

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 | 3190400139 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 こうほうえん | | |
| 事業所名 | グループホーム みなと | | |
| 所在地 | 境港市上道町2053-6 | | |
| 自己評価作成日 | 令和元年9月10日 | 評価結果市町村受理日 | 令和2年2月28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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/ |
|----------|---|

【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福祉経営ネットワーク |
| 所在地 | 東京都千代田区九段南三丁目4番5号 番町ビル7A |
| 訪問調査日 | 令和元年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)】

平成30年2月、グループホームせいどうからみなとに移設し、介護老人福祉施設内に出来たホームです。ご利用者、職員と共に引っ越すことができ、慣れ親しんだ馴染みの関係を継続し生活している。ご利用者が地域と繋がりを持ちながら自信を持って暮らせるよう自治会、公民館活動に参加。定期のボランティアの関係も以前同様におこなう。利用者個々の自立支援に取り組む中、その方を中心とした生活の組み立てをおこなっている。防災訓練を年2回実施し地域から参加協力体制を得ている。家族との絆を大切に年2回の家族会を開催し、楽しい会となっている。2ヶ月毎、運営推進会議を開催し市、地域からの報告内容から活動に進んで参加していき、個の楽しみの時間を大切にしている。

【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)】

平成30年2月に利用者・職員ともに移転し、「グループホームみなと」として、新たに運営を始めている。利用者が地域の一員として暮らすことができるよう、併設の地域密着型介護老人福祉施設や近隣のグループホーム等と連携し、運営推進会議も合同開催しながら地域関係者との関係を深めている。また、利用者の尊厳を尊重した支援を目指して、家族や周囲からの声にも耳を傾け、支援にいかすことを心がけ、行動を抑制しない環境整備や言葉遣い等への配慮に努めている。さらに、利用者が安全に暮らし続けることができるように、ホームの職員だけでなく併設施設の職員の協力・連携も得られる環境の下、支援にあたっている。

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、活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

