

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	3150480063		
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 せいどう		
所在地	境港市高松町892-3		
自己評価作成日	平成29年10月23日	評価結果市町村受理日	平成30年2月26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	平成29年11月5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)】

慣れ親しんだ地域で安心して生活を送って頂ける様、利用者個々の自立支援に取り組みその方を中心とした生活の組み立てを行なっている。地域からボランティアの方が定期にきて下さる。自治会、公民館活動に参加し、町内の清掃活動を共に行なっているなかで馴染みの輪が広がっている。地区の運動会、味噌作りへ参加、防災訓練を年2回実施し地域からの参加を得ている。介護福祉課の高校生、初任者研修の受け入れを定期に続ける中からホームの支援内容を確認する機会を得ている。年3回の小学校との世代間交流も実施中で今回は地図記号を確認している。「こども駆け込み込み110番」の受け入れを行う体制をもち学生の訪問も増えている。運営推進会議を活かし市からの報告、地域からの報告内容等で活動に進んで参加していきたい。

【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)】

介護職経験の長い職員が多く配置されている状況の中、より良い支援に向けて日頃から役職や立場に関係なく率直に意見交換できる職場風土が醸成されている。また、1ユニット少人数だからこそその機動性をいかし、外出の希望があがった際等も、そのときの状況に応じた調整を行い実現につなげている。さらに、利用者の気持ちや思いを尊重した「自立支援」を基本に位置づけ、自身が望む方法を最優先した支援に努めている。日頃から自治会活動や世代間交流等で地域との交流が多く、自然な形で相互に顔の見える関係が構築され、利用者が地域とつながりながら生活できる環境が整えられている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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の理念を掲げ唱和し、職員1人ひとりの意識の向上に努めるようにし、また職員会議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。	理念等の唱和や互惠互助の読み合わせを行い、個人目標については、法人目標と連携するよう設定し、人事考課上の個別面談等で振り返りを行いながら、目標達成に取り組んでいる。	
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	地域活動として一斉掃除、運動会、公民館行事に参加し馴染みの関係を保つなか、小学校の登下校の見守りにつながっている。	自治会の会員となって地域住民と自治会活動に参加しており、運動会や公民館行事等に利用者も出かけて交流している。また、近隣住民から野菜をもらう他、植え込み整備や包丁研ぎ等の日常的な協力を得ている。	
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	運営推進会議で自治会の委員より情報の提供を受け、アドバイスも頂く。認知症キャラバンメイトとしてふれあい塾で認知症について講話をし理解を得ている。		
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ヶ月毎に運営推進会議を開き活動状況などを報告し、意見や助言を頂いている。市からの情報提供やアドバイスも頂く。又、その意見や助言を活かしサービスの向上に努めている。	運営推進会議では、家族に送る写真等も紹介しながらホームの近況を伝えるとともに、出席者からさまざまな意見や提案を得ている。また、利用者も運営推進会議に同席し、ホームの状況等を共に確認している。	
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っている。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。	運営推進会議に市の担当者が参加して、ホームの状況や取り組み、地域連携等について情報交換している。また、事故が発生した際には迅速な連絡に努め、改善策を相談する等、具体的な安全対策を講じている。	
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。職員間でも身体拘束になる具体的な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。	法人で身体拘束を行わない宣言をしている他、「介護予防チェックシート」を職員間で共有するとともに、気になる言葉かけがみられる場合には、その都度職員間で確認し合い、言葉による抑制がないように努めている。	
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逃されることがないように注意を払い、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 実践状況	外部評価	
				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行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。	家族アンケートや法人アンケート等へ寄せられた意見に対して、回答文書を作成・掲示して家族にフィードバックするよう努めており、ホームの考えや改善事項を伝えることで、家族との信頼関係構築に取り組んでいる。	
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を努め、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。	チーム会議を開催する前に職員が確認事項等を書き出すことで、それぞれの意見を会議で検討できるよう取り組んでいる。また、日々の気づきは連絡ノートに記入して情報共有を行い、支援に反映させている。	
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、昨年からは月10日休みを実践し、やりがいに努めている。		
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	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。研修参加後の内容報告書、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行なう。		
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 実践状況	外部評価	
				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。店、美容院、市役所、施設へ面会に行き馴染の場へ訪問している。	買い物へは利用者と可能な限り一緒に出かけ、馴染みの店に立ち寄る機会を設けている。また、知人に会いに行く他、お墓参りに出かける等、利用者の生活で関わりのある人や場所との継続性に配慮している。	
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
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。		
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、生活支援計画に反映させ、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。	利用者の表情の変化に常に注意を払いながら、気持ちに寄り添った支援を目指している。また、帰宅願望等、利用者それぞれの希望に対しては、言葉かけや接し方を模索して、より良い対応ができるよう心がけている。	
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	生活支援計画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、本人本位の生活支援計画表の作成を行なっている。	月1回のモニタリングで利用者の状態を把握する他、事前に家族へ向けて、生活支援計画書作成のためのニーズアンケートの記入を依頼する取り組みも行う等、利用者に適した計画が作成できるように努めている。	
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。利用者の状態によって作業療法士、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	公民館や小学校、ふるさと塾の行事等に参加し地域の方との交流を図っている。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、納得が得られたか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家族にも協力して頂き行なっている。連携を図りながら今後も支援していく。また近くの医院より月2回往診に来て頂いてご利用者の健康チェックと相談も出来る。	約半数の利用者が入居前からのかかりつけ医を利用しており、通院時は家族に依頼して協力を得ている。また、近隣の医師と日頃から連携し、定期的な往診や体調変化時に相談しながら健康維持に努めている。	
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。密に連絡をしながら健康管理に努め、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させて頂いている。	ターミナルケアを行う体制までは構築されていないが、日頃から利用者と家族の意向把握に努める他、医療機関との連携を密にとることで、できる限りホームでの生活を継続できるよう支援に取り組んでいる。	
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	緊急時のマニュアルを作成しマニュアルに添って対応している。法人、地域での救命救急の研修に参加して訓練している。		
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んでいる。協力体制がとれるようにしている。	地域と一緒に年2回の防災訓練や協定締結等により、利用者の安全を地域全体で確保できる体制構築を図っている。水害対策についても、マニュアル作成に着手する等、災害対策のさらなる充実を目指している。	

