

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 | 1173200898 | | |
| 法人名 | 株式会社 ザ・ムーバー | | |
| 事業所名 | グループホーム 花みずき | | |
| 所在地 | 埼玉県比企郡鳩山町今宿146-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成29年3月10日 | 評価結果市町村受理日 | 平成29年4月25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/11/index.php |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|----------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社ユーズキャリア | | |
| 所在地 | 埼玉県熊谷市久下1702番地 | | |
| 訪問調査日 | 平成29年3月21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)】

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・看護職員2名が、主治医と連携を図り、利用者様の健康管理を行っている。 ・ADLが低下しないよう散歩、車で外出する等 ほぼ毎日外出したり、関節可動域訓練を実施している。 ・外出出来ない日は、廊下の歩行、階段の昇降訓練等生活リハビリに心掛けている。 ・食前には嚥下訓練を実施し、嚥下機能の維持向上、誤嚥予防に心掛けている。 ・排泄リズムに応じたトイレ誘導を実施し、リハビリパンツを減らし、失禁パンツに切り替え、皮膚トラブルの解消、寝たきりの予防に心掛けている。現在紙おむつの使用者はいない。 ・利用者様が生きがいを持って過ごせるよう、詩吟、生け花等得意な趣味を生かし、生活を楽しくしている。 ・地域との交流も積極的に取り入れ、催し物への参加、ボランティアの受け入れを積極的に行っている。 |
|--|

【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)】

| |
|--|
| <p>当事業所は坂戸駅から車で15分程にある2ユニット、定員18名のグループホームである。職員は日々の支援を通じ認知症ケアの理解を深め、ホーム理念を全職員で共有し、笑顔を大切に一人ひとりに寄り添ったケアに取り組んでいる。看護職員によるバイタルチェックを行っており、ADL(日常生活動作)低下に配慮し、ほぼ毎日散歩に出掛け、地域の人と挨拶や話を交わす等の交流が入居者の楽しみに繋がっている。毎日、朝夕のミーティングで情報交換を十分に行い、常に新しい情報を共有し、「見守られている事で安心する気持ちになっていただく」をモットーに全職員で取り組んでいる。</p> |
|--|

