

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	1670102332		
法人名	有限会社セルフケアサポート		
事業所名	グループホーム水橋の家		
所在地	富山市水橋上桜木38番地		
自己評価作成日	平成31年3月3日	評価結果市町村受理日	令和元年7月10日

『寄り添う介護その人らしく』をテーマに職員が利用者一人ひとりの思いを受け止め、安心して自分らしく過ごせる場の提供を目指し、毎日を支援しています。一人ひとりの状態や病状の情報を共有し、個々に合ったケアを行えるよう、職員で話し合い、共有している。年1回、ご家族様へ無記名の満足度調査を行い、サービスの向上に努めている。

※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	富山市安住町5-21		
訪問調査日	平成31年4月24日		

【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)】

- ・毎年、家族アンケートを実施している。その結果は事業所内に掲示されており、誰でも見ることができる。平成30年度のアンケートでは、利用者家族は施設状況全般にわたり、概ね満足している結果であった。
- ・事業所が地域の中でよい関係を築こうと自治会費を納め、できるだけ地域行事に参加しようと努力している。
- ・食事場面では毎食、丁寧な口腔体操を行っており、利用者も真剣に参加できている。
- ・敷地内に畑があり、利用者は収穫等の作業に参加できる。また、畑で収穫して季節ごとの新鮮な野菜を食卓に利用している。

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		iyougikai	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	○	
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	○	
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	○	
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	○	
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	○	
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	○	
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)	○	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	○	
			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)	○
			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)	○
			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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○
			66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○
			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	○
			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	○

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	採用時のオリエンテーションで運営理念とケア方針を説明し、定期的なミーティングで確認を行い、共通理解を深めるようにしている。常に目に触れる位置に掲示し意識の統一に心掛けている。	「安心した 日常生活を営むよう、個人の尊厳とその人らしく価値ある人生を送るよう支援する」という理念を掲げ、その実践のため、採用時のオリエンテーションや定例ミーティング、各職員の名札に理念を印刷するなど共有に努めている。	
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	町内の各種行事・会合への参加や運営推進会議で地域代表の方の参加を通しご意見やご要望・アドバイスを頂いている。地元の保育所の子供たちをホームへ招いたり、ボランティア団体の来訪により利用者や地域との繋がりを持つよう努めている。	町内会の一員としてつながりを持つよう、自治会行事への参加やごみステーションの掃除なども行っている。近くの保育園児の来訪は年1回あり、利用者は楽しみにしている。水橋地区の福祉事業所からなる水橋福祉ネットに職員2～3名が参加しており、年間数回の演劇を行っている。	
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	地域の相談窓口の一員として地域で行われる各種研修、会合へ参加。認知症についてや認知症の方への関わり方・介護サービスに至るまで、随時相談を受けている。		
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	奇数月の第4日曜日に毎回テーマを設けて会議を進めている。参加者に意見や要望を伺い、改善が必要とされた事項は、検討を行い実践し報告している。また、研修で得た情報を報告する場もなっている。	運営推進会議は年6回開催されており、自治会長と家族代表の参加が毎回ある。会議の内容は全利用者家族にお知らせしており、職員も会議の内容を把握するように努めている。職員研修の内容も必要に応じ利用者家族に伝えている。	運営推進会議に地区担当の民生委員の参加がない状況にある。今後、民生委員の立場からの協力が得られるよう働きかけられたい。
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	包括支援センターへ諸手続きの依頼や質問したり、困難事例のアドバイスを受けたりしている。市担当課へ疑問点を質問したり、アドバイスや指導を受けたりしている。又、定期的に富山市介護相談員の訪問もある。	地域包括支援センターへの報告や相談は日常的に行っている。また運営推進会議へは毎回出席してもらい、情報提供や専門的な助言を得ている。介護相談員は月1回、2名の来訪がある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	年間研修計画で必須テーマとし、外部資料の活用、契約書・運営規定での確認、マニュアルの見直し等の内容で勉強会を実施している。社内の介護事故防止対策チームの活動として全職員に啓発活動を行うと共にアクシデント・インシデント事例の検討を行い拘束しない安全対策の工夫を協議し、各施設に持ち帰り活用している。	身体拘束のない介護を実践するための社内研修や社内事故防止対策チームの活動、独自のマニュアルの見直しなど利用者の安全確保を重要視している。1階の玄関は自動ドアであるが、道路に近いため日中施錠の状態のことが多い。	
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	年間研修計画に取り入れ、虐待防止に対する意識を高め注意を払っている。社内QS(介護事故防止対策)を中心に、年2回職員にアンケートを実施、防止に努めている。		

