

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	1292500152
法人名	NPO法人
事業所名	グループホーム花いちもんめ翠
所在地	千葉県流山市東初石4-245-77
自己評価作成日	令和5年12月5日
評価結果市町村受理日	令和6年4月1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/12/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ヒューマン・ネットワーク
所在地	千葉県船橋市丸山2丁目10-15
訪問調査日	令和6年2月5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)】

日常生活において利用者様の自立した生活と安心できる介護を提供し、生活の質を向上させる事を介護職の目標にしている。誕生日や季節の行事に力を入れ、運営推進会議を施設内で行い、地域との連携を行っている。利用者様一人ひとり、尊重した暮しが出来るように生活歴の把握、思いやりや意向の把握に努め、生きがいをもって自分らしく自由でのびのびと生活したい…を理念に常に利用者様を主としたケアに取り組んでいます。家庭的な雰囲気の中で、職員一人一人が利用者様と生活を共にしていることを意識し、ゆっくりと関わりをもつようにし、落ち着いた環境でゆっくりとコミュニケーションをとり、居心地の良い温かい生活、安心・安全な生活が送れるよう努めています。

【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)】

事業所の良い点として
 ①利用者が安心して楽しく、自分らしく生活をするために、極力顔を合わせて傾聴をして「こうしたいよね」と意思を汲み取り尊重している。また、自立した生活として家事や体操等を楽しんで生きていくように、出来ることは自分で行い、出来ないことはサポートして利用者と職員は一つの家族として信頼関係を作っている。②職員は個々の得意なことに取り組み、レク活動や行事のプランを考えてクリスマス会・ひな祭り等では、特別食やおやつを提供と一緒に歌を歌って盛り上げる工夫をし、お互いの笑顔の作り合いに取り組んでいる。③管理者は、市の担当者との関係作りや町会・民生委員から情報をもらって協力連携して出来ることから始め、ホームを知ってもらう活動を行っている。

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)	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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
60	利用者は、戸外に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している (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	開設時より事業所の理念をリビングに掲示し(事業所が目指す目標)を掲げ、日々の介護をその理念に照らし合わせつつ、管理者・職員が常に共有し、日々の実践を行っている。	利用者が安心して楽しく生活ができるようにゆっくりとかかわりを持ち、会話と傾聴を心がけている。自立した生活として家事・レク活動・体操等を楽しみ行い、意思を尊重してやりたいことはやってもらい、生きがいを持てるように支援している。職員は利用者の体調面に気配りをし、利用者職員は一つの家族として信頼関係を作っている。	
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	散歩やドライブ、他施設等のイベントなどに参加して交流を行っていた。その後、新型コロナの影響で困難になったが、利用者様家族による面会をできる限り許可し、安心して暮らせるよう配慮した。	利用者は天気の良い日は散歩に出かけ、近所の人に挨拶をし、地域のクリーン作戦に職員と一緒に利用者も参加している。コロナの影響もあり地域の行事への参加は自粛している。また、近所の人からホームを見たい希望には応え、運営推進会議の委員とは良い関係を継続している。	
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	新型コロナの影響で困難になったが、できる限りの施設見学や電話による相談等に応えた。		
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	2カ月に1回運営推進会議を開催し、利用者様の状況報告・施設の問題等を話し合い、参加者の意見をサービス向上に活かしている。	運営推進会議は開催日とレジメを作成し、出席を確認して年6回開催されている。活動状況報告として「入居者状況・ホームでの様子・外出・イベント・受診・往診等」と身体拘束委員会報告や毎回テーマを変えて研修が行われている。また、ホームから「感染症予防・防犯協力の家の登録・職員の確保等」報告と協力を依頼している。議事録は市の担当課・地域包括に送付している。	運営推進会議に家族の参加がないので、議事録を作成して送付し、意見等のアンケートを実施して反映していくことが望まれます。
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	介護支援課の担当者と連絡・提携をとり、情報の共有に努めている。。また、運営推進会議にも参加していただき、積極的な協力関係を構築している。	市の担当者・地域包括は運営推進会議に参加して情報共有し、何かあれば相談をし、メールでの感染症や災害等の案内に協力して取り組んでいる。コロナ感染症のクラスターが発生し、市と保健所に連絡し、検査キットや衛生用品の支給を受け、往診医と連携しめに消毒や検温をして終息している。	
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	定期的に身体拘束委員会の開催を行い研修会等で、身体拘束の意味を理解し、身体拘束をしないケアを行っている。夜間のみ施錠を行い安全・防犯に徹している。	年4回身体拘束委員会を開催し、身体拘束に関する経過報告と研修の実施、チェックシートによるチェックを行って振り返り、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、「ちょっと待って等」の自由を制限する言葉遣いには注意をし、職員会議で話し合い、ヒヤリハットは申し送り時に伝えて対応に活かし、監視カメラを活用して職員を守っている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	施設研修・外部研修に参加し、管理者・職員はヒヤリハットの活用や日々のミーティングにおいて、いわゆるグレーゾーンに属さないケアに注意を行い防止に努めている。		

