

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	2376500324		
法人名	有限会社 あおいの里		
事業所名	グループホームあおいの里		
所在地	愛知県豊川市伊奈町縫殿26番地132		
自己評価作成日	平成23年10月 1日	評価結果市町村受理日	平成23年12月20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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2376500324&SCD=320&PCD=23
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成23年11月 2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)】

「その方が入居前と変わりなく、地域の中で普通に生活すること」という事業所の理念を礎に、利用者
と職員が共に生活し、時には利用者に教えて頂き、時には利用者を頼りにするという、お互いに支えあ
う関係を大切にし援助にあたるよう努めている。
また、認知症通所介護(共用型)サービスを生かし、入居前から利用者様、家族様の要望、状態の把
握に努め少しでもスムーズな入居に向け柔軟な対応と信頼関係作りを心掛けています。

【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)】

地域での評判で当該ホームに入居を希望する利用希望者や家族は多く、共用型の認知症対応型通
所介護併設で、まずは希望実現の一步としての対応を始めている。手厚い支援が功を奏し、利用者の
入居以降の状態回復はめざましく、職員の中でも「うちに入っていたら長生きしていただけます
から」と、にこやかな笑顔の回答があるのは頼もしい限りである。長い利用期間の中で、加齢のため
にだんだんと状態が落ちてゆく姿を、家族のように心配し、親身に支える職員の姿勢こそが、利用者の
「元気で長生き」を支えているのであろうことがよく理解できる。特別なことではない「普通の暮らしの支
援」、少し手助けすれば叶う「やりたい事支援」がホームのカラーと言えるが、これを実践する管理者と
職員の意識の高さが、ホームの理念と方針から築き上げた「ホームのカラー」を支えている。

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	「その方らしく、地域の中で普通に生活すること」を理念とし、今までの暮らしを継続し、地域の一員として生活が送れるようにしている。理念の共有については、月に一度の会議の際に確認し理解を深めるよう努めている。	職員は理念実践がホームカラーの確立であることをよく理解し、あくまでも利用者本位の日常生活支援実現を目指している。	
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	近所のスーパーや薬局での買い物、散歩など日常的に地域との付き合いがあり、月に一度のハートサロンに参加し馴染みの関係作りをしている。ボランティアの受け入れを行っている。	地域の中の一帯としての交流を実現しており、日常の近所付き合いで、ホームを気にかけてもらえる関係づくりを築いている。ご近所様からの到来物も多く、良好な関係がうかがえる。	
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	社会福祉協議会のボランティア事業や社会福祉体験事業等に必要な情報を提示したり提案している。		
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	2ヶ月に1回(奇数月)に運営推進会議を開催している。会議では事業所の運営状況、評価への取り組み状況等を報告するとともに、参加者から頂いた意見をサービスに反映し、向上に努めている。	制度の狙い通りの会議運営がある。ホームが認知症高齢者介護の専門家であることを認識した積極的な情報発信も行い、出席者を通じた啓蒙にもつなげている。	
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取り組んでいる	地域密着型会議に参加し市町村担当者とは日ごろから連絡をとり、協力関係を築いている。台風などの自然災害の際には事前に連絡をとり対応できるようにしている。また入退去があった際にはその都度窓口に記録を持参し利用状況を伝え意見を伺っている。	市町村合併で管轄が豊川市に移行し、旧小坂井町と築いていた協力関係が水泡に帰すことも懸念されたが、法人代表の努力により、市担当部署とも新たな信頼関係を構築している。	
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	玄関は夜8時から朝7時以外は鍵をかけていない。居室には鍵をかけず、身体拘束の防止に取り組んでいる。職員は勉強会を定期的に行って、スピーチロックを含めた身体拘束やその廃止に向けた取り組みを実践している。	身体拘束の外部研修にも参加し、新しい情報収集に努めている。ホーム内勉強会においても、実践的に支援につながる事例を検討し、全職員に深い理解を推進している。	
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	職員は定期的に勉強会を設け、虐待防止に関する知識・理解を深めている。		

