

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	4790900015		
法人名	医療法人 松風会		
事業所名	グループホームひだまり		
所在地	名護市大西3-19-42		
自己評価作成日	令和元年7月22日	評価結果市町村受理日	令和元年9月25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.kaikokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=4790900015-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 沖縄タイム・エージェント		
所在地	沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階		
訪問調査日	令和元年	8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)】

入居者の個性や生活習慣に合わせた、生活支援を行うことで、安心した生活が送られるように人的・住居的環境の改善に取り組んでいる。年間行事を通して(大西区青年エイサー慰問、古民家喫茶昼食会、保育園園児の交流会、区民行事、桃源の郷まつり、ひだまり喫茶カフェ、地域参加夜間消防訓練&懇親会、敬老会、障害施設(かけはし)月1回交流会、ジョブシャドウイング、名桜看護大学在宅実習等、地域・家族への呼びかけに協力を得ることができ、日中の活動において充実した交流を図っている。又地域参加夜間消防訓練の際は、区の広報誌や区の放送等で呼び掛け連携を図っている。ひだまりの質向上の為、家族、主治医、訪問看護師との連携を密にして、入居者に対してより良いケアを提供出来る様に支援している。家族との関係を密にする事で家族関係も円滑になり面会や外出・外泊支援に繋がった。

【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)】

・事業所の玄関前の花壇は利用者の家族が、毎日の水やり等の花壇の手入れを何年も継続し四季折々の花々の癒しを提供したり、看取り永眠で退所した後も家族の定期的な訪問があり、訪問しやすい地域に開かれた事業所である。
 ・利居者が住み慣れた地域で、家族や友人知人・地域住民とのつながりを重視し、「ひだまり喫茶カフェ」を開催し家族や近隣住民の参加もあり新たな交流の場が地域に認識された。利用者の100歳祝い事業所で会場設営し職員手作りのドレス、手作りオードブルの盛り合わせを用意して、家族親戚・近隣住民も招き、祝賀会が盛り上がり楽しく交流している。
 ・事業所の献立は、伝統的な沖縄料理を利用者の「調理方法や味付け」の要望に沿った調理を行いバリエーション豊かなメニューを提供し、食事摂取の意欲や食事摂取量に配慮している。
 ・当事業所は 職員の資質や意欲向上を図る為、介護福祉士や介護支援専門員等の国家資格を取得するための法人支援があり、事業所の総職員数9名の中で6名の職員が資格を取得し正職員として就労している就労しやすい職場環境を提供している。

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 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、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、戸外に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	ミーティングや生活の場面で判断に迷うときに理念と照らし合わせて判断している。又理念を施設内に掲げて皆で共有している。	理念は開設当初の職員全員で作成した理念を引き継ぎたいと考え、管理者や職員が交代した現在も掲げ、開設時からの職員の思いや支援を周到し続けている。入居者の尊厳を大切に家庭的で家族や友人・地域住民の交流を継続し、「楽しみや笑いのある日常生活」を心掛けている。又職員会議や支援方法の検討を行う際、理念を確認しながら共有し、利用者家族・運営推進会議の委員等にも周知している。	
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	地域行事に入居者と共に参加し、ひだまり行事は、依頼文や区の広報誌、区民放送等を依頼して(家族・近隣・保育園・大西区青年会・ボランティア等)交流をおこなっている。	区主催の運動会・文化祭・夏祭等に参加し、事業所主催の敬老会・クリスマス・誕生会や法人合同の運動会や納涼祭・認知症講習会には利用者家族や友人、地域住民が参加し定期的に交流している。又、事業所の近隣住民に益暮の挨拶訪問を行っている。区地域防災訓練やひだまり地域参加夜間想定消防訓練と懇親会及びひだまり喫茶カフェ等の活動を継続し、地域と連携を図り地域の要望に沿った支援をしている。	
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	相談時、事業所の特徴や認知症についての症状や特徴等わかりやすく説明している。		
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	定期的に運営推進会議を開催し、運営・行事報告・案内及び入居者の生活状況・健康状態・事故報告・ひやりはつと報告等を報告し、よりよい支援ができる様にアドバイスを頂いている。	運営推進会議は2か月に1回定期的に利用者家族・区長・民生委員・近隣有識者・市担当職員・訪問看護職員・事業所の管理者・職員が参加し、利用者の現状やヒヤリハット等の報告や外食ドライブ・誕生会・七夕祭り等の行事や感染症・認知症・誤薬防止・防災体制等の多岐にわたる実習・勉強会・研修等を報告している。各委員の参加意識も高く「夜間防災訓練や事業所内行事」にも協力的である	
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に取り組んでいる	運営推進会議への参加時に当事業所の行事・消防訓練等の参加を呼びかけ、日頃からサービスの取り組みに困った時には、連絡を取り相談を行なっている。災害時(台風等)の通報の確認も行っている。	市主催の介護支援専門員会議や認知症研修会・防災体制の講演会や介護保険給付に関する研修会で加算・改定等の指導を受けている。又市主催の敬老会の行事には職員が準備に協力し、利用者家族の参加支援を行っている。	

