茨城県　グループホームなごみの家

（別紙4）　　平成　21　年度

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	0870600269		
法人名	医療法人宮田医院		
事業所名	グループホームなごみの家		
所在地	茨城県筑西市丙56－2		
自己評価作成日	H.21.11.1	評価結果市町村受理日	H22．7．20

※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://park7.wakwak.com/~iba-sinkokai/fukushi/index.html

【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1月18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）】

なごみの家運営推進会議（運営推進会議）を通し地域との交流が進んでいるところであり関係職員だけではなく入居者様はじめご家族様、地域の方の意見も大いになごみの家運営に反映されており小さな問題点も地域ぐるみで解決へと話し合いながらより良い運営に向けて取り組んでいます。また開設から8年目を向かえターミナルケアも重要課題のひとつですが法人全体、ご家族様、地域ぐるみでターミナルケアについて考え、ご利用者様が安心して過ごせていただける様日々、一歩一歩し前進し取り組んでいる所です。なごみの家は街中にあり一軒の家としてあります。入居者様が我が家と思えるような環境作り（地域住民の方の協力も含め）に今後も力を入れて行きたいと思います。

【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）】

当ホームは、地域との連携に特に力を入れ、自治会はもとより地域の住民の理解と協力を経て、独自の取り組みが行われている。特にホーム理念については、職員、管理者、法人理事と職員間で話し合いを持つ他、地域の住民や自治会長や利用者及び家族の意見を聴き誰にでもわかりやすく安心した生活が提供できるよう。理念を立ち上げホーム内は、もちろん地域への理解を深められるよう働きかけを行っている。自己評価やヒアリング時にも、様々な地域とのかかわり合いの話があり、特に力を入れ工夫されている部分と強く感じることができた。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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
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
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

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 実践状況	外部評価 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	地域密着サービスの意義を理解し管理者、職員共に理解しており、その都度話をし運営理念の実現にむけ取り組んでいる。	玄関を開けた時にぬくもりが感じられるような、ホームにしたいと、職員、利用者、家族、地域住民を含めた話し合いで理念が立ち上げられ、ホーム内での共有理解のほか、地域への理念の浸透にも配慮し啓発されている。	
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員として日常的に交流している	職員は地域との付き合いを大切にし、積極的にあいさつ、声掛けすることを常に意識し、大切にしている。	理念を地域とホームで共有することで、認知症の理解はもとよりホームの地域理解を深めている。また地域の住民がホームを優しく見守ってくれているという管理者からの言葉からも強く理解することができた。	
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	認知症の方の理解に運営推進会議等を通し地域の人々に向けて勉強会等を設けている。		
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	自己評価及び外部評価について十分に話し合い、意見交換をしサービス向上に活かしている。	2か月に一度開催され、行政地域の参加も積極的に行われている。また　推進会議の年間計画を立て推進会議員の参加が減少しないように工夫している。	
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	運営推進会議以外にも当事業所で相談等があれば、市町村担当者に声掛けをし迅速に意見交換が出来る様取り決めをしサービスの質の向上に取り組んでいる。	管理者は、連絡や報告を密にとれるよう、行政の決まった職員と連携を密にし、積極的に連携を取るよう工夫されている。	
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	関係職員は高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会（リスクマネジメント研修、スタッフミーティング等）を設け虐待防止に努めている。	同法人の施設にて集団研修などを取り入れ、リスクマネジメントとともに身体拘束の理解を職員全体で深めている。スタッフヒアリングからもホームにおいて拘束はしないという意見が聞かれ見守りを重視したケアの提供が行われている。	
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過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	関係職員は高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会（リスクマネジメント研修、スタッフミーティング等）を設け虐待防止に努めている。		

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
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	地域権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会はあったが、それを活用するまでには到っていない。		
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	口頭にて十分に説明し、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね契約を結んだり解約をしている。		
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	利用者の意見、不満、苦情等を言いやすい環境づくり(馴染みの関係作)りに配慮し不満、苦情等があれば、その都度、話合いを設けている。必要があれば法人会議(あさがおの会)にて報告している。	家族の意見は、管理者及び職員が面会時などを利用し積極的に家族から聴取できるよ配慮している。また苦情や意見は適宜法人会議やホームでの会議にかけられ迅速に解決策がとれるよう配慮している。	
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	スタッフミーティング等を活用し、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を必ず設けている。	スタッフミーティングの際に、業務の話のほかに職員が話しやすいように、時間を設け管理者と職員の話し合いがもたれ、職員の思いや意見を積極的に聞き入れる工夫があり、職員からも話しやすいと言葉が聞かれた	
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	運営者(法人代表)は管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し法人会議等を活用し各自が向上心を持って働けるよう共に話し合い、向上心を持って働けるよう考慮している。		
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	運営者(法人代表)は法人内外の研修を受ける機会を設け働きながらトレーニングしていくことを進めている		
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	近隣の福祉事業に訪問をする機械を設けサービスの質を向上に努めている。また、グループホーム間のネットワーク(グループホーム連絡協議会等)作りに参加しているところ		

