

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	2391500127		
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 3階		
所在地	愛知県名古屋市中東区高間町43		
自己評価作成日	平成30年1月15日	評価結果市町村受理日	平成30年4月6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30年2月20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)】

認知症に特化したアセスメント用紙(センター方式)を用いた個別ケアに力を入れている。一人ひとりがどのような人生を送ってこられたのかを、家族から協力いただいた情報シートを元に把握し、その人の好きなこと、得意な面に目を向けた関わりを行っている。老人看護専門看護師が在籍しケアプラン作成だけではなく、施設全体のケア管理・指導により認知症ケアの向上に努めている。認知症が進行しても最期まで自分の力を使って食べる(摂食嚥下)事を大切に、往診医との連携の元自然で穏やかな看取りに取り組んでいる。近隣の看護大学との連携にてリラクゼーション体操を取り入れ、利用者は毎回笑顔で体操を行っており、心地よい刺激となっている。

【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)】

『エム・ケア名東』は小規模多機能サービスを併設し、行政機関と協働しながら地域福祉の拠点として展開している事業所である。認知症に関連して地元大学学生活動への協力、大学教授との共同研究、学会発表等、他機関と連携を築いている。エムケア名東では、薬物だけに頼らない、認知症の周辺症状を緩和する混乱させないケアの実践をしており、眠剤を使用せず、個々への安眠支援を行う。また、口から食べることを大切にした取り組みや個別排泄ケア等によって、認知症ケアの5つの柱に基づく質の高いケアを提供している。家族へ相談・報告を欠かさず、共に入居者を支える関係を築きながら、終末期には、本人・家族の要望により病院や他施設への転移ではなくホームで、家族、医師、施設従業者全員で看取りケアチームを確立し、尊厳の保たれた穏やかな最期を看取っている。設立時から掲げる認知症ケアの高みを目指し、日々その追求を怠らないエム・ケア名東の取り組みが、介護に携わる関係者、関係機関に広がる事を期待したい。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	事業所理念は”共に生きる”であり、研修において繰り返し職員と共有している。地域密着型サービスとして、生活に根差した認知症ケアに取り組んでいる。	理念「共に生活(いきる)」を掲げている。排泄、食事、入浴、ケア、看取りを5つの柱として、トータルで支えることが、認知症ケアには欠かせないこととして、常に職員へ伝え取り組んでいる。毎月の会議と研修にて、支援の根拠と技術を伝え、専門性を高めている。また、新人研修のオリエンテーションの際にも必ず理念との関連を説明し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人として日常的に交流している	地域との付き合いを大切にし、地域のイベントには招待を受けて積極的に参加している。毎月15日は施設を開放し、地域の方々の参加もあり交流の場となっている。	町内会に加入している為、学区の盆踊り等地域行事への参加がある。また、月に一度、開放日を設けている。地域住民や福祉関係者の参加を得て恒例となっており、チラシ配布やハガキの送付、またのぼりを立てて、開放日を周知している。今年も、地元高校生や地域ボランティアの訪問を受け、町内活動や、近隣保育園、小学校との地域交流は継続して行われている。	
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	認知症ケアに熟知した管理者を中心に介護相談を常時受け付けている。看護大学との共同研究により認知症ケアの向上・貢献に取り組んでいる。		
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2か月ごとに行っている。パワーポイントを用いて利用者のケアの実施、ご家族からの意見、運営状況を報告し、話し合いの場を設けている。頂いた意見は施設内で検討し、サービス向上に活かしている。	入居者代表、家族代表、民生委員長、区政協力委員、市政功労者、保健師、いきいき支援センター職員の参加により、年6回開催されている。パワーポイントでわかりやすく発表しており、2回に1度は昼食会を行っている。議事録は、パワーポイント資料と共に、写真で会議時の様子が添付されている。玄関にも写真は掲示され、運営推進会議の存在や取り組みを来訪者へ伝えている。小規模多機能サービス合同で開催、意見交換がなされており、外部評価の結果報告もされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	名古屋市や地域包括支援センターに何かあれば早急に相談・報告を行い、その指導を受けて連携を図っている。	日常的に、必要に応じて市の担当課と相談、報告を行っている。いきいき支援センター主催の講習会の講師を、施設長が引き受けている他、毎年ウォークラリー開催時には、休憩所として場所と昼食を提供している。今年度は名東区で開催された「介護フェスタ」に参加した。	
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	身体拘束に関して毎年施設内で研修を行い、職員は学んでいる。特にスピーチロックについて、職員は自らのケアを振り返り、倫理観を高めている。	身体拘束をしないケアの実践に、見守りの徹底と薬物療法に頼らない開かれた施設造りを行っている。一貫して入居者の尊厳を守る方針を、家族や医師へ説明し協力を得ている。年間研修計画に位置付け、年に一度は研修を実施し、職員へ周知徹底している。その際、身体拘束の具体的な行為の理解だけでなく、根拠の部分から伝えている。	
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	虐待に関して毎年施設内で研修を行い、職員は学んでいる。虐待の発生しやすい要因を理解した上で、虐待を防止し早期発見できるように職員の倫理観を高めている。		