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
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。	利用者への適切な言葉かけや、ユマニチュードについて学び、法人内でDCM(認知症ケアマッピング)を毎年受講する取り組み等により、利用者の尊厳を尊重した支援を継続して実施できるよう努めている。	
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、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	訪問理容の提供を受けている。季節に合っている衣服となるように助言をしている。衣替えの時期には家族に依頼を行なっている。		
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	食器は本人の物を使用して頂く。利用者の能力に合わせ希望の食材で献立の作成を行なっている。買い物では品物を選んで頂く。調理、炊事に関わって頂いている。	利用者にとって馴染みのある食材を使用する他、季節を感じる果物等の提供に努めている。また、調理や買い物等を職員と一緒に、食事中は食材等を話題にしながら、楽しいひと時となるように心がけている。	
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。水分量も1日1500ccを目指し提供を支援している。		
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っている。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と連携をとり受診が出来る体制をとっている。		

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
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、トイレで排泄を支援している。その時の状態によって、話し合いをし快適に過ごして頂ける様努めている。	身体機能低下がみられる場合も、安全を考慮したうえで利用者の自尊心や羞恥心を優先するように心がけており、言葉かけ等を工夫しながら支援に努めている。排泄の促しは利用者個々のリズムを確認して行っている。	
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で排便に努めている。便秘気味の方に対しては植物繊維、オリーブオイル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。	入浴日支援は、時間帯や曜日を固定せず、利用者の心身状態等を勘案しながら週3回程度を目安に行っている。誘導の際は、声をかけるタイミングや言葉かけを工夫する等、清潔保持に向けて取り組んでいる。	
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	一日一回は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や自宅へ出かけている。	近隣の店への買い物や自治会の活動等へ積極的に参加する他、思い立った際に業務を調整して散歩や外食に出かけている。また、ホーム全体で旅行に行く計画を立てる等、頻繁に外出する機会を設け、利用者が楽しめるよう努めている。	今年度、新ホームを移転することが決定しているため、これまで培った地域との関係構築の経験をいかし、移転後もさらなる社会参加や地域参加に向け、日常的な外出の機会の創出に取り組まれない。

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
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。自らのお金を持っている方もいる。職員は本人が必要な時はお金を持っているという安心感、能力を理解している。		
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。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。	ホームの廊下に利用者の作品や絵等を飾る他、リビングは季節に合わせた装飾等を心がけている。なお、廊下の壁にかけられた絵は意図的に変更せず、常に同じ絵を目にすることで、利用者が部屋等の位置関係を認識できるよう、安全に配慮している。	
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	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。	居室内を畳にする等、生活しやすい環境を整えている。また、ハサミや薬等の保管を利用者が希望する際は意思を尊重するとともに、職員間で保管状況等の情報共有を図り、自己管理できるよう取り組んでいる。	
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	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、時計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	26	モニタリングの記入方法に改善の余地がある。認知症ケアをおこなう中で、情緒感情面の記入欄が狭い(ISOサーベランスの結果を受け)	毎月のモニタリング表の記入枠が精神面の枠が大きくなり見えやすくなる。	グループホームステップ委員会で検討。認知機能面、感情面の変化が分かり易い様記入欄の幅を増やす。	3ヶ月
2	50	お金の管理、領収書の管理など複雑な面が見られリスクになりえる可能性がある。	お金の管理、領収書の管理がスマートに行える。時間の能率化を図る。	各個人の出納帳、領収書の保管を一体化した形をとる。	3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。