

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26年11月20日	評価結果市町村受理日	平成27年3月27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12月6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。地域の方々との積極的な交流に取り組みボランティアの受け入れ、地区の行事への参加、保育園への訪問等の世代間交流などを行っている。家族や地域の方との馴染みの関係を保ちながら利用者には昔ながらの生活習慣の継続や自立に向けての自身の役割を持って頂くことで自信につなげている。職員は地域に向け認知症サポーターとしての活動として予防教室に参加したり公民館活動に参加するなどの積極的な交流に努めている。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)】

隣接の小規模多機能事業所と連携・協力して、地域との交流を行っている。地区自治会の行事「納涼祭」への積極的な参加、近くの保育園との毎月2回の交流などが行われている。一方、地域包括支援センターに協力して、認知症予防教室に職員が参加し、事業所での経験や知識を、地域に還元している。地域住民に具体的な、認知症の対応方法などを理解してもらうことの継続が望まれる。ホーム独自の理念である「やさしい思いやりの心」に基づいて、認知症対応の各種対策のうち、有効と思われるものを、検討実施することにも努めている。

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)	○	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、活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)	○	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。	ホーム1F、2Fの入り口に法人の理念・方針・2014年スローガンを示し、朝礼時に確認するようにしている。ホームの独自の理念「笑顔、思いやりのこころ」を踏まえ、利用者・家族への支援に努めている。	
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	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。	地区自治会の活動や行事に参加している。公民館の各種催しにも参加している。近隣の保育園とは月2回の交流が行われており、園よりも届いている。利用者家族をはじめボランティアも多く来訪している。	
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	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。	同法人の地域密着型の3事業所が、合同で運営推進会議を開催している。地域の情報や行事の情報と、事業所ごとの状況報告や検討、アドバイスなどの時間帯を決め、時分割りで会議が進むように工夫されている。	
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に取り組んでいる	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。	介護保険の制度に関連したことや、生活保護関係の料金など、市役所に訪問して相談が行われている。利用者の状況について、地域包括との情報交換もある。	
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。	法人として身体拘束廃止の「ネバーモア」宣言を行い、職員ハンドブックに説明し、研修が行われている。グループホームにおいての言葉の使い方は職員間で話し合って確認が行われている。	
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	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、法人アンケートは法人で集計し、ホームに届く。職員の改善委員会で分析検討が行われる。その内容は、運営推進会議や新聞で報告している。市からの相談員が訪問し、意向希望を聞き取ることも行われている。	
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。	個人面談をはじめ、会合・引き継ぎなどで職員の意見を聞きとっているが、ヒヤリハット報告のレベル0の欄に書きこまれた「未然の事故」を取り上げて改善に結びつけることも行われている。	
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、一時的な帰宅などを支援している。	利用者の自宅の畑に職員や他の利用者が行き、懐かしい畑仕事を楽しんだり、地域の行事に行くことも多い。季節によっては、馴染みの店や回転寿司などへの外食も行われている。	
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つた時には、介護日誌や個人記録に記入し、共有している。	日常的には利用者との普段の関わりや家族の面会時を利用して、定期的には計画の見直しの機会を利用して意向を聞き、申し送りや会議等で話し合わせ、計画に反映され、外食等といったケアの実践に繋がっている。	
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。申し送りで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。	計画は6ヶ月毎に本人や家族も参加して検討される。自分でできること、支援して欲しいこと、支援方法、医療関係者の助言が事業所独自の様式にわかりやすく記載され、全職員が共有しケアの実践に繋がっている。	
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	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、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。	希望のかかりつけ医を受診できる支援を行っている。通院は、家族を基本としホームは情報提供書を作成するが、希望や必要性により職員も同行する。夜間や緊急時にも相談できる医療支援体制も整備されている。	
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	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。	ターミナルケアを行う体制が整備されている。マニュアルがあり、医師、看護師、家族と話し合い、連携して対応する体制が整備されている。近隣の同法人の介護福祉施設の協力も得られる体制を整えている。また、意向確認は定期的に行われている。	
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。	隣の小規模多機能施設と合同で消防署や地域の協力を得て、年2回の総合訓練や消防設備の点検は毎月行う。法人が市と防災協定を結んでおり、ホームは、現在、地区連合会との協定づくりにも取り組んでいる。	ホームの避難経路に段差がある。2階建てのホームであること、避難所として地域から期待されていることを考慮し、検討・工夫を期待する。

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。	毎月の会議で尊厳について話し合い、人を大切にすることを重点に目標をたて、日頃から利用者本位の声かけや言葉遣い、接遇を心がけている。ファイル背表紙には氏名を書かない等プライバシーにも配慮している。	
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し、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やっている。職員も、一緒に食事を取り、楽しく時間を過ごしている。	希望の献立を職員が作成し同法人の栄養士の助言を得ている。旬のものを中心とした食材の買出しから調理、後始末まで一緒に行い、手作りの食事を楽しむ他、誕生会等には家族も参加して、料理をや外食を楽しんでいる。	
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程度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。	個々の排泄状況を記録し話し合い介護計画に取り入れて支援を行っている。配慮した声かけを行いトイレでの排泄を支援するが、日常的にも水分量や運動、食事に留意し、自立へ向けての排泄の支援を行っている。	
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	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。	好む時に個別で入浴する支援を行い、必要に応じて介助を行う。衣類の着脱を見られることを嫌がる場合は一人でしてもらおう等羞恥心にも配慮する。入浴を嫌がる場合や体調によっては足浴や清拭を行っている。	
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ベ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。	1日1回は外気に触れることを大切に毎日散歩に出かける。また近くの保育園の催し、地域の敬老会やサロン、季節ごとには家族も参加して花見等に出かける。個別には買い物や好みの理髪店、家族と一緒に食事に出かける等戸外に外出でき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
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にしつらえている。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。	台所と対面式のリビングは、職員と一緒に作製した季節に応じた貼り絵や行事の写真を違和感なく飾ってある。ソファを置きみんなでくつろげ、温度湿度にも配慮している。隣の小規模多機能施設と中庭を共有し、行き来も自由にでき交流も行われている。	
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。	自宅で使用していたものを自由に持ち込んでいる。布団や椅子、ポータブルトイレ、家族の写真や位牌等を持ち込んでいる。つかまって移動できるよう椅子等家具を生活導線上に配置し転倒予防のための配慮も行っている。	
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26年11月20日	評価結果市町村受理日	平成27年3月27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12月6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」事を大切にし利用者の生活を支援している。地域の方々との積極的な交流に取り組みボランティアの受け入れ、地区の行事への参加、保育園への訪問等の世代間交流などを行っている。家族や地域の方との馴染みの関係を保ちながら利用者には昔ながらの生活習慣の継続や自立に向けての自身の役割を持って頂くことで自信につなげている。職員は地域に向け認知症サポーターとしての活動として予防教室に参加したり公民館活動に参加するなどの積極的な交流に努めている。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) ○	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。		
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。		
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、一時的な帰宅などを支援している。		
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。		
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、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程度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。		
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、カレンダーめぐりなど、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ベ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にしている。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を活かし、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、安心して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	1	併設デイハウスと年2回防災訓練を地域住民の参加協力の元行っている、又、地域の事業所として駐車場を地域の避難場所としているが、火災や地震、水害等の災害時に施設備品の活用や職員の能力を発揮する訓練を行っていない	地域の事業所として火災や地震、水害等の災害時に施設備品の活用や職員の能力を発揮する事が出来る	・地域の防災訓練企画・実施に年2回参加 ・防火管理者研修修了者を1名増やし、防火の意識向上を図る	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。