

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	1192700100		
法人名	医療法人社団 薫風会		
事業所名	グループホームかおる狭山		
所在地	埼玉県狭山市柏原178-3		
自己評価作成日	平成28年1月5日	評価結果市町村受理日	平成28年4月5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.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JNO=1192700100&SVCE=0001096&BJN=00&QC=01
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成28年1月27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)】

当ホームは緑豊かな自然に囲まれた閑静な住宅街にあります。調理専門のスタッフを配置して手間と時間をかけた手作りの食事を提供しています。清掃スタッフもおりそのため介護スタッフの仕事は介護に特化され密に利用者様一人一人と接する事ができ質の高いケアが可能にしています。入居者様の通院は事務長がいたしておりご家族の負担を軽減されています。毎週カラオケ、さまざまなボランティアによる催しは多彩を楽しんでいただいています。そして毎週1回の医師の往診、看護師が毎週3回入居者の様子を診ており医師、看護師と連携し24時間のサポート体制が整っていて入居者、ご家族共に安心して頂いています。また利用者様の支援を最後まで支える取組をしております。ご家族共々数人看取ってきました。

【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)】

施設の前庭は広く、敷地の中に地域のボランティアさんたちが来て畑を作り野菜を栽培している。利用者も一緒に庭の栽培の手伝いをして収穫し、食材として調理されている。斜面には柿や柚の木があり収穫するのを楽しみにされている。施設長は医師であり24時間の健康管理体制が敷かれている。医療的管理が充実しているので、利用者や家族は安心して終の棲家として利用している。さらに理解を深めるために終末期を学ぶ研修を看護師が行い、基本的な看取りのケアを学んでいる。

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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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、安心して暮らしている (参考項目:28) ○		

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	玄関に「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」という理念を掲示している。	事業所の理念を玄関に掲示している。早番・日勤者で唱和を行い、理念を理解し理念に基づいた目標を定期的に定め、自己評価を行う等の取り組みを実践して理念の共有に努めている。	
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	出勤時や利用者との散歩の際などに近隣の人達と挨拶を交わす。	近所の方たちがボランティアで敷地内にある畑の野菜作りや植木の剪定に訪れている。施設のイベントでは地主が参加しているが、その他の地域住民の参加がほとんどなく、多くの方が参加が望まれる。	地域の自治会への行事などには参加がなく自治会への入会もない。以前は自治会長や民生委員さんとの関わりがあったが現在はなく、今後は、地域に開かれた施設作りに期待したい。
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	ボランティアを受け入れてを行いホーム内のありのままの様子を見て頂いている。		
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	二カ月に一回行われている会議には市の職員、地域包括支援センター、家族代表が参加。ホームでの状況報告を行っており率直な意見を頂き役立っている。	2ヶ月に1回開催している。市役所、地域包括職員、家族が参加し、状況報告や家族の意見、要望に耳を傾け、行政の助言を得て施設の運営や日々のケアに生かしている。	運営推進会議には、できるだけ幅広い方たちの参加が望まれるので、まずは地域住民の方や民生委員の参加が得られるよう働きかけを期待したい。
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	市の担当者とは、ことある度に相談しグループホームを運営している。良好な協力関係にある市の担当者には介護報酬に関する助言を受けるなど日ごろから連絡を密にしている。	不明な点は、市の担当者によく相談して、助言や指導を受けながら施設運営に努めている。	
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	玄関は施錠しているが自由に出入りしている入居者もおり見守りながら一人ひとりに合わせた対応をしている。	全体会議では「身体拘束をしないケア」について、何が身体拘束に当たるかなど具体的な行為の事例を上げて検討し話し合っている。医療行為などで身体拘束が必要な場合は、家族に相談し説明をして同意を得て承諾書に記載してもらっている。	
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	虐待と見過ごしがないように注意を払っている。		

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	勉強会は開いていないがスタッフ各自メディアで情報収集している。		
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	入居時や相談時に分かり易く丁寧に説明し疑問点に答え理解してから契約している。		
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	面会時常に問いかけ何でも言ってもらえるような雰囲気作りを心がけている。基本的には利用者や家族の立場に立って考えて、ちょっとした言葉や態度から思いを察する様になっている。	2ヶ月に1回する開催運営推進会議には市役所、地域包括職員、家族が参加し、状況報告や家族の意見、要望に耳を傾け、行政の助言を得て施設の運営や日々のケアに生かしている。	
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	毎月全体会議を実地し職員の意見を聞く機会としている。	全体会議が月1回開催され、職員の意見や提案を聞いている。施設長である医師も必ず参加され、参加している職員とコミュニケーションを図り、要望に応えている。全体会議の内容は、申し送りノートに記載され、職員全員で共有できている。	
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	代表者は常に職員の働きぶりを把握するよう努めている。		
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	ケアの向上に対する個別指導体制の設備が課題である。		
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	市主催の会議に積極的に参加し情報交換に努めサービスを向上に努めている。		

