

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	0892600016		
法人名	社会福祉法人 豊潤会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 ゆたかな郷	ユニット名(1ユニット)
所在地	〒319-2103 茨城県那珂市中里1184-1		
自己評価作成日	平成 30年 12月 21日	評価結果市町村受理日	平成31年4月26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_2018_022_kihon=true&JlgyosyoCd=0892600016-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成31年2月21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)】

・小規模多機能型居宅介護と併設されているため、グループホーム以外の方との交流もあり、いろんな行事でかかわることができます。また、併設する小規模利用からグループホームへの入居となっても急激な環境の変化で混乱することもなく、ご利用者同士や職員との馴染みの関係により、ご利用者様の精神的な負担が少なくご家族様も安心していただけます。平成22年9月からもん学学習療法を取り入れ8年がたちます。「読み書き」「計算」を用いた学習を行うことで認知症の予防、改善につながるよう継続的に支援しています。平成24年10月からはフットケアを取り入れ、入浴拒否がある方やむくみのある方の改善、予防、清潔保持のために実施しています。行事としては、年間計画を立て季節行事をはじめとして、月1回のフラワーアレンジメント教室、暖かい季節には、外食、買い物、遠足など積極的に外出できるよう利用者様のご意見をお聞きしながら実施しています。

【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)】

事業所は運動公園に隣接し、春は桜、冬には白鳥などの水鳥の飛来が楽しめるような自然豊かな場所に立地している。
職員は笑顔で支援に努め、那珂市の最高齢者が入所している。
認知症カフェを開催したり、夏休みには小学生を対象とした、認知症サポーター養成講座を開催するなど、地域との交流を積極的に行っている。
病状に著しい変化が生じた場合には、同一法人の特別老人ホームへの入居が出来るようにも配慮されている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	施設に理念を掲示し、毎週月曜日の朝礼時に唱和することで共有・意識づけとなり、理解を深めることで実践に繋げている	職員は毎週月曜日に理念を唱和し、意識付けをするよう繰り返し実施している。笑顔で利用者の支援に努めるとともに、迷ったときは理念を思い出すようにしている。	
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	くもん学習療法やレクのボランティアなど、地域の方の参加や認知症カフェを開催し、地域とのつながりを行って日常的な交流を図っている。	事業所で定期的に認知症カフェやくもん学習療法を開催し、地域住民も参加している。同一法人の保育園児とクリスマス会や敬老会で交流をしている。	
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	月に一度(第一日曜日)近隣団地のごみ拾いに参加している。地域包括支援センター主催による認知症サポーター養成講座を開催することで地域住民や子供たちへ認知症について学ぶ機会を作っている。		
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か月に1回開催し、利用者や家族、地域の方、行政の方々に参加していただき、事業所の取り組みや利用状況、施設の事故報告、地域の情報収集を行っている。	家族等の代表や利用者、市職員、地域包括支援センター職員、民生委員等が参加し、定期的に開催している。委員からは利用者の地元での散歩や外出先、行事等への助言を得ている。	
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	市担当者が運営推進会議のメンバーに入っており、2か月に1度利用状況や取り組みについて報告しながら相談・協力を得ている。	運営推進会議に出席の際に情報交換するほか、高齢者ネットワークに3ヶ月に1回参加している。管理者は窓口にも訪問し、常日頃からコミュニケーションを図っている。	
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	スタッフ会議等で身体拘束について学び、理解を深めている。但し、朝・夕の送迎時など、人の出入りが多い時間帯には、利用者様の安否と防犯のため時間を決めて施錠している。	常に職員同士で身体拘束をしないですむケアに努めているとともに、日々の支援の中で生じた疑問点等をスタッフ会議で検討、確認して拘束の無い支援に努めている。朝夕の送迎時など、車の出入りが多い時は玄関の施錠をしているが、家族等から同意書は得ていない。	家族等に状況を説明し、同意書を得ることを期待する。
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	スタッフ会議等で高齢者虐待防止について学び、職員間で話し合う機会を設けて防止に努めている。言葉遣いや関わり方など、常に職員間で気を配りながら注意・指導を心掛けている。		

