

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 | 0873700488 | | |
| 法人名 | 株式会社 いっしん | | |
| 事業所名 | グループホームいっしん館玉造 | | |
| 所在地 | 茨城県行方市玉造甲476-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年5月17日 | 評価結果市町村受理日 | 平成22年6月25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=0873700488&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22年6月3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>馴染みの生活を取り入れて、その人らしく楽しく穏やかに過ごして頂いている。 買物・外出など随時対応している。</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>市の中心にある施設は、保健センター戸も隣接しており、行政との連絡連携についても密に行われている。市の中心部にあることから近隣には、ショッピングセンターや内科クリニックなどもあり、利用者が行きたい時に買いたいものに行ったり、外出したりと外に出るケアが積極的に提供されている。ホーム内では、スタッフも明るく、はつらつとしており、利用者との信頼関係は職員と利用者の会話や食事の風景の中から伺うことができた。</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 | 散歩、買物などを通して地域の方々に気軽に声を掛けたり挨拶できる関係である。グループホームという施設を理解して頂けるよう理念を掲げている。 | 2か月に1度の社長を交えた全体のミーティングを行い、社長自ら理念について啓発され、徹底した理念の追求がうかがえた。またミーティングに不参加となったスタッフに関しては、DVDを利用し後日ミーティングの内容が分かるよう工夫されている。 | |
| 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 | レクリエーションや夏祭り、クリスマス会など近隣の施設や老人会の方々を招待し一緒に楽しんでいる。地域のイベント、祭りなどにも積極的に参加している。 | 地域高齢者、行政担当者、老人会など地域の様々な人を招き事業所の季節のイベントを行うなどし地域の理解を深めている。 | |
| 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 | 運営推進会議を二ヶ月に一回開催し地域住民への働きかける機会を設けている。 | | |
| 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、そこで意見をサービス向上に活かしている | 利用者様の様子・行事(レクリエーション)現在抱えている事柄などを報告。参加者(委員)からの意見・質問・要望などを受けて検討、サービスの向上に活かしている。 | 運営推進会議は、2か月に一度のペースで行われ、地域の代表を含め、家族利用者の意見が聞けるよう、開かれた会議となっている。 | |
| 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 | 月に1回のケアマネージャーの定例会に参加したり、職場体験の場として提供している。認定調査の際には利用者様のニーズとなっている事柄なども伝えている。情報の共有化を図ることで入居にも繋げて | 行政の担当者と管理者が、密に交流し、行政への報告や行政からの訪問も制限なく受け入れ、市町村との連携を保っている。 | |
| 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 | 人生の先輩として尊敬をしながら業務に携わっている。安全面に配慮し抑圧感の無い自由な暮らしを提供できるように心掛けている。身体拘束についてのマニュアルがある。 | 新人研修などで、必ず身体拘束排除の項目に触れ身体拘束のないケアの提供に努めている。また安全確保のためやむ得ず拘束となる場合はケアプランに記載し家族の同意を得ている。 | |
| 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 | ミーティング、申し送り等を活用し、日々の状況が細かくわかるようにしてある。暴力行為だけでなく言葉、態度等にも配慮するよう常に職員に伝えている。 | | |

茨城県 グループホームいっしん館玉造

| 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 | 機会があるごとに職員に説明を行っている。現在活用されている方もいらっしゃる。関係性を密にすることで他の利用者様にも必要であれば支援していきたい。 | | |
| 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、解除、改定等の際は、御家族様に十分に納得を得た上で同意頂いている。 | | |
| 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 | 苦情窓口を設けているが、御家族様とは来館時職員が誰でも必ず話ができる環境や時間を作っている。相談、苦情、要望は随時受け付けすぐに対応している。 | 苦情の窓口を作り家族の意見の聴取を行っている。苦情は、すぐに解決できるよう、意見箱は本部回収としており、グループ全体での改善に取り組まれている。家族の面会時などでは、管理者をはじめ職員が気兼ねなく家族の意見を聴取できるようこまめに言葉かけを行っている。 | |
| 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 | 人事に関しては本社に一任しているが利用者様の受け入れ、継続の可・否等はスタッフの意見を取り入れている。状態によっては、他のいっしんの施設を紹介する事もある。 | 独自の職員交換研修などを行い職員のスキルアップを図るほか、社長との交流を密接にする独自の取り組みが行われている。 | |
| 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 | 運営者は2ヶ月に一度ミーティングに参加し、職員が向上心を持って働けるように努めている。管理者は定期的に個別面談等を行い、職員が疲労やストレスの溜まらないように明るい職場作りに努めている。 | | |
| 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 | 新人研修を随時行っている。現場では能力に応じた丁寧な指導を行っている。社内研修を3ヶ月に1回行っており、その内容は職員全員が周知している。管理者は月に1回スキルアップの為に研修を行っている。 | | |
| 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 | 毎月地域のケアマネ定例会に参加し、情報の共有化を図り、質の向上に繋げている。又、近隣のグループホームと交流を持ち、情報の交換も行っている。 | | |