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	権利擁護に関して研修を毎年施設内で行い、職員は学んでいる。成年後見制度が必要な方については、管理者を中心として連携を図っている。		
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	契約においては十分な時間を取り、入居にあたっての不安が少しでも解消できるような言葉がけや配慮を行っている。疑問に関しては、相談窓口を統一し、常時受け付けている。		
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	苦情受付担当者を施設内に明示し、ご意見箱を設置している。また、家族からの意見を職員が受けた場合は、管理者への報告ルートを義務付けている。	玄関に意見箱を設置している。面会に来訪する家族は多数おり、頻度も高い。その面会時や、半年に一度行われる介護計画の見直しの際の担当者会議にて、意見を聴いている。また、随時に施設長が電話報告を行っている。聴き取りの他、半年に1回無記名でアンケートを実施し、結果から家族ニーズを探り、反映するよう努めている。	
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	職員と管理者は年に2回面接を行っており、意見や提案を聞いて、運営に活用している。また、常時相談・報告が出来るような体制を整えている。	職員は、毎月開催している研修にてスキル向上が図られており、施設長やチーフ、また看護師の的確な指示の下、安心して業務を遂行することが出来ている。意見や提案は、月に一度の職員会議にて、フリートークの時間を30分設け、自由に発言できるようにしている。会議及び研修欠席職員へは、資料を配布して周知している。研修に使用する資料は、毎回、その時に即した最新の内容を新規に作成している。	
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	勤務形態に関しては、家庭の事情を踏まえた個人の希望を取り入れている。やりがいや個人の目標に関して、管理者と職員が面接をした上で、代表者へ報告して働きやすい環境を整えている。		
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	施設内研修を充実させており、管理者含め数名の職員が相談しながら研修を意義あるものにするべく分担しながら行っている。施設外研修への参加の場も確保している。		
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	地区の管理者同士の交流会については参加している。また、職員は施設外の研修に参加することで、交流の場となっている。施設への見学希望については積極的に受け入れている。		

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
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	サービス導入にあたっては面接に伺っている。本人に不安を与えないよう、理解できるコミュニケーション方法で要望を聞きとり、関係が作れるように努めている。		
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	サービス導入にあたって、家族のこれまでの介護を労いつつ困りごとを受け止めながら、関係作りに努めている。		
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	サービスを導入する初期の段階において、優先して対応するべき課題が何かを見極め、初期支援にあっている。		
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	理念が“共に生きる”であり、職員と利用者が支え合って生活をする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	家族は利用者にとって1番の理解者であり支援者である。これまでの家族の歴史を踏まえながら、共に利用者を支えてもらえるような関係づくりに努めている。		
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	(家族に確認した上で)面会者の制限なく、これまでの馴染みの方との触れ合いを大切にしている。また、外出の大切さを職員が理解し、安心して外出できる事前準備を行っている。デパートでの買い物が好きな人には一緒に外出支援を行っている。	手紙の返事作成や、面会者の初回訪問時等、馴染みの支援に際しては、必ず家族へ相談してから対応している。以前の職業で培った習慣、買い物、喫茶等、その人の馴染みを、センター方式によるアセスメントを基に、担当者が計画を作成して支援している。同建物1階の小規模多機能施設から、グループホームに入居になった方もおり、小規模多機能の利用者や職員とも自由に行き来でき、交流が継続されている。	
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	利用者同士の関係性を把握し、穏やかに共同生活が送れるように職員が間に入って支援している。		

