

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	1271600502		
法人名	株式会社 レオパレス21		
事業所名	あずみ苑 並木町		
所在地	千葉県成田市並木町25-108		
自己評価作成日	令和 5 年 2 月 15 日	評価結果市町村受理日	令和 5 年 3 月 13 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.kaijokensaku.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 5 年 2 月 28 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)】

・認知症介護という御自身の要望を表に出せない方々を相手に支援をしていく必要がある為、スタッフは当然高い能力や専門知識を求められると考えます。専門性の高い介護を実現する為に、スタッフに資格取得を促している。・入居者様のADLや認知機能を正しく把握し、洗濯物たたみやゴミ捨てなど、残存機能を活かし生活の中に役割を担っていただく事で御本人の生活にメリハリがつけられるよう、入居者様個別にお願いをしている。・入居者様が1日1回は笑っていただけるよう、スタッフそれぞれが入居者様お1人お1人と関係性を構築し、入居者様が御自身のペースで安心して生活できる環境づくりに取り組んでいる。

【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)】

事業所の良い点①理念の一つ「利用者の自立支援」の実現にはどうしたら良いかと相談の上1F・2F職員を固定した。毎日の支援も中で状態の変化には個人ファイル、気付きや支援の変更は申し送りに記載する事で職員同士情報が共有されそれぞれの意見の持ち寄り出来る事を模索し、やりたいことを探し出来る洗濯物を畳む、配膳の手伝いなどを見つけ役割とする事でやる気と楽しさに繋げる等、支援が向上し、結果として理念の実践に繋がっている②職員は専門知識が必要な業務との認識が高く積極的に受験して、介護技術の向上で仕事への自信とモチベーションに繋がっている。③散歩時の挨拶や施設見学の受け入れなど地域との関係が施設設立16年を迎え益々濃くなって認知度も高まり、地域社会資本としての地位も確立している。④今年1月結果として看取りとなった事例を踏まえ「看取りの実施」に向けマニュアルの作成・医療連携の構築、職員負担軽減のやめの事例検討会・行政との連携などこれからのニーズに向けた取り組みを前向きに取り組んで居る事を評価したい。

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)	○	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	運営理念は施設玄関に掲示している。コロナ禍など様々な状況の変化はあるが、運営理念に基づき、入居者が御自身中心の生活を安心して送れるよう支援している。	理念実践の為の仕組みとして1F・2Fの職員を固定し毎日の状態の変化は個人ファイル、気付き等は申し送り又対応なども記載され職員間で共有されているため細やかに個人に寄り添った支援の実行で理念の「自立支援」の実践に繋げている。	あずみ苑(安住)の名前に込めた想いを職員が共有出来るような「標語」として決め、具体的な支援に活かす事で「自立支援」の実践に繋がる仕組みの構築を期待したい。
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	コロナ禍の現状では、コロナ前と比べて町内会や地域ボランティアとのつながりは減少しており、日常的な交流は行えていない。	コロナ禍とは言え、アンケートからも施設見学から入所に繋がった事例がある。地域との繋がりは深いと考えられる。日々の散歩などの挨拶から地域密着、評価は高いと評価したい。	コロナ禍が解消した後、定期的な施設見学会(日曜・休日開催など参加し易い仕組み作り)を開催する事で地域資産としての役割が向上する事を期待する。
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	コロナ禍である為、地域との関わりは殆ど行えていない。		
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	コロナ禍の現状、多人数が1ヶ所に集まる運営推進会議は行っておらず、書面開催での御報告を行っている。	コロナ禍での対応として書面にて提案やアドバイスを集計し運営に活かす努力をしている。残念乍らまだまだ機能している迄にはなっていない。解消後の対応を準備する事で運営推進会議を活かす工夫が待たれる。	
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	必要な報告・連絡・相談等、高齢者福祉課への連絡を行い、都度指示を仰いでいる。	災害発生時や感染症の時期にはメールや電話があり協力して取り組んでいる。自己報告などは先ず電話で連絡した後書類にて報告する等行政との関係は良好である。市主催の展示ブースにグループホームの利用者が作成した創作物を展示して理解を深める活動が行われている。グループホーム連絡会では市より気をつける事や課題・勉強会・空き室情報等活かして連携している。	
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	身体拘束廃止の研修については、年2回実施している他、施設独自に身体拘束廃止の為にガイドラインを作成し会議の際に項目ごとに読み合わせを行っている。	毎月身体拘束委員会を開催し全体会議やフロア会議時に報告をしている。また、独自の「身体拘束廃止のガイドライン」を読み合わせをして再確認をしている。気づかない事もある「ちょっと待つて等」言葉の抑制には気をつけ、具体的に理由を云って心配りをしたケアに取り組んでいる。	

