

### 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	2170600437		
法人名	特定非営利活動法人 福祉サポートセンター さわかや岐阜みのじ		
事業所名	グループホームガーデン柳津		
所在地	岐阜県岐阜市柳津町本郷2丁目7番地3		
自己評価作成日	平成21年9月13日	評価結果市町村受理日	平成21年12月18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://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170600437&amp;SCD=320">http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170600437&amp;SCD=320</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成21年9月29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)】

家庭環境の延長上にある共同生活を行う上で、人員配置を厚くし個別対応をしながら、人間らしい当たり前の生活の継続を心がけている。また、医療依存度が上がってもできる限りホームで普通の暮らしができるよう対応している。

概要

職員数 12名(正職員7名、パート5名) 常勤換算7.2人、5年以上勤務者8名、全員ヘルパー2級以上保持 介護福祉士3名、ケアマネージャー2名、看護師1名  
入居者様 平均年齢 82.4歳、平均介護度2.6、平均滞在年数 4年6か月、看取り数2名(総退去者数7名)

【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)】

利用者の気持ちを第一に考えて行動する姿勢が、どの職員にも見ることが出来るホームである。助け合いの心を持ち、共に生きることの大切さを職員が理解している。その結果として利用者の表情は実に穏やかで信頼していることが窺えた。徐々に動けなくなることが決して悪いことではなく、人生の終着点と理解し利用者の思いを受け止めている職員に共感を覚えた。管理者は認知症介護を世の中に広めるべく取り組みを幅広く行い、常に探究している。今行っているケアに自信を持ち、管理者の介護論が世の中に残るような次のステップを管理者へ期待したい。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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+)- + (Enter+)-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>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	厚生省の掲げるグループホームの指針の一語一語をよくかみしめ掘り下げ、それを実践している。	管理者は介護の本質を世の中に広めるために、厚生労働省のグループホーム指針を理念の中に取り入れている。ホームの理念を広めていくことで、社会に介護の本来の姿が理解されることを望んでいる。	
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	散歩や買い物等で地域に出かけ交流している。また、地域住民センターのカギ管理もまかされている。	介護予防サロンを同法人で開催している。予防サロンの利用者は近隣の高齢者であるために、自然にホームとも馴染みの関係を保っている。	
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	ふれあいサロンなどで、介護教室や、社協の介護教室の講師、小学校での福祉授業の手伝い等行っている。		
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	法人の事業計画や、経営状況、日々のサービス状況、ホームの方針などを話合い理解していただくと共に、意見も頂いている。	推進会議の場では、認知症を理解してもらうための認知症勉強会を必ず行っている。家族の思いや今までの介護の苦労話などを民生委員や、市の職員に直接発表している。こうすることで、認知症の理解を地域から、全国に広めたいと考えている。	
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	運営推進会議をはじめ、県内事業所の協議会役員でもあることから、日々交流をもっている。	管理者が市の福祉課との交流が深いこともあり、市内のグループホームへの連絡係となっている。県から相談を持ちかけられることも多く、協力体制を整えている。	
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	玄関施錠をはじめ抑制になる身体拘束はもとも行っていない。	言葉で行動を抑制する、薬の不必要な服用による抑制等は認知症を悪化させるばかりであると考えて、身体拘束をしないことを職員全員で徹底している。精神的な抑圧が一番の拘束であると、職員は受け止めている。	精神的に縛ってしまうことは、本人にとってマイナスである理解してケアを実行することができるのは、全員が身体拘束の内容を理解しているからこそである。今後も継続したケアを期待したい。
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	身体的虐待はもちろんのこと、言葉や態度による虐待もないように、日々注意をはらっている。		

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
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、成年後見制度1名、権利擁護事業1名利用中。		
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	入居時にホームの方針、できること、できないことを明確にしている。また、運営推進会議、家族会議で都度話し合っている。		
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	ほぼ週に1度は来訪されており、その席で話し合いをもつようにしている。ご家族の要望等も吸い上げられるようにしている。また、便り等でも尋ねている。意見に対しては、職員会議で議論する。	頻繁に来訪する方が多いため、来訪時に職員と会話していく中で意見交換することが多い。意見があれば、早急に職員で相談し家族へ報告している。	
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	代表者、管理者とも現場の介護にはいっており常に話せる環境にある。また、職員会議等でも話合っている。	定期的に職員で集まる女性会を開き、職員間で意見交換している。内容は様々で、提案があれば管理者へ報告して運営に反映させている。	
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	職員配置数や、勤務時間、希望休の取得など環境整備している。また、習熟度に合わせて研修等にも参加してもらっている。資格取得にもバックアップしている。		
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	正職員に、年2日の外部研修(出張扱い)を目標設定している。実践者講習6名受講済。今年度も追加受講予定。パート含めた全職員がヘルパー2級以上。社内的にも毎月会議時に時間をとっている。		
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	法人で県グループホーム協議会の事務局を受け持ち、管理者が役員をしていることから行政、同業者との交流は多い。現在、一般職員向けの交流勉強会を企画中。短時間パートを除いた職員には名刺を作成し個人交流もすすめている。		

