

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(白砂ユニット)		
所在地	鳥取県境港市上道町 2087-2		
自己評価作成日	平成30年10月10日	評価結果市町村受理日	平成31年3月29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25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)】

I 地域との共生を念頭に、地区の行事、ボランティアの自己実現の場を推進 ◆自治会上道8区との合同納涼祭 ◆ご利用者と共に行う地域見守り隊 II 地域の保育園との世代間交流を図り、ご利用者が活躍できる場づくり III ユマニチュード、DCMの手法を取り入れた認知症ケア IV ご利用者家族との馴染み関係を構築
--

【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)】

保育園との相互交流や自治会との合同納涼祭、地域のボランティアによる紙芝居やコース等、年間を通して、利用者が地域住民と交流する多様な機会を持ち、楽しみを生み出している。また、職員は日頃から利用者や家族、訪問者と笑顔で挨拶すること等を心がけ、それぞれ良好な関係構築に努めている。さらに、今年度から「サンクスレター」を導入し、利用者や家族、地域の関係者等から寄せられる感謝の言葉を記録に残し職員間で共有する取り組みを進め、職員の意欲向上を図るとともに、管理者を含め職員相互に助け合い、協力し合う職場風土の醸成に取り組んでいる。
--

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. 全くいない
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・スローガンは事業所に掲示しており、職員全員に浸透している。互恵互助の冊子については、個人に配布して毎日のミーティング時に唱和するように決めているが、実施できていないこともある。	ホームの玄関先に法人理念や基本方針、スローガンを掲示している。また、事務所の窓口にホームの理念をホワイトボードに備え付けて職員はもとより、家族や訪問者の理解が深まるように努めている。	
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	時期的なことはあるが、地域見守り隊に利用者1名と職員で活動している。また、買物は、出来る限り利用者や出掛け地域に触れる機会をつくっている。夏には自治会と合同で納涼祭を実施。準備の段階から地域との話し合いに参加している。	併設の事業所も含めて、地域の自治会と合同で開催する納涼祭が恒例行事となっている。また、地域の保育園との交流や実習生、ボランティアの受け入れ等で、利用者が地域とつながる場面を用意している。	
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	自治会に入会し、地域への行事や活動のお知らせを受けて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、清掃活動に参加をしている。また、地域の保育所との世代間交流を継続している。		
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	会議には、自治会長、民生委員の参加もあり、地域やホームについて情報を共有している。	法人内の地域密着型サービスを運営する4事業所合同の運営推進会議を開催して、現状報告を中心に地域の関係者に情報提供している。発生した事故等を報告し、出席者からの意見を改善の参考にしている。	
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	長寿社会課とは運営推進会議で情報共有をしているほか、必要な場合は、随時窓口で担当者へ確認、相談を行なっている。	運営推進会議には長寿社会課の職員が毎回出席しており、管理者がホームの現状報告等を行っている。また、利用者のケガ等に関する事項を報告書にまとめ、随時、情報提供している。	
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	行動抑制するために縛る等ことはしていないが、言葉での抑制が普段のケアで聞かれることがある。現在、身体拘束になっていないかをユニット会議等で振り返りを実施している。法人内研修を定期的に行なっている。	身体拘束は行われておらず、言葉による抑制防止を図るために、職員の休憩室に「言葉の抑制ファースト10」を掲示して注意喚起を図る他、必要に応じて、管理者等と面談で振り返りの機会を用意している。	
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	ユニット会議でチェックシートを活用して自己チェックしながら振り返りを実施している。その中で、事例を挙げて具体的な場面での対応を検討している。		

