

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成22年 8月 15日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3475000018		
法人名	有限会社ヒサオカ		
事業所名	グループホームいこいの里		
所在地	広島県江田島市江田島町中央一丁目20番3号 (電話) 0823-42-5689		
自己評価作成日	平成22年8月15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	http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3475000018&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成22年9月9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）】

その人その人の性格・状態を把握し、筋力低下の予防や認知症の進行予防等、なるべく現在の状態を維持・あるいは本人にとっていい方向へ持っていけるように援助の方法を考えて実践している。実際、入院していた利用者が、医師よりもう歩けないだろうと言われ、家族もグループホームを諦め、特別養護老人ホームへの入所を考えていたりしたが、いこいの里へ帰り、歩けるようになった利用者が何人もいる。認知症に関しても自分の居室すら分からない人が時間をかけて日課をこなせるようにまでなった人もいた。

【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）】

当該事業所は、創設5年を経過しているが、職員は利用者・家族への支援への想いを持ちながら、サービスの質の向上に日々努力していることが伺える。特に地域密着型認知症対応型グループホームとしての目的意識に適合した介護サービスの改善・向上努力は、自然体で日常的に一つ一つ着実な実績を示しており、利用者本位の「その人らしい生活支援」であり「その人の自立」をも支援する様々な工夫がなされている。それらは正しい目的・目標意識の下に努力が永年積み重ねられたものであり一朝一夕に出来るものではないが、創意工夫による日常的な業務として着実に結実しつつある。今以上に更なる向上を目指して、職員の教育訓練・研修等のマニュアル等の見直しを行っており、今後の努力研鑽により、着実な進展が期待できるものと思われる。

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	
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。	毎年、職員同士で施設に当初からある理念とは別途に、より利用者様に沿ったサービス内容を話し合い、その年に目指すべき「職員理念」を作り、更に、「職員三か条」を毎日朝晩、出勤した職員が唱和し、理念の意味と意義を共有している。	管理者及び職員は、理念の意義、本質をよく理解したうえで、職員全員が共有して日常の業務運営等に反映させており、このことは表面的にはごく日常的サービスの奉仕として身に付いており、自然体として実践している様に伺える。		
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。	地域の行事や市の一斉清掃等は利用者の意向を聞き、参加している。設立当初はこちらから打診していたが、頻繁に参加する事で近年では実行者側から参加の要望等があるようになった。	事業所がやや一般の住民居住地から離れた山間部にあるため、日常的にはなかなか交流が図りにくいハンディキャップとなっているが、地域の一斉清掃や各種行事に積極的に参加したり、民生委員や小学校校長先生等と連携を密にし相互訪問や歓談を計画するなど、事業所と地域一体となって交流の絆を創りつつある。		
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。	地域的にまだ認知症に対する理解は低い。地域包括支援センターの担当者と連携してどう理解を深めていってもらえるか検討している。			
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	毎回、利用者の状態と行事の報告をし、これからのサービス内容を説明し、家族や市職員、民生委員等に意見を聞き、サービス向上に向けて活かすよう努力している。	運営推進会議は二ヶ月に一回利用者家族、民生委員、行政担当者等が参加して開催されており、議題・意見や話し合い等会議の内容は、運営上の現状や問題点、要望事項や今後の改善事項など運営会議として充実した内容となっており、参加者の意欲も伺える。		
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。	前項で述べた運営推進会議を始め、日頃から連絡を取り合っており、報告・相談等含めて協力関係を作っている。	定期的な連携ではないが、必要に応じて気軽に連絡し合う雰囲気が醸成されており運営推進会議上でも問題点や改善事項が発生する度にその場で相談したり、意見を求めるなど積極的に協力関係を構築する姿勢が伺える。		

