

1 自己評価及び外部評価結果 ユニット1

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1176000451		
法人名	有限会社 かおる		
事業所名	グループホームかおる		
所在地	埼玉県坂戸市上吉田260-24		
自己評価作成日	平成25年12月20日	評価結果市町村受理日	平成26年3月26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.kaigokensaku.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=1176000451-00&PrefCd=11&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 埼玉県介護支援専門員協会		
所在地	さいたま市浦和区仲町2-13-8		
訪問調査日	平成26年1月8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)】

調理専門のスタッフがいて、毎日美味しい食事を提供している。前庭にある柿を干し柿にして、おやつとして召し上がって頂き、季節感を感じて頂いたり、前庭の畑ではあるが野菜を育てており、じゃがいもの種を入居者の方に植えて頂いたり、草取りをして頂いたりしている。美味しい食事を頂いて、入居者・スタッフ共に少し太りぎみではあるが、元気に過ごす事が出来て、食事が摂れない時があっても回復が速い。また清掃スタッフもいるので、介護スタッフは多くの時間、密に入居者と接することが出来る。代表が医師であり、週1回の往診があり、24時間対応で安心。看護師が週2~3回出勤し、入居者の健康管理と医師との連携を行っている。看取りまで支援できるので、ご家族も安心である。

【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)】

医師で理事長による月4回の訪問診療および夜間の迅速な往診があり、利用者・家族、職員の安心のよりどころとなっている。医療依存度の高い入居者については、より詳しい体調が記載された日報を毎朝医師へFAXにて報告し、医師から適切な指示のもと利用者の体調管理を行っている。看取りについては、入居時に指針を説明し確認書を取っている。実際の看取りにおいては、再度同意書をとっている。年間数例の看取りが行われている。また、誤薬防止等のミス防止のため、月間介護目標を定め、書面で各自の対応策を記載し、自己評価結果を提出している。その成果が表れ、着実に誤薬が減少している。一方、スタッフには、専門の調理員や清掃員が配置されているので、利用者本位の介護に振り向けている。

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 ユニット1

[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	事業所理念をリビングと生活日誌に掲示。毎日朝礼の場で復唱し再確認を行っている。毎月、目標を持ち、各自、自己評価を行っている。	事業所の理念である「利用者の個性を正しく認識し、それに合わせた介護支援を行う」を朝礼で唱和、再確認している。具体的には、利用者本位のケアを実践しており、認知症特有な症状を理解し、【間をとる、選択肢のある問いかけなど】を実践している。	
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	出勤時や入居者様と散歩の時等には、こちらから積極的に挨拶するよう心掛けている。回覧板やイベントの誘いの呼びかけを行い、自設駐車場の一時的無料提供など、近隣の人達と馴染みの関係を築いている。	四季折々に、近隣の寺や名所を散策し、その際、近所の人達から声かけがあり、積極的に交流を図っている。また事業所として、町会にも加入し、地区の清掃作業に参加したり、敬老会や、盆踊りなどイベントとを紹介し、交流を図っている。	
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	ボランティアや小中学生の福祉体験学習、人材育成の貢献として実習生の受け入れ等積極的に受け入れて施設内の様子を理解して頂くよう努めている。あるボランティアには、毎月定期的に来て頂いている。		
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か月に一度開催し、家族代表や地域の方、包括支援センターの方にも参加して頂き、施設内の状況報告や意見交換を行い、サービス向上に努めている。	区長、識者、家族、地域包括、理事長が参加し、定期的の開催されている。施設の運営状況等が報告され、意見交換、適切なアドバイスがあり、運営に生かしている。	参加メンバーを広げ(例えば、社会福祉協議会の方、消防署員、警察官、薬剤師、成年後見人など)、事業所について理解を深めていただくことが望まれる。
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	ことある度に、相談や報告するようにし、確認を取りながら運営するように努めている。	事故報告や相談等、市との連携を密にしている。なお、運営推進会議録を毎回、市の担当者へ持参し報告されるとよい。	
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	転倒骨折をされた方が、身体が大きく転落の危険性が高い為、4点柵を使用している。定期的な身体拘束廃止の検討を行いながら、ご家族から同意書にサインを頂いている。また、点滴等で生命維持上必要で同意書を得ている場合以外は、拘束を行わないようにしている。玄関は施錠しているが自由に入出入り出来る入居者様もいる。	医療依存度の高い方も入居しているので、一時的な拘束を同意書を得て実施しているケースもある。毎月開催している身体拘束廃止委員会において、身体拘束の継続、中止、廃止を深く検討し、支援方策を実施している。なお、この会議結果は報告書としてまとめられ、職員全員に回覧し、共有している。	
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	勉強会等に参加し、その内容を伝達講習にて、他のスタッフにも知らせている。虐待につながるとされる事柄は、すぐにスタッフ間に報告され、会議で話し合われたり、職員への注意・説明がされている。		

