

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	2370301315		
法人名	北医療生活協同組合		
事業所名	生協あじまの家グループホーム		
所在地	愛知県名古屋市中味3-807		
自己評価作成日	平成29年9月1日	評価結果市町村受理日	平成29年12月22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	特定非営利活動法人なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成29年9月26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)】

認知症があっても、「その人らしさ」を大切に、グループホームならではの少人数のアットホームな雰囲気の中でスタッフと一緒に家事を行い、和気藹々と毎日の生活を支援しています。個々の思いや習慣を大切に自立支援に向け本人の出来る事をしている事へ繋げています。季節の行事だけでなく、喫茶店や散歩、近所のスーパーでの買い物や外食行ったりと生活の中に楽しみを作っています。健康面では、常駐の医療スタッフはいませんが、あじま診療所からの内科往診、歯科往診や24時間対応の訪問看護による健康管理を行っています。職員教育では、系列の老人保健施設での学習会に参加したり、自施設でも月に1回の学習会を開催し介護職員としての知識や技術の向上を図っています。

【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)】

開設して13年目になる生協あじまの家グループホームは昨年新たに「一人ひとりのおだやかな笑顔のために」という理念の実現にむけて①認知症の理解を深め、個性を活かせるようにします。②地域、家族との関わりを大切にします。③風通しの良い環境と関係を作ります。④おかえりなさい、ただいまが自然といえる場所を目指します。⑤思いやりとありがとうを身近に感じられる場所にします。という5つの柱を職員で考案した。今年2月には管理者が交替し、地域・家族との交流を増やし、風通しの良い事業所を目指し、介護プロフェッショナルキャリア段位制度を導入し、職員の育成に取り組んでいる事業所である。また、各フロアには入居者の手の届きやすい場所に歯磨きセットを用意し、通常の歯ブラシの他、ワンタクトブラシを使用する等、口腔内環境保持に重点を置き、気道感染予防をすることで、誤嚥性肺炎を起こさない取組みを実践している。

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、生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

[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	理念は事業所内に掲示して周知を目指している	開設してから10年以上経過し、現在の入居者の状態や暮らしに合わせて事業所の方針も再検討する必要があるとの思いから昨年、職員全体で新たに理念が作成された。職員、来訪者の目につくよう各フロアに掲示し、理念の共有を図っている。	
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	・近隣の小中学校、保育園との交流がある ・地域の行事に参加している	町内会に入っており、町内の行事は回覧板等で情報を得ている。2か月に1回地域に向けて認知症をテーマにした講習会を開催している。また、併設している事業所と合同で行う夏祭りには家族も含め近隣へ200枚程の案内を配布し当日は180人程の来訪があった。	
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	・地域に向け「今日からできる認知症予防」という講座を不定期だが希望時に開催している ・毎月の「利用委員会」で20分程度、ミニ学習会を開催している		
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度定期に開催している ・事業所からは運営状況の説明をして参加者からアドバイスや助言を頂いている	地域代表、いきいき支援センター、家族代表、医療生協組合員代表、事務局長等で構成されたメンバーで年6回開催している。会議では、ホームの現況報告、外部評価の目標達成計画の進捗状況の報告し様々な意見交換がされている。また、参加メンバーの希望のテーマで学習会の開催も行っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	・運営推進委員会でいきいき支援センター職員との交流、関係作りをしている ・生活保護受給者の利用者が入所中で、担当の生活保護課の職員とは定期的に連絡をしているが他はなし	いきいき支援センター担当者とは運営推進会議以外にも困難事例について相談援助の依頼を受け、関係施設に繋げる支援を行う等連携を図っている。市主催の研修があれば、職員のレベルに合わせて参加するよう声掛けをしている。	
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0の取り組みをしている。 ・1年に1回、虐待・身体拘束の学習会を行い知識の向上とともに身体拘束をしない取り組みをしている	玄関施錠は行っていないが、施設のすぐ前の道路が車の交通量が多い為、危険との理由から各フロアは事務所内からの操作によって開錠されている。家族の同意、医師の意見により転落防止の為、ベッドに4点柵を行っていたが、見直しを行い現在は行っていない。法人内の研修で身体拘束について学ぶ機会が年1回ある。	緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、経過観察記録に記録する事が望まれる。
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	・毎年、虐待学習会への参加し知識を学びスタッフに学習会内容をおろして、全スタッフで注意している		