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
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。	事故防止の為、玄関及び裏口等には施錠してあるが、認知症の度合いが低い利用者は自分で玄関の鍵を開けて自由に出入りしている。裏口は利用者から訴えがあれば職員が鍵を開けている。居室に関しては窓の鍵は転落防止の為、普段は施錠している。その他の施錠はしていない。また、本人に対する身体拘束はしていない。	職員は身体拘束をしないケアについては十分に理解したうえで、鍵を掛けないケアに取り組んでいる。	
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。	地域包括支援センターから詳しい職員を招き、講義を受けている。(今年度はまだ受けていない) 身体的な虐待を含め、言葉による虐待もないように、施設内での会議にて話し合い、防止に向けて努力している。		
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。	どちらも普段から学び、自立支援事業に関しては計画作成担当者が中心となって普段から話し合い、成年後見制度に関しては社協等と協力をしながら支援出来るようにしている。		
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。	契約時には重要事項を含め、不安や疑問に対して家族が納得するまで答えている。解約に関しては契約時、及び解約になる可能性が出た時点で説明し、理解して頂いている。		
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。	施設に対する要望に関しては施設内会議を通じて職員で話し合い、運営推進会議を通じて外部へ発表するようにしている。	利用者、家族等の意見は随時受け付け、聴取するよう契約書や重要事項説明書にも明示されており運営推進会議や家族の面会時に聴取や話し合いながら、得られた意見や要望は管理者が、その都度ミーティングなどの機会に職員に伝達し、話し合って運営に反映させている。	

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
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。	管理者は普段から職員の声に耳を傾け、明らかに利用者の為になり、即実行可能ならその場で採用し、全職員に通知している。 困難な件や、検討が必要と判断したら会議にて全職員で話し合い、出来る限り反映させている。	事業所内はアットホームな雰囲気、風通しが良く、職員の意見や提案はその都度話し合いが持たれ処置されている雰囲気が伺え、コミュニケーションが良い。また、聴取された意見や提案は比較的容易に採用され業務に反映されている。	
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。	代表は現場に出ない為、管理者が第三者的視点で職員を評価し、代表に報告。給与水準等に関しては今まで代表が個々に話していたが、次回より管理者を含め話をし、現場に反映するように努力していく。		
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。	県や社協が主催して行う研修の他に管理者の勧めで他の施設に出向き、色々なケースに応じた介護の方法を学ぶ様、話を進めている。		
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。	管理者や職員は率先して他の施設、病院、市職員等と交流し、社会福祉士同士、ケアマネ同士の勉強会に出席する等、独自のネットワークを作り、時にはお互いの施設見学を行ったり、事例検討をしたりする事で、お互いのサービスの質の向上に向けて努力している。		
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。	サービスの利用前の事前面接から本人や家族に聞き取り調査を行い、疑問点等に答え不安解消に向けて努力している。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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。	前項と同じく、サービスの利用前から聞き取り調査を行い、お互いが信頼できる関係になるように努力している。		
17		○初期対応の見極めと支援 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。	いこいの里では医療関係の事が出来ないの で主に訪問看護をして欲しいとの要望が多いが、制度上出来ないので通院支援等、出来る範囲の代替サービスを行っている。 また、他の介護保険を利用したサービスも制度上出来ないの でそれに代替するサービスをいこいの里で出来るように努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	一部の利用者達とは職員も共同生活をしている認識はあると思う。 職員の意識としては一緒に生活しようという意識はあるものの、強い介護拒否をされたり、認知の重い方に関してはどうしても「介護」になってしまう傾向が見られる。		
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。	本人の立場から見て家族にはなかなか言えない本音を職員に言った時にご家族にそっと伝え、本人の要望をなるべく叶えてもらったり、出来る事には協力してもらったりしながら、「本人主体」を念頭に協力し合っている。		
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。	例えば通い詰めていた喫茶店や働いていた職場等に利用者を連れて通ったり、近所や馴染みの人の家をたまに訪ねてみたりしながら、いこいの里にも「友人」と言う形で訪ねてもらう形をとっている。	利用者一人ひとりの要望やこれまでの地域とのつながり等、個人の生活歴や環境を配慮しそれらを大切に育み継続を維持するよう支援する体制が取られている様に伺える。	

