

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	3190400030		
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 あがりみち (青松)		
所在地	鳥取県境港市上道町 2087-2		
自己評価作成日	平成22年9月1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	http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690
----------	---

【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北4-1-9-4F		
訪問調査日	平成22年10月19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)】

近隣におられる家族地域の方々の日々の面会が多く、お茶の時間を共に持ったり食材と一緒に作ったり、展示物、作品作りを教えて頂いている。家族、デイハウスより頂いた野菜を毎日の食事に活かしている。花をいけてくださったり、畑作りを習い成長を楽しんでいる。花見、ドライブ、時期の交流会を通じ季節を味わい、関わりを大切にしている。散歩、買い物で地域に出かけ馴染みの関係を持ちつづけている。個々にあった自立支援を行ない、出来る事でご本人が自信を持って生活して頂けるよう努めている。デイハウスと毎月会議を行い、協力して環境整備、交流会に参加しあい利用者様同士の馴染みが出来ている。地域社会に向けての取り組みとして本年度は、認知症キャラバンメイト、サポーターとして包括支援センターを中心とした活動に参加している。

【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)】

事業所開設3周年を迎え、運営推進委員会の協力も得て、地域との交流が進められている。地域の行事への参加や、事業所の催し、ドライブなどの外出にも努めている。また、利用者の家族に向けては、毎月2つの広報誌(「だんだん」「ふれあいの橋」とホーム独自の「GHあがりみち通信」と利用者個人の近況報告・金銭管理報告の文書が郵送されている。このような家族との関係性の構築により、家族の訪問が増加している。嚥下障害の対応策として、各職種の協力で「なめらか食」を試行している。経験豊富な職員も多く、利用者の状況に応じた個別ケアの推進に努めている。

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

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	理念、基本方針、スローガン、ホームの理念を掲げ唱和し理解を深めている。本年、スローガンは地域に向けて認知症の理解を求め共有している。OKAME(正しい身だしなみ言葉使い)実践	法人理念、基本方針、年度スローガンや事業所独自の理念を掲示している。毎朝の連絡時に職員が唱和して、共有を図っている。また部門目標の確認も行っている。	
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	日常的な買い物、散歩を行い馴染みの関係を持ち暮らしている。自治会に入会し地域の季節行事、清掃活動、運動会、公民館活動に参加している。作品展示に協力を得ている	利用者が見慣れている近隣への買い物や散歩を行っている。地域の自治会・公民館などの行事にも積極的に参加を行っている。婦人会の来訪などもある。	
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	交流する中で、認知症ケアのアドバイスを行ったり話を聴く機会もある。包括支援センターと協力し認知症キャラバンメイト、サポーターとして講座に参加して地域に認知症の理解を伝えている		
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	会議にて利用状況や活動報告を行い意見助言を頂き課題にむけ協議している。地域に向けた防災訓練の取り組みを会議を通し行っている中で、地区の避難場所になっている	隣のデイハウスと協働で運営推進会議を2カ月ごとに開催し、市職員・地域包括・自治会長などの出席で、事業所の状況の報告とともに、地域の感染症の情報や行事の協力などが話合われている。	
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	市の健康長寿課とは申請、報告など随時情報交換に努めている。運営推進会議のメンバーとして毎回参加いただいている。入居に関して、福祉課への協力、相談も得ている	運営推進会議への参加のほかに、市役所とは、いろいろな申請の問い合わせなどで連携を図っている。生活保護の関係の相談なども多い。	
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、抑制廃止に取り組んでいる。言葉の抑制を確認し職員内においても注意しあえる関係を持っている。玄関の鍵においては危険因子を説明し、職員在中時には開錠できるようにしている。	身体拘束は、法人の決まりとして行わないようにしている。事業所前に広い駐車場があり、玄関からの外出に問題があるためタッチパネルによる開閉がなされている。入門は自由になっている。	
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	日々のケアにおいても職員がお互いのケア、言葉かけについて注意しあえる関係を持っている。分かりやすい言葉かけに気を配っている。互惠互助において、利用者本位の原則を確認しあっている		

