

# 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	2570600441		
法人名	医療法人 社団 よつば会		
事業所名	ケアタウン南草津グループホーム ひまわりユニット		
所在地	滋賀県草津市矢橋町627番地の1		
自己評価作成日	平成22年1月5日	評価結果市町村受理日	平成23年3月25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	<a href="http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2570600441&amp;SCD=320">http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2570600441&amp;SCD=320</a>
----------	---

## 【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番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成23年2月28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)】

建物が移転して2年が経過し、より家庭的な雰囲気のなか、利用者と職員が共に過ごす時間を大切に感じている。看護師が常勤で配置され、医師との連携も密であり、ターミナル期の利用者にも対応可能である。開設6年余りで、8名の利用者の看取りケアを行い、また、うち6名は移転後の2年間で看取りを行った。介護職員からは始めは不安の声も聞かれたが、経験を通して、「最期まで看たい」との声もきかれるようになり、人生の終末期を全職員が支援する体制が整ってきている。

## 【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)】

当事業所は、医療法人よつば会が運営する「ケアタウン南草津」施設の隣接地に独立移転して2年を経過し、徐々に地域での存在感を高めてきている。利用者は自然光を採り入れ、空調の行き届いたリビングで思い思いにくつろいでおり、静かなゆったりとした時間が流れている。医療法人としての強みを生かし、常勤看護師と提携医の医師の連携の下、利用者の健康面については行き届いた管理を行ない家族の安心感と信頼を得ている。介護に当たる職員のほとんどは介護福祉士以上の資格を有しており、介護のプロとして質の高いケアを提供している。利用者、家族の希望を受け終末期介護に対応しているが、移転後2年間で6名の看取りを行うなどその体制も出来ている。

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	地域交流や、利用者の人格尊重・自立支援を掲げた理念を策定し、事業所内に掲示し職員が共有出来るようにしている。会議時等で、事例検討の際は、理念に沿って対処できるように話あっている。	「社会参加する喜びを感じて・・家族、地域との交流を図る」等の理念を作り上げ玄関に掲示している。職員会議では理念に沿った事例検討も取り入れ職員が共有するよう取り組んでいる	パンフレットへの理念の記載と職員が常に目につくりビングにも理念を掲出し更なる共有と実践に期待したい。
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	運営推進会議等で、地域行事や事業所行事の情報交換を行い、参加出来るよう努力している。また、災害時や徘徊利用者の捜索に関して、地域の協力体制を整備してもらっているが、日常的な交流までには至っていない。	小学生、高校生の体験実習受け入れや事業所の夏祭りに地域の方の参加はあるが、積極的に地域行事に参加することは出来ない。地域の自治会や老人会には現時点で未加入である。	自治会長も出席している運営推進会議の場を活用して、自治会加入や地域行事への参加について相談し、支援を得ることを望みたい。
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	運営推進会議を通して、又、地域の方の事業所見学の際に介護や認知症について相談に乗ることはあるが、積極的に認知症ケアの啓発に努めているとはいえない。		
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	利用者家族・住民代表・地域包括支援センター職員と事業所職員のメンバーで2ヶ月に1回開催している。状況報告・情報交換の他、外部評価の結果報告も行っているが、その後の経過についての議論までには至っていない	社協、自治会、行政、家族代表者が参加し隔月に開催している。スライドなどを使っての状況報告やその時々課題、評価結果などについて意見交換を行い、行政からは他事業所の事例を聞くなど運営に活かしている	
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員に参加してもらっている他、管理者が市の認知症連絡調整会議の委員になったり、市のGH会議に参加するなど、適宜連携を図っている。	市の介護保険課とは運営推進会議とは別に常時連携を保ち、事業所の実情を伝えると共に改正介護保険など行政がらみのことを中心に相談している。	
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	身体拘束廃止委員会があり、年1回勉強会を開催し職員の共通認識を図っている。しかし、見守りや状況に応じて外出・散歩等実施しているが、事業所玄関は常時施錠しており、昨年の課題が解決できていない。	職員は法人内の身体拘束禁止委員会や研修を通して身体拘束について理解を深めている。事業所ではウッドデッキや庭への出入りは自由に出来るが、防犯のため玄関は施錠している。	職員が多い日勤帯での防犯を目的とした施錠は改善してほしい。職員会議や運営推進会議で改めて討議し、地域の人たちの見守り協力を含めて利用者が自由に出入りできる環境実現を期待したい。
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	施設内研修で学ぶ機会がある。また、事業所管理者・主任は、利用者に対する虐待の有無に注意している。		

