

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	1290900339		
法人名	有限会社 アシスト		
事業所名	グループホーム ひだまりの家		
所在地	千葉県船橋市習志野台2-62-34		
自己評価作成日	令和2年2月2日	評価結果市町村受理日	令和2年3月16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2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)】

私達は、利用者様の個人が持っている良さやニーズを大切にできるケアを心がけております。特に力を入れているのが個別支援です。日常のコミュニケーションの中の、「なにげない会話」などから聞けた情報をヒントに個別の支援(外出等)が出来るように取り組んでおります。去年よりも今年は更に、個別支援を意識して、利用者様にとってオンリーワンのケアが出来るように努めてまいります。

【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利用者の気持ちを大切に、寄り添い聞き続けて懲りずに支援をし、認知症を理解し正しい理論に沿ったケアに取り組んでいる。②日常の中でヒントを聞き、これを引き出すコミュニケーションを大事にし、外でしか見れない表情が現れる個別支援に力を入れている。一泊旅行ではホーム内では見られない本人らしさが引き出されて感動し、次のステップに繋がり、職員のモチベーションアップになっている。また、実家に帰る、地元に行く、海が好き、食べたい物等個別支援に取り組んでいる。③管理者は職員からどんな事でも発言が出来る環境を作り、希望だけで終わらせないで可能性のある事は協力して一歩ずつ取り組んでいる。また、個別支援をして外に出て新たな発見をして良かった事を共有し、楽しく働ければ自然に笑顔になり温かい雰囲気になる環境づくりを目指している。④施設長は頑張っている人、ホームを大切にしている人をきちっと評価し、意見の云える環境作り、相互に学び合える関係づくりを支援している。

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)	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	・職員全員が理念を共有して、日々の利用者様との生活について考え、寄り添ったケアを心がけている。	利用者の気持ちを大切に、同じことを言うその事に寄り添い聞き続けて懲りずに支援をしている。笑顔で接し不安を安心に変え相手も笑顔になる「スマイリング」を心がけている。認知症を理解し今の気持ちに寄り添い正しい理論に沿ったケアに取り組んでいる。	
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	・近所の掃除に参加したり、イベントに参加して地域との交流をしていくとともに、まちかど案内所として地域の困りごとの相談窓口として参加している。	利用者は散歩・買い物・地域の祭り等のイベントに参加して交流している。ホームは認知症カフェを開催して多くの地域の人が集まりお茶とケーキを楽しみ、困っている事等の相談を受け当ホームの事も話している。地域の清掃活動や防災訓練に職員が参加し、市より福祉についてホームが相談を受けれる場所として表示をして取り組みが始まっている。	
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	・地域で認知症についての困りごとや、ご家族の困りごとなどを相談窓口として参加している。		
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	・二か月に一回の運営推進会議をおこなって、ひだまりの家の現状の様子をオープンにするとともに、委員会の方達からの意見を取り入れて、より良いサービスの向上を目指している。	運営推進会議は地域包括・民生委員・地区社協・自治会長が参加して年6回開催されている。ホームから入居者状況・行事・研修・台風災害等を報告している。地域の情報とやって欲しい事、取り組みへのお褒めの言葉や守られていると感じ協力して取り組んでいる。また、MCIについて 講座を行って認知症への理解と相談を受ける事も伝えている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	・市の各担当の課とは、なにかある毎に連絡をとって、ご指導をいただきながら、運営をしている。	市の担当者とは加算取得等や何かある度に相談し、メールでの感染症・災害時対応の指導や研修案内に参加し協力して取り組んでいる。グループホーム連絡会では、制度変更時の勉強会や研修に参加し、認知症の「ラン伴」に参加して連携と仲間作りが出来ている。	
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	・日々のケアの中で、身体拘束をしないケアを心がけていき、身体拘束による弊害の理解を研修や日々の業務の中で学んでいる。現在は身体拘束0。玄関	年2回身体拘束の研修は「制止する場面等」職員が役割を演じて動画を撮影し、楽しく学べる場を作って話し合っている。また、権利擁護の倫理研修を実施して人権を守ることの大切さも学んで、身体拘束をしないケアを心がけている。言葉の拘束はNGワードを言い続け、ミーティング時に「4つ目のスイーツロック」について話し合い、職員の都合を優先しない事を理解している。	
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	・年二回の身体拘束の研修を動画撮影して、全職員が必ず受けている。また、二か月に一回の身体拘束適正化委員会で現状の報告と検討をおこなうことで、身体拘束が必要のない介護を心がけている。		

