

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	0872100391		
法人名	社会福祉法人		
事業所名	グループホームいきり苑		
所在地	茨城県ひたちなか市磯崎町4555-1		
自己評価作成日	平成22年3月3日	評価結果市町村受理日	平成22年8月18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=0872100391&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4月25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)】

地域で暮らすという視点に力を入れています。又地域で暮らすということは、ホームの方々が地域の行事などに参加するだけでなく、地域の方のために役に立ったり、地域の子供たちのためにと言うような、入居者の方々の存在が地域に表出できるような関わりを多く持てるようにしています。生け花教室のは花を配ったり、中学校の文化祭に参加し子供たちに元気を提供したりと外に出て何かや役に立つ自分を持つことで、自分の存在や役割が生きる力になるようにしています。

【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)】

ホームの名称の由来である岩礁に打ち付ける波音が聞こえる閑静な環境にあり、周辺の畑ものどかな地域の暮らしぶりがうかがえる。当ホームは「地域で暮らす」という理念を自然体で実践している。管理者、スタッフ共にチームワークが出来ており、常にスキルアップを意識する姿勢が、質の高いサービスの提供となっている。人間としての尊厳、個別対応を心掛けているというスタッフの言葉の裏付けは、何より利用者に笑顔があることである。また、初対面でも会話が弾み日ごろから多くの人と交流があることを感じさせる。開設以来からのスタッフや5～6年のスタッフが8割という定着率のよさからも家族、利用者から信頼を得られている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	管理者・職員共に運営理念に基づいたケアのあり方を常に念頭に置きながらケアの提供を行っている。また地域との結びつきを大切に考え地域と共に生活できるような体制を心がけている。	地域を意識した理念を、利用者にもわかるように、和紙に利用者が毛筆で書いたものを掲げている。利用者、スタッフ、地域にと誰にでもわかるような理念とし、玄関に掲示、スタッフ間は朝のミーティングで共有している。	
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人として日常的に交流している	地域とのつながりは、地域の行事に参加したり自治会にも加入することで地域との連携を密にしている。利用者が神社の参拝や近所に花を届けた際に近所の商店に行ったりしている。また定期的に地域のボランティアの方が来てくれている。	障害者施設や商店に出向いて花を生ける。利用者の「地域の役に立ちたい」思いを満たしている。学習センター、中学校の文化祭出演は8回目。出し物はよさこいの踊り、歌、ジェンカなど相手が楽しめるようなプログラムを考えている。これまでの積み上げで、地域から出演依頼が来るようになった。ボランティアの呼びかけに、小学生ボラ、生け花ボラ、絵手紙ボラ、ヨガ教室など先生として迎える。	
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	推進会議を2ヶ月に1回行い、家族や地域に参加していただき、事業所や認知症の方の理解をしていただけるように話している。行事などにも地域の方に参加していただき理解を深めている。		
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	構成メンバーに、自治会長や民生委員の方に入っただき、地域の行事や取り組み情報を聞くことで参加させて頂いたり、情報交換することで地域参加に役立っている。	2ヶ月間の出来事を報告を中心に、日常の様子を見てもらうようにしている。市町村から自治会、民生委員に依頼してくれる。茶話会を行って利用者との関わりをもつこともある。家族の参加、メンバーは固定しない。他の家族にも決定事項を伝える。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	地域密着型サービス運営会議が定期的に市町村で行われている為常に協力体制が取れている。	地域密着型サービス会議に2ヶ月に1回参加。他のグループホームとの関わりもある。ひたちなか市は色々な情報を提供したり、事業所の実情を理解していて、協力体制はとれている。	
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	身体拘束をしないためにスタッフの人数をフロアに定着できる様に配置し安全に注意している。	骨折を避けたいのでベルトを使用するという家族の希望に対して、3か月経って安全ベルトも身体拘束であることを理解してもらった例がある。どうしてはずしていくかのプロセスの理解してもらい努力を続けるスタッフの意識は高い。	

