

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	3170400190		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームひので (なごみ)		
所在地	鳥取県境港市日ノ出町78-2		
自己評価作成日	平成25年12月31日	評価結果市町村受理日	平成26年3月31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.jp/31/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【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26年1月28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)】

ご利用者が地域と繋がりを持ちながら暮らせるよう支援している。地域との交流に取り組み、ボランティアに来て頂いたり、公民館での味噌作り、敬老会参加、近所の幼稚園訪問等の世代間交流を行っている。地域の行事にも積極的に参加したり、施設開催の火災訓練時には地域の方にも呼びかけ参加して頂き、馴染みの関係を大切にしている。家族との絆も大切にし、日々の交流の他に年2回、「家族会」を開催している。ご家族、ご利用者一緒に衣替えをしたり、手作りおやつを作ったり、ご利用者、職員が練習した出し物を披露したりしている。施設内で動物を飼っており動物とふれ合うことでご利用者の癒しに繋げている。施設の周りに花や野菜を植え天気の良い日は花を摘んで居室やテーブルに飾ったり、季節の野菜の収穫を行うのもご利用者の楽しみとなっている。

【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)】

2階建2ユニットに、新たに事務所棟を設け、会議や職員の休息の場として活用している。施設での終末期対応に関してはケアプランの見直しの時点で「最期を迎えられる時の意向」の確認や医療意向の確認・同意を得ることに取り組んでいる。利用者が日々の買い物や散歩など1日1回は外気に触れるように努めている。フロアには犬と猫各1匹おり、利用者の安らぎに貢献している。地域との連携は自治会の行事をはじめ公民館での味噌作りや幼稚園訪問、学童見守りパトロールなどを行っている。今年度は、「職場体験学習中高生」(1週間)に4名を受け入れ、市のボランティア実践教育に協力した。

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)
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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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
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 3. 利用者の1/3くらい 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
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 3. 利用者の1/3くらい 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、スローガンを掲げ、申し送り時唱和している。また、互恵互助を1ページずつ読み意見を述べ合うことで、住みなれた地域で安心して過ごせる支援の確認を行っている。	事務所をはじめ施設内に法人理念・基本方針・2014スローガンなどを掲示し、職員が唱和をしている。職員のハンドブックから毎日一つを取り上げて理解を進めている。	
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	自治会に加入している。地域から行司や活動の連絡もあり、地域住民として利用者と一緒に、運動会、公民館活動、敬老会、清掃活動などに参加している。防災訓練時は回覧版をまわしてもらい参加して頂いている。	中日ノ出町自治会に加入しており、行事や活動に参加している。公民館での味噌作りや市民運動会にも参加している。また、地域から相談があり、地域包括センターの講座に参加して認知症の状況を紹介している。	
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	交流する中で認知症ケアのアドバイスを行ったり話を聞く機会を作っている。包括支援センターと協力し地域で開催される講座などに参加し認知症ケア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ヶ月に1回の運営推進会議では、自治会長、ご家族代表の参加も得て、利用状況や活動状況などを報告し、質問や要望・意見・助言を求め、課題解決に向け協議している。議事録を回覧し、職員が共有できるようにしている。	2カ月に一回開催し、施設の状況を報告している。災害対策などについて自治会、市などからのアドバイスを得ている。今後の避難対応には、地域との協働が必要になると考えられる。	
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	市の長寿社会課を中心に随時情報交流を行っている。運営推進委員会にも参加していただいたり、必要時には、市役所の窓口に出向き、村担当者に確認、相談を行っている。	市役所を訪問し、介護保険関連の連携や利用者の状況や生保関連の事項などを相談している。	
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	身体拘束、抑制廃止、言葉の抑制等に取り組んでいる。現状をグループホームステップアップ会議で報告を行っている。職員間でも取り組みについての話し合いと確認を行っている。	法人が身体拘束ゼロを宣言している。法人全体でテレビ会議で拘束・虐待に関する情報交換がなされている。	
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ったり、家族とのコミュニケーションを通して、変化を見逃さないように勤めている。法人内研修に参加し、学ぶ機会を作っている。		

