

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	0890400088		
法人名	医療法人社団 友志会		
事業所名	グループホーム ももの舎 (あかりの家)		
所在地	茨城県古河市仁連604		
自己評価作成日	H29年 3月28日	評価結果市町村受理日	平成29年6月20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://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JiyosyoCd=0890400088-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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29年5月12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)】

同法人の保健施設を隣接しており医療・リハビリ・看護・介護。居宅支援専門員の協力により、その人らしく思いに添えるような生活を継続できるように家庭的な環境で専属のスタッフと一緒に料理・掃除・工作・カラオケ・園芸を楽しみながら行って頂き、健康で楽しい生活が送れるように、より多くの笑顔で満たされるように『もう一つの家族』を目的としています。
あかりの家では、保険施設等から本人の希望で在宅復帰される方の為の準備段階としてショートステイ(短期生活介護)サービスをご利用いただくことができます。
また、認知症ケア上級専門士がおり全職員で常に新しい知識と技術の向上が得られるように学び、支援に努めています。

【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)】

併設の保健施設と連携を取りながら(医療・リハビリ・介護・看護・居宅)利用者の気持ちに添った支援を管理者はじめ全職員で取り組んでいる事業所である。認知症ケア上級専門士の管理者とともに全職員が専門知識を習得し、今まで通りの家庭の延長として、家事・掃除・趣味・園芸・カラオケ・リハ等を楽しみながら残存機能の維持に努めている。一年ごとに職員のスキルアップができ余裕が出てきたことで自然な笑顔で対応ができるようになり、利用者にも上手く反映できるようになってきた。ショートステイサービスを実施し、利用者が自立し家庭復帰になるように努めている。

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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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
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	開設時職員全員で作られた理念を入居者様・職員と相談して「入居者様と共に地域に根付き 交流を深めて行けるよう 手をとりあって暮らす仲間・いっしょに笑い・いっしょに泣き・いっしょに考え 見守っていきます」と一部変更、玄関に掲示し日々入居者様に関わっています。	事業所の重要なアピール点の一つである利用者優先の考えから、理念を利用者と一緒に作成し、視界に入りやすい玄関に掲示し、外出時にも利用者と一緒に笑いながら読み上げ確認を行い、日々の生活支援に努めている。管理者からミーティング等で話があり、職員は実践に繋げている。職員からは笑顔で接し、利用者の気持ちを大切にすることを心がけているという話があり、管理者の思いは職員に浸透していた。	
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人として日常的に交流している	地域の傾聴ボランティアは毎週協力があり、フラダンス、オカリナ、演奏会、他は随時参加型で楽しませていただき、馴染みの理美容師の協力で散髪を行ったり、近隣にある豆腐屋や商店に買い物に出向いたり、小学校行事や地区区長様のご支援で地域の敬老感謝の会への参加、マラソン大会の応援など地域の方々との日常的な交流を大事にしている。 事業所としても、地域の方々や小学校のご協力を得、隣接の老健と合同で地域に向けた夏祭りや花火も開催、家族・近隣住民・利用者が一緒に楽しみ触れ合えるようにしている。 他、地域住民に向けて認知症予防の講演、介護・認知症の相談受けアドバイスや関係機関に繋げ、事業所・認知症に関する理解を得ている。	様々なボランティア訪問(傾聴・フラ・オカリナ・大正琴・踊り・演奏等)があり、利用者も楽しみにしている。区長の支援により敬老会参加・マラソン大会応援に出かけている。隣接の老健と合同夏祭りや花火大会を実施し、家族・地域住民との触れ合いの場を利用者は楽しんでいる。小学校の運動会には駐車場を開放したり、地域住民に対し野木役場で認知症講演会・グループホーム理解・外出時の理解・認知症予防・介護に関する説明を行った。地域住民から相談を受けアドバイスや関係機関に繋げて、事業所・認知症に対する理解を得ている。今後は認知症サポーター養成講座が開催できるよう努めたいとの事。	
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	近隣の保健施設と共に行われる夏祭りや各種行事の実践で認知症への周知を地域に向け発信している。 昨年も講演依頼を受け、管理者とスタッフ数人で『認知症と予防』について、講師役を務め、日頃実践している内容、進行予防体操や脳トレなどを参加型で行い、認知症への理解と地域の協力で支え合う大切さをお話しさせていただき、好評を受け今後の地域貢献を検討しています。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	偶数月に開催している運営委員会に地域区長・民政委員・ご家族様・古河市福祉課の参加頂き、事業所担当メンバー、隣接相談員等で開催。サービスの実践報告・ヒヤリハットと事故報告や外部評価等について報告、情報交換など話し合い、頂いたアイデアや意見をサービスの質の向上に繋ぐことができるように努めている。	偶数月に区長・民生委員・家族・行政・事業所担当者・隣接施設相談員のメンバーで開催し、事業予定・報告・ヒヤリハット・事故報告・外部評価等を報告・話し合い、席上出た意見(ヒヤリハットの防止策を徹底するように)サービス向上に活かしている。前回の評価を受け利用者の参加はケースバイケースで検討が必要ととらえている。会議内容は家族には広報誌・家族会で伝えている。職員には会議等で報告し共有している。	

