

(別紙4) 平成 24 年度

### 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	3171400454		
法人名	社会福祉法人 みのり福祉会		
事業所名	グループホームみのりかじか(1階 みとく)		
所在地	鳥取県東伯郡三朝町山田653-1		
自己評価作成日	平成24年11月5日	評価結果市町村受理日	平成25年3月11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	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会		
所在地	鳥取県鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成24年12月7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)】

利用者の方、一人ひとりの思いを大切に安心して生活が出来るよう支援している。利用者さんの状況を密に報告・相談しご家族との関係がうまく行くよう努めている。お風呂はラジュウム温泉を源泉から引いており心も体もゆったりと寛いでいただいている。地域の一斉清掃参加・散歩・町内イベントなどに出かけている。又地域交流会を開催し地域の方に参加していただき、かかわりが持てるよう努めている。

【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)】

事業所独自の理念を平成23年4月に新たに作りあげられました。全職員で作り上げられた理念は、事業所内に掲示されるとともに、パンフレットに掲載され、より広い理念の浸透に努められています。  
 利用者の思いを大切にされ、これまで大切にされてこられた関係や地域との関係が続くよう支援されています。重度化や終末期に向けた指針が策定されており、かかりつけ医や職員が連携して支援できるよう取り組んでおられます。

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
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	事業所独自の理念がある。毎朝申し送り時、理念を唱和し共有している。ミーティング・ユニット会議で振り返りを行い、日々の支援につなげている。	事業所独自の理念を平成23年4月に新たに作り上げられ、事業所内に掲示されるとともにパンフレットに掲載されています。全職員が意見を出し合い作り上げられた理念は、毎朝の申し送り時に唱和し、日々の支援に反映されています。	
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	三朝町内の行事にさんか、スーパー・おひさま市へ買物、喫茶店・ホテルなどに外食に出かけている。散歩やいきつけの理髪店へ行かれる。地域交流会に地区の方が参加をされた。	自治会に加入され、地域の一斉清掃や老人スポーツ大会などに参加されています。また事業所の七夕会、敬老祝賀会などの行事には地域の方をお招きされています。地域の方から介護相談を受けられることもあります。	
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	入居者の方と職員が地域の一斉清掃へ参加。認知症を抱えたご家族の方が相談にこられる。		
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	事業所で決めた議題で運営推進会議を行い、意見・アドバイスをいただきサービスの向上に活かしている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催され、入居者代表、家族代表、地域住民代表、地域包括支援センター職員、町健康福祉課職員の参加が得られています。運営推進会議で出た意見は、職員会で報告しサービスの向上に活かされています。	議題に応じたメンバーの選定や、メンバーの参加しやすい時間帯に開催されるなど、効果的な会議の開催となるよう工夫されることを期待します。
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	運営推進会議で情報を提供し、アドバイスをいただいている。困ったことが発生した時は相談に伺っている。	利用者の状態の報告をされたり、運営上の問い合わせや困りごとがあるときは、町担当課へ相談に行かれています。	運営推進会議以外にも行き来され、事業を行っていくうえで生じる運営やサービスの課題を協議され一緒にサービスの向上に向けた取り組みをされることを期待します。
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	身体拘束に関する勉強会を行うと共に利用者の方の危険リスクの話し合い、日々ミーティング等でも話し合いケアの振り返りを行いながら取り組んでいる。	管理者および職員は身体拘束をしないケアについて理解されていますが、夜間は安全のためにコールマットを使用されています。	職員体制上やむを得ないと考えず、安全面に考慮しコールマットに頼らない工夫をされることを期待します。
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	高齢者虐待に関する研修、勉強会を行っている。日々の生活の中で話し合い振り返りながら防止に努めている。毎日の申し送りでも話し合い実践につなげている。		

