

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2年11月30日	評価結果市町村受理日	令和3年3月25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.kai gokensaku.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 2年 12月 27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、2年が経過、馴染みの関係を継続しつつ新たな環境での暮らしが整い、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ボランティアとの交流、地域活動が行える仕組みの活用を継続している。また事業所の建屋が併設の環境であり特養等の多職種、専門職との連携が図れることでご利用者の安心につながる。また居室環境の優れている点として、居室内に個別のトイレが設置されているため尊厳を配慮した排泄支援が行える。また感染の拡大予防に活かされる。このことを地域や居宅介護支援事業所等へPRを行うためパンフレットに各事業所の特徴を入れた新しいパンフレットを10月末に更新し外部への情報発信活動に取り組んでいる。

【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)】

特別養護老人ホームに併設した事業所であり、職員は、介護に対するモチベーションも高く、利用者や家族を中心に考え、利用者寄り添った支援を実践している。例えば、居室内には個別のトイレがあり、尊厳に配慮した支援を行っている。また、風通しがよく、話し合いもしやすい等、職員と管理者、職員同士の関係性もよく、協働という点でも運営が上手くいっている。さらに、併設の事業所であることの利点をいかして、看護師・栄養士・生活相談員等、多職種の支援が得られる等、内部や外部を問わず、さまざまな社会資源を活用して、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広がったり深まり、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、活き活きと働いている (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。	法人理念とともに、独自に作成した「利用者と一緒に活躍する場とする」等の事業所理念を掲げ、職員間で共有している。また、日々のサービス提供場面でも理念を意識して、支援している。	
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、公民館行事に参加が出来る仕組みがあり馴染みの関係を保つよう地域からのお便り等を確認し関係作りを継続している。	一斉掃除、運動会、納涼祭、公民館行事への参加、保育園見守り隊活動、ボランティアの受け入れ等、周辺地域と馴染みのつきあいが継続するよう、積極的に働きかけている。	
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意見の助言を活かすことでサービスの向上につながるように努めている。	事業所の取り組みを報告し、出席者から意見や助言を得ている。また、市からの情報提供や支援についての助言を得ながら、サービスの向上につながるよう話し合っている。	
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。定期的に介護相談員訪問活動の情報を連携し利用者の意向等情報の共有を行っている。	市の担当者と連絡を取り合い、運営推進会議の情報や入居申し込み等、介護相談活動や情報交換を中心に連携している。また、些細なことでも事故と思われることは迅速に市に報告している。	
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。	「身体拘束をしない」と宣言し、内部や外部の研修に参加して適切な介護に努めている。日常的に「自分たちが行った支援」について、言葉の抑制も含め、適切な支援かどうか振り返っている。	
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に注意を払い、防止に努めている	計画された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。言葉遣いや行動に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。	契約書や重要事項説明書を使用して、意見箱の設置や苦情窓口・第三者委員を伝え、家族の訪問時には意見を伝えやすい雰囲気作りに努めている。意見は、第三者委員につなげる等、適切に対応している。	
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。	職員同士で介護の方法や環境整備を提案しあい、重要なことは管理者に相談している。日常的に職員同士が相談や意見を話し合い、管理者へも気軽に相談でき、意見も提案しやすい関係が構築されている。	
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、誕生日休暇、職員の処遇に応じた休み及び有給休暇を年間計画で取得できる職場環境を整えている。		
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が図れるよう取り組んでいる。		

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、円滑に入居が出来るよう取り組んでいる。		
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、神社仏閣等馴染みの場所へ出かける機会を持つよう努めている。	入居前のアセスメントで、利用者の馴染みの人を把握し、連絡している。また、墓参りでは花を買ってお墓に供える他、馴染みのスーパーマーケットに出かける等の支援を行っている。	
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	利用者の関係性に合わせテーブル席の配置をしている。ソファー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	会話の中等から一人ひとりの思いを引き出し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の意向や利用者の行動、表情等を察し支援につなげている。	入居前の暮らしを把握し、入居後は会話や行動・表情で意向を汲み取り、家族の想いも聞き取りながら、利用者に合った支援に努めている。職員と掃除をする、皆で体操をする等、利用者本位の支援を実践している。	
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	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。	毎月評価を実施し、6ヵ月毎に、本人・家族・関係者からも意向や意見を聞き取った上で、事業所の方式でアセスメントを行っている。それらを踏まえ、サービス計画書は、会議にて作成し、ケアにいかしている。	
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	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	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、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。	希望の医療機関を受診でき、その際は必要な情報を、事前に家族や医療機関に提供している。事業所では、訪問診療や併設施設の看護師と連携する他、夜間に電話で相談できる体制も整えている。	
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。	重度化した時や終末期の体制・内容についての説明を行い、意向に沿うよう支援している。また、サービス計画書更新の際に、再度意向を確認し、家族や関係者と話し合い、医療機関と連携を図り、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	地域の方とも連携し、防災訓練を実施している。非常時に備えて食糧や水を確保している。避難所として地域と協定を結び、協力体制を作っている。	マニュアルが作成されており、地域住民や併設特養施設と合同で行う他、年2回うち1回は夜間想定訓練も実施している。避難経路や防災設備も確認し、備蓄は事業所独自に整備し、地域との協力体制も整えている。	今後は、大きな災害に被災した後に事業の再開ができるように、事業継続計画(BCP)を策定しておくことが期待される。

