

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	1690800030		
法人名	株式会社 リレーション		
事業所名	グループホーム 柳瀬の家		
所在地	富山県砺波市柳瀬601番3		
自己評価作成日	平成27年3月25日	評価結果市町村受理日	

※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.kaisokensaku.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JizyosvoCd=1690800030-00&PrefCd=16&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 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	平成27年4月17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)】

毎日暮らしが安全に安心して過ごして頂けるよう、取り組んでいる。健康管理に留意しており、冬期間も風邪等で体調を崩される方はほとんどおられず、元気に過ごされている。

【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)】

- ・新しい管理者のもとで事業所の方針や理念など検討中であり、常に話し合いが行われている状況にある。
- ・地域の中のホームであり、職員は入居者に何が出来るのかを常に考えている。ケアプランにもとづいて担当者が中心になり、評価見直しがなされている。
- ・常勤の職員間の信頼関係が強く、非常勤の指導もしっかりなされている。

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)	○	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)	○	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
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	理念の理解を深める為 基本的な支援 健康管理、衛生管理、環境整備を中心に取り組んできた。今後は心身共に元気に過ごして頂けるよう取り組んでいく。	管理者の交代に伴い、理念(健康と安全を基に一人ひとりの自立支援に努める)を掲げ、職員に浸透を図りケアにつなげている。	事業所として利用者や地域とどのような関わり方を持ちたいのかを職員と共に話し合い、より実践に即した理念に基づく支援がなされることを期待したい。
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	地域の祭りや行事への参加、近隣の方の訪問、野菜のおすそ分け等の場面を作り 地域の方と自然に交流できるよう取り組んでいる。	地域の祭りに出向いている。入居者の家族によるボランティアで、笑いヨガが行われている。近所の方が、野菜の差し入れを持ってきて入居者と話すなどの交流がある。	野菜づくりなどを通して、近隣との交流や協力を得るなどより幅広く働きかけることを期待したい。
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	自由にホーム内見学に来て頂いている。見学時はホームの日常生活状況を報告しながら、認知症の方の理解や支援方法を伝えている。又、居宅と併設しており相談者には随時応じている。		
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	地区民生委員の方をはじめ地域の方、利用者家族、市職員、他事業者と意見交換を定期的に行いサービスの向上に活かしている。	運営推進会議は今年に入ってから定期的に開催され、軌道に乗りつつある。会議の重要性を参加者で話し合い、これから取り組む課題を提案して進めている。	会議内容は玄関に吊り下げてあるが、家族や職員の目にとまっておらず、配布するなど、会議内容に対する関心を持ってもらう努力が望まれる。
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	市職員の方と運営推進会議を通し情報交換を行っている。また、運営面では介護保険組合担当者に随時相談しながら、課題解決に取り組んでいる。	地域包括支援センター職員とは地域の情報を得たり、事業所の相談事にアドバイスを貰うなど関わりがある。	
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	日中は施錠せず、玄関2カ所にセンサーを設置、玄関通路をホーム内から見渡せるよう窓を大きく作り、安全面に細心の注意を払い入居者の方が自由に出入りできる環境を作っている。	身体拘束の研修は、事業所内では実施されていないが、玄関は常に開錠されている。職員は、内側から周囲が見渡せる大窓から見守りをしている。	
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	虐待について学ぶ機会がもてていない。		

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	管理者は権利擁護に関する制度についてある程度の理解はあるが、職員が学ぶ機会はまだない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書や重要事項説明書の該当箇所を示しながら口頭で説明している。その都度、疑問や質問を確認しながら理解して頂いた上で同意を得ている。特に医療スタッフの配置がないことに関する事項と緊急時の対応等については、十分な説明と同意を得てから契約を結んで頂くよう配慮している。		
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	体調、日常生活の様子等を面会時はもちろん普段からご家族へ電話連絡し、状況報告に努めている。また、入居前の生活や趣味、嗜好品等も確認しながら、家族の要望や意見も話しやすいように対応している。	ほとんどの家族が、月1回来所をしている。その際に話された日常生活の些細な意見や要望を受け止め改善につなげ、職員間での共有も図っている。	
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	職員に利用者担当を設け、担当職員を中心に利用者様のプラン作成に携わり、実践できる環境を作っている。日常業務の中で随時話し合いを行い、早めの対応を行っている。	非常勤職員の入れ替りが多く、その都度常勤職員は指導をしっかりと行っている。月一回は管理者も参加してカンファレンスが開催され、業務改善にむけて話し合わせ早期実施に至っている。	
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	能力は問わず職員一人ひとりの仕事への取り組みや姿勢を評価し、それに応じた給与・賞与水準となるよう努めている。		
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	職員一人ひとりの力量や経験を踏まえそれぞれに合った研修の機会を設け、個人のスキルアップを図っている。		
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	市のグループホーム研修、地域ケア会議、研修や勉強会等の参加はこれまでであるがあまり行えていない。		

