

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	0870300357		
法人名	医療法人社団青洲会		
事業所名	グループホームおらが里		
所在地	土浦市神立中央5-11-2		
自己評価作成日	平成21年9月4日	評価結果市町村受理日	平成21年12月9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	茨城県酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成21年10月1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>入居者様のお一人おひとりが、一日の中のひと時でも心に潤いを感じられることができるよう、個々の「今」の想いに寄り添うケアを大切にしている。 地域交流など、積極的に外へ目を向けることで、生活の中に潤いやメリハリができ、よい刺激となっている。</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>事業所は、病院に併設され平成10年開業の歴史のある事業所となっている。前面は、工場などが建ち並び交通量の多いにぎやかな大通りに面しており人々の行きかう姿がまじかに感じられる。その一方で、自治会にも加入し積極的に地域とのかかわりを持つように工夫されている。保育所や小学校なども近隣にあり高齢者と子供たちの世代間の交流も行われている。 ケアに関しては、利用者の一人一人の思いを大切にし個人に対応したケアを積極的に取り入れるようにしている。</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	日々手にする記録ファイルに添付することで常に目につき意識づけできるようにしている。 また、ケア目標として皆で理念の中から項目を抽出、実践している。	理念は、ひとりひとり個人記録に添付され常に職員の目に入るよう工夫されている。職員も理念を理解しそれに沿った目標を職員全体で勘案しその目標に沿ったケアが提供できるよう配慮されている。	
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人として日常的に交流している	自治会に加入したことにより、地域の催しものに参加する機会もでき、交流が増えつつある。	自治会に入会しその地域の中でのイベントに参加するように心がけている。事業所の職員だけの参加にとどまらず利用者も積極的に参加できるよう配慮され地域との積極的な交流を進めている	
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	地域催し参加などの参加で、直接認知症の方との触れ合ったり、その場でのスタッフの関わりを体感していただくことで少しずつ認知症への理解が深まることを期待しながら交流している。		
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	サービス状況の報告は常に行っており、そこで会員の方々からいただいたアドバイスをスタッフ間で共有し日々のケアへの取り組みを見直すきっかけとなったりして、サービス向上へとつながっている。	2か月に一度推進会議が開催され、地域や行政の関係者が参加しサービスやケア地域にかかわる話し合いなど積極的に議論され、議事録化され閲覧が可能になっている	
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に取り組んでいる	毎月の入退居連絡報告時や、運営推進会議、土浦市のGH連絡会などを通し、取組状況の報告や相談に努めている。	行政へは、管理者が積極的に足を運び連携・連絡を取るほかグループホーム連絡会などを通して行政との連携を密にしている。	
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	夜間、早朝の職員一人の時間帯をのぞき、玄関の施錠はしておらず、また身体拘束についてもミーティングなどで各々のケアが拘束に当てはまるとはいないか振り返りを行っている。	身体拘束は、法人内での勉強会などで職員に対しての指導が行われ職員も拘束に対して理解している。	夜勤時に職員一人の判断にゆだねられ職員の不安も少しだが感じられた。マニュアルなどを作成し拘束に対しての職員の不安を軽減できるよう配慮されたい
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	研修などの参加やその資料伝達、また日々のケアの中でお互いの言動がそれらに該当しないか、など、それらを互いに確認しあえる関係づくり、また虐待の誘発原因ともなるストレス管理に努めている。		

