

### 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	2590300097		
法人名	社会福祉法人 さざなみ会		
事業所名	グループホーム姉川の里		
所在地	滋賀県長浜市大井町973番地2		
自己評価作成日	平成30年 5月31日	評価結果市町村受理日	平成30年 7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	
----------	--

**【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2階		
訪問調査日	平成30年6月27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>認知症対応型共同生活介護事業所として、認知症ケアへの対応力や専門性の向上を図るため、認知症実践者研修を主とした外部研修への職員への積極的参加と、月1回の職員会議で研修内容伝達・認知症状への対応に関する勉強会の実施に取り組んでいる。また、入居前の初期対応では、事業所での生活に慣れてもらうため本人のペースに合わせた生活を支援し、家族との連携を密に行い、家族や地域等の在宅時からのつながりも継続していけるように大切にしている。将来的に、介護状態・認知症状が重度になった場合には、事業所で終末期を支えていける体制づくりに取り組んでいる。</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>おなじ敷地内にケアセンターと特別養護老人ホームを併設する事業所は開設8年を経て利用者の高齢化、介護の重度化に直面している。その中で家族、地域、医療との連携のもと終末期における事業所の対応を明確に示すことで本人や家族から安心と信頼が寄せられている。職員は専門的な研修を重ねその取り組みについて認識を深めると共に事業所としての一体感のもと、家族の期待に応えられるよう着取りに至るまで体制を整えることを目標として支援している。利用者は、職員の介助のもと出来ることを継続しながら、ゆったりと穏やかな生活を送っている。 防災面では、背後に流れる1級河川の増水による水害特定避難地域として危機感を募らせ、地域との連携を深め合同の防災訓練に積極的に取り組み、利用者の安全確保に努めている。</p>
--

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、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、その時々々の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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎朝、朝礼時に、職員全員で唱和している。また、利用者家族の方への理解や、職員の再確認のために、事務所やフロア等の目につく場所に理念や目標を掲示している。新人職員には、面談等を通し共有と実践につながるようわかりやすく指導している。	「人生の先輩として尊敬し、日々楽しみ・喜び・生きがいを持った生活が送れるようお手伝いし、家族の一員として共に過ごします」という事業所の理念を玄関に掲示し、毎日唱和し、ケアの礎として支援に活かしている。	
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	日常的という表現では具体的な事例を挙げにくいですが、毎年実施される地域の清掃活動に参加したり、交通安全運動を実施し、地域の一員として環境美化や安全整備に取り組んでいる。	自治会に加入し事業所発行の広報誌を配布し、地域の文化祭に作品を出品したり交流に努めている。事業所主催の夏祭りや秋祭りには多数の参加がある。手話サークルや介護カフェにスペースを地域にを開放している。	
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	地域の方・認知症に関する悩みを抱えている方には、介護支援専門員を中心に全部署で連携し、助言や適したサービス種類の案内を行い、理解が得られるように努めている。		
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	2ヶ月に1度の運営推進会議にて、事業所活動や利用状況の報告を行っている。また、より実際のサービス内容が伝わりやすいように、事業所の介護職員が毎回会議に参加し、状況報告や意見交換ができるように取り組んでいる。	協力医、地域包括、行政、自治会、家族、職員等で構成し併設の事業所と合同で開催している。報告、連絡に止まらず地域や家族の意見を聞く機会としても活用している。1回は悪天候により行政と協議の末中止している。	冬期の悪天候によりやむを得ず1回中止し、書面配布で済まされているが、何らかの工夫をし年6回開催されるよう期待する。
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	地域包括支援センターや他事業所より介護相談がある場合は、管理者・ケアマネージャーが主として対応し、また地域連携・現状把握のひとつとして、部会への参加を積極的に行っている。	行政からの入居の照会や情報の交換に応じ、事業所からは成年後見制度の相談状況報告等日頃から連絡を取り合い協力体制の構築に努めている。2か月に1度、市の介護相談員3名を受け入れ介護に活かしている。	
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	身体拘束委員会の設置や身体拘束に関する職員への研修を行っている。また、身体拘束ゼロ運動に取り組み、具体的な行為を学んだり、自己のケアを振り返り、拘束しないケアを行っている。	外部研修に参加し、事業所内の伝達研修により全員が身体拘束をしない取り組みを実践している。玄関にチャイムを設置して夜間以外は開錠している。帰宅願望からとみられる利用者の外出には職員が付添い見守り対応している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待を未然に防止することを目的に、どういったことが虐待につながるのか詳しく説明し、意識づけを行うため、高齢者虐待防止に関する研修を行うことに努めている。		