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
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	全ての方が施設での最期を希望され、契約終了時はお亡くなりになられた時である。職員は葬儀に参列し、家族からの相談事や話については、管理者が丁寧に対応し、グリーフケアにもつながっている。		
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	”家族の情報シート”を家族に記入してもらい、生活歴や意向を把握している。本人からは出来るだけ分かるような言葉がけで、その反応をみながら意向の把握に努めている。	入居時に、センター方式を用いてきめ細かなアセスメントを行っている。そして、日々の暮らしを注視し、家族へ確認をしながら把握に努めている。行動など顕在化しているものだけでなく、その行動の本質を探ることに力を入れている。また、家族の意向と本人の意向の違いが生じた場合は、本人の意向を汲み取り代弁し、家族と話し合うようにしている。	
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	”家族の情報シート”を元に、これまでの背景を理解し、その人にとって何が馴染みのある暮らしであるのかを検討し続け、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	24時間を通した記録用紙を用い、1日の過ごし方、体調、食事水分、排泄について把握している。認知症に特化した記録用紙(センター方式)により、持っている力を把握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	(状態が安定していれば)半年ごとにサービス担当者会議を行っている。本人、家族、関係する多職種が参加し、それぞれの希望や意見を出し合って現状に即した介護計画を練り直している。	半年に1回の介護計画の見直し時には、アセスメントを再度実施して担当者会議を開催している。会議参加メンバーは、本人と家族と、計画作成者、現場、幹部職員である。家族が必ず参加し、意見・要望を聴き取れるよう、日程は家族中心に決定されている。毎月、計画作成担当者によるモニタリングが実施されている。更新された介護計画は回覧し、確認印を押し共有している。	
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	24時間を通して記録用紙を使って、その人の様子を記録に残している。大切なことは管理者への報告により、情報をタイミングよくキャッチ出来るようにしている。		
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	緊急に必要な病院受診について、送迎を含めた支援をしている。望む生活が継続できるように買い物やペットの世話なども行っている。		

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
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	その人がそれまで大切にしていた暮らしを把握し、可能ならば馴染みの場所(会合)に出かけられるように支援している。		
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	かかりつけ医との定期的な診察以外に、体調の変化があった場合は施設内に常駐する看護師よりかかりつけ医に連絡をとり適切な医療をタイミングよく受けることが出来ている。	協力医は、当ホームの方針に賛同し、協力的である。開設時からの担当医であり、意見交換が活発に行える関係が構築されている。入居者の主治医であり、急変時には24時間対応が可能である。訪問診療は月に2度あり、その他往診が随時可能である。また職員に看護師が2名おり、迅速な対応がとれている。歯科医、歯科衛生士の訪問診療も行われており、口腔ケアについて相談している。	
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	施設内に常駐する複数の看護師が生活の中で利用者の様子を観察し、早期の発見につながっている。また介護職員からの報告・情報を得て、適切な医療や看護を受けられるような体制が整っていることは、介護職員の安心に繋がっている。		
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。	総合病院への受診時はかかりつけ医からの紹介状を持参している。入院した場合、これまでの生活の情報を病院側へ伝え、環境の変化に伴う利用者の負担を出来るだけ減らすように努めている。退院後の施設内で行える医療についても病院側へ伝えて早期退院を目指している。		
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	入居の段階から終末期の意向は確認している。認知症の進行に伴う重度化が予測される段階において家族の希望を再確認しながら、本人と家族が望む最期を迎えられるように多職種で連携し力を入れて取り組んでいる。	入居時には指針を説明し、希望を聴いている。同意書も得ている。状態変化の際には、都度、家族へ意向の確認をしており、その際、医師から、ホームの看取り介護の考え方を説明している。家族と意思疎通を深めるために、日ごろから密に連絡をしている。居室に簡易ベッドの用意が可能で、付き添いの宿泊支援をしている。研修、事例検討、的確な指示の下、職員の落ち着いたケアが提供されている。看取り介護後にはカンファレンスを行い、運営推進会議で報告し、今後のケアへつなげている。	
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	急変時のマニュアルを作成し、適切な報告ルートを確認している。AEDが施設内に設置されており、職員は取扱い方法の研修を毎年受けている。		
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	防災訓練は年に2回、名東消防署の指導を元に実施している。避難器具の取り扱い方法についても学び、避難出来る手段と方法を体得している。	年間に昼夜想定避難訓練を1回ずつ、併設事業所と合同で実施している。入居者と共に避難や消火器使用を実際に行っている。自力避難が困難な人の避難方法も全員が把握している。運営推進会議の際に避難訓練を実施し、メンバーに参加してもらい、指定福祉避難所に指定されていることを周知すると同時に、地域の協力依頼も行っている。備蓄として、水、食糧を3日分の他、カセットコンロ、毛布等を備えている。	

