

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	1691100158		
法人名	社会福祉法人 射水万葉会		
事業所名	福祉プラザ七美 認知症対応型共同生活介護		
所在地	富山県射水市七美 879番地 1		
自己評価作成日	平成30年3月1日	評価結果市町村受理日	平成30年4月13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	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成30年3月15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)】

日常生活での調理手伝いや食器拭き、洗濯物干し、たたみ物、掃除、畑の手入れ等の生活リハビリを大切に、身体機能の維持・向上や、認知症予防に繋げている。個別対応での外出行事を多く取り入れ、地域の行事・外食・季節に合わせてお花見等、なじみの地域や親しみのある場所へ出掛け、気分転換を図り、利用者にグループホームでの生活を楽しんで頂けるよう取り組んでいる。入所者との関わりを最優先にし、一人一人の願いやこだわりを知り、出来る限り実現できるように職員間で話し合い、1つでも多くかなえられるよう頑張っている。

【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)】

理念「地域共に支え合い、その人らしく、ぬくもりと愛情に満ちた笑顔あふれる生活を支援します。」を掲げ、職員は理念に基づいた各自のケア目標を作成し、理念を意識したサービス提供が行われている。利用者・家族と積極的にコミュニケーションを図り、個々が希望するホーム生活の実現に向けて、家族の面会時にはケア記録で日々の生活状況の報告をし、忘年会でアンケート調査実施をするなど忌憚のない意見・要望の把握に努め、利用者一人ひとりと向き合い、個々の出来る生活リハビリを取り入れた、その人なりの生活が過ごせるよう個別ケアに力を入れている。地域行事の積極的参加や季節ごとの外出・バス遠足での工場見学・外食など、外出の機会を多く持ち、利用者と一緒に制作した「観音様」が福祉プラザ内のつくりもん祭りで優勝するなど、楽しみながら活気ある生活が過ごせるよう取り組んでいる。また、ホーム内は純和風の設えで、自宅に近い環境で過ごしていただき、廊下・居室は畳張り転倒時の怪我軽減につながるなど、安全・安心に過ごせるよう配慮されている。

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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
66	職員は、生き活きと働けている (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
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
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

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	理念に基づいて、笑顔あふれる生活を心がけ日々の支援に取り組んでいる。理念を常に共有できるよう、名札裏面に明記し、個人のケア目標を掲げ、実践できるよう努めている。	職員の意見を取り入れた理念を事業所内に掲示するとともに、理念と各自のケア目標を掲載した名札を携帯することで理念の共有を図っている。職員各自のケア目標は6ヶ月ごとに達成状況を確認・見直しすることで、理念に基づいたケアの実践につなげている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域行事への誘いが増え、住民運動会では競技に参加するなど顔馴染みの関係が深まってきている。地域ボランティアからは、人手不足の手助けをしたいとの意見も頂くようになった。	地域行事(住民運動会・ふるさと祭り・文化祭・三世代交流会・公民館まつりなど)や地元小学校・保育所との交流、ホーム納涼祭・餅つきに地域の方々の参加、地域ボランティアの受け入れ、事業所を開放しての地域「うたごえ喫茶」開催など、地域の方々と積極的に交流する機会を多く持っている。	
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	職員研修を公開講座として地域の方々にも参加してもらうことで、病気や認知症への理解を深めている。また、運営推進会議でも認知症の方の理解に繋がるよう努めている。		
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ヶ月に1回運営推進会議を開催し、サービス状況や行事などの取り組みを報告し、意見交換を行いながら評価をもらい、サービス向上に繋げるよう努めている。	会議は2ヶ月ごとに開催し、運営状況・活動内容・介護状況(ヒヤリ・ハット事例等)を報告し、地域情報収集や意見交換を行い、サービス向上に活かしている。会議録をホーム内に設置し、家族に閲覧していただいている。委員の協力で今年度、住民運動会の競技に参加している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議で行政担当者の参加もあり、その都度、報告事項や問題提起を行っている。疑問点や課題等がある際には、相談・助言をもらうなどしてサービスに反映している。	市担当者は、運営推進会議に出席しホームの実情を把握しており、いつでも相談・助言をいただける関係を築いている。県外の利用申し込みや家族からの介護保険の質問時には、市担当者から助言をいただいている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	見守りの工夫や環境を整備し、安心・安全に過ごしてもらい、利用者の行動を抑制しないよう努めている。普段はエレベーターや階段の鍵が施錠されているが、外出や帰宅願望の方がいれば動向をみながら職員が付き添っている。	マニュアル整備や研修を通じ、身体拘束のリスクや具体的な内容を理解し、利用者の言動を見極め、行動抑制しない個別ケアを検討しながら、身体拘束しないケアが実践されている。エレベーター起動時には暗証番号が必要であるが、1階エレベーター前に暗証番号の掲示や家族に了解を得ている。ホームがある2階フロア内は自由に行き来ができ、利用者の状態や要望に合わせて職員と一緒に行動している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	GH会議で、職員の口調や利用者に対する声掛けの仕方等、注意事項の再確認を行っている。職員のストレスについても、職員の少ない夜間帯での連絡体制の整備など、不安感の軽減にも配慮した取り組みを行っている。		