| 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 | 事前面談で生活状態を把握しているが入居後は1対1で話しの出来る場面を作り本人の想いや不安を受け止め、アセスメント方式によって個別支援計画書を作成している。 | | |
| 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 | ご意見箱は設置してあるが、面会時又は電話等で十分に話しが出来る時間を作り、ご家族様が求めている物を理解し、希望をケアプランに組み入れ作成している。 | | |
| 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 | グループホームに合っているか見極め、他のサービスが適している時はご家族様と相談し、支援している。 | | |
| 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 | 施設内には家庭菜園があり、職員と一緒に協力しながら作っている。食事作り、お掃除等も手伝って頂いており、昔のならわし等も教えて頂いている。 | | |
| 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 | 行事、一泊旅行に参加して頂ける様に支援し、変化時にはご家族様に連絡、相談している。月に一度お便りをお送りし現況報告をし、一緒に支え合う体制を整えている。 | | |
| 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 | 遠方の方には手紙、電話でのやりとりが主であるが、地域の方々には知人、友人の方にいつでも気軽に来館して頂ける様に環境を整えている。 | 利用者の家族に面会の制限はなく、友人・知人の面会を受け入れている。また本家や分家など地域の特別な関係に対しても配慮され、利用者が負担なく地域との連携を継続できるよう配慮されている。 | |
| 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 | お茶や食事の時間にはより多くの会話が出来るようにしている。スタッフが間に入ることで利用者様同士の関係が円滑になるように働きかけを行っている。 | | |

茨城県 グループホームいっしん館玉造

| 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 | 当事業所はグループホーム、有料老人ホーム、高齢者住宅の三本柱になっている。事情によって退居となってしまった後も相談を受け現況に合わせた支援を行っている。 | | |
| 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 | 個々の話しを傾聴し、本人の希望を見出し把握に努めている。意思の疎通が困難な方にはジェスチャー等を交えながら汲み取り、把握が出来るようにしている。 | 利用者の意見を尊重し、その人の行きたい時に行けるように工夫したり、利用者の生活史の中から得意な役割を持っていただくなど細かな配慮がある。 | |
| 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 | 全スタッフが利用者の生活歴を把握し、又、ご家族様に昔の話を聴き、アセスメントをしながらまず本人の出来る事に注目し、一緒に行い支えていけるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 毎日の心身状態は、ケース記録、申し送りを活用して把握している。個人の状態に合わせてお手伝い、テレビ観賞、将棋、オセロ、散歩等本人の出来る事、好みを生活の中に多く取り入れている。 | | |
| 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 | ご本人様、ご家族様の意思、要望を聞き、利用者様主体の生活が出来るようにモニタリング、アセスメントを実施し、介護計画書を作成している。 | 目標とプランに沿った、日々の記録があり、利用者の状況が細かく理解できる配慮がうかがえた。 | |
| 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 | 1日を通し、様子をケース記録に記入し、必要時には申し送り帳も活用している。普段より情報を共有している事で状態によっては介護計画書を見直している。 | | |
| 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 | 当事業所はグループホーム、有料老人ホーム、高齢者住宅の三本柱となっている。医療行為が必要な時は連携している。病院に相談し柔軟な対応をしている。 | | |

茨城県 グループホームいっしん館玉造

| 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 | 地域のスーパーに買物に行ったり、外食等にも出掛けている。警察や民生委員、老人会等への協力もお願いしている。又、ボランティアの方にも来て頂いている。 | | |
| 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 | 入居時、利用者様、ご家族様の希望を確認し、希望に沿った医療機関受診もしている。医師の紹介状と連携によって体制が整っている。 | 週2回の往診の他、利用者の馴染みの医師などにも受診が可能となっている。家族の送迎が不可能な場合、職員が有料にて病院の受診に付き添われている。 | |
| 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 | 訪問看護ステーションと連携を取っており利用者様の健康管理、相談、助言等を常に行って頂ける体制が整っている。 | | |
| 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。 | 定期的に面会し、担当医師、看護師から病状説明を受け、対応可能な段階で早期退院が出来るように働きかけを行っている。退院後も病院側と電話等で連絡を行っている。 | | |
| 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 | その人らしい生活が送れるように利用者様、ご家族様の意向を踏まえ、終末期には医師と職員が密に連絡を取り、安心して迎えられるように取り組んでいる。マニュアルがある。 | 現在重度化、終末期に関しての受け入れは、行っていない。身体の状況を医師と確認し、家族と相談し適切な医療機関などへの転院を支援する体制をとっている。 | |
| 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 | 応急処置が出来るようにマニュアルや薬の救急箱も備えており、手当てが出来るようにしている。全ての職員は救命救急講習を受講している。 | | |
| 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 | 避難訓練を年2回(夜間、地震想定)実施している。地元消防団への働きかけもしている。職員全員が避難場所を周知している。 | 新人が入職した時に必ず避難訓練を行い、時間を見ながら月に一度程度の避難訓練を実施している。 | |

