

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)		
所在地	鳥取県境港市日ノ出町78-2		
自己評価作成日	平成29年10月23日	評価結果市町村受理日	平成30年3月20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29年11月4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)】

ご利用者が地域と繋がりをもちながら暮らせるよう、味噌作りや公民館祭など公民館活動への参加、敬老会への出席等地域の行事にも積極的に参加している。又近隣の散歩時にはゴミ拾いを兼ねるなど地域貢献を意識した活動も行っている。年に2階の火災訓練時には地域の方にも呼びかけ参加して頂いている。家族との絆も大切に、年2回春と秋に「家族会」を開催している。手作りおやつを作っている茶話会や地域のフラダンスの会、踊りの会を招いての催しで共に楽しむ会となっている。施設内で猫を飼っており猫とふれ合うことでご利用者の癒しに繋がっている。施設の周りに花や野菜を植え天気の良い日は花を摘んで居室やテーブルに飾ったり、季節の野菜の収穫を行うのもご利用者の楽しみとなっている。日々のアクティビティにも力を入れており暇下体操、パズル、塗り絵、牛乳パックを使った作品づくり等個別の楽しみの時間も大切にしている。

【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)】

2つのユニットで構成されており、出勤時には職員が担当しているユニットだけでなく、もう一つのユニットにも出向いて利用者や職員に挨拶する習慣を取り入れ、ホーム全体で情報共有を図ることで、日常的に相互協力や連携ができる体制の構築に努めている。また、外出支援では、職員の休憩時間を変更して、外出するための時間を確保する他、入居前に慣れ親しんだ場所に出かけており、生活の連続性に配慮している。さらに、広報誌に地域住民にも役立つミニ講座を掲載したり、作成後は利用者が職員と一緒に配布する等、地域とつながる機会を持つよう取り組んでいる。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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広がったり深まり、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 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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、申し送り時唱和している。また、互惠互助を1ページずつ読み意見を述べ合うことで、ホームの地域の中での役割についても理解を深めている。	1階と2階でそれぞれ申し送りの際に理念等の唱和、互惠互助の読み合わせを行うことで使命感の共有を図り、利用者支援の充実や地域での役割を意識した行動をとることができ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	自治会に加入している。地域から行事や活動の連絡もあり、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。防災訓練時は回覧版をまわしてもらい参加して頂いている。	自治会や地域住民との良好な関係性が継続されており、運動会等に利用者が職員と参加する等、関わる機会を持っている。今後は、近隣の幼稚園との交流を促進して、さらに地域との関わりを深めたいと考えている。	
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を作っている。グループホームの広報誌「ひので通信」の中にミニ講座を設け毎月、自治会各戸へ利用者と共に配布している。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では、自治会長、ご家族代表の参加もあり、利用状況や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。地域のニーズの把握にも努めている。	運営推進会議では、ホーム運営や利用者の状況報告等を説明に加えて、防災訓練を同日開催する等、地域の参加を促す工夫をしている。また、出席者から率直な意見・アドバイスを得て改善につなげるよう努めている。	
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いただき、必要時には、市役所の窓口に出向き担当者への相談を行っている。骨折等の事故報告も行っている。平成28年度は報告はなかった。	運営推進会議の機会等を通して市の職員と直接意見交換している他、介護相談員が利用者とは話をする機会を年2回程度設け、そこであがった感想等をサービス向上等への参考にしている。	
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	身体拘束、抑制について正しく理解し言葉の抑制等にも取り組んでいる。尊厳を奪わないケアについて現状をグループホームステップアップ会議でも報告し職員間でも毎月のチーム会にて取り組みについての話し合いと確認を行っている。	身体拘束廃止と言葉による抑制を行わないケアを進める他、身体拘束・虐待防止研修をリーダー職員が受講する等、意識を高めている。なお、玄関前は車の往来もあるため安全性の観点から玄関先は施錠している。	
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っている。今年度はコミュニケーション技法としてユマニチュードの本を読み法人内の研修にも参加している。		