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	活用されているご利用者様もおられるため、折に触れて学び、また必要性の高いご利用者様に関しては、情報を提供し、関係者と話し合いを持つ機会を設けている。		
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	契約や解約の際に不明な点を確認し、また本人やご家族様の不安や悩み事などをお聞きしながら安心してご利用いただけるよう配慮している。		
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	月1回の生活懇談会を行い、ご利用者様からのご意見、ご要望をお聞きし、ご利用者様が過ごしやすいよう環境整備を行っている。また、ご家族様からご要望などがあれば随時対応を心掛け、信頼関係の構築に努めている。年1回の家族交流会で職員との交流を通じて、忌憚ないご意見やご要望をアンケート形式でいただき、運営に生かしている。	重要事項説明書に、行政などの外部相談窓口を掲載するとともに、玄関に意見箱を設置している。家族交流会時にアンケートを実施し、出た意見を広報誌に掲載している。利用者とは月1回生活懇談会を実施して意見を聴いている。	
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	月1回のスタッフ会議を行い、施設の利用状況を報告し、運営に関する理解と協力を得ている。会議以外でも意見が出た時には、検討し施設運営に役立て、職員からの要望、意見は小さなことでも生かせるよう努めている。	日頃からコミュニケーションを図り意見を聴くとともに、職員会議時や職員面接時にも話を聴いている。様々な提案があり、出来ることについては即日対応できるよう努めている。	
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	資格取得に応じて資格手当や試験のための交通費を支給している。随時リフレッシュや職員間の交流の機会を設けている。職員のスキルを加味しながら、レベルにあった役割を与え、責任と自信に繋がられるよう働きかけている。また、年に1度面接を行い、不安や不満を聞く機会を設け、職場環境整備に心がけている。		
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	職員一人一人の能力を加味し、キャリアによつての研修受講を図り、やりがいや士気を高め、ケアの質の向上に努めている。また、施設内研修では、職員が担当し、自ら学んでほかの職員に伝えることで、知識、技術の習得を得ている。		
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	市内のグループホームへの相互訪問を通じて、施設見学や利用状況の報告や意見交換を行い同業者との交流の機会を設けている。		

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
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	サービス利用前の面談時に、現在困っている事や希望などを本人から伺いながら関係を築けるよう努めている。普段の生活や会話の中から、本人の抱える不安や悩みに気付いて支援に繋げていけるよう、個々に親身になって耳を傾けている。		
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	併設する小規模多機能型居宅介護を利用していた方が入居される場合が多い事から、顔馴染みの関係性を作りやすいが、改めて終末期を含めた入居後の生活に対する意向を伺い、家族が出来る事は継続していただきながら、不安や介護負担の軽減を図れるような対応を行っている。		
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	入居するにあたり、希望した時にすぐに入居出来ない場合が多い事もあり、併設する小規模多機能型居宅介護のサービス内容を説明する事で、家族の介護負担を考慮しながら選択肢を増やせるような対応を心掛けている。		
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	普段の生活において、利用者から経験豊富な知恵や技術を学ばせていただく事が多く、貴重な意見として尊重している。季節ごとの料理や風習、野菜作りで意見を反映する事もあり、生活の向上に努めている。		
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	職員と家族との交流が少ない事もあり、小規模多機能と合同で「家族交流会」を企画・開催し、職員と家族が一緒に作った料理を食べたり、家族から利用についての意見を伺ったりしている。年末の大掃除では、職員と家族が意見や知恵を出し合いながら協力する事で、関係を深めている。		
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	施設へ利用者様の親しいご友人や近所の馴染みの方が面会に来られる事もあるため、面会場を設けるなど関係が途切れないような雰囲気作りを職員一同で心掛けている。本人の希望に合わせて、馴染みの方に電話が出来るよう支援している。	入所前の相談時や入所時の聞き取り調査を行なっている。疑問点が生じた場合には家族等より聞き取りを行って理解に努めている。希望に応じて知人に電話をかけたたり、自宅や買い物に行く、新聞の定期購読をするなど、これまでの関係や暮らしが継続できるような支援を行っている。	
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	孤立しないよう気の合う利用者様同士の座席を近くにしたり、レクリエーションを通じて交流を図れるような配慮をしている。		

