

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 (なごみ荘)		
所在地	鳥取県境港市日ノ出町78-2		
自己評価作成日	平成24年1月30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 市ヶ谷MSビル4F		
訪問調査日	平成24年2月12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)】

回想法を取り入れてそれぞれの職業や趣味を活かし、生活の中に取り入れている。市内の中学校からボランティアを受け入れた際は、ご利用者(教授)の昔の研究を披露していただいた。また、近所の幼稚園の餅つきなどの行事に参加したり、夏祭りや初詣など季節の行事には、近所の商店街や神社に出かけている。新しいボランティアの方に来てもらい、郷土の昔の道具を見ながら昔語りをしている。昨年の家族会は、公民館活動に利用者とともに参加して作った自家製の味噌で、具沢山の豚汁やシフォンケーキなどを提供し、家庭的な雰囲気でも交流を深めた。自治会に加入し、ゴミ出しや一斉清掃・運動会への参加、公民館のバザーへの出品などで地域と交流している。ご利用者と職員は施設の犬や猫とふれあいながら、なごやかに生活している。認知症サポーター養成講座に参加している。

【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)】

地域との交流が進み、自治会の行事や清掃活動、公民館のバザーやサロンに参加している。消防訓練には自治会の参加もあった。ボランティアも多数の定期的な来訪があり、コーラス・着物着付けをはじめ郷土の歴史を知る回想法の紹介を月一回行っている。昔のことを知らせ、伝える催しで、利用者は昔を思い出せると楽しんでいる。利用者の希望に応え、2年間で4回の看取りを行った。家族・かかりつけ医・訪問看護との連携と、職員の連携で利用者の意向に沿った支援を行った。利用者は、自分の役割(買い物・調理・味付けなど)を楽しみ、施設の犬と猫とともに和やかに過ごしている。

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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらい <input checked="" type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66 職員は、生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 <input checked="" type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input checked="" type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	ひので独自の理念を掲げ、職員一人ひとりの意識の向上に努めた。申し送りで法人の理念・スローガンを唱和し、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。	法人理念・方針に加えホーム独自のGHの理念・目標を掲示している。午前にも一回、職員が唱和している。職員のハンドブックの「互恵互助」も活用している。	
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	自治会に加入して地区の活動(ゴミ出し・清掃・市民運動会・敬老会・公民館行事)や総会に積極的に参加して地域の方々との交流をはかっている。防災訓練時は回覧版をまわしてもらっている。	自治会の年度計画に対応して、ホームの活動を進めている。ボランティアのいくつかのグループが来訪している。近隣の幼稚園との交流が、利用者も参加して行われている。	
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もある。包括支援センターと協力し認知症サポーターの育成として講座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ヶ月に1回の運営推進会議ではサービス利用状況や施設の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。議事録を構成メンバーに配布し、スタッフでも共有している。	運営推進会議は、2カ月1回行われ、行政・地域関連の出席者との情報交換が行われている。今年度は東日本大震災に関連して、防災に関連した内容が多かった。地域と事業所の相互支援の協定の方向が検討されている。	
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取り組んでいる	運営推進会議以外でも、市町村担当者(長寿健康課・福祉課)との連携を密にして、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。	市の長寿社会課や福祉課と、入居待機者情報や認定関係申請などの各種情報の連絡・相談などが行われている。	
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	足元不安定、興奮などの場合は診療内科医と相談し一時的にセンサーや柵を使用することがある。大型駐車場に隣接し交通量が多い立地のため事故防止と防犯の意味で玄関に施錠している	法人として拘束ゼロの宣言がなされている。従ってホームとして行っていない。	
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。法人研修でも取り上げ事業所内で共有している。互恵互助において、利用者本位の原則を確認し合っている。		

