

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	3191400021		
法人名	社会福祉法人 赤碕福祉会		
事業所名	グループホームきらり(二丁目) まとめ		
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤碕きらり2540番地5		
自己評価作成日	平成30年12月4日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人未来
所在地	鳥取県倉吉市東仲町2571番地
訪問調査日	平成30年12月13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)】

ボランティア交流、地域交流に力を入れ地域の一員として実感できる場面作りに取り組み、開かれたホームを目指している。今年度はきらり地区子供会との交流を計画し、花壇の花植えやフルーツポンチ作りを通じて交流を深めている。また、隣接の百寿苑きらりデイサービスセンターと一緒に百寿苑きらりふれあい祭りを開催し、ボランティアの方々、地域住民の参加があり、ホームを知って頂くよい機会となっている。認知症ケアについては「体調を整えるケア+プライドを大切にケア」を推進し、専門性の高いサービスを提供できるよう努めている。

【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)】

今年度は法人の3グループホーム合同運営推進会議を開催し、取り組みの共有や、認知症ケアの相互理解を深めた。
 特殊浴槽の設置予定であり、入浴や清潔ケアの向上と業務の軽減に繋がっている。
 防災訓練を年4回(火災3回・地震1回)実施し、地域住民やボランティア(ひまわりの会)の参加もあった。また、職員で炊き出し訓練を実施した。
 月例目標として「自己決定の取り組み」を掲げ、利用者が出来るだけ自分で選択できるように支援している。

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、活き活きと働いている (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

★ 努力している点

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	毎朝、朝礼時には理念、基本方針など5種類を曜日ごとに分け唱和し意識付け、理念の共有、実践に繋げている。	赤崎福祉会の基本理念、基本方針を玄関に掲示し、毎日朝礼時に唱和している。あわせて事務所に掲示してあるきらりの理念等も唱和し、職員の意識付けと実践につなげるよう努めている。	
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	地域の催し物に参加し地域交流を図っている。また、地域ボランティア、東伯けんこう(野菜等販売)などの交流を通して願望になり信頼関係を築く機会とし、地域との繋がりを継続している。今年度はきらり地区子供会や柔道クラブとの交流会を開催し、新たな関係構築に努めている。	★地域の自治会に加入し行事に参加したり、きらりの祭りにはボランティアや子ども会を含め、多くの地域の参加者があった。魚等の移動販売もあり、利用者は楽しみにしている。	法人内の合同行事は地域の多くの参加者が楽しめ、理解協力が広がるので今後も続けてほしい。
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	地域ボランティア交流、広報誌、小・中学生ボランティア、実習生受け入れを通して利用者の様子を認知症の理解を深める機会としている。また「きらり便り」を介して相談窓口の役割を担っていくよう発信している。		
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	3か月に1回開催し、ホームの様子やサービス提供状況等を報告し、質問、意見、要望等を頂き、サービスに反映するよう努めている。また、今年度より、法人の3つのグループホームで合同の運営推進会議を開催した。	利用者や家族の参加で3か月に1回開催している。★今年初めて法人の3グループホームの合同運営推進会議を開催し、それぞれの工夫点や、認知症についての相互理解を深めた。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議にメンバーとして参加、助言して頂きケアサービスに取り入れている。家族から介護保険について相談があった場合は市町村に確認をしている。	町の福祉あんしん課職員は運営推進会議のメンバーであり、日常的に報告、相談し、理解や協力を得ている。	
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	今年度より法人内3つのグループホームで3か月に1回身体拘束廃止検討委員会を開催し、日頃のケアを振り返り身体拘束について事例を報告している。その中で出た意見、助言をケアに活かすよう努めている。身体拘束について勉強会を行い理解し、身体拘束しないケアに取り組んでいる。	勉強会を開催し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束廃止検討委員会ではグループホームでは各ユニット毎に1事例を報告し、意見交換してケアに生かしている。	