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	認知症介護指導者研修、リーダー研修、実践者研修など各種の研修に法人代表・管理者・職員が参加し、他の職員も事業所内の勉強会を通して情報共有している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居に際しては事前に施設を見学して頂いた上で、ホームの理念、実際の介護、料金等を細かく説明し理解して頂いている。契約締結は十分な話し合いをしてから行っており、希望に応じて体験利用も行っている。解約は家族側からは自由にでき、違約金はない。		
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	利用者の意見をくみ取るため「みんなの声」という情報共有のノートを作っている。利用者からの意見や要望があった時はもちろん、発語の少ない方や自分から希望をなかなか言われない方からも普段のなにげない言動を気にかかけ要望がキャッチできるよう配慮している。面会時など、気軽に話せるよう雰囲気作りをしている。また運営推進会議では、利用者・家族等に気兼ねなく話して頂けるよう気配りし、意見や苦情があった場合は話し合いを行い、再発防止に努めている。重要事項説明書に、苦情受付窓口として、当事業所だけでなく、市町村窓口、国保連、愛知県健康福祉部高齢福祉課を記載している。	「みんなの声」の記録から希望実現に向けての取り組みの継続が功を奏し、小さなつづやきのような希望が叶い、利用者の安心や満足度は明るい笑顔につながっている。家族に対しても、信頼関係の構築とともにより良い関係作りに努め、相互に相談のし合える関係となっている。	
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1回の職員会議では、職員が議題を提案し、活発に意見を交換している。また普段から運営者・管理者は運営に関する職員の意見や提案を聴く機会を設けている。グループホームの運営の概ねはスタッフの意見提案から成り立っている。	月1回の職員会議はケアカンファレンスも兼ね、2時間ほど担当を決めて行っている。分からないことや気になることは随時話し合い、管理者も含めた人間関係も良好である。	
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	運営者は常に現場に目を向け、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を自ら把握している。各自が向上心を持って働けるよう、担当業務や担当利用者を決め、やりがいが持てるよう配慮している。		
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	県の研修や豊川市介護保険関係事業者連絡協議会の研修などを利用して、知識や技術の習得に努めている。また法人内でも新人研修を行うほか、現任職員にも定期的に研修を行っている。		
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	豊川市介護保険関係事業者連絡協議会(施設部会、通所介護・通所リハビリ部会)等を利用したネットワーク作りや勉強会、相互訪問、情報交換等の活動を通じて、より良いサービスの提供にむけた取り組みをしている。		

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
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	サービス利用前に面談を行い、現状の生活、本人の困りごと、要望等を把握している。また可能であれば認知症対応型通所介護（共用型）や短期入所を利用して頂き、本人と接する機会を持ち関係の構築ができるようにし、入居時のリロケーションダメージの軽減に努めている。		
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	事前面談、見学、自宅訪問等、複数回話を聞く機会を設けることで、現状の生活、家族等が困っていること、不安なこと、要望等が自然と聞けるように工夫している。可能であれば共用型通所介護や短期入所を利用して頂き、グループホームを良く知ってもらってから入居につなげている。		
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	事前面談、見学、自宅訪問等、複数回話を聞く機会を設けて、アセスメントを行っている。その方・家族にとって「その時」必要な支援を見極め、より良いサービス提供につながるよう努めている。		
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	「私たちは時にはお年よりに教えていただき、時には頼りにし、共に生活していきます。人は頼りにされ、誰かの役に立つときが一番輝くときだと思ふからです」をモットーに一緒に過ごしながら学んだり、支えあう関係を築いている。その方らしく、地域の中で普通に生活すること、		
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	家族の希望を本人と同じように大切に考えています。家族が気軽に話をできるような普段から関係を作り、思いや意見を聞いて、共に本人を支えていくよう努めている。		
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	その方がそれまで過ごしてきた生活の継続性を大切にしている。その方の友人知人が気軽に面会に来られるような雰囲気作りをし関係が途切れないようにしている。入居前から通っていた馴染みの美容院、お店等の利用や、花見等の行事には利用者の地元へ行くよう配慮している。	ハートサロン(高齢者サロン)への外出を支援の一つとして行なう他、馴染みの美容院の利用や地域の商店へ買い物に出かける等、地域への外出の機会が多い。また、利用者の友人が「近所だから」と気軽に訪れる関係継続の事例もある。	
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	利用者個々の特徴や性格・相性などを把握し、気の合う方同士で話のしやすいよう座る位置関係に配慮したり、世話好きの方が他の方の世話をできるよう演出したり、利用者同士の触れ合い・個々の役割を持てるよう支援している。		

