

# 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	1690100407		
法人名	むらい食品株式会社		
事業所名	グループホーム花芙蓉		
所在地	富山市掛尾町540-1		
自己評価作成日	平成27年11月15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	<a href="http://www.kaisokensaku.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;JigvoivoCd=1690100407-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;JigvoivoCd=1690100407-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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5-21		
訪問調査日	平成27年12月15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)】

こじんまりとした落ち着いた雰囲気配慮し、家庭的な環境づくりを心掛けている。  
職員は、入居者と共に過ごしながら生活の中で協働の関係づくりをチームケアとして行っている。  
その人らしい自由な表現を大切に、その人の残された力や潜在力を引き出し活かせるように支援している。  
職員は事業所内勉強会や外部研修に参加し、認知症介護への理解や知識、技術の向上を図っている。

## 【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)】

・隣は人家でなくビル街にもかかわらず、地域との交流が盛んであり、それは運営推進会議が功を奏したと思われる。近所の若い人達から散歩中に声を掛けられたり、ときには徘徊の人を保護して連れてきてくれたりすることもある。自治会や長寿会からの行事の誘いがあり、また事業所の行事には地域の方が参加してくれるなど、地域の中に溶け込んでいる。  
・一人ひとりの人格を先入観や価値観で見つめるのではなくそのまま受け入れるための『ひもときシート』を活用して、共感し耳を傾けることを徹底している。  
・医療機関受診時などに事業所内での情報が一目みてわかるように、全てに共有できる書類が整っている。  
・看取り体制を重視するため、看取り指針や医療連携体制に関する指針を作成しており、現に数名の看取りも実地しながら取組みを強化している。