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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) | ○ 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 | 「人と人との絆を大切にし、その人に合った生活環境づくりを目指します。」という理念を額に入れて常に目のつくところに表示し、会議等で唱和し、職員の共通認識を図っている。 | 職員がいつでも理念に立ち戻れるよう掲示している。定例のユニット会議や毎朝夕のミーティングで、入居者一人ひとりのケアについて情報を共有し、寄り添ったケアの実践を職員同士で確認している。 | |
| 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 | 今宿ハートンカフェ(火・金)でお茶のみ、催し物へ招待して戴いたり、近所の方が紙芝居や読み聞かせ、お絵描き等々の機会を作って戴いたりと交流の機会を持っている。 | 高齢者が気軽に立ち寄れる場所として町が開設した「はーとんカフェ今宿」で地域の方とお茶や会話を楽しんでいる。近隣の方による紙芝居や傾聴ボランティア等の交流があり、地域の方にホーム主催のクリスマス会に参加いただく等、ふれあう機会が多い。 | |
| 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 | 社協主催の「ふれあい広場」等に参加し、地域の方達とコミュニケーションを図り相談に応じている。看護実習生、傾聴ボランティアを受け入れ、認知症の方達の理解を得ている。 | | |
| 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 | 2か月に1回開催。年度初めは初めて参加される方にグループホームについて説明をし、事業報告として行事報告、入居者状況報告等を行っている。年に1回は地元消防団にも参加して戴き、有識者の方々のアドバイスを戴いている。 | 行政や家族、地域住民等に出席いただき、2ヶ月毎に開催している。ホームの現状や認知症ケアに関する情報を発信している。種々の相談事項を話し合う中でグループホームの役割を再認識いただき、様々な角度からのアドバイスがサービス向上に活かされている。 | |
| 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に取り組んでいる | 役場を直接訪問したり、ケア会議、電話等で利用者に関する相談を行っている。 | 認定更新等の機会に町に出向き担当者にホームの様子を伝えたり、地域のケア会議後にケアプランや事例報告、困難事例等の相談をしている。担当者とは密な連携を取り合い、アドバイス等をしていただいている。 | |
| 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「介護保険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 | 毎日の申し送りや会議をを通して職員の共通認識を図っている。裏口は施錠せずに自由に裏庭に出られるようになっている。 | 毎朝夕の申し送りで一人ひとりのその日の気持ちや状態を細かく把握し、言葉掛けや支援方法を共有している。安全面に配慮しつつ、自由な暮らしを心掛けたケアに取り組んでいる。 | |
| 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 | 会議、ミーティング時等に、虐待について話し合いを行い、身体はもちろんプライバシーや接遇にも気を配っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 外部の研修に参加し、個々の必要性を話し合っている。 | | |
| 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 | 契約までの間に十分な機会をもうけて説明を行い、理解、納得をえている。 | | |
| 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 | 「意見箱」を設置し、アセスメント時に利用者や家族から意見聴取を行っている。日常的なサービスを通して利用者からの要望を把握している。 | 意見箱を設置し、面会時やアセスメント時、日々のケアの中で問いかけ、何でも言って頂けるような雰囲気作りに留意している。出された意見や要望は、申し送りやユニット会議等で話し合い、反映させている。 | |
| 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 | 朝、夕のミーティングやユニット会議で職員からの意見や提案をきいている。管理者は必要に応じて職員との個別面談を行い、反映させている。 | 毎朝夕のミーティングや定例のユニット会議で意見を聞くようにしている。必要に応じ、その都度個別面談を行い、日頃から問いかけや聞き出しを頻繁に行い良好なコミュニケーション作りに努めている。 | |
| 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 | 最大限努力している。 | | |
| 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 | 外部の研修を受ける機会をつくり、内部では事例検討を通してスキルアップを図っている。 | | |
| 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 | 毎月の「地域ケア会議」に参加したり、同業者間の交流を通じて勉強会、相互活動の声掛けを通じ、サービスの質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 | 職員間でアセスメントを共有し、生活歴や健康状態を理解したうえで、本人の意向に沿った対応を心掛け、信頼関係を築くようにしている。 | | |
| 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 | 入居相談時に家族の困りごと、不安や要望を聞きとり、面談、電話を通して連絡をとり会い、信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | 入居にあたって、今までの環境を最大限に生かした その人中心の生活を見極め、支援に努めている。 | | |
| 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 | 人生の先輩として尊敬し、未来の姿として自覚し家族的な関係を築いている。 | | |
| 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 | 職員では限界があり、家族しか補えない事があるため共に協力しながら支えている。 | | |
| 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 | 散歩コースに公園があり、ゲートボールをしている友人と話す機会がある。入居前に住んでいた所の行事に参加したり、面会のかたにはお茶やお菓子を提供している。 | 一人ひとりの生活習慣を尊重し、家族と協力し継続的な交流が出来るよう働きかけている。友人・知人の面会支援や近隣に散歩に出掛け、地域に暮らす馴染みの友人と話す機会を支援している。 | |
| 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 | なるべくホールで過ごす機会を作り、利用者様同士がコミュニケーションをとり、レクリエーション等を通して関わる機会を作っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 連絡をとり会っており、相談に応じている。 | | |
| 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 | サービス利用開始時のアセスメントや日常的なサービス提供を通じて利用者の希望や意向を把握しているが、不安定になった時はその原因や対応方法を会議で検討している。 | 日々の関わりの中から意向把握に努めている。困難な方には、日々の申し送りで細かな表情の変化から気付いたことを検討し、家族と協力して対応方法を見出している。 | |
| 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 | 本人と家族双方から聞き取りを行い、ケアプランに役立てている。これまでにサービスの利用が有った場合は、担当ケアマネより情報を得てより充実した対応に努めている。 | | |
| 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 | 朝夕のミーティングのなかで現状の把握に努めている。 | | |
| 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 | 介護計画原案の作成にあたり、本人、家族等と話し合い、ミーティングやケアカンファレンスを通じてニーズの把握、抽出に努め現状に即したケアプランを作成している。 | 日々の関わりの中で思いや意見を聞き、反映出来るようにしている。職員は毎朝夕の申し送りで一人ひとりの様子や変化を把握し、ミーティングやケアカンファレンスで話し合い、現状に即したケアプラン作成に努めている。 | |
| 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 | 介護日誌や個々の介護記録に日々の様子をわかりやすく記入し朝、夕のミーティング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。 | | |
| 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 | 本人や家族の状況、ニーズの変化に対して柔軟に対応し、支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。 | | |