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	本人(利用者)の尊厳を保ち、制度への理解を活用するため学習の機会を設けている。		
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	家族(身元引受人)2名に対し、契約内容や運営規定及び重要事項説明書の説明を十分に行い理解・納得を図ったうえでやっている。		
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	家族等来所時や電話・メールなどで現状報告を密に行っている。病状の変化や往診医の話などをメールで行っている。ケアプランを郵送して質疑や希望に応え、年4回広報紙「花いちもんめ通信」を発行して生活の様子をできる限り伝えている。	家族の面会は身元引受人に制限をし、来所時には笑顔で迎え利用者の状況報告と要望も聞いている。また「状態変化時・往診医の話・お願い事等」の電話やメール発信時には連絡チェック表に記録して確認をしている。また、ケアプラン送付時にも要望を聞き、「花いちもんめ通信」を年4回送付して日常の生活や行事の様子を写真とコメント入れて伝えている。	
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	職員会議や申し送りを通じて、利用者の状態、ケアプランの内容、食事方法等について話し合っている。出された意見等については可能な限り速やかに反映させる努力をしている。	職員会議では「連絡事項・人事関係・イベント等」の報告と必要な利用者のケアカンファレンスを行って状況や課題について話し合い意見が反映されている。クリスマス会・ひな祭りでは職員を中心に企画し、特別食とおやつの提供や一緒に歌を歌って盛り上げる工夫をしている。管理者は個別面談の実施や職員に声掛けをし、状況報告も受けて良い関係性ができている。	
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	職員の意見・提案を尊重し、自己啓発できるよう努めている。その考えや提案を大事にし、向上心を持って働ける職場環境を整えている。		
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	個々の力を見極め、その職員の力がより発揮できる職場環境をつくり、研修等を取り入れながら、お互いの仕事内容からも吸収できるように取組んでいる。		
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	新型コロナの影響で開催が困難(中止)になったが、電話やメールを通じて同業者と情報交換し合いながら、サービスの質向上に努めている。		

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	入居時、安心した生活が送れる様に、不安や困難事項を早期に対応し利用者様のニーズを十分に聞き入れ信頼関係を築けるように努めています。		
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	利用を始めるにあたり利用者様・家族様等の意見(困難事項・不安要素)を十分に聞き、ニーズを引き出す努力を行っている。		
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	サービスの内容を理解し、サービスの選択肢から必要としている支援を見極められるよう、極め細やかな対応に努めている。		
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	利用者様の個性や生活歴を大切にし、ご自分でできる事は可能な限り本人にして頂き、出来ない事はサポートし共に寄り添って暮らしに行ける信頼関係作りに努力している。		
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	家族毎に本人に対する意識の差が感じられる場合もあるが、良い関係を構築でき、ホームとの信頼関係が築けるよう努力をしている。		
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	家族の面会は状況を見ながら制限をさせていただき行っている。家族からアルバムを預かったり、昔懐かしのDVDにより回想法を行っている。	入所時に利用者のアセスメントをして生活歴や趣味を把握し、入所後は本人と話をし田舎の話や生れた都市の本を見ながら話が弾んでいる。家族の訪問は制限をしながら関係継続を支援し、利用者の要望で家族と電話で話をし、孫からの年賀状や教え子からの手紙をもらって喜んでいる。昔の家族の集合写真を見て懐かしみ昔を思い出している。歌謡曲等のCDを流してロずさみ、ホームが馴染みの場となっている。	
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	利用者様同士の間人間関係が円滑になる様に職員が見守り、関わり合い支え合える様に努めている。		