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
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	近年は、権利擁護・成年後見人が必要な利用者も増えているため、年1回以上は、管理者・ケアマネージャーが成年後見制度に関する研修へ参加し知識を身につけるとともに、地域ケア会議への参加や地域包括支援センターとの協力体制作りに努めている。		
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	利用者本人や家族の方への必要事項の説明を詳しく行い、十分に納得いただいた上で、了承の確認をとり契約を交わしている。		
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	運営推進会議のメンバーには、必ず利用者家族に入ってもらい、意見・要望を伝えられる機会を作っている。毎月行う職員会議にて、意見を反映できるようにしている。	面会時や運営推進会議などで意見や要望を聞く機会を設け運営に反映するようにしている。利用者の食事形態や就寝対応などについて話し合い、利用者により良いサービスが提供できるよう努めている。	
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	毎月主任会議にて各部署の主任・管理者等が集まり、職員の意見を聞く機会を設けている。また、職員希望時やそれ以外にも、定期的に個別の職員との面談を行い、意見や提案を聞く場を設けている。	毎月の職員会議と年2回の個人面談を行い代表や管理者は職員の意見を聞く機会を設けている。利用者のゆとりを持った食事時間の在り方などの意見を受け日々のサービスの向上に活かしている。	
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	管理者として、定期的な面談等も通して、職員個々の仕事における実績・勤務状況を把握し、やりがいにつながるよう職場環境改善の提案を、代表者に伝えている。産休後の職員にも配慮し、働きやすい職場を目指している。		
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	研修委員会を設置し、職員のスキルアップに力を入れ、今後の介護人材をの育成に法人全体として取り組んでいけるように計画している。また、職員自ら進んで研修を受けることができるように、研修案内の掲示・回覧等を常に行っている。		
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	地域のグループホーム部会において、ネットワークづくりのための職員の交流・合同研修等の活動を行っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用初期対応で一番重要な安心感と信頼関係づくりに力を入れ、本人のペースで生活に慣れてもらえるように家族と連携し、閉鎖的な空間にならないような支援を検討している。		
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	初期段階での、1か月、3ヶ月、6ヶ月目までは特に家族と密に連絡を取り合い、本人が不安や混乱がなく生活できることを第一に考え、一時帰宅も考慮し、柔軟に対応している。		
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	家族の困っていることや疲労感からくる混乱状態を軽減し、本人と家族の支援状態のバランスを考え、初期支援に必要なことをケアマネージャーと話し合い、介護職員へ伝え、柔軟な対応に変更している。		
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	本人の状況や心情を察し、「なぜ」「どうして」と考察しながら、生きがい・楽しみにつながるように、職員会議の中で、利用者一人一人に適した役割や関わり方について話し合っている。		
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	認知症への理解や対応方法について家族へわかりやすく伝え、本人が落ち着いて生活されている場合には、自宅で家族と過ごせるよう提案や家族との外出支援も行い、家族と協力し利用者と家族が過ごす時間を増やすように心がけている。		
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	今までの知人・友人・地域の方々との関係が続けられるように、来所しやすい開かれた事業所作りを目指し、来客と過ごせる地域交流スペースの解放や地域や家族からの介護に関する相談受付を実施している。	隣接の小規模多機能事業所利用者との交流や、家族の付き添いで馴染みの理髪店を利用し、関係が途切れない支援に努めている。利用者の日用品の品切れを家族に連絡することで面会の機会を増やす配慮もしている。	
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	自室にこもりきりにならないよう、日中活動の参加やリビングに集まる時間をつくり、職員が間に入りながらより良い人間関係を構築できるように共同生活の支援に努めている。		

