

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	1690200546		
法人名	医療法人社団 明寿会		
事業所名	グループホームあつとほ～む米島		
所在地	富山県高岡市米島329-3		
自己評価作成日	平成28年2月20日	評価結果市町村受理日	平成28年3月22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3月1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)】

ご利用者一人ひとりが、その人らしく笑顔で生活できる居心地の良い空間を大切にしています。また、共に生活する全ての人を家族とし、安心感の中でお互いに認め合い尊重し合いながら生活できるよう支援しています。一人ひとりに寄り添い、その人に合った個別のケアの提供を心がけています。ご利用者様からの「やりたい」「やってみたい」「行ってみたい」など自発的な言葉に対し、少しでもご希望に沿えるよう、楽しいと思っただけのよう職員それぞれがアイデアを出し合いながら協力し日々の活動に繋げています。ご利用者様の「できない」に焦点を当ててしまうのではなく、残存機能や本人の意欲に注目し少しの手助けで「できる」「できた」を大切に自信をもって生活していただけるよう配慮しています。

【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)】

職員の意見を取り入れた理念「利用者さんとともに笑顔あふれる、居心地の良い空間をたいせつに、我が家を目指します。」を掲げ、利用者一人ひとりに寄り添い利用者の声を傾聴して、利用者本位のサービス提供に職員全員で取り組んでいる。職員は、日々の利用者の生活ぶりや、利用者のありのままの言動、日々のケアの中で得た職員の気づきなどを、法人独自のプログラムソフトに入力し、個人情報システム管理している。社内ネットワーク接続されたそれらの情報は、事業所内の全てのパソコンでパスワードの使用で閲覧可能で、全職員が個々の暮らし方の希望や意向を把握し、本人本位の生活の実現に努めている。利用者の「できる」「行きたい」「やってみたい」との自発的な思いを尊重したケアに力を入れ、入浴、排せつ、調理、外出など日常的な行為に可能な限り個別的視点を当て、その人らしさを引き出している。

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	理念は職員が意見を出し合い決定し、少しでも近づけるように意識し実践につなげられるよう努力している。	「利用者さんとともに笑顔あふれる、居心地の良い空間を大切に、我が家を目指します。」を理念として掲げ、玄関に掲示している。さらに、「我が家」を意識してもらうために、「おかえりなさい」という言葉を理念掲示と一緒に掲げ、玄関に入ると誰もがほっとする雰囲気を出している。職員間では月1回のカンファレンスでケア方法を通して周知を図り、理念に沿った実践に努めている。	
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	地区の草むしり、空き缶拾い、いきいきサロンへ積極的に参加し地域とのつながりを大切に、一員として暮らし続けられるように配慮している。	町内会に加入して、地区の清掃作業やいきいきサロンへの参加、ホーム納涼祭には町内会に案内し、地域の方々に参加を呼びかけるなど交流機会を作る努力をしている。また、地域ボランティアの受け入れや地元保育園児の訪問などが行われているが、開設1年目であり、管理者はまだまだ地域の受け入れが十分ではないと感じており、今後も地域との関わりを増やしていきたい思いがある。	運営推進会議等で、地域住民の助言や情報をもとに地域交流の拡大に期待したい。
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	運営推進会議にて施設内での様子をお伝えするとともに、画面に写真を映し出しながら認知症を知ってもらっている。また、どの活動がどのような効果をもたらすことを期待して取り入れているのかを説明している。		
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	推進会議において、徐々に地域の方々から「こうしたらいいのでは?」との提案や「もっとこうしたら?」との意見をいただき活動の幅が広がっていると同時にサービスの向上に活かしている。	会議は2ヶ月ごとに開催して、ホームの運営状況・活動内容・事故報告、ヒヤリハット報告などを提示し、意見交換が行われている。また、委員からは、地域情報や地域になじむためのコツなどを助言してもらい、地域の中のグループホームとしての理解が広まっている。	
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取り組んでいる	市町村担当者とは、分からないことがあれば連絡を取り施設の状態や状況を伝えアドバイスしてもらっている。また、いつでも聞きやすい協力関係を築くよう努めている。	市から委託されている地域包括支援センター職員には、運営推進会議を通してホームの実情を知ってもらい、いつでも相談・助言をいただく関係を築いている。また、市担当者には制度の理解を得るための助言等ももらうなど、何かと気にかけてもらえる関係性がある。	
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	玄関施錠は18時半以降～8時頃までのみとし、それ以外は自由に過ごせるようにしている。また、ご利用者様からの要望があれば施錠時間であっても解錠し対応。また、施設内での勉強会を定期的に行い『身体拘束をしないケア』について職員への意識付けを行っている。	身体拘束についてマニュアルや事業所内勉強会等で、拘束のリスクや具体的内容の理解に努めている。日々のサービス提供時に、言葉による行動抑制などの身体拘束につながるケアを確認した場合は、即時の指摘やカンファレンスを通して確認し合うなど、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	施設内での勉強会を行い職員の意識付けに努めるとともに、日々の声かけやケアにおいて身体的・心理的虐待につながらないように注意している。		

