

# 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	1671800280		
法人名	医療法人社団 明寿会		
事業所名	グループホーム あっとほ～む婦中		
所在地	富山県富山市婦中町中名1077-7		
自己評価作成日	平成28年9月13日	評価結果市町村受理日	平成28年11月7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.kaiogkensaku.jp/16/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JivogyoCd=1671800280-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022">http://www.kaiogkensaku.jp/16/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JivogyoCd=1671800280-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	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10月12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)】

昨年度より地域との交流に力を入れております。事業所と地域、入居者個人と馴染みの地域とをつなぐ支援をしております。具体的には昨年度は地域の健康教室へ定期的に参加することから、地域の方々の来所が増え、入居者の方々が充実した生活を送ることができております。また地域のいきいきサロンへ事業所の力を活かすことで、住民の方々がボランティア講師として様々なサークル活動に来所して頂いております。また今年度よりは地域の保育所訪問を毎月することで、入居者の方々の笑顔がさらに増えるようになりました。また日常生活においても、おむつを使わない排泄ケアをする自立支援にも力を入れております。食事づくりにおいても、グループホーム内で作るのではなく、食事づくりを通して、同一建物内の小規模多機能型居宅介護の利用者の方々との交流を毎日図れるよう支援しております。他者との交流や様々な活動を通して、今までと変わらない暮らしを目指して取り組んでいます。

## 【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)】

事業所は、富山市郊外の住宅地域にあり、大型ショッピングセンターや商店にも近い。グループホームは建物の2階にあり、階下の小規模多機能型居宅介護施設とは、入居者と利用者が、昼食づくりや行事を一緒に楽しむなど日常的な交流がある。皆で話し合い作った理念、「地域の中でこれからも自分らしく生活が送れるよう支援します」を実現するため、自宅地域の健康教室へ通ったり、月命日に自宅へ帰るなどの支援に努め、保育所との交流や多様なボランティアの受け入れなどを積極的に行っている。また、母体法人は各事業所のIT化を進め、ケアプラン、日々の介護記録、健康管理(食事、排泄、入浴、服薬、バイタル等々)記録、受診記録などをすべてタブレット入力している。紙媒体での記録は廃止され、職員は入居者の24時間の情報を、時系列で短時間のうちに共有することができる。これにより、職員の業務負担の軽減や情報共有の確実性が図られ、リビングや居室で一人ひとりの入居者に寄り添う時間が増えている。

## 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、その時々々の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	職員全員で毎年理念を構築している。今年度は「地域の中でこれからも自分らしく生活できるよう支援します」という理念を掲げ、日常のケアやケアプラン等で意識を高めて実践している。	事業所理念は、毎年、4月の勉強会で振り返り、意見を出し合いつくり上げている。今年度の理念は、日々の支援やケアプラン検討時に確認・共有し、その人らしい生活の支援や地域との交流につなげるよう努めている。	
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	地域の一員として生活が継続できるように、地区内にある保育所訪問での交流や日常生活においても散歩中に地域住民と挨拶や花木、畑等の話題で交流を図っている。	14歳の挑戦の受け入れ、月2回の保育所訪問で子どもたちと遊ぶ取り組み、公民館行事(法話、体操等)への参加、パステル画、生花、マンドリン、お茶、朗読劇等々のボランティア来所など、地域の一員として多様な交流活動を行っている。	
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	婦中町内の2つの地区の「いきいきサロン」をお手伝いさせて頂き、介護予防教室等を実践している。		
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	運営推進会議では、日常のケアの実践に関わることや事故対策等に積極的な意見を頂き、全職員にメール配信し、共有するとともに、委員会等で検討し、実践に繋げている。	小規模多機能型居宅介護と合同で運営推進会議を開催している。日々の活動や利用者の状況報告、事故やヒヤリハットの報告を行い、介護施設で発生した事件を話題に、危機管理について話し合うなど、活発な意見交換が行われている。	
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、連絡を取る機会は少ないが、介護相談員や地域包括支援センターとは密な連携や相談を図り、サービスの質の向上に努めている。	運営推進会議では、2カ所の地域包括職員が出席し事業所の活動報告をはじめとした情報の共有を行い、包括主催の会議にも出席するなど日ごろから連携・協力体制が構築されており、包括から入居の問い合わせなどもある。	
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	身体拘束については、毎年勉強会を開催し、職員の意識を高めるようにしている。現在も身体拘束は行っていない。また「待つて」等のスピーチロックもしないように職員間で意識している。	毎月開催の勉強会で年一回、「権利擁護・身体拘束と虐待について」が実施され、拘束の弊害について学んでいる。業務改善委員会で作成した標語、～スピーチロックをなくそう・「待つて」「あとでね」「座っててね」～は、目の届くところに掲示され、身体拘束はもちろんスピーチロックの無いケアの実践に活かしている。	
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	虐待に関しては、毎年勉強会を開催しており、事業所内では行われていない。また言葉について、どのように感じるのか、毎月の勉強会で常に話し合っている。		