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	契約終了後も、家族相談や本人の生活の場における情報提供、フォローを行い、よりよいサービスへつながるよう支援するため、ケアマネジャー間での連携づくりに力を入れている。状況に合わせて、病院や移動先の施設を訪問し、家族の相談を受けている。		
<b>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</b>					
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	カンファレンスや各担当者会議において、傾聴することを大切にし、本人や家族の思い・気持ちを聞けるように同席してもらうことを基本として、ケアプランやモニタリングの作成、介護サービスに役立てている。	フェースシートやアセスメントシートから本人や家族の意向の把握に努めている。担当職員と1対1の時や入浴時には本音を聞き取り、把握困難時は家族から聞き取り、それらの情報は全員が共有し支援に活かしている。	
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	入居までに十分に相談し合った上で、本人の今までの暮らしの生活歴や生活習慣を中心に、落ち着ける居室づくりや馴染みある生活必需品の中での暮らしの基本作りを心掛けている。		
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	1日の様子を介護記録に必ず記載し、その情報を元にカンファレンスを実施し、ケアプランに反映させている。今の生活への支援が本人に適しているのか確認し、必要な場合にはケアプランを変更している。		
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	利用者の各担当職員とのモニタリング、ケアマネジャーと合同のカンファレンス、本人と家族を含めた話し合いを行い、その結果のケアプランを職員会議で検討し、経過についての相談を行う場を設けている。	本人や家族の意向を反映し、医療関係者や担当職員と話し合いケアプランを検討し介護計画を作成している。モニタリングは随時行い介護計画はその都度家族の承認を得ているが見直し期間が3ヶ月を越える事例がある。	介護計画は、状態変化時はその都度、変化の無い時でも見直しは3ヶ月毎に行い、家族の承認を得られるよう期待する。
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	24時間を通して、利用者の言動や現状が伝わりやすくすることを心掛けた個別の記録をとることにより、気づきやケアプランの作成に活用し、職員会議のなかで記録方法等の見直しを検討し、よりよい形式になるように努めている。		
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	本人や家族の状況・環境により、今後の想定でできる変化や対応に関してより柔軟な支援を行うために、施設内部での職員会議だけでなく、運営推進会議等の外部の方々との話し合いも重要視し、それをもとに検討を行っている。		

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
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	地域の傾聴ボランティアの方々と定期的に話をしたり、地域の慣れ親しんだ行事への参加を企画したり、家族と連携して一人一人の活動できる機会を提案している。		
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	本人や家族が今までのかかりつけ医との関係を大切に、つながりを継続していけるように、医療面での連携の支援を行っている。かかりつけ医がいない場合や遠い場合には、本人に適切な医療機関や支援体制の提案を行っている。	家族の希望で全員が事業所の協力医を主治医としている。毎月1度の往診があり利用者の医療を支援している。専門医についてはかかりつけ医を継続し家族の付き添いで受診し、医療情報は共有している。	
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	利用者の体調や気づきを記入するための看護職員への連絡帳を作り、看護職員との連携に活用し、また月に1回の定期往診・定期受診日には看護職員と家族が連絡を取り合い、適切な医療を受けられるよう支援している。		
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。	管理者、ケアマネージャー、看護職員が連携し、入退院時の状態変化に対応できるよう地域医療連携室とも連絡をとりあい、また病院での退院カンファレンスに参加、情報交換や相談を実施し、事業所の主治医との連携もしている。		
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、事業所の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	(常に医療行為が必要な場合を除き)本人・家族にとってのより良い終末期ケアへ移行できるように、十分に主治医と相談を重ね検討し、介護・看護・医療と連携し、積極的に終末期ケアへ取り組めるように体制を整えている。	重度化した場合の対応に係る指針を文書化し、早い段階で本人や家族に説明し話し合い同意を得ている。職員は外部の看取り介護技術向上研修会に参加し終末期から看取りに至る体制づくりに取り組んでいるが現時点で看取り事例は無い。	
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	急変時においては、状況をスムーズに報告できる職場の体制作りを目指し、看護師・管理者の連絡体制を整備、また主治医・医療機関への早期対応を心掛けている。事故発生予防委員会を設置し、月に1回会議を行っている。		
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	水害特定避難地域としての防災・避難計画を今後整備し、地域との連携・協力の体制作りを行っていく方針である。隣接施設との合同防災避難訓練を年2回実施している。	隣接事業所と合同で年2回避難訓練を行っている。内1回は消防署立会で夜間を想定した訓練を行っているが地域住民の参加協力は得られていない。災害時の備蓄品は確保している。	避難訓練には地域住民の参加・協力を得られるよう期待する。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	人権研修を年1回は行い、職員全体で高齢者の尊厳を守るため言葉遣いには特に意識し、身体拘束防止委員会では、言葉による拘束となる「スピーチロック」を学び、職員同士で言葉がけに気を付け、確認する機会を設けている。新人職員への伝達にも努めている。	職員は人権学習会の外部研修に参加し、内容は所内研修で全員が共有できるようにしている。日頃から利用者一人ひとりの人格尊重に心掛け、人生の先輩として言葉かけに配慮し、丁寧な介護に努めている。	
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	認知症状の程度を十分考慮し本人が望む生活に近づくように、支援方法の柱として、本人の意志決定を尊重するために本人の発言・意思表示を第一として、話しやすい場所づくり、本人同席でのカンファレンス行い、自己決定できる環境づくりを行っている。		
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	職員都合にならないように、また食事・入浴・排泄介助等の業務中心にならないように、職員会議で話し合い、利用者の生活を中心にした考え方を身につけ、個々の状態・思いに合わせた対応を目指している。		
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	外出時や自宅へ帰られる時等、本人の希望時には、希望される服装、適した服装となるような対応を目指しているが、本人の思いに添うおしゃれの支援は充分にできていない状況である。		
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	食事作りにおいて、利用者の方にも可能な限り役割をもって職員と共に準備・盛り付け・後片付けを行い、本人が自分で食べられる工夫や食事形態の検討を行い、支援している。また、本人の状態によって、刻み食・ミキサー食などなるべく味を変えずに口から食べる支援を行っている。	職員手作りのメニューで利用者の好みを探り入れ、季節感や素材を大切に食事を提供している。下膳等を手伝う利用者や、誕生日には職員が家族同伴で夕食をする利用者も居る。職員も一緒に同じ食事を楽しんでいる。	
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	栄養や水分に関して、かかりつけ医や事業所の連携医師に相談し、本人に無理のない食事形態・食事量での健康維持を目指し支援している。		
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	口腔ケアの重要度も増しており、月に1回以上歯科衛生士が確認を行い、利用者一人一人に合った支援を検討・実施し、毎食後の口腔ケアも欠かさず行うことで、清潔保持や肺炎等の病気予防に努めている。		