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
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	サービス支援が終了後でも必要に応じて、相談や支援を行っている。		
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	利用者様の希望や思いを尊重し、意向に添えるように努めている。また困難な場合は家族に支援をお願いして本人本位で検討している。	入居時にアセスメントをして要望を聞きとり、不安な事や困難に対応して安心した生活が送れるように努めている。入所後は利用者の出来ることは自分で行い・出来ないことはサポートし、表情を見て言葉に出ない声を感じ、意向を尊重しその人らしい生活ができるように支援している。日中はリビングに集まってゆっくりと過ごし、自由に生活する事を大事にし、安全とリスクにも配慮した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	本人の情報把握を職員の集まりで共通認識している。利用者様の生活環境を整え安心してその方らしい生活ができ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	職員間での申し送りを行い、利用者の生活全般を総合的に把握するよう努めている。		
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	心身の状態の観察を行い、小さな変化にも職員間で報告・連絡・相談を行い、チームケアとしてカンファレンスを行い、その時々現状に応じた介護計画を作成している。	利用者の状況の変化や気づきは申し送りと日報に記録して情報共有し、職員会議のカンファレンスでは利用者について話し合いたい内容を提出して話し合っている。職員はケアの中での気づきと工夫を心がけ、毎月モニタリングを行い、これを基にケアプランが作成されている。ケアプランは6か月毎に更新し、入退院時には医師の意見を聞き、家族の要望も確認をしてケアプランの見直しを行っている。ケアプラン作成時や変更時には家族に説明して了解を得ている。	
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	個別サービス記録に内容の実践・取組み・気づき等を記入し、職員同志で情報を共有し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	本人・家族の要望等に柔軟に対応し、受け入れ可能な事柄には前向きに対処するよう務めている。		

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	訪問歯科や訪問リハビリ、介護タクシーなど、地域の関連機関との連携・協力関係が築かれ、根付いてきている。		
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	協力医療機関及び本人のかかりつけ医で体調管理が受けられるよう支援している。薬剤師や歯科医の訪問もあり、受診が困難な利用者は往診で対応している。薬はホームで管理し情報共有している。発熱等の急変時には家族の都合・要望に応じて、管理者が同行して受診を行っている。	2週に一度の往診医の来訪時に、健康管理についてアドバイスを頂き健康生活維持に努めている。また、かかりつけ医の受診は大変なので往診医への移行を勧めている。看護師も在籍し週一回相談や医療の補助的な役割を担っている。訪問歯科もあり利用している人もいる。発熱などの時には医師に相談し、家族と連絡を取り要望があれば管理者が同行する等柔軟に対応が行なわれている。	
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	非常勤の看護職員により健康観察やインスリン等の管理を行い、必要時医療活用の支援をしている。		
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。	入院した時のために、家族や主治医、病院関係者との情報をもとに、気軽に相談し合える関係を築いている。		
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	入居時に本人・家族を含めて、重度化や終末期について説明し、延命治療についても意思の確認、救急搬送時に再度確認をしている。重度化や終末期が近づくと医師の意見を伝え、家族の意向とホームの対応等を話し合い、入院か看取りかの確認をしている。	入居時「入院時・緊急時・終末期の指針」で説明し家族の意思を確認している。また、延命治療について意思を確認し、救急搬送時には再度確認を行なっている。重度化や終末期には医師の意見を伝え家族の意向やホームの対応等の話し合わせ、入院となり看取り希望は無い。	
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	心肺蘇生法や応急処置法等、順次全員の職員に訓練を行えるよう計画を立てている。		
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	夜間の火災と地震を想定して、年2回の消防訓練と防災点検を実施している。通報装置や消火器の使い方の訓練及び、避難通路の安全確保、3日分の備蓄飲料水を用意している。自治会に加入し、地域住民参加の「緊急時連絡網」を作成し、災害時における協力体制が図れるよう努めている。	防災訓練は年2回実施され、5月には夜間想定火災時の避難誘導と通報装置・消火器の使い方、10月には地震想定避難誘導訓練を行ない、消防署に報告書を提出している。BCP計画の作成は系列の施設と共同作成し、水・食料・簡易トイレ等3日分の備品の備えが出来る。	BCP計画作成後には研修の実施と訓練を計画しているので期待します。また系列施設で活用されている「防火点検チェックリスト」を取り入れて確認を行い意識の高まりに期待します。