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
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	法人で身体拘束適正化委員会を3月1回開催し、「身体拘束の勉強会」を2回以上開催してスタッフ全体で理解をしている。『安全・安心の確保』と『自立支援』の視点で身体拘束を行わない支援を実践している。	法人合同の3か月に1回行われている「身体拘束適正化委員会」では「身体拘束適正化のための指針」の読合せや施設内の「身体拘束の状況、手続き、方法」や施設内状況では拘束事例はない事を報告している。	
7	(6)	○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	『高齢者虐待防止法の理解』の勉強会を開催しスタッフ全体で虐待や不適切な対応がないか話し合いを行うと共に、オムツ介助、入浴介助の際に不自然な外傷がないか、チェックしている。	法人合同の3か月に1回行われている「身体拘束適正化委員会」にて虐待に関しても「高齢者虐待防止対応マニュアル」等で利用者が「表現したい事・行きたい事・やりたい事」をむやみに注意したり禁止することなく「安全に行えるよう見守り介助する」よう支援している。	
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	権利擁護についての勉強会を開催しているが、実際に該当者は、いないが対象者が入居した際は、活用して支援していきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	個別面談を行い、入居者約款・重要事項説明書・利用に際しての事前指定書の説明を行い、入居者・家族に同意を頂く様に心掛けている。		
10	(7)	○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、家族会、電話等で管理者・支援相談員が意見を聞き取っている。その際には、他職員にも伝えて欲しい旨の説明を行なっている。玄関と法人事務所に意見箱を設置し苦情・要望に関しては、報告書を作成し、ミーティング等で改善策を検討している。	利用者との何気ない会話の中から「美味しいものが食べたい・ドライブや買物がしたい・外泊し子や孫ひ孫に会いたい」など要望を聞き取り希望に答えている。家族からは「安心安全な生活を継続し、やりたい事が出来る様にしてあげたい」等の意見があり、職員にも周知出来る限り希望をかなえている。	

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
11	(8)	○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、法人幹部と運営会議を開催し、ケア支援から収入に至るまでグループホーム全体に関わる健全運営の検討を行なっている。	日頃より管理者に気軽に意見や提案をし、職員会議やミーティング等でまとめた行事の計画や日常支援に必要な事柄、物品等の購入検討を毎月の法人幹部との運営会議で行っている。調理器具の買い替えや遠出の外出など実現している。	
12	(9)	○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	就業規則を基に、管理者会議や運営会議で職員個々の意欲向上に繋げる検討を行い。実施、評価を行いながら、契約社員から正社員に繋げている。	職員の資質や意欲向上を図る為、介護福祉士や介護支援専門員等の国家資格を取得するための法人支援があり、事業所の総職員9名の中で6名の職員が資格を取得し正職員として就労している。又体調変化や夜勤困難者・子育て職員等に関しては、個別にシフトや就労時間の調整を行い就労の継続ができるよう支援している。就業規則に則り定期検診や職員慰労会・個別相談等実施している。	
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	職員の技量・知識・評価し個別に指導を行なっている。ホーム全体のケアの質の向上に向けた研修を実施及び外部研修派遣を行なっている。又介護支援専門員、介護福祉士、実務者研修等の資格取得への取り組みをおこなっている。		
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	沖縄県認知症グループホーム連絡会へ加盟し、情報交換、研修会等の派遣を行なっている。他事業所の行事にも参加し、交流を図っている。		
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	高齢者の心理的理解に加え、認知症を理解したうえでコミュニケーションを図ることをスタッフ全員確認している。必要に応じてケアプランに反映している。		