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念の共有を図り毎月のカンファレンスでは職員全員で唱和したり、ホーム内に掲示している。 日頃のケアの在り方を客観的にみて、職員が理念をどのように理解し実践につなげているか把握するようにしている。 課題や問題は理念に基づいて解決している、あるいは解決できるように努めている。	事業所のモットーとして「利用者と職員が互いに笑顔と幸せを求めて、共に歩こう」を掲げ、個別ケアを重点にし、職員が自ら行動を考えて理念に基づいた判断と実践を行っている。	
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	事業所は自治会に加入している。 近所に買い物や食事に行き、挨拶や言葉を交わす関係がある。 町内から春には獅子舞、秋には子供みこしの訪問があり交流の機会になっている。	事業所の周辺はビル街にもかかわらず、地域づくりに向け取り組があり、高齢福祉の関心や認知症への知識が高まったことで関係が強化されてきている。例えば近隣の人から散歩中に声を掛けられたり、徘徊の人を保護して連れてきてくれたりすることもある。自治会や長寿会の行事の参加やホームでの行事に地域の方が参加してくれるなど地域交流が活発になっている。	
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	地域の民生委員、また住民の困りごとの相談に応じている。また問題解決が出来るように協力している。		
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	事業所の現況を報告し意見交換を行っている。 事業所の行事に参加された時は評価や感想を頂き質の向上につなげている。 運営推進会議の内容を職員に報告し、サービスの向上につなげている。	運営推進会議は定期的開催され、参加者も1回に15、6名と関心度が高く、運営に関する情報を共有し、意見が発展することで運営に反映されている。スタッフの入・退職の報告やターミナルケアの実践など幅広く認識してもらっている。家族が参加している人以外は会議結果を配布している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	運営推進会議や事例検討会を通して連絡を取り、情報交換している。 互いに問題や困りごとについて相談するなど協力関係を築いている。	運営推進会議には行政担当者が必ず参加している。事例検討会では質問が飛び交うなど、住民や他の事業所との調整や相談に乗ってもらっている。市からの委託で介護相談員が相談を受けている。	
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	職員の1/3は身体拘束の外部研修を受けている。その他の職員も順次研修を受ける予定である。 玄関の施錠、抑制帯など具体的な行為については全員理解が出来ており、こまめな見守り等対応に工夫をしている。 身体拘束を行わない理由など、更に理解を深めるため、カンファレンスではDVDを用いたOFF-JTを行っている。	職員は身体拘束に関する外部研修に参加し、全職員に報告している。事業所内でもマニュアルに沿った研修が意識付けられ、意欲的である。研修はテーマを設定して、今回は「スピーチロック」などを挙げ職員にアンケートをとり、言い方の工夫や適切な対応などについて話し合い、資質の向上に努めている。	
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	職員の1/3は身体拘束の外部研修を受けている。研修で学んだことを全職員に口頭や書面で報告している。 その他の職員も順次研修を受ける予定である。 職員は入浴や更衣時、身体に異常がないか確認し虐待を見逃さないようにしている。 また、言葉遣い、ネグレクトにも職員間で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	管理者は研修を受けている。職員の1/2は外部研修また国家資格や初任者研修で講義を受けている。 制度を活用している入居者がおり、ある程度制度の理解をしているが、より深く学びたいと感じている。		
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	契約の説明は管理者が行っている。 説明は、口頭と書面で理解や納得を得ながら行っている。 利用者また家族の疑問や質問がないか確認しながら契約を結んでいる。		
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	利用者の意見や要望は日常の関わりの中で聞いている。家族の意見、要望は面会時の会話を通し聞く機会を設けている。 職員は利用者や家族の意見や要望を記録、報告しカンファレンスや毎日のミーティングで話し合っている。 意見や要望は行事や日常のケアについてが多く、事業者の意見や解決策、対応法を利用者や家族に伝え、相談し運営に反映している。 利用者が外部者へ表わせる機会として介護相談員の受け入れを行っており、家族へは運営推進会議への参加を呼び掛けている。	家族とは面会時や電話などで、要望や相談に応じている。また日常のケアの中での意見もあり、真摯に受け止め、積極的に家族の協力も得て改善につなげている。	
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	1回/月のカンファレンスには、代表者と管理者、全職員が参加し運営について意見交換を行っている。 個別な意見や提案は、その都度聞き、アンケートなどを用いて他の職員の意見を聞き結果を反映させている。	管理者は、職員会議を月に1回実施して日ごろの意見を聞き入れ、運営に反映している。開設4年目であるが当時よりの職員は8割以上の定着率である。	
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	管理者は1回/月の主任者会議で職員の勤務状況を代表者に報告している。 職員の意見を聞きながら職場環境が整う様に努めていると感じている。		
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	年間の事業所内研修の計画を立て、職員が目標をもって仕事に取り組めるように工夫している。 職員個々の力量を見て、本人に研修の意図を伝え意欲やスキルアップが図れるようにしている。		
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	事業所は富山県グループホーム協議会に加入しており、研修には積極的に参加し同業者との交流を図っている。 ネットワークを活かして事業所内勉強会を開き職員の知識や技術が深まるように取り組んでいる。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	職員は一方的なアドバイスや指示を行わず本人の話を聴き、本人が安心できるように支援する事が大切だと理解し実践している。またその事が本人との関係づくりに重要だと考えている。		
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	家族の訪問時は必ず挨拶を交わし入居者の近況等を報告し信頼関係が築けるようにしている。家族の話を聴き、不安や要望など話の内容は記録や報告をし全職員で情報の共有に努めている。		
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	本人や家族の生活状況、ニーズを伺いながら、本人や家族にとってより良い支援につながるように他のサービスを説明、勧める場合もある。		
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	職員は個々の潜在力を活かして支え合う関係づくりが大切だと理解しており実践に努めている。支え合う関係の中で、職員が入居者から教わる事や精神面で支えられていると実感する事がある。日によっては十分に潜在力を活かせなかったと感じる事もある。関係づくりを毎日のケアの振り返りポイントにしている。		
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	職員は本人にとって家族の存在は重要だと理解している。面会時の会話や毎月、生活状況をまとめた報告書をお渡しし、家族と情報の共有を図り、協力関係が築けるように心がけている。		
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	馴染みの人の訪問や希望があれば宿泊、外出も可能な環境をつくっている。電話や手紙のやり取りは自由に出来るようにしている。美容室、医療機関、美術館などへは、家族と事業所が協力し出掛ける機会を作っている。	職員協力のもとで利用者の外出の要望を叶えたり、家族や友人に電話や手紙のやり取りをサポートしている。また手芸の先生を呼んで、趣味を継続するなどして馴染みの関係を維持している。	
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	認知症による心理、行動症状や相性から利用者同士のトラブルはあるが、職員は認知症の人の個々の想いや個性を理解し、傾聴や仲介を行っている。生活の中で自然に関わる機会や協働の機会をつくっている。		