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、成年後見制度や日常生活自立支援事業などの理解を研修資料等で深めている。必要時には家族に助言し、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	ホームにおいて出来ること、出来ない事、サービス内容など、契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し、しっかり理解していただき、同意を得ている。疑問にもしっかり答え、理解していただけるようにしている。		
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	話しやすい雰囲気作りに努め、ポスターの掲示、ご意見箱の設置や法人アンケートの結果をケアに反映している。年2回の家族会では意見や要望を聞くことが出来ている。	家族が面会に来た際は、職員が言葉を交わし、意向や要望等を自然な形で把握するよう努めている。また、外部評価や法人実施のアンケート結果を真摯に受け止め、サービス改善に向けて取り組みを進めている。	
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。職員個々の役割も年度初めに決め進捗状況の確認をすることで主体的な活動を支えている。	各ユニットにリーダーを配置し、毎月のチーム会や業務遂行場面で職員の提案を把握している。また、サンクスメモを導入し、職員同士で感謝を述べる機会を作り、業務の中の気づきを伝え合い支援の向上を図っている。	
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	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・資格取得などについて書面やメールなどでの案内を出し、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	年間教育訓練計画に添って、各職員の希望も考慮しながら研修計画を作成している。外部・内部研修案内を提示し、参加促進を図っている。研修参加後報告書作成し資料と共に職員間で供覧を行っている。		
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	代表者は管理者と活動内容、事故報告、困難事例についての検討を行っている。職員間も委員会活動において、他事業所職員と意見交換を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	事前面接では、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。入居後は担当職員が中心となり、信頼関係を築くよう努力し、全職員で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、不安や要望を伺い生活支援計画書に反映させ、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、状況に応じて地域包括支援センター、居宅支援事業所、その他のサービス事業所などと連携を図り対応に努めている。		
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	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、ひとつの家族として日々活気のある生活をして頂けるように部屋の掃除、買物、食事作り、花の水やり、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	面会時や毎月のお便りで日々の暮らしぶりをお知らせしたり、ひので通信に行事企画をのせ参加して頂けるようにしている。また、必要時家族にも受診等を依頼し、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	ご利用者一人一人の地域を大切にし個別の外出に力を入れている。	ヒストリーシートや、日常の会話等から、入居前に出かけていた外出先の把握に努めている。また、自宅に戻る機会を設ける等、利用者の希望に合わせ、馴染みの人や場所とのつながりを大切にした支援を心がけている。	
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たり、家事手伝いなども一緒にしてもらえるよう配慮している。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。相性を見極め関わり合えるように支援している。		

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、住み替え先に出かけたり、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	面会時などに家族の意向・思いの聞き取りを行っている。利用者の状態変化や希望・要望など記録に残し共有している。	入居開始時にヒストリーシートの記入を家族に依頼する他、職員が聞き取りを行いながら、利用者の生活歴等の情報収集に努め、要望や意向について職員間で情報共有を図り、支援にいかしている。	
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など、本人や家族から得た情報をヒストリーシートに記載し、個性の把握をし、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	固定チームに取り組むことで、ひとり一人の一日の過ごし方や体調面・精神面など状態を把握しやすくなり記録にて共有を図っている。		
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を反映した本人本位の生活支援計画表を作成し、月1回のモニタリングで、取り組みの確認を行っている。チーム会でも意見交換を行い支援内容の共有を図っている。	生活支援計画書の様式に基づき、共通サービス、個別サービス、望まれる生活の3段階で利用者への支援方針を明確にするとともに、毎月のモニタリングの実施により、個別性に配慮した支援となるように努めている。	
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	介護管理日誌、生活総合記録等に記入することで共有し、申し送り時に日々の気づきや工夫を話し合い、実践できるよう努め、生活支援計画の見直しに活かしている。		
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、近くであっても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。休日等においては主治医に連絡を入れ、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	自治会に加入し、一斉清掃を始め地区、公民館活動行事に参加している。また、利用者自身の馴染みの地域を大切に、本人の意向に応じて支援している。		
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	利用者及び家族の希望を尊重し、かかりつけ医での医療継続できる支援を行っている。往診や家族同行の受診体制が出来るよう情報の共有に努めている。各かかりつけ医に相談できる体制を整えている。	入居前のかかりつけ医との関係をできる限り継続できるよう配慮するとともに、家族との関係構築に心がけ、協力を得ている。また、近隣の内科医等との連携を図る等、健康管理に努めている。	
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月に1度精神・身体状況の報告を行い、相談、助言を頂いている。利用者の健康管理に努め、新さかいの看護師にも協力を得て、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、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。入退院前はかかりつけ医と情報共有を図り指示を受けている。		
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。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よう職員間で話し合い、方針を共有している。家族には定期的に意向を確認している。	終末期に関する内部研修を行い、職員の看取り介護への理解を促している。また、家族には契約時や介護計画見直しの際等に意向を確認するとともに、柔軟な対応や言葉かけを心がけ、気持ちを尊重した細やかな支援ができるように努めている。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、対応をしている。法人内での緊急時対応の研修に参加し、内容共有している。		
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回防災訓練を実施している。地域の方にも防災訓練に参加してもらうよう呼びかけも行っている。地震時の対応についても共有し家具の転倒防止等への対策も行っている。	地震や災害対策として、職員や家族への緊急連絡方法の整備や初期動作の統一等、迅速に行動できる体制作りに取り組んでいる。また、大雪対策としてエリア内の施設で除雪機を新たに購入し、備えている。	地域防災については、高齢化が進む中、避難場所にエレベーターがない等の課題がみられるため、職員だけでなく地域住民も交えた取り組み強化も検討されたい。

