

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	0872100391		
法人名	社会福祉法人		
事業所名	グループホームいきり苑		
所在地	茨城県ひたちなか市磯崎町4555-1		
自己評価作成日	平成24年3月9日	評価結果市町村受理日	平成24年8月29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.kaigokouhvu.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0872100391&SCD=320&PGD=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4月22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)】

地域で暮らすという視点に力を入れています。又地域で暮らすということは、ホームの方々が地域の行事などに参加するだけでなく、地域の方のために役に立ち、地域の子供たちのためにと言うような、入居者の方々の存在が地域に表出できるような関わりを多く持てるようにしています。生け花教室では花を配ったり、中学校の文化祭に参加し子供たちに元気を提供したりと外に出て何かの役に立つ自分を持つことで、自分の存在や役割が生きる力になるようにしています。今回震災により地域の方々とつながりを強く感じました。避難時の人の協力や支援物資消防団の協力など地域密着型サービスとしての地域性も十分に地域に根ざしていることも感じました。現在は地域の防災に自治会と共に協力できる体制を構築しています。いきり苑が避難所として地域へ発信しています。

【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)】

地域で暮らすという理念を全面にうちだしたケアの展開が成されている。特に昨年の震災では、地域からの支援・協力が得られ、地域の力を実感した。日頃から地域を大切にしたい関係づくりの結果であり、とてもありがたいことであった。今後は地域貢献としてのいきり苑を目指した活動も行っていきたい。開設から10年経過し、高齢化による心身の機能低下への対応が課題となっており、新たにフットケアの試みを取り入れてきた。試行錯誤の結果、職員自身がむくみの軽減や笑顔が増えたこと、落ち着いた時間を過ごせる等の効果を実感し、毎日のケアとして定着している。イベントがあるから中止するのではなく、どの時間帯で行えるかを職員が考えながら継続している。嚥下訓練やアイスシャワーなど予防的な視点での口腔ケア、失禁対策としても骨盤底筋体操を取り入れるなど、ケアへの意識の高さが感じられた。職員からも利用者からも地域の一人としての自然な形の暮らしが伺えた。

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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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、生き活きと働いている (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	管理者・職員共に運営理念に基づいたケアのあり方を常に念頭に置きながらケアの提供を行っている。また地域との結びつきを大切に考え地域と共に生活できるような体制を心がけている。	理念はシンプルかつ分かりやすいものになっており、管理者・職員共に理念を理解したうえで、利用者とも共有できるような工夫がされている。生活の様々な場面で、地域密着の考え方に沿った地域とのつながりが構築されている。	
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	地域とのつながりは、地域の行事に参加したり自治会にも加入することで地域との連携を密にしている。利用者が神社の参拝や近所に花を届けた常に近所の商店に言ったりしているまた定期的に地域のボランティアの方が来てくれている。	生け花、絵手紙、琴など、ボランティアの方が定期的に訪れる。車いすの方も一緒に近隣の郵便局、スーパーに届け、月4回訪問。絵手紙は、描きやすい半紙を使い、各々の居室に飾ったり、年賀状として送っている。知的障害者施設の文化祭にも出品し参加している。地域の牛乳店、肉屋、魚屋を利用することで震災時も助け合う事が出来、行事の時も出店に協力してくれるという関係が構築されている。	
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	推進会議を2ヶ月に1回行い、家族や地域に参加していただき、事業所や認知症の方の理解をしていただけるように話している。行事などにも地域の方に参加していただき理解を深めている。		
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	構成メンバーに、自治会長や民生委員の方に入ってもらい、地域の行事や取り組み情報を聞くことでの参加させて頂いたり、情報交換することで地域参加に役立てている。	自治会長や消防団長と顔馴染みになっているため、震災時のガソリン給油の時など地域住民の方々にも納得して頂いたうえで優遇してもらえる場面もあった。運営推進会議が定着し、積み重ねの結果と評価している。また、中学校の文化祭への参加も円滑にできている。	