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
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。	利用者同士がうまく行っている時には職員は和を乱さない程度に関わり、利用者間でトラブルがあったり、性格上孤立してしまいそうな利用者がいた場合には職員が他の利用者との間に入り、話題を提供したり、ケンカの時には仲裁し、時間を置いてみたりしながら、少しずつ和を作れるように努力している。		
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。	退所した本人・その家族はもとより、入院・入所している施設と連絡を取りながら、必要ならば相談に乗ったり、受け入れ先を探したり、サービスの情報を提供したりと家族の方からの拒否がない場合は出来るだけ迷惑にならない程度に支援しようと努めている。		
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。	なかには複雑な家庭環境から心ない希望を言われたりする方もいらっしゃるが、本人に希望を聞いたりしながら、計画や普段の接し方等を検討している。また、その本人の希望は家族に話し、いこいの里での接し方としても、必要な場合は細かく説明している。	入居前の調査や入居後の様子観察などを総合的に分析し、また現在の日常的な利用者の希望を聞いたり、言動から把握しながら極力本人本位の要望に沿えるように配慮しながら支援している様子が伺える。	
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。	入所するまでの本人や家族、それまで利用していたサービス、あるいは入院先のSWに聞き取り調査を行っている。また、入所中に来る面会者等から情報を得ている。		
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。	事前調査で職員に通達はするが、事前調査と実際には違うことが多いので、入所してから様子観察を行った後にだいたいの日課を検討している。また、日々の中で本人の状態が変化した時等はその時に何が出来て何が出来ないか新たに観察し把握をしている。		

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
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。	QOLを高める為に相談員が本人や家族、その他関わる関係者と話し合い、必要な時や困難な時には家族の同意を得た上で医療関係者や民生委員等に意見を求めて介護計画を作成している。	入居者本人の入居歴により既に介護実績がある人は現状と実績に基づき、入居歴が浅い人は事前調査や入所後の様子観察に基づき関係者と連携しながら計画を作成し、モニタリングを行いながらチームとして対応している。なお、入居者1～3名をひとりの職員が主担当するようキメの細かい介護支援方式を採用するなど現状把握に努力している。	
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。	個人日誌に日々の状態を記録し、ケアプランの長期目標、短期目標の実践、その達成の可否を全職員で記入し、モニタリングや次のケアプラン作成に反映し、活かしている。		
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。	一人ひとりの状況の変化に応じてその都度家族に相談し、家族や本人が望まれるニーズに対して出来る限り柔軟に対応するように全職員で取り組んでいる。		
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。	地元や近場での行事(清掃活動等)には希望者を募り無理のない程度で参加したり、地域の小学校との行き来をしながら交流を深め、より日常生活に刺激を与えられるように支援を行っている。また、民生委員を通じて地域の子供会との交流を検討中。地元の老人会とも代表取締役が交渉中。		
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し、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。	協力医の他に家族や本人の希望により、入所以前よりのかかりつけ医を望まれる場合にはかかりつけ医に説明、相談をし、通常は往診にて対応していただき、緊急時には職員付き添いの元、受診している。定期的な通院には家族に付き添いをお願いしたりしている。	これまでの利用者一人ひとりの受診状況を把握し、本人や家族等が希望する医療支援が出来るよう配慮されており、現状は自己評価欄記述のとおり実施されている。	

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。	現在、看護師がいない為、介護職員が日々のバイタル等の状態のチェックを行い、協力医、かかりつけ医等と相談を行いながら必要に応じ受診をしたりしている。		
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、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。	利用者の入院時や入院中に担当医や、MSWとの情報交換を密に行い、医療行為が不要となる見込みが出た時点で施設に帰り、日常生活に復帰出来るように努めている。また、かかりつけ医や協力医等とも可能性のあるケースに備えて相談したりできる関係づくりを業務時間外でも作っている。		
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。	施設内では医療行為が出来ない事をあらかじめ家族に契約時に伝えた上で、重度化や終末期にはそうなる予兆が出た時点で家族と相談し、主治医と相談しながら当施設で対応出来るかを含め方針を検討している。	重度化に伴う意思確認書などは作成されていないが、事業所運営規定で退きの基準が定められており、入所前に家族等の了承は得られている。現状は、事業所として出来る最大のケアを踏まえて支援に取り組まれており、協力医や関係者間の連携はきめ細かく行われている。	
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。	利用者の急変や事故発生時にはマニュアルを作り、初期対応出来るようにしている。応急手当等は全職員が定期的に訓練を行い、AEDの使用法を含め、いつでも実践出来るように身につけている。		
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。	防火管理者の指示の元、日中、夜間の場合を考えた火災、地震に対する避難訓練を定期的に行い、利用者の安全確保が出来るように全職員で行動し、近隣にも協力をお願いしている。また、スプリンクラーの設置も既に決まっている。 水害に関しては高地の為、検討していなかったが、土砂崩れ等も今年から検討を始めた。(8月現在は計画段階)	災害に対しては利用者の安全確保、避難を重視した定期的な訓練が行われており、近隣の民家等の協力も得られる体制が作られている。防火設備、機器等も整備されている。	

