

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	2391600240		
法人名	株式会社 アルバ		
事業所名	グループホーム サライ 牧野が池公園 1F		
所在地	愛知県名古屋市長区梅が丘5丁目108番地		
自己評価作成日	平成29年12月23日	評価結果市町村受理日	平成30年3月15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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成30年1月22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)】

平成27年5月～ サライ牧野が池公園へリニューアルして2年半を過ぎようとしています。月々のイベント・外出等もだいぶ固定化されてきていて外出時の慣れ親しんだ場所も増えてきているように思えます。庭の畑も、良く育つものと育たない野菜も大体わかってきて沢山収穫できる夏野菜は入居者の方と毎日取りに行くことを楽しんでおります。女性入居者に人気なのは花壇のお花の摘み取りです。お食事は平成28年1月より、昼のみが手作りとなっております。入浴は、週2回ですが徐々に歩行が出来なくなった方でも安心して入れるリフト浴を1階に備え付けております。体調管理(医療と連携)に気を付けて元気に過ごしてもらい、理念である「笑顔に満ちあふれたふたつめの家族」を心に置き実践していこうと思っております。

【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)】

グループホームサライ牧野が池公園は、閑静な新興住宅街の1画にある2ユニットの事業所である。「笑顔に満ちあふれたふたつめの家族」の理念の基、入居者が安心できる居場所となるよう、不穏な状態の方がいれば、落ち着くまでゆっくり話を聴くよう対応する等、心に寄り添う介護を目指している事業所である。開設して以来、地域との交流を深める取組に力を入れ、地域のオープンガーデンへの訪問や毎月のお茶会が定例となり町内の盆踊りへの参加では町内会の協力も得られるようになった。今年度は「認知症カフェ」を開催し、地域の方をホームへ招き交流を図るという取組も行った。さらに法人では、今後起こりうる人材不足の対策として、外国人研修制度を利用した外国人の雇用を始めている。サライ牧野が池公園では6月より、ベトナム人研修生を1名配属を予定している。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	理念についてミーティング内で話し合いをして理解をしてきている。難しく考えず安心して生活して頂けるように心がけている。	玄関、事務所に理念を掲示し、“笑顔に満ちあふれた2つめの家族”という理念をテーマに挙げ、年1回ミーティングで話し合い職員間で共有している。不安な時には寄り添い、ホームが安心していられる居場所となるよう笑顔で接する事を心掛けている。	
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	子ども会の行事で年2回の子供獅子舞の訪問、ハロウインの仮装行列の訪問。学童・子供会のバザーに粗品を提供、町内会の夏祭り、お茶会、清掃での参加をしている。	町内会に加入している。盆踊りや子供会の行事参加の他、小学校の茶室で地域住民対象に催される毎月のお茶会や地域の住宅のオープンガーデンに訪問する等、定期的に地域との交流が図られている。	
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	町内会には加入している。植田いきいきサロンに参加。「認知症」がテーマということで認知症の施設として参加し町内の方と交流させていただく。		
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カ月に1回の運営推進会議を行っている。少人数ではあるが、ご家族・いきいき支援センター・民生委員の参加がある。皆様からのご指摘・ご提案を頂き今後活かしていければと思う。	家族・民生委員・いきいき支援センター担当職員・協力医療機関等で構成されたメンバーで、年6回開催されている。ホームの現況や行事の報告を行っている他運営に関する質疑応答がされている。地域行事の案内やボランティアの紹介等運営に反映している。	家族、入居者へ会議出席の呼びかけを継続し、構成員の増員を実現することで、多方面からの意見を運営に活用する事を期待したい。
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	いきいき支援センターから入居者の紹介をいただいている。ボランティアの紹介は今も継続的に来てもらっている。運営推進会議の議事録は開催月に介護保険課へfaxしている。	名古屋市主催のキャリアアップ研修やいきいき支援センターで開催される研修に参加している。また、生活保護の対象の方も入居されているので、区の保護係とも定期的に情報交換をし連携を図っている。	
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	現在、1階では身体拘束を行っている方はいません。施錠に関して、1階は日中リビングの扉の施錠はしていない(緊急時のみ)。夜間は遅番退勤後、防犯の為玄関の施錠はしている。	玄関・フロアは防犯の為、夜間のみ施錠を行っている。現在、骨折している入居者のベッドからの転落防止の為、家族の要望もあり、定期的な経過観察、再検討を行いながら一時的な措置として夜間のみ4点柵の抑制を行っている。年間研修計画に位置付け、マニュアルを基に職員で振り返りを行っている。	
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	尊厳・虐待についてのアンケートを定期的に行っている。ミーティングで引き続き内部研修をしていると思います。		

