

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	0872500079		
法人名	社会福祉法人 博友会		
事業所名	フロイデグループホーム美和		
所在地	茨城県常陸大宮市鷲子686-1		
自己評価作成日	平成21年7月16日	評価結果市町村受理日	平成21年9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	
----------	--

【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21年8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)】

母体が病院のため、医師、看護師、薬剤師によるバックアップを受けており、医療面的ケアにも力を入れている。

【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)】

隣接するデイサービスの建物とグループホームの建物が、周りの景色と違和感無く調和しており落ち着いた雰囲気のあるホームである。ホームの中庭は、デイサービスを利用する地域の方々との交流の場ともなっておりホームは地域に開かれ、そこで生活する利用者は職員や近隣の住民に見守られながら日々散歩を楽しむ等して穏やかに暮らしている。
管理者や職員は法人本部で実施される研修への参加や外部研修の受講により介護職としての専門性を高めており、本部からの支援を受けて常に提供するサービスの質の向上を目指している。また、セラピストを配置し、マシンを利用したりハビリを実施して機能低下を防ぐ努力をしている。

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)	○ 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)
57	利用者職員が、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)
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)
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)
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
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
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	グループホームエントランスに事業所理念を掲示し職員で意識共有をしている。	法人の代表・グループホームの責任者は、地域密着型サービス事業所としての意義を十分に理解し、この意義を意識して新たにホームの理念をつくりあげていた。月1回の会議や日々のミーティングでは常に理念について全職員で話し合いを行い、日々の具体的なケアに反映できるよう取り組んでいる。	
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	デイサービスを併設にて運営し、地域の利用者やご家族に交流することで日常的な付き合いが継続できるよう援助している。	町内会には入っていないが、地域で行われる除草作業や空き缶回収等には積極的に参加している。地元のボランティアグループ(太鼓)の方々がホームを訪れたり、地域の小学校とは、利用者の作品を学校に掲示してくれたり、運動会を利用者が見に行く、社会科実習に訪れる等の交流がある。近隣の方々とは日々の散歩で気軽に挨拶を交わす関係が出来ている。	
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	包括支援センターや行政との定期的な意見交換を行い、地域の人々に向けた活動ができるよう努力している。		
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ヶ月に1度奇数月に開催し、包括支援センターや行政と意見交換を行っている。	2ヶ月に1回、利用者家族・市の担当職員・包括支援センターの職員・民生委員等の参加を得て開催している。会議の主な内容はホームの利用状況や行事の報告等をしている。	地域住民の参加は区長・民生委員等に限定することなく、近所の協力的な方々に依頼する等して、ホームの運営について積極的な意見や要望を頂き、サービス向上に活かしていく取り組みを期待する。
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	2ヶ月に1度の運営推進会議に参加していただき、連携をしている。	運営推進会議には市の担当職員が毎回参加しており、必要な情報等は都度頂いている。法人本部の職員の協力も得ながら、気になる事や困ったことについては何時でも気軽に相談できる関係はできている。	
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	エントランスに身体拘束をしないケアの指針を掲示し、職員が共通理解をすることで、身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束についての研修はマニュアルを使って、新人教育も含めて毎年全体で実施しており、全職員はその弊害も含めて承知している。玄関は夜間を除いて常に開けてあり自由な雰囲気がある。ホームの外に出た場合は近所の方々が常に声をかけてくれたり、ホームに連絡してくれる等の協力関係づくりをして、利用者が自由に生活できるように取り組んでいる。	
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	地域包括支援センターと定期的に交流を持ち、情報交換や学ぶ機会を得、援助できる体制を整えている。※事例はなし		

茨城県 フロイデグループホーム美和

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	地域包括支援センターと定期的に交流を持ち、職員を同席させることで、援助できる体制を整えている。		
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	契約締結前においては、重要事項説明書の説明を行い、入居後の改定においては問い合わせ先を明記した説明文書の送付や電話応対による説明を行っている。		
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	定期的なアンケート調査を行い、要望等を聞く機会を設けている。	年1回の家族会の開催や定期的なアンケート調査を実施して家族の意見や要望を聴くようにしており、出された意見等は本部の検討委員会で話し合っている。家族の要望でホーム便りを玄関に掲示してキーパーソン以外の家族にもホームでの様子が分かるようになった。また面会の少ない家族には月1回ホームだよりを送る際にメモを添えてホームの様子を知らせている。	家族会や面会になかなか参加できない家族に対しては、ホーム便りの送付と一緒に丁寧な近況報告や来月の行事予定等を知らせて、ホームを身近に感じてもらえるような取り組みをしながら様々な意見や要望が気軽に言える関係作りの推進を期待したい。
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	定期的な会議を開き意見交換を行っている。	2～3年毎に異動はあるが、本人の希望も取り入れられている。月1回の会議においては全職員がそれぞれ意見や要望があれば率直に言える雰囲気があり、職員の要望は積極的に取り入れ・改善に取り組んでいる。研修についても職員の希望に応じて受講の機会を設けている。	
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	自己目標とそれに伴う評価システムであるチャレンジカード、人事考課文書により職場環境や条件整備等の指針としている。		
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	自己目標であるチャレンジカードを半期ごとに提出してもらい、本人に見合った目標やトレーニング等の設定を行い評価している。		
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	内部の事例発表を行い、優れた事例に関しては、外部でのセミナーにて発表できる機会を設けている。また、定期的に職員を全国セミナーへ参加させ外部交流を行わせている。		

