

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	2392500332		
法人名	社会福祉法人 陽和福祉会		
事業所名	認知症高齢者グループホームどんぐりの森		
所在地	愛知県春日井市高森台5丁目6番地1		
自己評価作成日	平成27年8月3日	評価結果市町村受理日	平成27年12月21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	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成27年10月14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)】

家庭的な環境の下、職員と一緒に買い物や調理、掃除や洗濯などを行い、楽しみながら役割を持ち、出来る限り自立した生活を継続できるような支援を心がけています。また、近隣の植物園や資料館、紅葉狩り、神社仏閣などへの外出を随時行っています。将棋や裁縫、貼り絵といった趣味活動においては、ユニット間交流も促し、楽しんでいただけるよう支援しています。健康管理においては、看護職員をほぼ毎日配置し、糖尿病などの疾患がある方も受入れも可能です。定期的な往診以外にも日々協力医療機関と連携を取り、異常の早期発見、対応に努めています。ユニット内は入居者と一緒に手作りした家具も沢山あり、居心地良い空間づくりに努めています。

【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)】

個々の生活歴を大切に、自宅で暮らしている時とおなじような生活を継続できるよう、趣味、得意な事を細かくアセスメントし、24時間シートを活用しながら入居者のニーズを見逃さない様な支援を行っている事業所である。接遇の研修を行い、人生の先輩であるということを念頭に置き、言葉づかい、動作前の声掛け、同じ視線で会話、尊敬を大切にすることを職員間で徹底している。「決め事は必要であるが、その時の状態に臨機応変に対応している」という管理者の方針を職員間で共有し、入居者のその日、その時の思いに寄り添うよう柔軟に対応している。母体が病院である為医療との連携、入居者の状態に合った併設の施設の移動等多様な福祉サービスを提供している。家族と入居者の意向にズレがある場合、ミーティングを行い入居者の代弁者となり家族に入居者の思いを伝え、又、家族の不安を取り除くように提案しサポートもしている。家族アンケートでも職員間の連携の良さや緊急時において、状況説明が明確だとの意見等、多くの優れている点の意見が上がっている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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	事業所理念は新規入職時に管理者がオリエンテーションを行い伝え、事務所内に掲示。	職員には理念の意識付けを図る為に事務所内、廊下等に掲示をしている。医療依存度が高かった要介護5の入居者の状態の経過が良好なため、入居者・家族の希望で在宅復帰をし、併設の小規模多機能施設を利用するようになった。この事例のように医療と介護の連携により入居者の状態に合った多様な福祉サービスの提供を行っている。	
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	3/週程度、地域のお店に入居者とともに買い物に出かけている。	自治会に「どんぐり広場」を配布し、どんぐり喫茶の利用、多目的ホールの開放のお知らせを行っている。ボランティアの受け入れを行い、地域の祭りの参加や社協の協力のもと餅つき大会を開催している。施設合同の夏祭りは自治会に声掛けをし地域住民の参加があった。職員の繋がりや園児の演奏会の練習に多目的ホールを開放し、交流をもつ機会を設けている。	
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	まだ実践できていない。		
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	運営推進会議にて、事業所の取り組みや困難事例等の報告を行い、どういった関わりが入居者に必要なのか等を発信し、意見を聞いている。	会議は年6回奇数月に開催し参加メンバーは、市職員・包括・老人クラブ・地域連絡会・入居者家族・同法人病院のケースワーカー等で構成されており、施設合同で開催するため、各施設の現状や利用者の状況を全体で共有できている。民生委員からは夏祭り開催の促し、ボランティアの紹介等の情報提供がある。夏祭りは開催し実践に繋げている。	
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取り組んでいる	困難事例や事故報告の報連相は随時行っている。	市の高齢福祉課には、困難事例の相談や施設の現状の報告等を行っている。また、市のOB職員にも気軽に電話にて相談や助言をもらえる関係が作りが構築されている。ケアマネジャーの研修等、社協主催の研修会への参加がある。	
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	入口の施錠は行っていない。その他、身体拘束にあたる行為は行っていない。	入社時のオリエンテーションで拘束についての研修を行い、現場ではリーダーが新人の指導を行っている。スピーチロックを含め不適切な対応見かけたらその都度注意をしている。玄関施錠は行っていない。人の出入りが確認できる場所に受付があるため、職員は入居者が施設外に出掛けた場合は、危険回避のため一緒に同行するよう対応している。病気により医師より外出を控えるよう指示があった入居者には家族と話し合い、体力消耗を避けるため、外出した際は施設内への誘導を行った。	年間研修計画に身体拘束について、マニュアルを基に学ぶ機会を設け、身体拘束をしない為のケアの周知を図り、日常のケアの振り返りが出来る機会作りを期待したい。
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	特に研修には行っていないが、スピーチロックを含め注意して指導し、虐待防止に努めている。		