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
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	・対象者が入所中で、事業所職員と必要時相談しながら対応している		
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	・入所前の契約時に事業所の運営方針や理念などを家族に説明し同意を得ている。 ・また、後日の質問に対しても納得されるまで説明している		
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	・日々の面会時や「家族会」を年に3回定期開催し家族からの意見や要望を聞く機会を作り、運営に反映させている。 ・利用者からも日々要望を聞く機会を作っている	意見箱の設置が各フロアにある。年3回の家族会では、ホームの取り組みについての報告の他、イベントの様子を映像にして、家族に入居者の様子を分かり易く紹介している。家族同士の交流の他、職員との交流の場にもなり、意見・要望を気軽に言い表せる機会となっている。今年度は、家族の要望を受け、外出の機会を増やすよう取り組んだ。	
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	・毎月のフロア会議で、個々の意見を持ち寄り職場環境の改善に取り組んでいる	1か月に1回事前に話し合いたい内容をアンケートを取り2F3F合同で会議を開催し、運営に関する意見を聴取したり、フロアの情報の共有を行っている。また、半年に1回個別面談を行い仕事の悩みやプライベートな悩み等を聞き取り働きやすい職場作りに取り組んでいる。	
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	・定期的に職員面談を行い職員の意見や提案を聞く機会を作っている ・個々の能力に合わせ必要時助言を行い、自分で考え行動出来るように導いている		
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	・個々の能力の把握をし、必要な学習会への参加をすすめ知識だけでなく人間性の向上を目指している ・学習会は、法人内だけでなく法人外の研修への参加ができる環境を作っている		
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	・現在、取り組めていない		

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	・入所前に、本人の情報収集を行い、それをもとに担当スタッフを中心に本人との関係作りを行っている		
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	・入所前に本人の情報収集を行い、ニーズを見極めてケアプランに反映している ・家族の不安な気持ちに寄り添い話を伺っている		
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	・入所前のアセスメントで、本人や家族が何が一番困っているのかを探り、最前の支援を検討している		
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	・利用者は、できない所を支援される立場だがその一方ではスタッフに学びの機会を与える立場でもある。お互いが学び合う関係を築いている		
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	・家族面会時には、本人の状況を説明し家族と情報の共有をして家族と一緒に本人を支える姿勢でいる ・家族会では、本人の生活の様子を動画で撮影したものを上映している		
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	・家族や馴染みの方の面会を歓迎している ・ハガキや手紙のやり取りをしている方へは手紙を書く手伝いをしたり話題にあげて思いだしてもらっている	入居前の生活歴をアセスメントし個別ファイルで職員間で共有している。以前、併設のデイサービスを利用して入居者には、デイサービス利用していた時の友人や職員との関わりを絶たない様な支援をおこなっている。また、盆や正月には家族宅に宿泊することもある。	
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、合う合わないもあり為、必要時席の配置を工夫している		

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
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	・家族にグリーンケアを行ったり、看取り後に退所された家族がボランティアとして参加され施設との関わりを続けている方もいる		
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	・入所前の情報収集だけでなく入所してからも利用者個々のニーズや思いの把握に努め、検討し実践している。	法人の学習会で「傾聴」について年1回学んでおり、意思の表出が難しい入居者についても、横について訴えを聴き、いつどんな言葉を発するのかを観察し、思いを探るようにしている。その中にケアのヒントになるような言葉があれば記録に残し職員で共有し、入居者の思いに沿ったケアに繋がるようにしている。	
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	・入所時には、馴染みの家具を持ち込んで頂き入所前の生活環境に近づけるよう環境を整えている。 ・本人や家族から、今までの生活習慣や生活歴を伺って日々のケアに活かしている。		
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	・申し送りを通して全スタッフで情報の共有を図っている ・ユニットリーダーを中心に本人の残存能力の把握に努め、できる事は継続して行えるよう支援している		
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	・担当スタッフを中心に利用者の現状を捉え必要時に毎月のフロア会議で話し合う ・3か月毎にモニタリングを行い、話し合った意見を介護計画に反映させている	3か月に1回、その日出勤の職員と計画作成者でモニタリングを各フロアに分かれて行い、計画の見直しを行っている。見直した計画は家族面会時に説明を行い、要望があればまた、その時に伺い同意を得ている。状態に変化があった場合はその都度計画の変更を行っている。	
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	・生活支援記録に日々の様子や気付いた事などを記録し介護計画の見直しに繋げている		
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、その時々生まれ出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	・必要時柔軟に対応している		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・地域と繋がっていけるように取り組んでいる ・地域の行事に参加したり、あじまの家で夏祭りを行い地域の方にも参加して頂き交流を図っている ・地域のボランティアの方に訪問してもらっている 		
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し、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	<ul style="list-style-type: none"> ・定期往診日までに、利用者の状況を医師に報告し情報共有し関係を構築している ・家族の面会時だけでなく、利用者に変化がみられた場合は、すぐに家族にも報告をしている 	協力医による往診が月2回、歯科については治療が必要な方は月2回の往診がある。今までのかかりつけ医へは家族対応で受診しているが、かかりつけ医とホームの協力医との情報連携も取れている。また、薬については、調剤薬局の薬剤師による居宅療養管理指導を行っている。緊急時には訪問看護師と24時間オンコールで対応可能である。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・体調に変化がある時は、速やかに訪問看護師に連絡し対応方法の相談をしている ・毎朝、前日の業務日誌を訪問看護ステーションにFAXして情報の共有をしている 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時は入院先の病院へ情報提供を行い退院時は、家族や病院関係者から情報を頂き帰後に安心して生活できる様に努めている 		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況の変化に合わせ家族面談を行い希望時には看取りケアを行っている ・看取りケアは施設のガイドラインに沿って行う 	協力医から往診時に家族へ状態の説明を行い、その際にホームとして出来る事の説明を行い家族から同意を得ている。また、状態に変化があるとその都度家族へ説明と要望の確認を行っている。看取りの時期には家族が入居者の部屋に泊まれるよう支援もしている。法人の勉強会では終末期と家族へのグリーフケアまでの学習をおこなっている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内で毎年救急対応学習会を行い参加している。全スタッフが急変時の対応が行えるようにしている ・救急時のマニュアルも作成して全スタッフに周知してある 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年2回避難訓練を行い、その内の1回は消防署職員の立会いの下行っている ・災害時の対策として地域住民(医療生協組合員)の協力がある 	年2回の避難訓練を実施している。その内1回は夜間想定で実際に入居者を駐車場までの避難をタイムを計測し行っている。また、消防署立ち合いの下、避難経路の確認、避難場所の確保、通報訓練を行った。今年度は緊急連絡網に地域の組合員を含めて作成するなどの見直しをした。備蓄については併設施設合わせた3日分の水と火を使わないでも食べられる食糧等の備蓄がある。	

