

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	0872400262		
法人名	株式会社 ウェルビー		
事業所名	あっと ホームきりん荘	ユニット名()	
所在地	〒302-0118 茨城県守谷市立沢950-1		
自己評価作成日	平成 29年 12月 20日	評価結果市町村受理日	平成30年4月24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_2016_022_kihon=true&Ji_gvosvoCd=0872400262-00&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30年2月15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)】

きりん荘が大切にしている点は「最後までその人らしく」という関わりです。職員、管理者で作成した理念に基づいた7つの項目を目標にしています。職員は入居者の喜怒哀楽を受け止め寄り添い、喜びや楽しみを分かち合い、信頼し合える関係づくりに努めています。馴染みの暮らしを地域の中で続けていけながら、役割や生きがいを持って暮らせるよう支援しています。

【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)】

事業所では、「最後までその人らしく」をモットーに、管理者や職員が介護にあたっている。利用者の希望は出来る限り叶えるようにし、利用者から散歩やお茶をしに外出したいという要望があれば叶えている。近隣住民との関係作りに積極的に取り組んでおり、事業所の畑で収穫した野菜をおすそ分けしたり、逆にもらったり、散歩時に挨拶を交したりしている。

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	理念を共有し常に意識し実践するため、玄関への掲示や会議等での復唱を行っています。理念を基に職員が目標を決め入居者一人ひとりが“その人らしく”過ごすことの出来る環境づくりをしています。	理念を基に利用者がその人らしく過ごせる環境づくりに努めている。毎日朝礼時に理念を唱和し、職員会議でも定期的に理念の見直しについて話し合っている。	
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	入居者の日課でもある散歩では地域の方から声を掛けて頂くことが増えています。散歩中野菜を頂くこともあり入居者と職員で御礼に行き交流する機会が持っています。施設周辺の散歩をしながらゴミ拾いや草取りを一緒に行っています。	散歩時に近隣住民と挨拶を交し、育てた野菜をお互いにやり取りしている。地域の神社の祭りに参加し交流をしている。地域のボランティア(踊りや琴)がデイサービスに来るので、一緒に楽しんでいる。	
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	他部署にて開催されるホットカフェ(第3日曜)では、介助者に付き添われ来所された認知症の方をGHにお誘いし、入居者とのお茶会やレクリエーションなど落ち着いて過ごしてもらえるように努めています。		
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	運営推進会議は2か月に1回開催しています。市職員、民生委員、自治会区長、施設職員とご家族が参加しています。活動報告に意見をもらい、立沢の香取神社祭りや初詣などの企画立案などに繋がっています。施設内で起きたヒヤリとした事例を挙げ意見をもらいながら改善に繋がっています。	家族等の代表や地域包括支援センター職員、地域住民等が参加して定期的に開催し、事業所からの報告を行うほか、委員からの提案や意見を話し合っている。	
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取り組んでいる	市主催の認知症対応型共同生活事業所連絡会に参加しています。他事業所との交流、情報交換の場となっています。他の事業所の活動や取組も参考にし、暮らしの質の向上に役立てています。災害時の対応など市への相談もしやすく、今後について施設間の交流を深める機会を増やし協力できる関係づくりに繋げていこうと考えています。	市主催のグループホーム連絡会に年2回参加し、情報交換をしている。防災等について相談し易い関係になっている。毎月事業所内で開催している認知症カフェの広報をしてくれている。	
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	内部研修の受講や資料を用いた部署への伝達研修を行っています。定例会議での振り返りを重ね、身体拘束による弊害について職員が理解し身体拘束ゼロのケアを実践しています。やむを得ない場合に備え家族の承諾書類の整備や身体拘束廃止委員の設置をしています。	年2回内部研修を行っている。参加できない職員は会議で報告を受け確認をしている。半年に1回職員会議で身体拘束の勉強会資料を読み上げ、身体拘束ゼロのケアを実践している。身体拘束廃止委員会を設置し、必要に応じて話し合いを行っている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	内部研修資料を活用した振り返りや介護ニュース等話題となっている事例を挙げ、職員間で理解を深めて防止に努めています。入居者の行動や発言に対してどのように対応すべきか事例を用いて定例会議で話し合いケアの振り返りアセスメントに繋がっています。		

