

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	0873600589		
法人名	有限会社イケナガ		
事業所名	グループホームはさき寿長生の家(花グループ)		
所在地	茨城県神栖市波崎5560-1		
自己評価作成日	平成21年9月25日	評価結果市町村受理日	平成22年3月3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11月5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>入居者が笑顔で暮らせる環境づくり 残存能力の活用 家族、地域の人達との交流</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>法人の代表が地元地域貢献を目的として開設したホームであることから、地元の漁協始め地域の団体・住民からもホームの運営には積極的な協力が寄せられており、近隣の方々や利用者の友人・知人が気兼ねなくホームを訪れている。 管理者・職員は共に豊富な経験と高い専門性を活かして、認知症ケアの地域の拠点としての活動や市開催の研修の講師なども務めている。 利用者は、夏祭りでは盆踊りに参加したり、花火見物を楽しんだり、と地域の一員として地域の行事を様々な楽しんでる。また、広い庭の一角で家庭菜園を楽しんだり、東屋で友人たちとお茶を飲んだり、時には同窓会に出席する等の支援を受けながら、笑顔と歌声にあふれた日々を過ごしている。</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)	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、活き活きと働いている (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)		

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	分かりやすい言葉で見やすい場所に明示しており、ご家族様にも入所時、十分に説明をし、理念を日常的に生かすため、毎日のミーティングで唱和している。	法人の代表者は地域貢献を目的に当地にグループホームを設立したことから、地域住民との交流はホームの理念の根幹を成すものであり、その考えは全職員が日々のケアに十分に反映している。また、利用者との関わりについては「寿長生の家」の目標として定めて全職員がこれを共有し日々の具体的なケアの実践につなげている。	
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	事業所内でイベントがある時には、近所の方々に声をかけ、一緒に参加し楽しんで頂いている。利用者が近所に散歩に出て、地域住民と挨拶を交わし、庭先に咲いている花等を声掛けをして手折らせて頂く等、交流する機会を支援している。	町内での盆踊りには町内会員として法人はご祝儀を出し、利用者も多数参加し共に祭りを楽しんでいる。また、当地で開催される様々な夏祭りには招待されて見物に出かけている。近隣の住民とは盆暮れのあいさつ回りなどをしながら密接な関係づくりを積極的に進めており、日々挨拶を交し合う関係が出来ている。	
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	上記のような利用者のご近所の方との交流に、さらに職員が間に入ることで、認知症であるという壁を近所の方々に感じさせないよう配慮して介助(支援)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	市職員、民生委員、ご家族様代表に参加して頂き、ホームの近況報告、年間行事予定、1ヶ月の食事献立表等を提示、検討して意見を頂き、利用者の居心地の良いホームにする様、心がけている。	市の職員・民生委員・ご家族の代表者等の参加を得て3ヶ月に1回開催している。会議の内容はホームの行事報告や現状の報告になっている。	議題として、防災時の対応についてや外部評価を受けての課題等を挙げて、出席者の意見や提案などを頂き、ホームの運営に反映できるような会議になることを期待したい。
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	認知症高齢者とその家族を支援する目的で神栖市独自の「やすらぎ支援員養成講座」の開催があり、昨年度、本年度と「グループホームについて」の講師と、実習生の受け入れの依頼があり、協力関係を築くよう取り組んでいる。	市の担当職員には常に働きかけを行いホームに対する理解を深めてもらい、必要に応じて相談できる関係を築いている。また市からの信頼も厚く市で実施する認知症高齢者とその家族を支援する為の講座での講師依頼や実習生の受け入れの依頼などがあり協力している。	
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	徘徊のある利用者については、スタッフが根気よく寄り添い、利用者の心に近づいて安心できるような支援をし、身体拘束につながるような事にならないようにしている。	管理者・職員ともに身体拘束について、その内容と弊害について十分に承知しており、拘束のないケアに取り組んでいる。夜間以外は常に玄関は自由に出入りできるようになっている。職員の見守りや近隣の方々の見守りもありホームの外でも安心して自由に暮らせるような配慮が行き届いている。	
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	職員間で、起こった出来事を共有し、対応策を考え、利用者の状況に合わせて支援を行うことで、職員が心に余裕を持って利用者に接することが出来、虐待防止となるようにしている。		

