

### 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	2572300107		
法人名	特定非営利活動法人 ふれあいセンター「そよ風」		
事業所名	グループホーム 大空		
所在地	滋賀県湖南市三雲2030-68		
自己評価作成日	平成28年 9月30日	評価結果市町村受理日	平成28年11月29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28年11月 11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>・住み慣れた地域で人権が守られ、その人らしい生活が出来るという理念に基き、閑静な住宅街の中、古民家回収の小規模な建物で、利用者と職員の距離が近く、利用者同士も家族関係の中で生活している。家族の面会や利用者の外出が多い。</p> <p>・地域の行事に積極的に参加し、保育園・小学校との交流、体験学習を通じ認知症の理解ができる関わりがある。</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>閑静な住宅地の中に民家を改造した当事業所がある。建屋が古くなり、来年早春には本部のある湖南市吉永地区に新築移転が決まっている。最高齢100歳の利用者を含め、女性6名が家庭的な環境の中で職員とともに穏やかに暮らしている。天気の良い日は毎日散歩し近所の人が販売している野菜や花を買いに行くなど、すっかり地域に溶け込んでいる。事業所内では利用者が得意とする料理や洗濯干し・洗濯たみ・庭の手入れなど自宅で暮らしていた時のように自分のペースで生活している。少人数で、職員も自分の母や祖母と一緒に暮らしているような感じで利用者の心を掴みケアしている。協力医療機関や看護師とは24時間対応が出来ており、家族にとっても安心出来る体制を築いている。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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
<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	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念であり、事業所の目立つところに理念を貼りだし、ミーティングでは理念に沿った具体的なケアについて意見の統一を図っている。	「誰もが住み慣れた地域で自分らしく暮らし、ぬくもりのある生活が送れることを目指す」を理念に掲げ、目に付く居間に掲げている。ミーティングで理念に沿った毎月の介護目標を設定しケアに活かしている。	
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	毎日の散歩や地域行事への参加で地域の方たちとの交流が出来ている。グループホームでの行事に地域の方を呼んでいる。また、保育園や小学校との交流を持っている。	自治会に加入し、地域のサロン、納涼祭や文化祭に参加し、事業所のコンサートに地域の方を呼んだりしている。日に2回の散歩で地域の人と日常的に交流している。	
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	地域の方も参加できる認知症研修会を運営推進会議の中で行っている。また地域の小学生の児童に体験学習を実施している。		
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	運営推進会議では毎月の活動の報告をはじめ、地域の方や家族から意見を取り上げ、活動内容等に活かしている。外部評価結果から取り組んでいる内容も報告している。	市職員、地域住民代表、利用者等で2ヶ月毎に開催し、事業所の課題について意見交換している。住民代表から1日2回の散歩は地域にとっても防犯に役立っていると喜ばれている。	
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	市からの相談員や運営推進会議の中で各担当者に助言等をしてもらい、協力しながらサービスの向上に活かしている。	市の高齢福祉課と包括支援センターとは、常に連携を持ち利用者のサービスや課題について報告や相談をしている。月1回介護相談員の訪問を受け利用者や直接話をして貰いアドバイスを受けている。	
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	高齢者の権利擁護や身体拘束に関する研修に参加し、ミーティングで伝達している。職員の見守りを徹底し、鍵をかけずに自由な暮らしを支援している。予測できるリスクを家族と率直に話し合っている。	玄関の鍵は施錠せず職員が見守りに徹し、補助的にチャイムを使用している。職員は外部研修を受講し、内部研修会で全員に周知徹底している。言葉使いにもお互いが注意し合い優しい言葉がけをしている。	
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	高齢者虐待防止法に関する学習をミーティング内で実施して、不適切なケアについて確認している。		

