

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	2470500369		
法人名	株式会社 ナガオカ		
事業所名	グループホーム 悠愛		
所在地	滋賀県東近江市五個荘竜田町528-4		
自己評価作成日	平成28年12月10日	評価結果市町村受理日	平成29年2月3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・アクティビティ・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番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成29年1月20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)】

『気兼ねなく暮らせる第二の我が家』の理念を基に尊厳と自立を目標にしています。日々、個人の自由な過ごし方に対し見守り、声掛けさせて頂き、穏やかに不安無く暮らしています。先日、96歳の利用者様の見取りをさせて頂きました。人生の終末期に、ご家族様と共に良い経験を積むことが出来、感謝致しております。“尊厳”それは、私達、職員がケアする際に最も重く受け止め常に心しなくてはならない事です。言葉は毒にも薬にも成るという言葉通り、利用者様にとって生き生きと活発になれる生きた言葉かけを行い、それによって認知機能の進行があっても自信を持ち続ける事が出来れば、こんなに嬉しい事はありません。“自立”出来ない事が出来るようになった時の喜びは利用者様だけではなく職員も大変、嬉しい事です。生活意欲の向上に繋がります。私達のやりがいにつながります。

【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)】

平成17年に開設した事業所で、近江商人の豪邸と新しい住宅が混在する静かで落ち着いた佇まいの住宅地に位置している。全職員が家族と入居者の絆を大切に、自立、尊厳を基本に、利用者が「自分で出来る事は自分です」を目標にし、スタッフ会議では、利用者の状況を共有するとともに、一人ひとり状況に対する対応策を検討し、座位保持、外気にふれる、事業所内での運動、食事の準備や片付けなど利用者の残存能力の維持・改善に取り組んでいる。この結果、入居後、傾眠傾向の改善、排泄の自立、自力での食事摂取などの成果が見られる。今年度開設後2度目の看取りを経験し、家族会、運営推進会議の復活により、地域交流の推進、運営推進会議の定期的開催の他、外部評価の課題にも積極的取組んでおり、利用者家族の安心感、信頼感が高くなっている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№.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	「気兼ねなく暮らせる第二の我が家」の理念を目標に、利用者様が“不安なく、和気あいあいと穏やか”に日々、過ごせる様に管理者、職員間で連携を図り、話し合いを行ないながらケアに取り組んでいる。	玄関、事務室に理念を掲示している。管理者と職員は「気兼ねなく暮らせる第二の我が家」の理念を、日常ケアを通して話し合いをし、全職員が理念に基づいた介護サービスの実践に努めている。	
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	地域の民生委員や区長様に協力を得ながら字の行事や催しや消防訓練などに参加、行政主催の認知症徘徊発見訓練などにも参加させて頂いている。	自治会には加入していないが、運営推進委員の区長、自治会長、民生委員の、市主催の認知症対応に関する研修勧誘や避難誘導の指導や訓練への参加があり、事業所の町内消防訓練参加等で地域との交流をすすめている。	地域自治会加入や地域ボランティア活動の受入に取組み、地域住民との繋がりを更にすすめて欲しい。
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	区長や民生委員の方に対して、在宅で認知症の対応について困っている方や悩み相談があれば、いつでもご相談に応じる姿勢を示している。中々、そういう機会が無いのが現状。		
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	2か月に1回、開催。場所は当苑内で実施。会議内容は主に利用者様に関しての報告や施設状況の報告など…。この機会に参加できる行事や催し物の情報共有を図っている。	市長寿福祉課、五個荘支所福祉課、区長、自治会長、民生委員、家族代表等が参加し2ヶ月に1度開催している。事業内容、行事内容、事業所内研修等を報告し、外部評価の結果・課題を詳細に報告し相談している。	
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	利用者様の減が発生した場合、ご協力願っている。利用者の更新時には不安無く認定調査が実施出来るように連携を取っている。	市介護福祉課には活動状況を報告すると共に、介護保険法施行内容の指導、利用者受入対策など緊密に連絡している。また市主催の各種避難訓練や認知症徘徊に関する研修会に参加している。	
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	身体拘束に関して、苑内研修を行い、職員全員で周知を行った。居室の窓や入口などの施錠やテラスの出入口は解放している。玄関はオートロックで玄関前に階段がある為に転倒防止の意味もある。	全職員が身体拘束に関する事業所内の研修会に参加し、身体拘束は異常であると認識し、日常ケアに活かし、利用者家族にも拘束に関する情報提供を行っている。玄関は夜間以外は施錠せず、ベッドは3点柵利用で転落事故対策を講じている。	
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	県や市、研修の資料にて苑内研修を実施。各人が自覚を持って取り組む事を学んだ。特に言葉による虐待が知らず知らずの内に話している事の怖さを実感した。心新たにケアに取り組んでいる。		

