

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	0873600613		
法人名	社会福祉法人 縦山会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム 和みの家	ユニット名(A)
所在地	茨城県銚田市縦山 579番地1		
自己評価作成日	令和 元 年 5 月 30 日	評価結果市町村受理日	令和 1 年 8 月 16 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=0873600613-00&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	令和元年7月3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)】

私共の施設(事業所)は診療所・特別養護老人ホーム・老人保健施設に隣接しており、周囲には野菜畑やイチゴ・メロンのビニールハウスが広がっており、時折波の音が聞こえる静かな所です。認知症共用型通所介護も受け入れており、利用者の「憩いの場」として地域の皆様にご利用いただいております。「住み慣れた地域 安全で安心な生活 憩いの場」の施設理念を職員一同忘れず、それぞれの方の「人との絆・馴染みの関係」を大切にしながら、利用者の「今・この時」を大事にしています。新たに「介護アロマ」を取り入れており、マッサージをする事で血流や浮腫みの改善に繋がり、施術中の会話などから喜びや楽しみ心配事等お聞きする事が出来、寄り添うことで皆さまの「笑顔」も増え喜んで頂いております。

【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)】

地域に根ざした診療所を母体とした施設であり、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護事業所等を併設し連携体制を整えている。
事業所は、法人で取り入れている研修ソフトを活用して、職員が個別に学ぶ機会を多く持ち、支援へ役立っている。さらに管理者と職員はアロマ療法を学んでおり、アロマオイルによる血流改善、認知症へのリラクセス効果等によって、利用者と家族等に喜ばれている。

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

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	「住み慣れた地域 安全で安心な生活 憩いの場」という理念を事務室内に掲示し、常に認識し共有しながら実践につなげている。会議室にも掲示し、スタッフ会議時には、管理者が読み上げる事もある。	地域密着型サービスの意義や事業所の役割を意識した理念を作成している。理念に加えて「心の声を聴きましょう」をスローガンとして、常に職員同士で確認しながら日々のケアにあたっている。	
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	近隣の美容室の方に来て頂きヘアカットをしたり、迎えに来ていただく事もある。出前や外食などもお願いし、日常的に交流している。	地域の方々や家族等が訪ねやすい場になるよう、管理者は職員に、来訪者はいつも笑顔で迎え、接するように伝えている。事業所の会議室スペースを 広く地域の方々に利用していただけるよう、地域交流の場として提供している。	
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	居宅介護支援センター主催の介護教室や認知症カフェなどが開催される時は研修室を提供し、地域の皆様に参加して頂き、介護予防体操や相談などを実施している。		
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	会議時に、利用状況や待機状況、活動報告等を報告し、今後の予定などについてご家族の協力や参加を予定している場合は、家族会の方に日程について相談したり、会議の参加者には出掛ける際などどこが良いのかなど伺い、それらをスタッフ会議で話し合いをしている。	家族等の代表や市職員、地域住民等が参加して、事業所からの報告や課題について話し合っている。認知症のリハビリの取り組みについて説明している。地域の情報を提供してもらい、外出行事等に活かしている。	
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	入退所状況を報告したり、介護保険認定情報を頂いている。質問などは電話をしたり、出向いて行ったりしながら相談している。包括支援センターや社会福祉課との関わりも多く、入所の相談などもあり協力関係を築いている。	基幹型包括支援センター職員との連携を密にとっており、電話や直接会って情報提供し、互いに協力関係を築いている。年2回、市包括の主催する介護教室(家族のためのリフレッシュ事業)や、オレンジカフェ(認知症カフェ)の場所を提供している。	
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	身体拘束に関する勉強会を実施し、身体拘束をしないケアを常に心掛けている。玄関は施錠しておらず、庭には自由に行く事が出来る。道路に面しているため門にはチェーンをしているが、外に出る時は職員と一緒に散歩に出かけている。	事業所で身体拘束廃止に関する指針を作成しており、年3回法人全体の身体拘束廃止の勉強会を行ない、事業所独自で、2ヶ月に1回 身体拘束廃止委員会の勉強会を開催し、利用者に身体拘束を行わないための話し合い等を行なっている。	

