

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	1175100740		
法人名	社会福祉法人 晴智会		
事業所名	グループホーム晴和苑		
所在地	埼玉県新座市東3丁目7番26号		
自己評価作成日	平成30年12月4日	評価結果市町村受理日	平成31年1月10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/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市久下1702番地		
訪問調査日	平成30年12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)】

○職員は定着しており資格者が多い。チームケアとして情報の共有が図れ、ケアプランに沿った内容で自立支援に向けたサービスが提供されている。
 ○利用者本人の意思を尊重し得意分野の発見に努めると共に、利用者の持つ力を存分に発揮出来る様環境を整え、やりがい生きがいになるように働きかけている。
 ○利用者の“五感”を大切に日々接している。食や行事から季節感を味わって頂き、外気浴の時には風や花から四季を実感できる様心がけている。
 ○体操と合唱を日課とし継続することで、心身共に健康的な生活を送れる様支援している。
 ○“食べる事は生きる事”とし、保存食作りを取り入れている。梅シロップやらっきょう漬け、夏には枝豆栽培での枝豆収穫も行った。又おやつには季節感ある物を提供し、食を楽しんで頂いている。

【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)】

東武東上線、志木駅南口より徒歩にて約10分の閑静な住宅街にあるグループホームである。社会福祉法人が運営する高齢者介護の複合施設となっており、各事業所間の交流や連携が取られている。近くにはホームセンターや公園があり、入居者の外出の場となっている。管理者は「入居者の居場所づくり」を常に念頭に置き、環境整備を行っている。職員の定着率が高く、モチベーションも高く入居者との関係も良好である。中庭にある菜園の収穫を秋に行っており、今年は豊作で種類が増えたので今年初めて収穫祭を行った。収穫した野菜を食卓に上げ、食事の際の楽しみとなっている。定期的に開催される家族懇談会では、かかりつけ医の受診が困難になってきているという意見から、往診医に来ていただくこととなり、現在7名の入居者が利用され、家族の安心に繋がりと、評価を頂いた。

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、生き活きと働いている (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
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	「明るく」「楽しく」「地域とともに歩む」という基本理念を掲げ、周知できるよう内容を表示した書類を玄関や職員事務所に掲示している。	理念はいつでも職員が確認できるように玄関、事務所に掲示し、全職員に周知し入居者のケアにあたっている。ケア会議での話し合いや年度末の会議では内容の見直しを検討し、現状に合っているかどうか確認してい	
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	ご利用者は外気浴の際、玄関先から近所の方と挨拶を交わし気軽にふれあう事が出来ている。週に1回来る移動パン屋さんとは顔馴染みの関係で、会話を楽しみながら品選びしている。又、夏には町内会のお祭りに参加させて頂いている。盆踊りの輪の中に入り地域の方々とのよい交流の場となっている。	玄関先のスペースに椅子を置き、外気浴をしていただき、通りがかりの近隣の人と挨拶をする等の交流を図っている。自治会入会も継続しており、恒例の盆踊りではボランティアを受け入れ、オカリナ演奏の訪問をいただくようになり、交流が広がっている。	
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	高齢者相談センター主催の“認知症サポーターフォローアップ講座”に出向き、認知症の方(ご家族)への対応やグループホームの在り方などお話しし、地域の方へ認知症の理解を深めて頂く様発信している。又、年2回ある町内清掃にもご利用者と参加し少しでも地域に貢献出来る様努めている。		
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	ご利用者の状況や出来事等を報告している。会議では、各委員の方から要望や助言をいただき、日々の業務に役立てている。また会議の内容は、議事録を作成し、職員全員が周知でき、またご家族にもいつでも開示できるようにしている。	運営推進会議は2ヶ月毎の定期的な開催が出来ており、施設行事、入居者の様子、事故報告、職員研修の様子、今後の予定等を報告している。参加者からの意見等は会議で検討しサービスの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に取り組んでいる	運営推進会議に市職員の参加があり利用状況やご利用者の様子、事故報告等を報告している。又、市主催の地域密着型サービスの勉強会に参加する事で、介護保険課からの要望や助言などを確認する機会があり、情報交換が速やかに出来る様努めている。	運営推進会議では、市職員と地域包括支援センター職員に交互に参加いただき、意見を聞く機会を得ている。市主催の地域密着型サービス(年4回)に参加し、市介護保険課からの連絡等、情報をいただいている。	
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「介護保険法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	身体拘束委員会が設置され、研修参加者からの内部勉強会や身体拘束の定義を学んでいる。委員会の中でケアの振り返りを行い身体拘束をしないケアを実践している。	身体拘束は行っていない。身体拘束委員会を設置し、3ヶ月毎の振り返りや外部及び内部研修にて、どんな行動が身体拘束となるのか、理解できるように勉強している。最近では何気なく使っている言葉や声掛けが「スピーチロック」という行動の制限となるという研修会を開催した。	
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	毎日のケアを振り返り、職員同士がお互いにケアに対して相談できる関係を作っており、虐待がおこらない環境作りに努めている。又、積極的に研修に参加し、研修報告書を全員で共有し各々虐待防止に対する意識向上に努めている。		