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
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	高齢者虐待防止の研修を年1回実施している。公益通報者についても、同研修で説明を行っている。 管理者は、1日数回フロアをラウンドし、適切な接遇が行われているかどうか、確認を行っている。		
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	現在の入居者様は、皆様キーパーソンがおり、成年後見制度を使用する事が無い。また、スタッフも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は持っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、契約終了の手続きの際には、契約書や重要事項説明書の読み合わせを行い、不明点はその都度御説明している。 改定の際には、変更の御連絡差し上げた後に、変更合意書を送付。御同意を頂いている。		
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	入居者様、御家族からの御意見については、都度お聞きしているものの、コロナ後、運営推進会議が書面開催になってしまっている為、要望についてはお聞きしきれず、外部者へ表せる機会も設けられていない。	面会時に利用者の状況を話し合い要望・希望の中で出来る事は取り上げている。来れない家族にも電話をして報告し、要望もしっかり聞いている。毎月「ぼっかぼっか」新聞や介護サービス実施状況報告書を送付して行事の様子や一人ひとりの状態を分かり易く文章で伝えている。利用者とは日々の様子や要望を日誌等に記録し、特記事項は申し送りノートで共有しケアプランに反映している。	
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	運営に関する変更を行う際に、スタッフの意見や提案を聞き反映させるかどうか、その実現の為にプロセスを見出しスタッフ個人まで落とし込めるかどうかは、管理者によって差が大きい。今年度下半期については現場スタッフの意見反映は行えていないと思われる。	支援内容の変更の時の対応(例えば 看取りの実施)マニュアルの整備と使い方、又事例検討会の実施など職員の負担軽減の準備が足りなかった点が反省点と課題として残った。今後益々職員との会話をして納得した後実施する事に期待したい。	
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	慢性的な人員不足が長く続き、時間外労働や休日出勤も増えている為、多くのスタッフに疲労がみられており体調を崩すスタッフも見られている。その他、1月にコロナクラスターが発生した事により、慢性的な疲労感とモチベーションの低下が見られてしまっている。		

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
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	施設内では感染症対策や身体拘束禁止、高齢者虐待防止などの研修を毎年行っている他、施設個別の研修も実施している。 その他、介護スタッフの資格取得については力を入れており、介護福祉士や実務者研修の取得率向上に力を入れている。		
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	コロナ禍の為、同業者との交流は限られており、成田市内のグループホーム連絡会を月1回リモートで参加しているのみである。		
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	入居後に御本人が不安や混乱を覚えた際には都度声掛け、傾聴し解消に努めている。 入居直後のケアプランについては、御本人が施設での生活に慣れ、毎日安心して生活できる事に重きを置き作成している。		
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	初回ケアプラン作成前に、御家族には必ず「施設での生活に何を望むか」をお聞きし、可能な限りプランに反映出来るよう心掛けている。 御本人について不安な事や困った事がある場合には、相談員の会社携帯番号をお伝えし個別にお話しをお聞きしている。		
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	入居時に「認知症の症状があるかどうか」を確認は行っているが、入居施設である為、他のサービス利用については積極的にはお勧め出来ない状況である。		
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	スタッフそれぞれが、入居者様お1人お1人と関係性を築くべく日々関わりを持っている。 共同生活の中で入居者様にそれぞれ役割(仕事)を担って頂いており、スタッフは必ず感謝の言葉をお伝えする様にしている。		
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	コロナ禍においても御本人と御家族の関係性保持を重要視し、面会に来ていただいている。 遠方等で面会の頻度が少ない方に対しても、1月に1度書面での御報告と写真の送付を行い、入居者様の状態について御報告している。		