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	
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	高齢者虐待防止関連法について、部署内研修を実施している。事業所内でのケアや言葉かけによるもの全てにおいて、職員間で振り返り、虐待防止について周知徹底を行っている。			
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	部署内研修を実施している。必要時、関係者と話し合い、適切に支援提供出来るよう努めている。玄関にパンフレットを置き、面会者や家族にも目の触れるようにし制度の広報、相談の場としている。			
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	契約時、ケアに関する方針や取り組み、退居を含めた事業所の対応等について不安や疑問点を伺いながら説明を行っている。利用料金改定時も丁寧に説明をし同意を得ている。			
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	月1回、利用者が日常のサービスに関する意見や思いを表せる場として「おしゃべり会」を開催、年1回の家族へのアンケートを行っている。面会時は、家族に意見、要望等を伺っている。利用者、家族の意見、要望は運営やケアに反映するよう取り組んでいる。	★利用者の意見を聞く会として「おしゃべり会」「希望の会」を月1回、利用者主催で開催し、実行可能なことは早めに対応している。また、年1回家族アンケートを実施し、その意見を運営に反映させている。		
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	部署会を毎月開き、意見を聞くようにしている。また、年に2回、個別面談があり、意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	月1回の部署会や年2回の個別面談、また日々の仕事の中で出た職員の意見等を、可能な限りサービスに反映させている。		
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、職場環境作りに努めている。個別面談を行い、職員の努力や成果、悩みについて把握し、向上心をもって働けるよう目標設定し人事考課を行っている。			
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	就業年数に応じ階層別研修(新任・中堅・リーダー)を行っている。外部研修への参加、部署内研修の実施、OJTリーダー制度の活用等、職員育成に取り組む日々のケアに活かすよう取り組んでいる。			
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	GH連絡会開催時は(4回/年)参加し、他GHとの意見交換の中から参考にしケアに活かしている。また、階層別研修では、他施設の方を講師とし意見を聞きケアの参考としている。			

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	事前面接で、本人に会い、心身の状態や表情、会話から思いを汲み取り、事前に職員間で情報を共有している。それらの情報をもとに、関わりの中で、安心、快適に繋がる関係づくりに努めている。		
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	今までのサービス利用状況等これまでの経緯について話を聞き家族が求めている事、困っている事、不安な事を理解していくようにしている。職員間で情報共有し、どのように支援していくか話し合い対応している。		
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	本人や家族の思い、状況等を確認し改善に向けた支援の提案、相談を繰り返す中で、必要なサービスに繋げるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の状態を見極め、生活歴とも照らし合わせ、出来る事、出来そうな事を把握し出来る力が発揮できる場面作りを提供している。共に生活し、互いに支え合う機会を意識して設けている。(家事、昔の行事等)		
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	利用者の生活の様子をお便り、面会時に伝え、日々の生活の出来事や気付きの情報共有に努め、家族の思いを含めた支援を行い、共に支え合う関係づくりに努めている。また、家族より本人の写真を提供して頂き、回想法に活かしている。		
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	在宅時から利用しているお店等へ出掛けたり、知人、友人等の所へ行ったりと継続的な関係が続いている。買い物も、地元のスーパーへ出掛け、地域の方との交流の場となっている。	馴染みの店や地元のスーパーに買い物に行ったり、友人知人に会いに出かけるなど、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	利用者同士の関係について職員間で情報を共有し見守っている。ケアプランに取り入れ、関係が継続できるよう支援している。利用者、個々の思いを聞きトラブルを未然に防ぐ努力をしている。		
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	亡くなられ退所された家族の方に、きらりの行事には声を掛けて案内している。サービス利用が終わっても関係の継続に努めている。		