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	市主催の権利擁護研修会に参加した職員が施設内で伝達研修を行っています。認知症高齢者の権利擁護について理解できるよう定例会議で振り返りを行っています。		
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	入所時の契約の際は文章と口頭で説明し不安や疑問な点等を確認しながら行っています。改訂にあたっては当該箇所を明示し理解が得やすいように説明を行っています。契約の継続について家族からの相談を随時受けつけ、必要な説明を行っています。		
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	ケアプランの評価を定期的に行い入居者の思いを反映しています。定期的なカンファレンスや面会時には家族の思いや不安についてお尋ねし意見や要望を反映させケアプランの更新をしています。	定期的に家族面談を行っている。面会時や懇親会に来所したときに話を聴くようにしている。家族等から事業所の掃除等の手伝いの申し出があり、実践してもらっている。	
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	定期面接や定例会議で職員からの意見や提案を取り入れ議題として挙げています。職員間で議論し企画立案するなど意欲的に取り組める環境づくりに努めています。運営会議が開催され、情報を共有し、上司への報告や他部署と協力できる体制をとっています。	日頃から話しやすい雰囲気作りに努めるとともに、毎月の職員会議や年2回の職員面接時に話を聴いている。年間の行事に対する職員の意見を取り入れている。	
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	定期面接で個人目標を決め経過(努力・実績)や達成度について考課しています。キャリア段位制度を導入し個人の知識や技術の修得と評価を行い賃金に反映する仕組みを整備中です。		
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	OJT実践やプリセプターシップにより職員教育、指導を行っています。年間計画に沿って委員会主催や部講師を招き勉強会を開催しスキルアップにつながる機会を持っています。認知症介護実践者研修に参加した職員が部署内での指導を行っています。市主催の研修では受講者が資料を活用し会議で内容を伝えています。		
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	系列のグループホームに見学に行き、職員交流情報交換をしています。市内のGH間の交流についても連絡会を活用し、積極的に交流できる機会を持ちサービスの向上に繋げていきたいと考えています。		

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
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	入所時にはセンター方式の記入を家族に依頼し入居者の言動・表情・仕草から思いをくみ取り対応しています。D4シートでのアセスメントを入所時から1週間実施し行動パターンから快・不快について理解を深めます。この情報は職員間で共有し信頼につながるケアの実践に努めています。		
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	入所時の面接で意向や要望を聞いた後も連絡を密にとり電話や面会で近況を伝え対応の相談をしています。ご家族の不安や心配事など都度確認し必要な支援を検討進めています。		
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	入居時には家族にセンター方式への記入を依頼してプランに反映をしています。本人の思いを傾聴し、入居者同士の関わりを増やし新しい環境に馴染めるように働きかけ信頼関係づくりに努めています。		
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	入居者間、職員も含め互いに協力し支え合う環境づくりに努めています。共同生活の営みの中で得意なことや出来ることを見極めて役割分担し、体験を通して意欲の向上に繋げています。		
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	外泊に不安のある家族の相談を受け、夜間の様子や職員がしている対応、予想される事など伝え安心して家族に迎えていただくための支援をしています。認知症により上手く伝えられない方については日頃の様子と合わせて本人の思いを伝えるようにしています。夕食や面会時の散歩などふれあい寄り添える時間を持つよう職員から家族へ提案しています。		
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	家族が親戚や知り合いの方と一緒に面会されることや、お泊りや日帰りを利用するお友達と会う機会を提供しています。年に一度の外泊、毎月の夕食等家族との関わりを継続されている方もいます。家族の関わり的重要性をお伝えし出来るだけ機会を持つよう家族に働きかけをしています。	入居時にアセスメントをして情報を得て、職員間で共有している。入居後も生活の中で話を聴き、馴染みの人や場所を確認し、これまでの関係が継続できるような取り組みを行っている。	
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	入居者の社交性や性格を踏まえ外出行事の組み合わせ、食事の席を工夫しています。特に決まった席は無く、入居者同士の交流を図りながら本人の思いを中心に選択しています。上手くコミュニケーションのできない方は職員が思いを代弁し交流の機会を増やしています。		
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	退所手続きの際には必要な相談や支援説明をしています。入院退所された利用者家族よりその後の経過を聞いたり、法事の後に来所して頂いたりする事があります。年賀状や電話での関わりを継続しています。		