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
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	サービス導入前に本人、ご家族、関係機関から要望や希望等を取り入れられるように努めている。		
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	初回相談や見学の時点で、相談を傾聴して自己選択できるように配慮している。		
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	生活の主体は、入居者個々であり、職員の仕事は、生活支援であることを確認している。又家事や共同作業を行ったりコミュニケーションを図り、信頼関係を築いている。		
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	外出・外泊・病院受診等は、家族の役割であることを確認する。病院受診の必要性がある際は職員も同行して対応している。又、行事の開催や日常的な面会を促すことで家族との繋がりを保持している。		
20	(10)	○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	馴染みの場所へドライブしたり、買い物へ行ったり、外食へ行く等支援している。法人内の行事に参加し馴染みの方との交流や友人の訪問や地域行事に参加し交流を行なっている。	馴染みの子供・孫ひ孫・兄弟姉妹・親戚友人知人の定期的な面会や外食ドライブ・自宅へ一時帰宅や外泊が利用者の要望や家族の意向に沿って行っている。又おやつや本の差し入れや区長民生委員・老人会の定期的な訪問も継続している。馴染みの場所としては自宅や区公民館・金武のお寺・今帰仁城・古宇利島・八重岳等ドライブや外食を楽しんでいる。	

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
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	入居者の個性、社公性や社会性を尊重しながらも、必要に応じて、スタッフが入居者間を取り持つこともある。ホームに家族、友人、地域の方々、ボランティアが面会しやすい環境作りや交流ができるように努めている。		
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	退去時には、必要な情報を提供し、支援者と連絡を取り合っけて関係性を大切にしている。退去して3年間、毎週1回ヤクルトの差し入れが続いている。		
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	(11)	○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	計画作成担当者のみではなくスタッフも共に生活支援の中で本人・家族から聞き取りした情報や、情緒的な変化を申し送りやミーティングでその都度スタッフ全体で共有している。	職員が日頃のケアの中から「新聞を読みたい・TVで相撲や高校野球を観戦したい・市場で買い物が見たい」などの声を聞き取り、意思の疎通が難しい方からは家族から聞いたり日頃の様子や表情からくみ取った情報を職員全員で共有し支援している。	
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	初期相談の際に生活歴等を聞き取りしている。入居後も本人・家族から話を聞く機会を持っている。又日々の会話の中から把握するように努めている。		
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	起床後や必要に応じたバイタル測定等を実施、身体状況の確認を行なうと共に、個々の生活行為を観察しながら情緒的な変化も含めて観察を行なっている。		

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
26	(12)	○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	3か月に1回、モニタリングを評価、介護保険更新時や状態の変化で見直しが必要な場合は、本人、家族、支援者とサービス会議を開催し、計画に反映している。	サービス担当者会議は利用者家族・担当職員・介護支援専門員・管理者が参加し、更新時や状態変化時に開催している。利用者は「体を動かし出来る事は自分でして安心した生活をしたい」家族は「病気の管理を継続し歩行や移動能力の維持、楽しみや活動の継続」の要望がある。ケアプランは要望に沿って作成し職員の支援方法を共通認識し支援している。モニタリング・評価等はミーティングで確認し3か月に1回行っている。	
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	個別記録や、スタッフ共用ノート、排泄・水分・バイタル食事摂取表を用いて、日々の観察を行っている。又車椅子自走からウォーカー歩行自立支援の取り組みの共有を図り、カンファレンスを行い、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	生活・暮らしの視点で、入居者本人の希望に添えることを重視して、往診、訪問看護特別指示書、介護タクシー等、さまざまな選択視を考え実践に取り組んでいる。		
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	ドライブでは、市街・市内の公園を活用したり、古民家(喫茶)で外食又市場へ買い物を行ったり、敬老会、桃源郷まつり、通所合同運動会、クリスマス会、障害施設月1回の交流会、ひだまり喫茶を開催し地域資源を把握し活用している。		
30	(13)	○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	定期受診、往診などの日時を把握し、受診の際は、情報提供や家族・訪問看護と連携を図り、緊急時には、医師との連携を行なっている。又家族が対応できない時は、職員で対応している。	家族同行の受診であるが、家族が対応できない時には、職員で代行や必要時には、家族と一緒に受診同行し、主治医へ普段の様子や変化を伝えている。受診時、職員による情報提供を書面で行っている。	