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	成年後見制度や日常生活自立支援事業、権利擁護についてご利用者の例をたとえ職員間で話あっている。成年後見センターのパンフレットを用意し必要時には提供している。		
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、出来ない事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。契約後の不安も伺うように声を掛けている。		
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	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。日々の関係づくりに配慮し、利用者・家族が気軽に意見が言えるように工夫し、ケアに反映させている。第三者評価員を設置している。	法人として、年一回家族にアンケートを送り、意向や要望などを収集している。集計後の報告は広報誌で報告している。グループホームの部分の結果と改善策はホーム内に掲示するとともに家族会に報告している。	
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	運営者は訪問し、ご利用者・職員との交流に努めている。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、職員からの意見・提案が気軽に伺える様話をする機会を持つように努めている。	職員会議で、ホーム内の問題や課題が検討されている。職員個人の意向などは、年2回の上司面談で伝えられる。管理者との相談は、いつでも行える状態である。	
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・資格所得について勉強会を開いている。年間を通し自らの目標を上げ成果を前期、後期とで評価している。		
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	年間教育訓練訓練に添った研修を年度始めに計画、外部の研修は参加を促している。研修参加後報告書と資料の供覧を行っている。介護福祉士、介護支援専門員所得の勉強会も企画し習得を勧めている。		
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	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。学習会を年間計画に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	本人の不安ところ求めているところ等、ご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。担当職員が中心となり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、不安なこと、求めている事を伺っている。話が伺いやすい環境を整えている。		
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、どのように支援すべき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を検討する。		
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、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、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	面会時には日々のホームの暮らしぶりをお知らせしている、また家族からも新たな要望や意向を伺い関係づくりを深めている。毎月ひので通信、お便り、写真を送っている。		
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、地区の商店に買い物にでかけたり、散歩に出かけて知り合いの方と話したりできるようにしている。墓参りや神社にも出かけている。	地域への買い物や外出が行われている。喫茶や美容室への外出や、食事にも出かけている。ときどき友人がホームに来訪している。	
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、お互いの部屋に行き来できる関係を大切にしている。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。相性を見極め関わっている。		

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	利用が終了しても良い関係づくりに努め面会、電話連絡を取っている。気軽に来苑して頂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他の施設に行かれても良い関係が保てている。		
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	一人ひとりの思いを聞き出し生活支援計画表に記入、共有して支援を行っている。意思の疎通困難な人は、家族から意向を聞いている。生活歴をきいてヒストリーシートを作成し、個性の把握に役立てている。	アセスメントで利用者の意向や趣味等の把握に努め、日常の関わりや家族からも思いや得意なことを聞き、職員間で共有すると共に、調理や編み物などを実際に一緒に行うなど必要なケアに活かしている。	
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を相談受付表、アセスメントに記載し把握している。相談員からの情報、認定情報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	介護管理日誌や生活総合記録に利用者ひとり一人の一日の過ごし方や状態を記入し把握、細かい事の気配りにも努めている。		
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の意見やモニタリング評価を反映した本人本位の生活支援計画表の作成を行っている。	入居時に暫定計画を作成し、入居後に本計画を作成する。モニタリングは毎月、計画の見直しは6ヶ月毎に、家族や本人、かかりつけ医と意見交換をして作成し、職員間で共有し計画に沿ったケアを行っている。	
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	生活総合記録、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。チーム会でケアの評価、共有事項を確認している。		
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	家族が県外等で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。休日等の受診においては主治医に連絡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	運営推進委員に市職員、地域包括支援センター、地域の方、家族をお願いし情報交換を行い又アドバイスを頂き市内の一斉清掃を始め市、地区、公民館活動行事に参加できている。		
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	本人及び家族の希望を尊重し、在宅から同じかかりつけ医への受診を、家族と協力して行っている。かかりつけ医とも新たな関係を築いていき、家族の橋渡し役として、納得できる医療を受けられるよう支援している。	希望するかかりつけ医に受診している。通院は、ホームから利用者の様子を伝える情報提供書を作成し、家族が通院に付き添っているが、希望があれば職員も同行する。夜間や緊急時の医療支援体制も整備している。	
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定期的に精神・身体状況の報告を行っている。状態変化時は速やかに報告をおこないアドバイスを頂き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、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。入院中は職員も面会に行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	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体制作りを努めている。看取りに関する支援文書を活用し、家族の意向を確認している。職員間で話し合い、方針を共有している。	看取りマニュアルを作成してあるが、随時、家族、かかりつけ医、訪問看護等と連携し話し合いを行い、希望に添った具体的なケアを共有したうえで、1ヶ月ごとに看取り計画を作成し、職員間でも統一する。この2年間で4名の看取りを行った。	
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	急変を予測し対応を職員間で話し合っている。法人内研修・グループホーム研修に取り入れ緊急時対応の研修を受けている。緊急時対応手順を確認している。		
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	マニュアルを作成している。定期的に避難訓練を行い、市の災害訓練にも参加している。非常用の食料、飲料水を常備している。持ち出す文書をファイル化。各居室扉上に独歩・担送など護送方法を示してある。		