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
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	みなヘルパー2級以上の資格を持っており理解している。成年後見制度を利用している方もいる。対応が必要と思われる場合は、随時スタッフに説明・アドバイスをしながら、支援に結び付けている。		
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	事務長と管理者が十分な説明を行っている。看取りまで行っていることも説明している。		
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	家族会や来訪時には、意見や要望を伺うようにしている。毎月ご家族に入居者様の様子を近況報告にてお知らせしている。ご家族の要望があれば生活日誌をご覧になって頂いている。	運営推進会議、クリスマス会や敬老会の後で家族会(1/年)が開催されている。会議での意見や要望を聞き社内会議で検討し、できるものから運営に反映している。	
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	スタッフ間はコミュニケーションを図り、意見や要望を聞くようにしている。目標に対する自己評価の時には、自由に意見を記入してもらい、2か月に一度の全体会議で、代表者と共に話し合うようにしている。	全員が月間介護目標(誤薬防止等)に対し、書面で各自の対応策を記載し、自己評価結果を提出している。その際、自由意見を記載し、全体会議で検討され、実践に活かされている。その成果が表れ着実に現れ誤薬が減少している。	
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	全体会議の席で、スタッフの意見を聴いてもらっている。社員の休曜日数増加について事務長が代表者と話し合いを行っている。		
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	事業所内外での研修を促したり、それに係る資金的支援がなされている。参加者は事業所内で伝達講習を行い、研修報告書の資料は、職員全体が目を通すようにしている。しかし、今年は、施設外研修へ参加する者が少なかった。		
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	市のグループホーム部会に参加して、事例検討や情報交換を行ってサービスの質の向上に努めている。今年は外部講師を招いて介護記録の勉強会を開き、記録効率化につなげている。看護師による勉強会も実施している。		

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
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	入所時は知らない所で不安があると思うので、そばに寄り添い、ゆっくりと目を見てお話を傾聴し、安心して頂けるよう努めている。		
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	入所時に、ご家族から可能な限り不安や要望をお聞きして、安心感を持って頂くように努めている。		
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	家族が求めているものを理解し、事業所としてはどのような対応が出来るか事前に話し合う。そして、ご家族の要望と利用者様に合ったサービスが提供できるように努めている。		
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	食器拭き、テーブル拭き、おしぼり巻、洗濯物畳み、カーテンの開け閉め、裁縫など、一人ひとりが出来ることを行って頂きながら、共に暮らす関係を築いている。		
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	外出や外泊など可能な方には、定期的に行って頂いたり、来訪時には居室にてゆっくり過ごして頂くよう努めている。また、家族と同じように支援していることを伝える。		
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	ほとんどの方が馴染みの人や場所との関係が途切れていると思われるが、年賀状を出すお手伝いをしている。何人かの友人が入れ替わり定期的に来訪される方もいる。来訪される方がくつろげるような会話や状況を心掛けている。	賀状交換する方は減少しているが、希望者への支援は実施している。特殊な事例ではあるが、在宅復帰の事例や、いったん退所し再入居の事例もある。何かの機会に紹介できる良い事例と思われます。	
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	利用者一人ひとりを理解し、利用者同士関わり合いが持てるように、スタッフが間に入って支援するように努めている。利用者の様子を注意深く観察し、その時々利用者の心の動きを注意して見守る。		

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	お元気になり、ご自宅へ帰られた方が、大きな行事にお誘いすると、ご家族で参加して下さっている。数年前に亡くなった方のご家族と継続的に付き合いしているスタッフもいるが、なかなか難しい。		
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	入所時に、ご家族からの情報収集や日々の関わりの中で把握に努め、暮らしやすさや安心を与えられるよう配慮に努めている。意思疎通が困難な場合は、会話や関わりの中から思いや意向を把握する様にしている。	意思疎通が困難な利用者には、選べるような言葉かけ(2者択一の方法)で意思疎通を試みている。全てがうまくはできないが、この効果も表れ、一方通行しがちな利用者とのコミュニケーション術となっている。	
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	入所時に、ご家族より生活歴や生活習慣、食生活等出来るだけ詳しく聞き、その情報を他のスタッフにも伝えて把握に努めている。また本人とのコミュニケーションの中からも聴き取っている。		
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	一人ひとり出来る事は行って頂くよう声掛けし、変化を見逃さないよう注意している。変化があった時には、Drや他のスタッフにも申し送りして、把握に努めている。		
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	毎月のケース会議で利用者の個別の検討を行っている。その後全体会議でも再検討し、見直しや変更をして、介護計画に反映させている。家族からの要望があれば、ケアマネジャーに伝え、計画内容につけ加えてもらっている。	利用者全員について、アセスメントからモニタリングを行い、ケアプランの見直しをしている。ケース会議で議論した内容、注意点や変更点を詳細に記録し、全員に回覧し共有するとともに、ケアプラン変更反映させている。	ケアプランの内容と、ケアの実施状況の確認がしづらいので帳票への記入法を工夫が望まれる。
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	個別記録には、出来るだけ本人の様子・言葉等を記入して、スタッフ間で情報を共有している。状態の変化や、ケア方法の変更があった時には、申し送りノートに記載し伝達している。		
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	独居で生活されていた利用者の退所時には、ご自宅まで送迎車を出したり、利用者通院等、個々に応じた支援を、主に事務長が行っている。		

