

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	3170300481	
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 しみず苑2F (まとめ)	
所在地	鳥取県倉吉市宮川町155-18	
自己評価作成日	平成27年9月15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	http://www.kaizokensaku.in/31/index.php?action=kehyou_detail_2014_022_kani=truce&Jievsyovd=3170300481-009PrefCd=31&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未来
所在地	鳥取県倉吉市東仲町2571
訪問調査日	平成27年 9月30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)】

施設基本理念をもとに、グループホームの基本と言える一軒の家を目指して、日々の業務に取り組んでいる。
 地域との繋がりを密にして、「地域の中のグループホーム」になることを目指して、日々努力している。
 スーパーマーケットや商店・病院や倉吉未来中心などが徒歩圏内にあるといった好立地条件を活かし、散歩や買い物に出かけ地域に溶け込んでいる。畑作業や防災体制など、地域の方にたくさん協力をいただいている。
 小学生・高校生のボランティアの受入れなども行っている。
 そばに系列施設もあり、より多くの人との交流も図れている。

【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)】

・「一軒の家」らしいケアをめざし、食事・買い物・散歩など日々穏やかに過ごせるよう支援している。
 ・行きつけの美容院や喫茶店、スーパーの利用、知人の訪問や携帯電話の使用等、なじみの関係が継続できるよう支援している。
 ・災害時の地域連携は密であり、普段は老人クラブの活動や行事に参加する利用者もいる。
 ・「看取りの指針」及びターミナルケアマニュアルがあり、支援体制が整備されている。
 ・持つ力にに応じて職員と一緒に買い物をしたり、野菜の皮むき・食材を切ったりし、食事を楽しんでいる。
 ・ケア内容をタイトル書きし、生活の記録を詳細に記入するよう用紙を工夫している。

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、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

★は努力している点

[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	施設・スタッフは理念に基づいた目標を設定し管理者の指導のもとに取り組んでいる。	玄関に理念を掲示している。理念に沿った職員の目標・計画・実施へと関連づけることで、さらに理念を深め、実践に繋げている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	地区公民館行事への参加。事業所の祭り・避難訓練の地域住民の参加、野菜作りの指導を受ける等、日常的に交流を行っている。	地域行事へ参加し、事業所の催しには地域住民が参加する等各種交流が盛んである。	
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	木曜会・学生のボランティア受入れなので、認知症についての理解や支援方法などを話している。また、介護老人福祉施設へのボランティア参加、交流会の受入れ等を継続的に行っている。		
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	利用者やサービスの実際、評価への取り組み等を報告し、外部の方の意見をサービスに反映している。	2か月に1回の運営推進会議を「木曜会」と称し、多数の参加がある。ヒヤリハットの報告に対し、出席者の体験談を活かした盛んな意見交換が行われている。	
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に取り組んでいる	施設内の変更事項や情報提供など、随時連携をとっている。 運営推進会議においても、市役所担当課、地域包括支援センター職員に参加していただき、情報提供・意見交換を行っている。	運営推進会議はもちろんのこと、生活保護・権利擁護について市の担当者と連絡を密にして連携を図っている。	
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	運営規定及び重要事項説明書に「身体拘束その他の行動制限」を明示し、これを基本としている。ミーティング時などに話し、職員が共通認識・正しく理解するよう取り組んでいる。	身体拘束について書面できちんと明示しており、取り組みについての意見交換を行い、身体拘束をしないケアの実践を目指している。	転倒予防の為センサーを使用する際、ケアプランや記録の中に具体的に時間帯や使用期間を示すなどの工夫を望む。
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逃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	研修会への参加や職員学習会で取り上げ、個々の意識向上を図っている。		