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	相談から利用に至るまで本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を聴く機会（職員の自宅等への訪問）を設け受けとめる努力（双方納得がいくまで）をしている		
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	相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等を話す機会を大切にし、納得して利用できる様努力をしている		
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	相談を受けた時は本人と家族さらに専門分野のスタッフを含め、他のサービス利用も含めた対応に努めている		
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	職員は、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を大切に、本人から学んだり、支えあう関係を築く意義を理解しており、支えあう関係づくりを大切にしている。		
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	気軽に相談できる環境づくりに配慮している。（ホーム、家族間での手紙やこちらからの積極的な連絡。）又、家族会を作り意見交換の場を設けている		
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	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の意義を職員は十分に理解しており、関係が途切れないよう努力している。（馴染みの店の利用等）	利用者馴染みの理容院や買い物先など、生活史の中の馴染みを積極的に維持できるよう配慮している。また夏祭りなど地域のイベントには積極的に参加し、馴染みの人と会えるよう働きかけを行っている。	
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	利用者同士の関係を把握し、利用者同士が関わり合い、支え合う事を大切にしている。		
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	サービス利用（契約）が終了しても継続的な関わりを大切にしている。		

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	一人ひとりの思いや暮らし方を大切にし、家族と共に話し合い把握に努めている。	利用前には、必ず利用者の自宅に伺い本人はもとより家族からの意見をもらいながら、ホームでの生活がいままでの生活と同じようになるよう細かな部分まで聞き取りを行っている。	
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	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らしを大切にし、生活環境を知りケアに活かしている。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等把握する様に努めている。必要があれば、専門スタッフ（医師、看護師、OT,PT等）を含め話し合い、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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、ご家族様、関係職員と話し合い介護計画を作成している。	介護計画の見直しや立案は、スタッフミーティングを利用し意見の交換が行われている。記録類にはホーム独自の様式を利用し、積極的な取り組みが見られた。	利用者の身体面に対するケアプランが多く立案されており、身体面でのケアの充実が図られている。今後は生活や暮らしといった方向から利用者のケアプランの作成に、さらなる取り組みが期待される
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	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、情報を共有(口頭にての申し送り、スタッフノートの活用)し変化時には迅速に見直し（ケアの実践や介護計画の見直し）をしている。		
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、その時々に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	本人や家族の要望を大切にし、そして連絡を密にし、必要があればその都度、柔軟な支援をしている。		

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
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	必要があれば、協力しながら支援している。（民生委員やボランティア、消防署員等との連携した会議）		
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し、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	本人及び家族等の希望を大切にしており、馴染みのかかりつけ医を確保し、適切な医療を受けられるように支援している。	利用者の希望や馴染みの医師への受診が可能となっている。利用者本位のかかりつけ医が選択でき、職員の送迎も場合により可能となっている。	
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	馴染みの看護職員を確保しており、気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている。（定期的な看護職員の訪問）		
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。	病院関係者との情報交換を大切にそして密にし、早期に退院できるように配慮している。		
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	本人や家族、かかりつけ医を含め話し合う機会を設け大切にしている。（ターミナルケア指針、同意書、カンファレンス）	ホームでできる範囲の看取りのケア内容が明確に記載され、同意されている。同意書の作成についても、ホーム内だけでなく地域や家族の意見を聴き、わかりやすい同意書が作られている。	
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	職員が応急手当や初期対応の訓練を行っているが定期的、全ての職員がとはいえず		
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	地域の人々の協力を得られるよう働きかけ、地域の人々と共に避難方法を実践ている。又、非常時に備え非常食の用意。火災時には初期消火の為の消火器、水ホースの用意。法人連絡網	夜間想定の避難訓練や、消防署、地域住民を交えた訓練が行われている。水ホースの準備や、地域住民の協力要請も行われている。	