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	管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度の研修に参加をしている。必要があれば家族に助言し、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	制度改正時や新規利用者には、施設でのサービス内容を契約書及び重要事項説明書の説明を行なっている。分かりやすい説明を行ない、しっかり理解していただき同意を得ている。		
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	日頃から利用者、家族へ声掛けを行ない意見や要望を言い易い環境づくりに努めている。法人よりアンケートを行ない、ケアに反映できるように事業所として書面を作成し取り組んでいる。ご意見箱の設置やホームページ等で苦情窓口を紹介している。	家族の面会時に、職員が利用者の様子等を伝えるとともに、その際に寄せられた意見を毎日のミーティングや会議で共有している。また、法人で毎年実施している家族アンケートで満足度等を把握している。	
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	管理者は朝礼やユニット会議で、職員の意見や提案を聴く場を設けている。年に2回、人事考課の面談を実施し職員の意見や要望をくみ取っている。	今年度から「サンクスレター」を導入し、利用者や家族、地域の関係者等から寄せられた感謝の言葉や、職員相互に感謝を伝えたい言葉を記録に残して伝えることで、意欲向上と成功事例の蓄積を図っている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員が向上心を高められるように、年1回の表彰制度を設けている。リフレッシュ休暇、月10日公休等公休が充実した就業環境に努めている。		
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	年間教育計画に沿って、各職員の希望を考慮し研修計画を作成している。研修案内などを事務所に掲示したり、社内メール内で研修案内を共有しているが、自発的な研修参加は少ない。		
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	管理者は、事業所内外の研修に参加し、同業者と交流する機会を作りネットワークを構築している。		

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
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	事前面談では、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。本人に来苑してもらうことをすすめていき、住まいや雰囲気の確認をしてもらっている。入居後は、担当職員が中心となって信頼関係の構築に努めている。		
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、必要に応じて面談や電話相談を行なうようにしている。不安や要望等を伺い生活支援計画に反映させ、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	本人と家族の置かれている状況や周囲の環境、フォーマル、インフォーマルサービスに関わる人との連携に努めている。		
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	昔からの生活習慣や趣味、得意なこと等を通して、利用者と職員と一緒に学び、支え合う関係づくりに努めている。料理や掃除、畑の手入れ等をしてしながら受身にさせない、人に役立てる、自信を取り戻せるケアに努めている。		
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	家族の役割として、毎月の受診同行を依頼し共に支え合う関係を大切にしている。施設から面会時や毎月送付するお手紙で、利用者の様子を共有したり、交流会やホームの行事にも参加していただけるように声を掛けている。		
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	一人ひとりの今までの生活歴を理解しながら、馴染みある場所への外出や地域のボランティアの方の来苑をすすめている。	入居前の生活の継続を目指して、家族の協力を得て一時帰宅の機会等を持っている。また、図書館等の地域資源を入居後も利用したり、地域の婦人会のボランティアの受け入れ等を行っている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の相性に配慮しながら、一人で孤立しない様に職員が中に入り声をかけて関わりを持ちやすい環境作りに努めている。		

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
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、移行先に出向く等して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	利用者、家族の思いや希望は生活支援計画書に反映させて取り組んでいる。利用者の状態変化により変更や新しい希望等があった時には、介護日誌や個人記録に記入し共有している。	利用者の意向等を入居時に把握して、支援ニーズと照らし合わせ計画に反映している。生活の中で得た気づきや変化等は生活総合記録に記入、支援内容を柔軟に変更して、その人らしい生活となるよう努めている。	
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	これまでの環境や生活歴、サービス利用経過等、本人や家族から得た情報をヒストリーシートに記入して把握し、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	一人ひとりの一日の過ごし方や体調、精神面での変化を介護日誌や個人記録に記入し把握している。申し送りで情報共有し、日々のケアに反映させている。		
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取り入れた生活支援計画書を作成し、月1回のモニタリングで取り組みの確認をしている。	半年に1回ケアプランの見直しを行い、月1回のモニタリングで確認し、支援にいかしている。本人の意向は日々の支援の中で聞き取る他、家族からは面会時や電話連絡等で要望や意見を吸い上げている。	
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	生活支援計画に基づき、日々の様子や気づきを個別記録へ記入して職員間で共有している。また、日々の実践は評価したあと、新たなケアがあれば生活支援計画書に追記して共有を図っている。		
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	新たな気づきや発見については、介護管理記録やチームノートのツールを用いて情報共有を図りながら柔軟な支援をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	自治会に加入し地域と一緒にって行事に取り組んでいる。利用者の心身機能に配慮しながら、できることや可能性に着目して地域活動に案内をしたが、現状では地域に出て活動することが少なくなった。		
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を継続できる支援を行っている。また、協力医療機関の契約を結び相談できる体制をつくっている。	入居前と同じ医療機関の診療を希望する場合は、家族の協力を得て継続できるよう支援し、健康管理に努めている。また、変更の希望や受診先の相談を受けた場合は、ホームの協力医療機関を紹介している。	
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	訪問看護ステーションと契約を結び、月に1度利用者の身体状態や健康チェック、日々の相談を看護職と連携を図っている。また、併設事業所の看護職と緊急時の対応等の応援体制を築いている。		
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、安心して治療ができるように情報提供を行なっている。早期退院に向けての話し合いを行い、退院後も主治医や医療機関との連携を取っている。		
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	終末期については、入居された時点で家族へ相談をしている。終末期の判断はかかりつけ医となるが、医師、家族、職員の3者でサービ担当会議を開き再度方針や意向をききながら看取り計画書を作成してケアを実践している。	入居時に、終末期について利用者や家族へ意向確認を行い、支援の方向性を明確にしている。また、実際の支援では、家族の気持ちに寄り添いながらも、本人の希望に沿った対応となるよう、関係機関と連携を図り、ホームができる支援に取り組んでいる。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時に備え、手順や対応を職員間で確認している。法人内での緊急時対応の研修に参加し、参加者は事業所内で内容を共有、すべての職員が急変時や事故の初動対応について実践できるように努めている。		
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	併設事業所と合同で、年2回防災訓練を実施している。災害時、地区の避難場所になっており、訓練には地域の方にも参加をして頂いている。	年2回、夜間想定避難訓練を併設事業所と合同で実施したり、津波防災のハザードマップを用意して災害時に備えている。自治会との協力体制を整え訓練へ地域住民の参加も得て、避難時のイメージを共有している。	避難訓練を定期的に行い、想定される災害に備えている一方、利用者の訓練参加はされていない。実際に災害が起こった際に、避難計画が有効なのか検証する等、検討されたい。