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
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	契約している法人の訪問看護とは、訪問看護を含めて情報交換を行なっている。主治医への連携にも関わってもらい、その後のフォローの相談も受けてもらっている。又内服管理、重度化のケアの入浴介助(ストレッチャー)週1回や看取りケアを行った。		
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。	入院の際には、情報提供し、退院前には地域連携室相談員と連携し、医師・看護師・PT・ST・家族・訪問看護と担当者会議を開催している。		
33	(14)	○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	入居前に「重度化や終末期ケア対応指針」について同意書を説明し本人・家族から同意書を頂く又状態が重度化・終末期になった際は、家族・医師・訪問看護・関係スタッフで担当者会議を開催し再度「重度化や終末期ケア対応指針」の同意書を頂いている。本年度2例の看取りケアを行った。	終末期に向けたマニュアルあり。入居前から本人、家族へ終末期に向けた説明、希望を確認している。早めの対応ができるように、主治医と連携し本人にも負担のないように対応している。本人と家族の信頼関係を築き、希望に添い、納得した最後が迎えられるように支援している。	
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	施設内にAED設置、急変時のマニュアルの確認や事故発生時に備えて実践がつく様に訓練している。主治医や協力機関より指導を受けられる体制を図っている。		
35	(15)	○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	消防計画を基に年2回訓練を定期的実施している。 3月に地域住民、家族・運営推進員参加して実施している。又区の広報誌・区民放送を活用し啓発活動を行い、訓練後は、懇親会を開催している。	マニュアルを作成し、昼夜を想定した訓練を年2回実施。地域の協力体制については、地域の区事務所をお願いしたり、運営協議会で協力を呼びかけている。水や非常食料は7日分準備している。防災訓練ではレトルト食品を使用した炊き込み調理やビデオ研修・夜間防災訓練を近隣住民と合同で実施し、信頼と協力の連携を構築できた。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○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	認知症の医学的・心理的理解も含めた上で、一人ひとりに合わせた声かけ・コミュニケーションを図っている。家族の面会時には、交流ができるように談話室でつるげるように対応している。	本人の気持ちや希望を大切に考え、本人ができることが増やせるように支援している。おむつ等は見えないように配慮している。守秘義務について十分に理解し、取り扱いと管理を徹底している。	
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	入居者とコミュニケーションの中でその時々で気持ちで楽しんでもらえる様に取り組んでいる。個々の希望があれば申し送りで話し合い実施できるように検討する。		
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	細かなスケジュールを決めていない。認知症があることで困難な場面にも、個々のその日の調子に合わせて家事、散歩、ドライブ等希望に沿って生活支援実施している。		
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	本人やご家族からの好みを聞いてその人らしい身だしなみが出来る様に支援している。誕生会、敬老会、クリスマス会のプレゼントは、本人が好む衣類や必要な物をプレゼントし行事の身だしなみ等に気配りし化粧をするようにしている。敬老会(100歳祝い2名、カジマヤー1名)女性3名に職員手作りのドレスをプレゼントし会を盛り上げた。		
40	(17)	○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	菜園に野菜を栽培し共に収穫を楽しみながら季節の食材を取り入れ、近隣からの野菜の差し入れ等も活用している。入居者一人ひとりの食事形態に合わせ調理している。もやしのひげ取り、調理の下ごしらえ、お膳拭き、片づけ、テーブル拭き、出来る事から入居者に協力を促している。	近隣住民からの野菜の差し入れや家庭菜園での旬の食材を使っている。本人や家族に好きなものを聞き、食感や味付けも工夫して郷土料理等もメニューに取り入れている。職員と利用者が同じテーブルで楽しく食事ができるよう雰囲気作りも大切にしている。	