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	日常生活自立支援事業や成年後見制度については、毎年勉強会を開催し、意識を高めている。現在該当する利用者が不在のため、活用はできていない。		
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	契約に関しては管理者が行っている。不安、疑問点についても説明を行い、入居後の不安に関して話し合いを行い、安心してご利用頂けるよう努めている。		
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	利用者、家族等の意見、要望は必ず職員間で共有し、検討後反映できるようにしている。また外部には運営推進会議で報告し、ご意見を運営に反映できるようにしている。	毎月「利用者生活状況表」を家族に渡し、きめ細かく記録した利用者の生活、ヒヤリハット報告、ケアプランの評価等を話し合い、家族と共有している。家族の意見や提案は職員で共有し、運営やケアに反映させている。	
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	毎月のミーティングや勉強会だけではなく、個人面接の機会もあり、意見を伝える場を設けている。また法人幹部とも話し合いの機会を設けてサービスの質の向上に努めている。	年1回、人事評価表を基に個人面接を実施。面接の機会には管理者に、意見や提案を伝えている。また、毎月開催の職員ミーティングやカンファレンス、勉強会、日々の申送りなどでの意見や提案を管理者は運営に反映している。	
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	能力評価制度があり、努力や実績が反映できる環境がある。また外部研修受講も推進しており、職員に対する支援制度もあり向上心を持って働ける環境がある。労働時間に関しても残業がない業務を常に意識し、負担軽減に努めている。		
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	毎月内部研修会を開催している。また職員のキャリアに合わせた外部研修も案内し、積極的にキャリアアップできるように取り組んでいる。		
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	富山県認知症グループホーム協議会に加入し、研修会を通してネットワーク作り等を行い、参考になる取り組みを自施設でも実践できるよう取り組んでいる。		

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	事前情報だけではなく、職員と本人と時間をかけてコミュニケーションを図ることにより信頼関係の構築に努めている。		
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	家族の面会の際には、職員より積極的に話しかけている。また、不安、要望等も職員間で共有し、安心して利用して頂けるよう支援している。		
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	導入の段階で、必要としている支援については、本人、家族の言葉に耳を傾け、支援している。また、カンファレンス等でも検討し、より良い支援ができるよう取り組んでいる。		
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	共同生活の場として、生活の主体者は利用者であることを忘れずに支援している。また、「その人らしさ」を尊重し、できることを発揮できるような場面作りをしている。		
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	職員の役割や家族の役割を作っている。また、面会があまり出来ない家族には、連絡し、情報共有を図っている。毎月「生活状況表」をお渡ししており、共に支えていく関係を作っている。		
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	昨年度は、自宅のある場所の「健康教室」に毎月参加することで、友人の方が面会に来られるようになっていた。また、今年度は自宅に毎月帰宅することで、知人等の関係が途切れないよう支援している。小規模に通う友人との交流も図っている。	自宅のある地域で開催している健康教室へ継続して通ったり、夫の月命日に職員同行で自宅に帰り、家族や僧侶とともに故人を偲ぶなどの取り組みを行い、馴染みの人や場所との関係継続支援に努めている。	
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、座席や、日々の活動でお互いに支えあうことができるようさりげない支援を心がけている。		

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
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	サービス終了後も相談がある場合、誠意を持って対応をさせて頂いている。		
<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	1人1人の思いや暮らし方の希望には、柔軟に対応している。またケアプラン等も変更し、本人が望む生活について支援している。困難な場合こそ、本人との話し合いを何度も行い、よりよい生活に近づけるようにしている。	入居時のアセスメントで生活歴や本人が望む生活、思いや意向を把握している。毎月家族へ報告している「生活状況表」では、センター方式「私の気持ちシート」で本人の願いや要望を汲み取り、職員家族と共有している。	
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	事前情報だけではなく、家族よりも傾聴している。また入居後にも本人より傾聴し、なるべく自宅と変わらない暮らしが出来るよう支援している。		
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	画一的な過ごし方ではなく、1日の過ごし方、行事や活動への参加有無を本人に確認し、本人が望む生活支援に繋げている。また新しい気づきは、情報共有し、統一したケアの対応をしている。		
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	毎月のカンファレンスで話し合いをしており、本人らしい生活が出来るよう介護計画を作成している。家族よりもご意見を頂き、馴染みの生活が継続できるよう支援している。	毎月作成している一人ひとりの「生活状況表」をベースに、本人・家族の意向を聞きとり、カンファレンスで話し合い、随時見直ししながら、現状に即した介護計画の作成に努めている。支援記録や介護計画等すべての情報はタブレットに入力して共有を図っている。	
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	詳細な記録を残し、メールや業務日誌をツールとして使用し、職員間で共有を図っている。また実践で把握したことについてはその場で話し合い、即時対応ができるよう支援している。		
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	「生活」という視点を柔軟に捉えることにより、本人の背景、家族の現状等に配慮して、その時々で柔軟に対応をさせて頂いている。		

