

### 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	1291200358		
法人名	医療法人社団寿光会		
事業所名	グループホームいきいきの家松戸		
所在地	千葉県松戸市根木内119-1		
自己評価作成日	令和2年2月5日	評価結果市町村受理日	令和 2年3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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

#### 【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)】

いつまでもその人らしくいられる生活を送っていただくために、生活歴や家族歴を共有し入居様が望む生活を知り一人一人に寄り添った介護を意識しています。またユマニチュード技法を取り入れ、「あなたのことを大切に思っています」という気持ちを伝えるための技術の向上に努めています。

#### 【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)】

良い点として①「笑顔あふれる介護」の理念に沿って利用者が笑顔のなるために職員も笑顔でケアをする事に努めている。午前は体操、午後は皆で歌を歌って笑顔になり、牛乳パックを積み上げてタワー作り、節分には鬼の折り紙を台紙に張り私が作ったと自慢し、ことわざクイズ・漢字合わせ等1日1回は職員のアイデアにより楽しめるアクティビティが行われている。②職員は動画によるオンライン研修を受講し、プログラム終了後は試験を受け次のステップに進んでいる。キャリア段位による自己評価制度は項目毎に職員が自己チェックし、アサッサーが評価し面接時に改善点を伝え、評価により昇給し向上心に繋がっている。資格取得支援と取り組みにより今年度は介護福祉士3人が合格し職員のスキル向上が図られている。③利用者の状態は往診時に確認し、終末期には医師より家族に話をして看取りに同意し、状態を見て家族に会ってもらって看取りが行われ最後に会えて家族は満足している。6名の看取りが行われ介護の質の向上に繋がっている。

### 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)	○	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. 全くない
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)	○	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している (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業所理念は両ユニット共に常に見ることのできる場所へ掲示している。年2回、自己評価表提出時に理念についての理解と実践ができていないかを面談等で確認している。	「笑顔あふれる介護」の理念に沿って利用者が笑顔になれるように職員も笑顔でケアをする事に努め、ユニット会議でも最初に「笑顔してますね」と話している。利用者の思いを聞いて「夢プラン」として野球観戦に行き希望を叶えている。希望を伝えない人もいるので、1日1回は皆で歌を歌って楽しめ笑顔になれる様にしている。	
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人として日常的に交流している	近隣の方に積極的に声掛けを行い、花を観させていただいたり、敷地内に鳥居のある方に初詣の許可をいただくなどしている。施設の行事の際は町会の掲示板に参加を促すチラシを貼らせてもらい、参加もみられている。	近くの大きな庭のある家に季節の花を見に行き、鳥居もあり初詣にも行っている。また、地域のお祭りには神輿や動物病院に犬を見に行き、犬が好きな人と話をしホームの紹介もしている。ホームの芋煮会・クリスマス会等は町会の掲示板に案内をして近所の人が参加し、ボランティアによる紙芝居等が行われ地域の人と交流している。	地域包括からの依頼もあり、ホーム内の認知症カフェを開いて、家族同士での話し合いの場や相談を受け、もっとホームを地域に知ってもらい取り組みを考えているので期待したい。
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	近隣の住民にグループホームがここにあり、どういった人たちが暮らしているかを町会を通してコマーシャルしている。		
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	隔月の運営推進会議では2ヶ月間の利用者状況、行ったサービスについて等を報告している。また参加者である民生委員さんから地域の状況を教えていただきサービス向上に活かすことができている。	運営推進会議は市の担当者・地域包括・民生委員・家族が参加して年6回開催されている。ホームから利用者状況・行事・事故等が報告されている。災害時の井戸の活用・草刈の支援・事故の対応・ケアの大変さ等活発な意見交換が行われサービス向上に活かしている。	
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	日々の運営の中、疑問点が出た時点で介護保険課に電話にて相談するようにしている。	市の担当者が運営推進会議に参加して話し合い、サービス提供加算・食事の値上げ・介護記録の様式等困った事は相談し、介護ネットの情報を見て協力して取り組んでいる。市の相談員が月1回訪問をして利用者や面談をして情報がフィードバックされている。グループホーム協議会では医療連携や情報共有して連携している。	
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	身体拘束に関しては定期的に身体拘束廃止委員会を開催し全職員が拘束についての理解が十分できるよう努めている。外フェンスの施錠は防犯上行っているが玄関は施錠せずオープンにしている。	身体拘束を行っている利用者があり、身体拘束委員会やカンファレンスを行って状況確認と解除に向けて話し合い、家族に報告し同意を得ている。年2回虐待の目チェックリストによりチェックをして理解と振り返り、言葉の拘束には注意をし、スタッフ会議で話し合っている。	
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	虐待についてのアンケートを2回とり、具体的には何が虐待にあたるのかを再認識してもらっている。また解決策代替え策をスタッフ会議で話し合った。		