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	現在、学ぶ機会は持っていないが、成年後見人制度を活用している方がいる。保佐人とは定期的に連絡を取り合っている。		
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	入居の契約時に十分家族の要望・お話は聞いている。その場の事で、説明不足の事もあるかと思えます。その後の不安・質問にも配慮している。改定時には説明書類を送っている。		
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	運営推進会議への家族の参加は少ないがその場の意見要望にはお答えしている。意見要望は議事録を送って報告をしている。来訪時、電話等でのご意見・質問にはなるべく早急に返答できるようにしている。	意見箱を設置している。面会時に意見・要望を聴き取っている。また、遠方でなかなか面会に来られない家族には電話やメールをして、意見を聴くようにしている。毎月個別のコメントと写真付きでおたよりを郵送している他、イベント時にも案内を送り、参加の呼びかけを行っている。	
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	職員の年2回面談を行っている。その際自己評価してもらい目標と達成の記入してもらっている。その場で会社・施設への要望、意見を聞き会社に報告し反映に繋げている。	月1回のミーティングで入居者のケース会議を行い、ケアの統一を図っている他、物品の購入、夜間照明の設置の検討等、職員からの様々な意見提案がされている。また、半年に1回事前に事前に提出された自己評価票を基に個人面談を行い目標の達成度の確認と、法人に対して要望を聴取し、運営に反映させている。	
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	面談を通して自己評価票(年2回)記入してもらい自己評価に対して評価を行っている。本人のやる気・やりがいに繋がっていければと思っている。		
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	内部研修は会議中に少しずつ行っている。外部研修はキャリアアップ研修・実践者研修にいくよう努めている。		
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	勉強会は同グループでの管理者会議の時管理者のみ行っている。施設の問い合わせで他同業者と連携を取ることがある。		

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
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	入居時、日常で要望を聞き、ケアプラン等に反映している。入居時は不安が大きいので行動からもよみとるように不安なく生活して頂くよう心掛けている。		
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	入居時に要望や本人の生活歴を聞くようにし職員間で周知するようにしている。来訪時には話を聞くようにしている。		
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	入居時の要望を聞いた上で出来る範囲の支援はしている。問題がおきれば家族へ電話や来訪時に相談し支援の変更等の話をするように心掛けている。		
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	個々に今出来ることを考え、出来る限りの事はお手伝いしてもらい、できない事は職員と一緒にやるように心掛けている。否定しない関わりに気を付けている。		
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	何か変化があれば連絡するようにし今後の事を聞きながら支援をしている。面会・外出も特に時間制限はないので家族のみの時間を過ごしていただいている。		
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	電話の支援や面会は行っている。施設での外出は定期的な場所に行くようになり。食事処・喫茶店・ショッピングモール等馴染みの場所が増えてきている。地域のお茶会では車から降りるとお手伝いをしてもらえるようになってきている。	遠方からホームに入居された方が多いため入居前の馴染みの場所ではなく入居してから、ショッピングセンター、ドラッグストア、喫茶店の他、毎月恒例となっている地域のお茶会が馴染みの場所になっている。家族や知人への年賀状や手紙、電話をかける支援を行っている。	
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	職員は難聴の方との間に入り話のやり取りの支援をしたり、入居者同士のトラブルにならないよう間に入り支援をしている。		

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
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	退居や契約終了後は特にこちらからのフォローは行っていない。		
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	ケース記録に本人の言った事や行動を記録し出来る限りの希望・意向に努めている。無理に強要したり強制はしていない。困難な方には生活歴・表情から判断しているが時には難しい事もある。	入居の際の聞き取りの他、日常の会話から希望を聴きとり、ケース記録に残し、職員間で共有している。意思の表出が難しい方には、表情や様子、家族からの聞き取りにより、本人本位な暮らしになっているか検討している。家族の意向と本人の意向の違いがあれば、本人の思いを家族に代弁し伝えるよう努めている。	
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	入居時、ご家族に生活歴・馴染みの暮らし方を来聞いている。本人様にも日常生活の会話の中で聞き入れミーティング時に伝えている。		
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	日々変化する状態を観察しながら個々の能力・状態に合わせて歩行・排泄・食事・レクリエーションを行っている。		
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	3か月に1回の計画見直しと1か月1回のユニット会議を開催しケアの内容を話し合っている。家族には会えた時や電話で現状を伝えケアプランに反映している。	家族からは事前に面会時や電話で意見要望を聴き取り、計画作成者、管理者、担当職員で担当者会議を行い基本3か月に1回計画の見直しを行っている。短期目標を業務日誌に記載し、日々、計画に沿ってサービスが実施されているか職員が一目で分かるようにしている。	
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	毎日のバイタル測定・ケアの記録・業務日誌を記入し、必ず前日の記録・様子を見返している。申し送りノート(全体・ユニットごと)会議議事録の確認をし共有している。		
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	本人の状態や認知症の変化に合わせて、外に行きたいときは行きたいところまで一緒に行き、2階の方は1階へ自由に行き来出来る様にしている。その時その時の状況に合わせて個々のニーズに対応できるように努めている。		

