

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	0872001003		
法人名	株式会社 長寿館		
事業所名	グループホーム作谷長寿館①		
所在地	茨城県つくば市作谷1038-23		
自己評価作成日	平成21年9月28日	評価結果市町村受理日	平成22年3月31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11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)】

ISOを取得し良品質のサービスを提供する”長寿館ブランド”の構築を目指し、職員一同力を入れて取り組んでいます
--

【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)】

広い敷地に建てられた平屋のホームは、自然環境に恵まれゆったりと過ごせる場所である。利用者の表情からも職員の頑張りが見受けられる。何より職員のチームワークの良さと、前向きな取り組みがサービスに活かされていることがある。管理者はじめ、職員での話し合いが業務に取り入れられることが、一人一人のモチベーションの向上につながっていると思われる。畑での野菜作りは、農家出身の利用者にとっては生きがいにもなっている。全員で考えたという理念に向かって日々努力を惜しまない姿勢がうかがわれる。

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、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	新しい理念の下、意識付けし仕事に取り組んでいる	地域密着型になった事をきっかけに、職員の意見をききながら作成した。地域を意識した新しい理念掲げ、定期的会議の中で話あっている。カンファランスや朝の申し送りで伝えながら職員全員が共通理解できるようにしている。	
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人として日常的に交流している	小学校の運動会への参加するなど、地域とのかかわりに努めている。	天気の良い日は散歩し、地域にあいさつに行ったり小学校に出向いたりしている。一人で散歩に出かける人がいるが、地域の方から連絡がある。家族の意向でGPS携帯を持参しながらひとりで散歩している。地域にも呼びかけ手伝ってもらっている。運営推進会議と地域訪問で協力体制が成り立っている。	
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	小学校や中学校のボランティア、見学体験等受け入れている。		
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	地区長や民生委員、市の担当者、ご家族等への報告や話し合いにより、意見を取り込みサービス向上に努めている	3か月に1回開催している。情報はその都度区長さんから入手している。推進会議と密着型サービス会議等でホームのことをアピールしている。利用者も推進会議に出ている。事例、感染症対策なども含めて委員さんたちに話題提供できるような内容も検討しながら会議を継続していただきたい。	
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取り組んでいる	運営推進会議だけでなく、地域密着型サービス連絡会にて、情報交換、指導を仰ぐなどしている	管理者同士の密着型会議に出て、それぞれの取り組みを知る場になっている。つくば市全体で集まっているが、市の担当者も参加しているので最新情報をもらったり、相談の場になっている。顔見知りになることで市との関係は良好である。	
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	カンファランスにて確認し話し合っている	県の研修会に毎回参加している。朝の申し送りで伝える。カンファランスでも話し合い確認しあっている。(例えば、車いす利用者の拘束について) 情報公表のためにも研修の年間計画を作成した。	
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	カンファランスや申し送り時にて確認し合い、ケアの見直し、防止に努めている		

茨城県 グループホーム作谷長寿館

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	研修に参加し、全職員へ還元、理解を深めている		
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	契約時は来所いただき、説明に納得された上で同意を得ている。改定時も、説明し書面にて同意を得ている		
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	満足度調査等アンケート形式にて入居者の意見を聞きだしている。運営推進会議にてご家族の代表者から意見を伺うと共に、面会にて気軽に意見を言っていたり、接し方に気をつけている	家族会は年2回行なっている。アンケートは実施していない。家族の意見は反映はして行きたいが、どのような家族会にして行くか検討しているところである。家族同士の話し合いの場にして、苦情は宝物としていただけるような取組を行っていただきたい。	
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	職員からの意見・提案があれば、代表者へ報告し反映に努めている	外に座る場所がないのでベンチを増やして欲しい、との意見がOKになった。風呂用品の購入にもつながったなど、職員の意見や提案が反映されやすい環境である。	
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	職員がやりがいを持って働ける環境づくりに努めている		
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	年間の研修計画を作成し、一人一人の力を養う努力をしている		
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	地域密着型サービス連絡会の勉強会に参加することにより、同業者との交流、レベルアップに努めている		

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
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	特に不安感の多い初期には、様子観察、傾聴を怠らず、コミュニケーションを通し入居者が安心できるようにしている		
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	面接時や入居後の面会の時など、要望があった際には相談援助を行っている		
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	面接にて聞き取りの際、センター方式を活用しながら、本人・家族について見極めていき、必要であろう支援の提供に努めている		
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	共同生活の場であることを認識していただき、入居者同士のコミュニケーションを図れるよう支援している		
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	面会に来てくださる機会をなるべく作っていただけよう働きかけている。近隣の散歩にお連れしていただいたり、病院受診に協力していただいている。		
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	デイサービスを利用している方や近隣の知り合いの面会に来ていただいたり、デイサービスに出向いている。	理美容は馴染みの店に職員と一緒にいる。買い物の希望が多い方にも付き添う。デイを利用している友人がホームに会いにきたり、デイに出向いたりしている。家族の面会は定期的に理由づけして来てもらう努力をしている。例えば、預かり金がなくなった時、ケアプランの印鑑をもらう時、衣替えや下着の入れ替えなどに来てもらう。	
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	一方の方に偏らないコミュニケーションに努めている。入居者同士の交流が図れるよう職員が間に入り対応している		
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	相談があれば対応できるようにしている		