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
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	権利擁護制度に関する事は研修や勉強会に参加した職員が学んだ知識を持ち帰り、研修報告書等で内容を確認し職員で共有している。		
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	契約の際、契約書、重要事項説明書の読み合わせを行い利用者・ご家族の同意を得ている。又、当事業所に対応できないサービス内容を説明し家族の協力が必要である事を理解して頂いている。		
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	ご家族からのご要望は電話や面会時に伺うよう心がけている。又、年に1回の家族懇談会ではご家族のご意見・ご要望を聞く機会があり、“医療面での不安がある”ご意見を頂き今年度から訪問診療の導入が実現できた。	家族の意見、要望は訪問時や電話等で機会ある度に聞くようにしている。その他、運営推進会議や家族懇談会を定期的に開催し、意見が言える機会を設けている。最近では家族からの意見を反映し、訪問診療が実現した。	
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	ケアプラン会議にて職員同士意見を出しあっている。主に業務内容の見直しやタイムスケジュール、ご利用者が変わればそのご利用者に合った環境作り等が検討されている。	毎月、開催されているケア会議、ケアプラン会議では入居者のケアについての話し合いの他、職員の意見が聞ける場となっている。施設全体で行われる運営推進会議ではグループホーム職員の意見等が話し合われ、その内容はケア会議等で周知している。	
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	月に1回理事長をはじめ各部長、主任が参加する“運営推進会議”に出席している。各部署のかかえる課題等が話し合われ、職場環境の改善やスキルアップの為の研修参加の確認の場となっている。		
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	研修参加については職員の経験年数や個々の適性にあわせた内容を推進している。又、日々の業務の中での相談や疑問は早期に解消する様に心がけ、ストレスを溜める事のない様配慮している。		
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	定期的開催される地域密着型サービスの勉強会に参加し、各事業所独自のサービスや事例検討会を学んでいる。小規模で運営しているデイサービスも地域密着型サービスに加わり、“健康体操”や“認知症介護”について双方の分野でサービスの質の向上を図っている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	居宅ケアマネジャーからの情報提供を参考にし、ご本人の状況把握に努めている。又、入居前の来苑時にご本人と面会し、グループ内の雰囲気や味わって頂くと共に、不安な事や希望等聞きとる時間を設けている。	
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	利用開始時に、ご本人に対するご家族の悩みや不安な気持ちを共有しながら、グループホームにおいての家族協力の必要性を説明し、ご利用者同様、相互の信頼関係構築に努めている。	
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	グループホームの利用相談時において、その方の状況を見極め、グループホームの利用待機中の介護サービスの利用を提示して、その時必要なサービスにつなげる対応をしている。	
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	ご利用者の不安や喜びなどを知る事に努め、暮らしの中で分かち合い共に支え合える関係づくりに留意している。又、職員は常にご利用者から教えて頂く姿勢を持ち、普段からご利用者が活躍できる場面作りに配慮している。	
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	ご家族とは必要に応じて連絡をとり、受診の付添いや行事参加で協力して頂いている。変化や気づいた事は随時報告し、又、面会時は生活の様子をお伝えしている。月1回の通信紙も個々のご利用者に添った内容を送り安心して頂く様努めている。離れて暮らしていても“常に家族は一緒である”という安心感を大切にしている。	
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	以前の家の近所の方や友人、又なかなか会えなかった親戚の面会もありご利用者の喜ぶ姿がある。その様子もキーパーソンにお伝えし、グループホームがよりよい交流の場となる様良好な関係性の継続に努めている。	友人、知人、遠方の親戚等の面会が継続出来るよう支援しており、面会希望の際は家族の確認を取り、プライバシー等に配慮している。入居前に世話になったケアマネジャーに会いたいという希望に応え、職員の支援により叶えることが出来たという事例があった。
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	家事参加や季節ごとの行事を通じてご利用者同士の関係が良好に保てる様支援している。日常的にも笑顔や会話が生まれ、時には職員が間に入ったたり黒子になったりしながら“同じ釜の飯を食う”仲間同士、互いが支え認め合う環境作りに努めている。	
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	長期入院になり退居となったご利用者に対してもご家族・病院のケースワーカー・管理者で話し合いの場を設け、ご家族が不安にならない様その時のご利用者に適した受け入れ先を検討している。入院中はなるべく面会に行き、ご利用者とご家族が少しでも安心出来る様配慮している。又、退居となったあとも引き続きご家族がボランティアを引き受けて下さり、グループホームが縁となり良好な関係が継続出来る様努めている。	