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
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	日々の生活の中で、表情やつぶやきから思いを汲み取り、毎日、全入居者と会話をし、思いにそった支援に努めている。また、その事を職員全員が把握できるようカンファレンス、部署会時話し合いを行っている。	★月例目標として「自己決定の取り組み」を掲げ、出来るだけ利用者本人で決められる機会をつくるよう支援している。また、利用者の表情やつぶやき、家族からの情報を職員で共有したり、月1回「おしゃべり会」「希望の会」で意見を聞き、意向の把握に努めている。	
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	関わりの中から、生活歴、馴染みの暮らしの把握に努めている。また、面会時、家族からの情報や外出先での知人からの情報も共有し支援へと繋げている。		
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	入所後、2週間は細かく言動を観察し記録している。毎日、個人ファイルに日々の生活の様子、気づきを記す事で職員間で情報を共有しケアに繋げている。		
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	日々の関わりの中で汲み取った本人の思いや意見、家族の意向、かかりつけ医との連携を図り介護計画を作成。月に1度モニタリング、本人を交えたカンファレンスを行い現状に即したプランを作成している。	毎月モニタリングを行い、利用者の変化に対応できるようカンファレンスで話し合っている。基本的には「施設サービス計画実施結果一覧表」に基づき、利用者のケアプランを定期的に見直している。	計画の見直しカンファレンスにはできるだけ家族の出席をすすめ、ケア内容について意見交換の場にしてほしい。
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	利用者個々のファイルがあり、日々の生活状況、発した言葉、それによって職員の気づきを記録している。個々のサービス計画チェック表も記入し、日々の記録を基に介護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	本人、家族の要望を踏まえ町外の病院へ通院介助を行っている。利用者、家族の要望にそって医療機関と連携を図り健康維持、管理に努めている。地域交流、ボランティア交流を目標に掲げ取り組んでいる。		

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	きりり住民の方とのボランティア交流を行っている。小、中学校の運動会への招待があり個々の思い、希望に沿って出掛けた。図書館を利用し、好きな本を借りている。		
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	本人、家族が希望する在宅時からのかかりつけの病院で、医療が受けられるよう継続して支援している。認知症の専門医の受診、歯科受診、眼科受診等必要に応じて支援している。	かかりつけ医に職員対応で受診支援している。また往診はそれぞれ利用者の希望により、2か所の医療機関と連携を図っている。精神科・歯科・眼科・皮膚科等専門医の受診を支援している。	
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に対応できるようにしている。急変時は、かかりつけ医に報告、相談し、指示を受け、随時、家族了解のもと迅速に対応している。		
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。	入院にともなうダメージを極力防ぐため、本人の病状、支援方法の情報を入院先へ提供している。入院中は、職員が見舞い、家族とも情報交換しながら回復状況等確認し、病院関係者と連携を取りながら、速やかな退院支援に繋げている。		
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	契約時ターミナルケアについて家族に説明している。希望があれば重度化した場合や終末期のあり方について事業所として出来る事、出来ない事を伝え家族、本人の意向に沿ってかかりつけ医の見解、事業所の対応等話し合い方針を共有し支援している。	看取りの指針に基づき、入所時より事業所の方針を説明し、その都度担当医と話し合いながら方針の共有に努めている。かかりつけ医による看取りの見解の相違があり、個々に対応している現状である。	利用者個々の終末期の方針を整理し、職員が安心して行動できる対応を整備してはどうか。
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	職員は、救急救命訓練を受講し修了証を交付されている。		
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	地域の消防署の協力を得て、年4回、日中、夜間想定した避難訓練を利用者の方と一緒にやっている。火災想定だけでなく、地震想定の方針訓練も行っている。また、地域住民を交えた防災訓練も行い、地域との協力体制の構築に努めている。	★防災訓練を年4回(火災3回・地震1回実施している。中には、地域住民やボランティア(ひまわりの会)と共に実施したり、職員による炊き出し訓練を実施するなど、工夫している。	

