

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	3170100410		
法人名	社会福祉法人 こうほうえん		
事業所名	グループホーム はまさか		
所在地	鳥取県鳥取市浜坂253-1		
自己評価作成日	平成 26 年 1 月 7日	評価結果市町村受理日	平成26年3月28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/31/index.php
----------	---

【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福祉経営ネットワーク
所在地	東京都千代田区九段北4-1-9 市ヶ谷MSビル4F
訪問調査日	平成 26 年 1 月 18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)】

ご家族やボランティア、地域の方との関係を大切に、いつでも気軽に訪問していただけるような関係づくりを常に心がけている。また、入居者同士で自然に交流の機会がもてる雰囲気づくりを行い、笑顔や寄り添うケアを忘れないことを職員の基本としている。入居者の個性を大切に、生活スタイルが自分で築ける方には、それに合わせて日常生活が送れるように支援をしている。

【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)】

利用者の自立支援を主眼とした生活の質の向上に向けた、各種の手段を実践に結びつけている。その内容は職員も理解して取り組んでいる。地域への積極的なホームの参加により、利用者と家族の満足感が得られている。また世代間交流として幼稚園や教会との往来や、赤ちゃんと母親の月一回の来訪が行われている。利用者本人と家族・医師・訪問看護師・介護職員などの納得と協力により、看取りが進められている。

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)
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)
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)
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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
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
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	理念・グループホーム独自の介護10原則を掲示し入居者、職員で毎日唱和をし理念の共有、実現に取り組んでいる。その中で毎日一つを選び重点的に意識付けをしている。入居者が一緒に唱和をする事でより一層職員に意識付けができています。	グループホームの理念、GH介護10原則、2014スローガンおよび法人の理念・基本方針を各所に掲示し、毎日唱和している。また、「言葉の抑制ワースト10」も掲示されている。	
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	自治会に入会し、地域の活動(清掃、納涼祭、運動会、敬老会、公民館行事、防災訓練)に参加して地域の方々との交流を図っている。地域の美容院利用や幼稚園や教会、健康体操チームとも交流を継続している。季刊誌や広報誌を地域に配布し生活の様子を伝えている	自治会行事やはまさか地区全体の行事に参加するとともに、幼稚園との往來の交流が進んでいる。また、こうほうえんの秋まつりや介護の日、クリスマスの催しに、地域の人々を招待して交流がなされている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	キャラバンメイトになり地域の方や民生委員などに認知症サポーター養成講座を行っている。運営推進委員会の中で、地域の委員と情報の共有を行っている。		
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か月に1回運営推進会議を開き、活動状況などを報告している。委員の方々からも気軽に意見や助言を頂き、情報公開の場になっている。又、その意見を活かして、サービスの向上に努めている。	利用者家族の参加を含め10名ほどの委員の出席で2か月1回開催されている。職員の交代や利用者の状況などが説明されている。民生委員に向けての認知症サポーターの養成講座の講師をしている。	
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	運営推進会議で、市町村担当者(長寿健康課)や地域包括支援センター職員との連携を密にして、情報交換を行っている。市担当者から、ケアサービスなどを参考にしたいと意見を求められる事もある。	市職員との、問い合わせや相談の交換がなされている。空室などの情報は、地域包括支援センターとの情報交換が行われている。	
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	法人でネバモア宣言を行い、身体拘束の廃止を行っている。職員間でも身体拘束の対象になる具体的な行為を、正しく理解して、日頃から身体拘束ゼロのケアを行っている。門扉を閉め苑庭を自由に散歩ができる環境づくりも行っている。	法人として、身体拘束ゼロを宣言し、実行されている。身体拘束などの研修会に参加している。	

