

### 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	2391500127		
法人名	(株)名東介護センター		
事業所名	グループホーム エム・ケア名東 3階ユニット		
所在地	愛知県名古屋市中区東区高間町43		
自己評価作成日	平成26年1月20日	評価結果市町村受理日	平成26年5月21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26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)】**

医療連携体制が整っており、認知症が重度化し終末期に入った利用者を医師・施設長・看護師・介護士が連携良く役割を持ち最期までケアしている。施設内には中期～後期までの認知症の利用者がそれぞれのレベルに合ったケアを受けながら生活しており、職員のケアの違いによる利用者の混乱をケアプランや申し送りなどにより減らしている。職員のレベルアップを図るため毎月1回の職員会議・研修会を自由参加で開催。参加率は高く職員の知識習得への意識は高い。2011年の開設時より、認知症の病態・終末期の様子など多くの利用者から学んだ実践を基盤に施設全体の認知症ケアはまとまりがある。過剰な投薬をせず、薬に頼らない認知症ケアをモットーとしており、利用者の周辺症状の出現率も低く(認知症の進行は否めないが)、全体的に落ち着いて暮らせている。夜間、眠剤投与なく、ほとんどの利用者が安眠できているのも特徴。家族の面会も大変多く気軽に出入りいただき、情報交換が常に施設長と行われている。

**【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)】**

「共に生活(いきる)」という理念を軸に、5つに分けて支援に努めている。1、排泄では、尊厳を守りおむつにしなければならない根拠。2、食事では、ひとり一人の食材の量、大きさ、姿勢、速さ(時間)、調理の形状(きざみ、トロミ)、嚥下障害の有無、食事中の声掛け、摂取介助、などを詳細に指示書にまとめ、評価しながら支援を行っている。3、入浴では、入居者の希望の時間帯で入浴できるように努めている。4、ケアは、センター方式を活用しでは、職員のケアの統一を行い、認知症である入居者を混乱させない。5、看取りでは、終末期には看取り計画を立て、医師、施設長、看護師、職員がチームとなり、連携しながら本人の意向に沿った人生の最期を迎えられるよう支援に取り組んでいる。施設長を要に「エム・ケア名東」の職員は、職員同士繋がりをもち、事例検討、フリートークなど意見交換、話し合いを行いながら、理念に沿った支援に取り組んでいる。

**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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	施設の理念は「共に生きる」であり、研修や会議にて職員で確認し合い、利用者の生活が活きるようアセスメントしサービスにつなげている。	「共に生活(いきる)」という理念を職員は理解している。センター方式を使用して、アセスメントを行っている。寝付けない入居者には、職員が居室で付き添いで支援するなど、理念に沿った支援に取り組んでいる。	
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	ボランティアに来て頂いてるフラガール、和太鼓、民謡、カラオケ、マジックを地域の方が披露して頂き、一緒にお茶をしたり、踊ったり、歌ったりしている。	町内会に加入している。近隣住民は、グループホームの存在を理解し、散歩時は声をかけてくれる。地域住民が老人会の人達と共に自家栽培した作物を差し入れしてくれる。小学校の運動会の見学では、席の用意がある。	
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	施設長は、いきいき支援センターの「認知症介護教室」で認知症ケアの講義を行っている。施設での事例を挙げて実践内容を講義している。		
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	2ヶ月に1回、運営推進会議を行い、利用者の生活やレクリエーションの様子、職員会議等の内容、運営状況の報告を行い、活発な意見交換をしている。	行政、家族、入居者の参加がある。30分程度運営の発表、看取り、研修の報告、事例の発表(家族同意の上)を行っている。認知症の人と関わり合いたいと、年2回家族と入居者の食事会を行っている。	
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	区が開催した講習に職員が参加したり、施設長が「認知症家族教室」で講義を行っている。名古屋市役所、名東区役所に相談し、情報交換を行っている。	市役所へ更新時に訪問した際、業務相談をしている。介護保険課へは電話で相談をしている。いきいき支援センターの講習会は職員が順番で参加し、施設長は年2回いきいき支援センター内で認知症の家族講習会の講義を行っている。	
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	施設の出入り口は夜間は鍵をかけ、日中は鍵をせず出入りが自由。身体拘束の研修を行い、伝達して理解している。身体拘束を行ったことは、一度もない。	年間研修の計画に拘束についての勉強会を行い、拘束をしない為の努力をしている。事例検討、尊厳をどう守るか、薬に頼らない支援、認知症の人の尊厳を守る為の根拠など話し合いをおこなっている。入居時には、不穏な状態が続いた入居者が、主治医と連携を取りながら、向精神薬をなくす支援を行い、状態が安定し心穏やかに生活することが出来ている事例もある。	
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	施設内研修にて勉強し、理解している。スピーチロックについて話し合ったり、日々の中で職員同士が声をかけ合い、注意し合い、相手の立場を考えている。		