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
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	行政(介護福祉・地域包括支援センター・保健所)・社協とは連携を密にし事業所の実情やサービスの取り組みを伝え、アドバイスを受けている。 花祭りやマラソン大会の案内連絡を受け利用者と外出することが出来ている。 大雨避難警告時や地震の際は安否の確認を頂く等、事業所の状況把握やサポートを頂き、ケアのサービスに取り組むことが出来ている。 昨年、検討していた利用者様の会議参加の検討は、ご一緒に地域の方々意見を得られるように図り、今後も協力関係を築いていけるように努める。	行政(介護福祉・地域包括支援センター・保健所・社協)とは連絡を密にとり良好な協力関係を築いている。花祭り・マラソン大会の案内を受けて利用者とは出かけ、祭りの賑わいやマラソン参加者の意気込みを肌で感じている。グループホーム連絡会に参加し行政と情報を共有している。小学校の運動会(招待を受け見学に出かけている)の時は駐車場を開放している。実習生の受け入れ・中学生の体験学習・子供110番・小学生の社会見学は隣接老健で実施している。行政からの要請で家族支援講座を予定しており、民生委員からの相談を受けることもある。民生委員にも参加を呼び掛けている。	
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	隣接の保健施設と連携を図り、身体拘束の対象となる具体的な行為を正しく理解できるよう、繰り返し学べるように事例を掲示したり、勉強会を行っている。 認知症を理解し、スピーチロックや拘束となる対応・場面で更に弊害となり利用者様の不穏や危険に繋がることのないよう、全職員が玄関のだけでなく、心の鍵を閉めない、拘束をしないケアを実践するように取り組んでいる。 毎月、安全対策委員会・身体拘束委員会も老健と連携し行っている。	安全対策委員会・身体拘束委員会・老健と連携を行い、勉強会を開催し、事例をもって利用者にとって拘束となる行為かどうかを話し合い、利用者が不穏な状態にならないよう取り組んでいる。安全回避のために発する言葉にも職員同士で注意を払っている。車いすの点検は職員(時には利用者自身)が実施している。心のカギをかけないでという理事長の考えから玄関の施錠(屋間)をしていない。何よりも職員の知識とスキルが上がったので拘束することは無い。	
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	利用者様の表情や会話に耳を傾け、小さな痣や傷などにも注意観察、記録、確認、利用者様の心身の変化があった場合、ご家族様・医師・看護等へ報告し情報の共有を図り防止に努めている。 職員に言葉や態度でも虐待であるのだと周知できるよう、言動に注意してミーティングなどで話し合い、防止に努めている。 老健と連携開催される勉強会では、身体拘束や虐待に関連した、『より良い接遇』のテーマで学習、法令について学ぶ機会を作っている。		
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	制度に関しての理解は多少ありますが、現在、制度を必要とされる方がいないので活用していません。 今後に向けて学ぶ機会を検討中です。		
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	ご利用の契約の際、または、退去が必要な時、ご利用の内容の改訂がある場合は、紙面上で説明を十分に行い、不安や疑問点を尋ねながら、理解・納得いただいております。		