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
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	センター方式を活用し入居者の言葉や行動から本人の思いを理解できるよう努めています。本人の思いを表出できる関わりを大切に、意思表示の難しい方に対しては表情の変化を観察し、くみ取るようにしています。	アセスメントをして利用者の思いや意向を把握している。思いを表出することが難しい利用者からは、表情や仕草、動きで汲み取るように努めている。	
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	家族にセンター方式の記入を依頼したり面会やカンファレンスを活用し情報収集しています。生活習慣やその方の背景を知り馴染みの環境、好むことなど得た情報を把握しプランに反映しています。		
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	センター方式を活用しその人のできることを継続し、役割や喜びに繋げる関わり支援をしています。生活の様子(関わりに対する反応など)定期的にミーティングで評価し、入退院後の体調変化なども再アセスメントしてプランを見直しています。		
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	入居者の思いをプランに反映し安心して過ごせる環境や関わり方の評価を行っています。家族からの意見や要望を聞いて医師への相談、看護師、職員間でのアセスメントを行いプランの変更や追加を行っています。心身の状態に変化が生じた場合も定期ミーティングで話し合い見直しをしています。	面会時に家族等の意見を聴き、医師や看護師の意見も取り入れて、話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、基本6ヶ月で見直しを行っている。	
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	生活記録の記入はプランを基に行い入居者の行動や訴え職員の関わりを記入しています。体調の変化や特記事項を見やすく色分けで記入し、情報共有しています。プラン更新時のアセスメント資料としても活用しています。		
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	ターミナルケアとなった時にも入居者、家族の要望に応じられるよう医師や看護師との連携も行っていきます。看取り時には希望があれば家族も泊まれるよう対応しています		

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
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	近隣の公園や、地域の商工祭に参加しました。自分で好きな物を選んでお金を支払う等、入居者の持っている力を発揮できる機会を設けています。		
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	契約時に家族と協力医療機関をかかりつけ医にするかどうかの意向を確認しています。協力医療機関では月に1回訪問診療及び体調不良時の臨時診療が受けられ家族の意向や希望によっては他科受診や、訪問歯科を依頼するなど対応を行っています	かかりつけ医への受診が可能なことを説明しているが、殆どの利用者は協力医療機関の医師を主治医にしている。協力医療機関の医師による訪問診療が月1回ある。受診の際の付き添いは、家族等や職員が状況によって行っている。	
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	施設内の看護師が、申し送りに参加し入居者の体調管理や些細な異常にも早期発見、早期対応出来る様に努めています。カンファレンスにも参加し家族の不安に対して分かり易い症状説明や適切なケア、受診の対応をしています。		
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。	家族の希望を聞きながら病院と連携を図り、早期に退院出来る様に積極的に働きかけ定期的に職員が見舞いに行き、安心して治療ができる様にしています。退院日には職員、看護師が家族と共に医師による治療経過、注意事項の説明を受け職員間で周知受け入れ体制を整えています。		
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	入所初期に家族へ管理者、看護師が看取りの説明をし家族の意向、要望をお聞きします。入居者のレベル低下が見られた際に再度家族に看取りの確認をし依頼書・同意書をもらいます。看取りマニュアルや家族の意向、要望に沿った看取りプランを作成し最後まで本人が安心できる環境作りや苦痛を軽減できるよう支援しています。	契約時に看取りについて説明はしているが、書面には明記されておらず、重度化した際に「グループホームにおける見取り介護の指針」により再度説明を行い、同意を得ている。マニュアルを作成し、研修を行っている。	重度化や看取りについて、契約書や重要事項説明書に記載し、利用者、家族等がともに理解できる環境が整うことを期待する。
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	急変時や事故発生時等の対応が学べるように定期的に施設内研修を行っています。研修参加者は定例会議にて内容の説明、報告をしヒヤリハットや事故防止の為に委員会を設け委員会を中心に定例会議にて再発防止に向け職員間で話し合っています。マニュアルはフロア内に提示に急変時や必要な際はすぐに見られるようにしてあります。		
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	事業所内の防災委員が主とし消防署指導のもと年2回避難訓練の実施を行っています。濃煙体験や消火訓練ができるよう近隣住人や自治会に参加を呼び掛けています。また水害・震災にも連絡体制のマニュアルを作成し職員の安否確認・状況把握に努めています。	定期的に避難訓練を行い、反省会を行っているが、実施記録を作成するまでには至っていない。災害に備えて一覧表を作成して備蓄品を管理している。	訓練実施後は実施記録をまとめ、次の訓練に活かすことを期待する。