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	日常生活自立支援事業者や成年後見制度について事業所での勉強会で学ぶ機会を持っている。今後も定期的に学ぶ機会をつかっていきたい。		
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	管理者、サービス担当者は事前にご利用者様、ご家族と面談を行っている。その上で規約や重要事項について十分な説明をしご理解・納得していただき契約している。		
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	玄関にご意見箱を設置し自由にご要望を記載していただいている。また、日頃からご利用者、ご家族とのコミュニケーション(面会時の情報交換や電話連絡)を密にし、得た情報は記録、職員間での共有、サービスへの反映をしている。	家族の面会時や電話連絡時に積極的にコミュニケーションを図り、意見・要望の把握に努めている。その意見・要望は法人独自のプログラムソフトの療養棟日誌に入力したり、社内職員メールで周知を図り、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	運営に関しては随時職員からの意見や提案を聞いている。また、月1回行っているカンファレンスにおいて意見・提案に関しての情報交換や共有に努めケアに反映させている。	法人代表者にメールで直接意見・改善案を伝えることができる仕組みが整っている。また、カンファレンス、社内職員メール、統括管理者との個人面談で、職員は意見・提案を言える機会があり、その意見・提案は、法人介護部長が出席するカンファレンス時や総括管理者が出席する幹部会議で協議し、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	管理者および職員個々の勤務状況などを定期的に把握・評価し職場環境の改善や整備に努めてくれている。		
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	法人内での定期的な研修(勉強会)を実施するとともに、外部研修の際には研修費補助によりスキルアップできるよう配慮している。		
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	メールや社内掲示板での研修会の案内を通してサービスの質を向上させていく取り組みを行っている。		

