

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	0872000500		
法人名	医療法人健佑会		
事業所名	グループホームファミリーユ 2階		
所在地	茨城県つくば市大曽根3681		
自己評価作成日	平成24年7月23日	評価結果市町村受理日	平成24年12月28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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0872000500&SGD=320&PCD=08
----------	---

【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9月27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)】

利用者がこれまで送ってこられた生活背景を大切にしながら、社会生活の継続ができるよう努めている。入居後早い段階で家族を含めたカンファレンスを行い家族の意向・本人の意向をケアプランに反映させている。生活面では、毎日継続してできる日課を通し、一人一人の出来る事・難しくなってきた事・難しい事を把握し職員間で情報の共有をし必要に応じてケースカンファレンスを行っている。また、地域との繋がりをもつためホーム内の行事にボランティアさんにはいっていただいたり、買い物の機会を増やす等継続した支援を行っている。

【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)】

病院やリハビリテーション施設が併設される敷地の一角にあり、敷地内の庭は入居者や他の施設の方の散歩コースになっている。利用者への個別性を大切にケアのために、利用前から家庭訪問するなどし、その方の生活史に関する情報を集める工夫がされている。生活リハビリを意識して、関連施設の職員と連携した取り組みを行っている。このような日頃からの連携から、昨年の震災時に協力が得られ、事故なく誘導でき功を奏したのではないかと語っていた。ホームの立地条件から密着した隣近所と関係は少ないが、地域を広くとらえてホームへの理解は浸透していると考えられる。また、大学生の研究のフィールドとして場の提供をしていた。職員からは個人を大切に、平等を意識してケアにあたっているという言葉が聞かれ、各ユニット毎に利用者の特徴があり、職員もそれぞれ工夫を凝らし切磋琢磨している様子がうかがわれた。

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. 全くいない
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	ホームの理念を具体化するため、ユニット毎に月目標を設定し取り組んでいる。目標設定にあたっては職員全員で前月の反省を交え意見交換し設定している。利用者の視野を広げるため外出支援の継続に努めている。	具体的で身近な目標を各階毎に設定している。毎月ミーティングの中で、前月の目標の反省点を話し合い、新たな目標を決めていく。職員の目標と利用者の目標があり、「敬老会に全員参加」のようなものは共通の目標としてあげる。目標には各ユニットの利用者の特徴が現れている。	
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	地域の自治会には加入していないが、職員間で地域の情報を持ち寄り努めている。利用者の高齢化もありなかなか日常的には難しい。中学校の体験研修の受け入れも積極的にやっている。	個人的な問い合わせから中学生の体験学習を受け入れ、口コミで広がっている。家族会で釜めしやのボランティアがあり、釜めしができあがるまでオルガンを弾いたり、一緒に歌を歌ったりした。筑波大学の太鼓同好会も訪れる。	
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	入居相談に来られた御家族から相談は基より認知症の方の理解や支援方法を時間の許す限り対応している。毎年専門学校・大学の実習生の受け入れを行っている。		
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	昨年「震災」をテーマに委員(区長・民生委員ボランティア・家族・消防署等)さんからご意見ご提案をいただき実現可能なことから法人とも話し合い取り入れられるよう努めている。	3か月に1回開催し、区長、民生委員、家族代表などが参加している。震災をテーマにし、訓練と抱き合わせにしながら、1年間かけて話し合った。また施設の理解、利用者の日常的な活動を知ってもらう為に、家族の方に全ユニットを見学して頂いた。家族会は年3回開催している。	
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	つくば市認知症ネットワーク会議・つくば市地域密着型サービス事業所会議等に参加し市町村と連携している。また、厚労省の認知症有病率調査で担当の筑波大学にも協力し行った。	地域の開業医や筑波大学の医師、包括支援センター等が参加する認知症ネットワークの会に加入している。このネットワーク使って、利用者が受診できる専門病院につなげた例がある。	
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	建物の構造上、安全のため家族の同意のもと玄関に施錠をしているが居室はフリーになっている。日常にごみ出し・散歩等で外にでる機会を作っている。	地域包括支援センター主催の勉強会に参加している。勉強会の内容は伝達研修として職員全員が共有しているので、拘束しないという意識は持っている。安全と拘束、常に両面から検討して対応している。	

