

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	0873300529		
法人名	社会福祉法人 清河会		
事業所名	サングリーンピア山方		
所在地	常陸大宮市西野内1537-1		
自己評価作成日	平成29年5月3日	評価結果市町村受理日	平成 29 年 9 月 8 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/08/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kihon=true&JlgyosyoCd=0873300529-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成29年7月21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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・ラジオ体操・リハビリ体操で体を動かし、また、レクリエーションで作品作りを行い、楽しく活気ある生活を送って頂けるよう支援しております。 ・季節に合った外出支援を計画したり、中庭での日光浴をしたり、利用者が定期的に気分転換が図れるように支援しております。 ・三大行事として、新春祝賀会・納涼祭・敬老会を開催し、家族へ参加して頂き、利用者と家族が共に楽しい一時を過ごして頂けるよう毎年盛大に行っております。 ・ここ数年、手洗い・消毒、口腔ケア、湿度管理を行い、利用者が感染症に罹ることもなく安心して生活して頂いております。
--

【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)】

<p>職員は、利用者の生活が少しでも充実し、活動性の高い毎日が過ごせるよう工夫をしている。利用者は日中、居間兼食堂へ集まって会話をしたり、体操や塗り絵、輪投げ大会や音楽療法に参加するほか、ドライブに出かけたり広い敷地内で豊かな自然を感じながら、おやつやお茶の時間を過ごしている。利用者は事業所内で、手すりの掃除やお盆拭き、書道作品や掲示物を書くなど思い思いに得意なこと、好きなことを生かして生活している。行事等で撮った写真は利用者ごとに作成したアルバムに収められ、家族等の来訪時に職員が説明を添えて見てもらえるようになっており、利用者や家族等に喜ばれている。</p>

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	職員間で話し合い、「利用者と地域の関わりを大切にし…」など地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成して玄関や事務室、居間兼食堂に掲示している。 時々職員会議で理念を共有、実践につなげている。	「利用者本位」を理念に掲げ、洗濯たたみや習字などの利用者のやりたいこと、得意なことが継続できるような支援を心がけている。 地域の小学校や保育園との交流を大切にしている。	
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	小学校の運動会に参加させて頂いたり、中学生の職場体験を受け入れたり、同一法人の納涼祭で保育園児や地域住民と交流を図っている。	小学校の運動会に参加するほか、法人の納涼祭では保育園児や近隣住民と交流している。	
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	運営推進会議の議題で、認知症について理解を深めて頂くため、認知症の種類や症状について資料にて説明し、地域の方々に理解を深めて頂いている。		
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回開催し、内服薬の服用方法や認知症についてや感染症対策等の議題で行い、包括職員から要介護1の方の入浴介助(同性介護)方法についての話があり、検討し、利用者の尊厳を大切にした支援に努めている	家族等の代表や市職員、地域包括支援センター職員、地域住民等が参加し、行事や事業所の取り組み、リスク管理等を話し合い、結果を玄関に掲示している。	
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	グループホーム連絡協議会へ参加し、市担当者と連絡を密に取り、情報交換を行い、協力関係構築に取り組んでいる。	グループホーム連絡協議会での情報交換を活発に行い、地域包括支援センター職員と処遇の難しいケースについて連携をとっている。生活保護受給者である利用者の事務手続きの方法について、問合わせるなどのやりとりを行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	同一法人で高齢者虐待・身体拘束の研修報告会に参加し、正しく理解を深めている。やむを得ず身体拘束を行う場合に必要、同意書や経過観察記録等の書類を整備し、実用に繋げている。	月1回同一法人の勉強会に参加し、資料を職員間で回覧して情報を共有するようになっているが、身体拘束排除に関するマニュアルを作成するまでには至っていない。	身体拘束に関するマニュアルを整備し、身体拘束をしない取り組みについての理解を深めることを期待する。
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	同一法人の研修報告会で包括職員による高齢者虐待防止について学ぶ機会を持ち、職員間で共通の認識と理解を図るようにしている。主任会議では、言葉遣いに常に注意するように話がある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	同一法人の研修報告会で包括職員による権利擁護の研修報告が行われ、学ぶ機会を設け職員間で制度の理解に努めている。		
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	契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族に対して十分な説明を行い、理解・納得を図っている。改定がある場合は、その都度文章にて知らせるようにしている。		
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	3月にアンケートを実施して、家族の思いを汲み上げ、アンケート結果を職員間で共有し、運営に反映させている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明示するとともに、年1回無記名アンケートを実施して、家族等からの意見を聴いている。	
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	月1回の職員会議で出た意見や提案は、管理者出席の主任会議で提議している。最近では、利用者の重度化に伴い、トイレ誘導時に職員が予防着を着用する取り組んでいる。	日頃から話し易い雰囲気作りに努め、休憩時間に話を聴いたり、職員会議時に意見を聴くようにしている。出た意見には迅速に対応している。	
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	労働時間の変更により、多少勤務状況の緩和に繋がっている。部署異動は、以前に比べ少なくなっている。		
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	法人内外の研修に参加するよう働きかけている。時々、地域ケア会議に出席し、自己研鑽に努めている。		
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	グループホーム連絡協議会や介護支援専門員連絡協議会に参加し、情報交換に努め、サービスの質の向上に努めている。相互訪問活動までには到っていない。		

