

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	1193300058		
法人名	社会福祉法人一寿会		
事業所名	グループホームひがしまつやま寿苑		
所在地	埼玉県東松山市柏崎628-1		
自己評価作成日	平成30年11月1日	評価結果市町村受理日	平成30年12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.mhlw.go.jp/
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成30年11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)】

当苑は、国道に面してはいますが周囲には緑が多く、側には畑や神社、交流のある幼稚園があるとても静かで穏やかな環境です。施設内はバリアフリーでエレベーターや機械浴槽を設けており車イスの入居者も安心して生活できる環境と設備を整えています。
 地域との関わりを大切にしたいと考え、地区のイベントへは積極的に参加するように心掛け、ご入居者と地元の方々が触れ合える機会づくりを行っています。また、外部からのボランティアも積極的に受入れ、夏には子どもたちが沢山来苑され賑やかです。
 入居されている方一人ひとりの暮らしや生活リズムを大切にしたケアを心掛け、その方の意思を尊重した支援を行うように努めています。

【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)】

・地元の「案山子まつり」への参加、パステルアートなどのボランティアの受け入れ、事業所内の研修会に地域の方が参加されるなど、地元と根をおろし、地域と一体化した事業所運営が行われている。また、職員の勤務シフトが多種設けられ、職員一人ひとりに合わせた働き方により、職員の定着化が図られ、サービスの向上に繋がっている。
 ・運営推進会議には家族、区長、民生委員、市担当者、地域包括支援センター職員など多くの方に参加いただいている。地域や行政との情報交換のほか、夏祭りや味覚祭と併行して開催する機会には、苑の取り組みを体感していただくことで、活動への理解を深められている。
 ・目標達成計画の達成状況についても地域のニーズを把握し、ニーズに応えることに取り組み、苑内の研修会や行事に地域の方々にも参加いただくなど、より地域に密着した活動ができたことから目標が達成されている。

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 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	4月に全体会議を実施。法人の理念や事業所の運営方針を理解した上でユニットや委員会等の活動単位で目標を決め実践するようになっている。	入居者の生活リズムを大切に、季節によって違う個々の起床時間や食事、習慣などを丁寧に把握した支援が実践されている。職員のスキルも高く、ユニットごとに一人ひとりの思いに応えたチームケアが行われている。	
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	近隣幼稚園との交流や地域のイベントへの参加、または地域の方を苑の行事にお招きするなど地域とのつきあいが多く持てるようになっている。また、ブログを通じて広く施設の様子を伝えている。	地域イベントの案山子祭りには毎年参加し、地域の住民とのつながりを大切にされている。しにあボランティアによる傾聴、オカリナやパステルアートなどを受け入れ、地元の方々に支えられた事業所運営が行われている。	
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	認知症について地域の関係者・一般住民とともに一緒に学べる研修会を企画し、実施している。平成30年3月に市からの依頼により認知症サポーター養成講座を市民向けに開催した。		
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	会議では、利用者の状況や施設での様子をデータと写真を使い共有している。また、施設の行事にも参加いただいている。自治会長や民生委員、市役所から参加頂くことで地域のニーズなど積極的に伺うようになっている。	定期開催の内、年3回は家族や地域の方の参加を得て事業所イベントと併行して開催されている。運営推進会議の目的や意義について共通認識が図られ、入居者の生活の場としての事業所のあり方などを参加者全員で検討されている。	
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取り組んでいる	定期的に市へ状況報告を行い連携を心掛けている。また、運営推進会議の委員としても出席頂いている。また、彩の国あんしんセーフティネット事業の会員施設として高齢介護課だけではなく担当課との連携も取り進めている。	市のボランティア活躍促進事業に協力され、また図書館祭りに入居者とともに参加するなど、良好な関係が築かれている。運営推進会議を通して市担当者からは熱中症や台風災害対策への情報提供をいただいている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束防止(予防)委員会を月に一度開催している。その際は、部署を越えて情報を共有し、身体拘束をしないケアを実践しており、現在も身体拘束は行われていない。また、今年度は身体拘束適正化指針を策定した。	入居者のその時々状態に合わせた言葉かけを職員全員で研究され、「ダメ」を言わず、入居者の自立を促すケアが実践されている。また、職員への「心のフォロー」にも気を配り、褒めることや気分転換を図ることなどが大切にされている。	
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	管理者、職員ともに虐待についての外部研修にも参加し、ユニット会議で報告、常に意識し見過ごされることのないように関係機関との連携にも努めている。また、9月には自治会長や市の高齢介護課の担当者を交えた研修会を企画主催した。		