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
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	プライバシー保護マニュアル、接遇マナー、ユマニチュードの研修を行っている。日頃の声掛けを振り返り、意識して尊厳のある声掛けや対応に努め互いに注意しあい業務を行っている。	接遇等の研修を行い、職員同士が注意し合って、一人ひとりの思いやプライバシーを尊重した対応に努めている。	
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	月1回「おしゃべり会」を開催し、利用者が意見、要望を話し合う場がある。選択できる声かけをし、自己決定が出来るよう工夫したり意思表示が困難な方は、表情を汲み取り本人が決定する場面を作っている。		
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	一人ひとりの生活リズムを大切にし、利用者のペースにそって体調を見ながら、その時の気持ちを尊重し個別の支援、外出を行っている。		
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	着る服を本人に選んで頂いてる。自分で決められない方でも、その人らしい服装をして頂いている。化粧水や乳液などを使用している方、預かり金で洋服を買いに出掛ける方もいる。今まで使い慣れた化粧品を継続して使われている。		
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	「おしゃべり会」や利用者の方との会話、買物時等、食べたい物があればメニュー変更し提供している。一緒に畑に行き季節の野菜を収穫し調理を行っている。調理、盛り付け、片付け等、日課となり共にやっている。また、東伯けんこうや谷口鮮魚で食べたい物を選んで頂いている。	★利用者の食べたいものを取り入れて柔軟に対応している。当日の献立がボードに書いてあり、利用者は食事を楽しみに待ったり、盛り付けや片付けなど、出来ることを手伝っている。魚等の移動販売が毎日来て、利用者が実際に見て選んだりしている。	
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	食事量、水分量が分かるチェック表を活用し把握している。水分制限のある方は、かかりつけ医の指示のもと対応し定期的に報告している。、食事がすすまない方は個別に食事形態を調整、工夫し提供している。		
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、口腔内の状態に合った道具で口腔ケアを行っている。個々の力に応じ見守り、声かけ、介助を行っている。週2回ポリドントにて洗浄、また口腔内の観察をし義歯の状態、変化があれば歯科受診している。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握しながら尿意のない方も日中はトイレでの排泄に取り組んでいる。失敗してもプライドを傷つけない声かけやトイレ案内時も耳元で、そっと声かけし周りへの配慮を行っている。	排泄パターンを把握して声掛けをし、日中はトイレでの排泄に心がけている。★入所時はリハビリパンツだったが、現在は介護用布パンツに替わっている利用者がいる。	
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	ヨーグルト等の乳製品、食物繊維を多く含む食材をメニューに取り入れ、便秘予防に努めている。また、体操、歩行による運動、散歩、腹部マッサージ等に努め、定期的にトイレ案内を行い自然排便に心がけている。		
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	入浴チェック表を活用し体調確認、バイタルチェックを行い、その日の希望を伺いながら入浴して頂いている。手浴、足浴、シャワー浴と希望に合わせて行っている。羞恥心に配慮し一対一での入浴をして頂いている。	体調を見ながら、1日に3~4人入浴している。男性職員を嫌がる利用者がいるが、翌日入浴にしたり、女性職員が対応するなど、臨機応変に入浴を楽しめるよう配慮している。★現在6名の利用者が重度化してきており、特殊浴槽用浴室を増築中である。	
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	生活習慣を大切にリラックスして入眠できるよう、その人に合った方法で対応している。日中の活動を促し、生活リズムをつけながら安心して入眠できるよう支援している。寝付けない方には傍で話をし眠れ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	処方箋を個々のケースに綴り服用している薬の効能、副作用を確認、理解している。受診時は健康チェック表を持参し報告、治療や服薬調整に活かしている。薬の変更時は必ず報告し職員間で情報共有している。		
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	出来る力を活かした役割を支援している。干し柿作り、切干大根作り等、経験や知恵を発揮できる場面づくり、馴染みの場所への外出、地域行事への参加等利用者と相談しながら対応している。		
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	一人ひとり希望にそった場所への外出支援を日常的に行っている。地域での生活、馴染みの関係が途切れないよう継続して取り組んでいる。家族の協力を得て墓参りに行ったり、外泊、外食等を行っている。	希望を聞きながら、船上山や赤碕港等に行って外出を楽しんでいる。天気の良い日には散歩したり、通院に付き添った際に地元を車で回ったりすることもある。家族の協力も得ている。	