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	尊厳、プライバシーへの配慮を常に意識し、言葉かけのタイミングや声の大きさなどをチーム内で話し合っている。個人情報の取り扱いについては家族へ事前を確認を取り対応している。	「利用者の権利・尊厳を奪わない」17項目や「言葉の抑制ワースト10」等を事務室に掲示して職員に注意喚起を図っている他、管理者が支援現場で気になる言動を注意する等、尊厳を尊重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	日々の関わりの中で本人が思いや希望を話せたり、日常生活の各場面において自己決定、選択して頂けるような声かけに努めている。また、表情や仕草にも注意を払い、本人の意思を汲み取れ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	固定チームケアを導入し当日のご利用者担当を決め関わることで、本人の思いを自然に聞き出せるようになり、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、本人の好みや思いを知り、ご自身が出来ることは見守り、不十分な所はさりげなく支援している。個々に必要な化粧品なども準備したり、希望により行きつけの美容室にも行っている。		
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	ご利用者の意見も聞きながら旬の食材を取り入れた献立作りをし、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しコミュニケーションの時間となるようにしている。	献立は個々の嗜好や体調に合わせて柔軟に変更し、おいしく食事ができるようにしている。また、計画的な外食の他、定期的に訪れる移動パン販売を利用して、利用者自身が選択して買い物を楽しむ機会を設けている。	
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以上を目安に個々の状態に合わせた形態、嗜好品を提供している。食事・水分量は記録し、かかりつけ医と連携し体調管理に努めている。夜間帯にも必要な方の水分摂取の支援を行っている。		
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かけや必要な方には見守りと一部介助を行っている。義歯の不適合が見られたり歯痛時は早急に歯科受診や往診依頼を行っている。		

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	排泄チェック表を用い一人ひとりの排泄パターンを把握することで個々に合ったトイレ案内を行い失敗の軽減に繋がっている。又、排泄パターンの把握の為に残尿量の測定の器具を用い快適な排泄ケアに努め職員の意識向上に繋がっている。	排泄支援は、利用者のリズムを把握することで、定時誘導はほとんど行わず、タイミングに合わせて対応している。また、夜間は安眠できるように排泄介助用品を利用する等、利用者の状態に配慮した支援に努めている。	
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	食事、水分をしっかり摂って頂けるように工夫したり、運動を取り入れることで自然排便に努めている。毎日カスピ海ヨーグルトを食べる等食物の工夫から下剤使用量の軽減を図っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人ひとりの希望や体調をみながら声をかけ、ゆっくり入浴できるように支援している。時季にはゆず湯を楽しんで頂いたり、夕食後の入浴希望も支援している。	入浴日は固定せず、個々の習慣や心身の状態に合わせて入浴支援に努めている。同意が難しい場合は、雑談等を交えて声かけを行う他、スムーズな誘導ができた際は、状況を職員間で共有して支援にいかしている。	
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	就寝時間は、個々の生活習慣に配慮し支援している。日中の活動量を増やす為に、体操、散歩や外出など気分転換にも努めている。		
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	処方内容を確認し目的、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、服薬マニュアルに沿って服薬している。服薬の管理はチェック表にて行い、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	毎日の家事や興味のあること、得意なことを自分の役割として活動できるように支援している。また、趣味ややってみたい事も活動できるよう支援している。猫を飼うことで心の癒しに繋がっている。		
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	一日一回は外の空気を感じて頂きたく、状態に配慮しながら近所の公園・水木しげるロードなどに散歩に出かけたり、買い物などに同行して頂いたりしている。年間の行事計画にも花回廊などへの外出計画も立て実施している。	今年度から職員の休憩時間を変更する等して、午前中に外出する機会の確保に取り組んでいる。また、利用者の馴染みの場所の把握に努め、担当職員と一緒に出かけることも行っている。	

