

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	2391500135		
法人名	(株)名東介護センター		
事業所名	グループホーム エム・ケア名東 3F		
所在地	名古屋市名東区高間町43		
自己評価作成日	平成29年1月5日	評価結果市町村受理日	平成29年3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	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2月13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)】

利用者は個々のペースで好きな場所で過ごし、フロアは自由でゆったりとした時間が流れている。皆で同じレクリエーションに取り組むというよりも、認知症の進行に合わせた個別ケアに力を入れている。ご家族より記入いただいた”情報シート”を元に、その方の歴史や背景に関する情報を得て、その人の持つ力を観察し、計画作成担当がケアプランに活かしている。職員は利用者の理解度に合わせたコミュニケーション方法で、安心を与えられるような関わりを心掛けている。経験豊かな看護師が複数在籍し、介護職員との情報共有を元に、認知症ケアを軸とした健康管理がしっかり行われている。近隣の看護大学との共同研究の一環としてリラクゼーション体操を取り入れ、職員・利用者共に楽しみながら継続して取り組んでいる。

【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)】

「共にいきる」の理念は全職員に浸透し、「食事」「排泄」「入浴」の三大介護を充実し、利用者や家族の思いや意向、生活歴等をセンター方式を用いて詳細に把握、利用者個々の生活スタイルに添った支援を叶えている。看護師が常駐する事で医療面への安心にも繋げ、医師との綿密な連携体制を整え、最良な看取り支援を実現している。地域に根差した活動も盛んであり、毎月15日の開放日は地域住民が集う機会を設け、介護相談窓口としては数件の相談があり、地域密着型事業所としての役割を果たしている。また、近隣大学看護学部の研究の依頼を受け、「リラクセス体操」を生活に取り入れ、認知症ケアの発展に貢献している。

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

[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	・開設以来「共に生きる」を理念とし、利用者と職員が支えあいながら生活を送っている。 ・理念は面会者にも分かるように玄関先に掲示し、施設内研修でも繰り返し確認し合っている。	理念は各フロアーの目に付く所に掲示し、会議等で職員が集まる機会毎に復唱し、話し合っている。食事、入浴、排泄の支援を充実する事により生活の充実かつ理念の実現に繋げている。	
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人として日常的に交流している	・地域のイベント(盆踊り、運動会、保育園の行事等)時には、高齢者が楽しく交流を行えるように支援している。 ・認知症ケアに関する地域の看護大学との共同研究に職員は参加している。	地域の盆踊りや運動会、保育園の七夕会等の参加は毎年の恒例行事となり、地域の一人として溶け込んでいる。「毎月15日の開放日」には近隣住民の来訪があり、ぜんざいやうどん等を振る舞い、地域住民との交流を深めている。	
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	・「介護相談」の看板をかかげ、施設利用に関する相談以外でも随時介護に関する相談を受け付けていることを明示している。		
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	・運営推進会議を年間6回開催し、施設の行事や日々の生活、職員研修の様子などを映像資料を作成して報告。参加者の意見を得てサービス向上へとつなげている。議事録を作成し、職員全員が確認している。	推進会議時に、昼食会や避難訓練を組み入れ、施設の取り組みを一緒に体験し利用者や触れ合う機会を作っている。日々の暮らしの様子をパワーポイントで詳しく伝え、施設の実情や取り組み等の理解を深め、協働関係を築いている。	
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	・名古屋市の担当者とは日頃から連絡を密にとり、相談・助言を受けながらケアサービスに取り組んでいる。 ・市からの通達を可能な限り遵守できるよう、事業所として取り組んでいる。	市担当者とは、何でも相談できる関係性が築かれている。今年度は夜間帯の勤務体制についての相談をし、人員の変更が行われた。また、市町村主催の研修や会議には積極的に参加している。	
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	・管理者が「身体拘束」に関する研修を毎年実施している。 ・研修を受けて身体的拘束だけではなくスピーチロックについても可能な限り行わないという認識を持ち、職員はお互いに注意し合っている。	職員会議の際に身体拘束の研修を行い、具体的に何が拘束に当たるかを徹底して指導している。職員間では互いに注意し合う関係性が築かれ、日々の支援の中で拘束行為を行わない姿勢を持っている。	
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	・外部研修を受けた職員が「虐待防止に関する法律」に関する研修を毎年施設内で実施している。 ・虐待に関する感度を高め、利用者の自宅の様子、施設内での虐待を発見・防止できるように努めている。		