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	管理者や計画作成担当者は研修の機会があれば参加し理解を深めるように努めている。成年後見制度を利用している入居者もあり、連携を取り支援している。		
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	契約締結の為の時間をご家族から頂き、十分に説明をし、ご理解・納得を得られるようにしている。		
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	家族との面談の機会や電話連絡などを多く設けるようにしている。ご意見箱の設置をしているが、何より日頃からの会話を大切にし、ご意見を頂けるように心掛けている。	家族とは面会時の会話を重視され、食事の味付けや形態、支払い方法、看取りに関する事など日常的な質問には丁寧な対応がなされ、良好なコミュニケーションが図られている。苦情の申し出にも素早い対応と説明により、納得と理解をいただいている。	
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	ユニット会議や職員全体会議の場を設け、共有するようにしている。また、日頃のやり取りや委員会活動を通じ意見を聞くようにしている。	職員は「私はここが心配だ」、「○○だと思う」と感じたことや考えを素直に言いやすい環境が整えられている。日常的なケアについての意見交換はその都度行われ、申し送りやユニット会議で全員が共有し、サービスの向上に繋がられている。	
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	職員面談を実施。個人の目標設定を行い、職員一人ひとりが目標を持って就業できるように取り組んでいる。前年度より現場職員が中心となり各職種の職務記述書の作成を進めている。		
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	新任職員には法人理念や運営方針を伝え、現場での同行研修を実施。新任職員の目線に立った介護技術研修を行っている。現任研修としては年間研修計画に基づき実践に即した内部研修を年に6回計画している。		
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	管理者会議や介護支援専門員連絡協議会など積極的に参加している。また、市内のグループホームを苑の行事にお誘いしたり、連絡を取り合い情報交換をするなど事業所を超えた連携が図れるように取り組んでいる。		

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	サービス導入時に本人の不安や悩みを傾聴しホームでの生活が安心して送れるように努めている。入居後も安心して生活が出来るよう日々のコミュニケーションの中で関係づくりに努めている。		
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	サービス導入時は、本人だけでなくご家族の意向も傾聴した上でサービスを組み立て、安心してご利用頂けるように努めている。		
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	必要としている内容がサービスに繋がるように努めている。また、変化するニーズに対して定期的にプランの見直しを行い、本人と家族の意向を確認している。入居のご相談の際は必要に応じ他のサービスも含めて案内できるようにしている。		
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	常に生活を共にする姿勢で過ごしている。ご入居者様と一緒に洗濯物を干したり、畳んだり、食事のお米を研いだり、時には果物の皮むきをしている。		
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	家族とのコミュニケーションを密に図り、その思いや意向を聴くことで入居者を共に支える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	入居前の馴染みの関係を大切にし、いつでも気軽に知人が来苑できる環境づくりに努めている。また、地域のイベント等に参加することで地域との関係が継続するようにしている。	入居前に他のサービス利用時に仲の良かった方との交流は続けられ、気軽に来苑いただけるよう支援に努められている。また、入居後はシニアボランティアや移動販売、他の家族の方との新たな馴染みの関係も築かれている。	
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ご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	入居者一人ひとりの意見や意向を尊重した上で、共同生活が円滑に送れるよう努めている。		