| 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、GHの理念を掲げ、職員一人ひとりの意識の向上に努めるようにし、また職員会議では理念に基づいた部門目標やチームの目標に取り組んでいる。 | 法人やグループホームの理念を職員間で共有することに加えて、利用者の人権に配慮した言葉遣いを目指すことや、利用者の自立支援を前提に、その人らしい暮らしとなるように支援を進めている。 | |
| 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 | 地域活動として一斉掃除、運動会、納涼祭、公民館行事に参加し馴染みの関係を保つなか、日頃の挨拶から地域に理解していただき登下校の見守りに繋がっている。 | 平成30年2月に移転して以降、併設の高齢者施設やグループホームで築き上げている地域ネットワークと関わる機会を持ち、交流を図っている。地域行事にも参加し、顔の見える関係性を構築している。 | |
| 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 | 運営推進会議後におこなっている身体拘束適正化のため委員会を行う中で、事例を通して認知症の理解や支援方法を伝えている。 | | |
| 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践、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ヶ月毎に運営推進会議を開き、活動状況を報告し、意見や助言を頂く。市からの情報提供やアドバイスも頂き、意見や助言を活かすことでサービスの向上に努めている。 | 法人内のグループホーム等と合同で運営推進会議を開催し、活動報告や事故報告等の近況を伝えている。安全な食事の提供方法等について助言を得る等、サービス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に取り組んでいる | 市町村担当者と連携をして情報交換を行う。事故報告その他情報を活かして、サービスの質の向上に努めている。介護相談員訪問活動を年2回受け、利用者の意向をサービスに反映している。 | 運営推進会議はもとより、認定調査の際に利用者の情報を適切に伝える場面等で、市の担当者と連絡をとっている他、市の新任職員の現場実習を受け入れる等、協力している。 | |
| 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 | 法人で身体拘束の廃止を行なっている。身体拘束適正化内部研修を受け、職員間でも身体拘束になりかねない行為を正しく理解して、日頃から身体拘束ゼロのケアに努めている。 | センサーの使用を最小限にする検討を重ねる等、利用者の尊厳を尊重した支援に努めている。また、利用者に対する職員の言葉遣いを内部研修で振り返る機会等を持ち、さらなる人権意識の向上を図っている。 | |
| 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注意を払い、防止に努めている | 知識の向上に努めるために、研修会に参加し情報を共有している。虐待の意味を理解し、職員も互いに注意しながら防止に努めている。言葉遣いにも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 | 研修会に参加する事で理解を深めている。必要が生じた方には家族、市の長寿社会課、福祉課、包括支援センターと連携を図っている。 | | |
| 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 | 契約書、重要事項説明書をもとにわかりやすく説明し、不安や疑問を伺いながら十分な説明をおこなうよう努めている。 | | |
| 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 | 意見箱を設置、ホームページや重要事項説明書、契約書に苦情受付の紹介。面会時には意見や意向を伺う様信頼関係に努めている。第三者委員を設置。 | 利用者アンケートを毎年実施して改善策を講じ、掲示するしくみが定着している。また、介護相談員や地域住民が定期的にホームを訪問し、掲示物や支援の様子から気になる点を伝える機会を持ち、運営に反映している。 | |
| 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 | 職員が意見を言いやすい雰囲気作りに努め、会議では前もって確認しあう事をかき出すように書式を準備しケアの方法や不安を話せるようにしている。 | チーム会で職員の提案事項を検討している他、各職員が管理者へ気軽に提案できる関係性を構築している。また、定例の個別面談の機会に、運営に関する意見等を直接確認している。 | |
| 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 | 職員個々に年度目標を掲げ実践している。資格取得には手当を支給、リフレッシュ休暇制度、誕生日休暇、毎月10日休みを実践、仕事にやりがいを持てるよう努めている。 | | |
| 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 | 自主研修の機会を促し研修に参加できる環境を整えている。研修参加後の報告書、研修資料を職員で共有し意見交換を行なっている。キャリアパスの受け入れをおこなう。 | | |
| 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加盟し毎年相互研修を行なっている。他事業所、法人内の各グループホームと意見交換を行なっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居前に本人、家族、ケアマネから困っている事、不安な事、要望等を伺い職員全員が情報を共有し、スムーズな入居に繋げている。 | | |
| 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 | 入居前に家族と面談し本人の様子、困っている事、要望を伺い支援方法を確認し合う。又、いつでも相談頂けるように努めている。 | | |
| 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 | 申込を受けた時、見学に来られた時に今必要なサービスを見極め他のサービスの橋渡しをする等対応に努めている。 | | |
| 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 | 日常生活を職員と一緒に過ごすことで共に考えながら過ごしている。職員が分からない行事、しきたりの事などを伺いながら関係を築いている。 | | |
| 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 | 面会時には日頃の様子を伝え、家族とともに本人を支えていく関係に努めている。毎月のお便り、広報誌を送って日々の暮らし方も伝えている。 | | |
| 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 | 馴染みの方に気軽に面会に来て頂けるよう努めている。スーパーマーケット、病院、市役所、神社仏閣などに出かける機会をもっている。 | 利用者が在宅生活を送っていた際に利用していた地域のスーパーや病院等に足を運ぶ機会を持っており、市役所で米寿の祝いを受ける際に、身支度を整えて出かける等の機会を持っている。 | 社会性を維持するうえで、引き続き、利用者の馴染みの場所の把握に努め、外出する機会を用意していくことが期待される。 |
| 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 | 利用者の関係性に合わせテーブル席の配置をしている。ソファ設置にて利用者同士会話が出来るよう努めている。共同作品の制作も行う。 | | |

| 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 |
| 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 | 転居先へ面会へ行き、本人、家族転居先の職員へ状況を伺っている。再入居申込みを受けている。 | | |
| 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 | 会話の中から一人ひとりの思いを伺い、サービス計画書に反映させ、職員同士共有支援している。意思疎通の困難な人には家族から意向を伺っている。行動、表情から思いに添えるよう努めている。 | 日々の暮らしにおいて、利用者との会話、関わる際の表情・行動から本人の気持ちや意向を把握するよう努めている。また、本人からの把握が難しい場合には、家族からの情報を得て、本人を知る努力をすすめている。 | |
| 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 | 相談員からの情報、認定情報を得ている。本人・家族より生活歴や環境状況を伺いヒストリーシートを作成し個々の生活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 | サービス計画書に沿って支援を行なっている。やりたい事、出来る事を伺い提供し自信に繋がるよう支援している。介護日誌や生活総合記録に記入し一人ひとりの過ごし方や状態を共有している。 | | |
| 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、家族、必要な関係者(主治医、後見人)や職員からの情報を得て、本人本位のサービス計画書の作成を行なっている。 | 本人の意向はもとより、家族・医療機関、後見人等からも意見・要望等を聞き取り、サービス計画書を作成し、本人本位の支援に取り組んでいる。毎月のモニタリングでは計画に沿った支援の評価を行い、振り返っている。 | |
| 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 | 介護管理日誌、生活総合記録を共有し介護計画の見直し評価を行なっている。日々の申し送り時に気づきや工夫を伝達している。 | | |
| 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 | 家族が受診の支援が行えない場合は、連絡をとり柔軟に対応している。利用者の状態よって作業療法士、言語聴覚士、看護師のアドバイスを頂きサービスの提供をしている。 | | |