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
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	馴染みの場所への外出については個別対応は行っていないが、御本人が連絡を取りたいと仰った場合は御家族にお伝えし連絡を取っていただいている。 また、知人の方から面会希望があった際には、御本人或いは御家族に確認をとった上でお受けしている。	コロナ禍での対応として、ズームやリモートでの面会の機会を提供していたが、やはり直接顔を見乍らの面会希望家族があり、窓越しで短時間を予定を聞き取り乍ら行なわれ、馴染みの関係が継続するよう努力が傾注されていた。	
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	他者との関わりを楽しめる方、楽しめない方など、御本人の性格や入居者様同士の相性などを考慮し、適度な関りが保てるように席順やスタッフからの声掛けの仕方など配慮している。		
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	御本人が退去された後、御家族から質問や相談、介護サービスの記録閲覧について求められた場合には、都度対応を行っている。		
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	入居者様が何を望んでいるのか、何を嫌がるのか、スタッフそれぞれが日々得ている情報を都度共有している。入居者様が意思をハッキリ提示できない場合には、何が御本人にとって最善なのか検討を行っている。	入所前に生活歴等をアセスメントシートに記録し、入所後にケアプランを作成し、様子を観察して出てくる本音を大事にして1か月後に見直しを行っている。利用者が話しやすい状況を作って思いを把握し、ADLが低下し時には何を望んでいるか考え、利用者の笑顔や喜んでいる状況を見て模索し「こうしよう」と取り組んでいる。	
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	入居前のアセスメント時には、御本人や御家族からお話を聞き、スタッフ間で情報共有を行っている。 また、入居後も会話の中から御本人の生活歴について都度情報収集を行っている。		
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	入居者様お1人お1人の生活のリズムや体調の変化については、口頭、日誌、連絡ノート等を使用し、スタッフ間で情報共有を行っている。		
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	毎月のフロア会議でケアカンファレンスは行っているものの、帳票作成が追いついておらず、プランやモニタリングを作成できていない。	毎月全職員でカンファレンスを開催して変化の人について話し合い、参加できない人は事前に意見を提出している。計画作成担当者は職員から利用者の状況や体調を確認し、日誌・個人記録から話し合っ毎月モニタリング行って評価を行ない、ケアプランの見直しが行われている。家族の面会時にケアプランの見直しについて説明し、来れない家族にはコメントを入れて郵送している。	

