

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	1691100240		
法人名	ユニバーサル株式会社		
事業所名	ケアホーム新湊あいの風(認知症対応型共同生活介護)		
所在地	富山県射水市海王町21-5		
自己評価作成日	平成27年1月6日	評価結果市町村受理日	平成28年2月15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	あ
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階
訪問調査日	平成28年1月18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)】

少人数で家庭的な雰囲気の中で馴染みのスタッフと料理、掃除、買い物など共同生活を送る事によって、認知の症状を緩和させ穏やかに日常生活を送ることが出来るよう支援しています。認知症であっても人間としての尊厳を大切に、自分らしく生き活きと信頼・笑顔・安心のある場所となるよう日々努力しております。また看護師、医療との連携を密にし、本人様、ご家族様が安心していただけるよう、ご家族様、ご親戚、地域の方々に気軽にきて頂けるような温かい雰囲気作りに努めています。

【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)】

ホームは「海王丸パーク」「新湊大橋」を目の前にした風光明媚な場所にあり、天気の良い日の散歩は利用者の楽しみになっている。当たり前の生活を目指し、食事、入浴、排せつなどは、個別の希望や思い、身体機能に合わせ、その人らしさが引き出せる個別のケアに取り組んでいる。また、安全・安心につながるよう医療との連携に努め、「つながりノート」の情報提供など病気の悪化にならない工夫を行っている。所在地は自治会のない地域であり、地域住民との交流に難しさも感ずるところであるが、管理者は周辺地域との交流が持てるよう行政に相談するなど積極的な行動をとりながら、孤立したホームにならないよう努めている。