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	行事の時には、市より紹介して頂いた多くのボランティアの方に協力して頂いている。歌や散歩、傾聴ボランティア等と協力しながら、心豊かな暮らしを楽しむ事が出来るよう支援している。毎月来園して下さるボランティアもいる。		
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	坂戸内科医院の医師(法人代表)により週1回の訪問診療と毎日のDr.FAXにて健康管理がされている。本人・家族の希望される病院受診も受けられるよう支援している。	医師で理事長による月4回の訪問診療および夜間の迅速な往診があり、利用者・家族、職員の安心のよりどころとなっている。毎日、医師へ利用者情報をFAX報告し、医師は入居者の体調を確認し、適切な指示のもと体調管理がなされている。	
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	介護職と看護職は気軽に相談できる関係が出来る。週2～3回看護職の出勤があるので、変化のあった入居者様の情報を伝えて診て頂き医師との連携につなげている。緊急時以外は、看護師からDr.に報告や相談を依頼している。		
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。	事務長が見舞った際に、情報交換や相談に努め、かかりつけ医との連携を図り、早期退院出来る様努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時に終末期に向けて、事業所で出来ることを説明している。入居者様の状態が変化して来た時には、ご家族と医師、事務長、介護職とで話し合いを持ち、医師からの状態説明とご家族様の要望等をお聞きして、終末期の支援を医師、看護師、介護スタッフが連携して取り組んでいる。	「看取りに関する指針」を事業所独自に作成し、入居時に本人・家族に文書にて説明し同意を得ている。実際の看取りする場合には、看取りケア会議を開催し【看取りの確認書、同意書】にサインし看取り実施している。実施に当たっては、看取りの経験があるベテランと新人の組み合わせによるOJTを行っている。	
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	緊急時対応マニュアルを整備し、周知徹底を図っている。		
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	消防署の協力を得て、避難訓練や消火器の使い方などを定期的に行っている。地域との協力体制は、運営推進会議で協力を呼び掛けている。しかし、夜間の火災発生の訓練は出来ていない。	年2回、定期的に消火訓練や避難訓練を実施している。夜間訓練については、夜間を想定した訓練をどのようにするか机上検討をおこなっている。震災等に備えて、非常用備品(食品、ランタンなど)を準備されている。	

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	時には親しみから言葉遣いが軽くなる場合があるが、人生の先輩として尊敬の気持ちを忘れずに声掛けや対応をするようにしている。プライバシーに配慮し、さりげないトイレ誘導や居室でのケアに努めている。	お風呂を嫌がる利用者は、さりげなくトイレ誘導から、入浴をするように努めている。ダメことばを使わないようも心がけている。	
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	「〇〇しませんか?」「〇〇しましょうか?」等、返事が出来る様な問いかけを心掛けている。複数の選択肢を提案して、一人ひとりの利用者が自分で決める場面を作るようにしている。		
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	可能な限り、利用者の意思を尊重し、その人のペースで生活できるように支援している。その時々々の予定行事等により、希望に添えない場合が多々あるが、良く説明し、納得して頂けるよう努めている。		
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	利用者を選んで頂いているが、困難な場合は、好まれていたであろう身だしなみを、出来るだけ支援している。男性の場合、入浴時に、髭剃りはご自分で納得が行くまで行って頂いている。		
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	調理専門スタッフが栄養面を考え、楽しく食事出来る雰囲気作りも大切にしている。米とぎ、食器拭きや片付け等、出来る方には行って頂いている。スタッフ、利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事出来るよう雰囲気作りも大切にしている。	利用者が手伝い可能な、米とぎなど積極的に役つくりを支援している。施設の庭には、畑があり、季節の野菜を育て、収穫して食事を楽しんでいる。	
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	食事摂取量、水分摂取量を毎日記録して、スタッフが情報を共有している。入居者様の状態に応じて、トロミ粉を使用したり、ミキサー、フードプロセッサーを使用して食べやすくしている。		
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	本人の残存能力に応じた声掛けや介助を行っている。拒否の見られる方は、声掛けに応じられた時に介助。就寝時は義歯のポリドント消毒を行っている。状態に応じて訪問歯科医に診て頂き、改善方法等の指示も受けている。		