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	管理者や職員は、成年後見制度や日常生活自立支援事業などの研修に参加している。必要時には家族に助言し、関係機関を活用できるように支援をしている。		
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	ホームにおいて出来ること、出来ない事、サービス内容など、契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し、しっかり理解していただき、同意を得ている。疑問にもしっかり答え、理解していただけるようにしている。		
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	日々利用者、家族への声掛けを心がけ、意見・要望が言いやすい環境作りに努めている。ご意見箱やホームページ、重要事項説明書、契約書で苦情窓口を紹介している。法人アンケートを行い、ケアに反映している。	年一回の法人アンケートが行われ、その結果は「ふれあいの橋」広報誌に公表されている。また、年2回の「家族会」が開催され、意見や要望が得られている。	
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	管理者は職員が気軽に意見が言えるような雰囲気づくりに努めている。また、KYT方式を用いて、職員の気づきから提案、改善へとつなげ運営に反映させている。	職員の会合「リーダ会」「チーム会」で支援の検討が行われている。KYT(危険予知トレーニング)活動で業務改善検討もなされている。職員個人と管理者の個別面談も年2回おこなわれ、意向の把握がされている。	各種の会合で施設の情報が伝えられているが、全職員が短時間でも集まって情報を共有する機会を増やすことが望まれる。
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	法人は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・資格取得などについて書面やメールなどでの案内を出し、参加しやすい環境作りに努めている。		
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	年間教育訓練計画に添って、各職員の希望も考慮しながら研修計画を作成している。外部・内部研修案内を提示し、参加促進を図っている。研修参加後報告書作成し資料と共に職員間で供覧を行っている。		
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	代表者はエリアのグループホーム3か所と毎月合同会議をもち活動内容、事故報告、困難事例についての検討を行っている。職員間も委員会活動において、会議場所を持回りにし、各事業所を訪問して意見交換を行い質の向上に努めている。		

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
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	事前面接では、生活状態や要望を含め支援内容について確認をしている。入居後は担当職員が中心となり、信頼関係を築くよう努力し、全職員で情報の共有を図っている。傾聴の姿勢を心がけている。		
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、不安や要望を伺い生活支援計画書に反映させ、事前の説明と同意を得るようにしている。		
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、家族の置かれている状況や相談内容に沿った適切なサービスを判断し、状況に応じて地域包括支援センター、居宅支援事業所、その他のサービス事業所などと連携を図り対応に努めている。		
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	職員と利用者が一緒に笑ったり、悩んだり、考えたりしていく中で、ひとつの家族として日々活気のある生活を過ごして頂けるように部屋の掃除、買物、食事作り、花の水やり、散歩や趣味を楽しみながら行っている。		
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	面会時や毎月のお便りで日々の暮らしぶりをお知らせしたり、ひので通信に行事企画をのせ参加して頂けるようにしている。また、家族の方に受診等の役割を依頼し、共に支え合う関係を大切にしている。		
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	以前から通っていた馴染みの美容院や商店への買い物、墓参り、散歩に出かけて知り合いの方と話したりできるよう支援している。	馴染みの商店や美容室に出かけている。回想法にも使える「海とくらしの史料館」や「郷土の歴史を知る会」などにも参加することもある。	
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	気の合った方と席を並んで食事やお茶を飲み話し合ったり、家事手伝いなども一緒にされている。孤立されている時は職員が中に入り関わり合いがもてるよう努めている。相性を見極め関り合えるように支援している。		

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
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、家族からの相談を受けたり、移行先に出かけたり、本人や家族との良い関係づくりに努めている。		
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	家族の意向・希望を聞き、会話の中から一人ひとりの思いを聞きとり、生活支援計画に反映させ取り組んでいる。利用者の状態変化や希望・要望など記録に残し共有している。	利用者の意向は入居の際に入手する、アセスメント記録・暫定生活支援計画書に介護に対する思いや意向を記載する他、生活歴シートにその人の要望を聞き取り支援に活かしている。さらに、日々の会話からも聞き取りをしている。	
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	生活歴や環境の把握に努め、入居前のサービス経過など、本人や家族から得た情報をヒストリーシートに記載し、個性の把握をし、生活支援計画に反映している。		
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	固定チームに取り組むことで、ひとり一人の一日の過ごし方や体調面・精神面など状態を把握しやすくなり記録して共有を図っている。		
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)や職員からの情報などを反映した本人本位の生活支援計画表を作成し、月1回のモニタリングで、取り組みの確認を行っている。チーム会でも検証している。	カンファレンスには家族が参加出来るよう日程調整を行い、主治医の参加をえて、担当職員等も含め検討している。事前に本人や家族から意向を聞き、カンファレンスの際に計画案を提示し、説明を行いながら確認同意を得ている。	
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、生活総合記録等に記入することで共有し、申し送り時に日々の気づきや工夫を話し合い、実践できるよう努め、生活支援計画の見直しに活かしている。		
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	家族が県外だったり、近くであっても早急に受診の支援が行えない時等の場合は連絡を取り合い柔軟に対応している。休日等においては主治医に連絡を入れ、調整を行い指示に従っている。		