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	権利擁護事業を活用している利用者を通して学ぶ機会がある。又、利用者や家族からの依頼があれば、相談に乗ったり制度の説明・紹介等の支援を行っている。		
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	契約時には十分時間をとって説明している。質問等あれば更に説明を行ったうえで、署名・捺印してもらっている。		
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	日常、利用者からの意見は都度職員間で検討している。また、面会時等に家族からの意見・要望を聞き、利用者の意見とともに事業所内の会議時に検討している。	苦情申し立て窓口は外部窓口も含めて明示している。利用者毎に月1~2回家族の面会があり、意見や要望を月例の職員ワーカー会議で検討し運営に反映している。好みの服装の着用や口腔ケアに関する要望が多い。	
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回事業所内会議で職員の意見を聞く機会を設けたり、普段からコミュニケーションを図り話を聞くようにしている。必要時は会議の議題に取り上げ、運営に反映させるようにしている。	職員会議や日常管理者との対話、年1回の総師長(総括責任者)との個人面談で職員の意見、提案を聞いている。食事メニューに関する提案が多く管理栄養士や厨房と連携のうえ改善したことがある。	
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	事業所管理者と法人代表者・施設他管理職職員と最低月1回話し合いの機会があり、その際勤務状況を把握し、必要時には職場環境の改善・条件整備等に配慮している。		
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	施設内の教育委員会が年間研修計画を立て、職員は月1回受講している。外部研修に関しては、職員がそれぞれ受講可能なように計画し、受講をすすめている。		
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	市内グループホーム管理者が2ヶ月に1回集まり、市の担当者とともに交流する機会を持っている。そこでの事例検討を通して意見を聞くことがあるが、今後はサービスの向上につなげたい。		

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
<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	入居前に利用者本人と面談を行い、本人と話をする機会をもち、本人の希望・不安等の把握に努めている。		
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	入居前の見学時から、家族と話をする時間をとり、ゆっくり傾聴す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	入居相談の際、入居に至るまでに長期間要することが多いため、その段階で必要と思われる支援について相談にのり、必要時にはケアマネジャーに連絡する等の対応をとっている。		
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	職員は利用者とともに過ごす時間を大切に考え、一緒に作品づくりをしたり、会話を楽しんだり、散歩に行くなど、穏やかに生活できるように配慮している。		
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	家族には、適宜利用者の様子を伝えたり、面会時には、利用者本人とゆっくり過ごしてもらえよう配慮している。		
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	利用者本人の希望に応じて、電話やfax・手紙での連絡を取り持つなどの支援を行っている。しかし、希望を表出できない利用者に対する支援は十分とはいえない。	フェイスシートで本人の馴染みの人や場を把握している。馴染みの人への電話、手紙の支援や、希望者についてはドライブ時に馴染みの桜並木などに立ち寄るなどの支援を行なっている。	希望を表出できない利用者についても、接触を一層深めフェイスシートなども参考にして馴染みの人、場所とのかかわりを増やせるよう取り組んで欲しい。
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	利用者同士の関係が円滑にいくように、職員は相互関係を見守りながら支援している。利用者同士のトラブルがあれば、仲介し個別に話を聴いた上、再度良好な関係が築けるよう配慮している。		

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	入院により、利用終了になった場合は、職員が面会に行くとともに、アルバムや色紙を作って関係性を大切に、また、家族の相談にのるなどの支援を行っている。		
<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	日常のケアの中で、利用者個人の意向や希望等を聞き、ケアに活かすようにしている。また、意思疎通が困難な利用者については、その行動や表情から出来るだけ希望を汲み取り、ケアに活かすようにしている。	日常の利用者個人の意向や希望は申し送りノートに記入し職員が共有するようにしている。表出が困難な利用者についても行動や表情から意向を汲み取りケアに活かしている。	
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	入居前に、家族や利用者本人から、それまでの生活についての情報を得るようにしている。		
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	入居後しばらくは一日の過ごし方やリズムを詳細に観察・記録し把握するように努めている。その後も、本人の行動や発言・出来ること等に注目するようにしている。		
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	計画作成にあたって、利用者の言行動に注意し、本人の意向を知るよう配慮し、家族には適宜意見を聞くようにしている。職員は会議等で意見を出し合い、計画作成に活かしている。	初期計画は本人や家族からの聞き取りを基にケアマネージャーが作成している。職員会議で3ヵ月毎の見直しのほか、状況が変化した時は都度修正を行い、変更のあった利用者家族にはサインを貰っている。	
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	個別ケース記録や別紙の申し送り用紙にて日々の状況・継続した状況の記録が参照でき、情報の共有を行っている。		
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	外出や受診の支援は柔軟に対応している。ターミナル期の利用者家族には、居室で共に過ごしてもらえようソファベッドを入れたり、環境整備に配慮している。		