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
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	入居後表情や反応を注意深く見ながらご本人の希望や不安をキャッチして十分な傾聴をしている。不安な時は一緒に寄り添いながら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	入居前、直後にご家族とゆっくり話す機会をつくり、信頼関係を築く努力をしている。ご家族からは可能な限り不安、要望をお聞きし安心感を持って頂き、また些細な事も相談しやすい様な築こうと努めている。		
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	ゆっくりと話し合う場を作り必要としている支援を把握するよう努める家族や利用者からきめ細かく話しを聞き何を最優先すべきか良く話し合っって本人に適したサービスを提供できるように努める。		
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	利用者とコミュニケーションをとりながら食事の支度、食器拭き洗濯物たたみ等その人にできることを一緒にするようにしてる。全体的には達成できてないが共に何かをするよう努めている。		
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	家族の協力の必要性を伝え、共に本人を支援しようと努めている。面会時には現状報告、日々の暮らしのご様子をお知らせし、敬老会の予定を通知し、できるだけ一緒に参加して頂き協力してケアにあたるよう努める。		
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	お盆やお彼岸にはかかさず墓参りに行ってる方や定期的に家族と過ごすために外出外泊される方もいるなじみの関係が途切れないような努力をしたい。前から利用している美容院に行ったりして馴染の関係が切れないようにしている。	毎週家族と外出される方、以前利用していた美容室に行く方など馴染みの関係が途切れないよう家族には声がけをしている。友達を訪ねてこられる方など面会が多い。施設に来やすい雰囲気作りに努めている。	
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	その日、その日利用者様の心の置き所が違い、スタッフが時により間に入り良好な関係作りに努めている。仲の良い人同士が過ごせるよう配慮したり世話役の人にもうまく力を発揮してもらい、利用者同士の関係や力・個性をうまく活かす配慮をしている。よい関係がつかれるように必要に応じて声かけている。		

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
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	亡くなられた方 退所以外サービス利用(契約)が終了した方はおられません。		
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	入居時にご家族から可能な限りの情報収集を行い本人にとって暮らしやすい状態になるようにしている。しかし困難な方が多いのでその場の本人の意向に沿えるよう努めている。あらゆる機会を通じて家族の意見や意向を聞いている。なかなか利用者に意向を聞きだすことが難しいので日常の動作や発した言葉などから意向を把握するように努めている。	フロア担当者があり、利用者や家族等から意向を聞き、なるべく本人が持っている力や残存機能を活かす支援を行い、寝たきりにさせない支援が行われている。	
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	入居相談時に生活歴・生活習慣・食生活等の聞き取りをしている。また、毎日の関わりの中で再確認に努めている。本人の今までの生活に少しでも沿え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	生活日誌をつけておりスタッフ同士協力しあい、入居者の状態変化等を見逃さないようにしている。入居者のペースを見守りながら一緒に生活を送り、状態に合わせて必要なケアを行っている。生活のリズムに配慮しながら本人なりのペースで行えるように柔軟に対応している。		
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	本人や家族を含めた話し合いの場はなかなか持てない。面会時にできるだけ利用者や家族の意向を聞きだして利用者・家族の立場にたつての計画作成に努めている。生活日誌には日常の支援や気づきが細かく記載されている。これを元にして月2回のケアカンファレンスでプランの見直しを実施している。	フロー担当者、利用者・家族の意向をまとめケアマネが計画書を作成している。月2回の「ケアカンファレンス」で職員からの意見を聞き、担当者と話し合いモニタリングを実施している。週3回の看護師の訪問と、施設長の医療管理より利用者の健康が維持されている。	
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	日々の様子は生活日誌にきめ細かく記録され、支援の実践に役立って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	利用者の通院は、ご家族に依頼することなく通院介助を行っており、家族の負担を軽くしている。体調不良の利用者にはDr、Nsの往診もありご家族の立場にたつた柔軟な支援を行っている。		