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
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	自治会に加入し、一斉清掃を始め地区、公民館活動行事に参加している。また、利用者自身の馴染みの地域を大切にし、本人の意向に応じて支援している。		
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	利用者及び家族の希望を尊重し、かかりつけ医での医療継続できる支援を行っている。往診や家族同行の受診体制が出来るよう情報の共有に努めている。各かかりつけ医に相談できる体制を整えている。	利用者のかかりつけ医は入居時に確認しており、希望によって往診出来る医師に変更する等、意向に沿った対応をする。また受診の際には職員が利用者の状態をメールで医師に送っており、その返事は家族から伝えられている。	
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	医療体制のもと、訪問看護ステーションと契約し月に1度精神・身体状況の報告を行い、相談、助言を頂いている。利用者の健康管理に努め、新さかいの看護師にも協力を得て、相談、助言を頂いている。		
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、医療ソーシャルワーカーと連携を図りながら情報提供を行い退院に向けての話し合いを行っている。入退院前はかかりつけ医と情報共有を図り指示を受けている。		
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	研修に参加し、終末期の支援や死生観について学んでいる。利用者の状況に合わせ家族・主治医と連携し、利用者・家族の思いに沿ったケアができるよう職員間で話し合い、方針を共有している。家族には定期的に意向を確認している。	終末期の支援については利用者や家族の要望に沿った対応が出来るよう心掛けている。ケアプランの見直しの際には「最期を迎えられる時の意向確認及び同意書」や「医療意向確認及び同意書」等の書面による意向の把握にも取り組み出した。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、対応をしている。法人内での緊急時対応の研修に参加し、内容共有している。		
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	定期的に防災訓練を実施している。地域の方にも防災訓練に参加してもらうよう呼びかけも行っている。持ち出しファイルを作成。各居室の表札に花のシールを貼り避難誘導時の目印にしている。	年に2回の防災訓練には自治会の人たちが参加して実施している。また、地域の津波に対する訓練には職員が参加し、避難のノウハウを身につけている。毎月職員同士で機器の確認や防災への検討をしている。	避難訓練では風水害や地震を想定した訓練を行うと共に、毎月何らかの形で避難訓練を実施されたい。さらに、家具の転倒防止や避難時のヘルメットや頭巾など防災用具の準備にも取り組まれたい。

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
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	互恵互助をふまえ尊敬、プライバシーへの配慮を常に意識し、言葉かけのタイミングや声の大きさなどをチーム内で話し合い、気配りしながら対応を行っている。個人情報の取り扱いについては家族へ事前に確認を取り対応している。	職員に「互恵互助」の冊子を配布し、法人の理念や基本方針、大切にしたい価値観を周知している。また、日々の支援の中で言葉使いや対応など気付いた時に職員同士で注意する等、利用者を尊重した対応を心掛けている。	トイレは引き戸になっているが、扉を開け放したままで使用する利用者や介助する職員の身体が半分出たままで行うこともあり、羞恥心に対する配慮にさらなる検討や工夫が求められる。
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	日々の関わりの中で本人が思いや希望を話せたり、日常生活の各場面において自己決定、選択して頂けるような声かけに努めている。また、表情や仕草にも注意を払い、本人の意思を汲み取れるように努めている。		
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	固定チームケアを導入し当日のご利用者担当を決め関わることで、日々の関わりの中から本人の思いを自然に聞き出せるようになり、一人ひとりの体調やペースを大切にして、希望・思いに添った生活ができるよう支援している。		
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	職員の価値観で決めるのではなく、本人の好みや思いを知り、ご自身が出来ることは見守り、不十分な所はさりげなく支援している。個々に必要な化粧品なども準備したり、希望により行きつけの美容室にも行っている。		
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	献立はご利用者の意見も聞きながら旬の食材を取り入れた献立作りをし、栄養士にも栄養バランスの確認をしてもらっている。買い物や調理準備、片付けなどは利用者と共にやっている。職員も一緒に食事を取り楽しい時間を過ごしている。	毎月1ヶ月の献立を職員が検討して決めており、法人の栄養士の確認により、バランスが取れた食事の提供に努めている。食材の買い物には利用者と同様に、出来ることを活かし、準備や後片付けを行っている。	
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	1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た形態、嗜好品を提供している。食事・水分量は記録し、かかりつけ医と連携し体調管理に努めている。夜間帯の水分提供も行っている。		
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や必要な方には見守りと付き添いを行っている。自ら出来かねる方は職員が支援し清潔保持に努めている。義歯の不適合が見られたり歯痛時は早急に歯科受診を行っている。		