茨城県 グループホームいきり苑

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
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	地域密着型サービス運営会議が定期的に市町村で行われている為常に協力体制が取れている。	推進会議に必ず市職員も出席しており、震災時の水やおにぎりの配給などの情報も迅速に行われ、顔の見える関係づくりをしていたことが役に立った。	
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	身体拘束をしないためにスタッフの人数をフロアーに定着できる様に配置し安全に注意している。	1ユニットで3名、2ユニットで最低5名のスタッフを配置することで、拘束行為は回避されている。毎日足浴する事で、夜間・日中とも利用者は落ち着いて過ごせるようになっている。スタッフ確保のためにスタッフ間でお互いに協力し合っている。	
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	居宅宅介護支援センターも同敷地内に設置しており、年1回は居宅の社会福祉士のケアマネージャーに制度の勉強会などを依頼し制度の理解に取り組んでいる。研修に参加させている。		
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	居宅宅介護支援センターも同敷地内に設置しており、年1回は居宅の社会福祉士のケアマネージャーに制度の勉強会などを依頼し制度の理解に取り組んでいる。研修に参加させている。		
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	契約の際に十分説明をしている。改正などがあるたびに個人・家族に文章と言葉での説明は必ず行っている。契約書 重要説明事項とともに説明し同意書頂いてる		
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	ホーム内に苦情処理ノートを設置、家族や外部の意見を頂けるようにしている。第三者委員を法人で接している為意見を外部からも頂けるようにしている。行事や食事会などの交流の場を開催しそのような時に意見を聴ける場として設けている。	年2回、納涼祭と敬老会の時は、無料で家族を招待し食事会を行っており、そのような機会にも意見を聞くことができる。面会も日時に関係なく受け入れているので、来客があるのが日常的な風景となっていて、外部からの意見も貰える。	

茨城県 グループホームいきり苑

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
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	定期的に全体会議やリーダー会議を開催し、運営の現状や対策の意見交換を行っている。	法人全体の会議の他に、グループホームだけの会議を設けているが、意見を出しやすい雰囲気の中ですすめられている。実行可能なものはすぐに反映される。	
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	定期的に労務士と給与体制や職場の環境の整備話し合いをしている。職員からも会議などで勤務体制などの希望を聞くようにしている。		
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	必ず研修会の参加を求め、研修後は復命を行い話し合う機会を設けている。職員のケア技術向上も踏まえ新人教育として介護技術の講義も講師を招いて行っている		
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	お互いの事業所の方々と勉強会や懇親会を設けている		
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	相談対応のうちから、本人やご家族から今までの生活状況や現在の状況などを必ずサービス計画担当者や看護師が聞いたり確認したりしている。		
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	相談対応のうちから、本人やご家族から今までの生活状況や現在の状況などを必ずサービス計画担当者や看護師が聞いたり確認したりしている。		
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	相談の中でサービスの必要性を見極め、その方に関わって		

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
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	本人や家族の思いは忘れず、家族の立場でケアするように心がけている。理念にあるように共に生きることを考えています。家族支援も忘れずに話し合う機会を多くしている。年に何回は無償で家族と楽しめる時間を提供している。		
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	本人や家族の思いは忘れず、家族の立場でケアするように心がけている。理念にあるように共に生きることを考えています。家族支援も忘れずに話し合う機会を多くしている。年に何回は無償で家族と楽しめる時間を提供している。		
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	友人や近所の方々の面会も奨励しており、出来るだけ家にいたような関係が維持できるようにしている	近隣の床屋や美容室を、来てもらうのではなく出向いて利用し、馴染みの関係継続の支援をしている。スーパーや郵便局などに花を届ける活動も定着し、新たな馴染みの関係となっている。	
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	利用者の人柄や性格、認知症の程度その人の力を把握し、お互いに協力できるように役割なども決めている		
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	家族とは利用が終了しても続いているケースが多く、地域の中でも会話を持ったり、祖父が世話になったので今度祖母がというような関係が		
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	必ず本人の思いを聴きケアマネジメントすることにより、その人らしさを引き出すようにしている	スタッフからの提案で、個人記録の1ページ目に個々の短期目標を入れ、意識してケアすることになっている。スタッフが定期的にモニタリングをすることで、利用者の思いが確認出来ている。	

