

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24年12月1日	評価結果市町村受理日	平成25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.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24年12月18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)】

「地域の中で、安心して暮らす」事を大切に、利用者の生活を支援している。併設のデイハウスと共に、地域との積極的な交流に取り組み、ボランティアに来て頂いたり、地区のふれあい事業の参加、保育園へ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、馴染みの関係を大切にしている。また、地域は、米糠、米粉の推進活動をしており、ホームでも米糠を使用し病気の予防に取り組んでいる。職員は、地域に向けて、認知症サポーター養成講座や、認知症予防教室等の活動に参加をしている。管理者は、県の認知症介護指導者として、県内の活動に参加し、認知症ケアの推進に努めている。

【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)】

開設後5年を経過し、併設のデイハウスと協働で、利用者の交流や防災訓練、各種委員会を行っている。当GHの理念とする「地域の中で安心して暮らす」を目指して利用者をゆったりと支援している。地域の球技大会などで職員が重要な役目を担い、地域の認知症の講習事業や小中学校の体験学習・2保育園との毎月の交流など、事業所の特徴の地域密着が進んでいる。今までのひやりハット(レベル0)の取り組みに検討を加えて業務改善につなげ、小事故が大幅に減少した。また、米糠を使用して利用者の認知症予防に努めている。1年の試行で、便通の促進・体調の維持・精神の安定が得られていると言う。

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せている (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、安心して暮らさせている (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、スローガンを掲げ、朝礼やミーティング時に唱和している。毎月、年間目標についての確認を行い、「笑顔、やさしい思いやりの心をモットーに」を基に、サービス提供に取り組んでいる。	法人理念・基本方針・2012スローガンをユニット入り口に掲示している。また、当ホームの理念や年間目標の確認項目も掲示し確認している。	
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	自治会に入会している。地域から行事や活動のお知らせもあり、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。保育所との世代間交流も行っている。	自治会の運動会や清掃活動などの行事には、職員と利用者が参加している。近隣の保育園とは毎月訪問し合っている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690	包括支援センターと協力し、認知症サポーター養成講座、認知症予防教室等に参加している。地域の方々との意見交換を行い、認知症の理解や介護予防などの活動も行っている。		
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	会議には、自治会長、民生委員の参加もあり、地域やホーム内の情報の共有を行っている。活動状況を報告し、課題解決に向けて協議している。内容は議事録を回覧し、職員が共有できるようにしている。	地域の自治会長・民生委員・公民館長が参加して、情報の交換が行われている。また、市や地域包括支援センターなどからは、感染症の情報などがもたらされている。	
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	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頂いたり、必要な時には、市役所の窓口に出向き、担当者に確認、相談を行っている。	介護保険関連の相談や、生活保護関係の問い合わせに出向いている。	
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、エリア内会議で報告を行っている。毎月のチーム会では、職員間で取り組みについての話し合いと確認を行っている。	法人として、拘束ゼロ宣言を公表しており、拘束は行われていない。言葉や接遇での抑制防止についても取り組んでいる。	
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逃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	法人内の研修に参加し、学ぶ機会を作っている。職員がお互いのケア、言葉かけについて注意をしたり、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
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支援している。		
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事、出来ない事、サービス内容など、契約書、重要事項説明書の説明を行っている。分かりやすい説明を行い、しっかり理解して頂き、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、家族へ声掛けを心掛け、意見や要望を言い易い環境作りに努めている。法人よりアンケートを行い、ケアに反映させている。ご意見箱の設置や、ホームページ等で苦情窓口の紹介をしている。	年1回の法人の利用者・家族のアンケートを実施し、検討を行って報告している。日常の利用者や家族との会話で要望を聞き取ることにも努めている。この外部評価でも家族アンケートが行われている。	
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	管理者は朝礼やチーム会で、職員の意見や提案を聞く場を設けている。0レベル報告書を活用し、職員の気づきから、提案、改善へとつなげ、運営に反映させる努力をしている。	職員会合や月ごとのチーム会などで意見や提案を聞き取っている。0レベル報告書を活用した改善は小事故減少という効果が上がっている。	
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、年1回の表彰制度を設けている。研修参加、資格習得などについて、書面やメールでの案内を出し、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	年間教育計画に沿って、各職員の希望も考慮し、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、メールで案内し、積極的な参加促進を図っている。参加した研修内容は、職員間で共有している。		
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	事業所内外の研修にも参加し、相互で意見交換を行っている。管理者は、認知症ケア推進の為、県内の同業者と交流する機会を持っている。		