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	成年後見制度や日常生活自立支援事業に関する研修に参加し、勉強会を事業所内で開催し、職員の理解を深めるようにしている。		
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	契約時には時間をとって丁寧に説明し、事業所の対応可能な範囲について説明している。状態の変化等により解約される時には、本人と家族と相談し、その後の対応方針も含めて納得を得られるよう努めている。		
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	ご家族の訪問時家族会で常に問いかけたり、アンケートで何でも家族と話せる雰囲気作りに留意している。出された意見はミーティングで話し合っている。運営推進会議に利用者に参加してもらい、意見等を聞いている。	家族の意見や要望は、来所時や家族会、家族アンケートなどで収集している。その内容をミーティング時全員で検討しケアに反映している。家族から食後の服の汚れを指摘されエプロンを着用するようにしている。	
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	月2回ミーティングを行い、意見を聞くようにしている。個別面談で管理者は意見や要望を聞くようにしている。職員間には細かいことまで話し合うようにしている。	月2回のミーティングで職員は意見、提案を出し共有化している。管理者は4ヶ月に1度職員と個別面談を行い意見を把握している。来春新築する建屋に台所など15件程要望を出し採用されている。	
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	代表者は毎日現場に来て、現場の状況を把握し、職員の疲労やストレス要因に気を配ったり、ストレスマネジメント研修を開催し、職員自身でストレスを軽減できるよう働きかけている。職員の資格取得に向けた支援を行っている。		
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	新人に対してマンツーマンのOJTブラザーシスター制度を取り入れている。外部研修には一人一回以上参加し、内部研修を積極的に行っている。介護職員研修受講支援事業を活用している。		
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	グループホームの連絡協議会に加盟し、交流する機会を作っている。また同市内の介護保険事業者協議会会員として研修への参加や交流をしている。		

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
<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	本人が困っていることや不安なことを聞く機会を設け、家族からの情報を聞くことで目標達成型のケアに活かして、安心してもらうために関係作りに努めている。		
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	これまでのサービス利用状況や家族の想い、話など経緯を詳しく聞かせてもらい、事業所としてはどんな対応ができるか話し合いをしている。		
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	相談時、本人やご家族の思い、状況等を確認し、改善に向けた支援の提案、相談を繰り返している。早急な対応が必要な場合柔軟な対応をしている。		
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	本人の思いを大切にする関係作りに努めている。利用者から「ありがとう」という場面作りではなく、スタッフから「ありがとう」を伝える環境作りをしている。		
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	本人の日頃の状態をこまめに来所時に伝えたり、電話で話している。また月1回の大空通信で利用者の様子や出来事を写真で分かるようにしている。6ヶ月に1度のアセスメントでご本人の思いを家族に見せている。		
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	昔から利用している美容院に行き続けていたり、墓参りを続けている利用者もおられる。また友人と外食したり継続的な交流ができるよう働きかけている。	独自のフェイスシートで利用開始前の生活状況を把握している。馴染みの美容室やコンビニ、墓参りに出かけている。地元の高齢者「藤房サロン」、納涼祭等送迎への支援をしている。	
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	利用者の関係に配慮して、適宜席替えを行っている。洗濯物たたみの時、やり方の違いでトラブルにならないようにスタッフが間に入ったり、わざと二人が一緒にならないように配慮したりしている。		

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
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	サービス利用が終了しても本人の情報を詳しく伝え、元利用者が通うデイサービスに馴染みの利用者や職員が会いに行くなど、不安やダメージを減少させるよう努めている。		
<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	本人の思いを大切に希望を聞き、家族等と一緒に考える機会を持っている。言葉だけではなく、思いに寄り添うことで希望や意向について把握することに努めている。	一人ひとりの思いや希望を職員が利用者の部屋に入って、直接聞き把握している。表出困難な利用者についてはセンター方式の「私の気持ちシート」や家族の情報を参考にしている。	
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	本人・家族のこれまでの生活歴や環境、時代背景、こだわりを把握し、それらをケアに活かしている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解するとともに、出来ること、出来ないことに注目し、全体の把握に努め、記録に残している。		
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	全員で一人の利用者のアセスメントを行い、介護計画を作成している。介護計画作成時にはご本人やご家族の意見を聞き、反映させている。	介護計画は作成担当者が職員や看護師とよく話し合って作成し、家族の署名と承認印をもらっている。3ヶ月毎にカンファレンスを行い計画に変更がない場合自動継続とし、家族には報告していない。	3ヶ月毎の見直しで変更なしの場合でも説明のうえ新たに署名と承認印をもらうよう希望する。
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	個別ファイルを活用している。バイタル・水分量・食事・排泄・入浴、その時の様子、特記事項を書き、全員がいつでも見て、情報の共有ができるようになっている。		
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	家族の要望から本人の通院・付き添いが出来る体制を整えている。また居宅療養管理指導や理髪店の移動サービス、訪問マッサージを利用者・家族の希望で行っている。		