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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の尊厳や羞恥心などへの配慮をして一人一人に合わせた声掛けを行っている ・印刷物の処分にはシュレッダーにかけている ・必要時は利用者の名前をイニシャルで表記している 	日頃の関わりの中で、入居者の嫌がる事はしないということの基本とし、居室を一人ひとりの家と捉え、必要時に入室する際は、必ず入居者の了承を得るようにしている。排泄の誘導の際には周りに気付かれない様な声掛けをするよう配慮している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の思いや望みを取り入れた支援を計画し実践している ・介助時など本人が意思決定できるよう声掛けしている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・基本ベースの時間はあるが、利用者個々に合わせた支援を行っている ・希望は考慮しているが、スタッフの体制上は希望に添えない場合もある 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・更衣する服は、本人に選んで着てもらっている ・家族には衣替えをお願いし季節に合った服装の着用をお願いしている ・利用者の状況に応じて整容の支援を行う 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の好みを取り入れて献立に反映している ・スタッフと一緒に食事の盛り付けや配膳、後片づけを行う 	献立、食材は提携業者による配食サービスの物を利用し調理している。担当の職員が入居者の嗜好を調査し月1回の業者との会議で味付けや食べやすさや嗜好を伝えている。また、施設所有の畑で野菜を栽培時には献立に加えている。不定期でホットケーキ、鬼饅頭等手作りのおやつを入居者と一緒に作っている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事や水分摂取量を記録し健康状態の把握に努めている ・嚥下能力を観察し、必要時食事形態の見直しや食事時間をずらしたりと個別に対応をしている 		
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、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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食後に口腔ケアの声掛け、誘導を行う ・必要時は磨き直しを行う ・歯ブラシだけでなく、フロスや一本ブラシも併用して使用し口腔内の衛生管理を行っている 		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の排泄パターンを把握し、それに合わせてトイレへ声掛け誘導している ・個々の能力に合わせて、残存機能を活用し少しでも自立に向けた支援を行っている 	自立している方を含め、全員の排泄チェックリストにより排泄リズムを把握し、排便量と状態の記録もしている。それをもとに個々の排泄リズムで誘導している。便秘予防の為にヨーグルトの提供や午後のおやつ以外の朝食と昼食の間にもティータイムが設けられている。夜間は2時間置きの巡視を行い、トイレへの誘導が必要な方には誘導を行い出来るだけトイレでの排泄が可能になるよう支援している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・医療職と連携し排便コントロールを行っている ・下剤に頼るだけでなく、生活の中に散歩を取りいれたりバナナなど食物繊維の多い食材を献立の中に組み込んでいる 		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・体調や利用者の要望によって常に入浴日の見直しを行っている ・しょうぶ湯やゆず湯など季節の入浴を取り入れ入浴を楽しめる様に工夫している 	入浴は週に2回、お湯は毎回入れ替えている。足拭きタオルは感染予防のため個別の物を使用している。また、同姓介助の希望があれば対応している。普通の個浴では難しい方には日曜日に機械浴で対応するようにしている。入浴拒否がある方には時間や人を変え声掛けに工夫をするようにしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の生活習慣や体調に合わせて臥床時間をもうけたり状況に応じた支援をしている ・夜間は、2時間毎に巡視し安否確認を行っている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の処方箋は、すぐに閲覧できる様ファイリングしてある ・内服薬の変更時はスタッフ間で申し送りして状態変化の把握に努めている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の能力に合わせて毎日家事への参加を役割として支援している ・季節に応じた行事や外出を計画し実施している 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、全員の希望に応じた外出は出来ていないが、近距離での散歩はほぼ毎日実施したり希望がある時は、近所のスーパーやコンビニへ買い物に出掛けている 	天気や体調に問題が無ければ毎日散歩に出掛けている。また、今年2月からは2か月に1回外食レクを設け、近くの大型ショッピングセンター等に出掛けている。初詣には近くの神社、春には近くの公園に花見に行く等、季節毎に外出の企画を立てている。外出の際にはボランティアの協力もある。	