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	一人ひとりの特色を理解し、誇りやプライバシーを損ねないような言葉のかけ方などをチーム内で話し合い、気を配りながら対応を行っている。居室で面会していただくなど個人情報が漏れないよう工夫している	個人情報保護に関する規定を定め、定期的に法人で研修を行い職員間で共有している。ファイルの背表紙をイニシャルにし、一人ひとりを尊重した呼び方や声かけを行い、あからさまなケアは行わないよう留意している。	
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思いや希望に気付いたり、本人の能力に合わせて声かけをおこない日常生活の各場面において自己決定、選択して頂き希望に沿った生活ができ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	日々の関わりの中から本人の思いを聞き出す努力をし、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、本人の好みで整えられるよう伺いながらご自身で行って頂き、不十分な所はさりげなく支援している。行きつけの美容室に行っている。		
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	食事の盛り付けや片づけを一緒に行っている。献立をご利用者の意見をききながら作成している。旬の野菜や果物を取り入れた献立作りをしている。嫌いな食事が出た時は他の食材を利用し提供している。	メニューは利用者の希望を聞いて作っている。食材の買い出し、調理、準備、洗い物、テーブル拭き等役割をもち一緒に行う。体調に合わせて食事形態を食べやすく工夫し、季節の料理を歓談しながら一緒に食べている。	
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1700カロリー、1日1500ccの水分を目安に個々の状態に合わせた形態、嗜好の物を提供している。水分・食事量は記録管理し、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	毎食後口腔ケアを行っている。自ら出来ない方は職員ができない部分の手伝いを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	生活習慣を伺い、一人ひとりの排泄パターンを把握しながら支援している。個々のその時の状態によって話し合いをし、快適に過ごしていただけよう努めている。排泄用品のコストにも目を向けるようにしている。	日常の体操、食事の工夫等で排泄が行い易くし、排泄表を活用し個々に応じ声かけを行いトイレでの排泄を支援している。おしめ等を使用する利用者には、安価で個々に応じたものを工夫する取り組みも行っている。	
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	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。個々に納豆、オイル、食物繊維多めの味噌汁を工夫している。機能低下の方でも出来るだけトイレに座れるように努めている。		
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かけ、希望に沿ってゆっくり入浴できるように支援している。本人の希望日に合わせたり、時期にはゆず湯を楽しんでいただいた。	午後を中心に希望を聞き週3回を目標に入浴する。夏は毎日入浴できるよう工夫する。温度を好みに合わせたり、家族からのゆずでゆず湯を行う。入浴を嫌う人は前日から声をかけたり、必要な場合は二人で対応する。	
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向けている。人寂しい方は職員の傍で休めるよう工夫している。		
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	趣味、やってみたい事を聞きながら活動できるよう支援し、家事なども出来ることをお願いし、出来ることで自信を持って頂けるよう努めている。能力や希望に合わせたものを支援している。		
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	観光地に隣接していることもあり、天気の良い日には近所の公園などに散歩に出かけたり、買い物などに同行している。遠方への外出は事前に計画を立て、家族と協力しながら出掛けられるに行っている。	毎日の食材の買出しや天気のよい日は散歩する。犬の散歩も利用者が行う。季節に応じ花見等を計画し家族も参加して出かける。個々の希望により、墓参り、デパートで買い物、出身地に出かける。外出を嫌がる方は、ベランダで日光浴に誘い外気に触れる。	