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	職場で勉強会をしている。		
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	利用される方には入所前に面接を行っている。入所申し込みに来られた時に、施設の見学、通信を見ていただき、施設の感じを把握していただく。ご家族の気持ちをお聞きしている。契約時に重要事項・リスク等説明をしている。		
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	日々の生活の中で利用者の声に耳を傾けたり、ご家族には面会に来られた時に意見要望等をお聞きしている。出された意見・要望は職員間で話し合っている。ご家族へアンケートを行い意見要望をお聞きしている。	利用者からは日々の会話の中で意見等を聞き取るようにされています。家族に対しては満足度アンケートや、面会時に聞き取りをされています。出された意見等は、「意見・要望・苦情ノート」に記入され、運営推進会議や職員会議で報告、検討され運営に反映されています。	
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	ユニット会議・職員会議で意見要望等話し合い業務に反映させている。職員会議には、本部からの出席者もあり、職員の思いは本部にも届いている。	日常の業務の中でも意見を聞き取るようにされています。また、月に1回開催されるユニット会議、職員会議の中で、職員の意見や提案を把握し、出された意見等を検討され、運営に反映されています。	
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	法人で資格取得に向けた支援を行ったり、研修に参加できるように勤務調整を行い、向上心が持てるように努めている。		
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	毎月の勉強会。外部研修に参加し職員会にて伝達講習を行い勉強している。		
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	グループホーム協会による相互研修への参加、法人内の管理者ケアマネ会議で情報交換しサービスの向上に努めている。町内スポーツ大会では他施設とチームを作り参加。又、他施設へ面会を兼ねて訪問している。		

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
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	入所前の面接・施設を見学していただき本人の思い・困っている事、不安な事や要望等をお聞きする。安心していただけるように信頼関係づくりに努めている。		
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	入所前にご家族の方とお話をして、利用者の方への思いをお聞きし、どのような支援が出来るか、話し合う。感じた事・希望・意見・要望など遠慮なく話していただくようお願いしている。		
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	本人・家族の思い・希望等伺う、また本人の生活を見ながら必要としている事を見つけ支援につなげている。以前利用されていた施設・病院・ケアマネに相談し情報をいただいている。		
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	生活を共にしながら職員がしてあげるのではなく一緒にすること大切に本人の持っている力を発揮していただけるよう支援している畑仕事・家事・買物・料理など一緒に行いながら、教えていただいている。共に共有し信頼関係を築くよう努めている。		
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、電話などで日々の様子・診察結果を伝えている。家族の意見・要望などお聞きし今後のことを相談し、一緒に本人を支えていく関係作りに努めている。		
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	町内への買物・飲食店へ出かけている。自宅・お墓参り・親しくされていた方の葬儀に参加・いきつけの理髪店へお連れし馴染みの関係が途切れないよう支援している。知人が面会に来られ楽しい時を過ごされている。	以前から利用されているパン屋などに出かけた時、知人の葬儀の際には近くまで見送りに行かれるなどされています。家族や知人の協力を得て馴染みの場所等の情報を得るなど、これまでの関係が途切れないよう支援に努められています。	
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	利用者同士お話ができる方、他利用者と馴染まれない方、それぞれであるが孤立されないよう職員が間に入り支援している。トラブルが起きないように席のセッティングに気をつけている。		

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
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	困った事や、何かあれば相談に来ていただくようお願いをしている。行事など参加していただくよう案内、参加していただいている。近くにいられた時は立ち寄ってくださる。		
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・家族の希望・意向を伺い可能な限りそっている。日々の関わりの中でのお話、表情、仕草などで汲み取るよう心がけている。利用者の方の担当職員も決まっております必要に応じてカンファレンスを開き検討している。	利用者との日々の会話や仕草の中から思いや意向を把握されるよう努められています。思い等を出されない利用者には家族から聞き取るなど、利用者本位に検討されています。	
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・ケアマネ・知人・病院・施設等から話を聞いて情報をもらい把握す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	日々の生活の中で、一人ひとりの生活リズムを把握し、状況を記録職員全体が把握できるようにしている。ユニット会議・カンファレンス等でも把握できるよう努めている。		
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	日々の生活の中で問題点を見つけ出している。本人家族の意向も確認・カンファレンスに参加、カンファレンスに参加できない家族には事前に確認状況によっては必要に応じて計画の見直しをしている。ユニット会議等で話し合いサービスに反映している。	介護計画は日々の利用者の様子を基に職員会議やユニット会議などにおいても検討されています。3カ月に1回の定期的な見直しに合わせ、必要に応じた見直しもされています。会議に参加できない職員には申し送りや回覧で報告し、情報を共有されています。	
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	日々の様子、対応等記録している。気づきノートの作成・ミーティングを通して職員間で情報を共有、介護計画の見直しに役立っている。		
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	本人の、かかりつけ医への通院支援・入院時・退院時の対応、ご家族が希望されれば宿泊や、外食の時、御家族に声掛けをして一緒に出かけている。希望されれば出来る範囲で希望に添えるよう取り組みしている。(マラソン見学・スポーツ大会見学・ドライブ・買物)		