| 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 |
| 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 | 傾聴ボランティアの方達が週1～2回来て利用者の話し相手をして下さり、大変喜ばれている。敬老会やクリスマス会等には地元ボランティアの方達の歌、踊り、手品等を楽しみにしている。 | | |
| 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 | 月4回の往診、訪問歯科による治療を実施している。専門的な病院の受診が必要な方は大学病院等にかかる為の支援を行っている。家族の希望で入居前の病院を継続している方もいます。 | 入居後も従来のかかりつけ医や希望する病院を家族対応で受診している。必要に応じホームの看護職員が家族と同行し、普段の様子や変化を伝えるようにしている。また、ホームの協力医の往診が月4回あり、必要に応じて訪問歯科に来てもらい、適切な診療を支援している。 | |
| 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 | 介護職と看護師は連携を密に取り早期発見、早期治療に心がけている。看護職員とは24時間連絡をとり合い、適切な受診や看護を受けられるように支援している。 | | |
| 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。 | 入院中は時折面会に行ったり、病院から連絡が入った時は病状を聞き、かかりつけ医に報告している。家族とも連絡をとりながら情報交換をしたり連携をとっている。 | | |
| 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 | 入居契約時に「看取りに関する指針」に基づき、対応方法や手続きに関する説明をおこなっている。重症化した場合や終末期にはかかりつけ医の協力をえて、医師による専門的な判断にもとずき、説明を行ったうえで家族の同意を得ている。 | 契約時に「看取りに関する指針」に基づいて、ホームが対応し得る範囲のケアについて説明を行っている。状態の変化には職員、医師、家族が連携をとり、随時意思を確認しながら取り組んでいる。 | |
| 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 | 症例ごとに 看護師ケアマネによる研修、ミーティングを密に行い予期せぬ事態に対応する能力を身に付けている。 | | |
| 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 | 夜間の災害等を想定した避難訓練を消防署の指導に基づき 年2回実施している。迅速な避難誘導が出来るように運営推進会議を通じて地域住民に働きかけている。 | 夜間想定避難訓練を12月に入居者と一緒に行った。運営推進会議を通じ地域への参加協力を呼び掛け、災害時のマニュアルを見直している。次回は3月を予定しているが、まだ地域住民の参加には至っていない。 | いざという時に慌てず避難誘導し地域の人々と協力して訓練を行う等、実践的な取り組みが求められている。呼び掛け等を工夫し、地域住民参加の災害訓練の実施が望まれる。 |

| 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 | 朝夕のミーティングにおいて利用者様の人格を尊重したサービス提供ができるように必要な知識の共通認識を図っている。 | 毎朝夕のミーティングで入居者一人ひとりの様子を十分に話し合い、常に新しい情報を共有している。認知症の症状に応じ、促す言葉掛けに留意し、笑顔でのケアに組んでいる。 | |
| 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 | コミュニケーションを密に取り、本人の思いや希望を表現しやすく、自己決定出来る、雰囲気作り心掛けています。 | | |
| 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 | 食事、トイレ、入浴等を職員側の都合で急がず事無く、個々のペースを尊重し、日課も強制するのではなく、納得したうえで参加して戴き、希望に沿った支援を行っている。 | | |
| 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 | 1～2か月ごとに理容師に来てもらいカットをしたり、パーマや毛染めの希望者にはその都度美容師に来てもらっている。 | | |
| 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 | 利用者一人一人の食事形態、食事制限やアレルギーのあるものを台所に掲示している。時折おやつにあんこ餅、桜餅お好み焼きを利用者と一緒に作ったりしている。日常では配膳、下膳、テーブル拭き、おしぼり干し等協働で行っている。 | 専門業者の栄養計算された献立と食材で職員が手作りで提供している。入居者には下準備や下膳等、出来る力を発揮していただいている。毎月、行事食を行っており、好評の回転寿司に出掛けることが楽しみになっている。 | |
| 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 | 食事や水分の摂取量を毎食後、10時、15時、夜間帯にて記録し体調管理に役立てている。 | | |
| 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 | 毎食後歯磨きの誘導や介助を行い、義歯を洗ったり、うがいの介助をしている。入れ歯の方は夜間帯、ポリデントで消毒している。 | | |