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	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している。本人にも来苑してもらい、住まいを確認してもらっている。入居後は、担当職員が中心となり、信頼関係作りに努めている。		
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、必要に応じて面接や電話相談を行うようにしている。不安や要望など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・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、状況に応じて包括支援センターや居宅支援事業所、その他サービスの紹介をし、必要としている支援を提供する努力をしている。		
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	昔からの生活習慣や趣味、得意な事などを通して、利用者と職員と一緒に学び、支えあう関係づくりに努めている。料理や掃除、畑の手入れ等しながら、ひとつの家族として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	面会時や毎月のお手紙で、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声をかけている。家族にも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	一人ひとりの今までの生活を理解し、馴染みの人と出会える地域の行事、墓参り、馴染みの店での買い物や、手紙・電話のやり取りなど支援している。	利用者は、地元の人が多く、買い物外出や美容室に継続的に訪問している。隣接のデイハウスとの利用者の往来は毎日行われている。	
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	お互いに関わり合い、一人で孤立することがないように、職員が中に入り声をかけ、関わりを持ちやすい環境づくりに努めている。相性を見極め、ストレスを感じず関わり合えるよう支援している。		

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、移行先に出向くなど、本人や家族との良い関係作りに努めている。		
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	利用者や家族の思い、希望は、生活支援計画に反映させ取り組んでいる。利用者の状態変化による変更や、新しい希望などがあった時には、介護日誌や個人記録に記入し、共有している。	入所時に意向を把握する他、毎日の会話の中から要望を聞き取っている。家族からの情報や本人の表情、反応を読み取りながら記録に残し、日々の支援に反映できるように努めている。	
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	それまでの環境や生活歴、サービス利用経過など、本人や家族から得た情報を履歴シートに記入、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、精神面での変化などを、介護日誌や個人記録に記入、把握している。申し送りなどで情報を共有し、日々のケアに反映している。		
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取り入れた生活支援計画表を作成、月1回のモニタリングで、取り組みの確認をしている。チーム会でも検証している。	毎月のモニタリングで総合評価を行っている。利用者からは前もって要望を委聞き取り、必要に応じて専門職から意見を聴取し、半年ごとに家族の参加を得てカンファレンスを行い、生活支援計画の策定に繋げている。	
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	具体的なケアや関わり方について、個人記録や介護日誌で共有し、気づきがあればすぐに話し合い、実践できるよう努め、生活支援計画表作成に活かしている。		
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、近くても都合がつかない場合は、連絡を取り合い、支援を柔軟に行っている。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	自治会に加入し、公民館等の地域の交流を大切にしている。また、その人自身の馴染みの地域を大事にし、本人の意向に応じ、楽しみに繋がる様に支援している。		
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し、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。往診や家族同行の受診の体勢が保てるよう、家族や医師との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。	かかりつけ医を大事に考え入所での継続等、要望に応じた支援をしている。基本的に受診は家族が行うが、難しい場合には代行も可能である。さらに状況によって同行するなど情報を共有し、医師との連携を図っている。	
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連携を取りながら、月に1度情報共有を行い、相談、助言を頂いている。利用者の健康管理に努め、併設のデイハウスの看護師の協力も得て、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、相談員と連携を図りながら、安心して治療できるよう情報提供を行っている。早期退院にむけての話し合いを行い、退院後も主治医や医療機関と連携を取りながら、利用者が安心して生活を送れるよう情報共有している。		
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	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。家族には定期的に意向確認を行い、かかりつけ医とも相談している。利用者への支援や緊急時の対応など、家族と相談し、職員間でケアの統一を確認し合っている。	法人作成の看とり指針や同意書を活用して終末期に入った家族には説明を行い、かかりつけ医と連携してケアにあたっている。これまで、看とりを数回行ったが、さらなる看とりケアの充実に向け検討している。	
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も参加、内容を共有し、全ての職員が実践できるよう努めている。併設のデイハウスとの協力体制も整えている。		
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	併設のデイハウスと合同で、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して頂いている。ホーム独自に自主訓練も行っている。	5月と12月に夜間と日中を想定した防災訓練を隣接しているデイホームと共に実施した。また、昨年起きた震災を機に防災委員を中心に職員全員に防災意識の向上に取り組んでいる。	全職員に対して防災講習を毎月実施している。今後は、継続的に実践訓練を重ねることにより、災害に向けての即時対応ができるよう進められたい。