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	
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	利用者の方に合わせて、自分でお金を持っている人もいます。預かり金の管理は、職員が行っている。買いたい物があれば、預かり金からお金を出し買ってもらっている。			
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	本人が電話をかけたい時、プライバシーに配慮してゆっくりと電話が出来るよう支援している。家族、知人の方からの電話の取り次ぎも行っている。			
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	食事時、音楽を心地よい音量で流している。テーブル、洗面台に季節の花を飾って心が落ち着くよう工夫したり茶碗の洗う音、戸の開閉、足音等ストレスにならないよう配慮している。食事作りの音や匂いで五感の刺激を行っている。利用者同士の会話が不快にならないよう職員が見守っている。	食事中やくつろぎの時間には和楽器の唱歌が流れ、ホールには花や行事の写真、利用者が創作した絵や詩を「みんなの詩」として詩集を楽しみ、憩いの場所となっている。★廊下の一角にソファと小さいテーブルが置いてあり、外を眺めながらくつろげるスペースとなっている。		
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	廊下、ホールにソファを設置し一人で過ごしたり、仲の良い方同士くつろげるスペースを作っている。廊下のソファで歩行途中、一息つける等の工夫をしている。			
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	家族の写真や飾りを使い慣れた家具を使用し、心地よく過ごせるよう利用者個々に合った工夫をしている。家族の方も、面会時、孫、ひ孫の新しい写真を持ってこれ身近に家族を感じられるよう配慮されている。	★居室は使い慣れた家具を使ったり、思い出の写真や小物が飾ってあり、居心地よく過ごせるよう工夫している。利用者によっては、安全に歩行しやすいよう、家具の配置を工夫してある居室もある。		
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	混乱や失敗を防ぐため「何が分かりにくい」を観察し状況に合わせて環境整備を行っている。理学療法士に相談し、身体状況に合った福祉用具の使用やリハビリ等について助言して頂き実践している。			

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	3191400021		
法人名	社会福祉法人 赤崎福祉会		
事業所名	グループホームきらり(一丁目)		
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤崎きらり2540番地5		
自己評価作成日	平成30年12月4日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

【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)】

ボランティア交流、地域交流に力を入れ地域の一員として実感できる場面作りに取り組み、開かれたホームを目指している。今年度はきらり地区子供会との交流を計画し、花壇の花植えやフルーツポンチ作りを通じて交流を深めている。また、隣接の百寿苑きらりデイサービスセンターと一緒に百寿苑きらりふれあい祭りを開催し、ボランティアの方々、地域住民の参加があり、ホームを知って頂くよい機会となっている。認知症ケアについては「体調を整えるケア+プライドを大切にしたケア」を推進し、専門性の高いサービスを提供できるよう努めている。

【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)】

別紙参照

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	利用者や職員が、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、活き活きと働いている (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	毎朝、朝礼時には理念、基本方針など5種類を曜日ごとに分け唱和し意識付け、理念の共有、実践に繋げている。		
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	地域の催し物に参加し地域交流を図っている。また、地域ボランティア、東伯けんこう(野菜等販売)などの交流を通して顔馴染みになり信頼関係を築く機会とし、地域との繋がりを継続している。今年度はきらり地区子供会や柔道クラブとの交流会を開催し、新たな関係構築に努めている。		
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	地域ボランティア交流、広報誌、小・中学生ボランティア、実習生受け入れを通して利用者の様子を知り認知症の理解を深める機会としている。また「きらり便り」を介して相談窓口の役割を担っていくよう発信している。		
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	3か月に1回開催し、ホームの様子やサービス提供状況等を報告し、質問、意見、要望等を頂き、サービスに反映するよう努めている。また、今年度より、法人の3つのグループホームで合同の運営推進会議を開催した。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議にメンバーとして参加、助言して頂きケアサービスに取り入れている。 家族から介護保険について相談があった場合は市町村に確認をしている。		
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	今年度より法人内3つのグループホームで3か月に1回身体拘束廃止検討委員会を開催し、日頃のケアを振り返り身体拘束について事例を報告している。その中で出た意見、助言をケアに活かすよう努めている。身体拘束について勉強会を行い理解し、身体拘束しないケアに取り組んでいる。		