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
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	研修会へ参加し理解を深めている。対応が必要と思われるケースについては随時支援体制をとっている。		
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	契約締結時には利用者、家族に説明を行っている。改訂の際には文書による通知及び個別に説明し、理解いただいた上で同意印をもらっている。		
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	利用者の言動からその想いを察する努力をし、速やかな対応を心がけている。定期的なカンファレンスを行い、家族にも出席を呼びかけている。	カンファレンス、面会、運営推進会議において家族等の意見を聞いている。毎月の広報誌に担当者が利用者本人の生活ぶりについてメッセージを入れ、情報の共有を図っている。	
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	ミーティング、運営会議を毎月実施し、職員の意見を聞いている。 個別に意見を聞く機会を設けている。	定期的にスタッフ会議を開催している。職員が意見や提案を出し合う機会があり、管理者は職員の意見の把握に努めている。	
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	日常の業務や運営会議において、勤務状況の把握に努めている。勤務時間や雇用形態について、可能な限り個々の希望を聞いている。		
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	パート職員を含め、全職員を対象として法人内外研修に出来る限り参加している。日々の利用者への関わり方について、模範的職員をお手本に、学ぶことの大切さを指導している。		
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	他施設とのスタッフを交換する「相互研修」を継続的に行っている。 GH協主催の研修会にも参加し、他施設の職員とも交流をはかる。		

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
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	十分な時間を費やし、本人・家族から「これまでの生活」及び「これからの生活」についての意向を受容している。体験デイサービス等の利用で不安の軽減に努めている。利用者に寄り添う対応に心がけている。		
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	家族から見た心配事や求めていることを受容し、本人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。施設へ見学へ来ていただくよう、積極的に働きかけている。		
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	入所前の面談や関係者からの情報収集により、まず必要とされている支援を確認し、スタッフ間で共通認識し対応している。また、地域包括支援センターからの情報も参考にしたり、他事業所のサービスにつなげる等の連絡調整を行っている。		
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	利用者を尊重し、共に生活・共に感動することを心がけている。 家族のような関係作りに心がけている。		
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ことにしており、支援について可能な限りご家族と一緒に考えるように工夫している。可能な家族には、定期受診の同行をしていただいている。		
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	家族・知人の訪問は多い。 外出時も行きつけのスーパー・美容院、飲食店などを利用するようにしている。	★知人の訪問があり、携帯電話での連絡の際も見守っている。また、行きつけの美容院や喫茶店、スーパーを利用し、関係が継続できるよう支援している。	
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	一つの家として、個々の可能な範囲で何らかの役割を持ちながら、利用者同士、またスタッフと共に生活している。心身の状況、感情の変化に対応した働きかけをしている。		
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
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	尊厳のある生活の基本であり、利用者中心で考え取り組んでいる。利用者の言動からも、個々の想いを把握するよう努めている。本人に合った声かけ・関わり方をカンファレンス等で話し合い、共通理解している。	利用者の意向の把握が困難な場合は家族の意向や、以前からの本人の暮らし方についての情報も得て検討している。	
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・かかわりの深かった方などから情報を収集している。又、利用後もその都度情報収集に努める。		
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に接し、変化に対応できるように努めている。また、気づきをスタッフ間で共有するようにしている。		
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	スタッフ全員の意見と本人・家族の意向を確かめながら、利用者主体の介護計画を計画し、その計画について本人・家族のサインを頂き同意をもらっている。	毎月モニタリングし、6か月に1回は家族と共に話し合いを持ち、介護計画を確認している。また、ケア内容をタイトル書きし、生活の記録を詳細に記入するよう用紙を工夫している。	ケアプランに基づいた生活の記録を増やし、モニタリングや評価に繋がるよう、記入の工夫を期待する。
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	日々の変化・気づき等を記録し、申し送りの際に共有している。また、連絡ノートを活用し、内容が確実に伝わるように閲覧した職員はサインすることにし、情報共有を図っている。		
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	共用型認知症デイサービスと他事業所のサービスを組み合わせることにより、より柔軟な対応が出来ている。		