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
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	尊厳に配慮した声かけ言葉使いに気を付けて対応するよう努めている。「利用者の権利・尊厳を奪わないケア17か条の周知を図っている。	事業所では、言葉かけや対応に配慮し、利用者の尊厳の尊重に取り組んでいる。会議等で「利用者は大切な存在」と確認し、自分達の支援が適切か話し合っている。常に「一人ひとりを大切に」を意識し支援している。	
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	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	食事中はゆったりとした雰囲気作りを心掛ける。利用者の意向や季節の旬な食材を配慮した献立の作成を行なっている。炊事の準備や片付けに関わって頂いている。	食事が楽しみなものとなるよう、献立は季節の食材を意識する他、職員が利用者の意向を聞き、栄養士と相談して作成している。利用者は、トレーを拭く、ゆで卵の皮をむく等、準備から片付けまでを一緒に行っている。	
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。水分量は個別で1日に必要な量を把握計画書に反映し支援をしている。		
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回受けてアド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。全利用者が個々に応じた支援を行いトイレを使用している。	排泄パターンの把握に努め、しぐさ等からも察し、本人の居室のトイレにさりげなく誘い、自分の居室で排泄している。また、普段より、水分摂取や排泄に良いものを食べてもらう等、排泄の自立に向けて取り組んでいる。	
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ず、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。	環境を整備する他、入浴パターンや意向を把握し、体調に合わせて、ほぼ全員が週2～3回、職員と1対1の介助で安全に、個浴で入浴を楽しんでいる。なお、入浴の拒否がある場合は、清拭で対応している。	
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。定期的に来所の家族には一緒に散歩や外出をしていただくよう連携を図っている。	洗濯物干しや取り込みに始まり、ドライブや買い物、喫茶店等、戸外に出られる支援に努めている。また、行事として、芋ほり等で外気に触れており、全員が外出することを目標に意向を聞きながら取り組んでいる。	

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、手紙のやり取りができ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、居室の空気の入れ替えを日々行うと同時に花粉、黄砂、PM2.5の飛沫に注意をしている。季節により温度差があるため空調の管理も細やかにしている。	玄関の外に季節の飾りつけを行い、玄関内側や廊下に複数名でくつろげる場所を設けている。台所は対面式でリビングは明るくなっている。また、リビングのテーブルの配置を変える等、落ち着く空間をつくり出している。	
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。	若い時の写真、家族の写真、好きな芸能人の写真、自宅で使っていた家具等が思い思いに持ち込まれている。状態に合わせてベッド導入を相談する等、常に心地よさを検討している。	
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	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	45	現在の利用者の入浴支援において、身体機能や認知機能の低下等の理由で浴槽にゆっくり浸かりリラックスしていただけないことが、観られる。	利用者の身体機能、認知機能を把握して一人ひとりに合う 特養と併設した浴槽環境も活かし適切な入浴支援を全職員が出来る。	定期的に多職種との連携を行い、利用者の身体機能、状況を専門職からの助言をもとに一人ひとりに合った、入浴方法(浴槽への出入り動作浴槽の区別)を学び快適で安全な入浴支援が出来る。	6ヶ月
2	40	食事を楽しむ支援として、利用者の認知機能の低下から、一緒に料理の準備、盛り付け等を行う機会、支援も少なくなっている現状が観られる。利用者の残存機能を関わることで引き出していく。	職員の体制が整う日は、昼食作りの下準備野菜の皮むき等、また盛り付け等出来ることを見出し一緒に行うことで機能も使いやがいを感じていただく。	昼食作りの時間に、担当の職員が器具、食材の準備を整えて、見守り、関わりが出来る体制で、役割を分担しながら食事作りの下ごしらえを行う。出来上がった料理を盛り付ける作業も行う。実施された時の表情等状況を記録に残していく。	6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。