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	後見制度等を利用する入居者がいないことも あり、個々の職員にまでは制度の理解活用は 進んでいない。		
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	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	家族会を持ちたいと考えているが、まだ開催で きていない。	意見箱の設置がある。入居の際に家族への説明で、なかなか来 訪できない時は電話をかけてもらうよう依頼している。また、入居 者の思いと家族の要望の食い違いがあれば、何度も職員間で ミーティングを行い入居者の思いを家族へ代弁し家族の協力が 得られるよう支援している。	ホームのおたより「どんぐり広場」の定 期的発刊があるので家族へも郵送し、 ホームの様子を伝える機会を増やす事 など工夫が望まれる。
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	週に1回の運営会議、月に2回のユニットリー ダー会議、月に1回のユニット会議で吸い上げ ている。	日常的には業務日報で職員で職員間の情報共有や意見提案を 行っている。その他、月2回のユニットリーダー会議に月1回のユ ニットごとの会議にて職員意見を聴取している。時間がある時 に、管理者が職員の個別の聞き取りを行っている。	定期的な個人面談の開催や意見提案 書等の作成により職員が自由に意見提 案できる機会を増やし、運営に反映して いくよう期待したい。
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	勤怠管理ソフトを活用し労働時間の把握に努 め時間外労働が極力発生しない様心掛けて 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	新入職員や経験の浅い職員には、特に注意し て内外の研修を進めている。中核になっていく 職員には認知症介護実践者研修を順次進め ている。OJTとともにユニット会議を重視し、随 時指導を行っている。		
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	県内のユニットケア勉強会への参加をすすめ ている。相互訪問についてはまだ実践できて いない。		

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	計画書作成前に必ず面談を行い、アセスメントシートにより希望やニーズを聴取している。	
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	同上	
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	当グループホームの方針、環境、入居ニーズの優先度や適性を説明し、状況に応じ併設の小規模多機能や特養及び他の事業所やサービスの紹介も行っている。	
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	自立支援を心掛け、できることは行っていただくよう促している。言葉遣いも、例えば「薬を飲ませる」ではなく「薬を飲んでいただく」とするよう指導。家事全般、役割をもっていきいきと行えるよう促している。	
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	入居した後も、ご自身が大切にしてきた家族関係や家とのつながりが続いていることを実感できなければ、安心して暮らせないことを説明し協力を依頼している。	
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	ご家族のみならず、知人が訪ねてきやすいよう開かれた事業所であることを随時周知している。また、神社仏閣やなじみの店など、可能ときは希望に応じて訪れている。	神社やお寺へ参拝する習慣があった入居者に職員同行のもとお寺へ出かけている。又、入居者の家族(配偶者)が併設の施設を利用する際に面会できるよう支援している。入居前に飼っていた犬に会いたいという思いを家族に伝え、犬を連れて面会に来てもらう等入居者一人ひとりの馴染みと場所を把握し、関係が継続できるよう支援している。
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	日々努めている。しかしながら、閉じこもり、孤立してしまう入居者、トラブルで仲たがいでしまう利用者、異性間で仲が良すぎて、周囲からけむたがれるなど、悩は尽きない。	

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	入院退居となった後もご家族の相談に乗ったり、在宅へ復帰された方が気楽に遊びに来られるなどしている。		
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	担当制を取り、担当者に積極的に聴取するよう指導している。本人の希望と身体的・社会的なニーズが相反するような難しいケースでは、責任者が対応している。	入居の際のアセスメントで家族・本人の思いや暮らし方の意向の聞き取りを行っている。また、入居者のこれまでの生活歴や習慣を大切に、職員は入居者との会話の中に意識的に関連した話題を取り入れ、思いや意向を探るように努めている。	
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	入居時にはアセスメントシートにより実施している。入居後に知り得た情報については、介護記録や業務日誌などを利用し周知している。		
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	24hシートタイプの介護記録により把握に努めている。		
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	担当ケアワーカーと計画作成者のカンファ、ユニット会議での検討、ご本人・家族への聴き取りの下、モニタリングを行い、計画作成している。	6ヶ月に1回モニタリングを行い、計画の見直しを行っている。24時間シートを活用した個別ケアに重点を置き、入居者のニーズに合った目標設定になるよう努めている。主治医・看護師・入居者担当職員の意見を計画作成者がとりまとめた原案を家族に説明し意見を聴取するようにしている。介護計画の変更時は業務日誌に特記され、全職員が介護計画の共有ができるよう努めている。	
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	業務日誌のフリースペース及び介護記録への記入と閲覧により、情報の共有やケアの改善につなげている。		
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	外出や買い物希望など、出来る限り希望に応じた対応をとっている。また、その人にとっての存在価値を自覚できる過ごし方とは何かを考え、役割やレクリエーションを提供していけるよう努めている。		

