

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	3170300473		
法人名	社会福祉法人健推会		
事業所名	認知症高齢者グループホームいわきの里		
所在地	鳥取県倉吉市宮川町153-7		
自己評価作成日	平成29年 9月 1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	<a href="http://www.kaisokensaaku.io/31/index.php?action_koujyou_detail_2014_022_kanji=true&amp;JigyosyoCd=3170300473-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaaku.io/31/index.php?action_koujyou_detail_2014_022_kanji=true&amp;JigyosyoCd=3170300473-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【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未来		
所在地	鳥取県倉吉市東仲町2571		
訪問調査日	平成29年9月 27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)】

法人の基本理念の下、グループホームの介護理念を職員全員でつくり、特に地域交流を推進することに取り組んでいる。昨年度より地域の中で集える場所として、野菜販売を行っている。地域の方との交流のきっかけだけでなく、ご利用者に野菜の袋詰めなどをしていただくことで役割作りにもなっている。また、近隣の特養でのボランティアの継続とともに、保育園との交流も継続し、世代間交流や認知症への理解などを通して、地域貢献をしている。安心の持てる空間を提供すると共に、生活リハビリとしての散歩や排泄の管理を行いながら、精神的な安定を図り、認知症の方にも生活の中に生きがいや楽しみ、そして安心感を持って頂くように努めている。

【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)】

①月1回利用者との座談会をもち、行事や食事メニュー・日頃感じていることを聴く機会にしている。  
 ②マンダラシートの活用により、全職員のケアの意見を反映させている。介護記録用紙は月初めにモニタリング評価項目を付加し、ケア計画を運動しやすいよう工夫している。  
 ③看取りに関する指針に基づき、終末期の意向確認に対する利用者一覧表を整備している。また、看護師を中心にターミナルケアマニュアルを整備し、利用者家族や職員は安心してケアに当たっている。  
 ④法人として職員のスマートフォンに対応する安否コールシステムを導入している。また、2~3日分の非常食や飲料水、救急医薬品・懐中電灯・トランジスタラジオを準備している。  
 ⑤週1回玄関前で職員持ち寄りの野菜販売をし、利用者は職員と共に袋詰めや値札付けをし、近隣からも好評である。

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、生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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	利用者が住み慣れた地域での生活を安心して継続できるような一つの家をつくることを基本理念にし、職員が理念を共有しながらサービスの展開に努めている。また、毎月職員会議にて基本理念の唱和を行い気付きの場を設けている。	基本理念と介護理念がフロアに掲げてあり、毎月職員会議で唱和し、支援に反映するよう努めている。	
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	豊かな立地条件を活かし、地域の方との交流の場を設ける為毎週火曜に野菜販売の場を設けている。また、市内2箇所の保育園との交流を積極的に行っている。オカリナ演奏や歌などボランティアの受け入れも行って交流を図っている。	★他の施設や保育園、小中学校との交流、ボランティアの受け入れ、また職員で持ち寄った野菜販売など、地域との交流を継続し、利用者も楽しんでいる。	
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	市内の高校生のインターンシップの受け入れ、2箇所の保育園との交流等を通して認知症の理解への活動に努めている。その他、随時相談も受け付けている。		
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	会議には毎回違う利用者や家族の方に参加してもらっている。家族、民生委員、地域包括センターのスタッフ、市職員等から貴重なご意見やアドバイスを頂き、大変参考になっている。それらを活かしサービス向上に繋げている。	運営推進会議は同法人グループホームしみず苑と一緒に2カ月に1回行っている。地域協力員や民生委員も参加している。事業所の状況等を報告し、意見要望などを聞き、サービスに生かしている。	
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	市の介護相談員の方に2ヶ月に1回の頻度で来所してもらい、利用者との面接、生活環境や利用者支援のアドバイスを受けている。市職員の助言を受けて、ボランティアの受け入れを積極的に行っている。	市の長寿社会課や地域包括支援センターの職員と日常的に連絡や相談をし、助言や協力を得ている。また、市の介護相談員に来所してもらっている。	
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	身体拘束廃止は事業所として運営規定や契約書に明示しており、職員全体で介護の基本として周知徹底している。法人内外にて研修を行い、身体拘束のないケアに努めている。光センサーを使用する場合は、家族に同意を得て、介護計画に盛り込み、転倒防止に繋がっている。	介護の基本として身体拘束をしないケアに努めている。夜間の転倒防止のため、光センサー、部屋の入り口ドアの鈴、ベッドの4点柵の使用などを、家族の了解や必要時医師の同意を得て設置している。	
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	運営規定や重要事項説明書にも明記して防止に努めている。1年に1回虐待について学ぶ機会を設けている。		