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	退居されてからも、移り住んだ先へ訪問し、関係者等に本人の状態、経過等の情報を必要に応じて伝えている。入院された方にはお見舞いに伺い、しばらくの間は定期的に連絡をとっている。		
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	「みんなの声」と題して、利用者の希望要望を書きとめ、職員間で情報共有し実現に向けて活用している。希望・意向の把握方法として、何がしたいかを直接訪ねるよりも、普段の利用者との関わりの中や何気ない会話の中から希望・意向を抽出している。言語によるコミュニケーションが難しい場合には、本人の仕草・表情などちょっとした変化を見逃さないようにし、その方に合った希望の抽出方法をとっている。また過去の生活歴・家族との話から得た情報も取り入れている。	「みんなの声」の取り組みの継続により、利用者の小さな希望実現にも成功していることは、ホームの継続支援の賜物であると言える。その人なりを介護計画に反映させ、細部に届く支援提供につなげている。	
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	事前面談や自宅訪問など、本人・家族から話を聞く機会を作り、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。		
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	「出来ること出来ないことシート」を利用し、24時間の生活をアセスメントして有する能力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	サービス担当者会議には、本人、管理者、計画作成担当者、介護スタッフ、また可能な限り家族にも参加してもらい、それぞれの意向や意見・提案を反映して、介護計画を作成している。また、常に利用者の状態、様子、要望の変化に注意し、プランが現状に即しているかどうか確認している。急な変化等プランの内容が現状に即していない場合は、迅速な話し合いや家族への電話連絡などを行い対応に努めている。	月1回のサービス担当者会議を行っている。又、利用者の状況が変化した場合は随時計画の変更を行っている。	
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	日々の介護記録を個別にまとめ、日々の様子、ケアの実践・結果、またそれらから得られる気づきや工夫を記入している。職員間で情報を共有し、プランの実践、プランが現状に即しているかどうかを常に検討している。		
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	住まい機能、泊まりの機能(ショートステイ)、通いの機能(認知症対応型通所介護共用型)等、本人や家族の状況、その時々意向・要望に合わせて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている。認知症対応型通所介護では、必要に応じて3食の食事提供・延長利用など行っている。		

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
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	不定期でのボランティア受け入れのほか、行事の際には手品のボランティアに協力してもらい、馴染みの関係作りをしている。自治体による訪問理容などの介護保険外サービスの情報も把握し活用している。運営推進会議には民生委員、老人会等の協力を得ている。消防には防災関係で立ち入り検査の時などに相談している。自治体による訪問美容の活用など、介護保険以外の情報も把握し活用している。		
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	希望に応じ入居前に受診していたかかりつけ医と施設協力医療機関である豊橋元町病院のどちらにでも受診ができる体制を整えている。また専門科についてはその都度家族や主治医と相談し受診できるよう努めている。	医療協力機関が平成18年に移転してから距離的に不便を感じていたが、訪問診療医の協力が得られたことで、12月頃から細やかな連携が取れる訪問医との二本立てで医療支援を行う。利用者の安全・安心への意識は高い。	
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	看護師が勤務しており、日常的な健康管理・関係医療機関等との連携をとっている。介護職員は利用者の些細な変化にも注意し、異常早期発見に努め、異常ある際には看護師に報告して適切な看護や受診等の対応がとれるようにしている。		
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	利用者が入院した際には安心して過ごせるよう面会などの機会を持ち、できるだけ早期退院ができるように、病院関係者との連携に努めている。		
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	重度化した場合の指針を入居の際に家族等と共に話し合っている。家族等の考え方・方向性に変更が生じた場合はその都度話し合いにて変更できるようにし、指針を文書にして共有している。主治医とは受診時などに家族、本人の希望などを伝え方針を共有している。	かかりつけ医との連携で、配置看護師がホーム内で栄養点滴を行える体制を構築している。家族と話し合いの結果、終末期は病院となる事例が多いが、ホームが対応できる限り、家族や本人の希望に添う方針がある。	
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	緊急対応マニュアルを整備し、緊急時に対応できるようにしている。事故の予防、事故発生時の対応について勉強会を行っている。		
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	H23年3月にスプリンクラー、緊急通報装置、火災報知器を設置し環境整備を行っている。また消防計画・地震防災規程を整備するとともに、避難訓練(総合訓練)を年2回実施し(うち1回は夜間想定)、全職員が対応できるようにしている。消防設備点検報告書を年1回提出。消防には立ち入り検査の時などに相談し、関係作りをしている。	今年度はスプリンクラー他の環境整備を、利用者の安全確保に対し、高い意識で整えた。消防署や地域との連携を図り、避難訓練では利用者自らが危機意識を持って自主避難できるように訓練を行う等、もしもの場合に備えている。	評価ヒアリング中に、避難経路や避難場所・誘導先の考え方の中で、想定できる方法のさらなる抽出と検討が必要であることが、新しい気づきとして見出せた。今後の取り組みが期待される。