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
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	入居前に家族やご本人と面会し、人間関係の構築や要望等の聞き取りを行っている。		
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	入居前に家族やご本人と面会し、人間関係の構築や要望等の聞き取りを行っている。		
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	地域性的問題(他市町村住民の申し込み)や費用の問題等、当施設利用が困難な方に対しては、利用可能なサービスの情報提供を行っている。		
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	職員の担当制を敷き、関係構築がより密になるよう努めている。		
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	面会時間の設定を行わず、自由に面会が出来ることで、絆が保持できるよう努めている。		
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	デイサービスを併設しており、近所の利用者との交流を促すことで、人間関係が維持できるよう援助している。	併設するデイサービスを近所の人達が利用していることから、遊びに行ったり、ホームを訪問してくれたりの関係が続けられている。また小学校の運動会や近くの道の駅では常に顔見知りの方々とお会いする機会があり、また家族と通院の折には家に立ち寄りたりして近所の方々にお会いし馴染みの関係が絶えないような支援を心がけている。	
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	共に畑を作ったり、イベントを行う等、利用者同士が関わり合えるよう努めている。		
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	長期入院等でサービス利用が終了しても、お荷物の一時預かりや相談援助等の支援を行っている。		

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
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	身体機能低下による畳部屋へのベットの設置相談や自宅で使用していた家具の自由持ち込み等を行っている。	普段から利用者が話しやすい雰囲気作りを心がけているが、特に居室で職員と1対1になった時には本音の話をしてくれる。日々の生活においては身体的な相談、外出の希望など率直に話している。意思表示の困難な利用者については表情で思いを察知できるよう職員間で情報の共有に努めている。また利用者の意向を酌み全職員が協力して在宅生活を実現する取り組みもしている。	
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	入院していた先のMSWや居宅ケアマネージャー等と連携し、情報収集に努めている。		
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	定期的カンファレンスを開き、現状把握に努めている。		
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	概ね3ヶ月に1度管理者、家族、職員が連携し、その時点で有効と思われるケア計画を作成している。	利用者・家族の希望も取り入れ、利用者の身体機能への配慮・注意を踏まえた上で、日々の暮らしを意識した介護計画が作成してあった。計画の見直しも毎月のモニタリングを基にして定期的実施している。	自宅での生活の様子を丁寧にアセスメントし、これまでの生活が継続出来るような介護計画の作成を期待したい。また、介護計画にそってモニタリングができるようなモニタリング表の様式や日々の記録方法等について、全職員で検討することを期待したい。
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	個別記録や日誌に個々の状況を記載し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	グループ内の介護用品販売店と連携し、希望に際して柔軟な対応を心掛けている。		

茨城県 フロイデグループホーム美和

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	読み聞かせやバイオリン等のボランティアの資源を中心に豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
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	殆どの入居者が元々、等グループの医療機関がかかりつけ医となっており、連携・支援している。希望があれば他の医療機関の受診も援助している。	協力医療機関の受診が多くなっているが、利用者・家族の希望があればかかりつけ医への受診も支援している。専門医の受診については家族同行の場合にも必要に応じてホームでの様子を医師に伝えている。受診後には本人の状態について家族からの説明を受けると同時に医師とも連絡を取り合い状態の把握に努めている。歯科受診には職員が同行し医師への状況説明をして適切な治療ができるよう支援している。	
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	日常的な医療相談は、併設のデイサービス看護職員に行い、判断に迷うときや、緊急時等に関しては、法人内の看護部門責任者もしくは、系列医療機関の看護師に相談している。		
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。	系列医療機関とはメールやグループウェアソフトでの情報交換が行える体制になっている。また、必要に応じて電話連絡も行っている。		
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	入居の際の事前説明において、対応可能な状況や退所の対象になる状況を説明し、納得していただいた上で契約していただいている。	終末期ケアについての勉強会は実施しているが、現在のところホームの方針として終末期ケアは行っていない。 しかし、ホームからの退去に当たっては利用者の納得の行く退去先が決まるまでは事業所の紹介をする等して一緒に今後のことを検討している。	
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	法人全体で定期的に救急救命の訓練を行っている。		
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	定期的に防災訓練を行うとともに、近隣の方に災害時の援助をお願いしている。	地元消防署とは連絡を密にとっており、是職員参加で緊急救命法の訓練もうけており、AEDの設置もしている。年2回の火災訓練の際には避難場所の確認もしている。また夜間を想定した訓練も実施しており、緊急連絡網も整備してある。災害時には両隣の住民と協力し合う関係作りができています。	

