

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	3170200152		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホームかわさき		
所在地	鳥取県米子市両三柳5332		
自己評価作成日	平成30年11月5日	評価結果市町村受理日	平成31年3月22日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク		
所在地	東京都千代田区九段南三丁目4番5号 番町ビル7A		
訪問調査日	平成30年11月24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)】

個々のご利用者の得意な事を活かせるように、職員が把握し共同生活を営んでいる。ご利用者の意思表示、自己決定をして頂くことを大切に職員も「待つ」事を心掛け、実践している。平成30年の介護保険改正もあり、他職種と連携し、利用者の支援に繋げている。地域公園の花壇の管理を継続し、行事にも参加し地域自治会との交流も深めている。また、事業所として、地域交流スペースを開放し、不定期だが、地域の子供達と交流している。また、さつま芋を栽培し、保育園の園児達との芋ほりも定着している。

【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)】

1ユニットの規模をいかして、事務所と食堂とを仕切ることなく、利用者職員とが毎日コミュニケーションをとりながら、家庭的な雰囲気なかで暮らせる環境を整えている。また、利用者との目線を合わせ、声のトーン等にも配慮して接することを大切にするとともに、利用者自身の主体性を尊重した「待つ」姿勢の保持に努めている。さらに、ホームのことを気にかけて、さまざまな場面で協力を得ている近隣住民や家族の存在が、ホームで働く職員の安心感につながっている。離職がほとんどない安定した職員体制のもと、利用者の少しの変化を相互に確認し合いながら、その人らしく暮らし続けることを目指して取り組んでいる。

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	法人の理念、基本方針、ホーム理念、介護10原則も掲示しており、毎日の申し送りの時に唱和している。	ホーム内に法人の理念や介護10原則等を掲示する他、朝礼時に互恵互助も含めて唱和することで支援の方向性を再確認している。異動で着任した職員には管理者が業務場面等で支援方針を伝え共有している。	
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人として日常的に交流している	地域の子供会を招いて餅つき大会や交流スペースで行事を開催したり自治会の回覧板のやり取り、清掃活動への参加、正月用いけばなの依頼など地域との交流を大切にしている。	地元の自治会との良好な関係が維持されており、日頃から地域住民がホームのことを気にかけてくれている。また、地域交流スペースを子供会に開放し、アイスクリーム作りや工作等を行う機会を持っている。	
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	毎月「何でも相談日」を設け法人の広報誌へ掲載している。		
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	運営推進会議は6回開催し、ホームの状況を報告し意見交換の場としている。運営推進会議での意見をサービスの向上に活かしている。	定例の運営推進会議でホームの現状を伝えている。福祉業界が人材不足である現状に鑑み、職員を労う言葉を得たり、運営について意見をもらう場面も多く、運営会議がホームの安定的な運営に役立っている。	
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	入退院、事故についてもレベルに応じて報告しており、事業所内の地域包括センターとも連携して情報の入手に努め、運営推進会議に参加してもらい情報交換を行っている。	運営推進会議の開催時間を長寿社会課の職員が出席しやすいよう15時に変更する等工夫し、直接情報交換する場面を増やしている。市内の現状を把握してホーム運営の参考にしている。	
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	全職員が身体拘束をしないケアについて理解しており実践している。玄関の施錠については、利用者の不穏時、早朝、夜間の職員が1人の体制となる以外は開放している。	法人として抑制廃止を掲げ、言葉による抑制も含めて、利用者の人権を尊重した支援を目指して取り組んでいる。職員は「待ち」の姿勢を大切にし、職員会議等で支援姿勢を振り返り、さらなる意識向上を図っている。	
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	法人全体でも虐待について取り組み、学ぶ機会もあり全職員が意識し防止に努めている。毎日のミーティング時に法人の介護基準を唱和している。		

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
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	入居時やご家族より相談を受ければ情報提供できるように努めている。		
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	重要事項説明書に基づき説明を行い理解、納得が得られた時に署名にて同意を得ている。		
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	法人本部から年1回利用者、家族へのアンケート調査が行なわれその結果を運営に反映させている。事業所内にご意見箱を設置しており苦情、要望を表出し易いようにしている。	年1回の家族アンケート結果や直接寄せられる要望、苦情等を業務改善につなげている。また、意見箱は併設のケアプランセンターに設置して、職員に見られない場所で投函できるようにしている。	
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	月に1度の職員会議や毎日行なわれるミーティング時に職員の意見等を聞く機会が設けられており反映されている。	毎月の職員会議では、率直な改善提案を受けて話し合いが進められている他、事務的業務の負担軽減のために、今年から記録のための勤務を1日設ける等、工夫している。	
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	法人主催の研修制度等各自がやりがいや向上心を持って働ける環境、条件の整備が整っている。		
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	職員個々に教育訓練計画を立てており法人内の研修への参加は計画的に行なっている。法人外の研修に関しても掲示しており参加を促している。		
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	グループホーム協会主催の相互研修にて法人外のグループホームとの意見交換が出来た。		