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	職員全員で考えた理念を目のつく所に貼り、常に意識することで共有を図る。また理念の大切さを話し合い事業所としての理念の構築の必要性を伝えている。	職員の意見を取り入れた理念「自分らしく生き生きと・信頼・笑顔・安心」を事業所内各所に掲示されており、常に目にする環境である。また、新任研修や申し送り時、日々の指導には、理念を意識しながら行い、実践に繋げている。	
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	事業所には自治会はないが、祭礼の際には獅子舞、曳山等近隣の地域の協力を得ながら住民との連携を図っている。12月には小学生の慰問あり、日常的にも買い物等で地域の方と挨拶を交わすなど交流している。	事業所所在地には自治会がなく、地域との交流には苦勞するところであるが、校下や隣町へ働きかけ、祭礼時の獅子舞や曳山などの来所につなげている。また、地元小学校へも働きかけ、福祉教育の一環で5年生との交流が実現した。さらに慰問ボランティアを積極的に受け入れたり、ホームの納涼祭には地域へ参加を呼びかけるなど地域交流が深まるような取組みを行っている。	
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	地域の方が要易に相談に来て頂けるよう取り組んでいる。		
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ヵ月に一度運営推進会議を開催し運営状況、活動内容、今後の予定など報告し、協議内容についても意見交換を行っている。自治会がなく参加人数が少ないなか、市、近隣の地域の方へ会議の参加を働きかけている。	運営推進会議は、地域包括支援センター職員・家族代表が出席し2ヶ月ごとに開催している。会議ではホームの運営状況や活動内容を報告し意見交換したり、委員がホームの行事に参加し評価をするなど適切な運営に繋がっている。	地域の広範な役職に参加を募ることにより、意見や情報の多様化につながると思われ、民生委員・社会福祉協議会・老人会などへの働きかけに期待したい。
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	地域包括支援センターの担当者に運営推進会議に参加して頂き、事業所の取り組みの説明や相談をしたりして協力関係を築いている。	運営推進会議委員となっている地域包括支援センターとは、いつでも相談・助言をいただく関係を築いている。市担当者とは他自治会との地域交流に向けて助言をもらうなど協力関係にある。	
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	身体拘束に関するマニュアルやミーティングやその都度の対応時の話し合い等で周知を図っている。日中は玄関の施錠は行わず、防犯上夜間のみ施錠している。(21時から翌朝7時まで)	日々の申し送りやフロアミーティングで、身体拘束の具体的な内容や個別ケアについて話し合い、サービス提供時には職員間で確認しながら身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	職員間の共通認識を高めるため、事業所内の身体拘束防止委員会が中心になって、更なる研修会の充実に期待したい。
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	高齢者虐待について、ミーティングでも話し合いを行っている。また事業所内での虐待を見過ごされる事がないよう注意を払い、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	フロアミーティングにて知識の習得には努めている。現にグループホームの利用者の方に成年後見制度を利用している方がおられる。		
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	契約締結時には、契約書、重要事項説明書の説明を十分に行い、利用者、家族の理解を図っている。利用開始後や入院時などにその都度不安や疑問点の確認、質問の受け入れを随時行っている。		
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	家族にサービスに関するアンケート調査を実施し、家族会にて意見や要望について話し合い、それを運営に反映出来るよう努めている。利用者には積極的にコミュニケーションを図り、意見や要望を聞くようにしている。	毎月発行している「グループホームたより」に利用者個々の暮らしぶりを掲載し家族に送付している。運営推進会議や家族会の意見交換会・アンケート調査、面会時の会話等から積極的に意見・要望の把握に努め運営やサービスに反映している。	
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	日常的に職員とのコミュニケーションを図り、話しやすい関係作りに努めている。業績評価、フロアミーティング、全体ミーティング、管理者ミーティングがあり、職員の意見、提案を反映させるシステムがある。	職員は、フロアミーティングや自己評価後の法人人材育成担当者との面談、現場に設置している意見ノートで忌憚のない意見・要望が言える機会がある。把握された職員の意見・要望は、管理者が事業所全体会議や管理者会議で報告、検討し、運営やサービスに反映している。	
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	代表者は定期的に事業所に顔を出し、管理者や職員と個別面談にて個々の意見や業務の理解に努め、働きやすい環境作りに努めている。また必要に応じて労働条件の変更も行っている。		
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	法人内にて初任者研修の実施、また人材育成委員会を立ち上げ、各事業所、またそれぞれの職員に応じた研修を実施している。管理者、リーダー研修も行っている。		
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	2か月に一回全体ミーティングを開催している。法人全体の委員会、研修等でも交流する機会を持って、毎年法人として参加しているマラソン大会でもネットワーク作りが行えている。		