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	運営推進会議に地域の方が参加され、意見交換をする機会を設けている。朝食・夕食ボランティアに民生委員が参加されている。		
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	本人やご家族が希望するかかりつけ医となっている。基本的には家族同行の受診となっているが、不可能なときには職員が代行している。受診時には書面にて本人の様子や変化を伝えるようにしている。	1名は協力医の往診だが、5名はかかりつけ医で家族の同行受診である。全員が認知症の専門医も受診している。事業所からは日頃の様子を書面にて提供し、医師からは診療情報提供書をもらい内容を共有している。	
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	看護職員を配置しており、常に連携が取れている。小さな「気づき」でも報告し、対応の指示を受けることが出来ている。また24時間体制であり、早朝・夜間時でも対応し早期発見に努めている。		
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。	入院時によるダメージを極力防ぐためにグループホームで対応可能な段階でなるべく早く退院できるようアプローチしている。入院時には本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、職員が見舞うようにしている。		
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	重度化に伴う書類を作成し、家族と話し合う機会を設けている。重度化を不安に思う家族には常に「今後」について話し合うことにしている。また看取りを行うことで家族の協力を伝えている。	終末期の対応を重要事項説明書に明記している。重度化対応指針と看取り対応指針を作成し、入居時に同意を得ている。年1回内部研修を行い看取り体制の向上を図っている。現時点で看取りの実績はない。	
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	すべての職員が対応できるよう応急手当、AED使用方法等について機械と人形を使って勉強会を開いている。緊急時対応マニュアルをいつでも見られる場所に置いている。		
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	年2回の避難訓練を実施している。またグループホームの室内には消火器・火災通報装置が備えられている。非常用食料・水なども備えている。避難経路の確認をしている。	地震と火災の避難訓練を年2回実施し、マニュアルや連絡網も完備している。最近では地域住民の参加がなく、消防署立ち会いの協力も得られていない。11月には夜間を想定した避難訓練を予定している。	災害時には地域住民の協力が不可欠なため、積極的な参加の声掛けが望まれる。訓練には消防署に立ち合ってもらい指導・助言を受けることを希望する。

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	本人の気持ちを尊重し、プライドを傷つけない声掛けに配慮している。利用者の個人情報が必要なことだけ内部で共通認識し、外部にもれないよう管理している。	外部で受講した人権研修を内部研修会で共有している。職員の不適切な言動は都度管理者が注意している。外部に出す広報誌の写真は顔にモザイクをかけるなどプライバシーに配慮している。	
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	自己決定が出来る言葉かけを常にしている。入浴・トイレ・服・外出・散歩・レク・食事作り等、常に本人が自己決定出来る環境にしている。		
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	本人が希望することを第一優先に行っている。場合によっては個別対応出来る体制を取っている。本人の希望に沿わないときは理由を本人に伝えている。		
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	朝の着替えは基本的に本人の意向で決めており、見守りや支援が必要ときに手伝うようにしている。本人の馴染みの美容院へ行ったり、訪問理容を利用している。		
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	買い物、調理、食事、後片付けを利用者個々の力を活かしながら職員と一緒にしている。食事は好みに合わせてメニューを変更していることもある。畑でとれた野菜を食卓に出すこともある。	食材は生協で調達し、火を使用する調理以外は利用者が主体となって下ごしらえから盛り付け、後片付けまで行い、持ち込みの茶碗、コップ、箸を使って、職員と一緒に食べている。月1回は外食を楽しんでいる。	
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	一人ひとりの体調と食事量、水分量を把握している。ムセや飲み込みの悪い人には食事形態を工夫して出している。カロリー制限のある人には、低カロリーになるよう工夫して出している。		
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	毎日、口腔体操を実施したり、各自に合わせた口腔ケアを行っている。自分でされる方には声掛けを行い、して頂いている。		

