

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	1690100597		
法人名	社会福祉法人陽光福祉会		
事業所名	グループホームくれは陽光苑		
所在地	富山市中老田844番地1		
自己評価作成日	令和元年5月25日	評価結果市町村受理日	令和元年11月7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	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	令和元年7月2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)】

・私達の事業所では利用者個人の生活を大切に、その人のペースに応じた生活が送れるよう支援します。また、共同生活の中で、一人ひとりが役割を持って生活できるよう支援しています。
 ・認知症状改善の為に一緒に買い物に行ったり、アクティビティ、音楽療法、書道、華道クラブに参加し楽しみを見つけて自立に向け個々の意向に応じて取り組んでいます。
 ・施設内の畑を利用し季節ごとに応じた花や野菜を利用者と一緒に植えたり、育てたりし季節を感じて貰えるよう取り組んでいます。周辺には梨畑もあり梨畑を地域の方からお借りし、利用者と一緒に収穫し地域との交流を図っています。

【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)】

・施設所在地が梨の産地で、法人契約の梨の樹もあり、収穫時は利用者と共に梨狩りに出かけている。
 ・法人として、当ホームも含め敷地内の全事業所の資質向上に向けた研修会の毎月開催、春祭り、納涼祭、映画上映会、華道・習字等のサークル活動等の行事開催、保育所、小・中学校からの慰問や運動会観覧等の地域との関わりなど、利用者支援に向けた取り組みを組織的に行っている。また、職員の制服も多種類揃え、選択を職員個人に任せてモチベーションアップに繋げている。
 ・ホームとしても、利用者へ合った法人行事への参加、残存能力の維持・向上に向けたりハビリ機器の活用、個人の思いを実現する外出企画、利用者も加わる日々の家庭料理作り、職員にわかりやすいよう工夫した簡易モニタリング表の活用など、独自の取り組みを実施している。

