

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	0870300662		
法人名	有限会社イノセ		
事業所名	グループホームASUKA		
所在地	茨城県土浦市神立町673番地62		
自己評価作成日	平成25年5月10日	評価結果市町村受理日	平成25年9月6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)】

常磐線の神立駅周辺の住宅街の一角に位置し、車椅子でも5分以内の場所に神立コミュニティーセンターやスーパーがあり、希望される入居者の方に職員が付き添い、地域の活動や買い物に利用して頂いています。職員は入居者の今に寄り添うケアを大切に支援すると共に、毎日旬の野菜を取り入れ、バランスの良い食事の提供を心がけています。

※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.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0870300662-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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)】

住宅地の一角にあり、家庭的な平屋の造りとなっている。すぐそばの広い通り沿いにコミュニティーセンターやスーパーがあり、車いすでも日常的な買い物やイベントに出かけられる環境と職員の支援がある。法人経営者の自宅が近いこともあり、町内会との付き合いも盛んで、毎年夏の子供会の山車が回ってくるのを利用者は楽しみにしている。管理者と職員が心一つにして利用者の想いに添えるよう努力している姿勢があり、改善すべき点があれば全員ですぐに話し合いをし、誠実に対応している。

【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東4637-2
訪問調査日	平成25年6月28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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	平成22年に地域密着型サービスの意義をふまえた事業所の理念を加え、管理者と職員は理念を共有して実践につなげるように努めている	開所時に作られた理念に、地域密着型となった際の地域への参加項目が追加された。事業所の姿勢を表現した内容で、心の豊かさや人との繋がりを尊重した内容になっている。所内の各所に掲示され、毎日読み上げて確認しながらケアに活かしている。	
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	回覧板などを通じて神立コミュニティーセンターや地域の行事に参加、交流するように努めている	週2回の体操や歌のボランティアの訪問がある。クリスマスにはハンドベルのボランティアの訪問もある。歩いてすぐのところコミュニティーセンターがあり、カラオケ大会、さつき展などが開催され頻繁に出掛けていく利用者もいる。	
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	認知症の方の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて生かしていけるように努めている		
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	年6回運営推進会議を開き近況報告や予定などを話し合い、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回奇数月末に行われている。区長、民生委員、介護相談員、市職員、利用者代表、家族代表の参加がある。参加できなかった家族にも、2ヶ月に1回ホーム便りと会議の報告書を送って様子を知らるようになり、家族からも喜ばれている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市役所担当者とは日頃から電話、運営推進会議などを通じて意見の交換をし、協力関係を築く様に努めている	介護相談員の訪問が月に1回ある。市の担当職員とは協力関係があり、何でもわかりやすく説明してもらえる。生活保護の関連で、社会福祉課の訪問もある。	
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	現在、日中の玄関の施錠をおこなっていない。身体拘束に関してはプランに明記し、定期的にモニタリングを行っている	現在該当する事例はないが、以前に取り交わした身体拘束についての同意書を見直して、具体的な内容(理由・対応・モニタリング結果等)を記述するようにした。また、モニタリングで変化があれば、同意書を取り直すよう改善されていた。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	社内研修会を開き、虐待が見過ごされる事のないよう注意を払い、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	個々の必要性に合わせ活用できるように努めている		
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	項目道りに行っている		
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	家族の方からは面会時や電話などで意見を聞くように努めている。利用者の方からは日々の生活の中から要望などを聞きだすように努めている	家族の面会の頻度は様々だが、電話での報告も行いながら、意見を聴取している。また、なかなか言葉では気持ちや希望を言い表せない利用者もいるが、本人の様子や反応を見ながら気持ちを汲み取るようにしている。	
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	月に1回業務カンファレンス、ケアカンファレンスを開き意見や提案などを聞く機会を設け、反映させるように努めている	ケアカンファレンスが月に1回ある。その他にも職員の意見を積極的に聞き入れ、事業所全員で利用者の誤嚥防止などの対応策を話し合う機会が設けられている。職員も研修にも出来るだけ参加し、研修記録を回覧するなどして他の職員とも情報を共有化している。	
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	職員が向上心を持って働く事が出来る様に職場環境を整えたり、条件の整備に努めている		
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	必要に応じて法人内外の研修会を受けられるように努めている		
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	同業者との交流を通じてサービスの質の向上をさせるように努めている		