茨城県 グループホーム おらが里

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	制度の理解は研修資料の伝達などから行っており、それらの活用が必要が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	契約時は利用者や家族の不安や疑問を確認し説明を行っていくとともに、改定時は家族会の開催など説明や質疑応答の場所を設けている。		
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	第三者による毎月の介護相談事業の取り組みから得られた意見や面談時を利用し、近況報告を行うと共に、運営への意見の収集に努め、ケアへの反映ができるようにしている。	家族会を発足させているが現在のところ定期的な開催は行われていないが、家族に集まっていたら連絡や報告を行っている。今後はこの機会を生かし家族の意見をさらに聞き入れられるよう工夫が望まれる	
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	日々の関わりの中や、面接時を利用し、得られた意見や提案を運営会議に持ち寄り、反映させている。	職員は毎月一回行われるカンファレンスを通してケアに関する事や、運営に関する事を積極的に話し合っている。職員の意見が反映されるよう管理者も職員の話積極的に聞き入れる体制が見られた	
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	法人の人事考課制度や年度末の契約更新時などにその評価を行い、各々に適した環境となるよう整備に努めている。		
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	職員各々に適した法人内外の研修を受ける機会の確保や自己研鑽としての推薦図書や各資格取得の案内をしている。		
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	他GH事業所の職員や入所者様を招いての活動を通し、交流の機会を作り、交流を開始している。また、それらを通し、活動範囲の拡大と、互いのサービスの向上につなげられればと考えている。		

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	サービス導入前には必ず、ご本人様に直接お会いし、施設や今後の生活に対する要望、不安、困りごとなどの把握に努める。またできる限り、入居前にも(相互訪問など)交流の時間をとるようにする。		
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	入居問い合わせや施設見学、利用説明時に困りごとや不安なこと、要望などを伺いながら、それらに対し、施設でできる支援について説明をし、信頼関係づくりに努めている。		
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	入居者様、ご家族様のおかれている状況から必要な支援を見極め、他サービス利用の可能性なども含め相談、案内させていただいている。		
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	本人の自発性を大切にし、またそれぞれの得意分野など役割から、ともに支えあうまたそれを喜び、感謝しあう関係を築いている。		
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	本人とご家族のこれまでの関係の継続や、時に本人の想いを職員が代弁、橋渡しすることにより、絆を大切にしている。またご家族様の要望をお聞きしたり、こちらからも協力を依頼したりと共に支えあう関係づくりをしている。		
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	行きつけの美容院の継続利用や幼馴染の訪問など再び訪問しやすいよう、ゆつくりと遠慮なくつらいだけのような居室の利用といった環境づくりなどしている。また本人からの希望時は交流が図れるよう相手方と訪問調整などしている。	法人内での移動も最小限にするなど、馴染みの関係が無くならない工夫が存在する。利用者に対しても家族や友人などの面会を制限せずに関係が維持できる工夫がある。	
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	コミュニケーションが円滑に図れるよう状況をみながら職員が橋渡し役をしたり、支えあいの行為が見られた時はそれが達成できるよう見守り、助けが必要な時は達成感が得られるようさりげなく支援をしている。		
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	サービス終了に向けた支援の段階からSW、地域CMと連携を図り、いつでも相談支援を継続できるようにしている。		

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
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	日々の関わりの中で得られた思いはケア記録を通し職員間で共有していくことで、真のニーズの把握に努めている。また困難な場合も、本人本位にまたわづかなサイン(表情や言動)も見落とすことのないようにし把握に努めている。	理念にも掲げられた利用者の思いや利用者一人一人の時間を大切にするケアへの取り組みがある。細かな配慮が職員のケアに対する思いから非常につよく感じられた。今後もぜひ継続していただきたい一面であった。	
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	センター方式シートの活用、記入はご家族様にも協力頂き、より豊かな情報の把握に努めている。		
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	生活の中の小さな変化でもその背景や原因を探りケア記録に残していく、また見守りケアを実施する中でできることできないこと、関わり方でできる可能性のあることなど、個々の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	月に1度のカンファレンス会議開催し、ご家族への近況報告やケアへの要望、連携看護師からのアドバイスなども反映しながら現状に即した介護計画を作成している。	月に1度のカンファレンス会議開催し、ご家族への近況報告やケアへの要望を受け入る多方面からのアドバイスなども反映しながら現状に即した介護計画を作成している。	
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	個別のケア記録には「本人の言葉・表情・しぐさ・行動」「その背景や要因と思われること」「ケアの実施」「評価と修正した計画」を記載し、特記は色ペンで行うなどこれらの活用により、実践や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	本人や家族の状況、その時々生まれるニーズにあわせ、また事業所としてできることできないこととのすり合わせをしながら、できる限り柔軟な支援ができるように努めている。		

