

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	2373001375		
法人名	有限会社みふねの家		
事業所名	グループホームあさがお		
所在地	愛知県豊田市御船町東山畑54-13		
自己評価作成日	平成28年1月12日	評価結果市町村受理日	平成28年3月28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	特定非営利活動法人なごみ(和)の会
所在地	名古屋市中種区小松町五丁目2番5
訪問調査日	平成28年2月9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)】

「衣・食・住を整えます」を事業所理念に掲げ、施設全体の生活環境と、入居者1人1人の生活環境を整えることを目標にケアをおこなっています。また複数のボランティアさん訪問と外出を増やし、地域住民との関わり方に力を入れていきます。

【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)】

グループホームあさがおは、今年で12年目を迎える、1ユニットの事業所である。小規模多機能サービスと障害者活動支援センターが併設されており、連携の強みを活かして地域包括支援センターの協力を得ながら、地区交流を充実させている。玄関を抜けると、理念、施設紹介、避難経路、写真等の掲示物が目に入って来る。入居者の「衣・食・住を整える」ために、職員に担当を割り振ってサービスを提供している。発想豊かでオリジナル性の高い各担当は、設置目的を明確にして配置している。職員の研修の充実を図る「研修担当」や、物品の管理と取り扱いの工夫で、入居者の負担軽減につなげている「エコ対策、物品管理担当」。他、「暮らしを豊かにする担当」「入居者担当」等、入居者の状態を把握し、サービスの質を向上させ、現状に即した個別支援を行い、理念を実践している。入居者の基本的な生活を支える上で欠かせない課題を、職員が分担して取り組んでおり、今後更に、全職員との理念の共有と理解の深まりで、益々の発展が期待される事業所である。

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広がったり深まり、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	支援スタッフで理念「衣・食・住を整えます」を作り、その理念をもとに入居者の支援をおこなっている。	法人理念「相思相愛」を基に、事業所理念「衣・食・住を整えます」を掲げている。入居者本人が主体的に安心して毎日が暮らせるよう、生活に必要な基本の部分を支えたいと取り組んでいる。そのために、「暮らしを豊かにする担当」や、「入居者担当」等、各職員の役割を細分化している。現状把握や環境整備、記録の工夫や徹底、また、介護技術の向上を図り、理念の具現化に努めている。	
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	地区の行事(盆踊りなど)には参加可能な入居者とスタッフで参加している。また不定期ではあるが施設周辺を散歩しすれ違う住民の方々にあいさつをしている。	自治会に加入し、運営推進会議時に地域情報を得ながら、盆踊りやパトロール等に参加している。その際の場所確保や連絡等に自治会の福祉担当者の協力がある。他に、地域講座の講師を務める等、地域に密着した取り組みを積極的に行っており、今後も福祉拠点として発信していきたいと邁進している。消防団とも連携に向け、検討を進めている。ホームの夏祭り時には、近隣や御船地区へお知らせを回覧し参加者を得ている。	
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	地区の認知症サポーター養成講座、徘徊模擬訓練開催に向けて、自治区、地域包括支援センターに協力している。		
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	行事内容、食事、感染予防、緊急時の対応などを主に報告し、会議出席者からの意見を反映している。	入居者家族、自治区役員、民生委員、地域包括支援センター職員の参加により、年6回「ファミリー会」と称して開催している。家族へ、持回りで会議への参加を説明しており、毎回、出欠の確認をしている。年間計画にて議題を策定している。また、自治区の事業計画にも組み入れられている。活動報告の他に、職員の研修参加状況や地域での活動状況、介護保険制度の説明等、運営体制を詳しく発表している。そして会議で挙がった意見を反映し、サービス向上に活かしている。防災訓練を会議参加者に見学してもらい、課題発見につなげている。	
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	密に連絡を取る事は出来ていないが、介護保険制度、介護計画についてなど、不明な点は市の担当者にその都度確認している。	豊田市役所とは、必要に応じて電話等で相談、報告を行っている。市の介護相談員の来訪が月に一度ある。認知症サポーター養成講座の講師を務める等、地域包括支援センターと協働して地域福祉に取り組んでいる。徘徊模擬訓練の説明会も実施している。説明会後は、包括への相談件数が増加しており、地域住民のニーズの発見にも貢献している。豊田市及びその他行政主催の外部研修に、職員が積極的に参加している。	
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	玄関の施錠は夜間の防犯対策で行うが、日中は開錠している。開所以来身体拘束は行わない方針で取り組んでいる。	身体拘束をしない方針を掲げ、徹底している。該当事例がある際には、方法を検討し対策している。事例により家族から、施錠や、ベッド柵の要望を受ける場合があるが、その都度、方針の説明と対応策を提案して理解が得られるよう努めている。また、入居時には、同意書を作成し丁寧に説明を行っている。職員へも、ヒヤリハット集計を求め、1年に一度は内部研修による振り返りの機会を持ち、意識の向上を促している。また、外部研修も活用している。	
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	ミーティングの場や外部研修で学ぶ機会を設けている。また、他施設での虐待事件などその都度記事を張り出し全スタッフが意識するよう努めている。		

