

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	0891100018		
法人名	有限会社 パウム・ドルフ		
事業所名	グループホーム舞夢		
所在地	茨城県常総市古間木1054-4		
自己評価作成日	平成24年11月30日	評価結果市町村受理日	平成25年4月4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/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0891100018-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成25年2月7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)】

1. 人としての尊厳:本人の意思や家族の希望に沿うよう心掛けている。また、職員は言動に注意し言葉の虐待などにも留意している。
2. 自立支援:これまでの生活上の役割などを継続していただくことで、個々の持つ能力や特技など失わないよう寄り添う介護を目指している。
3.健康管理和感染・転倒などの事故防止:看護職と介護職とが連携し、健康状態の把握と感染防止などに努め早期対応している。また、転倒や誤嚥などの事故防止も努めている。
4.地域密着:孤立せず地域の中で生活しているよう、地域の行事などへ積極的に参加している。
5.職員の質の向上:毎月勉強会を行ったり外部研修へ参加し、質の向上に努めている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

管理者は看護師として病院、訪問看護、老人保健施設での仕事を経験し、人としての尊厳を守るのには手厚い介護からと考えるようになり、自分なりの介護の理想を持ちながらホームを立ち上げたという。利用者を知る事は片手間の時間では出来ない、職員は全員正規職員に採用している。窓からは遮るものなしに遠くに筑波山が見え、広い敷地に建つ平屋のホームは、畑になじんできた利用者にとって心落ち着く場所である。地域との交流を見据えたコミュニティーホールもあり、訪問時には季節がら雛段が飾ってあった。管理者は看護の視点を活かした介護を目指して職員の教育にも力を注いでいる。職員にも学ぶ姿勢が見られるので、時間をかけて管理者との距離が短くなることを期待される。

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)	○ 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

[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	常時持ち歩き又施設内に掲示して、理念を常に共有し実践するように取り組んでいる。	人としての尊厳を大切にすることが基本となっている。そのために上から目線にならないよう、その時の感情をくみ取りながら接している。管理者は職員の言葉使い、接し方にも気配りしている。残存機能を活かし、出来ることは最後までやってもらう。	
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	施設の立地環境により、日常的な交流はできていないが、定期受診や買い物、美容室へ出掛け地域の方と触れ合っている。また、子供会の御神輿祭りや夏祭り、小学校の運動会などのイベントで交流を図っている。	地域の行事に参加。部落まつりで子供会の神輿がホームへ来てくれた。利用者の表情があかくなりとても喜ばれた。小学校の運動会では玉入れに参加する。地域の夏まつりでは盆りを一緒に踊ったりする。施設長が月1回老人の集まりに出向いて認知症の講演している。シンポジウムをきっかけに、地域からも認識されるようになった。	
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	施設を開放しているが立地環境や地域の住民の高齢化に伴い、訪問していただけない状況であるため、地域住民の集会等へ積極的に働きかけ、講話など企画している。		
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ヶ月毎に開催し、サービス内容や介護事故などの報告及び改善点などを協議している。	行政、自治会、家族、民生委員、職員、施設長で構成される。家族は各ユニット1名ずつ代表で参加、1年交代。会議では現状報告、事故報告、その他感染予防、地域との関わりについてなどが議題になる。家族会は2月、8月の行事に合わせて行う。	
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	何か疑問や問題が生じた時には、担当者と連絡を取り合ったり、2ヶ月毎の運営推進会議に出席して頂き、実情を伝え協力を依頼している。	施設長は介護予防推進員としての活動をしており、行政との関係は良好。市役所から依頼され生活保護者3名が利用しており、担当者との連携は出来ている。市役所の担当者にはいつでも気軽に相談できている。	
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	身体拘束をしないケアを実践しており、過剰な施錠をしないためにセキュリティー機器を設置し、安全と安心を提供している。	利用者の安全と事故防止のためにセンサーマットを使用している方がいる。家族の同意を得ているが、モニタリングしながらセンサーを外す時期を検討している。ガイドラインにある行為以外でも、拘束にあたるかどうか常に意識している。	
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	身体に及ぶ虐待のみならず、言葉遣いや車椅子・オムツの使用に至るまで個人の尊厳に反する行為全てが虐待である事を全職員に指導し、虐待防止に努めている。		