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
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	施設周辺の馴染みの安全なコースの散歩や以前住んでおられた自宅の行事などをキャッチできるように地域包括支援センターと連携を図り支援をしている。		
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	内科、認知症専門医、また、1人1人のかかりつけ医と常に本人の状態について連絡や相談し、適切な医療を受けることができるよう支援している。	入居時に希望するかかりつけ医の選択について確認し、希望者は月2回の認知症専門医の訪問、月1回の内科医の往診にて適切な医療を受けている。他科診療は基本家族が対応しているが、状況を判断して、随時職員が同行している。	
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	職場内の看護師と常に連携を図り、連絡、相談は密にできている。また必要に応じて、受診同行を行い適切な医療を受けることができている。		
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。	早期退院できるように、入院時から情報提供を行い、また入院中も情報交換を図る等をしている。また地域の病院で開催される勉強会等に参加させていただき、関係作りにも努めている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方については、入居時または、体調の変化時に必ず話し合いを行っている。また関係者を含めて意向を確認するようにしている。	入居時、「重度化における対応にかかる指針」に基づき、対応についての説明を行い、入居後の状態変化時にはかかりつけ医の指示を受けながら、家族との話し合いによって、個々の状況や家族の思いに沿った支援ができるよう努めている。	
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	毎年、勉強会で「救命講習」を開催しており職員全員が救急時の対応ができるようにしている。		
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2回、消防訓練を実施している。特に新人職員が参加できるようにしており、全員が機器の対応ができるようにしている。また地域とも協力体制は構築している。	小規模多機能型居宅介護と合同で、夜間、日中を想定した避難訓練を年2回実施し、職員は災害緊急時に的確な行動をとり、入居者の安全を守ることができるよう実践的な訓練に取り組んでいる。運営推進会議での報告、備蓄の整備なども行われている。	

