

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	2570101606		
法人名	ウェルフェア株式会社		
事業所名	グループホーム雅荘		
所在地	滋賀県大津市坂本6丁目32番49号		
自己評価作成日	平成27年2月2日	評価結果市町村受理日	平成27年3月13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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成27年2月25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)】

<p>【雅荘1階ユニット】 ADL・IADLが比較的高い利用者が多いが、過去の病気や年齢などから体調や体力が不安定になってきておられる方が多いユニットです。 意思表示をしっかりとされる方が多いので、それに見合うように外出や外食など、外に向けた活動を意識しています。また日々の生活そのものがストレス化しない様に、日常から対話の楽しみ、共同生活の楽しみを感じて頂ける様さりげないコミュニケーションに注力しています。</p>

【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)】

<p>開設10周年を迎え、次の新しい10年に向けて情勢変化にも対応出来る体制整備に入ろうとしている事業所である。一人の職員が二人の入居者の担当になり、それを支えるシステムとして連絡、送りできる帳票を工夫して入居者個人ファイルも生活、ケア、医療に分冊するなど書類保管整備も見事である。ユニット会議が核となって職員の意見やアイデアを出し合いサービス提供に努めている。入居者の望みを知る職員の提案で雪の金閣寺と円町界隈ドライブを誕生日祝いにプレゼントし入居者に大感激された。この背景には皆で摂る食事、本人に関する注意点、トイレ、ルートなど克明な行事計画書の作成が挙げられる。ユニット会議で言葉がけについても話し合っケアに反映させている。食事時も入居者が賑わいながら心地よい雰囲気に包まれて楽しめているのは、こうした努力によるものである。</p>

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
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、安心して暮らさせている (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	『その人らしく健康に・快適に・安心に』をモットーに玄関先への掲示や自作新聞へ記載し、会議テーマ内で理念の説明を都度行い個々の利用者に対応できる様、実践につなげている。	理念は玄関や広報紙に掲示し、管理者と全職員はその人らしい暮らしの継続を目指している。ユニット会議で話し合い意見を纏めて行動計画表を作成し、入居者の外出希望を叶える等実践している。	10周年を契機にして地域密着型サービスに沿った理念追加検討を期待したい。
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	自治会に加入しており、地域の運動会や夏祭り等の催しに声を掛けて頂き、利用者や職員が参加している。また、近隣介護施設が開いている喫茶店や集会等にも参加させて頂いている、	障がい者カフェや高齢者サロンに職員同伴で入居者数名が毎週参加して楽しんでいる。事業所の餅つきでは、世話になっているご近所に配り、琵琶湖一斉清掃には職員と可能な入居者も参加している。	
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	市の認知症相談窓口にも登録しており、地域の人々に向けて活かしている。また地域の医療・教育・介護系施設の管理者が集まる会合(おむすびネット)に参加し情報提供・共有等を行っている。		
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	運営推進会議でユニットでの取り組み状況やスタッフ、利用者の状況等を報告、委員の皆様へ各種助言等をいただきサービスの向上に努めている。	年間6回民生委員、地域包括、家族代表で開催し、事業所の運営状況報告、若年ワーカーの定着率引き揚げ、職員不足状況解消策を討議し各種助言を得ている。それを生かして職員募集や育成に努めている。	
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に取り組んでいる	事故発生時等に、市の介護保険課に適宜報告し指導を仰いでいる。またその他所用で担当課に出向く際は日頃の状況などをお話ししながら“知って頂く事”に努めている。	制度改正時には介護保険課の指導を受け対応し、運営状況についても適宜報告して、協力関係作りに努めている。市の認知症相談窓口にも参加し地域貢献に努めている。	
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	身体拘束に対する勉強会を行い、禁止の対象となる具体的な行為を全職員で把握している。夜間の防犯上必要な時以外は玄関も不必要な施錠は行っておらず、ベッド柵も利用者の意向を確認し不要であれば使用していない。	外部研修を受講すると共に、虐待防止研修は年1回以上行うと共に、会議の都度管理者が再確認している。やむを得ずセンサーを使用する場合、センサー使用検討会を毎月開催し切迫性、非代替性等協議し使用継続性を検討し、無為に使用継続しない様結論を確認し、議事録を残している。	
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	身体拘束等に当てはまる恐れがあるものは月1度の会議内で管理者を交えて協議している。また虐待についても、マニュアルを配布し職員の日頃からの注意喚起、意識の向上を図っている。		