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	個人の尊厳について常に意識して職員間で確認をしている。掛ける言葉や声の大きさ、タイミング、話の内容にも気を配り個人情報の漏洩防止、秘密保持の意識はしているが、時折職員間での配慮に欠ける話し合いがあった。	「虐待の芽チェックリスト」を作成し、月1回、ユニット毎に支援を振り返る他、運営推進会議でも議題に挙げ話し合っている。引き継ぎの際は、声の大きさに留意したり、利用者のいる場所では実施しない等、注意している。	声かけや接し方に課題がみられた場合は、ホーム内で検討・見直しを行っているが、気づいた点をチェックリストへ追加する等、人権や虐待防止に対する意識の向上を図りたい。
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	本人が希望や意志、関心事を言葉に出したり、自己決定がしやすいような声をかけている。特にお茶の時間や入浴準備の場面では、自身で飲みたい物、着たい物を選んでもらうように努めているが、一部の支援に留まっている。		
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	生活支援計画書の中で出来る限りその人らしさが表出できるようなものとして、日々の気分や感情に配慮しながら支援をしている。また、グループホームならではの仕事に類似した活動を生活の役割として持っていていただく工夫をしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	職員は、本人の好みや思いを知りそれぞれに合わせた身だしなみやおしゃれを支援している。整容について、髭そりが不十分な時や目やにが付いていることもあったため、人との交流の前の整容支援をもっと向上させたい。		
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	調理や食器の片づけは利用者と職員が一緒にしているが、利用者が偏ってしまう実態がある。	調理をする際の香りや食材に触れて、食事を楽しめるよう心がけている他、調理や盛り付けは、できる範囲の参加を依頼している。食後は自身で食器を片付ける等、生活の中で役割を持てる働きかけを行っている。	
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	利用者の体格に応じて1日1500ccを目安に提供している。栄養士の献立を基にバランスを考えたメニューを作っている。		
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掛けや必要な方には見守りと付き添いを行なっている。自身で口腔内の清潔保持ができない方に関しては職員が介入することがある。		