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	外出時には、希望の方には自己管理にてお金を所持して頂き、ご自身で支払いが出来るよう支援している。その他の方には自分の好みの物を選んで頂けるような支援を行っている。		
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	ご家族・知人等からの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。本人が好きな時に手紙、はがきを書いたり、電話がかけれるように支援している。		
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、	敷地内に咲いているお花を一緒に摘んで飾って頂いたり、その時々季節感が分かる飾りつけも行っている。献立にも季節感を持たせ一緒に調理したり、匂いで季節感が感じて頂けるよう支援している。	玄関先やベランダで季節の植物を育てる他、食卓には常に花を飾ることで、四季を感じられる工夫をしている。ユニットの入口やリビングの壁に利用者の作品や絵を飾り、温かい雰囲気となるよう努めている。	
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	気の合った方と一緒に過ごせるように席を用意している。共有空間には一人掛けのソファや2～3人掛けのソファも準備しており、テレビを観たり談話ができ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	居室は、居心地よく過ごして頂けるように、本人の馴染みの家具や使い慣れた物を置いて頂いている。必要なものがあれば、ご家族とお話して購入したり、職員やご家族と一緒に買いに出かけたりする支援を行っている。	利用者が安心して暮らすために、大切なものや馴染みの生活用品の持ち込みを依頼している。また、部屋のレイアウトは利用者の身体状況や導線に合わせて家具を設置する等、安全性にも配慮している。	
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	トイレ、風呂場など分かりやすく、見えやすく表示している。机の高さ、椅子の高さ等も個々に検討し足台などを使用するなど配慮している。		

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)		
所在地	鳥取県境港市日ノ出町78-2		
自己評価作成日	平成29年10月23日	評価結果市町村受理日	平成30年3月20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29年11月4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)】

ご利用者が地域と繋がりをもちながら暮らせるよう、味噌作りや公民館祭など公民館活動への参加、敬老会への出席等地域の行事にも積極的に参加している。又近隣の散歩時にはゴミ拾いを兼ねるなど地域貢献を意識した活動も行っている。年に2階の火災訓練時には地域の方にも呼びかけ参加して頂いている。家族との絆も大切に、年2回春と秋に「家族会」を開催している。手作りおやつを作った茶話会や地域のフラダンスの会、踊りの会を招いての催しで共に楽しむ会となっている。施設内で猫を飼っており猫とふれ合うことでご利用者の癒しに繋げている。施設の周りに花や野菜を植え天気の良い日は花を摘んで居室やテーブルに飾ったり、季節の野菜の収穫を行うのもご利用者の楽しみとなっている。日々のアクティビティにも力を入れており嚙下体操、パズル、塗り絵、牛乳パックを使った作品づくり等個別の楽しみの時間も大切にしている。

【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、スローガンを掲げ、申し送り時唱和している。また、互惠互助を1ページずつ読み意見を述べ合うことで、ホームの地域の中での役割についても理解を深めている。		
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	自治会に加入している。地域から行事や活動の連絡もあり、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。防災訓練時は回覧版をまわしてもらい参加して頂いている。		
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を行ったり話を聞く機会を作っている。グループホームの広報誌「ひので通信」の中にミニ講座を設け毎月、自治会各戸へ利用者と共に配布している。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では、自治会長、ご家族代表の参加もあり、利用状況や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。地域のニーズの把握にも努めている。		
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いただき、必要時には、市役所の窓口に出向き担当者への相談を行っている。骨折等の事故報告も行っている。平成28年度は報告はなかった。		
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「介指針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、抑制について正しく理解し言葉の抑制等にも取り組んでいる。尊厳を奪わないケアについて現状をグループホームステップアップ会議でも報告し職員間でも毎月のチーム会にて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	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っている。今年度はコミュニケーション技法としてユマニチュードの本を読み法人内の研修にも参加している。		