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
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	利用者に成年後見制度を利用している。手続き等の手伝いをしている。		
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	契約は施設長が行う。身元引受人へ契約内容や重要事項の説明を十分に行い終末期についても親族の希望を聞いている。質問があれば当日でなくいつでも気軽にお寄せいただけるよう話をしている。		
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	運営推進会議にて運営状況を報告し、意見を頂いている。玄関には意見箱を設置し内外からのご意見をいただける体制を整えている。	家族の面会は頻繁にあり、その都度意見を聞き取っている。家族来訪時には出来る限り施設長が直接話を聞けるようスケジュールを合わせている。	
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	毎月の職員会議ではフリートークの時間が設けられ活発な意見や提案が交わされている。運営に関する意見は可能な限りその場で施設長が回答している。ケアに付いての意見はケアプラン等に反映されている。	月1回の職員会議で、フリートークの時間を設け、職員が自由に発言できる場がある。備品の保管場所、配分の仕方、調理器具の清潔保持のやり方、機械浴の入浴方法、災害時の避難場所指定にはどうか、など様々な意見があり、運営の反映に努めている。	
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	年末年始に勤務した職員に特別手当、職員会議への時間外手当など通常外の手当てを出し職員のやりがいにつなげている。毎月の研修参加者全員に夜食が配られ参加者への労いがされている。		
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	認知症ケア学会で施設内の看取りケアの発表をしている。職員は施設長より日々指導を受けトレーニングし、内外研修に参加している。		
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	外部研修にて同業者と交流あり。併設する小規模多機能の開放日のポスター配りにて他事業所とも情報交換をしている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	センター方式を使用し、利用者のできること、できないことを把握しケアプランを作成されている。職員はサービス担当者会議にも参加しご家族の意向等も直接聞く機会を持っている。		
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	センター方式を使用し、今までの一日の過ごし方や今までの人生をどのように生きてこられたのか、ご家族に記入して頂き、ケアに繋げている。		
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	本人の健康状態や行動の変化、認知症の進行などがあった時は施設長より随時・詳細に家族へ説明・報告がなされている。		
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	施設の理念「共に生きる」を職員全員が理解しケアしている。アニマルセラピーとして利用者と職員で猫を育てている。		
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	家族が相談・質問がある際は窓口は一つで施設長が受けている。家族が施設に泊まったり、いつでも面会できるよう協力している。		
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	施設へは毎日多くの面会者が訪れており、ペット同伴面会もある。親族が集まる法事などに利用者も参加できるよう送迎の支援もサービスしている。	家族、知人の来所が毎日多数ある。冠婚葬祭は家族対応で行っている。百貨店での買い物、喫茶店の馴染みの場所の支援を行い、年賀状、電話の支援も行っている。又、新たな馴染みの場所として、同法人小規模多機能で飼育している、猫を見に行く日課もできている。	
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	気の合わない利用者同士を職員が把握し、認知症同士による勘違いの争いにならないよう職員が支援する。		

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	施設よりお見送りした利用者の通夜・告別式に参列させて頂いている。代表者は初盆にはお供えをしている。		
<b>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</b>					
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	認知症により要望を表現できない利用者へも日々の行動から言葉に出ない想いをくみ取り、それを記録、職員同士で情報交換し真の要望を想像したりするようしている。	センター方式を活用し思いや意向の把握に努めている。気づき、様子の変化について話し合い、申し送りノートで伝達し、情報共有を確実にしている。入居者の本人本意の思いは事例で話合っている。スプーンの大きさひとつで食事の量が変わるなど、職員の気づきから、日々支援の方法を工夫している。	
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	センター方式を活用し家族より利用者がどのように暮らしていたか聞き、ケアプランに取り入れ実践し一人一人に合った生活をしている。		
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	毎日、入浴・排泄・食事・健康状態の様子を記録している。問題があればすぐ家族報告の上、適宜プラン見直しを行い変更内容を職員へ伝達している。		
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	サービス担当者会議を6ヶ月に一回は開催している。本人・ご家族・介護職員・看護職員で話し合いケアプランを作成している。ご家族の参加率は100%であり施設とのコミュニケーションは良好。	半年に1回家族、入居者、看護師、出勤職員で担当者会議を開催し計画の見直しを行っている。契約時に、担当者会議の家族参加の必要性を説明しているので毎回家族の参加がある。また、入居者の状態に変化があれば、その都度計画を改め、その際の担当者会議にも家族の参加がある。	
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	センター方式用紙を介護記録としている。毎日、入浴・排泄・食事・健康状態の様子を記録している。気付きは同じ記録用紙に記入したり、職員同士で話し合い、伝達・報告し実践している。		
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	一人一人の日常の行動や身体状態に変化があればご家族へ連絡し、ご家族の意向を確認している。		