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	コミュニケーションがうまく取れなくなった利用者であっても、相手は理解できていると思って言葉かけやケアにあたるように研修やケアの場面で職員はお互いに高め合っている。	呼び名は、入居時に本人、家族から希望を聴取、相談を重ねた上で決め、職員全員で統一している。個人情報保護を会議時に徹底している。入居者が共用空間内でも互いにプライバシーが確保されるよう、テーブル配置を工夫する等し配慮している。また、入社時のオリエンテーションや年間研修計画に接遇やプライバシーについて位置付け、職員の意識向上が図られるよう取り組んでいる。	
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	思いが表出しやすいようなお互いの関係を作った上で、小さな事でも希望を伝えられるような言葉かけを職員は行っている。		
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し、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	日課を優先するのではなく、利用者一人一人の様子を観察し、その人のペースを大切にした支援に取り組んでいる。		
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	清潔感のある身だしなみができるよう、その人に合わせた支援を行っている。		
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	調理が好き・得意な利用者と一緒に食事づくりを行っている。また、食事が楽しみの時間となるよう、食べる力が落ちてきている利用者でも持っている(食べる)力を使って食べる事が出来るような食事形態や配膳方法を工夫している。	素材からの手作り、旬の食材にこだわった「家庭の味」を大切にしている。お節料理など季節料理も、手作りで提供している。栄養バランスに配慮し、献立の確認を定期的に管理栄養士へ依頼している。食事準備に参加している入居者も居る。また、夕方など落ち着かない入居者に、手伝いを働きかけ心身の安定が図られるよう支援している。嚥下、摂食障害の入居者への経口摂取維持の取り組みを看護師が中心となって行っている。	
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	一人一人食事・水分量の記録により管理している。その人にとって適切な量が取れるように、好みに合わせた補給を行っている。		
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	口腔ケアは毎食後全員が行っており、その人の口腔環境や持っている力に合わせたケアを行っている。		