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
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法について、部署内研修を実施している。事業所内でのケアや言葉かけによるもの全てにおいて、職員間で振り返り、虐待防止について周知徹底を行っている。		
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	部署内研修を実施している。必要時、関係者と話し合い、適切に支援提供出来るよう努めている。玄関にパンフレットを置き、面会者や家族にも目の触れるようにし制度の広報、相談の場としている。		
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	契約時、ケアに関する方針や取り組み、退居を含めた事業所の対応等について不安や疑問点を伺いながら説明を行っている。利用料金改定時も丁寧に説明をし同意を得ている。		
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	月1回、利用者が日常のサービスに関する意見や思いを表せる場として「希望の会」を開催、年1回の家族へのアンケートを行っている。面会時は、家族に意見、要望等を伺っている。利用者、家族の意見、要望は運営やケアに反映するよう取り組んでいる。		
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	部署会を毎月開き、意見を聞くようにしている。また、年に2回、個別面談があり、意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。		
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、職場環境作りに努めている。個別面談を行い、職員の努力や成果、悩みについて把握し、向上心をもって働けるよう目標設定し人事考課を行っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	就業年数に応じ階層別研修(新任・中堅・リーダー)を行っている。外部研修への参加、部署内研修の実施、OJTリーダー制度の活用等、職員育成に仕組み日々のケアに活かすよう取り組んでいる。		
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	GH連絡会開催時は(4回/年)参加し、他GHとの意見交換の中から参考にしケアに活かしている。また、階層別研修では、他施設の方を講師とし意見を聞きケアの参考としている。		

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	事前面接で、本人に会い、心身の状態や表情、会話から思いを汲み取り、事前に職員間で情報を共有している。それらの情報をもとに、関わりの中で、安心、快適に繋がる関係づくりに努めている。		
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	今までのサービス利用状況等これまでの経緯について話を聞き家族が求めている事、困っている事、不安な事を理解していくようにしている。職員間で情報共有し、どのように支援していくか話し合い対応している。		
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	本人や家族の思い、状況等を確認し改善に向けた支援の提案、相談を繰り返す中で、必要なサービスに繋げるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の状態を見極め、生活歴とも照らし合わせ、出来る事、出来るような事を把握し出来る力が発揮できる場面作りを提供している。共に生活し、互いに支え合う機会を意識して設けている。(家事、昔の行事等)		
19		○本人と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	利用者の生活の様子をお便り、面会時等で伝え、日々の生活の出来事や気付きの情報共有に努め、家族の思いを含めた支援を行い、共に支え合う関係づくりに努めている。また、家族より本人の写真を提供して頂き、回想法にいかしている。		
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	在宅時から利用しているお店等へ出掛けたり、知人、友人等の所へ行ったりと継続的な関係が続いている。買い物も、地元のスーパーへ出掛け、地域の方との交流の場となっている。		
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	利用者同士の関係について職員間で情報を共有し見守っている。ケアプランに取り入れ、関係が継続できるよう支援している。利用者、個々の思いを聞きトラブルを未然に防ぐ努力をしている。		
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	亡くなられ退所された家族の方に、きらりの行事には声を掛けて案内している。サービス利用が終わっても関係の継続に努めている。		