茨城県 グループホームいくり苑

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	居宅介護支援センターも同敷地内に設置しており、年1回は居宅の社会福祉士のケアマネージャーに制度の勉強会などを依頼し制度の理解に取り組んでいる。研修に参加させている。		
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	居宅介護支援センターも同敷地内に設置しており、年1回は居宅の社会福祉士のケアマネージャーに制度の勉強会などを依頼し制度の理解に取り組んでいる。研修に参加させている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約の際に十分説明をしている。改正などがあるたびに個人・家族に文章と言葉での説明は必ず行っている。契約書 重要説明事項とともに説明し同意書頂いている		
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	ホーム内に苦情処理ノートを設置、家族や外部の意見を頂けるようにしている。第三者委員を法人で接している為意見を外部からも頂けるようにしている。行事や食事会などの交流の場を開催しそのような時に意見を聴ける場として設けている。	家族に利用者の出来事を伝えるために現金払い。家族が面会で話した事を、支援経過記録として残すことで、スタッフの家族への関わり方がより積極的になった。多くの意見が聞けるようになり運営に役立っている。	前回の外部評価を受けて、家族とのやりとりを支援経過記録簿として作成し、いろいろな気づきがあったとのこと。今後も継続することで新たな気づきを大切にして運営に反映させていただきたい。
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	定期的に全体会議やリーダー会議を開催し、運営の現状や対策の意見交換を行っている。	各ユニットには2人のリーダーを置き、切れ目なく状況を把握できるようにしている。リーダー会議では色々意見が上がり、運営に役立っている。朝管理者とスタッフのミーティングあり、簡単な課題についての方針がきまる。職員の異動は行わず、8割が5～6年のスタッフであることで意見が出やすくなっている。	
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	定期的に労務士と給与体制や職場の環境の整備話し合いをしている。職員からも会議などで勤務体制などの希望を聞くようにしている。		
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	必ず研修会の参加を求め、研修後は復命を行い話し合う機会を設けている。職員のケア技術向上も踏まえ新人教育として介護技術の講義も講師を招いて行っている		

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
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	お互いの事業所の方々と勉強会や懇親会を設けている		
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	相談対応のうちから、本人やご家族から今までの生活状況や現在の状況などを必ずサービス計画担当者や看護師が聞いたり確認したりしている。		
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	相談対応のうちから、本人やご家族から今までの生活状況や現在の状況などを必ずサービス計画担当者や看護師が聞いたり確認したりしている。		
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	相談の中でサービスの必要性を見極め、その方に関わって		
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	本人や家族の思いは忘れず、家族の立場でケアするように心がけている。理念にあるように共に生きることを考えています。家族支援も忘れずに話し合う機会を多くしている。年に何回は無償で家族と楽しめる時間を提供している。		
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	本人や家族の思いは忘れず、家族の立場でケアするように心がけている。理念にあるように共に生きることを考えています。家族支援も忘れずに話し合う機会を多くしている。年に何回は無償で家族と楽しめる時間を提供している。		
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	友人や近所の方々の面会も奨励しており、出来るだけ家にいたような関係が維持できるようにしている	その方が行きたい場所にと地域に出かけることが多い。友人と一緒に連れ出すこともあり、ケアプランにも入れるようにしている。墓参りや、自分たちで郵便局に行って絵手紙や年賀状を家族あてに送るなど、関係性が継続できる支援を行っている。	

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
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	利用者の人柄や性格、認知症の程度その人の力を把握し、お互いに協力できるように役割なども決めている		
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	家族とは利用が終了しても続いているケースが多く、地域の中でも会話を持ったり、祖父が世話になったので今度祖母がというような関係が		
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	必ず本人の思いを聴きケアマネジメントすることにより、その人らしさを引き出すようにしている	日々のケアの中で、会話の中から把握する。アセスメントの大切さを実感し、スタッフの聞き出し方も上手くなってきている。支援経過記録を残すようになってから、スタッフはより意識して家族と接するようになり、支援経過記録から家族の思い、利用者の状況をプランに活かしている。	
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	これまでの生活状況については、家族や本人または担当介護支援専門員等から情報を必ず聞いている		
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	個人個人の状況を把握できる様に、資料を必ずサービス計画担当者に配布し、受け入れの段階で情報収集し、サービス計画担当者等含めカンファレンスし統一性を図っている		
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	毎朝、介護計画に基づいたミニカンファレンス行ってからケアに入っている。また定期的な月1回のカンファレンス行うことで介護計画に本人や家族の意見を反映させている	朝のミニカンファレンスは、ケアプランに沿った打ち合わせができています。「利用者の状況にあわせてこのケアプランでやってみよう」というように週1回方針を見直す。状態が変化した時はアセスメント表に赤で記入。毎月1回ケアカンファレンスえを行う。個人記録はケアプランにに沿った記録で、毎月モニタリング実施、利用者の現状に合わせたケアが行われている。	
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	個別計画記録にサービス計画書の実施経過が記入できる様に工夫されている。また職員間でも共有できる様に統一されている		

