

令和元年度

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	1670102050
法人名	有限会社 日和
事業所名	ひより
所在地	富山市蜷川1-1-1
自己評価作成日	令和元年9月2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）】

施設基本概念の使命に「そこに関わる全ての人々の幸福に貢献します」とあり、グループホームに入居者だけでなく、そのご家族、ご親族の方々の幸福の為に、グループホームとしてどのように関わっていくのかを常に考え、ご本人様、ご家族様それぞれにとって最善の選択ができるよう支援している。
入居者・ご家族の想いに寄り添う介護を目指し、認知症を深く理解し職員全体で共有できる事、またターミナルケアを行っており、ご希望があれば終の住み家として安心して過ごして頂けるよう、入居者・ご家族・医療機関と密に連携をとっている。

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

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	令和元年9月19日	評価結果市町村受理日	令和元年10月8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）】

施設理念に基づき職員の意見を取り入れたケア目標「心の目を合わせてコミュニケーション」を掲げ事業所内に掲示し利用者・家族・職員で共有を図っている。職員各自ケア目標に沿った目標を設定し、年2回の自己評価で理念の理解や目標に沿ったサービス状況を振り返り、利用者・家族に寄り添い、利用者の自己選択・決定を促し、その人らしさを大切にサービス提供に努めている。施設長は職員が積極的に意見・要望が言えるよう環境を整え、ホーム内委員会活動や資格取得に力を入れ職員の力を活かしたホーム作りを行い、地域で講演（グループホームの生活状況や工夫など）やRUN伴活動を通じ、認知症啓蒙に力を入れている。ホーム生活で利用者のできる家事の支援・紙おむつ量の軽減・浴場のリフトの整備・嗜好やアレルギー、摂食状況に合わせた食事提供・季節感を感じたり、遠足での大浴場の入浴、定期的な買い物、外食の外出など、利用者が安全で快適に生活できるよう努めている。

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ます。 (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回程度ある 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				

1 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	施設理念を玄関と職員が申し送りを行う事務所に掲示し、日々確認している。また、施設理念を元に職員全員でケア目標を掲げ取り組んでいる。年2回の自己評価の項目にも理念の理解を入れ、意識するよう促している。	年度初めに施設理念に基づき、法人の年度ケア目標を参考に職員全員の意見を取り入れたケア目標「心の目を合わせてコミュニケーション」を作成し、事業所内に掲示し、毎朝の申し送りや月1回の勉強会・自己評価(理念の理解の項目)で目標に沿ったサービス提供が実践されているか？振り返り確認しサービスに反映している。	
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	夏祭、クリスマス会、誕生会など、地域のボランティアの方々に参加していただき、お手伝いしていただいている。地域の老人会から、月に数回、昼食作りのお手伝いに来ていただいている。	地域の認知症カフェ参加・地域文化祭に利用者作品展示やホーム行事(花見・納涼祭・秋の遠足・クリスマス会・誕生会など)に校区の老人会の方々が参加し、行事のお手伝いやお茶会などで相互交流が行われている。施設長が地域で「グループホームはどんな所？ケア内容の工夫」の講演や「RUN伴」での活動など、認知症啓発に力を入れている。	
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	地域の認知症カフェで、グループホームでのケアの工夫を地域の方にお伝えしたり、グループホームへのボランティアの機会を通して、認知症になっても、工夫次第で出来ることが沢山あることを伝えている。		
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	運営推進会議で当施設の行事や取り組みを通じて、認知症ケアの問題点をお話している。また校区の地域包括支援センター主催の勉強会に参加したり、依頼があればグループホームでの取り組みの話を見せてもらっている。	運営推進会議は2ヶ月ごとに開催し、利用者の生活状況や活動内容を報告し地域情報収集や災害時のホームの取り組みなど、多岐にわたり活発な意見交換が行なわれている。委員より、昼食の手伝いの申し出があり月数回手伝っていただいている。	家族代表が「家族会」で会議内容を報告していただいているが、ホームの運営や活動内容を更に知っていただくため、開催ごとに話し合った内容を家族全員に送付する取り組みに期待したい。
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	運営推進会議に地域包括の方に参加していただき、施設の取り組みを報告したり、今後についてのアドバイスをいただいている。	地域包括支援センターとは連絡を密に取り、入退所の連絡や市の取り組み情報をいただきいつでも相談・助言をいただく関係を築いている。市の担当課に身体拘束廃止委員会の運営について相談したり、家族から生活・経済状況変化で相談を受けた場合は、必要に応じ施設長が同伴して各担当課へ相談に出向き、市と連携を図っている。	
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	勉強会で身体拘束の危険性について共通理解し、基本的には身体拘束は行わない。玄関の施錠は、家族会と話し合い、8時～17時まででは開錠し、夜間は施錠することになっている。	事業所の身体拘束廃止に関する指針や身体拘束廃止委員会の意見に基づき、勉強会で身体拘束のリスクや内容を理解・共有して、利用者の状況変化時にはひもときシートを活用し、利用者の立場に立った個別ケアを実践し身体拘束をしないケアが実践されている。	
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	施設内研修や外部研修にて、高齢者虐待について学ぶ機会を持っている。施設は地域のボランティアや家族が気軽に訪問できるようにし、開かれたグループホームを目指しており、虐待等を早期発見できるようにしている。		