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
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	現在、社会福祉協議会による権利擁護事業を受けている方が1名いるため、権利擁護や成年後見制度などについての勉強会を行い、職員の知識を高めている。		
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	入居時に契約書、重要事項の説明を行い同意を得ている。又、改定時にも書面で説明し同意を得ている。		
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	面会時には必ず入居中の状況をお知らせし要望など伺ったり、家族会や運営推進会議等で意見や要望を伺っている。また、施設以外の苦情窓口を照会している。	請求書は毎月とりに来てもらい、その時に管理者が面談し、家族の意見を聞く機会にしている。家族会ではあまり意見が出ないが、面談では本音を聞けることもある。認知症の進行を気にかける家族の質問に答えたり、日常の様子を伝える。	
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	毎月、管理者会議を開き、業務や職員の問題などについて話し合い、月例の勉強会にて業務の改善や意見など検討している。	毎月管理者会議を行っている。業務改善の提案や職員教育についての意見が出される。勉強会の最後に職員の意見を聞くこともある。職員との面接を年に1~2回行っている。職員アンケートからも意見を引き出し反映させている。	
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	個々の努力や勤務状況に応じて定期昇給の他に、臨時昇給を行っている。また、パート職員に対しても年2回の賞与を支給している。処遇改善加算も年2回に分割し支給している。		
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	職員が主体的に毎月の勉強会を企画したり、認知症ケア学会や外部研修などに参加できるよう勧めている。出張費については、全額負担している。		
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	グループホーム連絡会で他事業所との交流を図り情報交換を行うことになっているが、積極的な活動が出来ていない。また、職員同士の交流の場が持てると質の向上につながると思う。		

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	介護支援専門員やご家族から情報を得たり、訪問し面接することで状況を把握し、受け入れ対応している。また、入居後は常に目線をあわせ傾聴し、ご本人から話せる環境を作るよう心がけている。		
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	介護する上での不安や要望等をよく聴き、何を求めているのか理解し、事業所が提供できるサービスを提示している。また、入居後は些細なことでも報告相談をさせていただいている。		
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	現在困っていることや要望等についてよく話を聴き、ご本人の心身の状態状況を確認し、在宅での介護継続の可能性があれば、提供できるサービスを提示しケアマネと相談するようにしている。		
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	これまでの生活リズムにより近い環境を提供できるよう努めている。「寄り添う介護」を基本に、常に一緒に生活を共にし、安心して暮らせる環境を築いている。		
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	毎月1～2回以上は面会に来て、ご本人と触れ合う時間を作っていた。又、ご家族が訪問しやすい環境づくりに努めている。		
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	運動会や夏祭りなど近隣の行事に参加したり、市内へ買い物や美容室に出掛けたりしているが、それぞれ住む地域が異なるため、馴染みの人や場との関係継続は難しい。	行きつけの美容室(石下)まで行くことを、楽しみにしていたり、街に出掛けて1000円カットを利用する方もいる。誕生日に友人が訪問してくれることもあり。小学校の運動会では、自分の母校のように感じている様子が見られる。ホームで新たな関係作りが始まり、ホームが馴染みの場所になっている。	
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	同年代や趣味など気の合う同士と一緒に生活できるよう配慮している。しかし徐々に重症化してきているため、関わり合える関係も希薄になってきている。		

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	他施設へ転居されたり入院や死亡などで終了されたため、継続的なフォローは難しいが、ご家族のほうから隔月のように訪問して下さったり、困った時の相談の電話が入ることもある。		
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	入居時や家族の訪問時に、ご本人ご家族の意向・要望などを伺い把握に努め、日々のケアに生かすよう努めている。	日常生活の中でくみ取り、家族に確認しながら今までの生活スタイルを継続させている。生活の中では生活史を踏まえて、本人のやりたいことをしてもらう。ワンピースを着る習慣の方に対しては、冬の寒さ対策をしながら本人の意向を大切にしている。	
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	介護支援専門員やご家族からの情報やこれまでの暮らしや歴史などを把握するよう努め日々の対応に生かしている。		
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	生活の中で出来ること、見守りが必要なこと、介助が必要なことなどを見極め、個々の状況に応じて支援している。		
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	立案した個々の介護計画を、ご家族に提示し要望や助言などを頂き反映している。又、職員の意見も参考にしている。利用者申し送りノートに伝達事項を記入し、対応の漏れなどが無いようにしている。	勉強会、事例検討をしている。プランに沿った支援は行っているが、記録への反映の仕方の理解が今一步足りないと感じている。記録の仕方について職員から研修受講希望の申し出があり参加した。これから伝達講習の予定になっている。	ケアプランに基づいた支援と記録の必要性を職員も気付いているので、学習の機会を作り、みんなが取り組めるようにしていただきたい。職員全員がアセスメントやモニタリング出来ることで、更に質の向上が期待される。
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	各勤務帯でご本人の様子がわかるように個別記録を記入し、問題となる事項については情報として介護計画に取り入れたり現状の中ですぐ対応したりしている。		
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	利用者申し送りノートを活用し一人ひとりのニーズに対応できるよう努めている。		

