

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	0872400262		
法人名	株式会社 ウェルビー		
事業所名	あっとホームきりん荘	ユニット名()	
所在地	〒302-0118 茨城県守谷市立沢950-1		
自己評価作成日	令和 1 年 12 月 24 日	評価結果市町村受理日	令和2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.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0872400262-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
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)】

私たちは入居者一人一人が”その人らしく暮らす”ための支援を考え、実践することに日々取り組んでいます。職員は入居者及び家族との関りの中で信頼関係を得られるように努めています。これまでの暮らし方を本人、家族から聴き取り”その人らしさ”を職員間で考え関わっています。生活の中で本人が力を発揮し、楽しみを継続していけるよう、入居者のできることに着目した支援を行っています。生活を共にする入居者同士の良好な関係を作るため、施設内の行事だけでなく、外出機会も活用しています。最期まで”その人らしさ”を考え、寄り添いながら、入居者が生活感を持って暮らせる環境づくりを心掛けています。

【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)】

事業所は閑静な住宅街にあり、協力医療機関をすぐ近くに臨むことができる。管理者と職員は「その人らしく暮らせる環境づくり」を基に利用者に沿った支援を工夫している。利用者一人ひとりの要望を聞くことで、外出支援への家族協力も得ることができている。法人主催の祭りには地域の方々を招待する等積極的に関わりを持つことで、事業所も地域の一人として交流を深めている。管理者は職員の働きやすい環境をとの想いでできる範囲で意見を取り入れ、利用者の笑顔に繋げている。

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、戸外の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せている (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、安心して暮らせている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価結果

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	理念を会議等で復唱し玄関に掲示することで共有できるよう意識づけしています。理念を基に入居者一人ひとりがその人らしく暮らせる環境づくりをしています。	朝礼や会議で唱和し、理念を確認している。理念を基に利用者一人ひとりがその人らしく暮らせる環境づくりを工夫し、利用者を笑顔にする支援に心がけて取り組んでいる。	
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	地域を散歩し挨拶を交わすうちに顔馴染みの方もでき、立ち止まって会話することが増えていきます。年1回地域の方を招いてまつりを開催しています。地域への呼びかけをして利用者、家族、地域の方との交流機会が増えていきます。毎年行われるマラソン大会では施設脇を走るランナーに声援を送り市の恒例行事に参加しています。	散歩時に地域の方と挨拶を交わしたり、野菜をいただいている。市主催のマラソン大会の見学等で地域との交流を図っている。また、法人主催の祭り(年1回)に地域の方を招待し、互いの理解と交流を深めている。事業所には車椅子を直してくれるボランティアが来訪している。事業所は認知症カフェ「ほっとカフェ」を年4回開催し、外部講師を呼ぶなど地域の認知症の方やその家族に寄り添っている。	
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	認知症カフェ(定例:四半期に1回)に参加し認知症の人の理解や支援方法に関する相談を受け、経験談など紹介しています。		
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	運営推進会議を2カ月に1回開催しています。市職員、民生委員、地区の方とご家族に参加いただき活動報告に意見をもらいサービス向上に役立てることができています。地域のイベントへの参加や今後の活動について提案をいただくことがあります。	家族等の代表や地域包括支援センター職員、民生委員等が参加して定期的に開催している。商工祭りへの参加を勧めてもらったので、アセスメントを行い、本人の希望を聞きながら参加の検討をしている。	
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	運営推進会議では、担当者の方に事業所の取り組みや実情を定期的に伝えていきます。事故の対応については電話や窓口にて直接相談できる連携・協力関係を築いています。	介護認定更新時に窓口に訪問し、相談する他、運営推進会議へ参加依頼し、信頼関係が構築されている。災害対応についても相談できる良好な関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	内部研修の受講や資料を用いて部署への伝達研修を行っています。定例会議での振り返りを重ね身体拘束による弊害について職員が理解し身体拘束ゼロのケアを実践をしています。やむをえない場合に備え家族の承諾書類の整備や身体拘束廃止委員会を設置し定例会意義を開催しています。	法人として身体拘束廃止委員会を設置し毎月会議を実施し、その資料を基に年2回内部研修を行っている。参加できない職員は職員会議にて確認し、身体拘束ゼロに向けた取り組みを行っている。	
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	入居者の行動や発言に対してどのように対応すべきか対策に悩む事例は、定例会議や申し送りの場などで報告、相談するようにしています。日常のケアを都度振り返り、職員が互いに意識して虐待防止に努めています。		