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
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	日々のかかわりの中で、ご利用者との会話を大切に、ご本人の言葉の中から意向や希望を把握するよう努めている。また普段の生活においても、ご利用者の様子等を観察し、ご本人の思いを汲み取りたいよう努めている。	入居時には本人、家族の意向の確認を行っている。日々の関わりの中で入居者のプラス面、マイナス面の言葉をよく聞き、ひとり一人の思いを汲み取るようにしている。会話が困難な場合でも表情や態度を観察し、職員間で検討している。	
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	入居前の情報はご本人やご家族、居宅ケアマネージャーから得て、これまでの暮らし方の把握に努めている。又、入居後もご本人やご家族から折にふれ聴くようにしており、安心した生活の基盤となるよう努めている。		
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	個々の生活リズムを把握し、それぞれのペースを大切にしている。毎日のバイタル測定や食事量・水分量、排泄の状況等、ご利用者の生活の様子を記録し、職員間で情報を共有している。普段の生活の中で行う調理や掃除、レクリエーション等の中で、その人の出来ることを、新たに見つけ出すことも大切にしている。		
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	ご本人やご家族にモニタリングを行い意向や希望を聴きケアプランに反映させている。ケアプラン会議では職員が意見を出し合い、より細かなプランになる様心がけている。ケアプランが生活の基盤となる事を職員一同理解し、チームケアでご利用者の安心した生活の実現を図っている。	介護計画、モニタリングは定期的にケアプラン会議で見直し、検討している。今回、歩行が以前よりおぼつかなくなった方のプラン見直しで着物好きであったことから、足袋着用の提案が出され、家族の協力により上手く導入が出来、現在も継続されている事例がある。	
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	毎日の生活の様子やご本人の発言、心身の状況や変化を個人記録に記入し、職員は目を通すようにしている。重要な事項はスタッフノートを活用し、職員全員が情報のキャッチを早く行い、また共有できるようにしている。		
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	法人内の繋がりを活かし、特養やデイサービスの行事に招かれ楽しく参加することで気分転換を図っている。又、ご家族からボランティアの申し出があり、行事の時には演奏や歌を披露して下さり楽しいひとときを過ごしている。		