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
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	成年後見制度について勉強会で学んでいる。成年後見制度を利用されている入居者さんが複数おられ、後見人の方との連携をとっている。		
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	入所時に詳しく説明している。		
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	ご家族様の思いや要望をお聞きする機会を年に2回の家族会や、面談時にお聞きしているが、面会に来られないご家族様には、年二回の面談時に意向や入居者様の生活への願いをメールなどで伝えていただいている。玄関に意見箱を設置したり、家族の面会時に管理者が話しを聞けるよう対応している。また携帯メールなどで気軽に意向や連絡が取れるようにしている。	2ヶ月ごとに「ご様子」を送付し家族にホームの生活ぶりを知っていただき、年2回の家族会・介護計画説明時・面会時でのコミュニケーション・携帯メールの活用などから聞き取った意見・要望を運営やサービスに反映している。家族会では家族だけで交流する機会を設け、思いの共有や不安解消につなげ、職員は利用者や家族が忌憚のない意見・要望が言える関係性を作るように日々努めている。	
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	年に2回の面談があり、職員からの意見を聞いている。また施設運営に関しては、各係りが中心となって、他職員に働きかける仕組みになっており、職員の意見を施設運営に反映できるようにしている。	職員は年2回自己評価を行い、その後施設長との面談で直接意見や提案を言う機会を持っている。管理者は職員が積極的に発言できるよう配慮し、月1回の管理者会議で職員の意見や要望を報告し運営やサービスに反映している。施設長は職場環境を整え、資格取得・昇進・昇給制度を見直し、職員ひとり一人が委員会(8委員会)で役割を持ち、職員の主体性を活かしたホーム作りに取り組んでいる。	
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	キャリアパス制度を見直し、資格取得、年数によって、昇進・昇給できる仕組みになっている。年に2回の自己評価を行い、向上心を持って働けるよう自分を評価、その後の面談で職員の思いの理解に努めている。また面談時に、半年毎の個人目標を共に設定している。また家庭環境に合わせて勤務希望に沿えるようにしている。		
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	勉強会での認知症についての講義や外部研修などで、認知症の専門研修の受講や、いろいろな知識を吸収できるようにしている。人材育成、人事評価制度を整備し、向上心のある職員作りに努めている。入社後1か月の間はOJTを行っており、適宜、指導担当者・管理者と面談を行っている。OJT委員会を設置し、現場で教えることで、根拠ある介護の実践を行うように教育している。		
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	富山県グループホーム連絡協議会、全国GH協会に入っており、社外研修にも参加している。研修後は、勉強会で伝達講習し、知識の共有を図っている。		