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
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	・成年後見制度についての研修を職員は年に一度、施設内研修で受けている。 ・実際に制度を利用している利用者の事例も具体的に聞いて理解を深めている。		
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	・契約にあたっては、十分に面談の時間をとり、文書と口頭により説明を行っている。 ・入居時の事だけでなく先を見越した今後の見通しも含めて十分な説明を行い、理解・納得してもらった上で契約を行っている。		
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	・年間6回の運営推進会議を開催し、利用者や家族の意見を聴き取り、運営に反映させている。 ・相談窓口をオープンにして、小さなことでも言いやすい雰囲気づくりや傾聴に努めている。	家族が面会に来た際には必ずじっくり話をする機会を作り、細かな要望でも連絡ノートで周知し、職員間で情報共有している。要望に対しては素早く対応する様努めている。	
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	・月に1回の職員会議の場で、職員は意見や提案をお互いに出し合うことが出来るようにしている ・職員が個別に管理者に相談できる場や時間を設けている。	職員会議では、些細な気づきや意見、要望等、職員全員が活発に発言し、出た意見やアイデアは即実行に移し、サービスの向上に繋げている。休みや研修の希望は随時対応している。	
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	・会議の時間外手当、研修参加時の夜食を整備し、職員のやりがいにつながるようにしている。 ・職員の勤務状況に応じて、各自目標ややりがいを持って働けるよう、意見をくみ取るように心がけている。		
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	・管理者・看護師・外部研修を受けた職員により施設内研修を毎月実施している。 ・施設外の研修や資格取得については積極的に勧め、やりがいへとつながるように支援している。		
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	・地域で開催される勉強会には積極的に参加し、職員の学びの場とネットワーク作りに努めている。 ・いきいき支援センターとの交流・情報交換を密に行い、サービスの向上に努めている。		

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	・さまざまな情報から現状をアセスメントし、必要なケアサービスを提供できるよう、職員間の情報共有を心がけている。本人に安心を与えられるような関わりを模索している。		
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	・家族のこれまでの介護の苦労や困っていることについて傾聴し、対応すべき問題把握に努めている。その問題に適切に対応できるように、サービス内容をケアプランに盛り込み、モニタリングしながら追加・修正している。		
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	・情報収集する中で緊急性と必要なサービスについて判断し、優先度が高いと判断するサービス内容を提案している。事業所内だけではなく、事業所外で可能なサービスについても提案している。		
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	・利用者はお客様ではなく、役割を持った一人の生活者として生活する上で必要なことをやっもらっている。職員は見守りながらもお礼や労いを伝え、関係を気づいている。		
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	・利用者と家族のこれまでの関係や絆を意識し、家族とは密に情報交換を行いながら要望をくみ取っている。		
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	・本人のこれまでやってきた社会生活(喫茶店や買い物の支援、通院の補助)などを行っている。 ・外出・外泊時の準備・支度も積極的に行っている。	墓参りや帰省、利用者の馴染みの場所への外出希望は、個別に計画し実現している。友人の来訪や年賀状が届く等、馴染みの人との関係の継続に努めている。	
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	・生活の中で利用者同士のやりとりを観察し、相性なども配慮して食事の席を配置している。 ・にぎやかなだけでなく、その人の個性に配慮しながら関わりをもつようにしている。		

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
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	・職員が葬儀に参列し、お別れの機会を持っている。契約終了後も家族からの相談の機会時には家族の話を傾聴し、グリーフケアや必要な支援につなげられるよう、取り組んでいる。		
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	・これまでの生活の歴史を把握し、日々の様子を観察して今の生活が利用者にとってどのようなものであるかを常に考えている。 ・施設内のレクリエーションも一人一人、好むかどうかを判断しながら対応している。	利用者とは個別に向き合う時間を大切に、皆が集う場所ではなかなか口を開かない人には居室や浴室などで話をきき、記録することで職員が共有し、思いや意向を把握している。	
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	・家族から”これまでの暮らしシート”を記入してもらい、生活歴やなじみの暮らしについての情報を把握し、ケアに活かしている。 ・入居前に介護サービスを利用していた場合は、以前のサービス内容を取り寄せている。		
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	・職員は1日の過ごし方や水分量・排泄に関して、24時間記録シートに記入している。また、各担当者がセンター方式のアセスメント用紙を用いて、本人の全体像を半年毎にアセスメントしている。		
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	・半年毎にサービス担当者会議を開催し、家族の要望を直接聞き、多職種の意見も反映させてケアプランを作成している。 ・職員会議では、日々のケアの関する意見や提案を出し合い、向上へとつなげている。	毎月担当職員が利用者についてモニタリングし、チームや看護師に様子を伝えている。変化があれば都度、家族に連絡をいれ、同席のもとで担当者会議を、変化がなければ半年ごとに家族を交えた会議を行い、計画を見直している。計画をもとに理解したうえで職員は支援を行っている。	
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	・日々の生活の様子、ケアの実施・反応に関する客観的情報を24時間シートに記入している。職員間で情報を共有し、日々の実践や話し合いに活かし、必要があればケアプランの見直しを行っている。		
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、その時々にも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	・状況に応じて時間外の面会にも対応している。 ・外出・外泊の準備を行っている。 ・突然の体調不良がおきた場合、家族に連絡しながら往診や受診の手配を行っている。		