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
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	日々の生活の中で、表情やつぶやきから思いを汲み取り、毎日、全入居者と会話をし、思いにそった支援に努めている。また、その事を職員全員が把握できるようカンファレンス、部署会時話し合いを行っている。		
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	関わりの中から、生活歴、馴染みの暮らしの把握に努めている。また、面会時、家族からの情報や外出先での知人からの情報も共有し支援へと繋げている。		
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	入所後、2週間は細かく言動を観察し記録している。毎日、個人ファイルに日々の生活の様子、気づきを記す事で職員間で情報を共有しケアに繋げている。		
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	日々の関わりの中で汲み取った本人の思いや意見、家族の意向、かかりつけ医との連携を図り介護計画を作成。月に1度モニタリング、本人を交えたカンファレンスを行い現状に即したプランを作成している。		
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	利用者個々のファイルがあり、日々の生活状況、発した言葉、それによって職員の気づきを記録している。個々のサービス計画チェック表も記入し、日々の記録を基に介護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	本人、家族の要望を踏まえ町外の病院へ通院介助を行っている。利用者、家族の要望にそって医療機関と連携を図り健康維持、管理に努めている。地域交流、ボランティア交流を目標に掲げ取り組んでいる。		

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	きらり住民の方とのボランティア交流を行っている。小、中学校の運動会への招待があり個々の思い、希望に沿って出掛けた。図書館を利用し、好きな本を借りている。		
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	本人、家族が希望する在宅時からのかかりつけの病院で、医療が受けられるよう継続して支援している。認知症の専門医の受診、歯科受診、眼科受診等必要に応じて支援している。		
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に対応できるようにしている。急変時は、かかりつけ医に報告、相談し、指示を受け、随時、家族了解のもと迅速に対応している。		
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。	入院にともなうダメージを極力防ぐため、本人の病状、支援方法の情報を入院先へ提供している。入院中は、職員が見舞い、家族とも情報交換しながら回復状況等確認し、病院関係者と連携を取りながら、速やかな退院支援に繋げている。		
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	契約時ターミナルケアについて家族に説明している。希望があれば重度化した場合や終末期のあり方について事業所として出来る事、出来ない事を伝え家族、本人の意向に沿ってかかりつけ医の見解、事業所の対応等話し合い方針を共有し支援している。		
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	職員は、救急救命訓練を受講し修了証を交付されている。		
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	地域の消防署の協力を得て、年4回、日中、夜間想定した避難訓練を利用者の方と一緒にやっている。火災想定だけでなく、地震想定防災訓練も行っている。また、地域住民を交えた防災訓練も行い、地域との協力体制の構築に努めている。		

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
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	プライバシー保護マニュアル、接遇マナー、ユマニチュードの研修を行っている。日頃の声掛けを振り返り、意識して尊厳のある声掛けや対応に努め互いに注意しあい業務を行っている。		
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	月1回「希望の会」を開催し、利用者が意見、要望を話し合う場がある。選択できる声かけをし、自己決定が出来るよう工夫したり意思表示が困難な方は、表情を汲み取り本人が決定する場面を作っている。		
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	一人ひとりの生活リズムを大切にし、利用者のペースにそって体調を見ながら、その時の気持ちを尊重し個別の支援、外出を行っている。		
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	着る服を本人に選んで頂いてる。自分で決められない方でも、その人らしい服装をして頂いている。化粧水や乳液などを使用している方、預かり金で洋服を買いに出掛ける方もいる。今まで使い慣れた化粧品を継続して使われている。		
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	「希望の会」や利用者の方との会話、買物時等、食べたい物があればメニュー変更し提供している。一緒に畑に行き季節の野菜を収穫し調理を行っている。調理、盛り付け、片付け等、日課となり共に行っている。また、東伯けんこうや谷口鮮魚で食べたい物を選んで頂いている。		
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	食事量、水分量が分かるチェック表を活用し把握している。水分制限のある方は、かかりつけ医の指示のもと対応し定期的に報告している。、食事がすすまない方は個別に食事形態を調整、工夫し提供している。		
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、口腔内の状態に合った道具で口腔ケアを行っている。個々の力に応じ見守り、声かけ、介助を行っている。週2回ポリドントにて洗浄、また口腔内の観察をし義歯の状態、変化があれば歯科受診している。		