| 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 | 個々の排泄リズムを把握し、排泄チェック表を参考に失禁予防に心掛け、リハビリパンツを減らし徐々に失禁パンツに切り替えている。現在は紙 オムツの使用者は一人もいない。 | 排泄チェック表を使用し、習慣やパターンを把握している。見守りを強化し、仕草や行動から察知しトイレで排泄出来る様にしている。リハビリパンツから失禁パンツに切り替えられるよう、個々の対応を検討し、自立に向けた支援を行っている。 | |
| 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 | 一日の水分摂取を1,000cc～1,500ccは必ず摂るよう声掛け介助を行っており、栄養士による献立を提供しバランスの良い食事を提供し、機能に応じて、粥食、キザミ食、ミキサー食、トロミ食にて提供している。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | ユニット毎に入浴日が異なる為、利用者の希望に沿うように毎日入浴できる体制を整えている。 | ユニット毎に入浴日を決め、午後での提供を基本にしているが、その日の希望で臨機応変に対応している。拒まれる方には、羞恥心に配慮し、時間帯を変更する等、安心して入浴できるよう工夫している。菖蒲や柚子の差し入れがあり、季節を楽しんでいただいている。 | |
| 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 | 日中の運動に心掛け、昼寝はあまり長くないように、昼夜逆転しないようにしている。睡眠導入剤もなるべく使用しない様にしている。 | | |
| 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 | 個々の処方薬の内容は、記録ファイルと同じ所にはさんであり、常に確認しやすいようにしてある。 | | |
| 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 | 掃除ではモップ拭きをする人、車椅子で手すりを拭く人など できる範囲で役割を持ち、洗濯物をたたむ人もいる。以前住んでいた所へ定期的に出かける人など個々に支援している。 | | |
| 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 | 毎日近隣へ散歩に出かけたり、時折ファミリーレストランへ出かけて外食したりしている。買い物（農産物直売所、百円ショップ、商店街など）図書館、資料館等への外出支援をしている。季節の移り変わりを体感できるように初詣、花見、お祭り等にも出掛けている。 | 近隣への散歩に毎日出掛けられるよう支援している。季節の花見や菜園での野菜収穫、外食や買い物等、楽しみ事に合わせた外出、外食等に積極的な支援をしている。 | |

| 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 | 買い物時に個々に応じて支援している。 | | |
| 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 | 電話をかけたい時は事務所からかけるようにし、かかってきたときは利用者様にとりついでいる。手紙類のやりとりに関しても支援している。 | | |
| 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 | 廊下には、季節感のある油絵や水墨画を飾っている。月毎に予定表を廊下に掲示している。 行事や日常生活における利用者様の様子をとった写真や似顔絵を掲示している。 | 共用部分に行事毎の写真や油絵、水墨画等、四季に応じて入れ替えて飾り、季節を感じていただいている。テーブルには季節の花を飾り、入居者手作りのゴミ箱を置き、アットホームな雰囲気の中で穏やかに過ごせるよう支援している。 | |
| 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 | ホールでは利用者様の様子をみながら、時折席替えをする。気の合った利用者同士がゲームをしたり、お喋りができるように椅子の位置を工夫している。デッキにでて日光浴をしながらコミュニケーションをとって戴いている。 | | |
| 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 | 大切にしていた仏壇、写真、衣類、テレビ等を自室に持ち込み、自宅にいる感覚で落ち着いて生活できるように配慮している。 | クローゼットやベッドは備え付けられている。写真、テレビ、寝具等の馴染みの物を持ち込んでいただき、各人が居心地よく過ごせるよう、配慮している。 | |
| 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 | ホーム内はほぼバリアフリー廊下、トイレ、風呂場等には手すりをつけ移動しやすい様工夫し、居室での就寝時はすべてベットを使用、3モーター、4モーターの切り替えがしており体調に応じて対応している。 | | |

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 | 35 | 災害対策の強化が必要 | 災害マニュアルの見直しを行い、地域住民参加の災害訓練を実施する | 運営推進会議を通じて地域住民に呼びかけ、災害訓練への参加を実施する | 6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、行を挿入してください。