| 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 |
| 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 | トイレ誘導等の声掛けをする場合等、本人を傷付けないような言葉掛け、対応、声のトーン等にも配慮している。居室内でポータブルトイレ使用の方には目隠しカーテンを付けている。 | 言葉かけを他の利用者に配慮したトーンで行うなど、利用者のプライバシーに即したケアの実践を行っている。 | |
| 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 | 一人一人の話を傾聴し、意見を尊重し決定を利用者様が出来るような場面作りを心掛けている。意思表示が困難な方には表情、身振り、手振りを交えながら決定場面作りをしている。相互の信頼関係の上で | | |
| 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し、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 | 食事、入浴、トイレの時間を決めず、その人に合わせている。煙草や晩酌を楽しんでいる利用者様もいる。買物等も気軽に | | |
| 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 | 1000円カット、毛染め、移動理容室等、本人に沿った支援をしている。朝の着替えは本人の意向で決めて頂いたり、一緒に選んだりもしている。 | | |
| 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 | 旬の食材を多く取り入れたメニューに利用者様のリクエストを入れている。色彩などにも配慮し、目で楽しみ食欲が湧く工夫もしている。準備の手伝いをお願いする場面もある。 | 利用者と昼食を作り全員で食べる、和気あいあいとした雰囲気が食事の場面から何うことができた。 | |
| 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 | 毎食の食事、水分摂取量を記入している。食欲の無い時は栄養にとらわれず、好みの食事を提供している。栄養士のアドバイスも頂いている。 | | |
| 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 | 毎食後、利用者様に応じた口腔ケアを行っている。ハミングット、ガーゼ等を使い状況に合わせたケアをし清潔保持に努めている。毎週歯科往診がある。 | | |

茨城県 グループホームいっしん館玉造

| 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 | 排泄のパターンを把握し、その人に合ったトイレ誘導を行なっている。 | 個人のパターンを把握し言葉かけを行うなど継続した排泄へのケアにより、おむつの利用が減少したり、おむつはずしのための工夫があり実践されている。 | |
| 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 | 排泄パターンを記録し便秘の方だけではなく普段から繊維質の多い食材や牛乳・ヨーグルトなどをメニューに取り入れている。水分補給は小まめにし、適度な運動を取り入れながら薬に頼らない工夫をしている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 一方できに決めず本人様の希望に合わせての入浴をして頂いている。入浴剤などで温泉気分を楽しんで頂いている。 | 入浴は、本人の希望を重視し毎日でも入浴が可能であったり、仲の良い利用者同士二人で入浴するなど、入浴が楽しめる工夫がある。 | |
| 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 | 日中の活動、生活リズムを整えるようにしている。居室内の温度調整を常に心がけ眠れない時は話を聴いたり温かい飲み物をお出ししたり配慮している。布団を干し、寝具を清潔にしている。 | | |
| 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 | 全スタッフが薬の内容を理解、把握しており指示通りに服薬が出来ている。変更時は食べ物や飲み合わせの悪い品名などを申し送りに記入し全員が周知できるようにしている。服薬後の状態観察に努めている。 | | |
| 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 | 掃除・洗濯たたみ・買い物・家事などとそれぞれが役割を持ち職員と一緒にすることで生活の一部となっている。その都度感謝の気持ちを伝えている。 | | |
| 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 | 日常的に外に出る機会を作っている。散歩・買物・外食・ドライブなど又、計画を立てお弁当持参での遠出など定期的に行っており、楽しみの一つとなっている。ご家族様来館時に買物や外出を楽しんでいる方もいらっしゃる。 | 外出には、力を入れ利用者が希望する日に外出したり、散歩に出かけるなど個人の希望に応じた外出への支援が行われている。 | |

茨城県 グループホームいっしん館玉造

| 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 | 基本的には金銭は持たないが、一部の方は本人希望の為ご家族様と話し合い小額であるが自己管理されており買物にはスタッフ付添いにて行かれ本人様が直接支払いをしている。 | | |
| 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 | 電話はいつでも利用できる。手紙はお預かりし代理で出している。 | | |
| 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 | 玄関、ホールには写真や季節の花を飾っている。常に館内外・居室内は環境整備を心掛けており、居心地良く過ごせる工夫をしている。 | 共用空間には季節の花などが置かれ、明るく広々とした落ち着いた空間が提供されている。 | |
| 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 | ホールにはソファを置き、冬にはホール・和室にコタツを置き一人で過ごせる空間又は他の利用者様と落ち着いてくつろげるスペース作りに取り組んでいる。 | | |
| 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 | 使い慣れた家具や生活用品を持ち込んでいただき本人の過ごしやすい居室作りをしている。 | 家族の協力を得ながらその人らしい空間の提供が行われている。仏壇や家具も持ち込みが可能となっており、清潔に保たれた居室となっている。 | |
| 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 | バリアフリーになっており全体に手すりが付いている。階段には滑り止めを付けるなど安全面に配慮している。誤認、錯覚、アクシデントの原因になるようなものを置かない工夫をしている。 | | |

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 | 26 | 介護計画に細かく記入することで、ケース記録が完結に記入する事ができる | ケアプランの見直し | ケアプランの見直し、ケース記録との連動 | 6ヶ月 |
| 2 | | | | | 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、行を挿入して下さい。