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
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	虐待についても勉強会を実施している。事務所内に「認知症ケアマニュアル」掲示して常に意識するよう心掛けている。		
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	権利擁護に関する勉強会を行っている。成年後見制度を利用されている利用者がおられ、管理者は、後見人の方と連絡を密にし、スタッフが共有出来るよう説明している。		
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	重要事項説明書に基づいて説明し、利用者やご家族から不安なことなどを伺い、説明に納得して頂いてから契約している。		
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	意見箱を設置している他、面会時に直接伺うようにしている。毎月「和みだより」を発行し、行事報告や行事予定などを報告している。	重要事項説明書に苦情受付担当者や第三者委員を明確にしており、国保連などの公的機関も明記している。職員は必ず利用者の状況を伝えて、家族等の意見は必ず聞くようにしている。アンケートを2年に1回行っている。	
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	毎月スタッフ会議を行い意見や提案を聞き、管理者と職員が話し合い共有してケアにあたる事が出来るようにしている。	職員からの意見を受け、入浴回数を、気候等の状況に応じて増減したり、利用者の意向を確認して希望に応じて入浴できるような体制にした。日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、職員会議等でも話を聞いている。	
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	代表者は、人事考課表を取り入れており、職員の状況や目標を把握している他、管理者と話し合い、職員の要望や希望などを聞き、職員それぞれに合った勤務体系を考え、働きやすい職場環境作りに努めている。		
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	代表者は、外部研修など職員それぞれが希望する研修を確認し参加する事でケアの向上に努めている。また、それらの内容を勉強会に取り入れて他の職員に説明する事で、自分に自信がつくと共に、全職員のスキルアップにつなげている。		

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
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	外部研修に参加し、情報の交換をしながらサービスの質の向上に向けて取り組んでいる。		
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	サービスを開始する前に、ご本人の希望や不安を聞きお話しすることで安心して頂いている。希望者にはお試し利用をしていただくことがある。利用開始後も、職員が情報を共有し、寄り添うことで安心して頂ける様支援している。		
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	利用前に自宅を訪問したり、施設内を見学して頂き、不安なことなどを伺い、できる限り要望に沿えるよう努めている。		
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	ご本人とご家族、ケアマネジャーと相談し、今、何が必要なのか考え、様々なサービスが選択できるよう支援している。		
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	日常生活の中で、本人が出来る事、できない事を把握し、お互い助け合いながら共同生活が出来るよう支援している。		
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	日常の様子や体調など、近況報告させて頂く他、面会時に報告し、ご家族様からの質問をうかがっている。イベントなどにも参加していただき共に支えていく関係を気付いている。		
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	希望者には、職員の送迎で行きつけの美容室に行っておられる。以前利用されていた通所介護施設にご家族と一緒に遊びに行かれる等馴染みの関係を継続出来るよう努めている。	入居時に生活歴等の情報を把握し、フェイスシートへ記録している。日頃から馴染みのデイサービスの利用者が訪ねてきたり、職員と神社の縁日へ出かけるなど、馴染みの関係が途切れないよう支援をしている。	

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
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	気の合う方同士で席を隣にしたり、入浴の時間を一緒にしたりしている。また、レクリエーションなどで、孤立しないよう職員が場を取り持つよう心掛けている。		
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	隣接する施設に入所されて後も、入居者と一緒に面会に行ったり、イベントに招待し参加して頂いている。		
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	本人との時間を設け、希望や意向の把握に努めている。「私の思い」というファイルにまとめ、職員が共有でき、いつでも確認できるようカウンターに置いている。困難な場合は、表情からくみ取るよう心掛けている。	個別に作成してある「私の思い」ファイルをカウンターに置き、利用者に聞いて確認したことや、表情などでの職員の気付きをその都度記録し、職員間で共有している。	
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	ご本人やご家族にこれまでの生活歴を尋ねたり、ケアマネジャーからこれまでの経緯などを伺い、状況の把握に努めている。		
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	介護日誌や支援経過に本人の様子やケアの内容を記録し、職員間で情報共有し、統一したケアが行えるように努めている。		
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	ご家族の面会時に時間を頂き、現在の状況の説明を行い、今後必要とされるサービスの説明を行い、ご家族からも要望を伺っている。それらをもとにカンファレンスを行い、介護計画を作成している。	介護計画は、半年ごとに家族等必要な関係者が参加する担当者会議を開催し、担当職員全員が関わって作成している。楽しみ事や役割をとりいれた暮らしに反映できる介護計画が作成されている。	
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	介護日誌に、日々の様子や気づきを記入するようにしている。カンファレンスノートを作成し、気付いたことを記入し介護計画の見直しに活かしている。		