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
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	退去後も気軽に相談して頂ける関係でいられるように日々の関わりを大切にしている。		
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	ケアプランの作成時は内容の理解できる方の場合は一緒にプランを作成し、それが難しい方の場合でも24時間シートを活用するなどし、できる限り本人の意向を汲み取るようにしている。	センター方式に沿って、入居者個々が出来ること、出来ないことをまとめ、そこから思いや意向の把握に繋がられている。また、表情から「何が不安なのか」、「トイレに行きたいのか」、「言葉が聞き取れないのか」などを探り、対応されている。	
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	計画作成担当者は入居前の生活歴や環境などの情報を聴き、把握に努めている。また、入居後も日々のやり取りの中からその方の生活習慣などを把握するようにしている。		
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時間シートの活用し、一人ひとりの状態に合わせた過ごし方が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	入居者の希望や意向に合わせ、介護計画を作成している。また、定期的に見直しをし、現状に即した計画になるようにしている。安心した生活ができるよう本人や家族に会議に参加して頂き一緒に考えるようにしている。	介護職、ケアマネジャー、看護職を中心としたカンファレンスが行われ、入居者・家族のニーズとりハビリなどの支援目的が明確にされたケアプランが作成されている。具体的でわかりやすい表現で作成され、現場の職員にも十分周知されている。	ケアプランには入居者や家族のニーズが十分に反映されることが重要と想定されることから、作成前後に、家族と一緒に入居者にも同席いただき、要望をお聴きする取り組みをこれまで増して進められることに期待します。
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	日々の様子を記録、それを共有し、カンファレンスを通じて定期的に見直すようにしている。		
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	ニーズは常に変わっていくものとの考えを持ち、本人や家族の状況に応じたサービスが提供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
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方に多く来苑頂き、地域と入居者が接点を持てるように心掛けている。認知症サポーターのボランティア受入れも行い制度や資源を積極的に活用するようにしている。		
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	希望を基に、協力医療機関より往診して頂いている。また、訪問歯科とも連携を取り、状況に合わせて適切な医療が受けられるよう支援している。	協力医療機関を中心に日常的な連携を図り、整形外科や精神科、皮膚科などのそれぞれのかかりつけ医へは家族の対応で受診していただいている。往診、受診や薬の情報は看護職に集約され、現場の職員への周知が行われている。	
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	介護職と看護職は常に連携している。なお、法人内の看護職との連携し、必要ときに適切な看護が受けられる体制を確保している。		
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。	入院の際には医療機械に情報提供を行い安心して治療が受けられるように支援している。入院中も病院へ出向き状況確認を行ったり、病院によっては相談員との連携も行い、退院がスムーズにできるような支援をしている。		
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	本人・家族の意向に基づき、かかりつけ医の相談の上、終末期の対応を行っている。終末期は面会の延長や宿泊、食事の提供など家族との時間を多く持てるように支援している。	重度化によりADLの低下に際して、入浴方法や食事形態の工夫が図られている。常に入居者や家族と話し合い、「最期はどうありたいか」の選択肢を確認し、医師からの説明も十分行われ、後悔のない終末期を迎えられるよう取り組まれている。	
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	急変や事故発生時のマニュアルを用意している。また、法人内にはAEDが設置している。また、救急救命の研修を介護支援専門員が受講した。		
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	定期的に夜間想定消防訓練を実施している。地域とも協定を結んでいる。運営推進会議を通じて事業所の防災訓練の取り組みを報告し、共有している。	夜間想定消防避難訓練を中心に実施され、法人内の夜勤者のそれぞれの役割などが決められている。また、地域のハザードマップの理解にも取り組まれ、震度4以上の地震発生時の職員の動きややるべきことが明確にされている。	統一された明確な災害対策がとられています。災害発生は予測できないと想定されることから、職員それぞれに役割を意識した訓練を重ねられ、行動の習慣化と平準化を図れるよう取り組まれることに期待します。

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	その人の人格や尊厳を損ねない心地のよい言葉かけを行うようにしており、直接的な表現を用いないように心がけている。なお、オムツはトートバッグに入れて持ち歩き羞恥心やプライバシーに配慮している。	入居者と職員が親しくなることで言葉や行動が雑になったり、馴れ合いになることのないよう職員同士がお互いに声をかけ合って、入居者の尊厳を守られるよう取り組まれている。個人情報や端末に保管され、パスワードにより厳しく管理されている。	
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	本人の希望や意向を聴くことを大切にし、入居者が気軽に希望を言えるよ、信頼関係を構築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	ホームの日課ではなく、入居者のペースに合わせた生活が送れるように努めている。特に起床、夕食後の過ごし方についてその人らしい生活になるよう実践している。		
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	衣類販売に業者が来苑し、ご自分で選び、購入できるような支援を行っている。また、日常的にもその方らしい、季節感と清潔感のある身だしなみでいられるように支援している。		
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	ご飯とみそ汁をユニットで作り、盛り付けや量などを入居者自身で決められるようにしている。また、移動販売で入居者が自由に好みのものを購入できるようにしている。季節感を感じていただくために、旬のメニューを企画したり、季節に応じて配膳の時間を変更している。	夏と冬で朝食時間に時間差を設けたり、ご飯とパンがセレクトできるほか、栄養士と連携し、入居者個々に合わせた食事形態が準備されている。また、外に出て食事やお茶会、味覚祭のイベントでは秋刀魚を焼いて提供するなど、楽しんでいただいている。	
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	必要に応じて法人内の栄養士に相談をして食事形態を変更するなど工夫しながら支援している。		
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	その方に合わせた口腔ケアを毎食後行い、必要に応じて歯科受診へつなげている。		