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
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	職員研修、会議において、職員全員が、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っている。外部研修にも積極的に参加し、ケア会議を利用して研修報告を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	利用申し込み時には、施設の概要を説明し、見学した上で入居申し込みを頂いている。契約締結時、解約時には契約書・重要事項説明書等で十分な説明を行い、利用者や家族の理解・納得を得ている。		
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	家族来訪時に、本人の様子を報告し、話をするようにしている。こちらから相談を持ちかけ、要望等を気軽に出示してもらえるように心がけている。家族参加の忘年会ではアンケートをとり、意見、要望にすぐに対応できるようにしている。	家族面会時にはケア記録で日々の生活状況を知っていただき、家族が参加する「忘年会」で、サービス状況のアンケート調査を実施し、忌憚のない意見・要望の把握に努めている。その意見・要望は記録し、職員は毎朝確認し、全員で共有しサービスに反映している。	
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	月1回のケア会議で、職員が積極的に、提案や意見を出せるような雰囲気づくりに配慮している。人事考課により、本人の意向や相談にも応じており、働きやすい環境に努めている。	職員は、ケア会議や自己評価後の管理者との個人面談で直接意見・提案を言う機会を持っている。日々のサービス提供時や会議での意見・提案は、管理者が法人管理者会議で報告・検討し運営・サービスに反映している。	
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	半年に1回、職員個々の努力や実績、勤務状況に対し人事考課を行い、給与及び賞与に反映させている。また、労働時間や労働条件、家族環境に合わせて勤務形態も考慮している。		
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	法人内全体研修会が毎月開催されている。また、勤務調整をし、全職員が研修を受ける機会を得られるよう配慮している。受講者は職員会議時に研修内容を報告し、研修情報を全職員で共有できるようにしている。		
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	研修に積極的に参加し、交流する機会を作っている。		

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	不安や戸惑いが少しでも軽減できるよう、何度も耳を傾け、信頼関係、環境づくりに努めている。		
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	利用開始時には、家族に利用者の過去の生活歴等を聴取し、家族が困っていること、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。		
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、入所時等に本人、家族、医師、関係者から十分なアセスメントを行い、必要としている支援の方向性を見極め、サービス提供を開始している。		
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	利用者と共に生活するという意識を持ち、一緒に家事（調理、掃除、洗濯、水やりなど）や散歩やレクリエーション等を行いながら、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	家族との十分な信頼関係を築き、利用者の日常生活について常に報告・連絡・相談し、家族とともに利用者を支えている。		
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	利用者の希望する馴染みの人や場所との、関係の継続ができるよう、家族の協力のもと、実現に向け支援している。	家族に自宅への外出泊や利用者の希望する場合への外出・馴染みの理美容の利用などで、協力を得ている。家族との触れ合いの機会を多く持っていたきたいと、家族の特技を活かしたボランティア活動（歌唱教室やマッサージなど）を、ホームで行っていただいている。	
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	利用者同士の関係を把握し、楽しい生活を実現するために、席決めやレクリエーション内容等について工夫している。トラブルが発生した場合には、素早く対処し、関係が悪化しないように努めている。		

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
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	利用終了時には次に利用するサービスへの情報提供を行い、利用終了後も様子を見に行き、次のサービスに馴染むことができるよう支援している。		
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	(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	日々の関わりの中で声掛けを忘れず、思いを言いやすい雰囲気作りを心掛け、思いや意向の把握に努めている。把握が困難な場合は、家族から話を聴いたり、表情やしぐさから読み取り対応するように努めている。	日々の生活状況や職員の気づきを記録するケース記録をアセスメントシートに整理し、ケア会議で個別ケアを検討しながら、利用者の意向・暮らし方の希望の把握に努めている。家族の面会時にはケース記録を見せながらコミュニケーションを図り、意見・要望を聞き取っている。アセスメントシートの見直しは、介護計画見直し時期に行っている。	
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	利用開始時に、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をアセスメントしている。アセスメントで得た情報を職員間で共有し活用している。		
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	日々の関わりの中で、利用者の状態の把握に努めている。心身の状態に変化がある場合は申し送り、個別ケアを修正し、職員間で情報を共有し、支援できるように努めている。		
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	家族面会時に、ケース記録を確認してもらい、状況報告をしながら、利用者からの聞き取り、家族の意向を反映させた介護計画を作成している。	担当職員が日々の記録や家族の意見・要望を整理しモニタリングを行い、ケア会議で検討し、ケアマネジャーが定期は6ヶ月ごと、心身状態変化時には随時見直し、現状に即した介護計画が作成されている。また、計画内容は家族に説明し、同意を得ている。	
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	業務日誌・ケア記録・生活パターンシートに日々の出来事、利用者の様子、体調、バイタル等を記録し、情報を共有している。また、それらの記録を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	利用者や家族の希望や、利用者の状態の変化があれば、希望や変化に合わせた対応を検討し支援できるよう努めている。		

