

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	2570500369		
法人名	株式会社 ナガオカ		
事業所名	グループホーム悠愛		
所在地	滋賀県東近江市五個荘竜田町528-4		
自己評価作成日	平成22年10月28日	評価結果市町村受理日	平成22年12月10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 <http://www.kaigo-shiga.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2570500369&SCD=320>

【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・クラブ滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 株式会社平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成22年11月23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)】

自立・尊厳を基本とし、「第二の我が家」を目指し、6年目を迎え90歳を超える利用者様が半数を超えました。

自立・・・「寝たきりにならない様に動こう、自分で出来る事は自分でしよう」を合言葉に、朝屋のラジオ体操や散歩、基礎体力作りに精を出しています。また、尊厳・・・「個々の価値観を認め合う」の精神で思い合い、協力し合い、助け合いながら安心した日々、ゆったりした時間、楽しく過ごせる環境の持続が最大の支援だと自覚し努めております。”ケアは鏡”をいつも心に・・・。

【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)】

周囲の住宅に溶け込んだ佇まいのグループホームである。各居室や居間の配置は、利用者の利便性と、職員の見守りに配慮したものになっている。適度の自然採光と木のぬくもりを感じさせる落ち着いた構造となっている。職員は、利用者の自立と尊厳を尊重する介護を実践することに努め、日々の体力の維持と向上を目指す体操の効果により、要介護度の軽減、排泄に関する自立度の改善、ほとんどの利用者の自力歩行の維持などに現れている。利用者の半数が90歳を越えているにもかかわらず、全員が介助なしの食事を楽しみ、明るい話し声が飛び交っている。身体拘束について特に気を払い、如何なる拘束もすることなく、専門医との連携のもと、診断と投薬に併せて見守りを重視して安定化に努めている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	慣れ親しんだ地域の中で認知症になっても暮らしていける様に地域の方々に理解を深め「自分らしく、元気で寝たきりにならない」様に支援に取り組んでいる。	住み慣れた地域の中で、気兼ねなく自由に暮らせる生活を支援するという基本理念を、全職員が共有し実践している。理念に相応しくないスタッフ会議の決定があれば、直ちに修正できる柔軟性を持っている。	
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	地域の字行事の参加(ふれあいサロン)や散歩等にて日常的に社会との関わりを持てる様に努めている。	地域の定期的行事の「ふれあいサロン」以外には大きな交流はなく、自治会や老人会には参加していない。日頃の散歩等で近隣に認知されていて、地元からオカリナ演奏、大学落研による落語などの訪問があった。	今後、事業所から地域に向けて情報を発信を開始し、交流を深めてゆくことを期待したい。
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	運営推進会議を通し、当ホームが協力できる事がないか・・呼びかけを行っている。		
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、実施。利用者の現状報告、諸問題に関する相談や助言、災害時の協力依頼、認知症に対しての理解、地域との関わりの中で当ホームが出来る事等の話し合いを行っている。	2か月ごとに地域代表、知見者、行政、家族が出席して開催し、ホームからの行事説明の他、多岐にわたる質疑応答、検討を行なっている。会議構成員から外出時にワゴン車を提供する申し出もあるが、実現に至っていない。	運営推進会議メンバーの協力申し出(ワゴン車の提供)の実現を期待したい。
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	入所者様の認定や事故防止に向けての相談で関わりを持っている。また、運営推進会議において協力体制が整っている。	介護認定、新利用者の紹介、運営推進会議への出席など、協力関係は維持しているが、日常的な連絡や関わりとまではいえない現状である。。	手続き事務に限定せず、ボランティア募集や介護全般に亘る情報収集等運営上の相談相手として、包括支援センターなど行政窓口とは日常的なかかわりを密にして欲しい。
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	つなぎ服の使用は禁止している。ただし、玄関はオートロックになっている。テラスや居室の窓は開放している。	利用者を拘束しない介護方針を職員全体が共有し、利用者は自然で自由な生活を送っている。非常に状態の悪い利用者が入居した際にも、身体拘束をすることなく、医師の診断・投薬と見守り介護で改善に成功した。玄関はオートロックドアとなっていて、外出するには開放装置に触れて開く必要がある。	利用者にとってオートロック装置は、閉錠と同じと考えられるので、再検討を期待したい。
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	職員一人一人が日常ケアをする中で身体的、精神的虐待がないか・・常に気を配りながらケアに取り組んでいる。発生時は早急にスタッフ会議において協議を行う。		