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
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居居前に必ず面談をご本人としている。また、ホームにも入居前に御本人に来ていただき雰囲気を感じてもらっている。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>ご家族の状況をよく聴き、必ず複数のグループホームを見学していただき、当ホームを理解、納得されるまでじっくりと話し合い、ご家族との信頼関係を築くようにしている。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>必ず、お話を伺い、グループホームなのか他のサービスが必要なのかを一緒になって考え本当に必要なサービス提供になるようにしている。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>運営規定にもあるように、有する能力に応じてできる限り自立した生活が送れるように支援している。また、選択することをできる限りしていただいている。グループホームというコミュニティで利用者間の相互互助という精神を目指している。</p>		
19		<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>定期的に来訪いただき、利用者のケアについて一緒に考え話し合い、ときには、一緒にケアに参加してもらっています。また、介護記録ノートはすべて開示し、来訪時に確認していただいている。</p>		
20	(8)	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>自宅に行ったり、お墓参りに行ったり、行きつけのお店(美容院、喫茶店)に行ったりしている。</p>	<p>友人が訪ねてくる、行きつけの喫茶店へ行く、行きつけの出前を頼むなど店を探すときには利用者に聞いている。昔を懐かしみ、利用者の生きた歴史を紐解いた援助を行い、地元で暮らすことがいかに大切かを実践している。</p>	
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>職員が間に入り、会話を振ったりつなげたり、依頼したりして利用者同士のかかわりを持てるように支援している。利用者同士が相互互助の関係になれるように目指している。</p>		

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	過去7名しか退去者が無く、入院または、看取りであったが、手続きや、情報提供、退去時の荷物搬送等、お手伝いした。過去の入居者のご家族が当法人で働いていただいている方もある。		
<b>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	1対1でゆっくりとお話を聴いたり、会話の中にそれとなく混ぜ込み希望や想いの把握につとめている。また、ご家族からも過去の生活史を聞き取り、あくまでも本人の視点に立ち職員で考えてケアにあたっている。また、ご家族にも、それを伝えて一緒に考えている。	利用者に思いを聞く場合には、ゆったりとした時間を作り、会話の中から思いを探ることで本当の思いを把握するように取り組んでいる。身体レベルが低下していく中、意思の疎通が困難な方の順番がやむを得ず後になってしまうことがある。もっと援助してあげたいという職員の葛藤の声を聞いた。	職員が利用者の本当の気持ちを読み取することは、決して容易なことではなく信頼関係があってこそ利用者の本心を感じ取ることができるのであろう。職員の温かい心を大切にしたい。
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	事前の書類調査、聞き取り調査、入居後の利用者本人からの聴き取り、ご家族との会話のなかからの聴き取り等で把握に努めている。		
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	日々の記録やアセスメントシートの活用により把握に努めている。出来ないと思いきまず常に、挑戦していただき出来ることをひとつでも多く見つけられるように注意を払い、できたことを一緒に喜ぶようにしている。		
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	日々の暮らしのケアのなかから本人、ご家族の希望や想いを聴きだし、職員一同でカンファレンスをもち、介護計画に反映させるように取り組んでいる。	利用者家族が訪問時には介護記録を自由に閲覧している。その結果、家族は介護計画の内容を把握し、希望を介護計画に反映することができている。ホームが一方向的に作るのではなく、毎日の取り組みから得たものを皆で計画している。	
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	個々の介護記録を作成し、一目で一日の様子がすべてわかるようにしている。職員は全員が記入し、就業前には必ず確認している。また、ご家族来訪時には必ず目を通してもらっている。これにより、情報の共有、ケアプランの基礎資料としている。		
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	個々の介護記録を作成し、一目で一日の様子がすべてわかるようにしている。職員は全員が記入し、就業前には必ず確認している。また、ご家族来訪時には必ず目を通してもらっている。これにより、情報の共有、ケアプランの基礎資料としている。		

