

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	2375601016		
法人名	社会福祉法人 嘉祥福祉会		
事業所名	グループホームあま恵寿荘		
所在地	愛知県あま市二ツ寺西高須賀2番地		
自己評価作成日	平成24年 9月18日	評価結果市町村受理日	平成24年10月24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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action_kouhvu_detail_2012_022_kani=true&JiyosyoCd=2375601016-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成24年 10月 3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)】

日常生活の中で利用者が常に主体となり、「その人らしさ」を大切にしながら自発的に動け、思いの伝えられやすい環境づくりや声掛け・援助を行っている。また職員は「介助」ではなくあくまでも利用者の出来ない部分をフォローするという「補助」の役割と考えて、職員主導とならないよう心がけている。家族と利用者との関係も途切れないうちに、家族が参加しやすい行事を考えたりし、今年もひな祭り行事の際には家族の方も参加され、着物を着る際の着付けを手伝っていただいたり、写真を撮ってその写真をDVDにシホームへ寄付して下さるなど家族との交流もできている。また、複合施設である特性を生かし、利用者の状態に合わせて他部署の特殊浴の使用を行ったり、絵手紙教室に参加させてもらったり、また外出行事や施設行事を一緒に行ったりなど他部署との協力により普段と違ったメンバーと交流も楽しめる。

【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)】

法人全体で取り組む行事をさらに充実させるため、各部署の職員が集まり知恵を出し合い行事を工夫して取り組んでいる。職員間が交流したこともあり、他部署の機械浴を利用したり、ホームに他の利用者が来訪する事例も増えている。
 家族の協力も増えつつある。行事の際には、家族がカメラマンとなりホームの思い出を撮り溜めて、DVDの寄付があった。「外出する時には付き添いボランティアできます」との声も寄せられている。家族の協力を受けつつ、ホームが活性化する取り組みを応援したい。
 地域との交流は少ないものの、法人内での交流や助け合いがあり、一つの街のようである。ホームの取り組みが地域に浸透する日も近いように感じた。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	「その人らしさ」を大切にすることを常に忘れず、また地域の中での普通の生活を送ってもらえるよう地域との関わりが増えるよう実践に繋げている。	法人理念からホーム目標を設定して、毎月実現に向けて取り組んでいる。職員ヒアリングからは、目標達成に対しての意欲的な感想があり、ホームに対する愛情の深さが感じられる。	
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	地域行事である敬老会や福祉まつりに参加したりと地域の方との交流の機会が増える様に努めているが、なかなか日常的にはいっていない。	ホーム隣の公園を利用する団体や個人が、自動販売機やトイレを利用できるように総合玄関を開放している。これにより、訪問者数が増えつつある。	来訪者のニーズに合わせた情報を目に付く場所に掲載するなど、さらなる工夫を期待したい。
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	運営推進会議の中で、ボランティア等地域の方に参加してもらうことで認知症の人の理解や接し方、また制度等についてしてもらう機会にもしている。		
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	福祉祭りへの作品出品の話が社協との間でなかなかうまくいかなかった為、福祉課の役所の方が仲立ちとなり、今年実現できるようになった。	運営推進会議の場を活用して、福祉祭りへの作品出品について相談している。市町村の協力もあり、福祉祭りへの参加が可能となった。	福祉祭りへホームが協力するなど、祭りを通じて福祉事業所としての役割を担っていく(社会資源として認知される)取り組みも期待できる。
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取り組んでいる	日頃から何かあれば連絡を取り、その都度担当者へ相談し協力関係を築けている。また運営推進会議への参加もしてもらい、その中で福祉祭りへの作品出品の話を進めてもらったり、防災についての情報交換をしたりと取り組んでいる。	運営推進会議で市町村と情報交換をして、ホームの運営に活かしている。ホームから市町村へ提案して、有効な取り組みにつながる事例が増えつつある。	
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	門扉についての施錠は防犯のこともあり表門扉は行っているが、居室窓等の施錠は本人に任せている。また、禁止用語を使わないよう気をつけている。	居室の扉は開放して、利用者が孤立しないよう支援している。また、職員は利用者の気持ちに寄り添った介護を心がけており、利用者はゆったりとした時間の中で生活している。	
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	施設全体で内部研修を行ったり、実際に行われた事例等の提示をし、職員間で虐待について考える機会を設けている。また日頃からお互いに言葉口調、態度等から苛立ちが見受けられたら早めにフォローするようにしている。		