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、ケアマネが権利擁護について外部研修を修了しているため必要に応じて成年後見制度をご家族に説明するなどをしている。		
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	契約時には時間をかけて契約書内容や重要事項説明書内容を伝え、疑問点が残らないよう努めている。改定時には文書と更に不明点については口頭で説明し更に書類を利用し理解を得るよう努めている。		
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	介護計画書更新時を利用し、家族・利用者の要望を聞き取り介護面だけでなく運営面での要望についても確認する機会を設けている。またご家族が職員に要望を伝えやすい雰囲気であり、その情報は管理者に逐一報告がある。	家族の来訪時には利用者の今の状況の説明の中でケアプランに沿った話をし要望も確認している。また、介護記録は分かり易い様にして家族に見せている。また、来れない家族には電話をし要望も聞いている。利用者の意向は家族に言う事と聞き方によって違う事もあり、把握しきれない面もあるが、言葉では云えない事もあり表情や行動を見て把握に努めている。	
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	毎月の各ユニット会議では職員から運営に関する質問をする時間を必ず設けるようにし、上席者へ伝え明確な回答と運営に反映できるよう努めている。言いにくいことはまごころポストを活用している。	職員は毎月のユニット会議で昇給・給与等運営面やケアカンファで利用者毎の気になる点や提案をして話し合い、出れない職員は議事録を見て共有している。職員に対して「キャリア段位による自己評価・オンライン研修」や資格取得を支援し、管理者は面談をし育成の成果が出ている。	ヒヤリハットはノート形式に変更して記入し易くなり、朝礼時に読み上げている。事故防止のためにも事故に繋がると思われる事はユニット会議で話し合い、改善につなげていく事が望まれる。
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	介護キャリア段位制度での自己評価制度を導入しているため、自己評価後に施設評価を行い、面談にて改善点を伝えレベルアップできるように指導している。その評価により昇給するということを説明し、各自が向上心を持つことにつながっている。		
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	オンラインでの研修制度を取り入れ、時間や場所に制限されない形で各自が研修を受けている。介護キャリア段位制度を導入し評価を行っている。		
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	グループホーム協議会に出席し交流するようにしている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に生活している場へ赴き、ケアマネやご家族などの情報を参考にし、まずは安心していただくための面談を行っている。		
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	初期には入居後も些細なことでも報告し、信頼関係を築くための努力を惜しまないようにしている。		
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	計画作成者(ケアマネ)が常に研鑽に努め、支援の良しあしの見極めが確実にできるよう努めている。		
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	食事作りや掃除などを無理強いせずに来る人には手伝ってもらい生活の場とさせていただくよう努めている。		
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	出来る範囲での面会をお願いし、または電話での報告をし、意外な一面などについてお話することで家族間の絆が深まるよう努めている。		
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	施設でも訪問美容はあるが、家族が動ける場合は今まで通っていたサロンをすすめるなどしている。自由に外出ができることを伝えている。	利用者は馴染みの土地ではないので友人の訪問は少ないが、近所の友人が入所を知って訪問もある。家族には「いつでも来てください」と訪問しやすい環境を作りをし、門のロック解除を教え、気軽に声掛けをして多くの家族が来訪している。家族と一緒に馴染みの美容院に行き、本人から家族への電話の要望に応え関係継続を支援している。	
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	常に人間関係について観察しロビーの席を変更するなどの配慮をしている、		

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
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	殆どが終身での生活となるがそうでない時には新たなケアマネ、病院の相談員などと連絡をとり近況を伺うなどしている。		
<b>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</b>					
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	日々一人一人の思いを聞き取ることに努めている。	入所時に利用者の生活歴・家族歴を聞いてアセスメントに記録し、入所後は介護記録に利用者から聞いた事や発した言葉をそのまま記録し職員の対応と結果を記入している。職員は何かする時には声掛けをしてケアを行い、職員の都合ではなく今どうしたいのかを確認し思いを聞き取っている。	
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	介護をする上では何より生活歴、家族歴が重要と考えており、職員間での情報の共有をしている。		
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	介護記録、支援経過、申し送り情報で共有している。		
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	モニタリング時には計画作成者が職員に聞き取りを行いながら作成し、担当者会議で確認している。また担当者会議に出席できない家族、囑託医、訪問リハの担当などには聞き取りをして出席者に伝えるようにしている。	介護記録に利用者の言葉や職員の対応を記録してケアプランに反映し、少人数なので毎日の会話を大切にしている。毎月のモニタリング時には職員に聞きとり、カンファレンスではサービス内容の確認をしている。家族の要望・医師の意見・リハビリ担当から可動域制限や全介助等の情報を反映している。変化時には医師の意見を聞き見直しが行われている。	
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	介護記録では本人の言葉、職員の対応、その反応を中心に記録することで気づきが多く出ている。介護計画の見直しに活かすこともできている。		
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	家族の協力もあり、既存のサービスにとらわれない支援を行うことがある。		