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
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	外部研修を中心に学ぶ機会を設けている。しかし、活用する支援には至っていない。		
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	内容について一通り説明した後に、疑問点などを聞き再度その点について説明するようにしている。		
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	家族等には運営推進会議や面会時、電話などで意見を聞き担当スタッフ、ミーティングで伝え、検討するようにしている。	入居者の意見、要望は主に入居者担当が日常の中から拾い上げている。また、担当入居者の把握に努め、モニタリングし、月に一度は、面会時または電話にて家族へ報告をしている。その際に、運営に関する要望の聴き取りも行い、聴取した際には、幹部職員へ報告するよう伝達ルートを取り決め、情報共有している。おたよりを、法人全体で年2回、ホーム(小規模多機能サービス合同)で月に1度発行し、ホームでの取り組みを伝えている。	
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	その都度意見を聞くようにしている。内容によっては反映させるまでに時間を要す場合がある。また年に2回全スタッフと面談を行っている。	月に1度のミーティング時が、意見、提案の場となっている。運営に関しても、各担当から提案が上がり、反映に向けて内容が検討されている。日常的な相談は、グループホーム主任が窓口となり対応している。管理者も、個人面談を随時に行っている。また、職員個人の意見を該当担当が対応する場合もある。年に2回、法人代表者と管理者の面談による人事考課が実施されている。	
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	年2回の人事考課で業務実績の確認、職場の環境に関する質問などを行っている。		
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	外部研修は年1回以上の受講を促している。内部研修は、研修担当を中心に計画し、ミーティング時に研修を行っている。		
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	グループホーム協議会や地域のネットワーク作りの場に参加しているが、一部のスタッフのみにとどまっている。		

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	初期の入居者に対しては関わりをもつ時間を多く持つように努めている。		
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	入居数ヶ月は担当スタッフから状況報告をこまめに行うように努めている。		
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	本人、家族からの情報収集と、今までとは違う環境で不安に思う気持ちに対応できるよう努めている。		
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	スタッフのペースに入居者が合わせる傾向にあるため、入居者とスタッフで考える時間を持てるよう努めている。		
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	各入居者担当を中心に家族との信頼関係を築けるよう生活状況の報告及び要望を聞くよう努めている。		
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	入居者にもよるが、家族、知人の訪問がある。また家族の要望で、スタッフ付き添いのもと一時帰宅したことがある。	本人の生活歴を把握し、馴染みの関係継続支援に活かしている。一時帰宅者の移動支援をしたり、身内や友人の面会の際には、本人の状態に考慮し、家族へ相談して対応することもある。小規模多機能サービス利用者と共に、外食や喫茶店へ出かけている。行事も合同のため、新しい馴染みの関係が築かれている。今年度から「夢叶えます担当」を創設した。本人の昔馴染んだ場所や物事を探り、希望を把握し、行き先、手段を家族へ提案する支援であり、担当者が今後実施していく。	
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	スタッフが間に入り、共通の話題や、レクリエーションを行うように努めている。		

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
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	実際に相談があるのでアドバイスをしている。		
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	出来るだけ本人の希望を把握するため日常の会話内容や行動を観察している。意思表示の困難な入居者に対しては、家族の意向と担当スタッフを中心に検討している。	日々の会話や関わりから意向の把握に努めている。思いの表出が困難な人へは、表情の観察やつぶやき、また家族からの情報を基にカンファレンスを開いて検討している。つぶやきは、記録に設けられている「特記項目」へ記載している。入居者担当が行っており、記録方法等に関する研修を受講している職員もいる。家族へ、時には代弁したり提案をしながら、本人の思いや意向を伝えている。	
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	家族からの情報収集と、本人から可能な範囲で聞き取りをしている。		
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	各担当スタッフを中心に現状把握に努めている。		
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	計画チーム(担当スタッフ、計画補助、主任)が本人の意見、状態をもとにモニタリングし、定期的に家族とカンファレンスを行っている。	介護計画の見直しは、状態に変化があった際に随時に行っている。見直し時に行われる担当者会議は、「家族カンファレンス」と名付け、家族参加のもと開催し、意見聴取している。モニタリングは入居者担当が月に1度行っている。モニタリングやその他用紙は、書式を何度も手直しし、計画が反映されたサービス提供が実践されるよう試行している。介護計画を基に支援シートを作成し、介護計画書、モニタリング用紙と共に現場に置いて、職員へ確認を促している。	
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	ケアに変更が必要な時は担当スタッフが支援シート内容を変更し全スタッフが確認できるようにしている。		
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	本人、家族からの要望の対し可能な限り個別に対応するよう努めている。		