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	介護をしているのではなく、お世話させて頂いているとの精神で一人一人の人格を尊重し、その方の性格等把握し誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応を行っている。	接遇時には大きな声ではなく、優しく声掛けし呼び方も「さん」付けで呼ぶ等その人を尊敬する気持ちを持って接する事を大事にしている。また、相手の目を見て安心感を与えるなど細やかに配慮された支援が行なわれている。出来る事を探して皿拭きや洗濯物の整理など役割を持つ事で自立心と自尊心を大切に考えている。入室時にはノックをし、トイレ・風呂場では扉を閉める等プライバシーにも配慮が行き届いている。	
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	利用者様が気兼ねせず、希望や思いを発言できるように働きかけ、自己決定が出来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	一人一人の体調・気分を把握し、その日どのように過ごしたいか本人の希望に沿った支援を心掛けている。		
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	散髪や服装など、希望を出せる場合は本人の望みに応えるよう務めている。		
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	食事を楽しむことができるよう、食事前に口腔ケア体操を行い、音楽をかけながら食事している。嚥下状態に合わせて「お粥・とろみ・刻み」で提供している。食事の準備や後片づけは、できるだけ利用者と一緒にを行っている。クリスマスや誕生日には飾り付けや歌をうたうなどの工夫をしている。	食事前には口腔体操で誤嚥性肺炎防止に配慮している。音楽がゆったりと流れる中での食事時間となっている。ひな祭りにはちらし寿司、クリスマスにはケーキのデザート等季節感を目でも楽しめるメニューとなっており、利用者からは美味しいとの声もあり、食事が一番の楽しみとなっている。嚥下能力に応じた刻み・トロミに変更や量の多さにも柔軟な対応がされている。	
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	各利用者様の食べる量(栄養バランス)・水分量を把握し一日を通じて確保し体調管理に努めている。		
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	食後および就寝前、口腔内の清潔を利用者の状態に応じて支援している。また、必要な利用者に歯科往診を受け入れ口腔ケアを実施している。		

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
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	できるだけ失禁を防げるように、24時間排泄チェックを行い時間を決めてトイレ誘導及び介助を行っている。水水分をしっかり摂取し食事の声掛けや体操をして便秘予防に努め、便秘時には医師の指示で下剤を使用している。	排泄チェック表を活用し失禁の恐れがある人には早めにトイレへ誘導して失禁の回数を減らす支援が行なわれている。水分摂取にも回数を分けて一日に1リットル以上とる事を目標にして排泄に繋げている。リハビリパンツやパットの点検も細かく行なう事で清潔感の維持に繋げている。便秘時には医師の指示で下剤を使用している。	
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	個々に応じた便秘予防と対応を行っています。食物繊維の多い食べ物や乳製品の提供と水分チェックを行い運動への働きかけや必要に応じ、緩和剤の服用で調整を行っています。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回以上入浴できるよう、曜日を決めて行っている。日曜日を予備日とし、体調不良などで入浴できない際でも、時間や曜日を変更して支援している。入浴時は洗身だけでなく、皮膚や爪の状態も確認している。時にゆずや菖蒲を浮かべ、昔話し・歌を歌うなどして楽しんでいる。	入浴チェック表で週2回以上の支援がおこなわれ、失禁などにはその都度対応して清潔が保たれている。入浴が嫌いな人には時間や声掛けの工夫して誘い、気分や体調に拠っては柔軟に対応している。皮膚や痣の点検などの健康面、ヒートショック対策の安全面にも配慮がされている。季節にはゆず湯や菖蒲湯で楽しんでいる。	
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	休息や十分な睡眠がとれるように、状況に応じた衣類・室温調整を行い安息して頂けるように支援しています。		
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	薬の目的・副作用・容量を理解し、症状の変化に気を配り医療連携を基に常に医師との協力を仰ぎ服薬支援に努めている。職員同士でも慎重に確認し合いながら、ミスのないよう注意している。		
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	趣味や楽しみごとができる力のある利用者には“昔取った杵柄”の力を引き出す支援に務めている。		
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	新型コロナ・インフルエンザの影響もまだ否めなく、出来る限り気候・天候に合わせて適宜外出できるよう支援している。	新型コロナ・インフルエンザの影響を受ける今、何が出来るかを考えている。天気の良い日には散歩や施設の前庭に出て外気や季節感を感じて気分転換を図る等なるべく外に出ることを大切にしている。レクリエーションにも体操や階段の昇降等運動を取り入れ歩く能力の維持に努めるよう支援が行なわれている。企画外出についてもどんな所にどのような支援して行けるかを検討している。	