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
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	安易なおむつの使用はせずに、排泄アセスメントを実施してできる限りトイレで排泄できるように努めている。	生活総合記録へ起床や入眠、トイレ等の生活の様子を記録し、個別のタイミングをすることで、排泄の自立を支えている。必要に応じて、ポータブルトイレも取り入れる等、利用者自身で対応できる環境を大切にしている。	
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	野菜ジュースやセンナ茶、カスピ海ヨーグルト等便秘に効果的な食品を提供している。また、午後からは身体を動かさず体操を習慣としている。		
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	一人ひとりの希望に沿うことはできていないが、その時の気分や感情に配慮しながら入浴へ案内している。	利用者の意向を最優先に考え、週2回を基本に入浴を支援している。同意が得られない場合、促しの声かけを工夫する他、時間変更、清拭に切り替える等、気持ち良く入浴及び清潔保持ができるよう努めている。	
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	就寝について、それぞれの生活習慣に配慮した支援をしている。夜という認識がされるようにパジャマへの更衣を積極的に勧めている。		
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	薬一覧ファイルを作成して薬情報を集約している。服薬ミスがないように、薬セットの手順書を作成している。		
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	利用者一人ひとりの希望や趣味、習慣等に配慮しながら生活の中で役割を創出している。仕事に類似した活動ができない場合は、レクリエーション、体操等で楽しみを提供している。		
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	定期的買い物を実施しているが、利用者との買い物場面は少なくなっている。時期的なこともあるが、外気に触れ散歩等が以前よりも少ないことが課題となっている。	生活支援計画書や日々の支援の中で、利用者の意向を把握するとともに、心身状況や感染症の季節を除く等、状況に配慮しながら、買い物や外出へ出かけている。また、ホーム1階の中庭を利用して、外気に触れたり、自然を感じる時間を設けている。	

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	体調に配慮しながら、家族や職員と一緒に買い物へ出掛け、自分の好みの物を選んで頂く支援をしている。		
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	本人が好きに時に手紙や電話ができるように配慮している。家族から来た手紙はすぐにお渡しして電話があれば取り次ぐ支援をしている。		
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	利用者にとって自宅に居るような家庭的な雰囲気を感じられるようにしつらえをしている。調理中の匂いや手伝いの中で食材を見たり触れていただくことでも季節を感じて頂けるような支援を心掛けている。	浴室にのれんをかけ、トイレの場所を示すことで、利用者がわかりやすく安心して生活できる空間づくりに努めている。玄関や廊下等に花の写真を掲示したり、食堂に利用者の作品を飾って季節毎に装飾を変更する等、四季を感じて生活できるよう努めている。	
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	相性の良い方と一緒に過ごせるように席の配置づくりをしている。自由にテレビを見たり、本や新聞を読む等それぞれがくつろげ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	使い慣れた物や馴染みのある物を置いて、自分の居場所だと感じて頂けるように配慮している。	ホーム入居時に家庭で使用していた家具や私物等の持ち込みを奨励し、利用者が落ち着いて暮らせる環境整備に取り組んでいる。また、テレビ等の家具は、本人に確認して使いやすい場所に配置する等、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	自立し安全に生活が送れるよう、それぞれのできる機能に合わせ、必要な方には見守りや付き添いを行い支援している。		

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(青松ユニット)		
所在地	鳥取県境港市上道町 2087-2		
自己評価作成日	平成30年10月10日	評価結果市町村受理日	平成31年3月29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25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)】

I 地域との共生を念頭に、地区の行事、ボランティアの自己実現の場を推進 ◆自治会上道8区との合同納涼祭 ◆ご利用者と共に行う地域見守り隊 II 地域の保育園との世代間交流を図り、ご利用者が活躍できる場づくり III ユマニチュード、DCMの手法を取り入れた認知症ケア IV ご利用者家族との馴染み関係を構築
--

【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) ○	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) ○	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) ○	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) ○	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) ○	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している (参考項目:30,31) ○	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) ○		

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・スローガンは事業所に掲示しており、職員全員に浸透している。互惠互助の冊子については、個人に配布して毎日のミーティング時に唱和するように決めているが、実施できていないこともある。		
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	時期的なことはあるが、地域見守り隊に利用者1名と職員で活動している。また、買物は、出来る限り利用者が出掛け地域に触れる機会をつくっている。夏には自治会と合同で納涼祭を実施。準備の段階から地域との話し合いに参加している。		
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	自治会に入会し、地域への行事や活動のお知らせを受けて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、清掃活動に参加をしている。また、地域の保育所との世代間交流を継続している。		
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	会議には、自治会長、民生委員の参加もあり、地域やホームについて情報を共有している。		
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	長寿社会課とは運営推進会議で情報共有をしているほか、必要な場合は、随時窓口で担当者へ確認、相談を行なっている。		
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	行動抑制するために縛る等ことはしていないが、言葉での抑制が普段のケアで聞かれることがある。現在、身体拘束になっていないかをユニット会議等で振り返りを実施している。法人内研修を定期的開催し参加をしている。		
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	ユニット会議でチェックシートを活用して自己チェックしながら振り返りを実施している。その中で、事例を挙げて具体的な場面での対応を検討している。		

