

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		
所在地	滋賀県草津市矢橋町627番地1		
自己評価作成日	平成25年11月25日	評価結果市町村受理日	平成26年1月14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番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成25年12月10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)】

要介護度が4、5の重度の方が多く、身の回りの全般的な介助も必要となりますのですが、不活発にならない様に、利用者様のペースに合わせ、介助で体を動かしたり、施設内外を散歩して頂いております。比較的自立されている利用者様も家事や庭の手入れなど積極的に行ってもらっています。ボランティア様を施設に招き、そこでの交流や、施設からの地域の行事に参加など、施設内外で、利用者様に地域の方々と関わって頂いております。18名の利用者様一人一人の特徴を生かし、利用者様ご本人の思いも尊重した個別ケアを、職員全員で把握できるよう話し合っ、支援させて頂いております。

【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)】

事業所はJR南草津駅から車で10分程の幹線道路沿いにあるのどかな田園地帯に位置している。運営の母体は医療法人で、左右の隣接地には同法人が運営する介護老人保健施設と住宅型有料ホームがある。建物は鉄骨平屋造りで天井から自然光が入り食堂、ホールは広くて明るく清潔感がありゆったりとしている、快適な室温に保たれた居住空間で利用者18名は歌を唄ったりゲーム等をして楽しい笑顔の生活をしている。病院も近く看護師が毎週来所するので医療面での安心感があり、7名の介護福祉士と共に質の高いケアを行っている。医療法人の強みを生かし利用者の重度化に伴うケアにも取り組み、医師、看護師職員と家族が協力してこれまでに10人の看取りケアを行った。地域貢献の一環として地域の人に認知症を啓発する為に認知症相談所を開設して相談に応じている。

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)
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)
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)
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)
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
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
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	法人の理念を玄関に掲示し、地域交流や利用者様の人格尊重・自立支援を掲げた事業所理念は、事務所内の職員が目に見える所に掲示。事例検討の場合は、利用者様本位に立った理念で、支援内容の検討が行えるようにしている。	「笑顔と愛情ある安らいだ環境を作り、今この時を大切に社会参加する喜びを感じて頂ける様にする」を事業所理念として事務所と玄関に掲げている。職員会議では日常ケアを振り返り理念の浸透を図っている。	
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	主に運営推進会議で情報交換を行い、当日数名の利用者様とは限られるが、地域の行事に参加している。地域の方にはボランティアとして事業所の行事に来ていただき、交流もしている。	法人として自治会に加入している。地域の神輿見学や秋祭りに参加し、事業所の夏祭りには地域の人に参加して貰い交流を深めている。琴演奏のボランティアに来て貰い一緒に歌って楽しんでいる。	地域とのさらなる交流を深める為に、保育園、幼稚園などを訪問したり、園児が来所してくれるような働きかけを期待したい。
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	運営推進会議を通じて、地域の方の事業所連絡や認知症介護について相談を受けることもある。市の担当かたの委託で「認知症なんでも相談所」の看板を設置を予定し、地域の方に気軽に相談出来る体制を、と考えている。		
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	利用者様家族代表、地域住民代表、地域包括支援センター職員、事業所職員とでメンバーを構成し、2ヶ月毎に運営推進会議を開催し、活動報告や、リスク管理等情報交換を行っている。助言をいただいた場合、実践の報告もしている。	事業所の活動報告、利用者の状況報告のほか自己評価、外部評価の課題も報告して検討している。提案により薬の飲み忘れを防ぐ為に薬袋の確認を毎回している。議事録を作成し職員会議で管理者が話をし徹底している。	
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	運営推進会議で地域包括支援センター職員と情報交換したり、介護保険課職員が出席している市のグループホームとの会議で実情を伝え、連携できることを話し合っている。	地域包括支援センターの職員には運営推進会議で報告し、介護保険課の職員には重度化の進行に伴う対応等について相談している。市からの委託で「認知症なんでも相談所」の看板を掲げ業務を開始している。	
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	身体拘束委員会で利用者様の尊厳が守られた支援が出来ているか検討したり、勉強会を開催し、職員の知識の共通理解を図っている。玄関の開錠は、利用者様の安全を確保した開錠がどの様に行えるか検討しているが、実現できていない。	内部研修会を毎月実施して職員全員が共通認識を持つ様に取り組んでいる。外部の研修会も1名参加した。精神的拘束にも気を付けて優しい言葉かけで見守りに徹している。部屋の施錠は無いが玄関は施錠している。	職員による見守りと隣接する施設職員の協力や地域の方の見守り協力体制を作り、日中玄関は開錠して利用者が自由に出入り出来る環境作りを目指して欲しい。
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	身体拘束委員会で集約され、虐待に繋がる可能性が考えられる対応がないかを検証している。事業所管理者・主任が職員への啓発や指導を行っている。対応が不適切な職員へは管理者・主任が個別で指導している。		

