

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	1173300441		
法人名	株式会社いづみ野		
事業所名	グループホームいづみ野		
所在地	埼玉県東松山市東平502-1		
自己評価作成日	H21年12月29日	評価結果市町村受理日	平成22年4月27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.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号
訪問調査日	平成22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)】

認知症という生活のしづらさがあっても、本人らしく安心して生活できる事を大切にしています。常に利用者の立場に立つよう努め、日々個々の状態を把握し、その人の変化に対応した支援を行っています。

【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)】

管理者のリーダーシップ能力が高く、理念が具体的な行動にまで落としこまれており、職員のスキルも高く、管理者の期待によく応えている。利用者・家族・地域との信頼関係が厚く、協力体制もよく培われている。「やってみよう、試してみよう」の意識が、アイデアを利用者の支援に活かすことに繋がり、「職員にとって居心地の良い場は、利用者にも居心地の良い場」となっている。地域・行政との関係も良好で効果を上げており、認知症の理解を得るための啓蒙活動を、より具体的に進めることを目指している。

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、安心して暮らしている (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	「人が人として人を支援する」という理念を掲げ、リビング・事務所・宿直室に表示し、職員会議やカンファレンス等で理念の基本について話あっている。	理念の実践についての話し合いを基に、きめ細かく利用者の生活歴や生活背景の発見に努めることが行われ、理念が具体的行動として利用者のケアや支援の実践に活かされている。	
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	近くには市民農園があり、毎朝の散歩で挨拶をかわしている内に顔馴染みとなつていきます。季節の取り立ての野菜を玄関まで届けてくれたり、ホームの開園記念にお赤飯を届ける等交流している。	近隣の方よりの花・野菜などの提供は、提供して下さる方と利用者の双方に喜びを与える交流となっている。自治会は未加入であるが、地域の理解と支援は良く得られている。	グループホームや認知症への理解をより広範囲に進めるために、事業所単独の活動だけではなく、事業者グループとしての活動に、よりリーダーシップを発揮されることを期待します。
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	運営推進会議を利用し地域代表の方へ認知症の状況を伝えたり、きらめき市民大学の課題研究の協力。小中学生の訪問や夏のボランティア活動の受入、理解を広める。		
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	運営推進会議は年2回開催し、町会長、民生委員、地域代表、家族、市職員等参加のもと状況報告や話し合いを行っている。地域の方から介護の苦労話や今抱えている問題について話し合いをおこないサービス向上に努めている。	広範囲に渡る参加を得ており、事業所の状況の説明だけでなく、地域一帯に関わることもテーマとして扱うことで、事業所と参加メンバーの双方に、地域の情報をもたらす役割を果たしている。	運営推進会議のテーマとして、事業所だけではなく、地域としての防災体制の確立に向けての話し合いを、より進めていただくことを期待します。
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取り組んでいる	市主催の管理者会議をはじめ、事業所同士の管理者会議・運営推進会議への出席をお願いしたり入居者の変化について報告するなど、日ごろから協力関係を築くよう努めている。	市との連携は良く、市からの連絡も適切にある。地域の同業者の会議を発起人として主催、事業者グループとしても行政との良い関係を築くことを目的とした活動もなされている。	
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	身体拘束はしていません。人として拘束されることの哀しさ、心理を理解し、身体拘束をしないケアを工夫しています。玄関にチャイムをつけ、戸外に出掛けて行くときは声かけに工夫しています。	見守りとスタッフ同士の声かけを徹底し、利用者の気持ちの向く方向の把握に努めることと近隣の協力も得ることで、「身体拘束なし・施錠なし」を、実現している。	
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	管理者・計画作成担当者は虐待防止の研修を受け職場内ケア会議において職員研修を行い、不適切ケアなど話し合い見逃されることがないように防止に努めている。		