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
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	毎月1回地域の美容室の方がボランティアとしてヘアカットをしてくださる。又、近隣の大学から定期的に学生がボランティアとして訪れ、ご利用者と和やかな時間を持っている。地域のオカリナ演奏グループも定期的に来訪され、ご利用者を楽しませてくれている。		
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	訪問診療導入により(希望者のみ)医療との連携がスムーズに図れる事となった。直接Dr.にご利用者の様子をお伝えする事が出来、又Dr.からの指示や薬に変更があった時はご家族にお伝えしている。又、体調に変化があった場合も往診に対応して下さり、ご利用者の体調管理が図れている。	かかりつけ医への受診は家族対応となっているが、今回、月2回の往診、緊急時や予防接種等の対応が可能となり、家族から安心の声が聞かれ、評価を頂いている。往診時には職員による生活状況の詳細が伝わり、医師からの指示も直接聞くことが出来るようになり密な連携が確保された。	
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	ご利用者の服薬状況や受診結果職員で情報共有している。又、緊急時にはデイサービスの看護師に協力頂きご利用者の状態確認の上、助言や指示を頂いている。		
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。	入院時にはご本人の状況や治療内容、入院後の経過や状態等、ご家族と医療機関で情報交換する様努めている。退院時には回復状況等連携を密にして、ご家族とご本人が不安にならない様速やかな退院支援に結びつけている。		
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	当グループホームの運営方針として常時医療が必要になった場合や、重度化・終末期の対応は出来ない事を契約時に伝え、納得して頂いている。又、早いうちからの施設申し込みをお願いし、折に触れ次の受入先を視野にいれておく必要性を伝えている。	契約時にホームでは重度化や終末期の対応を行っていない事や入居後の対応で出来る事を説明している。重度化となる早い段階から転居施設先の情報提供を行い、申込案内をしているが、転居施設の順番が来ても即退居というわけではなく、適切なタイミングでの転居を心掛け、安心して過ごせるように支援している。	
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	緊急時対応のマニュアルは職員全員に周知しており、職員間で急変時の対応等について折にふれて話し合いをしている。又起こってしまった事故やご利用者の急変については会議で話し合わせ、様々な視点から振り返りを行い再発防止に努めている。		
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	昼・夜間想定防災訓練を年に2回実施しており、地域の消防署の協力を頂き職員とご利用者が参加している。12月に行われる防災訓練には地域住民の方の参加も予定され、少しずつではあるが地域との協力体制を築ける様努めている。消火器や避難経路の確保等設備点検は定期的に行われ、非常食用料の準備もある。	定期的な消防訓練を併設する特別養護老人ホームと合同で年2回行っている。地域の方の協力が課題であったが今回、地域住民の参加が得られた。水、ごはん、缶詰等が施設内、外の備蓄庫に確保されている。訓練は火災中心で行われているが、日本各地の水害や地震等について会議等で話し合い、検討が行われている。	

