

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	1290900107		
法人名	社会福祉法人 苗場福祉会		
事業所名	グループホームさくら館		
所在地	千葉県船橋市習志野台8-55-1		
自己評価作成日	令和5年1月31日	評価結果市町村受理日	令和5年4月14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.kai gokensaku.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2-10-15		
訪問調査日	令和5年3月14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)】

<p>・感染症の影響で外出支援が難しくなっている状況ではあるが、施設内、施設駐車場への散歩、中庭や玄関先での外気浴など出来るだけ外へ出れるよう支援している。</p> <p>・毎月、誕生日会や季節の行事を行うことで、季節を感じて頂いたり、お誕生日会には他の方にメッセージをもらうなど普段と違う雰囲気なども味わっていただいている。また、感染予防を徹底した上で併設特養、短期入所、通所職員と協力し、合同でハロウィンやクリスマス会、節分等の行事を計画、実行し、お客様に楽しみのある生活の支援をしている。</p>

【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>1) 特養、短期入所、通所併設の複合施設で、古民家風の和のデザインにこだわり、手すりの位置や動線など安全面にも配慮した設計の広いリビングを備えたホームである。2) コロナ禍でもアート作品プレゼントなどの生甲斐づくり、屋上や中庭散歩による五感刺激の工夫など、一人ひとりに寄り添い、その方らしい気持ちの良い生活ができるよう個別の自立支援に努めている。3) 個人別受講カードで研修成果の確認を行うなど計画的に研修を実施し、キャリアパス・目標管理・新入職員プリセプター制度など職員育成に力を入れている。4) ISO認証事業所として振り返りとPDCAサイクルを実践し、コンプライアンスを重視した運営に努めている。</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 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させている (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	法人理念を基にしたグループホーム目標を毎年、部署会議で話し合い設定している。そこから個人目標を設定して取り組むことで理念の共有、実践繋げている。	職員が話し合い、法人の理念を基に今年度は「お客様の個性と自立を何より大切に、気持ちよい生活を共に作ります」とのグループホーム目標を掲げている。職員が共有し実践に繋げるための個人目標も設定している。コロナ禍で制限のある中で、レクや屋上での外気浴などを工夫し、入居者一人ひとりが気持ちよい生活を出来るよう個別自立支援に取り組んでいる。	
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	現在は感染症の為、参加、開催できていないが地域の祭りに参加したり、毎月オレンジカフェを開催し、地域との交流を図っている。	コロナ禍以前は、地域の祭りに参加したり、オレンジカフェを開催したり、ボランティアを受け入れるなど地域とのつながりを大切に積極的に交流していた。コロナ禍終息後の再開を期待したい。	
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	現在は感染症の為、開催できていないがオレンジカフェの中で介護相談を行ったり、医療専門職による講話を聞く事で福祉施設として地域に向けて発信している。		
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	運営推進会議では施設の取り組みと地域からのお知らせを共有して、お互いの行事等に参加をしている。議題の内容としてさくら館全体の状況報告やグループホームの状況報告を行い、その場で意見や感想を頂き、職員で共有している。	2か月間の運営報告、事故・苦情報告、施設からのお知らせと地域からのお知らせなどを議題として2ヶ月に一度定期的に書面による運営推進会議を実施している。地域包括支援センター、民生委員、町会・ボランティア関係者と家族に施設アンケート結果なども添えて報告書を送付している。	
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	地域包括から1名毎回運営推進会議に参加して頂き情報共有に努めている。	高齢者福祉課、指導監査課担当者とは連絡を密に取り合っている。地域包括支援センターには運営推進会議資料も送付し取り組みや実情を報告し協力関係を築くよう取り組み、また、地域ケア会議やグループホーム連絡会にも参加し情報共有を図っている。	
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	身体拘束についての勉強会を施設全体で年2回行っている。勉強会は伝達講習を含めて全職員が参加する仕組みとなっている。玄関の施錠は夜間のみとし、身体拘束は行っていない。また、身体的拘束適正化検討委員会を設置して施設全体で毎月委員会を開催している。	全職員対象に身体拘束・不適切ケアに関するアンケートを実施し、身体拘束適正化委員会を施設全体で毎月開催するなど身体拘束をしないケアの徹底を図っている。施設内研修では「お客様の立場に立ったケア、傾聴時の姿勢、言葉遣い、他の職員の言動にも気を付ける」などと日常のケアの中での具体例を取り上げ、虐待・不適切ケア・身体拘束について考える研修を実施している。	
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	高齢者虐待についても施設全体での勉強会や事例検討会を通して学習する機会を設けている。勉強会は伝達講習を含めて全職員が参加する仕組みとなっている。 2/10		

