

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	0872005012		
法人名	医療法人社団 みなみつくば会		
事業所名	グループホーム筑水苑		
所在地	茨城県つくば市谷田部6107-1		
自己評価作成日	平成22年10月14日	評価結果市町村受理日	平成23年3月24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=0872005012&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23年1月20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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対し、どのスタッフも尊敬を持ち、傾聴に努め、思いやりの気持ちを常に抱き接している。 ・敷地内にクリニックがあり、主治医の他、2名の連携看護師のもと密な情報支援及び医療の充実により、家族への安心が提供できている
--

【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)】

<p>医療福祉施設として、敷地内に介護老人施設、デイサービス、グループホーム、クリニック、薬局が隣接している。地域密着を目指し、経営者自らが市町村の研修会や自治会の集まりに参加して情報交換をしている。敷地内を学生の通学路として開放している。また、筑波大学の学生がクリニック体験実習時には、ホームでの利用者と一緒に過ごす体験の受け入れも行っている。利用者家族は、敷地内に看護師が常時いることに安心されている。</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)	○	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	法人の理念とGHの共通の理念、思いやりを常に持ち、尊厳の中での介護に徹している	経営理念を毎日の申し送りで復唱している。推進会議を通して地域密着型サービスの意義について検討している。	地域密着型サービスについて検討している様子が伺える。しかし、実施するには法人理念をもとに具体的な理念の見直しをすることが望まれます。
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、クリスマス会等への参加を頂いていることはもちろん、地区長や民生委員等との交流も密に図れている	ホーム主催の夏祭り、クリスマス会に近隣の幼稚園、小、中学生、利用者の孫が出席されている。自治会長、副区長が、自治会、つくば市主催の研修会、報告会に参加し情報を共有している。地域の運動会に参加している。小中学校の職業体験の受け入れを行っている。老人会や敬老会の参加はない。敷地内を、通学路に開放してコミュニケーションを図っている。	
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	独居生活のお宅へ訪問し、家族の方とのつながりを持っている		
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	3ヶ月に1度の推進委員会を通じ、消防訓練や、生活の様子を話し合う中で意見を頂き、サービス向上に活かしている	3ヶ月に1回推進会議を行っている。利用者、家族、区長、副区長、行政、民生員が参加している。ホームのイベントともに推進会議を行っている。	
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に取り組んでいる	行政とは日頃から連絡を取り、家族からの質問や、ホーム内の状況説明の中で、相談指導を頂いている。月1回の管理者会議の出席も行っている	行政への書類提出には、コミュニケーション目的にて持参している。利用者家族からの医療加算についての不明点の解決に、行政と連携して理解をえられた。地域密着型サービス連絡協議会を、3ヶ月に1回行われ勉強会や空き情報などの情報交換を行っている。	
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	虐待防止委員会を設置し、気付かぬ中での拘束等の実例のもと、ミーティング又はケア会議の中で話し合い、スタッフの意識の再確認を行っている	虐待防止対策委員会が年に1回行われ、身体拘束を含む会議を行いアンケートによる情報収集をしている。玄関の施錠は行っていない。車椅子の点検は、随時点検をしている。	

茨城県 グループホーム筑水苑

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	研修を通じ、介護支援を振り返りながら、虐待が見過ごされていないか注意を払い、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	研修に参加し学ぶことにより、活用できるよう支援している		
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	契約時には、十分な説明、理解を得ている。不安や疑問等の質問には、家族会、又は来苑時に説明し理解頂いている		
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	家族会を開催し、意見要望等を伺い、ケア向上に努めている。又、来苑時にも質問や疑問等にお答えし、運営に反映させている	利用者家族からの意見、要望についてミーティングにて検討し、返答している。基本的には担当スタッフが意見、要望を聞いているが不在時は、ユニットリーダーもしくは、管理者が聞いている。電話連絡により聞くこともある。	利用者一人一人の担当を決めて支援され、利用者家族からの意見、要望は具体的支援に反映されている。しかし、利用者の意見、要望についての、収集の方法や意見の反映について検討していただきたい。
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	ミーティングや、定期的な面談を実施しその都度職員の意見や提案を聞き、チームケアとしての支援に努めている	利用者のしたいケアと出来るケアについて、職員間で意見交換している。問題発生時や共有理解の必要時は、日々のミーティングで解決を図っている。職員の意見交換は、活発に行われている。	
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	個人的な要望、提案はその都度対応し個人面談を実施時に得意分野で活かせるよう分担制を用い、充実を図っていけるよう対応している		
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	つくば市全体での勉強会にも毎回出席し、ケアの向上に努めている。又、老健での研修にも積極的に参加している		