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	ご利用者の個性や考え方、生活歴等を把握し、各々のその人らしさを受けとめることに努めている。排泄介助の際や入浴時には、ご本人のプライドに配慮し、プライバシーを守る基本的なケアを大切にしている。	支援をしていく中でアセスメントや家族の話から本人の性格、個性等の情報を収集し、人格を損ねないような声掛けや対応を心掛けている。すべての入居者9名が女性であることから、男性職員への羞恥心等の配慮を行っており、信頼関係も出来ている。	
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	生活の中でご利用者の心の動きに気を配り、ご本人の気持ちや意思を表現できるよう声かけしている。些細なことでも自己決定ができるような場面を多く作り、自立支援に向けたケアを心がけている。		
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	1日の生活の中で基本的な流れはあるものの余暇時間等においては、ご本人のペースを大切に過ごせる様配慮している。レクリエーションの内容もご利用者に確認し、参加についてもご本人の希望が優先される。		
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	日常生活の中での衣類はご本人が選び身支度をしており、毎日の更衣、洗濯で清潔が保てる様配慮している。季節の変わり目にはご家族の協力を頂き衣替えをし、季節に応じた洋服を選べる様支援している。頭髪についてはご本人・ご家族に了解を得、月1回のボランティアさんによりヘアカットして頂き清潔感を保っている。ヘアピンやブローチ等その方らしいおしゃれを楽しんでいる。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理・盛りつけ・配膳・片づけまでご利用者の力を借りて“食べる”だけでない関わりを大切にしている。梅シロップやカリン漬け等の保存食を作る過程から関わり、季節感や達成感を味わう事が出来た。又、枝豆やサツマイモを栽培し見事に収穫する事が出来、ご利用者の喜ぶ姿が見られた。“食べる事は生きる事”として活気ある日を提供すると共にご利用者・職員で“食”を楽しんでいる。	管理栄養士によるメニューで食事が提供されている。朝はパン食、昼夜で肉や魚等、バランスが考えられ、自分で食べられるよう、個々に刻み、おかゆ、小さいおにぎり等の対応をしている。ご飯をよそる、おかずを分ける等、出来ることは手伝ってもらっている。皆、表情が明るく、収穫されたさつま芋ごはんを少人数でテーブルを分け、食事中は音楽が流す等、落ち着いた雰囲気を出している。	
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	毎日の食事量・水分量はデータ管理し、職員全員が情報を共有している。又、1人ひとりの嗜好を把握し食事と水分の確保に努めている。献立については併設の特養の管理栄養士が作成しており栄養バランスは確保できている。		
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	毎食後歯磨きの声かけを行い、自室の洗面所又は共有の洗面所でご利用者全員行っている。義歯の方は就寝前に洗浄剤を使用し清潔を保っている。又、日課としている合唱では、大きな声を出す事で唾液の分泌を促し誤嚥の予防にも役立っている。		

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	1日の生活リズムの中で定期的にトイレの声かけを行うと共に、一人ひとりのサインを職員が把握しさりげなく支援している。又排泄に不安や失敗がある方にはケアプラン会議にて話し合わせ、職員同士共通理解が図れている。紙パンツやパッドを使用されている方にはトイレ内での動作が安全に出来る様、手作りの“パッド置き”を設置する等工夫している。	排泄の様子はチェック表に記入し、個々の排泄パターンを把握している。誘導が必要な方は行動を観察し、周りに配慮しながら声掛けを行っている。各居室にトイレが設置されており、パット類の棚は自分で取りやすいよう、手作りする等の工夫をしている。	
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	食事やおやつに繊維質の多い食材や乳製品を採り入れており、水分摂取も勤めている。又、健康体操や家事参加で身体を動かす機会を設けて自然排便が促される様工夫している。排便の有無は毎日確認し申し送られ、必要に応じて医療に繋いでいる。		
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	入浴の声かけの際には対応時間内での希望時間を確認している。湯の温度は一人ひとりの好みに調節し、洗体時は出来る限り自分で洗う事が出来る様支援している。心身共にリフレッシュ出来る空間作りに努めている。	入浴は午前と午後利用可能で希望を取り入れ、一人でのんびりとリラックスできるようになっている。施設長の庭で取れた柚子を用いて柚子湯を楽しんだりしており、会話が弾む等、楽しい入浴支援を心掛けている。	
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	日中の活動を促し生活リズムを整えるよう努めている。夕食後は落ち着いて休める環境作りを心がけ、ご利用者一人ひとりが安心して就寝できる様配慮している。		
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	受診の報告書を職員全員が目を通し、処方内容を理解するようにしている。薬の変更時には、特に状態の変化に注意し、様子をご家族や主治医に伝えている。服薬時には複数職員で確認し合い、誤薬の予防に努めている。		
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	家事については一人ひとりの得意分野や積極性を活かしながら参加促し、メリハリのある活動的な日を送れる様支援している。又、その方にあわせた日課や役割で達成感を味わって頂き、共に喜び感謝する姿勢を大切にしている。行事や誕生会では皆でケーキを手作りし、作る過程から出来上がった満足感を共有し楽しんでいる。		
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	週に1回来る移動パン屋さんや近隣のスーパー・和菓子屋さんに行き、お店の方との交流や会話を楽しんでいる。又、初詣やお花見・紅葉狩り等も実施し、外に出る事で季節の移り変わりを体感して頂ける様努めている。ご家族は折にふれ外出・外食の機会を作って下さり、ご利用者の喜びを共有してくれている。	週に1回、移動パン屋に来て頂いており、入居者の楽しみとなっている。個々の希望の買い物支援や季節に合わせ、初詣、花見、紅葉等の外出をしたり、家族の協力を得て、お墓参りや外泊等の支援を行っている。	