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	制度活用の必要があれば成年後見センター等の関係機関との連絡を行っている。パンフレットも用意している。司法書士さんの説明会に参加し、参加後資料を職員間で確認している		
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	契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し同意を得ている。ホームにおいて出来ること、出来ないことの説明を行っている。疑問は理解していただけるよう説明している		
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	日ごろから、意見要望が話せるような関係を持っている。法人よりアンケートを行いご意見を頂いている。又、意見箱を活用している	定期的に、法人からのアンケート調査を行い、家族の意見や意向を収集している。エリアごとに集約された課題について各事業所が対策を講じている。随時、広報誌「ふれあいの橋」に報告して、家族の理解を得ている	
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	ミーティング、申し送りや職員会議で意見や提案を聞く場を持っている。又、個別での意見も持つよう努めている。必要な時は施設長にも参加してもらう	職員会議やカンファレンスの場などで職員の意見や提案が出され検討されている。また個別の上司面接時に時間をかけて話し合うことで、意見交換がなされている	
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	表彰制度を設け職員が今以上に向上するよう働きかけている。研修参加、資格所得についての案内を随時おこなっている。年間を通し自らの目標を掲げていて、前期後期と評価している		
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	年間教育計画に沿った研修・法人外研修参加を申し送りを利用し参加を促している。資料の供覧を行っている。介護福祉士、介護支援専門員資格所得の勉強会も企画され習得を進めている		
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	グループホームとしては相互に訪問しあい定期的に意見交換を行っている。今年度はグループホーム間での学習会を行っている		

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	本人の不安なところ、求めているところなど自身から聴く場を設け確認し、受け止めるよう努めている。担当者が中心となり情報の共有を図っている		
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	相談受付から利用開始までに必要に応じて面接や電話を行うようにし、不安なこと求めていることを伺っている		
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・家族の状況を確認し、どのように支援することがいいのか地域包括支援センター、ケアマネジャー、相談員との連携を図り対応に努めている。本人の現状に即した福祉用具も利用している		
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	利用者を人生の大先輩と尊重し日々の生活において料理のこと、庭・畑のこと等知恵を頂き一緒にさせていただき共に生活が送れるよう努めている		
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	面会の方も多く共にホームでの時間を気軽に送っていただくよう交流会の案内やホームの行事にも参加していただけるよう声をかけている。 受診の協力をお願いしている		
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	生活史を把握し、馴染みの関係が継続できるよう支援している。自宅に行ってみたり墓におまいりしたり、馴染みの店での買い物、手紙・電話のやり取りなど支援している	事業所の利用者は、ほとんど地域内の住民であり、近隣の外出や自宅への立ち寄りなど馴染みの人や場と関係を継続している。友人や親戚などが、方言を使って和むことも多いとのことである。	
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	お互い上手く力を発揮してもらおうような場を持つ配慮をしている。ひとりで孤立されている時は職員が中に入り関わり合いが出来るよう努めている。相性を見極め関わり合えるよう努めている		

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
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	利用が終了してもよい関係づくりに努め面会、電話連絡をとっている。気軽に来苑していただける関係を持っている。在宅支援のスムーズな利用を支援している		
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	利用者、家族一人一人の思いや意向を介護計画に反映させている。利用者、家族のケアに対する要望を計画にいかし互いに確認しあっている	意向の把握や意志の疎通を図るために利用者への確認や家族からの聞き取りに加え、日々の表情や態度によって汲み取っている。また、「生活歴シート」によりこれまでの環境や情報の把握に努めている。	
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	生活歴や環境の把握に努め、入居前のサービス経過を相談受付表・アセスメントに記載し把握している。認定情報、地域交流からも情報を得ている		
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	介護日誌や個人記録に利用者ひとり一人の一日の過ごし方や状態を把握し、細かいことの気配りにも努めるよう支援している		
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	利用者、家族からの意向要望を話し合い、又意見や取り組みを取り入れ介護計画を作成している。カンファレンスに参加していただき、アイデアを反映した介護計画の作成に努めている	利用者本人や家族、介護支援職員などの参加を得てカンファレンスを行っている。生活支援計画策定には利用者に即した生活ができるよう、利用者の意見を反映したものになるよう心がけている。	
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	個人記録、連絡ノート、モニタリング等を共有し介護計画の見直し評価を行っている。日々の申し送り時に、気づきや工夫を伝達している。チーム会でケアの共有を確認している		
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	家族が県外などで早急の受診の支援が行えない時等の支援は、連絡を取り合い柔軟に対応している、又併設のデイハウスの協力を得ている		