茨城県 グループホーム おらが里

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	行きつけのお店では、本人の好みや能力を把握してくれており、なじみの関係、環境の中で一人でも買い物をする事ができ、思いに添った暮らしを楽しむことができる。（安全確保のためスタッフの付添見守りの中で）		
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	入居時には今までのかかりつけ医受診継続もできること伝え、自由に選択できるようにしている。また受診時には上申事項などご家族にも理解できるよう書面を用意し適切な医療を受けられるようにしている。	かかりつけ医は、利用者の希望や馴染みの医師に受診できるよう配慮されている。受診時に家族の要望があれば送迎も行っている。	
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	医療連携体制をとっており、連携看護師の定期的な訪問時に相談し、アドバイスを受けながら適切な受診やケア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。	入院時は主治医の入院治療計画書に基づきながら退院後も施設での生活継続ができるように経過を追う中で病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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	看取りケアの同意書にてターミナルケアについては本人・ご家族に入居時、説明がされているが長期入居者に関しても本人の状態に合わせ、ケアプラン更新時などにも再確認していく。また重度化した場合等想定し他施設への転居支援も行っている。	終末期の受け入れは、家族との相談の上行っている。何より利用者の希望を大切にしたいうえで、家族と協議し利用者の意向に沿った看取りのケアを提供するよう配慮されている。	
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	法人内研修や勉強会にて訓練を定期的に行うと共に、月に一度のカンファレンス会議時にも、対応手順の再確認をしている。		
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	職員人数の少ない夜間を想定し、法人協力のもと避難誘導を実地訓練している。また、運営推進会議を通し、災害時は地域の非常時倉庫の活用など協力体制を築いている。	災害時の地域の協力態勢や避難場所の確保など管理者はもとより職員も周知されており緊急時における対策が行われている。	

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	一人ひとりの人格を尊重した対応を心がけているとともに、接遇についての勉強(マニュアル作成)を行い職員皆が意識していけるように努めている。	利用者の個人情報など漏洩の無いように工夫され記録物などが保管管理されている。ハード面にかかわる問題点があるがさらなる工夫で情報の管理を行っていただきたい。	
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	個室や他者を入れない空間での会話など好みの環境(食べ物や雰囲気)の演出や、適切な言葉での思いを表出することが難しい場合は選択肢をいくつか提示しての自己決定しやすい場面設定を行うなどの支援をしている。		
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	できる限り、お一人おひとりの「今」の想いに寄り添えるよう、想いの把握に努め、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	その時どきの、本人の思いや好み、また今まで好まれていたその人らしい身だしなみやおしゃれができるよう家族などの情報も得ながら支援している。		
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	献立づくりや買い物～片付けまで一連の流れとしてその過程を共に楽しむことができ、それぞれの力の把握をし、行うようにしている。食事コントロール中でも出来るだけ好みのものも摂取できるよう工夫しストレスの軽減を図るようにしている。	食事は、利用者の状況にあわせ事業所内で調理され提供されている。職員も一緒に食事をとることで明るい雰囲気の中、食事を楽しみながらとれるよう工夫されている。	
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	食事や水分の摂取量に変化が出た時は記録に残し、その状態や力、習慣なども考慮し支援していく。また、必要時には栄養士など専門家のアドバイスも受けている。		
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	毎食後習慣とし口腔ケアを行えている。その手法や道具もそれぞれに合わせたもの、ブラシの代わりにガーゼ使用などとし対応している。		