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 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している (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	理念に基づいた対応ができているか定期的に確認しながら、理念の共有が図れるよう取り組んでいる。また、各職員が名札に入れていつでも見れるようにしたりユニット会議の前に複唱し浸透を図っている。随時、事業所内の見える位置に理念を掲示し、意識しながら業務に就く。	法人理念・グループホーム理念を事業所内に掲示しており、職員は名札に理念を入れ、いつでも確認できるようにしている。また、理念を実践するため、ユニット会議では、利用者が昔の生活ができているかどうかを確認し、そのためにどうしたらよいかを話し合っている。	
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	苑行事には地域の方やボランティア、子どもたちが多く参加できるよう努めている。定期的に園児や学生と交流の場を設けている。また、地域のサークル活動に参加できるようにしている。	近隣の小・中学生や園児の訪問がある。運動会に招かれたり、授業の一環として訪問がある。地域のふれあいサロンに利用者が出かけたり、地域ボランティアの茶話会や傾聴ボランティア、生け花や書道の指導、音楽ボランティアの訪問がある。	
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	認知症の理解を深めるために地域の小学校に訪問し講義を開催している。		
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、小規模多機能、小規模特養、認知型対応デイサービスと合同で開催し、現状報告や毎回テーマに沿って検討している。校区ごとの民生委員や長寿会の協力を得て多くの地域の方に参加してもらっている。また、当事業所の事を理解してもらう良い機会であった。	運営推進会議は3事業所(小規模多機能・小規模特養・認知型対応デイサービス)合同で行っている。自治振興会会長・自治会長・6校下の各民生委員、大学教授(自立支援指導のため)、事務局が参加し開催されている。会議録は1Fにファイリングされ、職員には確認を徹底しているが、参加者への配布はなく、伝達のみになっている。	3事業所合同の会議では報告に留まり、具体的な課題の抽出や対応までには至っていないため、実施方法を工夫した運営推進会議の開催が期待される。
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	地域包括支援センターを通じて、情報交換を行ったり、疑問や解決すべき課題等について市へ問い合わせをしている。	地域包括支援センターにて、情報交換や相談を行っている。その上で困難な事例や疑問、課題等について行政へ問い合わせしている。	
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	年に1回法人全体で勉強会を行っている。事業所が3階建の2階にありエレベーターのスイッチにロックがかかっているが、入居者が事業所以外に行きたい時は直ぐに対応できるよう心掛けている。	法人全体で勉強会を行ったり、利用者一人ひとりの行動の傾向を把握し、併設事業所に行きたい場合は同行するなど対応している。(事業所が2階のため、エレベーター利用になるので、ロック解除が必要になる。)	
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	年に1回法人全体で勉強会を行っている。入居者の身体に傷や痣がある時は、身体状況の確認やいつ、どこでできたものかを職員同士で話し合い、原因や再発予防を分析し、事故や虐待防止となるよう努めている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度についての資料をそなえており、地域の包括支援センターに対象者の事を相談している。		
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	契約時には重要事項について、説明し、質問が無いか確認をした上で契約をしている。解約時には、入居者・家族等の思いを十分に聞き、納得を得るよう努めている。改定の際は文面で知らせ、問い合わせがあれば随時対応している。		
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	入居者や家族、外部の方等が意見を出しやすいよう、ユニット入口に事業所専用のアンケート用紙を設置し、喫茶コーナーの意見箱に入れてもらい、運営に反映できるようにしている。家族の面会時には意見や要望等がないか確認するよう心掛けている。	家族参加のBBQを開催し、家族同士の交流や職員が積極的に話す機会を設けている。家族からの情報は申し送りノートに記載し、職員が共有している。	
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	職員の意見や要望等を運営に反映させ、職員がうごきやすい職場になるよう努めている。また、個別に悩みや相談事を聞き解決できるよう努めている。	管理者はミーティング、勉強会で職員から意見を発表してもらい、その際全体で解決できるよう話し合っている。個別の職員の悩みや相談事は管理者が面談等をするなど解決に取り組んでいる。	
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	年に1度、面談を行い、職員1人ひとりと話をする機会を設け、その中で要望や意見等を聞き、職場環境の整備、向上に努めている。		
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	職員の希望や職員1人ひとり応じた職場内外の研修会の参加を促している。外部の研修に参加した場合、施設内での研修の内容を発表したり復命書の提出を行い、他職員への共有を図り今後のケアに活かす事が出来るようにしている。		
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	県や市が主催する研修会やグループホーム連絡協議会主催の研修会に参加し、他事業所の方と意見交換や相談等を行っている。		

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
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	本人の困っている事、不安な事、希望等を確認しながら、その思いに沿った対応ができるよう努めている。本人が上手く伝えられない場合、これまでの役割や日課、生きがいを大切に出来るよう支援している。		
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	家族等が困っている事、不安な事、要望等を確認しながら、その思いに沿った対応ができるよう努めている。入居者と家族の思いが食い違う場合には双方にとって最善となる方法を考えるようにしている。		
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	安心して生活が送れるよう、必要としている支援を見極め、その時に必要なサービスが提供できるよう対応している。		
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	生活の中での作業において、本人のできる事の参加を働きかけながら、入居者同士や職員が協力して行えるようになる。		
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	管理者を通じ、家族の思いを職員に伝えていく。面会時や電話、手紙等で最近の様子をつたえ、本人と家族の関係が途切れないよう支援している。家族に外出や行事等の参加を働きかけ、家族とのつながりを大切にしている。		
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	住み慣れた地域への外出や友人、知人への電話や手紙を書く機会を作り、つながりを継続できるよう支援している。友人、知人の来苑、希望があれば、来て頂けるよう対応している。	隣接事業所で地域からの衣料品販売があり、利用者は買い物を楽しんでいる。定期的に出張美容があり、好みの髪型を楽しんでいる。家族や知人への年賀状や手紙のやり取りは、利用者自身が書くなど、馴染みの人との繋がりを大切にしている。	
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	皆さまが楽しく過ごせるよう、入居者1人ひとりの話を聞いたり、入居者同士、会話が弾むよう、時には仲介役となり、コミュニケーションを図るよう支援している。友人、知人の来苑希望があれば、来て頂けるよう対応している。		