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	管理者や一部職員は地域福祉権利擁護事業や後見人制度について研修を受けており、職員会議において報告し、職員統一を図り活用できるよう支援している。		
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	契約時は職員2名対応することで説明漏れを防ぎ、ご家族の不安・疑問等的確に答えられるよう配慮しています。解約・改定では十分な説明を行いご理解を得て、異動の場合行き先が決まった時点での解約としています。		
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	外部へ表せる機会は運営推進会議があります。散歩時・入浴時等リラックスしている時に職員が何気なく入居している不便等に耳を傾けるようにしています。ご家族には面会時・お支払時・カンファレンス時コミュニケーションを図り意見・要望をお聞きしています。	利用者には、自然で何気ない一対一の接触機会を捉えて、家族には運営推進会議やカンファレンスの場だけではなく、面会時などの改まった場でない時を捉えてコミュニケーションを図ることで、意見の汲み取りの効果を上げ、運営に反映させている。	
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	職員会議等で少しでもお茶を飲みながらリラックスできる時間を設け、日頃疑問に思っていることや提案等、言いやすい雰囲気を作っています。また、管理者は個々の職員とコミュニケーションを取るよう努めている。	管理者と職員、職員同志、共にコミュニケーションは良く、「何でも話してみよう・やってみよう・不都合は変えればよい」の環境が整っている。特にケアや支援に関する職員の意見・アイデアは、認知症等の問題行動などへの対応によく活かされている。	
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	管理者は随時代表者と連絡を取り、勤務表の提出や職員状況、会議録や行事計画記録等提出して業務の内容を報告しています。必要な事態がおこったときは代表者に相談の上指示をあおいでいます。		
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	職員は個々に目標を持っており、年間計画の中で各自の立場経験などに基づき研修会に参加しています。職員周囲の必要ある研修は、職員会議で報告しています。		
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	年2回ほど懇親会を開き市の職員さんの協力参加もあり情報の交換をしています。また、新しい職員研修としてホームーの体験も受け入れています。		

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
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	サービス利用については必ずご本人とお会いして心身の状況を確認し、ご本人の思いと向き合い、困っていることや不安を受け止め、どのように生活して行きたいかを捉え、安心して生活できるよう関係作りに努める。		
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	ご家族にホームを見学して頂き、お話を十分聞き、今一番何に困っているかを把握し、ご家族が求めているものを理解し、事業所としてどのような対応ができるか、よく話し合い、関係づくりに努めている。		
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	入居希望時、ご本人の現状、家族の事情等話を十分に聞きホームとして何がけきるかを考え、ご本人にとって最善は何かを見極め、必要に応じたサービス機関に繋がっています。		
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	職員には常に自分だったら、自分の家族だったらどうしたいか、どうしてほしいかを考えるよう話している。お料理の仕方、祝箸の使い方、七草の歌等数え切れないほど教えていただいています。共に大切な存在として生活を築いています。		
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	日頃の会話より家族に対する思いや、夜間の独り言お墓参りの心配、家のタンスにしまっている大好きな着物の心配、必要としているもの等、ご家族でなければ		
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	ご家族の面会も定期的にある。単身の方では知人・友人・ご近所の方・お店の経営でなかなか会いにこれない方等、定期的に出掛け皆さんと交流を図っている。	人に会う、お店に行く、サービスを受けに行くなど、今までの生活歴に基いた希望は、継続的に実行するように支援されている。	
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	お一人おひとり尊重しながらも共同生活の中で協調し合えるよう職員が間に入り、お茶の時間、レクリエーション、食事作り等の場面で一人ひとりの活躍の場面を作り尊重し合えるよう努めている。		

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
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	現在のところG・Hだけなので継続的な関わりを必要とする方はおりません。退去されたご家族から他家族の入居希望のお話を頂いたり、野菜やお花を作っているからと畑へお誘い頂く等お付き合いは大切にしています。		
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	お茶の時間や、散歩、入浴の触れ合いの中で、何気ない会話から気持ちをキャッチしたり、入居者さん同志の会話から言葉の奥にある思いをくみ取り把握に努めている。伝える事の出来ない方は本人の視点に立った支援を心がけている。	言葉と行動のズレを認めてあげることを基本とし、「タイミングを変える・かける言葉を変える・反復してあげる・人を変えてみる・寄り添う」などの働きかけを行い、これらに対する反応で伝える事の困難な利用者の意向を、汲み取れるようにしている。	
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	入居時にご家族から情報を得ているが、本人とのコミュニケーションにより、昔の話等ひきだし、これまでの生活の把握に努めている。またご家族の面会時には信頼関係を築きながら具体的な情報を得ている。		
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	毎日の観察、記録、職員同士の情報交換により、一人ひとりの生活パターンを把握し出来る能力に注目支援している。		
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	本人やご家族の要望を取り入れ、状況に応じてカンファレンス、モニタリングを行います。状態変化時ご家族へ連絡、早急な暫定プランを作成し、職員へ周知の徹底に努めている。	担当職員、看護師、医師、歯科医師に、利用者、家族を加えた話し合いに基づいて、介護計画が作成されており、モニタリングの結果、必要に応じた見直しも迅速に行われている。	個別のケアには十分気配りがなされていますが、高齢化に伴う機能低下への対応の方法を研究することで、より個別のケアの充実を期待します。
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	ケアプランは常に見やすい状態にし、毎日の記録もプランに沿って記録している。特変の詳細は個人記録に記入し、気づき工夫はケアプランの横に書き込めるようになっている。記録をもとにプランの見直しを行いケアに生かしている。		
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	多機能性はない。ホームとして家族の状況、その時々々の要望に応じて可能な範囲で支援している。		

