

## 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23年11月14日	評価結果市町村受理日	平成24年4月10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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0870200938&amp;SCD=320">http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0870200938&amp;SCD=320</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1月30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、ほのぼのとした雰囲気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)】

ビジネスホテルを改装した当ホームは、旧市街地にあり立地条件として外出しやすい環境にある。施設長は地元出身という事から、地域との連携も円滑に出来ている。3月の震災時は、施設長の繋がり支援を受けたことが何より物語っている。「地域密着」の意味をふまえ、職員全員で理念の見直しを行い追加変更したことなど前向きな取り組みがされている。職員から理念の実践として、家族の一員としての意識をもちながら先輩に学ぶ態度を持ち合わせ、ひとりひとりの個性を大切にしている事を聞きとれた。管理者は週2回のカンファレンスで目指す方向の統一を図っている。職員もそれに応えたかたちでの意見を出し、情報を共有する場として役立っている。

## 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)	○	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、生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)	○	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	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、理念を一部追加変更している。	ホームの理念はケアの基本、支えとなるものとして大切にしている。介護のプロとして、自立支援が一番と考え、必要以上に手をかけ過ぎにならないよう気をつけている。職員全員で考えた理念は、カンファレンスでの確認や日々のケアで意識している。	
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	地域のイベントやお祭りなどに積極的に参加している。ホーム内での催し物に近所の人や家族等を招いて交流を図っている。3月の震災時にも協力し合っている。	自治会、子供会などが統合縮小され、イベントもなくなってきているが、近くの地域の交流センターでのイベントに参加している。オーナーが地元の生まれなので、知り合いも多く、情報を貰ったり、協力してもらうなど地域との繋がりが継続している。	
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	日頃の散歩やイベント時などに出かけることで外部との接点を持った。また、年に数回、近隣の各施設へ事業所紹介と交流のお願いを行った。認知症が少しでも理解していただけるように働きかけをした。		
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	2ヶ月に1回の開催している。事前に検討事項を掲示し、会議に参加していただくことでより活発な意見交換をお願いしている。地域の情報を取り入れながら、利用者のよりよい生活に役立てていこうとしている。	家族会会長(今は2代目)、町内会代表、青年会代表、小規模多機能の職員、たまに利用者、日立市介護保険課が委員となり、2ヶ月に一回開催している。	
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に取り組んでいる	在宅独居の方の受け入れなどでは高齢福祉課や社旗福祉課との連携を取っている。困難事例などでは、包括支援センターや介護保険課との相談をさせていただいている。	社会福祉課、介護保険課、地域包括センター(困難事例の相談)各々とGHとの連携はうまくいっている。開設当初の例外措置で、市外からの入居者は2名、それぞれの担当者との連携も出来ている。	

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
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	身体拘束や虐待について、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いる。カンファレンスやミーティングで話し合いを持っている。	身体拘束をしないケアを実践。「ちょっと待つて」スピーチロック、本人がいらないと言った食事をすぐに下げると虐待にあたるなど具体的な事例を挙げて勉強会を行っている。意思表示出来ない方で、車いすに固定する時があり、家族の了解を得ているが、職員には危険回避のためやむを得ない対応であることを確認している。「接遇」に関しても時々話し合っている。	
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	週2回のカンファレンスやミーティングで虐待防止についての話し合いの場を設けている。接遇のあり方について、情報を共有しながら全職員確認し合っている。		
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	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いただいてから、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	運営推進会議や家族会を開催し意見を伺っている。家族の面会時には話し合いを持つようにしている。利用者からの要望も記録している。それぞれの情報について、週2回のカンファレンスで確認しあい運営に反映するようにしている。	以前は洗濯の仕方や衣替えや衣服のことなど細かな要望があったが、その都度説明している。家族会会長から地区の敬老会への参加希望もあったが、諸々の手続き、建物構造（階段など）から実現は困難になっている。家族からは建設的な意見が出される。	
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	年2回の全体会議や週2回のカンファレンス等で、職員の意見や気付きを聞いている。職員の提案を取り入れ業務内容の方法を変更したり、福祉用具を新たに取入れたり反映させている。	職員の意見で福祉用具を取り入れた。入浴時の椅子で、本人の意見も聞きながらお試しを繰り返し、状態に合わせた物を選んだ例がある。食べ方の問題で、スプーンですくう量や声掛けのタイミングについて話し合った事もある。「ケアカンファレンスのノート」には、経管栄養や褥瘡の処置方法について記載あり、職員が一生懸命対応している。	