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	社内研修で外部講師を招いた勉強会を行い、職員が学ぶ機会を設けている。		
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	事前申し込みの段階から契約時・利用中においても家族様の不安や疑問点を傾聴し、口頭での説明や重要事項説明書や記録を用いて説明等を行っている。改定の際は文書で郵送したり、運営推進会議の際に説明する機会を設けている。		
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	利用者の日々の言葉・仕草などから思いを察するよう努め、要望や不安は常時話し合いを行い、ケアに活かしている。ご家族入居時・面会時・プラン更新時のカンファレンスの際に意見や要望をお聞きし、ミーティングや申し送り時に伝達している。又、市の介護相談員が来訪の際、利用者の立場に立った意見を頂いたりしている。	家族アンケートを年1回実施しており、回答率は高い。結果は運営推進会議に報告し、事業所内に開示している。また、意見や要望に対してもできる限りの対応を施設長や管理者、職員で行っている。	
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	月1回の定例ミーティングや申し送り時・個人面談時に意見・要望を聴くなどし、内容により管理者から代表者へ連絡、又は管理職会議で具体策を検討し改善や実施に繋げている。	勤務期間の長い職員が多く、コミュニケーションも取れている。また、管理者との個人面談や、定例ミーティングで意見を聞く機会を設け、反映させている。	
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	規定シートで年1回、管理者による人事考課を施行し、その情報を参考に年1回の表彰、賞与、昇給に反映、ライセンス取得の際、希望があれば非常勤から正規職員への移行もある。また、会社全体の職場環境作りの取り組みとして、「FISH」哲学による行動規範の掲示や、年度毎に事業所の職場環境目標を職員で話し合っで決め、実行・評価を行っている。		
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	入社前・後の経験や実際の力量を鑑み、段階的に研修への参加を勧めたり、年間研修計画において必修テーマや職員からテーマを募って、職員全体で学べる場を作っている。		
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	GH連絡会や地域の福祉事業所で作る“福祉ネット”の会員となり情報交換や研修会、勉強会に積極的に参加し、サービスの質の向上に繋げている。		

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
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	見学・事前申込時や入居面接時に現在の生活状況や本人の思い・不安・心配を傾聴したり、ご家族や利用サービスの担当者より情報を収集している。入居前の生活からホームの生活に安心して移れるよう、個々にあった関係と環境作りに努めている。		
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	見学・事前申込時や入居面接時にご家族の抱える不安や心配・ホームに求めること、生活の意向・要望等を傾聴している。申し込みから入居まで時間を要する時も定期的に連絡を取り、相談がある時にはアドバイスをを行っている。		
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	ご本人、ご家族の話を傾聴し、入居前のサービス担当者の情報を元に、本人の状況を観察しながら状態に合ったプランを作成し提供している。		
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	ご本人、ご家族や入居前のサービス担当者からの情報提供で、職歴や得意不得意を参考に現在も出来る事を見極め、生活の中に役割等を作り、ご本人の好きな事や出来ることを継続出来るよう、一緒に行う努力をしている。		
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	毎月の家族便りや面会時にホームでの生活の様子を伝えたり、本人の言葉などからご家族が知っている情報を聞く機会などを作っている。また外出・外泊の支援や体調不良時の受診時には協力をお願いしている。家族で過ごす時間を作って頂けるよう、外出や外泊の協力もお願いしている。また、ご家族が参加出来る行事を企画している。		
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	家庭で使用していた馴染みのものや家族写真等を持参して頂いたり、家族や友人との関係が継続出来るように面会・電話での対応を支援している。その他、センター方式を活用し馴染みの習慣やかかりつけ医、美容院を把握し、関係の継続の支援を行っている。	居室は清潔で整理・整頓がされており、個人の思いによる個室空間となっている。部屋の入口には防炎加工のお気に入り暖簾が掛けられており、利用者居室の目印にもなっている。家族や友人との関係が継続出来るように面会・電話での対応を支援しているが、面会は個人により回数にばらつきがある。	
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	個々の性格や生活歴を理解し、気の合う者同士の座席作りを心掛け、一緒に楽しみを共有出来るよう、支援している。職員が会話の中に入ったり、話題を提供し、より良いコミュニケーションが取れるよう環境作りに努めている。		