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	現在は制度を利用されている方はいない為、制度に関する理解は少ない。今後の活用の為に勉強会などの機会を設けていく。		
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	契約時は一項目ずつ理解をしていただけるよう十分な説明を行い理解・納得を図っている。不安や疑問点などは尋ねたり、電話でも受け付け納得して頂く説明に努めている。		
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	運営推進会議にはご家族様も参加していただき、ご意見を聞く機会を設けている。また、年1回、顧客満足度アンケートを取りご利用者様、ご家族様の意見を伺っている。面会時にも職員側からご家族様に要望を伺うなど行っている。	「〇〇様〇月のご様子」とのお便りに行事や日常の様子の写真と居室担当者署名入りのコメントと管理者のコメント、体重と写真入りの献立表を毎月家族の送付し、家族から大変喜ばれている。毎年満足度アンケートを実施し家族からの要望を取り入れ運営に反映させている。コロナ禍以前は敬老会やクリスマス会など家族参加のイベントを実施し家族との繋がりを大切に、信頼関係の醸成に努めている。	
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	施設全体会議、部署会議、委員会活動、職員面接などで提案や意見を聞く機会を設けている。	主として毎月のグループホームミーティングで業務内容の変更などを提案し運営に反映させるなど、職員が意見や提案を出来る仕組みが整っている。ノー残業日の設定や有休休暇を取りやすくする工夫や休憩室の設置など働きやすい職場作りに活かしている。年間研修計画に基づき、研修報告書を提出し個人別受講カードで研修成果の確認を行っている。キャリアパス、目標管理制度など自己改革型の職員育成に取り組み、プリセプターによる指導など新入職員の育成にも力を入れている。	
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	目標管理制度、360度評価を導入しており職員の努力や実績によって評価できる仕組みがある。また、今はWEBでの実施だが産業保健師が月1回保健室を開催しており新人職員には面談を入れるなど心のケアにも努めている。		
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	新人職員にはプリセプター制度で不安などを相談しやすい関係作りに努めている。今年度は感染症の影響でなかなか参加できていないが事業計画で力量に合った研修を組み込み計画的に参加してもらっている。実務者研修を施設で開催しており働きながら学習できる仕組みがある。		
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	オレンジカフェを利用してもらうことで、他グループホーム職員や入居者との交流を図っている。(本年度はなし)		