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	本人や家族の了解を得て、入院により退居された方を見舞っている。退居後の様子について話を聞き、必要に応じて相談にのったり情報提供を行っている。		
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	月1回、事業所内の会議を行い、本人の思いや意向等に沿いながら、本人の意向に応じ、自立支援に向けたケアになる様に話し合っている。	利用者1名に対し職員2名の担当制である。毎月の職員会議の実施や、毎年更新している利用者の個性やサポート方針を記載する24時間シートの作成など、思いや意向の把握につなげている。近年、業務効率の改善を図り、利用者に寄りそう時間を増やせるよう努めている。	
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	入居前のアセスメントでは本人や家族から今までの生活歴や暮らしぶり等について確認している。入居後、新たな情報があった場合、事業所内の会議で情報共有するようにしている。		
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	日頃の関わりの中で、日々の行動や言動、本人の状況や状態を把握するために、記録に残したり会議の場で話し合い職員全員で情報共有できるよう努めている。		
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	本人や家族には日頃の関わりの中で、思いや意見を聞き、ケアプランに反映するようにしている。月1回の会議の中で個々のケアのありかたについて話し合っている。	介護計画は半年更新しており、作成担当者が日頃の暮らしぶりや本人・家族の意向及び前回計画や職員会議結果を踏まえて作成している。ケア方針を職員が理解しやすいよう、計画の重点事項を独自の簡易モニタリング表に記す工夫をしながら、適切な評価につなげている。	
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	日々の変化や気付きは記録に残すようにしている。また、伝達ノートに記録したり、事業所内の会議で話し合い、職員間で情報共有できるようにし、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人の状態や家族の状況に応じて、外出や通院等の必要な支援に対し、臨機応変に対応している。		

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	地域のスーパーやコンビニや衣料品の移動販売を利用し、買い物を楽しむ事ができるよう支援している。地域のサークル活動に参加し、地域の方と触れ合い楽しむ事が出来るよう支援している。		
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	契約時にかかりつけ医の希望を確認し、入居後の変更にも柔軟に対応している。専門医への受診は家族に依頼しているが、急な場合等、臨機応変に対応している。協力歯科医による往診や精神科医への相談が可能となっている。	主治医は入居前からの医療機関でもホーム提携医でも自由に選択できる。また、提携医は毎月訪問し、全利用者の健康管理を行っている。内科以外の専門診療や入居前からの医療機関へは家族による受診だが、症状次第で柔軟に対応している。また、法人では歯科医と精神科医の提携もあり、認知症の相談も可能な体制になっている。	
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	入居者1人ひとりの状況把握に努め、体調や表情等の変化に注意を払い、早期発見に取り組んでいる。変化に気づいた時は看護師側へ情報提供を行い、退院調整・相談に努めている。		
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。	入院時には面会へ行き、家族や病院と連絡を取り、経過・状況の把握に努めている。事業所側の受け入れ体制について病院側へ情報提供を行い退院調整・相談に努めている。		
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、事業所ですることが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	重度化対応・週末ケア対応方針にて、契約時に事業所側として対応できる事を家族に説明し方針の共有に努めている。	契約時に、ホームとしての重度化や終末対応の方針及びできる支援体制を説明し、本人・家族の意向に沿いながら支援に臨む姿勢である。また、昨年は地域医療連携にも相談し、看取った事例もある。毎年の研修計画にもターミナルケアを必須研修と位置付けている。	
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	年1回、苑全体で緊急時の対応についての勉強会を行っている。また、AEDの使用方法や心肺蘇生の仕方についても勉強会も実施している。		