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	排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握しながら尿意のない方も日中はトイレでの排泄に取り組んでいる。失敗してもプライドを傷つけない声かけやトイレ案内時も耳元で、そっと声かけし周りへの配慮を行っている		
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	ヨーグルト等の乳製品、食物繊維を多く含む食材をメニューに取り入れ、便秘予防に努めている。また、体操、歩行による運動、散歩、腹部マッサージ等に努め、定期的にトイレ案内を行い自然排便に心がけている		
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	入浴チェック表を活用し体調確認、バイタルチェックを行い、その日の希望を伺いながら入浴して頂いている。手浴、足浴、シャワー浴と希望に合わせて行っている。羞恥心に配慮し一対一での入浴をして頂いている。		
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	生活習慣を大切にリラックスして入眠できるように、その人に合った方法で対応している。日中の活動を促し、生活リズムをつけながら安心して入眠できるよう支援している。寝付けない方には傍で話をし眠れ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	処方箋を個々のケースに綴り服用している薬の効能、副作用を確認、理解している。受診時は健康チェック表を持参し報告、治療や服薬調整に活かしている。薬の変更時は必ず報告し職員間で情報共有している。		
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	出来る力を活かした役割を支援している。干し柿作り、切干大根作り等、経験や知恵を発揮できる場面づくり、馴染みの場所への外出、地域行事への参加等利用者と相談しながら対応している。		
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	一人ひとり希望にそった場所への外出支援を日常的に行っている。地域での生活、馴染みの関係が途切れないよう継続して取り組んでいる。家族の協力を得て墓参りに行ったり、外泊、外食等を行っている。		

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
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	利用者の方に合わせて、自分でお金を持っている人もいます。預かり金の管理は、職員が行っている。買いたい物があれば、預かり金からお金を出し買ってもらっている。		
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	本人が電話をかけたい時、プライバシーに配慮してゆっくりと電話が出来るよう支援している。家族、知人の方からの電話の取り次ぎも行っている。		
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	食事時、音楽を心地よい音量で流している。テーブル、洗面台に季節の花を活けて心が落ち着くよう工夫したり茶碗の洗う音、戸の開閉、足音等ストレスにならないよう配慮している。食事作りの音や匂いで五感の刺激を行っている。利用者同士の会話が不快にならないよう職員が見守っている。		
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	廊下、ホールにソファを設置し一人で過ごしたり、仲の良い方同士くつろげるスペースを作っている。廊下のソファで歩行途中、一息つける等の工夫をしている。		
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	家族の写真を飾ったり使い慣れた家具を使用し、心地よく過ごせるよう利用者個々に合った工夫をしている。家族の方も、面会時、孫、ひ孫の新しい写真を持ってこれ身近に家族を感じられるよう配慮されている。		
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	混乱や失敗を防ぐため「何が分かりにくい」を観察し状況に合わせて環境整備を行っている。理学療法士に相談し、身体状況に合った福祉用具の使用やリハビリ等について助言して頂き実践している。		

目標達成計画

作成日：平成 31年 2月 16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	26	サービス担当者会議に家族の参加が少ない。	サービス担当者会議に家族の出席をすすめ、ケア内容について意見交換の場をつくる。	計画作成担当者が家族に電話をかけ、サービス担当者会議開催の日程調整を行う。家族の出席が難しい場合は電話で家族の意向を確認し、ケアプランに反映させる。	6か月
2	33	「GHきらり」終末期の看取り等について(事前確認書)を入所時に家族に書いて頂き、意向を確認しているが、その後の意向確認ができていない現状がある。どのくらいの頻度で確認をするのかルールを決めて行っていく。	利用者個々の終末期の方針を整理し、職員が安心して行動できる対応を整備する。	緊急時の希望の病院、連絡先を整備する。「GHきらり」終末期の看取り等について(事前確認書)は年に1回、サービス担当者会議の時に記入をして頂き、意向を確認する。	6か月
3					
4					
5					

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。