

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	0871900429		
法人名	特定医療法人 つくばセントラル病院		
事業所名	たいせつの家 グループホーム		
所在地	茨城県牛久市上柏田1丁目17番地20		
自己評価作成日	平成22年12月31日	評価結果市町村受理日	平成23年7月29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)】

当施設も7年目となり入居者様が重度化していきました。身体的・精神的に安定した日々を過ごしていく為に様々な取り組みをしております。往診医(週に1度)の存在、法人機能を利用した他職種、PT・ST・管理栄養士等と介護士・看護師間の連携が蜜になっている事。又職員離職率が前年・前年より比較して少ない点などがあると思います。そういった環境と体制がアピールしたい点です。

【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)】

特定医療法人のグループホームとして開設7年目の施設である。牛久市や行政、自治会との連携を積極的に行い地域密着型サービスに力を入れている。自治会主催の敬老会、納涼会に参加したり、防犯パトロールに利用者と共に参加している。市民向けの介護教室を開催し、グループの自己アピールを行っている。また、地域の方々を招いてのバザーやバーベキューを開催している。今後は、気軽に地域住民と行ききが出るようにと努力されている。災害時に備え、防災協定を結ぶなどの協力体制についても日々努力されている。

※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://ibaraki-kouhvu.as.wakwak.ne.jp/kouhvu/infomationPublic.do?JCD=0871900429&SCD=320
----------	---

【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23年2月21日

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ます (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	法人の理念と共に施設独自の理念を掲げている。常に見える所に掲示して職員一同申し送りなどで確認しながら共有している。	法人理念を元にホーム独自の理念を掲げている。日々の支援を通して、スタッフそれぞれが振り返っている。また、職員の異動時や利用者の入居者時には、申し送りや会議で理念の共有に努めて支援している。	
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	施設の位置する自治会に加入している。回覧、運営推進会議などを通し、入居者様が参加出来るよう取り組んでいる。	自治会に入り、清掃活動や防災パトロールに職員と共に利用者も参加している。回覧板に行事のお知らせを入れていただいている。ホームの行事や自治会の行事に参加し、利用者の顔を覚えていただいている。	
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	定期的発行している新聞を通して入居者様の生活や過ごし方を公開し、配布している。		
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度開催している運営推進会議の議事録がある。その議事録を市町村と区長に提出している。	2ヶ月に1回の行っている。会議の内容は、2ヶ月に1回の家族会時に口頭により報告している。現在、家族会には、全員が参加しているの郵送での報告はしていない。	
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取り組んでいる	毎月、市職員が来訪し職員と意見交換をしている。その後市からの報告書を職員間で閲覧している。	月に1回高齢福祉課の介護相談員が入っている。年に2回新年会や流しそうめんなどを行い、隣接する老人施設とは違うグループホームの特殊性を市町村にアピールしている。	
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	マニュアルがあり身体拘束防止のポスターが玄関に掲示してある。又、家族に対する同意書がある。	基本的には行っていないが、必要時にはマニュアルに沿って利用者家族の同意書記入の上行っている。日々の支援を通しスタッフ間で振り返り、月1回のカンファレスや会議で情報の共有をしている。車椅子の点検は、随時行っている。	

茨城県 グループホームたいせつの家

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
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	市町村で開催されている勉強会に参加している。伝達、報告している。		
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	研修会に参加し、月例会や会議の時に伝達、報告している。		
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	同意書がありご家族様に記銘、捺印して頂いている。		
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	家族会を開催し、家族会の代表を議長として職員が書記を勤め意見交換を行っている。2ヶ月に1回行っている。又、意見箱を設け、意見・要望等を開いている。	2ヶ月に1回の家族会時にアンケートで意見を聞いたり、面会時に時間を取っている。情報は記録に残し、会議で共有している。利用者の意見は、意向の把握のためスタッフ間にて共有している。	
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	毎月グループホーム会議があり、議事録を作成し閲覧している。運営者は会議の内容等に関して週2回ある法人のミーティングに参加し報告している。	職員の意見は、管理者が取りまとめて月1回の会議にて報告し、反映している。職員の面接は法人管理が行っている。	
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	法人全体で人事考課を取り入れ年2回チャレンジシートを通して個別面談、評価、アドバイスをしている。		
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	職能要件書にそった年間研修計画書を作成し、職員に研修参加を促している。		
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	牛久市ケアマネ連絡協議会や県南ケアマネ研修会等に参加し、事例問題を共有しお互いのケアの質の向上に取り組んでいる。現在グループホーム連絡協議会発足については進行中である。		

