づいたことをその場で話し合い新しいアイデアを出し合って、柔軟に対応している。		
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	なじみの病院、訪問散髪、訪問歯科などのサービスはもちろん、状況に合わせた支援にシフトできるよう本人の声と家族への相談をもち柔軟に対応している。		
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	地区班長、民生委員、区長・・・運営推進会議参加や地区会議での意見を交換しあっている。警察・消防署・・・緊急時の対応をお願いしている。		
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	普段からの訪問診療やかかりつけ医への受診対応、変化時には家族の不安も軽減できるよう職員も対応させていただく。受診付添録を家族へ送付している。	月2回の往診があるが、ほとんどの利用者はかかりつけ医に受診している。受診時に家族の都合がつかない時は、「職員が付き添っている。受診後は家族に受診記録を送付している。家族からは口頭で報告を受けている。医師からの指示等は申し送りに伝えたり、ケース記録に残し職員は共有している。歯科医は毎週往診。	
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	週一回の看護師健康観察の他に、看護師への24時間オンコール、体調変化時の受診相談などを行っている。		

茨城県 グループホームみつば

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。	入院時には速やかに介護サマリーを提供している。入院中も面会や電話などを通して主治医や病棟看護師と連絡をとっている。		
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	契約時に看取りの説明をし、同意書への同意有無をとっている。家族にとって看取りのあり方を考えていただく機会としている。	看取りの指針を作成し、契約時に同意書を取り交わしている。現在まだ看取りのケースは無いが、利用者にとって、最善の方法の支援に努めたいと考えている。	全職員が統一した考えではないように思われるので、見取りについて勉強会を重ね、利用者・家族の想いに添える支援体制の確立を期待する。
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	年二回の避難訓練は行っているが、応急手当等の訓練は未実施。消防署へ指導呼びかけ予定。		
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	消防署の指導を受けている。緊急連絡網をおき、全職員が把握。地域住民の方との具体的な協力方法などは未定。	消防署指導のもと、避難訓練を実施している。(避難経路の確認・利用者の行動把)あさっては消火器使用方法・連絡網の確認・通報)を実施予定。近隣の協力依頼はむずかしいとの話であったが、事業所として地域に何が出来るかを考慮中。	運営推進会議で民生委員・区長・副区長・老人会会長に協力要請を依頼し、訓練も一緒に行うのが望ましい。広域避難場所の確認・職員・家族への周知をお願いします。
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	一人ひとりの性格・居心地を考えた環境づくり。利用者様間で口論になってしまったときなども、職員や利用者が間に入り、お互いの思いを大切に声かけや働きかけをしている。	利用者の人格を尊重した対応を職員は行っていることが、調査日に確認出来た。(言葉使いやケアの提供時の対応が丁寧)個人情報保護に努め、書類関係は鍵のかかる書庫に保管している。家族に利用者の状況等の話を行うときは、居室で行っている。写真等の掲載については同意を得ている。今後は面会簿はシート対応で行うとの事。	
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	今、何をしたいかを聞いたり汲み取ったりしている。飲み物、入浴、散歩、休憩、趣味、介助など、小さなことでも質問し、希望を聞いている。		

茨城県 グループホームみつば

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	一人ひとりにあった一日の過ごし方、その日その日を楽しめるような遊びの提案・提供。その日に希望に添えない時にはイベントを企画して希望にそえるようにしている。		
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	起床時・入浴時の衣服の選択、月二回の整髪希望をとっている。		
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	台拭きやお絞り配り、食器の片付けなど食事のときの役割をもってもらっている。本日の献立の話をしながら調理の出来ない方にも楽しんでいただいている。個々の好みの把握もしている。	食材は外注であるが、利用者のやりがいを発揮できるように台拭き・おしぼり配り・片付け等を職員と一緒にやっている。職員は食事介助があるので、食事は全く別であった。会話のある楽しい食事風景とは言い切れない。おやつ作りは利用者が行うときもある。(ホットケーキ)	グループホームの視点を職員間で話し合い、食事介助があるにしても利用者が一連の作業を行い、職員と囲む食卓の意義を認識した支援方法を期待する。
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	食材発注を他事行所へ委託し、バランスのとれた食事を提供している。その中で、一人ひとりに合わせた食事量・水分摂取方法をとっている。		
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	毎日続けられる簡単な自己ケアの提案、出来るだけ本人にしてもらい汚れの残るところを職員がおこなっている。提起的な歯科検診を進めている。		
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	一人ひとりにあった排泄手段の提供、本人と話し合いながら自立に近い排泄支援を行っている。	排泄チェック表・排泄パターン・表情からさりげなく声掛けを行い、前誘導し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。夜間帯はオムツ使用の利用者がいる。失禁時の対応は他の利用者に分からないようにしている。	
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	便秘に良いとされるものの提供(牛乳、コーヒー、ヨーグルト、イモ類)、個々の排便ペースを知り、下腹部・おしりさすりや入浴促し、下剤調整をしている。		