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、人前であからさまなトイレ誘導を行わないなど、尊厳を傷つける行為を行わないよう常に意識している。プライバシー保護マニュアルを整備し勉強会を行って情報共有をしている。	指示や命令のない自由な生活を保障することが、利用者のプライバシー確保の一歩であると考え、利用者一人ひとりの特性や性格に合わせて、それぞれの人格尊重を意識した支援を実践している。	
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	「みんなの声」と題して、利用者の希望要望を書きとめ、職員間で情報共有し実現に向けて活用している。希望・意向の把握方法として、何がしたいかを直接訪ねるよりも、普段の利用者との関わりの中や何気ない会話の中から希望・意向を抽出している。言語によるコミュニケーションが難しい場合には、本人の仕草・表情などちょっとした変化を見逃さないようにし、その方にあったコミュニケーション方法をとっている。その方が発するシグナルを見逃さない想像力や注意深さをもって接することを心がけている。		
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	その方にあったペースを大切に、希望に沿った支援をしている。希望の抽出(前出)には様々な方法を駆使している。		
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	日常的に身だしなみを意識しその方のペースで行ってもらい、外出時には外出にあったおしゃれができ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	献立には利用者の希望が反映されるようにし食事が楽しめる工夫をしている。。買い物、調理、配膳準備、片付けなどは利用者と職員が共に行い、買い物や調理をする方、盛りつけをする方、洗いのをする方、味見をする方など、その方の有する能力に合わせた役割が持てるよう援助している。食事は利用者・職員と一緒に食べ、共に暮らすもの同士として、楽しみを共有している。希望の抽出には「みんなの声」を活用している。	献立は利用者の状況や希望に沿って食事を楽しむ工夫を行い、身体状況に応じてきざみ食等にも対応している。又、利用者は自分のできる範囲で配膳準備や片付けを行い、役割を持つことがその人らしさの証明であることを生き活きと体現している。	
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	利用者とスタッフが共に作った献立に、管理栄養士が全体量(カロリー)栄養バランス等の確認をしている。食事摂取量の記録を毎食行い、体重を定期的に測定して栄養摂取状態に注意している。個々の状態に合わせ、必要な方には水分チェックをしたり個々の状態に合わせた食事形態になるよう工夫している。		
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	毎食後口腔ケアをその方の状態や有する能力に応じて行っている。		