茨城県 グループホームはさき寿長生の家

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に支援している	日常的な金銭管理はご家族様同意のもとホームが行っている。権利擁護に関する事は重要事項説明書にて説明を充分おこない、社会福祉協議会主催の勉強会等に出席している。		
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	入所する前に本人同席の上で費用等の説明と本人の要望等を伺い、ホーム内を見学して頂き、納得の上で契約の締結となる。重要事項の説明をして、納得、理解を得ている。		
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	職員がご家族から受けた意見や要望は、すぐに管理者に伝える。管理者はご家族が訪問された際は、極力、家族と面談をして要望等、表出しやすい雰囲気になっている。	運営推進会議や面会時には職員から積極的に声かけをして家族が意見・要望を言い易いような雰囲気作りを常に心がけている。家族は納涼祭の手伝いや畑の手伝い等ホームの行事や運営に積極的に関わってくれている。また直接言いにくい事は意見箱を設置して伝えてもらうようにしている。	
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	代表者は時々、アンケート方式の設問にて、職員の忌憚のない声を聞く機会を設けている。それをもとに、希望や運営方針に反映させている。	勤務体制や研修の受講等職員の希望を全面的に取り入れている。ホームの設備等については職員の気づきや要望は積極的に取り入れ改善している。定期的に全職員による懇親会を設け忌憚のない意見を出し合っており、日々のケアに反映している。	
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	代表者は、各々の勤務状況、努力や実績に対して相当分の評価(ボーナスやベースアップ)を行い、職員間のコミュニケーションの場として、3ヶ月に1回、慰労会等を開催している。		
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	管理者より研修の案内があり、参加できる職員は参加するようにしている。研修報告書等を活用して発表の場を作り話し合っている。申し送り時、管理者が指導、助言等をしている。		
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	職員は研修を通じて、他事業所との交流を持ち、ケアに対する情報を交換するようにしている。地域密着型サービス協議会、小規模多機能協議会等に参加し交流に努め、勉強会等、情報交換を行っている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	利用者ご本人のお話(訴え)には出来る限り耳を傾け、安心できるような声掛け、ケアを行っている。	
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	ご家族の要望は速やかに取り入れ、報告、連絡、相談を忘れずに行うようにしている。	
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	利用者ご本人が自宅から離れる辛さを考え、抵抗なく入所していただけるように、数回、ご家族同伴して食事の提供、また催し事がある時等参加していただき、ご本人の観察とホームに慣れて頂くよう努めている。	
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	無理強いせず、利用者と共に考え、一緒に物ごとを行うようにしている。出来ない事は職員が「お手伝いする」と考える。	
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	利用者を事業所に入所させた理由を考慮し、ご家族が介護できない部分を職員が代行すると考える。利用者、ご家族の関係が悪化しないよう配慮する。	
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、知人等の来所時は、本人と共に大歓迎で迎える。居室で遠慮なく過ごせるよう、茶菓等でもてなすようにしている。行きつけの美容院への送迎等を行い、継続的に支援している。	日頃から友人・知人の訪問があり、また利用者が訪ねることもある。ホーム利用前からの馴染みの喫茶店に行ったり、行きつけの美容院に行ったりと今までの関係が途切れないような支援をしている。また地域の行事に参加することで多くの昔馴染みの方々とお会いする機会も多い。
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	日常、利用者同士が助け合っている場面を多く見かける。時には仲良し同士で外出したり、一緒にお風呂に入ったり等、出来るよう支援している。また、職員が仲立ちとなり、利用者同士の関わり合いが出来るように支援している。	
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	サービス終了時、利用者やご家族に対し、今後も関係を断ち切らないという雰囲気で見守る。	

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	ご本人のお話の中から、思いや希望を探す。些細な事でも聞き逃さないようにする。	このホームで暮らしたいとの思いを大切に、利用者一人ひとりの暮らしに対する思いを丁寧に聞き取り、家族とも相談しながら本人の希望が実現できるよう検討をしている。	
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	ご家族、ご本人のお話から、生活歴を聞き、それに基づいて生活を送って頂けるように努める。		
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	少しの変化も見逃さないよう、記録などを通じて職員間の情報の共有をはかる。		
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	BS法を用い情報収集をしている。担当者を決め、ニーズの把握、ケアの方法等、列記する。意見交換をし、ケアプランに反映させる。	利用者や家族の希望を取り入れて丁寧な介護計画が作成されている。定期的な見直しや評価は、全職員の気づきやケース記録を基にして意見交換をしながら実施している。	利用者一人ひとりについてのアセスメントがしっかり実施されている事を基にして、日々の暮らしを充実させる為の介護計画の作成を全職員で話し合われ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	変則勤務であり、情報の共有の重要性は十分認識しており、個人記録の他に連絡ノートを設け、必ず目を通すシステムにしている。		
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	入所待ちの利用者、家族には「共用型デイサービス」等を勧め、家族の介護負担の軽減に役立てている。		