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
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	運営推進委員会などの場で民生委員から地域資源を聞き取るようにしている。		
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	嘱託医とは日常的にこまめな連絡をとり指示を仰ぎながら適切な医療を受けることができている。	入所時に受診体制を説明し、訪問医への変更はかかりつけ医から「診療情報提供書」を提出してもらい、月2回の往診と毎週訪問看護師の健康管理が行われている。腹痛・風邪等体調変化時には医師の往診や指示により薬の処方が行われている。精神科の受診は管理者が対応しホームでの状況を説明している。家族には薬の変更時や診察結果をメールで知らせている。	
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	訪問嘱託医と同じクリニックから訪問看護がきているため連携をとることができる。		
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。	病院相談員とはこまめにやりとりをし情報に漏れないように注意している。		
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、事業所ですることが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	体調不良等になった早い段階から家族に十分な説明を行い、考える時間も含めて家族の希望する形で事業所としてできることを伝える、またそれに答えて頂くことができている。	契約時「重度化時の対応の指針・リビングウイール・看取り」の説明をし同意を得ている。状態を見て早い段階から家族に説明し、食事が摂れない・体重減少時には医師に話をし、終末期が近づくと医師より家族に話をし看取りか救急搬送するかの確認をしている。延命を望まない時は看取りの同意書もらい、利用者の状態を見て家族に電話して会ってもらい最期を迎え、最期に会えたことで家族は満足をしている。	
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	医療従事者が不在の施設ということで、嘱託医へすぐに連絡を取り指示を仰ぐという形で対応している。その際の応急処置についてはマニュアル化している。		
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	火災避難訓練を年2回行っている。水災害訓練も年1回行い、フローシートを作成し目につく箇所に掲示している。非常時に使用できる井戸も把握している。	火災訓練は年2回夜間・日中想定して「通報・避難誘導」はフローシートに沿って実施し、水消火器訓練も行っている。消防より車椅子の避難は大変なので訓練回数を増やす事の指示があった。水害訓練は市からの床下浸水の情報を想定し2階へ利用者や物品を移動している。ローテーションをして職員全員が訓練に参加出来る様にしている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	法人自体が接遇を一番大切と捉えていることもあり、介護の中での特に接遇面については職員同士で注意し合える関係を築くことを目指している。	ホームとして接遇に力を入れ、利用者との絆づくりをして「見つめる・話しかける・触る」ユマニチュードの実践に取り組んでいる。利用者1人ひとりのペースを大切に、職員の都合ではなく、希望を聞き出来る範囲で希望に沿えるようにしている。管理者は現場で実践をして言葉遣いの大切さを教え、良い取り組みの職員を見習う事も伝え、職員同士注意し合える関係作り心配りしている。	接遇に優れたホームを目指し、ユニット会議においてユマニチュードについて確認し合い、気づきを発表する取り組みを考えているので期待したい。
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	職員が決定権をもたず、利用者の希望を聞き、出来る範囲で希望に沿った対応を心掛けている		
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	1人1人のペースを大切にすることを意識し、施設の一日の流れを二の次にした介護を行っている。		
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	隔月で訪問美容を受けて頂いている。男性入居者には声掛けや介助で髭剃りを毎日していただき、女子入居者には手伝って髪型を整えるようにしている。服の選定も本人に必ず希望を聞いている。		
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	配膳、ふきんたたみ、お盆拭き等一人一人ができることを見極め、危険のない範囲で手伝いをお願いしている。	利用者は「野菜切り・布巾たたみ・お盆拭き等」出来る範囲で手伝いしている。刻み・とろみ等食形態の工夫や箸・スプーンはその人に合わせて変更している。月1回のカレーやマックの日、週1回の手作りの日は焼きそばやお好み焼きを作り、誕生会は2か月合同にして皆で歌を歌い立派なケーキを食べている。歯科医の助言で大きく口を10秒開け続ける運動をする事で「よだれ・嚥下」の改善が見られている。	
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	食形態を一人一人の状態に合わせて工夫している。箸やスプーンについてもその方の状態に合った形で摂取できるよう配慮し、必要に応じて変更している。		
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	訪問歯科医の指示の元、一人一人に合った口腔ケアを知り、声掛けや介助で口腔状態を清潔に保つことを意識して徹底している。義歯の方は夕食後お預かりしポリドントを使用している。		