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	カンファレンスやセンター方式の活用により把握に努めている	毎日の行動や表情を観察することや、家族からの聞き取りで把握している。スタッフがそれぞれ気付いたものをカンファレンスで出し合い、情報を共有できるようにしている。	利用者の家庭に向いて欲しい。その人の住みなれた生活を把握し、家族の思いや生活習慣などをより知ることができる。管理者の役割として、ひとりひとりを理解するためにもぜひ行っていただきたい。
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	面接時にセンター方式を用いながら、細かく聞き取りをしている。また、本人とのお話の中での把握にも努めている		
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	居室担当者を決め現状把握に努めている。他の職員の気づきも多く、カンファレンスにて全員が把握できるようにしている。		
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	居室担当者への相談やモニタリング、ご家族との話し合い、担当者会議での内容を含め作成している。	居室担当の職員が作成している。モニタリングと介護記録からケアプランを作成している。利用者本人、家族からの情報も参考にして日々様子と合わせてカンファレンスで話し合いながら作成している。	
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	ケア記録への記入だけでなく、申し送りノートに気になることは残し、職員全員が把握できるようにしている		
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	デイサービスの催し事や市内の講演会・演奏会等、入居者の状態に合わせてながら参加している		

茨城県 グループホーム作谷長寿館

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	畑やプランター植物の手入れや水まき、収穫など、持っている知識や経験を発揮していただき、生活が充実するよう支援している		
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	提携している病院があり、情報をいただいたり、週に1度、往診に来ていただき支援していただいている。入所前からの受診先や必要時には、提携先以外にも受診できるようにしえんしている。	週2回往診(ユニット毎に1回)木村病院が休みの時はつくば病院へ行く。緊急時は救急車対応だが、認知症というだけで断られる場合があり、優先的な受け入れについて関連施設での話し合いが必要と考えている。	
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	提携病院の看護師に相談し、適切な支援が出来るようにしている		
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。	病院関係者との情報交換、ご家族や入居者が不安のないよう、情報を伝え相談に応じている。		
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	継続的な受診を通し、医療関係者やご家族と話し合いを重ね、方針を共有している	ターミナルケアをして行く方針であるが、研修は行っていない。文章はある。生命が終わる時の話だけではなくそれまでの過程も看取りと捉え、病気のことなど医療的な面でのスタッフの不安を取り除きながら進めていきたい。	スタッフが共通した理解の中で対応できるように、研修も含めて検討していただきたい。契約時に家族と話し合っているようだが、家族の気持ちは揺れ動くものとして、どの時点で家族へ連絡するかなどの基準づくりも必要である。できれば同意書についても検討していただきたい。
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	勉強会や研修に参加し、対応できるよう努めている		
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	定期的な避難訓練により、適切な避難方法を学んでいる。運営推進会議にて、家族の代表者や地区長への働きかけを行っている	昼を想定して年2回行っている。その中で1回は消防署と一緒に。隣接するデイサービスの職員も協力してくれる。デイでは備蓄しているが、ホーム独自のものは用意できていない。	備蓄、夜間想定を含めたマニュアルの確認をしていただきたい。18人の利用者含め検討してほしい。備蓄については18人の利用者のライフラインが途切れたことも想定して取り組んでいただきたい。

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	一人の人間として尊厳を大切にし、職員目線の接し方になっていないか、カンファレンス等にて確認し合っている	本人の意思をくみ、日々の生活の中で信頼関係を構築するなど、利用者へ接し方での配慮は行き届いている。書類の管理については、面会簿は一覧表になっていたり、保管場所の事務所はオープンになっており特に鍵はかかっていない。	一覧の面会簿からトラブルになった例もあるので、面会者が記名して専用の箱なりポストを考えていただきたい。事務所が入居者が通り抜けられる構造であるから、個人情報の記録などは、スタッフ以外の目に触れないような工夫をして頂きたい。
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	本人が思っていることを話し易いような言葉かけの方法、環境づくりに配慮している。行事やレクへの参加など、何かをする時は本人の意思を確認している。		
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	生活の場であるので、押し付けではなく本人の意思、ペースに沿った支援をしている		
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	毎朝の整容や、理容師を呼び希望に応じたカットを行っている。		
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	一人一人の好みに合わせ、また希望を聞き入れたメニューをお出しできるよう努めている。力量にあわせ、片付けや食器拭き、盛り付けや包丁を使うことなど一緒に行っている。	病気で食べられな方や偏食がある方には状態に合わせた内容で対応している。行事食もあり、希望があれば出前もとっている。月曜日～金曜日はタイヘイ、土日は職員が作っている。利用者と畑の野菜を取り入れたり買い物も一緒に行きながら楽しんでいる。	
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	好き嫌いのある方、飲水の進まない方には別メニューを提供したり、甘めな水分にするなど、水分摂取不足とならないよう努めている		
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	毎食後、欠かさず口腔ケアを実施している		