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
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	・権利擁護に関しては、倫理の研修をしてその必要性について考えている。		
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	・見学の時にひだまりの家を十分に理解していたが、契約締結時には、ご家族やご本人に十分理解をしてもらえるように、不安や疑問などを質疑応答し納得ができるよう対応している。		
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	・利用者様やご家族様からの、ご要望を聞く機会として家族会を開催したり、面会時には管理者・施設長を通して対応しています。また、運営推進会議にも報告をしています。	家族の来訪時には利用者の状況を話し合い要望を聞き、家族の協力もお願いしている。イベントの日が分からない要望には請求書に同封して知らせ、担当職員より利用者の様子を「一筆箋」として報告し、家族会でも意見・要望も聞いている。利用者の日常の様子から意向を汲み取って連絡ノートやミーティング時に話し合っている。	担当職員から利用者状況を「一筆箋」として報告が行われている。報告の様式を「生活面・健康面・その他ケア内容等」に区分して詳しく知らせることが望まれる。
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	月一回以上のミーティングを開催し、職員から意見を聴き出せるようにしています。また、ミーティングに参加できない職員に関しては、事前にアンケートをとり、意見の反映を目指します。	ミーティング時に人員体制等現状の課題を話し合い、カンファの前に利用者毎の職員アンケートを行って要望を反映し、話し合いを行なってケアプランに反映されている。カンファレンスでKJ法を活用して「ストレングス(強味)」を発見し行動してもらうために「どういう関わりが出来るか」の検討も行なわれている。	管理者と職員が自由に参加して気楽に飲み食べながら話し合いが出来る「オフの会」を検討しているため、この取り組みに期待したい。
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	個々の職員に不満がある時には、個別の面談をおこないます。また、私的な悩みなどにも施設長を始め積極的に支援する体制を整えています。キャリアアップが出来るように、外部の研修や介護福祉士の受験対策の勉強会をおこなっています。		
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践と力量を把握し、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	リーダークラスの職員には、管理者研修や実践者研修に行けるように努めています。また、実践リーダー研修などの研修を受け、より高度な研修の習得を目指しています。		
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	グループホーム連絡会に参加し、情報の共有をはかるために、定例会や協議会に参加できるように努めています。		

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
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	必ず、ご本人と面談を行いアセスメントをおこなっています。笑顔で接し、お話を聴き、ご本人の希望を聞く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	施設見学の時に、現状の問題や不満や不安などについて、ご家族からお話を伺うように努めています。入居後からは、施設での生活のご様子を気にされていることなど確認し、こちらでの生活のご様子を報告しています。		
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	ここでの生活のご様子を報告と相談したうえで、ご家族様と一緒に協力して支援していく姿勢を持っています。リハビリや訪問歯科など、必要なサービスがあれば検討していき、ご家族様のご要望に応じていけるように努めています。		
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	一緒に季節のイベントを楽しみ、準備の段階から利用者様にも関わっていただけるようにしています。お掃除や洗濯などお手伝いしてもらっています。		
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	毎月、一筆箋を書き日々の生活のご様子を報告させていただいています。ご家族と外出できる機会をもうけて、外出イベントの時にはご家族も一緒に参加していただけるように、支援しています。		
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	ご自宅に外出する機会や支援をおこなったり、昔住んでいた地域の方へ外出支援をおこなったりをしています。また、お友達が気軽に面会に来られるように、いつでもオープンな体制を整えています。	在宅時の体操等のサークル仲間が多く訪ねて来て話し合っている。また、家族がいつでも面会に来られるように雰囲気づくりを心がけ挨拶をして迎え、馴染みの美容室に行き、兄弟の見舞いはポジショニングや対応のメモ・困った時の連絡先を渡して個別支援をしている。友人から多くの年賀状が来て返事を出す人もいて、関係継続を支援している。	個人毎のノートを作成して日々の出来事を書いてもらい、書く中で利用者同士や職員とも話が弾み、脳の刺激にもなる取り組みを考えているので期待したい。
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	お友達関係を築き上げて、一階と二階とで交流が自由にできるように努めています。また、仲の良い利用者同士を一緒にの食席にしたりと、関係性を深めるための支援をおこなっています。		