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
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	契約時に紙面により苦情窓口の説明を行っており、ご利用者様・ご家族様の意見に沿えるようにしています。 苦情窓口隣接の保健施設の相談員を増設し極め細やかな対応が出来るようにしている。 面会時には、管理者だけでなく、職員へも意見・相談がしやすい環境を作って、対応、偶数月に行われる、運営推進委員会でも意見・感想等を公表し、運営の向上に努めている。 家族会(年3回)実施、広報の配布、利用者様の日頃の様子をご報告ケアプランの内容についても意見・ご要望、アイデアを運営に反映できるようにしている。	契約時に苦情窓口を説明し、意見の言い出しにくい家族・利用者に配慮し意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示しているが実際には連絡はなく、面会時や家族会(年3回)で直接聞いたり(家族との連絡の不具合があり、説明不足にならないようにと職員に伝えた)、感想・要望・意見を回答してもらいケアプランに反映している。ほとんどは感謝していますという内容が多いので、アンケートの回答方法を考慮中。職員の異動は家族会・面会時に挨拶をしている。	
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	月1回の全体ミーティングを行い、勤務体制、行事の計画から実施報告や業務の内容改善、ケアの状況対策まで職員全員で話し合い、意見や提案を聞き、代表者へ報告し運営に反映させている。 管理者は、職員から個別に意見・要望を聴く機会を常に意識して対応している。	事前に職員採用・利用者の話はある。職員が働き易くスキルアップができる環境整備が一番だと考え、毎月の希望休提出用紙に今月と来月の目標を記入してもらい、職員の気持ちを大切にしている。職員から出た意見で即対応出来る時は改善している(オンコール制度→検討中・体調不良対応→事務的業務の簡素化)。大きな意見や要望は管理者から代表に伝達し運営に反映させている。職員の様子から何かを感じた時は管理者が声掛けをしている。管理者には言い難い事もあると思うので、親しい職員に声掛けしてもらう時もある。ボウリング大会を開催し親睦を深めている。職員の聞き取りでは管理者には何でも話せる良好な関係との事。	
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	職員個々の状況を把握し、職員一人一人の課題に対応できるよう、技術指導等を行い、向上心ややりがいをもって楽しく働けるように努めている。また、当法人に定めるキャリアパスに照らしスキルアップができる環境を整備している。		
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	近隣の保健施設と連携し、勉強会など毎月2~3回あり必ず一回は参加できるように配所している。 認知症ケア上級専門士の管理者より実践的に認知症ケアのスキルアップ指導や勉強会、介助方法の指導、研究、認知症ケアの専門誌の購読により新しいケアの学びが出来るように取り組んでいる。		
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	認知症ケア上級専門士である管理者を中心に、職員が同業者との勉強会、事例を用いた検討会、懇親会などの交流を通じて、質の向上に取り組んでいる。 同市に新設のグループホームよりの見学・相談や意見協力に応じ、共にサービスの向上に努めている。 昨年より古河市グループホーム連絡会を発足、3か月に一度の開催。事業所の管理者・職員による情報交換、災害避難方法、運営状況や共通課題、種々の内容を議論、ネットワーク作り、サービス質の向上などを目的とした取り組みを行っている。		

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
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	入居前に情報を頂き全職員・関係者連携し、その方の情報を把握している。 また、希望に応じて入居前に見学に来ていただきご本人、ご家族の意見や要望をお聴きしたり、認知症の為、要望の理解が不明な場合は寄り添い、観察、ご本人にとって困っている事や不安な事に対応し、安心できる生活を送れるような関係づくりに努めている。		
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	入居前にご家族様の意見や要望、相談事をお聞きし、受け止め、ケアプランを作成、より良いサービスの提供により信頼頂ける関係づくりに努めている。		
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	ご本人様、ご家族様と関わっていたケアマネージャーや他職種関係者に協力頂き、情報を収集、ご本人にあった「その時」必要としている支援を見極められるよう、また、それを反映できるサービスの提供が図れるよう努めている。		
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	ももの舎の理念でもある「手を取りあって暮らす仲間」を実践。ご本人の出来る力を活用、発揮して食事の手伝い・お茶入れ・洗濯物量み・ゴミ捨て・お掃除・食器吹き・力仕事など出来る事柄で無理の無いように協力、助け支え合いながら、暮らす仲間の関係作りを継続している。		
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	面会時や家族会、夏祭りなどの行事の際、ご本人と家族の過ごす時間を大切にし、いつでも気軽にもの舎へ立ち寄り頂けるようにの声掛けと支援を行っている。 また、家族と外出や外食できるように協力を得たり、病院受診の協力や必要に応じて相談し意見やアイデアを頂くなど、一方的な支援、立場にならないような関係を作り努めている。		
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	ご家族や親族だけでなく、近隣の知人や友人の面会の他、ご本人がそれらの方々と大切にしていた馴染みの関係や場所・時間などが継続してゆけるよう、電話・手紙などを通じた支援も行っている。 馴染みの理美容室・歯科医院の訪問や選挙・初詣・墓参り・買い物・行きつけの理美容や歯医者に出向くなど、ご本人様がこれまで大切にしていた馴染みの生活スタイルが少しでも維持継続できるようにしている。	必要に応じ電話連絡(携帯持参の利用者がいる)や、定期的に親族や友人から葉書・手紙・お花が届き大切な馴染みの人との関係継続に努めている。なじみの理・美容院や豆腐屋、商店、歯科医、初詣、お墓参り等に職員と出かけたり、家族の協力を得て、今まで築いてきた生活スタイルの継続維持に努めている。今まで通り新聞を購読している利用者がいる。	

