

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	1670200516		
法人名	医療法人社団明寿会		
事業所名	あっとほ一む雨晴		
所在地	富山県高岡市太田桜谷23-1		
自己評価作成日	平成28年5月15日	評価結果市町村受理日	平成28年8月10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	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
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6月27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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個性を個別に把握し、本人の能力が活かせるようなケアに取り組んでいる。 ・利用者の尊厳を守ることを日々意識し、ケアに取り組んでいる。 ・地域との交流が図れるような関わりを通じ、地域に根ざした施設になるよう努めている。
--

【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)】

<p>日本海を見下ろす高台にある事業所は、建物横に同一法人の運営するクリニックと介護老人保健施設が併設され、医療、教育・研修、防災、人事交流などでの協力体制が整備されている。また、事業所の敷地は、その立地条件から地域住民の災害時の避難場所となっており、運営推進会議、納涼祭やボランティア来訪など日ごろの交流とともに、地域との多様な連携に努めている。今年度職員が考えた事業所の理念は「①その人らしさを支える②利用者やご家族の視点を意識したケア③地域に根差した活動」である。この理念は、利用者の思いを丁寧に聞き取り記録して職員や家族と共有し、共にその人らしさを支える取り組み等に結実させている。管理者や職員は認知症ケアの学びから、利用者の行動の背景にあることに目を向け、その人らしさをチームで支えるケアに努めている。</p>
--

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	年度初めに職員全員で意見を出し合い、ホーム独自の理念を決めている。理念は、いつも職員が意識できるよう、事務所と廊下に掲示してある。	皆で作ったホームの理念くその人らしさを支える。利用者やご家族の視点を意識したケア。地域に根差した活動。>は、職員ミーティングやカンファレンス、日々のケアの中で随時共有し、実践につなげている。	
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	地域行事(小学校の運動会応援、納涼祭、文化祭等)や毎月の公民館行事に参加させて頂いている。又、小学生や地域のボランティアを招き、交流を図っている。地元商店も、地域交流を意識して活用している。	公民館行事の健康教室参加、小学校運動会見学、6年生来訪、地域納涼祭への参加、ボランティア受入れ等、多様な交流が行われ、また散歩時には近隣住民との会話を楽しむなど日常的なつきあいもある。	
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	2か月毎に運営推進会議を開催し、地域の代表の方々に参加して頂き、認知症の方への理解や支援方法を伝えている。その際に出上がった意見や要望は可能な限りケアに反映させている。		
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	運営推進会議では、ホームでの活動状況の報告や毎月のテーマについて話し合い、参加者から意見や助言を頂いている。それらを現場に還元し、ケアに活かせるよう努めている。	自治会長、民生委員、包括、家族が参加する会議では、毎月のテーマ(年度初めに決める)や、地域交流を増やす活動など活発な意見交換が行われている。議事録は、家族や職員に開示しケア向上に活かしている。	
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に取り組んでいる	2か月に1度、介護相談員の来居あり。又、運営推進会議に地域包括支援センターより出席を頂き専門的な意見を頂いている。	包括支援センターと協働で、認知症高齢者をスムーズに保護することを目的とした「安心オレンジバンド」の普及に努め、地域の方々と模擬訓練を実施している。運営推進会議では介護計画作成の勉強会を開催するなど、地域包括支援センターと協力関係を深めている。	
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	居室は過去に離院事故があった為、家族に同意を得て施錠を行っている。玄関は職員が一人になる夜間帯のみ施錠を行っている。	法人やホームの研修会を通して、認知症高齢者の特性を理解した上で、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。行動制限がもたらすマイナス面を理解し、尊厳を守りその人らしさを大切にケアの実践に努めている。	
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	法人の勉強会や研修に参加したりして学んでいる。又、日々気づいたことを連絡帳や日誌に挙げ注意を払っている。		