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
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	市主催の権利擁護研修会に参加した職員が施設内で伝達研修を行っています。認知症高齢者の権利擁護について理解できるよう定例会議で振り返りを行っています。		
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	入所時の契約は文章と口頭で説明し不安や疑問な点を確認しながら行っています。入居後も随時不明な点がないか確認しながら説明を行っています。契約書類の改定にあたっても当該箇所を明示し理解が得やすいように説明を行っています。		
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	体調変化やケアプランの更新時にはご家族の意見や要望を確認し反映するようにしています。運営推進会議ではご家族から意見をいただくことがあり、利用者本人だけでなく事業所全体の活動にも生かすようにしています。	家族と定期的に面談や懇親会(年1回開催、意見を聴いたり、活動報告をしている)の際、話を聴くようにしているほか、面会時や運営推進会議参加時にも意見を聴くようにしている。	
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	職員から意見を求め年間の活動計画を立てています。定例会議で職員の意見や提案を取り入れ議題として挙げています。提案により企画を決め実施することで、振り返りや今後に生かす課題も見つかり意欲向上に繋がっています。	年間活動計画を立てる時や会議時に意見や提案を聴き、次回の議題にして、働きやすい環境作りに取り組んでいる。企画だけでなく、きちんと準備出来ていて安全確保できれば、突発的でも外出できるようにして報告もきちんとあげてもらっているようにしている。	
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	職員と定期面接を行って相談を受け目標を持ち取り組めるよう指導しています。職員からの意見や要望、部署内の問題も運営会議を活用し部署間で共有、協力できる体制を整えています。		
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	OJTの実践やプリセプターシップにより職員教育、指導を行っています。年間計画に沿って委員会による勉強会開催、外部講師を招いた講演会を開催しスキルアップにつなげる機会に繋がっています。外部研修に参加した職員が資料を活用し会議で内容を伝えています。		
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	市内のGHとの連絡会議に参加し情報交換を行っています。系列のGHとも交流機会があり見学や活動内容を参考としています。		

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	本人の要望や思いを知るために担当者を決めています。担当者が中心となり各職員からの情報をもとに困りごとや入所後の意向や不安の把握に努めています。職員の名前や写真を掲示して分かるようにしたり、こまめに声を掛けて顔なじみとなるように関係づくりをしています。不安が強い時はセンター方式を活用してアセスメントを実施、行動や言動を観察し本人の理解を深めるための支援をしています。		
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	入所前よりご家族との面談を持ち、サービス導入までの生活状況、家族の思い、困りごとの把握並びに入居後の不安や希望など要望を聞く機会をもち関係づくりに努めています。家族関係や生活歴、背景を踏まえ、暮らしの様子を家族に伝え、本人だけでなく家族の不安解消に努めています。		
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	初期対応では入居前のサービス利用状況や担当の介護支援専門員、関係機関からの情報なども参考にし、必要な支援を見極めています。関係継続が必要なサービスや関わりを断ち切ることなく入居生活を始められるよう関係性の理解に努めています。		
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	入居者間や職員が協力し支え合える環境づくりに努めています。得意なことやできることを見極めて役割分担し、入居者が体験を通じて意欲が向上するような声かけを行い次に繋げています。利用者がお茶を入れて職員に出したり一緒にお茶を飲んで休憩したり談笑する機会も楽しんでいきます。		
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	各家族のおかれた環境を理解し、どのような関わりを継続できるか確認しています。認知症の進行により関わりが難しく感じるケースや看取り対応に迷う方など、ケースに合わせた助言や関わり方を提案しています。家族の関わりが継続できるよう働きかけをしています。		
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	親戚や知り合いの方との面会や外食、家族との墓参りなど馴染みの場所や人との関係が途切れない支援に努めています。近隣を散歩中、知り合いに声を掛けられたり、地域のイベントで偶然会うこともあり馴染みの関係が継続しています。	入所時の生活歴や家族の話から把握しており、フェイスシートや日々の関わりの中から把握している。職員は生活記録にて共有している。年賀状を出したり電話をかける支援を行い、返事を待つ利用者の楽しみとなっている。	
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	入居者の社交性や性格、認知症によるBPSDも踏まえながら相性をみて昼食の席や外出の組み合わせを決めています。また固定せず誰でも関わるができるよう言葉の理解度、聴力の状態等コミュニケーション能力に合わせた支援をしています。		