茨城県 グループホームいくり苑

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
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	これまでの生活状況については、家族や本人または担当介護支援専門員等から情報を必ず聞いている		
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	個人個人の状況を把握できる様に、資料を必ずサービス計画担当者に配布し、受け入れの段階で情報収集し、サービス計画担当者等含めカンファレンスし統一性を図っている		
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	毎朝、介護計画に基づいたミニカンファレンス行ってからケアに入っている。また定期的な月1回のカンファレンス行うことで介護計画に本人や家族の意見を反映させている	ケアプラン担当委員を設置し、モニタリングや更新の時期、書類の整理にとっても役立っている。定期的なカンファレンスを行っているので、入居者の状態変化による対応の変更等がスムーズに行われている。独自のアセスメント要約表を作り、それを基にカンファレンスを行い、家族と話し合いながらニーズを拾い出し、計画を作成する。新たな気付きはその都度ファイルに書き込んでいく。	
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	個別計画記録にサービス計画書の実施経過が記入できる様に工夫されている。また職員間でも共有できる様に統一されている		
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 家族の望む暮らしに近づく為に、例えば面会時間等も家族の次官に合わせたり、食事の時間もその人に合わせたり、利用者家族の意思の決定を重視し柔軟に支援できる様にしている		

茨城県 グループホームいきり苑

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	地域の民生員や自治会ボランティアは常に交流している。小学校 中学校の慰問や体験などで交流している		
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	かかりつけ医は協力的で、緊急時 24時間対応も可能であり、状態に合わせた往診もしてくれる	月2回の往診で利用者の健康管理を行っている。緊急時・夜間対応(24時間)もしてくれる。状態の変化に応じた対応等の医療連携は良好である。月1回の歯科往診もある。	
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	施設内に入る看護師は常に利用者の状態を把握しており相談指導等可能である。協力病院の看護師も連携良く24時間対応である		
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。	協力病院の連携も良く、状態に応じ入院した場合も認知症の症状が悪化しないように配慮されており、医療機関の関係者も情報交換に連絡をもらえるようになっている		
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	協力病院との連携は良く、往診の際職員との話し合いをしていただけているようになっているため、医師の指示なども職員で共有できる。	職員は歩行・食事がとれなくなった方の対応に苦慮している。特に食事については一番の悩みであるが、医師との連携は密にとれているので安心できる側面もある。管理者が看護師であることから、スタッフ共々看取りケアに積極的に取り組んでいる。	
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	職員のほとんどが緊急時の応急手当の講習修了証も持っている。施設内研修も行っている		

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
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	定期的に防災センターの方を交え、訓練を行っている。自治会の会長を含め推進会議などで常に話し合っている。自治会にも所属しているので協力は得られる	震災時、自宅に帰れず全員スタッフは泊まった。近隣の方々が訪問、懐中電灯で照らしてくれるなどの協力があつた。建物は高額の修繕費をかけて1年がかりで修理したところである。昨年の震災を教訓に、災害対策として同法人の特養では井戸を掘った。ホームでは発電機を購入、今後井戸を掘る予定。	
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	職員は権利擁護や個人情報保護などの研修も行い、利用者を理解した対応をしている。	排泄介助や入浴などの羞恥心を招く場面での配慮をしている。ポータブルトイレもその一つとして、排泄ケアと合わせて居室には置いていない。	
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	本人の意思を出来るだけ尊重し意思決定できる様に促している。例えば食事の選択や外出先や行事の参加なども必ず本人に聞きながら確認している		
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	本人のペースにあわせ一緒に考えながら行っている。本人の好きな場所や役割等も個別に確認して決定している。		
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	タンスの入れ替えや季節に応じ行っている。地域にある理美容室に定期的な行っている		