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	地域ボランティア・学生ボランティアの受入れ、交流などを楽しんでもらっている。畑作りなど、地域住民の方と一緒に取り組んでいる。		
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	本人及び家族の意向に沿って主治医を決め、状況報告や受診介助等の支援を行っている。また主治医変更時にも本人・家族の理解を得ている。	受診には家族等が同行しているが、必要時職員が対応している。受診時にはバイタルサインなど健康情報を持参して医師へ情報提供している。家族が通院する際には日々の様子を口頭で伝えている。	家族が通院する際には、できれば受診連絡票による情報提供をしてはどうか。
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日常の関わりの中で気づいた体調の変化などは、常勤の看護師に相談し、速やかに対応を行っている。受診の必要な時は支援を行っている。ご家族への連絡・相談も適時行っている。		
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。	医療機関との連携は常日頃より行っており、主治医・家族と協力しながら、早期退院に向けて取り組んでいる。また地域連携室との情報交換は密に行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所契約時に、看取り・重度化した場合の意向などについてあらかじめ聞くようにしている。個々の状態の変化により、看取りの対応が必要な時には「看取り指針」に基づき、再度家族に説明し、意向に沿った対応を行う。	★今までに何例か看取りの経験がある。「看取りの指針」及びターミナルケアマニュアルがあり、支援体制を整備している。また、近医の協力が得られ、往診にも応じてもらえるようになった。	
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	緊急時対応マニュアルに沿って、日頃より説明を行っている。年に1回消防署の緊急救命講習及び実技指導を受けている。		
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	消防署と地域の協力員さんの協力を得て、定期的に避難訓練を実施し避難方法や経路の確認が出来ている。また、避難の際の対応などについて助言、指導を受けている。	避難訓練は夜間想定訓練と水防訓練を実施した。また、消防署の協力を得て、緊急時対応の実施訓練と研修を行った。	

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
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	管理者による指導や実践の中で個別に人格を尊重した支援方法を検討し、フロアーミーティングで話し合い、統一した対応が出来るように努めている。	一人ひとりの思いに職員が気づき、排泄時の声掛け等尊厳を損なわないように配慮している。	
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	寄り添うことを心がけ、その人の感情や想いを汲み取ることから始めている。 選択肢を用意し、言葉掛けを工夫し、自己決定を意識して対応している。		
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	その人の生活ペースにあわせ、安全を考慮しながら行動制限をかけない様に、各職員が意識できている。		
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	行きつけの理美容店へ行けるよう支援を行っている。 情報収集し、衣類などの好みの把握に努めている。		
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	毎日、買い物・炊事・食事・片付けをスタッフと共に行っており、教えていただくことも多い。 季節の食材を使ったり、施設の畑に作物を取りに行くなど、一緒に関わって食事を楽しんでもらっている。	★利用者は持てる力に応じて、職員と一緒に買い物をしたり、野菜の皮むき・食材を切ったりしている。利用者と職員が同じテーブルで会話を交えて楽しく食事をしている。利用者個々の使い慣れた箸・湯呑みコップ・ご飯茶碗を使用している。	
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	一日の摂取カロリーを1400kcalとし、利用者の状況に応じて食事量を加減している。 水分量も、1200～1400ml/日摂取するようにし、その摂取量を記録し、共有している。		
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	毎食後の歯磨きの声かけを行い、見守りや介助を行っている。義歯の洗浄・消毒については出来ない所を支援している。(週に2回、全員の義歯の洗浄を行っている。)		

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	利用者の生活リズムに沿ったさりげない支援を基本とし、利用者の排泄パターンに応じて、声かけ・トイレ案内などの介助を行っている。可能な限りオムツを使用しないようにしている。	排泄パターンを把握し、サインやタイミングを見計らって利用者一人ひとりに応じた案内や排泄支援をしている。	
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	食材の工夫や日ごとの運動により自然な排泄が出来るよう取り組んでいる。必要量の水分補給が出来るように働きかけている。		
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	2日に1回を基本ペースにしているが、本人の希望に合わせた入浴できる体制をとっている。	利用者は2日に1回は入浴している。個人持ちのシャンプー・リンス・洗面器を使い、タオルやスポンジも利用者の好みに応じている。	
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	個々の生活習慣を尊重し、なるべく日中の活動を促しながら本人の希望に沿った支援を心がけている。 室温・湿度調節や寝具調節を行い、快適に眠っていただけるよう支援している。		
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	入居時及び変更時に個々の薬の内容や用量について把握し、服薬の支援及び経過観察を行っている。服薬時は名前と本人を再度確認し、誤薬防止を行っている。		
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	掃除・洗濯・調理・配膳・買い物・野菜作りなど個々にあった役割、楽しみをスタッフと共に行っている。 おやつ時にコーヒーや紅茶などを飲みながら、会話を楽しんでいただいている。		
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	2Fは平均要介護度も1Fより低く、散歩・定期の買い物以外にも、行きつけのお店・喫茶店外出なども行っている。	天気の良い日には、少人数で散歩にでかけている。また、コンビニで好きなものを買ったり、馴染みの喫茶店に行くこともある。法人系列の事業所の大型車でドライブ外出の支援も行っている。	