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	三朝社協から車椅子を借りている。又車椅子使用の方の体重測定をお願いしている。スポーツセンターで大会がある時は見学に行っている。		
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し、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、家族の希望されるところへ受診しているかかりつけ医には必要時往診をお願いしている。往診時には、主治医ではなくても相談にのってもらっている。	入居前からのかかりつけ医となるよう支援されています。受診には家族と職員が同行し、受診結果の共有に努めておられます。家族の付き添いが難しい場合には、受診結果を電話やおたよりで家族に伝えておられます。	
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	施設内の職員、看護師と連絡を密にとり相談している。心配な時はかかりつけ医へ連絡相談している		
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。	家族・地域連携室と連絡をとり、退院に向けての話し合いをしている。入院時はほぼ毎日洗濯物の支援を兼ねて、利用者の状態の把握をしている。		
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	家族が希望されれば、かかりつけ医に家族の希望を伝えお願いをしている。かかりつけ医に家族からもお願いしてもらっている。その旨を職員にも伝える。終末期になったら家族に宿泊していただいている。職員・家族・かかりつけ医と状況等連絡を密にし手、チームで取り組んでいる。	かかりつけ医と連携し、重度化した場合や終末期の対応をされています。職員は指針の共有を図り、利用者と家族には入居時に事業所としてできることを説明されています。家族と絶えず連絡をとり、利用者の容態が変わったときには、家族に宿泊いただくなど、できる限り希望に添うよう支援されています。	
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	救命救急の講習を受けて緊急事態の対応が出来るように取り組んでいる。		
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	消防署立会いにて避難訓練を年2回おこなっている。	消防訓練は消防署の協力を得、年2回、日中と夜間を想定して実施されています。また土砂災害を想定した模擬訓練や、職員に抜き打ちの訓練を独自にされています。事業所内には食糧が備蓄されています。	建物の構造上から職員のみ誘導に限界があることが想定されます。地域の方や警察署、消防署との連携を図られることを期待します。

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
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	一人ひとりの気持を大切に、プライバシーを損ねない言葉かけや入浴・排泄介助等気をつけている。	入浴や排泄時には、出来ない部分のみを手伝い、さりげなく見守りをするなどの対応や日々の言葉かけに配慮されています。職員は人権の尊重とプライバシーの確保について、勉強会を開かれたり外部の研修会に参加されています。	
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	利用者本人が自分の思いを話しやすいように自分で決められるような声かけを心がけている。		
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	一人ひとりの体調、ペースに合わせて出来る限り希望にそえるよう取り組んでいる。		
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	好きな服を選んだり、買ったり出来るよう支援している。いきつけの理髪店で散髪をされている。布団が欲しい時、希望されるお店にお連れして本人が選んで購入された。		
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	買物に行く利用者からリクエストがあり、好きな食材を買って調理している。旬の食材を使って季節感を味わってもらっている。夏には畑から食材を取ってこられ自分で調理されている。	献立は法人内の特養施設のものを参考に、入居者の希望を聞いたり、買い物先で一緒に決めておられます。栄養のバランスを考慮し、畑で作った野菜や旬のものを取り入れたり、入居者の体調に合わせて味付けや形態を工夫されています。	
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	水分は、摂取量を記録している。摂取状況をみながら、それぞれ好みの飲み物、お茶ゼリー等、器も工夫して、飲みやすい状態で提供。食事はそれぞれの食べられる量にしている。状態により、骨をはずしたり、食べられない献立の時は別メニューを提供している。		
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	毎食後、一人ひとり声かけや付き添って歯磨きや、ウガイをしていただいたり、できない方は職員がケアを行っている。義歯洗いは職員が洗い直しをしている。口腔ケアアセスメントの担当がある。口腔ケアの様子、口腔内を観察し気をつけていく事を職員会で報告している。		