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	利用前には自宅、病院、施設などに出向いたり、ホームに来所して頂いたり事前面接を行っている。本人の心身状態や生活環境、要望などを把握し出来る限り本人の思いに沿った支援が出来るように努めている。		
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	本人や家族の状況、今までの経過などを事前に聞き、不安や要望などに耳を傾けながら、関係作りに努めている。		
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	事前面接時に本人の状態を確認し、家族の要望なども聞きながら今一番必要としている事の把握に努めている。入居後も常にニーズの把握に努めている。		
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	職員は茶碗拭き、洗濯物干し、掃除など家事作業を一緒に行ったり、食事を一緒にしたりして暮らしを共にする者としての関係を築くよう努めている。		
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	面会時や毎月のグループホームたよりで利用者本人の日常の様子を細かく報告し、家族、本人の思いに耳を傾けるよう努めている。納涼祭の時は家族にも声をかけ、一時を楽しんでもらえるよう努めている。		
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	家族、親戚、知人など定期的に面会に来て頂けるような雰囲気作りに努めています。希望があれば電話をかけたりにして家族と本人との関係を保てるよう支援している。	家族の協力を得て、自宅や行きたい場所、買い物など馴染みの場へいつでも外出したり、家族や友人・知人の面会時には、ゆっくり過ごしていただけるよう配慮している。また、職員とは利用者の要望に沿ったドライブや買い物のついでになじみの場へ寄るなどの支援が行われている。	
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	利用者同士の関係を職員が把握し、一緒に作業をしたり、レクリエーションをしたりと日々の関わりの中で共通の話題を提供したり一緒に楽しんでもらえ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
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	サービス利用契約が終了しても、これまでの関係性を大切に、必要があれば情報提供等行い、相談や支援に努めている。		
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	日々の本人との関わりの中で本人の表情、会話の中から思いを受け止め個人記録に記載することで情報の共有をして希望、意向の把握に努めている。困難な場合は筆談等で本人本位に検討できるよう努めている。	家族情報や日々記録している生活状況、利用者の言動等を事業所独自のアセスメントシートに整理して、利用者の思いに沿える暮らしになるよう努めている。アセスメントシートは6ヶ月ごとに見直し、利用者のその時々思いや意向の反映に力を入れている。	
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	入居時アセスメントにおいて本人、家族から聞き取りを行っている。随時本人や家族との関わりから情報収集をし本人が暮らしやすい生活環境を提供出来るよう職員間で話し合い、共有することで把握に努めている。		
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	毎日の関わり、本人の言動を個人記録に記載し情報の共有を行い、申し送りやミーティングを行う事で職員が同じ情報として現状把握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	それぞれが個人記録や申し送りノートでの情報共有、収集を行い、新しくでた課題に対してその都度話し合い、それでも解決できない時はミーティング等でまた家族にも相談しチームでつくる介護計画になるよう努めている。	6ヶ月ごとにモニタリングに沿ってアセスメント・介護計画を見直し、利用者の状態に合った支援になるよう努めている。また、緊急な状態の変化時にはフロアミーティングで検討し、迅速なケアの見直しを行っている。計画内容は家族に説明し、出された意見・要望はケアに反映されている。	
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	日々の様子やケアの実践等を個人記録に記載し毎日記録に目を通し、情報共有に努めている。職員の気づき等も記入するよう促している。日々の様子や気づきから介護計画の見直し等するように心がけている。		
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、外泊、買い物、散歩など利用者の希望や要望に応じ柔軟に対応出来るよう努めている。受診時家族様を送迎出来ないときは職員で対応している。		