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	退所手続きの際には、必要な相談や支援を説明をしています。退所後家族に季節の挨拶出して関係継続に努めています。看取り退所の際にはグリーフケアとして相談や支援要請を受けています。		
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	本人の言葉や行動を記録に残し、会議や申し送りなど職員間で話し合う機会を持ちアセスメントをしています。	センター方式を導入し、入所時の聞き取りや生活歴から把握しており、フェイスシートや業務日誌や生活記録にて共有しているほか、回覧板にて共有している。できることが続けられるようにアセスメントやモニタリングをしている。	
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	センター方式やカンファレンス、面会等を活用してご家族から生活歴や馴染みの暮らし方を聞いて情報を得ています。サービス利用の経過は関係機関から情報確認をしています。		
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	個人のADLに合わせて何が出来るのかをアセスメントしています。残存機能を把握した関わりの中から生活歴を踏まえ好むことを見つけプランに反映するようにしています。		
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	プラン内容は定例会議の議題として取り上げモニタリングしています。ADLの変化や生活の様子で新たな課題が生まれていないか職員からの意見をまとめケアプランに反映しています。医師や訪問看護師、家族からの意見は支援経過表にまとめチームで情報共有しています。	家族等や本人の意向や医療関係者の意見を取り入れて、介護計画を作成している。支援計画表や生活記録を基に毎月モニタリングを行い、利用者の状況や更新時等必要に応じて見直している。	
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	計画書は生活記録と共に、職員が共有できるように工夫しています。計画書をもとに行動や言動を観察し行ったケアを記入しています。定例会議では関わり方の工夫や気づきなど職員間の意見交換をして必要な見直しを行っています。		
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	入居者の重度化に伴い家族の付き添いによる受診や外出が困難なケースが増える傾向にあり、付き添い支援サービスを開始し個別のニーズに対応しています。		

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	
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	職員と共に地域のショッピングセンターへ食材や日用品の買い出しに出かけ、日常生活を実感できる関わりを持っています。近隣を散歩中に枯葉やゴミ拾いなどをして役割機能や力の発揮、本人のやる気や満足感に繋がっています。			
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	契約時に家族と事業所協力医療機関をかかりつけ医にするかどうかの確認をしています。協力医療機関では毎週往診医が訪問し、月1回の診察を行っています。体調不良時の臨時診察や受診など医療との適切な連携を図ることができています。	かかりつけ医を協力医療機関に変更するか確認をしている。法人にアテンドサービスというものを独自に作り、家族等に説明をして契約を結び、急な受診など希望に応じて病院までの付き添いを有料で行っている。		
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	定期的に訪問看護師が来所し入居者の健康管理をしています。訪問看護師に介護職員より報告や相談を行って往診や受診に繋がっています。訪問日以外でも施設内看護職員が巡回し入居者の相談や指示を受けています。施設内看護師と訪問看護師が情報を共有し協力体制をとっています。			
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。	利用者が入院する際はADLや環境変化によるBPSDや施設での対応など情報提供しています。入院中は医療連携室から情報を入手して、治療経過や回復と退院の見込み、ADLなどの基本情報を確認し退院時期を相談しています。施設では医療機関からの情報に基づく生活リハビリに取り組み早期退院をサポートしています。			
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	入居時に重度化や終末期、看取りについての説明を行っています。本人の状態変化がある時にも意向や要望を再度確認して、事業所でできることの理解を得るようにしています。情報はチームで共有できるよう記録をまとめ経過が分かるように工夫しています。	看取りを行うことを重要事項説明書に明記し、重度化や看取りに関する同意書を得ている。法人内の看護職員と訪問看護の連携による24時間体制が確保されている。現在は指針をマニュアルとして使用している。	家族への説明として指針を作成しているが、職員と共にマニュアルの整備を行うことで安心してより良いサービスに繋がることを期待する。	
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	急変や事故発生時の対応が学べるように定期的に施設内研修を行っています。			
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	事業所内の防災委員が中心となり消防署の指導のもと年2回の避難訓練を実施しています。避難方法や誘導時間など内容を記録し評価をしています。災害に備えた備蓄品は定期的に入居者が消費してローリングストックする予定しています。	法人内の防災委員が中心になり、夜間想定を含む避難訓練を実施している。災害に備えた備蓄品を一覧表を作成して管理している。毎年3月に近隣住民も参加して炊き出し訓練を行っている。		