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	スタッフ会議において成年後見制度の勉強会を実施。(新入所者様が該当)		
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	契約時には解り易く説明を行い、疑問等は速やかに納得いただけるまで説明を行っている。		
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	面会時などを利用し悩みや苦情、相談事がないか…話のできる機会を作っている。悠愛、家族会、市、町にも相談窓口がある事も情報提供している。	毎月定期的にホームを訪問する家族や家族会で話す機会を設け相談している。重要事項説明書に相談窓口担当者、外部苦情申立て機関として行政(市民生活課)と滋賀県国民健康保険団体連合会を明示している。	
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	スタッフ会議においてケアに関する意見提案は話し合っている。個人の相談に関しては個別に対応している。	スタッフ会議は原則として月一回開催しているが、必要に応じて随時開催している。職員は、業務上の改善提案を自由に行う事ができ、管理者と職員の協力で運営改善に繋げている。	
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	勤務表で勤務状況を確認し、上司が現場に行き管理者から様子を聞き相談を受ける機会を設けている。処遇改善交付金を活用し介護職員の賃金改善に努めている。		
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	内部研修はスタッフ会議において30分程度の勉強会を行っている。外部研修については、研修案内を回し個人にまかせている。新人が入った場合は管理者等と一緒に勤務に入り、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	グループホーム部会が実施されているが、勤務上参加が難しい。インターネットはないので、他の事業所間の情報も把握できない。		

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
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	基本情報や生活暦をしっかりと把握し本人の訴えには傾聴し対応している。訴えの出来ない方に関しては表情や不安の原因を探り安心して過ごすことが出来るように努めている。		
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	御家族のお困りの内容や介護に関する不安、環境的な問題などにも傾聴している。また、利用者と御家族の思いの違いに関してもお互いの調整を行っている。		
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	今のところ、他のサービス利用の必要性はないが必要に応じて検討したい。		
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	家事、洗濯たたみ等のお手伝いを一緒にする際に昔ならではの知恵袋などのお話を聞いたり人生の先輩としてのアドバイスを頂いている。		
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	面会時の回数や外泊の日数も減ってきている現状において家族の絆が希薄になってしまわないように母の日、敬老会、家族会の行事に御家族様も参加できるように企画している。		
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	馴染みの人に関しては御家族様に協力して頂き面会して頂く。場所はドライブのついでに立ち寄ったりしている。	定期的に昔馴染みの仲間の訪問を受ける利用者がある。外出時に、自宅周辺をドライブし、開発が進んだことなどを話題にして、回想することを手助けしている。	
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	一人孤立しないようにお手伝い等を通し協力し合えるように他の利用者様と関わりを深めている。		

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	退所後の様子は気になるが本人、御家族様からの連絡がない限り、当ホーム側からの連絡は遠慮している。		
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	本人希望を最優先している(実行可能な場合)。困難な場合は、職員対応ばかりでなく御家族様に協力して頂き本人本位になるように検討している。	本人の思いや意向を把握するために利用者の言葉を傾聴することに徹しており、顔色や身振りを見逃さず、本人が安心するための方向づけをおこなっている。	
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	入所前に本人、御家族様より情報収集しこれまでの生活の持続が出来るように努めている。		
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	日常の心身状態やバイタル、排泄、食事は介護記録表に詳しく記入し、変化がある時は日報に記入し引き継ぎにより全員が把握できるようにしている。		
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	本人の希望、ニーズを把握し担当者との意見交換後、御家族様との検討、協議の上、ケアプランを作成している。	多数の職員が参加する毎月のスタッフ会議で、全員でカンファレンスとモニタリングを実施する。変化のある利用者は、随時計画を見直し、家族の同意を得ているが、変化のない利用者の計画見直し記録がない。	特に変化のない利用者についても、3ヶ月に一度はモニタリングの結果に基づき介護計画を見直し、家族の承認を得てほしい。
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	介護記録表以外にも把握し易い書類を用い情報の共有化に努めながらプランに反映している。		
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	認知症の進行やADL低下に伴う変化等が生じた場合は本人、御家族様、担当者との協議を行い、速やかにプランの見直しをしている。		