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	退所した場合、次の事業所病院の担当者に引き継いでいるケースが多いが、本人と家族からの希望があればその都度相談に応じている。		
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	本人とよく話し合い、生活に対する希望や意見があった際には、以降の把握に努め快適な生活を送れるよう配慮している。	日々の会話や支援を通じて、表情や動作からよみとったり、生活懇談会を通じて得た情報を記録し、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	入居時、本人や家族との面談にてこれまで及び現在の暮らしについて話を伺いますが、入居後は各利用者に担当職員を決める事で、細やかな支援と情報収集が行え、職員間での情報共有と把握に繋がっている。		
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	一人ひとりの体調やペースが異なるため、一人ひとりの生活リズムを把握するためにも、一日の様子を記録したり朝礼やスタッフ会議内で話し合うなど、その人らしい暮らしが出来るよう職員全体で支援している。		
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	計画作成担当者を中心に、担当職員それぞれが把握している利用者の状況を確認しながらアセスメントを行い、本人や家族からの希望や意向を聞いたり、スタッフ会議等にて情報交換をしながら、本人と家族の要望に沿った介護計画の作成に努めている。	毎月モニタリングを行い、職員間で話し合い介護計画を作成しているが、会議録に記録を残すのみで介護計画と一緒に管理するまでには至っていない。基本1年で見直しを行い、利用者の状況等に変化があれば随時見直しを行っている。	モニタリングの結果を記録できる書類を整備するとともに、介護計画書を一緒に管理することを期待する。
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	普段の会話や生活の様子から、どんなに小さなことでも職員間で検討・共有したり、本人と家族との相談内容を反映したりしながら良いケアに繋がるようにしている。		
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	小規模多機能型居宅介護を併設しているため、すぐにグループホームに入居出来ない方に小規模多機能サービスを紹介し、本人の生活環境を支えたり家族の介護負担を可能な限り軽減できるよう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	行事等で社協のボランティア講座を利用して、地域の方々との交流の場を楽しむ機会を作っている。		

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
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	本人や家族に相談して納得や了承が得られた場合、本人の病状や健康状態を考慮しながらかかりつけ医への定期的な受診が出来るよう支援し、緊急時の受け入れ態勢を築けるよう努めている。家族の付添が困難な場合には、通院介助・送迎サービスを行い定期的に適切な治療が受けられるよう支援し、受診内容に変更がある場合のみ家族へ報告している。	契約時にかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。かかりつけ医へは基本家族が付き添うことになっているが、職員が有料で付き添ってもいる。医師とはバイタル一覧や受診ノートを持参して、情報のやり取りを行っている。	
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	日々の体調の変化等が利用者にもみられた場合、まずは常日頃から関わっている施設の看護職員に相談したり指示を仰いだりして健康管理に努めている。訪問看護ステーションと提携しながら、週1回利用者の健康状態を報告、相談の上見ていただくなど、十分な支援体制を整備している。		
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。	早期退院に向けて、再び施設に戻り生活出来るよう病院のソーシャルワーカーとの情報交換や相談を行いながら、必要時には退院後の生活に向けての生活指導を受けに行くこともある。面会されている家族から本人の状況を伺い、退院に向けての調整に必要なカンファレンスに出席するなどスムーズな受け入れ態勢を確保している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	「重度化対応及び終末期対応における指針」を利用契約時に本人と家族等に説明し、意向を確認の上同意を得ている。	重度化や看取りに関する同意書があり、看取りを行う事業所であることを説明し、同意を得ている。状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと、段階的な合意を行なっている。職員は年1回内部研修を行っている。	
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	施設内の勉強会において、年間計画として緊急時の対応・応急手当・感染症対策等の手順を職員全体で学んでいるほか、外部研修で学んだ職員が中心となり、スタッフ会議で勉強会を開催するなど、施設内での緊急時に備えた対応方法を実践しながら学んでいる。		
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	毎月避難訓練を実施する事で、避難経路の確認や対応方法を身に付けている。平成30年度は消防訓練8回実施。(1月時点) 夜間建物火災想定 2回 夜間建物火災想定(消防署立会) 2回 地震想定避難訓練(地域協力) 1回 防犯訓練 1回 夜間招集訓練 1回 水害避難訓練 1回	夜間や地震、水害等を想定した避難訓練、防犯訓練を年8回行っている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。近隣住民へは呼びかけを行い、運営推進会議に出席している委員の協力を得ている。	