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、成年後見制度や日常生活自立支援事業などの理解を研修資料等で深めている。必要時には家族に助言し、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	ホームにおいて出来ること、出来ない事、サービス内容など、契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し、しっかり理解していただき、同意を得ている。疑問にもしっかり答え、理解していただけるようにしている。		
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	話しやすい雰囲気作りに努め、ポスターの掲示、ご意見箱の設置や法人アンケートの結果をケアに反映している。年2回の家族会では意見や要望を聞くことが出来ている。		
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。職員個々の役割も年度初めに決め進捗状況の確認をすることで主体的な活動を支えている。		
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・資格取得などについて書面やメールなどでの案内を出し、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	年間教育訓練計画に添って、各職員の希望も考慮しながら研修計画を作成している。外部・内部研修案内を提示し、参加促進を図っている。研修参加後報告書作成し資料と共に職員間で供覧を行っている。		
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	代表者は管理者と活動内容、事故報告、困難事例についての検討を行っている。職員間も委員会活動において、他事業所職員と意見交換を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	事前面接では、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。入居後は担当職員が中心となり、信頼関係を築くよう努力し、全職員で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、不安や要望を伺い生活支援計画書に反映させ、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、状況に応じて地域包括支援センター、居宅支援事業所、その他のサービス事業所などと連携を図り対応に努めている。		
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	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、ひとつの家族として日々活気のある生活をして頂けるように部屋の掃除、買物、食事作り、花の水やり、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	面会時や毎月のお便りで日々の暮らしぶりをお知らせしたり、ひので通信に行事企画をのせ参加して頂けるようにしている。また、必要時家族にも受診等を依頼し、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	ご利用者一人一人の地域を大切にし個別の外出に力を入れている。		
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たり、家事手伝いなども一緒にしてもらえるよう配慮している。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。相性を見極め関わり合えるように支援している。		

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、住み替え先に出かけたり、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	面会時などに家族の意向・思いの聞き取りを行っている。利用者の状態変化や希望・要望など記録に残し共有している。		
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	生活歴や環境の把握に努め、入居前のサービス経過など、本人や家族から得た情報をヒストリーシートに記載し、個性の把握をし、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	固定チームに取り組むことで、ひとり一人の一日の過ごし方や体調面・精神面など状態を把握しやすくなり記録にて共有を図っている。		
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を反映した本人本位の生活支援計画表を作成し、月1回のモニタリングで、取り組みの確認を行っている。チーム会でも意見交換を行い支援内容の共有を図っている。		
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	介護管理日誌、生活総合記録等に記入することで共有し、申し送り時に日々の気付きや工夫を話し合い、実践できるよう努め、生活支援計画の見直しに活かしている。		
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、近くであっても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。休日等においては主治医に連絡を入れ、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	自治会に加入し、一斉清掃を始め地区、公民館活動行事に参加している。また、利用者自身の馴染みの地域を大切に、本人の意向に応じて支援している。		
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	利用者及び家族の希望を尊重し、かかりつけ医での医療継続できる支援を行っている。往診や家族同行の受診体制が出来るよう情報の共有に努めている。各かかりつけ医に相談できる体制を整えている。		
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月に1度精神・身体状況の報告を行い、相談、助言を頂いている。利用者の健康管理に努め、新さかいの看護師にも協力を得て、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、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。入退院前はかかりつけ医と情報共有を図り指示を受けている。		
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。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よう職員間で話し合い、方針を共有している。家族には定期的に意向を確認している。		
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、対応をしている。法人内での緊急時対応の研修に参加し、内容共有している。		
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回防災訓練を実施している。地域の方にも防災訓練に参加してもらおう呼びかけも行っている。地震時の対応についても共有し家具の転倒防止等への対策も行っている。		