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
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	現在、成年後見制度を利用されている利用者様がおられる。必要に応じて勉強会を実施している。		
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	入所時に契約を行っているが、解りやすく説明し、疑問点には速やかに返答している。制度改正時にも再度、契約を行っている。		
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	面会時や受診時に家族様からの希望や要望はお聞きし、出来る事から実施している。その他、家族会を年/2回実施。その場での意見や要望も苑の質の向上の為に参考にさせて頂いている。	年2回家族会を開催し、事業所での利用者の様子や行事内容を報告し、重度化対策、看取り、災害時対策を協議している。災害時救援対策では、利用者1人に援助者1人が付き救援出来るシステムを取り入れている。	
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	月/1回のスタッフ会議にてケアカンファレンスやモニタリングを行っている。問題発生時は随時、ミニ会議を行い対応に向け話し合う。現場で対処できない問題は本社に相談している。	管理者は日常のケアを通して職員との「報告・連絡・相談」が出来る体制を整えており、スタッフ会議やケア会議でも自由に意見が出ている。、職員提案で円座使用、入浴時間変更等を取入れた事例がある。	
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	代表者が自ら現場に赴き把握を行う事はない。勤務状況や功績、努力は管理者に一任されており管理者より報告を受け給料水準の査定を行っている。昇給やボーナスは向上心を高める。		
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	代表者はケアに関するスキルアップは常日頃から、口にされており、研修参加者の希望もあるが、人員問題で参加出来ない。よって苑内研修を行いスキルアップを図っている。		
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	グループホーム部会に参加しお互いの情報共有を行い、参考になる事柄は取り入れている。また、市が開催している事例検討会に参加し、ケアマネの質の向上、プランを立てる際の視点の勉強に役立っている。		

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
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	事前に情報を把握し面談の際は本人の維持能力を考慮しながら本人の話す言葉に視点を置きじっくりと聞いている。本人の思いを最優先に考える。家族様の思いや希望も考慮している。		
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	家族様が苑での生活をどのように送って欲しいと思っているか・・・をお聞きし、出来る限りプランに反映出来るように努めている。馴染みの友人の面会の許可を得る。受診は家族様にお願いする。		
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	本人の残存能力を把握。出来ない事に対し、自尊心やプライドを傷つけない対応や言葉かけに考慮する。ニーズに対する視点も利用者本位。		
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	利用者から学ぶ点は非常に大きい。排泄介助で自力にて排尿が出来た時の喜びは利用者より職員の方が嬉しい。自立出来た時、一緒に喜べる事は私達、職員のやりがいに繋がっている。		
19		○本人と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	利用者と家族様が疎遠にならない様に2ヶ月に1回“悠愛だより”にて苑の生活の内容を記したお便りを出している。また、出来る限り受診は家族様にお願いしている。		
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	お盆には墓参りの為に外出する事がある。また、本人より叔母や従妹に合いたいと言う希望があれば家族様に連絡しその場所へ外出する機会があった。その後、従妹が面会に来られた。	職員は馴染みの場所や人を把握し、利用者の要望を取入れ、親戚・知人宅訪問やお盆の墓参り等の帰宅を支援している。馴染みの美容院が定期的に来訪し安価で散髪したり、馴染みの店に家族と買物に出掛けている。	
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	気の合う利用者同士、話が出来る利用者など、普段の様子を観察し、ホールでの席の移動を試みている。移動で混乱を来す利用者には、移動するよりトラブル時に職員が入り話を聞き対応している。		