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
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	事業所の年間研修計画に組み入れて継続的に権利擁護の研修をしています。認知症の方の心理的理解の学習を元にBPSDの誘引とならぬ声掛けや環境に配慮しています、特に排泄では強引な誘導は避け入居者の自尊心を傷つけない様ミーティングなどで検討しています。個人情報に関する書類は鍵のかかる場所に保管しています。	年間研修計画を立てて、人権尊重や守秘義務について研修を行っている。個人情報に関する書類は鍵のかかる倉庫に保管している。	
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	職員は入居者の言動や表情から思いを汲み取り伝えたい事、訴えたい事を理解するよう努めています。職員の思い込みで決定するのではなく選択出来るものは本人に選択してもらい何がしたいのか行動を見守るよう自己決定を促す働きかけをしています。		
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	起床時間や就寝時間は一人一人の生活リズムに合わせて対応しています。朝食も一斉ではなく入居者のペースに合わせて提供しています。レクやアクティビティにおいても必ず全員が同じ事を行うのではなく本人が好むもの、長年親しんでいた事を個々に楽しめるように支援しています		
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	入所時に移動美容室を利用するかあるいは、今まで利用してきた美容院や理髪店を利用するか家族と本人に意向の確認をしています。なじみのある美容院や理髪店を利用する事で本人の好きな髪形、こだわりを知っている為なるべくこれまで行っていた所をお勧めしています。また、行事や外出時には化粧を促しおしゃれ心を忘れない支援をしています		
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	調理・配膳・片付けを各入居者が出来る事を役割として怪我、転倒、生ごみを食べてしまったり洗剤を飲んでしまわぬよう危険に配慮しながら行っています。入居者の好みを反映する為、冷蔵庫の中身を確認してから買い物や献立作成し定期的に外食したり、お鍋や鉄板焼き、おやつ作りなど職員・入居者が一緒に食卓を囲む事で食事を楽しめる環境に努めています。	昼食は法人の栄養士が考えた食事を提供しているが、他は利用者と一緒に買い物に行き、献立を考えて作っている。外食や季節毎の行事食を楽しんでいる。会話をしながら楽しげに食事をしている。	
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	食事・水分摂取量の状態を全職員が把握出来る様にチェック表を活用しています。水分不足にならない様好みの飲み物やゼリー、果物の提供をしています。献立表を作成し管理栄養士や看護師に毎月1回1週間分のカロリーを計算してもらい指導を受けながら栄養面で偏りがないようにしています。		
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	マニュアルを活用し毎食後ケアプランを基に入居者一人一人に合わせた支援をしています。週に一度は義歯洗浄剤を使用し殺菌消毒を行い必要に応じて歯科往診を利用して口腔内、義歯の確認をしています。		

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
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	家族からの話やセンター方式を元にチェック表を活用して個人の排泄リズムを把握し定例会議にて職員間で話し合いケアプランに反映させています。本人に合ったタイミングでトイレ誘導し腹圧を掛け排尿出来る様支援しています。・紙パンツから布パンツへ変更した入居者もおり状況に合わせて対応し自立に向けた支援を行っています。	時間を細かく区切ってチェックし、排泄パターンを把握している。一人ひとりに合わせた時間に声かけをし、排泄の自立に取り組んでいる。	
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	家族からの情報(センター方式)から個々に合わせた排便リズムを把握すると共に毎日の食事に根菜類、海藻、乳製品を取り入れ提供しています。また、毎日の日課として散歩や体操を行い体を動かす事で自然排便を促しています。便秘の時は看護師に相談し腹部の張り、腸の動きを確認し内服を服用しています。		
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	マニュアルを基に週2回以上は入浴しています。今までの生活習慣に合わせて入居者が入りたい時に入れる様入浴日・入浴時間は決めず一人一人の希望に沿い支援しています。また入浴剤の使用や菖蒲湯、ゆず湯等の季節に合った入浴も楽しめる様工夫しています。	入浴日や時間は決まっているが、希望があればいつでも入れるよう支援している。その日につかう入浴剤は利用者を選んでもらい、季節に合わせてゆず湯なども行って、入浴が楽しみとなるよう工夫している。	
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	本人の体調や状態を考慮し状況に応じて自室でくつろぐ時間を作っています。食後ゆっくり出来る様、食堂の隣には和室を設けテレビ前にソファを設置し、畑仕事の際には休憩出来るようベンチを設置しています。夜間寝付けなない時には臥床を無理強いせず本人の眠くなるタイミングまで寄り添い安心して休める環境作りに努めています。		
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	専用のファイルに個人の薬情を綴じ職員が薬の目的・内容・副作用について把握出来る様になっています。看護師と協力し薬板を活用。薬の間違いがいかWチェックを行っています。誤薬や飲み忘れ防止に薬チェックシートも活用し服薬後に職員がチェックするようにしています。また個々の身体状況に合わせて服薬方法にて行っています。		
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	家族からもきょうりよくを依頼し今までの暮らしや得意な事等の情報をセンター方式にて得ます。また本人への聞き取りも行いその情報をもとにケアプランへ反映し食器笑いや畑仕事、お花のお手入れ等個々に会った焼き割をもって日々の生活に役割や楽しみを持てる環境作りに努めています。		
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	天気の良い日には施設外の散歩を職員と一緒にしています。また週に一回程度は近くの公園までドライブし気分転換を図っています。行事では初詣やお花見、外食をしています。その際には家族へ協力依頼し入居者様全員が参加出来る様努めています。	毎日事業所周辺を散歩したり、食材の買い出しに行っている。年間行事を立てて、初詣や花見、あやめ祭り、紅葉、など四季折々を肌で感じてもらう目的で行っており、利用者の気分転換にもなっている。	