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
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	成年後見制度や地域福祉権利擁護事業を活用されている利用者が事業所内に居られ、その後見人や市社協の担当とコミュニケーションを図り学ぶ機会を持っている。		
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	利用開始前から説明を行い、利用開始時に重要事項説明書や契約書により説明し、質問があれば入居後も随時返答を行い理解して頂く事に努めている。		
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	意見箱を設け利用者や家族から意見を集めると共に、重要事項説明書と玄関に苦情相談窓口を掲載している。また家族から出た意見は対話記録に残し職員間で共有している。	家族の来訪時、対応した職員は対話記録表に家族の意見や要望、苦情など記録し関係者は押印して共有している。提起された清掃や職員の態度問題については、即刻関係者が話し合い改善に取り組んでいる。	
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	ユニット毎の月例会議に管理者が参加し意見交換を行い、法人内の管理者会議やブロック会議において事業所の問題や困りごとを報告・相談する機会を設けている。	ユニット会議は、職員の意見や提案を集約する場となって、入居者の要望も組み込んで活発な活動展開の原点となっている。誕生日に雪の金閣寺と円町周辺ドライブ、ピエリでの食事と湖周ドライブ等をプレゼントしている。	
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	自身の半年を振り返る為のシートを用いそれぞれに振り返ってもらい、それを基に個人面談を行いそれぞれの悩みを捉える様にしている。また定期昇給や退職金制度の導入等の整備にも努めている。		
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	それぞれの力量を測りながら、所属するGH協議会や県社協の研修会に参加させたり、事業所内でも月例会議やウイークポイントに照準をあてた勉強会を行いそれぞれのスキルアップに努めている。		
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	GH協議会や県社協での職員研修や、系列事業所の開催する行事への参加など交流する機会を持ち、他事業者との相互訪問を通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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	利用前の面接で困っている事柄や解決したい事等をしっかりと確認、スタッフ間で共有し、また見学も取り入れ、雅荘や施設というものに対し不安を抱かれる事が無い様に配慮している。		
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	利用を考慮しておられる段階、また利用中も不安・疲労感を十分に受け止め、家族の悩みを聴き、ご助言出来る部分を行い、意見を受け止めていく様に努めている。		
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	現時点でのご本人の困っている事、家族が思い悩んでいる事を傾聴し、他職種の方とも協議し、通院でのリハビリ支援をする等、総合的に対応できる様に努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一人ひとりの出来る事や難しくなってしまった事を見極めながら、洗濯や掃除、炊事など生活全般を共に行き、関係性を築いている。		
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	面会時の報告や必要時の電話連絡、お手紙等でご本人の現在の状況を家族に知って頂いたり、また通院に同行頂いたりしながら、現在必要な支援を共に話し合い、一緒に支えて行く事が出来る関係を築いている。		
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	自治会の老人会への参加や、馴染みの喫茶店や美容室に行く支援、入院中のご友人のお見舞いに行くなど関係性・社会性の保持に努めている。	馴染みの美容室、所縁のお寺や神社訪問希望が出ればユニット会議で途中のトイレや食事場所、留意すべき事項など記入した行動計画書を作り実行している。家族、友人宛年賀状や夏祭り案内状送付支援も行っている。	
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	自立度の高い利用者がスタッフと一緒に歩行不安定な方の支援をして下さったり、不安を感じてる利用者を励まして下さったり利用者間で支え合える関係作りが出来ています。		

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
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	退去の可能性のある利用者・関係者と、その段階で出来る事や出来ない事をしっかりと協議し、双方納得のいく様に努めている。		
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	日々の暮らしや会話の中から本人の思いを聞きとり支援計画に反映させている。困難な場合はご本人にとってより良いサービスが提供できるようにご家族に意見をお聞きした上で、職員間で話し合っている。	アセスメントシート、各入居者や家族と話し合っ埋め込んでゆく「轍」手法も取り入れ、本人の意向に沿う様努めている。それでも困難な場合は家族の意見を求めて職員間で相談の上対応している。	
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	入居前に聞き取りを行い、入居後も引き続きアセスメントを行っている。入居後に得られる情報の方がやはり多く、対話内容や情報は記録に残し、日々のサービスに活かせるように努めている。		
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	一人ひとりの体調の変化を記録に記入し職員間で把握、特に留意が必要な方は別様式の書面等を用い状態の確認に努めながら、今後の方針に活かす様にしている。		
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	利用者・家族からはそれぞれ直接意向を確認しながら現時点で最も必要であると思われる支援計画を立案し、スタッフ間で協議し実践している。また月1回モニタリングを実施し都度評価を行っている。	職員は毎月担当する入居者のモニタリングシートを提出し、これを計画作成担当者が関係職員と協議の上、介護計画書を作成している。見直し期間は個別事情で1~4か月となっているが、家族に説明し確認印を得ている。	
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	日々の生活の様子や発言の内容、スタッフの気づきを各利用者毎に記録し、職員がいつでも確認出来るようにしている。特筆すべき事項は会議等で協議し、日々のサービス提供に活かせるようにしている。		
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	利用者や家族の希望・要望を面会時等にお聞きし、出来る限り応じるべく支援を行っている。状況に応じご家族と相談をしながら通院や外出なども随時行っている。		