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
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	退居時には、次の生活拠点へ少しでも早く馴染めるように、これまでのケアプランやこれまでの情報の提供を行っている。退居後も本人に面会に行ったり、ご家族と連絡を取り合い必要に応じて相談に乗れるよう関係づくりをしている。		
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	個々の状態に合わせて、これまでの暮らしを基に本人の希望や意向を聞いたり、日常の暮らしや行動・会話から本人の思いを汲み取り、記録している。意思疎通の困難な方は、表情や仕草から感じとったり、ご家族から面会時に情報を得ている。	職員の勤続年数が長く利用者や家族からの信頼は厚い。事業所の新たな方針で、一人ひとりに寄り添う体制を実践しており、職員は利用者の思いを知る手掛かりとして、効果を確信している。	
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。入居時、入居後もご家族や入居前のサービス担当者より情報を収集、不足している点は本人や家族より継続して収集し、本人の全体像の把握に努めている。情報は、個人ファイルに保存し、全職員が閲覧できるようになっている。		
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	利用者一人ひとりの生活パターンやペースを理解し、日々の関わりの中で本人が出来ることに合わせた関わりに努め、プランに活かし習慣的に継続出来るように支援している。		
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	本人やご家族の要望や思いを聞き、日常生活からの気づきや発見を含め、担当職員を中心にアセスメント・意見交換を行っている。場合によっては全体ミーティングで課題として話し合うこともあり、全体でマネジメントするよう努めている。心身の変化に伴い、随時プランの変更や追加を行っている。	担当職員は、日常的に気づきを細かく記入し、事業所の生活の様子を月1回家族にお便りとして送付している。その取り組みは、家族アンケートからも喜ばれていることがわかる。また、家族の要望や利用者の希望をモニタリングで取り上げ、職員全員が周知したうえで介護計画となっている。	
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	利用者の生活の様子や変化を毎日個人記録に記入している(食事量・水分量・バイタル・排泄・服薬の変化等)。精神状態の変化の観察や服薬変更時には、センター方式D-3・D-4シートを活用し状態の把握・全体共有に努めている。プランの変更・見直し等に活用している。		
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	本人や家族の希望や要望は出来る範囲で支援を行い、その時の状態に応じて柔軟に対応している。医療連携体制が整い、利用者が医療を受けながらも生活が維持出来るよう支援している。状況に応じた受診の付き添いや買い物の代行を行っている。		

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
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	運営推進会議の際には町内代表の方や包括支援センターの方々との意見交換や情報提供により、協力関係を結ぶことが出来ている。介護相談員の訪問やおむつ券の紹介、地元の保育所の園児との交流や地域行事の参加など積極的に行っている。		
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	入居時に本人・家族の希望を聞き、ホームの協力医、又は入居前のかかりつけ医の継続を選択。緊急を要する場合も連絡体制がとれており、指示を頂いたり、往診して頂ける体制がある。	医師の訪問診療は月2回、歯科診療は月1回の受け入れをしている。緊急の場合は家族と相談しながら連携医療機関の指示に基づき対応し、必要に応じて往診も得られる。	
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	介護職は日々のケアで身体面・精神面(表情・歩行状態・皮膚の状態)において少しの変化でも記録に残し、看護職員に相談している。看護職員は入居者の健康管理・服薬管理をし、状態の変化を協力医・かかりつけ医と連携を取り指示を受けている。		
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。	入院から退院まで定期的に面会に行き、病院担当者や家族と情報交換しながら入院による認知症の進行が進まないよう早期退院に努めている。		
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	申し込みや入居時に『重度化・終末期対応指針』に基づき説明している。重度化に伴い、ご本人やご家族の意向を聞きながら、カンファレンスを重ねて主治医に相談している。職員も入居者の状態に合わせて随時本人の状態に合わせてカンファレンスを繰り返しながら本人・家族の思いを大切に支援を行っている。	入居希望者への説明では看取りをするとの表明はしていないが家族の希望に対応する意向である。過去に連携医療機関の協力で看取りを経験したが、勤続年数の長い職員が多いこともあり動揺は見られなかった。管理者は家族の希望に応えたいと考えている。	今後は、看取りに向けて職員への定期的な研修の機会を増やし、マニュアルの作成を期待する。
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	定期的に救急救命講習を受け、心肺蘇生や応急処置の知識向上に努めている。また、ミーティングにおいて事故発生時や緊急時の対応についてマニュアル等を用いながら繰り返し勉強会を行っている。		
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	年間2回の避難訓練と1回の災害訓練を実施し、消防隊員から助言を頂いている。町内の方へは運営推進会議で報告し、協力をお願いしている。また地元企業へ火災時の協力もお願いしている。また姉妹施設や町内公民館などの避難場所の確保など協力体制が取れている。町内に向かってシグナルボイス(警報)を設置している。	避難訓練は地元企業や町内会にも協力を依頼し、年二回実施しており、訓練当日は全職員が参加している。また、夜間時の避難を想定し、当直2名による訓練も実施している。備蓄品の保管場所は屋外の小屋で夏場の気温上昇が心配される。	訓練の協力依頼をしている町内会や近隣企業との関係は良好である。事業所周辺には河川があり、氾濫時を想定した訓練は未実施である。河川氾濫時の避難場所は事業所から離れた公民館及び小学校のため、移動に要する時間・車いす利用者に係る人手のシミュレーションをし、民生委員等の協力を含めた協力体制の構築を望む。また、備蓄品についても、保管場所の検討を期待する。