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	個人の排泄パターンを24時間記録用紙で把握しトイレ案内している。おむつを導入するにあたっては、排泄の様子に特化した記録用紙を追加で用いて判断し、出来るだけオムツを使用しない方針で取り組んでいる。	安易にパッド・おむつを使用しない方針で、必要時には根拠を明確にして移行している。排泄ケア用品の使用が検討される場合には、2週間の排泄アセスメントを実施し、適切な方法を見極めている。また、何故必要かの裏付けとしている。根拠に基づいた支援と資源の大切さを自覚し、日々の取り組みに反映されるよう、職員のスキル向上を図っている。	
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	便秘は高齢者にとって身近な問題で不快をもたらす症状である。下剤に頼らないような飲み物の工夫や腹部のマッサージや刺激を行い、本人の便意のサインをキャッチしてトイレ案内している。		
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	回数や時間の制限はなく、希望に応じて夜間の入浴を行っている。	基本的に本人の習慣に合わせ、順序や時間帯、回数等は希望に応じて提供している。午後9時までは、職員は二人体制で勤務しており、夜間帯の入浴も可能である。就寝前の足浴が入眠儀式となっている入居者もいる。入浴を拒む人へは、その人に合った対応方法を探り、職員間で共有している。しょうぶ湯、ゆず湯等の季節湯の他、温泉の素を使用したり、仲の良い人同士での入浴を楽しめるよう支援している。	
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	適宜の休息がとれるように、時間と場所の確保を行っている。落ち着いて休息できるように採光や音の配慮も行っている。		
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	提携の薬剤師がその人にとって飲みやすい形態と方法で薬をセットしたものを看護師が管理し、服薬支援は職員が行っている。薬の内容、副作用を観察し、必要時薬剤師に相談している。		
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	家事や草むしりなど役割を持って行ってもらえるように、お礼や労いを伝えながら出来ない部分を職員が補いながら支援している。10時にリラックス体操を行い、利用者からも笑いが出るなど好評である。		
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	近隣への散歩は出来るだけ本人の希望に添えるように職員が協力しながら取り組んでいる。また、季節のいい時期にはドライブと喫茶店へ行き、利用者の楽しみとなっている。	天候の良い季節には、施設周りを散歩している。毎年、全員が桜の花見が出来るよう、短期間内を調整して少人数、数回に分けて出かけている。皆で喫茶店へ行き、喫茶を楽しんでいる。外食やデパートへの買い物等の個別外出支援も行っている。	

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
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	お金の管理が出来る人は財布を持ち、一緒に買い物へ行っている。管理が出来ない人は施設がお小遣いとして管理し、喫茶店や理美容等でお金を使っている。		
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している	携帯電話を持っている利用者は、いつでも家族に電話が出来ることで安心している。充電管理は職員が行っている。かかってきた電話については落ち着いて話ができるように環境調整している。		
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	共用空間は清潔を保てるように掃除を徹底しており、適宜空気の入替えも行っている。日めくりカレンダーを置いて日時が分かるようにしている。クリスマスとお正月にはフロアに飾りつけを取り入れている	3階建て施設の、2、3階がグループホーム、1階が小規模多機能サービス事業所である。1階は、調理室があり飼い猫がケージ内で昼寝をしている。入居者はエレベーターで自由に移動して、施設内の人々と交流を楽しんでいる。施設内は、季節が感じられるよう行事にちなんだ装飾をしているが、現代風でなく馴染みある懐かしさが感じられるよう配慮している。	
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	畳コーナーやソファ等で仕切り、独りになれる空間を確保している。		
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	使い慣れた家具や見慣れた道具を持ってきてもらうように、家族に依頼している。見える位置に配置するなど、利用者が落ち着いて生活できる環境に配慮している。	使い慣れた家具や仏壇、アレシ、家族の写真等個々に部屋作りがされている。職場に馴染み深い入居者へは、居室を職場風に、本人が安心できる環境を再現したり、役職室名を居室入口に標示している。また、パソコンのキー打ちや判押しの作業等、習慣を把握し、一人一人が落ち着いて暮らせるよう支援している。ベッド、カーテン、エアコン、洗面所は備付である	
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	トイレの場所が分かるように張り紙をし、場所の迷いを減らすように工夫している。		

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 月 29 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		認知症の人を混乱させずに、安定した生活をおくっていただけるよう新旧職員の質をあげていきたい。	先輩→後輩へ現場レベルでの指導や助言が適切にできる。 現場での質問事項をまとめて施設長・看護師へ持ち寄ってこれるリーダーを育成できる。	新人職員の理念浸透のための安定した教育 次世代のまとめ役の育成 リーダー候補に特化した研修や教育の機会	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。