茨城県 グループホームみつば

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
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	本人の希望する入浴日や時間を聞き、記録にしてひとりひとりに合ったタイミングで支援している。	基本的には入浴日を決めているが希望があれば、体調に異常が無い場合はいつでも入浴可能である。併設の小規模多機能にも温泉がわいており、陶器・ヒノキ風呂があり、のんびり入浴する利用者がいる。季節に応じたゆず湯・菖蒲湯を提供すると、話が弾む利用者がいる。拒否者に対しては無理強いせずに、利用者の気分が変わるまで待ったり、時間をおいたり、違う職員が声掛けを行っている。時には清拭・気軽に入れる足湯を利用している。感染症予防に注意し足拭きマットの上にタオルを敷いて対応している。	
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	その日の体調やお好みの時間に応じて、前日あまり眠れなかった時は昼寝の提案を、日中活動の提案している。また、いつも使っている布団で休んでいただいている。		
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	申し送りノート、メモ、個別記録、受診付き添い録などで職員の情報共有をしている。処方箋は個別ファイルと処方箋ファイルを開覧できるようにしている。		
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	生活歴を活かした役割の提案や夢中になれる趣味の時間、音楽・テレビ鑑賞提供。時間で区切らず、一人ひとりに合わせた出来ることの提供。(タバコ、雑巾縫い、歌、編み物、散歩など)		
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	天候が良いときの気分転換ドライブ、買い物や外食の企画、家族と相談し出来る限り本人の希望に沿った外出支援をしている。	天気のよいときはドライブ・買物・外食等に出かけ外気浴を浴び気分転換、五感の刺激に努めている。近場を散歩し近隣の方々との立ち話は利用者にとって楽しみの一時である。	

茨城県 グループホームみつば

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	金銭管理は家族が行っており、個人で所持している利用者はいないが、購入希望があれば施設が立替として対応している。二ヶ月に一回移動販売がきている。		
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	利用者のきぼうにそって対応している。また、職員が家族と連絡を取ったときに本人もお声が聞けるよう電話をかわるときもある。		
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	季節に合わせた花や飾り、行事予定の掲示。季節や気温、天気などを直に感じられるテラスの利用。	開放感のあるリビングは天窓から暖かい日差しが差し込み暖かく広々とした共有空間で利用者はゆったりした時間を送っている。開放的なサンデッキにはいつでも出られる。	
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	関係性に配慮した席替え、席には名前をつけている。たたみ、テラス、食堂、カウンターキッチンなど好きな気分で過ごしていただいている。		
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	家族に相談し、できるだけ今まで使い慣れたものを持参いただいている。持参されたときには本人に話してもらっている。(布団、はんてん、仏壇、写真など)	利用者の使い慣れた筆筒・布団・テレビ・テーブル椅子・仏壇等を安全面に配慮し設置している。家族の写真や趣味の小物・人形等は利用者がホッと出来るように配置している。昔からの習性で日めくりカレンダーをめくり一日のスタートが始まる利用者には、壁に日めくりカレンダーが設置されていた。	
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	場所の名前の掲示。電気ポットは利用者が手が届く所かつ職員が目が届く所に設置洗。面所の歯ブラシの置き場所は個々にいつの間にかきまったもの。		

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	26	利用者・家族の思いとケアプランが一致していない。職員間で利用者の情報の共有を図り、プラン作成し、ケース記録とプランが連動し、3ヶ月後のモニタリング・評価とつなげる取り組みを期待する。	・利用者・家族のニーズに沿ったケアプランの作成。 ・モニタリングにつながるケース記録の作成。	・計画作成担当者・介護職員が、カンファレンスを通じてケアプランに対する認識を共有する。 ・ケアプランに沿ったケース記録の記入。	3ヶ月
2	40	グループホームの視点を職員間で話し合い、食事介助があるにしても利用者が一連の作業を行い、職員と囲む食卓の意義を認識した支援方法を期待する。	・利用者と職員が、一緒に食事をする事が出来る。 ・利用者が食事作りに参加できる。	・職員が、昼食を利用者と一緒に食べることから始める。 ・これまで外注のみだったメニュー決めを、月に一度利用者・職員が相談して考え、食材の買い物に行く。	3ヶ月
3	33	全職員が統一した考えではないように思われるので、看取りについて勉強会を重ね、利用者・家族の思いに添える支援体制の確立を期待する。	全職員が看取りについて共通の認識を持つことができる。	・全職員の看取りに対する考えを確認する。 ・研修・勉強会等を通して、看取りに対して共通の認識を得る。	6ヶ月
4	35	運営推進会議で民生委員・区長・副区長・老人会会長に協力要請を依頼し、避難訓練を一緒に行うのが望ましい。広域避難場所の確認・職員・家族への周知をお願いします。	次回、半年後に予定している避難訓練において、地域住民に参加していただく。	運営推進会議で協力要請すると共に、地域の催しに積極的に参加していく事で、地域との関係を深めるよう努める。	6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。