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
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	内部研修等で理解を深めるようにしているが、まだまだすべての職員に理解ができていないように思える。		
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	利用契約時には書面と口頭の両方で家族への説明を行い、各項目について、その都度確認をとりながら不安な点や疑問な点を聞き説明を行っている。		
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	運営推進会議の中で、家族や役所の方等に意見や要望を聞き、現場の職員へ持ち帰り話し合いの上、運営に反映している。	運営推進会議や全体家族会の際には、家族から積極的に意見が上がっており、法人全体で検討している。家族からは、「外出する際にはお手伝いしますので誘って欲しい」とのうれしい声が寄せられている。	
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	全体会議や主任会議、日々のミーティング等で意見や提案を聞く機会は頻繁に設けている。また管理者は現場に入り、直接職員と日頃から相談や要望を聞くようにしている。	委員会や行事グループでは、職員が協力し合って行事を企画している。その結果、職員間の交流が増えて、事業所間の活性化につながっている。	
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	管理者はその都度、職員の思いを聞き、できる限りそれぞれの特性を活かした仕事ができるよう努めている。また、人事考査を今度行い、より適切な給与水準を目指せるよう取り組んでいる。		
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	毎月全体会議で内部研修の機会を設けて、外部より講師を呼び、研修を行うこともし、研修を受ける機会の確保に努めている。外部研修も機会は多くはないが参加できるよう努めている。		
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	外部研修等の参加にて同業者との交流を図って意見交換はしているが頻繁ではない。同法人内での勉強会は年1回行い事業者間の意見交換も行っている。		

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
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	独りになり不安な気持ちにならず、他利用者とスムーズに関係が築けるよう声掛けの仲立ちをしたりしている。また、1日の生活ペースを早く把握できるようケース記録とは別紙に本人の思いや体調を記録しケアに反映している。		
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	面会時には必ず各職員は声を掛けて、利用者の状態について報告をする。特に入所したばかりのときは生活状況や、体調について、本人の役割等を細かく説明し、信頼関係が築けるように努めている。		
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	どのような支援が本人にとって必要なのか、以前の生活状況についてやその他の要望を聞き、本人や家族が何を求めているのかを見極めて、他部署の職員とも連携を図りながら対応するよう努めている。		
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	生活の主体はあくまでも利用者であることを常に念頭に置きながら、それぞれ生活の中で役割を何か一つでも持ってもらえるよう援助し、利用者それぞれが助け合って生活がしていけるような支援を心掛けている。		
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	月1回の通信の中で面会が遠のいている家族への面会のお願いをしたり、また行事への参加をお願いし、一緒に行事を楽しんでもらえるよう工夫している。		
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	地域での敬老会や福祉祭りへの行事参加や、以前からの付き合いの床屋さんに施設へ来訪してもらい理美容を行ってもらったりしている。また以前にいた併設施設での絵手紙教室への参加なども行っている。	昔馴染みの方が理美容にホームを来訪しており、交友関係を断ち切らない支援をしている。併設のデイやケアハウスを利用していた利用者が多く、馴染みの関係を構築してから利用する事例が多い。	
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	利用者同士の関係については過剰に職員が介入しないようにしているが、トラブルや、孤立しているようなことがあれば、席の位置を変えたり職員が間に入り悪化しなよう気をつけている。		

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	退所後も必要に応じて本人、家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。また併設施設へ移った利用者の方には行事の際、本人や家族に声を掛け必要に応じて相談にのっている。		
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	本人や家族より以前の生活状況を聞いたり、日々の会話の中から情報を得て本人がどんな思いや暮らし方を望んでいるのかくみ取れるよう努めている。また何気ない一言や表情についても記録に書き留め把握に努めている。	日々の生活から本人の意向や思いを聞き取っている。しかしながら記録している事例が乏しく、職員個々で把握しているにとどまっている。	職員の「本人の思いを掴み取る技術」は秀逸である。その思いを職員の記憶や煩雑な記録の中に埋没させることなく、介護計画につなげるルール作りが期待される。
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	入所の際には家族やケアマネ等にこれまでの生活環境、生活リズムを聞き、併設施設サービスを利用していた場合利用経過を聞き、把握に努めている。		
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	毎日時間ごとのケース記録へ利用者の心身の状態や思いを記録し、一日に生活の流れの把握に努めている。また、ケース記録の中に今現在の状態や特に必要なケアを載せ、情報共有できるようにしている。		
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	面会時には必ず各職員は声を掛けて、利用者の状態について報告をする。特に入所したばかりのときは生活状況や、体調について、本人の役割等を細かく説明し、信頼関係が築けるように努めている。	担当職員が中心となってモニタリング・計画立案を行い、ホーム会議において検討している。記録を細かに残しているもの、記録書式を十分に活用できていない。	日々の記録の目標に関する記載を定着すれば、「なぜ実施できなかったのか？」などの疑問点が浮かび上がり、モニタリングに活かせるであろう。
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	各利用者ごとに、毎日時間ごとに気付いたことや職員間で共有したほうがよいことをケース記録に記入している。またその情報をもとに見直し、アセスメントし、再度介護計画を作成している。		
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	複合施設であることを活かし、併設施設の特殊浴の使用を行ったり、併設施設での絵手紙教室へ参加したり、利用者の状態に応じて柔軟な対応をしている。		

