

# 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	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 11-11		
自己評価作成日	平成27年9月28日	評価結果市町村受理日	平成27年11月4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27年10月7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。  
施設理念である、『利用者様の身になって心のこもった介護』と掲げ、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。

## 【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)】

施設概念の「そこに関わる全ての人々の幸福に貢献します」を根幹に、利用者個々のその人らしさを引き出し本人本位のケアの実践とともに、ご家族に寄り添い思いをくみ取り支援するよう努めている。行事を開催するにあたり、老人会からの応援やボランティアなどの協力体制もあり、利用者地域住民の交流やお互いの生きがいや楽しみに繋がるような取り組みがなされている。また、家族会においてもご家族同士で悩みや疑問点なども解消できるような場となっており、要望や意見等も運営推進会議や家族アンケートで事業所に伝える機会が設けられサービスに活かしている。職員は目標を持って仕事にあたり、管理者は、職員の目標に沿ってスキルアップできるような研修機会を確保したり、個性を上手く引き出せるよう支援を行うなど、ホーム一丸となって運営に取り組んでいる。

## 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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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) ○		

# 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	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。	ひより基本理念は玄関、職員の中事務室に掲げており、月1回の勉強会の中で事業所の理念や利用者の方の尊厳を考える機会がある。また、年1回の自己評価表の中でも理念についての振り返りを行いながら、ケア目標である「利用者様の身になって心のこもった介護」を目指し、サービスの実践に繋げている。	
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	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。また誕生会後のお茶会では、テーブルを囲み利用者さんと地域の方との交流を図っている。	町内会に加入し、公民館で行われる文化祭等に参加したり、事業所の行事(花見、納涼祭、秋の遠足、クリスマス会など)には、近隣の方々が参加し、催事のお手伝いをいただくなど、双方向の行き来がある。また、社会福祉協議会のボランティアの方と一緒にお茶会やお菓子を囲み楽しみ、地域の方との交流を図っている。	
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	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民生委員とケアマネージャーの勉強会にて、認知症について話をさせてもらっている。		
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、入居者の状況や運営状況を報告し、ご意見をいただいている。第3者評価の結果についても報告し、さらに改善できるような意見をいただいている。運営推進会議の議事録を職員に回覧し内容を周知している。	会議は隔月に1回、町内会長、家族会会長、民生委員、地域包括支援センター職員、施設長等の参加で開催され、施設の活動内容や法人の決定事項などについての報告、意見交換を行っている。家族、地域、施設が一体となって行事の方向性などの検討も行われている。会議の内容は回覧し職員間で共有している。	
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	運営推進会議に地域包括支援センター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の連絡は密にとり、施設の取り組み状況を報告したり、今後の見通しについてのアドバイスや助言を頂ける関係を築いている。認知症実践研修や看護学生の実習受け入れや災害時の対応策などの相談など各担当課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。	年1回研修計画に沿って勉強会を行っている。身体拘束についてのマニュアルとは別に資料を作成し、日々のケアの中での具体的な事例を取り上げ、身体拘束のリスクや内容を理解し、職員全員で生命の危険がない限り拘束を行わない方針を共有している。	
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	施設内の勉強会で、拘束・虐待について勉強し、職員全体で言葉等でも虐待になる事等を共通理解し、係を設け、職員同士でも注意しあえる関係作りに努めている。		