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
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	買物に出かけたり、地域の行事に参加できる方は参加している。民生委員さんより芋堀のお誘いがあり参加した。地域の皮膚科には、状態に合わせて外来に行ったり、往診に来てもらっている。		
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、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2回かかりつけ医の往診がある。24時間の連携体制があり、緊急時には指示を仰ぐときと状況により先生が往診に来てくれるときがある。家族希望で他医療機関に家族同行で受診している方もいる。歯科医の往診もあり。口腔ケアを週1で受けている。	協力医にの往診が月2回あり、他科へは家族協力の基、受診している。契約の看護師が週1回健康管理を行っており、24時間連絡体制が確保されている。救急搬送時にすぐ対応できるように緊急時入居者情報ファイルを作成し、備えている。	
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	週1訪問看護により、健康チェックを行っている。心身状態に合わせ訪問看護に入っただけの体制である。薬・軟膏類の把握と排便コントロールの相談等行いかかりつけ医・看護と連携をとっている。看護より申し送りノートや記録用紙で情報を共有している。		
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。	入院時には、出来る限りお見舞いに行き状態の把握をしている。家族にも連絡を取り今後の事を相談している。		
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	かかりつけ医・看護・家族と相談しながら話し合いをし、重度化や終末期に備えて、記録の書き方や内部研修を行っている。	入居の際に重度化した場合における対応に関する指針を説明し、同意を得ている。また、状態の変化があればその都度家族と話し合い、ケース会議で職員で方針を共有し、協力医、看護師と連携を図っている。	
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	緊急のマニュアルはあるが、応急手当・初期対応の訓練は行っていない。		
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回の避難訓練を行っている。1回は消防立会いの元職員のみ初期消火・誘導の避難訓練を行った。秋には地域の自主防災訓練に職員(1名)入居者(1名)と参加している。2回目は自主避難誘導訓練を入居者(5名)と共に避難場所まで歩く訓練を行った。	年2回夜間想定を含めた避難訓練を実施している。その内1回は消防署立ち合いで実施。また、学区の防災訓練にも入居者と一緒に参加した。備蓄として、水・食糧・3日分の他、カセットコンロと入居者全員分のヘルメット(法人ネーム入り)を備えている。	

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	一人ひとりに合わせた声かけを行っている。難聴の方に大きな声での声かけになっていることがある。声掛けに関して気になるときはミーティングで職員に伝えている。否定しない支援を心掛けている。	入社時には認知症研修ファイルを基に研修を行っている。また、尊厳保持のチェック表にて個々の職員がセルフチェックを行い、日頃の振り返りを行う機会がある。ミーティングを行う際にはプライバシーに配慮し、個人名は使わず番号で話すようにしている。	
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	自己決定できる方には何かする前には希望を聞いてから支援を行っている。無理強いはいしない。自己決定できない方には声かけの時の反応や表情で読み取るよう努めている。		
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	トイレ・入浴の声かけは本人のペースに合わせている。毎日入浴したい方は毎日入浴している。本人が寝たいときは横になってもらいレクへの参加も自由である。本人の希望に沿った支援に心がけている。		
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	洋服は決められる方は自分で決めている。整容・洗顔・髭剃りは出来る方には自己でやっている。2か月に1回理美容訪問あり。		
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	食事は業者を利用し、業者のメニューで特別メニューを毎月4回誕生日会や行事に組み込んでいる。昼の献立のみ手作りしている。主に職員が作っているが時々、お手伝いしてもらっている。おやつはレクで自分の作った物をおやつで食べている。お盆拭きや下膳が出来る方には下膳してもらっている。	献立、食材は業者に依頼し、昼食は主に職員が調理している。誕生日には本人の希望を取り入れたり、ケーキを購入している。また、事業所の畑で採れた野菜を使って献立をアレンジしている。手作りおやつや昼食バイキングでは、団子づくり、おせち作り等季節の物を取り入れる様工夫している。	
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・水分は水分・食事摂取表を付けている。1日のトータルを3段階で評価し摂取量を確認している。水分の少ない方には飲んでもらえるように声かけをしたり違う飲み物で対応している。		
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	週1回の歯科往診の受診あり。 毎食後口腔ケア実施。歯科衛生士より個々に合わせた指導がありそれに沿って声掛け・ケアを行っている。夜間に歯ブラシの消毒を毎日行っている。		