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	施設行事の中で地域のボランティアの方を慰問に呼んだり、また夏祭り際にはボランティアや実習生に利用者の付き添いを協力してもらったりしている。		
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、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	かかりつけ医については入所時に希望を聞き対応しているが、現在は協力機関の主治医を選ばれている方ばかりである。月2回の往診があるが状態変化があればその都度連絡し受診がスムーズにできるよう支援している。	ホーム提携医の定期的な往診があり、歯科受診も可能なために家族からの信頼も厚い。また、毎月の便りに受診内容を付け加えて報告している。	
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	日頃から何かあればその都度併設施設Nsへの連絡をし、相談にのってもらい急変時にスムーズに対応、協力してもらえるよう関係を築いている。		
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。	入退院の際には家族とともに立ち会い、病院側との情報共有に努めている。また、入院中に病院のケースワーカーと連絡を取り合い、利用者の状態把握に努め、病院側には施設での生活状況や介護の状況を情報提供し、早期の退院が出来る様配慮している。		
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	入所の契約時に終末期や重度化した時の今現在の意向を聞いている。また、その事について今後の方向性を家族間でしっかり話し合っただけけるようお願いしている。また、状態が変わるごとにその都度家族へ報告し、Dr・家族と方向性を決められるよう配慮している。	契約の段階でホームの方針を伝えて、綿密に家族と話し合っている。また、重度化した際には、同法人内老人ホームを紹介するなど、家族が安心できる方法を提案している。	
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	内部研修にて急変時の対応や応急手当についての勉強会は行っており、防災訓練も兼ねて消防署立ち会いのもとAEDの研修も行っている。		
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	施設全体で日中・夜間とそれぞれを想定した避難訓練を行い、その訓練を行った後気付いた点や疑問点を出し合い、振り返りも行っている。また運営推進会議の中では役所の職員の意見も参考にしている。	消防署の協力を得て、大規模な避難訓練を実施している。運営推進会議の際にはハザードマップを用いて、ホームの防災対策について話し合っている。	緊急時の家族連絡網を再確認して、もしもの場合に備える取り組みも必要であろう。

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	施設全体の1年の目標として「人を敬う心を育てる」と掲げ、GH内でもそれに沿って、1か月ごとに言葉遣いや挨拶などの目標を掲げて日々の声掛けや対応を気をつけている。	職員ヒアリングから「あいさつが全員にできるようになって嬉しい」との声があった。法人全体で、介護の基礎でもある「思いやり」の心を育てている。	
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	何か行う際には職員主導で声掛けを行うのではなく、できる限り本人にの思いや希望が表わせるような声掛けや介助に心がけて威圧的な態度とならないようにしている。		
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	利用者に対しての声掛けは「～しましょう」などこちらのペースになるような声掛けはしないようにし、できる限り本人の希望については添えるように心がけている。また、急かすことのないようにも注意している。		
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	買物の際に本人に選んでもらいながら衣類を購入したり、着替えの際には本人に選んでもらうなどしている。また、夏祭りやひな祭り際には浴衣等を着てもらいおしゃれを楽しんでもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の料理についてはなかなか一緒にできていない状況だが、それぞれのやれる範囲で野菜の皮むきや付け分け、お茶の準備など行ってもっている。また誕生日や行事の際には利用者のリクエストの物を作ったりしている。	「おかずにポン酢をかけたい」との希望があり、対応している。沢山かけすぎてしまうために、容器を調節して適量かかるように工夫している。	
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	食事摂取量は毎日各利用者ごとにチェックし、水分摂取量についても必要のある利用者はチェックして把握できるよう努めている。また、おかずがなかなか食べられない人には調理方法を変えたりし対応している。		
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	朝、夕については利用者それぞれの状態に合わせて声掛け・見守り・介助を行って、また特に介助の必要な方には毎食後の口腔ケア・義歯洗浄を行っている。		

