

### 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	2390300065		
法人名	特定非営利活動法人かくれんぼ		
事業所名	グループホームかくれんぼ		
所在地	名古屋市北区金城丁4丁目56番地		
自己評価作成日	平成25年 8月10日	評価結果市町村受理日	平成26年 1月31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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=2390300065-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=2390300065-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年 8月30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)】**

毎日の体操や晴れた日には散歩に出掛けて、少しでも身体を動かしていただいております。嚙下体操や頭の体操などやられているのではなく、楽しく積極的に参加していただけるようスタッフ一同工夫しております。カレンダー作りや日々の会話、気分転換に近くの喫茶店へちょくちょく出かけたり、旬の花を見に行く等、季節を感じて過ごして頂く事も大切にしています。

**【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)】**

ホーム開設から6年目を迎え、ホームで暮らす利用者にも馴染みの関係が出来上がって来ているようである。職員は、その利用者の、落ち着いた日常生活を支援し、住み替えたホームで地域の一員として楽しみを見つけていただく支援を目指している。地域の理解も進み、近隣の喫茶店では常連となり、ホーム道向かいのコンビニもまた常連として交流している。天気の良い日は散歩に出かけ、欲しいものがあれば買い物に出かける。食べたいものがあれば外食に出かけ、やりたいことはやってみる。そういった、利用者にとっての普通の生活こそが、ホームでの落ちつた暮らしの基盤となっている。また、利用者の家族に対する気持ちも大切に考え、ホーム行事には家族を招待して、一緒に過ごす機会も作っている。夏祭り、花見、餅つきイベントは、利用者にも家族にも楽しみな行事である。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	高齢者も、障害者も、健常者も、全ての人と同じ人として、均等に当たり前の生活ができるような社会の実現を目指す理念のもと、地域との交流を積極的に行ないながら、事業所の理念の理解を深める努力を行なっている。	「すべての人がその人らしい生活を送るために」の意味をこめて「等生」を法人理念としている。新人研修や法人研修を通じて理念の理解を深め、職員には浸透している。	法人理念を受けたホーム理念の策定が叶えば、さらに具体的な理念実践が可能になると思われる。次段階として、個人目標への落とし込み、達成度の検証も有効な取り組みとなることが期待できる。
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	近隣のコンビニエンスストアや喫茶店等利用者が頻繁に利用される施設とは密に交流しており、利用者様を覚えてもらったり、認知症の事を理解してもらっている。	近隣小学校児童や専門学校の学生、ボランティアと事業所を訪れる人は多く、利用者も地域行事に参加して交流は盛んである。近隣コンビニ、喫茶店のオーナーの理解や協力は日常生活の大きな支えとなっている。	
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	地域の集会や小学校で介護保険の勉強会を開いたり、介護保険についての啓蒙活動を行なっている。		
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	定期的に(2ヶ月に1度程度)運営推進会議を開催して近況を報告するとともに、適切なアドバイスを仰いでいる。また学区の区政協力委員長や民生委員の方と連携をとり地域の行事等との連携をはかっている。	区政学区長を委員長として家族代表、地域包括支援センター職員、福祉専門学校教員、民生委員等が運営委員を務め、同法人の小規模多機能施設2箇所と合同で行っている。議題は多岐に渡り、活発に意見交換がある。	
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	必要があれば、電話、FAX、メール等で連絡を取り各種相談や協力体制の構築をはかっている。運営推進委員に地域包括支援センターの職員に参加して頂き、行政の情報を提供して頂いている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員が参加し、行政の情報提供があるほか、生活保護受給との関係で区役所の関係部所とは定期的に連絡をとっている。また区役所職員が事業所を訪れ視察することもあり、行政との連携を適切に図っている。	
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	身体拘束を行わないケアを原則としているが、夜間のベッド柵の使用や車移送時の車椅子のベルト着用など安全上必要な時は、家族様の同意の上行なっている。	法人研修や職員ミーティング勉強会等で身体拘束についての正しい理解が深まるように研鑽を積んでいる。安全確保のためのやむを得ない行為については、家族と十分に話し合った上で行い、定期的に報告をしている。	
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	言葉遣いや気がつかずに虐待していることはないか、管理者や現場の責任者は注意を払い防止に努めている。		