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	後見人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	年に1度ご家族の方にサービスについてのアンケートを行っている。また家族会を年2回開催しており、その都度ご家族からの要望や質問に答えている。	年1回家族アンケートを実施し、その結果は職員の勉強会や家族会で報告し、接遇面などの改善に活かしている。また、家族会では家族だけで交流する時間を設け、思いや願いを共有している。話し合い事項については情報共有に努め、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	年に2回の面談や、適宜職員と話す場を持つようにしている。勉強会や申し送りでもいろんな意見をもらっている。	管理者は、年2回職員との面談を通し、一人ひとりの方向性を本人と話し合い、個々の目標に沿って研修の機会を確保し、キャリアアップに繋げている。また、毎日の申し送りや勉強会に出た意見や要望などは月1回の管理者会議にて報告し、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	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。		
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。		
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、全国グループホーム協議会に入っており、富山県介護福祉士会や富山県社会福祉協議会の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
<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	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、入居者さんとの信頼関係を作るよう心掛けている。		
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	入所が決まった時から、ご家族の方と入所に向けて不安や心配ごとを伺い、入所日を決定している。入居者ご本人にも面会し、話を伺っている。入居初日には、ご本人の状態やご家族の思いを伺っている。		
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	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。		
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を積極的に出来るよう、家事作業を職員と一緒にやっている。梅干し作り等、昔ながらの習慣を取り入れ、家庭で過ごすような役割を持ちながら、自然に生活してもらっている。		
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、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、ゆっくりと居室で一緒に過ごしていただいている。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。		
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	ご家族以外の来所も自由に受け、居室で一緒に過ごしてもらっている。また、年末には大切な人やご家族に毎年賀状を自筆で書かれ、絆を深めておられる。長く住んでいた場所に帰ってない方には、近所まで一緒にドライブに出かけて、馴染みの場所と繋がりを感じてもらっている。	家族の協力を得て、正月、お盆、家族行事への自宅外出・外泊などの支援が行われている。また、ご家族・ご家族以外の面会なども自由に受け、ゆっくりと過ごしていただくための配慮があり、24時間いつでも面会できる環境がある。入居間もない方にはご家族になじみの場所に連れて行っていただけるような取り組みが行われている。	
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	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。		
<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	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、ひもときシートを使用している。	アセスメントシートを活用し、家族情報や入居前の生活習慣等から暮らし方の希望の把握に努めている。また日頃の会話や仕草などから本人の思いをひもとき、それらの情報を記録整理し全職員で共有し、ケアの統一を図っている。	
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	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で把握している。一人ひとりのできることを状態に合わせ行っている。		
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。また家族にも相談しながら計画を変更している。	月1回担当者によるモニタリングを行いカンファレンス等で検討し、6ヶ月毎に、また、身体状況が変化したときにはその都度、プランの見直しが行われ、現状に即した計画作成が行われている。生活面・身体面・精神面と項目を分けた日常の様子等を詳細に記載した文書をご家族に送付し、情報の共有を図っている。	利用者本位の介護計画をチームで作成するため、本人、家族、職員を交えた話し合いの場と記録の整備に期待したい。
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	ご家族の都合が悪い時の受診の代行や、病状の変化がある場合等には、日々の状態が分かる職員が同行し、病状説明にも同席している。また今後についての相談にも関わっている。		

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	毎日少しずつ作業した作品を地域の作品展や銀行のロビー展に出展し、達成感や観覧の楽しみを持つ事ができるよう地域と連携をとり支援している。		
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	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・家族の希望するかかりつけ医を選択してもらっている。受診の際には施設の看護師より情報提供が行われている。隣接する協力医院はユニット毎に月2回の往診があり、24時間協力体制も構築されている。専門医の診察が必要な場合はご家族の協力を得ながら受診の機会を支援している。	
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。	利用契約時に重度化及び終末期については看取り指針に基づきご家族に説明し理解を得ている。また、ターミナルケアを希望された場合は、主治医・ご家族と協議し終末期ケア計画を作成し職員全員で支援している。職員教育の一環としてターミナルケアに対する死生観についての勉強会を開催している。	
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。万が一の場合は、光風苑にも応援をお願いし、訓練でも応援要請通報訓練を行っている。蜷川消防団にも、万が一の為の場所の確認と、水栓の確認を行っている。	年に2回、夜間の火災想定避難訓練を実施している。消防署の協力を得た夜間想定火災訓練を実施し、近隣の特別養護老人ホームとは避難後の対応協力体制がある。また、地元消防団の方とともに消火水栓の場所の確認を行ったり日頃から連携を深めている。災害時飲料水の確保はなされている。	火災対応のみならず地震・風水害に対する対応策等も構築する事を期待したい。また、食糧の備蓄等もあわせて確保されたい。

