

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	1671800306		
法人名	有限会社セルフケアサポート		
事業所名	グループホーム婦中の家		
所在地	富山県富山市婦中町添島字正仙547-4		
自己評価作成日	平成29年4月14日	評価結果市町村受理日	平成29年7月19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	http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigvosvoCd=1671800306-00&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【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番21号		
訪問調査日	平成29年5月19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)】

<p>・入居者一人一人のペースに出来るだけ合わせケアを行うこと、日々の関わりを大切にすることを心掛けています。</p>

【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)】

<p>・当法人は複数の福祉事業所を有する法人グループで、サービス向上に向け環境・美化・行事・接遇・研修等の各チーム編成や毎年の計画的な教育・研修の実施、家族に満足度調査を行い分析結果も家族に配布しているなど、組織的な取り組みがなされている。 ・ホームとしても、年度末に当該年度の評価を踏まえ次年度目標をたて、さらなる質の向上に向け臨んでいる。 ・運営推進会議の名称を、「暮らしを考える会」にして家族参加を促し、毎回5、6人の参加があり熱心に議論が交わされ有意義な意見交換の場となっている。 ・職員間で身体拘束をしないケアの取り組みの研修会が開催され、年2回接遇チームが作成する「虐待の芽チェックシート」で調査実施をし、全職員の認識度が高まっている。</p>

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 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
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	グループの基本理念、介護方針、職場環境規範を施設内に掲示している。また、定例ミーティングにて施設ケア研修を実施し、職員に理念や方針について意識をもってもらえるよう取り組んでいる。	法人として、理念に沿った介護方針を取り入れ、職員がやりがいをもって業務に当たれるよう、様々な取り組みがなされている。介護姿勢を名札の裏に記載して、職員は日常的に意識を持って実践に取り組んでいる。	
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	春季祭礼の際は施設にて獅子舞を披露してもらっている。また、夏には地域の児童が施設に集まりラジオ体操と一緒にこなしている。暮らしを考える会(運営推進会議)では地域の代表者にも参加を呼びかけ、地域の情報を収集したり、施設での取り組みを発信している。	地域の行事である、獅子舞、納涼祭、ラジオ体操には参加をしているも、近隣の人々が気軽に事業所に訪れて何かをすることは少ない。地域には広報誌「婦中の家便り」を3カ月に1回配布して、事業所の情報発信をしている。	隣近所の人が事業所の行事で交流を行い、有事の時などに協力も得られる環境づくりを進められることを期待したい。
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	暮らしを考える会(運営推進会議)で認知症についての勉強会を開催したり、施設での生活の様子をお伝えしている。また、定期的に機関紙を配付させて頂き、地域に向けて取り組みを発信している。		
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	利用者、ご家族、地域住民、地域包括の職員をお招きし、施設での取り組みの紹介や議題についてのご意見やご要望をお聴きしている。その内容を施設運営に取り入れ、サービスの向上に努めている。	運営推進会議という硬い表現でなく、「暮らしを考える会」として家族に呼びかけたところ、毎回5～6名の家族参加がある。地域の民生委員も参加し、2カ月に1回定期的に開催されて、その都度熱心に意見交換や提案などが出され、運営に反映されている。参加されない家族には結果を配布している。	
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取り組んでいる	介護相談員の受け入れを実施しており、施設の様子をご覧いただき、時にはご意見やご感想を賜っている。	市が開催する研修会に参加している。地域包括支援センターの「認知症でも暮らせる街づくり」の中心メンバーとして、管理者が参加して事例検討なども行っている。	
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	年間研修計画に身体拘束を必須テーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。また、玄関の開錠(10:00～16:00)にも取り組んでいる。	法人全体の接遇チームが、全職員に対して「虐待の芽チェックシート」を年2回実施し、その結果を分析して運営推進会議で報告している。シートは人間性が問われる内容で職員が考えて作成している。職員の認識度が徹底している。	
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	年間研修計画に高齢者虐待を必須テーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。また、虐待の芽チェックシートを活用し、職員の自己覚知を促すとともに、振り返りを通じて虐待につながる行為の是正に努めている。		