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
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	虐待防止に関する研修会に参加する機会を作って知識の共有に努めている。職員も互いに意識し、虐待を見過ごされる事の無い様注意しながら防止に努めている。		
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	管理者は成年後見制度を理解し、職員は人権について研修をうけている。現在入居者中にも成年後見制度を利用している方がおり、必要時には情報交換を行っている。		
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	契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し、理解、納得を得ている。不安、疑問があれば常に説明をし、納得、理解をして頂ける様心掛けています。家族等の不安、疑問に向け、内容の追加、改善を行っている。看取り確認も行っている。		
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	玄関前のご意見箱やホームページ、重要事項説明書、契約書で苦情窓口の紹介や第三者委員を設置している。また、来苑時には入居者の様子をどの職員も伝え、利用者、家族が気軽に意見が言えるように工夫し、ケアに反映させている。頂いた意見、言葉も情報ノートに記録をしている。	法人のアンケート調査は、年一回実施され、要望や意見に対する検討がなされている。ふれあいの橋の会委員が毎月訪問し、ホームの改善点の検討や利用者の意向を聞きだして報告されている。	
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	運営者(理事長)の訪問時は、入居者、職員との交流に努めている。管理者は職員が気軽に意見が言えるような雰囲気作りに努めている。又、日々の会話やチーム会議などで職員からの意見を聞き、反映させるように努めている。	月1回のチーム会議に全職員が参加し、ホーム管理目標の確認と、利用者それぞれの状況変化や改善点の検討がなされている。	
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	運営者は訪問時には、職員と交流の場を作っている。法人内で元気ハツラツ賞など表彰制度を設けたり、人事考課で個々の努力や実績、勤務状況を把握、評価して向上心を持って働けるよう支援している。		
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	法人年間研修計画や、法人外の研修会の知らせなどを回覧し自主研修の機会を促している。年間目標を立て、目標に向け努力できる環境作りや職員個々に学んでほしい内容があれば積極的に声を掛け、研修に参加できる環境を整えている。		

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
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入会しており同業者との情報交換や相互研修などで交流を行い、認知症ケアの質の向上に努めている。また鳥取市内のグループホーム管理者ネットワークの会に参加し情報交換を行っている。		
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	事前面談、入居後は担当職員を中心に、職員が積極的に関わり、管理者と相談しながら、信頼関係づくりに努めている。入居前の状況や本人が困っている事、不安な事、要望など本人の思いと向き合い、受け止めるように努めている。アセスメントを繰り返し行っている。		
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	入居申し込み時に管理者は、家族の相談にのり関係づくりを行っている。入居後は管理者、担当職員が連絡を密に取り合い、希望されることを聴きながら、管理者と相談をして、希望に添うように努力している。		
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	本人や家族にとって必要な支援は何かを見極め、ケアプランセンターを紹介したり、他部署にアドバイスを求めたりして対応に努めている。		
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	人生の先輩と捉え尊敬し、残存機能の維持に努め自立支援を行っている。家事全般を協働し穏やかな生活が送れるように支えながら関係作りを心掛けている。畑仕事も教えてもらいながら一緒に作物を作っている。		
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	家族が面会に来られた時には、日々の暮らしぶりや様子をお知らせしている。家族からも新たな要望や意見を聴き、共に本人を支え合うもの同士として関係づくりに努めている。行事参加、草取りなど苑庭作業にも参加してもらっている。		
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	墓参りや自宅への外出、外泊の支援など馴染みの人や場所との関係が継続できるよう支援している。昔馴染みの面会時には、ゆっくりと話せるように居室に案内している。季節の便りなども交換できるように支援している。	地域の美容院の利用や公園へ外出がされている。利用者の行事参加や外出時の写真を、利用者個人ごとのアルバムとして作成し、各自の部屋に置いている。家族が来訪時に見ることで、ホームでの楽しみや同行者の様子が理解されている。	