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	近隣の植物園などイベントやお店の状況などを把握し、外出を楽しめるよう支援している。		
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、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	出来ている。	毎週協力医の往診があり、状態の変化で受診で対応している。母体の病院以外の受診、専門医の継続受診は家族対応で行っている。家族対応が困難な場合は、看護師が同行支援を行っている。又、家族対応の受診の場合は看護師が服薬の内容を確認し管理している。緊急時には看護師と24時間連絡が可能な体制がある。	
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	ほぼ毎日看護職員を配置し、報連相につとめている。また24時間待機態勢で相談できる。		
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。	病院の主治医やケースワーカー、医事課と密に連絡を取っている。		
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、文書を用い重度化対応指針の説明、同意を得ている。	重度化した場合、母体が病院である為、医療面での連携やサポートは充分行える環境であるが、歩行困難の状態になった場合は出来るだけ環境が変わらず、入居者の状態に合わせた環境へ移る事を説明し併設の特養への入所支援も行っている。	
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	開所時に全職員対象でシュミレーション行ったが、その後は消防署による救急救命研修にとどまっている。入職時には緊急時対応のフローチャートを説明している。		
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	避難訓練を定期実施。地域との連携は今後の課題。	春と秋の年2回、施設合同で避難訓練を行っている。実際に駐車場までの入居者の避難を行った。春は消防署の立ち合いの基実施された。備蓄は職員・入居者合わせた人数の3日分の水、食料、毛布等がある。緊急時の対応方法及び連絡先は職員が分かるよう掲示をしている。	

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	18番と同様。また認知症対応マニュアルを全職員に配布し、声かけの大切さを伝えている。	開設時、入社時に接遇に関する研修を行っている。呼び名は名字に「さん」付けである。トイレ誘導は周りに配慮した声掛けをし、入浴は同性介助、ひとりずつ入れ替わりで入浴を行っている。居室の扉は常に閉めてあり、ノックをして入室している。入居者個人の伝達事項などはプライバシーに配慮し、必ず事務所内で行っている。	
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	要望に対し、例えそれが提供困難なことであっても傾聴し、その思いに添えるよう指導している。		
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	日々外出や買い物希望や、やりたいことの聴き取りを行い、可能な限り支援している。		
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	そのように支援している。、日中寝間着で過ごしたりしないよう、着替えを促している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	日々行っている。刻み希望の方にはご自身で切ってもらったりドレッシングの選択や個別の味付けの調整などもしてもらっている。		
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	摂食・摂水量を確実に記録し、必要な促しや援助を行っている。		
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に、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	ご自身で行われる方の実施状況の把握と記録、援助が必要な方への促し、介助を行っているが、毎食後とまではいかない。夜間には歯ブラシとコップの消毒、入歯の洗浄を実施。		