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
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	入居者様に対しての情報共有については、その都度スタッフ間で行っており、月1回のフロア会議時にカンファレンスを行い、御本人の現状がサービス内容と乖離していないかどうか、見直しを行っている。		
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	入居者様や御家族からの要望については、柔軟に対応しているが、施設内で出来る事に限られてしまっている。		
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	訪問看護や訪問歯科、訪問マッサージなど、外部の事業所と連携し、御本人が安心して日々を過ごす事が出来るよう支援している。		
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	入居後の受診については、訪問診療への切り替えが基本となるが、皮膚科や泌尿器科、心療内科などの外部の専門医や、今までの医師に引き続き診てもらいたいという希望があれば、希望に合わせた対応を行っている。ただし、外部への医療機関への受診は基本御家族対応でお願いしており、施設としては受診時に現在の状態説明を御家族に行う事が主である。	入所時医療受診支援体制の説明と家族の希望を話合っかかりつけ医の継続受診を支援している。2か所からの往診医を月2回利用する人が殆どで、週1回の訪問看護師による身体観察と訪問歯科が希望者に行われている。体調変化時にはそれぞれの窓口で相談し適切な指示のもと受診や往診が行われている。受診後の状態や薬の変更等は個人支援記録・薬管理表で管理され家族には電話連絡されている。	
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	毎週水曜日に訪問看護来苑しており、入居者様の体調の変化やスタッフの気づきについて都度ご相談し、受診の必要性についてアドバイスいただけている。		
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。	訪問診療で御協力頂いている医療機関とは、入院に関わらず必要な情報について都度共有や相談を行っており良好な関係が構築出来ていると考えている。 普段関りの薄い医療機関とも、入院の際や退院時に情報共有を行い、退院許可が降りた場合には速やかに退院受け入れが行えるように日程調整を行っている。		

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
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、事業所の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	入居者様の御様子については、面会時に直近の御様子をお伝えしている他、月1回の書面での御報告を行っている。 また、食事量の低下など入居者様の体調に変化が見られた場合には、訪問診療時に医師に相談。御家族にも可能性の段階で面会時に話し合いの場を設けて頂いている。	入所時に「重要事項説明書」により「看取りはやっていない・医療行為は出来ない事等」を説明し、終末期について利用者・家族の希望等を話し合っている。終末が近づくと医師のアドバイスを参考に終末期をどう迎えるか家族と3者で何度も話し合っており、ホームでぎりぎりまで生活出来る支援が行われている。また、家族の希望により入院となった事例もある。	今年1月看取りになった事例を踏まえ、早急な態勢作りとして、マニュアルの作成・事例研修会・医療連携の構築・行政との連絡など対応すべき事柄を整理している。先ず職員の負担軽減の為、看取りについての理解が不可欠との想いがあり定期的な研修などを実施しニーズに答えられる事を期待したい。
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	定期的な研修等は行っておらず、入社直後や夜勤の指導時など、緊急時の対応については指導する側のスタッフから新人スタッフに説明を行っているのみである。		
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	年2回の消防訓練を実施している他、不定期ではある物の施設内会議にて火災通報装置や報知器等の使用方法について説明を実施している。	避難訓練は消防署員参加の下、夜間想定「通報・避難誘導・消火器訓練」と火災発生場所を変えて年2回実施されている。消防署員から消火器の使い方の訓練と場所の固定の指導があった。課題等は会議で取り上げて職員へ周知している。また、新人職員のシフトを訓練日に合わせるなど全員が訓練に参加出来るよう配慮している。コンセントの掃除や備蓄品の点検等火災・災害への意識は高い。	
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	入居者様への声掛けは、御本人が理解しやすい様に、また、入居者様との関係が構築できる様に心掛けている。	職員担当を1F・2Fと固定する事で、利用者の状態の変化は個人ファイルに、気付きや対応は連絡ノートで情報は共有され支援が継続されている事が尊厳尊重に繋げた支援となっている。職員都合では無い対応を心掛け「さん」付けで尊敬の念を表し「か？」付き会話で本人の意思を尊重している。入室時にはノックをし、トイレ・風呂の扉は閉めて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	(入浴する、しない、就寝のタイミングなど)日々の過ごし方において、スタッフからの声掛けは出来るだけ御本人に選択していただけるような声掛けを行っている。		
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	食事や入浴等の時間は決まっているものの、御本人の1日の生活リズムについては、基本御本人の希望を優先しており、体操やレクリエーション活動への参加についても、促す事はするが参加するかどうかは入居者様に決めて頂いている。		