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	入居前に面談を行い、生活状況やお客様の状態の把握に努め、要望や不安を聞き取っている。入居後は、居室担当者を中心にご本人との関わりの中から情報を引き出しケアプランに反映させている。		
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	入居前に面談を行い、ご家族の希望・不安・要望の聞き取りを行っている。入居後についても面会時、担当者会議時、電話連絡時などに希望や要望を聞く機会を設け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	入居前の面談でご本人・ご家族の思いや状況等を確認し、話し合いの中で支援方法を検討している。その中で他のサービスの必要性がある場合には情報を提供するなどの対応に努めている。		
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	日常生活を送る中で、その方の出来る事を見極め、買い物や食事作り、掃除、洗濯などの家事作業や散歩レクといった活動を通して、入居者同士の関係も築けるよう配慮している。		
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	ご家族の力の大切さを職員間で確認している。毎月お便りにて様子をお伝えしたり、体調不良時、往診での処方薬の変更時などは電話で随時連絡を入れている。		
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	現在は感染症の影響で行えていないが買い物や外食などご本人が今まで生活してきた活動が継続できるように支援している。入居後も友人との手紙や電話のやり取りを支援したり、地域の活動に参加することで施設の周囲の方との馴染みの関係作りにも努めている。	今は、主として電話の取次ぎや手紙のやり取りのお手伝い、併設のメリットを生かし、デイサービスの職員との交流などで馴染みの関係を途切れさせない支援している。コロナ禍以前は馴染みのお店への買い物や外食、地域の活動に参加することで馴染みの関係づくりや友人との散歩やドライブをケアプランに入れるなど、馴染みの関係を継続する支援に取り組んできた。	
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	入居者同士の関係や状況を見て会話を楽しめるよう席の配置を考慮している。職員が仲介したり、レクや家事作業を通して入居者同士が円滑に生活できるような環境作りを心掛けている。		

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
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	特養等へ入所された場合でも、今までの暮らしが継続できるように生活環境、支援内容、注意点などの情報を伝え、ご本人や家族の不安が解消できるよう努めている。		
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	ご本人の希望や要望などを日々の会話やモニタリングで聞き取りを行うだけでなく、表情の変化での把握にも努めている。 また、伝達困難な方もご家族や職員間で情報を共有し、ご本人の意向に沿えるように努めている。	居宅介護支援事業所やショートステイ事業所から、健康状態、家族状況、生活史、ADL、IADL等の利用者情報を収集し、家族からの情報も取り入れ、暫定ケアプラン作成の参考にしている。入居後、2週間を目途に、入浴時や休憩時など一対一になったリラクゼーションした時間に、一人ひとりの生活リズム、趣味・嗜好、出身地や入居者の希望、想いを聞き取り、入浴、排泄、食事、移乗等のアセスメントを実施して本プラン作成に反映させている。	
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	アセスメント時や会話の中から聞き取った情報を追加しながら、生活歴や生活環境の把握に努めている。またご家族にもケアの一員として面会時などに昔の生活や様子などを積極的に伺うようにしている。		
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	入居時はご自宅での一日の過ごし方をご本人とご家族に伺っている。ホームでの生活が慣れてきた頃にはこちらでの生活リズムや残存能力を把握し、現状に合わせた支援ができるよう職員間で共有している。		
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	居室担当者、計画作成担当者を中心にモニタリング、アセスメントを行うことで、その方の現状に即した支援内容に変更できるようにしている。また、ご家族の意向も聞き介護計画を作成している。	トイレでの自力での排泄や車椅子利用の方の手引き歩行、自力での口腔ケアなど、入居者の自立を重視したケアプランを作成している。ミーティングでは、入居者のADLや個性に合わせた支援方法について、職員間で意見交換を行い、支援の見直しを図っている。また、サービス内容毎に実施状況を毎日、「実施モニタリング表」へ記録し、職員は常にケアプランを意識して支援している。行事や食事を楽しむ写真や居室担当者のコメントが掲載された「お便り」を毎月、家族に送付して、入居者の様子を伝えている。	「実施モニタリング表」を活用して短期目標のサービス内容毎の実施状況の確認が行われているが、達成状況の程度や入居者の言動の変化などの確認の精度を高める取り組みに期待したい。
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	日々の体調やその日のご様子を個人ごとに記入し、支援記録にまとめている。日々の申し送りや情報の共有をし、ケアの工夫をしたり、介護計画の見直しに役立てている。		
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	常に入居者中心のサービスを心掛けています。必要なサービスがあれば柔軟に対応できるように情報収集に取り組んでいる。		