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
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	可能な限り入居前に本人に会い、顔なじみの関係を築くようにしている。本人とお話をし現在の心配事やどのような生活を望んでいるかを聞いている。		
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	入居前に家族の不安・要望を聞き、家族の思いもプランに取り入れるようにしている。		
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	入居後は、本人・家族の思いに沿いケアを進めていくが、実際に生活をしていく中でその時に必要なことを見極め1ヵ月後に再アセスメントしている。		
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	本人の意思を尊重しつつ、自身の存在価値を得られるよう工夫している。デザート作りや食事の準備、洗濯物干しなど一緒に行うことで役割を持ち生活していただいている。		
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	家族と本人の関係性も理解しながら、施設でのご利用者様の状態に関して連絡を密に取り合い協力を仰ぎながらケアにあたっている。		
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	なじみの場所へのドライブや近くに住む知人との交流の機会が途絶えないよう本人の思いに寄り添いながら支援している。	家族の協力を得て、墓参り・自宅外出・買い物などを行っている。同一敷地内にある他サービス利用者との交流や日々の関わりから把握した行きたい場所等へ個別に外出したり、散歩や買い物で顔なじみの方と挨拶、会話を交わしたり、家族、友人などの面会時にはゆっくり過ごしていただけるよう配慮するなど、馴染みの関係性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	普段からの利用者同士の関係性を観察し和やかなときは近くで見守り、不安定な時はさりげなく職員が間に入りご利用者様同士が良い関係を築け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	医療機関に入院の為、退去された方がおられたが退去後も顔を出し本人や家族との関係性を築いている。家族からの相談にも応じている。		
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	ご利用者様一人ひとりを日頃からアセスメントし言動や行動から本人様が望む生活を把握し希望に沿えるよう努めている。	家族からの情報や日々の利用者からの思いや言動などは、担当者がアセスメントシートに連動している個別日誌に入力して整理し、月1回のモニタリング時に検討して本人らしい生活につながるよう努めている。	
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	ご利用者様本人やご家族からの聞き取り、センター方式を活用し生活歴やなじみの暮らし方などの把握に努めている。		
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	ご利用者様一人ひとりの現状把握に努めるとともに、その人の有する能力や心身状態を見極めている。		
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	介護計画やモニタリングにおいては、職員同士の話し合いや家族との意見交換をしながら様々な角度からアイデアを出し合い反映しながら希望に沿ったケアが実践されるよう作成している。	毎月行うモニタリングや3ヶ月ごとの評価内容で、ケアマネジャーと担当職員が介護計画原案を作成し、カンファレンス(全職員出席)で協議して、現状に即した介護計画になるように努めている。家族が出席する担当者会議で、家族の意見・要望を聞き取り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	日々の様子やケアの実践・結果について毎日ケース記録に残している。情報は全てPCやタブレットでの管理をしており、いつでも情報の共有が確実にされるよう配慮するとともに介護計画の見直しや日々ケアに活かしている。		
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	ご本人様やご家族の状況に合わせて、必要だと思われるサービスの提供や本人様が望むケアに少しでも近づけるよう柔軟に対応している。		

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	ご利用者様一人ひとりの地域資源を会話や行動の中から見出し、把握しながら心身の力を発揮し生活を楽しむ事ができるよう配慮、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	受診の際にはご利用者様やご家族様の希望を大切にしながら、医師への「つながりノート」を活用し適切な医療や処置が受けられ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を選択できる。家族の受診付き添い時には、「つながりノート」での情報提供や必要時の同行が行われている。協力医とは、2週間ごとの往診や24時間対応連絡体制を築き、適切な医療が受けられるよう支援している。また、家族の希望で定期的に精神科医の往診を受け入れている。	
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	日常の関わりの中での気づきや小さな変化をその都度看護職に報告、相談し指示を仰ぐとともに適切な医療につなげ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。	ご利用者様の入院時には、ご本人の様子を見に行ったり病院の医師・看護師に情報の提供を求めたり施設内での情報を提供し対応している。また、退院前にはご家族様の了承を得て退院カンファレンスにも参加させていただいている。		
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	日頃からのご家族様との情報交換や状態報告の場でその都度必要に応じて終末期のあり方や事業所としての方針、ご家族様や本人が望む最期について話し合っている。	契約時に重度化や終末期における事業所の出来ること・出来ないことを説明し、利用者・家族の理解を得ている。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、情報提供しながら意向に沿えるよう支援している。また、看取りケアの勉強会を行い、看取りケア実施に向け、前向きに検討している。	
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	緊急時対応マニュアルの整備はもちろん、定期的な勉強会を通して的確に対応できるよう努めている。		
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2回の避難訓練を通して全職員が災害時の対応を実践しいざというときに備えている。また、地域との協力体制については定期的に地域運営推進会議にて話し合いの場を設けている。	年2回消防署の協力を得て、利用者と一緒に火災訓練を実施している。また、地震や水害を想定し地域避難場所の確認や水・食料の備蓄、火を使わない食事の提供訓練など、災害時に備えている。運営推進会議では、災害時の地域協力体制について話し合いが行われている。	災害時に備え、地域との具体的な協力体制を築くための取組みに期待したい。