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
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。	施設理念、職員理念に盛り込み、毎日の申し送り(朝、夕)にて職員理念を唱和して意識付けを行い、習慣付けている。言葉かけに関しては親しいが、慣れなれしくならないように話すように心掛けている。	理念は勿論、日常関わりの中で職員は利用者の方々は人生の先輩として接しており、又、一方的な介護ではなく暖かく見守ることにより、一人の人間として「自分でできることは、出来るだけ自分でやって頂く」という方針で臨まれており、人格、尊厳の尊重を基本として支援していることが伺える。	
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。	本人からこまめに希望を聞いたり、会話の中から本人の望みを汲み取りながら、日々の様子観察、他職員との情報の共有に努めながら、意思表示がうまくできない人にも本人の意思による自己決定が出来るように時間をかけたり、あえて選択肢を用意したりするようにしている。		
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。	本人の希望を尊重し、常に耳を傾ける姿勢を持つ為に一日のスケジュールはあくまでペースとして立てているが、その時々でペースでスケジュールを変更しながらその日その日を生活していただいている。		
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。	本人の希望により、職員が服を準備するのではなく、本人と一緒に服を選ぶようにしている。ただし、入浴日や外出等に毎日同じ服を着ている場合には職員が服を勧める時がある。化粧等は本人に任せている。美容院は本人の希望があれば、行きつけの美容院に行き、希望がない場合には2カ月に1回美容院に来て頂いている。		
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。	その時々メニューによるが、食材の下ごしらえや、簡単な調理、食器洗いや配膳、下膳を行っている。担当等、個人の役割としては決まっていないが、その時の気分で手伝ってもらえるように希望者を募り、お願いしている。	利用者の高齢化(平均86.5歳)により個人差があるが、自立支援を目標に「できることは極力自分達で」お願いしたり、好みのメニューを調理してもらったり工夫をしながら食事を楽しんでいる。食後も暫くは食卓に着いたままで会話を楽しむなど明るい雰囲気が伺える。	

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
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。	外注している材料でカロリー計算をし、脂の摂取が厳禁な人は脂分を除いたメニューをその人用に考えたり、減塩等も考慮して食事を提供している。また水分摂取量が少ない人にはその日の体調により目標摂取量を決め取り組んでいる。また、食事を刻んだりしながら、嚥下能力や咀嚼力に応じた食事を提供している。		
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。	毎食前にうがいを行っている。出来る方には義歯を外して、洗って頂き、出来ない方は出来る所まで洗っていただき、出来ない所を職員が介助する。協力医療歯科医院にも往診に来て頂き、一か月に一回ミーティングを行い、普段の状態、治療進行具合等を連絡しあう。		
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。	排泄チェック表を毎日確認し、排泄パターンを予測し、本人の訴えない場合は排泄予測時間を考慮し、トイレへの声かけ、誘導を行い、失敗の少ないように努力している。また、トイレでの排泄は出来るだけ自力で行えるよう、声かけにより出来る限りは自分でやってもらうように努めている。	利用者一人ひとりの排泄パターンや習慣・時間帯等の把握に努めるとともに、意図的に布オムツを使用することにより利用者の尊厳に配慮し、自主的な排泄の意欲を促せるよう工夫しながら自立に向けた支援に努めている。	
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。	排便の有無を毎日チェックし、便秘しやすい利用者を把握している。水分補給や運動等を声かけと一緒に言い、それでも排便がない時には医師と相談し、薬を出してもらったりしている。		
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てしまわずに，個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴嫌いな人や決まった曜日にしか入らない人がいるので、形式的には入浴日を決めている。時間も38で述べたようにスケジュールは一応書いている。しかし、本人の都合により午前だったり、午後だったりする事もあるし、日曜を含めた毎日に入浴をされる方もいる。	入浴日や時間は一応の目安として大まかな予定は作成するが、基本は利用者の希望を主体として個別対応となっている。特に風呂嫌いの利用者で衛生上必要と判断した場合は、職員が声掛けなどに工夫をしながら入浴支援を行っている。	