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	現在は利用されている方がおらず、テキストや施設内の勉強会や法人内の研究発表会で学んでいる。利用者様のご家族様から相談があれば、説明や、サポートを行える様にしている。		
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	契約時に十分に時間を頂いて説明し、不明な点があればその都度確認して頂ける様に時間を設けている。その上で、署名、捺印をして頂いています。重要事項等説明書に関しても同様。		
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	利用者様からの意見を受けた職員から、職員同士で共有し、早急に対応を心掛けている。検討する事柄は管理者・主任を交えて相談し、改善に努める。家族様へは、来訪時や電話等で上記の様な対応させて頂いている。	家族の来訪時や運営推進会議、事業所の催事に参加した家族から要望や意見を聞き出し検討して改善を行っているが、家族会は無く提案は少ない。提案により職員の顔写真と名前を玄関に貼り出して家族に名前を覚えて貰うようにしている。	家族との信頼関係を更に深め、事業所の理解を深めて貰う為にも、家族会結成を家族代表に提案することを期待したい。
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	日頃より、管理者や主任が職員の意見を聞き、反映できるよう努力している。会議前には意見を引き出し易くなるよう、議題等張り出している。全職員の意見を聞く場合は、アンケートも実施することもある。	管理者は毎月の職員会議で職員からの意見や提案を討議して業務に反映をしている。職員の提案から下肢筋力の衰えを防止するためにテレビ体操を、嚥下の為にお口の体操を実施している。	
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	事業所管理者と法人代表者、他事業所管理者とで、月1回話し合う機会があり、職場環境の改善・条件に配慮している。目標管理表を使い、年度ごとにそれぞれの目標に向けて振り返りと進捗チェックしている。管理者と、その上司も評価する。		
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	全職員を対象に、年間の施設内勉強会の計画が立てられる。外部研修は掲示しており、自己研鑽という形で参加を募っている。経験に応じた研修を該当の職員に管理者から勧め、それぞれの職員のスキルアップを図っている。		
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	市内グループホームの管理者が、2ヶ月に1回集まり、市の担当者と共に交流する機会を持っている。事業所共通の課題の解決に向けて意見交換し、市内グループホームの広告を共同で取り組んだりしている。		

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
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	入所前に本人様との面談を持ち、不安や、施設に対しての希望を把握するよう努めている。本人様が安心して生活出来るケア方針を立てることから支援している。		
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	入所前からの見学から、家族様との時間を取り、傾聴するよう努めている。その上で、施設の理解や利用の戸惑い・不安の解消に努めている。		
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	入所の相談の際に入所までに要することで相談があれば、その段階で本人様か家族様に相談に乗り、必要時には担当のケアマネージャーに連絡する様、対応している。		
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	職員は利用者様と共に過ごす時間を大切に、日常での食事の準備や洗濯などを一緒にやり、また創作活動等楽しさを共有しています。会話や散歩等で関わる時間を増やし、一方の立場からの関わりにならないようにしている。		
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	家族様には適宜利用者様の様子を報告し、来訪された際は、利用者様とゆっくり過ごしていただけるように配慮している。利用者様の様子を毎月のお便りや面会時に直接お話して知って頂きながら、家族の思いを伺う様にしている。		
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	利用者本人の希望が言える方に対しては、電話やFAX等で対応しているが、希望が伝えられない方に対しては、行えていない為、ご家族様には積極的な来訪をお願いする様努めている。	家族、親戚、知人に電話や手紙等で連絡が取れるように支援をしている。ドライブに出かける時は昔住んでいた場所や神社に立ち寄り、利用者が馴染んでいた湖岸の風景を見に行ったりしている。事業所への来訪者は全体的には少ない。	馴染みの人や地域の人が頻繁に来所してくれる様に、家族から知人への働きかけや自治会長から知人へ声掛けをしてもらう事などを期待したい。
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	利用者様同士の関係が円滑に行う様に見守りながら支援している。ユニット合同での催しで交流を持ち、日頃でもユニットの行き来をされる利用者様もいる。1人で行かれない方でも職員が付き添い、他利用者様と挨拶を交わし、馴染みの関係が出来ている。		