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
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	たまに近隣の方の訪問などがある位で、あまり地域資源との協働は出来ていない。これから積極的に働きかけていく		
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	ご本人ご家族が信頼している医療機関に受診するか、施設のホーム医へは、看護師が付き添い月1回以上定期受診をしている。他医療機関の場合も、主治医へ近況報告をさせていただき内服薬などの検討をしている。	定期受診や専門外来への受診は家族対応であるが、ホームでの様子を伝え連携を取っている。ホーム医への受診は看護師が付き添う。発熱などの緊急時や骨折の疑いなどは職員対応で他病院を受診する。	
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	日常の健康チェックで変化が見られたり、食欲、尿量、便通、睡眠、活動など日常生活上の情報を看護師に伝え、必要な処置や対応が遅れないようにしている。		
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。	日頃から医療機関の支援相談員と情報交換を行い、いつでも必要な対応をしていただけるよう関係作りに心がけている。又、長期入院にならないよう早期退院の受け入れも積極的に行っている。		
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	ご家族とご本人の現状を話し合い、また、ホーム医の見解も一緒に確認できるような場を設定して、いくつかの選択肢を提示させていただいている。最終的には、ご本人ご家族の意思を尊重し意に添うことができるよう支援している。	看取りの経験がある。その都度職員の指導を積み重ね、不安なくターミナルケアが出来るようになった。管理者が看護師であることで、終末期の基本的なケアを一緒にしながら教えてもらう事ができ、とてもよかったですと職員が語っている。人間の最後を迎える様子などもわかり、今後も希望があれば積極的に看取りケアに取り組んでいきたい。	
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	全ての介護職員が実践力を身につけるまでには至っていないが、月1回の勉強会など適宜注意することや対応など勉強している。		
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	地域消防署から指導をいただきながら、年2回以上の防災訓練を行っている。	年2回避難訓練を行っている。訓練を通してウッドデッキの避難経路が中央だけでは足りないことが判明し、両端からも避難できるよう計画中である。近くの24時間稼働している会社の守衛が協力してくれることになっている他、近所の協力も得られる。	

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	人格尊重のため出来るだけ苗字を呼び、謙虚な態度で対応するよう努めている。	尊厳を大切に、羞恥心を感じる風呂場での対応に気を付けている。入浴は個浴とし、同性介助にしている。男性は入浴と排泄介助は出来るだけ入らない。言葉使いにも気を付け、利用者同士の会話にも同調しないように注意している。	
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	常に「どうしたいのか」を必ず伺い、不明な時はいくつか問いかけ、決定できるよう働きかけ、職員の都合で決めないようにしている。		
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	業務優先ではなく、個々に応じて対応するように努めているが、状況により入浴など職員の都合で調整してしまうこともある。また、無理やり同じレクリエーションに誘ったりせず、一人の時間も持てるよう本人本位を大切にしている。		
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	基本的に衣服の選択はご本人にして頂き、気温などに合わせて職員が考慮している。定期的に美容室へ出掛けたり、化粧やクリームなどこれまでと同じく利用していただいている。		
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	可能な方には、調理を一緒にしていただいたり、盛り付けや配茶、片付け、食器洗いなど個々に応じて行っていただいている。	メニューは栄養士が作成したものを使っている。食形態も個別に対応し、彩りも良くなるように見た目も気にしている。食材は利用者と一緒に買い出しに行く。食事の準備やお茶入れ、テーブル拭き盛り付け等を手伝う。畑の野菜を調理する事もあり、時には外食も楽しんでいる。	
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	毎日のメニューは栄養士が作成。個々の嗜好や形態を考慮している。また、水分は、20～30ml/kg位は摂取していただくよう努めている。飲み物は、お茶のほか麦茶、コーヒー、ジュースなど嗜好を取り入れている。		
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、口腔ケア舌ケアを行っている。必ず確認し、必要に応じ歯間ブラシを使用し介助している。また、夜間は義歯を預かり除菌を行っている。		