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
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	入所したばかりの方に対しては、1人の職員がまず寄り添い、本人の希望を伺いながら、入居者さんとの信頼関係を作るよう心掛けている。座席も、コミュニケーションが取れる他入居者の席の近くを提案したり、本人の希望も踏まえながら、決めている。		
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	出来る限り、ご家族様の不安を取り除けるよう、お話を聞く時間を作っている。初期は、入居者さんやご家族の状態によって面会の制限を行ったり、しばらくの間自宅から入居者さんが通ってくる等、お一人おひとりに合わせ対応している。		
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	入所時にはセンター方式にご家族様が知っている情報を記載していただき、入居者様の出来ること出来ないことを知り、またご家族様にもグループホームでの生活を継続するために、役割を持っていただいている。		
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	入居者さんが得意な事、なじみの作業を積極的に出来るよう、家事作業を職員と一緒にしている。梅ジュースや紫蘇ジュース等、昔ながらの習慣を取り入れ、職員から「ありがとうございます」と感謝を伝えられる場面を作るよう心がけている。		
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	面会時間を制限せず、家族との時間を大切にしている。季節の衣替えや受診同行など、家族にも役割を持っていただいている。		
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	面会時間を制限せず、いつでも面会できる体制をとっている。家族が来所された時は、ゆっくりと居室と一緒に過ごしていただいている。遠方からの面会があった時は、写真を撮りお渡ししている。また、医療機関への受診や行事には、ご家族にも積極的に参加してもらっている。なじみの美容院にお連れし、なじみの関係の継続を図っている。	正月・お盆の自宅外出泊や法事などの親族の集まりに出かけるなど、家族と触れ合う機会を多く持てるよう支援している。面会時間の制限を設けず、家族・友人・知人の方がゆっくり居室で過ごせるよう配慮し、利用者の希望で自宅周辺や思い出の場のドライブ・馴染みの美容院に送迎するなど、馴染みの人や場との関係が継続できるよう支援している。	
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	気の合う入居者同士でテーブルを共にしたり、言葉の少ない入居者さんには職員が言葉のかけ橋をしている。		

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	入院等で契約が終了した方にも、お見舞いや家族が高齢者であった場合はオムツ等を運んだりすることを手伝っている。退院後の施設を探すことも手伝っている。		
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	アセスメントシートは、センター方式を使用している。入居者本人の希望やその人らしさを職員で共通理解する為に、ひもときシートやICFを使用している。	家族にアセスメントの記入依頼や聞き取った情報・日々の生活状況や職員の気づきを、アセスメントシートやICF(生活機能分類モデルシート)に整理して、利用者のプラス面を活かした利用者の思い・暮らし方の希望・意向の把握に努めている。利用者のその人らしさを職員で共有するため、ひもときシートを活用している。	
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	入所時にご家族の方にセンター方式を使用し、生活歴等を記入してもらっている。		
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	毎朝バイタルチェックをし、健康状態の把握や前日の状態、行動を朝の申し送り把握している。一人ひとりのできることを状態に合わせて、家事作業やレクリエーションを行っている。		
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	月に一度、担当者がモニタリングを行い、日々の変化から朝の申し送りや勉強会時にカンファレンスを行っている。また家族の意向を確認しながら、計画を変更している。	月1回モニタリングを行いカンファレンスで検討し、定期6ヶ月・心身状態変化時には随時見直し現状に即した計画が作成されている。家族の意見や要望を事前に聞き取り計画に反映し同意を得ている。状態変化時にはカンファレンスで利用者の詳細な状況を把握・検討し、利用者本位の計画が作成されている。	
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	個々のケアプランに沿った支援を行い記録している。半年に一度見直しし、ケアの継続・中止・新しい介護計画作成を検討している。状態の変化があった時は、ひもときシート等を使用し、職員全員で話し合っている。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	入居時に、不安や罪悪感などを感じられるご家族様がいらっしゃるので、日中をグループホームで過ごし夕方自宅に戻り、少しずつグループホームで過ごす時間を増やしていくなど、ご本人様・ご家族様が納得できる入居となるよう対応している。		

