

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673-8		
自己評価作成日	平成22年3月20日	評価結果市町村受理日	平成22年7月14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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0870300662&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22年4月24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)】

市街から少し離れた住宅街の一角に木造平屋造り、ごく普通の住宅の雰囲気があるグループホームです。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分以内の所にある等、立地条件にも恵まれている。積極的に目を外に向けてることにより自然に触れ合い気分転換ができ、生活の中に潤いができています。職員は入居者一人ひとりの今に寄り添うケアを大切にしています。

閑静な住宅街に立地しており、玄関には季節の草花が植えられて明るい雰囲気を感じられる。また、周辺には神立コミュニティーセンターや図書館、スーパーが隣接し、地域の一員として生活されている。敷地内では、利用者の要望に合わせて畑仕事や園芸活動を行えるように趣味の延長として楽しんでいる。入居金についても安価としている。スタッフは、利用者に近い年齢ということも安心感を持って支援している。入院中の利用者の面会や洗濯物は、ホームで行っているのご家族も安心されている。

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	理念を玄関に入ってすぐの所や事務所に掲げて職員は理念を共有し実践につなげている。積極的にカンファレンスを開き理念をさらに具体化するようにしている	理念を基に、利用者一人一人を理解し一日一回笑っていただけるように支援している。また、親切、平等に言葉かけを行い、傾聴している。アニマルセラピーとして、犬や猫を飼っている。	地域密着サービスの意義を踏まえて、事業所理念の見直しに取り組んでいただきたいと思います。
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	グループホームから車椅子でも5分以内の所にお店や神立コミュニティセンターがあり入居者の方は散歩がてら買い物をしたり、本を借りたり、イベントに参加したり地域の方と交流をしている	神立コミュニティーセンター・図書館にでかけている。また、石岡のお祭りや地域の方々と一緒に御神輿やお囃子を楽しんでいる。幼稚園・小学校の、運動会に参加している。体操や傾聴ボランティアの方が訪問している。	
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	運営推進会議を開き地域の代表の方と話し合い理解や支援の方法を地域の人々に向けて活かせるようにしている		
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	運営推進会議で報告や話し合いを行いそこでの意見をサービス向上に生かしている運営推進会議には入居者の方も参加していただき積極的に意見をだしてサービスの向上に生かしている	2ヶ月に1回の運営推進会議を開催している。利用者・自治会長・行政・スタッフ・民生委員・経営者・管理者が参加している。参加利用者が、意見を言えるよう配慮している。また参加した利用者のご家族へは、お手紙にて報告している。	利用者家族の参加について検討していただきたいと思います。また、推進会議の議事録についても、利用者家族への公開を検討していただきたい。
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	市役所の担当者とは日ごろから電話、FAX、直接職員が市役所に出向く等連絡を密にして協力関係を築いている	介護相談員が訪問して、第三者立場で利用者の話を聞き意見の吸い上げるようにしている。連絡推進会議や土浦市のグループホーム連絡協議会に2ヶ月に1回参加し行政と共に情報交換を行っている。	
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	身体拘束をしないケアの実践については職員間でカンファレンスを開き、マニュアルを作成して正しく理解をし、実践している 玄関の施錠はやむをえない場合をのぞき日中はしていない	身体拘束のリスクを利用者家族に話し、危険防止のために拘束する場合は口頭による承諾を経ている。玄関・非常口の施錠は行わないが、外出傾向の利用者がいる場合は夜間施錠している。マニュアルを作成し共通理解している。	身体拘束を必要とする場合は、同意書について検討をお願いします。
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	職員は実務者研修で虐待防止について学んでいる。職員間でカンファレンスを開きマニュアルをつくり虐待が見過ごさないように注意を払い、防止に努めている		

茨城県 グループホームASUKA

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	21年度実務者研修に職員が参加して学んでいる職員間でカンファレンスを開き個々の必要性について話し合っってそれらを活用できるよう支援している		
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	入所される前に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		
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	利用者の家族の方が自由にホームを訪ね意見や要望を表せる事ができる環境づくりをしている 家族の方に電話等で意見を聞くようにしている	重要事項説明書に苦情窓口が記入されている。また、家族の面会時に意見を聞くようにしている。要望に対しては、日々のカンファレンス等早急に対応している。体調変化がみられる利用者については、手紙により報告している。	
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を開き職員の意見や提案を聞く機会を設けて、反映させるようにしている	月1回のケアカンファレンス、業務カンファレンスを行い、意見交換や反映をしている。日々のケアについては、申し送りノートを使用して情報交換を行っている。研修受講後は、報告会を行い共通理解をしている。	
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けるように職場環境や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	研修会参加を積極的に行っている 時間を見つけてカンファレンスを開き介護の力をつけている		
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ていく取り組みをしている		