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
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	家族や本人の状況・希望を勘察し、相談しながら対応している。預かりとは別に個人ので所持金がある方は、買い物時に同行し、見守り・助言を行っている。		
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	2Fでは2名個人の携帯電話を持っておられ、直接家族・知人と連絡をとりあっている。 又、家族・知人に向けて手紙を書いておられる方も居られる。		
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	季節の草花や職員と一緒に作った作品を飾り、家庭的な雰囲気・居心地の良い環境づくりに心がけている。	2階の共同食堂・台所・居間には天窓から明るくやわらかな日差しが差しこんでいる。壁には利用者が作成したり持参した作品がたくさん飾ってあり、居心地の良い環境づくりへの配慮を感じる。	まとめて購入している茶葉が戸棚の上にあり、軽量ではあるが周囲との調和がとれず、検討を要する。
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	気の合う仲間同士や家族との団欒に利用できる様、テーブルの他にソファも設置している。		
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	本人・家族の希望する家具類や使い慣れた物を、持って来ていただいている。 また、家族の写真や花を飾るなど個別に好まれるものを飾り、居心地の良い空間となるように心がけている。	洋間・和室があり、使い慣れた筆筒や衣装ケース・テレビ・時計等が持ち込まれ、写真や置物・花を飾り、居心地よく工夫されている。中には、友人の協力により、押し絵教室で仕上げた作品もあり、個性豊かな居室空間となっている。	
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	さりげない見守りのもと、残存機能を生かした生活支援を行っている。利用者の状態に合わせて安全対策と自立への配慮を行っている。		

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	3170300481	
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 しみず苑1F	
所在地	鳥取県倉吉市宮川町155-18	
自己評価作成日	平成27年9月15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	http://www.kaijokensaku.jp/317/index.php?action_kouhou_detail_2014_022_kanri=true&igoyosyoCd=3170300481-008PrefCd=318VersionCd=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未来
所在地	鳥取県倉吉市東仲町2571
訪問調査日	平成27年 9月30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)】

施設基本理念をもとに、グループホームの基本と言える一軒の家を目指して、日々の業務に取り組んでいる。
 地域との繋がりを密にして、「地域の中のグループホーム」になることを目指して、日々努力している。
 スーパーマーケットや商店・病院や倉吉未来中心などが徒歩圏内にあるといった好立地条件を活かし、散歩や買い物に出かけ地域に溶け込んでいる。畑作業や防災体制など、地域の方にたくさん協力をいただいている。
 小学生・高校生のボランティアの受入れなども行っている。
 そばに系列施設もあり、より多くの人との交流も図れている。

【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)】

別紙参照

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 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. 全くいない
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、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、安心して暮らさせている (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	施設・スタッフは理念に基づいた目標を設定し管理者の指導のもとに取り組んでいる。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地区公民館行事への参加。事業所の祭り・避難訓練の地域住民の参加、野菜作りの指導を受ける等、日常的に交流を行っている。		
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	木曜会・学生のボランティア受入れなので、認知症についての理解や支援方法などを話している。また、介護老人福祉施設へのボランティア参加、交流会の受入れ等を継続的に行っている。		
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	利用者やサービスの実際、評価への取り組み等を報告し、外部の方の意見をサービスに反映している。		
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	施設内の変更事項や情報提供など、随時連携をとっている。 運営推進会議においても、市役所担当課、地域包括支援センター職員に参加していたり、情報提供・意見交換を行っている。		
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	運営規定及び重要事項説明書に「身体拘束その他の行動制限」を明示し、これを基本としている。ミーティング時などに話し、職員が共通認識・正しく理解するよう取り組んでいる。		
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	研修会への参加や職員学習会で取り上げ、個々の意識向上を図っている。		