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
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	入居者同士がお互いに支えあえる場面を作れるように支援をしている。お互いの部屋へ行き来きしている関係を大切にしている。居室で抹茶をふるまう関係性もできている。		
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	退居された後も、家族に来苑していただけるような関係づくりに努めている。近所のマーケットなどであっても挨拶や談笑し継続した関係が出来ている。運営推進会議の委員の継続など関係性を保つようになっている。		
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	一人ひとりの思いや希望を聴きケアプランに反映させている。意向を表現しにくい方は、日常の様子を観察したり、家族に再アセスメントを行い生活歴などを参考にしながら本人本位に検討している。順番に希望献立をきき週1回お昼のメニューにしている	入居前に本人や家族から生活歴や1日の過ごし方、自宅の住環境や希望を聞き、入居後も生活の中から意向の把握に努めている。利用者自身から目標も聞いている。得られた情報は、情報ノートで職員間で共有し、日記を書いてもらったりするなどケアの実践に活かしている。	
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	ヒストリーシート・生活歴、エピソード、家族から聞き取りなどで把握しサービス提供に努めている。入居後も再アセスメントを行っている		
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	日々の様子を職員それぞれが観察をし、介護日誌、個人記録などへの記録を行うと共に、申し送りで現状が把握できるようにしている。		
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	本人・家族・職員からの情報、意見などを反映して、生活支援計画表の作成を行っている。カンファレンスを聞き意向を聞いている。モニタリングは月1回行い担当外の職員にも意見の抽出に努めている。自立支援を基本とし出来ること、支援が必要なことを見極めながら以前の暮らしが取り戻せるような支援を反映させている。	毎月モニタリングを行い、6ヶ月毎に計画の評価を行ったうえで、担当職員、ケアマネ、管理者、家族等が参加して会議を開催し一緒に計画を作成する。変更点は、わかりやすいように赤字で記入している。毎回の計画は、職員間で共有し日常のケアに反映している。	

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
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	個人記録や申し送り等の情報、職員ノートを共有し、チーム内で話し合いをして、介護計画の作成や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	現状を見ながら、本人の受診の付き添いや、リハビリスタッフ(PT、歯科衛生士)などに来てもらい介護ケアの充実に努めている。		
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	近くの美容院の利用や、公民館の文化祭の見学、地域の納涼祭など必要に応じて地域資源を活用し豊かな生活を支援できるように努めている。		
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	本人及び家族の希望を考慮し、入居時から担当医との橋渡しを行いながら、本人、家族の納得できる医療を受けられるように支援している。定期往診や体調不良時は、担当医に報告をし往診に来てもらっている。看取り支援も、担当医、家族と訪問看護と共に行い、平成18年から5人の看取りケアを行った。	希望するかかりつけ医を尊重し、連携をとっている。ホームとしても3ヶ所の医療機関と協力している。内科、歯科、眼科、皮膚科の訪問診療、緊急時や夜間の医療体制が整備されている。受診結果は家族や職員間で共有して支援に活かしている。	
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	医療体制連携加算のもと、同施設の訪問看護と契約し、連携を図っている。日常の健康面での指導を受け、健康管理に努めている。		

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
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。	入居者が入院された時には、入院受け入れ機関と主治医との連携で、症状が落ち着いたら、早期に退院に向けた話し合いを行っている。家族の意向も配慮しながら支援している。入院先に職員が足を運び安心していただけるように努めている。		
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	状態に合わせて、家族や担当医、職員と連携して、入居者、家族の思いに添ったケアができる体制づくりに努めている。看取りに関しての医療意向確認及び同意書で意向確認を行い入居者自身に意向にも聞き取りをしている。また担当医に報告、職員全員で方針を共有している。ボランティアの方々にも状態を知らせ関係が途切れないように支援をしている。	看取りマニュアルが作成され、早いうちから本人や家族の意向を書面で確認し支援する方針である。家族やかかりつけ医と連携・協力し、職員研修や看取りに必要な体制づくりに取り組む。今までに5名の看取りを行った。	
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	定期的に救急救命法の勉強会に参加している。また、入居者一人ひとりに対し、急変を予測し、対応を職員間で話し合っている。また急変に対しても担当医に連絡できる体制を整えている。		
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	マニュアルを作成している。消防署の職員に指導を受け避難訓練を行い、また地域の火災訓練にも参加している。非常用の食料、飲料水を備蓄している。いなば幸朋苑と連携を取り協力体制を整えている。	夜間想定も含め年2回消防署と協力し防火訓練、避難経路の確認、設備の点検と使い方を確認する。備蓄や非常持出し袋もある。地域の防災訓練にも参加し、協力体制は敷地内の同法人施設と共同で結んでいる。	
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	一人ひとりの状態に合わせて、誇りやプライバシーを損ねないような言葉のかけ方などをチーム内で話し合い実践している。DCMを受けケアの改善に努めている。個人情報に配慮し事務所で申し送りを行っている。個人の情報の取り扱いにも配慮している。	日常の場面で利用者を尊重した声かけや接遇、プライバシーへの配慮を心がけている。申し送りは事務所で内で行い、ファイルには名前を書かないよう取り組んでいる。研修に参加し、職員会議でふり返りを行っている。	
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	本人の能力に合わせて言葉かけや声の大きさに配慮している。日常生活の各場面において、飲み物の選択など自己決定が出来るよう支援し、希望に添った生活ができるように努めている。		