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
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	御本人や御家族から化粧水や乳液など使用したい旨の希望があった場合には個別に対応している。 2カ月に1度の訪問理容の際には、御本人や御家族の御意向をお聞きし、理容師にお伝えしている。		
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	日々の食事に関してはワンクックを利用しており、入居者様と一緒に作ってはいない。 毎月のレクリエーションでおやつや食事を作る際には、混ぜたり焼いたり盛り付けたりと、入居者様のADLに合わせて調理している。	職員は利用者の「テーブル拭き・配膳等」出来る事を見つけ考えて支援している。メニューと食材は決まっているが「マイタケを天ぷらに・ワカメのおししの1品を加える等」工夫があり美味しいとの声が出ている。夏祭りの焼きそば・焼き鳥、クリスマスのケーキ等行事食としてメニューも豪華にし、毎月の手作りおやつではロールケーキ・焼き芋等の楽しみがある。食後の歯磨きや訪問歯科のチェック等により何時までも口からの摂取が出来る様に支援している。	
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	食事量、水分量については日々観察と記録を行っており、御本人に合わせて量を調節している。食事形態や水分のトロミの必要性についても、都度検討を行い御本人の体調に合った食事内容を提供している。		
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	御自身で行える方については自力での口腔ケアを促している。その後、御本人に拒否見られなければ仕上げ磨きを行っている。 義歯の洗浄についても、拒否される方に対しても「30分だけ」と洗浄時間を限定してお伝えし行っている。		
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	御本人のADLや認知機能を考慮しつつ、出来るだけトイレで排泄できるように声掛け、誘導を行っている。	排泄チェック表により排泄パターンを把握して時間での声かけ、表情・仕草等を見逃さず誘導する支援が行なわれている。利用者に寄り添い小さな声や手引きをし、拒否の時は時間や人を変え声かけの工夫をしてトイレで排泄の自立支援が行なわれている。オムツやパット使用者も1日の1回はトイレに行くトイレ感覚を大事にしている。水分や運動、医師処方の下剤等便秘対策をしている。	
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	食事内容は皆様同じ内容なので個別の対応は行っていない。 運動については、日々のレクリエーションや体操の中で皆様一緒に行っている内容がメインとなる為、こちらも個別の対応は行っていない。		

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
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	入浴の時間帯については人員配置上の兼ね合いから同じ時間帯になってしまっているが、入浴の声掛け自体は御本人に選択していただける様な声掛けを心掛けており、入浴の順番や曜日、タイミングなども御本人から要望があれば順番や曜日の変更をその都度行っている。	バイタルチェックをし体調や気分に合わせて週2回を基本に入浴支援が行われている。利用者の長湯や一番風呂等の希望には時間調整をして叶え、拒否の人には時間・人を替えて心配りしている。ヒートショック対策の温管理、皮膚・痣の点検や軟膏・オイル塗布など安全と健康面に配慮している。季節には菖蒲湯・柚子湯に入り、1対1の入浴時間では昔話や歌を楽しんでいる。	
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	御本人の体調や状態に合わせて、午前、午後、或いは両方の時間帯に臥床時間を設けている。夜間不眠がちな方へは、お仕事をお願いしたり、レクリエーションへの参加を促したり、夜間安眠できるよう働きかけている。		
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	内服薬が処方される経緯については連絡ノート等使用し情報共有を行っているが、実際の用法容量については服薬支援ロボを使用した薬局の一元管理である為、「スタッフ1人1人が服薬内容を把握する必要はない」と言うのが会社の見解である。		
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	全ての入居者様を対象に行えてはいないが、入居者様のADLに応じて、生活の中での御本人の役割として、洗濯物たたみやゴミ捨てなどを受け持っていたりしている。 入居前に楽しんでいた物があれば、類似した物品を作り御本人が楽しめる様提供している。		
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	近隣公園への散歩や近隣施設へのドライブを行っているが、人員配置の関係上頻度としては少なく、春や秋など気候の良い時に限られており、御本人のその日の希望に合わせての外出支援は行えていない。	近隣公園への散歩、園庭ベンチでの日向ぼっこや会話、ドライブでの道の駅訪問など成るべく多くの機会を作り太陽・風を感じて季節感と気分転換図る外出支援は大切と考えている。正月に帰宅する人もいて、家族との絆の繋がりも外出で継続している。	
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	入居中の現金所持については、紛失の恐れもあるが基本的には御遠慮いただいております。御本人が現金を使用する場面も無い。ただし、御本人が強く希望し、紛失の可能性について御家族も納得された場合に限り、御本人の安心の為に所持していただく場合が例外としてある。		