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	運営推進会議を通して地域包括支援センター職員や地域代表者との関わりはあるが、ボランティアや地域資源との協働までには至っていない。		
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	入居後も、本人・家族が希望するかかりつけ医となっている。月2回の訪問診療以外にも、他の医療機関への受診時は家族と協力し通院介助を行っている。	かかりつけ医受診の利用者は現在4名で、受診時の送迎を家族と共に支援している。他の利用者は提携医受診である。毎月2回提携医による訪問診療を受けており結果を家族に報告している。	
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	看護職員を配置し、日常の健康管理はもちろん、必要時に適切な医療が提供できる体制をとっている。		
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。	利用者の入院時は、病棟・主治医との連絡・連携をとっている。また、退院に向けては、担当医療相談員と密に連絡をとり、連携を図っている。		
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	状態の変化や終末期等は、早い段階から状況の説明を家族に対して行うようにしている。また、家族の意見・要望を聞き、事業所として出来ることを理解してもらった上で、医師・看護師・介護職員が連携をとりケアを行っている。	看取り指針を作成し、利用開始時に家族に説明している。対象となった利用者については、家族と看取り同意書を交わし確認印を得たうえで医師、看護師、職員の連携のもとケアに対処している。この2年間で6名の看取りを行った。	
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	年1回、救急に関する勉強会に出席している。また、緊急時の対応についてマニュアルを整備し、医師・看護師とすぐに連絡が取れる体制をとっている。		
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	消防署の協力を得て年2回避難訓練を実施している。その際は、出来るだけ利用者に参加してもらっている。運営推進会議を通して、地域の協力を依頼し、災害時の連絡・協力体制を確保している。	年2回避難訓練(内1回は消防署立会い)を実施している。災害時対応マニュアルを整備し、緊急時における地域への連絡先、支援者も決まっている。事業所建物はスプリンクラーつきの耐火構造である。	

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	利用者に対しては、自尊心を傷つけないよう言葉遣いに注意している。記録等に個人情報を利用者の目につかない場所におくよう注意し、守秘義務について職員間で周知している。	利用者の個人ファイルは事務室の鍵つき書棚に保管している。言葉かけに注意を払い、場合によっては職員が相互にフォローしあい利用者の尊厳を守っている。人格尊重については法人内研修を実施している。	
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	利用者の思いを聴くよう時間をかけて接し、介護者の意向を押し付けることはしない。また、個々の利用者に合わせて説明を心がけ、出来るだけ自己決定を促している。		
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	大まかな一日の流れはあるが、出来るだけ一人ひとりのペースに合わせた対応をするよう配慮している。また、外出等の本人の希望に対しては、他利用者へのケアに支障が出ないよう職員間で協力し対応している。		
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	服装の選択や身だしなみ等、自分で出来ない・自己決定が困難な利用者に対しては、職員と一緒に考えて選択するなどの支援を行っている。化粧やマニキュア・整髪等、本人のこだわりや好みを把握し、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	通常は厨房で作られたものを運搬している。日常の盛り付けや配・下膳、後片付けや1回/2週食事作りは利用者と共同で行っている。花見等の行事やバーベキューは、共に食事を楽しむ機会になっている。	日常は管理栄養士のメニューによる食事が配食されているが、隔週月曜日には独自の食事作りをしている。配膳、後片付けは利用者も手伝っている。職員は利用者の介助、見守りに当たり一緒に食べていない。	食事はコミュニケーションの場でもあり、行事外出時やバーベキュー以外の時においても職員が利用者と共に楽しむ機会を増やす工夫に取り組んでほしい。
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	一日全体を通して、食事摂取量は把握している。気候に応じて、また入浴後等は、意識しながら水分補給を行っている。飲料やおやつ等は数種類準備し、希望や状態に応じて提供している。		
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	利用者個々の状態に応じて、歯ブラシ・スポンジブラシ・歯間ブラシ・ガーゼ等使用し口腔ケアを行っている。また、1回/週訪問歯科診療を通して、歯科医・歯科衛生士に相談・助言をもらう機会があり、ケアに活用している。		