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
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	入居者を一人の生活者にとらえ、人格を尊重した対応を行っている。	職員は、利用者一人ひとりに対して自尊心を傷つけないような言葉かけや介助を心がけている。面会時における家族との個人的な話は居室や事務所で行っている。法人では「ISO・プライバシーマーク」を取得しており、個人のプライバシーを保護する仕組みを作っている。	
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	食事や入浴の希望等、可能な限り、希望に添えるよう努力している。		
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	基本的に日課は作らず、就寝時間や起床時間も自由にしてもらおう等、その方なりの生活リズムを尊重している。		
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	家族と連携し、衣服や身の回りのもの等、希望したものを援助してもらえよう努めている。		
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	お茶入れや後片付け等を一緒に行ってもらっている。	献立は法人本部で作っており、食材の購入も一括購入しているが、おやつ作りや行事食等はホームで楽しみながら利用者と職員で作っている。職員も一緒に会話しながら食事をしており、食卓には季節の花がさり気なく飾ってあり、食事を楽しみたいとの思いが感じられた。	
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	今年度8月より、系列病院に介入してもらい、家族同意の下、栄養管理指導を実施予定である。		
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	義歯の洗浄その他の口腔ケアを毎食後行っている。		

茨城県 フロイデグループホーム美和

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	ポータブルトイレの設置やトイレでの排泄援助等、自立支援を行っている。	排泄チェックを実施して利用者全員の排泄パターンを把握しており、紙パンツ、パット、ポータブルトイレ等の利用と声かけ誘導で自立に向けた支援を行い、ほぼ全員がオムツの利用をしていない。	
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	かかりつけの医師と相談しながら便秘予防に努めている。		
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	入浴時間や曜日を可能な限り、希望に添えるよう努めている。	通常は14時から17時頃までに入浴しているが、利用者の希望があれば何時でも入浴できるようにしている。季節ごとに菖蒲湯や柚子湯等を楽しんだり、好みに応じて温泉の湯(入浴剤)を窓越しに山の景色を見ながら楽しんでいる。	
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	就寝時間を自身で決めていただくとともに、不眠を訴える方には医師の診察の下で眠剤処方等の援助も行っている。		
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	処方薬の説明書きをファイリングし、効果や副作用等の把握に努めている。		
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	畑作りや折り紙等、楽しみごとの援助を行っている。		
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	僻地にある為、頻繁には困難であるが、買い物ドライブ等を計画実施している。	散歩やホームの畑等へ天気の良い日には毎日戸外に出ている。近くにある道の駅へは知り合いに会える楽しみもあり度々外出している。また地域の祭りや小学校の運動会、ホームの行事としての外出や買物ドライブ等楽しみとしての外出支援も実施している。	

茨城県 フロイデグループホーム美和

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	僻地にある為、頻繁には困難であるが、買い物ドライブ等を計画実施している。		
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	希望があれば電話は無料で使用していただいている。また手紙等も投函その他の手配援助を行っている。		
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	共有スペースの清潔保持を心掛けるとともに、季節感のある掲示等を心掛けている。	居間には見やすい時計・カレンダー等掛けてあり、テーブルには季節の花が飾られて和やかな雰囲気であった。玄関や飾りだには日本人形等馴染みの物が置かれ、要所には手すりやベンチが置かれて目を楽しませながらも安全にも十分配慮してあった。	
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	気の合った方同士を同席にしたり、足湯コーナーを設けて一人になれるスペースを作る等の工夫を行っている。		
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	基本的には、居室への家具やその他の物品の持ち込みは自由となっている。退去時にかんしても、一度に運び出しが困難な方には一時お預かりのサービスも無料でやっている。処分希望も無料で対応している。	和室にはコタツやベット、タンス等使い慣れた家具が置かれて自宅の一室のような落ち着いた雰囲気があった。また洋室の居室には観葉植物を置いたり、仏壇や洋服入れ等が置かれており、それぞれが好みの物で居心地良く過ごせるよう思い思いの居室作りをしていた。	
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	居室とトイレに大きなパネルで漢数字とトイレイラストを設置し自立援助に取り組んでいる。		

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	個別介護計画において、いままでの生活歴や自宅での過ごし方をより反映させる必要がある。	生活歴や自宅での過ごし方を、より詳しくご家族などから聞き取り、計画に入れてゆく。	ご家族の面会時など、担当職員がコミュニケーションを取りながら、情報を頂いていく。	6ヶ月
2	10	遠方に住むご家族などとのコミュニケーションが希薄である。	近況報告や行事予定をお知らせして身近にホームを感じていただける様な関係を築く。	月のホーム便りの送付と一諸に近況報告や行事のお知らせを入れ身近にホームを感じていただける様取り組む。	12ヶ月
3					
4					
5					

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。