

平成 21 年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業の開始年月日, 指定年月日, 法人名, 事業所名, 所在地, サービス種別, 定員等, 自己評価作成日, 評価結果, 市町村受理日.

※ 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。

Table with 2 columns: 基本情報リンク先, (empty cell)

【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)】

くらしの心得として「一、自分の出来る事は、自分でやりましょう。自分で出来る事が一番の幸せです。出来ない事を心配しないで下さい。私たちがお手伝いさせていただきます。一、隣の人も家族です。毎日笑顔で接しましょう。」を掲げている。開設当初より、入所している利用者の介助が多くなっているが、利用者同士の助け合いの気持ちがみられ、歩けない利用者にお茶を入れたり、トイレが分からない利用者をトイレに誘導したり、おやつを配膳するなど、出来る事は職員と一緒にして頂いている。毎日の生活のなかで残存能力の低下や認知症の進行を遅らせるように日々勤めている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 4 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日, 評価機関, 評価決定日.

【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)】

このホームの特徴
①このホームは同じ大和市内の鶴間に平成14年5月に設立され、グループホームでは古い歴史を持っている。この度、消防法等の関係で前の建物の改装が必要となったため、オーナーがこの上草柳に独自で新築し、最近、ホーム全体で移り住んで来た。オーナーは設立時点から確たるポリシーのもとにグループホームを立ち上げ、今も変わらぬポリシーで運営を進めている。基本的に利用者さん優先であるが、何でも云うがままといったものではなく、たとえその時点では意にそわまないようなことであっても、長い目で利用者さんのためになることであれば、ご家族にも理解を求めて推進する、筋の通ったケアを、自信を持って進めている。今回の移転で入居者が混乱するのではと気になって聞いてみたが、入居者は全く動揺はなかったと言う。同じ介護の顔がいるので安心していいのか、扱いが上手いのか不明だが部屋が分らない時は誘導することですぐに馴染んだと言う。事実、リビングでの様子は安定した明るいものであった。このケアが優れているのかも知れないが環境を変えると不安になると言う説を疑いたくなる程スムーズな移転であった。
②地域の特性としては准工業地の中にある。この一角だけの住宅地であり、住宅軒数は中程度でまとまりがあり、町内会活動も活発である。オーナーは民生委員、町内会長にご相談し、開所前に説明会を開いて施設の内容を説明し、ご理解を頂いた。その後、運営推進会議などの関係からご近所のコンペに参加するようになり、すっかり町内会の一員として定着している。
③介護に対する考え方は一貫して変わらない。特徴的なこととして、介護計画の記入方法が挙げられる。計画1をブレイクダウンして計画2を作る点では他と変わらないが、ブレイクダウンした項目に1つ1つ記号を振り、サービス記録を書く時、必ずその記号を振る、記入内容を6段階に分類して内容の段階を区分けする、サービス記録は時間の時系列で具体的内容を記入するなどである。説明では表現しにくいですが、充実し、介護計画を活かした記入内容である。また職員のほぼ全員が普通救命講習を修了し、大和市消防本部から応急救命手当実施認定施設の指定を受けて、貢献に備えている。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

Table with 3 columns: 評価項目の領域, 自己評価項目, 外部評価項目.

事業所名	グループホームひだまり
ユニット名	

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。 (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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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

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。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			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者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。 (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
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
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
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, ほとんどいない