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
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	関係を断ち切らない事は大切だと考えている。利用終了後も相談があったり近況の報告がある。街で会えば挨拶を交わし近況を伺っている。		
<b>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</b>					
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	生活の様子や言動、会話から本人の思いや意向を把握している。本人の思いや意向は日誌に記録しカンファレンスで話合っている。	本人の日常会話や言動から本人の思いを知り、本人の思いを実現するため個人記録に記載し、月1回のカンファレンスでは職員全体で共有するため時間をかけて話し合いを行っている。	
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	本人の話だけでなく、家族や兄弟、友人からもタイミングをみながら話を伺い、情報はアセスメントに記載している。本人や家族から情報提供される事があるが十分に把握できていないと感じている。		
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	毎日の記録や申し送りで、心身の状態や生活の出来事、過ごし方を確認、把握している。また職員で情報共有できるように記録と申し送りを行っている。		
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	主に月に一度のカンファレンスで本人、家族、主治医等から上がった課題や問題点、モニタリングについての話し合い次月の介護計画を作成している。本人の心身状態、生活状況に応じて家族や関係者と話し合い3~6か月ごとにケアプランを作成している。	本人の意向に沿ったその人らしいプランを作成するため、担当制をとり「ひもときシート」を使って課題を見つけ出し、利用者や家族と職員が参加のもとで意見交換しながら、介護計画に反映している。	
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	毎日の個人記録には本人の言葉、活動、体調、行動等の様子を記録し、情報の共有を行うようにしている。個人記録を基に朝、夕に申し送りを行い情報の共有を行っている。入居者の状態に応じて対応の変更や観察を行っている。		
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	受診や救急搬送、買い物、趣味の外出など家族の状況に応じて職員が同行したり代行している。利用者の体調やその時の希望に応じて臨機応変に対応出来るように努めている。		