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
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	利用者同士の関係を把握し、利用者様方とともに体 操・散歩・レクリエーションや生活の活動を通して会話 や関わりを増やし、お互いに助け合い支え合う場面 が増えている。 また、認知症の進行やPBSD等で難しい事柄があ っても、一人が孤立しないように、スタッフが介入、 観察、解決が図れるように努めている。		
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	近隣の保健施設や他の施設に入居等の退居され た方については、これまでの経過や情報を提供し、問 い合わせに対応している。 また、その後も本人・ご家族がいつでも立ち寄り 相談支援が出来るように対応している。		
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	一人ひとりを尊重し、思いや希望を把握できるよ うに、何気ない日常の中で、本人様が話した事などに 耳を傾け、思いなどをくみ取りケアに結び付けられる ように努めている。 又、困難な場合の方には、ご家族様や関係者、他 職種との連携を図り本人様の思いに沿った暮らしが できるように検討している。 場面の応じては、センター方式を活用できるようにし ている。	センター方式アセスメントを活用し、利用者の思いや意向の 把握に努めているが、それにとらわれることなく日々変わる 利用者の思いや意向に添った統一したケアの提供に努めて いる。困難な場合は選択できるよう問いかけに工夫をし たり、表情や様子から職員で本人本位に検討している。家族 にも確認しているが利用者や家族の思いが必ずしも一致し ていない時もあり、その都度話し合いはできている。俳句が 趣味の利用者は外出のたびに俳句を作って楽しんでいる。 家事・台所仕事・園芸等は利用者の生きがいとなっている。 利用者の要望で市の広報誌を区長に頼んで持ってきても らっている(気になる記事を探している)。	
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	入所時に得た情報の他、面会の際に ご家族様が 話していた事や、ご本人の会話や動作、表情など、細 かく観察し、得られた情報を記録、ミーティングや申し 送りの際にも話し合いをして職員同士がサービス利 用の経過などを共有し、把握できるように努めてい 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	日々で変化があったり、ご本人の様子が違ってい たりすることもある為、そういった変化に気付けるよう 記録・申し送り情報共有している。 いつもと違う様子がみられる際には、記録を確認、 スタッフ間で連携してケアを行い、活動の内容の検討 もしている。 ご本人の意向に沿った過ごし方が出来ているか のご様子を記録し、活動されている内容の状況をモ ニタリングし、見通しを検討、心身状態、出来る力の 再確認と開発に取り組んでいる。 長谷川式スケールを利用し認知症の進行状況を測 定、再アセスメントを行っている。		

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
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	ご利用者様・ご家族様の今の思いを聴き、関係者の意見を得て、利用者の課題とケアの在り方について、毎月のミーティングやケア会議を行いモニタリングしており、本人の変化や出来事を記録、全職員申し送り、担当者とケアマネで現状に即した介護計画を作成してチームケアを目指すように努めている。	利用者・家族の思いを聞き、担当者がアセスメントを実施。ミーティングで課題・問題点・成功例を話し合い、医師も同席したサービス担当者会議で現況に即したプランを作成している。作成後は家族に説明し同意を得ている。ケアプランに基づき何を求め・何を必要としているかを考え、支援経過を記録しているが統一性に欠けた部分もある。一ヶ月毎の記録をモニタリングし評価につなげている。	職員は全利用者のプランを把握しているが、ケアプランの目標が抽象的で誰にでも当てはまる内容となっているように思える。アセスメントを見直し、個別に具体的な目標を立てることにより職員の意識も今まで以上に高まると思われるので、プラン作成を検討することを期待する。
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	ご本人の様子や変化、発言・表情・動作をその時そのまま記録、気づきなどを細かく記録することに努めている。記録がしっかりとなされていない時にはミーティングなどで話し合いを持ち改善につなげている。又、その情報を職員だけでなく関係職種と共有した新たな気づきやケアの工夫を実践し介護計画の見直しを行っている。		
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	ご本人やご家族様の状況や希望、新たなニーズに対応できるよう、柔軟な支援サービスの提供に努めている。又、既存のサービスに捉われない、より良いサービスを念頭に置き、情報提供や相談にも応じている。		
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	週に一度の傾聴ボランティアの訪問が定着し馴染みの関係の構築が出来きて、会話を楽しまれている他、行事などに協力頂けるフラダンス、踊り、大正琴等色々な地域のボランティアも増えている。訪問理美容、隣の小学校の行事の招待を受け楽しく参加させて頂いたり、御一人おひとりの馴染みの美容室・近所の商店での買い物、豆腐屋・牛乳店の配達、など地域との繋がりを大切に、ご本人の力の発揮になるように、豊で楽しい生活が継続出来るように支援している。 入居者様の希望を受け、区長様のご協力を得て、市の広報やお便りを運んで頂いておられる。地域の資源の情報を集め、把握、活用ができるように今後も努めていく。		
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	契約時、ご家族に同意を受け、事業所契約医師より2週間毎の往診を受けている他、事業所契約の訪問看護による体調管理をそれぞれ24時間対応で行われている。 入居前からのかかりつけ医のある方は、ご希望を大切に、継続して受けられるように情報提供を含め連携支援している。 緊急時、職員が受診に付き添った時など電話報告をおこなっている。留守番電話の場合でも、家族様に直接連絡が出来るまでを支援し記録している。 又、隣接の保健施設の看護師の協力体制も出来ている。それらはIpadを使用し、医療連携システム「エイル」により職員、各看護師・医師などの関係者がタイムリーに情報を共有し早期の対応を行っている。	契約時に同意を受け、事業所契約医師の2週間ごとの往診と週1の訪看が入っており、利用者の体調管理に努めている。かかりつけ医受診の場合は情報提供を行い、家族付き添いが難しい場合は、ヘルパー付き添い(実費)で受診している。契約医師と訪看とは24時間連携が可能であり、緊急時の体制もスムーズにとれている。また隣接の看護師との協力体制もとれ、iPadを使用し医療連携システム「エイル」で関係機関との情報がスムーズに取れている。家族への連絡はきちんと電話で行い、記録に残している事が確認された。専門医受診体制も出来ている。	