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
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	排泄チェック表で排尿パターンの把握に努めている。失禁のある方には、できるだけ良いタイミングで声かけや誘導ができるよう心がけ、トイレでの排泄・排泄の自立支援を行っている。下痢や便秘などの異常は早期に発見し早期対応ができるよう心がけている。	ホーム利用で改善した状態が、だんだんと落ちて行く状況の中でも、利用者の尊厳を守るトイレでの排泄を基本とした支援を実践している。声掛けや誘導が支援の基本となり、自立の期間保持に努めている。	
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	排泄チェック表を用い、利用者の排泄状況を把握している。便秘がちな方には十分な水分摂取、運動をして頂けるよう援助している。また普段から適度な運動、繊維の多い食事を心がけるなど便秘予防に努めている。		
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	特に時間等を決めず同性介助、異性介助など本人の意向に合わせて、入浴して頂いている。気持ちよく入浴してもらえるよう安心できる声かけなど、工夫に努めている。	入浴したい利用者は自由に好きな時間に入浴できる。毎日の入浴や夜間入浴にも対応し、風呂好きの利用者には嬉しい環境がある。又、入浴拒否の利用者には無理強いをせずシャワー浴や足浴で対応し、清潔保持にも配慮している。	
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	夜間気持ちよく眠れるように、できるだけ日中活性化を促している。体調等、その人の状態に合わせて適度な昼寝を取り入れている。夜間眠れない方に対しては、特に強く睡眠を促すことはせず、一緒に寄り添い不眠によるストレスや不安が軽減できる関わりを心がけている。		
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	薬剤情報を一人一人の記録ファイルにトビ、薬の目的・副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状変化の確認に努めている。		
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	みんなの声を活用し行きたい場所、食べたい物など、希望・意向をあらゆる角度から抽出し、それに合わせて支援している。過去の生活歴も参考にしつつ、今の本人の様子や想いを言語以外の情報も含めてキャッチできるよう努め、今のその方に合った役割・楽しみ事を持てるようにしている。		
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支援している	その日の気分や希望に沿って、可能な限り買い物や散歩、喫茶・外食等ができるよう支援している。外出先を選ぶ際は「みんなの声」を活用し希望抽出している。	買い物や散歩、喫茶など日常的な外出支援は勿論のこと、地域の祭りや花見、もみじ狩りなどのイベントで季節を楽しめる支援を行っている。特に「みんなの声」に記録した個人希望については、迅速に実現に向けて対応している。	

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
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	本人の有する能力に合わせて、お金を所持したり使ったりできるよう支援している。例えば、買物するときなどは、小銭(千円単位)で本人に渡し本人が支払いを行うといった金銭管理を支援している。		
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	電話は本人の希望により家族に連絡しており、電話機も居間の分かりやすい場所に置いてある。手紙は希望時や季節、年賀状等利用できるように支援している。		
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	テレビの音や音楽、話声など複数の音を同時に聞き分けることは認知症の利用者にとっては困難なことで、不安や混乱を招く要因であることを職員は理解し、音が重複しないようにしたり、大きな音にならないようにするなど、穏やかな雰囲気になるよう心がけている。日中は照明・天窓・窓・カーテンなどを利用し適度な明るさとなるようにしている。夜間は間接的な照明、自然色に近い蛍光灯の使用により、やわらかで落ち着いた照明になるよう心がけている。家庭的な雰囲気を損ねない程度の季節の飾りつけにより落ち着いた生活が送れるよう努めている。	利用者は日中のほとんどの時間をリビングで過ごし、気の合った利用者同士が談笑する様子は、見ている側も癒される光景である。採光・空調・清潔感等、高齢者の生活環境として何ら問題は感じられず、利用者が安心して暮らせる場所を提供している。時折訪れる近隣の方が「私もここに入りたい」と利用者へ声掛けをする場面も見ることができた。	
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	共用空間は3か所あり、1階にテーブルとソファの2か所、2階にテーブルの1か所を設けている。利用者同士の間関係には十分に配慮し、気の合う利用者同士でゆったり過ごせるような位置関係になるよう努めている。		
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	使い慣れたなじみの物や好きな物を持ち込んで使ってもらい、心地よく過ごせるよう工夫している。ベッド・タンス・カーテン等は無料で貸し出ししており、ご本人・ご家族に説明した上で利便性の選択も可能にしている。	お声掛けした利用者の方数名が、ロ々に居室の自慢をされる様子はホームの「いつも通り」である。家具の持ち込み・配置についても、個人のこだわり通りで、かなりご満悦な様子がうかがえた。	
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	一人ひとりの理解力・判断力・身体機能等は徐々に変化することを理解し、定期的なアセスメントを行っている。 安全面への配慮はもちろんのことながら、本人の能力を補う工夫をしている。段差のない床、滑り止め、物干しの高さ調節、手すり・木のぬくもり等		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームあおいの里

目標達成計画

作成日: 平成 23年 12月 19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	2	よりいっそうの地域の中での介護の拠点としての役割を持つ	サロン参加やボランティア受け入れの強化	サロンへ毎月参加しているが、スタッフも何か役割を持ち地域に役立てるようにしたい	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。