

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	0891100018		
法人名	有限会社 バウム・ドルフ		
事業所名	グループホーム 舞夢		
所在地	茨城県常総市古間木1054-4		
自己評価作成日	平成23年11月28日	評価結果市町村受理日	平成24年3月9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=0891100018&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24年1月19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)】

<p>1.人としての尊厳;出来る限り本人の意思や希望に添うよう心がけている。また、職員一人ひとり言 動に留意している。</p> <p>2.自立支援;個々の持つ能力を失わないよう、出来ることを役割として行っていただき、手を出しすぎず寄り添う介護をめざしている。</p> <p>3.健康状態の管理と危険防止;看護職と介護職が連携し、利用者の健康状態の把握や感染予防に努め早期に対応している。また、転倒・誤嚥等の事故防止や虐待等にも留意している。</p> <p>4.環境整備;常に清潔な環境の中で生活していただけるよう清掃や換気等に留意している。</p> <p>5.職員の質の向上;毎月勉強会を開き業務の改善や事例検討など行い、統一したケアの提供に努めている。</p>

【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)】

<p>人権の尊厳・自立支援・健康管理・環境整備・介護の質の向上を理念に掲げ、利用者一人一人に合わせた支援を行っている。設立5年を迎え、地域密着型サービスの見直しを行い、それぞれのスタッフの置かれた環境の中で、質の向上について検討し日々支援に繋げている。また、利用者一人一人が思い思いに過ごされ、ゆっくりとした時間を過ごされている。</p>

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している (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	常時持ち歩き又施設内に掲示して、理念を常に共有し実践するように取り組んでいる。	外部評価を元に、地域密着を目指したサービスについて、スタッフ間で話し合いを行った。日々の支援を通して理念の共有を行い、一つ一つの支援に実践している。	
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	施設の立地環境により、日常的な交流はできていないが、定期受診や買い物、美容室へ出掛け地域の方と触れ合っている。また、子供会の御神輿祭りや夏祭り、小学校の運動会などのイベントで交流を図っている。	市町村の合併に伴い地域行事に差がある。市街のお祭りや近隣小学校の運動会、菊祭りと参加している。また、初詣を行う予定をしている。専門学校の実習の受け入れを定期的に行っている。レクレーションや介護のボランティアとの地域交流を行っている。	
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	施設を開放しているが立地環境や地域の住民の高齢化に伴い、訪問していただけない状況である。積極的な働きかけに欠けている。		
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	2ヶ月毎に開催し、サービス内容や介護事故などの報告及び改善点などを協議している。	2ヶ月に1回行っている。自治会長、行政、各ユニットの利用者家族、民生員、スタッフの参加により行っている。	推進会議を通しての地域交流や行政と地域住民との情報交換を行う場の提供によりサービス向上に活かされるところと考えられます。
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	何か疑問や問題が生じた時には、担当者と連絡を取り合ったり、2ヵ月毎の運営推進会議に出席して頂き、実情を伝え協力を依頼している。また、連絡協議会を適宜行い情報交換等を行っている。	地域密着連絡協議会は、年2、3回行われ情報交換を行っている。行政との連絡調整は、問題発生時に行っている。行政からの連絡は、Eメールにて情報が流れてくる。	
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	身体拘束をしないケアを実践しており、過剰な施錠をしないためにセキュリティー機器を設置し、安全と安心を提供している。	身体拘束について、勉強会を年1回行っている。スキルアップを目的として、職員の参加とし夜勤者は、勉強会ノートの参照・サインを徹底している。現在家族の同意書を元に、転倒防止目的にて夜間センサーマットを2名使用している。	センサーマット使用を元に、認知症について再確認を行い、さらに身体拘束をしないケアについて検討して戴きたい。