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	一人ひとりの人格や尊厳が犯されることないよう配慮している。また、共同生活の中であっても個々のプライバシーが尊重され守られるよう配慮しケアにあたっている。 丁寧に気遣いのある声かけに注意している。	事業所内研修で、人格の尊重やプライバシーについて勉強し理解を深めている。日々のサービス提供時には職員同士で確認し、カンファレンスで個々の声かけや接遇方法を検討して実践に反映している。特に、排泄・入浴時のケアには留意している。	
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	利用者と一緒に食事をしたりお茶を飲んだりする中で本人の思いや希望を把握している。 本人の思いを尊重し自己決定に基づいた生活が送れ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	集団生活という枠にとらわれず、個々の思いや体調に配慮しながら一人ひとりのペースを優先し生活できるよう支援している。		
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	昔からのおしゃれの習慣を大切にしながら、その人らしくできるよう配慮し支援している。 また、季節に合った洋服選びや小物を一緒に買いながら支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備や盛り付けを通して食への意欲を引き出している。味付けや盛り付けに関してご利用者様の意見を尊重しながら一緒に準備している。片付けに関しては役割として職員見守りのもと行っていただいている。	法人セントラルキッチンから献立に沿った食材・主菜が届き、ホームで利用者の出来る下準備や盛り付け・後片付けを一緒にし、職員と食卓を囲み会話をしながら食事をしていく。月2～3回は利用者の好みを聞いて献立を作り、買い物から調理まで利用者と一緒に作っている。また、季節の手作りおやつや外食なども取り入れながら楽しい食事になるよう工夫している。	
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	食事量や水分量を日々のケース記録により把握。食事時は盛り付け量や皿の配置など見た目にも考慮して対応。水分に関しては適宜声かけを行い提供。定時には嗜好品メニュー表を作成したもので選択していただき水分量増に努めている。		
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	自立している方については声かけ程度で実施していただいている。一部介助や介助の必要な方に関しては一緒に洗面所へ行き、コップや歯ブラシの準備など出来ない部分を補助しながら行っていただいている。		

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
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や排泄前の行動の観察の中から状況把握に努めている。自分で行かない方に関しては間隔をみて声かけ、誘導している。落ち着いた様子の時や席を立たれたタイミングでの無理のない誘導を心がけている。	24時間対応排泄チェック表を活用して、排泄パターンを把握している。利用者の排泄状況に合った下着を選択し、個々の自尊心を傷つけない声かけや誘導を行い、トイレでの排泄を基本に支援している。	
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	毎朝、牛乳やヤクルトを飲んでいただき腸内環境を整えている。適宜水分補給していただけるよう努め、ラジオ体操など適度な運動を行うことによりスムーズな排便を促している。		
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	本人の入浴したい日に、本人のタイミングに合わせて入浴していただいている。1日や週の入浴回数に制限をせずに対応。自分から入浴を希望されない方に関しては、週に2回以上入浴できるよう適宜声かけ、配慮している。	毎日入浴の準備をして、利用者の体調や希望に合わせて入浴回数に制限はない。職員と1対1で利用者のペースで、会話を楽しみながらゆっくりと入浴している。職員が定期的に安全確認をしながら、利用者の身体状態や要望で自分のペースで一人で入浴していただくなど、利用者の能力を活かしている。	
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	ひとりひとりの睡眠状況や健康状態、体調の観察を行い適宜休息を取っていただいたり気持ちよく入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	利用者の薬剤情報は個人ファイルとGHフロア内に情報ファイルを置き、いつでも確認できるようにしている。薬の変更があれば社内メールで職員間で周知するようにしている。服薬は飲み込むまで確認し確実に服用していただいている。		
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	ご利用者様それぞれの生活歴や好きなことをスタッフで共有し、その人の力を発揮できるよう環境に配慮し場面作りを行っている。		
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に支援している	車で外出する時は利用者全員に声をかけ、その日の気分や体調によってご利用者様本人に意思決定していただいている。 ご家族様がお休みの日はご利用者様を連れ出し食事に行っていたり、美容院や自宅へ一緒に帰られたりと協力していただいている。	季節や利用者の希望に沿って月間行事予定表を作成し、リビングに掲示して事前に行事や外出予定を知らせているため、利用者は指折り数えてその日を待っている楽しみがある。また、個別の希望に沿った外出や日常的に散歩や買い物などで外出の機会が多く持てるよう心掛けている。	