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
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	本人の困っていること、不安なことに耳を傾け、場合によっては入浴を拒む利用者には、家族の協力を得て入浴介助を家族と職員でサポートする等柔軟な対応で支援しております。		
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	入居前の面談を通して、家族が望む本人の暮らしや抱える不安を把握できるよう耳を傾け、見学の機会を設けて利用開始がスムーズに安心して開始できるように努めております。		
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	要介護・年齢・ADLの状況を把握して、本人の生活場所がグループホーム対象かどうか判断し、他のサービス利用が必要かどうかも見極めて対応している。		
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	職員は、利用者と一緒に食事したり、ゴミ捨て・居室清掃・洗濯畳み等できることを共に行うようにしている。		
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	病院受診の付き添い・面会・外泊等家族ができることを無理のない範囲で協力して頂けるようお願いしている。三人行事、芋煮会等家族参加の行事を催し、ハガキを送付し、参加の出欠を確認している。		
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	受診後、自宅へ行き家族と共に自宅で過ごす方がいたり、今まで通っていた美容室に通う方が2名程おります。外出・外泊に協力して頂ける家族には継続をお願いしている。	入所時のアセスメントと、随時情報をアセスメントして補足し、個人ファイルに綴じて、職員間で共有している。家族等と馴染みの食堂で外食をしたり、理美容室に行くなど、関係を継続している。	
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	話ができる利用者同士同じテーブルにしたり、レクリエーションを行う時は、利用者のレベルに合わせてテーブルを囲んで作成物やかるた取りを孤立しないように支援しております。		
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	退所後も家族からの相談があれば随時、相談や支援に努めている。		

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	職員はアセスメント表や利用者と日々の関わりの中で、情報を収集し希望を記録し、「申し送りノート」に記載して共有している。困難な場合は、表情や仕草、家族と相談し本人本位の支援に努めている。	日々の関わりの中から把握した利用者の意向は、ケース記録やケアチェック表の気付き欄に記入し、職員全体で共有している。思いを表出するのが難しい利用者の場合は、表情や仕草等から察するようになっている。	
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	利用初期段階でのアセスメント表で把握したり、日常生活のコミュニケーションの中から以前の暮らし方や家族から生活歴を把握するようになっている。		
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	入居して1ヶ月程、細かく生活の様子を記録するようになっている。アセスメント表を利用したり、AM、PMに、血圧と体温測定を行い、心身状態の把握に努めている。		
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	介護計画は利用者や家族等の意向を取り入れるとともに、アセスメント表や支援経過を基に課題を把握し、定期受診に医師に確認したり訪問看護師の意見を聴いて職員で話し合い、作成している。6ヶ月毎に見直している。	利用者や家族等の意向を基に、医療関係者の意見を聴き、介護支援専門員が介護計画を作成しているが、カンファレンスを行ったり、職員間で出された意見等を反映するまでには至っていない。	職員間でカンファレンスを行うなどして介護計画に関わり、チームでの介護計画作成を実現することを期待する。
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	日々の様子やケアの実践・結果は、個別記録に記入し、気づきがあればケアチェック表に記入している。その各記録を、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	入浴時の同性介護を実施したり、一人ひとりに合ったトイレ誘導時間を把握しオムツ使用量を減らしたり、また、季節に合った行事を計画し、利用者に喜んでもらえるようことから取り組んでいる。		