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	・地域との交流で出かける時には関係機関と連絡調整(階段や手すりの有無などを確認)しながら利用者が安全に楽しめるように参加している。 ・利用者・家族が利用しやすい近隣の食事の場所などをお伝えしている。		
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	・かかりつけ医の往診が月に2回あり、適切な医療を受けられるよう、施設内看護師を中心に対応している。また、異常時は早期にかかりつけ医・薬局と連絡をとり、必要な医療を受けられるようにしている。	全員が協力医をかかりつけ医としており、月に二度の往診がある。訪問歯科も利用している。皮膚科眼科などの専門医の受診は職員が行っている。看護師が職員として配置されていることで、他職員も家族も安心して、緊急時には医師と連絡をとり対応している。	
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	・事業所内に複数の看護師が在籍中。 ・介護職員が気が付いたこと(利用者の異変)は速やかに看護師に情報伝達され、そこから適切な医療・看護へとつながっている。		
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。	・出来るだけ早期に退院できるよう、病院関係者とのやりとり・情報交換に努めている。施設内で可能な医療体制についてもお伝えし、スムーズな連携へとつなげている。		
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、事業所の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	・入居時より急変時の対応や終末期の希望について、口頭と書面で管理者が確認している。利用者の体調変化時には段階を追って家族へ説明しながら、家族に終末期の意向を折りに触れ、都度確認している。 ・看取りケアでは医師の指示の元、職員が力を入れて取り組んでいる。	入所の際に看取りについての説明をしている。利用者の様子を常に医師に情報提供し、看取りの診断となったら事業所が間にたつて医師、家族、看護師、担当チーフとの話し合いを行い家族の思いを再度確認し、職員も看護師の指導のもとで勉強会を行ったうえで看取りをしている。今年度も4回の看取りがあり、開所以来看取り以外の退去もない。	
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	・転倒や急な体調の変化時の対応について、マニュアルを作成し、24時間体制で管理している。 ・AEDが施設内に設置されており、職員全員が講習を受け、施設外での出来事にも対応できるようにしている。		
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	・名東消防署に協力を依頼して職員・利用者が参加する非難訓練を年に2回実施している。 ・運営推進会議の中で、参加者と一緒に避難訓練や防災を学ぶ機会を持っている。	年に二度の防災訓練があり、うち一度は運営推進会議で利用者家族などにも体験してもらっている。職員は全員が緊急時の対応について練習している。備蓄もある。福祉避難所の指定ももらっている。	

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
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	・尊厳を大切に言葉かけや対応を職員研修で学び、日々の業務の中でお互いに気が付いたことを注意しあっている。	利用者のかつての職業や、家での様子などをもとに声のかけかた、話のもっていきかたなどその人にあった対応を職員全体で共有している。トイレの失敗などは他の人にわからないようさりげなく誘い着替えなど対処している。耳の遠い人には筆記で知らせるなどの配慮がある。	
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	・本人にとってなじみのある言葉(方言)を使ったり、身振り手振り、活字等で意思疎通や思いをくみ取っている。		
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	・夜間入浴を実施するなど、一人一人の要望に応じられるよう実践している。 ・日課はあるが、その人の思いやペースを尊重し職員がそれに寄り添えるような配慮をしている。		
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	・その人がこれまで大事にしてきた身だしなみが出来るよう、職員が好みや季節に合わせて準備・支援している。 ・理美容訪問があり、職員も毛染めやサポートを行っている。		
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	・食事は楽しみの時間となるよう、安全で食べやすい食形態にし、盛り付けの工夫をしている。 ・一緒に食事の準備を行い、配膳・下膳、片付けなども職員の見守りの元やってもらい、お礼を伝えている。	食事の用意の中心となる職員が、他の職員や利用者と一緒に献立をたて、食材購入、調理まで事業所で行っている。利用者も材料を切る、刻む、揚げるなど調理面でも、また配膳下膳などできることを手伝っている。食欲や嚥下状態を細かくチェックし、医師、看護師、管理者などが食事の形態を指示し、全員が食事を楽しむことができるよう支援している。	
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	・個別に食事指示書(食事形態、量、注意点等)を作成し、それに沿って提供している。 ・24時間シートに水分量・排泄の記録をして健康管理に活かしている。好みのものを飲んでもらえるように個別に対応している。		
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	・毎食後、口腔ケアを行うことで清潔保持と肺炎予防に努めている。職員はその人が出来ないところをサポートし、合わせて口腔内の観察も行っている。		

