

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23年 1月 26日

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3490500133		
法人名	医療法人社団 住吉医院		
事業所名	グループホーム ちゅうりっぷ		
所在地	〒737-2607 広島県呉市川尻町東3丁目8番5号(電話)(0823)70-5700		
自己評価作成日	平成23年1月13日	評価結果市町受理日	

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3490500133&amp;SCD=320">http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3490500133&amp;SCD=320</a>
-------------	---

【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医療福祉近代化プロジェクト
所在地	広島市安佐北区口田南4丁目46-9
訪問調査日	平成23年1月19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)】

<p>認知症の方が家庭的で落ち着いた環境(9名を単位とした小規模な共同生活の場)で、食事の支度や掃除、洗濯などをスタッフと共に行うことで認知症の進行を穏やかにし、失われかけた能力を再び引き出し「生活様式を再構築」することを目的としています。</p>
--

【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)】

<p>当事業所は2階建ての建物で1階は小規模多機能型なのはなで2階をグループホームとして使用しており同法人が運営し、1階小規模多機能型なのはなと交流しながら運営をしている。地域医療を目指した医療法人設立の事業所で、利用者や家族から医療面でも安心が得られている。事業所独自の理念を職員と一緒に作成し、「私たちは笑顔で対応します。ファミリーの立場に立って対応します。私たちは感謝の気持ちを持って対応します。私たちはファミリーに敬意をもって対応します。」を掲げて実践している。利用者のペースに合わせた利用者本位の支援がなされ、利用者の内面にも目を向け、生活にメリハリをつけるように買い物・ドライブ・散歩・外食・花見の機会を多くしている。利用者第一で職員全員で明るく、笑顔あふれるより良いケアに取り組んでいる。</p>
---