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	排泄の自立をめざして全職員が取り組んでいる。出来るだけ紙パンツより布パンツをめざして支援している。また、オムツは使用しない方針である。	排泄チェック表を見ながら声掛けをし、排泄をもよおした時の行動をキャッチして誘導。オムツはしない。	
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	食物繊維の摂取や水分補給を促したり、出来るだけ車椅子移動はせず、歩行介助をしたり腹部マッサージなど試みているが、高齢や円背などの身体的理由により、なかなか改善しないケースもある。		
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	身体の状態に合わせ、隔日入浴援助をしているので、入浴日は決められているが希望により適宜変更している。	毎日希望する人はいない。隔日入浴が基本、入浴しない人はフットケアを行う。入浴拒否をする方へは声掛けを工夫して対応。浴槽に入るのを嫌がる人には、シャワー対応や慣れた職員に交代することで入れる事もあり、清潔を保っている。	
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	ご本人の馴染みの寝具を使用し、個々に合わせて日中も午睡をしていただいたり、居室の室温や掛け物、寝衣の調整など対応している。		
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	職員がいつでも確認できるよう、一人ひとりの薬情報が閲覧できるようになっている。又、職員が疑問と思う場合は、すぐ看護師に確認したり、体調を報告し下剤などの調整を行っている。		
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	これまでの役割、例えば調理・掃除・洗濯物たたみ・畑仕事(野菜づくり・草取り・花植え等)などを継続して行うことが出来るよう支援しているが、高齢重度化しつつあり、限られた方に偏りがちである。		
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	毎日散歩に出掛けたり、屋外に出て気分転換を図っているが、個々の希望に合わせて行うことは出来ていない。しかし、外食や花見など季節ごとの催し物に出掛けている。お墓参りや法事などは家族に協力していただいている。	毎朝散歩し日光浴を行う。外を歩くことで体内時計を整え、夜ぐっすり眠れるようにしている。冬場も寒さを肌で感じてもらうため、散歩が出来ない方もウッドデッキで犬と一緒に外気浴をすることもある。ユニット毎に全員で花見(桜、あやめ、菊)に出掛け、外の雰囲気を楽しんでもらう。月1回家族とレストランに出かける方もいる。	

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	認知症のため物盗られ妄想やしまい忘れのため、トラブルとなることが多々あるので、ご家族より依頼を受けた方のみ預かって、必要に応じ買い物に出掛けている。		
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	電話はご家族が余り希望せず、年賀状を出すなどで対応している。		
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	生活感・季節感は出来る限り取り入れるよう努めている。 ゆったりとした空間を提供し、汚れ臭いなど充分注意し、不快感を与えないよう境整備している。	天井が高く、ダイニングは明るくゆったりとした空間になっており、六角形のテーブルは安定し座り方ができ、テーブルに着くみんなと会話ができる。おやつ後は堀コタツでゲームやカルタ取りを楽しむ事もある。清掃も行き届き、快適な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	同じテーブルや隣の席など配慮したり、個々の居室に馴染みの椅子など持参し、自由に過ごしていただいている。		
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	ご本人がこれまで使用されてきた家具や寝具などの他、ご仏壇や位牌などを持ち込んでいただき、ご本人の馴染みの空間を作っている。	使い慣れた家具や置物など、思い思いに配置し、それぞれが居心地のいい空間を作っている。部屋に直結しているウッドデッキは、部屋の採光や外気浴、避難口としても活用できる贅沢なつくりになっている。	
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を送れるように工夫している	バリアフリー、手すりの設置などにより、自立して安全に活動できるようにしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 25 年 4 月 3 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	○チームでつくる介護計画とモニタリング 介護計画を共有し、統一したケアが十分行えていない。	利用者一人ひとりの課題を明確にし、目標達成するために、職員全てが同じ視点でサービス提供できる。	①受け持ち担当を通し、介護計画をより具体的にし、全職員が同じケアを提供できるよう伝達する。 ②介護計画及びモニタリングの見直しに職員が参加し身近なものとする。 ③日々の記録の中に、課題に沿って解決するためのサービスが記載できる。	6ヶ月
2	27	○個別の記録と実践への反映 個々の生活の様子など細かに記載しているため記録が膨大になり、かつ介護計画の課題が不明瞭になってしまう。	病状や状況の変化などは正確に記載し、日々の生活上の項目はチェック方式にするなど記録を簡素化し、課題に対する記録を整えモニタリングに活かす。	①職員会議を開き趣旨説明し検討する。 ②チェック方式に出来る生活上の項目を搾り出す。 ③記載の仕方の勉強会を開く。 ④介護計画の課題に対する記録を充実させる。	6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、行を挿入してください。