茨城県 グループホーム東海荘ひだまり

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
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ことが多い。そのため、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	施設内での研修・勉強会の他に、外部の研修に参加しやすいように、研修情報を全職員に伝えて参加を促している。		
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	お互いの運営推進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、資格取得の実習生や体験実習生も受け入れている。		
<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	サービスをご利用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	サービスをご利用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努めている。		
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すすめたり、その他の施設の見学もすすめている。		
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ってもらうよう声かけや日々のコミュニケーションをとるように努力している。		

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	サービス利用前の地域での暮らし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サービス利用開始からの支援方法について検討している。利用者の地域との繋がりが継続できるように努めている。	馴染みの場所だった「東京へ帰りたい」と訴える方がいるが、現実的に困難なため、返信用封筒を入れて手紙を出して納得してもらう。洋服が大好きな女性には買い物に付き添うなど、入居前の生活の様子を把握することで個別の対応をしている。	
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リエーション等で関係性をなごますような雰囲気作りを行っている。		
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	サービス利用が終了しても、利用者が亡くなったり入院したりで家族に必要な支えになれるように、いつでも相談に応じている。		
<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	利用前から本人・家族から話を聞き、担当ケアマネジャーやサービス担当者からの生活状況を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は記録用紙等を活用して情報収集して本人本位の検討を行うようにしている。	面接と同時に入所前の家庭訪問は、持ち込む物やその人の様子を知るために行っている。家庭での様子を把握することは、入居後の対応に重要な意味を持つ。新しく入所する利用者は、現利用者へ与える影響などもあるので、配慮が必要となり、十分に見極め、話し合いながら決めている。事前に見学してもらい納得して入居してもらう。	
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	利用前の面談や情報意見書などで把握するようにしている。家族がセンター方式記録用紙にこれまでの暮らしぶりの記載をすすめている。		

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
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いる。担当者をはじめ全職員でサービス内容の検討や、利用者本人の希望等を見極めよりよいケアプランや適切なモニタリングの実施をしている。	アセスメントは家族にも記入してもらっているが、職員が引き出せないような情報を貰えることもある。各スタッフが二人ぐらいつつ担当を持っている。日課計画(個別サービス)は1週間毎に作成。夜勤日誌、急変時の記録、利用者の体調変化と受診記録などが丁寧にされている。	
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	利用者や家族の一人一人の状況やそのときのニーズに合わせた対応がとれるように、利用者の状態を正しく理解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。		
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	利用者一人ひとりの支えとなる地域資源について理解し、暮らしの中に取り入れ、より心豊かに過ごせるように支援している。		
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。必要に応じて医療機関の受診時は、家族もしくは施設職員がつく沿って受診している。	週1回の往診で健康管理を行っている。歯科医の往診や心療内科の往診もある。透析(週3回)の通院介助を行っている。往診時家族に立ち会ってもらう事もある。医師は24時間対応可能で、緊急時には間に入り、直接家族へ説明をしてくれる。	
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	介護職員は、日々の支援の中での気づきを記録や緊急報告などで看護担当職員に伝えている。看護担当職員は、必ず利用者全員の健康状態を確認し、介護上の注意点については決められた記録スペースに記載し全職員が把握している。		