茨城県 グループホーム筑水苑

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	つくば市地域密着型連絡協議会を通じ、他の施設や行政との交流を図り、勉強会への参加も含めてサービスの質の向上に努めている		
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	入所時に24時間アセスメントシートを利用し、本人のこれまでの生活歴をふまえ、本人の思い、家族の要望等を把握しケアプラン作りに活かし、安心して生活して頂けるよう支援している		
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	申し込み、又は見学のための来苑時に熱心に傾聴し、入所時にはアセスメントシートに記入頂き、家族の思い、要望を重視しお答えしている。又、来苑時にも情報提供と共に信頼関係に努めている		
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	家族と情報支援しながらスタッフ同士で話し合い、自分たちで出来る事、してあげられる事を見極めた上で、サービスに反映させて頂いている		
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	スタッフは常に尊敬の姿勢で接し、本人の言葉を傾聴し、何事も一緒に行うことに努め、寄り添う介護により、笑顔多い生活の場を作るよう努めている		
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	来苑時、又は電話により近況報告を行い、意見や要望を伺い、家族の思いを大切にしながら、本人を支えていけるような関係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	本人の友達からの電話や、手紙等による関係に対し、ホーム側として良好な継続が出来るよう、その都度対応し、本人も大切に喜ばれている	近隣の友人が面会に来たり、毎日来る家族もいる。家族の協力により関係継続が行われている。地域性により遠方の方については、家族からの要望に合わせて統一した支援を行っている。	

茨城県 グループホーム筑水苑

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	歩行時にシルバーカーの向きを変えたり、イスの位置を直してあげたり、利用者同士支え合って生活できている。又、スタッフと訪室により、会話を持つ場面が多くある		
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	家族からの要望等には、その都度対応させて頂いている。又、退所後も面会に出かけ、相談や支援に努めさせて頂いている		
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	本人の毎日の生活ぶりや、会話の中から、希望や要望の把握に努め、支援に困難が伺える場合にも、本人の意向を重視し出来る限りの支援に努めている	スタッフ間の情報の共有は申し送りや日誌にて、共有している。利用者一人一人の意向は、会話の中から広いミーティングで出し合い日々の支援に繋げている。	思いや意向について日々の支援から抽出され支援に繋がっています。しかし、利用者一人一人の日々の生活の中からの、思いや意向の把握の手段について検討していただき、把握しやすい環境作りについて期待します。
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	アセスメントシートや、家族からの情報を把握しスタッフ全員でのチームケアに努めている		
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	生活リハビリの中で反映させて頂いている。又、要望の把握に努め、健康状態を考慮しながら生活して頂けるよう支援に努めている		
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	本人、家族、主治医、スタッフ間で情報支援を行いながら見直しを行い、計画を作成している。その上で、家族への密な報告を行っている	利用者一人一人に担当者を決め、家族からの情報をもとに、安心、安全な計画、実践をしている。計画立案は、6ヶ月とし見直しは3ヶ月に1回のカンファレンスにて記録や情報交換しモニタリング、評価している。	
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	ケアプランを把握し、ケース記録、日誌等を通じ、情報支援した上で、統一したケアを目指している。そのために毎日の申し送りやケース、日誌に目を通し情報の共有に努めている		