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
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	リハパンやパッドの使用を減らすようトイレの声掛けの回数を増やし、パッドを小さいものに変えたりリハパンを日中はパンツに変えるなど支援している。	尿取りパッドを自分で管理しやすいように、居室に物品をそろえて自立している事例がある。また、主食を七分づきにして、食事提供の面からも便秘予防に取り組んでいる。	
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	冷水を飲んでもらったりできる限り水分をたくさん摂ってもらうよう促したり、日中散歩をしたりお腹のマッサージをしたり自然な排便ができるよう取り組んでいる。		
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	夕方から夜にかけては勤務体制上で難しいが日中は基本的にはいつでも入浴できるよう対応している。入浴拒否される方にも無理強いをすることなく本人が決めた曜日に入ってもらったり、シャワー浴だけにしたりと工夫している。	利用者の習慣として、毎日の入浴を希望されれば、希望通りに提供している。また、普通浴槽で困難な場合には、特別浴槽での入浴を支援している。	
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	就寝時間は特に決まっておらず、本人の生活パターンに合わせて毎日寝る時間もそれぞれ違っている。以前の習慣である布団で寝ている方もおり、本人持ちの布団で寝てもらっている。		
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	薬の変更のあるたびにDrに作用について確認し、薬の本でも調べ副作用について注意している。服薬管理は各利用者ごとの状態に合わせて渡し方を変えている。		
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	以前からの習慣としていた百マス計算を行ったり、家庭菜園や居室での花の世話をしたり、それぞれの生活歴に沿った楽しみごとを行ってもらっている。また、好みのカップラーメンを食べてもらうなども行っている。		
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	なかなか日常的に外への散歩等には行けてないが、気候の良い時期には花見や藤見学、また地域の行事(敬老会・福祉祭り等)、近所の喫茶店や買い物に出かけるなど外出を行っている。	気軽に出かける機会は減っているものの、ホームの庭にある菜園に出たり、日光浴をして楽しんでいる。複合施設であるため、共有スペースが多い。喫茶や売店があり、施設内が小さな町の役目も果たしている。	

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	お小遣い程度のお金を本人所持している人は数人おり、売店のお菓子や自販機でジュースを買ったり、公衆電話をかけたしたり、それぞれに応じて支援している。		
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	本人から訴えがあれば2Fの公衆電話にて家族へ電話をしてもらったり、知人との手紙のやり取りを行っている方もいる。		
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	四季が感じられるようなおひなさまや、七夕、クリスマスツリーや鏡餅を飾るなどしている。また食事や廊下に行事の写真を掲示し、中庭や外庭には季節の野菜を育てたりすることで季節を感じられるようにしている。	ホームには沢山の写真が飾られている。利用者家族が、カメラマンとなって協力している。また、ホワイトボードには、今日の予定や献立の他に、職員からの温かいメッセージを加えている。	
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	食事のテーブル以外にはソファを設けて、仲の良い利用者同士話したり、新聞や雑誌を読むことができるよう配慮している。また廊下に椅子を置き、休憩できるような工夫をしている。		
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	それぞれ希望の家具の持ち込みをしてももらったり、ベッドに慣れていない利用者には本人が使っていた布団を家族に持ってきてもらい、布団を床に引き寝てもらっているなど工夫している。	これまでの生活スタイルを継続できるように、布団や居室のレイアウトを工夫している。また、居室の暖簾は職員と手作りしており、定期的に作り変えている。	
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	共同トイレに張り紙をしたり、居室にはそれぞれが作ったのれんを飾ったりし、目印をつけている。また居室内もできるだけ本人が動きやすい物の配置にす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	26	介護計画に具体性が無く、また日々の記録の中に介護計画への記述が抜けていることがある。	ケース記録の書式を十分に活用する。介護計画のニーズについてももう少し具体性のあるものにする。	ケース記録の書式を十分活用し、介護計画とケース記録にずれが生じないようにする。また、その日々のケース記録の中から本人が本当は何を求めているのか、ニーズを拾い出し具体的な介護計画となるようにする。	6ヶ月
2	23	今現在の利用者の生活把握についての取り組みはなされているが、ホームで暮らす以前の生活についての把握がなかなかできていない現状。	食事をきっかけにそれぞれの以前の地域の中での暮らしの把握ができる。	それぞれの利用者の地域の食材を使って郷土料理を提供することで以前の利用者の地域の中で暮らしなどを聞いたりし、過去の暮らしの把握ができるようにする。グループホーム菜園で地元の野菜をつくる。	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。