茨城県 グループホーム東海荘ひだまり

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。	利用者が入院する場合は、病院の相談員や看護師・医師との連絡の取り合いをお願いし、利用者が安心して治療ができるように、又早期退院できるようにサポートする。病院からの利用者の相談についてもさせていた		
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、事業所ですることが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	契約時に見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。変化する利用者の状態に応じて、本人・家族・医師・ホーム職員で話し合いを持ち方針の決定・修正を行い慎重に取り組んでいる。	契約時に同意は貰っているが、状態が変わり重度化が見込まれる時には医師が判断し、その都度相談する。重度化した場合職員は、医療行為と介護の狭間で悩む事があるという。今までに数人看取りの経験あり、家族の協力があれば看取りは可能と考える。	
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。		
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	2階3階の避難方法について運営推進会議で取り上げて話し合いを行った。その後、震災に遭い取り決め通り2階3階のリビングに避難した。利用者には、変化のない生活の提供に努め、地域の助け合いを行った。	震災時、近所に住む日立物流の職員から納豆を貰い、他にも分け配ったりして助かった。水の配給にも並んだが、個人的な知り合いが(水戸・高萩)運んでくれたり、トイレ用の水を川から運ぶなどの協力が得られた。食事は出来た。災害発生時からの記録を残している。	3月の震災の記録から気付いた事を活かし、自然災害についても確認し、地域防災の観点から検討を重ねることで、より安全な生活が確保されることを期待したい。
<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	常々職員同士で接遇内容を話し合っている。親しみをこ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。入浴の同姓介助もできるだけ希望に添うようにしている。個人情報管理は事務所で	個人情報に関する同意書は貰ってあるが、細かい物(例えば写真)については貰っていない。羞恥心を感じる入浴に関しては同性介助を行っている。	
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との都度話し合いを持つようにしている。		

茨城県 グループホーム東海荘ひだまり

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	利用者のペースを尊重し本人の希望に添った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。誕生会やイベント時は化粧等も施して差し上げ清潔感のあるその方らしい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	利用者のそばで、献立から調理まで職員が支援している。配膳や後片付けなど職員と利用者が一緒に行ったり、献立を聞いたりして要望があれば対応できるように努力している。	献立、食材の調達や調理は職員がおこなっているが、時には利用者の要望を取り入れたメニューもある。日曜日には一緒に買い物に行き、お茶やアイスを食べながら一休みする。調理では味見をしてもらったり、ご意見を貰ったり、職員も一緒に和やかな食卓風景である。利用者同士で助け合う様子が見られた。	
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	食事についての情報はサービス利用前から聴取しており、食事の摂取については一人ひとり配慮している。毎日の食事や水分摂取量についてチェックしている。		
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	お一人おひとりに合った口腔ケアを心がけている。口腔内清潔保持・義歯の管理など、疾患のため自力で行えない方が多いため職員が支援していることが多い。		
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	利用者の排泄パターンを把握し、尿意・便意の有無に関わらず、日中はトイレ誘導や見守りなどその方に合わせた支援をしている。立位困難な方についても職員2名での対応で可能な限り便座での排泄を行えるようにしている。	日中はトイレ誘導している。自ら尿意の訴えはできるが、漏れていることもありパット交換の介助を行う。リハビリパンツやパットの使い方が分からず、何らかの介助を必要とする人がほとんど。夜のみポータブルトイレを使用する方もいる。	
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	食事内容や十分な水分摂取を心がけたり、体操や散歩などを行うように取り組んでいる。排泄チェック表を用いて3日排便のない方は医師への相談で下剤を使用することもある。		