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	利用者様の気持ちや思いを考えて、尊厳と尊敬の気持ちで言葉かけを行っている。掃除などで居室に入る際は一言お断りして入室する。また、排泄時や入浴時はのプライバシーに細心の配慮をしている。	入浴時や排泄時においてはさりげない声かけや、入室時には必ずノックして入るなど、プライバシーに配慮している。個人情報に関する同意書があり、書類は事務所の書棚に保管している。人権尊重や守秘義務について年1回内部研修を行っている。	
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	月1回の生活懇談会を行い、ご利用者様からのご意見、ご要望をお聞きし、ご利用者様が過ごしやすいよう環境整備を行っている。日々の生活の中で一人一人の思いをくみ取れるよう、じっくりお話を聞くよう努めている。意思決定の困難な方は選択肢を提示して、出来る限り本人の希望に沿うよう支援している。		
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、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、お茶、入浴などの時間は生活の流れとして決めてあるが、本人の希望やペースに合わせて時間をずらすなどの配慮している。職員側の仕事が忙しくても、利用者様からの頼み事や要望を優先して作業するよう心掛けている。		
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	毎日、起床時は顔タオルや整髪をしていたらいてる。服装はご自身で好みの着替えを用意していただくようにしており、難しい方は似合いそうな服を選んで、本人に確認していただいている。髪の毛が伸びてきた人には、本人の希望で、地域の理容店に出張でカットをしていただいている。		
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	毎食、一人の職員が利用者様と一緒に食事をして料理の感想を聞いたり、お話をしながら楽しい食事を心掛けている。肉やお魚が嫌いな人には、代替えのおかずを用意している。食事の準備で野菜の皮むきや、盛付けなど手伝っていただいたり、後片付けで食器拭きなど手伝っていただいている。2カ月に1回程度外食で日頃食べられない、お寿司などを召し上がっていただいている。	献立は宅配業者に依頼し材料が届き事業所で調理する。苦手な献立の時には献立の変更をしたり、利用者の状況によって刻み食なども提供している。利用者はそれぞれの能力に応じた手伝いをしている。外食や行事食等も取り入れ、食事が楽しめるような支援をしている。	
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	毎食ごとに、食事量や水分摂取量を記録して栄養管理をしている。栄養や水分が足りないときは補食食品(エンシュア、OS1)で補っている。糖分制限のある人にはごはん量を調節したり、塩分制限がある人は、味噌汁の量や回数を減らすなど配慮している。		

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
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。自立度の高い方には声掛け誘導をしている。義歯は極力はずして磨いていただいている。歯磨きが出来ない人や、お水を吐き出せない方は、専用の「飲める歯磨き剤」を使用している。また隔週1回、歯科医が訪問して口腔内の治療と口腔ケア指導をしていただいている。		
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	出来るかぎり、トイレで排泄するよう支援している。紙パンツを使用している人はなるべく濡らさないよう、こまめにトイレ声掛け誘導を行っている。必要に応じて排泄パターンを把握するため、「排泄チェック表」を活用して失禁をしないよう支援している。また、歩行に不安のある方の夜間は、ポータブルトイレを居室内に設置している。	排泄チェック表からそれぞれの排泄パターンを把握し、様子を見てその人に合わせた声掛けをして、排泄の自立に向けた支援を行っている。トイレでの排泄を心がけ、オムツなどの負担軽減をしている。夜間だけポータブルトイレを使用している利用者もいる。	
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	水分量を管理して、1日1000ccを目安に摂取して便秘予防を行っている。また、排便記録により便秘の管理をして、3日以上排便のない方には便秘薬の量を調節するなど対応している。また、利用者の好みに合わせて、乳製品や乳酸菌飲料など、排便を促進するものを提供している。		
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	入浴の回数は平均週3回程度で、本人やご家族と相談して回数決めていただいている。その人によって曜日は決めているが、入浴時間は本人の希望や体調に合わせて、午前と午後を臨機応変に変更できるよう対応している。浴室は個室でゆっくりプライベートな時間を楽しめるようになっている。浴槽に入れない方は、出入りを二人介助で対応したり、シャワー浴の際は、足湯や肩タオルで温めて、快適に入浴できるよう努めている。	基本は週3回となっているが、利用者の意向やその時の利用者の状態に合わせて、いつでも入れるように支援している。季節のお湯や入浴剤等を利用して入浴が楽しめるよう支援をしている。	
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	日中は、個々の好みや体調に合わせて、和室に布団をひいて昼寝をしたり、夜間の就寝時は本人の好みに合わせて、室温を調節したり、冬場は加湿器で湿度を保って快適に眠れるよう支援している。		