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	退所した利用者に対して他の入所先に赴く事はしないが(他の場所に早く慣れてもらいたい為)近況は気になる。家族様に電話にてお話を伺っている。他の施設からの相談には答えている。		
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	意思疎通な利用者に関しては発する言葉や態度で把握し、言葉が出ない疎通の不可能な利用者には表情や食事減、活力などを目安に分析し職員間で情報共有を行い原因を探っている。	利用者に寄り添うケアをすすめ、利用者に目線を合わせ、表情や行動から思いや意向の把握に努めている。食事は全員が自力で摂取するよう見守るなど、利用者の気持ちを大切に取組んでいる。	
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	入所前に生活歴やライフスタイルなどは把握しているが、入所後に改めて解る事もある。解決の為に家族様に情報収集を行う。不安無く過ごす事が大切。情報は必須。		
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	1日の流れが記録できる個人日誌があり、出来る限り記入漏れがないように務め、1日の過ごし方の把握に行っている。健康管理や精神面な部分も含め、関わる職員の気付きや視点が重要。		
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	プラン作成時は職員に情報収集を行い共に作成に取り組んでいる。モニタリングはスタッフ会議にて検討している。ケア内容も職員の意見やアドバイス、アイデアを取り入れている。	フェイスシートを活用して毎月モニタリングを行い、変化がなくても3ヶ月毎及び状況急変時に家族と医師の情報を基に介護計画書を作成している。介護計画書は家族に説明の上、同意と承認印を得ている。	
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	個人記録で一日の把握を行い、排便尿チェック表で便秘対応や排尿の自立に努め、バイタル、食事チェック表にて健康管理を行う。それを基に様子観察を行い、問題発生時には原因を探る。		
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	行政などの相談窓口を利用している。また、地域包括支援センターには随時、苑の状況を話している。その他の事も気軽に相談にのって下さる。		

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	高齢化が進み心身の力を発揮できる機会も少なくなっている。		
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	入所前のかかりつけ医に家族受診を依頼。受診時は受診記録にて(苑内の様子や体調、疾患)情報を提供し連携を図る。疾患に関して主治医から指示、アドバイスなどを頂く。指示通りに実施。	事業所協力医の他、多くの入居者が入居前からのかかりつけ医の受診を継続している。受診は家族同伴を基本とし、職員同伴の場合は受診結果を家族に通知している。緊急時は事業所協力医で受診している。	
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	当苑では看護師は不在。見取りなどの体制が整えば別である。医療に関する問題や相談は受診時、受診記録にて主治医と連携を図っている。		
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。	入院中に地域連携室と連携を取り退院にむけての調整を行う。帰苑が可能であれば退院カンファレンスを開き経緯や注意点など主治医を交えて情報収集を行い退院に備える。		
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	先日、入院中の利用者が疾患が完治せずに退院が決まり当苑にて受け入れて欲しいと家族様より切望される。見取りの体制が整っていない事からお断りするが人として不安はあったが引き受け見取りを行う。全職員、良い経験をさせて頂く。	入居時に「看取りについての意向確認書」を説明し、署名・捺印を得ている。事業所開設以来2名の看取り事例があり、職員に貴重な経験となっている。「重度化や終末期に関する指針」は文書化していない。	重度化や終末期対応について事業所の方針を文書化して欲しい。
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	緊急時は救急車を依頼。家族連絡し状況説明後、搬送先に来て頂く。体調悪化、転倒等発生時は速やかに行動する。ヒヤリハット、事故報告書を作成、危険回避の話し合いを行う		
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	運営推進会にて地域の区長に災害時の避難要請をお願いし調整中。マンツーマンの誘導が必須な為に苑内でも避難訓練や誘導訓練を行っている。7月に実施。来年度は1月実施予定。	消防署立会いの下、年2回の避難訓練を実施しているが、地域住民の参加・協力体制は自治会役員と協議中であり、飲料水や食料備蓄は今後の検討課題となっている。	避難訓練への地域住民の協力体制の構築、緊急時の毛布や車いすの整備及び食料・飲料水の備蓄を検討して欲しい。