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
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	排泄チェック表を用い一人ひとりの排泄パターンを把握することで個々に合ったトイレ案内を行い失敗の軽減に繋げている。又、排泄委員を中心にコストの管理を行うことで、職員の意識向上に繋がっている。	排泄チェックは排便の確認を全利用者に対して行っており、さらに、必要な利用者には排泄パターンを把握しながらトイレ誘導する他、布パンツにパットといった、日中を快適に過ごし、排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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、水分をしっかり摂って頂けるように工夫したり、運動を取り入れることで自然排便に努めている。便秘気味の方にはサプリメントを使用したりして下剤使用量の軽減を図っている。		
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	一人ひとりの希望や体調をみながら声をかけ、ゆっくり入浴できるように支援している。時季にはゆず湯を楽しんで頂いたり、入浴剤を入れて色や香りを楽しんで頂いている。	入浴は少なくとも週2回の実施に努めており、午後3名から4名の入浴を行っている。なるべくゆったりと楽しんでもらえるよう、冬場は時間をかけて温まってもらっており、夏には要望に応じてシャワーでの対応もしている。	
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	就寝時間は、個々の生活習慣に配慮し支援している。日中の活動量を増やす為に、体操、散歩や外出など気分転換にも努め支援している。		
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、服薬マニュアルに沿って服薬している。服薬の管理はチェック表にて行い、状況変化時には主治医に報告・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	毎日の家事や興味のあること、得意なことを自分の役割として活動できるように支援している。また、趣味ややってみたい事も活動できるよう支援している。動物をを飼うことで心の癒しに繋げている。		
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きたく、状態に配慮しながら近所の公園・水木しげるロードなどに散歩に出かけたり、買い物などに同行して頂いたりしている。また、ご家族の方と一緒に食事や買い物に出かけやすい雰囲気作りに努めている。	今年目標として1日1回はベランダに出て花に水やりをしたり、買い物や散歩などで外に出かけるよう心掛けています。近隣には散歩に最適な場所もあり、アイスクリームを食べたり、楽しみながら外気に触れられる支援をしています。	

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	外出時には、希望の方には自己管理にてお金を所持して頂き、ご自身で支払いが出来るよう支援している。その他の方には自分の好みの物を選んで頂けるような支援を行っている。		
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	ご家族・知人等からの手紙はすぐにお渡しし、電話があれば取り次ぐ支援をしている。本人が好きに時に手紙、はがきを書いたり、電話がかけられ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、	照明器具はやわらかい色彩にしてあり、敷地内に咲いているお花を一緒に摘んで飾って頂いたり、その時々季節感が分かる飾りつけも行っている。献立にも季節感を持たせ一緒に調理したり、匂いで季節感が感じて頂けるよう支援している。	デイルームのガラス戸からは日射しが入り、床暖房の設置により冬場も温かく過ごすことができる。居室に沿った長い廊下とともに利用者にもわかりやすく4カ所のトイレを設けており、使いたい時に待つことなく利用できるよになっている。	デイルームには利用者が見易く、わかりやすいように毎日の日付や曜日を大きく明記する他、大きな時計の設置などで常に日にちや時間を意識して過ごせるような配慮に期待したい。
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	気の合った方と一緒に過ごせるように席を用意している。共有空間には一人掛けのソファや2～3人掛けのソファも準備しており、テレビを観たり談話ができる空間になるように配慮している。		
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	居室は、居心地よく過ごして頂けるように、本人の馴染みの家具や使い慣れた物を置いて頂いている。必要なものがあれば、ご家族とお話して購入したり、職員やご家族と一緒に買いに出かけたりする支援をしている。	各居室には洗面所や障子を設置し、落ち着いて過ごせる雰囲気を出している。これまで使っていた品物や馴染みの物を持ってきてもらい、以前と変わらないような生活が送れ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	トイレ、風呂場など分かりやすく、見えやすく表示している。また、毎月1～2ヶ所写真に撮り、全職員で危険箇所を見つけ、環境整備することで安全な環境づくりに努めている。		