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	接遇の係があり、勉強会で学び、言葉遣いや声のトーン、対応について日々取り組んでいる。	年2回の自己評価の中に接遇面の評価項目があり、職員個々に振り返りの機会がある。また、介護力向上委員会の中の接遇担当者が中心となって研修会を開催し、言葉かけやプライバシーの尊重など職員全員が学ぶ機会が確保され、意識の向上に努めている。	
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	水分補給等、好みの飲み物をお聞きしている。選びやすいように選択肢を決め聞くこともある。		
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好きな時間、期限を指定せず作成している。		
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	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することもできる。お化粧品やマニキュアなど自由にされ、アクセサリも毎日されておしゃれを楽しんでおられる。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。施設隣にある畑の野菜を副菜やおやつ作りに使用している。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3日に1度お酒を飲まれる方もいらっしゃいます。	地元の素材や施設の畑で収穫した野菜を利用し、利用者の意見や要望を取り入れたメニューを提供している。食事の準備などは、本人がしたいこと、やりたいことを手伝ってもらっている。おはぎや梅干し、手作りおやつなど利用者とともに作ったり、ご家族と一緒に外食する機会を設けるなど、食の楽しみを工夫している。	
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、ゼリーやスイカで補いながら摂取していただいている。お茶だけでなく、ジュースやコーヒー等を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、箸やスプーンの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	毎食後口腔ケアを実施し、イソジンう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	一人ひとりの排泄パターンを把握して声かけを行っている。おむつは、おむつ係を作り、無駄なおむつ使用をしないように心がけ、勉強会で報告・カンファレンスを行っている。	24時間対応排泄チェック表を活用し利用者ごとの排泄パターンを把握、時間毎の声かけや誘導、利用者の能力に応じた排泄支援を行っている。	
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	毎朝牛乳を飲んでいただき、便秘の方が減り、便が軟らかくなった入居者さんが増えてきている。排便を促すよう、廊下歩行や軽い体操をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には入浴の日と時間を決めていますが、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3回を目安としながらも、利用者の方の要望や体調に合わせ、毎日入浴できる状況が確保されている。歩行状態や体調に合わせ、一般浴、リフト浴と柔軟に対応し、入浴中は職員とマンツーマンでゆっくり入浴できるよう配慮がなされている。	
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	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、書道が得意な方に書を書いてもらったり、遠足等の案内ハガキに挿絵を描いてもらっている。活躍できる場の提供に努めている。施設横で畑を始め、野菜作りを始め水やりや収穫を楽しむ、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。地域の作品展や銀行のロビー展に出展させてもらい、観に行っている。 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、季節ごとにお花見、紅葉狩り、遠足など企画し、日常生活とは違う楽しみが提供されている。また、天気の良い日はドライブや近隣へ散歩、週2回の買物や外食など利用者の希望や要望に合わせ、柔軟に対応している。地域で開催される文化祭や銀行のロビー店にちぎり絵を出展し、利用者の方と見学に出かけている。	

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	季節の花を活けたりしている。夜間は落ち着いて眠っていただけるよう、ライトの明かりのトーンを落とし、環境を整えている。	共用空間は、季節に合わせた花が飾られ、利用者の方と一緒に作成した作品が飾られたり、外出時の写真などが廊下に掲示されている。キッチンからは食事の支度の音や匂いがしている。適所にソファやイスが配置され、ユニットごとの仕切りが無く利用者が思い思いの場所で過ごせるようになっている。	
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	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。お互いがいたわりながら話し、いつまでも夫婦の絆を大切にしている。		
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	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。また掛布団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。	各居室には、本人の使い慣れた物や好きな物の持ち込みは自由で、室内には家族の写真や趣味で作った貼り絵などが個性豊かに飾られている。利用者のその人らしさを大切に安心して過ごせるような居室、家族や面会者がくつろげるようなお部屋作りがなされている。	
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	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。		

(別紙4(2))

事業所名 ひより

作成日: 平成27年11月2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	26	今までは、家族や本人の意向を口頭で確認し、意向に合わせた計画を作成。評価は職員と計画作成担当者が行い、3者が揃い検討する場が無かった。個々での話し合いの結果は介護記録に記録していた。	利用者本位の介護サービス計画をチームで作成する為、本人・家族・職員を交えた話し合いの場と話し合いの内容を、カンファレンスとして1枚の記録として残す。	・ケアプランの新規作成、評価時には、本人、家族、職員が話し合い、ケア方針を決めていく。話し合いの内容は、カンファレンスとして1枚に記録する。	6ヶ月
2	35	年2回の夜間の火災を想定した訓練は行ってきたが、地震・風水害についての訓練は行ってこなかった。また、万が一の為の備蓄品は水のみであった。	万が一の災害を想定して、地震・風水害時の対応を、実際に想定して、具体的に計画をたてる。また備蓄品を用意する。	備蓄品は、2日分と水、菓子類を用意した。1年に1度防災の日に、備蓄品を実際に食べる。地震、風水害に関して、消防署に指導をもらった。地震・水害に関しては、ハザードマップを確認すること。避難場所の再確認を行い、防災の日に職員が実際に避難経路を歩いて確認する。	10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、行を挿入して下さい。