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
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	事業所の年間計画に組み入れて継続的に権利擁護の研修をしています。入居者への対応は定例会議で振り返り、自尊心に配慮した声掛けや環境の見直しをしています。	管理者や職員は利用者に対する言葉遣いに配慮して、衣類やおやつを選択できるようにし、利用者の自己決定の機会を大切にしている。書類は事務所の鍵のかかる棚に保管されており、契約書に守秘義務についての記載がある。	
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	衣類の選択やセレクトおやつなど、日常生活で自己決定の機会がもてるように働きかけています。言動や行動だけでなく表情の変化を読み取り、したいことや思いをくみ取って理解するように努めています。選択肢を用意して選びやすくする工夫をしています。		
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	起床や就寝は個人の生活習慣をもとに支援しています。朝はゆっくり起床し居室で食事をしたい、夜はゆっくりテレビを観て過ごしたい、疲れてしまうので日中も休みたい、好きな時に散歩して歩きたい、天気がいいからどこか行きたい、など希望に沿った活動や支援をするため、職員の動きや予定を調整したり工夫をしています。		
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	昔の写真や雑誌、買い物に行く機会を活用して好きな服やおしゃれについて聞いたり、家族からの情報をもとに日常の服選びや美容室でのカットなどその人らしさが出るように支援しています。化粧や顔の手入れ髪の色など、好みや習慣を継続できるよう家族と相談して日用品を揃えています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	献立を決めて食材を買い出し、下ごしらえから調理、味見、盛り付けや配膳、片付けまでの過程で少しずつでも関わられる機会や役割が持てるようにアプローチしています。職員も食卓を囲み一緒に食事をするこで、楽しい雰囲気づくりを心掛けています。	職員は献立を立て利用者と共に食材を買い出しに行っている。献立は看護師に相談して栄養に偏りがないよう工夫されている。食事や水分量を生活記録に残し嗜好品や形態を検討する際の参考にしている。	
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	食事・水分量は生活記録に記載し量の把握が出来るようにしています。足りない場合は嗜好品や形態を変えて工夫しています。家族へ相談し差し入れなども協力してもらい、必要量の摂取を促しています。自立を促すとともにその日の状態を判断し必要な介助をしています。		
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	口腔内の状態を把握して一人ひとりに合わせた支援をしています。うがいやブラッシングなど出来ることはしてもらい、状態を観察し変化は家族に伝えていきます。希望により歯科医師とも連携し治療やケアを受けることもできます。入歯は定期的に洗浄剤を使用し清潔に使用できるようにしています。		

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	排泄の失敗が続いてもすぐにオムツを使用することせず、会議で排泄パターンの評価をして、失禁前の誘導に繋がるよう支援をしています。オムツの方も排便リズムを考え定期的にトイレに誘導し、排便を促しています。	生活記録から評価してさりげない声掛けをし、できるだけトイレでの排泄を支援することで失禁を減らすことができています。排便コントロールなどは看護師と相談しながらおこなっている。	
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	生活リズムを整え、根菜類や乳製品など食材にも配慮した献立を考え便秘予防をしています。便通改善を家族と相談し嗜好品の一部として差し入れてもらったり、定期的な誘導で排便リズムがつくような工夫をしています。離床時間を増やし適度な運動、腹部のマッサージなどを行って自然排便を促しています。		
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	体調変化や時間帯など個人に合わせて入浴に誘っています。気分に合わせて時間を換えたり翌日にするなど意向に沿うようにして週2~3回入浴しています。入浴剤やゆず湯、菖蒲湯など季節によって楽しめる環境づくりをしています。	季節感を感じられるような入浴剤、ゆず湯、菖蒲湯等を取り入れている。グループホームの風呂に入れられない利用者はデイサービスの機械浴を借りて入浴している。入浴時間は決めず、いつでも毎日でも入浴することができる。	
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	起床や就寝は個人の生活習慣や状態の変化に合わせて変えています。食後の休息は自室だけでなく居間の畳やソファなどくつろげる居場所が選べるようにしています。夜間寝付けない方には眠くなるまでリビングで一緒に過ごし、お茶を飲んだりテレビ鑑賞などをして寄り添い、安心できる環境づくりに努めています。		
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	処方内容が分かるようにケアプランとともにファイルに綴じ内容を確認できるようにしています。作用・副作用を理解し服薬介助を行って、体調変化を観察しています。医師、訪問看護師への報告により処方薬の継続や変更の相談、減薬などの評価に繋がっています。		
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	家族からの情報を基に生活歴や嗜好を把握して、役割や楽しみにつながる支援を考えケアプランに反映しています。食器洗いや簡単な調理など得意なことを生かし役割が持てるように支援しています。花を育てること、音楽鑑賞、本を読むことなど個別の関わりから交流する楽しみや気分転換にもつながっています。		
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	日々の生活では天候や希望に合わせて施設の周辺を散歩したり、中庭で外気浴をしています。公用車を利用して花見や公園などに出かけたり商業施設内を散歩したり地域交流しています。入居者の希望を聞きながら企画を立て、家族との外出も行っています。	施設周辺の散歩や中庭でお茶を飲みながら外気浴を行っている。市役所や公園の花見に出かけている。商業施設内へ散歩がてら小学児童の作品を見学にてかけることもある。外出先にて待ち合わせて家族の協力を得ている。	

