

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	0870101706		
法人名	有限会社 ドゥ・ライフ		
事業所名	グループホーム ゆう		
所在地	茨城県水戸市元石川町2523		
自己評価作成日	平成24年5月30日	評価結果市町村受理日	平成24年9月11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	http://www.kaigokuhyou.in/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0870101706&SCD=320&PCD=08
----------	---

【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24年8月7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)】

・個々が生きることの喜び、自分であることの喜びを感じていただけるような支援を心かけています。当たり前の毎日が当たり前に送れるために出来る事、いつまでも自分らしくあるために、お手伝い出来ることを考えサービスの提供につなげています。

【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)】

市街地から少し離れた、緑豊かな風景の中ホームは佇んでおり、ゆっくりと時間が流れていくような印象を受けた。また、高速のICからも近く、遠方からでもアクセスしやすいのも利点である。道路を隔てて隣町となり、向かい側の住民との交流もある。また、隣には障害者施設があり、そちらとの交流も盛んであった。ホームは生活保護者の割合が多くなってきており、また、年々加齢や疾病に伴い車椅子の方や重度化が深刻になってきているが、それでも職員は“少しでも本人らしく、最期まで”という思いを胸に笑顔を絶やさず親身になって取り組んでいた。

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	・地域の中でのあり方を考え、取り入れている。理念カードを渡し、いつでも確認できるようにし、必要があればその都度話し合っている。	実践状況にもあるように、各職員が名札の裏にカードを携帯し、いつでも確認出来るようになっていた。また、理念には地域密着の内容も含まれ、玄関及び事務所内の目の届く所に掲示されていた。必要に応じ、全体ミーティングでも話し合い、実践に繋げていた。	
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	・散歩の時の挨拶や、出来た野菜をもらったりする交流はある。地域の蕎麦うち会や盆踊りなどへの参加、子供神輿の来訪はある。自治会への加入はしていない。	地元の蕎麦打ち会や盆踊りへの参加、石川囃子の神輿がホームに訪れる。自治会費の問題などで会への参加はしていないが、隣の障害者施設からは職業訓練の一環としてホーム内の掃除に来てくれる。傾聴ボランティアや“水戸黄門”が訪れ楽しませてくれる。今後、職業体験として近隣の中・高生の受け入れ等の充実を図っていく予定。	
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	・ボランティアの受け入れは行っている。介護教室などは開催していない。	/	/
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	・会議で出た意見などに対しては、その場で説明したり、次回までに説明できるようにしている。スタッフにも全体会議などで伝えている。	会議は2カ月に一度開催。参加者は市介護保険課、家族代表、地域住民代表(障害者施設)が主で、内容はホームでの活動報告など。たまに介護保険担当者からコメントを頂くが時間も30分程度で、マンネリ化の傾向にある。	推進会議において、家族参加者及び住民代表の固定化が目立つ。会議の充実化を図る為、感染症や食中毒など家族・住民が求めるテーマを探り勉強会を開いたり、避難訓練の参加を促すなどし、地域との繋がりを深めて頂ける事を期待します。
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	・介護相談員の受け入れや、高齢福祉課と協力し家族への支援も行っている。	推進会議を通じて担当者とのやり取りをしたり、直接市に出向き介護保険業務に関する相談をしている。また、高齢福祉課や生活福祉課担当者とも連携をとっている。	

茨城県 グループホームゆう

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
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	・身体拘束をしないケアを行うため、スタッフで話し合い、時には家族にも相談し何が出来るか考えている。夜間から明け方は、防犯の意味も含めて施錠している。	過去に病院から退院し胃瘦となった利用者には、安全の為、そして医師の指示及び家族の希望の元、やむを得ず抑制着を着用させたことがあった。拘束に関する同意書を交わし、拘束廃止のポスターを掲げ、言葉の抑制も含め出来るだけ行わないよう最大限努めている。	職員は断腸の思いで拘束を実施したとの事だが、ベッドを壁に寄せ、四方を囲む拘束を含め、やむを得ず拘束を行った後のプロセス(計画書に明記→経過記録に残す→モニタリングを実施し、代替手段及び拘束が外れないかの確認)を再確認し今後の拘束についての工夫に期待される。
7		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	・スタッフ間で話をし、防止に努めているつもりではあるが、高圧的な言葉になっている時もあるのではないかと思う。		
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	・家族や社会福祉協議会と話し合い、必要な制度を活用している。成年後見制度、自立支援事業を活用している方もいる。		
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	・契約時の説明はきちんと行い、疑問があればその都度受けている。		
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	・家族会などはないが、意見などは運営推進会議や面会時などに受けている。	玄関には意見箱を設置。家族意見は主に面会時に伺うようにしている。面会に来られない家族には電話や手紙を通じて連絡を取り意見の吸い上げを図っている。職員顔写真や喫煙所、食事に関する要望など意見は挙がっており真摯に受け止め反映させている。また、利用者の様子を毎月職員が手書きで家族に送り、ホーム便りも3カ月に一度送っている。	
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	・全体会議などで意見を聞いたり、食事会、飲み会などの席を設けて行うこともある。反映させてはいるが、全てとは言えない。	管理者や代表は“職員は宝”と話しており、常に職員の事を考え、意見を聞くようにしている。現場職員からも“とても意見が言い易い”と風通しのよい職場環境であると確認できた。	