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	尊厳、プライバシーへの配慮を常に意識し、職員間で確認し合っている。かける言葉や声の大きさ、声をかけるタイミング、話の内容にも気を配り、個人情報の漏洩防止、秘密保持の徹底を行っている。	職員用トイレに、個人の価値を低める行為17項目や職員の身だしなみの基準を掲示する他、おもてなし強化月間として接遇に関する振り返りを行っている。今後、法人全体で自己チェックの実施に向け検討している。	
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	本人が希望や意思、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、表情やしぐさにも注意し、本人の意思を汲み取れるよう努めている。		
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	利用者個々に合わせた基本的な1日の中の流れはあるが、その日の体調に合わせて、気分や意思を尊重した対応に努めている。日々関わっていく中で、自然な形で本人の思いを聞き出せ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。希望があれば、理容室への支援も行っている。		
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	旬のものを使った料理や利用者の希望を取り入れたメニュー作成を行っている。買い物や調理準備、片付けなどは利用者と共にしている。職員も、一緒に食事を取り、楽しく時間を過ごしている。	献立は利用者の希望を取り入れ、職員が交代で作成し、法人栄養士のコメントを書面でもらい今後に生かしている。キッチンを利用者一緒に作業が可能なよう流しやコンロを別に設け、片づけや食器拭きに参加している。	
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以上を目安に提供している。栄養士にアドバイスをもらい、バランスの取れたメニュー作りをしている。お茶ゼリー等で水分が苦手な方にも摂って頂きやすい工夫もしている。		
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。自分で出来かねる方は職員が支援し清潔に努めている。昼食前には、うがいも行っている。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、トイレ案内やパット交換を支援している。リハビリパンツから布パンツへ変更したり、パットを小さいものへ変更するなど、利用者の残存機能を活かす支援をしている。	利用者の心地よい排泄環境を目指し、それぞれの排泄パターンを把握して、時間を見計らってトイレ誘導したり、パッドを小さいものに変更するなど、利用者の負担軽減を第一に捉えて支援している。	
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	米ぬかを食事に取り入れたり、食物繊維を使用して工夫している。下剤は全員中止しているが、自然な排便が見られている。水分や食事、運動にも気を配っている。		
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	希望や体調に配慮し案内をしている。気が向かない方には、足浴や清拭、更衣を行ったり、気分の向いた時に個別で入浴を行う支援をしている。家族の協力も得ている。	個々の要望に則した入浴支援により、時間や曜日は決めていない。菖蒲湯やゆず湯などで季節を感じてもらい、それぞれの身体状況により、マンツーマンや二人介助で心地よい入浴を提供している。	
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	就寝については、それぞれの生活習慣に配慮した支援をしている。午前中の散歩や外気浴、外出などの気分転換や体操を行うなど、体を動かし、日中の活動量が増えるよう支援している。		
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	医師からの処方箋を必ず2名で確認し目的、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。薬に変更があった場合は、内容を職員間で共有し把握している。		
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	毎日の家事やカーテンの開け閉め、カレンダーめくりなど、興味のある事や得意な事を自分の役割として活動して頂けるよう支援している。また、趣味が出来る様支援している。		
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や買い物に出掛けたり、外出が難しい時は中庭のペランダ外気浴をして頂いている。地域の行事などへも積極的に参加し、馴染みの場所や人との関係を継続できよう支援している。自宅へ外出や外泊も行っている。	食材の買い出しや買い物外出の他、1日1回は外の空気を吸うコンセプトの元、中庭で日光浴をしたり、悪天候では他のユニットや併設デイホームへ訪問するなど、運動に加えさまざまな人との触れ合いを求めて外に出られる支援をしている。	ユニットごとや利用者個々の要望に応え、日帰りで行けたり、宿泊を伴う旅行など、普段は行くことが困難な場所などへ、家族と共に出かけられるような取り組みに期待したい。