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	地域のなかにあるスーパーや散髪屋、近隣の介護施設で開設されるカフェや寄合所等を利用し、職員が安全面に配慮をしながら、自由に生活を楽しむ事が出来るように支援している。		
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	利用者又は家族の意見を聴いて主治医を決定、定期的な訪問診療で身体の様子を診て頂き、都度指示を仰ぎながら適切な医療支援を受ける事が出来る様配慮している。	一月間で17回の訪問診療実績のある協力医を紹介説明し納得してこの協力医が主治医となっている。緊急時や専門医の受診では、家族が対応できない場合は事業所が代行し診療結果は電話にて報告し、記録している。	
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	申送り等で体調等の情報を職員間で共有し、利用者がかかっている医療機関の医師や看護師と状態等を相談しながら健康管理の支援を行っている。		
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、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。	利用者が入院された場合、ソーシャルワーカー、相談員、また家族の方と逐次情報交換を行い、退院時には病院関係者を含めたカンファレンスを必要時に設けている。		
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、家族や医師等の関係者と密に話し合いを行い、利用者にとってより良い支援方法はこういったものか、雅荘で出来る事はどこまでなのかを話し合っている。	重度化した場合は医師も交えて家族と話し合い事業所のできる範囲を説明し対応している。現在家族や職員からも事業所での看取り希望が出てきており、医療連携体制加算の取組も検討課題となって来ているが、事業所の取組方針は目下検討中である。	1日も早い事業所の重度化終末期の取組方針決定とそれを文書化し、重要事項説明書の1項目に入れる事が望まれる。
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	かかりつけ医の指導を得ながら、応急対応や初期対応を学び、またそのルーティンをマニュアル化しスタッフが確認出来る様にしている。		
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	避難訓練は常時夜間想定で実施し、都度消防隊員の方々に問題提起をして頂きながら精度を上げていっている。またいざという時に地域の方にも協力頂けるような書式も用意している。	運営推進会議の日に合わせて、災害避難訓練を年2回夜間想定で行っている。3月には、運営推進会議開催日に今回から新たに自治会長や近所の協力も得て、消防署指導による避難訓練実施が予定されている。	

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
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	お礼や感謝の気持ちを大事にしながら、日々の関わりでしっかりと関係性やその人の理解を深めていき、都度何をするか明確にしながら周囲に配慮した言葉かけに努めている。	社外研修を受講し部内でも会議では常に取り上げて確認し合っている。ユニット会議でも言葉掛けのレベルアップに努めている。食事時にもゆったりとした職員の声掛けは、気持ち良い雰囲気を作りだしている。	
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	ご自身で決定して頂ける方にはしっかりと、そうでない方に対しても選べる範囲内で、着たいものや食べたいもの等選択肢を用意し、決定して頂ける様に働きかけている。		
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	ご体調や気分の様子を伺いながら、今何をされたいかを感じ、お聞きした上で支援していく様に努めている。		
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	衣類を選んで頂いたり、言葉かけし洗面所での整容をして頂いたり、それぞれの出来る事に応じながら支援している。		
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	食べたいものを伺って献立を考えたり、一緒に作れそうな料理を加えたりしながら、一人ひとりの今出来る事を把握し共同して準備や片づけも行っている。	入居者も交えた献立作り、買い物、盛り付け、終い事まで共同で行い、共に食事を楽しんでいる。週1回程度は数名単位で外出を兼ね外での食事を楽しんでいる。この余裕を作るため一部配食サービスを利用している。	
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	その人が摂りやすい量や形状をスタッフ間で共有し、また食事量や水分量を随時記録に残しながら、必要な分摂取出来る様に努めている。食事や水分は偏らない様々なものを用意できる様にしている。		
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	日々の支援が漏れない様記録に残し、ご自身で困難な方は支援している。またスタッフが支援・ケア出来ない部分は歯科の訪問診療を活用し、口腔内の保清、状態維持に努めている。		