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
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	日常においての心身に変化や情報、気づきを記録し、緊急時だけではなく、気になっていた場合でも同事業所の訪問看護へ連絡相談し、適切な助言や、処置、受診や看護が受けられるように継続して支援しており、Ipadエイルの活用で画像報告もでき、緊急時、24時間を通して支援できるようになった。 又、隣接している保険施設の看護職とも連携して適切な対応に努めている。		
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。	入院の際には、入院病棟看護へ職員から経緯や細かな情報を申し送りを行い、サマリーを作成し、安心して治療が出来るように、医療機関に情報を提供し連携を図って、その旨をご家族様へもご報告している。 入院中のご本人の見舞いやご家族様からのお話を聴いたり医療機関より情報交換し、安心して治療頂けているかを確認相談支援している。 できるだけ、早期退院が出来るよう、また、スムーズに退院受け入れが出来るように努めている。		
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	契約の際に、重度変化対応・終末期ケア対応方針を紙面でご家族様に説明し、同意を頂き主治医や訪問看護と連携を図れるように継続しており、ご家族様等や関係者とも話し合い、共にチーム支援できるように努めている。 ミーティングでは、何が出来るかなどを職員全員で話し合いを行い、周知している。	契約時に終末期ケア・看取りについて説明し同意を得ているが、状況変化に合わせ段階的に今後の対応を医師と相談し家族に説明している。現段階は家族の要請により、看取りに近い状態で緊急搬送となっているので、今後はヘルパーを活用して支援者を増やしたいとの事。職員からは利用者・家族から要望が出た場合にはホームで最後の旅立ちへのお手伝いをしたいという意識の高い話が聞けた。	
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	急変時や事故発生時の連絡体制を職員全員が把握しており、訪問医・訪問看護や隣接の保健施設の看護・職員と共に連携し適切な対応を行っている。 当グループホーム内にもAEDが設置されており、それらを含め、定期的に行われる勉強会へ参加し職員の知識向上と実践力が付くように努めている。		
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	消防署の指導・自主訓練を年2回実施し(夜間想定・避難経路確認・緊急通報システム・消火器の使用方法・緊急連絡網・緊急時持ち出しの物、等)隣接の保健施設・ご家族様・地域住民・関係協力者の協力を得て、利用者が安全に避難できる方法を理解し理解身に付くように努めている。 尚、近年あるような異常水害や天候などの災害に対しては、市町村に確認を行いながら安全に避難できる策をマニュアル化するように努力している。古河市グループホーム連絡協議会と情報交換し協力体制を構築できるようにしている。	消防署指導・自主訓練を隣接老健と地域ボランティアと一緒に実施し利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている(夜間想定・消火器使用・利用者行動把握・避難経路確認・緊急通報システム・緊急連絡網・緊急持ち出し用品をカーデックスに必要事項を記入)。職員からはショートステイ利用中の利用者の状態がわかるようにとの意見があった。備蓄品は老健とホームの両方に整備している。自然災害(大雨・水害)についてはマニュアルを作成した。行政から大雨警報発令時や災害発生時には安否確認の電話がある。外出時のもらい事故等に対するマニュアルは車の中に整備している。	