茨城県 グループホーム作谷長寿館

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	排泄パターンをつかむと共に時間での誘導を行い、失敗や使用量の削減に努めている。ポータブルトイレの使用により、自立支援に努めている	日々の生活の中で把握するため、本人のしぐさや行動観察で判断する。声かけに攻撃的になることもあるので、便秘の有無をチェックし、食事の工夫やマッサージなどで対応している。排泄パターンをカンファランスで話し合い、オムツからパットーポータブルトイレになった例もある。定期誘導や、夜間はポータブルトイレを使用するなどオムツを減らす取り組みを行っている。	
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	腸の働きを良くする食材の提供や、毎日の体操、近隣散歩等、体を動かす工夫をしている。便の形状や間隔を把握し記録している		
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ず、個々にそった支援をしている	入居者の希望を聞き納得のうえ、入浴して頂いている	拒否する方も多い。入浴チェック表から入浴していない事実を知ってもらい納得してもらおう。同性介助をしている。人により毎日、一日おきにはいつている人もいる。入浴日は特定していない。	
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	日中はレクや体を動かし、夜間に安眠できるよう支援している。入居者の状態により、休息の時間を作っている		
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	服薬の支援方法を記録に残しており、不明な点は職員同士で確認できている		
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	センター方式の活用や入居者とお話から得られた情報をもとに、役割づくりや楽しみが持てるよう支援している		
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	勤務体制の都合上、外出支援ができないこともあるが、ホーム近隣の散歩は天気の良い日には積極的に支援している。希望を募り外出企画に取り入れたり、ドライブができるよう支援している	時折ジャスコに行ったり、毎月外出計画を立てている。下妻の大宝神社に初もうでに行く。今月はミカン狩りに行った。下妻のポピー祭りにも行っている。道の駅下妻の外食ランチは人気があり、時折マクドナルドセットを食べたりする。ドライブでは筑波山紅葉や、弁当を持って公園に出かけたりする。	

茨城県 グループホーム作谷長寿館

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	ご自分で管理できる方については、所持していただいております。希望されたときには買い物支援をしています。		
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	早朝や夜間遅く以外は、希望に添い電話して頂いている。希望があれば、手紙のやり取りも支援する		
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	トイレの場所をわかり易く示したり、季節の花を飾る等、生活感のある環境に配慮している。	窓から外の景色を眺められる空間があり、畳の部分にはソファーなど設置されている。茶舞台を囲んで家族とゆっくりしたり、横になって昼寝をする方もいる。広いホールは人の心をゆったりさせている。	
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	ソファ空間やベンチを利用し、入居者同士お話を楽しめる場であったり、落ち着ける場になっている。		
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	危険なものでなければ、制限なく持ち込んでいただいている。馴染みのものも持ってきていただけるようお話している	持参してくださいとお願いするが、持参する人は少ない。契約はホームで行い、自宅へ訪問する機会はない。	
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	障害となるものは置かず車椅子の方もお手伝いなく通れるような座席、テーブルの位置に気をつけている		

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	35	夜間を想定した非難訓練マニュアルの作成、全職員への周知・研修ができていない	夜間の非常災害について、マニュアルを構築したい。全職員が理解できる。	非常災害時の近隣協力者の確保、具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の構築について、運営推進会議にて話し合い、点検を行う。	3ヶ月
2	36	面会簿が一覧表になっている。事務所も家族、入居者が通ることができる構造になっている。	プライバシーの配慮を徹底する。	面会簿は一覧表を改め一回ごとに記名していただいた用紙を、ポスト形式の箱に投函する仕組みを作る。	3ヶ月
3	23	新規入居が見込まれる利用者様の思いや生活習慣を理解しきれていない。	利用者の思いをひとりひとり理解し、尊重する。	新規が見込まれる利用者には、必ず自宅訪問し、家族や利用者の生活習慣や思いを汲み取る。	ヶ月
4	33	重度化や終末期に対しての、職員への研修、共通理解が得られていない	全職員共通して理解を深める。	ターミナルケアについて、研修を行う。ご家族や医療関係者との話し合いも継続し密に行っていく。同意書の作成も検討して行きたい。	6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。