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	利用前に自宅で面談を行い、本人・家族の生活状況を確認しながら、要望等の把握に努めている。また、入居後も話を聞き意向やこれまでの暮らし方が把握できるよう努めている。		
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	受付時、本人面談時等の入居前に家族としっかり話す機会を持ち入所希望に至った経緯や家族の思いを聞いている。また、不安や不明点は理解されるまで説明をしている。		
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	利用時に何を必要としているか現在どのような状況であるのか本人、家族はもちろんのこと担当ケアマネージャーなどへの情報収集に努めアセスメントを通じ、本人、家族の要望を見極め必要な支援を行っている。		
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	これまで利用者様の生活であることを前提にケアに取り組んできたが、不平や不満が聞かれるようになり現在は、健康管理、衛生管理、環境整備に努めている。		
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	家族には少なくとも月1回はシーツ交換に来て頂き、本人の顔を見て様子を確認して頂ける様にしている。また、こまめに状況報告の連絡を入れ、家族の意向を確認しながら支援方法を決めている。外出や外泊を毎月のようにする方もおられ、家族の意向を尊重している。		
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	利用前から馴染みの友人や知人の面会をご家族の同意を得た場合、随時行ってもらっている。また、美容院等はなるべく馴染みの店の利用が続けられるよう家族と相談し、家族が付き添えない場合のみ付添を行っている。	定期的に家の仏壇参りの支援をしたり、知人や兄弟などの訪問があった際にゆったりくつろいでもらう場の設定をするなどして、関係が継続できるよう工夫している。	
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	入居者間の相性をスタッフは把握しており、孤立しないよう支援している。また全員でゲーム等を楽しむ機会を作り、顔と名前を確認しながら入居者間関係が円滑に保たれるよう日々取り組んでいる。		

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
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	サービス利用が終了しても、相談や連絡にいつでも応じるようにしている。		
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	本人・家族の意向を定期的に伺ったり、普段の言動の中での気づきを大切にし思いの把握に努めてきた。しかし、スタッフ其々の思いになりがちであり、理解の共有について検討中である。	利用者の返事の仕方や様子を見ながら会話を進め、表出されない思いを読み取るようにしている。職員間での共有のために細かく引継ぎしている。	月1回の会議や研修会の開催を計画している途上であり、今後職員全員での取り組みが実行され、利用者の思いの把握に繋がるケアの実践に期待したい。
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	生活歴や入居前の生活スタイル等の把握の為、入居前に家族にセンター方式シートの記載を依頼し、スタッフ一同で共有している。また、入居後も本人から見られる習慣や言葉から把握に努め、家族に確認している。		
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	本人の日常の観察を中心にADL動作、健康状態等の把握に努めている。また、居室内の確認を毎日行い、異変や心身状態の把握に努めている。		
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	本人からの聞き取りと家族の意向を聞き、個人記録や日誌を参考にモニタリングを行い支援の方針をたてている。また、医療面については主治医にこまめに確認している。	本年度は介護計画に本人の希望やケア内容をより具体的に細かく記載するよう取り組んでいる。また、担当職員が計画作成担当者と一緒に、カンファレンスで検討した内容をもとに、モニタリングや計画の見直しが行えるよう取り組んでいる。	
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	日誌、引継ぎノート、個人記録等を記録に残し、情報の共有に努めている。		
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	外出や通院等、基本的には家族の付添いで依頼しているが、家族の状況を考慮し介護保険外サービスとして個別の付添いを要望があれば行っている。		