茨城県 グループホーム舞夢

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
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逃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	身体に及ぶ虐待のみならず、言葉遣いや車椅子・オムツの使用に至るまで個人の尊厳に反する行為全てが虐待である事を全職員に指導し、虐待防止に努めている。		
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	現在、社会福祉協議会による権利擁護事業を受けている方が1名いるため、権利擁護や成年後見制度などについての勉強会を行い、職員の知識を高めている。		
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	入居時に契約書、重要事項の説明を行い同意を得ている。又、改定時にも書面で説明し同意を得ている。		
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	面会時には必ず入居中の状況をお知らせし要望など伺ったり、家族会や運営推進会議等で意見や要望を伺っている。また、施設以外の苦情窓口を照会している。	2月にお茶会、8月に納涼会を開催し家族会を行い、利用者一人一人の日々の記録や生活状況を話している。また、利用者の意見は、日々の支援を通して取り入れている。	
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	毎月、管理者会議を開き、業務や職員の問題などについて話し合い、月例の勉強会にて業務の改善や意見など検討している。	月1回の勉強会を、スタッフ中心に持ち回りでを行い、外部研修へと繋いでいる。スタッフ間の業務改善や意見については、管理者会議で話し合い共有している。個人面談は、新人について継続的に行っている。問題発生時は、その都度面談して解決している。	
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	個々の努力や勤務状況に応じて定期昇給の他に、臨時昇給を行っている。また、パート職員に対しても年2回の賞与を支給している。処遇改善給付金も年2回に分割し支給している。		
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	職員が主体的に毎月の勉強会を企画したり、認知症ケア学会や外部研修などに参加できるよう勤めている。出張費については、全額負担している。		

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
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	グループホーム連絡会で他事業所との交流を図り情報交換を行っているが、年2～3回と少なく不十分と思われる。また、職員同士の交流の場が持てると質の向上につながると思う。		
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	介護支援専門員やご家族から情報を得たり、訪問し面接することで状況を把握し、受け入れ対応している。また、入居後は常に目線をあわせ傾聴し、ご本人から話せる環境を作るよう心がけている。		
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	介護する上での不安や要望等をよく聴き、何を求めているのか理解し、事業所が提供できるサービスを提示している。また、入居後は些細なことでも報告相談をさせていただいている。		
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	現在困っていることや要望等についてよく話を聴き、ご本人の心身の状態状況を確認し、在宅での介護継続の可能性があれば、提供できるサービスを提示しケアマネと相談するようにしている。		
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	これまでの生活リズムにより近い環境を提供できるよう働きかけている。「寄り添う介護」を基本に、常に一緒に生活を共にし、安心して暮らせる環境を築いている。		
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	毎月1～2回以上は面会に来て、ご本人と触れ合う時間を作っていたい。又、ご家族が訪問しやすい環境づくりに努めている。		
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	運動会や祭りなどしない行事に参加したり、市内の店へ買い物や美容室に出掛けたりしているが、馴染みの人や場との関係継続は難しい。	友人や家族の面会が継続的に行われている。また、外出、外泊や墓参りを家族が行っている。家族への年賀状や家族会の招待状を利用者本人が書き、継続的支援を取り組んでいる。	

茨城県 グループホーム舞夢

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ご利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	同年代や趣味など気の合う同士と一緒に生活できるよう配慮しているが、徐々に重症化してきているため、関わり合える関係も希薄になってきている。		
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	他施設へ転居されたり入院や死亡などで終了されたため、継続的なフォローは殆どない。		
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	入居時や家族の訪問時に、ご本人ご家族の意向・要望などを伺い把握に努めている。	利用者の思いや意向を共有し支援に繋げつ手段として、申し送りノートを作り支援に繋げている。また業務については、別紙ノートを作り、継続的支援ができるよう日々記入して行っている。	
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	介護支援専門員やご家族からの情報やこれまでの暮らしや歴史などを把握するよう努め日々の対応に生かしている。		
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	生活の中で出来ること、見守りが必要なこと、介助が必要なことなどを見極めながら生活して頂き、個々の状況に応じて支援している。		
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	立案した個々の介護計画を、ご家族に提示し要望や助言などを頂き反映している。又、職員の意見も参考にしている。利用者申し送りノートに伝達事項を記入し、対応の漏れなどが無いようにしている。	3ヶ月から6ヶ月のモニタリングを行い、また状態変化に合わせて随時行っている。家族会時に、記録を始め介護計画についても説明を行っている。	
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	各勤務帯でご本人の様子がわかるように個別記録を記入し、問題となる事項については情報として介護計画に取り入れたり現状の中ですぐ対応したりしている。		