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	日常の散歩や買い物等で地域の方々とのふれあい、また、地域の方の施設見学等の受け入れを行う等して、グループホームを理解して頂き、開放的なホーム作りを行っている。	日常の散歩や買い物等で地域の方々とのふれあい、また、地域の方の施設見学等の受け入れを行う等して、グループホームを理解して頂き、開放的なホーム作りを行っている。理念は、掲示し毎日見てケアの拠所としている。希望する方には見学してもらい、理念を含めて説明をするようにしている。	今後の継続
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(親睦会やお祭り)に利用者と職員で参加し、楽しい時間を過ごした。	地域の行事(親睦会やお祭り)に利用者と職員で参加し、楽しい時間を過ごした。ここに移ってまだ1年足らずであるが、運営推進会議やゴルフのお付き合いの中で近所と急速に親しくなっている。近所の鉄工所のご主人は趣味で作った木工作品を利用者にを見せてくれている。	今後の継続
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	特別な事は、行っていないが、行事参加や日々の散歩等で、利用者に接したり、職員の対応から認知症についての理解をして頂いている。		
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	事業所を移動し、10月に1回目の運営推進会議を開催したので、今後、会議での意見等を頂きサービスの向上に活かしていく。	事業所を移動し、10月に1回目の運営推進会議を開催したので、今後、会議で意見等を頂きサービスの向上に活かしていく。新メンバーは、町内会長、民生委員、地域代表(町内会役員)地域包括支援センターそれに大和市役所、ホーム関係者である。規約を作り会長を選出し実施している。	今後の継続
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	2ヶ月に1度の運営推進会議を開催し、事業所の実情の理解と意見を頂いている。また、サービス相談員派遣事業についても、受け入れを行い連携を取っている。	2ヶ月に1度の運営推進会議を開催し、事業所の実情の理解と意見を頂いている。また、サービス相談員派遣事業についても、受け入れを行い連携を取っている。(年10回程度の訪問)	今後の継続

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	身体拘束についての理解をしており、緊急やむを得ない場合の対応等についても話し合いを持ち、統一した対応が出来るように、取り組んでいる。	身体拘束についての理解をしており、緊急やむを得ない場合の対応等についても話し合いを持ち、統一した対応が出来るように、取り組んでいる。	今後の継続
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	虐待について、県、市より配布されたパンフレットを、玄関に貼り職員に喚起を促している。また、講習会に参加している。		
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	成年後見制度を利用している利用者が、入居していた為、職員等理解している。		
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	契約の際、十分な説明を行い納得してサインを頂いている。また、希望により、事前に契約書をお渡しし、検討して頂くことも行っている。		
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	平成19年11月より、介護サービス相談員派遣を受け入れ、利用者や家族の意見、要望を外部者へ表せる機会を設けている。	平成19年11月より、介護サービス相談員派遣を受け入れ、利用者や家族の意見、要望を外部者へ表せる機会を設けている。ご家族のご意見は来訪時に伺うようにしている。利用者の意見も散歩、お寿司の夕食、花見、初詣などは実施出来るものは実施している。	今後の継続

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	管理者が日々の業務の中で、職員から意見を聴き、必要と判断した時は代表者に進言する。代表者は、朝夕の申し送り時に提案し、職員の意見を取り入れ反映させている。	管理者が日々の業務の中で、職員から意見を聴き、必要と判断した時は代表者に進言する。代表者は、朝夕の申し送り時に提案し、職員の意見を取り入れ反映させている。職員については、年末年始勤務の割増、インフルエンザの予防接種の半分会社負担、忘年会費用の会社持ちなども行っている。	今後の継続
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	代表者は、19年11月より、能力給制度を導入し給与に反映している。また、休みや労働時間の希望に配慮して勤務もたてられている。		
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	県内他市との相互研修や大和市並びに保健所主催の講習を受講するように勤めている。		
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	県内他市のグループホームとの交流会に参加し、ネットワークづくりや情報交換の場づくりをしている。		
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	ホームの見学時や入所時に、本人から話しを良く聴き、不安や心配に対し、ホーム側で配慮し介護できるようにしている。		

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	ホームの見学時や入所時に、家族の話を良く聴き、不安や困っている事に対する対応に付いて話し合い、ホームが支援出来る事は何か、理解して頂く。		
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	入所前の情報収集の時に、本人と家族が必要としている支援と、ホーム側で必要と判断した支援等を含め、ケアプランをたてて介護している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	ホームの「くらしの心得」として、自分の出来る事は、自分でやりましょう。自分で出来る事が、一番の幸せです。とうたっており、職員は、利用者参加の介護に努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	職員は、家族に本人の思いや情報を提供し、共に支えていく関係を築いている。		
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	家族の了承のうえで、本人がこれまで大切にしてきた人たちの面会を行っている。また、外出については、家族の同伴があれば、自由に出来るようにしている。	家族の了承のうえで、本人がこれまで大切にしてきた人たちの面会を行っている。また、外出については、家族の同伴があれば、自由に出来るようにしている。	今後の継続