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	排泄状況を日々の申し送りで情報共有し、できる限りトイレでの排泄、パンツ式オムツの使用に努めている。	排泄チェック表から時間や表情・動作を見て声かけをしてトイレでの自立排泄を支援している。夜間オムツでも日中はリハパンにしてトイレに誘導し、水分や食事を摂り環境を変えて改善を心がけている。水分や体を動かして自然排便が出来る様にし、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	水分を多めに取る、体を動かすなど自然排便に近づく工夫と、排便コントロールで嘱託医からマグネシウムなどの処方をお願いするなどに対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴前に本日が入浴日であることを伝え、了解をいただく。午前、午後の希望や、今日ではない日にちの希望を確認して合わせるようにしている。	本日が入浴予定日であることを伝えて了解を得、午前や夜間に入りたい人にも柔軟に対応している。介護度の高い人は職員に手助けをしてもらって安全にリフト浴を行い、同性介助や若い男性職員は力があるので入り易く喜ばれている。バイタルチェックをし、浴槽や脱衣場を温め、皮膚の点検をし褥瘡前の皮剥けは処置をし往診時に話をしている。1対1の時間は世間話や昔話で盛り上がっている。	
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	就寝介助の時間を利用者ごとに変えて対応している。不眠者はロビーで一緒にテレビを観て自然に眠くなるまで寄り添う。		
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	服薬管理指導を受け、職員間で情報を共有している。薬情報は職員、家族、利用者がすぐに見ることができるようになっている。服薬の変更は家族、利用者すぐに伝えるようにしている。		
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	ことわざが得意な人、縫い物が好きな人、塗り絵が好きな人等、利用者ごとの楽しみを知り、応援できる環境を整えている。		
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	車椅子という制約があるものの季節の花を見に行ったり、近隣への散歩などをレクで取り入れるようにしている。家族との外出は準備等を行い支援している。	介護度が高く車イスも多くなり外出を嫌がる人も出ているが、天気の良い日には散歩に出かけ、近くの動物病院に行くと触れ触れ合い、6月には近所の紫陽花を見に全員で出かけてる。車イスの人が多い中でも梅・桜・紅葉等季節の花を見に、車で何回も往復や日を変えて出かけている。家族との外泊は洋服選び・トイレ用品の準備・生活面の指示をメモにして渡して支援している。	



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	実際に現金を持っていただくことは難しい。また使う場所も提供できないのだが、一人でも所持できる人にまで制約せずご家族と連携をとり対応している。		
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	現在はその機会がないが、どちらも希望があればごく普通に対応できる体制となっている。		
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	そもそも陽光が降り注ぐ明るい施設であるため、常に快適さが保てている。壁面飾りには必ずその季節のものに貼り替え、季節を感じるができるようにしている。	リビングは大きな窓から陽光が差し込んで明るく快適な共有空間となっている。毎月折り紙の節分の鬼・飾り雛・桜等を作成して壁面に飾って季節を感じてもらっている。また、行事の写真を飾って家族や利用者が見て思い出している。午前は体操、午後は歌を皆で歌い、ことわざクイズ・漢字を合わせ・ジグソーパズル等楽しめる様々なアクティビティを行ってリビングで過ごす時間を多くして居室に閉じ籠らないようにしている。	
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	ロビーでは座る場所を時々変えたりソファに誘導するなどして好きなように過ごす時間を大切にしている。居室で一人で過ごす時間もとっていただいている。		
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	居室内はご家族に好きなように配置していただき、また写真等も自由にレイアウトしていただいている。	居室にはクローゼットが設えてあり、使いなれたタンス・ソファ・テレビを持ち込み、家族の写真・位牌・制作物等を飾って自分の居室作りとなっている。職員は温度や湿度管理・清掃・衣類の整理をし、導線が確保されている。夜間の巡回ではオムツ交換やセンサー対応し、安全の確認をしている。	
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	手摺り、コーナーの保護、ナースコールの設置などを充実させている。歩行する範囲内に障害物を置かないようにし安全な移動ができるよう工夫している。		

## 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	2	入居者の7割が車椅子であることと、施設が大型の社用車を保持していないこともあり、外出レクができていく環境となっている。また現在入居者に限っては、外出を望む方が少なく、このような状況の中、地域とのつながりや非日常を経験していただく機会が少ないことについての対策が課題となっている。	地域包括からも認知症カフェを行ったらどうかのアドバイスをもらっている。地域の方のほうから来ていただくことでつながりを持ち、この場所にこういう施設があり、こういう方たちが暮らしていることを伝えたい。	地域包括の協力を得て早い時期に開催する。	4ヶ月
2	36	ユマニチュードを取り入れているが、日常の介護の中でついつい入居者に対して敬語が使えない場面がみられている。組織の一員として企業全体で取り組んでいることをもう一度考え、何が大切かを皆で考え共有し接遇の優れた施設をめざしたい。	どのような関係であってもマイナスの点についてお互いに注意しあい、それを受け入れることができる人間関係を構築し、接遇には自信がある施設をめざしていく。	毎月のユニット会議でユマニチュードについて毎回確認しあう。各自に気づきを発表してもらう。	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。