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
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	地域資源の把握に不十分はところもあるが、把握している範囲内で支援に努めている。		
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	希望があれば入居前のかかりつけ医に受診できるよう支援している。特に希望が無ければ施設協力医に受診している。	月に1度、協力医による訪問診療があり、内科、歯科共に、必要時に受診している。かかりつけ医へ通院する入居者も居り、その際は、家族が付き添っている。家族の同行が困難な際には、職員が対応している。非常勤職員に看護師、また、管理者が准看護師であるため、日常的な健康管理や対応が行っている。24時間、管理者、代表者は連絡対応が可能な体制である。	
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	入居者に変化があればスタッフが看護師又は管理者に随時報告している。その情報を家族に報告し、必要であれば受診している。		
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。	入居者が入院した場合はその期間も定期的に病院へ訪問、あるいは連絡し状況把握に努めている。		
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	契約時に重度化の指針は説明しているが、入居者の変化に合わせてその都度、相談(カンファレンス)を行うようにしている。	入居時に、看取りや重度化した際の説明、対応方法等を話し、意思確認を行っている。状態に変化があった際には再度、話し合っている。看取りは希望があれば行う方針ではあるが、24時間対応が可能な提携医が現状では確保出来ていないため、対応が、環境や条件により変動することを説明している。今後、医療連携や体制整備の充実が図れるよう検討している。	
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	高齢者で起こりうるケースに対応できるようマニュアルを作成しているが、定期的に訓練を行うには至っていない。		
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	訓練は可能であれば消防隊、地区代表の方に参加していただいているが、訓練の回数は少ない。(法令の年2回の訓練はおこなっている)	併設の小規模多機能サービスと合同で年に2回、夜間想定避難訓練を行っている。運営推進会議時に実施し、会議参加者に、意見を聞いている。また、マニュアルや避難経路図を確認しながら、反省点を話し合っている。非常災害時に、居室に在室か不在かが一目で確認出来る仕組みの提案があったため、プレートを設置した。AEDを設置しており、職員は使用方法及び心肺蘇生法の研修を受けている。	非常時用の飲料水は確保されているが、非常食や防災用品が現在準備中であるため、備蓄品が取り揃うよう取り組まれることを期待する。

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	言葉掛けについては、研修やその都度スタッフに伝えている。	マニュアルを整備し掲示している。また、生活の場での、不適切な声かけを行わないように、事例を出し合い、書きとめて事務所内に掲示している。現場の状況に合わせて、各職員の自覚が促されるよう研修を開催している。職員間の会話にも注意している。新入職者へは、コンプライアンスルールを配布し、現場での業務の中で事例に応じて指導している。	
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	入居者に選択肢がある質問が出来るよう努めている。		
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	食事や入浴時間についてはある程度決まってしまうため、今後の課題である。		
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	可能な入居者は自分で衣類を選んでいる。 困難な入居者には可能な範囲で支援している。		
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	食事内容については食事担当が入居者の状態に合わせてメニュー・食事形態を考えている。準備、片付けについては限られているが入居者も行っている。	「食事担当」「入居者担当」「暮らしを豊かにする担当」の協働により、ひとりひとりの嗜好と状態に合わせた食材や献立で提供している。ムース食の提供も実施している。行事食やバイキング形式、屋外での食事会等、普段とは違う特別な食事を定期的に楽しんでもらっている。安全に配慮した食材でもちつき大会を開催したり、小規模多機能サービスと合同で手作りおやつを作っている。個別で外食にも出かけている。	
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	各入居者の身体状況にあわせ水分摂取管理や、栄養補助剤なども併用しながら支援している。		
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	月に1回訪問歯科があり、指導をいただいている。各入居者の状況に応じ、歯ブラシ以外に、専用のブラシも使用している。		