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、家族にホーム内の見学をしていただいたり、自宅に伺い生活状況の把握、本人の思いを聴き安心していただけるよう努めている。入居前の情報は職員間で共有している		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前に、今までの生活史、要望などを本人、家族より聞き取り関係づくりに努めている。		
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	本人、家族の意向状況等を確認し必要としている支援の提案をしている。ケアプランセンター、地域包括支援センター等と連携し他のサービス機関への橋渡しをしている。		
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	本人の自主性を尊重する立場を貫き、利用者個々の得意分野を理解し生活場面に活かせるよう取り組んでいる。		
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	常にご家族との連携を密にし信頼関係を築き面会時や電話、手紙などで近況を報告している。共に本人を支えていけるように取り組んでいる。		
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	同事業内のデイサービスの協力を得ながら、馴染みの方の利用時に合わせ訪問し、親しい関係を継続出来るように努めている。また定期的な外出、面会がありご家族と良い関係が継続、訪問しやすい雰囲気作りを心がけている。	併設のデイサービスに通っていた利用者が月1回訪問する機会を持つことや、家族と外出する機会等を通して、入居前の関係を継続しながら生活できるように取り組んでいる。	
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	孤立されないように、状況に合わせて席替えを行い、ホーム内の席は一応固定はされているが、その日の関わりの中で、席を替わって食事したり、過ごして頂けるように柔軟に配慮している。		

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	退居された方の自宅の畑を借用しサツマイモを栽培させて頂いている。また雑誌等を譲って頂いたり、不定期ではあるが、訪問しこれまでの関係を継続できている。		
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	利用者個々の思いを大切に取り組んでいる。利用者の声や表情、態度など日常生活から気づき、情報を共有し統一したケアが出来るよう介護日誌を活用している。困難な場合はご家族より意向を把握している。	入居時に得た情報や日常の関わりの中で表出した利用者の意向をまず、受け止めることを職員間の共通認識としている。気づきは介護日誌に記載して、職員相互の情報を共有して統一した支援に心がけている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	これまでの生活歴など、本人ご家族から情報収集を行い、特に日々の暮らしの中でのご本人からの話の内容をご家族に報告し、状況等を知らせてもらい、職員間で共有するように努めている。		
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	介護日誌、生活総合記録等により利用者の心身の状況に努め、固定チームの担当制を取り入れ統一した支援に繋がるように努めている。		
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	月1回のチーム会にてモニタリングを行いケアのあり方を話し合ったり本人、家族と共にカンファレンスを行い意向に沿った生活支援計画書を作成している。	アセスメント実施後、他の職員から意見等を得て、作成担当者がまとめている。家族に説明する他、家族からの見解を聞き取り、計画へ追加する等、その人らしさが発揮できる生活支援計画書となるよう努めている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	介護日誌と個々の生活総合記録に記録し、ご利用者のケアポイントに着目した支援に繋げるように努めている。出勤者全員で申し送りを行い情報を共有している。		
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	デイサービス、地域包括支援センター、居宅介護支援センターとの連携の中で柔軟な支援がとり易い環境にある。今後は外部ボランティア要請も検討したい。		

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
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	とんどさん、夏祭り等公民館活動、地域の行事を把握し参加している。		
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、家族の希望するかかりつけ医で医療を受けられるよう協力し通院介助や往診にきてもらっている。診察の際は情報提供をすることで主治医、家族、ホームにて連携を図っている。	重要事項説明書にて、在宅医療機関と24時間の協力体制がある旨説明し、同意を得ている。利用者にとって良い支援ができるか等の視点から、必要に応じて家族に相談して、医療機関が変更となる場合もある。	
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	定期的に訪問看護の訪問があり健康管理、医療面での相談をしております。事業所内の看護師にも相談することが出来る。		
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。	入院時には介護連絡表にて医療機関にホームでの支援情報を提供している。入院中は、職員が定期的に訪問するようにしており退院時には、病院のソーシャルワーカーとの連携を密にし必要時にはカンファレンスをお願いしている。		
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。	重度化や終末期のあり方について早い段階から本人、家族と主治医を交えてのカンファレンスを行い終末期に対する意向の確認をしている。法人内の看取りケア研修にも参加している。	24時間体制の在宅医療専門の協力病院の理解のもと、利用者の急変時の対応等について、確認書による同意を得ており、利用者にとって安楽で、その人らしい暮らしを最期まで送れるよう支援にあたっている。	
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	急変時のマニュアルを事業所内に常設しており法人内の研修にも参加している。		
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	年2回防災総合訓練を実施。域の方も参加して頂き実施。また近隣の地域方へ緊急連絡が入るシステムに協力を得ている。参加後意見交換も実施。	年2回同法人内事業所との防災総合訓練を実施し、地域住民も参加して協力体制を図っている。また、緊急連絡が入るシステムを構築する他、内外に応援要請するしくみがあり、緊急時の協力体制を整えている。	