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
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	ボランティアによる「生オカリナ演奏会」を昨年同様、実施している。また、花火大会を御家族様、利用者、職員、地域の区長・民生委員の協力の下で実施できた。		
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	入所前のかかりつけの医師や当ホームの協力医師との関係は大切にしている。認知症の進行に伴い、精神科との医師との連携も密にしている。	利用者全員に個別の医療記録ファイルを完備し、かかりつけ医受診時に持参して、医師の意見を記入してもらい、家族と共有している。救急搬送に際しても、個別受診記録ファイルと介護記録を持参している	
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	訪問看護、居宅療養管理を受けていない。職員で対応できない場合は受診するか、主治医の指示の下で対応している。		
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。	入院時は御家族様より了解を取り情報を得ている。退院に向けてのカンファレンスは御家族様、医師を含め事前に受け入れ態勢を取っている。		
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	重度化や終末期に関しての話し合いが未だできていない。当ホームとして何処までが限界か、利用者や御家族の思いは？などの話し合いを早急に検討している。	スタッフは重度化や終末期に向けての方針を作成することの重要性を認識しているが、未だ家族との間での具体的な話し合いはもたれていない。	利用者の半数以上が90歳を越える現状であり、次回開催予定の家族会の席上で具体的な意見交換が行われ、具体的な指針を決定することを期待したい。
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	必要に応勉強会等を通し知識は深めているが、実践面での経験が少ない。今後勉強会は持続していく。		
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	災害時の避難誘導は行っている。運営推進会議においても災害時の協力体制は協力を得ている。	年2回の避難誘導訓練実施の結果を生かし、要介護度に応じて避難時間短縮のために部屋替えを行う等、災害対策に積極的である。災害時、地域の協力体制も得られるよう運営推進会議メンバーの支援を受けている。	

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	
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	居室で過ごされている時やトイレ誘導時等、気を遣わせない様に声掛けには配慮している。また、人生の先輩である利用者には敬語で話しかけられるように努めている	利用者への敬意ある言葉がけなどについてスタッフ会議でとりあげ、職員相互で注意しあっている。個人情報に関する文書類は事務室内の保管場所で管理・保管している。	
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	利用者の発する言葉に耳を傾け利用者が望むケアを出来る様に努めている。言葉掛けは「ゆっくり優しく」を心がけ本人が納得できるように努めている。		
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	個人、それぞれの生活スタイルを尊重し多動な利用者には自由に過ごして頂ける様に決して制止せず見守っている。		
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	2ヶ月に1度、移動散髪を利用している。髪型は本人の望み通りとしている。白髪染めも希望者に行っている。		
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	利用者と一緒におかずの盛り付けや後片付けを行っている。また、毎週水曜日は利用者の好みの献立にし一緒に調理に参加して頂いている。	明るい雰囲気にもまれて、90歳を越える利用者を含み全利用者が介助なしの普通食を完食している。口々に美味しいと感謝しながら食事を楽しんでいる。弁当を持参する職員もある。	職員も一緒に食事できるよう、工夫を期待したい。
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	栄養士により1日1800Kcalでバランス良い食事の提供をしている。義歯がない方には刻みで対応、水分量は1日1000ccを目標としている。		
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	毎食後ではないが口腔内のうがいや歯磨きは実施。夜間は義歯を預かりポリデントしている。また、定期的に歯科医師に口腔内の点検や歯磨き指導を受けている。		