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	可能な限りトイレでの排泄支援している。紙オムツが必要な場合は費用、使用方法を相談している。	トイレでの排泄習慣を出来る限り取り戻したい、と、排泄支援に力を入れている。「暮らしを豊かにする担当」が中心となり、個々にアセスメントしたり家族へ相談する等から本人の状態を把握して、支援方法を考えている。必要であれば二人介助にて行っている。その人のリズムに合わせたトイレ案内が行えるよう、定時誘導から記録、観察を繰り返し、タイミングを掴み支援している。	
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	排便状況を記録に記入し、便秘傾向にある入居者にたいして乳製品の摂取や、医師に相談し、下剤等で排便のコントロールをしている。		
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	浴室が他事業所(小規模多機能)と共用であり、ある程度予定が組まれている状態であるが、本人の希望する時間帯に入浴できるよう予定を立てている。	小規模多機能サービスと共用しており、その日の入浴者の予定を立てているが、希望の入浴が叶うよう、午前と午後ともに準備をしている。入居者ごとに、本人の希望する1週間の入浴回数を把握して提供している。入浴を拒む傾向の人へは、入浴体制を毎日整えて何時でも入れるよう配慮している。設備は、リフト浴と一般個浴の2タイプがある。	
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	生活リズムが整っている入居者には本人の希望する時間に居室へ戻り、休んでいただいている。意思表示が困難場合はスタッフが体調等観察し居室へ誘導し休んでいただいている。		
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	薬についての変更があった場合はその都度報告し各入居者の処方箋を閲覧できるようにしている。		
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	入居者9名が同じ時間帯に個別の支援はできていないが、各入居者が好きなことや、得意なことをレクリエーションに取り入れるようにしている。		
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	個別での外出は一部の入居者にとどまっているが、グループに分かれ外出している。	ホームの周囲を、日常的に散歩している。個々の介護計画の目標から外出計画(半年ごとの)を立てて実施している。車で花見へ出かけたり、公園散策や喫茶店や外食を希望者に応じて出かけている。皆で、いちご狩りや足湯等へも出ており、外気浴も含めて、一人につき1カ月に1度は外出できるよう支援している。	

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	本人・家族の希望があれば対応している。		
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	本人・家族の希望があれば対応している。 過去には入居者居室に電話を設置したこともある。		
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	空間の明るさなどについては入居者や、家族(面会時など)に意見をいただき参考にしている。季節感については、その時期に合わせた貼り絵などを入居者と作成し掲示している。	ホーム内の玄関や廊下は、日中薄暗いが、一般家庭の居宅も同様の環境であることを勘案して再現している。トイレには「トイレ」の標識がある。少し離れた場所からもトイレが認識しやすいよう掲示方法に工夫がある。また「空」「使用中」のプレートが入口に掛けられている。玄関には、新聞ポストが置かれ、毎朝新聞を取りに行く入居者の日課を支えている。食堂兼居間は、陽光の入る、明るさのある空間である。	
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	独りになりたい時の空間としては現在のところ各居室になってしまっている。		
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	入居時に本人・家族と相談し家具などの設置をしている。	ベッド、エアコン、4段式の衣装ケース、照明、カーテンが備え付けられている。照明は、引き紐がついており、ベッドから照明の入切を行えるよう、自宅さながらに紐を延長させて使用している入居者もいた。窓には、下部に目隠しテープを貼って、プライバシー保護に配慮している居室もある。希望すれば、全室、電話を引くことが可能である。布団を1週間に1度は干すか乾燥機をかけるか行い、快適な就寝環境に配慮している。	
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	トイレ・各居室には分かりやすい目印や表札を設置している。廊下などに手すりを設置し安全に歩行移動できるよう心がけている。		

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	35	災害時における非常食や防災用品の備蓄が不十分である。	災害時、施設での対応が出来るよう非常食や防災用品を備蓄する。	防災担当者を中心に災害時、入居者、スタッフにとって必要なものをあげ、購入、備蓄をする。また、防災用品を取り扱う業者にも相談する。	6ヶ月
2	33	協力医療機関は確保しているが、看取りに向け、24時間対応が可能な提携医が確保できていない。	24時間対応が可能な提携医を確保し、看取りの対応が行える体制を整える。	現在、豊田地域医療センターへ協力医療機関の契約を依頼しており協議中である。その後、総合診療医師、地域連携職員よりグループホームにおける看取り時の支援内容の説明を受ける予定。	3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、行を挿入して下さい。