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
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	自己管理が可能な方にはお金を持って頂いている。預けられている方でも買物に行く時にはご自身で支払いが出来るよう支援する。自身で出来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	外からの電話を取り次いだり本人の希望があれば電話をかけることが出来るよう支援している。手紙、はがきなどが必要時には準備する。		
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	照明器具は、やわらかい色彩にしてあり、施設内に季節の生花を飾るなどその時々季節感が分かる飾りつけも行っている。音は、ご利用者の聴きなれた音楽を流している。	玄関に花や手芸品、リビングは金魚鉢や写真、テレビ前にソファを置いてある。木のぬくもりを感じやすい。廊下は暗くないよう電気をつけており、利用者の作品が貼ってある。奥にイスを置き一人になれる。犬と猫を飼っており利用者になごやかさを与えている。	
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席を用意したり、お互いの力を発揮してもらおう場を作っている。共有空間の中には一人の時間を持てるスペースや2~3人掛けのソファのコーナーもありテレビや談話を行っている。		
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、本人の馴染みの家具や仏壇などを置き本人の好みを聞きながら配置し、落ち着いて安全に過ごせる空間になるように配慮している。	窓はプラスチック障子で和風の穏やかな雰囲気である。持ち込みは自由で、家族と相談し持ち込まれている。家族や自分の写真、自分の家具、若い頃の写真や編み物の作品等があり、自分の居室となるよう工夫している。	
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器具を使用する事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、見え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	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 (ほほえみ荘)		
所在地	鳥取県境港市日ノ出町78-2		
自己評価作成日	平成24年1月30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 市ヶ谷MSビル4F		
訪問調査日	平成24年2月12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 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	ひので独自の理念を掲げ、職員一人ひとりの意識の向上に努めた。申し送りで法人の理念・スローガンを唱和し、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	自治会に加入して地区の活動(ゴミ出し・清掃・市民運動会・敬老会・公民館行事)や総会に積極的に参加して地域の方々との交流をはかっている。防災訓練時は回覧版をまわしてもらっている。		
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聞く機会もある。包括支援センターと協力し認知症サポーターの育成として講座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ヶ月に1回の運営推進会議ではサービス利用状況や施設の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。議事録を構成メンバーに配布し、スタッフでも共有している。		
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	運営推進会議以外でも、市町村担当者(長寿健康課・福祉課)との連携を密にして、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。		
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	足元不安定、興奮などの場合は診療内科医と相談し一時的にセンサーや柵を使用することがある。大型駐車場に隣接し交通量が多い立地のため事故防止と防犯の意味で玄関に施錠している		
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	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。法人研修でも取り上げ事業所内で共有している。互惠互助において、利用者本位の原則を確認し合っている。		

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	成年後見制度や日常生活自立支援事業、権利擁護についてご利用者の例をたとえ職員間で話あっている。成年後見センターのパンフレットを用意し必要時には提供している。		
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、出来ない事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。契約後の不安も伺うように声を掛けている。		
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	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。日々の関係づくりに配慮し、利用者・家族が気軽に意見が言えるように工夫し、ケアに反映させている。第三者評価員を設置している。		
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	運営者は訪問し、ご利用者・職員との交流に努めている。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、職員からの意見・提案が気軽に伺える様話をする機会を持つように努めている。		
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・資格所得について勉強会を開いている。年間を通し自らの目標を上げ成果を前期、後期とで評価している。		
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	年間教育訓練訓練に添った研修を年度始めに計画、外部の研修は参加を促している。研修参加後報告書と資料の供覧を行っている。介護福祉士、介護支援専門員所得の勉強会も企画し習得を勧めている。		
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	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。学習会を年間計画に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	本人の不安ところ求めているところ等、ご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。担当職員が中心となり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、不安なこと、求めている事を伺っている。話が伺いやすい環境を整えている。		
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、どのように支援すべき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を検討する。		
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、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、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	面会時には日々のホームの暮らしぶりをお知らせしている、また家族からも新たな要望や意向を伺い関係づくりを深めている。毎月ひので通信、お便り、写真を送っている。		
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、地区の商店に買い物にでかけたり、散歩に出かけて知り合いの方と話したりできるようにしている。墓参りや神社にも出かけている。		
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、お互いの部屋に行き来できる関係を大切にしている。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。相性を見極め関わっている。		

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	利用が終了しても良い関係づくりに努め面会、電話連絡を取っている。気軽に来苑して頂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他の施設に行かれても良い関係が保てている。		
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	一人ひとりの思いを聞き出し生活支援計画表に記入、共有して支援を行っている。意思の疎通困難な人は、家族から意向を聞いている。生活暦をきいてヒストリーシートを作成し、個性の把握に役立てている。		
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。相談員からの情報、認定情報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	介護管理日誌や生活総合記録に利用者ひとり一人の一日の過ごし方や状態を記入し把握、細かい事の気配りにも努めている。		
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の意見やモニタリング評価を反映した本人本位の生活支援計画表の作成を行っている。		
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	生活総合記録、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。チーム会でケアの評価、共有事項を確認している。		
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	家族が県外等で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。休日等の受診においては主治医に連絡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	運営推進委員に市職員、地域包括支援センター、地域の方、家族をお願いし情報交換を行い又アドバイスを頂き市内の一斉清掃を始め市、地区、公民館活動行事に参加できている。		
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	本人及び家族の希望を尊重し、在宅から同じかかりつけ医への受診を、家族と協力して行っている。かかりつけ医とも新たな関係を築いていき、家族の橋渡し役として、納得できる医療を受けられるよう支援している。		
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定期的に精神・身体状況の報告を行っている。状態変化時は速やかに報告をおこないアドバイスを頂き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、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。入院中は職員も面会に行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	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体制作りに努めている。看取りに関する支援文書を活用し、家族の意向を確認している。職員間で話し合い、方針を共有している。		
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	急変を予測し対応を職員間で話し合っている。法人内研修・グループホーム研修に取り入れ緊急時対応の研修を受けている。緊急時対応手順を確認している。		
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	マニュアルを作成している。定期的に避難訓練を行い、市の災害訓練にも参加している。非常用の食料、飲料水を常備している。持ち出す文書をファイル化。各居室扉上に独歩・担送など護送方法を示してある。		