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
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	地域行事への参加、コミュニティーセンターとの交流を続けながら、馴染みの店や場所へ出掛ける機会をつくるなど、地域で生活を継続できるよう支援している。		
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、家族の希望を聞きながら入所前からのかかりつけ医や往診を選択してもらっている。要望や状態の変化に応じて連携する協力医も提案している。日頃から連携を深め、必要時には情報提供し、安心して適切な医療を受けられるように支援している。	協力医の情報提供を行い、利用者・家族にかかりつけ医を選択していただいている。協力医とは月1回の往診や24時間対応の連絡体制を築き、受診時の書面での情報提供・必要時の受診同行を行い、適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	訪問看護ステーションとの契約に基づき、週1回健康管理や医療面での相談・助言・対応を随時行い、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。		
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。	入院時には、介護・医療情報を提供し、入院中も適宜に面会し、主治医や看護師等から利用者の状態を聞き、把握に努めている。退院時には、病院からの情報を職員間で共有し、受け入れ体制を整えている。		
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	重度化していく中、本人・家族・主治医と常に連絡を取り合いながら現状を見据えつつ、最良な援助に繋がるようにしている。重度化した場合は、法人内の特養への移設で対応していたが、今後は、グループホームで終末期までサービス提供できる体制づくりに取り組みたいと考えている。	契約時に、重度化・終末期において事業所指針で、できる事、できない事を説明して了解を得ている。重度化・終末期対応が必要になった場合は、早い段階からかかりつけ医や家族と話し合い、家族の意向に沿えるよう努めている。今年度かかりつけ医の依頼で、協力医と連携し、看取りケアを実施、今後も研修の充実を図り、かかりつけ医や家族の協力を得て、看取りケアを行っていかうと考えている。	
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	救命救急講習を受け、緊急時にはマニュアルに沿って行動するようにしている。AEDの講習も受けている。		
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	年2回、昼夜を想定した避難訓練を実施している。津波発生想定には、隣接のケアハウスへの避難訓練も行っている。定期的に火災報知器の防災設置版の説明、誤報時の対応についての研修を行い確認している。	年2回(日中・夜間想定)消防署の協力を得て、他サービス事業所と合同で利用者と一緒に火災訓練を実施している。津波想定避難訓練や水、乾パン等を備蓄し、防災時の準備が行われている。地域消防団との協力体制や自治会長・交番・法人本部・各サービス管理者にホットラインが整備されている。	

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
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	人としての尊敬の気持ちを常に意識して接するよう努めている。また、処遇基本が書かれてある「職員ハンドブック」を活用し処遇向上に努めている。	研修や職員ハンドブックを通じて人格を尊重し、プライバシーを確保した基本的ケア内容を理解している。日々の接遇状況を振り返りながら、利用者個々に合った言葉かけ・接遇方法が実践されている。	
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	意思表示できない方は、日常生活の中で思いや希望を表情や言動から汲み取るようにしている。また、会話の中から聞きだしたり、自己決定ができるように選択肢を与えたり、確認を行っている。		
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	利用者一人ひとりの生活パターンの把握に努め、日々の会話より、思いを察知し、出来るだけ希望にそうように努めている。		
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	自分で好きな服を選び、着用してもらっている。出来る方は自由に着こなしをもらい、出来ない方は本人のイメージに合わせて、天候や行事など考慮して職員が支援している。		
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	調理の下準備やテーブル拭き、配膳、下膳、洗い物等、一人一人に出来る事を手伝ってもらい一緒に食事の準備を行っている。行事の際には、手作り松花弁当やバイキングで食事が楽しめるよう工夫している。	栄養士が季節感や嗜好を考慮した副食は、事業所内ケアハウスの厨房で調理し、ご飯・味噌汁・カレーライス・ちらし寿司などは現場で調理し、温かい食事を提供している。利用者ができる下膳・食器洗いなどを一緒にやり、季節ごとの行事食や手作りおやつ・利用者の希望を取り入れた食事・外食など、食事が楽しみになるよう工夫している。	
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	栄養士による献立になっている。嫌いな物への個別対応、食べやすい形態等で提供している。水分量が不足しないよう、水分量の確保に努めている。		
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、口腔ケアを実施し、利用者の残存能力に応じた介助を行っている。		