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
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	法人の勉強会や外部研修に参加し、学ぶ機会を得ている。制度の活用が必要な場合は関係者と話を進めるが、現時点でそれを活用している利用者はいない。		
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	契約時や改定時に、書面にて家族に説明を行い、同意と理解を得ている。		
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	家族アンケートの実施や運営推進会議の際に意見を伺う等行っている。その結果を家族や会議出席者、職員らに報告し運営に反映させている。	家族の要望は、年一度のアンケートや面会時に意見を聞き、内容は連絡ノートにて職員全員で共有している。また家族は運営推進会議の出席(順番)や、家族会行事、懇談会等で意見交換の機会があり、意見は運営に反映させている。	
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	毎月1回ミーティングを行い、意見や提案を出し合いケアや業務に反映させている。又、法人では改善提案できるシステムを設けている。	法人理事長直通メールでの改善提案を届けるシステムや、年一度職員の自己評価を管理者へ提出する等、法人担当部長や管理者は職員の意見を聞いている。また提言はミーティング等で振り返り運営に反映させている。	
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	職員各自が自己目標を定め、取り組んでいる。又、係や委員会を担当し、やりがいがあるよう配慮されている。		
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	職員の力量に合わせ、ホーム内研修を実施している。法人のパソコンの掲示板では研修案内が定期的であり、希望する研修に参加できるように配慮している。		
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	同業者の実習生を受け入れ、情報交換やお互いの気づきをケアの質向上に活かせるようにしている。		

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
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	入居時に家族、本人に話を聞き要望に沿ったケアを行っている。入居後も定期的に要望を確認している。		
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	家族の不安や要望を伺い、それに沿ったケアを行うようにしている。面会時に、本人の近況を報告し、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	入居時に家族に要望を確認している。又、入居から1週間は24時間シートを使用し、本人の様子を細かく確認し、必要な支援を見極めている。		
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	利用者個々の思いや状態に応じ、好きな活動や出来る活動を見極め、利用者主体のケアが提供できるよう努めている。		
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	面会時に本人の近況や受診結果、ケアの方針等を伝えたり、家族の希望を伺ったり等している。ホーム便りでは、本人の生活状況や施設の希望を伝え、家族が本人を意識できるよう努めている。		
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	友人や近所の人との関係性が途切れないよう、行きつけの美容院を利用して頂いたり、年賀状のやり取り等を支援している。家族の協力のもと、定期的に外泊して頂いている方も居る。	自宅へ花の水やりに外出したり、美容院へ行くなど馴染みの場所への外出をはじめ、一人ひとりの思い、家族との関係に寄り添い、本人の言葉の記録ノートを家族と共有するなどの支援をしている。	
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	利用者同士の関係性を把握し、お互いが気持ちよく生活したり、支え合ったりできるような関係が築けるよう、席替えを行ったり、適宜職員が介入する等の支援をしている。		

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	併設施設に転居された場合は、本人に面会に行ったり、逆にホームに来られたり等、関係性を大切にしている。他施設へ転居の場合は、問い合わせがあれば応じる程度に留まっている。		
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	利用者とのコミュニケーションを介して、意向や希望を把握できるよう努めている。職員間で情報を共有し、ケアに反映できるよう努めている。	日々利用者と交わされている会話や一人ひとりの表情の中から汲み取った思いや意向は、連絡ノートや各会議で共有している。また、希望を個別ノート記録して家族と共有しケアに活かす取り組みもある。	
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	本人のできる活動を、本人のやり方で生活に取り入れれたり、本人や家族からの情報をケアに反映させたり、個別に対応している。		
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	利用者個々の生活リズムや心身状態を職員が情報共有できるよう、連絡帳や日誌に記載し、現状把握に努めている。		
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	職員全員から利用者の課題とケアのあり方等について意見を出し合っている。又、本人や家族の希望も併せ、介護計画を作成している。	事業所独自の介護策定システムに沿って、カンファレンスや毎月のミーティングで意見を出し合い、家族の思いや意向を踏まえて、3か月に一度計画を見直し利用者の現状に即した計画を作成している。	
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、その結果や気づき等を日誌や連絡帳に記載している。又、ミーティングや申し送りで情報共有を行い、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	本人や家族の状況に応じて、その時々ニーズを把握し、職員間で検討し、支援やサービスの見直しを行っている。		