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	管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度の研修に参加をしている。必要があれば家族に助言し、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	制度改正時や新規利用者には、施設でのサービス内容を契約書及び重要事項説明書の説明を行なっている。分かりやすい説明を行ない、しっかり理解していただき同意を得ている。		
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	日頃から利用者、家族へ声掛けを行ない意見や要望を言い易い環境づくりに努めている。法人よりアンケートを行ない、ケアに反映できるように事業所として書面を作成し取り組んでいる。ご意見箱の設置やホームページ等で苦情窓口を紹介している。		
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	管理者は朝礼やユニット会議で、職員の意見や提案を聴く場を設けている。年に2回、人事考課の面談を実施し職員の意見や要望をくみ取っている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員が向上心を高められるように、年1回の表彰制度を設けている。リフレッシュ休暇、月10日公休等公休が充実した就業環境に努めている。		
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	年間教育計画に沿って、各職員の希望を考慮し研修計画を作成している。研修案内などを事務所に掲示したり、社内メール内で研修案内を共有しているが、自発的な研修参加は少ない。		
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	管理者は、事業所内外の研修に参加し、同業者と交流する機会を作りネットワークを構築している。		

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
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	事前面談では、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。本人に来苑してもらうことをすすめていき、住まいや雰囲気の確認をしてもらっている。入居後は、担当職員が中心となって信頼関係の構築に努めている。		
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、必要に応じて面談や電話相談を行なうようにしている。不安や要望等を伺い生活支援計画に反映させ、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	本人と家族の置かれている状況や周囲の環境、フォーマル、インフォーマルサービスに関わる人との連携に努めている。		
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	昔からの生活習慣や趣味、得意なこと等を通して、利用者と職員と一緒に学び、支え合う関係づくりに努めている。料理や掃除、畑の手入れ等をしながらか受身にさせない、人に役立てる、自信を取り戻せるケアに努めている。		
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	家族の役割として、毎月の受診同行を依頼し共に支え合う関係を大切にしている。施設から面会時や毎月送付するお手紙で、利用者の様子を共有したり、交流会やホームの行事にも参加していただけるように声を掛けている。		
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	一人ひとりの今までの生活歴を理解しながら、馴染みある場所への外出や地域のボランティアの方の来苑をすすめている。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の相性に配慮しながら、一人で孤立しない様に職員が中に入り声をかけて関わりを持ちやすい環境作りに努めている。		

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
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、移行先に向く等して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	利用者、家族の思いや希望は生活支援計画書に反映させて取り組んでいる。利用者の状態変化により変更や新しい希望等があった時には、介護日誌や個人記録に記入し共有している。		
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	これまでの環境や生活歴、サービス利用経過等、本人や家族から得た情報をヒストリーシートに記入して把握し、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	一人ひとりの一日の過ごし方や体調、精神面での変化を介護日誌や個人記録に記入し把握している。申し送りで情報共有し、日々のケアに反映させている。		
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取り入れた生活支援計画書を作成し、月1回のモニタリングで取り組みの確認をしている。		
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	生活支援計画に基づき、日々の様子や気づきを個別記録へ記入して職員間で共有している。また、日々の実践は評価したあと、新たなケアがあれば生活支援計画書に追記して共有を図っている。		
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	新たな気づきや発見については、介護管理記録やチームノートのツールを用いて情報共有を図りながら柔軟な支援をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	自治会に加入し地域と一緒にって行事に取り組んでいる。利用者の心身機能に配慮しながら、できることや可能性に着目して地域活動に案内をしたが、現状では地域に出て活動することが少なくなった。		
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を継続できる支援を行っている。また、協力医療機関の契約を結び相談できる体制をつくっている。		
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を結び、月に1度利用者の身体状態や健康チェック、日々の相談を看護職と連携を図っている。また、併設事業所の看護職と緊急時の対応等の応援体制を築いている。		
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、安心して治療ができるように情報提供を行なっている。早期退院に向けての話し合いを行い、退院後も主治医や医療機関との連携を取っている。		
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	終末期については、入居された時点で家族へ相談をしている。終末期の判断はかかりつけ医となるが、医師、家族、職員の3者でサービス担当者会議を開き再度方針や意向をききながら看取り計画書を作成してケアを実践している。		
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	急変時に備え、手順や対応を職員間で確認している。法人内での緊急時対応の研修に参加し、参加者は事業所内で内容を共有、すべての職員が急変時や事故の初動対応について実践できるように努めている。		
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	併設事業所と合同で、年2回防災訓練を実施している。災害時、地区の避難場所になっており、訓練には地域の方にも参加をして頂いている。		