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	本人や家族の聞き取りに時間をかけて安心を確保するための関係づくりに勤めている。本人をまじえたサービス担当者会議を行い安心して暮らしていただける関係づくりをしている	
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	利用説明時に困りごとや不安な事や要望などを伺いながらホームでできる支援について説明し 信頼関係に努めている	
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	本人と家族等の方が必要としている支援を見極め他のサービス利用の可能性等も含めて相談、対応させて頂いている	
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	入居者一人ひとりの過去の経験を活かして日常生活中では自発性を大切に共に支えあい感謝する関係を築いている	
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	常に家族の方との連絡を密にとり、要望をお聴きしたり、協力依頼をしたり共に支えあう関係を築いている	
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	家族の方や友人等の面会の制限をせずに入居者の馴染みの人がホームを尋ねなくなるような環境作りをしている	家族や友人が面会に来たり、利用者が手紙を書いたり、代筆をして関係が途切れないようにしている。家族の協力を基に、自宅への外泊支援を行っている。
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	気の合うもの同士ホールで趣味を共有出来る様配慮している孤立しがちな利用者も職員を交えた語らい等に参加出来る様に支援している	

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
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	サービスが終了した後も家族の方等がグループホームへ気楽に立ち寄れるようにしている 必要に応じて相談、支援を継続出来る様にしている		
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	一人ひとりの思いや暮らしの希望、意向の把握は日々の記録を通し職員間で共有していく事で入居者個々のニーズの把握に努めている又困難な場合も、本人本位に検討している	生活の質を今まで通りに、過ごせるように支援している。利用者の希望の服の購入や要望に合わせて買い物をする事がある。	
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	本人、家族からの聞き取りを行い、生活歴や馴染みの暮らし方生活環境等の把握に勤めている		
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	日常生活を記録したり、本人を交えたサービス担当者会議を開いたりしながら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	本人を交えたサービス担当者会議やカンファレンスをおこない家族等の要望もいれ現状に即した介護計画を作成している	3ヶ月に1回のサービス担当者会議と月1回のカンファレンスやケースきろくを基に検討をおこないプランを作成している。3ヶ月後にモニタリングを行い評価につなげている。	
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	個別の日々の変化等気づいた事を出来るだけ細かく記録し、職員同士で共有しながら実践や介護計画の見直しに役立てている		
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優先し、できるだけ柔軟な支援が出来る様に取り組んでいる		

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	入居者の方が車椅子でも5分以内の所にスーパーや神立コミュニティセンターがあり図書館の利用、地域の方との触れ合い、買い物等安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援をしている	
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	かかりつけ医については利用者の希望や馴染みの医師の診察が受けられるように支援している 受診時家族の希望があれば送迎も行っている	土浦協同病院・神立病院・厚生病院への受診については、スタッフが付き添い受診している。かかりつけ医の受診については、家族が付き添い受診している。
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	入居者の方が入院された時は主治医の入院計画書に基づきながら経過を追い 病院関係者や家族の方と情報交換や相談に努めている	
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。	利用者の急変や事故発生、応急手当等についてマニュアルを作っている 月1回のカンファレンスの時に再度確認している	
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	ターミナルケアについては日ごろの話題の中で本人と話し合っている長期入院者についても本人、家族等と話し合いを行い事業所で出来る事を十分説明しながら本人の状態に合せた支援をしている	医療的措置が必要になったら、神立病院に転送している。利用者家族からの要望があれば、受け入れるつもりではあるが現実には難しい。
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	職員が救命講習を受け、急変や事故発生に備えている、マニュアルをつくり実践力を身に付けようとしている	
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	災害時の避難場所の確保などマニュアルをつくり火災訓練を行い全職員が見につけている地域の協力体制については運営推進会議で話し合っている	避難訓練は、年間に2回実施している。運営推進会議において、災害対策について次回の議題になっている。地域への依頼と共に、合同訓練と一緒に実施する方向で検討している。

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
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	さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問をする。本人が思っている現実を否定しない等、一人ひとりの人格を尊重し、あるがままを受け入れて支援している	排泄時や着替え時は、ドアを閉めて行っている。利用者の希望に添った支援、声かけ誘導を行っている。日々のケアの在り方について、職員間で問題提起を行いながらカンファレンスで共有している。
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	朝起きて、その日に着るものを選んでいただく、選ぶのに時間が掛かって待つようにしている 散歩のコースや時間をできるだけ入居者の希望通りにしている	
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	入居者一人ひとりのペースを大切にし、レクリエーションは入居者の希望を優先しているなど入居者の希望にそ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	着るものは入居者の方に選んでいただくよう支援している 希望により女性の方にお化粧していただくこともある また外出する時には行き先にあわせた身だしなみが出るよう支援している	
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	できるだけ利用者の方と一緒に食事の準備や食事を共にしている メニューづくりに参加していただいている	馴染みの御箸や湯飲みを使っている。利用者のできる範囲で配膳下善を行っている。日々の献立は、利用者と一緒に考えて希望を取り入れている。収穫した野菜を、使用している。
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	入居者一人ひとりにあわせた調理方法、摂取カロリー栄養バランス一日の水分量確保について支援している	
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に、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	出来るだけ食後、入居者に応じた口腔ケアを行っている 特に夕食後、念入りに歯磨き、入れ歯の手入れ、消毒をおこなっている	