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	現在入居者全員がトイレにて排泄している。紙パンツをやめて布パンツに戻った方もいれば、適正なパッドの使用を促した人もいる。	介護記録に排泄のチェックを行い、排泄状況を把握し、個々の状態にあわせた支援を行っている。乾皮症の入居者は肌への刺激が少ない布パンツを使用し、体調によってはパットの使用で対応している。排便のチェックは口頭で確認をしている他、入居者自身が記入できる表がトイレに掲示してある。	
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	水分摂取量の把握と促しは確実に実行している。運動量については個人差があり、能動的に行えない方への促しは職員によって差が大きく、今後の課題の一つである。		
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	曜日やタイミングは固定せず、希望やニーズに応じて入浴。一日おきの人が多い。時間帯で利用者間でトラブルがあるので、当日の朝に話し合いを行っている。あまり入りたがらない方への促しが難しい。	入浴は毎日でも対応可能である。入居者は希望の時間帯を浴室の前のホワイトボードに記入し、他の人と希望時間が重なった場合は入居者間で話し合いが行えるよう職員が支援をしている。入浴日以外で冷感のある入居者には足浴の実施を行っている。感染予防のため足拭きマットは個々に取り換え、また、入浴剤、シャンプー等は好みの物を自由に使用できる。	
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	夜間の物音や照明などにも配慮している。ある頻尿で悩んでいる方は、ナイトパッドの導入により熟睡できるようになったと喜ばれた。昼間休息については、長くなりすぎて不活発にならないよう注意している。		
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	夜勤者が配薬セッティングをしており、薬の変更等については看護職員と都度申し送りを行っている。しかし、目的や副作用のしっかりした理解は、介護職員によって個人差が大きい。		
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	日々支援を行っており、ほとんどの方が楽しみや役割を持っているが、持っていない人はやはり帰宅願望があったり、不穏が強い。		
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るように支援している	行っている。日々の買物の他、施設周囲の散歩や近隣の植物園、歴史資料館、紅葉狩りなどの外出を行っている。	日常的な外出は買い物、市の催事、施設の外周の散歩する等、外気に触れる機会がある。入居者のその日の希望で神社、市民センター、植物園等の個別の外出支援も行っている。また、回想法の実践のため昭和博物館、昔の古民家を訪れたり、季節の花を楽しむための紅葉狩り、多治見市の永保寺、バラ園等の外出を行っている。	

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	2/3程度の入居者が自分で財布を持っている。預かっている人も、その内容を伝え、一緒に買い物に行き、希望の物を購入してもらっている。		
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	特に家族が遠方の場合に、依頼して手紙を書いてもらったり、定期的に電話をしてもらえよう依頼。しかし、帰宅願望の度に頻回に電話をしすぎてしまうと家族のストレスが大きいので、調節が難しい。		
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	配慮している。基節を感じられるような飾りも行っている。また、入居者と一緒に家具を作ったりしている。	共用空間の天井は吹き抜けで解放感があり、廊下には天窓があり明るく居心地の良い空間である。加湿器は壁に設置タイプなので、歩行時に踏く危険性がなく、室内は広々としている。入居者と共に作成した木製の家具、足置き、配役ボックス等が使用されている。入居者が自由に使用できるように、ほうき、モップの設置がある。壁には季節の飾り、貼り絵を掲示している。	
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	ユニット内の共用空間の中で独りになれるスペースは無い。テーブルとイスは多めに配置し、座る場所を選択できる自由な行動を制限しないよう、1F事務所の職員に見守りや傾聴を協力してもらっている。		
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	工夫している。希望に応じて、机と一緒に作ったり、木製のベッド柵を作ったり、足台を作ったり、色々と工夫している。	週1回、シーツ交換、寝具の乾燥を行い、清掃は職員と共に行っている。衣替え、寝具交換は家族対応である。冷蔵庫の持ち込みは可能である。庫内の食品管理は職員対応で支援している。又、居室内の飲食は可能であるが摂取量は職員の声掛けで調整をしている。居室の表札は入居者の手書きであるが、居室の認識が不安な入居者は自身の写真を扉に掲示をする工夫があり、扉には居室内の気配を感じられるよう一部分が磨りガラスになっている。	
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	バリアフリーで転倒リスクを回避。扉は全て引き戸で衝突防止。洗面台周りの物置、ソファにサイドテーブル、本棚、配膳台など、過ごしやすく使いやすいよう工夫している。		

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	2	利用者、家族等が意見や要望をオープンに表し、交流できる機会が持てていない。	家族会を定期的に持てる。	グループホーム単独で行うよりも、特養や小規模多機能と合同で、定期的に開催していけるよう企画していく。	12ヶ月
2	28	身体機能が低下し、思うように外出やユニット内での活動ができなくなってきた入居者に、必要な運動の機会の提供がなかなか出来ていない。職員の不足も要因の一つ。	運動機能が低下してきた入居者に、体操やストレッチなどの運動の機会を増やせる。	運動の方法を解りやすく図や写真なども用いて文書化し、上手に時間を見つけて難しくなく実施していく。	6ヶ月
3	26	介護計画書とモニタリング表について、内容は悪くないがリンク性において少しわかりにくいとの指摘が今回あった。	モニタリング表を改正し、わかりやすく見直しをし、新しい計画に反映しやすくできる。	モニタリング表の見直し、改正。	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、行を挿入して下さい。