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	3170400190		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームひので (ほほえみ)		
所在地	鳥取県境港市日ノ出町78-2		
自己評価作成日	平成25年12月31日	評価結果市町村受理日	平成26年3月31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.jp/31/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【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26年1月28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) <input type="radio"/>	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"/>
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"/>	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"/>
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"/>	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"/>
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) <input type="radio"/>	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) <input type="radio"/>
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"/>	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"/>
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"/>	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"/>
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、安心して暮らせている (参考項目:28) <input type="radio"/>		

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、スローガンを掲げ、申し送り時唱和している。また、互惠互助を1ページずつ読み意見を述べ合うことで、住みなれた地域で安心して過ごせる支援の確認を行っている。		
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	自治会に加入している。地域から行司や活動の連絡もあり、地域住民として利用者と一緒に、運動会、公民館活動、敬老会、清掃活動などに参加している。防災訓練時は回覧版をまわしてもらい参加して頂いている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 http://www.kaigokensaku.jp/31/index.php	交流する中で認知症ケアのアドバイスを行ったり話を聞く機会を作っている。包括支援センターと協力し地域で開催される講座などに参加し認知症ケア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ヶ月に1回の運営推進会議では、自治会長、ご家族代表の参加も得て、利用状況や活動状況などを報告し、質問や要望・意見・助言を求め、課題解決に向け協議している。議事録を回覧し、職員が共有できるようにしている。		
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	市の長寿社会課を中心に随時情報交流を行っている。運営推進委員会にも参加していただいたり、必要時には、市役所の窓口に出向き、村担当者に確認、相談を行っている。		
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、抑制廃止、言葉の抑制等に取り組んでいる。現状をグループホームステップアップ会議で報告を行っている。職員間でも取り組みについての話し合いと確認を行っている。		
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ったり、家族とのコミュニケーションを通して、変化を見逃さないように勤めている。法人内研修に参加し、学ぶ機会を作っている。		

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	管理者や職員は、成年後見制度や日常生活自立支援事業などの研修に参加している。必要時には家族に助言し、関係機関を活用できるように支援をしている。		
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	ホームにおいて出来ること、出来ない事、サービス内容など、契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し、しっかり理解していただき、同意を得ている。疑問にもしっかり答え、理解していただけるようにしている。		
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	日々利用者、家族への声掛けを心がけ、意見・要望が言いやすい環境作りに努めている。ご意見箱やホームページ、重要事項説明書、契約書で苦情窓口を紹介している。法人アンケートを行い、ケアに反映している。		
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	管理者は職員が気軽に意見が言えるような雰囲気づくりに努めている。また、KYT方式を用いて、職員の気づきから提案、改善へとつなげ運営に反映させている。		
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	法人は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・資格取得などについて書面やメールなどでの案内を出し、参加しやすい環境作りに努めている。		
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	年間教育訓練計画に添って、各職員の希望も考慮しながら研修計画を作成している。外部・内部研修案内を提示し、参加促進を図っている。研修参加後報告書作成し資料と共に職員間で供覧を行っている。		
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	代表者はエリアのグループホーム3か所と毎月合同会議をもち活動内容、事故報告、困難事例についての検討を行っている。職員間も委員会活動において、会議場所を持回りにし、各事業所を訪問して意見交換を行い質の向上に努めている。		