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
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	ご相談があった時には、いつでも支援できるように体制を整えています。		
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	介護計画書を作成する時には必ず、ここでの生活の意向を確認致します。日常の関わりの中で話された発言なども、介護記録に残し反映ができるように努めています。	初回のアセスメント時に家族から生活歴や何処で暮らしていたか等を聞いてそこでの話題を支援に反映している。入所後は生活の中で「ここでの生活は・食事は・何が食べたい等」質問形式で聞き、関わりの中で何気ない言葉や様子を記録して意向の把握に努めている。また、家族からも趣味や好き嫌い等を聞いて食事やレクに活かしている。	
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	初回アセスメントの時に、ご家族から今までの生活歴を聞き取りしています。入所後も、ご家族との会話から昔の事を伺ったりし情報を得ていく様努めています。		
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	日々のバイタルチェックから日常生活の様子、2回/週の看護師と一緒に健康管理を行っています。日常生活リハビリをおこないながら、機能の維持にも努めています。		
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	ご家族や介護者、看護師から情報を得て、モニタリングをおこなっています。また、実際に関わる事が一番大切で、現場で利用者のケアに関わり、肌で感じ実感したことを大切にしています。	利用者・家族の要望を聞き、カンファレンスで話し合いケアプランを作成している。モニタリングを行って目標に対する成果を職員に聞き、ケアマネージャーは肌で感じて評価し、カンファレンスでは課題を話し合っで見直し、変化時には医師の意見を参考にして見直しが行われている。ケアプランは具体的に分かり易く記述され、家族と楽しい時間を持つために家族の協力をプランに盛り込んでいる。	
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	日々の申し送りで日中と夜間の出来事を日勤者と夜勤者とで情報共有しています。申し送りの時になるべく参加し、情報を得るようにしています。		
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	個別支援を大切にしています。外泊支援もおこないました。施設の中では見る事の出来ない利用者の変化を実感しました。可能性のある支援を継続していきたいと思います。		

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
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	地域で行われた、避難訓練やお祭りなどに参加しています。認知症カフェのお手伝いにも参加しています。		
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	医療は毎月2回の訪問診療を、全利用者が受けている。またご家族が希望すれば他の医療機関への受診も支援している。他医療機関を受診するときは、往診医に相談すると共に、受診後は結果を報告している。	入所時に医療支援体制を説明し、全利用者が訪問医に変更して月2回の往診と週2回の看護師による健康管理が行われ、24時間オンコールとなっている。体調変化時には看護師・医師に連絡をして薬を処方し、骨折等は診療情報提供書と看護サマリーを提供して受診が行われている。急変時には夜間でも往診があり、指示により救急車対応も行われている。家族には受診結果をメールで確実に連絡している。	
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	2回/週の出勤で、採血、排便のコントロール、皮膚の観察、服薬管理、医療連携の指示書記入、現場との相談などがおこなわれています。		
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。	病院に入院された時には、病院のソーシャルワーカーと話し合いを行い、ご家族とも連携をとり、いつ退院されてもいいように連携をとっている。病院での退院にむけたカンファレンスにも参加して今後の方向性や現状の把握に努めている。		
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	契約時に必ず重度化についての指針の説明をおこなっています。重度化した場合や終末期については利用者の状態に応じ、できるだけ早い段階でご家族と話し合いの場を持つようにし必要に応じ、主治医とご家族との話し合いの場を持つようにしている。	入所時「終末期に関わる指針」により重度化時の対応と看取りについて説明し同意を得ている。早い段階から利用者の状態に応じて家族と話し合っている。食事・水分が摂れない・体重が減る時は好きな物等の工夫をして関わりを大切に、本当に食べられなくなると往診時に話し合い、終末期には家族と医師が話し合い同意を得て看取りが行われている。看取りの時は多くの職員が関わり病状を予測して30分毎に巡視と記録をし、最後の場面に立ち会い感動している。	
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	事故発生時のマニュアルと研修をおこなっています。AEDの使用研修もおこなっています。		
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	避難訓練は年2回実施しており、町会の防災の方とも連携している。炊き出し訓練を行いました。	年2回想定を変え「通報・連絡・初期消火・避難誘導」の訓練を実施し、消防からは外への避難が早かったと好評であった。防災訓練では炊き出し・仮設トイレ・ペットボトルの蛇口使用等と防災講座が行われている。台風15号時の教訓から19号時には1階への浸水を想定し食材を2階へ移動・テントの撤去・職員は泊まり込み待機をしている。また、地域の避難訓練に職員が参加して連携している。	