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	事前面談を行いアセスメントを取り以前利用していたケアマネジャーにも情報を収集している。		
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	事前面談を行い、場合によっては訪問相談し情報を収集している。		
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	入居前に利用者様やご家族様に見学して頂き、お試しが出来るシステムになっている。		
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	裁縫の縫い方等を教えてもらったり食事づくり、掃除、洗濯等の日常生活の家事援助を双方で行っている。		
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	外出、外泊は自由。又、ご家族様の訪問等では、入居者様の様子を細かく報告し状況の変化は時間を置かず伝えている。行事の際にはご家族様に参加して頂ける様連絡している。		
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	電話が使用でき、葉書や代筆等をするようにしている。葉書や郵便物が届いた際には、個人の居室へ持って行く様にしている。	友人、家族の面会が常時されている。利用者自身が自由に電話ができるようにしている。友人との手紙や葉書のやり取りが自由に行われている。利用者の趣味が継続できるように、職員が学び関係継続を支援している。	
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	座席の配置には考慮し、気の合う者同士で座れるようにしている。入居者様同士が関れるような共同で作成するレクを提供している。		

茨城県 グループホームたいせつの家

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
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	入院中はお見舞い・死亡の場合は葬儀に参加している。サービスが終了した方の家族に対しては行事の案内やボランティアのお誘いをしている。		
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	行事やレクリエーションを行う際には事前に一人一人にアンケートをとったり、希望を口頭で聞いたりしている。	利用者一人一人にアンケートを行って希望を聞いている。日々の会話から思いや意向を把握し、スタッフ間で共有し支援している。気づいたことが記入し易いように独自の用紙が作られ、共有の工夫がされている。	
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	事前にとったアセスメントや家族からの情報を職員に周知出来るようにカルテに挟んでいる。		
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	プログレスノートに記載している。個人ノートに記載している。		
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	サービス担当者会議やモニタリングを開催し全職員から意見やアイデアを聞く為アンケートを実施している。	6ヶ月に1回の見直しを行っている。担当者を決めている。帰宅願望が強い利用者の支援を通して、短期目標を設定し遠方への外出支援を試みたが直前に天候と体力により断念した。しかし、利用者、家族、スタッフが一体となり馴染みの場所の写真による支援を行った。	
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	朝夕の申し送りやカンファレンスを利用し日常生活の変化が著しい入居者様に対してプログレスノートに記載したり全入居者様に対して経過記録を記載している。		
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	重度化した場合の受け入れ先を(老健・特養)確保している。		

茨城県 グループホームたいせつの家

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	行事毎にボランティアを呼ぶ等している。又、年2回、消防署と協力し避難訓練を行っている。近隣の幼稚園と交流を持っている。		
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	在宅療養クリニックと契約しており週1回往診に来ている。また、協力病院もあり、定期的に検査が行えるシステムになっている。	提携クリニックの往診が週1回行われている。定期検診は、年2回行われる。結果は家族会で担当医師からの文書にて伝えている。かかりつけ医や突発受診については、基本的には家族に付き添いを依頼している。	提携クリニックへの変更について、クリニック独自の同意書を使用している。変更に伴う当該施設の同意者について検討していただきたい。
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	介護経過の中に看護師の記載欄があり、伝達交換している。又、たいせつの家には看護師2名が配置されている。		
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。	受診時、入院前には診療情報提供書・介護サマリーを作成し、退院時には看護サマリーを頂いている。		
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	在宅療養クリニックと連携し、訪問医や訪問看護が支援できる体制となっている。又、看取りに関するマニュアル、同意書がある。	重度化や終末期について、家族の要望に沿って看取りを行っている。指針を元に同意書が作成されている。看取りについて、看護師中心に情報の共有を行い、スタッフの不安要因を解決しながら支援に繋げている。看取りについての研修会に参加し報告会を行って共有している。	
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	マニュアルがあり勉強会を開いている。又、普通救命救急講座とAED講習会に参加している。		
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	定期的に避難訓練を実施している。又、非常時に備え地域の防災訓練にも入居者様と参加している。現在、自治会と防災協定を検討中である。	日中夜間想定にて、年4回避難訓練を行っている。利用者と共に広域の避難場所の確認を散歩を通して行っている。防災協定を結び、地域との協力体制についての検討している。避難通路のハード面についても検討している。	夜間の避難訓練の実施により課題を明確化したり、近隣施設や近隣住民との協力体制についての再検討を行うなどしている。今後は災害時に入居者情報の持ち出し書類についても検討していただきたい。

茨城県 グループホームたいせつの家

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
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	理念を「自由性を尊重し、自由とプライバシーを確保する」と掲げている。接遇委員会を設け、委員会に出席している。	重要事項説明書を元に、より具体的な個人情報同意書を作成している。法人として接遇委員会が設置され、月に1回の研修会を行っている。	接遇について、ホーム独自の介護職としての言葉かけや尊厳について共有し、支援に繋げていただきたい。
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	大活字本の一覧表があり、そこから借りてくる本を選んで頂いている。また誕生会の際はお茶の種類も選んで頂いている。普段より会話の中で散歩や買い物などの話題を取り入れ入居者様に伺いながら支援している。		
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	散歩に出かけたり、居室で音楽を聴いたり、本を読んだり歩行の訓練をしたりと個人のペースに合わせた生活が送れる様努めている。		
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	定期的に来訪する移動美容室を入居者様の希望により利用している。又、その日に着る服を選んで頂いたり、化粧をする方には時間を取って頂いている。		
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	台所脇に入居者様の得意な家事が貼り出しており、洗い物や盛り付け、野菜の下拵えなどしている。又嗜好などは常に聞きカンファレンスを通し相談、反映出来るよう支援している。	メニューは外部に依頼しているが、隣接施設の管理栄養士がカロリーチェックしている。食事を作る楽しみとして、利用者一人一人の得意分野を分担して支援に繋げている。使い慣れた食器やテーブルクロスを使用して食べる楽しみに繋げている。家族、医師の許可の下、晩酌ができる工夫もある。	
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	食事摂取量や水分の管理を行い、記録を取っている。献立表を管理栄養士が管理している。台所にカロリー制限や禁止食品の表が貼ってある。		