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
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	定期的に入居者様と一緒に食材の買い出しに行っています。その際に入居者様にお金を渡しレジでの支払いをお願いしています。また初詣等の行事でもお賽銭を職員と一緒に投げお祈りしお守りや大判焼きなど好きな物を選んで頂き購入できるよう努めています。		
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をしている	入居者家族へ年賀状を送っています。その際入居者様へ家族に年賀状を送る事を伝え年賀状の文章と一緒に考えます。氏名などお願いし記入してもらいます。また、家族から手紙や届け物があつた際は本人から電話できるよう支援しています。S電話中は椅子に座りゆっくり談笑出来る様にしていきます。		
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	食堂から居間にかけての共有空間は季節感が感じられるよう心掛けています。食堂には外出時や行事の時の写真を掲載しご家族が面会に来た時に話題作りになるようにしています。和室ではいつでも体を休めたり入居者が思い思いに過ごせる環境作りに努めています。廊下には天窓があり換気や採光の調節ができ理容になっています。手すりも設置しているので歩行訓練等移動がスムーズに行えるようにしています。	居間兼食堂は天窓があり明るく、空気の流れ替えができる。掃き出し窓からウッドデッキに続いており、そこから畑へいけるようになっている。季節ごとの飾りをしたり、イベントごとの写真が飾られている。居間の隅に畳の部屋があり、炬燵を設置し、寛げる空間になっている。壁伝いに手摺を設置して歩行訓練に活用している。	
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	リビングでは入居者同士に好きな場所での談話や食事を楽しんでいます。テレビ前にはソファを設置しており好きな番組やビデオをゆっくり鑑賞できるようにしています。またリビングの隣には和室があり転寝をしたり和室の縁に腰を掛け入居者同士で談笑したり思い思いに過ごされています。		
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	入居者の以前の暮らし環境に近づける為家族の理解と協力を得て空間づくりをしています。居室には思い出深い品々や家族の写真、仏壇、テレビなどが配置されています。他には使い慣れたベッドや椅子、タンスも持ち込まれ居心地のいい環境となっています。家族や孫の写真等を見えやすい場所に飾るなど心安らく居室になっています。	自宅にいるような雰囲気の中で、居心地よく過ごせるように、自宅で使用していたベットや箆笥、椅子、テレビなどを持ち込んでいます。	
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	センター方式D-1シートを活用して入居者の出来る事を把握しケアプランへ反映させています。入居者が夕食作りで包丁を使用する際には都度声を掛け注意を促しています。また一人で歩けるようにフロアはテーブルや椅子を近くに置く事で手摺り代わりに使用し。たたみ部屋の障子を外す事で歩行に疲れた際に座れるよう安全な環境作りに努めています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 あっとホームきりん荘

作成日 平成30年4月23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	35	避難訓練の通知を配布しているが、地域住民の参加までに至らない。	災害を想定した避難訓練を実施し地域との協力体制を整える。	①避難訓練計画の立案において、運営推進会議で参加者の意見を組み入れ、地域住民が参加できるよう検討する。	12ヶ月
2				②避難訓練実施の通知は運営推進会議と地域住民への回覧板を活用して周知する。	ヶ月
3				③実施後は、運営推進会議でも意見を取り組み評価表を作成する。	ヶ月
4	33	入所時には看取りを行っている旨、口頭で伝えているが重要事項説明書・契約書への記載がされていない。	利用者の体調の変化や看取りが必要になる前から最期まで過ごすことができる環境について理解してもらい入居後安心して過ごして頂く。	①重要事項説明書・契約書へ記載。	3ヶ月
5				②家族への説明を行う。	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。