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	運営推進委員に市、自治会、公民館、地域包括支援センターとの情報交換しアドバイスを頂き市内清掃、地区の運動会、防災訓練、交通安全運動、敬老会などに参加している		
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	利用者、家族が希望するかかりつけ医で医療が継続して受けられるよう、又往診の体制が持てるよう情報提供の共有に努めている。診療の際に相談できる体制を持っている	利用者や家族の要望に即し、かかりつけ医の継続や受診の際に家族からの要請に応じて、同行や代行も行っている。また、情報提供書により情報の共有を図り、かかりつけ医との協力体制を築いている。	
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	訪問看護ステーションと契約し、定期に報告を行う。また状態変化時は速やかに報告を行い利用者の日常の健康管理に努めている		
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。	入院先の主治医、相談員と連携を図りながら情報提供を行い退院にむけての話し合いを行っている。入院中は職員も面会にいき、ご利用者の安心感につながるよう努めている		
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	ホームで出来ること、出来ないことを明確にし利用者家族に説明し理解を得ながら、かかりつけ医とも相談、共によりよく暮らせるケアに努めている	法人作成の看取り指針や同意書の用意はあり、「看取りの在り方」などの研修にも参加している。家族に対しても説明を行うとともに、利用者や家族にとってより良い選択ができるよう努めている。	今後、グループホームでの看取りは必要とされてくるとされる。早い段階から家族や利用者の要望を把握し、より要望に即した支援ができるようさらなる取り組みに期待したい。
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	急変を予測し対応を職員間で話あっている。法人内研修・グループホーム学習に取り入れ緊急時対応の研修を受けている。資料回覧を行う。デイハウスにも協力いただいている		
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	防火訓練をデイハウスと共に年2回行っている。地域の方にも案内している。月2回職員向けに通報機器の講習を行い身に付けている。災害時の備蓄品を用意している。	火災対応マニュアルを有し、緊急時の連絡網を作成している。隣接しているデイハウスとの協働による避難訓練を行うほか、今年度スプリンクラーを設置して火災対策に努めている。	年に2回の避難訓練は行っているが、様々な災害を想定した訓練や2階のユニットからの避難経路に対して、今一度確認するなどさらなる災害対策が望まれる。

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
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、プライバシーを損ねるような言葉かけ、態度を取らないよう徹底を図っている。声の大きさ、タイミング、話の内容に配慮し個人情報の漏洩の防止、秘密保持の徹底を行っている	利用者の個別ファイルの背表紙にはその人が特定できないように表示を工夫したり、年長者への敬意のある接し方を行っている。また、入居時に「ご利用者の個人情報の利用目的について」に同意のサインを得ている。	
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	本人の希望や意思、関心、嗜好を伺うように声をかけ、本人が気軽に選択しやすい場面をもうけている		
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	基本的な1日の流れはあるが、時間を区切った過ごし方ではなく本人のペースに沿った生活を送っていただけるよう努めている		
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	本人の好みに整えられるよう伺いながら支援している。職員の価値観で決めることはなく、不十分なところはさりげなく支援している。地域からの理髪の訪問を受けている		
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	メニュー作成から、買い物、調理準備、片付けなど利用者と共に声をかけながら行っている。職員も同じテーブルで和気藹々と食べ、楽しい時間を持っている	食事の献立は2ユニット同じものを作成しており、栄養士の資格取得介護士が2名が内容の確認をしている。状況に応じて利用にも食事の準備や片づけに参加してもらい、和やかに食事ができるよう取り組んでいる。	
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	一日1500~1600カロリー、水分1500cc以上を目安に個々の状態に合わせ好みのものを提供している。水分、食事量は記録しかかりつけ医と連携し体調管理に努めている		
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	毎食後口腔ケアの声かけ見守りを行っている。自分で出来かねる方は職員が支援し清潔に努めている。歯科衛生士、ST、訪問看護とも連携している		

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	排泄パターンを把握しながらトイレ案内、パット交換を支援している。残存能力を生かしトイレでの排泄を支援している	利用者一人ひとりに応じた、パットやリハビリパンツの交換とともに、声かけやトイレ誘導などによりトイレでの排せつや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	薬に頼るばかりではなく水分、運動、食事に気を付け状態に合わせ対応。一日の水分量を大きめにチェックし、少なめの方には申し送り職員に共有できるように記入し対応している		
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ず、個々にそった支援をしている	希望、体調に配慮しながら入浴の案内をしている。入浴に気が向かない方に対しては個別で気の向く時間帯を把握し入浴又足浴の支援を行っている	利用者の希望の時間帯でマンツーマンで対応しており、車いす利用者は冬場には、併設のデイハウスの機械浴で入浴する。季節の湯も実施しており、歌なども自然に口ずさむなど楽しい入浴の提供がされている。	
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	個々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散歩、外出など気分転換にも努め安眠にむけている		
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	処方箋を必ず確認し目的、副作用、用法、用量、日数分の薬があるかを確認し指示に従い服薬している。服薬の管理はチェック表に記入している。状況変化時には主治医に報告・相談している		
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	利用者の趣味、やってみたいことを聞きながら活動できるよう支援している。家事なども利用者の方のやる気を活かし出来ることで自信を持っていただけるよう支援している		
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	その日の体調に配慮しながら散歩、買い物、地域のイベント、他部署のイベントなどへ少しでも多く出かけられる機会が持てるよう支援している。家族の協力も得ている	公民館祭りや浜っこ祭り、地区運動会など地域のイベントへ出掛けるなど家族の協力を得ながら積極的に出掛けられるよう努めている。	