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	一人ひとりの特色を理解し、誇りやプライバシーを損ねないような言葉のかけ方などをチーム内で話し合い、気を配りながら対応を行っている。居室で面会していただくなど個人情報が漏れないよう工夫している		
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思いや希望に気付いたり、本人の能力に合わせて声かけをおこない日常生活の各場面において自己決定、選択して頂き希望に沿った生活ができ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	日々の関わりの中から本人の思いを聞き出す努力をし、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、本人の好みで整えられるよう伺いながらご自身で行って頂き、不十分な所はさりげなく支援している。行きつけの美容室に行っている。		
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	食事の盛り付けや片づけを一緒に行っている。献立をご利用者の意見をききながら作成している。旬の野菜や果物を取り入れた献立作りをしている。嫌いな食事が出た時は他の食材を利用し提供している。		
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1700カロリー、1日1500ccの水分を目安に個々の状態に合わせた形態、嗜好の物を提供している。水分・食事量は記録管理し、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	毎食後口腔ケアを行っている。自ら出来ない方は職員ができない部分の手伝いを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	生活習慣を伺い、一人ひとりの排泄パターンを把握しながら支援している。個々のその時の状態によって話し合いをし、快適に過ごしていただけるよう努めている。排泄用品のコストにも目を向けるようにしている。		
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、食事に気を付け状態に合わせ対応。個々に納豆、オイル、食物繊維多めの味噌汁を工夫している。機能低下の方でも出来るだけトイレに座れるように努めている。		
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かけ、希望に沿ってゆっくり入浴できるように支援している。本人の希望日に合わせたり、時期にはゆず湯を楽しんでいただいた。		
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向けている。人寂しい方は職員の傍で休めるよう工夫している。		
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	趣味、やってみたい事を聞きながら活動できるよう支援し、家事なども出来ることをお願いし、出来ることで自信を持って頂けるよう努めている。能力や希望に合わせたものを支援している。		
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	観光地に隣接していることもあり、天気の良い日には近所の公園などに散歩に出かけたり、買い物などに同行している。遠方への外出は事前に計画を立て、家族と協力しながら出掛けられるに行っている。		

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
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	自己管理が可能な方にはお金を持って頂いている。預けられている方でも買物に行く時にはご自身で支払いが出来るよう支援する。自身で出来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	外からの電話を取り次いだり本人の希望があれば電話をかけることが出来るよう支援している。手紙、はがきなどが必要時には準備する。		
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	照明器具は、やわらかい色彩にしてあり、施設内に季節の生花を飾るなどその時々季節感が分かる飾りつけも行っている。音は、ご利用者の聴きなれた音楽を流している。		
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席を用意したり、お互いの力を発揮してもらおう場を作っている。共有空間の中には一人の時間を持てるスペースや2~3人掛けのソファのコーナーもありテレビや談話を行っている。		
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、本人の馴染みの家具や仏壇などを置き本人の好みを聞きながら配置し、落ち着いて安全に過ごせる空間になるように配慮している。		
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器具を使用する事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、見えやすく表示している。		

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	49 60	利用者の介護度、身体状況にばらつきがあり、日々、独歩の方を優先しての外出(買い物、散歩)が多くなり偏りが生じている。	介護度、身体状況にとらわれることなく、利用者の状態に応じ偏りなく外出支援を日課として取り入れる事ができる。	利用者全員の名前をあげ、個々に合わせて支援を行い、事前に計画を立て実行していく。天候を伺い、外気に触れる、日光浴などを日課として積極的に取り組む。	3ヶ月
2	30	馴染みのかかりつけ医に家族対応で受診をされているが、ホームでの生活の状況が十分に伝えられない事がある。 家族の橋わたり役として今以上に充実する。	ご家族対応により受診に行かれる場合はホームでの状態をしっかりと伝えられるような情報提供書を作成する。	看護師と相談し利用者の状況を的確に伝えられる情報提供書の作成を行う。 情報提供書を作成していく中に、かかりつけ医から返事が得られる項目を設ける。	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。