

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27年3月12日	評価結果市町村受理日	平成27年5月7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27年3月24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)】

日頃から入居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、出来る限り実現出来るように職員間で話し合い、一つでも多く叶えられるよう頑張っている。入居者家族がいつでも気軽に出来ること、家庭的な雰囲気作りを目指し日々取り組んでいる。また、散歩や外出などで地域へ出ていく機会を多く持ち地域の方々とは交流する機会を作っている。

【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:「地域と共に支え合い、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、常時携帯しているネームプレートの裏面に理念と各自のケア目標を記載してサービス提供が行われており、ケアに対する意識の高さが伺える。家族の面会時にはケア記録を提示し、日々の生活状況を報告しながら忌憚のない意見・要望の把握に努め、利用者一人ひとりと向き合いながらその人らしさを大切に個別ケアが行われている。また、地域行事の参加や併設する他事業の利用者といつでも交流できるような支援が行われ、馴染みの関係の継続は利用者の楽しみにつながっている。ホーム内は和を基調とした環境で整え、自宅にいるような雰囲気に配慮されている。廊下や居室などはクッション量が敷き詰められ、転倒時の怪我の軽減につながるよう安全面に工夫がされている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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
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

[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生活に取り組んでいる。グループホーム理念を職員の名札裏面に常に携帯し、各自目標を設けて実践に繋げている。	職員の意見を取り入れた事業所独自の理念を作成し、事業所内に掲示するとともに、理念と各自のケア目標を記載した名札を携帯し、理念の共有を図っている。また、職員各自のケア目標は定期的に達成状況を確認しながら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、参加する機会も多くなってきている。職員研修(講師:産業医)に地域の方の参加もあり、地域に少しずつ根付いてきている。	自治会に加入し、住民運動会・フキまつり・ふれあいサロン・公民館まつりなどの地域行事の参加や職員研修に(「脳梗塞について」)地域の方々が参加できる公開講座を開催したりしている。地元の小学校や保育所とは、運動会・学習発表会の招待を受けたり福祉授業やボランティアクラブで小学生が来所するなど地域の方々と積極的に交流する機会を持っている。	地域交流は盛んに行われているが、さらに多方面との交流に幅を広げる機会が持てる取り組みに期待したい。
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	小・中学校の慰問や見学時、認知症の理解や支援の方法を説明している。運営推進会議で入居者の状況を報告したりし、認知症の方の理解につな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、運営やサービス提供の方針、日々の活動内容等について報告し、率直な意見交換を行いサービスの向上に努めている。自治会での催し等の情報提供もあり、交流機会の参考にしてしている。	運営推進会議は併設小規模多機能ホームと合同で開催している。会議では運営状況・活動内容・介護状況(ヒヤリ・ハット事例等)を報告し、地域の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。会議に出席していない家族が閲覧できるよう、会議録をホーム内に設置している。	
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った場合は、情報提供してもらうなど相談できる体制を築いている。	市担当者が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。	
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	身体拘束をしないケアを職員一人ひとりが周知できるよう会議内で取り上げ理解を深め、実践している。システム上、普段はエレベーターや階段の鍵がかかっているが、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。	法人・事業所内研修を通じ身体拘束のリスクや具体的な内容を理解し、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を掲げ、家族にも了解を得ている。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、行動制限にならないよう努めている。	
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	研修の機会があれば必ず参加し、ケア会議等にて高齢者虐待防止について学ぶ場を設けている。職場相互で意識を高め、注意し合える環境に努めている。		