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	項目道りに行っている	
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	項目道りに行っている	
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	日頃から本人の要望を聞き取り、定期的にサービス担当者会議を開き、本人にとって必要とするより良い支援に努めている	
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	毎日の生活の中で食べたいものを聞き出し、出来る限りメニューの中に入れて差し上げたり、希望される方はホームの庭で職員と野菜づくりやかたづけ等もされている	
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	家族の方と連絡を蜜に取りながら要望をお聴きしたり、協力依頼をしたりしながら共に本人を支えていく関係づくりに努めている	
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	家族や知人の方が面会に来られたり、買い物などを支援し、希望される方には自由に電話を掛けて頂いて関係の継続に努めている	定期的な知人の面会がある利用者は、部屋でお茶を飲みながら一緒に時間を過ごしている。コミュニティセンターが馴染みの場所であり、気軽に出掛けていくことができる。所内の電話も利用できる。近くのお墓に定期的に出向くことが出来るような支援も行われている。
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、何か問題がおきた時は職員が仲介に入り、より良い解決をするように努めている	

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
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	サービスを終了した後も家族の方が気軽に立ち寄られる事がある 必要に応じて相談に応じている		
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	意思の疎通が取りづらい入居者の方には十分な時間をかけてコミュニケーションをとりながら暮らしの希望、意向の把握に努めている サービス担当者会議やケアカンファレンスを定期的に行っている	利用者へのケアについて特に担当はないが、3ヶ月ごとに居室の清掃などの担当を交代で受け持ち、職員それぞれの気づきを伝え合い共有している。利用者の行動の一つひとつに寄り添い受け止め、理解する努力をしている。	
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	項目道りに行っている		
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	利用者の日常生活を観察して記録に残し、心身の状態、有する力等の現状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	より良く暮らして頂く為、出来るだけ本人の思いに添った介護計画を作成するよう努めている	3ヶ月に1回、シートに沿ってモニタリングを行い、必要に応じてプランの変更を行っている。本人や家族の希望に応じたプランが作られているが、モニタリングの材料となるケース記録がプランに沿った記述になっていない。	より効率的にモニタリングが行えるようにケース記録にプランを貼り、常に内容を確認しながらプランに沿った記入ができるような工夫を期待したい。
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	ケース記録、カンファレンス等の記録を残し、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		
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	本人や家族の希望を聞きながら出来るだけ柔軟な支援をするよう努めている		

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
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	神立コミュニティーセンターやスーパーが車椅子でも5分くらいの所にあり、入居者の方が買い物、図書室利用、行事等に参加することが出来るように支援している	
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	かかりつけ医は本人、家族の希望を大切にしている 馴染みの医師の診察も受けられるように支援している	利用者それぞれのかかりつけ医への受診を支援している。入院中の利用者についても、家族が対応できない身の回りのサポートをしている。事業所の協力医の受診も可能である。受診結果はケース記録に記入され、家族への連絡の記録も残されている。
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	看護職員はいないが介護職員同士常に情報交換を行い利用者が適切な受診や看護が受けられるように支援している	
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。	利用者が入院した際、家族の方や病院関係者と情報交換や相談に努めていると共に病院関係者とのより良い関係づくりに努めている	
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	ターミナルケアについては日頃、本人との話の中から汲み取り、記録に残している 長期入院についてはその都度本人、家族と話し合い、事業所で出来る事を十分に説明し、本人にとってより良い支援をしている	看取りの経験はまだない。協力医はいるが定期的な往診や看護体制はないので、職員の研修等の面からも受け入れが出来る状態にはない。家族、それぞれのかかりつけ医を交えて、必要に応じて対応を話し合うようになっている。
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	職員は救命講習うけたり、社内研修を行い、急変や事故発生に備えている マニュアルも用意している	
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	災害時、避難訓練を定期的に行い、マニュアルを作成して全職員が避難する方法を身に付けるよう努めている	避難訓練は夜間想定も含めて年2回実施している。同法人内の高齢者専用住宅とともに実施している。今後は近隣住民の方の参加を呼び掛け夜間想定での避難訓練が行えるよう取り組む予定である