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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踏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。	「利用者の方に幸せになって頂く為に努力します」という理念のもとに作成した物の掲示とその唱和、及び職場の教養(冊子)の朗読を毎朝実行しその共有に努めている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念を職員と一緒に作成し、「私たちは笑顔で対応します。ファミリーの立場に立って対応します。私たちは感謝の気持ちを持って対応します。私たちはファミリーに敬意をもって対応します。」を事務所内に掲示し毎日唱和している。	
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。	あまり交流出来ていません。地域の行事などにボランティアで参加する等交流の場が持てればよいと思います。	地元根差した医療を目指している医院が開設したグループホームであり夏には、法人主催の夏祭りを開催し利用者・地域の多くの方々に参加し地域の方との交流をしている。	グループホームの内容を地域の方に多く理解して頂くために地域の行事に参加する事や、公民館などでの出前講座など積極的な地域へのアプローチを期待します。
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。	事業所が率先して認知症の理解を地域に向けて活動する事は現在していない。今後は地域に向けての勉強会をしていきたいと思っています。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 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。	運営推進会議は開催しています。現入居者の要介護度、年齢、性別等は報告しているが詳しいサービス内容は話し合いをしていない。評価への取組み改善点の報告等も行っていきたい。	運営推進会議には家族代表・地域包括支援センター・民生委員・理事長・統括責任者・管理者・計画作成担当者行事の専門・訪問看護ステーション・利用者代表・法人内の小規模多機能事業所・通所介護等が参加しホームの近況、行事予定や情報公表の報告等をし、参加者と意見交換している。	運営推進会議を2か月に1回開催できるように現在努力をされているので今後継続されることを期待します。
5	4	市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	取り組めていない。市町担当者に運営推進会議に参加して頂けるように声掛けをしていきます。	市の介護保険課とは連絡を取り合い、不明なところがあれば電話で相談した出向いて助言を得ている。機会あるごとに利用者の状況等を伝え市との協力関係が築けるように努めている。	
6	5	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	勉強会を開催して身体拘束とは何かを具体的に考察、理解しその防止に取り組んでいます。	身体拘束について外部研修を受講した職員が復命伝達をし全職員が理解し日々のケアの中で振り返りを行うことで抑制や拘束のないケアに取り組んでいる。玄関は施錠していますが周辺の環境を考慮しているため見守り体制の工夫や外出傾向の把握に努め、一緒に出掛けるなどしている。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	高齢者虐待防止法(高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する法律)の意義に対する理解を深め、その定義、責務についての勉強会をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	日常生活自立支援事業、成年後見人制度について勉強会を開催していません。近日中にその機会を設け行います。		
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。	契約書、重要事項説明書・利用料金見積もりを提示し、説明を行っています。説明終了後に再度、各説明事項についての質問を受け付け不安感や疑問に対してお答えします。利用についての意思確認を行い、契約成立時には契約締結とし署名捺印を頂いています。		
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並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・家族の意見や要望は管理者・職員間での共有はできていると思うが、外部者へ表せる機会が少ない。運営推進会議や家族会等を定期的に関き運営に反映できるようにしていきたい。	運営推進会議等で利用者・家族からの意見や不満、要望を聞き、利用者本人の意見や思いは日々の関わりの中で直接職員が耳を傾け、家族からの面会時や電話等でも聞き取りしできる事はすぐ対処している。	
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回事業所会議を開催しています。それに伴い会議で出た案についてはその場で考え改善、又は法人全体で会議に上げて検討するようにしています。	毎月開催しているミーティングで仕事の進め方や、ケアの提案、意見を聞いたり、日々の業務の中で管理者が直接、個々の意見を聞いたり出された意見や提案を運営に反映するよう努めている。	
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。	評価制度を導入し、個々のレベルにあった給料水準を決定する仕組みとなるよう努めている。		
13		職員を育てる取組み 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。	現職員の内部研修は月1回程度実施しています。外部研修はなかなか参加できないのが現状です。		
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つくり、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組みをしている。	積極的には同業者との交流は行えていません。今後、機会を作っていけるようにしたいと思います。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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。</p>	<p>入居者様一人一人に対して担当職員を決めています。まずはスタッフと信頼関係が築けるように声掛けをしています。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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。</p>	<p>家族の方は入居にあたり、最初はとても不安や心配だと思いますので直接電話で報告したり、又困っている事がないかをそのつど聞くようにしています。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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。</p>	<p>アセスメントを行い、必要に応じ、問題点がある場合には、適切なサービスが行えるよう心がけています。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。</p>	<p>利用者本人の生活の継続性という点を念頭に置き、その関係性を築いています。不安や悲しく思うことや、嬉しい、楽しかったなど言いあえる関係の構築に努めている。</p>		
19		<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。</p>	<p>入居者様のみでなく、家族の生活に対しても総合的な支援となるよう心がけている。特に離れて暮らしている家族に対しての心情の共感をもとにケアが行えるよう心がけています。</p>		
20	8	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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。</p>	<p>家族、知人、友人が訪れて頂いた時に、気軽に再来して頂ける様な配慮を行っている。また企画行事(誕生日会、お楽しみ会)などへ気軽に参加して頂けるような声掛けを行っている。</p>	<p>面会は自由であり利用者の知人・友人が訪ねて来られたり買い物に行く途中、昔懐かしい場所を訪れたり、1階の小規模多機能なのはなに出掛けて知人と会話をすることで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に支援している。</p>	
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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。</p>	<p>作品作り、お楽しみ会での手作りのおやつなどの場を通して共に生活している仲間としての時間が持てるよう努めています。掃除や食事などの日常生活行為の中で利用者同士が助け合う関係(自発的に入居者が掃除の手助けをする場面など)が築かれています。</p>		
22		<p>関係を断ち切らない取組み</p> <p>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。</p>	<p>契約が終了しても困った事があれば何時でもお気軽に相談して下さいと伝えていきます。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	思いやりや意向の把握 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。	利用者本人の思いや暮らし方の希望が「喜怒哀楽表現や本人の言葉、家族からの話」などを通じて情報が蓄積されるよう努めている。	職員全員で日々の関わりの中で言葉や行動、様子から思いや意向を把握し介護記録に記載し、職員で共有し、お一人おひとりに応じた支援ができるよう努めている。困難な場合は本人本位に検討している。	
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。	上記に加え、家族、これまで利用してきたサービス機関からの情報提供依頼を行っている。		