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	研修会やセミナー等に可能な限り参加し学び、又その情報を事業所内にて報告し活用に向けて前向きに検討している。		
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	契約締結・解約時には文面において説明を行い、説明後は署名捺印をしてもらい文面で残している。		
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	日頃から施設面会時意見交換に努めるだけではなく、年に数回、家族会を開催して、家族様と話し合う機会を設け、意見・不満・苦情はミーティング等で検討して、それを運営に反映させている。	家族の来訪時や家族会等で意見の聞き取りを行なうほか、毎月、利用者の日常の様子の写真と個々のコメントを記した便りで情報提供を行ない、意見を聴いている。今回家族アンケートの満足度は大変高いことから、ホームの取り組みがうかがえる。	
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	ミーティングや毎日の申し送りで管理者は職員と話をする機会を持ち、現場の意見や提案を検討・取り入れている。また、月1回のリーダー会議で職員の意見提案等を報告、運営に反映させている。	月2回ケアカンファレンスや勉強会を兼ねたスタッフミーティングを行い、意見や提案を聴取し、話し合いを行っている。管理者は職員と共に直接業務についており、職員の声は聞き取りやすい環境にある。	
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	偏りや無理の無い勤務形態を整備し、能力に応じた給与水準を設けている。また、積極的に外部の研修に参加してもらっている。		
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	法人内で開催される研修会に参加してもらい知識・技術の向上を図っている。		
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	研修やセミナー、懇親会等は可能な限り出席し、自己を高めるネットワーク作りを推奨している。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	事前に十分な情報収集に努め、利用開始からしばらくは、担当職員が重点的に係わり、利用者間の橋渡し役を勤めたり、雰囲気慣れる手助けを行なう。		
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	利用開始前に面談を行い、グループホームの特徴を説明した上で入居していただいている。		
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	利用前に家族や担当ケアマネ、ケースワーカーから十分なアセスメントを行い、適切なサービスの提供ができるよう心掛けている。		
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	各利用者の経験・特技・特性を活かして、手伝ってもらえることは生活リハビリの一環としてやっていたい。		
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	常日頃から連絡を密にとり、家族と一緒に利用者に参加できる行事を企画したり、家族様が自由に入出入りしやすい環境となっている。		
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	希望されれば、今まで利用されていた美容院やお店への送迎を行ったり、以前の環境とこれからの環境が融合した心地よい生活環境の構築を目指している。	茶道の師範をしていた利用者が稽古場になっている福祉会館へ出かけたたり、馴染みの美容室へ通う利用者がいたり、馴染みの関係が継続している。また、馴染みのかかりつけ医に通院する利用者の支援も行っている。	
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	利用者同士の相性を考慮しながら、スタッフが利用者間の関係作りの手助けを行なっている。また、スタッフができるだけコミュニケーションをとり孤立感を感じさせないように接している。		

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	利用者様によっては契約終了後も家族様に定期的に連絡をとり様子をうかがったりしている。		
<b>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</b>					
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	食事や趣味、外出の希望要望にできるだけ応えられるよう、外食・外出・買い物の企画をしている。	言葉だけでとらえるのではなく、日頃の様子や顔色、仕草を汲み取り、声かけて話を聞くよう努めている。得た情報は職員ミーティングで共有を図り、日常の支援に反映している。把握した意向や希望は話し合いの中で整理をし、実現に向けて取り組んでいる。	
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	事前のアセスメントや本人の様子を観察しながら、生活歴の情報収集に努め、できるだけ本人の以前の生活空間が部分的でも再現・継続できるように心掛けている。		
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	利用時の状況を定期的にモニタリングしてミーティング等により情報の共有を行なっている。		
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	10日に1回程度のミーティング、月1回のモニタリング等を基に、家族様の要望を踏まえ、たうで介護計画の作成を行っている。	月1回モニタリングを実施し、カンファレンスで協議したあと、結果を職員で回覧して情報共有している。計画作成担当者は、利用者や家族の意向が介護計画に充分反映されるよう努めている。	介護計画更新時に、家族との直接の面談を行うことができれば、経過と現状をホームと共有ができ、希望や意向についても、その場で協議が可能となることから、方法についての検討が望まれる。
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	介護計画を基に、利用者個々の日々の個別記録を行い、介護計画見直しの情報収集を行っている。		
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	職員が対応できるかぎり、個々の利用者様のニーズに応えられるよう、買い物や外出等の機会をつくっている。		