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	成年後見人制度を利用しておられる利用者もあり、日常的にミーティングや引き継ぎの会で権利擁護について情報を共有している。		
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	利用開始の契約時にはもちろん、改定時には文書や口頭にて、利用者や家族に不安のないよう十分な説明を行い、理解、納得をして頂いている。		
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	2カ月に1回の運営推進会議に利用者、家族に参加して頂くと共に、毎月の利用者との座談会や意見箱で個別に意見を吸い上げて反映させている。また介護相談員も導入して機会を設けている。家族の面会が多く、面会を通して家族の意見を聞きとっている。遠方の家族には、電話で対応できるよう心掛けている。	★月1回の利用者との座談会、家族の訪問時など、随時意見や要望を聞き、職員に周知し、サービスに反映するようにしている。	
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	毎月の全体ミーティングにおいて、意見、提案を事前に吸い上げて議題を全員で協議している。また、管理者は職員一人ひとりが一回以上は発言できるよう配慮している。他、毎日の引き継ぎの会でも意見を聞いている。年1回の個別面談も実施している。普段から意見の言いやすい環境作りを心掛けている。	月1回の全体ミーティングで、意見や要望を聞くようにしている。また年2回の個別面談は全員に面談できていないが、日々の仕事の中で聞いて話し合い、よりよいサービスに努めている。	全員に個別面談が出来るよう、さらに努力してほしい。
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	職員個々の勤務状況や家族環境を把握しながら勤務形態や日数を配慮すると共に、適材適所の役割分担でやりがいに繋げるような組織づくりに努めている。		
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	年度当初の職員の個人目標を基に法人内外の研修参加を促し、ステップアップに努めている。月に1回開催される法人内の学習会への参加も促し育成に努めている。		
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	グループホーム協会に加盟することで相互研修に毎年参加し、向上に努めている。また、小地域ネットワーク作り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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ご家族や他の事業所と情報の共有を行い、必要があれば日中・一泊のお試し利用で、不安の軽減を図っている。利用者のペースに合わせて信頼関係を築いている。		
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	ご家族の心配事や希望を受容し、本人とご家族にとって良いと思われる方針と一緒に考えるようにしている。連絡方法や連絡内容を確認し、面会時等、ご家族とのコミュニケーションを心掛け信頼関係を努めている。		
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、家族だけでなく関係機関からアセスメントを行い、本人と家族が希望する生活を主体とした計画書の作成と支援を行っている。また地域の情報収集や連絡調整を行い、地域資源の活用を心掛けている。		
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	基本理念の一つでもある、ひとつの家で暮らす関係をめざし、見守りや寄り添いの支援を心掛けている。		
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	面会や電話、毎月の「便り」等、機会のある毎に生活状況を共有するようにしており、時には家族に依頼し、支援の協力を頂いたり、本人の状況の変化があれば報告と確認を行っている。		
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	一人ひとりの生活習慣や人間関係を尊重し、継続的な交流を心掛けている。また馴染みの喫茶店や美容室に行くなど、暮らしておられた地域や人とのつながりを維持できるよう支援している。地元の神社の神輿に来てもらい地域住民と触れあう機会を持ったり、2つの保育園との関わりも大切にしている。	行きつけの喫茶店や美容院、買い物などの支援をしている。家族と共に法事で外出したり、通院の帰りに自宅に立ち寄ることもあるなど、関係が途切れないよう心掛け、外出先では知り合いに会い、声をかけてもらっている。	
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	利用者同士の円滑な関係を保つよう、時には職員が間に入り、また新たな関係作りの為の環境を整えたりと関係づくりに努めている。		
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	契約終了後も、入院先への訪問や家族の不安に対する助言等、可能な範囲で取り組んでいる。		