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	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンの把握を行っている。また、排泄の意思表示が困難な利用者に対しては適宜誘導し、失禁による不快感の減少に努めている。	排泄チェック表で利用者の排泄パターンを把握しトイレ誘導をしている。排泄意思表示が困難な利用者については職員が自尊心に配慮した誘いを行い、その積み重ねで失禁者が少なくなった。	
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	便秘時は、出来るだけ乳製品の提供や、散歩や体操等の運動、腹部マッサージを行い、安易に薬に頼らないよう努めている。		
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	入浴日は原則決まっているが、希望時は入浴できるよう配慮している。入浴を拒否する利用者には、声かけや誘導の仕方を工夫し、入浴してもらうよう努めている。しかし、1日中いつでも入浴できる体制はとれていない。	9時～16時位の間で本人の希望を尊重した入浴を行っている。入浴回数は平均週2～3回である。拒否者に対しても根気よく声かけを続けることにより入浴を実現している。重度者の入浴は2人介助で対応している。	
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	個々に応じて、休息時や入床前に温かい飲み物を提供したり、ゆっくり話をする等の支援を行っている。また、意思表示が困難な利用者には、室温・衣類の調整、安楽な体勢の確保等の支援を行っている。		
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	個々の服薬内容は個人カルテに説明書を保管し、職員は適宜閲覧し理解している。また、必要に応じて服薬の介助を行い、症状に変化があれば医師・看護師に報告するよう周知している。		
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	洗濯物干しや洗濯物たたみ、食器洗い、庭の手入れに野菜作り、簡単な食事作りなど出来る範囲で役割を持ってもらっている。また、歌を唄ったり、時代劇をみたり、それぞれの楽しみごとを把握し、支援するよう努めている。		
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	日常の散歩は希望に応じて職員付き添いの元に行っている。また、庭にでて花壇をさわったり、ウッドデッキで日光浴をする等の支援を行っている。利用者の希望を聞き車で外出したり、季節に応じて外出の計画を立て実行している。	天気の良い日の事業所周辺散歩は20～30分かけ車椅子利用者も一緒に行なっている。庭の花壇手入れや、季節ごとの花見外出は利用者の楽しみとなっている。重度者についてもウッドデッキでの日光浴で外気にふれる機会を増やしている。	



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	金銭は原則事務所にて預かり管理しているが、希望があれば所持してもらえる。		
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	希望に応じて事業所の電話を使用してもらったり、FAX送信や手紙を出す支援を行っている。		
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	共用空間は、天窗やウッドデッキに面した大きな窓から採光し、自然光を取り入れている。また、季節ごとに職員と利用者が共同で作品を作り、玄関やユニット内に展示するなど季節感を取り入れるように配慮している。	自然光を採り入れた広いリビングは適切な温湿度管理により快適な共用空間となっている。雛飾り、折り紙、季節の花を飾るなど利用者が居心地よく過ごせる工夫をしている。トイレ、浴室は清潔である。	
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	ホールにはソファがあり、利用者は思い思いに利用している。また、希望に応じてウッドデッキや玄関外にイスを運び、外気浴や日光浴をしてくつろいでもらうように支援している。		
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	約6畳程度の個室に、それぞれなじみの物や写真、趣味のもの(大正琴・習字道具等)を持参してもらっている。また、日常使用する、コップやお箸等も使い慣れたものを持参してもらうようにしている。	家族の写真や、趣味の道具、テレビなど利用者の馴染みの品が持ち込まれ、居心地に配慮した部屋作りをしている。自分の部屋を識別しにくい利用者については、部屋入り口にその人の顔写真を掲げる工夫もしている。	
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	ユニット内には手すりを配備し、安全に歩行できるようにしている。また、居室位置で迷わないよう、名札や写真等分かりやすい目印をつけ、利用者が混乱せず行動できるようにしている。		

## 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	20	希望が表出できない利用者に対する支援は十分とはいえない。	自分になじみのある環境や物や人に囲まれて、安心感のある生活が出来る。また、気持ちを活性化することが出来る。	家族に馴染みの場所を聞いて出かけたり、家族の協力を得て、友人や知人の面会を積極的に受け入れる。夏祭り以外にも家族参加型の催し物を開催し、面会に来ていただく回数を増やせる様に企画してみる。また、現在の生活の場でも馴染みが出来る様に、愛着を持っていたり、懐かしいと思うものを傍に置いたり、職員との関わりを一層深められる様にする。	8ヶ月
2	26	サービス計画書のアセスメントから計画作成までをケアマネジャーが主体に行っている。	個々に対する生活支援が、今よりもきめ細やかなものになり、生活に対して前向きな気持ちでいられることが増える。	利用者ごとの担当職員がアセスメントに今以上に関わり、本人の思いをきちんとサービス計画書に反映させる。	6ヶ月
3	2	地域との交流体制は整備してもらっているが、日常的な交流はない。	地域との交流が深まり、グループホームの入居者が地域の一員として生活できる。	運営推進会議などで自治会長とも相談し、まずは地域の行事への参加を積極的に行う。グループホームを知ってもらうことで、地域住民の方に積極的に施設を訪問してもらい、趣味活動や畑・花壇の手入れなどで交流を深められる様にする。	10ヶ月
4	6	身体拘束の廃止について、勉強会を開催するなど、職員間で共通の認識として捉えている。しかし、散歩などで出来るだけ戸外への外出支援はしているが、玄関は常時施錠されており、家族や地域の人たちも含めて事業所に自由な出入りができない。	日中は施設の入りが自由になり、開放感のある環境を作ることができる。	まずは、職員の入れ替わりや人員の減る時間帯は避けて、日中の玄関の開錠を実施してみる。問題点の見直しや見守りの工夫を検討しながら、自由に出入りできる時間帯を延長していき、最終的に、日中は常時玄関の開錠を目指す。	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。