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	一人ひとりが孤立しないように、利用者全員でホールで食事している。他利用者へのこころ遣いに、職員が変わって感謝の言葉を返し、互いに支え合える関係づくりに努めている。		
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	契約終了前に、今後の方向性について情報を提供している。また、家族が困らないように、他の支援が確保されてから契約終了している。		
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。	入所時、本人に暮らし方の意向を確認し、家族等の同意の上で、本人の意向に沿った生活が送れるように支援している。	入所時、アセスメントを行い、本人に暮らし方の意向を確認し、家族等の同意の上で、本人の意向に沿った生活が送れるように支援している。	今後の継続
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	ホームの見学時や入所時に、本人や家族より情報を収集している。		
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	ホームの見学時や入所時に、本人や家族より情報を収集している。また、実際の状況を生活していく中で把握し、ケアプランに反映させている。		

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
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	本人の状況について家族に説明し、理解して頂く。その上で、本人と家族の意向とホームで出来る支援について話し合い、現状に即したケアプランを作成している。	入所時のアセスメントについては2~3ヶ月後にホームでの生活をみながら再確認し、その後も本人の状況について家族に説明し、理解して頂く。その上で、本人と家族の意向とホームで出来る支援について話し合い、現状に即したケアプランを作成している。	今後の継続
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	日々の様子やケアの実践・結果等は、ケアプランに沿って個別に記録している。気づきや工夫は、申し送り時に職員間で共有し、また、プランの変更等しながらケアしている。		
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	本人の急変等で通院が必要になった場合は、家族に連絡し、家族の対応が困難な状況時は、ホームの職員が通院介助を行ない対応している。		
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	家族等の面会や家族等との外出の制限をつくらず、希望があれば協力している。		
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	入居により、かかりつけ医を変更する必要はなく、本人及び家族の希望を大切にし、適切な医療が受けられるように支援している。	入居により、かかりつけ医を変更する必要はなく、本人及び家族の希望を大切にし、適切な医療が受けられるように支援している。住所変更はしたが、同市内であり、高野クリニック、八木歯科が引き続き往診してくれている。	今後の継続

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	看護師は、週2回勤務し介護職員から情報を収集して、利用者の健康管理を行っている。		
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、家族と共に主治医より病状についての説明を受け、経過等の情報収集し、早期に退院できるように連携をとっている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に、重度化した場合や終末期のあり方について説明している。また、主治医の判断の元、終末期を迎えている利用者の家族等と、対応について話し合っている。	入居契約時に、重度化した場合や終末期のあり方について説明している。また、主治医の判断の元、終末期を迎える利用者の家族とは医師を交えて、対応について話し合っている。	今後の継続
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	急変や事故発生時の対応については、マニュアルを作成し、対応を徹底させている。		
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	火災時の非難訓練を年2回実施している。地域では、町内会の行事に参加し、認知症の利用者が入居している事を理解して頂いている。	火災時の非難訓練を年2回実施している。地域では、町内会の行事に参加し、認知症の利用者が入居している事を理解して頂いている。大和市消防本部から応急救命手当実施認定実施の指定を受け貢献に備えている。	今後の継続

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	一人ひとりの個性を尊重し、個人に合わせた声かけや対応をしている。	一人ひとりの個性を尊重し、個人に合わせた声かけや対応をしている。職員会議で折にふれ話し合うようにしている。	今後の継続
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	個人の希望に合わせた対応が出来る事については、本人の希望を確認している。		
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	利用者は、一日中居室で過ごしたり、好きな時間だけ居室にいたり、寝る時以外はホールにいる等様々で、一人ひとりのペースを大切に、生活している。		
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	自分で洋服等の決定が出来る人は、自分で自由に選んでいる。決定出来ない人は、職員が季節に合わせて選んでいる。		
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	食事の準備の出来る利用者は、職員と一緒に台所にたって行っている。また、利用者の状況により、キザミ食、ミキサー食等にして、なるべく自力摂取出来る様に支援している。	食事は買い物に行き、独自のメニューで利用者の希望を聞くグループホーム初期の流れを継続している。食事の準備の出来る利用者は、職員と一緒に台所にたって行っている。また、利用者の状況により、キザミ食、ミキサー食等にして、なるべく自力摂取出来る様に支援している。	今後の継続