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
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	それぞれの排泄パターンを記録に残しながら、個々に応じた誘導やお声掛けを行い、トイレで排泄出来る様な支援に努めている。また水分量も考慮しながら支援にあっている。	詳細な排泄記録表を作り、入居者毎の状況とパターンに基づき優しく声掛けし、トイレでの排泄を支援している。退院後職員の定期的なトイレ誘導と観察から、尿道カテーテルを外すことに成功した事例がある。	
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	歩行や運動で身体を動かして頂く、水分量を記録し不足していないか確認、繊維質や乳製品をしっかり摂って頂くなどしている。		
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	希望されている方は勿論、いつ入浴されているかを記録に残し、当日の気分や体調の様子を見ながら、ご希望にかなう様々な時間を提案し言葉かけしている。	ユニット会議で、入浴の少ない入居者について最低月10回を目標にしてデータを取り、一人ひとりの対応策を検討している。浴室は1～2階に各1か所、1階ではリフト浴も対応できる。入浴時間は、9:00～17:30である。	
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	消灯時間等は決めず、それぞれの生活習慣に合わせ休息や適度な昼寝をして頂いている。また寝返りが難しい方は休んでおられる様子を伺いながら体位交換をさせて頂いている。		
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	薬剤師の説明をスタッフ間で共有、薬専用のファイルとチェック表を作成しすぐに確認・把握出来る様にしており、また準備時は複数回チェックを行っている。		
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	日々の関わりからその人が今何をしたいかを察し、外出や買い物などにお誘いしたり、遠方の場合などはスタッフ間で計画をたて支援出来る様にしている。		
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に支援している	日常的な会話の中から皆様の行きたい場所や日時を聞き取る様にしている。また雅荘内だけでなく戸外でも食事を楽しんで頂ける様にご本人と対話しながら外食の支援を意識して行っている。	ユニット会議で外出頻度を上げる様取り組んでおり、最多の入居者は一月18回外出している。職員は偏らないように声掛けの順番を意識して誘い出している。毎日の食材買い出し、カフェ、サロンや家族参加のレストラン訪問など工夫しながら支援している。	

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
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	ご希望のある方には小遣いを持って頂いており、またそれはスタッフ間でしっかりと共有している。身の回りのものや化粧水など欲しいものをお聞きし、買い物に同行している。		
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	ご希望があれば電話を掛ける支援はしている。年賀状や夏のお便りなどは1人ひとりの書ける範囲で書いて頂き、お出しする様にしている。		
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	天候や時間に応じて照明やカーテンを引く、清掃を行う事は勿論、テーブルにお花を飾ったり、季節や年中行事に合わせた装飾を一緒に飾り付けるなどして、季節感を感じる事の出来る居場所づくりを心掛けている。	玄関、廊下、トイレ、居間、台所は規定以上に広く玄関と居間には生花を飾り季節感を出している。居間の一部にあるあげ床の畳部屋では掘り炬燵となっており、居間の大きなソファと共に寛げる場となっている。	
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	一人ひとりのその時の気分や状態に応じてソファセットやダイニングテーブル、和室スペース等で気兼ねなく好みの場所や相手と過ごす事が出来る様に努めている。		
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	家族の写真や手芸品、ポスターなどを貼って頂いたり、お仏壇を持ち込んで頂く、畳を敷いて頂くなど、少しでも居室での生活が居心地の良いものになる様、本人や家族と相談している。	総てフローリングで備え付けの押入れ以外は、入居者負担で畳を敷いたり、ベッド、テレビなど好みの使い慣れた生活用具を持ち込んで、居心地良くしている。お仏壇を持ち込み位牌と顔写真を飾っている居室もある。	
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	自室である事がわかる様に扉にお名前を貼らせて頂いたり、トイレが解り易いように表記したりしている。またバリアフリー化、手すりの各所への設置など安全面にも配慮している。		

2 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 (1)	地域密着型サービス事業所としての理念の再構築について	今後変動していく社会や地域に対して、グループホームという場所がより社会や地域との繋がりを強固になるべく、理念を再構築していく。	事業所内で改めてグループホームの役割について勉強会を開催し、施設内でどのように地域との関わりを持っていくかを検討し、また運営法人との協議の場も設け坂本という地で如何に連携していくかという理念を再構築していく	12ヶ月
2	33 (12)	利用者が重度化された場合の指針の確立について	看取り介護という事を雅荘としてどの様にとらえていくのか、という事を事業所として再構築していく。	個別対応は勿論の事ではあるが、事業所内で『利用者を看取る』という事に関して、【死】というものに向き合う為の心づもりや知識、またそのご家族やかかりつけ医との連携体制を再構築していく必要がある。	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。