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	個々の居室で自分らしく自由に過ごして頂けるよう、入口に暖簾を下げ、プライバシーの保護に努めている。また、1対1で思いを傾聴し、安心して頂けるよう声がけ、配慮を行うように努めている。	管理者は職員がより利用者に寄り添うことを目的に、1日に15分間程度、利用者との対話を推進している。職員は業務時間内で、毎日ほぼ1人ずつ利用者との対話を心掛けている。これまで気づかなかった利用者の人となり理解できるようになったと話してくれた。	
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	個々の思いを、表情・会話・行動から汲み取ったり、その時の気分や体調を加味し、尊重している。また、選択肢のある言葉掛けに努めている。		
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	個々の意思・生活習慣を大切に本人のペースにあった生活を送れるよう、体調や状態に考慮しながら柔軟な対応に努め、日課への参加を的に声がけしている。		
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	利用者のスタイルに合わせ、自分で選んでもらったり、持参された洋服から好みを把握し、提供している。気候や全体のバランスに配慮している。その他、定期的に美容室の定期訪問があり、本人の要望に沿った対応を心掛けている。毎朝の洗顔の声がけ、介助を行い、鏡の前で一緒に身だしなみを整えるようにしている。		
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	個々の状態に合わせて、調理・盛り付け・お茶入れ・下膳等を職員と共に行っている。食事はテーブル毎に職員も一緒に食事を摂り、日常会話をしながら好みや形状などの把握を行っている。食事が美味しく・楽しい時間となるよう配慮している。片付けも個々の状態に合わせて行っている。	食事は利用者の最も楽しみな時間であり、外部栄養士の献立に基づき事業所内でその日の担当職員が調理している。食前の口腔体操は丁寧で食欲増進の一環となっている。食事は彩り、味付け、品数も豊富で全員が完食している。職員も同じテーブルでさり気ないサポートをしながら和やかに食事をしている。また、食事の準備段階を手伝う利用者もいる。	
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	外部からの管理栄養士によるカロリー・塩分など栄養面を考えた献立を使用している。又、個々に合わせた量・形態で提供しているほか、好みに合わせて別メニューも提供している。食事形態表を作成し、個々の好み・苦手な物・調理の際の留意点の把握に努めている。食事量や水分量・体調面を個人記録に記入している。		