茨城県 グループホーム舞夢

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
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、その時々にも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	利用者申し送りノートを活用し一人ひとりのニーズに対応できるよう努めている。		
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	稀に近隣の方の訪問などがある位で、あまり地域資源との協働は出来ていない。		
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	ご本人ご家族が信頼している医療機関に受診するか、施設のホーム医へは、看護師が付き添いをして月1回定期受診をしている。他医療機関の場合も、主治医へ近況報告をさせていただき内服薬などの検討をしている。	かかりつけ医受診は、スタッフが同行し電話連絡にて報告している。定期受診や遠方については、家族に依頼している。	
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	日常の健康チェックで変化が見られたり、食欲、尿量、便通、睡眠、活動など日常生活上の情報を看護師に伝え、必要な処置や対応が遅れないようにしている。		
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。	日頃から医療機関の支援相談員と情報交換を行い、いつでも必要な対応をしていただけるよう関係作りを心がけている。又、長期入院にならないよう早期退院の受け入れも積極的に行っている。		
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、事業所の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	ご家族とご本人の現状を話し合い、また、ホーム医の見解も一緒に確認できるような場を設定して、いくつかの選択肢を提示させていただいている。最終的には、ご本人ご家族の意思を尊重し意に添うことができるよう支援している。	状態変化に合わせてながら、同意書を用いて看取りを行っている。看取りについては、定期的に勉強会を行いまた、看護師が管理者であり、非常勤看護師と共に情報交換を行い支援に繋げている。	
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	全ての介護職員が実践力を身につけるまでには至っていないが、月1回の勉強会など適宜注意することや対応など勉強している。繰り返し訓練することが望ましい。		

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	地域消防署から指導をいただきながら、年2回以上の防災訓練を行っている。	年2回日中夜間想定にて避難訓練を行っている。地域合併に伴い、災害通報の困難について、地域消防への連絡について具体的取り組みを行っている。震災を経て、夜間の災害発生について、職員で見直し検討して行く。	
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	人格尊重のため出来るだけ苗字を呼び、謙虚な態度で対応するよう努めている。	利用者の人権保護について、キーパーソンからの申し出により、行政を通して連絡調整している。苦情解決者の表示についての検討を行っていく。プライバシー確保について、キーパーソン変更や表示の具体的内容の再確認を行う。	
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	常に「どうしたいのか」を必ず伺い、不明な時はいくつか問いかけ、決定できるよう働きかけ、職員の都合で決めないようにしている。		
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	業務優先ではなく、個々に応じて対応するように努めているが、状況により入浴など職員の都合で調整してしまうこともある。また、無理やり同じレクリエーションに誘ったりせず、一人の時間も持てるよう本人本位を大切にしている。		
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	基本的に衣服の選択はご本人にして頂き、気温などに合わせて職員が考慮している。定期的に美容室へ出掛けたり、化粧品やクリームなどこれまでと同じく利用していただいている。		
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	可能な方には、調理を一緒にしていただいたり、盛り付けや配茶、片付け、食器洗いなど個々に応じて行っていただいている。	献立は、以前勤務していた栄養士のフロッピーを参考にして決めている。誕生会や季節の行事に合わせて、利用者と共に献立を決めている。おやつ作りを一緒に行っている。	
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	毎日のメニューを栄養士が作成している。個々の嗜好や形態を考慮している。また、水分は、20～30ml/kg位は摂取していただくよう努めている。飲み物は、お茶のほか麦茶、コーヒー、ジュースなど嗜好を取り入れている。		