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	排泄チェック表に排泄状況を記入している。一人ひとりの排泄パターンを把握して出来るだけトイレにて排泄が出来るように取り組んでいる。紙オムツの方も仕草などでトイレに案内し、排泄介助をしている。	利用者一人ひとりの排泄パターンは「排泄チェック表」に記録し把握されています。また早めの声かけや誘導をされることで、おむつを使用される利用者も可能なかぎりトイレにて排泄していただけるように支援されています。	
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	便秘気味の方にはお茶ゼリー・牛乳を提供、水分の摂取量を見て水分を多く飲んでもらったりしている。		
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	一人ひとりの希望にそっていつでも入浴できるように支援している。	一人ひとりの希望に応じ、入浴できるようにされています。また、声かけなどの工夫で、週2回以上入浴できるよう支援されています。夜間の入浴は勤務体制を工夫し対応されています。	
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	一人ひとり行動パターンが違うので就寝時間・起床時間を合わせている。不眠の時は一緒にお茶を飲んだり、お話ししたり、希望があれば食べ物で対応することもある。		
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	薬の目的、副作用は利用者ごとに、表にして職員が見る事が出来るようにしている。新しく内服が始まったら職員に伝え、注意事項等話している。袋から出して手の上に置くか、口の中に入れていく。		
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	家事を手伝って下さったり、縫い物や施設の周りを散歩したり計算問題の採点など、一人ひとりの持っている力に合わせて日々の役割があり生活に張り合いが持てるように支援している。		
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支援している	希望があれば、希望される店に買物に行ったり、散歩、スポーツセンターでのイベントの見学、ご家族と食事に出られたり、仏壇拝みやお墓参りをされている。町内のイベントに参加したり、ホテルでの外食に出かけている。	近くの喫茶店にコーヒーを飲みに出かけたり、買い物や食事、散歩に出かけられています。一人ひとりのその日の希望にそい、家族にも協力してもらいながら柔軟に支援されています。	一人ひとりの利用者の希望にそい、利用者が戸外で過ごしたり、行きたい場所へ出かけられるような取り組みを期待します。

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
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	自分で金銭管理が出来る方はじぶんで所持され、又、お預かりしている一部をお渡しして買物をされている。自分で支払い出来るように支援している。		
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	掛けたいと言われる時はいつでも電話で話ができるように支援している。		
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	照明や、テレビの音量など気をつけている。庭に咲いている草花を置いたり、ソファの配置など気を配っている。廊下には写真を貼り思うでが甦るようにしている。	居間は利用者が過ごしやすいよう机や椅子の配置に配慮されています。エアコンやテレビのスイッチは利用者が自由に切り換えられています。	
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	食堂の椅子・畳の所・ソファ等それぞれ自分の落ち着く場所を見つけて居場所を決めておられる。季節によっては陽あたりのいい椅子に移動され居眠りをされる。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家で使用されていた物を持ってきていただいている。家族の写真を飾ったり、自分の写真を飾って楽しめる。	居室には以前から使用されていた布団や家具等が持ち込まれています。また仏壇や家族等の写真や思い出の品が持ち込まれ、居心地良く過ごすことのできるよう配慮がされています。	
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	動線えお考えて、障害物がなく安全に生活が出来るよう工夫している。部屋がわからなくて落ち着かれない人には名前を書いて貼っている。入所時はトイレがわからない事が不安につながるので、位置がわかるようにしている。		