茨城県 グループホーム東海荘ひだまり

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ず、個々にそった支援をしている	週3回は入浴できるよう支援。利用者希望で湯加減や入浴時間など可能な限り対応。1対1で対応しゆっくりと話す時間にもなっている。立位の保てない方は福祉用具を検討したり職員2名で対応している。入浴剤の使用で楽しんでいただく。	1対1での入浴は自分だけに関わってくれと利用者は満足している。一日おき、週3回入っている。拒否する方は無理強いしない。座面が回転するシャワーチェアを使用することで自立できるようになった方がいる。全介助の方は二人体制で介助。便失禁があった場合は随時入浴できる。	
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て、日中適度な休息をとったり、日中に楽しく過ごしていただき夜間に安眠できるように支援している。		
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	薬剤師の訪問指導を定期的に受けている。看護師職員からの各職員への情報提供もある。お薬手帳の管理やお薬情報用紙をすぐに確認できるよう毎日の介護記録ファイルに保管している。		
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	サービス利用前から役割や楽しみごとなどを地域や家族から情報を得て、全職員で各利用者ごとに合った支援について検討している。サービス開始後は利用者の状況を確認しながらサービスの修正を行っている。		
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	日常的に近隣の公園や商店への散歩や喫茶店でのお茶などを楽しんでいる。年に数回、利用者全員が参加できるように、いつもより少し遠出の外出も計画し楽しんでいただいている。本人が希望時には家族の協力が得られるようにしている。	ホームの近くには見慣れた昔からの商店街が残っていて、希望に応じて外出している。商店街の中でお茶できる店があり、入居者もよく行っている。車いすでも行ける距離なので楽しみのひとつであり、お茶やおやつを持って公園にでかけることもある。近隣のショッピングセンターには車いすでもでかけられ、店員と顔なじみになるなど刺激になっている。	
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	小口で預かっているお金を利用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。		

茨城県 グループホーム東海荘ひだまり

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
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利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	施設改築による制限や福祉用具や補強で補い安全に利用できるように工夫してある。リビングは、全利用者で使用できるように配置を工夫。新しい利用者については、わかりやすいように表示をしたりしている。	殆どの利用者がリビングに集まっている事が多い。3階の男性と足の痛みのため降りられない人以外は、雑巾縫いの針仕事、広告紙でのゴミ箱折り、洗濯物を干す、畳むなどの手作業をしている様子が見られた。リビングは利用者がゆったりとくつろげるスペースになっている。	
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	各利用者が過ごしやすいように、リビングや居室などの椅子やテレビの配置などを工夫している。利用者ごと、落ち着いて過ごすスペースを持っている様子が伺える。		
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	居室へ使い慣れた物を自由に持ち込んでいただいている。コタツ・仏壇・愛読書・写真・絵画・人形など、利用者が居場所と感じ安心できる部屋作りに取り組んでいる。	広々とゆったりした居室で、窓も広い。ホームではベッド、タンス、ハンガーを用意した。個々の衣装ケース、タンス、コタツ、仏壇などが置かれ、ぬいぐるみや写真が飾ってある。隣人に預けてきたという愛犬の写真や若い時に使った踊りの扇が飾ってあるなど思い出の品々があった。	
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	「できること」「わかること」を活かして生活できるように、個別的な働きかけを行っている。手すりの利用や福祉用具、家具の位置、カーペットやベッドの高さなど、利用者を取り巻くものの安全性と自立の支えとなるものを工夫している。		

## 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	2	近隣の保育園や、学校などの訪問やイベント等に参加を計画して声掛けしたりしているが、中々先方の了承がえられない。	児童の父兄の許可が必要だとか、ほかにも色々注文などがあり難しいが、理解してもらえるように努力する	市役所や近隣にお住いの方などの協力をしていただきながら交渉していきたい。	12ヶ月
2	35	災害時における、食糧や水の確保の問題で貯蓄はしていたが、食糧はどうにかあったが水が不足気味になった。水の配給にならんだがひと家庭分しかもらえなかったので大変だった。	市や行政、などをお願いして配給を受けやすくなるよう要望していきたい。	運営会議等で役所や他の施設で意見交換して改善できるように地域全体で取り組めるようにしていきたい。	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、行を挿入してください。