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
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	管理が可能な方にはお金を持ってもらっている。お金を預けられている方も買い物等に行く時にはご自身で支払いをして頂くよう支援している。自身で行えることの大切さを職員は理解している		
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	気軽に手紙や電話が出来るよう配慮している。携帯を居室から利用されることも支援している		
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	華美にならない様、高齢者にとって住みよい色使いをし、家庭的な雰囲気を感じて頂ける様配慮している。食事作りの音、匂い、季節の食材、季節の花等、五感に働きかけている	広々とした敷地に余裕ある造りになっている。居室は南東に向けて建てられ、日当たりや風通しも良く、季節の花や装飾により居心地の良い空間の演出がある。畳コーナーは昼寝や家族とのひと時を過ごす場所として自由に活用している。	
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	気のあった方と一緒に席を用意したり、お互いの力を発揮してもらおう場を作る配慮を行っている。又一人で孤立される方がおられる時は職員が中に入り話が出来るよう努めている		
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	居室には自宅を使い慣れたものや馴染みのものをもってきていただいたり、本人家族と相談して必要なものは、用意をさせていただいている	利用者が心地よく過ごせるように、使い慣れた家具や好みのもを持ってきてもらい希望のレイアウトによりゆっくり寛げるよう配慮している。	
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	個々にあった自立支援の声かけを行い状態に合わせた用具を使用することで残存機能を活かした環境作りを行っている。トイレ、風呂等分かりやすく表示している		

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	3190400030		
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 あがりみち (白砂)		
所在地	鳥取県境港市上道町 2087-2		
自己評価作成日	平成22年9月1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	http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690
----------	---

【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北4-1-9-4F		
訪問調査日	平成22年9月19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)】

--

【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、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

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	理念、基本方針、スローガン、ホームの理念を掲げ唱和し理解を深めている。本年度、スローガンは地域に向けて認知症の理解を求め共有している。OKAME(正しい身だしなみ言葉使い)実践		
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	日常的な買い物、散歩を行い馴染みの関係を持ち暮らしている。自治会に入会し地域の季節行事、清掃活動、運動会、公民館活動に参加している。作品展示に協力を得ている		
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	交流する中で、認知症ケアのアドバイスを言ったり話を聴く機会もある。包括支援センターと協力し認知症キャラバンメイト、サポーターとして講座に参加して地域に認知症の理解を伝えている		
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	会議にて利用状況や活動報告を行い意見助言を頂き課題にむけ協議している。地域に向けた防災訓練の取り組みを会議を通し行っている中で、地区の避難場所になっている		
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取り組んでいる	市の健康長寿課とは申請、報告など随時情報交換に努めている。運営推進会議のメンバーとして毎回参加いただいている。入居に関して、福祉課への協力、相談も得ている		
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、抑制廃止に取り組んでいる。言葉の抑制を確認し職員内においても注意しあえる関係を持つ。玄関の鍵においては危険因子を説明し、職員在中時には開錠できるようにしている		
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	ケアにおいても職員がお互いのケア、言葉かけについて注意しあえる関係を持っている。分かりやすい言葉かけに気を配っている。互惠互助において、利用者本位の原則を確認しあっている		

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	制度活用の必要があれば成年後見センター等の関係機関に橋渡しができるようにし、パンフレットも用意している。司法書士との説明会に参加し、資料を職員間で確認している。		
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	契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し同意を得ている。ホームにおいて出来ること、出来ないことの説明を行っている。疑問は理解していただけるよう説明している。同法人内のホームとの共有を図っている		
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	日ごろから、意見要望が話せるような関係を持っている。法人よりアンケートを行いご意見を頂いている。又、意見箱を活用している		
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	ミーティング、申し送りや職員会議で意見や提案を聞く場を持っている。又、個別での意見も持つよう努めている。必要な時は施設長に参加して頂いている		
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	表彰制度を設け職員が今以上に向上するよう働きかけている。研修参加、資格所得についての案内を随時おこなっている。年間を通し自らの目標を掲げていて、前期後期と評価している		
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	年間教育計画に沿った研修・法人外の研修参加を申し送りを利用し参加を促している。資料の供覧を行っている。介護福祉士、介護支援専門員の勉強会も企画し資格習得を進めている		
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	グループホームとしては相互に訪問しあい定期的に意見交換を行っている。今年度はグループホーム間での学習会を定期に行っている		