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	自尊心を傷つけないように配慮している。パッドの種類も本人と一緒に検討している。排泄チェック表をつけ、各自の排泄パターンを把握し、声掛けをしている。	排泄チェック表から排泄パターンをつかみ、全員がトイレで排泄している。本人の希望で3名がリハビリパンツ着用だが職員の適切な声掛けで失敗はない。全員布パンツ着用に向け取り組んでいる。	
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	排泄パターンを記録し、便が出ていない方には乳製品を利用している。また毎日の散歩などを通じて運動することで腸の動きをよくし、便秘の予防を支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	おおむね時間帯は決まっているが、その方の体調・気分で早い時間にも夜にも変更が出来るようにしている。入浴を拒否する方には言葉掛けを工夫することで入浴支援を試みている。	週3回午後に入浴しているが、時間帯は柔軟に対応している。入浴しない日は清拭で保清に努めている。冬至はゆず湯にしたり、湯船はオーバーフローにして気持ちよく入浴できるようにしている。	
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	日中の活動を促し、生活リズムを整えている。就寝時間を決めず、本人が自然に眠りに入るよう配慮している。		
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	服薬ファイルや処方箋を個人ファイルにとじ、職員が確認できるようにしている。副作用に関してアセスメント時やミーティング時に話し合いの場を設けている。		
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	食事作りや洗濯干し、洗濯物たたみ、庭の手入れ等得意なことを職員と一緒にしている。夏には朝顔を育てることで、楽しみごとが増えている。		
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	毎日全員が散歩に出かけるようにしている。月1回以上は全員で外出、外食をしている。買い物、ドライブは常時行い、気分転換を図っている。	3人ずつ交代で天気の良い日は1日2回近辺を散歩している。事業所が個別に対応できない場所でも家族の協力で頻繁に出かけている。月1回は全員で外出しており、今年は家族も参加して1泊2日の旅行を実現している。	



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	利用者が必要な品物を購入することを支援している。スタッフと一緒に買い物に行き、品選びや支払いがスムーズに出来るように支援を行っている。		
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	携帯電話で家族や友人と話したり、グループホームの電話で家族で話されるよう支援している。毎日家族に手紙を書いておられたり、家族からハガキが届くこともある。		
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	全ての空間にてすりが設置されている。居間には皆が季節を感じる事が出来るように花を生けたり、壁には絵や折り紙で作られたものを一緒に作り飾っている。	台所兼居間は広いとは言えないが、何処にでもある家庭の雰囲気そのまま感じられる空間になっている。床暖房が入り快適である。壁面いっぱい季節に応じて作った利用者の作品が貼られ、片隅には長椅子が置かれゆっくりできる場を設けている。	
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	台所のテーブルとは別にソファを置き、洗濯物をたたんだり、ゆったりと過ごして頂けるよう配慮している。窓辺の朝顔を毎日数えておられる等くつろいだ空間となっている。		
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	写真や馴染みのあるものを置いて、居心地がよくなるように工夫している。また好みの本や道具を置くことで、居室が自室で過ごされていたように安心して過ごせるよう努めている。	6畳の和室の居室には、家族写真や思い出の品が飾られ、全室に加湿付きエアコンが設置され快適に過ごせるようにしている。清掃は主に利用者が主体で行っているが、職員も協力して清潔に保たれている。	
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	玄関にスロープを置いたり、利用者の状況に合わせて居室に補助具を置いたり、家具の配置に配慮している。入浴時は間違っに入らないように使用中の札をつけている。		

## 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	自己38	利用者の尊厳に配慮し、一人ひとりの想いに添ったケアをする。利用者との信頼関係を強化する。	職員本位のケアでなく、利用者がしたいと思うことや出来ることはして頂くよう見守り、待つケアを心がける。利用者との職員が互いに信頼し、安心して過ごせる。	日々のケアは尊敬と感謝の気持ちで接すると共に、利用者やスタッフ同士が「ありがとう」や「すみません」を声に出して言う。利用者の生活歴や情報を共有し、利用者にあったケアをする。	12ヶ月
2	自己21	利用者一人ひとりの個性が強くぶつかることがあるので、職員が間に入り、個性を活かしたい家族関係が出来るよう支援する。	利用者同士がお互い認め合い、好意を持って生活されるよう支援する。	一人で過ごす時間や皆で何かをする時間を大切にする。職員が個人的に話を聴く機会を持つ。	12ヶ月
3	自己26	介護計画は職員、看護師が話し合って作成しているが、3ヶ月毎にカンファレンスを行い計画に変更がない場合自動継続とし家族には署名と承認印をもらっていない。	介護計画は本人、家族、関係者と話し合い現状に即した介護計画を作成し、共有してケアに活かす。	3ヶ月の見直しで変更なしの場合でも家族等に説明し新たに署名と承認印をもらう。	12ヶ月
4	自己35	地震と火災の避難訓練を年2回しているが、地域住民の参加がなく消防署立ち合いの協力も得られていない。	災害時に昼夜を問わず地域住民、消防署の協力を得て利用者が避難できる方法を職員全員が検討し工夫する。	災害時に地域住民の協力が得られるよう積極的に参加をお願いする。地域住民、消防署の立ち合いを得られるよう訓練方法を工夫していきたい。	12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。