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、言葉かけのタイミングや声の大きさなどをチーム内で話し合っている。個人情報の取り扱いについては家族へ事前に確認を取り対応している。		
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本人が思いや希望を話せたり、日常生活の各場面において自己決定、選択して頂けるような声かけに努めている。また、表情や仕草にも注意を払い、本人の意思を汲み取れ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	固定チームケアを導入し当日のご利用者担当を決め関わることで、本人の思いを自然に聞き出せるようになり、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、本人の好みや思いを知り、ご自身が出来ることは見守り、不十分な所はさりげなく支援している。個々に必要な化粧品なども準備したり、希望により行きつけの美容室にも行っている。		
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	ご利用者の意見も聞きながら旬の食材を取り入れた献立作りをし、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しコミュニケーションの時間となるようにしている。		
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以上を目安に個々の状態に合わせた形態、嗜好品を提供している。食事・水分量は記録し、かかりつけ医と連携し体調管理に努めている。夜間帯にも必要な方の水分摂取の支援を行っている。		
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かけや必要な方には見守りと一部介助を行っている。義歯の不適合が見られたり歯痛時は早急に歯科受診や往診依頼を行っている。		

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	排泄チェック表を用い一人ひとりの排泄パターンを把握することで個々に合ったトイレ案内を行い失敗の軽減に繋げている。又、排泄パターンの把握の為に残尿量の測定の器具を用い快適な排泄ケアに努め職員の意識向上に繋がっている。		
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	食事、水分をしっかりと摂って頂けるように工夫したり、運動を取り入れることで自然排便に努めている。毎日カスピ海ヨーグルトを食べる等食物の工夫から下剤使用量の軽減を図っている。		
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	一人ひとりの希望や体調をみながら声をかけ、ゆっくり入浴できるように支援している。時季にはゆず湯を楽しんで頂いたり、夕食後の入浴希望も支援している。		
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	就寝時間は、個々の生活習慣に配慮し支援している。日中の活動量を増やす為に、体操、散歩や外出など気分転換にも努めている。		
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	処方内容を確認し目的、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、服薬マニュアルに沿って服薬している。服薬の管理はチェック表にて行い、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	毎日の家事や興味のあること、得意なことを自分の役割として活動できるように支援している。また、趣味ややってみたい事も活動できるよう支援している。猫を飼うことで心の癒しに繋げている。		
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	一日一回は外の空気を感じて頂きたく、状態に配慮しながら近所の公園・水木しげるロードなどに散歩に出かけたり、買い物などに同行して頂いたりしている。年間の行事計画にも花回廊などへの外出計画も立て実施している。		

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	外出時には、希望の方には自己管理にてお金を所持して頂き、ご自身で支払いが出来るよう支援している。その他の方には自分の好みの物を選んで頂けるような支援を行っている。		
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	ご家族・知人等からの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。本人が好きな時に手紙、はがきを書いたり、電話がかけれるように支援している。		
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、	敷地内に咲いているお花を一緒に摘んで飾って頂いたり、その時々季節感が分かる飾りつけも行っている。献立にも季節感を持たせ一緒に調理したり、匂いで季節感が感じて頂けるよう支援している。		
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に席を用意している。共有空間には一人掛けのソファや2～3人掛けのソファも準備しており、テレビを観たり談話ができ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	居室は、居心地よく過ごして頂けるように、本人の馴染みの家具や使い慣れた物を置いて頂いている。必要なものがあれば、ご家族とお話して購入したり、職員やご家族と一緒に買いに出かけたりする支援を行っている。		
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	トイレ、風呂場など分かりやすく、見えやすく表示している。机の高さ、椅子の高さ等も個々に検討し足台などを使用するなど配慮している。		

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 月 15 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	35	年2回の防災訓練では、地域の自治会へも案内をしており自治会からは2, 3名の参加がある。地域には自営防災組織もなく高齢化が進んでいる現状がある。施設としては何も取り組んでいないが今後何らかの取り組みの検討が必要。	地域住民と一体となった防災に関する取り組みを計画する。(年1回)	・災害時の炊き出し訓練の実施。 ・ひのでの防災訓練へ参加して頂ける住民の人数を増やす。(ひので通信配布時に声を掛ける)	12ヶ月
2	26	ケアプランの月1回のモニタリングの内容がケアの評価となっておらず、実施した記録のような内容となっている。	モニタリングの内容が、ケアの振り返りとなり次の取り組みに連動する内容となる。	・モニタリングの記載についてのマニュアルを作る。 ・日々の記録が必要な記録が残るように個々のケアプランのポイントを書いたものを作成する。	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、行を挿入して下さい。