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	近隣の交番や利用者様のよく利用するお店や地域住民との情報交換を常日頃から行い、何かあった時に協力が得られやすい環境作りに努めている。		
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	かかりつけ医とできるだけ連携をとりながら、急変した場合は速やかに受診往診ができる体制作りをおこなっている。	提携の内科医、眼科、マッサージの往診を支援している。個人のかかりつけ医の受診は原則家族対応となるため、家族と密な連携を図っている。歯科については歯科衛生士の職員が日頃から口腔チェックを行ない、必要があると判断した時受診している。	
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	訪問看護師により健康管理や薬の管理を行なうとともに、介護スタッフへ医療面での適切なアドバイス行ってもらっている。		
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、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。	併設の居宅介護支援事業所や小規模多機能のケアマネージャーに協力してもらいながら、近隣の主たる病院のケースワーカーと普段より情報交換を行い、入院中の情報交換がスムーズに行なえる体制作りの構築をしている。		
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	本人の意見ならびに家族の意向を最大限に尊重し、ターミナルケアの希望にできるだけ沿えるように対応していきたい。	医療面で無理がない限り、本人と家族の希望に沿って、できる限りの支援を行なう方針である。本人が苦しくない事を大前提として、これまでも主治医、家族と繰り返し話し合い、連携して看取りを行なった事例がある。終末期の緊急時には、提携医との連携を体制化している。	
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	急変時の救急要請等の目安を介護職員に指示しており、救急車を呼ぶ手順の把握はできている。また緊急時のマニュアルを作ったり、研修等に参加して知識の向上をはかっている。		
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	災害時に対応できるよう避難消防計画を作成し、定期的に消防・避難訓練を実施している。	スプリンクラー、消火器、通報装置等を設置し、年2回の避難訓練を実施している。消防署の助言を受けながら夜間想定訓練や避難経路の確認等も行い、職員意識を高めている。食糧の備蓄については、現在検討中である。	備蓄品について、特別な装備ではなく、日常で消費できる保存食の備蓄等、検討するのの一考であると思われる。お湯があれば作れる食品などの検討で、充実に期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者様個人の性格を踏まえ、適切な言葉使いや介助を行なうよう、心掛けている。	利用者一人ひとりの個性を大切に、利用者毎に話しかける言葉遣いや口調を変えている。利用者の呼称も、本人が心地よく感じるように、苗字で呼ぶ方と下の名前で呼ぶ方、ニックネームで呼ぶ方といるので、本人の生活歴の中から探り出している。	
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	各利用者ごとに担当職員を決め、利用者様の希望を聞いたり、コミュニケーションがとりにくい方の場合には十分な観察をしたり、本人の思いを汲み取る努力を行なっている。		
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	不穏時や落ち着きの無い時は、話しを聞いたり外出したり、個別に対応する時間を十分に確保し、個別ケアを行っている。		
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	希望があれば美容院に連れていったり、自分で化粧が出来る環境整備を行なったりしている。		
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	お皿拭きや食器の片付け、おかずの盛り付けを手伝ってもらったり、おかしやおかず作りをスタッフと一緒にこなしたりしている。	昼食と夕食の調理は、併設の小規模多機能型居宅介護事業所の厨房で専任の職員が行なっている。下膳や食器拭きを職員と一緒にこなす利用者もあるが、無理強いせず、利用者の意思にまかせている。食事風景は穏やかで、満足感のある食卓風景である。	
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	食事水分摂取量を常に記録して栄養の摂取状態の把握に努めている。また利用者個々の咀嚼・嚥下機能にあわせて、刻み・ミキサー食の提供をおこなっている。		
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、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	自分でできる利用者様には声かけ誘導により歯磨きを促し、希望される利用者様には外部の歯科より往診してもらったりしている。また職員に歯科衛生士を配属しており定期的(週3回程度)口腔ケアを実施している。		