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	本人の不安なところ、求めているところなど自身から聴く場を設け確認し、受け止めるよう努めている。担当者が中心となり情報の共有を図っている		
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	相談受付から利用開始までに必要に応じて面接や電話を行うようにし、不安なこと求めていることを伺っている		
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・家族の置かれている状況などを確認し、どのように支援することがいいのかを地域包括支援センター、ケアマネジャー、相談員との連携を図り対応に努めている。本人の現状に即した福祉用具も利用している		
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	利用者を人生の大先輩と尊重し日々の生活において料理のこと、庭・畑のこと等知恵を頂き一緒にさせていただき共に生活が送れるよう努めている		
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	面会の方も多く共にホームでの時間を気軽に送っていただくよう交流会の案内やホームの行事にも参加していただけるよう声をかけている。受診の協力をお願いしている		
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	ひとり一人の生活史を把握し、馴染みの関係が継続できるよう支援している。自宅に行ってみたり墓におまいりしたり、馴染みの店での買い物、手紙・電話のやり取りなど支援している。		
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	お互い上手く力を発揮してもらおうような場を持つ配慮をしている。又、孤立されている時は職員が中に入り関わり合いが出来るよう努めている。相性を見極め関わり会えるよう努めている		

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
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	利用が終了してもよい関係づくりに努め面会、電話連絡をとっている。気軽に来苑していただける関係を持っている。在宅支援のスムーズな利用を支援している。		
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	利用者、家族一人一人の思いや意向を介護計画に反映させている。利用者、家族のケアに対する要望を計画にいかし互いに確認しあっている		
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	生活歴や環境の把握に努め、入居前のサービス経過を相談受付表に記載し把握している。認定情報、地域交流からも情報を得ている		
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	介護日誌や個人記録に利用者ひとり一人の一日の過ごし方や状態を把握し、細かいことの気配りにも努めるよう支援している		
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	利用者、家族からの意向要望を話し合い、又意見や取り組みを取り入れ介護計画を作成している。カンファレンスに参加していただきアイデアを反映した介護計画の作成に努めている		
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	個人記録、連絡ノート、モニタリング等を共有し介護計画の見直し評価を行っている。日々の申し送り時に、気づきや工夫を伝達している。チーム会でケアの共有を確認している		
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	家族が県外などで早急の受診の支援が行えない時等の支援は、連絡を取り合い柔軟に対応している、又併設のデイハウスの協力を得ている		

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	運営推進委員に市、自治会、公民館、地域包括支援センターとの情報交換しアドバイスを頂き市内清掃、地区の運動会、防災訓練、交通安全運動、敬老会など参加している		
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	利用者、家族が希望するかかりつけ医で医療が継続して受けられるよう、又往診の体制が持てるよう情報の共有に努めている。診療の際に相談できる体制を持っている		
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	訪問看護ステーションと契約し、定期に報告を行う。また状態変化時は速やかに報告を行い利用者の日常の健康管理に努めている。併設のデイハウスの看護師の支援も頂いている		
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。	入院先の主治医、相談員と連携を図りながら情報提供を行い退院にむけての話し合いを行っている。入院中は職員も面会にいき、ご利用者の安心感につながるよう努めている		
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	ホームで出来ること、出来ないことを明確にし利用者家族に説明し理解を得ながら、かかりつけ医とも相談し、共によりよく暮らせるケアに努めている		
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	急変を予測し対応を職員間で話あっている。法人内研修、グループホーム学習に緊急時対応の研修を取り入れ参加している。資料供覧している。デイハウスにも協力いただいている		
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	防火訓練をデイハウスと共に年2回行っている。地域の方にも案内している。月2回職員向けに通報機器の講習を行い身に付けている。災害時の備蓄品を用意している。		