茨城県 グループホームはさき寿長生の家

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	社会福祉協議会主催のムーブメント、地域の盆踊り、お祭り、花火大会等に参加して、地域住民との交流を楽しみ、参加する事により、心身の活性化に取り組んでいる。		
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	ほとんどの利用者が同じかかりつけ医で、月に一度、主治医の往診があり、本人の病状を把握して下さっている。入院時には適切な看護が受けられる様、情報提供を行っている。	馴染みのかかりつけ医への受診を希望する利用者は継続して受診できるよう支援しており、ホームでの生活状況等についての情報提供も行っている。往診時は看護師が付き添い医師からの指示を正確に把握するように努めている。	
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	看護職員の指示の下、薬の提供などを行い、身体状況に変化があった場合は、速やかに報告を行っている。		
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。	介護情報等、提供している。退院時はサマリーを頂く。入院中の利用者の様子等、情報交換をしている。		
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	現段階では終末期までの予定はない。入所時、ご家族には、出来得る限り寿長生の家で面倒を見させていただき、口から食事が摂取できなくなった場合は主治医との連携をおこなう旨を伝えている。	終末期ケアを行わないホームの方針は利用開始時に利用者・家族へ十分説明し、全職員も承知している。利用者の機能低下による本人・家族の不安を解消する為の話し合いを常に行い、ホーム利用終了後の方針が決まるまで責任を持って相談に応じている。場合によっては退所後も訪問する等して精神的なケアを継続して行っている。	
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	定期的に緊急救命講習を実施している。応急手当や急変時の対応等、実践に役立つよう努力をしている。		
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	春と秋に消防訓練(避難訓練)を実施。災害に備えて、水、食糧の備蓄、避難場所を確認する。協力体制のため、日常的に近所付き合いを密にしている。	定期的な消防訓練を実施しており、地元消防団の協力が得られるような体制づくりができています。また、緊急の場合には近所との協力体制もできている。法人の代表は護岸工事の実施に向けた働きかけを地域住民と共に行政に要請する等して安全の確保に努めている。	

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	人格を尊重し、介護職員が柔軟に全てを受け入れ、冷静な対応ができる心のゆとりを持つ。記録の書き方もあからさまな表現にならないように心掛けている。	その時々に応じて利用者一人ひとりを傷つけないよう、常に年長者である事を念頭に置き敬意をもって接するようにしている。重要な家族との話は事務所の中で伝えるよう配慮しており、個人情報に関する書類の保管にも十分な配慮をしている。	
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	利用者が言い出しやすい雰囲気を作り、自己決定できるように支援している。		
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	孤立しないように声掛けはするも、無理強いはせず、希望に沿って生活出来るように支援している。		
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	自己決定の出来ない利用者には、職員と一緒に選び、本人の意向に沿うよう努めている。		
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	季節のものを使って料理をするよう努めている。出来るところは利用者にもお手伝いして頂いている。	食材は利用者と一緒に毎日買ってきたり、地元の漁業組合から新鮮な魚が届けられる等、常に季節を感じながら食事を楽しんでいる。利用者それぞれが自宅から持ってきた食器や箸を使い、全職員が一緒に食卓を囲み利用者同士が声かけあったり、助け合ったりする和やかな食事風景が見られた。	
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	栄養障害、脱水症状にならないよう、摂取量のチェックを行い、低栄養予防を行っている。本人の好みに応じた飲み物の提供、及び好き嫌いの多い方には、きざむ等して形態を変える工夫を行い、栄養バランスに配慮している。		
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に、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	食後のうがい、義歯洗浄の促し、声掛けを行う。睡眠時は義歯洗浄後、洗浄液に浸ける。ご自分で出来ない方には介助、一部声掛け等、出来る方には声を掛けて働きかける。		