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	言葉かけの内容や、声のトーン等、周囲の方にも配慮しながら、個々のご利用者に添った言葉かけや対応を行っている。	利用者一人ひとりの人格を尊重した支援の徹底を心がけるとともに、日々のミーティングや職員会議の場で職員相互に確認し合っている。日常の関わりにおいて、自尊心を大切にした支援に努めている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ボードを使用し飲み物等、写真入りのメニュー表にして理解して頂けるように支援し、意思表示し易いように努めている。		
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	起床、就寝の時間もご利用者に合わせ、その方のペースで過ごせるように支援している。		
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	お化粧品ボランティアも定着しており、楽しみとなっている。ご利用者に、近隣の理美容室、移動理美容者の利用を選択して頂き、その方にあつたおしゃれが出来るように支援している。選べる方は入浴時着替えの選択を行って頂いている。		
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	献立作成からご利用者の希望を反映出来るように一緒に取り組んでいる。また準備から、片付け迄皆さんの役割として定着している。	献立は利用者の意向を反映し、調理から片づけまでをその人の役割として職員と一緒にやっている。また、状況に応じて、部分的に役割を担う等、その人らしく過ごしながら、食事を楽しめるよう支援している。	
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	栄養バランスは、献立表を母体施設の管理栄養士に確認、アドバイスをもらっている。とろみ剤を使用したりご利用者の状態に合わせ、提供し、食事、水分量は、チェック表で把握しながら支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアを支援しており、必要に応じクルリーナブラシ等も使用する等、個々の状態にあったケアを月に1回歯科衛生士のアドバイスも受け清潔保持に努めている。		

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
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	必要に応じ尿量測定をしたり、ご利用者の表情など、サインを見逃さないように職員間で連携しながら、排泄支援を行っている。また個々の排泄パターンに合わせた、支援が出来るように努めている。	個別のタイミングや身体機能等を考慮して、声かけの方法等を職員間で共有し、一人ひとりに応じた排泄支援となるよう努めている。その際、本人の自尊心を大切にされた対応を心がけている。	
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	毎朝冷たい牛乳を摂取する等下剤に頼らないように努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	予定表等は作成せず、個々の状態に合わせて、1週間に2～3回入浴出来る様に柔軟に対応している。	曜日の固定はせず、1週間に2～3回は、入浴できるよう、状況を把握するとともに、職員間で声をかけ合い、共有しながら対応している。個別の状態によっては、回数にこだわらず柔軟に対応している。	
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	個々の身体状況に合わせて昼食後の休息を支援している。室温調整や明るさ、ベッドだけでなく布団の使用等在宅時の習慣を継続している。		
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	処方箋は個々でファイリングすると共に服薬内容確認表を作成。変更があった場合は、申し送り、連絡帳を使用し、共有している。主治医、ご家族との連携も密に行っている。		
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	昼食準備、歌等得意なことが活かせるように支援している。地域の行事にも参加している。		
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	定期的に家族との外出が出来るように支援を行っている。	家族の協力を得て、定期的に家族と外食する等、外出の機会を増やしている。職員とは5月に少人数での定期外出があり、家族と合流する等、働きかけている。日常的には、外気に触れられるよう心支援している。	

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
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	現在、現金所持可能な利用者はなく、家族・職員が管理している。		
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	利用者が電話をかける事を希望されれば使用していただく支援をしている。		
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	リビングホールには花や緑やタペストリーを飾って季節感を感じていただけるよう配慮している。食事作りの音、臭いなど五感に働きかけるよう配慮し不快にならないよう音、明るさ、温度にも気を配っている。	掃除等による清潔保持に努め、季節の草花を玄関やリビングに飾っている他、寄贈のタペストリーも季節毎に変える等、空間づくりを心がけている。ソファ等の設置によって、居心地の良い環境づくりにも留意している。	
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	食事の席は気のあった者同士が座れるよう柔軟に配慮し、事務所内のソファで午後臥床したり、休憩の居場所となるように支援を行っている。		
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	利用者のなじみの家具や写真を飾らせていただいたり今までの習慣で畳敷きに布団を使用される等、居心地よくすごしていただけるよう配慮している。	入居前の生活環境にできる限り近い空間となるよう、馴染みのものを設置して、少しでも落ち着いて生活ができる環境を整えることを心がけている。また、ベッドの配置等は、安全面や動線によって工夫している。	
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	自分の居室やトイレの場所が解るよう工夫している。		

目標達成計画

作成日: 平成 31 年 3 月 18 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	41	介護老人福祉施設の栄養士に、栄養管理を依頼しているが、行事食や、おやつの内容に、変化が少ない。	利用者の意見を取り入れ、楽しみのある、食事の機会を作る。	2ヶ月に1回、バイキング形式を用いたり、おやつの内容も検討し、楽しみを作る。	12ヶ月
2	49	ご家族の協力が得られない方の外出の機会が少ない為、外出の機会を作る。	月に1~2回は、個別の外出の機会を作り、気分転換を図る。	勤務表に反映させ、計画的に外出を予定する。	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。