(別紙4) 平成 24 年度

### 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	3171400454		
法人名	社会福祉法人 みのり福祉会		
事業所名	グループホームみのりかじか (2階 かじか)		
所在地	鳥取県東伯郡三朝町山田653-1		
自己評価作成日	平成24年11月5日	評価結果市町村受理日	

※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	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会		
所在地	鳥取県鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成24年12月7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)】**

利用者の方一人ひとりの思いを大切に、安心して生活が出来るよう支援している。利用者さんの状況を報告・相談し、ご家族との関係がうまく行くよう努めている。お風呂はラジュウム温泉を源泉から引いており、心も身体もゆったりとくつろいでいただいている。地域の一斉清掃参加・散歩・町内イベントなどに出かけている。また地域交流会を開催し、地域の方に参加していただき、かかわりが持てるように努めている。

**【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)】**

**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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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
<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	事業所独自の理念がある。毎朝申し送り時、理念を唱和し共有している。ミーティング・ユニット会議で振り返りを行い、日々の支援につなげている。		
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	三朝町内の行事に参加、スーパー・おひさま市へ買物、喫茶店・ホテルなどに外食に出かけている。当施設が行った地域交流会に地区の方が参加をされた。		
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	入居者の方と職員が地域の一斉清掃へ参加。認知症を抱えたご家族の方が相談にこられる。		
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	事業所で決めた議題で運営推進会議を行い、意見・アドバイスをいただきサービスの向上に活かしている。		
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取り組んでいる	運営推進会議で情報を提供し、アドバイスをいただいている。困ったことが発生した時は相談に伺っている。		
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	身体拘束に関する勉強会を行うと共に利用者の方の危険リスクの話し合い、日々ミーティング等でも話し合いケアの振り返りを行いながら取り組んでいる。		
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	高齢者虐待に関する研修、勉強会を行っている。日々の生活の中で話し合い振り返りながら防止に努めている。毎日の申し送りで話し合い実践につなげている。		

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	職場で勉強会をしている。		
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	利用される方には入所前に面接を行っている。入所申し込みに来られた時に、施設の見学、通信を見ていただき、施設の感じを把握していただく。ご家族の気持ちをお聞きしている。契約時に重要事項・リスク等説明をしている。		
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	日々の生活の中で利用者の声に耳を傾けたり、ご家族には面会に来られた時に意見要望等をお聞きしている。出された意見・要望は職員間で話し合っている。ご家族へアンケートを行い意見要望をお聞きしている。		
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	ユニット会議・職員会議で意見要望等話し合い業務に反映させている。職員会議には、本部からの出席者もあり、職員の思いは本部にも届いている。		
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	法人で資格取得に向けた支援を行ったり。研修に参加できるように勤務調整を行い、向上心が持てるように努めている。		
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	毎月の勉強会。外部研修に参加し職員会にて伝達講習を行い勉強している。		
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	グループホーム協会による相互研修への参加、法人内の管理者ケアマネ会議で情報交換しサービスの向上に努めている。町内スポーツ大会では他施設とチームを作り参加。又、他施設へ面会を兼ねて訪問している。		

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	入所前の面接・施設を見学していただき本人の思い・困っている事、不安な事や要望等をお聞きする。安心していただけるように信頼関係づくりに努めている。		
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	入所前にご家族の方とお話をして、利用者の方への思いをお聞きし、どのような支援が出来るか、話し合う。感じた事・希望・意見・要望など遠慮なく話していただくようお願いしている。		
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	本人・家族の思い・希望等同う、また本人の生活を見ながら必要としている事を見つけ支援につなげている。以前利用されていた施設・病院・ケアマネに相談し情報をいただいている。		
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	生活を共にしながら職員がしてあげるのではなく一緒にすること大切に本人の持っている力を発揮していただけるよう支援している畑仕事・家事・買物・料理など一緒に行いながら、教えていただいている。共に共有し信頼関係を築くよう努めている		
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、電話などで日々の様子・診察結果を伝えている。家族の意見・要望などお聞きし今後のことを相談し、一緒に本人を支えていく関係作りに努めている。		
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	町内への買物・飲食店へ出かけている。自宅・お墓参り・親しくされていた方の葬儀に参加・いきつけの理髪店へお連れし馴染みの関係が途切れないよう支援している。知人が面会に来られ楽しい時を過ごされている		
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	利用者同士お話ができる方、他利用者と馴染まれない方、それぞれであるが孤立されないよう職員が間に入り支援している。トラブルが起きないように席のセッティングに気をつけている。		