茨城県 グループホーム筑水苑

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	状況の変化に伴い、ケアの対応に変化が必要の場合には、本人、家族の思いを大切にしながら、スタッフ間で話し合い支援に努めている		
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	区長や民生委員を通し、推進委員会時や行事参加時に連携をとりながら、安全で豊かな暮らしを楽しめるよう支援することに努めている		
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	同敷地内にあるクリニックにより、週1回の往診を実施している。家族により、主治医が外部の方もいるが、選抜は自由である。どちらも家族との連携を図りながら適切な医療を受けられるよう支援している	敷地内のクリニックがかかりつけ医になって、月に2回の検診を行っている。救急時は、家族に事前連絡にてクリニックに受診している。利用者、家族の希望のかかりつけ医は、家族の送迎にて継続している。	
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	週2回の連携看護師(内1名はGHのケアマネ)の訪問により、利用者の状態把握、スタッフとの情報交換により、適切な受診や看護を受けられるよう支援している		
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。	入院中の定期的な訪問により、本人の状態を把握し、病院(Sw)との連携を図り早期の退院に努めている		
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	家族会での説明や、重度化に係る指針や、看取りに関する同意書を頂き、今後の生活の場や、現在GHとしてできる事を十分に話し合いチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期について、入居時に説明して同意を得ている。看取りは行っていないが、指針を作成して年2回の家族会にて同意を得ている。	
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	GH内での勉強会を行い、基礎的な訓練を行っている。又、法人内での勉強会へも参加し、ケアの向上に努めている		

茨城県 グループホーム筑水苑

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	消防署の指導のもと、通報、消火、避難訓練及び、利用者や地区住民と一緒に総合訓練を行っている	日中夜間想定にて年2回の避難訓練は行っている。具体的に、通報、消火、避難について行っている。敷地内の施設からの応援体制についても検討している。	敷地内の施設との災害応援体制について、具体的な連絡方法や夜間の訓練について検討、実施し協力体制について見直ししていただきたい。また、近隣住民との協力体制についても検討していただきたい。
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	人生の先輩である利用者の尊厳は常に自覚し支援している。又、スタッフ全員の接遇は徹底している	入居時に個人情報の同意書を得ている。写真掲載時は、その都度電話連絡にて同意を得ている。また、利用者一人一人に合わせた声かけについて、共有し支援している。	
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	利用者の毎日の生活ぶりから、本人が思っていること、考慮して言葉に出せないことを見出し、会話の中で傾聴に努め支援している		
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	基本的に選択は本人の希望に沿った支援をしている。その際、アクシデントへの配慮は重視している		
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	月1回ホームでの散髪の提供を利用して頂いているが、家族の思いや本人の希望は、散髪表にしてスタッフも把握している		
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	食事に関する嗜好調査は、管理栄養士の指導のもと、実施し、献立に反映させて頂いている。配膳時には、状態を考慮し、一緒に行っている。又、手作りおやつ等は一緒に行うよう努めている	月に1~2回ホーム内にて、献立、準備、片付けを通して、食事を楽しむ支援を職員と共に行っている。おやつ作りについても、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	摂取量の記録や、水分チェック等は、毎日記録し水分チェックを行い支援している		

茨城県 グループホーム筑水苑

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	毎食後実施している。又、口腔表を作成し、利用者の状態、介助の必要性を把握し支援している		
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	訴え時は勿論、時間での排泄介助を行ったり、個人の排泄パターンを把握した上での排泄介助を行い、トイレでの排泄を目指している	基本的に、日中布パンツへの支援を行っている。排泄チェック表をもとに、時間誘導を行い自立支援をしている。また、放尿してしまう方については、スタッフ間で情報を共有し改善することが出来た方が入る。	
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	看護師との連携により、排泄コントロールを行っていて、毎日の申し送りの中での便秘者への対応を決定し、水分補給や日中の過ごし方の働きかけを行っている		
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	入浴日は決まっているが、本人の体調不良や外出、不穏発生時には、翌日の入浴や、時間をずらして入って頂いている	週3回入浴しているが、体調や希望に合わせて随時入浴支援している。車椅子の方については、シャワー浴を行っている。プラン見直し時にその都度家族に説明している。	
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	その日の利用者の状態に合わせ、本人の意思を尊重しながら支援している		
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	投薬の変化のある時は、申し送りノートやナースとの連絡ノートに記録し、情報の共有に努めている。又、服薬後の状態の変化の確認も行っている		
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	アセスメントシートや、本人との会話の中からの情報を基に、やりたい事、できる事を把握し、レクや、リハ体操等を通し支援している		