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	利用直後より、尿量・回数パターンの記録をつけ、早期に把握し、本人の習慣を重視した、自力・自立を目指して取り組みを行っている。おむつ使用は、無理ない程度で最低限になるよう、支援方法の検討を常に行っている。	利用者毎の排泄パターンを把握し、紙パンツの利用者も日中はトイレでの排泄を支援している。夜間1名は居室のポータブルトイレ利用だが他は紙パンツとパッドの交換で対応している。トイレは大きく表示して分かり易くしている。	
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	排便チェックシートにより、便秘に関する情報をしっかり確認し、看護職員と連携しながら、より下剤に頼らない自力排便を第一に考え、支援している。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人の生活歴等も含め、入浴の在り方を見直し、皮膚トラブルや介護状態により、柔軟に対応し、業務的また流れ作業にならないように心がけている。無理な形の入浴はせず、生活・心身状態により入浴支援方法やタイミングを決定している。	週に平均3～4回午後入浴している。利用者の体調やタイミングを見計らいながら気持ちよく入浴できるよう誘導している。入浴剤で気分転換したり、体調によりシャワーや足浴を行う利用者も居る。	
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	入眠前、安眠のために安心した精神状態になるように、居室の空間環境と空調を検討し、安眠による体調安定にもつなげていく。不眠状態が続く場合は、主治医や医療機関へ受診し、十分な睡眠の支援に努めている。また、安眠を促す支援のひとつとして、日中活動時間に毎日運動や体操を取り入れている。		
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	利用者の現在の状態と服薬があっているか、日常生活の中で観察・記録し、本人の変化等にいち早く気づけるように、かかりつけ医と連携・連絡し、看護職員・介護職員が協働し、支援をしている。薬剤師との連携も密に行っている。		
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	認知症状の進行により、集中力の差や役割に対する負担感が生じている場合、本人にとっての生活の中での生きがいや楽しみを損なわないように、進行状態にあった形での対応を心掛けている。		
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支援している	日常的な外出支援は、近年の認知症状の重度化と介護困難状況により減ってきているが、家族や職員の付き添いも検討して、本人が希望される場合には調整行い、外出支援を行っている。また、他部署とも連携し、全体で調整を行い、外出支援に努めている。	好天日の敷地内や隣接する姉川の堤防での散歩や、居間のテラスでの日光浴など五感刺激に繋がる外出を支援している。畑の作物への水やりや植え付けを手伝う利用者も居り体調に合った外出支援を努めている。希望により車で季節の花見見物にも出掛けている。	