茨城県 グループホームゆう

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
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	・出来る限り、そういった環境を作っている。		
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	・講師を招いての社内研修の実施。働きながらの資格取得の支援。社外の研修は自分で選び、いつでも参加できるようにしている。研修費は事業所が負担している。		
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	・他施設などと協同で研修会を行ったり、水戸市地域密着介護サービス協議会で勉強会に参加をしている。		
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	・これまでの生活や問題を踏まえ、これからの生活に繋げるよう支援している。		
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	・家族からの不安や意見はきちんと受け止め、互いに理解し合えるようにしている。		
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	・相談に応じて、他サービスの説明をさせて頂いたり、必要に応じて、連絡調整を行い家族につなげている。		
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	・昔ながらの事、畑、料理と個々が得意とする場面では本人の力を十分に発揮出来るように努め、その喜びを一緒に味わえるようにしている。		
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	・随時相談を受けたり、面会時には一緒に食事を摂ってもらったり、いつも側にいる存在だと互いに感じられるように支援している。		

茨城県 グループホームゆう

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
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	・今までの生活からあまり離れてしまわないよう、家族にも協力してもらい、友人宅へ出かけたり、図書館などへも出かけている。	昔から通っていた床屋は継続利用している。他、近所の商店や図書館にも通い、馴染みのスーパーも利用している。入居者の教え子や同僚の面会もあり、継続した関係が築けていた。来訪できない遠方の方から手紙が来るが、今後返事の手紙を送るとの事。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	・無理に引き合わせたりせず、それぞれが気に入った場所で、ゆっくり過ごせるようにしている。		
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	・必要に応じて行っている。		
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	・医師や家族を交え、より安全に希望や意向に添っていけるよう、検討、実行している。	病状の悪化に伴い、自ら伝えられない方も増えてきているが、生活歴を把握したり、本人の表情や態度から推察し反映させている。もとの習慣で靴下での生活を希望している方や、毎朝パンとコーヒーを飲みたい方など要望に応じている。	
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	・ライフヒストリーなどから、これまでの暮らしなど、より詳しく知る努力をしている。		
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	・それぞれの表現の仕方をしっかりと見ることで、生活のリズムや心身の状態の把握に努めている。		
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	・ケア会議や全体会議などから、スタッフの声を聞き、必要に応じて主治医の意見もお聞きしている。計画作成にはそれぞれの意見が組み込まれるようにしている。	計画書は、ニーズを的確に捉えており、サービス内容も充実していた。そのままケース記録に反映させ、定期的に担当者会議及びモニタリングも実施され、プランとの連動性も確認できた。記録もコンパクトに記入出来るよう配慮されており、記録に要する時間短縮に繋がっていた。	

茨城県 グループホームゆう

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
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	・スタッフの見やすい、書きやすい形で記録している。介護計画と連動して記入できるようにしている。申し送り、連絡ノートにて漏れがないようにしている。		
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、その時々にも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	・外泊や選挙など、それぞれの支援に取り組んでいる。		
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	・シルバー人材やボランティアによる作業療法などを活用し、楽しみながら活動できる場を提供している。		
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	・支援している。	現在、家族による受診支援は家族の都合で全員職員付き添いの上行っている。往診や協力医もあるが、希望の方にはかかりつけ医の受診を支援している。精神科専門医への受診も支援している。	
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	・連携医との連絡を。電話連絡だけでなく、メールやファックス等を使い密に行っている。		
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。	・入院時は、病院、家族と連絡を取り合いながら、早期退院に向けた取り組みをしている。		
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、事業所の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、家族の考えに一番近く、本人にとって良い結果になるよう、医師、家族、事業者で何度も話し合いを重ね、その状態に合わせた対応が取れるよう支援している。	出来るだけ最期までホームで生活してもらいたいとの思いもあり、今までに看取りは6名行っている。契約時に看取りの意向を確認し、その時に医師を含め家族の意向を確認している。必ず同意書を交わし対応している。	