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
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	その日の体調や精神状態を見ながら、一人ひとりのペースを大切に、本人の希望に配慮しながら、思いに添った生活ができるように支援している。入居者の中には、朝食、おやつ時等、時計を確認して自分のペースで行動が出来るように支援をしている。		
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	本人の好みを把握し、その人らしいおしゃれや身だしなみを本人、家族等と相談しながら行っている。外出時に、お化粧の習慣があった入居者には、お化粧を自分でしてもらうことや職員がする事もある。		
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	食器は本人のものを使用して頂いている。職員は入居者の能力に合わせて、炊事にかかわって頂いている。誕生日など利用者の意見を聞き、希望に添って柔軟に対応している。口に合わない食品などがある場合は、他のものに代替をして提供している。また、週1回、順番で入居者の希望献立日をもうけ、本人と職員と一緒に食事を作っている。	準備から後片づけまでを一緒に行う。食事形態や量も希望をきく。水分は好みの飲物を自分が選ぶ、献立に利用者の希望を取り入れ、畑で作った野菜を使用し、行事に鍋パーティを行う等食事が楽しみになるよう取り組んでいる。	
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	水分は一日1500cc以上を目安に個々の状態に合わせた量を支援している。お茶以外の飲み物は嗜好の物を提供している。食事は状態に合わせた形態のものを提供している。食事、水分が取り難い方には、嚥下聴覚士と相談しトロミ剤などを取り入れ摂取しやすいように支援をしている。		
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	毎食後の口腔ケアを行っている。歯間ブラシの使用やポリドントで口臭衛生に努めている。自らできない方は、職員ができない部分の手伝いをし清潔保持に努めている。義歯の不適合が見られたり、歯の痛みを訴えられたりした時には、早急に歯科受診できるように支援している。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握しながら支援している。歩行が困難な方も、トイレでの排泄を支援し快適に過ごして頂けるように努めている。パッドは、出来る限り吸収量の少なく小さめなものを使用し日中、夜間の使い分けもやっている。必要な入居者には、ゆりりんを使い残尿量を測定し排泄案内時間を設定している。	多めの水分摂取を重点に、残尿量を計る器機を使用して利用者個々の排泄パターンの把握に努めている。職員間で排泄状況を共有し、個々のパターンに合わせ、声かけ等羞恥心に配慮してトイレでの排泄を支援している。	
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	便秘薬に頼らずに、できるだけ自然排便に努めている。繊維質の食物、水分、乳製品、サンファイバーを取り入れたり、運動など個々の状態に合わせ支援している。できるだけトイレに座って排便して頂けるように努めている。		
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	生活習慣で、午後からの入浴希望が多く、入浴は午後からとしている。入浴は、隔日で、入浴しない時は、清拭を行っている。汗ばむ時期は、毎日の入浴も行っている。浴槽には、入浴剤をいれ、リラックスできるように努められている。	1日おきを基本としつつ希望により毎日入浴もできる。声かけ等羞恥心に配慮し、二人介助、入浴剤の使用等安心してくつろいで入浴できるよう支援する。入浴を希望しない時は、足浴や清拭を行い清潔保持に努めている。	
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	日中に活動することで、夜間十分な睡眠がとれるように配慮している。一人ひとりの生活リズムに合わせて、体調を考慮して、日中も休息していただいている場合がある。また、不眠時には、牛乳や温かい飲み物を提供したり、寒い時期には湯たんぽを使い、気持ちよく眠れるように支援している。定期的なシーツ、パジャマ交換や布団干しなど安眠が出来るように配慮している。		
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	処方箋を必ず読み、薬の目的、副作用、用法や用量を確認して、医師の指示通りの服薬を行っている。担当医とも連携を図り、薬の必要性についても検討を行っている。また、服薬後の変化についても確認し担当医に報告している。錠剤が飲み込みにくい入居者には、粉薬に変更してもらうなどの配慮もしている。		