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
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	認知症状や身体状況の重度化にともない、お金を使用される希望などの減少は見られるが、本人が不安にならない管理体制と利用できる支援を検討している。		
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	本人が希望されるときには、できる限り家族等へ電話や連絡をとれるよう支援し、不安なく生活できるように、全職員が対応できる体制を作っている。携帯電話の使用は、家族の了解があれば可能としている。		
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	認知症の方が利用される場合を想定し、混乱や危険がなく安全に利用できることを第一として、常に職員会議でも話し合い、安心安全な空間を作っている。	利用者は日中、明るく開放的なリビングで過ごすことが多く、清潔に保った共有の空間で居心地よく過ごしている。廊下には利用者の作品を掲示している。リビングからは庭に咲く季節の花々を見ることができる。トイレ、浴室は清潔に保っている。	
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	限られたスペースの中で、ものや人の配置・場所を変更したり、一人一人が気に入った場所と空間で過ごせるよう工夫している。職員会議で、リビングの机や椅子などの配置の見直しを行い、安心できる空間づくりを目指している。		
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	入居前の本人の家具も含めたなじみある生活感がある本人の部屋を作れるようにアセスメントを行い、また定期的に本人も含め、各担当職員が居室の空間づくりを工夫している。	全室フローリング仕様であるが、利用者の希望によっては畳風のマットを利用して和室にアレンジし布団を使用することもできる。利用者は思い思いのものを持ち込んで居心地の良い居室になるよう工夫している。	
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	本人が一人でもなるべく移動ができるよう、必要なところに手すりやその他安全スペースを確保し、車椅子で自走のしやすい空間にも気をつけて環境づくりを行っている。		

## 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	36	認知症の利用者への対応・接し方として、表面上の症状にばかり気を取られ、本人の気持ちや人格を尊重した言葉掛けや柔軟な対応ができていない。	まずは、職員1人1人が、サービス業としての丁寧な言葉掛けを意識し実施していく。日常での慣れからくる当たり前という認識を今一度見直し、心から安心できる居場所づくりを行っていく。	認知症の利用者に対しての傾聴(しっかりと話に耳を傾ける)を大切に、毎日新しい気持ちで再度信頼関係を築いていく。「認知症だから」と一括りにせずに、「なぜ」「どうして」と考察しながら関わりを支援していく。	12ヶ月
2	12	個別対応や介助方法が業務的・流れ作業になりがちであり、改善に向けた意識統一が難しい。また、ケアプランの重要性が理解されにくく、ひとつひとつの介助の意味が見えにくい、業務への負担感が大きい。	介護職員間・他職種間での知識取得や意見交換を行い共通認識を深め、本来どうあるべきかを十分検討できる職員会議を行うことで、より専門性の高い意味のある介護を行っていく。	ミーティングの意味を見直し、業務連絡だけでなく、業務の必要事項や不必要事項を洗いだし、利用者介護・対応についての提案や変更を検討し、実現していく会議を実施していく。	6ヶ月
3	21 48 49	利用者の介護状態の重度化にともない、外出・行事の機会が減少しており、役割もなく同じ環境に長くいることは、利用者同士・職員等の他人への不満・ストレスにつながり、気分転換にもつながりにくい。	利用者個々の状態に合わせた外出機会を増やし、個々での生活の役割をもっていたり、日々の生活の中で生きがいや喜びを感じることで日常生活をつくっていく。	他部署・地域・家族と連携し外出支援方法の検討や体制作りを行う。個々の状態に合わせた役割をもてるように、個別支援計画に重点を置き、「介護を受ける場から生活をする場」となることを目指す。	12ヶ月
4	13	現在、また将来の介護状況を考え、事業所内でのみの介護知識だけでなく、グループホームという事業全体としての役割や求められていることを広くとらえ、方向性を示していくことができていない。	今後の介護職員としての認識やグループホームの認知症ケアの受け皿としての役割を、管理者が自信をもって伝達できるように、外部と職員をつないでいく。	時代とともに変化していくニーズに合わせた知識・技術を身につけるために外部研修への参加・内部研修の実施。 運営推進会議に介護職員も順に出席し、地域・家族からの要望聴取や意見交換を直接行い、事業所の実情もより具体的に伝達していく。	12ヶ月
5	27	ケアプランに添った介護記録があまり記載できていない。	ケアプランに添った介護を行い、記録を書くことを習慣づける。	利用者の担当職員が個々のケアプランの意図をしっかりと把握し、周りへの理解・伝達を促進していく。 ケアプランはいつでも確認できるように介護記録ファイルに綴り、また平成30年度の事業目標を視覚化し掲示しておく。	12ヶ月
6		職員1人1人が看取り介護についての知識を身につける。	看取りができるスペシャリスト集団の育成。	定期的に看取りの研修を実施し、積極的に看取りを受け入れていく。	12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。