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	地域行政、警察、消防、民生委員に、利用者の許可を取った上で情報提供している。職員が、行政や社協の委員を行っているので日頃から協働している。		
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	当ホームでは全員が当ホームの提携医をかかりつけ医としている。決して強制したわけではなく、各御家族、本人がそれが一番良いと判断しているため。月2回の定期訪問受診及び24時間365日の対応を契約している。また、必要に応じて他の医療機関を受診する場合は、紹介状を作成の上職員が必ず同行している。	提携医は24時間対応で往診可能な訪問診療医なために、利用者はかかりつけ医として信頼している。職員は介護に取り組み、医療が必要な場合には訪問診療で対応する。医療と介護の役割をお互いが十分理解し連携している。	
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	提携医のところの訪問看護ステーションと24時間365日対応のオンコール及び必要に応じての来訪、及び週1回の健康チェック、相談業務を契約しており、定期訪問していただいております。お互いによく協働できている。		
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	連携が取れており、極力入院しなくても済む、もしくは短期入院で済むようになっている。		
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	従来より行っていた医療連携をより踏み込み、ターミナルケアまで含まれたものに改定した。今年すでに2件の看取りを実施。順次利用者家族とも、ドクターを交えて終末期に向けた話し合いを行っている。	ホームを人生の通過点にせず、終の棲家・最終地点するべく、いつまでも暮らしていける安心を利用者に提供している。そのため、家族・利用者ともに安心して利用することができる。また看取りを経験することで、職員間の団結力やケアの在り方を再確認することにもつながっている。	人の死は、後悔そして葛藤、残された人たちに大きな宿題を残してくれるとても尊い経験である。この経験を世の中に広めていくことがホームの宿題と受け止めて、終末期のあるべき姿を社会に発信していく取り組みを今後も見守りたい。
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	職員間のばらつきが出ている。再度勉強会の実施が急務であると考えている。準備中。		
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	ハード及びシステマ的には確立できているが、ソフト面が弱い。避難訓練や消火訓練等の実施回数を増やす予定である。	建物には防災、耐震、火災報知機設置と設備がしっかりと整っている。そのために職員は、建物の設備に依存してしまい本当に危険時には避難が可能であろうかと気付き、改善策を模索中である。	緊急時に、介護度が高い利用者の救助が遅れがちになることは明らかであろう。出入り口や窓が多い建物の利点を活かした避難の方法を職員間で今一度役割を照らし合わせて再確認することを提案したい。

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>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	人生の先輩として、敬意を払い言葉使い、語調、言葉の内容になれあいになってしまわないよう常に注意し合っている。また、プライバシーの保護にも気をつけるよう、職員会議や日々の中で話し合っている。	利用者と職員が同じ立場で共に暮らしていくことを大切にしている。職員があくまでも聞き役となり、利用者の要求をじっくり聞いて一緒に生きていく姿勢をケアの随所に見ることができる。	
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	御本人の希望や思いをよく聴き、自己決定や、選択してもらうことを大事にしている。やらせるのではなく、自分ペースで過ごしていただく中で、それに合わせ支援している。		
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	自己決定や、選択してもらうことを大事にしている。やらせるのではなく、自分ペースで過ごしていただく中で、それに合わせ支援している。1例で言うと朝食時間は6時30分～9時の間になっている。		
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	行きつけの理美容院に行く利用者もあるし、ホームの訪問理容を利用している利用者もある。髪型や、長さ、ヘアカラーなど利用者の希望に沿って援助している。また、服装においても選択支を用意して選んでいただいている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の好みによって、常に若干個別にアレンジしている。また、皮むき、とりわけ、片付けなど利用者を手伝っていただいている。	家庭であれば、時には出前や外食しておいしいものを食べることもある。食べることが一番の楽しみであると職員は考えている。「 屋のおずし食べたい・鰻食べたい」という利用者の声を受け入れて時には出前を頼み、全員で食卓を囲んで楽しんでいる。	
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	必要に応じて記入している。体重管理と血液検査を定期的にして、医学的データの結果から栄養や水分バランスを調整している。		
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	それぞれの利用者に合わせて、口腔ケアを実施している。		