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
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	困った事や、何かあれば相談に来ていただくようお願いをしている。行事など参加していただくよう案内、参加していただいている。近くにいられた時は立ち寄ってくださる。		
<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・家族の希望・意向を伺い可能な限りそっている。日々の関わりのなかでのお話、表情、仕草などで汲み取るよう心がけている。利用者の方の担当職員も決まっております必要に応じてカンファレンスを開き検討している。		
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・ケアマネ・知人・病院・施設等から話を聞いて情報をもらい把握す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	日々の生活の中で、一人ひとりの生活リズムを把握し、状況を記録職員全体が把握できるようにしている。ユニット会議・カンファレンス等でも把握できるよう努めている。		
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	日々の生活の中で問題点を見つけ出している。本人家族の意向も確認・カンファレンスに参加、カンファレンスに参加できない家族には事前に確認状況によっては必要に応じて計画の見直しをしている。ユニット会議等で話し合いサービスに反映している。		
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	日々の様子、対応等記録している。気づきノートの作成・ミーティングを通して職員間で情報を共有、介護計画の見直しに役立っている。		
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	本人の、かかりつけ医への通院支援・入院時・退院時の対応、ご家族が希望されれば宿泊や、外食の時、御家族に声掛けをして一緒に出かけている。希望されれば出来る範囲で希望に添えるよう取り組みしている。(マラソン見学・スポーツ大会見学・ドライブ・買物)		

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	三朝社協から車椅子を借りている。又車椅子使用の方の体重測定をお願いしている。スポーツセンターでイベントがある時は見学に行っている。		
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し、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、家族の希望されるところへ受診している。かかりつけ医には必要時往診をお願いしている。往診時には、主治医ではなくても相談にのってもらっている。		
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	施設内の職員、看護師と連絡を密にとり相談している。心配な時はかかりつけ医へ連絡相談している		
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。	家族・地域連携室と連絡をとり、退院に向けての話し合いをしている。入院時はほぼ毎日洗濯物の支援を兼ねて、利用者の状態の把握をしている。		
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	家族が希望されれば、かかりつけ医に家族の希望を伝えをお願いをしている。かかりつけ医に家族からもおイベントもらっている。その旨を職員にも伝える。終末期になったら家族に宿泊していただいている。職員・家族・かかりつけ医と状況等連絡を密にしてチームで取り組んでいる		
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	救命救急の講習を受けて緊急事態の対応が出来るように取り組んでいる。		
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	消防署立会いにて避難訓練を年2回おこなっている。		

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
<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	一人ひとりの気持を大切に、プライバシーを損ねない言葉かけや入浴・排泄介助等気をつけている。		
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	利用者本人が自分の思いを話しやすいように自分で決められるような声かけを心がけている。		
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	一人ひとりの体調、ペースに合わせて出来る限り希望にそえるよう取り組んでいる。		
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	選ぶことが出来る方は、自分で気に入った洋服を選び着用されている。		
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	買物に行くと利用者からリクエストがあり、好きな食材を買って調理している。旬の食材を使って季節感を味わってもらっている。畑から食材を取ってこられ調理しやすいようして下さる。		
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	水分は、摂取量を記録している。摂取状況をみながら、それぞれ好みの飲み物、お茶ゼリー等、器も工夫して、飲みやすい状態で提供。食事はそれぞれの食べられる量にしている。状態により、骨をはずしたり、食べられない献立の時は別メニューを提供している。		
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、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、一人ひとり声かけや付き添って歯磨きやウガイをしていただいたり、できない方は職員が介助している。義歯洗は職員が洗い直しをしている。口腔ケアの様子、口腔内を観察し気をつけて行く事を職員会で報告している。		