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
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	御本人から要望があった場合には、施設の携帯電話を使用していただき電話をしていただいている。		
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	共用施設の室温や明るさについては、入居者様や来園者が不快にならない様な設定を心掛けている。 なおについても、室温に留意しながら換気を行い、出来るだけ不快に感じる事がない様に配慮している。	広くて陽の差し込みリビングは、朝には窓を開けて空気の入れ換えを行い、エアコンや加湿器を設置して温度・湿度が管理されている。利用者はそれぞれの席が決まっていて安心感があり、棒つり体操やゲーム・歌などで一日の大半をリビングで過ごしている。職員と一緒に作成した季節毎の貼り絵や行事の笑顔の写真を廊下に飾っている。	
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	入居者様の性格やお互いの相性、普段の関わり方を考慮した席順にしている他、ソファや居室で休んでいただく等、御本人が望む過ごし方をいただいている。		
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	入居時にお持ちいただく家具や収納、寝具類については、御本人の使い慣れた物や愛着のあるものをお持ちいただく様お声掛けしている。	入所時に家族と相談をし使い慣れたタンスやお気に入り縫いぐるみ等生活の延長になる設えとなっている。備え付けのクローゼットには衣類等が整頓され、床に物を置かないで導線が確保されている。居室は温度・湿度管理と毎日清掃し、衣替えは利用者と一緒に季節に合わせて整理されている。夜間の巡回で安全の確認が行なわれている。	
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	居室内の家具など、御本人のADLに合わせて、危険の無い様に配置している。 トイレについても、御本人が安全かつ自立して使用出来るトイレの使用を促している。 歩行練習を行う廊下には、極力物を置かず歩きやすい様に配慮している。		

目標達成計画

作成日： 令和 5年 3月 9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		終末期の看取りについて、ご家族様と医師と施設とで話し合いの場を設け、お看取りするケースが発生した。施設発信で開始したものの、看取り対応をした事が無いスタッフがいるなど経験不足による不安が現場に蔓延してしまった。スタッフの成長を促し、入居者様が安心して最後を迎えることができる環境づくりが急務である。	看取り介護について、全スタッフが不安を感じることなくケアを行い、入居者様が安心して最後を迎えられる環境が用意できる。	<ul style="list-style-type: none"> ・亡くなられた際や体調の急変時に応援を呼べる勤務体制を作りスタッフの精神的なフォローアップを行う。 ・研修資料を作成し、定期的に研修を行う事で、スタッフのスキルアップと不安の解消を図る。 ・看取りについての指針やマニュアルを整備作成することで、看取りへの認識を深める。 	1年
2		コロナ禍において、ボランティアや町内会など地域との繋がりが以前に比べて希薄となってしまっている。 また、見学や面会等は受け入れているものの、運営推進会議などの大勢が施設に集まる行事は行えておらず、書面開催のみとなっている。	コロナ禍が解消した際には、グループホーム本来の、地域に根差した繋がりを取り戻していく。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議の際におやつレクを実施するなど、より入居者様とご家族様の距離が近づく様な催しを開催する。 ・町内会の回覧板を利用させていただいたりや各ケアマネ事業所などへ連絡することで、連休などを利用し施設見学会を実施していく。 ・毎月のイベントなどで定期的にボランティアをお呼びすることで、ボランティアさんとの関係性を構築していく。 	1年
3					
4					
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。