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
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	権利擁護に関する研修会に毎年参加。各職員が、制度の内容を理解できるよう、研修の記録、報告をもとにケア会議の中で話し合い職員間の共有を図っている。		
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	契約時には重要事項を説明し、家族からの質問が多い「重度化したときには…」に対し、丁寧に説明を行っている。利用者の不安を取り除くように、また家族の安心が得られるように理解を図っている。		
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	家族面会時、気軽に話しやすい雰囲気を中心に、小さな誤解や行き違いがないよう信頼関係づくりに努めている。面会時、ケア記録を閲覧し意見を求め、運営に反映させている。	家族面会時にはケア記録を提示し日々の生活状況を知っていただきながら、忌憚のない意見・要望の把握に努めている。その意見・要望はケース記録等に記録し、全職員が共有・検討しながら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	定例会議で運営・勤務体制・行事等を話し合い、日常業務の中でも職員が積極的に提案や意見を出せるよう雰囲気づくりに配慮している。人事考課制度もあり、年2回個別に面談し意見や思いを聞くようにしている。	職員は、事業所内の委員会活動や自己評価後の管理者との個人面談で直接意見・提案が言える機会を持っている。日々のサービス提供時や会議での意見・提案は、管理者の定例会議で検討し、その内容を法人代表に報告し運営・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、給与や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	法人内研修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。参加後は復命書を提出し、職員間で共有している。		
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	入居時に限らず、利用者の訴えに対して何を考えて何を言おうとしているのかを出来る限り聞き取るようにしている。時に個別で対話を行う事により安心感を高めるようにしている。		
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	入居時には、これまでの生活状態・心身状態を聞き取り、問題となっている事や要望の相談に応じるようにすることで家族との関係を築けるようにしている。		
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	利用者、家族から相談を受けた時に、まず必要としている支援内容を見極めた上で介護計画を作成し、サービスの提供を開始するようにしている。		
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	利用者の出来る事を見つけ、自信を失わずに生活してもらえよう支援している。家事や畑仕事を一緒に行い、地域の事、昔の事を教えてもらうなど関係づくりに努めている。		
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	行事への参加、通院への同行等協力いただき、体調や状態の変化は事あるごとに家族に連絡相談している。		
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	家族以外の面会者には、次回も来所してもらえようような雰囲気作りを心がけている。会いたい人、行きたい場所があれば家族の協力の下、実現に向け支援している。	家族の協力を得て、正月やお盆の墓参り・法事等で自宅へ出かけたり、利用者の行きたい場所・思い出の場への外出支援をお願いしている。友人・親戚の方の面会時には、ゆっくり過ごしていただけるように配慮したり、同敷地内の他サービスを利用している馴染みの利用者と交流するなど関係継続を支援している。	
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	利用者同士の関係を把握し、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、職員が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	退所時、今後必要となる情報提供を行っている。終了後も状態などの報告を受けられる関係作りに努めている。		
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	その人らしく暮らして頂けるように日常会話の中から思いを受けとめたり、意思表示のできにくい利用者には声掛け、行動より理解に努めている。家族からの情報を得るために、面会時のコミュニケーションを積極的に行っている。	定期的にあセスメントシートを見直し、新たな情報を記載したり日々の生活状況や職員の気づきをケース記録・生活パターンシートに記録して、ケア会議等で個別ケアを検討しながら利用者の意向や思いに添ったケアに努めている。また、家族の面会時には気さくに声掛けしながら、家族の思いの把握に努めている。	
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	プライバシーに配慮しながら家族や利用者より生活歴、暮らし方、これまでのサービス利用などを伺い、安心して暮らして頂けるように支援している。また、日々の何気ない会話の中からも情報が得られ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	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	日々の関わりの中で、利用者・家族の希望を把握し、職員の報告を基に介護計画を作成している。ケース記録を参考にモニタリングを反映させ、介護計画を見直している。	担当職員が日々の記録や家族の意見・要望を整理し、計画作成者とモニタリングを行いケア会議で検討して、6か月ごとに介護計画を見直している。状態が変化した時には随時見直し、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	併設の小規模多機能との合同レクリエーションやボランティアとの交流会を実施している。緊急時の受診支援や、個別の買い物支援を柔軟に行っている。		

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
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	近隣の保育園、小学校の行事への参加、図書館の利用など支援として活用。地域行事にはできる限り参加している。		
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	入所前からのかかりつけ医を受診継続できるように、家族の協力を得ながら支援している。受診時には近況報告、経過報告等を家族に説明、必要に応じて医療機関に文書、または電話にて報告し指示を仰いでいる。	入居前からのかかりつけ医での継続受診や受診時の情報提供・必要に合わせて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。訪問看護ステーションと連携を図り、健康管理・疾病の相談・助言をいただいている。夜間の急変時には、救急車で対応している。	
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	訪問看護事業所との契約に基づき、週に1回定期健診を行い、利用者や職員との関係を築きつつ連絡・相談を随時行い支援している。		
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、入院中も適宜面会し、主治医や看護師等から利用者の状態の把握を行っている。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	重度化対応・終末期ケア対応指針を作成し、入所契約時に説明し同意を得ている。事業所として対応できる最良のケアを十分説明し、利用者、家族と話し合い、理解を得るよう努めている。	契約時に重度化・終末期の事業所指針を示し、事業所のできる事、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。また、かかりつけ医の了解を得て終末期ケアを行う体制を整えているが、今まで終末ケアは行われていない。	職員の終末期ケアの研修の実施や終末期時の家族との協力体制について、具体的な体制整備に期待したい。
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	急変・事故のマニュアルを準備し発生時に備えている。救命講習等の研修に随時参加している。		
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、消防署から具体的な避難支援方法の指導も受けている。秋には、防災訓練に合せ炊き出し訓練も行い防災意識を高めている。	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火災訓練や、炊き出し訓練を実施している。また、自治会長・交番・法人本部・各サービス管理者等に対して有事時のホットラインが整備され、水、乾パン等を備蓄し防災時の準備が行われている。	