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
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	研修会へ参加し理解を深めている。対応が必要と思われるケースについては随時支援体制をとっている。		
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	契約締結時には利用者、家族に説明を行っている。改訂の際には文書による通知及び個別に説明し、理解いただいた上で同意印をもらっている。		
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	利用者の言動からその想いを察する努力をし、速やかな対応を心がけている。定期的なカンファレンスを行い、家族にも出席を呼びかけている。		
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	ミーティング、運営会議を毎月実施し、職員の意見を聞いている。 個別に意見を聞く機会を設けている。		
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	日常の業務や運営会議において、勤務状況の把握に努めている。勤務時間や雇用形態について、可能な限り個々の希望を聞いている。		
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	パート職員を含め、全職員を対象として法人内外研修に出来る限り参加している。日々の利用者への関わり方について、模範的職員をお手本に、学ぶことの大切さを指導している。		
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	他施設とのスタッフを交換する「相互研修」を継続的に行っている。 GH協主催の研修会にも参加し、他施設の職員とも交流をはかる。		

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
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	十分な時間を費やし、本人・家族から「これまでの生活」及び「これからの生活」についての意向を受容している。体験デイサービス等の利用で不安の軽減に努めている。利用者に寄り添う対応に心がけている。		
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	家族から見た心配事や求めていることを受容し、本人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。施設へ見学へ来ていただくよう、積極的に働きかけている。		
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	入所前の面談や関係者からの情報収集により、まず必要とされている支援を確認し、スタッフ間で共通認識し対応している。また、地域包括支援センターからの情報も参考にしたり、他事業所のサービスにつなげる等の連絡調整を行っている。		
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	利用者を尊重し、共に生活・共に感動することを心がけている。 家族のような関係作りに心がけている。		
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ことにより、支援について可能な限りご家族と一緒に考えるように工夫している。可能な家族には、定期受診の同行をしていただいている。		
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	家族・知人の訪問は多い。 外出時も行きつけのスーパー・美容院、飲食店などを利用するようにしている。		
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	一つの家として、個々の可能な範囲で何らかの役割を持ちながら、利用者同士、またスタッフと共に生活している。心身の状況、感情の変化に対応した働きかけをしている。		
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
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	尊厳のある生活の基本であり、利用者中心で考え取り組んでいる。利用者の言動からも、個々の想いを把握するよう努めている。本人に合った声かけ・関わり方をカンファレンス等で話し合い、共通理解している。		
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・かかわりの深かった方などから情報を収集している。又、利用後もその都度情報収集に努める。		
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に接し、変化に対応できるように努めている。 また、気づきをスタッフ間で共有するようにしている。		
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	スタッフ全員の意見と本人・家族の意向を確かめながら、利用者主体の介護計画を計画し、その計画について本人・家族のサインを頂き同意をもらっている。		
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	日々の変化・気づき等を記録し、申し送りの際に共有している。また、連絡ノートを活用し、内容が確実に伝わるように閲覧した職員はサインすることにし、情報共有を図っている。		
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	共用型認知症デイサービスと他事業所のサービスを組み合わせることにより、より柔軟な対応が出来ている。		

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	地域ボランティア・学生ボランティアの受入れ、交流などを楽しんでもらっている。畑作りなど、地域住民の方と一緒に取り組んでいる。		
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	本人及び家族の意向に沿って主治医を決め、状況報告や受診介助等の支援を行っている。また主治医変更時にも本人・家族の了解を得ている。		
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	毎日の健康チェックや日常の関わりの中で気づいた体調の変化などは、常勤の看護師に相談し、速やかに対応を行っている。受診の必要な時は支援を行っている。ご家族への連絡・相談も適時行っている。		
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。	医療機関との連携は常日頃より行っており、主治医・家族と協力しながら、早期退院に向けて取り組んでいる。また地域連携室との情報交換は密に行っている。		
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、事業所です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	入所契約時に、看取り・重度化した場合の意向などについてあらかじめ聞くようにしている。個々の状態の変化により、看取りの対応が必要な時には「看取り指針」に基づき、再度家族に説明し、意向に沿った対応を行う。		
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	緊急時対応マニュアルに沿って、日頃より説明を行っている。年に1回消防署の緊急救命講習及び実技指導を受けている。		
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	消防署と地域の協力員さんの協力を得て、定期的に避難訓練を実施し避難方法や経路の確認が出来ている。また、避難の際の対応などについて助言、指導を受けている。		