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	基本的におむつ利用を減らす事を目標としている。が、現況リハビリパンツやパットの利用者は増えている。しかし、そうであっても個々排泄リズムに合わせて、トイレ誘導をして座って行っていただくようにしている。介護4～5の方でも必ず、1日に6～7回トイレに座っていただく介助をしている。	利用者の身体レベル低下により、リハビリパンツやパットの使用者が増えている。日中はなんとかトイレ介助するというホームの方針により、必要な方にはポータブルトイレを設置して便器に座ることの生活リズムの援助を続けている。	
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	水分量や、寒天など食事内容での工夫や、動くことによる活性化、必要に応じては、薬や浣腸など医師看護師と連携もとっている。		
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	風呂が2か所あるので、基本的に月、水、金の午後のんびりと実施している。自立見守り～全介助の方まで個々にあった入浴を実施。必要があればそれ以外の時も実施可。(入浴するだけがGHではない！もっと大事なことはいっぱいある。)	ホームでは、「大正、昭和時代には毎日入浴する習慣がなかったのに無理やり入れてメリットがあるのか？」という視点から、週3回のんびりと入浴している。利用者の入りたい時に、入浴することが一番望ましいと考え、時間は定めていない。	時間に縛られた生活を認知症の方に、押しつけてしまえば必ず反発が起こるであろう。今後も利用者の立場に立った支援を継続していくことを期待したい。
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	朝食の時間を基本6時30分から9時30分にしている。(それ以後でも対応)その日の気分、体調に合わせて各自が自由に起床できるようにしている。また、リズムを作る必要がある利用者には、誘導している。体調の変化に対しても気をつけ誘導している。日中は、太陽の光を浴びリセットできるようにしている。点でなく線で生活リズムを見ている。		
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	全員分ファイリングしており、全職員が見て覚えるよう指示している。それによって、連絡ノートで変更や注意点が指示され全職員が意識できるようにしている。また、覚える為、日付けセッティングを全員でしている。		
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	やらされるのではなく、本人が自発的にやれることを個別対応の中で、ひとりひとりにあったものを見つけられるように常に試行錯誤している。		
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	随時個別に散歩にいっている。また、喫茶店やドライブ、買い物、里帰り、近所の集まりなどで個別で対応している。	出かけることが大好きな利用者のために、喫茶店へ出かけている。全員で行くことが難しい場合には、2組に分かれた対応をすることで行きたい人が参加できるように支援している。また、お花を見にドライブに行くことをホームの利用者は一番喜んで	

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	利用者には、各自自由に小額のお金を持ってもらっているが、使用するときはホームのお金を支払ってもらうようにして支援している。。		
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	手紙のやり取りを援助している。(ご家族に本人宛にだしていただき、返信を援助している。)また、電話も随時希望に応じて援助している。また、ご家族からの電話も取り次ぎ、本人にも話してもらっている。		
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	ハードとして、天然木材及び天然素材、健康素材を使用し、五感に訴えるものとしている。また、施設的なものを極力なくし家庭的な雰囲気をつらえている。床の間の掛け軸は季節にあわせてとりかえている。季節の飾りや、季節の花で季節感が出るようにしている。保育園のような子供っぽい飾りつけはしない。大人の粋を感じられるように配慮している。	高い天井、太い梁といった昔の住宅を再現した作りとなっている。大きな窓からは心地よい風が通り、爽やかである。建築時に管理者が、浴室・壁紙・木材・間取り等高齢者が健康に穏やかに過ごすことができるように思いを込めたホームである。	
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	廊下やテラスに椅子を置いたり、居間にコタツを置いたりしている。		
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	それぞれが、自分流の部屋になるように本人、家族、ホームでアレンジしてある。また、身体能力に合わせて必要なものを配置して、落ち着いて快適に生活できるようにしている。	どの部屋も利用者の個性に合わせて、家具を配置して居心地良くなるように工夫している。大好きな犬の絵や写真を部屋に貼るなど、利用者の好みに合わせた自分の城作りを職員は共に楽しんでいる。	
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	基本的にバリアフリーになっているが、利用者の状態に合わせて随時改造したり備品を付けたりしている。トイレや部屋にはわかり易いように大きな字で室名を貼っている。また、随時必要に応じて改良している。		

## 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	33	終末期のありかたについての理解や意識、ご家族との共有が職員間でばらつきがある。	過去の経験をいかし、事業所のできることや、方向性、方針が、ご利用者、ご家族と話し合え医療や、地域関係者と共に職員がチームとして一丸になってとりくんでいける。	勉強会をもち、終末期のホームとしてのありかたや考え方、家族対応方法、を共有していく。	12ヶ月
2	34	職員内でレベルのばらつきがある。	すべての職員が状況を良く観察し、気付け、理解、判断し、初期対応できると共に、適切に医療につなげることができるようにする。	医療職とともに、勉強会をもち、医療知識を学び適切に医療職につなげる能力をつける。	12ヶ月
3	35	ハード面に対してソフト面が弱い。	職員が自信を持って行動できるようにする。	さまざまなシチュエーションを想定した訓練の実施回数を増やす。	10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 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。