

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	3191400104		
法人名	社会福祉法人 赤崎福祉会		
事業所名	グループホーム はなみ		
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤崎1078-7		
自己評価作成日	平成29年10月31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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO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11月14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)】

・出かける楽しみや、住み慣れた地域で馴染みの方や地域の方と触れ合う機会を多くし、張り合いや意欲向上につながるよう支援している。また、出前等希望を取り入れて、楽しみのある生活を提供している。認知症カフェに取り組み、町の協力により特別支援学校の出前カフェと共同で実施。地域住民や支援学校の生徒等と交流を深めながら認知症・障がいへの理解につなげる機会としている。県が取り組んでいる「認知症の重度化実践予防塾」にH24年度から毎年参加している。「体調を整えるケア」+「プライドを大切にしたいケア」を基本としている。本人、家族の気持ちを大切にしながら個別の出来る事に注目し持てる力を発揮出来るよう支援している。主治医、家族、専門医、専門職と連携を深めた支援に取り組んでいる。

【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)】

①一人ひとりの日常生活が丁寧に記録され、介護計画の達成度が全職員で共有でき、ケアの向上に取り組んでいる。②地域の資源を活用して、住み慣れた地域で馴染みの関係が継続できるよう力を入れている。保育園、小学校、特別支援学校、地域ボランティアの受け入れ等地域社会との関りを大切にしている。③利用者の生活パターン、居室での生活が安心安全に出来るよう、理学療法士、言語聴覚士を定期的に招きアドバイスをうけて、快適な生活の配慮が出来ている。④接遇に気を付け心地良い会話が交わされている。⑤昨年度、非常口の外の避難経路が整備された。避難訓練に地域の人の参加者が増え、意見交換により、連携しやすくなった。⑥1日1回ヨーグルト、7分づきの玄米、きのこ類の提供など、メニューに気を配り「体調を整えるケア」に力を入れている。

ora		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

★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	H28年8月苑内研修の際、皆で事業所理念を再構築し、事務所内に掲示している。住み慣れた地域での安心した生活、馴染みの人や場所との関係性の支援を念頭に、事業計画に盛り込み実践出来るようにしている。	昨年度、自分達で見直しをした事業所理念をもとに、日々の業務に取り組んでいる。事業計画にも盛り込み、事業所と地域の関係を大切に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	地域の催し(祭り、小学校運動会、生活発表会、とんどさん、町文化祭、秋祭り、夏祭り)に参加している。琴浦保育所との交流で一緒に、さつま芋の苗植え、収穫、おやつ作りを行った。地域の子供会と保護者を招いて交流会を実施した。今後、地域と焼き芋を予定している。	近くの保育所との交流や今年度実施の子ども会との交流は参加者も多く、利用者も楽しむ事ができた。3年目に入った認知症カフェは、毎月1回行なっているが、参加者が伸び悩んでいる状況である。	認知症カフェの企画運営を改めて見直し、さらに地域の方の参加が増える工夫をしてみしてほしい。
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	認知症カフェを実施している。9月はジビエを招き猪肉で餃子づくり、10月は琴浦町食事改善委員会に協力してもらいやさしい在宅介護食を学ぶ機会を取り入れた。		
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	3か月に1度開催。事業計画、事業報告、外部評価結果等を報告している。また、年4回の防災訓練にも委員の参加があり、意見やアイデアを頂きサービスに反映している。	入居者、地域住民、区長、役場職員が参加して行なっている。昨年度、会議での意見をもとに避難通路を改善し、とても避難しやすくなったとの声が出ている。また、利用者からの意見・苦情についても一緒に考える機会となっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議に参加して頂き、町内の情報提供をうけている。認知症カフェにアドバイザーを派遣して頂き住民への広報等協力してもらっている。	運営推進会議において情報提供を受けたり、認知症カフェ「琴カフェ」の運営についての助言をもらっている。	
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	H28年8月ユニット会で勉強会実施。身体拘束廃止検討委員会に月に1回参加。自分たちのケアを振り返り、他事業所の事例も参考にし、身体拘束をしないケアを実践している。9月8日新規入所者、家族要望もありセンサーマット使用している。	家族の要望によりセンサーマットを使用している利用者が1名あるが、その他は理学療法士のアドバイスをもとに、転倒を防ぐ家具の配置などで工夫をしている。また、接遇研修を行い、言葉での拘束もしないよう努めている。	