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
<b>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</b>					
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	その人らしい生活を基本にしており、利用者の言動を察しながら、ドライブや散歩、屋内での歩行訓練、レクリエーション時に1対1での会話を行う機会を設け、個々の思いを把握するよう努めている。	★月1回利用者との座談会をもち、行事や食事メニュー・日頃感じていることを聴く機会にしている。コミュニケーションのとりにくい利用者には傍で話しかけ、意向をくみ取るようにしている。	
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	出来るだけ住み慣れた場所の延長として生活できるように、本人・家族及び民生委員等の方から情報を収集し、又利用開始後もその都度情報を頂くよう、「寄り添い」、なにげない会話から把握するよう努めている。		
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	「寄り添う」「気づく」ことを支援の基本として利用者へ接し有する力や、変化を把握している。		
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	マンダラシートを活用して職員からの意見を集めている。また、主治医とは随時連絡を行いケア方法を確認し、ケアカンファレンスでは本人・家族に参加して頂き意見、意向を確かめながら、その人らしく生活する為の介護計画を作成している。介護記録にモニタリング評価の項目を設けることで、よりモニタリングの機能の向上を図っている。	★マンダラシートを活用し、全職員のケアの意見を反映させている。介護記録用紙は月初めにモニタリング評価項目を付加し、ケア計画と連動しやすいよう工夫している。ケアカンファレンスには家族も参加し、日課計画表や暮らしぶりを明確にしている。	ケア記録にはケア計画に沿った内容の記述が不十分に思える。少しずつ計画に沿った記録が増えていくことを期待する。
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	個々に記録を行い、申し送りの際に情報を共有しており、日々の取り組みやケアプランの見直しに活用している。毎月、介護記録にケアプランとモニタリングを記入し、共有化している。		
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	医療連携体制により受診・入院の回避、早期退院の支援、医療処置を受けながらの生活の継続に取り組んでいる。訪問診療や往診により医療の連携を図っている。		