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	4月お花見ドライブ、5月外食ドライブ、6紫陽花ドライブ等季節に合った行事を計画し、地域資源を把握しながら、下見をして安全に楽しむことができるよう支援しております。歩行できる方4名程、家族の協力で自宅へ外出・外泊する機会も多い。		
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	かかりつけ医の受診は、家族の付き添いが基本となっているが、家族が付き添えない場合は職員が付き添い、かかりつけ医では、対応が難しい場合、紹介状作成してもらいかかりつけ医以外の医療も受けられるよう支援している。	基本家族等が付き添い、かかりつけ医への受診をしているが、緊急時等状況に応じて職員が付き添っている。訪問看護師や隣接する特別養護老人ホームに定期回診に来る協力医療機関の医師に、健康管理や相談をしている。	
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	日常でとらえた情報や気づきを、ケアチェック表や業務日誌に記録し、申し送りノートで情報共有し、訪問看護師に伝えて相談し、受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	入院時病院からサマリーの提供依頼がある時は、提供するようにしている。長期入院ケースの場合は、病院へ出向き状況や退院日時を把握するよう努めている。		
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	運営規程・契約書等を用いて事業所でできることを十分に説明しながら、事業所としてできないことを明文化して利用者や家族等に説明し、書類で同意を得るよう努めている。	運営規程に記載し、重度化した場合は医療機関へ入院する、または同一法人の特別養護老人ホームへ入所して適切な介護を受けられるよう、入所時に本人家族へ説明している。	
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	同一法人の研修報告会で、資料を確認しながら応急手当や初期対応の内容で行い、対応方法を身に付けている。		
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	毎月避難訓練を実施し、毎回反省点を記録し、通報装置の使用手順や安全に誘導することができるかどうか等反省点を共有するようにしている。災害に備えて飲料水や食品を備蓄しており、賞味期限等を記入し、備蓄品リストを作成し、管理している。	夜間想定を含む避難訓練を年2回行っているほか、同一法人の特別養護老人ホームと合同で防災訓練を毎月行い、反省記録を残している。運営推進会議に参加している近隣住民から訓練参加の希望が出たため、次回参加してもらう予定である。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者の羞恥心から、入浴介助を同性介護で対応したり、トイレ誘導時、ドアを必ず閉めたり、声掛けは、耳元で行うようにしている。 個人情報に関する書類は事務所の施錠できる書棚に保管し、情報漏洩に留意している。	トイレ誘導時には静かに声かけをしたり、入浴時は希望に応じて同性介助をするなど、利用者の尊厳を損ねないよう配慮している。個人情報の書類は事務所内の鍵のかかる書棚に保管するなど、適切に管理されている。	
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	食事を残される利用者へは、無理に進めないようにしたり、入浴を拒否される利用者へは、無理に入浴を勧めず本人の意思を尊重するようにしている。		
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	一日のスケジュールはある程度決まっているが、利用者一人ひとりのペースを大切に、レクリエーションや行事等も本人の参加意思を確認し、対応している。		
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	入浴時、着換え衣類を選択できる利用者には、入浴前本人を選んで頂くようにしている。整容できる利用者には、声掛けにて行って頂けるように支援している。		
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	職員は利用者と同じテーブルに着き、見守りをしながら一緒に食事している。又、外のテラスでの食事や外食を計画し、違う雰囲気食事を楽しんでいる。利用者の力を活かしながら、台拭き、お盆拭き等手伝って頂いている。	配膳は職員がしているが、利用者は下膳をしたり、お盆を拭くなど、できる作業を行っている。毎年夕涼みで、スイカを玄関外で食べて花火をしたり、敷地の庭で桜を眺めながら、食事を楽しむなどしている。普段は落ち着いた雰囲気の中で食事が楽しめるようにしている。	
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	水分量は、毎回チェック表に記録している。食べる量は、摂取量が少なくなってきた利用者については、1週間分の記録表を使用して摂取量を記録している。		
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	2~3本自分の歯が残っている利用者も歯ブラシ介助行っております。ご自分で歯ブラシ行える利用者には、ご自分で歯ブラシ行っております。		