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	・一人一人の排泄のパターンを記録している。必要時は、詳細な排泄アセスメントを行い、検討した結果をご家族に説明・同意を得て必要なオムツを購入している。オムツから布パンツになった人もいる。	一人ひとりの利用者の排泄を職員全体で把握し、様子に変化が見られたら排泄アセスメントでチェックし、誘導間隔をかえたりパットを追加使用したり、あるいはポータブルトイレを利用するなど方法の見直しをしている。理念の柱にも排泄をたて、最期まで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	・24時間シートと排泄チェック表を用いて排便の管理。水分量を増やす、排便を促す食べ物、便器に座っていきむことへの支援、適切な運動、腹部の観察など個別に働きかけている。		
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、個々にそうした支援をしている	・入浴を楽しみとしている人も多く、希望に合わせた夜間入浴を実施している。 ・声掛けに工夫し、タイミングを見計らいながら入浴の支援を行っている。	週に2回の入浴を基本とし、利用者の要望があれば毎日でも夜間でも対応している。今はないが拒否がある利用者がいれば、言葉がけや職員の変更などで入浴を促し、気持ちよく入ってもらえる支援に努めている。ゆず湯なども行っている。	
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	・一人一人の生活ペースに合わせて昼寝や休息の支援を行っている。 ・寝具の工夫や必要な人には体位の交換などの援助を行っている。		
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	・薬剤師との提携により、看護師が薬の管理、介護職員が服薬援助を行っている。介護職員は名前・日付の確認を行い、その人に合わせた服薬方法を支援している。職員が情報共有しながら症状を観察し、必要時は医師に連絡している。		
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	・生活歴を確認しながら、その人の趣味や持っている力に注目し、ケアプランにも反映させて支援している。		
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	・戸外や屋上への散歩、買い物などの支援は一人一人の希望に沿って対応している。 ・桜や紅葉の時期にはドライブをかねて喫茶店に行き、好みのものを注文して食べるという企画を実施している。	利用者の体調に配慮し、春や秋は外出を億劫に思う利用者にも働きかけなるべく散歩にでかけている。買い物や、1F小規模多機能施設の送迎に一緒にでかけることもある。桜の花見ともみじの季節には一斉にはないが全員でかけるよう、日にちを調節して外出している。そのほかにも要望があればできるだけ個別外出支援をしている。	

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	・本人と家族の希望を確認し、金銭管理能力に応じて個別に対応している。		
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	・家族から電話がある人については、落ち着いて話ができるようにしている。 ・希望やその人の持つ力に応じて、手紙のやり取りの支援を行っている。		
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	・共用の空間で空調や不快な音・臭いがないかを常に職員同士で確認しあっている。 ・トイレには、分かりやすい張り紙をしている。 ・季節感を取り入れた物品(クリスマスや正月飾り、こたつ、ひな飾り等)を利用者と共に準備している。	すっきりと片付いた居間は通路も余裕があり、美化担当職員が先頭にたって清潔を保ち、においにも気を配っている。季節感を感じられるよう、畳コーナーにコタツが出されており、利用者が望めはそこでもくつろげる。窓辺のソファでゆったりくつろぐこともできる。普段は利用者の行事の様子の写真が飾られている玄関は調査時はひな壇飾りがおかれ季節を演出していた。	
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	・利用者同士の相性をみながら席の配置を工夫している。 ・一人で過ごす時間も考慮しながら、職員は場所の案内を行っている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	・利用者にとって安心できるよう、家族と相談しながら使い慣れた家具や茶碗・箸などを持参してもらっている。	ベッドは事業所のものだが その他のたんすや衣装ケース、鏡台などは自分の使い慣れたものを自由にもちこみ、配置している。壁には利用者の事業所での普段の生活やイベント時の様子の写真が飾られ、訪問した家族とともに楽しんでみている。職員が居室の清潔にも気を配っている。	
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	・利用者にとって危険なもの(洗剤や包丁など)は目につかないところに管理し、利用者が台所で片付けや洗い物を自然に出来るようにしている。 ・フロア内を自由に行き来できるようにしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 29 年 3 月 7 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		・職員教育(会議・研修)の定例化を継続することにより、介護職員の定着率の安定につながることを目標としていく	・毎月1回の職員会議と研修を有意義なものに深めていく ・情報交換と意見交換が有意義にできる会議の開催を目指す	・オープン化された意見交換(フリートーク) ・認知症の人のことに関する勉強会の定例化 ・外部研修参加の報告会	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。