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、プライバシーを損ねるような言葉かけ、態度を取らないよう徹底を図っている。声の大きさ、タイミング、話の内容に配慮し個人情報の漏洩の防止、秘密保持の徹底を行っている		
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	本人の希望や意思、関心、嗜好を伺うように声をかけ、本人が気軽に選択しやすい場面をもうけている		
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	基本的な1日の流れはあるが時間を区切った過ごし方ではなく本人のペースに沿った生活を送っていただけるよう努めている		
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	本人の好みで整えられるよう支援している。職員の価値観で決めることはなく、不十分なところはさりげなく支援している		
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	メニュー作成から、買い物、調理準備、片付けなど利用者と共に声をかけながら行っている。職員も同じテーブルで同じものを和気藹々と食べ、楽しい時間を持っている		
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	水分、食事量を日々記録し不足な日には申し送り対応している。個々の状態に合わせ好みのもの、栄養補助的なもの、飲み込みやすいものを工夫し、摂っている		
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	毎食後口腔ケアの声かけ見守りを行っている。自分で出来かねる方は職員が支援し清潔に努めている。歯科衛生士、訪問看護とも連携している		

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	排泄パターンを把握しながらトイレ案内、パット交換を支援している。残存能力を生かしてトイレでの排泄を支援している		
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	薬に頼るばかりではなく水分、運動、食事に気を付け個々の状態に合わせて対応している。一日の水分量をチェックし、少なめの方には申し送り職員が共有できるように記入している		
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ず、個々にそった支援をしている	希望、体調に配慮しながら入浴の案内をしている。入浴に気が向かない方に対しては個別で気の向く時間帯を把握し入浴の支援を行っている		
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	個々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散歩、外出など気分転換にも努め安眠にむけている		
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	処方箋を必ず確認し目的、副作用、用法、用量、日にち分の薬があるかを確認し指示に従い服薬している。状況変化時には主治医に報告・相談している		
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	利用者の趣味、やってみようことを聞きながら活動できるよう支援している。家事なども利用者の方のやる気を活かし出来ることで自信を持っていただけるよう支援している		
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支援している	その日の体調に配慮しながら散歩、日々の買い物、地域のイベント、他部署のイベントなどへ少しでも多く出かけられる機会が持てるよう支援している。馴染みの方との関係が継続できるよう支援している。希望も伺い県外にも出かけている		

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
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	管理が可能な方にはお金を持っていただいている。預けられている方も買い物等に行く時にはご自身で支払いをして頂くよう支援している。自身で支払いをすることの大切さを職員は理解している		
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	気軽に手紙や電話が出来るよう配慮している。携帯を居室から利用されることも支援している。手紙は出来るだけ一緒に投函できるよう支援している		
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	華美にならない様、高齢者にとって住みよい色使いをし和風感を保ち家庭的な雰囲気を感じて頂ける様配慮している。食事作りの音、匂い、季節の食材、色取りの組み合わせや季節の花等、五感に働きかけている		
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	気のあった方と一緒にの席を用意したり、お互いの力を発揮してもらおう場を作る配慮を行っている。又一人で孤立される方がおられる時は職員が中に入り話が出来よう努める		
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	居室には自宅で使い慣れたものや馴染みのものをもってきていただいたり、本人家族と相談して必要なものは、用意をさせていただいている。家族の帰省にお泊りも毎月受けている		
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	個々にあった自立支援の声かけを行い状態の合わせた用具を使用することで残存機能を活かした環境作りを行っている。椅子の高さの調整(座布団、足台を利用している)。トイレや風呂が分かりやすいよう工夫している		

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	1	今後グループホームでの看取りは必要とされている。早い段階から家族、利用者の要望を踏まえ、主治医と連絡調整を図り取り組んでいくことが課題として上がる。	入居時面談の時よりほ本人、家族より意向の確認を行い、生活支援計画書作成時にも確認を行っていく。主治医とのカンファレンスも同時に行えることを目標とする。	生活支援計画作成時に再度看取りに関する意向確認を行う。思いと意向は変化していくこともある為、再確認を行い議事録・生活支援計画書に残していく。主治医の確認も同時、または往診時にとれるよう連携を持っていく。	12ヶ月
2		年に2回の避難訓練は行っているが、様々な災害を想定した訓練は行っていない。また、2階からの避難経路に対して今一度安全策を講じる必要がある。	台風、雪災等災害時の訓練が出来ていない。2階からの避難経路を今以上に安全なものとしていく。	運営推進会議を中心に、市・自治会の協力も得て災害時の訓練、防災機器の講習会、図上訓練を定期的に行っていく。又、災害備蓄品の確認を定期的に行っていく。実施計画を表にまとめていく。	12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。