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
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	一人一人の意思・人格を尊重しその人らしい生活が得られるように心がけて支援している。 また、日常の中でも声掛けを常に意識し、その方のプライバシー損なわないように行っている。	利用者のプライバシーを損ねない対応に心がけている。利用者職員が笑顔で会話を楽しむ風景があり、見ている我々も自然と笑顔になれた。情報開示については同意を得ている。関係書類は事務所に保管し個人情報保護に努めている。ボランティアの人にはプライバシーについて説明をしている。	
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	日常生活の様々な場面でご本人自身が、意思・希望があらわされるように言い易い環境や受け止め考えることが出来るように対応し心がけ、自己決定が出来るように働きかけを行っている。		
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	出来るだけ、ご本人の生活リズムを尊重し、どう過ごし、どう暮らし何をしたいかを叶えられるように傾聴し支援を行っている。 起床や就寝時間などは、その日のご本人の体調や希望・状態に合わせている。 入浴やトイレ誘導への強制するのではなく、ご本人の思やりやペースに添えるよう合わせている。		
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	ご本人の気に入っている衣服をご本人の希望に沿い、お化粧品やアクセサリ、帽子やかつらなどを身に付けて頂いたりその人らしさを尊重し支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	隣接の保健施設の栄養管理士によりカロリー計算されたメニューを基に、匂いや台所の音を感じていただきながら、御一人おひとりが食事を楽しめるよう、利用者様と職員で下ごしらえ準備、手作り、出来立てを味わっていただき、下膳、片付けやテーブル拭き、お茶入れ、おしぼり畳み、掃き掃除と出来る力の担当分けのように嬉々と笑顔で協力活動頂いている。 また、日によって、利用者様方の希望で急遽メニュー変更したりと楽しまれ、行事計画の際は特別メニューを考えたり、外食の相談をして実行したりと食事を楽しいと思っただけのよう支援している。	管理栄養士がカロリー計算したメニュー(形態は利用者の状態に合わせて提供)をもとに、職員と一緒に利用者の力を活かしながら、下ごしらえ・味見・お茶入れ・配・下膳・テーブル拭き・食器拭き等を行っている。利用者が手入れ・収穫した野菜を食卓に並べたり、急きょメニューを変更し食材を買い出しに行って利用者の希望に応じた食事を提供したり外食に行く等、食べる事を楽しいと感じてもらっている。職員は食介を行い、嚥下や食欲に注意を払いながら同じテーブルを囲み、会話のある楽しい食事風景であった。おやつはホットプレートでホットケーキ等を作るときもある。	
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	身体的心理的状況を把握しながら、摂取量や摂取の状況や様子、水分量も同様に記録して変化を確認しながらケアを行っている。 摂取量の少ない方には、調理方法や食事の形態、提供の環境を工夫したり、取れない原因を追究し必要に応じて医師・看護師・ご家族様と相談を行い、栄養の捕食も検討し支援している。		

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
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	モンダミンなどの洗口剤を使用頂き、口腔内の清潔が保持できるように歯磨きの見守り後、口腔内の状況確認介助し感染症防止や口腔機能低下の防止、誤嚥防止、肺炎予防等も考慮し個々のケアを大切にしている。 歯科衛生や歯科医の診療が必要な場合は、必要に応じて診療が受けられるように支援している。 同時に診療先よりの情報や口腔ケアの方法を指導受け対応している。		
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	排泄パターンのチェック表・表情や行動の様子を観察、察知し、その方なりの習慣を活かして、トイレ声掛け誘導、失敗が少なくなるよう、又、心地よい排泄と自立に向けた支援を行っている。 自然排便になるよう体操・運動・腹部マッサージを行っている。排泄の状況により、身体的変化を見逃さないようにと、心理的安定が図れるようにと支援している。	ほとんどの利用者がトイレで排泄ができており、職員は排泄チェック表・利用者の様子・表情から察知し、さりげなく声替えを行いトイレに誘導している。職員の努力が実を結び、おむつからリハビリ・布パンツに改善できた利用者がある。薬に頼らず水分摂取や運動・体操・腹部マッサージ・リズムの把握・介助による自然排便に努めている。	
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	便秘になっている原因やその方への身体的影響を理解し、身体的状態・水分摂取量・食事摂取量・運動量・服薬状況を把握し、持っておられる病気との関連性を含め自然排便できるように、排便リズムの把握・定時介助・腹部マッサージ等、その方に応じて、工夫を凝ら対し、医師、看護、薬剤師、リハビリと連携対応している。		
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、職員の手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2～3日に一度入浴できるよう入浴表を作りチェックを行っている、ご本人の体調や希望に沿って入浴日や時間を調整、希望があれば、思いに沿うように対応している。 拒否のある方については、原因を追究し「なぜ」をアセスメントして心地よく、楽しんで入浴頂くように、ご本人に合ったタイミングでのお声かけや、好みの服、雰囲気、室温、湯温、や会話など、個々に合わせた対応を行っている。 皮膚感染予防にも努め、個々に足マット、カミソリ、ブラシ等備品を変えている。	基本的には週2～3日ごとの入浴支援であるが、希望があれば調整し、利用者が入りたいときに気持ちよく、ゆっくり入浴してもらっている。入浴時は会話の他、皮膚の変化等にも注意を払っている。状態に応じてリフト浴で対応している。異性の入浴介助拒否の利用者には同性介助で対応している。皮膚感染予防対策として足ふきマット・剃刀・ブラシ等は個人用を使用している。着替えは利用者を選んでもらっている。まき爪になる前に職員が切っているというきめ細かなケアを実施している。	