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	定時での介助はせず、一人ひとりの排泄リズムに合わせて支援している。自室のトイレでの排泄が安心して行えるように各居室のトイレに手すりを設置している。	事業所理学療法士の協力でリハビリを繰り返し、骨折され立ち上がりが悪かった入居者が改善され、トイレでの排泄が可能になった事例が伺われるなど、安易にオムツに頼ることなく、入居者の「オムツは嫌だ」との気持ちに応えた自立支援が行われている。	
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	薬だけに頼るのではなく、水分補給と適切な運動等で便秘予防に努めている。		
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	その方の状態に合わせて、一般浴と機械浴を利用し安心して入浴できるように支援している。また、本人が入浴を楽しめるイメージを持って頂けるような声掛けの工夫をしている。	「入浴拒否」は嫌だからではなく「不安」があるからとの職員の気付きにより、理学療法士と話し合い、入浴の方法を工夫したことで安心して入っていた事例にみられるように、入居者のプライドや気持ちに応えた支援が行われている。	
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	生活習慣に応じ声掛けを行い、休息して頂いている。夜間気持ちよく眠るために日中の活動に配慮している。また、自宅で使用していた馴染みの布団でお休み頂いている。		
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	看護職が中心となり服薬の支援をしている。かかりつけ薬局との連携もとれている。		
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	その方の得意分野や活かせたり、役割が持てるように支援している。また、自由に買い物ができるよう移動販売が週に2回来苑し、買い物を楽しめるようにしている。		
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	散歩や外でのお茶会を行ったり、近隣の幼稚園や地区の活動センターも専用の駐車スペースを確保して頂いたりと協力して頂いている。なお、外出の様子をホームページにアップしその時の様子が分かるようにしている。	「天気の良い日は外に出ましよう」と職員がお誘いし、敷地内の畑を見に行ったり、神社へ徒歩で初詣をすることは恒例となっている。近くの幼稚園との行き来も習慣となり、入居者の大きな楽しみのひとつとして支援に取り組まれている。	

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
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	ご自分のお金で好きな物が購入できるように、週2回移動販売業者が来苑している。外出先で好きなものを自分の財布で購入したりしている。		
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	知人から手紙が送られてきたり、本人が電話をしたり、それが難しい入居者様には職員が代理でご家族様に口頭もしくは電話で連絡するなど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	普段から季節の花や飾り付けを行うことで季節感をだしたり、玄関ホールにテレビを設置するなどし、居心地のよい環境を作るように心掛けている。	ゆったりと落ち着いた玄関ホールにはテレビやソファが置かれ、入居者や家族がゆっくり歓談する姿も見られる。リビングでは仲の良い同士が話をしたり、職員の手伝いをするなど、それぞれの居場所を見つけて居心地良く過ごしていただいている。	
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	ソファで入居者同士がお話をしながらゆっくりと過ごすなど思いおみに過ごせる空間づくりを心掛けている。		
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	本人や家族の意向に合わせ、自宅より使い慣れた家具や思い出の写真などを持ち込んで頂き居心地良く過ごせるようにしている。	入居者や家族のこだわりを大切に、これまでの生活状態に合わせた物を配置するなどの支援が行われている。それぞれの居室では編み物や読書を楽しまれたり、自分が撮影した写真を飾るなど、入居者個々の思いが活かされている。	
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	環境作りと職員の配慮を心掛け、安全で自立した生活が送れるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームひがしまつやま寿苑

目標達成計画

作成日:平成 30年 12月 20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	○チームでつくる介護計画とモニタリング ケアプランの作成前後に家族及び入居者が同席して、要望を聴取する取り組みの推進	・ケアプラン作成前後に家族及び入居者が同席	・ケアプラン作成前後には家族だけではなく入居者が参加し、プランに家族や入居者のニーズを反映させる	12ヶ月
2	35	○災害対策 災害時における職員の役割・動きを意識した訓練の実施	・役割を意識した訓練の実施 ・新人職員への教育の継続	・防災訓練への見学、参加呼びかけの継続 ・様々な状況を想定した、災害に対する訓練の継続 ・新任職員への入職時研修の継続	12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、行を挿入してください。