| 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 | 地域の方との交流を持っている中、ボランティアの方々に定期的に来て頂きご利用者のアクティビティを増やしている。 | | |
| 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 | かかりつけ医への受診は、ご家族に協力して頂き実施。連携を図り支援している。内科・心療内科・歯科、眼科より往診を受け、ご利用者の健康チェックと相談が出来よう支援している。 | 入居時に主治医による受診状況を確認し、往診時に連携を図る他、必要に応じて、ホームが協力医療機関を紹介している。また、移転後の複合施設内での他事業所の看護師への相談ができる環境が整っている。 | |
| 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 | 訪問看護職員に定期的に精神及び身体状況の報告を行ないアドバイスを頂いている。密に連絡を取り合い、健康管理に努め、変化がみられた時は協力体制をとっている。 | | |
| 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。 | 入院時及び退院時常に情報提供を行ないながら話し合いを行なっている。入院時早急に医療相談員と連絡を取り、主治医とも相談し指示を受けている。 | | |
| 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 | ご利用者の身体状況に合わせて家族や主治医と連携しながらご本人の思いに添ったケアが出来るよう努めている。終末期のあり方は、計画書の更新時に家族との話し合いを行ない確認している。 | 入居時はもとより、施設サービス計画の見直し、必要に応じて、急変時・終末期の意向確認を行っている。また、家族からの不安、相談にも応じる他、職員は法人内で研修を受講し、終末期ケアの経験のある職員から助言を得る等、チームの体制整備を図っている。 | |
| 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 | 緊急時のマニュアルを作成し手順に添って対応している。救命救急の研修に参加して確認している。 | | |
| 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 | 地域の方に案内を行ない、防災訓練を実施している。緊急時持ち出しファイルを作成、非常時に備えて食糧や水も確保している。避難所として地域と協定を結び、協力体制を持っている。 | 緊急時持ち出しファイルを作成し、備蓄品を整備している。また、他へ移転後も年2回の防災訓練には、家族・地域住民も変わらず参加している他、防災協定を締結しており、エリア内事業所間の連携も図られている。 | |

| 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 |
| 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 | 尊厳を奪わない言葉かけをするようにする。居室に入室する時はノックか声かけをしている。「利用者の権利・尊厳を奪わないケア17か条」を確認し合っている。 | 法人の身体拘束防止の研修受講をはじめ、ステップアップ委員会においても、尊厳を奪うケアについて振り返りを行うとともに、ホーム内でも確認している。 | 「言葉かけによる尊厳を奪うケア」に関する現状の振り返りと、職員間の認識共有について、さらに掘り下げてすり合わせを行い、より良いケアへつなげていくことが期待される。 |
| 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、選択が出来るように声かけをしている。意思表示の困難な方は表情や仕草から読み取り支援をしている。 | | |
| 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 | 一人ひとりのその日の体調に配慮しながらその時の本人の気持ちやペースを尊重し支援をしている。 | | |
| 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 | 日々の身だしなみは本人と相談し行う。季節に合う衣服となるよう衣替えの時期には家族に依頼を行なっている。訪問理容の提供を継続して受けている。 | | |
| 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 | 食事中は音楽を流しゆったりとした雰囲気作りを心掛ける。利用者も伺い、希望の食材で献立の作成を行なっている。買い物時には品物を選んで頂く。炊事の準備片付けに関わって頂いている。 | 利用者からの希望や提案等により、可能な限り食材の買い物、準備や片づけ等を一緒に行っている。食卓には落ち着いた音楽を流し、席次にも配慮しながら、ゆったりとした雰囲気ですべての食事ができる環境を整えている。 | |
| 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 | 献立を管理栄養士に確認して頂きバランスのよい食事を提供している。個々の状態に合わせた形態、嗜好の物を提供する。水分量も1日1500ccを目指し支援している。 | | |
| 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 | 毎食後口腔ケアを行なう。自ら出来ない方には介助をし、義歯の不具合などあった時にはすぐに歯科受診が出来る体制をとる。歯科衛生士の訪問指導を月1回受けてアトバイスを活かしている。 | | |