茨城県 グループホームいきり苑

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	本人 家族の望む暮らしに近づく為に、例えば面会時間等も家族の次官に合わせて、食事の時間もその人に合わせたり、利用者家族の意思の決定を重視し柔軟に支援できる様にしている		
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	地域の民生員や自治会ボランティアは常に交流している。小学校 中学校の慰問や体験などで交流している		
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	かかりつけ医は協力的で、緊急時 24時間対応も可能であり、状態に合わせた往診もしてくれる	今までのかかりつけ医に受診できる。送迎については家族の場合、ホームスタッフの対応もある。月1回往診あり。	
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	施設内に入る看護師は常に利用者の状態を把握しており相談指導等可能である。協力病院の看護師も連携良く24時間対応である		
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。	協力病院の連携も良く、状態に応じ入院した場合も認知症の症状が悪化しないように配慮されており、医療機関の関係者も情報交換に連絡をもらえるようになっている		
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	協力病院との連携は良く、往診の際職員との話し合いもしていただけるようになっているため、医師の指示なども職員で共有できる。	家族、医療機関、ホーム側で話し合いを行う。看取りをやるやらないではなく、その時の状況に合わせてチームで話し合い、ホームで行える最大のケアを伝え実践する。家族が遠方の場合は、入居契約の段階で話し合う。	
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	職員のほとんどが緊急時の応急手当の講習修了証も持っている。施設内研修も行っている		

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
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	定期的に防災センターの方を交え、訓練を行っている。自治会の会長を含め推進会議などで常に話し合っている。自治会にも所属しているので協力は得られる	防火管理を業者に委託している。訓練には利用者も参加し年2回実施。消防分団長が運営推進会議に参加し地域連携について話し合った。自治会の方に有事の時には協力体制が取れることを伝え、毛布や備蓄品があることをお知らせしている。自治会にもいきり苑の利用者状況を伝えられている(要介護とか車いすは何名など)10分以内に来られるスタッフの緊急連絡網がある。	
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	職員は権利擁護や個人情報保護などの研修も行い、利用者を理解した対応をしている。	その方の個人性を意識して対応するようにしている。写真掲載について家族に同意書をもらう(研究発表など)。訴えができない人に対しての配慮や排泄、入浴のケアを提供する際に、その人らしさを尊重するケアを意識している。	
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	本人の意思を出来るだけ尊重し意思決定できる様に促している。例えば食事の選択や外出先や行事の参加なども必ず本人に聞きながら確認している		
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	本人のペースにあわせ一緒に考えながら行っている。本人の好きな場所や役割等も個別に確認して決定している。		
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	タンスの入れ替えや季節に応じ行っている。地域にある理美容室に定期的に行っている		
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	職員と共に準備したり作ったりしている。誕生日やお月見など行事に合わせた食事作りも一緒に買い物から行っている。	管理栄養士が献立を作成し、何かを作りたいなどの希望があれば一緒に買い物に行き、一緒に作ることもある。おやつは日用品と一緒に買い物に行く。誕生会に外食を楽しむこともある。その人にあった食形態(ゼリー食など)で提供している。	
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	管理栄養士からの指導も得られる為、病気や嚥下の問題などにも対応した食事が提供できる様になっている。		