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	地域行事(健康教室、納涼祭、文化祭等)への参加、校下の小学生との交流、地元商店の利用等、利用者個々に応じた活動に参加し楽しむことができ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	併設のクリニックを主治医としている。他科への受診は、家族や本人の希望する医療機関へ受診し、適切な医療を受けられるよう支援している。	入居時、家族に併設クリニックの情報提供を行い、主治医を選択していただいている。他科受診(歯科、皮膚科等)は基本家族対応だが、受診の際には紹介状を持参してもらうなどの支援をしている。	
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	併設施設のクリニックや施設の看護師に相談し指示を仰ぎ、適切な医療が受けられるよう支援している。		
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。	併設施設の相談員や介護主任が中心となり、情報交換や相談を行い、安心して治療ができるように、又、早期に退院できるように努めている。		
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	入居時、家族に施設の方針を説明している。重度化した場合は、家族や主治医等と今後に向けての話し合いを行っている。終末期ケアは行わない方針となっている。	入居時、ご家族へは併設クリニックや老健施設との連携、緊急対応などについての説明を行っている。また、心身変化時には、家族の意向や希望に沿ったサービス提供に努め、事業所として終末期ケアは行わない方針の共有と理解を得ている。	
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	法人勉強会で、救命救急や緊急時の対応について学ぶ機会を設けている。救命救急は、2年に1度更新するように受講している。		
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	消防訓練は年2回実施している。全職員が身につくよう、順に訓練に参加している。	併設施設との合同避難訓練を年2回実施し、グループホームだけの訓練も行い備蓄を備えている。高台に建つ事業所は、地震・津波の災害時、地域住民の避難場所でもあり、協力体制を築いている。	

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
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	共同生活の中で、利用者個々の誇りやプライバシーが守られるよう配慮し、一人ひとりの人格が尊重されるよう、言葉かけや対応に注意をしながらケアしている。	認知症ケア勉強会等を通して接遇や利用者への言葉かけの仕方を学び、場面や状況による声のトーンや個々のプライバシーの確保に配慮して日々のケアを実践している。	
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	利用者が自己決定できるような声かけや、希望や意見を伺う支援を心がけている。自己決定ができない場合は、本人の思いに沿えるよう様子を観察しながら支援に努めている。		
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	利用者一人一人のペースに合わせ、その時の希望に沿った支援を行っている。		
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	化粧品を使用している利用者には、継続して使用できるよう買物時に購入している。本人の好むおしゃれを把握し、それが楽しめるよう配慮している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人一人の意欲や能力を活かしながら、職員と利用者が一緒に準備や食事、片付けを行っている。	基本の献立を参考に、利用者の希望や季節の野菜などを柔軟に取入れ、調理の下準備など利用者ができることを一緒に行っている。食事は、3カ所のテーブルで職員と一緒に楽しみ、誕生日には個々のリクエストに対応した食事を提供している。	
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、水分摂取量の観察を行っている。塩分・カロリー制限、禁止食品、食事量に応じた栄養補助食品の提供等を実施している。利用者の食事形態についても、状況に合わせて調整している。		
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	毎食後、口腔ケアの声かけを行い必要に応じて見守りや介助を行い、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	利用者個々の状態や排泄能力に応じたオムツ形態を提供している。排泄間隔をチェック表で把握し、必要なタイミングで介助することで、排泄の失敗がないよう自立に向けた支援を行っている。	日々の排泄状況をそのつど端末のタブレットに入力し、個別の排泄パターンは、把握している。タイミング、本人の様子などに応じてプライバシーに配慮した声かけを行いトイレでの排泄を支援している。	
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	体操や散歩等を促したり、排便量を確認しながら乳製品を提供するよう工夫している。要望がある方には、個別にヤクルトや牛乳を提供している。		
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	入浴日は決まっている。声かけを行い、入浴する時間帯の希望を伺っている。個人の予定(理髪、受診、外出等)や感染症保持者の場合は、職員の判断で行っている。	利用者の希望を取り入れ、最低週2回を目安に職員と1対1で利用者のペースでゆっくりと入浴している。入浴を嫌がる利用者の思いや背景を話し合い、声掛けの仕方や時間帯などを工夫し、スムーズに入浴できるよう取り組んでいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人一人の生活習慣や体調に応じて休息や活動を促し、安眠できるよう支援している。		
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	一人一人の処方箋を管理し、薬の目的や副作用、用途、用量の理解に努めている。状態に変化があった時は、受診し医師の指示を仰いでいる。		
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	一人一人の意欲や能力を活かせるよう役割を分担し支援している。ホームでの行事、利用者が希望する食べ物の提供、外出等で生活に楽しみや気分転換を図れるような支援を行っている。		
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支援している	一人一人の希望に応じて外出や買物に出かけられるよう支援している。家族とともに外出、外泊をされる方も居る。	年間外出計画を作成して、季節の折々の外出を楽しんでいる。家族との自宅への外出や外泊の機会もある。また、日常的な散歩や週3回食材の買物、ゴミ出しや新聞を取りに行ったりと、日常的に出かける機会がある。	