茨城県 グループホーム筑水苑

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	毎日の散歩や外気浴の他に、本人の要求に従い、買い物等の支援をしている。有料内に池があり、散歩時に鯉のエサやりを楽しみにしている	利用者の希望に合わせて、買い物や外食支援をしている。また、誕生会についても行っている。今後は、系列施設のバスを借りての外出支援について計画している。	
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	個人の金銭出納帳を設け、預かり金の中から戸外で本人の欲しい物を購入して頂いている。家族の来苑時には、残高の確認をして頂いている		
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	本人の要求に応じ、随時対応支援している		
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	玄関は広く明るい環境で、トイレも行きやすく使いやすい空間作りをしている。季節に合わせ、花を飾り、居心地よい生活空間を提供出来るよう工夫している	檜作りのホームとなって、照明の工夫や高い天井で明るい空間となっている。利用者一人一人の作品の掲示や四季の写真の掲載がされ住み馴れた共用空間となっている。	
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	リビングにあるソファに自由に座り、近くの利用者と会話を持ち過ごせるような居場所の工夫をしている		
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	入所前の自室での私物を持ち込んで頂き、好みのものを活かして、本人が居心地良く過ごせるような工夫をし、支援に努めている	利用者一人一人の使い馴れた家具や飾りがされている。家族の写真が掲示され、家族と共に過ごしているような居室となっている。	
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	どの場所も本人の意思で自由に入ることができ、お茶を入れたり、レク用品を出したりして、楽しみを持った生活を送って頂けるよう支援している。又その際、事故防止には最大の配慮に努めている		

目標達成計画

作成日：平成 23年 3 月 23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	1	法人の理念、行動指針は、スタッフ一同共有して実践につなげているが、GHとして地域密着型サービスの意義についてのスタッフの意識の統一が図られていなかった。	スタッフ全員にてミーティングを実施し、GHの理念を取り入れ、ホーム玄関に掲示すると共に、スタッフ全員での意識統一を図る。 4つの項目の理念の完成。	GHとしての理念をスタッフ全員にて考え、日々の支援の中で活かしてゆく。 その中に地域密着としての項目も取り入れる (H23. 3 両ユニットの玄関に掲示済み)	終了
2	23	スタッフ間での情報の共有は、申し送りや日誌で行い、支援しているが、利用者の要望や希望の把握が十分ではなかった。	定期的な、利用者、スタッフとの話し合いを持ち、希望、要望を把握することにより、本人を重視した出来る限りの支援をしてゆく。 (H23. 2 第1回の話し合いを実施)	利用者とスタッフの話し合いを持ち、希望の要望の生活スタイルを提案、又は、スタッフが日々の様子から希望、要望の把握に努め、本人を重視し出来る限りの支援をしてゆく。 担当から、意見・要望について収集し、スタッフ全員にて検討してゆく。	2ヶ月
3	10	利用者、家族等が、意見、要望の際には、管理者、スタッフが随時対応しているが、思いや要望が反映されていなかった。	利用者、家族との連携を密にし、希望や要望を収集し、ホームで出来る限りの支援をしてゆく。	介護計画の説明時や来苑時に、利用者、家族の思いや要望等を収集し、ホームとして出来る限りの支援をしてゆく。両ユニット玄関に要望箱を設置する。	2～3ヶ月
4		敷地内の施設との応援体制は、災害時、緊急時共にどのスタッフも避難できる方法を身に付けているが、近隣との協力体制が不十分である。	近隣住民との協力体制を確立してゆきたい。	災害時、緊急時に、近隣の方の協力、連携を頂けるよう、こちらから足を運び、理解の上、協力体制の依頼をする。 又、避難訓練時にも参加して頂けるよう、協力を呼びかける。	2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。