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
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	排泄表により、一人ひとりの排泄パターンを把握して、その人に合わせた声掛け誘導を行っている。入所時にオムツの方でも、トレーニングにより日中は布パンツ+パット使用でトイレにて排泄を行っている方もいる。	おむつをしない排泄ケアに積極的に取り組んでいる。 入所時おむつ使用の方も、日中は布パンツ(パッド使用)でトイレでの排泄している例もある。	
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	毎日便秘者確認を行い、排泄パターンを把握しつつ、乳製品やオリゴ糖入りの飲み物を勧めたり、歩行運動の支援にて対応。薬剤や看護師による処置も行っている。		
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	日勤帯の時間であるが、希望者は毎日でも入浴して頂いている。遅い時間を希望される方には、夕方入って頂いている。週2~3回は皆さん入って頂いている。	特例ではあるが、夕方遅い時間に入浴しているケースもある。普通は日勤帯に入浴し、その頻度は週2から3回である。	
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	日中の活動を促して、天気の良い日には布団を干し、室温調整に気をつけて、気持ちよく眠れるよう支援。必要な方は適度に休息をとって頂いている。夜間眠れない方には、談話や暖かい飲み物などにて対応している。		
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	服薬ファイルにて確認を行う。薬の変更・追加の情報を申し送りにて共有。薬の内容を理解し、的確に服薬支援を行い、状態確認を行うようにしている。		
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	その方に出来そうな事をお願いして、終わったら必ずお礼の言葉を伝えて、張り合いを持って頂く。音楽や体操、散歩、ドライブ、毎月の行事などで、気分転換をして頂くように支援している。		
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	天気や天候、本人の希望に応じて、なるべく戸外に出かけられるように支援している。1月には初詣、8月には前庭にて花火大会、10月には、前庭にて敬老会、11月には近くの公園へ紅葉見物なども行っている。	利用者が高齢化しているので、歩行による散歩が難しく、車いすを使用している方が多い。前庭での日向ぼっこなども取り入れ、希望者の意向に沿って支援している。	

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	事業所で預かって管理しているが、一部の利用者は、ご家族了解の上で持っておられる方もいる。ドライブに行った時など、おやつを買って頂いている。		
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	利用者の希望に応じて、電話や手紙のやり取りができるよう支援している。行っている方は少ない。		
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	季節により、リビングの掲示板の飾り付けを変えて季節感を出している。行事の写真も掲示してあるので、入居者様は楽しまれている。テーブルには、散歩の途中で摘んできた野の花や、スタッフが持ってきた季節の花が飾られている。	食堂、廊下など、共有空間の壁には、正月飾りや、切絵などが飾られ、季節感をだしている。またインフルエンザ予防のため、食堂で加湿器を使用している。	
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	リビングにはソファが置かれ、利用者同士がくつろげる、居心地の良い空間になるようにしている。少し離れた廊下のソファには、独りで過ごせる空間になっている。廊下は車椅子ですれ違うことが出来る様に広く出来ている。		
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	持ち込みは自由で、馴染みの家具や仏壇を持ち込まれている居室もあり、利用者が居心地の良い居室になっている。	居室には、家族などの写真も飾られ、利用者が安心して生活が送れるように工夫している。また、昨年の敬老会では、利用者全員に感謝状が授与されている。「〇〇さんの笑顔で、毎日のケアがうれしい」など、職員からの感謝の言葉が記されていた。	
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	バリアフリーになっており、共用のトイレや浴室、廊下には手すりがついていて、安全で自立した生活が送れるように工夫してある。フロアに必ずスタッフ1名がが見守る。夜間は居室が見通せる所で記録する等、利用者の安全に配慮している。		

目標達成計画

作成日: 平成 26 年 2 月 27 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	26	ケアプランに沿ったケア実施状況の記録が、上手く行えていない。	介護記録に施設サービス計画書(2)のサービス番号を記録し、ケアの実施状況が確認出来る様にする。	施設サービス計画書(2)のコピーをフロア毎に綴じておき、常に介護記録と一緒に置く。記録をする際は、それを見ながらサービス番号で記録する事により、出来ている事と出来ていない事が見えて来る。	12ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援について、チームでの支援体制が全員には徹底されていない。	日頃から終末期ケアについてスタッフ全員が支援方法等を理解する。	スタッフ全員参加の検討会、勉強会を開いて行く。	12ヶ月
3	13	職員を育てる取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・パートの職員にもチームの一員として会議等 参加の機会を作る。 ・外部研修に参加し、伝達講習にてチーム全員の知識や技術の向上に努めて行く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常的に学ぶことを推進し、パートの職員にも会議参加を呼び掛ける。 ・外部研修に参加する。 ・施設内研修を多く行って行く。 	12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、行を挿入してください。