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
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	ご家族と一緒に食事に出かけたり、外出・外泊などに対し柔軟に対応している		
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	利用者と一緒に、近所の店に買い物に出かけている。天気の良い日には、ドライブをして季節を感じて頂いている。近所で飾りつけを行っていた夜のイルミネーションの見学にも行き、楽しんでいただいている。		
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	契約時に説明し、かかりつけ医を継続または場合により法人の医師に変更している。法人以外の病院を受診する場合は、ご家族と一緒に看護職も同行させて頂き情報の共有が出来るよう支援している。	利用開始時に説明をし、かかりつけ医への受診と協力医療機関の受診を並行して実施している。かかりつけ医への受診には家族と一緒にホームの看護師も同行している。医師とは同行した看護師が情報のやりとりを行っている。	
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	「看護と介護」の情報交換ノートを作成し、その他詳細は個人の支援経過に記録することで情報の共有を図っている。		
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、看護サマリーを作成している。面会時に病院側から情報を頂いている。退院時にはご家族・病院関係者と連携し、退院に向けて情報の共有に努めている。		
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	重度化する前から終末期に向けてどうしていきたいかご家族に確認している。重度化した際に速やかに医師から状況説明をしていただき、今後の対応について話し合いを行い、情報を共有し「主治医・看護・介護」のチームで支援に取り組んでいる	看取りを行う事業所であり、契約時に説明をして同意を得ている。状況を見て早めに主治医に相談して家族等と話し合いを行っている。看護師が中心となって内部研修を行う。外部研修をうけて、内部に伝達研修をしている。	
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	勉強会を実施している。外部研修や施設内研修を行い速やかに対応できるよう努めている。		

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
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	災害時マニュアル・緊急連絡網を作成している。日中・夜間を想定し避難訓練を行っている。その際、消防署や地域の消防団の協力をいただいている。	消防署・消防団との訓練を年1回、法人での避難訓練を年3回、他に夜間通報訓練を年1回行っている。災害に備えた備蓄品を、法人と合同で備えている。	
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	日常生活の中で、本人の自尊心を傷つけないよう心掛けている。利用者の言葉やしぐさをしっかりと受け止め対応できるよう心掛けている。	人生の先輩であることを常に意識した言葉づかいをするよう常に注意している。内部研修を実施し、人権尊重や守秘義務について学んでいる。	
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	日常の生活の中で、利用者の会話やしぐさから気持ちを汲み取るようにしている。表現の難しい利用者には、選択肢をあげて意思決定していただいている。		
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	一日の流れは決まっているが、その時々々の体調や希望により臨機応変に対応している。		
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	利用者に伺いヘアカットをしている。化粧水やクリーム、シャンプー、リンスなど使い慣れたものを買い物時に購入している。		
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	食材切りをお願いしている。メニューの話をしたり出前で食べたいものなどを聞いたりしている。食後は、食器拭きやテーブル拭き等それぞれが出来ることを手伝っていただいている。	配達された食材を事業所で一人ひとりに合わせて調理をしている。利用者はそれぞれの能力に応じて、テーブル拭きや食器拭きなどを行っている。職員と一緒におやつ作りなどを楽しんでいる。	
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・水分量を記録し、食事が進まない方には代替えを用意し召し上がっていただいている。		