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	一人ひとりの誇りやプライバシーの意義を管理者と職員は十分に理解しており、記録等の個人情報についても慎重に取り扱っている。	個人情報に関する書類等は、外から見えない場所に保管されている。	
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	本人が思いや希望表せる事を大切にしており、納得しながら暮らせるよう配慮している		
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	管理者と職員は一人ひとりのペースを大切にし、その人らしい暮らしを大切にしている。（利用者本位のゆっくりとしたケア）		
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	一人ひとりの意見を尊重し、馴染みの理容･美容店が利用できる様、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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの好みや力を把握し利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをすることを大切にしている。	利用者の好みの場所で食事をとりながら、介助を行い食事形体も適度に変更されている。利用者と食事を作り楽しみながら食事の場面が提供されている。	
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	一人ひとりの状態や力、習慣に応じ栄養摂取や水分確保が出来る様支援をしている。（ホーム内でのケアを通じての工夫、家族、かかりつけ医への報告、連絡、相談等、水分チェック）		
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	一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている。（個別の毎食後の口腔ケア、個別の口腔状態の観察、職員への口腔ケア意義（研修等））		

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	おむつは極力使わないという方針であり、本人の排泄パターン、習慣を考慮し、気持ちよく排泄できるよう支援している。	排泄のパターンをチェック表を用いて把握しリハビリパンツなどを積極的に外す取り組みが行われている。	
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	なるべく薬（下剤）を使わない方針である。（便秘予防の為のメニューの活用、毎日の身体を動かせる環境づくり『個別の状態を考慮した散歩、レクリエーション、食後の排泄ケア（個人のパターンを把握し）』）		
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	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毎日支援している。	入浴時間の設定は、特になく利用者の希望で入浴が可能になっている。また入浴以外でも清拭などでも対応し清潔に対するケアが提供されている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人ひとりの生活習慣、そのときの状態を考慮し安心し安眠や休息が出来るよう支援している。（利用者と共に添い寝等、昼寝等）		
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	職員は、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必要があれば家族、かかりつけ医に相談している。（スタッフノート、口頭での理解及び共有（服用薬一覧表）、薬についての研修会の受講）		
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	一人ひとりの生活暦、力を理解し張り合いを持って過ごしていただく様、各レクリエーション、馴染みの場所への外出等を行っている		
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	随時、戸外に出かけられるよう支援している。（買い物、散歩（地域の方のお宅訪問）	日常的に外出が行われ食材の買い物などほとんど毎日の外出や散歩など外に出るケアの提供が行われている。	

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
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	一人ひとりの希望や力を把握、理解し、お金を所持したり使えるよう随時支援している。		
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	家族や大切な人に本人自らが連絡することへの意義を理解しており支援している。（ホームより連絡する際には本人も話せるよう配慮している。）		
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	共用の空間は生活感や季節感を採り入れて（季節ごとの創作レクリエーションの作品掲示等）居心地よく過ごせるよう環境づくりに配慮している。（季節の飾り、音への配慮）	利用者と職員で作成した壁掛けや、階段、玄関など手作りのものが配置され温かな空間が作られている。	
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	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随所にソファー、ベンチを置き環境づくりに配慮している。		
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	馴染みの家具、照明等を持ってきていただき利用者、利用者家族と相談、十分に話し合いながら居心地よく過ごせるよう話し合い、配慮している。	居室には、家族の協力や職員の働きかけにより馴染みのものが置かれ、好みに合わせたその人らしい空間となっている。各居室の窓は、足からの大きな窓となっており開放感にあふれている。	
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	一人ひとりの出来る事を把握し安全に生活が出来る様柔軟に対応している。（必要最低限の手すり等の設置等）		

（別紙4（2））

事業所名 グループホームなごみの家

作成日： 平成　　22年　　6月　　18日

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	入居者の身体面に対するケアプランが多く立案され身体面でのケアは充実されていると思われるが利用者の生活や暮らしといった方向からさらなる取り組みが必要と思われる。	・一人一、人の生活暦、今何が出来るかをスタッフ間又は、ご家族にも再確認し身体状況に留意しより生活に沿ったケアプランの立案を試みる。	・入居者様、ご家族様、スタッフ及び専門スタッフとの再確認の為の話し合い。 ・介護計画作成担当者の研修の充実。	12ヶ月
2					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№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。