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、個々の状態に合わせて歯磨き誘導等を行っている。就寝前には義歯を使用している利用者は、消毒・洗浄を行っている。拒否のある方には本人のタイミングに合わせて声がけを行っている。		
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	日々の排泄チェック表から個々の排泄パターンの把握に努め、誘導や言葉掛けを行っている。又、重度化している利用者に対しても職員全体で話し合いトイレ誘導する方向で取り組んでいる。	自立排泄の推進を職員共通の目標としており、オムツ使用が2割と少ない。排泄パターンを把握し、オムツを外せる努力をすることで利用者の尊厳の保守に努めている。	
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	利用者の水分量を把握し、不足しないよう個々に合わせて回数を増やしたり、飲み物の好みや種類に工夫している他、ヨーグルトなどの乳製品やオリゴ糖を取り入れている。状態に合わせて体操・散歩等の促しや排便時の姿勢の工夫・腹部マッサージなども行っている。		
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	個々の入浴設定日はあるが、本人の希望や体調に応じて変更している。拒否がある場合には、本人の思いを傾聴しながら無理強いはせず、時間をおいての言葉掛けや曜日を変更するなどの対応を行っている。また、体調に合わせて入浴日の変更やシャワー浴、清拭を行っている。入浴剤をこまめに替え、気分転換が図れるよう支援している。	浴室は明るく清潔で着脱スペースは広い。利用者が楽しみながら入浴できるよう、好みの入浴剤を6種類揃え、きめ細かい対応に努めている。浴槽はやや深く足場がないこともあり、シャワー浴にとどめている利用者もいる。	
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	日中は個々の体調や前夜の不眠等、状態により休息の促しをしている。夜間は、室温や照明の調整をし安眠できるよう支援している。就寝時間は21時を目安にしているが、ご本人の居室等で自由な時間を過ごして頂いている。夜間良眠のため、家事作業の参加・体操・散歩等、日中の運動量を増やすよう心掛けている。		
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	個別に服薬ファイルを作成し職員全体が確認できる場所に保管している。服薬が変更になった場合も職員全体に周知し、経過をセンター方式D3.4シートに記録しドクターや看護師へ確認や報告を行っている。		
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	個々の好みや特技・生活習慣等を把握し家事作業や調理手伝い等役割分担に努めている。余暇の楽しみが持てるよう(歌・読書・手芸・ぬり絵・パズル・DVD観賞等)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
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	体調や天候に応じて散歩やドライブへ出かけたり、季節毎の行事や地域の行事・他施設との交流へ参加している。ご家族へ外出・外泊のお願いやバスハイクの参加希望を募っている。	利用者の介護度の変化により外出希望は少なくなりつつあるが、食事会や季節毎の外出には多くの方が参加している。また、日常的に事業所周りの散歩や地域の行事に参加する等、毎月計画に沿って外出支援に努めている。	
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	認知症の進行により、お金を所持しない入居者が増えているが、入居時や、その時々本人やご家族と相談し、本人管理・事務所預かり・代行購入など個別の対応を行い、買い物へ一緒に出掛けたり好みを聞いて職員が代行などを行っている。		
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	個々の状態に合わせて出来る限り対応している。電話をしたいという希望や掛かってきた場合はゆっくり話せるよう配慮している。又、手紙の返事・贈り物のお礼など個人の要望に応じている。		
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	利用者の家庭環境・生活習慣を把握、会話やテレビ・音楽のボリューム等に配慮し、生活音に気を配っている。リビングには季節を感じる事が出来るように季節の壁画を作成したり、畑に咲いた花を飾ったりしている。リビングの一角に台所があり、調理の匂いがリビングに漂う。	利用者同士の会話が多く見られ、手すりを利用したりハビリを積極的に行う利用者もいる。多くの利用者は1日の大半をリビングで過ごし、温度、光、音も適切で、壁面には利用者の作品が展示されている。また、調理風景も見られ、家庭の延長線上にある穏やかな共有空間となっている。	
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	リビングでは利用者の思いを考慮し気の合う仲間の座席作りに努めている。茶室・ベランダ・玄関先・畑に長椅子を設置したり、リビングに畳を置くなどして一人の空間や利用者間の交流の場を作っている。		
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	入居時や、その都度を使い慣れた馴染みの家具・小物の持参を依頼している。好みの小物・写真・壁掛け・本人が制作した物などの小物類はご家族の訪問時にも思い出話に役立っている。	居室から立山連峰が目の前に広がり室内は明るく清潔である。収納設備が大きく自由に使用できるスペースが制限されるため、利用者が家庭から持ち込む調度品の数はやや少ない。	
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	個々の身体機能・症状に応じ、リビングの座席決めをしたり、居室の手すり等に配慮している。居室の表札は個々の好みの色・見やすい文字に、暖簾は個々で持参して頂き目印になっている。トイレ・浴室などは分かりやすいよう表示している。		

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	4	○運営推進会議に地区担当の民生委員の参加がない状況である。	今後、民生委員の立場からの意見や協力が得られるよう働きかけたい。	・民生委員の方と接点を持つ場を作り、ホームの活動内容などを説明した上で理解と協力が得られるような関わりに努めたい。	12ヶ月
2	33	○重度化や終末期に向けた方針と共有の支援・・・看取りについての研修やマニュアルが不十分である。	重度化や終末期の対応についての研修、マニュアル作成。	・年間研修計画に終末期についての研修を盛り込み、職員全体の理解を深める。マニュアルも詳しい内容で作成し、役割分担を正確に示す。	12ヶ月
3	35	○災害対策・・・水害時の避難訓練に加え、氾濫、洪水の際の避難訓練を行っていない。備蓄品の場所が気温差あり野外の為場所の検討が必要。	河川の氾濫、洪水時の避難を实际行ってみる 備蓄品の場所を屋内の2階へ変更する。	避難場所までに要する時間、人員の把握を行う。備蓄品を2階へ移動し職員全体で周知する。	12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。