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
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	H29年8月にユニット会で勉強会を実施。また身体拘束廃止検討委員会でもチェックリストで勉強している。		
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	H29年8月ユニット会で勉強会実施。面会者や家族にも活用して頂けるようにパンフレットを玄関に置いている。		
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	個別に十分な話し合いの時間を設け、利用料金や起こりうるリスク等の不安や疑問を伺い、理解、納得して頂きながら契約を行っている。		
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	利用者が司会をし、皆で思いを話し合う場を月1度「はなみ会」と称して開催し、意見要望を伺っている。出された意見は行事や外出支援、日々の献立等で具現化するよう努めている。	日頃から利用者によく対話をし、意見要望をくみ取るように努めている。また、家族へは電話等で連絡を取り、日々の状況を伝えることで関係を深め、意見を言いやすいよう配慮している。年1回、家族の方への満足度アンケートを法人全体で行なっているが、少々マンネリ化している感もある。	アンケートの内容、結果の活用の仕方等、改めて検討し直してみてもどうか。
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	毎月のユニット会等で業務の改善課題等気づきや意見を発する機会を設けている。年2回の個別面談もあり、意見要望を聞く機会を設けている。	管理者と職員は日ごろからコミュニケーションが取れており、意見を言いやすい関係ができています。また、年2回の個別面談でも意見や要望を聞き、その都度対応をしています。	
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	職員育成の取り組みとして苑内外の研修に積極的に参加させている。		
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	月1回～2回の苑内研修、外部研修への参加、職員間での伝達研修を行い、職員の育成に努めている。また階層別研修も取り入れて育成に努めている。新任研修に主任も参加しフォローアップに努めている。		
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	他事業所の夏祭り、秋祭りに参加し、交流を図った。琴浦町GH連絡会で6事業所が集い話し合っている。		

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
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	事前面談で本人に会い生活状態を把握するよう努めている。また、本人の思いに向き合いながら、日々の生活の中で楽しみを持ち不安感が払拭できる関わりを心掛けている。		
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	今までのサービス利用状況等これまでの経緯や、困っていること、不安に思っていることについてじっくり聞くようにしている。家族が求めていることを伺いながら、事業所としてどのような対応ができるかを事前に話し合っている。		
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	相談時、家族の思いや本人の状況をよく伺い、実情を確認しニーズを探り、改善に向けた支援を行うように努めている。		
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	本人の持っている力を引き出せるよう、できる事を模索しながら、生活の中で活かされる場面や役割作りを増やしている。その関わりの中で職員の知らない、昔ながらの知恵を教わりながら関係を築いている。		
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	日々の暮らしの出来事や気づきを伝える事で共に支え合う関係作りを努めている。月に1度生活状況を写真を添えてお便りしている。家族と墓参り、喫茶店に外出、同僚へ会いに行く等のケアプランの方もいる。娘氏帰省時に1週間程度自宅外泊される方、週1回外泊される方もいる。		
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	馴染みの鮮魚店へ買い物に出かけ、馴染みの方との継続的な支援に努めている。馴染みの食堂で外食したり、出前を頼んだりして楽しんでいる。	地域の公民館行事に参加するなど、地域との関係継続が出来るよう支援している。周辺の散歩のときは、挨拶が交わされる関係が生まれてきた。馴染みの鮮魚店や野菜やパンの販売が定期的であり、交流を楽しみにしている。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係性について職員間で情報共有し把握に努めている。その時々の方の心身の状態や感情で変化がある為職員が間を取り持ち調整役として支援している。		
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	退去された方の家族の訪問があった際には、ゆっくりとお茶を飲みながら話をしている。また、地域で出会った時等近況を伺ったり、ホームの様子を知らせたりしている。		

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
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	ひもときシートを活用して、本人視点で日々の関わりができるように取り組んでいる。利用者のつぶやきや表情から思いを押し量り職員間で共有している。	ひもときシートを活用し、職員全員で利用者の視点で意見を出し合い、思いや意向の把握に努めている。また、把握が困難な場合は、家族や馴染みの人からの情報を集めている。	
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	本人、家族から情報を聞き取り把握に努めている。また、馴染みの方と出会った時も情報を伺うことで家族の知りえない利用者の様子を知り得る機会となっている。		
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	個々の生活リズムを把握し、共に過ごしながら表情や言動から思いを汲み取り出来る事に注目し現状の把握に努めている。職員間で連携し情報を共有している。		
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	本人家族の思いや意見を取り入れ反映させるようにしている。専門職とも連携しアドバイスを反映している。月に1度モニタリング、カンファレンスを行い、現状に即した介護計画となるよう取り組んでいる。6か月に1度のサービス担当者会議に家族参加を取り組んだ。	本人、家族の思いや意見は日ごろの関りの中で把握するようにしている。一人ひとりの現状、課題を職員全員で共有し、専門職と連携し、月に1度モニタリング、カンファレンスを行い介護計画を作成している。6か月に1度のサービス担当者会議で家族の確認を得ている。	
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	個別のサービス計画チェック表で日々の生活状況ケアの実践結果を記入している。本人の出来る事など、新たな気づきを職員間で話し合い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	誕生祝で外食し、親子水入らずのひと時を過ごされたり、面会時食事をご一緒されたりとその時々のご希望に副った柔軟な対応をしている。		