茨城県 グループホーム舞夢

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	毎食後、口腔ケア舌ケアを行っている。必ず確認し、必要に応じ歯間ブラシを使用し介助している。また、夜間は義歯を預かり除菌を行っている。		
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	排泄の自立をめざして全職員が取り組んでいる。出来るだけ紙パンツより布パンツをめざして支援している。また、オムツは使用しない方針である。	基本的にはリハビリパンツを使用している。また、残存機能の維持を目的に、トイレへの歩行やトイレ内の移動は、声かけながら誘導している。	
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	食物繊維の摂取や水分補給を促したり、出来るだけ車椅子移動はせず、歩行介助をしたり腹部マッサージなど試みている。		
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	身体の状態に合わせ、隔日または毎日入浴援助をしているので、入浴日は決められているが希望により適宜変更している。	日に4名から5名の入浴を行い、週に2回または要望に合わせて行っている。準備から一人に30分の設定をして、ゆっくりと入浴支援を行っている。	
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	ご本人の馴染みの寝具を使用し、個々に合わせて日中も午睡をしていただいたり、居室の室温や掛け物、寝衣の調整など対応している。		
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	職員がいつでも確認できるよう、一人ひとりの薬情報が閲覧できるようになっている。又、職員が疑問と思う場合は、すぐ看護師に確認したり、体調を報告し下剤などの調整を行っている。		
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	これまでの役割、例えば調理・掃除・洗濯物たたみ・畑仕事(野菜づくり・草取り・花植え等)などを継続して行うことが出来るよう支援しているが、高齢重度化しつつあり、限られた方に偏りがちである。		

茨城県 グループホーム舞夢

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	毎日散歩に出掛けたり、屋外に出て気分転換を図っているが、個々の希望に合わせて行うことは出来ていない。しかし、外食や花見など季節ごとの催し物に出掛けている。お墓参りなどは家族に協力していただいている。	日々の食材をスタッフと共に買い物に行っている。季節の行事に合わせて、外出や外食支援をしている。また、日々の天気の状態により日常的に近所の散歩に行っている。	
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	認知症のため物盗られ妄想やしまい忘れのため、トラブルとなることが多々ある。ご家族より依頼を受けた方のみ預かって、必要に応じ買い物に出掛けている。		
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	電話はご家族が余り希望せず、年賀状を出すなどで対応している。		
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	生活感・季節感は出来る限り取り入れるよう努めている。 ゆったりとした空間を提供し、汚れ臭いなど充分注意し、不快感を与えないよう境整備している。	木造作りで談話室は天井が高く、暖かな落ち着いた雰囲気を感じられる。また、庭側には大きな窓からアウトデッキが広がり、2ユニットが見渡せる。暖かな日差しが差し込み、窓越しには日常的に日光浴が行われている。	
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	同じテーブルや隣の席など配慮したり、個々の居室に馴染みの椅子など持参し、自由に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	ご本人がこれまで使用されてきた家具や寝具などの他、ご仏壇や位牌などを持ち込んでいただき、ご本人の馴染みの空間を作っている。	使い慣れた家具や椅子、置物が飾られ居心地良い居室作りがされている。また、安全を考慮した居室作りがされている。	
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	バリアフリー、手すりの設置などにより、自立して安全に活動できるようにしている。		

目標達成計画

作成日：平成 24 年 3 月 8 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	○チームでつくる介護計画とモニタリング 介護計画を共有し、統一したケアが十分行えていない。	利用者一人ひとりの課題を明確にし、目標達成するために、職員全てが同じ視点でサービス提供できる。	介護計画をより具体的にし、全職員がケアを提供できる。 介護計画及びモニタリングの見直しに職員が参加し身近なものとする。 日々の記録の中に課題を解決するためのサービスが記載できる	6ヶ月
2	3	○運営推進会議を活かした取り組み 隔月に行っているが、現状報告やトピックスなどの伝達が主で議題に変化がない。	会議を通し地域密着型サービスとして地域との交流の場となり、サービスの向上に生かす。	地域交流のための企画をする 行政との情報交換の場や勉強会などの集いを計画する。	12ヶ月
3	5	○身体拘束をしないケアの実践 認知症のため一人で活動できないことを理解できずに、夜間ベットから降りてしまう利用者2名に対し、センサーマットを使用し転落等を未然に防ぎ、トイレなど必要なサービスを提供しているが、身体拘束に値する。	人権を尊重し、行動を制限しないケアを提供する。	安全で安心な環境の下、転倒転落などが起きないように見守りを強化する。 個々の排泄パターンをよく理解し、早めにトイレ誘導を行い転倒転落を予防する。	1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。