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	排泄周期にあわせたトイレへの誘導・声掛け・介助を利用者ごとにおこなっている。また、利用者の仕草、落ち着かない様子などのサインを読み取り支援している。自身でトイレに行ける利用者にはさりげなく見守りを行っている。	24時間対応排泄パターンシートを活用し、プライバシーに配慮し、利用者に応じた接遇方法で時間ごとの誘導や声かけを行い、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	排便状況を確認し、牛乳や水分補給、運動など個々に応じ工夫を行い、下剤中止に向け取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	大まかに予定は決めているが、無理強いせず入浴希望があれば希望にそえるように支援している。また、気持ち良く入浴してもらうように、アロマオイルを使用したり、浴室に有線を流すなどしている。	週2回を目安に、職員と1対1で利用者の希望や体調、ペースに合わせ、柔軟に対応し入浴している。浴場中央のヒノキの浴槽の両サイドから介助して、アロマオイルを使用したり、音楽を流したりし、安全にゆったりと入浴している。	利用者の移動状況変化時に、ゆっくりと安全に入浴できるような設備の充実に期待したい。
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	利用者の体調の変化に合わせて、自室での休息や臥床を促している。また、夜間の安眠に繋げるために、日中、足浴や手浴でマッサージを行っている。		
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	利用者の薬剤内容をすぐに確認できるようになっている。服薬内容が変わった場合、協力薬局から解説してもらい、不明な点があれば随時電話にて連絡・相談を行っている。		
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	一人ひとりの生活歴を把握し、得意なことや興味のあることを活かし、毎日の暮らしの中で発揮したり、楽しい時間を共有できるよう工夫している。		
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	日常的には近隣の散歩・庭先の花の水やり、テラスでの日光浴、足湯など楽しんでいる。月に1回希望を聞き外食に出掛けたり、バス遠足で普段いけない工場見学などに出席するなどの支援を行っている。	季節感や地域行事を参考に、年間行事計画を作成している。季節ごとの花見や地域行事の参加やバス遠足で、ます寿司工場等の見学・月1回の外食・日常的に散歩や事業所内の足浴を楽しむなど、外出の機会を多く持つことで利用者の楽しみになっている。	

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	現金は基本的に事業所で預かっているが、少額を手元に置いている人もいる。買い物に行った時は自分で支払いができるよう支援している。		
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	希望に応じ電話や手紙の利用ができるようにしている。		
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	常に清潔に保ち、台所や料理をする音や匂いを感じられ、心地よい生活空間を作りにしている。また、季節に合わせた壁紙や花を飾ることで、季節感を取り入れている。	共有空間は広々と明るく、純和風の設えで廊下や脱衣場は畳敷き、リビングはカーペット敷きで転倒時の怪我の軽減になっている。ソファや椅子を適所に配置し、利用者が思い思いに過ごせる空間になっている。利用者と一緒に制作した季節ごとのちぎり絵が飾られ、福祉プラザのつくりもん祭りで優勝した「観音様」に利用者が朝夕手を合わしている。	
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	ソファを2つ設置、独りで過ごせるスペースもあり、居場所づくりの工夫に努めている。利用者の状態変化に伴い模様替えを行っている。		
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	使い慣れた馴染みの家具、ラジオ、お気に入りの写真や部屋飾り、仏壇などが持ち込まれ、以前の生活様式を継続し、その人らしい生活空間で居心地良く過ごせるようにしている。	居室は広々としており、ベランダから光彩が降り注ぎ明るく、ベッド・洗面台が備え付けられている。自宅からの持ち込みは自由で、自宅レイアウトを参考に、使いやすさに配慮して配置し、畳張り室内で自宅での生活様式が継続できるよう支援している。	
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	個々の活動意欲や動きがスムーズに進むよう支援している。トイレの場所、風呂場がわかりやすいように工夫したり、自立できるよう、居室内の家具の位置を個々に合わせている。		

(別紙4(2))

事業所名 福祉プラザ七美 認知症対応型共同生活介護

作成日: 平成 30年 4月 2日

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	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	ターミナルケアの指針を基に利用者や家族に説明しているが、利用者の重度化にあわせて、家族と話し合い、主治医の意見を聞きながら、利用者の終末期が安心できる体制の構築を目指していく。	看取り支援には、主治医と家族の協力と、職員全員によるチーム介護に取り組むことが重要であるため、看取りの勉強会を定期開催し、職員の介護力の向上と、意識の高揚を目指していく。	12か月
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、行を挿入して下さい。