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
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	小中学校から招待されて出掛けたり、近くのNPO法人東伯けんこうから新鮮な地産の野菜果物を買ったり個々に好きなおやつを買ったりして豊かな生活を提供している。		
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、家族の希望するかかりつけ医になっている。必要に応じて専門医の受診を行っている。定期受診だけでなく、異常がみられる時は都度受診対応している。	それぞれのかかりつけ医を把握し、希望に沿った受診が出来るよう支援している。また、緊急時など体調に応じて受診できるよう医師と事業所との関係を築いている。	
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	定期受診、往診時に日々の生活状況が記録してあるチェック表を確認して頂きながら関わりの中で捉えた情報や気づきを報告し、相談アドバイスを受けている。また、いつもと様子が違うとき等電話で報告相談し、指示を仰いでいる。必要に応じて処置、点滴除去等連携を図っている。		
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。	入院時、本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供したり、安心して治療できるように職員が見舞うようにしている。		
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	契約時にターミナルケアについて家族に話をしていく。また状態変化に伴いご家族の意向を伺っている。2名の方が医療継続となり退所となった。重度化している状態に合わせPT・STと連携しケアに反映している。	★重度化や終末期のあり方を入所時に説明し、承諾を得ている。また、状態の変化に伴いその都度意向確認をしている。協力医療機関や、理学療法士、言語聴覚士のアドバイスを受けながら、家族とともに支援できるよう取り組んでいる。	
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	苑内研修で急変・救急時等の研修を行っている。		
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	地域の消防署の協力を得て、夜間を想定し避難訓練を実施している。地域の方の意見を反映し整備した避難通路を活用し訓練をしている。地震想定訓練も実施出来た。11月は、地域住民に多く参加してもらえるように日曜日を予定している。	★昨年の大地震の経験から、地震時避難経路を作成して訓練を行った。また、地域の人に呼びかけ夜間の火災を想定した訓練を行い、地域の方との連携をどのようにするか確認でき、大きな成果である。備蓄は、水等の食料に加え、ストーブや簡易トイレ等も増やした。	

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	ユニット会で学ぶ機会を設けている。アンケートを活用し、自分を振り返りながらケアに気を配っている。	法人内で作成したチェックシートを利用し、自己を振り返る機会をつくったり、接遇研修もユニット会で行い、日々利用者との対応を工夫している。	
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	個々に声をかけるようにしている。自己決定が難しい方には、表情や言動から汲み取りながら選択して頂いている。		
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	本人のペースに合わせて、その時々希望を聞き入れてケアしている。本人の表情等から食事時間を変更したり、好みのメニューに替えたり、ドライブに出かけたりしている。		
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	馴染みの化粧水や乳液を使用している方、ハッピー号を利用し毛染めやパーマでおしゃれを楽しんでいる方もある。お化粧をされる方もいる。		
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	包丁で野菜を切ったり、盛り付け、味見等できる力を発揮して頂いている。ホットプレートを利用したり、おはぎを作ってもらったりしている。片付けを役割にされる方等、できる事に取り組んでいる。	洗い物、食材を切るなど、できる利用者にはしてもいい、能力を活かしている。時々出前を取ったり、誕生日には利用者の好きなものを提供したりと、目先を変えており好評である。1日1回のヨーグルトの提供、野菜中心にするなど、メニューに工夫がみられる。	さらにカロリー一面等も考慮するために、栄養士にアドバイスをもらう機会を設けてみてはどうか。
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	日々の生活チェック表を活用している。食事摂取量が少ない方には、個別記録表を使用し、かかりつけ医と連携をとりながら対応している。好みの食べ物や飲み物等を提供している。ほしくない時は、無理強いせず時間を置いて違う物を提供したり工夫している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。週2回入れ歯洗浄剤で消毒している。個々に合った物を使用し、口腔内を清潔に保つように取り組んでいる。口腔ケアの研修を伝達しケアに取り入れている。ST・歯科医師にアドバイスをもらっている		