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
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	価値観は人それぞれ違う、利用者が大切に思っている人、物の把握に努め、傷つけない、喪失感を味合わせない、劣等感を感じない対応を心がけている。話を聞く姿勢は利用者目線で・・。	全職員が「人権尊重、プライバシー保護」に関する事業所内研修を受講し、利用者を人生の先輩として尊敬し、利用者目線を合わせ優しく話しかけるなど、ゆったりとした対応を行っている。	
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	おやつのお菓子は盆に盛り、欲しい菓子を選んで貰う、飲み物はコーヒー、紅茶、お茶などと聞くのではなく、お出しする飲み物から選んで頂いている。難題の訴え時は傾聴し出来る限り家族様を巻き込んで対応。		
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	利用者のペースに合わせて職員が動いている。また、業務を行う際は、バタバタと動いたり大きな音を出さない様に気を配っている。職員間のトラブルや私語も謹んでいる。		
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	普段の服装は自分で選び着ている訳ではない。受診時や外出時は本人に声掛けし選んで頂く。似合う服、色など職員の声掛けが大切だと感じる。話し方で嬉しい気分になって頂ける。		
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	食事前にテーブル拭きをして貰い食事が始まる事を認識して頂く。食べられない物に関しては別の食材に代える。話しながら楽しく召し上がっている。遅くまで食している方の為に下膳はテーブル毎にしている。	利用者の好みや摂食能力に応じた食事を作り、全員自力で食事を摂っている。利用者は配膳、後片付けに参加し、職員とともに食事を楽しんでいる。誕生会やクリスマス会等の行事食の他、バイキングも楽しんでいる。	
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	個人により摂取量は異なる。食べられる量を提供し残食がある場合は一度、声掛けし「ごちそう様です」の言葉で下膳する。食べる量が少ない時はカステラや好みのパンなどで補っている。水分は1200ccが目安。		
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	起床時、就寝時は歯磨きを実施。毎食後はうがいを実施。嚥下障害があり自力で出来ない利用者には口腔ケアウエットティを使用し職員が口腔内を清潔にしている。定期的に歯科往診にて状態を診てもらっている。		

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
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	チェック表にて誘導時や訴え時、分数を記録しパット濡れが無くトイレにて排尿があれば、その時間を目標に声掛けし失禁を無くしている。排尿パターンは個人によって違う為に此処に誘導している。	「排便・排尿チェック表」で食事、服薬、時間帯などきめ細かく記録し、一人ひとりの状況に応じたトイレ誘導を行っている。この結果、オムツを使用することなくトイレ排泄に改善した事例がある。	
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	排便チェック表を基に便秘を把握、3日便秘が無ければ食材にて調整。それでも無ければ腹を温めたり入浴を勧める。便管理は認知症にとって必須。不穏の原因となる。		
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	希望される利用者は毎日でも実施。拒否者にはタイミングを見計らい再度、促している。希望しない場合は無理に勧めない。医師からの入浴範囲での決まりを守り微熱者や体調不良時は中止している。	利用者の体調、希望に沿って対応し、週平均3回の入浴を基本とし、希望者には毎日の入浴にも対応している。入浴拒否者には清拭、足浴も行っている。浴室はバリアフリーで広く、入浴の都度水洗いし清潔である、	
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	日中に特変が無ければ夜間不眠はあまりない。夜勤者に日中の引き継ぎをしっかりと行い様子を観てもらい対応する。昼寝は本人希望により実施。微熱者は水分補給を行い休んで頂く。		
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	何種類もの薬を服用する場合の連鎖反応までは難しい。常備、服用して特に変化がなければ、そのまま様子を観ている。誤薬をしない、確実に服用確認をする、錠剤がダメなら顆粒にするなどの対応はしている。		
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	出来る事への挑戦を念頭に出来ないとは決めつけるのではなく、まず出来るかやってみている。意外な一面が見えてくることも多い。定番のお手伝いの他におかずの盛り付けなど結構、見つかる事がある。		
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	遠方への外出は送迎や職員数の関係もあり出来ていない。近距離の散歩や受診(家族様がいない方)に関しては行っている。利用者様の気分転換や晴天時は日光浴を行っている。	天気の良い日は、自家菜園での作業やバルコニーでの日光浴を楽しんでいる。家族と買物や外食に出掛けることもあるが、地域行事への参加やドライブ希望者への対応は十分とはいえない。	家族やボランティアの協力を得て、利用者の希望に沿った外出が出来る体制の構築を期待したい。