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
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、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をして利用者のあるがままを受け入れるように努めている	前回の外部評価結果を受けて面会簿がノート形式から単票形式に改善されていた。書類は事務室の目につかない場所に保管されている。利用者に対しては、誇りを大切にしつつ暖かい対応を心がけている様子が確認できた。	
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	耳の悪い利用者方には筆談や身振り手振りで対応したり、意思の疎通が難しい方には時間かけ、コミュニケーションをとりながら思いを汲み取るように努めています		
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	項目道りに行っている		
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	寒暖やその人らしさを考慮しながら身に付けるものを出来るだけ本人に選んで頂ける様にしている		
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	食事の準備や片づけは本人の希望や体力等を考慮して行って頂いている 利用者の希望を聞きながらメニュー作りをしている	利用者の好みを中心にメニューを作成している。近所から頂いた野菜などを有効に活用し、家庭的でバランスのとれた食事が提供されている。下膳を手伝う利用者もいる。外食に出づらい利用者もおり、出前やお取り寄せで普段と違う食事を楽しんでいる。	
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	利用者に合わせた調理方法、摂取カロリー、栄養バランス、一日の水分摂取量に配慮して支援している		
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	入居者一人ひとりに合った口腔ケアを行っている 特に夕食後は念入りに歯磨き、入れ歯の消毒を実施している		

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	
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	毎日の生活の中から利用者の排泄パターンを把握し、声かけをマメに行い、トイレに誘導し、自立に受けた支援を行っている	日中はトイレ誘導を行いプライバシーに配慮して見守り、自立のための支援をしている。夜間は本人の不安や十分な睡眠確保を重視して、おむつやパット等を使っている利用者もいる。		
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	入居者の一人ひとりに毎日排尿、排便の記録をつけ、食事にも野菜を多く取り入れ、水分摂取量も記録に残している			
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	出来るだけ入居者の希望を聞きながら、健康状態、安全にも配慮し、個々にあった入浴支援をしている	週3回の入浴支援があり、毎回全員が入浴している。ゆずの季節にはゆず湯にしたり、希望を聞きながら入浴剤も使用している。シャンプーやボディソープなどはそれぞれの好みのものを使用している。足ふきマットは一人ずつ使い分けている。		
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	入居者の中で昼寝を必要と思われる方には声かけをして居室で休んで頂き、出来るだけ昼夜逆転しない様に支援している			
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	項目道りに行っている			
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	入居者の生活歴や力を活かして役割や楽しみを見つけ出し、一人ひとりが張り合いの日々を過ごせるように支援している			
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	本人の希望、健康状態に配慮しながら出来る限り、買い物や散歩、神立コミュニティセンター等へ出かけられるように支援している	近くのコミュニティセンターやスーパー、車で公園へ花見などに出かけている。タバコなどの日用品の買い物に付き添ったり、デイサービスでのイベントに出かけるなど、本人の希望に応じて支援されている。家族の協力を得て外出する利用者もいる。		

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	本人、家族と相談しながら、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		
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している	希望される方には自由に電話を掛けて頂いている。自分で掛けることができない方には職員がつないで差し上げている		
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	玄関やホールには常に季節の花などを飾っている。グループホームの庭で希望される入居者の方が季節の花や野菜を作れるように支援している	玄関や食卓に紫陽花などの季節の花が飾られている。ロビーにはソファやベットの置かれ、ゆっくりと過ごすスペースがある。畑のある庭がホールの目の前に見えていてゆったり感じられる。掃出し窓を開けてすぐの所にテラスのようなスペースがあり、食後の喫煙を楽しんでいる利用者もいる。	
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	ホールで気のあった利用者同士おしゃべりをしたり、体操をしたり、歌などを歌えるように支援している		
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	居室には本人が使い慣れたテーブル、小物入れ、写真などを自由に置いて頂き、居心地よく、過ごして頂ける様に支援している	和室と洋室の2タイプの部屋がある。それぞれキーボードやテレビ、冷蔵庫など馴染みのある家具や希望する品が部屋に置かれている。どの部屋もその人らしい空間になっていた。	
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	一人ひとりの希望や力量に応じて野菜づくり、犬、猫の世話、カーテンの開け閉め等安全かつ出来るだけ自立した生活が送れるように支援している		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームASUKA

目標達成計画

作成日:平成25年9月6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	26	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人や家族の希望に応じた介護計画が作られているが、モニタリングの材料となるケース記録が介護計画に沿った記述になっていない。	モニタリングの材料となるケース記録を介護計画に沿った記述にする。	* 利用者の毎日の記録をつけるにあたり、介護計画書を常にケース記録とセットにしておき内容を確認しながら介護計画に沿ったケース記録を記入し、モニタリングが効率的に行えるようにする。	3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。