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	入院などにより利用中止になった場合、職員が面会へ行くとともに、アルバムや色紙を作って、関係を大切に、また家族様の相談があるときは傾聴する様努めている。今年度は退所はなかった。		
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	職員と利用者様とが話をした内容を記録に残し、その言葉や、利用者様の生活全体を知り、思いや意向の把握に努めている。なかなか自分で思いを伝えられない利用者様は発する言葉からその思いを汲み取る様にしている。	職員は個人別の「ケース記録」により利用者の思いや意向を掴んで共有している。日々の変化の対応や、意向の表出困難な利用者には日常会話や行動、表情から推察している。	
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	入居時に家族様や本人様から生活歴から暮らし方までの情報を得る。入居後も、これまでのことも引き出せるように情報の把握に努めている。		
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	利用者様の毎日の様子を記録し、職員間で口頭で申し送る他、医療面での情報ノートと生活面の申し送りノートを使って、利用者様の現状把握が出来るように努めている。		
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	毎月のユニット会議でカンファレンスを行い、各利用者様の担当職員と介護計画作成者が話し合っている。家族様の来訪時に意向を聞き、内容を加味したものから、介護計画を作成している。	介護計画は家族や本人の意見を聞き、管理者と職員、看護師が参加し「個人ケース記録」や「医療記録」を参考にして作成し家族に説明して意見と同意印を貰っている。3カ月毎に見直しを行い変化の有無に関わらず家族の承認印を貰っている。	
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	各利用者様別に毎日記録に残している。気づきがあった場合は、当日の出勤者で話し合い、意見交換をしながら、直ぐ全員に伝達できるようにしてから介護実践に反映。その経過を見て、プランの見直しにも活かしている。		
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	外出や病院受診等、家族様と相談のうえで、柔軟に支援させて頂いている。利用者様の生活の質を維持できるよう、家族様には状況の把握をしてもらった上で、必要な福祉用具を薦め、購入までを職員が代行している。		

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	5月の神輿、11月の文化祭に数人参加する機会がありました。自治会長を通じて案内や、お誘いを頂き、開催が昼間であれば積極的に参加している。		
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	1ヶ月に2回往診を受けられています。また、1ヶ月に2回主治医による施設外来を近隣病院で設けており、必要時に適切な医療が受けられるようになっている。	家族の同意を得て従来のかかりつけ医を医療の充実した提携医に変更している。月に2回提携医の訪問診察を受診し、結果は申送り書や医療記録に記入し、家族にはお便り、電話メール等で報告をしている。	
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	週に1回看護師が来て、健康管理を行っている。介護職は状態変化を看護師に報告し、必要時処置等の指示を仰いでいる。		
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。	利用者の入院時には病棟医師や看護師と連携を図り、スムーズな治療を受けられるようにしている。退院時には相談員と連携し、スムーズに退院後の生活を送れるようにしている。		
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	終末期となった利用者については早期に家族を含めて話し合うようにしている。入所時に終末期に関する同意書の作成を念頭にはおいているが、実行できていない。この1年では、終末期の利用者はいない。	終末期ケアに対応しており「利用者重度化に対する指針」を文書化して時期が来た時に、医師から状況説明を受けた後に「看取り介護についての同意書」を取り交わしている。これまでに10名の看取りを行った。	「利用者重度化に対する指針」は入居契約時に利用者と家族に説明し同意を得、その後も随時話をして考え方を共有することを望みたい。
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	年に1回、施設内研修にて、急変時の対応を学んでいる。元々の利用者の予測される事態には、予め対応方法を看護師や医師の指示を受けておくようにしている。		
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	消防の協力を得て、年に2回(昼夜想定)消火避難訓練を利用者様を交えて実施している。地域の協力を得て、災害時の連絡体制を確保している。また、隣の同系列3施設の合同の避難訓練も実施し、共有のマニュアルがある。	消防署の立会いのもと月に夜間を想定した避難訓練を実施し、3月に隣接する2施設と合同の避難訓練を行い11月にも避難訓練をしている。自治会長を連絡窓口とした地域の協力体制も出来ており自治会長と住民が避難訓練にも参加している。	