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	オレンジカフェに参加したり、地域の中学生や老人会との交流も図っている。地域の他施設の入居者と協同で、認知症の啓発のためのイベントに参加するなど、当事者であっても、出来ることの発揮できる場面を作っている。またなじみの美容院にお連れし、入居者様の地域の地域資源も活用している。		
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し、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	入所前からのかかりつけ医に往診してもらっている方や、近くのクリニックに往診してもらい、連携を取りながら健康維持に努めているが、専門医の診察が必要となった時は家族と相談しながら専門医の受診ができるよう支援している。	利用者・家族が希望するかかりつけ医が選択できる。受診時には家族に情報提供や必要時には同行し、協力医とは月2回の往診が行われている。緊急時にホーム看護師が判断して適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	入居者さんの体調不良時には、看護師に伝え、受診の必要性や適切な処置を行っている。		
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。	入院時には、管理者が病院に度々行き、症状の確認を行っている。退院後は入院中の状態や今後の注意点を職員間において伝達。帰所後は身体的・精神的状態に応じ、穏やかに生活できるよう、施設の雰囲気や言葉かけに注意している。		
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、事業所です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	入居者さんの状態に応じ、その都度今後についてご家族の意向を確認している。ターミナル期に入った入居者さんは、職員間において日々の生活に負担のないよう、安楽な気持ちで過ごしていただけるよう伝達、ケアしている。また医師と家族との連絡も密にし、対応に努めている。	契約時に医療連携体制指針に基づいて、重度化・終末期についての事業所方針を利用者や家族に説明して理解を得ている。また、ターミナルケアを希望された場合は、主治医・家族と協議し終末期ケア計画を作成して職員全員で支援している。また、ターミナル期の「死生観」の勉強会を開催し、職員の不安軽減に努めている。	
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	起こりうる急変や事故に備え、各入居者さんの既往や状態の周知と、勉強会等で誤嚥時等の対応を確認している。		
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	年に2回避難訓練を行い、災害時の避難方法、場所の確認、入居者さんの担送・独歩の確認を今一度理解している。災害訓練として、9月1日には、避難場所まで歩いて行き、備蓄食を食べて、防災意識を高めている。水害時には、避難場所の福祉プラザが夜間閉鎖されているため、一時的に光風会に避難させてもらうことになっている。	年2回消防署の協力を得て、利用者と一緒に火災訓練(夜間想定)を実施。防災の日には市指定の避難場所に利用者と一緒に歩いて避難訓練を実施し、備蓄品の入れ換えが行われている。隣接する「にながわ光風苑」と夜間の災害時に避難できるよう開設時に協力を依頼している。	夜間災害時の避難場所確保のため、「にながわ光風苑」と文書で協力体制を構築する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	勉強会では、倫理やプライバシー保護を学び、尊厳あるケアとは何かを話し合っ、実行している。	「介護力向上委員会: 接遇係」が開催する研修会で、日々の言葉掛けや接遇方法を振り返り意識向上に努めている。一人ひとりに合った対応を検討し利用者自身が自己選択・決定ができるよう働きかけを行いながら、利用者の人格を尊重したプライバシーを確保した介護が徹底されている。	
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	入居者さん本人の思いや希望が分からない時は、本人に聞くようにしている。複数からの選択ではなく、2択にするなど、クローズドクエスチョンにより選ぶように支援したり、実物を見せるなど、自己決定できるよう支援している。		
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	生活のリズムを崩さない程度に声かけをしているが、朝食の時間等、今までの生活のペースに合わせるようにしている。レクリエーションにおいては、無理のないようその日の体調、気分に合わせて好きな作業を行ってもらっている。		
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	理容師さんが来所し、定期的にかットしてもらっている。ご希望があれば、馴染みの美容院にお連れしている。		
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	一人ひとりの入居者の疾患や好みに合わせて、主菜等を変更しお出ししている。食事の準備を出来る方が準備や片付けを行っている。プランターで作った野菜や貰った野菜で佃煮を作ったり、おはぎや梅干づくりも入居者で行っている。医師の許可をとりお酒を飲まれる方もいる。	嗜好や利用者の意見を取り入れた献立を立て、利用者ができる買い物・食事の下準備・盛り付け・配膳・片付けを積極的に取り入れ一緒に行われている。また、個々の疾病や嗜好・アレルギー対応・摂食状況に合わせて食材・調理方法を変更し、自家農園の新鮮野菜の使用・外食・季節の手作りおやつなど、食事が楽しみになるよう支援している。	
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	一日の摂取カロリーは計算されている。水分も1,500ml以上を目標に、ジュースやコーヒー、ゼリーやスイカ等お茶だけでなく、好みに合わせてお出ししている。ご自分で食べられるようお茶碗の材質を変えたり、箸やスプーンは希望に応じ選択していただき、自力摂取意欲が持てるよう声かけしている。		
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	歯科衛生士から、口腔ケアの指導をもらい、口腔ケアを行っている。毎食後口腔ケアを実施し、インジウがいを支援している。歯の少ない方にはハミングッドを使用し、個々に合った口腔ケアを行っている。		