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	運動会や盆踊りに参加し、ボランティアの慰問に来て頂いたりし、地域の人とコミュニケーションを図っている。		
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	施設の主治医は24時間対応している。日常の健康状態は看護師が医師と連携して管理している。また主治医の紹介状により専門医への受診の案内や付き添い、往診の手配も施設で行っている。	協力医は2週間に1回の往診がある。24時間対応で支援を行っている。他科受診は事業所対応で支援を行っているが、家族対応の申し出の場合もある。協力医と連携をとる為、看護師、職員は入居者、全体を把握できるよう連携をとっている。	
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	看護師は週の半分以上の勤務をしており健康管理は詳細に行われている。異常があれば施設長へ報告がされ都度、家族・医師に報告相談ができています。		
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。	主治医からの情報提供書を持参し入院時には病院へ利用者の情報を的確に伝えるため施設長が付き添う。施設長が入院後も家族の要望等を病院側へ伝える役割を担い、的確に治療を受け退院ができるよう支援している。		
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	入居時に本人・家族へ終末期の看取りケアについて時間をかけて説明している。重度化する前に家族へ状態を報告し、医師と密に連絡をとっている。看取りケアを実践し多くの事例も持っており利用者は全員が施設での看取りケアで契約を終了している。	入居時にホームでの看取りの体制がある旨を説明している。家族には、終末期の方針について親族全員と話し合いを行ってほしいと提案している。終末期には、看取り計画を立て、主治医、ホーム看護師3名、職員全体で連携をとり最後まで本人本位をチームで検討している。	
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	昼夜職員は緊急時対応マニュアルに従い、連絡相談をしている。施設内にはAEDも設置され定期的に使用方法も研修されている。		
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	名東消防署、新日本コーポレーションの職員より避難訓練・消化訓練・通報訓練を利用者も参加し年2回行っている。AEDの使用方法も学んでいる。	年2回、火災想定で非常階段の前まで避難をする訓練を行っている。防火管理者となっている為、消防署の会議に参加している。福祉避難所として、市に登録をしている。事業所備蓄の他に40人分の、確保がある。又、消防署訓練でAEDの使用方法を学んでいる。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	居室へ入る際はノック、声掛けを行っている。居室整理は利用者と職員で一緒に行う。呼び方についても家族の希望も兼ねて会議にて話し合い、その人に適した合った呼び方を職員で統一している。	入居時に、家族に確認して入居者が認識できる呼び名で呼んでいる。言葉かけ、会話の馴れ合いになり、言葉が乱れ合った時は、振り返りの機会を設けている。居室への入室時にはノックをして声掛けを行い、プライバシーの確保、尊厳を損ねないように支援に努めている。	
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	入浴を希望された時は、夜間入浴も含め自由に入浴している。重度の認知症の方は食事や排泄は表情や行動をみて、適宜案内をしている。		
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	天気がいい日は希望した利用者を外出や喫茶店へ行く。施設周辺を散歩は春秋は日常で職員は積極的に奥外へお誘いをしている。		
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	ウィッグ(かつら)使用している利用者は入浴時に専用の洗剤を使用し洗い洗淨している。その際、自尊心を傷つけないよう声かけには十分な配慮をしている。2ヶ月に1回、訪問理美容を利用している。		
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	一人一人に食事指示書があり、摂食嚥下についての評価を定期的に行いキッチンに貼り個別ケアしている。希望者には野菜ジュースやヨーグルトドリンクなどの購入の手伝いも行っている。	調理専任の職員が旬の食材を選び、季節に合わせた献立を決めている。2年に1回管理栄養士に指導を受けているが、バランス良い献立と、評価がある。調理は入居者と共に行っている。正月、ひな祭りなどの行事には、おせちなどの行事食である。	
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	外部研修にて同業者と交流あり。開放日のポスター配りにて情報交換をしている。		
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	毎食後に個別に一人一人に合った口腔ケアを行っている。認知症により抵抗される方も場合もタイミングを十分に見計らい口腔ケアへの援助をしている。		