茨城県 グループホームASUKA

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	
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	毎日の記録から排泄のパターンを把握し、リハビリパンツを使用されている方もトイレ誘導をし、自立に向けた支援を行っている。下着・オムツ又はパットは入居者一人ひとりの時々の状況に合わせて使いわけている	トイレへの自立支援を行っている。リハビリパンツから普通のパンツになった方がいる。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、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	カンファレンスを開き、便秘の原因や影響を理解している。毎日の排便があったか確認し記録している。毎日野菜を沢山取ったり、運動をしたり、乳製品も取り入れたりし、医師の指示で便秘薬を飲んでいの方もいる		
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	入居者の健康状態に合わせ、できる限り入浴していただけるようにしている。ご機嫌に波のある方は、タイミングを合わせて入浴していただいている	週3回の入浴支援を行っている。汚染が強い時は、随時入浴を行っている。	
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	入居者一人ひとりの睡眠パターンを把握し、夜眠れない人には、医師の指示を仰いだり、昼寝を減らしていただいている。昼、散歩したり、おしゃべりをしたり、安心して眠れるように支援している		
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	毎日職員がチェックして記録している。副作用、用法、用量を薬の説明書を読み分からないときは、医師または薬剤師に聞いている。症状に変化があった時は、医師の指示をうけている		
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	一人ひとりの聞き取りをしっかりと行っている。生活歴などを考慮し、日常生活で自分の役割を持っていただいている（野菜や花づくり、小動物の世話、掃除、カーテン開めなど）		
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	入居者の健康状態、天候などを考慮しながら、買い物、神立コミュニティセンターなどへ出かけている。又、外へ出ることにより、季節感や気分転換を図っていただく為、散歩のコースや時間をかえている	神立コミュニティセンター・図書館・近所のスーパーに買い物支援を行っている。	

茨城県 グループホームASUKA

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	本人や家族の方と相談しながら、一人ひとりの希望や力量に応じて支援している		
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	電話の利用は自由に行ってもらっている。 ハガキ・手紙などは、レクレーションの一貫として行っている		
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	壁の飾り、花などは季節ものを飾っている 年間行事で地域のお祭りなどに積極的に参加している ホームの庭で花や野菜を希望する入居者に作っていただき収穫している	玄関は、家庭的な雰囲気が感じられる空間になっている。また廊下・居間は、地域参加したお祭りや日々の生活が分かるような写真が飾られている。	
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	ホールで新聞を読んだり、テレビを見たり、気の合った利用者同士、ちぎり絵をしたり、ゲーム、クイズ、歌を唄ったり、思い思いの過ごせる場所を工夫している		
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	居室の家具は使い慣れたものや好みのものを持ってきていただき、本人の希望を聞きながら、整理、補充を行っている	利用者の居室には、鏡台・テレビ・写真を持ち込み、安心して生活できるようになっている。	
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	一人ひとりの希望や力量に応じて、洗濯物たたみ掃除、カーテンの開閉、犬猫の世話、無駄な電気消しなどをされることを援助している		

目標達成計画

作成日: 平成 22 年 7 月 10 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	1	地域密着サービスの意義を踏まえて、事業所理念の見直しに取り組む。	地域密着サービスの意義を踏まえ、理念の見直しを行い管理者と職員はその理念を共有して実践につなげて行く。	H. 22年7月3日職員で理念の見直しについてのカンファレンスを開きました。所長の意見を聞きながら、地域密着サービスの意義を踏まえて、事業所理念の見直しをします。	6ヶ月
2	4	運営推進会議の利用者家族への参加の検討をする。運営推進会議の議事録についても利用者家族への公開の検討をする。	運営推進会議の意見をサービス向上に生かす。	運営推進会議の利用者家族の参加については定期的に家族の方に差し上げているお便りに運営推進会議に参加して頂けないかと書き添えると共に議事録も公開してしていきます。	3ヶ月
3	6	身体拘束を必要とする場合の、同意書について検討する。	身体拘束を行わないケアに取り組む。	H. 22年7月3日職員でカンファレンスを開き身体拘束について話し合った。危険防止の為、緊急やもう得ない場合、記録を取り同意書を頂く事とする。	1ヶ月
4	33	重度化や終末期に向けたあり方について、早い段階から、ホームの方針、指針を説明し同意書についての検討をする。	本人・家族と重度化や終末期の方針を共有する。	所長を含め職員で、重度化や終末期のあり方について話し合った。医療的措置が必用な方を除き要望があれば受け入れる。同意書については必用に応じて書いて頂く。	2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。