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	排泄チェック表に排泄状況を記入している。一人ひとりの排泄パターンを把握して出来るだけトイレにて排泄が出来るように取り組んでいる。紙オムツの方も仕草などでトイレに案内し、排泄介助をしている。		
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	便秘気味の方にはお茶ゼリー・牛乳を提供、水分の摂取量を見て水分を多く飲んでもらったりしている。		
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	一人ひとりの希望に添っていつでも入浴できるように支援している。毎日入浴をされる方もある		
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	一人ひとり行動パターンが違うので就寝時間・起床時間を合わせている。不眠の時は一緒にお茶を飲んだり、お話をしたり、希望があれば食べ物で対応することもある		
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	薬の目的、副作用は利用者ごとに表にして職員が見ることが出来るようにしている。新しく内服が始まったら職員に注意事項等伝えている。服薬は、すぐ内服できるように、袋から出して手の上に置か、口の中に入れている。		
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	家事の手伝いをされたり、施設の中で咲いている草花を持ち帰り生けて楽しまれたり、観葉植物の世話をされたり等、一人ひとりの持っている力に合わせて日々の役割があり生活に張り合いが持てるように支援している。		
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支援している	希望があれば、買物に行ったり、散歩、スポーツセンターでのイベントの見学、ご家族と食事に出かけられたり、町内のイベントに参加したり、ホテルでの外食に出かけている。移動パン屋さんにて買物を楽しまれる。		

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	自分で金銭管理の出来る方は自分で所持され、又、お預かりしている一部をお渡しして買物をされている。自分で支払いできるように支援している。		
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	掛けたいといわれる時はいつでも電話でお話ができるようにお手伝いしている。		
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	照明や、テレビの音量など気をつけている。庭に咲いている草花を置いたり、ソファの配置など気を配っている。廊下には写真を貼り思い出が甦るようにしている。		
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	食堂の椅子・畳の所・ソファ等それぞれ自分の落ち着く場所を見つけて居場所をきめておられる。季節によっては陽あたりのいい椅子に移動され居眠りをされている。		
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	家で使用されていた物を持ってきていただいている。家族の写真や自分の写真を飾ったり、自分がぬった「ぬりえ」を部屋に飾って楽しめる方もいらっしゃる。		
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	動線を考えて、障害物がなく安全に生活が出来るよう工夫している。部屋がわからなくなって落ち着かれない人には名前を書いて貼っている。入所時はトイレがわからない事が不安につながるので、位置がわかるようにしている。		

## 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	3	運営推進委員の方が都合がつかない時は欠席のまま会議を行っている。	欠席しなくてはならない時は、代理の方に出席をお願いする。	運営推進委員の方が出席できない時は代理の方を立てていただくように、お願いする。	6ヶ月
2	4	町の地域包括や生活課とご利用者様の生活支援でグループホームでは、対応できない事、将来のことなど相談をしている。	市町村担当者と密に連絡を取っていく。	更なるサービスの向上を図るため運営困難な事例が発生した時は随時関係者の所へ伺いアドバイスをいただく。	12ヶ月
3	5	構造上見守りが出来にくい為利用者の動きに合わせて見守りをしやすい位置に居室を変更したり、畳対応など工夫をしているが、やむをえない場合は家族の了解を得てコールマットを2名使用している	コールマットの使用をしないようにする。	職員間でご利用者の方のリスクを話し合っていくと共にリスクマネジメントの理解を深める。職員それぞれの見守り体制を話し合う。	4ヶ月
4	13	災害の時のことについて、地域の方との話し合いは出来ていない。	地域との協力体制を作っていく。	町の危機管理課、運営推進会議に働きかけて協力体制をどう作っていけばいいのか話し合っていきたい。	6ヶ月
5	18	現在も利用者の方の希望にそっている。が、95歳以上方は体調を考えてしまい、外出することが少なくなっている。	入居者の方の外出量を多くしていく。	個別支援デイを設けてさらに外出支援をしていく。	2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。