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	今は感染症の為、行えていないが地域のボランティア、地域の行事、スーパー、飲食店、観光地など地域資源を把握し今までの生活歴や気分転換を兼ねて外出支援を行っている。		
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し、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	契約時に入院先も含め希望病院を伺っている。入居者全員が日々の体調管理は施設の往診医を希望されており月2回の訪問診療を受けているが、専門医などの受診の継続を希望する方や突発的な怪我などの受診は往診医に相談の上、ご家族にかかりつけ医を聞いて受診している。	月2回の往診の際には、入居者の最近の様子や看護師からの情報、摂食状況など気になることを「往診管理表」に記入して、事前にFAXで往診医に報告し、的確な往診に備えている。また、整形外科などの専門医への受診には家族同行を原則とし、必要に応じて職員による同行支援を行っている。往診時には職員が同席し、医師からの指示事項、処方薬等を「往診管理表」「申し送りノート」へ記録して、職員間の情報共有を図っている。	
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	施設内に看護職員がいる為、特変時や異常時には看てもらえる環境にある。グループホームは非常勤で出勤してもらっており、その際に全員の健康チェックを行っている。また注意点なども申し送っている。		
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。	入院時には同行し、病気の経過だけでなく、認知症によるリスクなども情報提供している。退院時もカンファレンスに参加し退院に向けての支援や退院後の生活について相談するようにしている。		
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	契約時に重度化の説明を行っている。状態変化が見られる方にはご家族様に状態の説明をし、今後のケア方針や事業所でできる事をお伝えし、住み替えの希望があれば支援を行っている。話し合いの内容については職員間で情報を共有し、同じ方針でケアに当たっている。	「重度化した場合における対応に係る指針」について、契約時に入居者、家族に説明し同意を得ている。また、急性期の医師・医療機関との連携などホームで対応できることを説明し、看取り対応などホームではできないことも併せてわかりやすく説明し理解を図っている。食事が摂れなくなったなど、重度化した際や対応が困難になった際には、往診医の意見や入居者・家族の希望を尊重して、医療機関への入院や特養などの他サービスへの変更について支援している。	
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	緊急時対応、AEDなどの勉強会を開催している。グループホームだけではなく夜間は特養職員とも連携を図り緊急時は応援に来てもらうよう体制を整えている。緊急時対応についてはフローチャートを作成し事務所に掲示している。		
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	施設内での火災、水害、地震についての訓練を行っている。感染症の影響で今は参加できないが地域防災訓練への参加をしている。また毎月メールでの緊急連絡の訓練を実施している。	年2回、日中、夜間想定火災を想定した避難・通報・消火訓練を施設内の他事業所と合同で実施している。各事業所及びユニットの夜勤者等がそれぞれ役割を分担した実践的な訓練には、入居者もヘルメットを被って参加している。非常災害対策書及び地震・火災・水害・停電時の各手順書が整備され、防災委員会により定期的に緊急連絡網メールの確認訓練を実施して非常時に備えている。また、コロナ禍以前に実施していた町会の防災訓練には、収束後に参加の予定である。	