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
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	地域のボランティアの協力を得て利用者の方たちと共に楽しむ時間を確保している。		
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	協力医の医師により往診などで健康管理をしており、毎日の様子も朝のFAXで報告、異常等が見られた場合往診や受診できる体制が整っている。協力歯科もある。理事長が医師であるので往診され健康管理が行き届いている。毎日の利用者の様子やバイタルサインをFAXにて報告され適切な管理がなされている。	施設長は医師で、内科の院長である。24時間の健康管理が行き届いている。毎朝職員が、施設長宛に「入居者の状況」をFAXで報告し、病気の悪化予防に努めている。内科以外の専門外来は、職員が同行し受診の支援をしている。	
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	週3回看護師による健康管理を行っている 利用者の訴えをすぐに看護師に伝え診てもらうことで入居者に安心を提供している。入居者の体調変化、身体の様子は細かく看護師に相談し適切な看護を受けられるように努めている。		
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。	入院時は事務長が家族と同行し、医師や看護師や理学療法士等と情報交換をしている。退院後も電話などで相談しそれをもとに利用者の支援にあてている。		
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	入居時に重度化した場合や終末期の事業所の方針を説明している。終末期に近づいた時にはDr.から現状をご家族に説明し、事業者ができる事を説明。医師・看護師・職員が連携し利用者の終末期を支えている。	終末期のケアについては施設長である医師に24時間体制で連絡が取れる仕組みがあり、緊急時に備え緊急体制マニュアルがある。家族も職員も安心してケアに取り組むことができる。施設長が医師であるので家族や利用者に対応方針を伝え同意の上で看取りが行われている。	
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	緊急時のマニュアルがありある程度身につけている。看護師が身近にいたので酸素の使用や吸引を行って下さる。		
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	スプリンクラーは取り付けしている。避難訓練を実施している。	消防訓練は年2回消防署立会の元で実施しているが、訓練実施記録が残っていない。一方、災害に備えて備蓄品が1、2階に水等が備蓄されている。地域との連携が希薄なため、地域の自衛消防団と連携し活動できるよう検討中である。なお、スプリンクラーは設置済みである。	地域の方たちとの関わりが少ないため協力体制が出来ていない。自衛消防団との連携を検討中であるとのこと。今後は地域住民の協力が得られるよう努力されることを希望します。

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
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	言葉遣いには気を付けているが時には親しみの感情から言葉遣いが軽くなる事がある。人生の先輩として尊敬の気持ちを忘れず誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応を心がけている。	人生の先輩として尊敬し言動などには特に気をつけて接している。トイレ誘導の際の声掛けは、他者に気づかれぬようさりげなく行っている。	
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	利用者から不満や訴え、希望を聞いた場合、話を聞き問題解決に向けて支援をしている。止める言葉を使わないようにしている。[・・・しませんか？][・・・しましょうか？]と、本人が自己決定できるような声かけをするように努めている。		
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	極力利用者の意思を尊重しつつ、利用者のペースに合わせた支援を行うようにしている。しかしその日をどのように過ごしたいか一人一人の希望に沿った支援はできていない。		
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	訪問美容では希望にあわせたカットをして頂くよう連携をとっている。日常の服装に関しては、ほとんどの利用者がその人を感じさせる個性的な身だしなみができている。		
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	調理については専門の調理員がいる。食事はその人の好き嫌いも考慮して会話をしながら和やかな雰囲気の中で、職員も一緒に頂いている。事業所内には畑があり、職員が野菜を作り自給体制ができている。	二名の専任の調理員が食事を作っている。利用者の希望を聞きながらメニューを作り対応している。時々、施設の庭で採れた野菜果物を職員と一緒に利用者が収穫し食卓に取り入れて楽しみながら食している。特に献立のチェックは行っていないが、食事内容やカロリーの管理が必要なため今後は管理栄養士のチェックを検討している。	
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	食事や水分摂取状況を毎日チェック表に記録し、職員がその情報を共有している。嚥下状態により刻み、ミキサー、とろみ剤使用等きめ細かく対応している。またなるべく自力摂取して頂いている。		
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	利用者一人一人の自立度、口腔内状態により毎食後声かけ又は介助を行っている。		