茨城県 グループホームファミーユ

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	法人身体拘束廃止委員会が毎年人権擁護に関するアンケートを行い職員それぞれに振り返りの機会がある。また、毎年、地域包括支援センター主催の研修会にも参加し伝達研修も行っている。		
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援している	毎年、地域包括支援センター主催の虐待防止研修会で研修する機会がある。今まで利用者家族から権利擁護の相談を2件受け(いずれも成年後見制度)活用できた。		
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	契約時に内容の確認・質問等受けながら時間をかけ説明をしている。契約締結後にも疑問な点に関し対応できるようにしている。		
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	家族会で家族からの意見・要望・苦情を出していただき、意見交換を行っている。昨年は震災があり、それに関した意見が多かった。また、満足度アンケートを行い、法人の協力を得て集計をお願いし意見を出しやすく工夫した。	独居、パーキンソンの利用者さんの家族から少し歩かせて欲しいと要望があり、日常生活の中に歩くことを取り入れた例がある。最低でも月1回は面会の機会をもうけているが、更に意見を出しやすいような工夫をしている。	
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	定例フロアミーティングでホーム長に提案している。各フロアの提案を本部会議の場にだしている。また、今回評価調査表は各フロア職員全員で意見を出した。	各ユニット毎のミーティング後にリーダーミーティングあり、全体の意見をまとめる。欠席する人はあらかじめメモ等で伝えたいことを提出してもらう。定年退職後の職員の補充について意見が出ている。	
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	年2回職員に対し、法人内規に基づき自己評価・考課表の提出をし、各人が向上心をもって働けるよう、職場環境条件の整備に努めている。		
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	法人教育委員会主催の研修会への参加やその後の伝達研修等をホーム内で積極的に行っている。外部研修については経験を考慮し参加させている。		

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	つくば市地域密着型サービス事業所会議やつくば市認知症ネットワークを通じておこなっている。また、同会の交流会を兼ねた研修会にも積極的に参加している。		
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	相談を受けてから、自宅訪問や施設訪問をし、早い段階から関わりをもつように努めている。		
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	GH見学相談時に家族から困っていること・不安なことを聞き発信できる情報があれば、認知症に関する情報やアドバイスを行っている。		
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	相談時に他のサービス利用も含めた相談にのっている。		
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	家事等の生活リハビリ・余暇活動など日常的場面から機会をつくり関係を築いている。		
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	自宅への外出・外泊・行事への参加を促し、また、ケアプランにも家族の役割を入れるように努めている。		
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	馴染みの方の面会時に関係性をそれとなく聞き次回の面会に繋がるよう努めている。家族の協力のもと、親族での食事会に外出する機会がある。また、時間の許す限り自宅訪問を行っているが、家族との時間調整が難しい現状もある。	家族は、小遣い預かり金精算のため毎月1回面会に来ている。受診のついでに近所の方が面会に来ることもあり、行きつけの美容院に家族が連れて行く方もいる。失語症の利用者が、新聞の本の広告欄に丸印を付けて持ってくるので、本屋に連れて行き買い物支援を行っている。	