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
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	日常生活や会話の中や生活歴の中から、個々の入居者の趣味や楽しみを見つけだし、気晴らしや生きがいに繋がる活動をして頂いている。 個々の能力や希望に応じた役割を持ち、張り合いのある生活をして頂けるように支援している。一日の出来事を日記に書き読み返すことで記憶の呼び戻しを行っている。		
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	天気の良い日には、隣に回覧板を届けたり、買物に同行して頂いたりしている。また、家族と墓参りや買い物、外食、散歩などにいつでも出かけていただけるように日頃から声かけを行い定期的に外出をしていただいて入居者もいる。行事外出の時は、ボランティアやご家族に同行をお願いし全員で外出する事もある。	日常は回覧板を届けたり食材の買い物に出かけたり、地域の行事に出かける。個別には、家族と買い物や墓参り等希望のところへ出かける。遠足などの行事では、利用者が自分達で弁当を作りみんなで楽しむ。	
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	買物の希望があれば、一緒に出かけて買い物をする支援も行っている。また、希望の品物を頼まれて職員が購入する支援も行っている。業者に品物を持ってきてもらい自分で選んで買うときもある。		
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	外からの電話を取り次いだり、本人の希望があれば電話をかけるよう支援している。年賀状などは、職員が手助けをしながら自記筆で名前を書いていただいている。葉書などの返事も姉妹に出し交流している。		
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	照明器具は、やわらかい色彩にしてあり、季節感を出すよう置物や飾り物を置いたりしている。食事中などは、軽音楽を流したり、カラオケを聞いていただいたりしている。また、苑庭に咲いている季節の花などをフロアに飾っている。トイレは、ウォームレットやウォッシュレットの設備が整っており快適に使用できるようにしてある。	玄関やデイルームは明るく、季節を感じる生け花や置物、行事の写真が飾られていた。デイルームは床暖房で、温度湿度にも配慮するとともに、ソファや椅子を設置し利用者同士がくつろげる工夫があった。また廊下にも椅子と机が設置してあった。	

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
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	居間や廊下にソファ、イス、テーブルを置き、一人で寛いだり、入居者同士で会話をしたり、テレビを観たり、新聞を読んだりできる場所を提供している。		
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	居室は、本人の使い慣れたタンスや仏壇、鏡台や家族の写真、花などを置き、安心して暮らせる居心地のよい空間となるように支援している。また、姉妹からの絵手紙や、プレゼントなども飾りいつでも見れる状態にしている。	利用者の希望に家族の協力を得て、仏壇や使い慣れた家具、自分の若い頃や家族の写真等を飾る他、花を飾るなどくつろいで過ごす配慮がされている。全居室に温湿度計を置き、掃除も職員と行う等環境や清潔にも配慮がされていた。	
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	衝撃吸収マットや滑り止め、廊下、トイレ、居室内の手すりなどを要所に設置している。トイレには「お手洗い」と表示して安全かつできるだけ自立した生活が送れるように支援している。また、自分の居室がわからない入居者には、部屋のドアに名前を貼り、自分で出入りができるようにしている。		

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	20	社会との繋がりを保つための行事、イベントなどに参加しているのは、外出しやすい入居者に偏ってきているため、介護度の高い入居者の外出の機会が少ない現状がある。	入居者が、社会との繋がりを保つことや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に、どの入居者も外出の機会を提供する。	個々の入居者が2か月に1回のペースで、家族、職員で外出できる機会を設ける。	24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。