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
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	図書館や体育館など利用者のニーズや生活状況に応じて地域資源を見つけ活用できるようにしている。		
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	かかりつけ医は本人と家族で決めている。受診または往診時には、日頃の体調、生活状況を主治医に情報提供している。健康状態によっては、職員も受診に同行し主治医に情報提供をしている。	かかりつけ医は本人と家族の要望で決めており、健康状態によっては同行受診して医師への情報提供を行っている。情報提供の方法として「医療連携体制に対する指針」を作成して支援関係者が共有できるようにした。「緊急時一覧表」を作成することで素早い対応がきめ細かくできるようにしている。	
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	ホームの看護師及び社内の看護師、訪問看護師とは、日頃の心身状態、生活状況を報告し、受診等必要な医療について相談したり医療処置を受けられるようにしている。		
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。	入院中も病院やかかりつけ医と情報交換を行い、退院後の健康管理や必要な医療について話し合い情報の共有に努めている。病院の地域連携室や病棟、かかりつけ医等の医療機関と家族のパイプ役を行っている。		
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	重度化や終末期の迎え方については、早い段階から本人や家族の意向を何う事が大切だと考えており話し合いや書面にて意向の把握に努めている。同時に事業所が出来る事を説明している。終末期においても本人や家族に意向の確認を繰り返し行っている。医療関係者や職員には本人や家族の意向また終末期を迎えた時の対応についてその都度、支援の方針を相談し実践に取り組んでいる。	終末期のケアについては本人や家族の意向を伺っている。実際に看取りを行った経験を踏まえて「看取り指針」を作成し、職員全体で対応できるように繰り返し研修を重ねている。本人・家族にはいつでもサポートしてもらえるという安心感と、職員には夜間でも対応できるという自信と意識の向上を図っている。	
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	職員は定期的に救命救急の講習を受けている。利用者の急変や事故が起きた場合の対応方法を理解している。		
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	火災避難訓練は定期的に行っている。地震や水害等の災害に備えて運営推進会議では地域住民や行政、家族に避難の協力を呼び掛けている。	運営会議で避難訓練の助言をもらい、地域の災害活動に参加した。その時に地域や家族から協力の申し出があった。事業所内では初めて夜間対応の訓練をしたことで、職員の不安感を少なくすることが出来た。	運営会議や地域とのつながりが強化されつつある中で、近隣への協力依頼や避難先の確保などに期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	言葉づかいには注意している。 入浴や排せつのケア、居室への出入りにはプライバシーを損なわないように配慮している。 人の尊厳や認知症の人の想いについて理解を深めるため勉強会を開き、実践できるように計画的に職員教育に取り組んでいる。	認知症の研修を重ねる中で、職員が認知症の人への理解が深まっている。「ひもときシート」を利用しながら、本人のできることを積極的に引き出し笑顔を増やすことを実践し、落ち着いた雰囲気の中でその人らしい、安らかな生活が営まれている。	
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	利用者が自由に意思を表現できる関係づくりに努めている。 思いや意思の確認が困難な場合は利用者の家族と相談しながら支援している。		
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	食事時間や入浴、外出など利用者の希望に沿って行っている。 ケアと業務の違いをカンファレンスや研修などとおして職員に教育をしている。		
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	更衣の時には利用者が洋服を選べるように工夫している。 利用者の希望に応じて訪問美容サービスを依頼している。 顔そりや爪切り、髪の手入れなど日常の身だしなみに必要なケアを行っている。		
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	管理者は食事作りが職員の業務と捉えないように伝えている。 一緒に買い物に行き献立を決めたり、ホームの畑で収穫した野菜で利用者が中心になり調理する機会がある。 普段の調理には、野菜の下ごしらえや味付け、盛り付けなどを職員と相談しながら行うようにしている。	漬物名人の利用者と近隣の人とで、畑で育てた大根をビール漬けにしたものや煮物などを作り、提供するなどして、全員と一緒に楽しく食事をしている。その日のメニューを話題にしながら季節感を感じられるような会話も楽しんでいる。また、週の半分は利用者と相談し、カロリー計算も配慮しながらメニューを考え、買い物も一緒に行い、家庭の暮らしを楽しめるようにしている。	
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	毎日の食事と水分量は記録している。 その人の食習慣は本人や家族から聞き継続できるようにしている。 その日の体調や健康状態によっては補助食品などを取り入れる工夫をしている。		
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	その人の習慣を把握しながら声掛けを行っている。 口腔の状態に応じたケア用品が用意してある。		

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
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	トイレで排泄できるように必要に応じて本人の様子や間隔をみながら声掛けや誘導の支援をしている。 排泄ケア用品は本人や家族と相談しながら取り入れている。	他人の前では失敗したくないという本人や家族の思いを汲みつつ、暮らしの中での安心感を保てるように、利用者のその日その日の状態・状況を見ながらトイレ誘導を行っている。夜間の尿とりパッド利用なども相談しながら行っている。	
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	排泄の状況を記録し個々の排泄パターンの把握に努めている。 職員の1/3は便秘の原因や予防について研修を受けている。 食事や飲み物に乳製品や食物繊維、野菜など利用者に応じた物を提供したり、散歩や体操など運動の機会をつくるようにしている。		
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	入浴可能な時間は概ね日勤者の勤務時間内となっている。 入浴日や入浴時間は決まりが無く、希望に応じて入浴が出来るように支援している。 利用者に応じて湯船の温度を調整するなどしている。	利用者の好みの湯温調節をしたり、浴槽内では椅子で座位を安定させてゆったりと入浴できるようにしている。入浴を拒否される方についてはそれぞれの理由を聞きながら、気持ちよく入浴できる雰囲気づくりを心掛けている。	
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	起床や就寝は利用者の習慣に応じて支援している。 体調やその日の状況によっては安全や安心に配慮しリビングや和室で休めるようにしている。		
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	ホームで往診を受けた場合、本人や家族、職員に薬の処方内容をその都度口頭と書面で報告している。 薬の処方せんは、いつでも確認できるように保管場所の周知を行っている。		
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	入居者の希望でホームには畑があり利用者が主体になり野菜作りが出来るように支援している。 入居者の趣味や希望を取り入れた外出の機会をつくっている。 花見や納涼祭など季節のイベントを行い、飲酒の機会もつくっている。		
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	日常的に散歩や近所への買い物に出かけている。 車椅子が必要な方にも外出できるように工夫している。 本人の希望によっては家族や隣接の施設職員と協力し出掛けられるようにしている。	利用者が毎日気持ちよく散歩ができるように、町内の方や近くの交番の協力を仰いでいる。また、週3回程度の食事の買い出しは利用者と一緒に近くの大型スーパーにでかけている。希望があれば外食を楽しんだり、近くの畑の作物の植え付けや収穫も行っている。	