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
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	管理者による指導や実践の中で個別に人格を尊重した支援方法を検討し、フロアーミーティングで話し合い、統一した対応が出来るように努めている。		
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	寄り添うことを心がけ、その人の感情や想いを汲み取ることから始めている。 選択肢を用意し、言葉掛けを工夫し、自己決定を意識して対応している。		
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	その人の生活ペースにあわせ、安全を考慮しながら行動制限をかけない様に、各職員が意識できている。		
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	行きつけの理美容店へ行けるよう支援を行っている。 情報収集し、衣類などの好みの把握に努めている。		
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	毎日、買い物・炊事・食事・片付けをスタッフと共に行っており、教えていただくことも多い。 季節の食材を使ったり、施設の畑に作物を取りに行くなど、一緒に関わって食事を楽しんでもらっている。		
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	一日の摂取カロリーを1400kcalとし、利用者の状況に応じて食事量を加減している。 水分量も、1200~1400ml/日摂取するようにし、その摂取量を記録し、共有している。		
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	毎食後の歯磨きの声かけを行い、見守りや介助を行っている。義歯の洗浄・消毒については出来ない所を支援している。(週に2回、全員の義歯の洗浄を行っている。)		

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	利用者の生活リズムに沿ったさりげない支援を基本とし、利用者の排泄パターンに応じて、声かけ・トイレ案内などの介助を行っている。可能な限りオムツを使用しないようにしている。		
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	食材の工夫や日ごろの運動により自然な排泄が出来るよう取り組んでいる。必要量の水分補給が出来るように働きかけている。		
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	2日に1回を基本ペースにしているが、本人の希望に合わせた入浴できる体制をとっている。		
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	個々の生活習慣を尊重し、なるべく日中の活動を促しながら本人の希望に沿った支援を心がけている。 室温・湿度調節や寝具調節を行い、快適に眠っていただけるよう支援している。		
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	入居時及び変更時に個々の薬の内容や用量について把握し、服薬の支援及び経過観察を行っている。服薬時は名前と本人を再度確認し、誤薬防止を行っている。		
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	掃除・洗濯・調理・配膳・買い物・野菜作りなど個々にあった役割、楽しみをスタッフと共に行っている。 おやつ時にコーヒーや紅茶などを飲みながら、会話を楽しんでいただいている。		
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	毎日の散歩以外にも、本人の希望があれば、車などで出来る限り外出している。		

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	家族や本人の状況・希望を勘案し、相談しながら対応している。預かりとは別に個人ので所持金がある方は、買い物時に同行し、見守り・助言を行っている。		
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	本人の希望に沿って、電話や手紙のやり取りを支援している。		
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	季節の草花や職員と一緒に作った作品を飾り、家庭的な雰囲気・居心地の良い環境づくりに心がけている。		
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	気の合う仲間同士や家族との団欒に利用できる様、テーブルの他にソファも設置している。		
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	本人・家族の希望する家具類や使い慣れた物を、持って来ていただいている。 また、家族の写真や花を飾るなど個別に好まれるものを飾り、居心地の良い空間となるように心がけている。		
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	さりげない見守りのもと、残存機能を生かした生活支援を行っている。利用者の状態に合わせて安全対策と自立への配慮を行っている。		

目標達成計画

作成日: 平成 27年 11月 17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	6	転倒予防の為センサーを使用する際、ケアプランや記録の中に具体的に時間帯や使用期間を示す。	転倒予防の為のセンサーを使用する際、使用時間帯・使用期間を記入する。	ケアカンファレンスを行い、個人個人のセンサー使用時間帯・使用期間を決めケアプランに記入する。	6ヶ月
2	26	ケアプランに基づいた生活記録を増やし、モニタリングや評価につながる様、記入に工夫する。	日々の生活の記録をケアプランに反映させ記入を行う。	ケア目標に対して番号をつけ、番号に対して日々どのようなケアを行ったのかを記入する。記録用紙を記入しやすい様変更する。	6ヶ月
3	30	家族が通院する際には、出来れば受診連絡表の様な情報提供表を作成する。	受診連絡帳を作成し、活用する。	看護師と相談し、主治医に負担にならない程度の連絡帳を作成する。 家族・主治医に協力依頼をする。	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、行を挿入して下さい。