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
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	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、おむつの使用量を減らすよう取り組んでいる。紙パンツのみ使用している利用者に、パットを併用することで、大幅なコスト削減に成功しました。	排泄チェック表で一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間を決めて、また随時要望に応じて、さりげない声かけをして誘導している。	
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	午前中のラジオ体操・リハビリ体操を実施し、個別に館内の歩行訓練を実施している。飲食物では、根菜料理を取り入れたり、午後の飲み物には、牛乳を取り入れるように取り組んでいる。		
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	時間帯は、午後入浴を基本とし、入浴頻度週2～3回で対応している。家族希望で、病院受診前日の入浴の利用者がいたり、同性介護を希望する利用者がいたり、できるだけ個々のニーズに対応している。	基本は1日おきに午後からの入浴となっているが、利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。	
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	11月～3月は、湯たんぽを使用したり、個人で電気毛布を持ち込む利用者もおります。月に1回を基本に布団を干すようにし、布団の調節しております。日中、昼食後眠気が強い利用者には、居室で休息して頂いております。		
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	処方箋を個人ファイルに綴り、その都度、薬の変更を業務日誌に記入し、申し送りノートを活用し情報共有に努めている。血圧と体温等も、午前と午後に測定し、変動の確認に努めている。		
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	職員とゴミ捨てをしたり、洗濯物を畳む等利用者の状態に合わせて、無理せず役割を持って生活して頂いております。外食を計画し、嗜好品を食したり、輪投げ、ミュージックケア等楽しく生活できるよう支援しております。		
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	4月お花見ドライブ、5月外食ドライブ、6月紫陽花ドライブ等季節に合った行事で支援し、出掛けた帰り道、利用者の自宅前を通り、希望に添えるようにしている。また、事業所周辺で散歩や花を摘む等、天気の良い日は、日光浴を楽しむ支援をしております。	天候の良い日に事業所周辺の敷地内建物のまわりを散歩し気分転換をしたり、病院受診の帰りなどに利用者の自宅近くを通ったりしている。また、利用者の希望にそって家族等と一緒に外出に同行している。	

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	基本事務室で管理している。お金を持つ希望がある場合は、家族と話し合い理解を得た上で、買い物等お金を使えるよう支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族の協力で、年賀状を出したりしている。電話は、希望を確認して支援している。		
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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居間兼食堂は天井が高く、エアコンとファンで温度調節をし、窓からは、季節の花を見ることが出来る。各居室前には、季節の壁掛けの作品を飾り、また、居間兼食堂に季節の歌の歌詞を掲示し、季節感を採り入れている。太陽の光が強い時は、ブラインドやレースカーテンを活用し、細目に調節しております。	居間の一面に畳のスペースや数人で座れるソファを配置し、気の合う利用者同士が座っておしゃべりをしたり、寛ぐことができるよう工夫されている。建物の中央に位置する中庭に植物を植えて、リラックスできるような雰囲気になっている。	
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	共有空間の畳スペースには、ソファを配置し、日当たりを活用し、ソファの向きを窓側へ変えて、外を見ながらの休息できる居場所の工夫に努めている。		
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	洋室5部屋、和室4部屋で、使い慣れたタンスや洋服掛けや椅子、家族の写真等を自由に持ち込んでいる。利用者によっては、花を飾るなど好みのものを大切に、居心地よく過ごせるように工夫している。	入所時や外出外泊時に本人、家族とが話し合い、好みの寝具、家族写真や使い慣れた椅子など、利用者の好みのものが随時、自由に持ち込めるようになっている。	
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	館内は、バリアフリーで、家族と利用者に居室に名前の掲示の承諾を確認し、掲示している。浴室は、滑り止めの床や階段を設置し、安全に生活が送れるように工夫している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 サングリーンピア山方

作成日 平成 29年 9月 8日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。

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	6	身体拘束排除に関するマニュアルを作成するまでには至っていない。	身体拘束に関するマニュアルを整備し、身体拘束をしない取り組みについての理解を深める。	身体拘束のない介護のための指針を身体拘束のマニュアルと定め、職員が出勤後必ず目を通す位置に掲示し、理解を深める。	1 ヶ月
2	26	利用者や家族等の意向を基に、医療関係者の意見を聴き、介護支援専門員が介護計画を作成しているが、カンファレンスを行ったり、職員間で出された意見等を反映するまでには至っていない。	職員間でカンファレンスを行うなどして介護計画に関わり、チームでの介護計画作成を実現する。	介護計画前のアセスメントの時点で、介護支援専門員と介護職員が協力し意見を出し合いチームの意見を集約し、チームでの介護計画作成に取り組む。	6 ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。