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
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	服薬情報を1冊のファイルにして職員は確認できるように管理している。服薬は、毎日の薬を「朝」、「昼」、「夕」の「服薬ポケット」で管理して服薬漏れがないよう管理している。下剤などの便秘薬は、看護職員と相談のうえ便通に合わせて、臨機応変に対応している。病状の変化や経過については、申し送りノートやミーティングで情報を共有し、かかりつけ医に報告、相談している。		
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	今までの生活歴で楽しまれていたものくみ取り、「編み物」「将棋」など、その人の好むレクリエーションを行っている。また、役割として、「おしぼりたたみ」「食材カット」「洗濯物たたみ」などしていただき、張り合いのある生活をしていただけるよう支援している。希望者には、頭の体操として認知症の予防にも効果的な「くもん学習療法」を取り入れて、楽しく生涯学習をしていただいている。		
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	天気の良い日や季節に合わせて、午後「お散歩タイム」を設けて敷地の周りを散策しており、冬には隣接した池に白鳥などを見学している。春には敷地周辺の桜並木の下で「お花見ランチ」を楽しんでいる。また、毎月(冬場は除く)地域のスーパーなどへ「買い物」へお出かけして、ご自身で買い物を楽しまれている。また、春と秋には「遠足」を行い、普段行けない場所へ遠出している。	「お散歩タイム」を設けて、天気の良い日に近隣を散歩したり、桜並木の下でランチを楽しむなどして、自然の移り変わりを楽しめるよう支援をしている。自家菜園での作業や収穫などを楽しむ環境を作っている。年間行事計画をたて、果物狩りなどに出かけている。	
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	月1回の移動販売(パン、野菜など)来所時にご自身で支払いをしたり、月1回のスーパーなどへの「買い物」外出で、レジでの支払いを楽しまれている。		
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	本人の希望に応じて電話や手紙が出来るよう、支援している。また、家族などへの「年賀状」を年末のレクで手作りして、元旦にお届けできるよう支援している。		
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	季節のお花(シクラメンなど)を卓上に飾ったり、「行事写真」を掲示したり、レクで作成した季節の「貼り絵」などを掲示したり、季節感のある居心地のよい環境となるよう努めている。	居間兼食堂の一角に畳敷きの部屋があり、利用者が寛げるようになっている。利用者と職員で、季節ごとの貼り絵を作成し飾っている。事業所全体は掃除が行き届き清潔に保たれている。温度・湿度管理が行き届き快適な空間となっている。	

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
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	「和室」や「相談室」などホールに一人になりたい利用者が過ごせる場所がある。また、ソファやマッサージチェアなどで、気の合った利用者同士が話しするスペースを設けている。昼寝する場合は、和室に布団を敷いたり、ホールのベッドを利用できる。		
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	自宅で使用していた馴染みの家具やテレビを持ち込んだり、家族写真など飾ったりして今までと同じような環境でくつろいでいた。また、行事予定や食事メニューなどを掲示して、生活のリズムを作れるよう配慮している。	居室には、エアコンやベッド、カーテン、クローゼット等が備え付けられ、利用者は使い慣れた家具や寝具等を持ちこみ、自宅にいた時と同様に過ごせるよう配慮している。	
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	木造作りの建物で一般住宅のような作りになってる。バリアフリーで車椅子や歩行器で移動がし易い環境になっている。トイレや浴室の手すりも充実しており、「見守り・寄添い」で支援しながら、生活機能を低下しないで、自立して生活できるような環境作りに努めている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 ゆたかな郷

作成日 平成31年4月26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	6	防犯の観点から夜間18:00~7:00までは玄関の施錠を行っているが、夜間の施錠を行っていることの同意を家族に行っていない。健常者と認知症の方との状態の違いから鍵を自分で開けられるかという観点で考察すると、意図する目的以外でのトラブル回避のため同意書はあったほうが良い。	入所されているご家族様に同意を得る。	同意書を作成し、説明をした上で署名、捺印いただく。	6ヶ月
2	10	介護計画の実施に伴うモニタリングの記録をスタッフ会議の議事録に残すのみで、介護計画と一緒に管理していない。	利用者様ごとに介護計画と一緒にモニタリングの記録を管理する。	定期的なモニタリングの実施が分かる書類を見直し、個別ファイルに介護計画と一緒に閉じて管理する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					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。