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	入居者と買い物に定期的に出かけています。食材や値段について相談しながら選んでかごに入れ、財布から出して支払が出来るよう支援しています。また個人の買い物や外出企画でも個別に小遣いを準備し、好きなものを購入する機会を持っています。		
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	入居者家族に年賀状を送っています。入居者と相談し文章と一緒に考え、氏名を書いてもらいなど自立支援を促しながら準備しています。本人宛に届いたものは内容を伝え、お礼の電話をすすめ取り次いでいます。		
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	トイレ(2か所)は廊下に配置され、食事スペースから離れた配置になっており、臭気や音など気兼ねなく入る事ができます。廊下の天窓は採光や換気だけでなく季節を感じることもできます。リビングからウッドデッキや畑に出ることができ、季節の花や近隣の景色を眺め楽しんでます。また季節行事の飾り付けや写真を掲示して、季節や生活感を感じる工夫をしています。	居間兼食堂には天窓があり明るく、掃き出し窓からウッドデッキが続いておりそこから畑に行くこともでき外気浴もできる。食堂兼居間の一角に畳のスペースがあり、寛ぐことができるようになっている。廊下やトイレには手摺があり安心して生活ができるようになっており、手すりを利用して立位訓練なども行っている。	
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	リビングや居間の共有空間を利用者が思い思いに過ごせるように工夫をしています。テーブル席は馴染みの方同士で食事でもでき、配置を換え全員で鍋を囲んだり誕生会などもしています。居間に布団を並べ体を休めたり、縁に腰かけお茶菓子を食べながら談笑したりと自由に過ごしています。		
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	家族から入居前の暮らしをお聞きして、馴染みの環境について相談し協力を頂きながら環境づくりをしています。使い慣れたベッドやタンス、仏壇などが置かれ、家族や思い出の写真、好きな人形などに囲まれ居心地の良い場所になっています。	居室にはエアコンやクローゼットが備え付けられている。自宅の馴染みの物を持ち込んでもらえるように職員から家族等に依頼している。各居室には湿温計があり、居室入口には家族の手作りのネームプレートが掲示されている。	
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	アセスメントから個人の理解力やADLに合わせたケアプランを作成しています。トイレや浴室の場所、自分の部屋が分かるように貼り紙や表札をつけて迷わずに行けるようにしています。手すりが各所にあり廊下の歩行やトイレでの立位ができます。トイレまでの動線を見守りできるように和室の障子を外し、自立支援と安全の確認が出来るようにしています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 あっとホーム きりん荘
作成日 令和2年 4月 1日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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組み内容	目標達成に要する期間
1	33	個別のマニュアルではない為、疾患による症状などは反映していない。経験の浅い職員にとっては、不安を抱えながらの業務となっている。	職員の不安軽減につながる個別の看取りマニュアルを作成する。	書式の変更 主治医への相談と終末期の経過を反映した個別マニュアルの作成と活用 マニュアルの評価	12.ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。