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
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	排泄チェックを常時記入しパターンを掴んでいる。またパットの尿量に応じて排泄時間を割り出している。リハパン→パンツに換える取り組みを行っている。	失禁しないことが自立の要件と考え、排泄の自立を維持するための体力増強策として体操による体力向上に力を入れている。多くの利用者がリハパンから布パンへ移行し、入所時より自立度が向上した。	
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	便秘が3～4日続くと牛乳やさつま芋等の繊維質の食べ物で対応している。その他整腸剤や浣腸などを用いる事もある。入浴や体を動かし便通を促す時もある。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は隔日としている。希望で毎日でも可能。湯の温度、時間は本人に決めて頂く。その日の体調は職員で決めさせて頂く。ただし、入浴時間は夕食までとしている。	基本的には隔日入浴を実施しているが、希望により毎日入浴にも対応している。車いす利用者は、リフト浴の装置が無い為シャワー浴とし、必要な介助人員の配置をおこなっている。	
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	室内温度や照明は個人の希望で対応。明りが無いと眠れない利用者には暗くしない。不眠時は傾聴し安心して休んで頂いている。		
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	把握している。用量は主治医の指示。薬の色、形の把握と毎食の薬のセットに間違いがないか服用時に確認し、最後まで服用できたかの確認も行っている。		
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	お手伝いは本人能力に合わせて役割として参加頂いている。協力することで利用者間の輪が出来ている。基礎体力作りでは片足立ちが出来、自慢げに披露してくださる。		
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	天気の良い日は戸外で散歩やテラスでおやつを召し上がったりしている。花見や紅葉の季節には行事として参加頂いている。	花見や紅葉の時期には行事として外出しているが、移送手段の関係から全体外出の機会は少ない。日常的には足腰の鍛錬を兼ねて、近所の災害時避難場所までの散歩をしている。	

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
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	お小遣いはホーム側で金庫に保管している。(身近に置くとトラブル発生)「ホーム内駄菓子屋、買い物」等は本人持参で対応していただく。		
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	手紙を出したいという訴えには職員が代筆にて対応している。電話に関してはまず御家族様の了解を得た上でいつでも対応している。		
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	光は厚手のカーテンなどで刺激にならない様に調整しており。温度は天窓より換気をしたり冷暖房器具にて調整をし不快にならない様に努めている。トイレには飾り窓を作り気分も転換を図っている。	天窓からの適度な採光で屋内は明るい雰囲気を保っている。壁面には行事の写真と共に利用者の写真付きプロフィールを紹介している。トイレの飾り窓は利用者への配慮を伺わせ、浴室共に清潔である。	
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	廊下、ホールにソファや椅子を設置、誰もが気軽に座ったり休憩できる様に配慮している。一人になりたい時は居室で過ごして頂く。		
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	「居室は本人にとっての家である」という考えから面会時は御家族と一緒に過ごせるように配慮している。馴染みの家具や使い慣れたものを置いて安心できる環境にしている。	利用者の身体能力に合わせて、ベッド使用と布団を使い分けている。家族や本人の写真を飾り、馴染みの家具を使用することで家庭的な雰囲気を創り出している。	
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	居室入口には暖簾や名札で居室を解り易く工夫し、トイレには大きな字で便所トイレと明記している。浴室、トイレには手すりを設置している。		

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	10	高齢化が進むと自立よりも安息を重視し、プランも安全を考える傾向となりプランの継続につながっていた。目標の立て方、工夫も大切と感じた。モニタリングをしっかりとし、介護計画書に役立てたい。	ニーズ、視点の見直しを行い、モニタリングを全員で話し合い介護計画書に役立てる。 ご家族様への説明、了解後、承諾書を得る。 (3ヶ月毎)	外部評価日(11/23)より、モニタリングの、見直しをしっかりとし、介護計画書作成に役立てている。 今後も続けていく。	3ヶ月
2	12	重度化や終末期に関するグループホームとしての方針をきちんと示す事が急務となっている現状で、ご家族様全体の意見交換が進んでいなかった。終末期に関してはグループホームでの限界の問題もある。	重度化が進まない様に基礎体力作りや筋力アップの運動に取り組んでいる。重度化しても”第二の我が家”であるグループホームでの生活の継続が望ましい。出来る限り安心して暮らしていける様に努めたい。	11/28に久しぶり(3年)に家族会の実施があり、その席上にて重度化、終末期に関する全体の意見交換が行なわれた。課題は多い。1つずつ課題の実現化を本社と協議の上、方針を立てたい。	12ヶ月
3					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。