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	・認知症があり管理が困難の為、基本はお金は家族が管理しているが、数名はおこづかいを自己管理とし、スーパーなどで欲しい物を買物している		
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	・電話は、個人で携帯を保持している方もいる ・必要時は、家族に電話をかけれる ・手紙のやり取りは、投函や施設に届いた物を本人に渡している		
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	・スタッフと一緒に作成した季節の作品を施設内に展示する事で季節感を感じてもらっている ・室温、湿度を毎日チェックしたり、騒音や刺激にも注意を払い、居心地よく過ごせる環境作りをしている	リビングは日当たりが良く、食事のテーブルの他くつろいで過ごせるよう大きなソファがテレビの前に設置してある。洗面所には入居者の自立度に合わせた高さに歯ブラシセット置いている。フロアの掃除は夜間職員が毎日おこなっている。また、玄関から、フロアに上がる階段部分の壁に職員の写真つきの自己紹介を掲示し、来訪者に分かり易くなっている。	
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	・利用者同士の関係に合わせて食堂の席の配置を随時検討している ・顔馴染みで親しい関係の利用者同士だとお互いの居室で過ごす方もいる		
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	・居室は全て個室で、入所時に使い慣れた家具や寝具を持ち込み自宅に近いような環境を整えている	居室は、ベッド、エアコンは備付だが、その他は自由に今まで使用していたもの、使い慣れたものを使用している。趣味の作品や好きなポスターを掲示し、個々に居心地の良い空間づくりをしている。居室の掃除は毎日、シーツ交換は2週間に1回職員が行っているが、行える方は一緒に行っている。	
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	・ユニットリーダーや各担当スタッフが、個々の能力を把握し「できること」を「していること」に繋げている ・できることは、やって頂き残存機能の活用、自立支援を念頭に入れて支援を行っている		

目標達成計画

作成日: 平成 29 年 11 月 25 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	当法人では、身体拘束0の取り組みをしているが、前年度に、ベッドからの転落の危険が高い方が入居された時に4点柵を使用した際、経過観察記録に使用状況や経過など記録がなかった。また、本人の状況などの詳細も記録されておらず、拘束の必要性の再検討もしたかも不明であった。	緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、マニュアルに沿って「緊急やむを得ない場合」に該当するか代替える介護方法がないかを検討し記録に残し、期間を決めて再評価し身体拘束廃止に向けて取り組む	①身体拘束を行わない取り組みは継続して行う ②毎年1回身体拘束の学習会を行い何が身体拘束にあたるのか学習し知識を深める ③マニュアルを実践する ④きちんと文章化し記録に残す	1年
2	10	家族会は年3回、運営推進会議は年6回開催し家族や地域の方などから意見や要望を聞く機会を設けて運営に反映させているが、面会に来られない方や遠慮して意見を言われない家族もある。	家族も本人を取り巻くチームの一員として本人にとってより良い生活とは何なのかを一緒に考えていく	行事や家族会などだけでなく、日々面会に来られた時に家族と話す時間を設け、本人の生活の様子や状態の変化など伝えながら家族の想いも聞き出し日々のケアに活かしていく。	6ヶ月
3	13 36	職員同士や入居者に対して言葉づかいが不適切であったり馴れ合いの声かけになってしまう事がある	接遇の改善 認知症を理解し適切な声かけの仕方を学ぶ	①その場を目撃したら、お互いが注意しあう ②接遇、倫理や認知症等の年間学習会への参加	6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。