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	個人でお金を所持、管理する支援は行っていない。本人の希望の品がある時は、ホームで立替えて購入している。		
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	携帯電話を所持している利用者は、自ら連絡をとっている。ホームに公衆電話があり、本人の希望があれば取り次ぎの支援を行っている。		
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	庭のプランターで、花や野菜を育て眺めたり、収穫したり、生けたりして、生活感や季節感を取り入れている。カーテンで日差しを調整したり、窓を開けたり、エアコンを利用して室温や湿度調整を行っている。	居間と食堂を囲むように各居室は配置されており、利用者がくつろぐテーブルに座ると、季節の花や野菜が植えられている庭のプランターが望める。その花を切り取って室内に飾るのは、ケアプランに挙がっている利用者の仕事となっている。	
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	共有スペースの食堂では、気の合った利用者同士が談笑したり、日光浴をしたり等して過ごしておられる。一人になりたい時は、自室に戻られる方が殆どである。又、玄関付近に談話スペースもある。		
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、家族に使い慣れた家具や食器類、思い出の品を持参して頂けるよう伝えている。本人が居心地よく生活できるよう、家族に本人の希望を伝える等行っている。	海側居室からの日本海の眺望は、利用者や家族の癒しとなっている。また入居時、利用者・家族と共に部屋の仕様を考え、持込みの家具、テレビ、食器など慣れ親しんだものの中で安心して暮らすことができるよう支援している。	
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	自室やトイレ、浴室等が分かるようネームプレートや表札、暖簾、案内板等を設け、安全でできるだけ自立した生活を送れるよう工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 あつとほ一む雨晴

作成日: 平成 28年 7月 28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	9	利用者と交わされた会話や、一人ひとりの思いや意向は、連絡帳や各種会議で情報共有している。しかし本人の発言や、思い・意向を汲み取った際の詳細な状況を記録するまでには至っていない。	利用者個々の思いを把握し、記録する。	センター方式のシートを活用し、収集した情報を記録する。記録を職員間で情報共有し、個別ケアに活かす。	3ヶ月
2	6	家族の要望はアンケートや面会時、家族会や推進会議等で伺っている。得られた意見は職員間で共有し、運営に反映させている。	家族の要望を、今後もケアに反映させていく。	センター方式のシートを活用し、家族のニーズを把握し記録する。得られた情報は職員間で共有し、本人の支援にフィードバックさせていく。	3ヶ月
3	10	職員間で利用者個々の課題とケアについて話し合っている。又本人や家族の希望も併せ、介護計画を作成している。	本人と家族との関係に寄り添える支援を、今後も継続していく。家族に本人の生活を知って頂くことで、より望ましい関係性の構築に繋げる。	本人の生活の記録を、希望する家族にお知らせする。	5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、行を挿入して下さい。