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
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	運営推進会議を通じ市役所・町内会会長・民生委員・地域の代表の方と消防署の避難訓練や行方不明になりやすい方は警察の協力も得て理解を求め、安心して生活できるよう支援しています。		
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	入居時にかかりつけ医について本人、ご家族の希望をお伺いしています。希望病院を受診できるよう支援しています。	入居以前からのかかりつけ医や希望の病院の受診をかなえると共に、協力医の回診も組み合わせることで、適切な医療が受けられるように支援がなされている。	
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	訪問看護ステーションとの協力により24時間体制での相談と月2回の訪問看護で健康管理を行っています。ホーム内の看護師と連携し必要であればいつでも受診可能、先生よりアドバイスも受けられる状況です。		
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。	安易な入院は避け、出来るだけ通院での回復を支援しています。入院が必要な場合は、ご家族と協力し、安心して治療できるよう必要な情報を医療機関へ提供し、面会し状態の把握に努め早期退院できるよう医療機関と協働しています。		
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	多機能性はない。ホームとして家族の状況、その時々々の要望に応じて可能な範囲で支援している。	家族からの要望は多く、可能な範囲の対応に向けて、医師との綿密な協議を進めて来ている。終末期に取り組むための職員の意思統一はできており、職員の不安感の除去を進めることにも取り組み始めている。	
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	毎年1回消防署の協力により、職員全員緊急対応(応急手当・心肺蘇生法など)についてホーム内で指導を受けています。ほか消防署で行う上級救命講習や普通救命講習をうけています。		
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	毎年1回火災・地震を想定した避難訓練を消防署の協力を得て行いアドバイスを頂いています。運営推進会議の議題に取り上げ地域の方に訓練の様子を見ていただき理解協力が得られるようお願いしています。	消防署の分署が近くにあり、災害時の協力が得やすい環境にあり、運営会議においても利用者の具体的情報を近隣の方々に伝えていく。避難訓練も消防署の協力を得て、年1回実施されている。	現在の協力体制を、事業所のための災害対策から、地域のための災害対策として、より定着発展させてゆくことを、期待します。

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
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	入居者一人ひとりの違いを尊重し状態に合わせてゆったりと優しい雰囲気、目を見て解る言葉で接するよう努めている。職員会議などで個人情報の保護の大切さを話し合っている。	利用者ごとの違いが十分に理解され、個人が尊重された対応がなされている。居室内トイレは、プライバシーの保護に大変有効である。	
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	お茶の時間、飲みたい物を選んで頂いたり、入浴準備では着たい洋服を決めたり、日常的に自己決定できる場面を作っています。コミュニケーションでは食べたい物や欲しいもの等さりげなくご本人の希望を引き出し叶える工夫を心がけている。		
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	共同生活という枠の中基本的な一日の流れはあるが、朝、散歩に行きたい方は出掛けてみたり、食後自由にくつろげる時間、日記を書いたり、縫物をされたり、と思いいに過ごされています。時々したい事等何気なく聞き取りを行っています。		
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	入居時ご本人・ご家族に美容の希望を聞いています。ホーム内では訪問美容を利用しています。染パーマの希望も伺っています。カチューシャを使用したり、乳液・化粧水等使い思い思いにおしゃれを楽しんでいます。		
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	毎日の食事は一番の楽しみです。献立を発表し食事の準備にかかります。それぞれの得意分野を発揮できるよう職員は一人ひとり出来る事を把握し、難しい時は一緒に行い、楽しみと疲労に配慮しながら楽しい食卓を作っています。	利用者も調理に参加し、時に利用者からのレシピをメニューに取り入れることも行われている。食後、検食簿を利用者自身が書く(何を食べたか・感想等)ことで、利用者の食事への興味の維持に、効果を上げている。	
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	毎月体重測定を行いグラフ化し推移を観察。献立・調理方法の工夫、栄養のバランスでは一日30品目を取り入れ「ま・ご・わ・やさ・しい」に配慮し、昼はお肉・夕は魚で消化の良いもの。接種量の記録、排せつ状況を記録。必要な人は栄養指導もうけています。		
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	毎食後の歯磨きの声かけや誘導を行います。義歯の方は週1回ポリドント洗浄を行っています。口臭・炎症・義歯の不具合が生じたときは受診または、訪問歯科にて対応しています。		