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
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	お金の管理については本人の能力に応じて家族と相談しながら決めている。 家族の同意を得て本人が買い物を楽しめるように事業所の立替などを行っている。		
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	ホームの電話機は自由に使えるようになっている。電話の頻度などは必要に応じて本人や家族と相談している。 操作の手順など必要に応じて職員が代行を行っている。 家族や知人からの電話は本人につなぎ、自由に話せるようにしている。 本人への郵便物は本人に渡している。本人が年賀状など季節のはがきが送れるように必要に応じて代筆などを行っている。		
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	部屋の温度や湿度には利用者にとって不快が無いように配慮、工夫している。 夜間は、廊下やトイレ周辺に適当な照明を点け混乱が無いように工夫している。 和室には季節ごとに炬燵や雛飾りを配置している。 利用者と相談しながら写真や絵を飾っている。	建物は木の香りがし、太陽の光が部屋を明るく、あたたかくしている。お部屋には一つひとつ特徴のある表札が特徴となっている。玄関や廊下には利用者の絵や写真が飾られている。和室のこたつは落ち着ける場になっている。	
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	リビングやダイニングにはソファやテーブルセットを配置して本人がくつろげるようにしている。 共有の場でも休息が出来るように炬燵や簡易ベットを配置している。		
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	居室は本人や家族が相談しながら家具の配置などを行っている。 入居時や必要に応じて本人や家族に馴染みの物や好みの物の配置を勧めている。 居室の清潔が保てるように本人と一緒に掃除をしたり、許可を得て片付けを行っている。	利用者が暮らしの中で大切にしてきたものを居室に配置し、趣味の書画を描いたり、読書をするなど、日常的に部屋の中で楽しめるようにしている。その人らしい部屋の飾りつけがなされており、居心地の良い居室になっている。	
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	居室のネームプレートは、本人や家族と相談し本人が分かるように設置している。 トイレや浴室にはプレートを下げています。 廊下やトイレには適宜に照明を点け、場所が分かる、安全に移動できる工夫をしている。		

### 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	35	高齢者が現実的に移動可能な避難場所が確保出来ていない。  火災避難訓練は定期的に行っており、避難誘導方法などを全職員が身に付け、不安感も少なくなった。また運営推進会議で現状を報告し、地域の方や家族から災害時の避難誘導に協力の申し出があるなど協力体制ができつつある一方で、現状では指定避難場所が事業所から4km離れた学校であるため、行政には緊急時の避難場所として事業所から500m以内の中央市場などに出来ないか相談をしているが了解は得れていない。	高齢者が現実的に移動可能な避難場所を確保する。	①第三者評価の結果を運営推進会議で地域、家族、行政に報告する、アドバイスをもらう。 ②近隣の企業やマンションの方に一時避難場所として協力を求める。 ③一時避難場所が確保できるように行政に働きかけを継続する。	6ヶ月
2	28	受診や緊急時の対応、日常の買い物、趣味の外出など本人のニーズや家族の状況に応じて事業所が同行、支援を行っているが、特に入居者の趣味の活動、生きがいとなる活動への支援が事業所の人員や社会資源との結びつき不足から十分できていない。	ボランティアや地域の方と繋がりをつくり、入居者の方がそれぞれの力を活かして生きがいや楽しみとなる時間が増える。	①入居者の興味がある活動を把握する。 ②入居者と一緒にボランティアセンターに出掛ける。ボランティア活動について情報を収集する、登録する。 ③ボランティアや地域、家族等に活動へのサポートを求める、呼びかける。 ④入居者のニーズを把握し支援体制をつくる事で職員の地域とのつながりや社会資源を活用する力が伸びる。	6ヶ月
3					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。