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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	席の配置や入浴・余暇のパートナーの配慮に努めている。また、本人の性格上他の方と関わりを苦手とする方には職員が入り少しでも関わりがもてるよう支援している。		
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	病院へのお見舞い・退去後の他施設や自宅へ訪問しその後の様子を伺うように努めている。		
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	日常生活の中で利用者との会話や行動等からその人の思い・希望等を探りながら意向に添える様支援している。	キーワードが出たらそこを探り、職員の申し送りで共有する。利用前に家庭訪問し、その方の背景を知ること、今までの暮らしの継続が出来るようにしている。利用者の8割が意思を伝えることができるので、本人の思いを尊重した対応をしている。	
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	入居前より家族・担当ケアマネ等より情報を収集し、できる限りこれまでの生活に添った暮らしができる様職員間で話し合い実践している。また、バックグラウンドアセスメントシートを活用している。		
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	利用者同士の交流や性格・気分等の状況の変化を観察し対応している。		
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	職員全員でアセスメントし課題を見つけ家族を交えたカンファレンスを行い立案し同意をいただいている。毎月のミーティングに随時計画の変更等ないか検証している。また、状態の変化がみられた時は主治医にも相談し対応している。	アセスメントは職員全員で行っている。家族の意向も反映しやすいように、家族をまじえてカンファレンスを行う。新規の場合は暫定で2~3か月、状態変化があれば細かく期間の設定し、プランに合ったサービスと記録の仕方をするように周知させている。	
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	申し送りや申し送りノートの活用で情報の共有はできており実践に活かされ、記録にも反映されるよう努めている。		

茨城県 グループホームファミーユ

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	利用者が高齢化してきているため法人内の他部門を活用している。また、その時々生まれるニーズに対しても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	地域の商店街に出かけたり、地域の一員として暮らしが豊かになる様努めている。		
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	本人家族が希望する医療機関で適切な医療が受けられるよう支援している。	心療内科、歯科は希望時往診してもらえる。認知症専門の開業医に家族に連れて行ってもらうこともある。	
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	ホーム長が看護師であり、利用者の心身の変化等情報を共有し協働し支援している。		
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。	入院した際、主治医と情報交換しながら退院がスムーズにできるよう、また、退院後のサービスの方向性など検討している。通常受診時から、主治医との良好な関係性を保つよう努めている。		
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	ホームとして「できること・できないこと」を明確にし、身体的急変時の対応について家族と話し合いをもち書面にて確認している。また、主治医とも方針を共有している。	1名の看取りを経験したが、家族の協力が無いとできないことを実感した。ホームとして看取りの方針はある。状態に変化があればその都度医師を含めて相談している。	
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	法人の定期的な研修に参加している。また、マニュアルを整備し取り組んでいる。		

茨城県 グループホームファミーユ

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	火災避難マニュアルを基に定期的に夜間想定訓練を行っている。また、震災時に訓練が身についたためか避難がスムーズにできた。地域住民の協力も得られた。	火災マニュアル、震災マニュアルをもとに訓練を行っている。震災時には近所の方がパイプいすや毛布をかしてくれた。毎月行っていた非常階段からの避難訓練が役に立ったと職員が話していた。入居者は毎日ラジオ体操のあと非常口まで歩いてもらう。誘導されたら行くという習慣が出来ている。	
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	人権擁護に関するアンケートを行い自己を振り返る機会をつくっている。また、プライバシー保護のため広報やホーム内写真示しに関し同意文書を重要事項説明書及び契約書に追加した。それ以前の利用者及び家族に対しては同意書をいただいた。	人権擁護に関するアンケートを行い、目標を持って行っている。アンケートの項目の中で、自分は出来ているかなという振り返りの機会となり、言葉使いなど気付けられることがあると話していた。個々の人格を尊重した対応がされている。	
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	簡単な言葉や態度で返事ができる様声掛けやタイミングの工夫を行っている。		
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	一人ひとりの気持ちを大切にしながら個々の希望に添うよう支援している。		
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	定期的に出張理容にきていただいている。本人の好みに合わせやっていたい。また、その日の洋服の組み合わせについても本人本位でできる様支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日一緒に準備・食事・後片付けをしている。一人ひとりの能力の把握に努め、その人の能力の活かし方に配慮している。	管理栄養士がメニューを考え、食材は業者に委託している。フロアによって若干メニューが違うが、お互いに情報交換しながら提供している。利用者から食べたいもののリクエストがある場合は、買い物に行って食材を買ってくる。手伝えることは手伝ってもらう。	