茨城県 グループホームいくり苑

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	常に口腔ケアは行っている。状態に合わせて個別に行っている、例えば歯ブラシが使えなくても綿棒などで拭いたり状態に合わせたケアをしている。毎食後の歯磨きは生活の習慣になっている		
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	認知症の進行に関係なく排泄はトイレ出を行うことを基本としている。オムツの方でもトイレで交換したりプライバシーの確保に努めて、トイレでの排泄を促している。	トイレでの排泄を基本とし、オムツ交換もトイレで行う。排泄パターンを観察し、失敗のない支援を継続している。	
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	食事のメニューを便秘症の方は繊維の物多くしたり、ヨーグルトやヤクルト等の整腸飲料を多くしたり工夫している。利用者も部屋に閉じこもらず外へ出るように働きかけている管理栄養士との相談も可能		
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	入浴は毎日午後の好きな時間に入れるように準備している。利用者一人一人に合わせて確認しながら入浴を勧めている	ゆっくり入りたい気持ちを尊重し、午後の好きな時間に入れる体制を取り、利用者の入浴スタイルの再現をして入浴環境も整えている。自分の風呂桶、タオルなど。	
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	いつでも休息が取れるようになっている。休息をとるにあたっての環境としてソファなども設置してある		
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	利用者が服薬している薬に対してはすべて文献をはまとめて事務所にファイルされており、職員同士で共有できる様になっている		
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	畑作業や家事などを利用者の昔していたことが今もこれからも継続できるような環境づくりをしている。またその中で楽しみごとや役割を行えるように支援している。行きたい所などは利用者の意見を反映させている		

茨城県 グループホームいきり苑

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	外出の機会は週のうち2～3回以上あり、近所へ散歩であったり、買い物であったり、利用者の状態にあわせて、考えながら出掛けるようにしている	買い物に出かけたり、ドライブ、花見に行ったり。友人に協力を得ながらユニクロにお買い物にいくこともある。お墓参りに家族の協力で出かけることもあり、外出計画及び報告と月間計画が立ててある。	
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	買い物の財布が用意しており、買い物や出掛ける時は使用している。		
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	絵手紙教室をボランティアにより開催している為作成したハガキを家族や友人に投函している		
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	共有スペースは馴染みのある置物などを設置楽しめる空間になっている。四季の草花や飾り物により季節を感じられるようにしている。	ゆっくり座れるソファが設置されている。季節の花や五月人形、鯉のぼりなど地域の方からいただいたものが飾ってある。大漁旗は地域性を表している。小学生が描いた住居者の似顔絵を居室の入り口に飾ってある。明るく、利用者がわかるように目線を意識した「便所」などの表示がしてある。その他地域の方からいただいた懐かしい置物がいたるところに飾ってある。	
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	共有空間の中に畳やソファがあるためその人の過ごしやすい場所を選択し過し易いようになっている		
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	居室は基本的に本人の持ち物や使っていた使っていたダンス等を持参していただくように声を掛けている。居室に草花や植木などおいて本人のらしさが表出できる様にしている	ご自分で作った絵手紙や折り紙が飾ってある。仏壇、ダンスなどこれまで使っていたものを持ち込んでもらっている。	
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	利用者の出来ること 出来ないことことを職員が歯博することにより、利用者の力を認め、援助すべき所はプランに反映させ、個別的に超え掛けや誘導により混乱を避け安全に過ごせるようにしている		

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	49	日常の外出は出かけているが、利用者や家族の希望を聞き入れ、より本人の希望に沿った外出などを心がけたい	本人の意思を十分に聞き入れ、思いに残る外出をすることができる 本人の意思決定が尊重できる	本人の馴染みや思い出のある場所などをアセスメントしていく。 外食は個人の行きたいところに同行し好きな物を食べて頂く。外出行ってきた所の場面を広報誌や本人の身近な所に置く	6ヶ月
2	9 10	本人や家族の思いを日常の生活に反映する為に出来るだけ本人の言葉や家族の言葉を大切にしたい	本人や家族の言葉や思いを情報分析しケアプランに反映できる 本人や家族の思いを聞き出し、できるだけ本人家族の言葉で支援経過記録に記録が継続できる	できるだけ面会時に家族との会話をスタッフが持つようにすることで家族の思いや意見をきいていく。状態の変化や生活の気づきを家族に密に報告し意見を反映していく。個別カンファレンスに支援経過記録を反映させてプラン作成していく。カンファレンスの家族参加を促す。	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。