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	地域の行事を回覧板等で把握し、地域の行事への参加、公民館掃除や地域の清掃活動などに出来る限り参加している。地域住民の方へ防災協力員をお願いして避難訓練にも参加して頂いている。		
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	本人の状態や家族の希望を口頭や文章で主治医に伝え、薬調整も含め相談を行っている。状況に応じて主治医変更の相談にも、本人、家族の希望に沿うようにしている。通院時は、家族の方が直接医師との面談ができるように定期的に家族の同伴をお願いしている。	★医師との面談を兼ね、家族同行の上受診する機会をもっている。家族での通院の際は看護師による情報提供表を渡している。主治医変更が必要な場合も相談にのり、スムーズに移した事例がある。	受診連絡のための情報提供書式を記入しやすいものに工夫してはどうか。
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	毎日の健康チェックや定期的又は随時の受診を介護職と看護職が協働で行い支援している。日常生活の中で、利用者の変化があれば看護師に報告、相談し対応を行っている。必要時には病院受診し、家族へ連絡している。		
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。	日頃から状態について主治医や病院看護師へ報告、相談を行っている。緊急時対応についても相談している。入院時、サマリーを使用し、情報提供を行っている。入院中、面会時状態把握を行い退院に向けて調整している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	定期的に、意向確認書を記入して頂き家族の意向を把握、共有している。ターミナルケアマニュアルと重度化及び看取りに関する指針を基本とし、個々の状態に応じた対応が出来るように話し合っている。また、その人らしい最期を迎えられるよう、本人や家族から情報収集を行っている。ターミナルケアができるよう常勤の看護師を配置している。	★看取りに関する指針に基づき、終末期の意向確認に対する利用者一覧表を整備している。看護師を中心に、活用しやすいターミナルケアマニュアルを整備し、利用者家族や職員は安心してケアに当たっている。	
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	年1回の救急法訓練を実施し、その都度災害時緊急対応マニュアルを全職員に周知徹底させている。また、個人ごとに緊急対応及び連絡先等を設置し職員に周知させている。		
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	消防職員立会いの訓練を含め年2回の避難訓練を実施し、その都度災害時緊急対応マニュアルを全職員に周知徹底している。また、法人として安否コールシステムを導入し、非常食の備蓄などを行い災害時の対応に努めている。風水害への避難対応は現在検討している。	★火災訓練を年2回実施し、緊急対応マニュアルの周知徹底を図っている。また、法人として職員のスマートフォンに対応する安否コールシステムを導入している。また、2～3日分の非常食や飲料水、救急医薬品・懐中電灯・トランジスタラジオを準備している。	風水害の避難対応マニュアルを検討中であり、今後期待する。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	「一人ひとりの人権を尊重し権利擁護する」を基本とし、個々の支援に取り組んでいる。特にプライバシーの保護や本人の自尊心を傷つけないケアや言葉使いに努めている。	一人ひとりの人権を尊重して支援するよう努めている。特にトイレへの案内は、利用者のタイミングを考慮し、自尊心を傷つけないよう声掛けをしている。	
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	月1回「座談会」を行い、利用者と職員の話合いの場を設けることにより利用者が希望や要望等を言いやすいよう、支援している。また、日常的に寄り添いを心掛け、会話の中からその人が何を望んでいるのか、聞きとるようにしている。		
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	一人ひとりの生活スタイルやペースに合わせてながら、行動制限をしないよう努めている。利用開始時等、利用者、ご家族から情報をなるべく多く聞きとり、希望に沿うよう支援している。その日、何をしたいかなどの希望も聞くようにしている。		
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	定期的に散髪の希望を伺ったり、行きつけの美容院へ職員の介助により出かけており、個々能力に応じた対応をしている。また季節に合った衣類の着用を心がけ、天候により寒さを訴える時は1枚はおることで調整を行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	日常会話や座談会の中で希望されるメニューを聞き、行事食や希望食として献立の中に取り入れている。利用者と一緒に味噌汁作りやお菓子作りなど行ったり、きのこほぐしなどの料理の下準備を一緒に行って食べる楽しみへとつなげている。	★刻みやとろみをつけたり、食事量の少ない利用者には高カロリー缶をすすめるなど、利用者が食べやすいよう工夫をしている。行事食や希望食も取り入れ食事を楽しんでいる。	
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	利用者の状況に応じた摂取カロリーや食事量、食事形態を医師や看護師に相談し提供している。また、1日の水分量を把握し、水分を摂って頂けるよう飲み物の種類・形態を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	毎月歯ブラシの交換を行っている。食後の歯磨き等の声掛けや介助を行い口腔内の清潔保持に努めている。また歯ブラシの使用が困難な方へはスポンジブラシを使用し口腔ケアを行っている。ポリドントを使用し義歯の洗浄を毎日行っている。		