| 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 | 個々の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄をおこなっている。全利用者はトイレを使用している。 | 一人ひとりの排泄リズムを把握し、声かけのタイミングに留意して、本人に合った排泄用品を準備する等対応している。全居室にトイレを設置することで、落ち着いて行えており、自信を取り戻す等の効果も見られている。 | |
| 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 | 食事水分をしっかり摂り、運動や散歩を取り入れる事に努めている。便秘気味の方に対しては植物繊維、オイル、ヨーグルトを食品として取り入れ快適な排便に努めている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの体調をみながら声を掛け、希望に沿ってゆっくり浴槽につかり、安全で快適な入浴が出来るように支援している。 | 移転後は、浴室が広くなり、双方向から浴槽に入れている。必要な場所への手すりの設置、暖房機等により、利用者はもとより、介助する職員も安心・安全に入浴できる環境が整えられている。 | |
| 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 | 一人ひとりの就寝時間に配慮し支援している。日中の活動量を増やしたり日光浴、散歩、外出等気分転換にも努め安眠に繋げている。 | | |
| 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 | 目的、副作用、用法用量、日数分の薬を確認し処方添って服用している。服薬の管理はチェック表に記入。状況変化時には報告相談し対応している。 | | |
| 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 | 趣味や嗜好からやってみたい事を聞きながら活動出来るよう支援し、能力や希望に合わせたものを提供。年間の行事に向けて作品を作っている。 | | |
| 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 | 外の空気を感じて頂ける様に外気浴の支援に取り組んでいる。家族も定期的に来られ一緒に散歩や外出をして頂いている。希望にて職員と一緒に墓参りに出掛けている。 | 移転後は、中庭に出やすい環境となり、外気に触れる機会を設けるよう心がけている。また、散歩や季節の外出にも出かけており、利用者と家族との外出の機会を持ってほしいとの思いから、墓参り等も促す等、本人と家族の交流の機会を大切にしている。 | |

| 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 | 希望に応じて買い物の支払いをして頂く。本人が必要な時はお金を持っているという安心感が持てるよう、職員は本人の能力を理解し支援している。 | | |
| 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 | 携帯電話の使用、電話の取次ぎ、はがき、手紙のやり取りが出来る環境を持っている。難聴等聞き取りにくい事もあり家族からの伝言が多い現状である。 | | |
| 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 | 季節に応じた飾り付けや、作品を掲示している。共有部分、居室の空気の入替えを日々行うと同時に花粉、黄砂、PM2.5の状況を確認している。 | リビングの窓は広く、採光により明るい雰囲気となっており、共用の空間には利用者の作品や行事の写真等を飾る等、季節感のある装飾をしている。テーブル・イスの他に、一人がけのソファを置く等、限られた空間を使って、居心地やすさを心がけている。 | |
| 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 | 時間を共に過ごせる共有スペースがあり、利用者同士で語り合い、テレビ、新聞を読んだりできる場所がある。気の合う方同士一緒にになれるよう支援している。 | | |
| 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 | 使い慣れたものが居室にあり、個々に安心して頂ける雰囲気を作り落ち着いて過ごして頂く。面会時にはゆっくりと過ごして頂けるよう支援している。 | 居室に、馴染みの家具を配置し、居心地よくしている。洗面台に、自動の手洗いソープ、ペーパータオルを設置して、衛生面にも留意している。トイレの設置により、本人の安心感、生活のしやすさにもつながっている。 | |
| 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 | 各居室、トイレ等目印を付け、一人でも迷わず安全に行き来出来る環境をもつ。時計、カレンダーの位置を見やすく工夫し、時間・月日に不安なく過ごす工夫を行なっている。 | | |

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 | 36 | 一人ひとりの人格や誇りからプライバシーを損ねるかもしれない言葉づかいの理解はしていても、一人勤務の時間帯は急がせる口調態度がつい出てしまっている。 | 「言葉かけによる尊厳を奪うケア」をより深く理解する。 | チーム会議において言葉かけによる振り返りを行う。また、良い言葉かけ、一人ひとりの誇りがもてる言葉を見だし、職員間で共有できる。 | 3ヶ月 |
| 2 | 19 | ご意見箱を準備しているが知名度が薄く、利用がない。 | ご意見箱からの意見も伺え、日々のケアに活かせる。 | ご意見箱をアピールし明るいスペースに設置し、家族、交流会参加者、隣接する他の事業所職員からもご意見が頂けるよう伝えていく。 | 2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。