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
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。可能な方、希望の方には、お金を所持して頂き、自己管理して頂いている。		
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出来るよう配慮している。家族から来た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。		
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、自宅にいるような家庭的な雰囲気を感じられるよう、和風の装飾を意識している。中庭の花を摘み、それを花瓶に飾って頂いている。調理中の匂いや、手伝いの中で食材を見たり触れて頂くことでも、季節を感じて頂けるよう配慮している。	併設事業所との間に中庭を有し、採光を確保している。ユニットにはテレビやソファのある寛ぎのコーナーや和室があり、湿温計を設置し、生活環境に配慮している。台所から漂う香りや季節ごとの飾り付け等で、居心地良く過ごせてもらえる環境を提供している。	
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、席の配置作りをしている。自由にテレビを見たり、本や新聞を読むなど、それぞれがくつろげる空間になるよう配慮している。		
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、安心し居心地のよい環境作りに配慮し、使い慣れた物や馴染みのある物を、置いて頂いている。必要な物や欲しい物があれば、本人が家族や職員と一緒に買い物に出掛ける支援もしている。	居室は利用者の生活の場として、住み心地を大事にしており、家具や写真、これまで使い慣れている化粧品や装飾品等慣れ親しんだ品を持ってきて、安心して過ごせ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	自立し安全に生活が送れるよう、それぞれの残存機能に合わせ、必要な方には見守りや付き添いを行い支援している。又、状態に合わせた用具、椅子の高さを座布団などで調整している。		

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)		
所在地	鳥取県境港市上道町 2087-2		
自己評価作成日	平成24年12月1日	評価結果市町村受理日	平成25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.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24年12月18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)】

「地域の中で安心して暮らす」事を大切に、利用者の生活を支援している。ご家族、ボランティア、地域の方々との関係を大切に、いつでも気軽に来て頂ける様な雰囲気作り、関係作りを心がけている。ご家族や、地域の方が季節の野菜や花を届けて下さり、時期の食材を使った郷土料理等をご家族と相談しながらメニューに取り入れている。ホームの理念「笑顔、やさしい思いやりの心をモットーに」ケアに取り組む」とし、利用者、ご家族、職員、地域の方々和気藹々とし、家庭的な雰囲気の中で過ごせるように支援している。