茨城県 グループホームファミーユ

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
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	管理栄養士による献立を作成し、それに基づいて行っている。水分摂取に関しては、水分チェック表を用いて必要な水分量が確保できるよう努めている。		
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・就寝時に必ず行っている。義歯は毎晩洗浄剤にて洗浄している。訪問歯科診療医と連携している。		
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	一人ひとりの力や排泄パターンの把握に努め情報を共有し支援している。	リハビリパンツ、安心パットと段階を踏んで変えて行く。随時声掛けするが、夜間は起きなくてもそのまま失禁覚悟で睡眠を優先する。夜間のみポータブルトイレ使用する方がいる。	
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	食事の工夫や水分摂取を促している。また、ラジオ体操等運動や散歩も積極的に取られている。		
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	入浴時間内で、できる限り一人ひとりの希望やタイミング・その日の体調に合わせて行っている。	利用者の希望に合わせ、入りたいだけ入浴できる。それぞれのペースに合わせた対応をしている。ゆず湯や入浴剤は色や香り等が会話のきっかけとなり、効果的である。	
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	昼食後に休息していただいたり、その人のその時の状況に応じて支援している。		
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	薬情報を個々のカルテに綴じこみいつでも見られるようにし、理解を深めている。また、症状の変化等は記録に残したり、申し送りノートを活用情報の共有をして支援している。		
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	生活歴、趣味等を活かし、その人が楽しみながら、活躍できる場を作る様努めている。		

茨城県 グループホームファミーユ

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	要求や希望があった時に出かけられるよう努めている。行事活動で家族・ボランティアの方と外食・じゃがいも堀り・買い物支援を行っている。	日常的に散歩に出かけ、敷地内を散歩しながら栗を拾ってきたりする。要望に合わせて買い物へいくこともある。行事としてジャガイモ堀り、岩瀬城に出掛けた。	
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	外出時利用者自身が選択・支払ができる様付添ながら、支援している。		
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	年賀状を本人から親しい人にだしたり、携帯電話を活用いつでも連絡が取れる様支援している。手紙のやり取りができる利用者は郵便局まで一緒に行き投函することもある。		
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	季節感を取り入れた花や展示物、彩光の工夫やドアの開閉に配慮している。	季節毎に作成された貼り絵が廊下に飾ってある。行事の写真もあり、季節感が感じられた。窓が多く、明るい造りになっている。掲示物はユニット毎に特徴があり、お互いに刺激し合っ楽しんでる。掲示した写真は利用者へアルバムを作って渡している。	
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	食堂・リビング等のソファで自由にどなたでも談笑できるよう配慮している。		
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	本人が動きやすいよう相談しながら家具の配置等決めている。また、入居時には本人が長年使い慣れた物や安心できる物等をもってきていただき環境作りに努めている。	使い慣れた物を持ち込んでいる。家具の配置は利用者に任せ、ご本人が落ち着く空間となっている。	
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	トイレ・風呂等は分かりやすく表示し、自室がわからなくなる方には目印をつけるなどして、トラブルが起らないように支援している。		

目標達成計画

作成日：平成 24 年 12 月 25 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	「理念」を具体化するため、各ユニットで月目標を立案実施しているが、利用者様からの希望・要望は少ない。	・利用者様の生活が豊かになるよう、利用者様も含め月目標を立案する。	(前回の取り組みは継続として)追加取組として ・利用者様からの希望・要望を、日頃の会話の中から探り取り入れる。	12ヶ月
2	26	居室担当者が決まっているが、ケアプランに関わる事が少ない。	・ 計画作成担当者と協働しケアプランの立案に関わる。	・ケアプラン見直し時期(3カ月・6カ月・12カ月)に居室担当者が職員全員にモニタリングを促す。 ・利用者に新たに課題が出た時は居室担当者を中心にカンファレンスを行う。 ・計画作成担当者と協働しケアプランの作成に関わる。	12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。