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	必要に応じてお金を持って買い物やお参りに出かけられるよう支援している。		
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	希望が出せる等、その力がある利用者は支援している。		
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	ドアノブや手すりの消毒、掃除を行って清潔な共有空間としている。季節の小物や利用者で作った絵や写真などをボードに貼り、利用者が思い思いに寛げる空間としている。職員の子供が遊びに来ることもあり、一緒にリビングで過ごすなど、明るい雰囲気を作っている。	ドアノブや手摺りは毎日消毒を行ない、室温・湿度には加湿器などで適切に管理が行なわれている。今の季節の雛人形を玄関とリビングに飾り、2月には豆まきと職員が鬼に扮して楽しむ等季節感も大切にしている。午睡後には皆でゲームやクイズ、カラオケなどで楽しみ、洗濯物量みなど出来る事をして役割を持つ事も大切にしている。	
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	リビングやその他の場所に椅子を置き、気の合った利用者同士やその時の気分を大事にし、くつろげるような居場所の工夫をしている。		
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	入居時に「ご用意いただくもの」の冊子を配布して準備し、居室は利用者に合わせて、馴染みの家具や小物、写真などを置き居心地よく過ごせるようにしている。床にはなるべく物を置かず、安全に導線を確保。掃除や衣類の選択は出来る人と一緒に行い、季節毎の衣替えも行っている。	入居時「ご用意頂く物」の冊子で説明し、大切な写真や家具・テレビ等で自分の部屋らしい設えとなっている。転倒防止のため整理・整頓をして導線を確保し、ポータブルトイレを備えて居る部屋もある。掃除の出来る人は一緒に行ない、おしゃれにも気配りをし季節毎の衣替えも行なっている。夜間巡回では体位変換やオムツ交換で安心・安全の確保の支援が行なわれている。	
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	完全バリアフリーとし居室にカレンダーや時計を配置し、安全かつ自立した生活が送れるよう努力支援している。		

目標達成計画

作成日: 令和 5 年 12月 6 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	35	緊急時対応の体制とフローチャートが、いまひとつスムーズではない。	定期的な緊急時対応の確認・訓練を実地する。	今一度、各職員が[24時間緊急体制][緊急要請時における対応方法]資料にて流れの確認を行う。	3ヶ月
2	26	ケアプランに本人が楽しみを持てる内容が具体的に明記されていないため、職員も取組み方法が統一されていない。	本人の楽しみが充足できるケアプランを作成し、職員が具体的にケアプランのサービス内容を意識したケアが実行できる。	アセスメントから本人の楽しみを引き出し、実現できるように、具体的な目標の設定と、サービス内容から、日々のケアで職員が実行できるようより具体的な方法を明記していく。	6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。

目標達成計画

作成日: 令和 5 年 12月 6 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	35	緊急時対応の体制とフローチャートが、いまひとつスムーズではない。	定期的な緊急時対応の確認・訓練を実地する。	今一度、各職員が[24時間緊急体制][緊急要請時における対応方法]資料にて流れの確認を行う。	3ヶ月
2	26	ケアプランに本人が楽しみを持てる内容が具体的に明記されていないため、職員も取組み方法が統一されていない。	本人の楽しみが充足できるケアプランを作成し、職員が具体的にケアプランのサービス内容を意識したケアが実行できる。	アセスメントから本人の楽しみを引き出し、実現できるように、具体的な目標の設定と、サービス内容から、日々のケアで職員が実行できるようより具体的な方法を明記していく。	6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。