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	接遇の基本が書かれてある「職員ハンドブック」を活用し、利用者一人ひとりの尊厳に配慮し、プライドを傷つけない見守り支援を話し合い、実践につなげている。	研修や職員ハンドブックを通じて、人格の尊重、プライバシーの確保などケアにおける基本的接遇を理解して、利用者個々に合った言葉かけや支援が実践されている。	利用者との関係性を深めようと、特定の利用者に意図的に名でよびかけることも必要であるが、姓で呼びかけることを基本とした関わり方に期待したい。
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	本人の意思を尊重し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。意思表示できない場合でも表情などからも思いをくみ取るようにしている。		
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	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、出来るだけ希望に沿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	場面や季節・気温にあった衣類の調整に努めている。出来る方は自由に着こなしをして頂き、出来ない方は本人のイメージに合わせて職員が見立てている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材切り、皿洗い、下膳など、食事に関する作業を協働で実施。自分もしようかと思わせるような関わり方をしているが、無理強いはないようにしている。	ご飯・味噌汁・季節ごとの手作りおやつはホーム内の台所で利用者とともに調理し、季節感や嗜好に考慮した副食は事業所内の厨房で調理し提供している。利用者ができる下膳・食器洗いなどは一緒に行っている。また、利用者の希望を取り入れながら、ふれあいランチやバイキング食・パン、丼、麺のセレクト食や月に1度は外食にでかけるなど、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	パターンシートを活用し、利用者の排泄パターンに合わせた声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄を基本に支援している。心地良い状態を作ることを大切な取り組みとしている。	24時間排泄パターンシートを活用し、プライバシーに配慮しながら利用者にあっ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	牛乳寒天を提供し薬に頼らない自然排便、水分摂取や適度な運動を促し、トイレでの自然排便を目指している。		
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ず、個々にそった支援をしている	時間帯はほとんどが午前中であるが、タイミングや入浴時間は本人の希望に合わせている。拒否がある場合は声掛けの方法や時間、拒む場合はその背景を探るなど職員間で話し合いながら支援している。	利用者の希望や体調をみながら入浴方法を選ぶなど柔軟に対応している。週最低2回を目安に職員と1対1で利用者のペースに合わせてゆっくりと入浴している。浴場中央に檜の浴槽を設置し、両サイドから介助できるような工夫がされ、安全にゆったりと入浴できるようになっている。	
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	夜間、不安で眠れない利用者には職員が付き添い安心して休めるように努めている。日中は本人の希望に合わせて自室やリビングでゆっくりできるように声掛け、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	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。主治医や訪問看護師からは薬の副作用や注意点についての助言を求め、症状の変化についても相談している。		
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	利用者一人ひとりの好みや力に応じて家事や趣味のできる環境づくりに努め、楽しみや生きがいを持って生活できるよう支援している。		
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	日常的に散歩や買い物に出掛けている。希望で当日困難なものは、予定を決めて後日行うように努めている。毎月、外食へ出かけたり季節に合わせて四季を感じられる場所へ外出している。	年間行事計画を作成し、季節ごとの花を見に出かけたり地域行事等に参加している。日常的に散歩や事業所敷地内に設置されている足湯を楽しんだり、花と緑の委員会が中心になり自家農園の草取りや収穫を楽しむなどの支援がある。また、月1回ペースで外食に出かけるなど、外出の機会を多く持っている。	

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	家族への手紙や電話等希望に合わせて対応している。毎年家族に手作りの年賀状を出す支援を行っている。		
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	床暖房の設備があり、室内は利用者・職員ともに素足で過ごしている。風呂は1人でゆっくり入れる個浴であり、脱衣所は畳敷きになっている。キッチンカウンターで気の合う人と話ができるよう、喫茶の雰囲気をつくり、安らげる空間づくりに努めている。	共有空間は広々と明るく、和風を基調とした設えになっている。利用者が思い思いに過ごせるようソファ・椅子を適所に配置しゆったりとした空間になっている。楽しく水分補給ができるよう喫茶風にカウンターをしつらえるなどの工夫がある。また、廊下や脱衣場はクッション畳を敷き、リビングはカーペット敷きで転倒時の怪我の軽減になるよう工夫されている。	
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	なじみの物や使い慣れた物を持参してもらい、必要なものがあるときは家族に伝え準備してもらっている。配置は、本人の使用しやすいように検討し、居心地の良い状態になるように心がけている。	居室は広々と明るくベッド・洗面台が備え付けられ、畳張りや自宅のような雰囲気で過ごせる。使い慣れた家具や好みの装飾品・家族写真が持ち込まれ、配置は、自宅レイアウトを参考に使いやすさに配慮している。	
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工夫したり、自立できるように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 27年 4月 10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		利用者・家族が納得できる終末期を、可能な限りグループホームで送りたいという要望があった際に看取りケアを提供できるように、業務体制、職員の知識・技術向上に取り組む必要がある。	看取り介護の目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図る。	・重度化指針の見直し。 ・看取り、急変時に関する職員研修をGH会議、外部研修等で行い、知識・技術を高める。 ・主治医、訪問看護との信頼関係を充実させ、終末期支援を安定化する。	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、行を挿入して下さい。