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	個人の尊厳について常に意識して職員間で確認をしている。掛ける言葉や声の大きさ、タイミング、話の内容にも気を配り個人情報の漏洩防止、秘密保持の意識はしているが、時折職員間での配慮に欠ける話し合いがあった。		
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	本人が希望や意志、関心事を言葉に出したり、自己決定がしやすいような声をかけている。特にお茶の時間や入浴準備の場面では、自身で飲みたい物、着たい物を選んでもらうように努めているが、一部の支援に留まっている。		
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	生活支援計画書の中で出来る限りその人らしさが表出できるようなものとして、日々の気分や感情に配慮しながら支援をしている。また、グループホームならではの仕事に類似した活動を生活の役割として持っていただく工夫をしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	職員は、本人の好みや思いを知りそれぞれに合わせた身だしなみやおしゃれを支援している。整容について、髭そりが不十分な時や目やにが付いていることもあったため、人との交流の前の整容支援をもっと向上させたい。		
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	調理や食器の片づけは利用者と職員が一緒にしているが、利用者が偏ってしまう実態がある。		
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	利用者の体格に応じて1日1500ccを目安に提供している。栄養士の献立を基にバランスを考えたメニューを作っている。		
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掛けや必要な方には見守りと付き添いを行なっている。自身で口腔内の清潔保持ができない方に関しては職員が介入することがある。		

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
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	安易なおむつの使用はせずに、排泄アセスメントを実施してできる限りトイレで排泄できるように努めている。		
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	野菜ジュースやセンナ茶、カスピ海ヨーグルト等便秘に効果的な食品を提供している。また、午後からは身体を動かさず体操を習慣としている。		
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	一人ひとりの希望に沿うことはできていないが、その時の気分や感情に配慮しながら入浴へ案内している。		
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	就寝について、それぞれの生活習慣に配慮した支援をしている。夜という認識がされるようにパジャマへの更衣を積極的に勧めている。		
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	薬一覧ファイルを作成して薬情報を集約している。服薬ミスがないように、薬セットの手順書を作成している。		
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	利用者一人ひとりの希望や趣味、習慣等に配慮しながら生活の中で役割を創出している。仕事に類似した活動ができない場合は、レクリエーション、体操等で楽しみを提供している。		
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	定期的に買い物を実施しているが、利用者との買い物場面は少なくなっている。時期的なこともあるが、外気に触れ散歩等が以前よりも少ないことが課題となっている。		

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	体調に配慮しながら、家族や職員と一緒に買い物へ出掛け、自分の好みの物を選んで頂く支援をしている。		
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	本人が好きな時に手紙や電話ができるように配慮している。家族から来た手紙はすぐにお渡しして電話があれば取り次ぐ支援をしている。		
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	利用者にとって自宅に居るような家庭的な雰囲気を感じられるようにしつらえをしている。調理中の匂いや手伝いの中で食材を見たり触れていただくことでも季節を感じて頂けるような支援を心掛けている。		
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	相性の良い方と一緒に過ごせるように席の配置づくりをしている。自由にテレビを見たり、本や新聞を読む等それぞれがくつろげ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	使い慣れた物や馴染みのある物を置いて、自分の居場所だと感じて頂け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を送れるように工夫している	自立し安全に生活を送れるよう、それぞれのできる機能に合わせ、必要な方には見守りや付き添いを行い支援している。		

目標達成計画

作成日: 平成 31年 3月 7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	36	ご家族アンケート結果で、声掛けで利用者に対して配慮に欠けた言葉かけがあった。 毎月、日々の言葉による抑制や暴力がないか検討しているが、自己の声掛けが適切かどうか振り返る機会がない。	1)次期アンケート結果で、接遇面での指摘がない 2)いろんなこと報告書のご意見報告0件	・毎月、虐待の芽チェックリストを用いて他者評価を取り入れながら日々のケアを振り返る ・毎月、DCMのPDについて17項目を一つずつ検討する ・毎月、ユマニチュードの技法「見る」「話す」「触れる」「歩く」を基本とするケアを考える	12ヶ月
2					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。