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
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	身の回りに現金を置かない様に家族様には了解を得ている。お金の事で被害妄想が出る可能性の利用者は多い。外出時は主に家族様にお願いしているが、自分で支払をする機会は殆ど無いと言ってよい。		
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	「娘に談話して下さい」との訴えがあり、その都度、対応している。勿論、家族様には了解を得ている。傍で電話内容の明細は確認をしている。電話後、本人に話を聞いている。納得させる事を重視している。		
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	玄関は広く入口に癒しのスペースを設置している。居間の室温や明るさは再度、細かく調整を行っている。トイレには飾りを施し外観に配慮している。	居間は広くて天井が高く窓から自然光が入り明るく清潔で、ガラス窓を隔てベランダがある。居間は水拭きで転倒防止に配慮し、利用者の作品や季節の草花を飾り、ベランダや庭には車椅子のまま出られる。廊下2ヶ所に天窓を設置し、換気・採光に配慮している。	
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	ホールに大きなソファを置き、晴天時は利用者同士で日向ぼっこが出来る様にしている。廊下の角にも小さな椅子を設置し、外出時やトイレ移動時に少し休めるスペースを作っている。		
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	在宅で使用していた馴染みのタンスや茶碗、湯のみなど持ってきて頂き部屋作りは家族様に依頼。環境が変わると混乱、居心地の悪さにより不安になる事から安心して過ごす事が出来る様に配慮している。	居室は全室畳敷きで、押入れと空調機を備えている。利用者は馴染みのベッド、タンス、テレビ、仏壇などを持込み、家族の写真を飾って居心地の良い部屋づくりをしている。	
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	居室の入口には各々に名前を記した札を付けて、居室を間違えない様に配慮している。		

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	33	”寝たきりにならない、しない”を念頭に支援しています。出来ない事がほんの少しでも出来た時の喜びは本人が一番解っています。ほんの些細な自立でも意欲向上に繋がる事を利用者様から教えて頂きました。後は文章化するだけです。難しい。	日常動作にリハビリを取り込み立位、座位、起き上がりなどで手を使い足で蹴り踏ん張る。上下肢の筋力アップに努めて行きます。寝たきりにさせないケアに努めます。見取りは経験済ですが本社と共に文書化していきます。	重度化に関して～麻痺や拘縮の無い方は筋力アップや広域動作の改善を図る。目標は残存機能を生かす、寝たきりにさせない。見取りに関しては～本社の役職会議にて問題として取り上げ改善策や方針を確立する。それを踏まえて文書化する。	6ヶ月
2	35	災害時に一番、助かるのは近隣の住民であり地域との関係を密に行う事が必須かと思えます。しかし自治会参加が難しく為に日頃の付き合いの際に信頼関係を築く事も考えます。	消防署に依頼し近隣の方と避難誘導や消化訓練などを実施しグループホーム悠愛の利用者様を紹介する。気軽に立ち寄れる場所として認識して頂く。隠すのではなくオープンに透明化する。地域で暮らす為には必要条件。	今年の1月に避難訓練予定が雪の為に延期している。避難訓練、誘導の練習などを実施する。地域の方との訓練や消化活動は春頃の予定とする。備蓄品に関しては準備する時期や費用を要する事もあり本社と相談の後に文書化する。	6ヶ月
3	49	利用者様の外出は殆ど出来ていません。季節の変わり目に桜見学や秋の紅葉を見せたくても介護度が進むにつれ実施出来ずにいます。家族様にお願いし2～3人は外出し楽しんでいきます。職員数の不足も原因の一つです。	せめて春、秋の季節の変わり目に外気に触れ肌で感じ目で見て季節感を味わって頂きたいと思えます。車椅子でも行ける公園や近隣の桜が満開なった場所へお連れし実感して頂きたい。気分転換になり笑顔が見られるかも・・・。	3月・10月は桜見学や紅葉見学に個別で実施。自動車・徒歩・車椅子を押してなど・・・近隣の散歩がてら外気に触れる機会を設ける。家族様には家族会などで呼びかけを行う。出来れば家族様でボランティアできる方が有れば、お願いしたい。	9ヶ月
4	2	自治会の加入は難しい。参加できる利用者が少ない事や奉仕作業や役員、費用などの問題がある。以前、地域の方にボランティアをお願いする事が有ったが家族様より「今のお婆さんの姿を見せたくない」との反対の声があった。	地域ボランティアにはどのような活動があるのか・・・把握し民生委員や区長様とも情報共有しながら受け入れを進めて行きたい。近く小学校があり小学生との交流が持てると良いのですが・・・。	まずはどのような活動の時にボランティアが必要か・・・把握する。受け入れに家族の了解を必ず得る。初回は企画書を基に実行する。自実行出来たら反省会を持ち今後の課題とする。(利用者様の反応を考慮しながら勧める。)	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。