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	個人情報保護法について全職員が勉強会に参加している。委員会活動で不適切ケアやプライバシー保護についても呼びかけを行い、職員同士で注意し合っている。	「その方らしさの尊重」や「喜び、悲しみ、楽しみを分かち合う」「生きる力を引き出す」などの行動指針に沿って職員は支援している。入浴や食事時間などは、入居者のその時の気分を大切にして柔軟に対応し、居室でテレビを見たい方、リビングで他の入居者との会話を楽しみたい方など、入居者の気持ちを尊重して対応している。また、入居者の隣に座って、世間話をしながら寄り添う姿勢で傾聴を心がけコミュニケーションを取っている。	
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	意見を言いやすい関係作りに努めている。自己決定ができる様な声掛けを行うことでその方の嗜好や思いをわかる事ができる。		
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	一人ひとりのペースを大切にした支援を心掛けている。ご本人の希望を伺い相談しながら外出や入浴など希望に沿えるよう、職員間で連携を図っている。		
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	洋服はできる限り本人に選んでいただき、季節や気温に対して声かけするなどの支援を行っている。理美容は本人、ご家族に確認し、希望時に散髪ができるよう支援している。		
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	会話の中から食べたい物を伺い、献立に取り入れられたり、季節を感じられるような旬の食材を使用するようにしている。一緒に作り、準備、片付けなども行っていただいている。誕生日には好きなメニューをお出ししている。	眼で見て美味しさを感じられる盛り付けや食器の使用を大切にして、食事を提供している。毎月の誕生会時には、好みのケーキ・プリン・パフェなどのスイーツをメニューに取り入れている。入居者のレベルに合わせて、食材のカットや炒め物、盛り付け、食器拭き、下膳などを手伝い、他の入居者へお茶を配る入居者もいて、これまでの生活習慣の維持につなげている。コロナ収束後は、これまで訪れていた和食レストランやラーメン店での外食を楽しむ予定である。	
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	水分量や食事量は食事チェック表を記入し一日の摂取量を把握している。水分もご本人の好きな物を選べるように用意したり、ゼリーなどで摂っていただくよう工夫している。必要に応じて特養の管理栄養士に相談し栄養管理を行っている。		
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	毎食後、口腔ケアの支援や声かけをしている。訪問歯科診療を受けており治療や口腔ケアについて歯科医と連携を図っている。		

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	排泄チェック表を通して入居者の排泄間隔を把握し、声かけの時間を考慮したり、トイレでの排泄ができる限り続くようケア内容を変更しながら支援している。入居者に合った排泄用品については居室担当を中心に意見を出して検討している。	「排泄チェック表」の活用や表情、不自然な身体の動きなどの気づきにより、他の入居者に気づかれないように耳元での声掛けを行い、入居者の羞恥心に配慮してトイレへ誘導している。廊下歩行や体操などで上下肢の筋力の維持を図り、トイレでの排泄にこだわり支援しているが、ADLに応じて過剰な介助は行わないようにしている。車いす対応の広いスペースのトイレには、つかまり易い位置に手すりや腕支えテーブルが設置され、安心して安全に排泄できるように配慮されている。	
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	薬だけに頼らず、日々の生活の中で毎日運動する時間を作るなどしている。食事量、飲水量、排便確認を行い、入居者に合わせて飲みやすい物を用意し水分摂取できるよう対応している。		
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	入浴の曜日を組んでいるが、希望時や清潔保持のタイミングでそれ以外にも入浴ができるようにしている。午前入浴から夕方まで、その時によって入浴時間も変更している。入浴剤の使用や、ゆず風呂、菖蒲湯など季節の入浴も行っている。	週2回、その日の気分に合わせて午前午後の希望する時間や曜日をずらして、入浴を支援している。浴槽を跨げない入居者にはサイドチェアを利用して、職員介助により安心して浴槽へ入っている。また、浴室にはつかまり易い位置の手すりや浴槽手すり、滑り止めマットが整備され、安全な入浴支援が図られている。浴槽の湯の温度の確認を徹底し、入居者の好みに合わせた温度調整を行っている。また、浴室と更衣室の温度差を無くしてヒートショックを防止している。	
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	できるだけ日中は体操やレクなどの活動を行い、生活リズムを整えるよう努めている。一人ひとりの状況などを観察し、必要時には休息を促したり入居者の意志を尊重しながらも必要な声かけをさせていただいている。		
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	薬の説明書を職員がいつでも見られるようにしている。薬の変更時には申し送りや記録にて職員間で周知している。服薬手順に沿って服薬介助を行うようにしている。		
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	役割のある生活を維持できるよう、家事作業など、その方の「できること」に合わせて役割をお願いしている。散歩が日課だった方、将棋が好きな方など今までの生活歴から楽しみや気分転換ができるよう活動にお誘いしている。		
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	現在は感染症の為、施設敷地内の散歩に行っている。以前は近くに公園などもあるため散歩に出かけたりコーヒーを飲みカフェに出かけたりなどしていた。毎年ご家族にもご協力いただき京成バラ園への外出企画も行っていた。今後は感染症の状況を考慮しながら、感染予防を徹底した上で外出支援する機会を設けていきたい。	現在は、コロナ禍のため、施設内の駐車場周辺の散歩や屋上テラスから富士山を眺望することで、外気を体感し、気分転換を図っている。また、中庭のプランターで花や野菜を栽培し、季節感を味わっている。初詣に行くことができなかったため、玄関フロアに手作りの鳥居を設置して、少しでも年の初めを味わってもらえるように工夫している。今後、コロナ収束後は、近隣の公園への散歩や車でのバラ園の見物、職員と一緒に近くのスーパーへの買い物などを再開する予定である。	