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
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	事前面接では、生活状態や要望を含め支援内容について確認をしている。入居後は担当職員が中心となり、信頼関係を築くよう努力し、全職員で情報の共有を図っている。傾聴の姿勢を心がけている。		
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、不安や要望を伺い生活支援計画書に反映させ、事前の説明と同意を得るようにしている。		
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、家族の置かれている状況や相談内容に沿った適切なサービスを判断し、状況に応じて地域包括支援センター、居宅支援事業所、その他のサービス事業所などと連携を図り対応に努めている。		
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	職員と利用者が一緒に笑ったり、悩んだり、考えたりしていく中で、ひとつの家族として日々活気のある生活を過ごして頂けるように部屋の掃除、買物、食事作り、花の水やり、散歩や趣味を楽しみながら行っている。		
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	面会時や毎月のお便りで日々の暮らしぶりをお知らせしたり、ひので通信に行事企画をのせ参加して頂けるようにしている。また、家族の方に受診等の役割を依頼し、共に支え合う関係を大切にしている。		
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	以前から通っていた馴染みの美容院や商店への買い物、墓参り、散歩に出かけて知り合いの方と話したりできるよう支援している。		
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	気の合った方と席を並んで食事やお茶を飲み話し合ったり、家事手伝いなども一緒にされている。孤立されている時は職員が中に入り関わり合いがもてるよう努めている。相性を見極め関り合えるように支援している。		

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
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、家族からの相談を受けたり、移行先に出かけたり、本人や家族との良い関係づくりに努めている。		
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	家族の意向・希望を聞き、会話の中から一人ひとりの思いを聞きとり、生活支援計画に反映させ取り組んでいる。利用者の状態変化や希望・要望など記録に残し共有している。		
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	生活歴や環境の把握に努め、入居前のサービス経過など、本人や家族から得た情報をヒストリーシートに記載し、個性の把握をし、生活支援計画に反映している。		
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	固定チームに取り組むことで、ひとり一人の一日の過ごし方や体調面・精神面など状態を把握しやすくなり記録して共有を図っている。		
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)や職員からの情報などを反映した本人本位の生活支援計画表を作成し、月1回のモニタリングで、取り組みの確認を行っている。チーム会でも検証している。		
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、生活総合記録等に記入することで共有し、申し送り時に日々の気づきや工夫を話し合い、実践できるよう努め、生活支援計画の見直しに活かしている。		
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	家族が県外だったり、近くであっても早急に受診の支援が行えない時等の場合は連絡を取り合い柔軟に対応している。休日等においては主治医に連絡を入れ、調整を行い指示に従っている。		

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
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	自治会に加入し、一斉清掃を始め地区、公民館活動行事に参加している。また、利用者自身の馴染みの地域を大切に、本人の意向に応じて支援している。		
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	利用者及び家族の希望を尊重し、かかりつけ医での医療継続できる支援を行っている。往診や家族同行の受診体制が出来るよう情報の共有に努めている。各かかりつけ医に相談できる体制を整えている。		
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	医療体制のもと、訪問看護ステーションと契約し月に1度精神・身体状況の報告を行い、相談、助言を頂いている。利用者の健康管理に努め、新さかいの看護師にも協力を得て、相談、助言を頂いている。		
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、医療ソーシャルワーカーと連携を図りながら情報提供を行い退院に向けての話し合いを行っている。入退院前はかかりつけ医と情報共有を図り指示を受けている。		
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	研修に参加し、終末期の支援や死生観について学んでいる。利用者の状況に合わせ家族・主治医と連携し、利用者・家族の思いに沿ったケアができるよう職員間で話し合い、方針を共有している。家族には定期的に意向を確認している。		
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、対応をしている。法人内での緊急時対応の研修に参加し、内容共有している。		
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	定期的に防災訓練を実施している。地域の方にも防災訓練に参加してもらうよう呼びかけも行っている。持ち出しファイルを作成。各居室の表札に花のシールを貼り避難誘導時の目印にしている。		

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
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	互恵互助をふまえ尊厳、プライバシーへの配慮を常に意識し、言葉かけのタイミングや声の大きさなどをチーム内で話し合い、気配りしながら対応を行っている。個人情報の取り扱いについては家族へ事前に確認を取り対応している。		
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	日々の関わりの中で本人が思いや希望を話せたり、日常生活の各場面において自己決定、選択して頂けるような声かけに努めている。また、表情や仕草にも注意を払い、本人の意思を汲み取れるように努めている。		
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	固定チームケアを導入し当日のご利用者担当を決め関わることで、日々の関わりの中から本人の思いを自然に聞き出せるようになり、一人ひとりの体調やペースを大切にして、希望・思いに添った生活ができるよう支援している。		
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	職員の価値観で決めるのではなく、本人の好みや思いを知り、ご自身が出来ることは見守り、不十分な所はさりげなく支援している。個々に必要な化粧品なども準備したり、希望により行きつけの美容室にも行っている。		
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	献立はご利用者の意見も聞きながら旬の食材を取り入れた献立作りをし、栄養士にも栄養バランスの確認をしてもらっている。買い物や調理準備、片付けなどは利用者と共にやっている。職員も一緒に食事を取り楽しい時間を過ごしている。		
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	1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た形態、嗜好品を提供している。食事・水分量は記録し、かかりつけ医と連携し体調管理に努めている。夜間帯の水分提供も行っている。		
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や必要な方には見守りと付き添いを行っている。自ら出来かねる方は職員が支援し清潔保持に努めている。義歯の不適合が見られたり歯痛時は早急に歯科受診を行っている。		