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
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	尊厳とプライバシーの保護のために、倫理の研修をおこなっています。日頃の言葉かけでよくない不適切な言葉をNGワードとして共有しています。	職業倫理について「人として尊厳を大切にする・利用者本位・自己決定できる等」の研修を行ない利用者の人格を尊重している。ケアを行う時には正面から目を見て了解を得て行う事を徹底している。懲りずにゆっくりケアをする事を心掛け、何気ない会話を大切にして個別支援を行い、不適切な言葉かけには注意をしている。居室はノックと挨拶、浴室やトイレの扉を閉めプライバシーに配慮している。	
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	コミュニケーションをとる事を大切にして、日々の発言の中で、利用者の可能性をみつけたり、希望に添えるように工夫をしたりしています。		
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	朝の起床から夜の就寝まで、なるべくご自分のペースで過ごしていただけるように支援しています。		
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	好きな柄や色などを、日々のコミュニケーションの中から探り、本人が気持ちいい生活が出来るように支援しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事はなるべく柔らかく作り食べられる工夫をしています。すべてをミキサーにかけるのではなく、必要な物だけをミキサーにかけたり、色合い、見た目を大切にしています。食事の研修をして調理の工夫が出来るように勉強しています。	利用者は「調理・下膳・食器洗い等」出来る事を役割として行い、昼食は職員の手作りの物を提供している。季節毎にお節・ちらし寿司・寿司パーティー・バーベキュー等の行事食を提供し、毎月の「ルーの日」はカレーやシチューと一緒に作っている。外食は喫茶店でのコーヒーや認知症カフェに行き、家族との外食も行なわれて食事を楽しむ工夫をしている。訪問歯科医や衛生士による口腔ケアを行って口から食べれるようにしている。	
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	低栄養にならないように、栄養バランスおとれた食事を提供しています。必要に応じて、主治医と相談しエンシュアを使用し、エンシュアの嚥下が困難な利用者にはエンシュアプリンを提供しています。		
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	一日三回の(毎食後)口腔ケアをおこなっています。歯ブラシとコップは週に一回消毒を行い衛生管理を行っています。また、訪問歯科に受診し口腔内の清潔と維持に努めています。		

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
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	なるべく布パンツでの生活が出来るように声掛けのトイレ誘導と習慣をつくり排泄サイクルの把握に努めます。	なるべく布パンで日常生活が出来る様に声掛けをしてトイレに誘導し、トイレで排泄をする意識を持ってもらう事を大事にしている。利用者の排泄のパターンを教えてもらい、自分で行く人は見守り、云えない人には時間で誘導し、「ノーパットデー」を設けてパットを汚さないようにトイレに誘導している。なるべく薬を頼らないように立位の運動・青汁や水分を摂り・ホットパックで腸の活動を助け、便秘時には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	食物繊維の摂取、水分の摂取、散歩や歩行練習などの運動、ホットパックを行い腸の活動を促す工夫をしています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は2~3回/週と決まっていますが、ご本人が希望したり、必要があるときは臨機応変に入浴し、特に皮膚の疾患や清潔保持の必要がある時には、毎日入浴の対応を行っています。	週2~3回を原則に体調や気分に応じて入浴を支援し、水虫や尻が赤くなっている時、尿失敗等は毎日入浴をして清潔保持に努めている。拒否する人には人を替え「薬を塗りましょう・体重を量りましょう」と声掛けの工夫をしている。脱衣場の温度管理や転倒に注意し、皮膚の点検をして薬の塗布が行なわれている。利用者に合わせて同性介助・2人介助を行い、季節にはバラ・ゆず湯・菖蒲湯を楽しみ、入浴の時間は会話が弾んでいる。	
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	なるべく眠くなったら眠っていただくように努め、夜間帯は照明の明かりや音や声掛けなどに配慮して安心して眠れるように努めています。		
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	安全に服薬できるように、散剤にして提供したり、口の中から零れ落ちを防止するためにスプーンで口腔内に運び入れたりなどの行風と、錠剤の数等をチェックする服薬管理表を作成して管理しています。お薬情報も職員が確認できるようにファイルに入れてあります。		
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	お手伝いや、レクへの参加など、ご本人の得意な事を活かせるように参加していただいています。		
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	一泊旅行の外出や、外食などの支援と、季節の花を楽しむための外出に参加していただいている。	天気の良い日には近くの公園への散歩、中庭でのお茶を飲み、園庭ではボランティアと一緒に種まきや収穫をして楽しみ季節を感じている。外出企画を毎月実施し、花の美術館・バラ園・コスモス鑑賞や家族と一緒にスカイツリー見学等に出かけている。今年の個別支援として利用者の希望を叶えて九十九里へ1泊旅行に出かけている。ミキサー食の人が常食を食べ、ホーム内では見られない本人らしさが出て感動し、職員のモチベーションアップとなっている。	