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	最近では地域の行事に参加できていない。避難訓練は計画作成段階より消防署に相談にのって頂いており、毎年実施し災害時に備えている。		
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	家族の希望で8名の方が月2回、地域の内科医により往診を受けている。1名は毎月、家族の付添で入居前からかかりつけ医の通院を続けている。また、歯科、整形外科等の専門家へ受診が必要な場合はかかりつけ医の有無を家族に確認している。ない場合は往診医から紹介状をもらい専門家へ受診している。	月2回協力医の往診を受けている。かかりつけ医の受診は家族が同行するが都合の悪い時は職員が付き添っている。体調変化があれば、早めに協力医に連絡を取り相談している。家族への受診報告は電話や来訪時に行っている。	
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	ホーム内には現在看護師はいない。入居者の方に異変があればすぐに往診医へ連絡し指示をあおいている。必要であればすぐに受診している。		
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。	入院が必要な状況があれば、その方の情報が速やかに伝えられるよう記録の整備に努めている。入院中は定期的に面会を行い、経過を把握し家族や主治医等と話し合いながら、スムーズに退院できるよう努めている。		
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	入居時に家族へは医療が必要となれば病院や他施設へ移行する施設であることを伝えている。認知症の進行に対しても重度化や共同生活が困難な恐れが見られるようになれば特別養護老人ホーム等次のステージに向けた話し合いを行い、必要時には円滑に移行できるように努めている。	契約時に、医療スタッフがいない事の説明を行い了解を得ている。重度化が進み食事が入らなくなった時には、家族と事業所スタッフと話をした上で、協力医の医院に出向いてもらい、医師と話し合いを重ね方針を決めている。	
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	スタッフミーティング時に急変時や事故発生時に備え確認し合っている。また、マニュアルを作成し発生時に備えている。		
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	避難訓練を実施し入居者の方の避難誘導について確認している。1年に2回のうち1回は消防署員に来て頂き避難手段について助言を受けている。運営推進会議に災害時の対応について地域の方々から助言をいただいている。昨年3月、スプリンクラーの設置をした。	年2回欠かさず避難訓練を行い、内1回は消防署員の協力を得て実施している。隣家の参加協力はあるが地域の協力体制を得るまでには至っていない。非常用備蓄は最低限準備されている。	地域の自治会と情報交流を行い、災害時の避難場所の確認や利用者が安全に移動できる具体的な手段の検討や、地域の防災訓練に利用者と共に参加するなど今後の協力体制の構築への取り組みに期待したい。

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	「綺麗ですね」「上手にできましたね」等ポジティブな言葉がけに努め、やったことに自信が持てるよう配慮している。また、入浴や排泄の声掛けは個別対応を基本としている。	入浴・排泄時の戸の開閉などプライバシーに配慮したケアや声かけを職員間で確認し合っている。利用者との会話時には、職員が自分の立場を自覚したうえで言葉遣いや対応に注意している。	
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	これまでは利用者様の生活であることを前提に一人一人の思いを尊重し取り組んできたが、利用者様からの不満やトラブルの火種になることもあった。自己決定は認知症の利用者様に困難や不安をもたらすきっかけになり、安心感を与えるようある程度の方にも同じような支援に至っている。		
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	これまでは利用者様の生活であることを前提に一人一人の思いを尊重し取り組んできたが、利用者様からの不満やトラブルの火種になることもあった。自己決定は認知症の利用者様に困難や不安をもたらすきっかけになり、安心感を与えるようある程度の方にも同じような支援に至っている。		
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	家族と相談しながら、美容院へほとんどの方が定期的に出かけている。また、自分で洋服を選ぶ方は色合いや服を褒める言葉がけを意図的にしている。また、化粧品の持ち込み等、生活環境に配慮している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日、利用者職員と一緒に食事をしている。台拭き等は自然に行えるよう環境作りを行っている。現在はスタッフで準備片づけすることで、食事を楽しまれている。家族と時々外食する利用者もおられる。	職員が準備から調理・片付けまで行い食事提供している。最近は全員揃っての外食が難しく外食もできないため、行事食でお寿司やおやつを作り楽しんでいる。ムセる事無く安全に食事できるように形態変更し、介助で食べている。	一人ひとりにとって食事が楽しみなものとなるような雰囲気づくりの設定や、食事の一連の流れに入居者と職員が一緒に参加し、これまで培ってきた力が発揮できる場面や役割に取り組む事を期待したい。
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	飲み込みにくい方は刻み、ミキサー食等工夫しバランスよく食べて頂けるようにしている。特に水分摂取量は1200cc以上摂取できるよう努めている。		
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	1日3回、その人に合った口腔ケアを見守り介助にて行っている。衛生面から義歯は每晚ポリデント消毒を行っている。		