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
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。	夜間は安眠していただけるよう に、一人ひとりの身体状態を考 慮して、定時のトイレ誘導を行 ったり、2時間置きの安否確認 を行っている。 また、日中はその時々 の状態により、居室や和室で休 息していただいたりしている。		
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。	全職員が処方されている薬の用 法や用量を把握出来るように全 利用者の処方を一覧にしてい る。また、誤配・誤飲が無いよ うに3重の確認を行っている。		
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。	認知症進行防止の為に、その 人にあった役割を持っていだ いたり、その日の体調に 応じて役割をこなして頂いたり している。その上で他の人達の 役に立っているという充実感 を持ち、レクリエーションや 地域の行事への参加等で楽し みを持てるように支援してい 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。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。	毎月の買い物の外出とその時 期の気候、その日の天気を考 慮して散歩やドライブ、時には 遠出をしたりする。外出は突 発的な物が多い為、中々家族 に協力を得るのは難しいが、 時間が合えば民生委員等、 近所の方が近場に一緒に行 ってくれる時もある。	本人の状態や習慣、有する力 、希望、季節や地域のその時 々の状況に応じて、1人ひと りが外出を楽しめる支援に 取り組んでいる。	
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。	本人の状態によって家族の 了解が得られれば、お 金を所持し、欲しい物を 購入したり、美容院の カット代を支払ったり 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
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。	うまく話せない人や電話の操作が分からない人には先ず職員がかけて事情を説明し、本人と代わったりしている。また、人によっては本人の希望により、携帯電話を持って頂いている。 荷物は職員が一旦預かり、中身が危険物等ではない事を確認して渡している。 手紙はポストが遠い為、職員が預かり、投函している。		
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。	皆が過ごす事の多い食堂では毎月の行事の写真の貼ったり、利用者が毎月季節感のあるカレンダーを作って貼ったり行事で作ったものや、地域の子供会等から贈られた物を廊下等に飾ったりする事で、やすらぎのある空間を提供している。	共用の空間は利用者手作りのものや行事の写真、絵などで飾りつけがなされ、夫々が目的に合う広さと明るさで、違和感を感じるような臭いやシミなどの汚れはなく清潔に掃除が行き届いていて居心地が良く過ごせるような配慮が見受けられる。	
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。	独りになりたい時は居室、リビング等好きな所でゆっくりしていただいたり、仲の良い利用者同士にはリビングで話をしたり、居室で一緒に歌を歌ったり、好きな様に過ごして頂けるように努力している。		
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。	本人が使い慣れた物や思い出のある物、好みの物を必要性に応じて家族に説明し、なるべく家にある物を持ち込んで頂き、出来るだけ住み慣れた場所と同じように安心感を持って生活して頂けるようにしている。	居室は9室中トイレ付きが3室（各階）で利用者個人の好みにより使い慣れた家具や装飾品などで飾られ自分の部屋として居心地良く過ごせるような自由な雰囲気が感じられる。	
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。	廊下、トイレ、浴室には手すりを設置し、廊下や居室、玄関はバリアフリーになっており、残存能力を生かした生活が出来る様に工夫している。		

Ⅴ 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。		①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④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		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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている		①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④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		①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④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		①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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		①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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		①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④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		①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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		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
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		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
66	職員は、生き活きと働けている		①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームいこいの里

作成日 平成 22年 9月 22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り組み内容	目標達成に要する期間
1	4	運営推進会議にて、法律の話等、家族にはあまり興味がなく、意見の出にくい議題があったりする。	家族関係者が理解しやすく、意見がよく出て、運営や利用者の介護に反映されるような議題を作る。	事例検討や、地域との関わり、利用者の今後の取り組み等わかりやすい議題を取り上げる。また、資料を事前に送って事前に質問等考えて議論が活発になるようにする。	1年
2	43	日中、尿意を感じていたりいなかったり様々だが、出来る限り、自らの力で排泄出来るようになって欲しい。	日中はなるべくリハパンやパットを使用せず、尿意を感じ、自力での排泄を行ってもらえるようにする。	排尿の時間帯を考慮して、職員サイドから声かけを行い、トイレにて排泄を行ってもらおう。最終的には自分からトイレに行ってもらえるようにする。	個人的に差はあるが、1～3年
3					
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。