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	年間研修計画に権利擁護(倫理と法令尊重)をテーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。28年度は成年後見制度等の内容については未実施である。		
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	入居時に契約書、重要事項説明書に従い口頭で説明し、同意を得ている。。また、質問や疑問がないか確認するように努めると共に、丁寧でわかりやすい説明を心がけている。制度等の改定に伴い利用者や家族にお願いがある時は、その都度、文章にて説明し、同意を得ている。		
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	苦情等を記載して頂くための用紙を設置しているが、どこまで周知出来ているかは不明である。口頭で寄せられた意見や要望については職員が記入する用紙がある。	意見箱への家族の意見や要望の記入はないものの、職員が口頭で聞いた些細なことも記入し、職員全体で検討して共有している。また利用者の満足度を年1回調査、分析して、反映した結果を玄関に掲示し、家族に閲覧の機会を作っている。	
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	月に一回開催している定例ミーティングにて職員の意見や提案を聴く機会を設けている。また、月に一回開催している管理職会議において管理者を通じて職員間で出た意見や要望等を代表者に伝える機会を設けている。	職員会議は職員の提案や意見を取り込み、職員の「子育て支援対策」をテーマとして話し合われたこともあり、子育てしながら仕事が継続できる環境になっている。職員の信頼関係の構築にも取り組み、管理者は職員に文書で感謝の意を示している。	
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	日頃の仕事ぶり等の評価をもとに人事考課を作成し処遇に反映している。また、個人面談を通じて管理者からの評価を口頭で伝えることでモチベーションの向上と思いの把握に努めている。		
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	会社全体の勉強会の企画や内部研修計画に基づく勉強会を実施したりと職員の資質向上に努めている。		
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	地域会議への参加を通じて、他事業所との関わりを持ち、意見交換や情報収集をおこなっている。しかし、職員状況により参加が乏しいのが現状である。		

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
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	コミュニケーションや生活の様子を観察することで不安や要望等を把握できるよう努めている。また、収集した情報を記録し、職員間で情報共有することにより統一したケアを実践し、混乱の少ない安心した生活環境の整備に努めている。		
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	家族の不安や要望は面接時や面会時等に把握するよう努め、事業所でどのような対応ができるのか検討し話し合っている。また、グループホームの特徴についても丁寧に説明している。		
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	相談時、利用者や家族等の思いや要望の把握に努め、可能な限り柔軟な対応をおこなっている。早急な対応が必要であると判断した場合は地域包括支援センターや他の事業所のサービスにつなげるよう努めている。		
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	認知症であっても本人様が親しんでこられた習慣や得意なこと等は教えて頂くことが多い。畑作りや食事の盛り付け、掃除など職員と一緒にこないながら役割を感じて頂き、職員は感謝の気持ちを伝えるよう努めている。		
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	利用者の日々の生活状況や心身の変化について面会時や月1回の家族便りを通じてお伝えしている。家族との情報共有を大切に考えており、より良い関係作りに努めている。特に体調の変化については速やかに現状を報告し、受診等の支援をお願いしている。		
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	面会時に本人様がゆっくりと落ち着いた空間でコミュニケーションが取れるよう、居室にお茶をお持ちしたりしている。また、家族との外出や外泊を制限せず、面会時間も出来るだけ家族の要望に応じて対応している。	事業所内で利用者の役割を引き出し、利用者一人ひとりが生き生きと暮らせるよう支援しているが、個々の背景を元に外出や外泊などの希望や要望に応じた対応などは家族に委ねている。	個々の馴染みの関係、人や場所などの背景に配慮した対応はなかなか難しいが、家族と協力しながら、少しでも希望や要望を計画に取り入れて実現できるよう支援されることを期待したい。
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	日々の生活の様子から利用者同士の関係の把握に努め、座席の配置などトラブルにならないよう調整したりしている。また、職員が間に入りコミュニケーションを支援したり、各階の交流支援として行事や行き来を促したりしている。		