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
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	排泄チェック表を用い一人ひとりの排泄パターンを把握することで個々に合ったトイレ案内を行い失敗の軽減に繋げている。又、排泄委員を中心にコストの管理を行うことで、職員の意識向上に繋がっている。		
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、水分をしっかり摂って頂けるように工夫したり、運動を取り入れることで自然排便に努めている。便秘気味の方にはサプリメントを使用したりして下剤使用量の軽減を図っている。		
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	一人ひとりの希望や体調をみながら声をかけ、ゆっくり入浴できるように支援している。時季にはゆず湯を楽しんで頂いたり、入浴剤を入れて色や香りを楽しんで頂いている。		
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	就寝時間は、個々の生活習慣に配慮し支援している。日中の活動量を増やす為に、体操、散歩や外出など気分転換にも努め支援している。		
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、服薬マニュアルに沿って服薬している。服薬の管理はチェック表にて行い、状況変化時には主治医に報告・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	毎日の家事や興味のあること、得意なことを自分の役割として活動できるように支援している。また、趣味ややってみたい事も活動できるように支援している。動物をを飼うことで心の癒しに繋げている。		
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	一日一回は外の空気を感じて頂きたく、状態に配慮しながら近所の公園・水木しげるロードなどに散歩に出かけたり、買い物などに同行して頂いたりしている。また、ご家族の方と一緒に食事や買い物に出かけやすい雰囲気作りに努めている。		

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	外出時には、希望の方には自己管理にてお金を所持して頂き、ご自身で支払いが出来るよう支援している。その他の方には自分の好みの物を選んで頂けるような支援を行っている。		
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	ご家族・知人等からの手紙はすぐにお渡しし、電話があれば取り次ぐ支援をしている。本人が好きな時に手紙、はがきを書いたり、電話がかけられ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、	照明器具は柔らかい色彩にしてあり、敷地内に咲いているお花と一緒に摘んで飾って頂いたり、その時々季節感が分かる飾りつけも行っている。献立にも季節感を持たせ一緒に調理したり、匂いで季節感が感じて頂けるよう支援している。		
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	気の合った方と一緒に過ごせるように席を用意している。共有空間には一人掛けのソファや2~3人掛けのソファも準備しており、テレビを観たり談話ができる空間になるように配慮している。		
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	居室は、居心地よく過ごして頂けるように、本人の馴染みの家具や使い慣れた物を置いて頂いている。必要なものがあれば、ご家族とお話して購入したり、職員やご家族と一緒に買いに出かけたりする支援をしている。		
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	トイレ、風呂場など分かりやすく、見えやすく表示している。また、毎月1~2ヶ所写真に撮り、全職員で危険箇所を見つけ、環境整備することで安全な環境づくりに努めている。		

目標達成計画

作成日: 平成 26 年 3 月 30 日

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	14	日々の支援の中で利用者への言葉遣い、対応が尊厳への配慮に欠ける時がある。 排泄のケアにおいても、排泄に関する職員間の伝達が他者に聞こえるような場所でなされたりトイレでのケア時扉がきちんと閉められてない時がある。	認知症ケアの理念である「パーソンセンタードケア」を理解し実践することが出来る。	○認知症ケアマッピングを定期的に受ける。(年2回) ○チーム目標に、「パーソンセンタードケアの理解」を掲げ毎月のチーム会において「個人の価値を低める17項目」がなかったか検証する。	12ヶ月
2	19	デイルームの環境において毎日の日付、時間が分かり難くその日の献立の表示も見えにくい。 その他の共有空間においても、利用者の視点での環境の見直しが必要である。	利用者が居心地がいいと感じる環境を整える。	・共有空間の中で、利用者の目線で改善が必要な箇所をチームでリストアップする。(5月まで) ・具体的な改善案を立て実践する。(食堂、浴室、玄関)	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。