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
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	入浴、排泄、更衣は特に羞恥心の配慮を行っている。お一人ひとりの思いを伺い、尊重するように高い意識を持っている。	人格尊重については月1回法人内勉強会で研修を行っている。人生の先輩として尊敬の念を持って接し特に排泄については言葉かけに注意を払いやさしい声かけをするよう管理者は指導し職員は実践に努めている。	
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	個別のペースに合わせて支援している。お一人ひとりの思いを傾聴し、出来る限り希望に沿った支援を職員全員が心がけている。利用者様が選択しやすい声掛けをさせて頂いている。		
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	1日の大まかな流れに沿っての生活になりがちであるが、趣味や散歩、入浴時間や午睡などを職員から問いかけ、その答えで臨機応変に対応できるよう職員間で連携を取りながら支援している。		
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	毎朝身だしなみに気を配り、各利用者様がその人らしい姿でいれるように支援している。着尽した衣類などは、ご家族様相談し、新調して頂けるよう適宜お声かけさせて頂いている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	昼食時準備に限定されているが、利用者様と一緒にいる。月2回ずつ昼食・おやつ作りをして季節感のあるものや、利用者様の希望に沿ったメニューにしている。	管理栄養士が利用者の嗜好、栄養バランスを考えた献立表に基づいて主食と味噌汁は事業所で作り、副食は給食サービスを利用している。毎月2回昼食とおやつ作りを楽しんでいる。職員は食事介助をしている。	
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・水分は個別に摂取状況を把握している。水分補給時には利用者様の希望に沿って提供している。歯や嚥下状態に合わせて形態を変更したり、好物等は個別に提供している。自力摂取が出来るよう自助具を使用したり、声掛け、準備をしている。		
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	お一人ひとりに合った物品を準備し、声掛けや介助で毎食後の口腔ケアを支援している。希望があったり、必要時には、訪問歯科治療を受け、職員ともに指導を受け、支援しています。すぐ相談、対応してもらえるような連携が取れている。		

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	個々の排泄パターンを把握し、それに応じた支援が行えるようにしている。ほとんどの方がパッド等何らかの器具を使用しているが、トイレでの排泄を第一に考え支援している。	「排泄チェック表」の排泄パターンに沿って表情と行動を見てさり気なく声掛けをしてトイレ誘導し排泄の自立に向けた支援をしている。	
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	医師や看護師との連携のもと必要な方は投薬にて調整している。また、排便を促し易い飲食物の準備を設けている。個々の排便の状況を確認、把握できるようにしている。		
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	原則入浴日が決まっているが、個々の状況、本人の遺志により、曜日・時間の融通はつけられるように配慮している。	個人別に入浴日は決まっているが柔軟に対応し週に2回午前中に入っている。入浴をいやがる利用者には声掛けを頻繁にしているでも入れる様にしている。浴室は広くて明るく暖房機器を設置して快適である。	基本の入浴回数が週2回では少ないので、少しでも回数を増やす努力をしてほしい。
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	夜間の睡眠状態をよく観察し、就寝時間を工夫している。眠れない方には、希望にもよるが冷・温の飲み物を提供したり、話し相手になる支援をさせて頂いている。空調、体位交換にも気を配っている。		
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	個々の薬情報はカルテに保管。職員は目を通したり、毎週来訪する調剤薬局の薬剤師により副作用や効能についても理解を深めている。医師や看護師の指示のもと、個々の必要な時間、量で服薬出来る様に支援している。		
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	個々のできることに合わせて、家事や庭や畑の手入れ等行ってもらっている。それぞれの利用者様が何が得意で不得意か、やってみたいことは何か、可能性を試行錯誤して支援させて頂いている。		
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	日常の散歩は気候や個々の体調に合わせて職員と一緒に掛けている。家族の来訪のほか、一緒に外出してもらうことを積極的に勧めている。	天気の良い日はベランダに出て日光浴をしたり、庭の菜園の野菜や花の手入れをし周辺を散歩している。正月は近所の神社に初詣に行き季節毎に梅、桜、菊、紅葉等の見学と水生植物園や文化ゾーンへ車で出かけている。	