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	介助で栄養摂取している利用者については、食事量や水分量等の観察をし、体調の維持に努めている。		
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、歯磨き誘導している。また、自分で出来ない利用者は、職員が介助している。		
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	排泄の失敗が有っても、尿意や便意の有る利用者は、トイレ誘導している。また、夜間はおむつを使用している。日中はリハビリパンツにはき替えて、トイレ誘導している。	排泄の失敗が有っても、尿意や便意の有る利用者は、トイレ誘導している。また、夜間はおむつを使用している。日中はリハビリパンツにはき替えて、トイレ誘導している。中途半端な自立は難しく、見て、形や色を確認するようにしている。清潔の維持を心掛けている。	今後の継続
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	便秘の利用者は、職員が便の量や性状を確認している。飲食物の工夫や散歩の働きかけ等も行っている。内服薬の影響も考慮し、主治医に緩下剤の処方して頂く場合もある。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	自立入浴出来る利用者がいない為、入浴日と時間を決めて支援している。	自立入浴出来る利用者がいない為、ほとんどが見守り必要なので入浴日と時間を決めて支援している。	今後の継続

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	希望により居室で休息したり、職員が状況を判断して居室に誘導する等で、安心して気持ちよく過ごせ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	利用者の内服ファイルを作成し、服薬の支援と症状の変化の観察に努めている。また、往診時は、主治医に状態を報告し、穏やかな生活が送れるように支援している。		
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	入居前の生活状況から、利用者の得意な事、楽しみ事や気分転換等の情報を収集し、ホームでも出来る様に支援している。		
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	晴れた日は、なるべく多くの利用者に声かけ散歩に誘導している。また、地域の行事は、地域の人々の協力が得られ参加出来ている。	晴れた日は、なるべく多くの利用者に声をかけ毎日散歩に誘導している。また、地域の行事は、地域の人々の協力が得られ、参加出来ている。	今後の継続
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	お金の管理の出来る利用者がいない為、入居時家族の了解の元、お金はホームで管理している。しかし、所持を希望する利用者に対しては、ホームで支援している。		

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
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	家族から電話が来た時は、取次ぎしているが、今のところ、本人自ら電話や手紙のやり取りの希望がない。希望があれば、支援は可能である。		
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	玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等は、外の光が入り、季節感や時間の推移が、感じられるようになっている。	玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等は、外の光が入り、季節感や時間の推移が、感じられるようになっている。Kさんがカバンを常時持っているため、テーブルにカバンを置きを追加加工するなど工夫している。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	共用空間の中で、独りになることはできないが、独りになりたい時は、自由に居室に行くことができる。		
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	入居時、自宅で使用していた家具等を持ち込み、本人が居心地よく過ごせるようにしている。	入居時、自宅で使用していた家具等を持ち込み、本人が居心地よく過ごせるようにしている。整理にはカラーボックスなど使用してもらっている。	今後の継続
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	居室のドアにネームプレートを掛け、自室が解るようにしている。トイレは、1箇所のドアを開放して置く事でトイレと認識出来るようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームひだまり

作成日

平成21年12月4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
	6064	<p>入所する前、元気に歩いていた利用者が入所し、「ここは自由が無い」と訴えた。自由が無いと訴えた利用者はいままでいなかったが、他利用者も感じていた事だったと思う。</p> <p>以前、外食や外出等企画し行っていたが、利用者が重度化し外出が困難になってきていた。また、家族等の面会が少なく、利用者を連れて外出することが殆ど無い。近所の散歩は、毎日行っているが、利用者の希望に合わせた外出が出来ていない。</p>	<p>1. 馴染みの人や場所との関係が継続できる様に支援する。</p> <p>2. 外食や外出等希望を取り入れた行事を企画する</p>	<p>①家族と相談し具体的な話し合いをする。 ②体調を整え外出できるように支援する。 ③外出に必要な物品を用意する。 ④外出の不安を取り除けるように助言する。</p> <p>①参加利用者に合わせた行事を用意する。 ②体調を整え外出できるように支援する。 ③外出に必要な物品を用意する。 ④外食等費用の発生する事は、家族に事前に了解を得る。</p>	6ヶ月

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。