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
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	各居室にトイレの設備あり、必要な時安心して使用できる状態です。トイレ誘導の必要な方はチェック表で排せつパターンを把握し、個人の状況に合わせ、パンツ・パットの種類やサイズも考え不安や羞恥心に配慮した言葉かけで対応しています。	居室内トイレの完備は、排泄の失敗があっても悟られたり騒がれたりしない安心感をもたらしている。出来る限り排泄パターンを把握して誘導に活かし、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援が行われている。	
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	根菜やヨーグルト等食事面で工夫。毎日の散歩・ラジオ体操・レクリエーションやリハビリ体操をとりいれている。入浴時は腹部のマッサージを促している。		
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、個々にそった支援をしている	週3回午後を予定しています。認知障害・身体機能低下も見られ現在お一人で入浴出来る方はおりません。入浴時間の長さ、回数、時間帯など一人ひとりの病状、皮膚の状態など勘案し、その方にあった入浴方法でくつろいだ入浴が出来るよう支援しています。希望でシャワー浴可。	介護度の高くなってきた利用者が入浴介助が困難となる中、浴槽を小さくするというアイデアで、介護度の高い利用者にも、職員2名での入浴介助を可能としており、できるだけ希望に沿った入浴の支援が行われている。	
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	日常生活リズムを崩さないよう、毎朝のラジオ体操・散歩・食事の準備・入浴・レクリエーションなど、適度に疲労感を作り安眠に繋げている。落ち着かない方は側に居て心身を休めるよう個別に支援しています。		
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	もとサービス提供表にそれぞれ服用している薬の名前・副作用について表示したものを添付しいつでも確認できるようにしている。薬の準備は看護士の管理の下行っている。		
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	玄関を掃除される方へは掃除道具を、お針仕事の好きな方へは縫物を状況に合わせて準備しています。うどん作りが好きな方へは腕を奮っていただいています。「80過ぎて自分で打ったうどんが食べられるなんて」と言って楽しんでます。		
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	毎日の散歩や、地域運動会のお誘いがあります。「踊りを見たい」と希望があったり、「お世話になった看護士さんへもう一度会いたい」「家へ帰りたい」など希望があった時は気持ちをくみ取り可能な限り支援しています。	個人別の外出の希望を満たす支援が可能な限り行われており、車いす利用者の外出支援も良くなされている。利用者と家族を含めた複数での外出も組み合わせることで外出にバラエティをもたらしている。	

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	入居時ご本人ご家族と金銭管理について話し合い、自己管理出来る方を行っている。困難な場合お預かり方法を説明しています。定期的に関覧サインを頂いています。		
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	希望により事務所の電話を使用している。頂いた年賀状に返信を促し職員と一緒に練習し年賀状を出す支援をしています。		
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	玄関には季節の花や季節をイメージ出来るものを飾り、吹き抜けのリビングは入居者の方にとって憩いの場となっています。皆さんで食事の支度が出来るようにキッチンには調理器具を用意しています。	共有空間は、やわらかく刺激性を排除した中にも季節感を持たせた憩いの場となっている。一方、調理が良く見える状況が、家庭的な雰囲気も高めている。	
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	一人になれる空間の必要性を大切に、また、入居者さん同志の会話が弾むようテーブルの配置に工夫している。リビングにはソファがあり思い思いに利用されている。		
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	使い慣れた家具等を持ち込み、今までの生活様式を取り入れている。お孫さんのお土産やご家族の思いのこもったテーブルや写真等、安心して過ごせる場所となっている。	使い慣れた家具の持ち込みなど入居以前からの生活様式を極力継続させることと個々の部屋が解り易いようにネームやシンボルを取り付けるなどの工夫で、利用者の状態に応じて居心地良く過ごせる工夫がなされている。	
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」「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	車いすの方でも調理を楽しめるようIH調理器と高さに配慮したテーブルを用意しています。居室内見やすい所に時計・カレンダーを設置。共同トイレには解りやすいように大きめの表示で混乱を防ぐ工夫をしています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム いつみ野

目標達成計画

作成日: 平成 22年 4月 22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	26	個別ケアには一人ひとり十分気を配っているが、高齢化に伴う機能低下への対応に追われる。	自立度の高い方へ、外出・外食など個別ケアを充実させたい。 重度化の対応方法を研究することで個別ケアを充実させたい。	今まで全員一緒に行動することで連帯感を強めてきましたが、重度化が進み全体の支援が低下している。二分化により対応を図る。	12ヶ月
2	35	災害対策についてはグループホームの火災等、入居者・家族の方の不安となっている。	定期的に夜間を想定した避難訓練を計画する。地域とも連携し防災体制を確立し安全を確保して行きたい。	事業所だけではなく地域の災害対策として運営推進会議を活用し、地域の避難訓練にも参加するなど協力体制を定着発展させてゆくこと。	12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。