【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)】

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、安心して暮らせている (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、スローガンを掲げ、朝礼やミーティング時に唱和している。毎月、年間目標についての確認を行い、「笑顔、やさしい思いやりの心をモットーに」を基に、サービス提供に取り組んでいる。		
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	自治会に入会している。地域から行事や活動のお知らせもあり、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。保育所との世代間交流も行っている。		
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	包括支援センターと協力し、認知症サポーター養成講座、認知症予防教室等に参加している。地域の方々との意見交換を行い、認知症の理解や介護予防などの活動も行っている。		
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、地域やホーム内の情報の共有を行っている。活動状況を報告し、課題解決に向けて協議している。内容は議事録を回覧し、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頂いたり、必要な時には、市役所の窓口に出向き、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、エリア内会議で報告を行っている。毎月のチーム会では、職員間で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	法人内の研修に参加し、学ぶ機会を作っている。職員がお互いのケア、言葉かけについて注意をしたり、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
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支援している。		
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事、出来ない事、サービス内容など、契約書、重要事項説明書の説明を行っている。分かりやすい説明を行い、しっかり理解して頂き、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、家族へ声掛けを心掛け、意見や要望を言い易い環境作りに努めている。法人よりアンケートを行い、ケアに反映させている。ご意見箱の設置や、ホームページ等で苦情窓口の紹介をしている。		
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	管理者は朝礼やチーム会で、職員の意見や提案を聞く場を設けている。0レベル報告書を活用し、職員の気づきから、提案、改善へとつなげ、運営に反映させる努力をしている。		
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	職員が向上心を高められるよう、年1回の表彰制度を設けている。研修参加、資格習得などについて、書面やメールでの案内を出し、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	年間教育計画に沿って、各職員の希望も考慮し、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、メールで案内し、積極的な参加促進を図っている。参加した研修内容は、職員間で共有している。		
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	事業所内外の研修にも参加し、相互で意見交換を行っている。管理者は、認知症ケア推進の為、県内の同業者と交流する機会を持っている。		

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	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している。本人にも来苑してもらい、住まいを確認してもらっている。入居後は、担当職員が中心となり、信頼関係作りに努めている。		
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、必要に応じて面接や電話相談を行うようにしている。不安や要望など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・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、状況に応じて包括支援センターや居宅支援事業所、その他サービスの紹介をし、必要としている支援を提供する努力をしている。		
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	昔からの生活習慣や趣味、得意な事などを通して、利用者と職員と一緒に学び、支えあう関係作りに努めている。料理や掃除、畑の手入れ等しながら、ひとつの家族として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	面会時や毎月のお手紙で、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声をかけている。家族にも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	一人ひとりの今までの生活を理解し、馴染みの人と出会う地域の行事、墓参り、馴染みの店での買い物や、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	お互いに関わり合い、一人で孤立することがないように、職員が中に入り声をかけ、関わりを持ちやすい環境作りに努めている。相性を見極め、ストレスを感じず関わり合えるよう支援している。		

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、移行先に向くなど、本人や家族との良い関係作りに努めている。		
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	利用者や家族の思い、希望は、生活支援計画に反映させ取り組んでいる。利用者の状態変化による変更や、新しい希望などがあつた時には、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	それまでの環境や生活歴、サービス利用経過など、本人や家族から得た情報を履歴シートに記入、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、精神面での変化などを、介護日誌や個人記録に記入、把握している。申し送りなどで情報を共有し、日々のケアに反映している。		
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取り入れた生活支援計画表を作成、月1回のモニタリングで、取り組みの確認をしている。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	具体的なケアや関わり方について、個人記録や介護日誌で共有し、気づきがあればすぐに話し合い、実践できるよう努め、生活支援計画表作成に活かしている。		
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、その時々にも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、近くても都合がつかない場合は、連絡を取り合い、支援を柔軟に行っている。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	自治会に加入し、公民館等の地域の交流を大切にしている。また、その人自身の馴染みの地域を大事にし、本人の意向に応じ、楽しみに繋がる様に支援している。		
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し、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。往診や家族同行の受診の体勢が保てるよう、家族や医師との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連携を取りながら、月に1度情報共有を行い、相談、助言を頂いている。利用者の健康管理に努め、併設のデイハウスの看護師の協力も得て、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、相談員と連携を図りながら、安心して治療できるよう情報提供を行っている。早期退院にむけての話し合いを行い、退院後も主治医や医療機関と連携を取りながら、利用者が安心して生活を送れるよう情報共有している。		
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	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。家族には定期的に意向確認を行い、かかりつけ医とも相談している。利用者への支援や緊急時の対応など、家族と相談し、職員間でケアの統一を確認し合っている。		
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も参加、内容を共有し、全ての職員が実践できるよう努めている。併設のデイハウスとの協力体制も整えている。		
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	併設のデイハウスと合同で、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して頂いている。ホーム独自に自主訓練も行っている。		