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
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	トイレ誘導を定期的に行ない、排泄の失敗を減らし、できるだけオムツ・リハビリパンツに頼らないケアに努めている。	尿意のない利用者が多く、排泄チェックシートを活用し、パターンを把握している。利用者の状態によって、声かけや誘導等を適切に行い、トイレでの排泄を支援している。職員は利用者の羞恥心に最大限配慮し、利用者の尊厳を大切にしている。	
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	排便の間隔を把握し、便秘気味の人には水分補給や食べ物の工夫により排便を促している。それでも改善されない場合は、医師に相談して薬の使用を検討している。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には月～土で週3回の入浴と決めているが、本人の希望に添い、随時対応している。	週3回の入浴を基本としている。本人の清潔保持のため、必要と判断した時や利用者の希望がある時は柔軟に対応している。入浴を好まない利用者には声のかけかたや声をかける職員を交代して、気分よく入浴できるように支援している。	
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	個々習慣に合わせて、ある程度日中は自由に過ごしてもらっている。就寝時間も個々のリズムに合うように就寝の介助をおこなっている。		
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	自己管理のできない利用者様に対して、服薬管理を行なっている。また薬の情報を共有できるよう薬情報を管理している。		
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	俳句・生け花等、昔行っていた趣味を施設でもやっていただけるような場を提供している。また外出する機会を設け気分転換を図ってもらっている。		
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に支援している	散歩が好きな利用者様には外出機会を多く設け、定期的に皆で外食買い物等の機会を設けている。	散歩には日常的に出かけている。月1回の外食のほか、週1回は少人数に別れて買い物や喫茶などに出かけるよう心がけている。外出を好まない利用者には職員と1対1で出かけることを提案し、ひきこもることがないよう配慮している。	



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	自己管理できない方は、事務所で金銭管理をし、必要に応じてその都度出し入れを行なっている。家族様には定期的に収支の報告を行っている。		
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	希望に応じて、手紙の投函、用具の準備を行なっている。また外部への電話の取次ぎを希望必要時には行なっている。		
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	お花を飾ったり、BGMに音楽を流したりリラックスできるような空間作りを努めている。	室内は木調を活かし、木の香が漂うような落ち着いた造りになっている。陶器を使用して作られた洗面台やトイレもおしゃれな造りになっており、利用者が心豊かに過ごせる生活空間となっている。	
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	居間にソファを用意して、会話を楽しんだり、テレビ等くつろげる共用空間作りを行なっている。		
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	自由に部屋の模様替えをしていただいたり、好きな家具を置いてもらったり居心地の良い部屋に変えていただいている。	居室は畳敷きで、茶道具、テレビ、オセロゲーム、椅子・ダンスなど様々な物の持ち込みがあり、安心して過ごせる居室作りの工夫が感じられる。家具や掲示物、写真や装飾品等を本人の希望に沿って配置し、自身の居場所になるように支援している。	
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」「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	基本的にバリアフリー設計になっており、自立した生活支援の為、適所に手すりの設置をしている。		

## 目標達成計画

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	1	法人の理念に対する理解度が、職員によっては十分ではなく、その視点を個人目標の設定時に十分に考慮されていないし、そこから事業所理念へと発展していない。	法人理念を踏まえた、独自の事業所理念を策定して、ケアの目標設定時にはそれを基礎として計画し、実践していく。	ミーティング・研修等で法人理念を再度理解を深めると共に、グループホームらしい特徴を話し合い、その特権を常に意識したケアを実践できるようにする。	6ヶ月
2	35	防災意識がまだまだ欠けているところもあり、夜間時の避難想定を中心に、不安な点がある。備蓄に関して何を揃えるか現在検討中ではあるが、まだ十分な備蓄は用意できていない。今後、地域との連携も考慮しながら整備を進めていきたい。	防災訓練やミーティング等で常日頃から防災意識を高めておく。備蓄に関しては利用者様スタッフだけでなく、地域住民の緊急避難的な受入も想定しながら、余裕を持った備蓄の整備を行う。	夜間時の避難体制を地域の防災機関と相談しながら、具体的なものとしていく。備蓄に関しては、定期的に日常において消費できるものも考慮しながら備えていく。	6ヶ月
3	26	介護計画更新(作成)時に家族からの要望を遠方だったり、あまり連絡が取り難かったりして十分に聞けない事もあり、ニーズが十分取り込めていないケースがある。	あまり面会に來れない家族様とも積極的にコミュニケーションを図り、できるかぎり利用者様家族様ともども満足 of いく介護計画にしていく。	面会時には更新時期でなくとも積極的に家族様と話す時間を確保して、些細な事でも家族様の気持ちを汲み取れるよう情報収集に努める。	6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。