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
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	食事チェック表を用いて摂取量・水分量の確認を行なっている。必要に応じて食事時間・回数・形態を調整している。嗜好は、本人・家族からもアドバイスを頂いている。		
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に、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	感染症予防の観点からも、毎食後、声かけにて口腔ケアを行ってもらい、援助の必要な方に対し口腔ケアを支援している。訪問歯科の往診、受診にて専門ケアを実施している方もいる。		
43	(18)	○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	個々カルテに排泄チェックを行い、排泄パターンを把握し、個々に合わせた定期トイレ誘導の促しや、Dパンツから布のパンツに変更を行った。	個人の排泄記録表へチェックし、排泄パターンを確認し、トイレでの促しをしている。トイレでの排泄を可能にするために、一人ひとりに合わせ、パットや紙おむつ、布パンツの利用を検討している。ウォシュレットを導入し、清潔保持や気持ちよくトイレが利用できるようにしている。	
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	日々の排泄の状況を把握し、水分補給、トイレ誘導、適度な運動、食事のメニューを工夫したり、主治医から処方された便秘薬の内服支援を行って便秘の解消に努めている。		
45	(19)	○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	入浴日や時間を指定せずに当日の体調や気分に合わせて入浴を促しを行なっている。	本人が入浴したい日、時間に合わせて入浴している。本人が好きな香りや肌に合わせた石鹸やシャンプーを使用して、気持ちよく入浴ができるように支援している。	

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
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	日中は、できる限り活動してもらい、休憩できる環境の設定に努め、空調管理に努めている。入居者の個々の睡眠習慣で過ごして頂いている。		
47	(20)	○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	服薬管理しやすいように医師に相談し、一包化・日付け等対応してもらっている。病状の変化を観察しながら、訪問看護へ経過報告し、主治医、家族と連携を図り、指示を仰いでいる。又内服管理、『誤薬を防ぐため』の勉強会を訪問看護と一緒に開催した。	事業所内の勉強会にて、訪問看護と一緒に薬に対する理解を深めている。その結果、職員の服薬に関する意識も変わり、誤薬がなくなった。本人の状態変化が見られるときには、主治医と訪問看護へ報告し連携をとっている。調剤薬局への相談もできている。	
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	楽しみや嗜好品は、本人や家族から情報をもらい個々に応じて支援している。一人ひとりの力を発揮できるように努める。		
49	(21)	○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	入居者から外出希望に対しては、馴染みの場所、地域行事に出かけたり、散歩したり、外食等対応している。本人が必要な物の買い物支援を行なっている。	事業所周りの遊歩道や庭の散歩、玄関の花を見たり職員とドライブがてら外食する機会を作っている。正月や御盆、清明祭には外出や外泊をして家族交流ができるよう支援している。季節を楽しむことができる場所への遠出の外出や地域の行事等へ参加も支援している。	
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	個々のレベルで、小遣い程度の金銭管理を行なっている。本人が必要な物の買い物の支援を行なっている。		

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
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	自分で電話を掛ける方は、電話を使用してもらい、支援が必要な方に対しては、代理で通話の支援を行なっている。又手紙のやりとりや本人用の携帯電話のやり取りの支援を行なっている。		
52	(22)	○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	玄関先の花壇に季節の花を入居者家族が9年間ボランティアで育てて四季おりおり楽しませている。菜園には、四季の野菜を植えて収穫菜を行う。又定期的に環境整備と季節ごとに壁にレアウトを行い、中庭に観葉植物を育てて季節感を感じてもらっている。	共用部分は明るく清潔感のある空間となっている。庭の花壇には、季節を感じる花々を入居者家族が手入れをして入居者を楽しませてくれている。入居者が本や新聞を読んだり、テレビを見たり庭を眺めたり自宅にいる感覚で過ごせるようにしている。	
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	居室・談話室等・共有の空間を利用し使い分けることで、それぞれの過ごし方に合った環境を提供している。居室には、テレビ・ラジオも設置している。アイスやソファで居心地やすいように提供している。		
54	(23)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	入居者個々に合わせて、部屋の環境整備を行い、自立支援に努めている。入居者・家族と相談し、家具や小物、写真等配置している。使い慣れたテレビやラジオも設置している。	部屋には、本人、家族と一緒に撮った写真を飾ったり本人が過ごしやすい工夫をしている。タンスには、本人がわかりやすいように衣類別の収納と表示されている。夜間ポータブルトイレを使用している、日中は部屋にそのまま置かずに片付けている。	
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	プライバシー・自立支援・リスクの視点で個別性を考えた安全な環境づくりを実践している。		

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	2	地域とのひだまりの現状を評価して頂き、事業所として向上を目指し取り組む。	区の防災訓練の連携を強化する。	区の防災訓練や呼び掛けに互いに参加し協力体制を取る。(婦人会等の関わりに力を入れる)	12ヶ月
2					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。