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
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	火災を想定した避難訓練を年2回(10、3月)に行っている。地域との協力体制はできておらず、今後、協力体制が築けるよう話し合っている。	消防署参加の避難訓練を年2回法人施設全体で実施し、避難経路上の障害物除去など退避手順を確認している。職員連絡網は新規採用や退職、異動毎に見直し、備蓄・防災品等も配備している。今年は地区の福祉避難所の指定を受け、自主防災組織設立への参加を機に防災マニュアルの見直しも予定している。	当該地区の自主防災組織設立への参加を機に、被災住民の受け入れなど当地に即した防災マニュアルの作成や、より現実的な備蓄・防災品等も充足される事を期待したい。
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	本人の気持ちを考え、優しく、思いやりのある言葉で声かけや対応を心がけている。また、本人のプライバシーを確保し、自尊心を傷つけないように努めている。	利用者のこれまで歩まれて来た人生と現在を敬い、適切な接遇になるよう努めている。職員も含め、一人ひとりの個性を尊重しながら、利用者がやりたい事や好きな事をし、食べたい物が食べられるよう、職員会議や研修等で省みながらサービス向上に取り組んでいる。	
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	本人が答えやすく、選びやすい問いかけをし、自分で意思決定できるよう努めている。また、上手に言葉がでて来ない時は表情等から気持ちや思いを察するよう努めている。		
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	日々のコミュニケーションで本人の生活歴や趣味、嗜好等を聞き、一人ひとり思いや気持ちを配慮しながら、個々のペースを大切にしている。		
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	更衣時には本人と一緒に服を選び、本人の好きな服を着る事ができるよう配慮している。家族に依頼し衣替えしたり、新しい衣服を用意してもらう等し身だしなみやおしゃれができるよう心掛けている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者それぞれの能力に応じて、できる事をしてもらっている。調理、盛り付け、配膳、片づけ、入居者でのおやつ作り等、それぞれの場面で参加してもらい、食事が楽しみなものになるよう心がけている。	献立は、基本メニューを参考に冷蔵庫や買い出し品等を見ながらその都度担当職員が決めており、下拵えや盛り付け等に利用者も加わる家庭料理である。時には法人所有の菜園で利用者も関わった収穫物も食卓にあがる。休憩以外の職員が、毎食検食と食事介助をしている。	
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	献立について、栄養バランスを考え、栄養士が作成している。食事摂取量や体重測定等の記録をもとに本人の嗜好や習慣、行事に合わせた食事の提供を行っている。1日に必要な水分補給ができるよう、ジュースやゼリー等の様々な種類の物を準備している。		