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
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	<p>日中では、活動があるように、夜は質の良い睡眠が図れるように支援を基本としているが、一日中起きていることは身体的に疲労がたまることもある為、個々の状況に応じて30分程度の昼寝などを設け短時間の休息をとっていただいている。</p> <p>なかには、リビングのソファを好み皆さんの声を感じながら横になられる方もいる。</p> <p>就寝前には、その方の生活習慣や寝前のパジャマ更衣などセレモニーの行動等もその方に合わせて支援している。</p> <p>また、リラックスして頂けるように飲み物の提供やお話しをしたり、痒い・痛い部分への薬塗りやフーリング効果、セラピー効果等その方に寄り添い、生活のリズムの状況に合わせて、安心して良眠が図れるようにをこころがけている。</p>		
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	<p>ご利用開始時や医師の診察の段階から身体的状況と処方の内容を理解し、服薬の目的や副作用、用法や用量についても指導を受け、薬の写真付説明書はカードックスに掲示し、送りノートや口頭にて確認が出来るようにしている。</p> <p>また、観察変化を確認し医師・看護・薬局との連携により対応に努め、家族への連絡・相談も行い介護記録に経過を記載している。</p> <p>処方された薬は、薬局の協力でカレンダー方式にセットされ、誤薬・誤飲の防止も行っている。</p>		
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	<p>家事が得意とされる方は、食器拭き・野菜切などの下ごしらえ・調味・洗濯物畳み他、力仕事の得意な方は、ゴミだし・段ボール崩し束ね、荷物運び、掃除が得意な方、工作、俳句、かたづけ等、出来る力、やる気、個々の得意、技能、趣味、興味を活かした活動を行えるよう支援、日常の中で、色々な場面で役割をもっていただき、張りのある生活を送れるように支援している。</p> <p>また、毎日、欠かさずに認知症予防の体操を行い、脳トレ・季節や趣味の工作・色塗り・園芸・室内飾りなどその方に応じた方法で、新たなやりがい、楽しみを得て頂けるように努めている。</p> <p>生活習慣で俳句作りの為、散歩を希望の方などは、気分いつでも出かれられるように支援している。</p>		

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	その日の希望、気分に沿って、戸外に出られるように心がけ、体調・天候の良い日には、周辺の散歩、藤棚の下で、お茶会や歌を唄ったりと日差しの暖かさ、風を感じ、花々を愛で季節の移ろいを楽しんで頂いています。 季節のイベントや外出を企画しお花見と外食・初詣や選挙・買い物などへ福祉車両を活用し積極的に出かけている。 ご家族様や地域の方のご協力を頂き、帰宅、かかりつけの美容院への外出やお出かけ外食、法事、墓参り、買い物、病院受診など出かけられるように支援をしている。	季節ごとの外出イベントの他、お天気の良い日は当たり前のように近場を散策したり、藤棚でお茶会や歌をうたい、その時々を感じる日差しや風の香り、花々の開花・樹木の新緑・紅葉等から季節の移ろいを感じてもらっている。外食・お花見・初詣(甘酒を頂く)・選挙・買い物等その日の希望に沿って戸外に出かけている。家族の協力を得て法事・お墓参り・買い物等・外食等に出かける利用者がいる。お孫さん夫婦と出かけ、帰宅後、表情がとても明るく、楽しかったと推測が出来る利用者がいた。	
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	ご本人・ご家族様に了承を得て、お小遣いを事務所でお預かりしている。 買い物などの際は、ご本人の力に応じて所持していただき、持てない方については、ご本人の依頼を受け支払代役を務め、希望のお菓子や雑誌・歯磨き粉などに使えるよう、お金を使う意識等の大切さを感じて頂いている。		
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	ご本人の状況や情報を把握し、出来るだけ希望の方には電話や手紙でのやりとりが継続して出来るように関係者にご協力頂き、家族や大切な方との関係が継続でき、ご本人にとっても孤独にならないような支援をしている。		
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	温かみのある共同の空間を感じていただけるよう、木造平屋造りになっている。居室は、天井を高く天窓より自然な光や空調が得られるように造られている。 ご利用者様にとって、不快や混乱を招くような(音・光・色・広さ・温度)などが無いように努めています。 舎内では、ご利用者様と一緒に季節感を得られるように一緒に考え、手作り飾り付けをしたり、行事を楽しみ、食事作りの音や匂いを感じ、季節の花や野菜を育てたりして収穫して喜びを得るよう工夫しています。 毎日、体操・音楽・カラオケ・レクリエーションなど楽しく心豊かに過ごせるようにしている。	リビングにソファを配置し、日向ぼっこを楽しんでいる利用者の姿があった。隣のユニットには自由に行き来ができ、利用者同士がなじみの関係となっている。季節の飾り物(鯉のぼり)・手作りカレンダー・見やすい時計を飾り、見当識への配慮が見られた。利用者が手入れた草花や野菜がベランダに飾られ、季節を感じる工夫があった。トイレ誘導の矢印があったり、大きく表示することにより、戸惑いを無くす工夫があった。リビングにはカラオケセットを完備し、マイク片手に18番を聞かしてくれる利用者がいる。	
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	食堂リビングには、一人ひとりの状況にあった居心地の良いいつもの場所を用意している。日向ぼっこができる位置にソファを配置、代わる代わるに座り、横たわる姿があり、テレビ・映画鑑賞などの際は、それを移動させ映画館のように気の合った方々と肩をならべて座れるなどの工夫をしている。 また、隣の棟へ気軽に行き来が出来るようになっており、ご利用者同士自由に過ごせる場所があるなど、皆様とテーブルを囲み楽しく心地よい場所の提供に努めている。		