茨城県 グループホームいきり苑

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
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	職員と共に準備したり作ったりしている。誕生日やお月見など行事に合わせた食事作りも一緒に買い物から行っている。	出来ることは継続している。鉄板焼き、おやつ作りなどを取り入れ、食事は職員も同じテーブルで食べている。食の失行に対しても適切な対応がされていた。高齢化とともに重度化も見られ、食形態も変化し、とろみの状態など、一人ひとりのレベルに合わせた対応をしている。外食は誕生月の方をメインに行い、ペースト食の方でも、ムースがつくお茶セットを選ぶなどして全員が参加する工夫をしている。	
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	管理栄養士からの指導も得られる為、病気や嚥下の問題などにも対応した食事が提供できる様になっている。		
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	常に口腔ケアは行っている。状態に合わせて個別に行っている、例えば歯ブラシが使えなくても綿棒などで拭いたり状態に合わせたケアをしている。毎食後の歯磨きは生活の習慣になっている		
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	認知症の進行に関係なく排泄はトイレで行うことを基本としている。オムツの方でもトイレで交換したりプライバシーの確保に努めて、トイレでの排泄を促している。	立位を取れる方は二人介助でトイレで排泄をしている。おむつの方もトイレでの排泄にこだわり交換はトイレで行う。排泄後にはホットタオルを使用。腹圧～排尿の流れを止めず、ポータブルトイレは使用していない。おむつから布パンツに変更することを意識して、常に排泄サイクルを意識している。	
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	食事のメニューを便秘症の方は繊維の物多くしたり、ヨーグルトやヤクルト等の整腸飲料を多くしたり工夫している。利用者も部屋に閉じこもらず外へ出るように働きかけている 管理栄養士との相談も可能		

茨城県 グループホームいくり苑

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
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	入浴は毎日午後の好きな時間に入れるように準備している。利用者一人一人に合わせ確認しながら入浴を勧めている	入浴拒否のある方には、畑仕事や草取りをしてもらい「きれいにしましょう」などの声かけをし、納得したうえで入浴してもらうような工夫をしている。また、高齢者の馴染みの入浴スタイルを取り入れ風呂桶と手ぬぐいを用意している。	
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	いつでも休息が取れるようになっている。休息をとるにあたっての環境としてソファなども設置してある		
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	利用者が服薬している薬に対してはすべて文献をはまとめて事務所にファイルされており、職員同士で共有できる様になっている		
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	畑作業や家事などを利用者の昔していたことが今もこれからも継続できるような環境づくりをしている。またその中で楽しみごとや役割を行えるように支援している。行きたい所などは利用者の意見を反映させている		
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	外出の機会は週のうち2～3回以上あり、近所へ散歩であったり、買い物であったり、利用者の状態にあわせて、考えながら出掛けるようにしている	近隣のスーパーや個人商店に出掛けたり、ホーム周辺を散策するなど日常的に外出の機会がある。美容室へも来てもらうのではなく定期的に出掛けて行く。全体的に高齢化が進み、それぞれの状態にあわせた支援を行っている。	

茨城県 グループホームいきり苑

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	買い物の財布が用意しており、買い物や出掛ける時は使用している。		
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	絵手紙教室をボランティアにより開催している為作成したハガキを家族や友人に投函している		
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	共有スペースは馴染みのある置物などを設置楽しめる空間になっている。四季の草花や飾り物により季節を感じられるようにしている。	地域の方々や入居者が寄付してくれた五月人形や桐のたんすが置かれ、懐かしい一角を作っていた。生け花が沢山飾ってあったり、季節の野菜を作ったり、季節感を大切にしている。共有スペースのソファは食事後のくつろぎの場所となっている。	
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	共有空間の中に畳やソファがあるためその人の過ごしやすい場所を選択し過し易いようになっている		
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	居室は基本的に本人の持ち物や使っていた使っていたタンス等を持参していただくように声を掛けている。居室に草花や植木などおいて本人のらしさが表出できる様にしている	入居当初に持ち込まれたものも沢山あったが、10年入居している方は、施設そのものが家になって、すべてが馴染みの物になっている。居室の入り口には体験学習で訪れた小学生が描いた似顔絵が飾られていた。	
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	利用者の出来ること 出来ないことことを職員が歯博することにより、利用者の力を認め、援助すべき所はプランに反映させ、個別的に超え賭けや誘導により混乱を避け安全にすごせるようにしている		

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	33	利用者の重度化に対しての医療連携や緊急時の対応について職員の統一したケアの向上と重度化してきたときの家族への言葉かけ配慮などの統一した対応について	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化した利用者への介護的技術の習得が出来る ・スタッフの統一したケアの向上 ・重度化した利用者への家族への配慮や精神的なケアの向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化した利用者への介護技術は専門の方から施設内研修を行い学ぶ ・記録用紙や申し送りなどの工夫によりスタッフの統一したケアできる様にする。ケアプランの変更などにおいても個別カンファレンス開催を多くする ・家族などと密な対応を多くしてその都度状態変化を的確に伝達し、家族の思いを聴けるようにする 	6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、行を挿入してください。