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
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、口腔ケアを行っている。訪問歯科にて口腔内の状態を診て頂き指導を受けている。		
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	排泄チェック表に記録し、個々の排泄パターンを把握。事前に排泄の声掛けすることで失禁を少なくしていけるよう支援している。	排泄チェック表からひとり一人の排泄パターンを把握し、声掛けをしてできるだけトイレでの排泄を促している。個別で足台を作成してトイレでの座位が安定した利用者もいる。	
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	排便の状態、形状など記録している。必要に応じ乳製品を多く取り入れたり、主治医に相談し下剤の調整をしている。		
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	午前・午後・シャワー浴等、一人ひとりの希望や体調に合わせている。希望者は毎日入浴されている。	入浴は利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。個浴と機械浴、広い浴場を供えており、好みや気分で利用できる。ゆず湯、菖蒲湯で季節感を味わえるよう工夫している。足ふきマットは一人ひとり替えている。	
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	個々の体調を見ながら、日中も自由に休んでいただいている。室内の照明、室温に注意しながら気持ちよく休んで頂ける様支援している。		
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	服薬の変更があったり、追加処方があった場合などは、看護職との連携ノートにより確認し、薬の説明書を見て理解している。内服時は、個人を確認し、手渡しで飲み込むの確認している。		
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	それぞれの好きなこと(カラオケ・散歩・談話)等を把握し、職員が声掛けし楽しんでいる。		

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
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	買い物・外食・遠足・散歩等外出し楽しめる機会を設けている。利用者より希望があれば、ドライブに出かけたりしている。	近所へ買い物に出かけたり、天気の良い日には散歩やドライブを楽しんでいる。花見などの恒例の外出と共に夜のイルミネーションを見に出かけて大変喜ばれた。	
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	基本的に事務所で管理している。自分で小遣いを管理しておられる方は、外出時は見守りにて自分の好きなものを購入し支払いされている。		
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	希望があればご家族に電話をしたりしている。ご家族からの電話をおつなぎして会話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	季節の花を飾ったり、季節ごとに壁紙や居室かざりを作り写真なども飾っています。	観葉植物のたくさん置かれたサンルームは利用者の憩いの場として喜ばれている。職員はアイランドキッチンから利用者と交流を図ることができ、利用者が手伝いをし易い造りになっている。居間(食堂兼)は温度や湿度、換気の管理が行き届いており、気持ちよく過ごせる場所になっている。	
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	サンルーム、こたつなどで談話しながらゆっくり過ごしたり、滑車運動、フットマッサージ機を利用したり、和室でアロマフットマッサージを行ったり自由に過ごしていただいている。		
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	冷蔵庫やテレビを設置されている方、外出時の写真や家族の写真を飾っておられる方等、様々に落ち着いた空間になるよう工夫している。	居室にはエアコンやベッド、カーテン、整理たんすなどが備え付けられている。利用者は、使い慣れたものや、好みのものを持ち込めるようになっている。家族等の写真や使い慣れた物入れを置いて、居心地よく過ごせる部屋にしている。	
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	状態に応じベッドや家具の位置を変えたりし、安全に配慮し自立した生活が送れるよう工夫している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 認知症高齢者グループホーム 和みの家

作成日 令和 元年 8 月 13 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	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	重度化及び終末期に向け、現在の外部研修や内部研修の他、利用者個々の対応の仕方や、ご家族への接し方等、職員間で共有できるように努め、アロママッサージを行いながら、リラックスして頂き、不安のないよう、寄り添った介護を行えるようにする。	<ul style="list-style-type: none">外部研修や内部研修の継続重度化や終末期となった利用者個々の対応の仕方をまとめ、共有する事で統一したケアを行う施設の「主治医・看護職員・介護職員」の他、法人の看護師とも情報を共有し切れ目のない介護を行う重度化や終末期となった利用者のご家族様への対応の仕方を共有するアロママッサージを行い、「血流やむくみの改善」に取り組み、スキンケアを行う事でリラックスして頂き、不安を払拭できるような介護を行う	12ヶ月
2	49	日常的な外出支援	今までよりも、外出の機会を増やす	<ul style="list-style-type: none">利用者の声を聞きながら、散歩やドライブ、買い物、遠足などの外出の機会を増やしていく他部署と連携し、一緒に外出する機会を設ける	12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。