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
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	希望があれば施設内の自動販売機で職員が同行し、ご利用者が自由に飲み物を購入している。又、一緒に買い物に出掛けた時は、お預かりしている小口現金から希望の品物を購入している。		
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	施設内に公衆電話がありいつでも付き添い電話ができる様支援している。ご利用者宛にかかってきた電話についてもスムーズに会話が出来る様対応している。又、ご利用者からご家族宛に年賀状を送れる様支援し、昔ながらの風習と家族の繋がりを大切にしている。		
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	共用空間に四季折々の草花を飾ったり、季節の行事に合わせた飾り物を用いている。共有部分の椅子やソファにはご利用者が手作りしたカバーをかけ、馴染みのものに囲まれ居心地のよい空間作りに努めている。	共用スペースのフロアは明るく皆で体操等を行っている。奥行きのある空間で椅子やテレビ等を置き、落ち着いた雰囲気となっている。装飾品は幼稚にならないように努め、季節感も考えられている。廊下には神社に見立て、今年の絵馬が飾られている。	
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	デイルームや廊下、玄関先などに椅子やソファ等を設置し、ご利用者が思い思いに過ごせる居場所を作っている。それぞれの場所でゆっくり1人で過ごす事もあり、又、気のあうご利用者同士や職員も交えた交流の場となっている。		
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	ご本人持ちの家具等を、ご家族と相談しながら搬入してもらい、居心地の良い居室づくりを支援している。ご本人の思い出の品やご家族の写真を置いて、その人らしい居室空間や雰囲気作りを大切に、落ち着いて過ごせるように工夫している。	居室はベッド、クローゼットが備え付けされているが、個々に今まで使っていたものや親しみがあるものを持ち込んで頂き、居心地の良い部屋となるよう支援している。本人や家族等の写真を飾ったり、位牌や仏壇も持ち込み可能としている。	
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	各居室にトイレと洗面台が設置されており、排泄や整容等自分でできる環境になっている。その中でご利用者の目線に合わせてご利用者の声に耳を傾け、可能な限り自立した生活を継続できるよう配慮している。共有部分と居室内の“動線”については常に職員間で話し合い、安全な環境作りを目指している。		

目標達成計画

作成日: 平成 31年 1月 8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			課題であった災害対策での地域協力対策では、呼びかけにより地域住民の参加が実現できた。又、医療面でもご家族のご要望に応え、訪問診療の導入ができた。家族、医療、地域の連携となる土台作りができ、今後ご利用者の安心の生活の為、チームケアを基本とした支援を継続して参ります。	ケアプラン会議にて共有(ご利用者についてささいな変化や目標、取り組み) (業務内容の確認、変更やタイムスケジュールの見直し)共有化を意識し、継続する	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					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。