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。	定期的なバイタルチェックおよびADLの観察、HDS-Rなどを行い、心身状況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。	家族や本人、その他からの相談や、心身状態、生活状態の変化にたいして、適時または定期的な話し合い(担当者会議)を行い、生活に対する意向、サービスに対する希望などを関係者間で共有し、課題への取り組みや介護計画に反映されるように努めている。	介護計画の見直しの中で利用者との日頃のかかわりで把握している思いや意向、電話や面会時に聞き取った家族の意見や要望を参考にして、担当者・職員・医師・看護師・ケアマネージャー等で検討している。それぞれの意見を反映して現状に即した介護計画を作成している。	
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。	個別記録として日々の様子や体調、ケア内容を記録している。毎日(2回、10分間)AM9:00とPM16:30に当日の利用者の様子や変化、気づき、その他電話相談など業務上での連絡事項(夜勤者から日勤者への申し送り及びその逆も含む)を伝達し情報の共有に努め、ケア内容へと反映している。		
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。	作成された介護計画にとらわれず、家族や本人の生活状況や相談に応じてケア内容に軽微な変更を行っている。(緊急時家族が遠方の為、受診に連れて行く事が出来ない家族など連絡を取り合い対応を行っている)		
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。	地域生活の継続性という視点から、緊急時の連絡体制などを補う事を目的とし、近隣住民や民生委員、地域包括支援センター等に必要な相談連絡を行っている。		
30	11	かかりつけ医の受診診断 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。	本人と家族の希望を経緯を最優先とし、これまで受診されてきたかかりつけ医が継続受診できるよう支援を行っている。	基本的には利用者が希望するかかりつけ医で受信しており、家族の受診支援が原則ですが、ご家族が遠隔地や都合の悪い時はスタッフが介助支援している。受信記録は介護記録に記載されておりご家族に報告されている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	毎日のバイタルチェックをもとに体調の変化(発熱、排泄、その他)を察知した場合、速やかに連携医療機関(医療スタッフ)に相談、連絡を行っている。必要であれば受診できるよう体制を整える。(受診に係る必要な介助)		
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、また、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。又は、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。	総合病院等の連携者(ソーシャルワーカー)をどうして入退院に係る相談、手続、必要情報(看護サマリー等)の交換に努めている。		
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。	担当者会議およびその他の相談をもとに、本人と家族の意思が最大限尊重されるように努めている。	重度化に向けて家族と利用者に事業所としてできないことを早い段階から話し合い、重度化、終末期への様々な対処方法について情報提供し、安心感の得られる支援をしている。開所以来看取りの経験があり看取りに対する内部体制はできている。	
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。	ヒヤリハット事例やアクシデント報告をどうして、急変時及び事故発生時の対応及び連絡経路の確認を行っている。		
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。	消防署の協力指導により避難訓練を行っている。(平成22年11月9日実施)	入居者も参加して避難訓練・消火訓練を実施し、消防署立ち合いのもと行われている。次回は夜間を想定した避難訓練を予定しており、災害に対する危機感を全職員持って研修・訓練している。	地域の方やご近所・町内会長さんにご案内を出避難訓練(夜間を想定した)を継続、実施して頂くことを期待します
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格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。	法人理念と毎朝の唱和により職員一人一人が常に心がけるよう努めている。	入居者お一人おひとりが自分のしたいことに無理なく取り組めるように支援している。プライバシーについてミーティングで話し合い、お一人おひとりの人格を尊重し、対応や言葉かけは注意し、プライバシーを傷つけないようにケアしている。	
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。	表情や様子などの観察を通じ意思表示を観察して心情の理解に努めている。非審判的態度のもと本人が意思表示や自己決定が行いやすい情報の提示を心がけている。		
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。	食事、入浴の時間などは逸脱しない限りできるだけ本人の意思に合わせて行っている。また作品作りやおやつ作り等は自由参加のもと行う。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	衣服の選択の際なるべく本人に選択して頂くようにしている。		
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。	歩行状態などの安全確認のもと食事の準備や片付けを職員と一緒にやっている。	朝夕は職員と利用者が一緒に食事作りを行い、昼食は配食を利用している。利用者と職員で作った食事はほとんど残さず食べられ、配食については食が進まない方が多くみられる。食事は職員と利用者が同じテーブルで会話をしながら楽しく過ごされている。	昼食について今後の対策を期待します。
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。	医療スタッフとの連携により食事量(摂取カロリー)、水分等の管理(記録)を行っている。嗜好により、醤油やソースなどの調味料を本人に選択してもらっている。		
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。	毎食後の口腔ケアを行っている。必要であれば歯科に連絡し、往診を依頼する援助を行っている。		
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向けた支援を行っている。	身体状況に合わせて日中、夜間を問わず、排泄はなるべくトイレで行うよう声かけ誘導をしている。	お一人おひとりの排泄パターンを把握し、早めの誘導や声掛けをし、できるだけ失敗のないようにトイレでの排泄や排泄の自立に向けて支援している。	
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。	野菜など食物繊維が摂取しやすい献立や嗜好に応じてヨーグルトなどを摂取して頂く。水分摂取を行うよう勧めている。運動、散歩等もやっている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人の合意のもとで入浴のタイミングを決定している。	2日に1回でお一人お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支援している。日曜日は足浴を利用者全員に行っている。入浴の拒否が見られる場合は、時間や人を変える等タイミングを見計らい支援している。	
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。	体調や生活リズムにあわせて体を横に出来る(昼寝、ごろ寝)時間が随時とれる体制(スペースと対応)をとっている。生活リズムの観察により傾眠状態とは区別している。		
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。	医療スタッフ及び薬局との連携のもと症状や服薬管理、薬剤形状等を検討している。また、それぞれが服用している薬剤情報をファイルし、その確認を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	趣味や嗜好に沿ってそれぞれが目標が持てるようなグループワーク(おやつ作り,手作業など)を取り入れている。		
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。また,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。	桜や紅葉など季節が感じとれるよう(家族参加型)外出の機会を企画している。入居者さんの希望により日常的な散歩や近所商店での買い物などへ出かけている。	100円ショップへの買い物や近所の海鮮料理屋に食事に出かけたり花見やドライブに出かけたり、近所のお寺までの散歩コースに出かけるなど利用者の希望に沿った外出する機会を多く支援している。	
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。	「お金を支払って自分の欲しい物を購入する」買い物の機会を設けている。		
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。	随時,希望に応じて電話等の方法で家族とのやりとりが取れる様な体制をとっている。		
52	19	居心地の良い共用空間づくり 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。	移動動線上の安全確保を行っている。雰囲気マッチした音楽を流している。季節を感じる作品等の掲示を行っている。	共用空間は明るく畳のスペースやソファが配置され利用者は思い思いの場所でくつろいでいる。行事の掲示をしたり利用者の施設の様子を写真で張り出し家族の方が面会に来られた時は持ち帰りが出来るようにしている。	
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。	自由な形で利用できる畳の間(スペース)を設けている。		
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。	本人の使い慣れた物等を使用してもらい,居室内の配置は本人や家族の希望に応じて行っている。 最大限の安全確保など	家族とも相談しながら,利用者お一人おひとりの生活スタイルに合わせて,馴染みのもの,家具・人形や家族の写真等を持ち込んでその人に合った環境作りをしている。	
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」や「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。	身体状況に合わせて利用する部屋の配置を行い無理のない生活上の移動が行えるよう配慮し,危険リスクを軽減することに努めている。場所が解りやすいように目的に応じてトイレや浴室前には掲示している。		