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	お金の自己管理が可能な方に関しては自分で管理していただいている。自己管理が難しい方に関しては、買い物に出掛けた先で職員見守りのもと支払いをしてもらうなどお金に触れる機会をつくっている。		
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	「電話したい」「手紙を書きたい」とご利用者様に言われた時にはご家族様との連絡がスムーズにできるように電話の案内をしたり、ハガキを用意したりして対応している。		
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	共用の空間には季節や行事に合わせた共同作品を飾ったり、適宜音楽をかけ居心地よく過ごせるよう環境づくりに努めている。	共有空間には利用者と一緒に制作した季節感ある装飾品が飾られている。また、利用者が思い思いに過ごせるようソファや椅子を適所に配置し、それぞれの居場所が確保できるよう工夫している。	
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	フロアのテーブルは気の合う利用者同士で日々のレクリエーション活動を自発的に行っている。フロアソファでは適宜カラオケをしたり、ドラマや歌謡曲を流し空間づくりに努めている。好きな場所で思い思いに過ごせるよう配慮している。		
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	居室にはご本人様が自宅で使っておられたなじみのものを持ち込んでいただいたり、ご本人様がレクリエーションで作られた作品を飾ったりと居心地よく過ごせるよう配慮している。	居室には電動ベッド・クロゼット・床頭台が整備されている。使い慣れた椅子、テーブル、整理ダンスや家族写真・好みの装飾品が持ち込まれている。利用者の中にはそろばんが得意で居室内でそろばん計算を楽しむなど、思い思いに趣味や特技を活かせる居室になっている。	
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	一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして案内板を作成したり、車椅子や歩行器、コールマット、車椅子を活用し安全に生活できる環境づくりに努めている。		

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	2	災害発生時の地域との協力体制が具体化されていない。 また、防災訓練に関して地域住民の方と一緒に行ったことが一度もない。	・一年に一度は地域と一緒に防災訓練をおこない、災害発生時の協力体制を確認できる場をもつ。 災害発生時の地域住民との協力体制をマニュアル化し職員に周知する。	・施設の防災訓練(消火訓練)がある時に地域住民にも参加していただく。 ・米島地区の防災訓練への参加。 ・推進会議の場などにおいて災害発生時、施設と地域との協力体制について話し合いの場を持ちマニュアル化する。	6ヶ月
2	35	地域住民との交流や施設側からの情報発信もまだ少ないこともあり地域へ溶け込みきれていない。また、地域の方に受け入れてもらいたい。	積極的な情報発信や情報共有を行いながら地域との交流の機会を確保する。	・推進会議での情報発信を開催毎に行う。 ・施設慰問ボランティアさんが来所される際は、地域住民の方にも施設を開放し参加していただくことで交流を図る。 ・自治会長さんや民生委員さんにも協力を得て、地域の回覧板で情報発信を行っていく。	12ヶ月
3	10	家族とのコミュニケーションの場が面会時やこちらから用事がある時に限られている。 また、家族面会時には短時間で帰られてしまう。 利用者と家族との関わりも薄く、情報共有も十分とは言えない。	・家族との積極的な交流の機会を確保し、良好な関係性を築く。 ・来所しやすく、職員にも話しかけやすい雰囲気づくりに配慮する。 ・普段の何気ないことでも情報共有する。	・家族会を開催し家族での交流の機会を確保すると共に職員との交流、コミュニケーションが図れるようにする。 ・家族と職員のコミュニケーションを密にし、意見や要望を伝えやすい環境を整える。	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。