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、口腔ケアの声かけを行っている。本人の状態に応じて、見守りや一部介助を行っている。施設に往診にきてもらっている。また、必要に応じて、家族に協力してもらい歯科受診している。		
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	排泄時間の間隔が長い時や、外出前、作業事前等後にトイレの声かけし、排泄の失敗が少なくなるよう支援している。トイレ動作が分からなくなってきた方には、声かけやジェスチャー等を行いながら、少しでもご自身で出来るよう支援している。	3ヶ所あるトイレは介助するために十分なスペースがあり、自尊心やプライバシーに配慮したケアをしている。認知症による機能障害や体調不良で便失禁が少なくなるよう、薬剤調整や誘導数を調整し、トイレで排泄する生活習慣を維持し、生活意欲の向上につなげている。	
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	水分はこまめに摂ってもらい、摂取量に気をつけている。必要な方には摂取量を記録している。乳製品や繊維のある物を提供したり、体操やアクティビティ等、身体を動かす機会を作り便秘にならないよう努めている。		
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	おおまかに入浴日は決めているが、本人の希望や体調に応じ、柔軟に対応している。	入浴は日曜以外の午前中に3人ずつ、週2回以上を目安に提供しており、外出や行事等があれば午後に変更するなど臨機応変に対応している。浴室は座位入浴の特浴と3方から介助可能な一般浴槽があり、脱衣から着衣まで1職員による専任対応で寛いで頂いている。	
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	一人ひとりの生活に合わせ、居室にて午睡や休憩を取ってもらっている。体調や状態に応じて、休憩の声かけをしている。入眠時間は個々に合わせている。		
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	入居者一人ひとりの薬の内容を把握するため、個別ファイルに整理してある。服薬チェック表を用いて、服薬確認している。薬の変更等があった場合、業務日誌、ケース(ほのぼの)、伝達ノートに記録し、情報の共有に努めている。		
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	一人ひとりの得意な事やできる事を把握し、家事作業等の役割を持って貰えるよう支援している。ユニット内から出て、一人静かに過ごす事ができる居場所を提供し気分転換を図ってもらったり、好きな飲み物やお菓子の提供等をしている。苑内のクラブ活動や趣味を行うことが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
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	天気の良い日には外へ散歩に出かけるようにしている。食材の買い出しには毎回入居者と一緒に出かけている。外食等のドライブについては事前に計画を立てたうえで安全に外出できるよう行っている。その際、家族もお誘いし一緒に過ごすことができるよう努めている。	普段、買い出しや法人の菜園の育ち具合を見に近郊に出向いたり、誕生日や気持ちが不安定な時に個別のドライブに出かけている。毎月の行事には、食べたい物行きたい所など季節を肌で感じる外出企画も多く、勤務シフトを調整しながら職員2人と利用者1~3人の編成で、近場や遠方観光地に繰り出している。	
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	事業所でお金を管理しているが、買い物時や希望に応じていつでも使えるよう支援している。その人の能力に応じて、支払いができるよう支援している。		
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	家族や友人等と疎遠にならないよう電話をかけたり、手紙を書く機会を作るよう努めている。家族や友人等の電話もとっている。		
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	フロア、2Fベランダには季節の花等、植物を飾ったり掲示板には催し物等の案内や近隣地区の便り、行事の写真を掲示する等し、季節を感じて頂けるようにする。	2階にある施設は十分な採光がとれ、梨畑の育ちも眺められ天気が良ければ立山連峰も望める。床暖房のフローアは什器を余裕で置ける広さがあり、壁には時事ニュースの新聞の一面写真紙も貼ってある。日中は清掃委託業者が入り、夜間は夜勤者が除菌清掃をし、安心快適な環境を維持している。	
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	テーブルや座席の配慮について、気の合う入居者同士がくつろぐ事ができるよう配慮している。また、フロア内には畳みの長椅子やソファを設置しており、気軽に誰でも腰掛ける事ができ気の合う入居者同士がくつろげるスペースとなっている。		
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	今までの馴染みのある物や使いなれた物を持って来てもらっている。家族の写真や作品、ポスター等を飾り、居心地良く過ごせるよう努めている。	全室、電動ベッドと車椅子でも利用可能な洗面台があり、入口には縦長手摺りのドアノブと木目調の表札シールがある。危険物以外、慣れ親しんでいる持ち込みを奨励しており、使い慣れたタンス、配偶者の遺影や家族・外出等の写真、自分が作った小物作品等々、それぞれ居心地良くアレンジされている。	
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	カウンターには雑誌や新聞、キッチンテーブルにはコップや湯のみ等、取り易い位置に設置し自由に取り出す事ができるようにしている。食器棚には、どこになにが入っているか分かる様にラベルを貼り取り出しや片付けができるようにしている。		

目標達成計画

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	2	防災に関して施設での備蓄品が不足している。	災害時に備蓄品を使用し救助が来るまで待機ができる。	防災に関して施設での備蓄が不足しているところがあり施設内で検討し足りない備蓄品を揃えて災害に備える。	6ヶ月
2	18	職員と入居者との日々のコミュニケーションを取る中で正しい接遇ができていない時がある。	職員が入居者だけでなくご家族やその他の来客者にも節度のある接遇ができる。	職員が接遇の苑内外の研修に参加し知識を得て活用したり日々の業務の中で間違いがあれば職員同士で声をかけあい接遇の技術向上に努める。	6ヶ月
3	51	ご家族や大切な人とのやり取りが不足気味である。	ご家族や大切な人との関係性が保てる。	・手紙や年賀状をご家族だけでなく大切な人にも送る。また、電話での連絡も出来る限り取り次ぐ。 ・家族と一緒に買い物や外食等を企画し入居者、家族、職員で交流を図る。	6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、行を挿入してください。