茨城県 グループホームゆう

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
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	・定期的に救急法を受講し、対応できるようにしている。		
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	・消防を入れた訓練をしている。隣の事業所とも一緒に訓練を行うことで、協力体制を強化している。	火災訓練は年2回実施。内、1回は消防署立ち会いの上行っている。備蓄も十分備えがあり、隣の障害者施設に協力してもらい訓練している。次回は夜間想定を行う予定。	
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	・それぞれにあわせた言葉掛けを意識しているが、相応しくない言葉掛けになっている事もあるのではないかとスタッフ同士でチェックするようにしている。	プライバシーを損ねないよう職員同士で指摘し言葉かけを意識している。トイレ誘導の際にも暗号で掛け合ったりしている。介護保険に関する個人情報の同意を契約時に交わし、来訪したボランティア等にも秘密の漏洩に注意促している。	
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	・押し付けたりすることがないよう、声かけにて、返答や表情から本人の意思をくみ取るようにしている。		
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	・いつもと同じとは考えずに、その日の言葉や行動に合わせるようにしている。		
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	・好みや着たい洋服などは、今までと同じように着られるように支援している。散髪なども本人の好みに合わせている。		
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	・出来る事、知っていることを一緒に行っている。気分を外食したり、スーパーに弁当を買いに行ったりと、目で見る楽しみや、外に出る楽しみも合わせて行えるようにしている。	慣れ親しんだ箸を使い、その方の状態に合わせて食べやすい工夫されていた。職員も同じ物と同じテーブルを囲んで召し上がっていた。会話も多く、楽しい雰囲気です。	

茨城県 グループホームゆう

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
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	・一緒に食事をする事で、食事了や食べる動作の見守りを行っている。無理せずに水分を摂取できるよう、甘さ、冷たさなど個々によって変えるようにしている。		
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、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	・声かけや一部介助によって実施している。		
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	・個々に合わせた、声かけ、誘導を行っている。	排泄パターンを把握しトイレ誘導していた。オムツ使用の方も、家族の経済的負担である事を十分認識し、毎月のオムツ使用額を職員にも見せ、出来るだけオムツ使用量を減らすよう取り組んでいた。	
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、食材の工夫も行っているが、主治医と連携しながら取り組んでいる。		
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	・ユニット別々にお湯を沸かし、朝から入浴できるようにしている。	入浴は各ユニットどちらでも使用できるよう留意し、朝風呂が好きな方でも対応している。車いすや足腰の弱い方でも2人介助で湯船に浸かれるよう頑張っている。季節に応じ菖蒲湯やゆず湯など楽しめるようにしていた。	
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	・その都度、体調や気分、希望にあわせ、午睡や就寝時間を長く取ったり、気を使うようにしている。		
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	・記録と報告行い、すぐに目を通せるところに保管し確認できるようにしている。		
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	・出来なくても、言葉での指示をもらったり、見ていてもらうことで活力が出るような場面づくりをしている。出来る事は安全に行えるように支援している。		

茨城県 グループホームゆう

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	・その都度、本人の希望にあわせ、外出などが出来るよう努めている。外泊などは家族との連絡を密にしている。	可能な方には外食や図書館への外出など積極的に取り入れていた。重要事項説明書にもあるように毎月1回外出行事を行っている。希望を取り入れ、個別で水族館に出かけた事もある。家族による外出支援も行っていた。	
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	・それぞれの力に合わせて現金を持っている。支払時など、見守りによって一緒に行っている。		
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	・希望で居室に電話を引いてもらっている。手紙を出したりなどの支援を行っている。		
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	・それぞれが好きな場所で過ごせるよう空間づくりをしている。食材や花などから、季節感を感じられるようにしている。	館内は天井がとても高く、廊下も広く取ってあり、途中で腰掛けられるベンチも設置してあった。木目調の作りでとても温かみを感じさせる雰囲気であった。玄関や食堂テーブルには季節の飾りや花が置かれ、楽しめるように配慮されていた。	
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、談話室など一人でいながら、他人を感じられるスペースを用意している。		
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	・これまで使っていたものを持ってきて、自分の空間を作って頂けるよう、家族と相談し居室づくりをしている。	持ち込みのベッドや筆筒が置かれ、ぬいぐるみや仏壇を置いてある部屋もあった。一人一人違った部屋でその人らしさがにじみ出ていた。	
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	・当たり前の目印ではなく、なにが分かりやすいか色々当てはめ、考え工夫している。		

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	5	・ベット柵の使用についてのプロセスを怠っていた。 ・転倒防止を柵に頼ってしまい、工夫が足りなかった。	・ベット柵を外す。(四方を囲まない状態)	・低床ベットにし、コマメな訪室をする。職員で話し合い、現在は四方を囲む様な使用をしていない。	1ヶ月
2	3	運営推進会議の参加メンバーが固定されていて、会議自体の内容もマンネリ化し、活かされた会議になっていない。	・障害施設、石川嚙子保存会の方以外の、近所の方にも会議に参加していただき、避難訓練等にも参加してもらえるようになる。 ・多くの家族に会議に参加していただけるようにする。 ・家族アンケートを実施をする。	・いつも野菜を頂いている近所の方が参加していただけるようになった。 ・ホーム行事等に合わせ会議を開催することで、多くの家族に参加していただけるようにする。 ・アンケートの結果を、公表し、話し合い、サービスの向上に繋げる。	12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。