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	金銭は原則、事務所で鍵のかかる場所で保管している。買い物に行ける方は職員が同行するが、消耗品や、嗜好品の購入など、ご家族に相談の上、職員に代行することが多い。		
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	利用者様の希望に応じて、事務所にある電話か子機を使用して頂く。FAXそ送信や、手紙を出す支援もさせて頂いている。		
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	共有空間は、適切な室温、温度管理を行い、快適に過ごさせて頂いている。季節毎に職員と利用者様とが共同で創作し、完成した作品を玄関やユニット内に掲示している。居室や共用空間をはこまめに清掃を行い、清潔を保っている。	食堂やホールは天井から自然光が入り明るくて清潔感がある。室温は快適に保たれている。職員と利用者が季節の花を折り紙で作り壁に飾って季節感を出している。廊下、トイレ、浴室には手すりを取り付け、トイレと洗面台は車椅子での使用が出来る。	
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	ホールにはソファを設置し、利用者様が思い思いに利用して頂いている。また希望に応じて、ウッドデッキのスペースに椅子を運び、外気浴や日光浴をしてくつろいで頂ける様にしている。		
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	居室には利用者様の馴染みのものや写真、椅子等の家具をそれぞれの思いで準備され、居心地の良い空間を作させて頂いている。日常使用するコップや箸、茶碗は使い慣れた物を利用して頂いている。	居室は6畳の洋室で専用のベッドとタンスが設置して有り、畳も1名が使用している。生活に馴染んだテレビ、小物入れ等を置き家族の写真を飾り家庭の雰囲気を出し居心地の良い部屋にしている。	
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	ユニット内に手すりが設置しており、安全に歩行出来る様にしている。居室を迷わない様に、名札や分かり易い目印をつけ、利用者様が混乱せず行動出来る様に配慮している。		

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	6	身体拘束については、玄関や庭へ出る窓の開錠が行えていない。職員が目を離した際に、隣の施設まで歩いていたり、庭に出ていることがあった為である。	利用者様が思った時に外へ出るという生活するうえでごく自然な形で、安全面に配慮した形で開錠する。	まずは、庭へ出る窓の開錠から行う。所在確認を職員が常日頃意識し、一定期間経って、問題がないようなら、次の箇所への開錠に繋げる。	6ヶ月
2	10	家族様からの意見を聞く機会はほとんどなく、家族様発信であることが多く、事業所は受け身である。	家族様から気軽に意見・助言・提案等を行っていただき、職員間で話し合い反映する。それによって、より良い利用者様、家族様、事業所の関係づくりを行う。	意見箱の設置。家族様とのケアプラン説明の際の、具体的な話し合いを取り入れる。	3ヶ月
3	2	地域のボランティアの方々には、年に1回来て頂いている。地域の保育園・幼稚園の関わりは殆どない。	地域のボランティアの方々との交流の継続。地域の保育園・幼稚園との交流。	地域の保育園や・幼稚園の交流については、運営推進会議などで自治会長と相談し、可能であれば来訪・訪問し、地域の方々がよりグループホームが身近に感じて頂ける様にする。	12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。