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>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	プライバシー保護に心がける為、職員はフロアで個人情報と話さないようにしている。また声がけに関しても、人生の先輩であることを忘れないよう人格に配慮した声がけを行っている。	勉強会で、プライバシーの保護や人格の尊重について学び、カンファレンスの中でも入居者への声かけの仕方などについて話し合っている。職員は入居者一人ひとりに穏やかに話しかけている。	
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	職員は必ず日常生活において、本人の自立支援を尊重し、声をかけるようにしている。また応えにくい場合は、分かりやすい説明ができるよう言葉を変える等の工夫もしている。		
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	必ずどのように過ごしたいのか声をかけている。昼食作りへの参加や行事等の参加、また日々の入浴の有無等も必ず声をかけて支援している。		
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	お洒落等にも留意している。特に女性利用者が多いことより、毎日の整髪や服装等を職員と一緒に楽しみながら選ぶ支援をしている。		
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	食事作りを通して、在宅利用者との交流の一環として毎日取り組んでいる。同じ入居者の方々だけではなく、毎日違う方々と交流しながら食事を作ることで、地域との交流を図れるようにしている。また好み等も傾聴し献立に工夫をしている。	法人の管理栄養士が作成する献立を基本に、入居者の食べたいものなどを取り入れ、昼食は小規模多機能の利用者と一緒に調理している。入居者の「おいしいものが食べたい」などの希望はカンファレンスにてケアプランに挙がり、叶えられるよう努めている。	
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	1人1人の健康状態、能力を考慮し、食事形態や食べる量を調整している。また下剤をあまり使用しないために水分摂取等にも工夫をしている。		
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	毎食後、必ず口腔ケアの声がけを行っている。また習慣になっている方は自分で口腔ケアを行われる。ポリデント等使用することで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	現在、オムツ等を使用せず終日、普通下着で生活できるように本人と共に取り組んでいる。夜間においても本人と何時に起きるか等の相談を毎日行っている。	一人ひとりの状態を、排泄パターンや習慣、ADLの状態、思いや意向等から把握し、自立に向けた支援をしている。結果、紙おむつから布パンツに移行した入居者が2名となった。継続して、トイレでの排泄と自立支援の取り組みを行っている。	
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	便秘予防のために、水分等に工夫をして摂取して頂いている。1人1人体調に合わせて、乳製品を多く摂取できるように支援している。体操等も毎日実施している。		
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	入浴に関しては必ず本人の同意を得て、入浴支援を行っている。また、希望する時間帯を必ず傾聴している。自由にゆっくりと入浴していただいている為、1人1人入浴時間は違っている。	ほぼ毎日入浴の用意をし、入居者の好みにより週に2~3回入浴している。入浴時間については、体調や好みに合わせ、できるだけ個々の希望に沿うよう努めている。要望があれば、階下の小規模多機能の大きな浴槽に入ることもできる。	
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	1人1人のその日その日の体調や、健康状態に合わせて、休息して頂いている。また夜間も気持ちよく眠れるよう、職員から誘導せずに、本人の意思により自然に入眠が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	服薬等の変更時は、職員全員で意識して表情、行動、また本人確認を行い、情報共有を図っている。また薬剤情報等もすぐに確認できるようにシステムに反映させている。		
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	1人1人の役割をケアプランに挙げることによりしっかりと共同生活における役割を獲得できている。		
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	入居しても自宅との関係性を途切れない為に毎月、月命日の外出している人や毎週、家族と習い事に行かれている人もおられ、1人1人の希望にそって出かけることが出来るよう支援している。	年間行事計画があり、四季折々に出かけている。日常生活の中では、食材の買物に利用者とは出かけ、自宅近くの健康教室へ行く、月命日に自宅へ帰るなど、個別外出の機会を大切にしている。また、今年度から、保育所訪問を行い、入居者と職員が保育所へ遊びに行く取り組みが始まっている。	

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	毎日の買物の際に、職員から入居者に声をかけ支払いをしていただくようお願いするなどして声をかけているが、遠慮される方が多い現状がある。		
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	電話等を活用し、家族と話ができる環境があり、活用されている人もいます。		
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	整理整頓に心がけ誰でも自由に使えるように工夫をしている。また季節の花や壁絵などを飾るなどして、生活感や季節を感じる事ができる空間づくりに努めている。	リビングの周りに、各居室が配置され、一角には床上40cmほどの堀炬燵のある畳コーナーがある。共用空間2カ所のテーブルでは入居者が思い思いにくつろぎ、職員と一緒に談笑する姿がある。温かい生活感を感じさせながら整理整頓されており、危険なく安心して過ごせるよう配慮している。	
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	現在、共用空間で独りになれる場所が無い現状がある。しかし、気分転換に自由に1階に行けるように工夫をしている。		
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	入居者1人1人のこだわり、使い慣れた物を自宅より持ち寄り居心地良く過ごせる空間づくりに配慮している。また家族の写真を飾る等して、関係性の継続ができるよう支援している。	居室入口には手作りの名札が掛けられ、各居室には口腔ケアや身支度が一人でもできるよう、洗面台が備えられている。また、家族写真、ぬいぐるみ、本人が作った作品等、思い出の品が持ち込まれ、その人らしく居心地よく過ごせる生活空間が作られている。	
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	トイレ等にも表示してあり、洗濯や掃除等の日常生活においても用具等が自由に使えるように自立した生活が送れるよう工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 あつとほ一む婦中

作成日: 平成 28年 10月 26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	20	数名の入居者においては、馴染みの人や場所との関係継続支援ができているが、他入居者においては、まだ未実施な点がある。	入居者1人1人の馴染みの関係のある人や場所とをつなぐ支援を実施する。	エコマップを作成しているので、本人、家族とも話し合い、どのようにしてつなぐか検討する。	3ヶ月
2	35	火災における消防訓練は実施しているが、災害における訓練は、まだまだ改善する必要があると考える。	水害、地震等における訓練計画を策定し、実際に訓練することで、非常時に備えるようにする。	水害訓練、地震等における訓練を実施する。	3ヶ月
3	55	共同生活の場であることを忘れずに、入居者ができること、わかることを発揮できるケアの提供をする。	家事(調理、掃除、洗濯)等において、入居者の活動を職員が手伝うようにする。また、入居者自身の馴染みのやり方を尊重する。	必ず家事をする際に、1人1人の家事方法を尊重し、できることを最大限発揮できるケアを提供する。	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、行を挿入して下さい。