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	ご本人が管理することは難しいのですが、一緒に買い物に行ったときにおみやげを買ったり、欲しい物を購入したい時には、預かっているお金をご本人の為に使用できるように、ご家族からの理解を得ています。		
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	お友達からの年賀状が沢山届く利用者がいらっしやいました。年賀状を書いてもらったりできるように努めていきたいと思ひます。		
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	常に清潔な状態を維持すること、明るく温かい環境で生活が出来るように支援しています。季節の雰囲気を感じていただけるように、フローアの飾りつけをおこなっています。	リビングは光が差し込んで明るく清潔感があり、温度・湿度管理や床暖房を入れて快適に過ごせる空間となっている。毎月のカレンダーとその月に合った花を職員のアイデアと一緒に作成し、季節毎にしだれ桜等を制作して季節を感じられる工夫をしている。ホームの夏祭りでは一緒に神輿を作り、浴衣を着て盆踊りや神輿を担いで掛け声を出して盛り上がっている。多くのボランティアによる歌やフラダンス、職員のギターやピアノ、ひだまりボーイズの二人場織等楽しめる場となっている。	
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	共用空間であるリビングフロアのテーブルや椅子の位置は時々配置転換し、気分転換を図っている。できるだけ明るくオープンで誰とでも自由に話せる、居心地の良い雰囲気作りに努めている。		
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	ご本人が使用していた馴染の物(家具や飾り物)を使用していただき、個人の嗜好に合わせた環境を作っています。細工がお好きな利用者様がいらっしやり、居室内を居心地が良いように工夫してあります。	使い慣れた馴染のタンスや大切な仏壇を持ち込み、家族や孫の写真・運動会のメダル・大好きな俳優の写真等を飾り自分の居室作りとなっている。居室はベッドやクローゼットが備え付けられているが、床に布団を敷き立ち上がりの補助具を備えた部屋もある。居室担当と一緒に掃除や衣替えを行い、整頓されて導線が確保されている。マットセンサーを使用して転倒防止に配慮し、夜間の巡回ではトイレ誘導や安全の確認が行われている。	
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	居室内に補助具を配置して、安全に立ち上がりや移動が出来るようにしています。トイレや居室などにご自分で行けるように、目印になるように表札や案内などを提示しています。		

目標達成計画

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	6	身体拘束をしないケアの実績と虐待防止の取り組みについて、研修やミーティングで話し合いをしているが、現場で働いている時に、「待ってて」などの声かけはどうしても発生してしまう。	NGワードとして注意し合える関係を築き上げていく必要がある。日々のケアの中でなにかNGワードなのか共有をしていく。	NGワードに気が付く為に、NGワードの単語を一覧にしていく。NGワードが発生した時には、お互いに気づきあえるように、声掛けをするよう意識づけしていく。NGワードかな？って思った情報は、共有し単語一覧を常に更新していく。	6ヶ月
2	12	就業環境の整備、不満などがあつたり働き方について職員の不安を解消していく必要があり、また介護の技術スキルを向上させていくために、研修なども見直しが必要。	職員一人一人が働きやすい、安心でやりがいのある職場環境をつくっていく。個々の介護スキルを伸ばし、成長できる環境をつくり、研修を充実していきよりやりがいを感じる環境を作る。	働きやすい環境を整えるために、職員と面談をおこなっていき意見を聞いていきます。意見帳を作成して、意見が言えるように整備する。年度研修の計画表を作成し、研修を見える化する。社外研修をしっかりと受けれるように、職員に声掛けをしていく。	6ヶ月
3	26	チームでつくる介護計画とモニタリングを、職員が全体的に理解できているか難しい。	リーダークラスの職員に日々のモニタリングが出来るように、指導をしていく。	モニタリングの項目を一覧で作成して、リーダーに記入してもらえるようにします。	6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。