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
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	排泄チェック表で個々の排泄の間隔を24時間チェックしている。チェック表を元に声掛け・誘導を行っている。日中は布パンツで夜間のみリハビリパンツを使用している方がいる。	個々の排泄リズムを把握し、声掛け、誘導を行っている。車イス利用のかたでも出来る限りトイレでの排泄が出来る様支援している。便秘対策として、朝食前に牛乳、他飲み物を提供している。また、入居者の習慣で毎日ヨーグルトを食べている方もいる。	
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	排泄チェック表でマイナス日数を記録し看護師と相談しながら排便コントロールをしている。自立の方にはトイレ後排尿・排便の有無を聞いている。難しい方には、痕や臭いで判断している。起床後、飲み物を提供している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は基本週2回午前中に行っている。午前中から声掛けし拒否があるときは夕方までに入浴して頂く。その日が無理なら翌日にまわしている。バスクリンを入れて香りを楽しんでもらっている。	週2回を基本とし、毎日入浴したいという希望があれば対応する。入浴の拒否があれば、時間や対応する人を変えてお誘いするようにしている。また、しょうぶ湯等の季節湯や、好みにより入浴剤を使用している。	
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	日中、居室で寝たい方には寝ていただき本人の休みたい時に休んでいただいている。自席で寝てしまうときは声掛けし居室かこのままか伺うようにしている。		
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	内服薬チェック表で確認しながら飲み忘れの無いように気を付けている。内服薬については、職員には月2回の往診記録・各階の申し送りノートで変更について周知してもらっている。		
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	洗濯物をたたむ・タンスへしまは皆様で、出来る方は限られているが居室への掃除機がけ、洗濯物干しは毎日個々の役割で行っている。外出、外食、週1のカラオケ会を楽しみにしている。		
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	月1回程度、できる限り外出・外食の支援を行っている。全員で外出することはできませんが数人のグループに分かれて外出しています。普段は近所へ散歩、庭の野菜や花を取りに行きます。	日常の散歩以外では、毎月のお茶会や喫茶店、オープンガーデンへ定期に出掛けている。その他、農業センター、イチゴ狩り、日泰寺、動物園等には少人数グループで、外出・外食レクとして出掛けている。また、ホームの買い物や、個人の買い物等個別での外出も行っている。	

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
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	預かり金としてお小遣いを預かっていて必要な物をホームで職員が購入している。時々買物へ同行している。買い物レクでは好きなものを買ったり好きな物を食べたり本人に自由に選んでもらっています。		
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している	年賀状を出している。年賀状が届いている方には返信している。ご家族や知人からかかってくる電話で相手から要望があれば電話に出て頂いている。		
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	共用空間の壁には外出・イベントの写真を貼っており、季節ごとにディスプレイをして季節を感じられるようにしている。歩行に邪魔になるものは置かないようにしている。トイレは男性用や共用なのかわかるようにしている。エアコンの風が当たらない様にテーブルの位置を工夫している。	玄関には羽子板が飾ってあり季節感が感じられる。キッチンが独立した場所にあるため、リビングは広々とした空間が確保されている。加湿器、温度計を設置し快適に過ごせるよう配慮している。3食の献立表や風呂場・トイレの表示が大きく分かり易く掲示してある他、写真付きでスタッフ紹介の掲示があり、入居者や来訪者に分かり易い。	
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	居室で横になる方は独りになる時間が持てている。フロアでは、個々の性格や相性を考慮して席を決めている。ソファや日の当たる所で思い思い過ごしている。		
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	居室内は安全に過ごせるように心がけている、身体の状態によってこちらで配置替えをすることもある。入居時に持参された物、家族・職員からの贈り物を飾るようにしている。自分で掃除機をかけられている方もいる。	ベッド・照明・エアコン・カーテンは備付である。その他は入居前から使用していた家具や、使いやすいものを設置し、仏壇や、神棚、家族の写真や趣味の作品を飾り、個々に居心地の良い空間づくりがされている。	
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	共用部分には歩行がスムーズに出来るように物を置かないようにしている。トイレ・浴室の扉には「男性用」「男女兼用」「来客用」「お風呂場」とわかりやすくしている。階段前には張り紙で危険を知らせ安全に工夫している		

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 月 7 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	4	運営推進会議の参加にむらがある。家族への参加の呼びかけは行っているが難しい。	ご家族・町内会長等の参加	・ご家族への参加の呼びかけ(訪問時・ホーム便りにて呼びかけていく) ・本年度、町内会長交代があるため今後の参加の呼びかけをしていく。	12ヶ月
2	10	行事への家族の参加(運営推進会議も含む)	ご家族の行事等の参加	・ご家族への参加の呼びかけ(訪問時・ホーム便りにて呼びかけていく) ・ご家族と入居者が一緒に外出できる参加型の計画をたてる。	12ヶ月
3	12	職員面談が年2回あり、運営ややりがいについて聞いている。もう少し職員からの意見の場を増やしたい。	職員の意見の抽出	・月1回の会議時に思いや意見を聞く	12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。