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	一人ひとりの入居者様の排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行い、排泄の失敗の軽減を図っている。毎月、オムツの使用量を確認し、最小限に抑えられるよう、検討している。	24時間対応排泄チェック表から利用者個々の排泄パターンを把握して、時間ごとの誘導や声かけなど利用者の能力に応じた排泄支援が行われている。オムツ係りがオムツ使用頻度をチェックし、無駄なオムツ使用がないよう取り組み負担の軽減に努めている。	
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	野菜を多く取れるようなメニューにしている。必要に応じヨーグルトなどをご家族様に用意していただいたり、食後にはゼリーを召し上がっていただくなど、水分摂取量にも工夫をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	必ず、入居者と職員が1対1で入浴していただいている。基本的には入浴の日と時間を決めているが、希望がある時は、可能であれば入浴していただいている。	最低週2回を目安に利用者の体調や希望に合わせて回数や入浴日を変更し、職員と1対1で利用者のペースに合わせてゆっくりと入浴している。入浴が楽しみになるよう季節感のある菖蒲・柚子・透明な入浴剤を使用し、歩行状態に合わせて安全に入浴できるようリフト浴が整備されている。	
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	日中は、午後より少し静養されたり、と自由にそれぞれのペースで過ごされる。夜間の消灯時間は決めているが、各自楽しみのテレビを延長して観たり、読書をしたり、と個々に自由に過ごしている。		
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	看護師だけでなく、介護職員も服薬内容を理解し、介助している。受診で新しい薬が出た時等は、処方内容を申し送り時やノートにて共通理解し、様子観察等確認している。		
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	ドライブ、買い物、外食等、時折変化のある生活を支援している。日々の生活の中では、書道が得意な方には、昼食のメニューを書いてもらったり、料理、畑仕事など、個々の得意なことを役割としてもらって、活躍できる場の提供に努めている。野菜作りを始め水やりや収穫を楽しみ、成長の喜びを感じてもらっている。		
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	週2回買い物の日を決めて、入居者と共に買い物に出かけている。遠足では、普段入れない大浴場で入浴している。	年間行事計画を作成して、季節毎に花見・紅葉狩り・秋の遠足での大浴場の入浴・朔まんじゅうの購入・ガラス美術館見学など日常生活と違う楽しみが提供されている。日常的に天気の良い日の散歩・買い物(週2回)・外食など、利用者の希望に沿って外出の機会を多く持つよう努めている。また、遠足には日頃交流のある老人会の方々も参加している。	

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
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	多額な金額は事務所で預かっている。少額に限りご自分で持っておられる方もおり、スーパーに出かけた時は、自分の好きなものを買ひ、職員が見守りながら支払いやおつり、レシートを自分でもらっている。		
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	入居者さんの希望、家族の許可があれば、自由に電話、手紙の支援をしている。		
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	季節の花を生けたり、季節感のあるクラフトを掲示している。落ち着いた雰囲気になるように、夜間はライトの明かりのトーンを落とし、環境を整えている。室温は、クーラーや暖房を適宜入れるなど、不快にならないよう気をつけている。	共有空間は季節の花やクラフトを飾り、過度な装飾はせず家庭的雰囲気を大切にしている。適所にソファや椅子が配置され利用者が思い思いに過ごせる場になっている。また、居心地よく過ごせるよう室温・湿度・採光・臭気に配慮している。	
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	席の配置を気の合う方同士にしたり配慮している。またベンチを置く事で、時々自席ではないベンチでくつろいでいただいている。		
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	ご自宅で利用していた馴染みの家具を持って来ていただくようにしている。また枕やタオルケットなども自由に持ち込み、安眠できるようにしている。ご家族の写真や絵画を飾り、自分の居室らしさを出している。	本人の使い慣れたものや好きなものの持ち込みは自由で、居室には馴染みの家具・家族写真・好みの装飾品などが持ち込まれている。利用者のその人らしさを大切に障子の張り替えを一緒に行い、居心地良く過ごせる居室作りに取り組んでいる。	
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	トイレという言葉を理解されない方のために、便所という貼り紙に便器の絵を描いて貼っている。ご自分の部屋が分からない方の部屋の戸には、大きな字で表札を作っている。また夜間はトイレの明かりを点けたままにし、トイレが分かりやすくなるよう工夫している。		

2 目標達成計画

事業所名 ひより

作成日： 令和 元年 11月 1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	4	家族代表が「家族会」で運営推進会議の内容等を報告していただいているが、ホームの運営や活動内容をさらに知っていただくため、開催ごとに話し合った内容を家族全員に送付する	家族全員に運営推進会議での内容を周知する	運営推進会議時に配布している写真入りのご様子に運営推進会議での話し合いの内容などを入れて、2ヶ月に1度家族に配布する	2ヶ月
2	35	夜間災害時の避難場所確保のため、「にながわ光風苑」と文書で協力体制をとっていない	夜間災害時の避難場所確保のため、「にながわ光風苑」と文書で協力体制を構築する	夜間災害時の避難場所確保のため、「にながわ光風苑」と文書で協力体制を構築する	3ヶ月
3					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。