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	一人ひとりの力や排泄パターン、習慣を把握しトイレやポータブルトイレでの排泄案内を行っている。日中はリハビリパンツを使用し、トイレでの排泄を心掛けている。排泄の失敗やおむつの使用を減らす、自立に向けた支援に取り組んでいる。	日中はリハビリパンツを使用し、トイレでの排泄を促し、夜間は、転倒防止のためにポータブルトイレを置いている。寝たきりの利用者であっても、日中はトイレ支援している。	
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	薬だけに頼らず、きなこと牛乳・ヨーグルトなどの飲み物、食べ物や日頃の散歩、運動などを行いながら出来る限り自然排便が出来るよう取り組んでいる。		
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、体調、能力に合わせた入浴方法、湯温、シャワー浴など個々にそった支援をしている。個々に合わせたシャワーチェアや入浴中のイスなど身体機能に合わせ無理なくゆったり入って頂くよう心掛けている。	各利用者の希望や体調等に合わせ、2日に1回、入浴やシャワー浴の支援をしている。寒さ対策として脱衣所には床暖房がしており、遠赤外線ストーブも設置している。	
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	個人ごとの生活リズムに合わせてながら午睡の時間を設けたり、午睡の散歩やドライブなどの外出支援やレクリエーション、室内歩行、体操などの活動を行い身体を動かすことにより夜間の安眠につなげている。また、状況に応じて主治医に相談を行い連携を図っている。		
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	入所時や通院時に個々の薬の内容を確認し情報を共有している。またひとり一人に応じた服薬管理、服用方法を行い、その後の経過観察に努めている。情報共有の為、利用者別服薬効能書綴を活用している。新しい薬が処方された時は、連絡簿を活用し周知に努めている。		
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	日常生活の中で、野菜の下準備、洗濯物など慣れた作業をして頂くことで役割をもち、自立支援へと繋げている。毎月複数の方がちぎり絵を制作されたり、他施設へのボランティア活動に参加され、楽しみや生きがいへ繋がっている。		
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	天候をみながら毎日散歩へ出る支援を行っている。年間行事や本人の希望を聞き取りながら、季節ごとに様々な場所へ外出されている。希望があれば馴染みの喫茶店や美容院等に出掛けられる。また車の移乗などを支援しながらご家族と一緒に外出を楽しまれるよう心掛け支援している。	希望を聞きながら、近隣の散歩や季節ごとの外出をしている。外に出て太陽を浴びることにより心がけ、利用者楽しんでもら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
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	現在、1名の方が小遣いを自己管理している。その方以外は、家族から小遣いを預かり、本人の状況に応じて、家族の方と相談を行いながら本人が購入希望されている物や必要な物を購入している。		
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	事前に家族との連携を計画にあげる等を行い、本人が不安を感じたり、希望があれば対応に応じている。本人と家族の同意の下に、電話がかかってきた場合は取次ぎを行い、郵便物は手渡ししている。必要であれば仲介を行っている。		
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	季節を感じて頂けるような飾り利用者と一緒に作成し、飾りつけを行っている。また、季節の花も飾り季節を感じられるようにしている。利用者の意見をもとにホワイトボードを設置し一ヶ月の行事が把握できるようにしている。通路に、行事や外出等の写真を掲示し、思い出話や気持ちを伝え合う機会を設けている。	ホールは明るく、ソファの配置を工夫し、一人ひとりがゆったりと過ごせるようになっている。壁には季節に合わせ、合作のちぎり絵や外出の写真が貼ってあり、利用者の話のきっかけになっている。	
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	居間には全員が座れるソファや、椅子やテーブルなどを設置し、利用者同士の関係性などを配慮した居場所づくりを心掛けている。		
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	利用者、家族が希望する家具類や慣れ親しんだ物を部屋に持参して頂いたり、居室内の家具等の設置場所を本人の希望や能力に応じて対応している。また、自宅で住み慣れた環境が保たれるよう配慮している。月に1回居室の環境見直し、整備を行い、換気を行いにおいへの配慮を行っている。特にポータブルトイレを設置する居室については異臭がしないよう消臭液を活用している。	写真や飾り物でにぎやかな部屋、家具や物の少ない部屋、体調に合わせたベッドの高さ設定等、利用者に合わせて部屋となっている。光や匂いにも配慮している。	
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	ひとり一人の残存機能を把握し、活かしながら活動に制限を作らないようにしている。出来る限り1対1の見守り支援に心掛け、安全を確保しながら自立支援を行っている。また、安全な生活ができるよう机、椅子の形状や位置を考慮したり、散歩・室内歩行等を行うことで日常生活リハビリを心掛けている。		

## 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	26	・介護記録にケア計画に沿った内容の記述が不十分、ケア計画に沿った支援、利用者の様子等の記録を増やしていくことが必要。	・ケア計画に沿った支援、利用者の様子等の記録を増やし、記録の重要性を理解していく。	・ミーティング(職員会議)時、外部評価の結果について報告する。その後記録について説明を行い、全職員に周知する。 ・各居室担当者は受け持ちの利用者を中心に記録を書く。 ・年度末には記入状況を評価し、状況に応じて各職員に再度説明する。	4ヶ月
2	26	・風水害の避難対応マニュアルが無い場合、マニュアルの作成が必要。	・風水害の避難対応マニュアルを作成する。	・法人全体で風水害の避難対応マニュアルを作成していく。	12ヶ月
3	11	・職員全員に個別面談が計画通りにできていない。	・年間2回の職員面接の実施を行う。	・上期(9月)、下期(3月)に実施する。 ・各職員の希望、意見を聞き取り、個人の能力・技術の向上と働きやすい環境作りを行っていく。	12ヶ月
4		・受診連絡のための情報提供書式を記入しやすく、解りやすいものを作成する。	・通院時連携シートを作成する。	・通院時連携シートを作成する。 ・必要に応じて、内容検討していく。	6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。