茨城県 グループホームたいせつの家

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
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	申し送りなどを通して常に入居者様の情報交換をしている。また、異変があった場合にはご家族様に連絡し歯医者などに通って頂いている。毎食後のチェック表がある。		
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	一人ひとりの排泄チェック表を基に排泄パターンを把握し、誘導するようしている。又、日中のオムツ外しを実践している。	基本的には、布パンツへの自立支援を行っている。センター方式を利用して排泄パターンを把握共有し、オムツ外しの支援に繋がっている。	
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	水分摂取表・排泄チェック表を基に管理。体操にも工夫し便秘を防ぐよう努めている。又食物繊維を希望に応じ購入し、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てしまわずに、個々にそった支援をしている	毎回入浴日・回数は入居者様の希望を取り行っている。又他の入居者様との混浴を回避している。拒否があった場合は時間を空けたり、一緒に服を用意したりなど工夫している。	基本的には毎日入浴は可能であるが、2日に1回の入浴とされている。随時希望に沿って支援している。拒否される方については、言葉かけや入浴方法を工夫しスタッフ間で共有し支援している。	
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	一人ひとりの睡眠パターンを夜勤日誌にて把握し、日中は活動を促し夜間安眠出来る様に心掛けている。眠れない方には、ホットミルクを提供したり、相手の話に傾聴を心掛けている。		
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	入居者様個々にケースを用意し朝昼夕と分け誤薬がないよう管理している。		
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	掃除や洗濯物たたみ・野菜の下拵え・縫い物などの家事援助をし役割を与えている。又カラオケの好きな方には発表の場を設け練習の時間を提供している。		

茨城県 グループホームたいせつの家

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
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	家族会があり2ヶ月に1度家族様と共に外出する機会を設けている。法事などがある場合にもご家族様と連携し自由に行って頂いている。定期的に家族様と外食したりしている。	家族会で外出支援の機会を設けている。また、家族支援で定期的に外食している利用者がある。買い物は、希望に沿って随時行っている。外出支援については、希望や意向を共有して支援に繋げている。レクリエーションとして、温泉施設への入浴支援を行った。	
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	個人愛用の財布を預かっており、買い物に行く時には本人に持たせている。又、お小遣い帳で管理している。		
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	事業所の電話にて対応している。本人からの希望があった場合には100番通話を利用して気軽に使えるようにしている。手紙は入居者様によって代読、代筆をしている。		
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	食事やおやつの時間に音楽を流したり、フロアには絵画や入居者様の作品を飾っている。吹き抜けになっており自然の採光が入るようになっている。	共用空間は天井が高く、明るい構造になっている。手作りの掲示物や季節感を感じられる空間となっている。利用者に合わせて、共用空間の工夫がされている。	
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	ウッドデッキには椅子やテーブルが置いてあり、外でお茶が飲めるようになっている。外の景色を見たい方にソファを用意している。畳の腰掛があり、一緒に洗濯物等をたたむ事が出来る。		
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	好みの絵や写真を飾ったり、馴染みの家具を持って来て頂いている。	馴染みの家具を持ち込み、居心地良い居室となっている。また、写真の掲示や家族の絵を飾り工夫がされている。	
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	全室バリアフリーであり、要所に手摺がついている。洗面所やトイレの高さは低く設置している。又、トイレの場所が判るよう表示したり居室にも名札をつけている。又、出来ることの家事援助一覧もある。		

目標達成計画

作成日：平成23年 7月 20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	30	提携クリニックへの変更について、クリニック独自の同意書を使用している。変更に伴う当施設の同意書について検討していただきたい。	同意書を検討の上作成していく。	重要事項説明書に内容を盛り込み、入居の際口頭でも説明していく。	12ヶ月
2	36	接遇について、ホーム独自の介護職としての言葉かけや尊厳について共有し、支援に繋がっていきたい。	法人の理念を基にスタッフと協議し、新しい接遇理念を掲げていく。	フロア会議や接遇委員会を通し、言葉かけや尊厳について話し合う機会を設け独自の接遇理念を決めていく。	12ヶ月
3	35	夜間の避難訓練の実施により課題を明確化したり、近隣施設や近隣住民との協力体制についての再検討を行うなどしている。今後は災害時に入居者情報の持ち出し書類についても検討していきたい。	個人情報の取り扱いについて施設全体で協議し、実施の方向に持って行く。	災害時の入居者情報の書類持ち出しについてマニュアルを作成し、統一していく。	12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。