茨城県 グループホームはさき寿長生の家

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	排泄表をつける。排泄の訴えが出来ない方は、食事の前や就寝時等、また行動や表情から察知し、トイレに誘導する。	ひらがなで「べんじょ」の表示をしたり、夜間明かりをつけたままにする工夫で排泄自立の促進ができていたり、排泄のパターンを把握し、支援を工夫する事で現在はおむつ利用者がいなくなっている。	
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	毎朝の体操への参加や庭の散歩等、声を掛けてなるべく体を動かしてもらうように働きかけている。食事は野菜など繊維質を多くとるメニューを心掛け、水分摂取も好みに合わせなるべく摂ってもらえるように働きかける。		
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	希望があれば毎日、その他は1日おきに入浴している。体調に合わせて、熱めの湯、ぬるめの湯など、希望に合わせる事もある。ゆっくりと解放感が味わえるように支援し、スキンシップを図りながら、会話も多くしている。	脱衣場所に椅子を置く等の工夫で安全を確保したり、要所要所に手すりを設置することで利用者が安心して入浴できるような工夫があった。入浴剤を使用したり、菖蒲湯など季節を感じてもらう等の配慮をして入浴を楽しんでもらっている。	
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	ご本人の生活リズムの中で、その日の体調や気分により、個々に思う通りに過ごされている。		
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	毎日の薬をセットする際、目的や副作用、用法、用量について理解している。症状の変化があり、新たに処方された薬については連絡ノート等で共用できるようにする。		
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	ドライブ、散歩、料理などを職員と一緒にいる、気分転換や楽しみとなるよう努めている。		
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	天気の良い日には散歩やドライブに出掛け、季節の草花を摘んだり、景色を眺めたり、気分転換し楽しめるよう努めている。	利用者それぞれの希望に合わせて近所の散歩や買い物等に出かけたり、図書館・喫茶店・美容院等各人の今までの習慣を大切にされた外出の支援をしている。またドライブや地域の行事・ホームの行事としての外出も頻繁に行って気分転換を図っている。	

茨城県 グループホームはさき寿長生の家

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	ご自分で管理出来なくなっている方が多いので、外出時以外は、事務所の金庫にてお預かりしている。欲しいものがある場合は、職員と一緒に買物に出掛ける。		
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	手紙の返事、宅配物のお礼の電話など、職員が促し、利用者と一緒にやっている。		
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	玄関、食堂には、散歩で摘んできた草花等を飾っている。廊下には、利用者同士で集まって話ができるように椅子(ベンチ)を配置している。利用者が集まる場所では、こまめにエアコン等の温度調節をしている。	浴室やトイレは清潔で、利用者の機能低下に合わせて手すりの設置等さまざまな工夫がしてあった。利用者のくつろぎ・談話の場所として畳の部分やソファ等が整えられており、見やすいカレンダー・時計、そして昔馴染みの本や温かな雰囲気のあるぬいぐるみ等にも利用者に対する職員の気遣いが感じられた。	
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	廊下の椅子(ベンチ)は、疲れた時などの休憩場所になったり、仲の良い利用者同士のおしゃべりの場所となっている。共用空間の食堂のフローリングとは別に畳のスペースもあり、靴を脱ぎくつろげるようになっている。		
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	ご家族がご本人の好みに合わせた居室づくりをしている。ホーム側も写真や手作りの物を飾る等して、落ち着ける居室づくりをしている。居室内は清潔が保たれるよう、職員が日々チェックし管理している。	使い慣れた家具等と共に手紙・家族の写真・同窓会の写真等各人のこだわりの品々がそれぞれの居室に飾られており、安心して過せる場所作りへの配慮が見られた。また、目の不自由な利用者の居室では衣類や生活用品を使いやすいように整えて自立した生活ができるような配慮があった。	
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	バリアフリーの廊下は、車椅子で動けるよう広くとり、手摺がある。トイレも広く、明るく、介助しやすくなっている。各居室のドアに花や果物が描かれたネームプレートを付けている。		

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	4	1. 入居者高齢化に伴う重度化 2. 入居待機者なし	年6回開催する。	平成22年3月2日開催 (議題) 1 入居状況報告 2 運営について (1)入居者の確保 (2)重度化時の対応 (3)スプリンクラー設置について	12ヶ月
2	26	入居者の身体機能の重度化のため、健康面に視点が行ってしまふことが多い。日々の生活が充実し心豊かに過ごせるような介護計画に取り組む。	定期的(月1回)にケアカンファレンスを開催する。問題点発生時は随時開催する。	ブレインストーミング法(略式) 9名の入居者全員の気づきを全員の介護者になるべく多くの意見をペーパーに書き、個々の入居者の名前の所に貼る。 (入居者3名) ↓ (担当スタッフ3名) ミニカンファレンス 問題点が出た場合、全体カンファレンス ↓ (ケアスタッフ3名+計画作成者) アセスメント作成 ↓ (計画作成者) ケアプラン作成	3ヶ月
3					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。