茨城県 グループホーム おらが里

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	排泄パターンチェック表の使用や、個々の排泄習慣、オムツの種類や使用方法の検討、工夫など自立に向けた支援を行っている。	利用者の排泄は、両者の状況に応じて管理されている。トイレなどを積極的に利用し、オムツに依存しないよう配慮したケアが提供されている。	
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	便秘の予防のために寒天を利用した食物繊維摂取の工夫や、ゼリーなど形態を変えての水分摂取、また日々の心身の状態変化にも影響が表れてくることへも勉強会を通してなど理解を深めている。		
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	個々の希望やタイミング、習慣に合わせた入浴の支援をしている	入浴は利用者の習慣や希望になるべく合わせられるよう配慮された状態でのんびり入浴ができるよう支援されている。	
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	個々の入眠前の習慣やその時々活動と休息のバランスをみながら、安眠できるよう室温や光、音などの工夫をしたり支援している。		
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	内服変更時は必ず薬の説明書きなどから目的、副作用、用法、用量など注意事項の確認を行い、服薬支援を行い、症状の変化の確認を行っている。		
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	これまでの生活歴、役割、(庭木や畑の手入れなど)を生かしたホームでの生活、また喫煙習慣の継続、知人との交流など、それぞれに合わせた支援をしている。		
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	今日をどのように過ごすかなどの会話の中から本人の希望を受け、戸外活動なども支援できるように調整していく。また他者の協力が必要な時には家族に本人の希望を伝えながらできるだけ支援できるようにしている。	日常的な外出支援のほか、利用者の希望など買い物や散歩にも細かく対応している。またドライブなど遠方への外出も行われている。	

茨城県 グループホーム おらが里

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	お金の所持についてはご家族の理解のもと所持したり、また職員管理の場合はいつでも使えること、また買い物時は本人が会計を行うなど希望や力に応じて支援している。		
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	希望時にはホームの電話を使用して頂いたり、また携帯電話を個人管理されている方もおり、希望時にはいつでも家族や大切な人と連絡ができるように支援している。		
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	共用の空間では各々が居心地良く感じるスペースづくりをしていくとともに、入居者同士の関係なども考慮しながらソファの配置なども工夫している。茶筆筒や壺などなじみの家具を取り入れたり、季節の花を飾るなど工夫している。	共有空間には、季節の物やその日がわかるようなカレンダーなどが工夫されている。子供じみた飾りもなく、古い茶ダンスなども置かれ工夫された落ち着いた空間となっている。	
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	一人掛けのソファで、他者からは死角だがそこにいる本人はフローアの様子を感じられる場所や数人での団らんスペース、好みの植物を飾ったり安らぎの空間の演出など工夫をしている。		
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	できるだけ、なじみの家具や小物をお持ちいただいているが、家への外出、外泊時など自宅でもなじみの家具を残しておきたいという家族の希望もある。また安全に移動できる動線なども考慮しながら居室空間づくりをしている。	家族や知人の協力を経て個人の状況や状態に応じた居室となっており、その人らしい部屋が提供されている。	
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	トイレの案内を立体表示にしたり、居室の名札をその方の視線の高さに合わせた位置に掲示したり、フローアの段差には目立つ色のテープを貼り、注意を促すなど工夫をしている。		

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	6	夜間帯が一人体制であることによる不安や鈴の装着などのケアが身体拘束にあたらぬのか不安や疑問を感じているスタッフがいる	ホーム独自の身体拘束マニュアルの作成	身体拘束を行うことでの身体的・精神的弊害をチームで理解を深めながら、安全で快適なケアが提供できるよう随時カンファレンスにて解決していき 身体拘束となる具体的な場をマニュアルとして作成していく	6ヶ月
2	9	管理者以外のスタッフが契約書類の内容を把握できておらず、ご家族からの質問があった際に返答できるか不安を感じる	契約書類の保管場所の変更	契約書類のコピーを全スタッフが閲覧できるようファイリングし保管する	1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。