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	排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握しながら案内を行いトイレで排泄できるよう支援している。オシメ使用の方でもポータブルやトイレで排泄できるよう取り組んでいる。介助者にも負担のない支援ができるようPTのアドバイスを受けている。	日中はおむつを使用している利用者でも、チェック表の活用により排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を促している。また、理学療法士のアドバイスのもと、職員にも負担が少ない支援ができるよう配慮している。	
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	7分で精米したお米に麦を混ぜている。ヨーグルトを1日1回出し、毎食1品にきのこを入れ、わかめ等海藻類も取り入れるようにしている。献立を立てる時のポイントを取り決めてあり、目安としている。ゼリーを作り水分量を増やす工夫をしている。朝日を浴びながらの運動に取り組んだり、個別で温湯法も実施している。		
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	利用者にその日の希望を聞きながら入浴していただいている。同姓介護を希望する方、異性の介護を希望する方等、なるべく希望を聞き入れながら個々に合った支援をしている。浴槽に入るのが困難な方にミストサウナを設置した。	入浴を嫌がる利用者も時々あるが、何人かの職員で声掛けを行う等により、2～3日に1回は入浴できている。昨年度はミストサウナを設置。まもなく、特浴も設置される予定で、職員の負担も減るものと考えられる。	
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	朝日を浴びながら体操を行ったり、日中の活動量を上げる事で夜間良眠出来るよう努めている。寝つけない時は、生姜湯を提供したり、希望に添ってホールベットを使用する方もおられる。		
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	処方箋を個々のケース記録に綴り、効能、副作用について理解できるようにしている。処方薬についても引継ぎノートに記入し服用時からの経過を引き継ぎ、異常がないか連携して観察している。		
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	食事作り、食器洗い、食器拭き、洗濯たたみ、洗濯干し、モップ掃除等の日課やちぎり絵、生け花、パズル、塗り絵など楽しみながら取り組んでいる。らっきょう、梅干し、干し柿、干し大根、金山時味噌作り等教わりながら作った。		
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	希望に副い散歩、買い物、ドライブに出かけよう支援している。夫の月命日にお寺へお参りする方、馴染の友人に会いに行ったりした。対応できる家族には、行きつけの喫茶店と一緒に出かけてもらおうなど協力してもらっている。	★利用者個々の外出表があり、外出頻度や場所等が一目でわかるようになってきている。中庭へ出て体操を行う、駐車場を散歩するなど季節を感じる事ができる。また、年間計画に盛り込んだ外出支援や家族との外出も行っている。	

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	預かり金の管理は職員が行っているが、レジで支払う際に渡して、支払って頂く。		
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	本人が電話を掛けたい時、プライバシーに配慮し子機を使用し自室でゆっくり話が出来よう配慮している。県外の家族に、FAXでやり取りしたり、葉書に塗り絵を施し送ったりしている。		
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	天気の良いときはベランダに椅子を用意してお茶タイムを楽しんだり、廊下やホールの窓際にソファを置いて思い思いに過ごせる空間作りをしている。本人用のひざ掛けやクッションを使用し過ごしやすくしている。	2時間おきの温度湿度チェック、1日3回の換気をし、快適な環境が保たれている。居間の隅にはベッドがあり、誰でも使用可能になっており、夜1人では眠れない利用者に活用している。廊下の隅にソファを設置し、1人になれる空間もつくってあり、思い思いに過ごせる工夫がある。	
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	廊下にソファを設置し、一人で過ごしたり、仲の良い方同士ゆっくりくつろげるスペースを作っている。		
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	家族の写真や使い慣れた品々を思い思いに飾っている。懐かしい写真をアルバムにし、いつでも見て楽しめるようにしている。自分で生け花をして飾ったり、好みの音楽を流して聞いている方もある。必要に応じて芳香剤を使用されている方もある。	居室は明るく、写真や飾りも適度にあり、整理整頓されている。転倒予防の視点で理学療法士のアドバイスを受け、家具の配置等を工夫している。ポータブルトイレを設置している部屋もあるが、日中はカバーをかけ、においも特に気にならない。	
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	理学療法士に相談しながら個々に合った福祉用具、自室環境整備、リハビリメニュー等アドバイスを受けている。理学療法士の助言を家族に報告したり家族立会のもと一緒に話し合いをしている方もある。部屋が分からない方に花の貼紙、トイレが分からない方に矢印を貼るなど工夫してい		

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	5	【ことカフェ】で、地域住民が認知症についての相談を気軽にできるよう行政と連携して取り組む。	【ことカフェ】に、地域住民の参加者を増やし、認知症についての相談が気軽にできる関係を築く。また啓発等取り組む。	地域に出向き、独居の方、ミニデイを利用している方をお誘いする。仲の良い2~4人の少人数で遠慮なく話せる関係作りに取り組む。支援学校生徒と一緒にチラシ配りを行うことも引き続き行う。小人数でゆったりくつろげる空間に配慮する。	12ヶ月
4					
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。