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
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	トイレ誘導が必要な方は時間を見ながら、チェックし声掛けしている。こまめに行うこと自発的にトイレへ行くことが増え失禁の減少につながっている。	排泄チェック表の記入、時間毎のトイレ誘導や声かけで失禁の改善がみられ、紙パンツの着用が減少している。声かけ前に自らトイレに行こうと意識されるなどの効果も表れている。	
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	毎朝の体操や水分摂取、野菜等食物繊維の多いものを取り入れた献立等、自然に排便が促せるよう配慮している。便秘がちな方は排便状況を記録したり、主治医と相談しながら体操や牛乳の摂取等をして頂いている。		
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	入居者の希望もあり、現在は入浴日を週2回設定している。汗をかいたり汚れた際又体調に応じて等その都度、湯を沸かせる体制である。体調により足浴、シャワー浴、清拭も実施している。	車イス利用者の入浴介助が必要な時は、職員が複数で介助を行い安全確保している。入りたくないや拒否されても声かけの工夫を行い、気持ちよく入れるよう努力している。	
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	午睡や夜の睡眠時間帯は室温や明るさを一人一人、配慮し安眠できるよう努めている。		
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	一人ひとりの薬の説明書がファイルにいつでも見られる状態である。内服薬に変更や追加があった際は、往診結果や日誌、引継ぎノートに記載し症状の変化の確認に努めている。服薬介助時は薬袋の名前を本人と一緒に確認している。		
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	これまでは一人ひとりの生活歴やレベルに合った役割を作り毎日実践してきたが、利用者様の不満につながり中止した。お菓子等は健康・衛生管理をふまえ事務所で行っている。楽しみ事は誕生日会、おやつ作り、花見、喫茶等の外出を天気や体調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	利用者の個別の買い物、通院、美容院等への外出の機会を家族と相談しながら行っている。なるべく家族一緒に出掛けられるよう依頼しているが、ホームでの付添い希望が多い。ホーム全体として、ドライブや花見等へ外出も月1回程度は実施している。	庭に出て草むしりやプランターにチューリップを植えたり、月1回定期的に買物に行くなどしている。利用者の希望である桜見の散歩にも、家族と一緒にの外出に頼っているのが現状である。	より利用者の希望に添って外に出る事ができるような取り組みについて今一度職員全員で話し合われることを期待したい。

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	本人・家族の希望でこづかいはホームで保管している。本人・家族の希望で、紛失のリスクを前提に 少額のお金を居室に持っている方もある。		
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	年賀状や暑中見舞いを家族に出したり、自由にやり取りできる機会は作っているが、入居者からの日常的な要望は聞かれない。		
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	ホーム内に季節の花を飾ったり、日中は天気に関係なく午睡以外の時間は電気をつけ明るく活動しやすい明るさにしている。室温と湿度には十分配慮し冷暖房の加減と換気をこまめに行っている。	1日1回の換気や加湿器設置、うがい手洗い励行で衛生面に気をつけ快適な空間となるようにしている。リビングでは体操やカラオケ、生け花を全員で楽しんでいる。高さの低いテーブルやイスの設置は利用者の目線に配慮して置かれている。	
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	玄関、玄関ポーチにベンチを置き職員と一緒に外気浴をする。座席の配慮や気の合う利用者同士一緒に過ごせるソファを設置し自由に休めるようにしている。		
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	入居者が自宅で使用していた家具や写真を持ってきたり、ベッドや布団の使用を個々の生活習慣に合わせて選択してもらっている。また、一人一人ホームに入居に至った経緯が異なり、仕事をしに来ている方はホーム設置のタンスの他はあまり家具を置いていない。	備え付けのベッド、タンスがあり、自宅から椅子や布団、写真や本、身の回りの品を持参している。自発的に朝起きてベッドの上の布団を畳む利用者が多く、部屋の中は整っている。居室清掃や着替え準備などは職員が行っている。	
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	台所の流しの高さや廊下、居室、トイレの手すりの設置等、自分でできることは自分で行いやすい環境作りをしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 27年6月15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・23	理念の理解が職員間で共有できていない。	職員間で会議等、話し合う機会を増やし、より実践に即した理念を作りあげていく。	職員会議、勉強会等の機会を定期的に作り、話し合うことでそれぞれの意見を確認し合う。又意見を確認し合うことで職員それぞれが、自己評価を行い考えながらケアに当たれるようにしていく。	6ヶ月
2	2・4	運営推進会議を生かした取り組みが行われていない。	地域の方々や市職員さんへ今後に向けての相談や情報収集を行い、いつでも協力を得られるような関係作りに努める。	会議の内容や参加者の構成等を検討し、参加者の方へ、ホームの活動報告だけでなく、課題解決に向けての相談等も行っていく。	3ヶ月
3	35	災害対策が十分に行えていない。	地震等の訓練についても検討し、災害時に地域の方々に協力が得られるよう、普段から体制作りに努める。	地域の防災訓練等への参加や、地域の方々にホームでの避難訓練への参加を得る。	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。