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	契約時に説明し、お小遣い程度のお金を持っていても数名いる。所持が無い方も買い物の希望時などは立替にて自ら商品を選んだり、お金を支払え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	ご本人からの希望があれば電話をかける支援を行っている。ご家族から電話が来た場合でもご本人とお話できるよう支援している。お手紙の希望があればハガキの購入、宛名書き、投稿などの支援が必要なところを手伝っている。		
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	リビングは過ごしやすいよう温度や照明など気を配っている。調理を職員と一緒にすることで音や匂いを感じていただき生活感や、季節ごとに飾り付けを変えることで季節感を感じていただけるように工夫している。	ゆったりしたスペースのリビングで、入居者はテレビを見たり、入居者同士の会話を楽しむなど、自分のペースで思い思いに時間を過ごしている。共有空間は、落ち着いた雰囲気が感じられる、「和」を基調とした古民家風の造りである。リビングにはひな飾りや入居者と職員の共同制作の桃の花の折り紙が飾られ、季節感あふれる空間となっている。また、入居者の相性や介助度を考慮したテーブル席や一人になれるソファを配置して、安心して楽しく過ごせるように配慮している。	
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	食事席だけでなくソファ席を用意し、空間を区切ることで賑やかに過ごしたい時、テレビを観たい時、一人で過ごしたい時など、その時の状況で思い思いに過ごせるよう空間作りをしている。		
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	入居時よりご自宅から馴染みの品物を持参いただき、自宅でのベッド配置なども参考にしながら本人・家族・職員で安全で居心地よく過ごせる設え作りに努めている。	使い慣れたテーブル、椅子や仏壇、家族の写真など馴染みの物が居室に自由に持ち込まれている。居室内の転倒防止のために起きやすい方向にベッドの位置を変更したり、テレビを見やすい位置に変更するなど、入居者の立場にたって支援している。職員はタンス内の衣服整理やリネン交換を行い、また、レベルに合わせて居室の掃除や洗濯物のたたみを一緒に行うことで、入居者の自立につなげている。コロナ禍の中、居室内の2時間おきの換気と消毒を徹底し、感染防止を図っている。	
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	目立つ表示はしていないが、入居後、職員が付き添うことで場所を覚えていただき、ご自分のペースで生活をしていただけるようになっている。手すりなども各所に設置し、安全に移動できるような環境になっている。		

目標達成計画

作成日: 令和5年3月14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		・居室担当者の役割としてアセスメントやモニタリングをケアマネ、計画作成者と協力して中心に行っていくことになってはいるが、聞き取りはするものの、書式への記入は全てケアマネや計画作成者が行ってしまう居室担当としての役割が曖昧になってしまっている。	居室担当者がアセスメント、モニタリングについての重要性をしっかりと理解し運用できるようにする。	①居室担当者の中にはアセスメントやモニタリングの方法が明確に理解できていない職員もいる為、アセスメント、モニタリングの方法をケアマネ、計画作成者が再度周知する。 ②アセスメント、モニタリングを居室担当者が実際に行い、ケアマネ、計画作成者がチェックを的確に運用できるようにする。	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。