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
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	利用者ができるかぎり便器で排泄できるよう支援している。一斉のトイレ案内はしておらず、個人排泄の様子を看護師中心に把握ししっかりと便器排泄できるタイミングをねらって案内をしている。	一人ひとりアセスメントをして、職員がタイミングを把握し、個々に合わせてトイレ案内を行っている。利尿剤を処方した入居者のことは職員に伝達し、トイレ案内のタイミングを把握しながら、水分は通常の倍の摂取で支援している。状態に合わせて紙パンツに変更する。パットの重ね使いはしない。汚染時はトイレで洗浄し、清潔な物と交換している。トイレは清潔管理の場と言う方針である。	
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	看護師が管理を中心に行っている。水分や運動を促し、自然排便ができるよう努めている。排便のため水分摂取には施設全体で力を入れ、十分な飲水を提供している。		
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	日中、時間はいつでも入浴できている。お風呂好きな人は希望時には入浴している。一人一人に合った入浴しており、夜間入浴も自然な流れでできている。	希望する時間帯、夜間帯に入浴する事が可能であるが、介助が必要な場合は昼間帯で対応している。2階の浴槽の湯は入れ替えを行い、3階は足湯で対応している。2階浴室は車いす対応である。入浴拒否の入居者には、相性の良い職員の声掛けで気分よく入浴できるように工夫し支援をしている。気の合う入居者同士の入浴は可能である。入浴後の水分補給の支援、足拭きマットは個々で交換し支援を行っている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	夏布団、冬布団と季節に合った寝具を使用している。特に車椅子使用者は座りっぱなしにならないよう、日中ベッドに横に慣れるよう案内移乗介助をしている。		
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	医師からの処方薬を薬剤師がセットし、指示通り内服できるよう看護師の指示のもと介護職員が嚥下まで確認している。		
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	本人の好きな食べ物を職員が付き添い外食し、馴染みのデパートで買い物したり外出・ドライブ・散歩を一人一人に合わせて行っている。		
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	家族と外出為の支度や手配を行っている。盆踊りや地域の運動会の見学に行っている。桜の咲く頃は利用者全員が桜を観ることができるよう支援している。	全員参加の外出は、愛知牧場、名古屋城の花見見物などへ行き、その際、ユニットごと、認知の進行具合で分けての外出になる。家族参加は可能である。看護師も同行で支援している。日常は買い物、おやつを兼ねて喫茶店などの外出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	身元引受人より本人にお金を持ってもらうことで、安心している。外出する際は施設で預かっているお金から出している。		
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	利用者の兄弟・姉妹より電話があり、利用者本人と話せるよう支援している。絵手紙教室の先生から教わった葉書を家族にお渡ししたりもしている。		
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	施設では猫を飼育しており、利用者が可愛がっている。華美になり過ぎないように検討しつつクリスマスツリーや正月の門松・タペストリーなど季節感を感じていただけるよう工夫している。冬は床暖房により心地よい暖かさで生活していただいている。	共有の場には、3畳の畳コーナーがありこたつが置かれている。ソファ、空気清浄器の設置がある。加湿は日常の加湿のみで、過度の加湿はカビの原因となる為設置はなく、時間を決めて空気の入替えを行っている。その際、入居者には上着、膝掛で寒さ対策を行っている。朝、晩は気温などに配慮して臨機応変で対応している。	
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	こたつやソファの設置により共有空間も小さなグループができている。居室で過ごす利用者への安否確認もさりげなくしている。認知症同士のトラブルも事前に察知し、気分転換やグループの解散を職員が行う。		
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	居室にマッサージチェアを置き看護師が付き添い使用してもらっている利用者もいる。自宅から馴染みの絵画や椅子を持ち込んでいる利用者もあり、自宅との大きな差をなくす工夫をしている。	洗面台、カーテン、ベット、エアコン、手すりの設置がある。入居者が自宅で使用していた馴染み深い写真、タンスなど好みの物を持ち込むことができる。入居者担当制である為、清掃、週1回のシーツ交換、衣類の確認のチェック表があり、支援に努めている。	
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	利用者は施設内の家事を自然な形で集合し積極的に行っている。洗濯機から衣類が出れば職員が声かけせずとも椅子に座っていた利用者が数名立ち上がりハンガーを使用し綺麗に干したりしていただいている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム エム・ケア名東

## 目標達成計画

作成日: 平成 26年 4月 18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	1	「共に生活(いきる)」という理念の理解を深め、日々のケアをおこなひましょう。	・精神・身体状況をお一人ずつ、しっかり把握しケアをしましょう。 ・認知症の人にはできることだけしていただきできないことはさせません。	・施設内研修に今まで通り参加して学習し認知症ケアをしましょう。 ・センター方式や記録を用い、お年寄りの状態を都度把握しましょう。またケアプランも熟読しましょう。	12ヶ月
2					ヶ月
3					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、行を挿入して下さい。