アウトカム項目			
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。	○	ほぼ全ての利用者の 利用者の3分の2くらい 利用者の3分の1くらい ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	毎日ある 数日に1回程度ある たまにある 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	○	ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが ほとんどいない
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	○	ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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	○	ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが ほとんどいない
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	○	ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが ほとんどいない
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ます	○	ほぼ全ての家族と 家族の3分の2くらいと 家族の3分の1くらいと ほとんどできていない

グループホーム ちゅうりっぷ

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	<input type="radio"/>	ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	<input type="radio"/>	大いに増えている 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	<input type="radio"/>	ほぼ全ての職員が 職員の3分の2くらいが 職員の3分の1くらいが 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	<input type="radio"/>	ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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	<input type="radio"/>	ほぼ全ての家族等が 家族等の3分の2くらいが 家族等の3分の1くらいが ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム ちゅーりっぷ

作成日 平成 23年 1月 21日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	2	事業所と地域との付き合いが不足している。	グループホームとは何かどんな役割かを理解して頂き入居者が町から孤立する事がない様になる。	運営推進会議をきちんと定期的で開催する。グループホームを地域に理解して頂くために口座を開く。	1年
2	14	同業者との交流ができていない。	同業者との交流が持つ勉強会や交流会を行ってサービスの質を上げるとともに職員間でやる気が持てる。	地域包括支援センターより音頭を取って頂き近場から見学させてもらい情報交換等の機会を得るようにする。	6か月
3	35	避難訓練が年1回しかできていない。	災害時に避難誘導できるようにする。災害時に地域の協力を得られるようにする。	年2回の避難訓練計画を立て実施する。近所の方や町内会長に避難訓練の案内を出し参加して頂く。夜間を想定した訓練を行う。	6か月
4					
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。