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
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	居室には、クローゼット、ベット、タンス、布団、エアコンが備えてあるが、ご本人使い慣れた馴染みの物をお傍おいていただけるようお声かけし、毛布、テーブル、ジュース、テレビや仏壇、人形など持ち込み、安心して居心地良く生活が出来るように、ご本人様・ご家族様と相談し協力を得ながら認知症へのBPSDへの対応も含め、安心・安眠が図れるように、工夫し支援している。	居室入り口に写真や名前を掲示し、混乱防止への配慮が見られた。利用者が使い慣れたものが安心につながることを家族に伝え、座卓・座椅子・仏壇・マット・テレビ等を安全面に配慮し設置している。趣味の俳句を飾ったり、家族の写真・プレゼント等を飾り、利用者が安心できる居室となっている。清掃員が週3回掃除し、清潔保持に努めている。	
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	認知症の種類やタイプ、傾向と今後の予想などを学びながら、「今できること」「わかること」を継続維持できるように、居室では、ご本人の状況にあったベットの高さや位置、洗面所やタンスやクローゼットまでの動線の安全を確保したり、トイレや風呂場には、目で判断できるように大きな表示を付け、声かけ、お手伝いなども継続できるよう誘導支援しています。 固定観念にとらわれず、新に「できること」「わかること」を見出し、増やせるような環境作りに努め、自立した生活が継続できるように工夫している。		

目標達成計画

作成日: 平成29年6月4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	10	職員は全利用者のプランを把握しているが、ケアプランの目標が抽象的で誰にでも当てはまる内容となっているように思われる。アセスメントを見直し、個別に具体的な目標を立てることにより職員の意識も今まで以上に高まると思われるので、プラン作成を検討することを助言受ける。	ご本人、ご家族の変わりゆく環境や状況を理解し、ご意向や思いを大切にしながら具体的な目標を立て、チームケアを実践、課題解決出来るように取り組み、職員の意識も今まで以上に向上できるようにする。	個別に具体的な目標が立てられているかを再アセスメントし、ケアプランに基づき何を求め、何を必要としているかを明確にして具体的な目標と援助内容を作成する。更に、そのプランの意味合いを深く共通理解し職員の意識向上に向けられるように取り組む。	6ヶ月
2	2	認知症の知識やケアの方法、医学的知識の不足を痛感することがある。日々変化する入居者様に安心した生活を送って頂く為に、幅広い支援の向上を必要としている。	職員・関係者が認知症の知識やケアの方法、医学的知識の不足を満たせるように、新しい知識を得、新しい介護支援、幅広い支援の向上を目指す。	新しい知識が得られ、職員・関係者の意識向上になるように、勉強会の開催、研究発表、研修会への参加が出来るようにする。	12ヶ月
3	2	認知症や老いへの理解が浸透していない状況があり、ご家族様やご親戚・友人であっても戸惑いや関わりに隔たりを感じることもある。場面に対応して、随時理解頂けるよう報告や今後の予測を含めご理解頂けるようにお伝えしていても、定期的に認知症の情報の発信を要すると思われる。	認知症や老いについてや、グループホームに関しての理解・協力を得られるよう、地域に根付いた良い関係の構築、入居者様方がより豊かに活動できて、安心した生活がおくれることを目標とする。	地域住民・家族様・関係者へ向け、認知症や老いについての勉強会を定期的に開催する。認知症サポーター養成講座の開催。	12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。