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	毎年曳山、獅子舞を施設前にて見る事ができ、喜びにつながっている。また知り合いとの会話の中でも笑顔が見られている。外部相談員が定期的にこられ、夢中に話されている姿見られる。		
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	受診時は家族に細かく状態をお伝えするとともにつながりノートを使用し正確にかかりつけ医に情報を提供し、適切な医療が受けられる様努めている。月1回協力医の訪問診療あり。	入所時に利用者・家族が希望するかかりつけ医を選択していただいている。家族の受診同行時には、つながりノート(ホーム看護師が生活や医療状況を記載)を持参していただき、適切な医療が受けられるよう支援している。また、看護師とは24時間連絡体制をとり、緊急時や夜間等に適切な対応が行われている。	
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	介護職員は入浴時の身体状況、睡眠状況、排泄状況、情緒面を観察し、個人記録に正確に記載、その都度看護師に報告している。記録によって適切な受診や看護を受けようにつながりノートを作成するなど努めている。		
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。	入院に至るまでの経過、介護サマリーを記入し詳細に申し送りができるよう努めている。また入院中も家族や地域連携室と密に連絡をとり、円滑に退院できるよう支援している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合には、本人および家族の意向を確認しながら主治医、関係者との連携を図り、事業所でスタッフ間で統一し、できる限りの支援に取り組んでいる。	契約時に事業所の「重度化対応・終末期ケア指針」に基づいて、事業所のできる事できない事を説明し利用者・家族に理解を得ている。利用者の心身の変化時にはかかりつけ医・家族と話し合い、利用者・家族の意向に沿えるよう努めている。	
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	急変時の対応等日頃から看護師と話し合っている。また全ての職員が迅速に対応出来るよう、定期的な実践が必要。		
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2回消防署の協力のもと、日中、夜間想定での利用者参加で避難訓練を実施している。地震や水害など避難場所への誘導訓練はまだ行えていない。	同一法人の他事業と合同で、消防署の協力を得ながら利用者と一緒に年2回火災訓練を実施している。また、地域との災害協力体制の構築に向け、市に相談しながら方法等模索している。	災害時に地域住民や地域消防団などの協力が得られるよう、協力体制構築に向けた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	ミーティング時や日々のケアの中で接遇について確認しながら、利用者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声掛けや対応を心掛けている。	日々の申し送りや月1回のフロアミーティングで、利用者個々の人格を尊重しプライバシーに配慮した声かけや接遇方法を確認しながら、日々のケア実践に努めている。心がけとして、職員は利用者の言動を傾聴し受容に努め、寄り添い一緒に行動することを申し合わせている。	
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	関わりを持つ中で思いや希望を聞いたり、言いやすい環境が作れるよう努めている。自己決定しやすい声掛けに心掛けている。		
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	出来るだけ本人のペースを尊重し、したい事や訴えに沿えるよう努めている。決して利用者様を慌てさせない。		
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	家族様に季節ごとにまた本人様にあった洋服を用意して頂き、身につけている。また職員と季節ごとに近くの店で服を選んだりしている。起床時鏡前にて整髪してもらったり、化粧水を使用したり、その人らしく過ごせるよう支援している。		
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	盛り付け、お茶入れ、茶碗拭きなど職員と一緒にに行い、共に談笑しながら食事をしている。おやつではリンゴの皮むきやホットケーキを焼いて頂いたり、食べる、作る楽しみとなるよう支援している	事業所内献立会議で利用者の嗜好や食事量・季節感を反映した献立を作成し、厨房で副食を調理している。ホームでご飯を炊き、利用者のできる盛り付け・後片付けを一緒に行い、職員とは食卓を囲み会話を楽しみながら食事をしている。季節感を取り入れたおやつ作りを楽しみ、誕生会には職員の手作りケーキでお祝している。	
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	食事形態を工夫し、水分量についてはライフチャートに記入、把握し嗜好品なども含め提供している。		
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	起床後のうがいや毎食後、一人ひとりの状態に応じた声掛け、介助を行い、出来る事は自分で行ってもらい、出来ない事は支援している。		

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
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	個々の排泄パターンを把握し、間隔が長い場合は声掛け、誘導している。一人ひとりの力を活かし出来ない部分を支援している。おむつ外しも実現している。	24時間対応の排泄チェック表や個々の排泄時の仕草等を活用して、時間ごとのトイレ誘導や声かけを行いトイレでの排泄を支援している。今年度、利用者2名が紙パンツから布パンツに変更するなど、改善に向けたおむつ外しの取組が行われている。	
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	飲水を促したり、体操、散歩などなるべく体を動かすようにしている。また個々に応じた下剤の調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴予定者は決めているが、入浴当日の気分や体調、受診に合わせて調整している。入浴しない日は足浴を楽しんで頂いている。	日曜日以外はいつでも入浴できる準備をして、最低週2回を目安に職員と1対1でゆっくりと入浴している。併設された他事業所にはリフト浴の整備があり、身体レベルが悪化した場合は利用するなど利用者の安全に努めながら入浴介助を行っている。	
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	個々に合わせて照明、室温や掛け布団の調整を行い、快適に休めるよう気を配っている。不安が強い方は午睡時ソファなどで傍に寄り添っている。		
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	薬の扱い方については正しく服用出来るよう努めている。看護師管理の元、症状に合わせてDrと連携し、服薬の中止、変更については申し送りにて確実にしている。		
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	嗜好品では週1回の飲料販売にて購入したり、ご家族様からのおやつを個々にお渡ししたり、希望があればドライブスルー、買い物にて好きな物を食べたりしている。果物を提供し、季節を感じて頂いたりしている。		
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	天候やその日の体調を見ながら、ドライブや外出など行っている。散歩に出たいと言われれば一緒にホーム周辺を散歩したり、家族様にご協力頂き外出、外泊など自由に行っている。	年間行事計画を作成し、季節ごとの花見や利用者の希望する場所へのドライブが行われている。日常的に散歩や買い物に出かけ、外出の機会を多く持つよう努めている。	