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
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、プライバシーへの配慮を常に意識し、職員間で確認し合っている。かける言葉や声の大きさ、声をかけるタイミング、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	本人が希望や意思、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、表情やしぐさにも注意し、本人の意思を汲み取れるよう努めている。		
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	利用者個々に合わせた基本的な1日の中の流れはあるが、その日の体調に合わせて、気分や意思を尊重した対応に努めている。日々関わっていく中で、自然な形で本人の思いを聞き出せ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。希望があれば、理容室への支援も行っている。		
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	旬のものを使った料理や利用者の希望を取り入れたメニュー作成を行っている。買い物や調理準備、片付けなどは利用者と共に行っている。職員も、一緒に食事を取り、楽しく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以上を目安に提供している。栄養士にアドバイスをもらい、バランスの取れたメニュー作りをしている。お茶ゼリー等で水分が苦手な方にも摂って頂きやすい工夫もしている。		
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に、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。自分で出来かねる方は職員が支援し清潔に努めている。昼食前には、うがいも行っている。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、トイレ案内やパット交換を支援している。リハビリパンツから布パンツへ変更したり、パットを小さいものへ変更するなど、利用者の残存機能を活かす支援をしている。		
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	米ぬかを食事に取り入れたり、食物繊維を使用して工夫している。下剤は全員中止しているが、自然な排便が見られている。水分や食事、運動にも気を配っている。		
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	希望や体調に配慮し案内をしている。気が向かない方には、足浴や清拭、更衣を行ったり、気分の向いた時に個別で入浴を行う支援をしている。家族の協力も得ている。		
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	就寝については、それぞれの生活習慣に配慮した支援をしている。午前中の散歩や外気浴、外出などの気分転換や体操を行うなど、体を動かし、日中の活動量が増えるよう支援している。		
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	医師からの処方箋を必ず2名で確認し目的、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。薬に変更があった場合は、内容を職員間で共有し把握している。		
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	毎日の家事やカーテンの開け閉め、カレンダーめくりなど、興味のある事や得意な事を自分の役割として活動して頂けるよう支援している。また、趣味が出来る様支援している。		
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や買い物に出掛けたり、外出が難しい時は中庭のペランダ外気浴をして頂いている。地域の行事などへも積極的に参加し、馴染みの場所や人との関係を継続できよう支援している。自宅へ外出や外泊も行っている。		

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	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。可能な方、希望の方には、お金を所持して頂き、自己管理して頂いている。		
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出来るよう配慮している。家族から来た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。		
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、自宅にいるような家庭的な雰囲気を感じられるよう、和風の装飾を意識している。中庭の花を摘み、それを花瓶に飾って頂いている。調理中の匂いや、手伝いの中で食材を見たり触れて頂くことでも、季節を感じて頂けるよう配慮している。		
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、席の配置作りをしている。自由にテレビを見たり、本や新聞を読むなど、それぞれがくつろげる空間になるよう配慮している。		
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、安心し居心地のよい環境作りに配慮し、使い慣れた物や馴染みのある物を、置いて頂いている。必要な物や欲しい物があれば、本人が家族や職員と一緒に買い物に出掛ける支援もしている。		
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、それぞれの残存機能に合わせ、必要な方には見守りや付き添いを行い支援している。又、状態に合わせた用具、椅子の高さを座布団などで調整している。		

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	18	毎日の外出は行っているが、日帰りで出かけたり、宿泊を伴う旅行など、普段は行くことが困難な場所などへ、家族と共に出かけられるような取り組みを行っていない。	家族と共に、外出出来る機会を増やし、馴染みの場所や人との関係をし支援する。	家族、本人の行きたい場所、したい事の確認を行い、計画的に支援する。季節毎の外出に家族にも声をかけ、共に外出する機会を作る。	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、行を挿入して下さい。