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	一人一人の排泄パターンを把握している。トイレでの立ち上がり移動が生活リハビリになっている方もいる。	おむつ使用している利用者に対し、起床時に測定器にておむつに排尿された尿量を測定し、夜間にもどの位の尿量があったか記録され、夜間のおむつ交換の回数が適当かどうか判断し、一人一人常に見直しがされている。	
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	予防対策としては毎日の食事に食物繊維の多い食品が使われている。乳製品やオリゴ糖入りの飲み物を勧めるなど水分量の少ない方には配慮している。体質や薬の副作用で便秘になる方には薬剤も使用している。		
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	入浴したい日、希望する時間にゆったり入浴して頂いている。全体的にはチェック表により週2~3回は入浴して頂いている。入浴拒否の方への誘導工夫はスタッフ各自努力しているがなかなか安定した成果となって表れてこない。	入浴は、利用者個人の希望に合わせて、自由にゆっくりと入浴できる様支援している。拒否のある方には、様子を見ながら声がけをして、足湯に入ることすすめている。その後タイミングを見ながら無理強いをしないで入浴を促している。	
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	個々の状況に応じて休息の促しと誘導を行っている。なるべく日中の活動を促し居室、寝具の清潔を保ち室温調整、明るさの調整に配慮し寝つけない時には傾聴、談話をを行い柔軟に対応している。		
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	個々の服薬に関するファイルは完備され、常に再確認できる。日々の変化や症状は申し送り帳を活用して看護師や医療機関との連携を図れるようにしている。		
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	定期的なカラオケ・音楽療法の来園にはほとんどの利用者が楽しまれている。個々の「出来る」に応じて仕事の依頼し感謝の言葉を伝えるようにしている。散歩で季節感や非日常を感じて頂け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	恒常的に入居者の希望に沿ってお寺への散歩に出かけられるように支援している。	週3、4回近隣へ散歩に出掛けている。お天気の良い日にはお寺や公園に出掛けお参りをしている。施設内の広い庭には毎日出て、野菜の育ち具合や柚・柿など果物が実のをながめて収穫を楽しみにしている。	

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	家族からお金を事業所で預かって管理している。所持される方は少ない。		
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	かかってきた電話は必ず取り次いでいる。要望があった時には電話ができるように対応している。自ら電話をしている方もいる。		
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	清掃スタッフが清掃を行い清潔を第一としている。共有空間はシンプルであるが不快感や危険のないような気配りをしている。	加湿器や空気清浄機が設置され適温・適湿に管理されている。インフルエンザ・ノロウイルスの罹患に注意すべく、マスク・アルコールなどを準備し予防に心掛けている。廊下が広く、床は床暖房が施工され住みやすい工夫が行われている。施設内の掃除は、掃除専門スタッフが掃除をしている。清潔で綺麗に整理・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	居間に椅子、テーブル、ソファを置き利用者同士居心地のよい空間をつくるように心がけている。廊下にソファを置きひとりで過ごしたい方にはそのようなスペースをつくるよう心がけている。入居者の相性や希望に応じて席替えも行っている。また、階の異なる入居者の訪問する機会もつくっている。		
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	ご家族の協力によりそれぞれの利用者の好み馴染の家具や物等生活スタイルにあわせて用意し居心地の良さに配慮している。	居室は日当たりがよく明るく広い。1階の居室からは庭に出て洗濯物が干せる。ひとりひとりの思いが込められた、仏壇・使い慣れた家具などを自由持ち込み居心地の良いくつろげる空間となっている。	
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	建物はバリアフリーになっており共用部分には手すりがついていて安全確保と自立への配慮を心がけている。トイレ入り口には「トイレ」と分かり易く貼り紙をしている。危険を認識できない方の行動をできるだけ制限しないよう工夫している。		

目標達成計画

作成日: 平成 28年 3月 11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	33	終末期のケアに不安を抱えている職員が多い。終末期のケアについて、知識・技術が十分ではない。また、家族、医師、看護師、介護職員が連携して支える体制をもっと整いえる必要がある。	終末期のケアに関して事業所で出来る事を関係者が理解し、家族、医師、看護師、介護職員で話し合うで決まった方針にそってケアを行う。同時に知識・技術を習得し、関係者の連携体制を整える。	医師、看護師、介護職員で終末期のケアについてのマニュアルを作成する。関係者の相互理解と現状の確認・問題点を明らかにするために、話し合いの機会を定期的にまたは適時もつ。	12ヶ月
2	26	ケアプランにそった支援があまりできていない。	ケアプランとケアが連動して誰にも分りやすい個別ケアを行えるようになること。	記録にケアプランが反映されるよう、番号や○×といった簡単な方法でどんなケアが行われたか、わかるようにする。職員は記録をとりながら、ケアプランをより意識し、個別ケアができるようにする。	6ヶ月
3	13	職員を育てる取り組みが出来てない。	新たな知識の習得・介護技術の向上	研修計画を立て入居者さんへのサービスの質の向上に努める。	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。