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
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	家族よりお金を預かり、ホームにて管理している。希望時、施設前の自動販売機にて時々飲み物を買ったり、季節の下着、服など買いに行ったりしている。		
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	あらかじめ家族の了承を得て、不安な時、本人様、家族様で電話のやり取りを行っている。		
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	季節に合わせた毎月のカレンダーを居室に貼ったり、季節に合わせた装飾を利用者の方と一緒に作り、フロア、居室前に貼っている。その日の気温に合わせて、風呂場、フロア、居室の温度調節を行っている。	大きな窓から光彩が降り注ぎ明るい共有空間である。温度・湿度の調節に努め、ソファや椅子を適所に配置し利用者が思い思いに過ごせるよう配慮されている。また、利用者間の繋がりが深まるよう相性等にも考慮して座席を決めるなど穏やかに過ごせる空間作りに努めている。	
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、ソファの位置を工夫し、気の合う利用者様同士と一緒に過ごしたり、それぞれが独りになれるように配慮している。		
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	使い慣れたたんすや鏡台などを持ち込んでいただき、好みの物や写真などを飾ってもらったりして、居心地のよい環境作りに努めている。	居室にはベッド・エアコンが整備され、自宅からは使い慣れた家具や好みの装飾品・家族写真等が持ち込まれている。家具やベット等は、利用者の使いやすさや要望等に基づいて配置され、居心地を大事にしたレイアウトに配慮している。	
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	施設内は全てバリアフリーになっており、各所に手摺りが設置されており、安全かつ自立した生活の支援に向け工夫している。トイレはわかりやすいように「便所」の紙を提示している。		

(別紙4(2))

事業所名 ケアホーム 新湊あいの風

作成日: 平成 28年 2月 12日

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	18	意識、努力はしているが、職員全員が暮らしを共にする者同士の関係を築けていない。	本人と共に過ごし支え合う関係を築く	職員は本人様がより良く暮らすための課題とケアの在り方について考え、理解し、一方的ではなく日常的な作業と一緒にしたり、暮らしを共にしているという意識を持ち続ける。	3ヶ月
2	34	急変時対応マニュアルはあるものの、新人職員もおり、職員全員が定期的な訓練を行っていない。	急変、事故発生時の応急手当て、初期対応を全ての職員が対応できる。	看護師指導のもと、定期的にマニュアルに沿って話し合い実践を行う。症状ごとの対応も理解できるようにする。	3ヶ月
3	6	身体拘束に関するマニュアルはあり、日々の申し送り等で関係する拘束の内容や個別ケアについて話し合っているが全ての職員が周知していない。	職員間で共通認識を高める為、事業所内で身体拘束について研修会を開き、今後も身体拘束をしないケアに取り組む事ができる。	ミーティングにて禁止の対象となる具体的な行為を正しく理解し、ケアの在り方を見直す。	3ヶ月
4	4	運営推進会議は2ヵ月に一回開催しているが、地域の自治会がなく、出席者が少ない。	多くの意見をサービス向上に活かせる様多方面に働きかけることができる。	施設見学、家族介護教室開催や、地域ボランティア、老人会、民生委員会、社会福祉協議会など今後も多方面への働きかけをしていく。	12ヶ月
5	35	年2回の火災訓練は行っている。地震、水害など避難場所は認識しているが、利用者様と実際に避難場所へ足を運んだことがない。	地震、水害を想定した誘導訓練が行える。	行政、近隣の福祉施設、地域との情報を共有し、対策を考え、書面化出来るようにする。可能な限り実際に利用者様と避難場所へ足を運んでみる。	12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。