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	退居後の交流はほとんどないのが現状だが、退居に際しての十分な情報提供など円滑な退居に向けての働きかけをおこなっている。		
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	日常生活場面やコミュニケーションの中から本人の思いや意向の把握に努めている。また、訴えが難しい方に対しても生活の様子や仕草などから思いを推測するよう努めている。	リビングでのひと時や、入浴、散歩時に個別に今の気持ちや要望を聴いている。利用者が寝付けない時も夜勤者が寄り添って話すこともある。入居期間、介護度、症状でそれぞれ異なる思いを受けとめ、また叶えられることはなるべく早く実現できるよう努めている。	
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	事前面談の時や面会の際に必要な情報を収集するよう努めている。		
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	日々の生活の様子や心身の状態を観察し、特記事項等を記録に残すことで現状把握と職員間の情報共有に努めている。また、ケアプラン更新時にセンター方式のシートを活用し、出来る事や出来ない事の把握に努めている。		
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	定例ミーティングにてサービス担当者会議を実施し、課題やケアについての意見交換をケアプランに反映している。家族の要望については面会時等に把握するよう努めている。	計画は、毎月の職員会議で3カ月毎の見直し対象利用者のモニタリングを担当職員の素案を元に実施し、その結果を踏まえケアマネジャーが作成している。内容は、本人・家族が望む暮らしが継続できるよう具体的な支援を主体にしており、家族に近況を伝えるとともに要望も聴き承認を得ている。	
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	個人記録や特記事項を記録する欄を設け、職員による情報収集と情報共有に努めている。また、ミーティング等で協議し個別対応の把握に努めている。		
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	家族の要望や本人様の現状に柔軟に対応できるよう、行政サービスやボランティア、訪問診療などを活用している。		

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	かかりつけ医や歯科往診といった医療面や家族等のインフォーマルな資源との協力、連携を通じて利用者一人一人の生活を支えている。		
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	入居時にかかりつけ医を確認し、本人及び家族の意向を尊重している。利用者の体調の変化に対して、24時間対応で看護師、主治医に報告し指示を仰いでいる。また、突発的な体調不良に対しては基本、家族に受診を依頼し早期対応に努めている。	主治医は、入居前からのかかりつけ医でも、訪問診療のホーム提携医でも本人・家族の意向にそい、内科以外の専門科や入居前からのかかりつけ医への受診は家族の付き添いだが、事情に応じて職員が付き添う事もできる。ホーム提携医は24時間対応で、下痢や便秘、不眠等の相談をはじめ、担当外の利用者でも症状次第で診察している。	
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	看護師とは24時間連絡可能な体制をとっており、日常的な健康管理や緊急時の対応など随時相談できるようになっている。また、看護師の資格をもつ職員を基本週3回、日勤帯に配置し、薬の管理や健康管理を担っている。		
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。	入院の際は、入居者の服薬状況や生活状況等を報告し、円滑に治療が進むよう協力している。また、治療経過の確認や、退院に向けての話し合い等に参加し、退院後も出来る限りスムーズに元の生活が継続できるように努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に家族に対して「重度化対応の指針」の説明及び意向確認書の記入をお願いしている。ターミナルケアの検討時には再度、意向の確認をおこなうと共にホームでの看取り対応の説明と同意書への署名をお願いしている。職員に対しては定期的にターミナルケアの研修を実施している。	重度化や終末期の対応は、入居時にホームとしての方針を説明し、本人・家族の意向を画面で確認しているが、そうなった場合にも改めて主治医や本人・家族と話し合いを重ね、その方に応じたケア体制を整え実践している。年間研修計画にもターミナルケアを毎年加え、理解を深める機会を設けている。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、職員に周知すると共に、心肺蘇生や感染症についての勉強会を実施し、知識、対応の習得に努めている。		
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	消防計画(地震等防災規定)を策定している。昼夜の様々な場面を想定した避難訓練を年度2回おこなっている。また、神通川が近いことから洪水時の避難確保計画を策定し、災害時の対応に関する研修等で職員に周知したり、運営推進会議において災害時の協力を地域の方をお願いしている。	毎年、消防署立会いとホーム独自の避難訓練を実施し、利用者も戸外退避をして火災時の安全確保を確認している。地震、台風、神通川氾濫等、当地で起こりうる災害を想定した防災計画書も策定し備蓄・防災品も整えている。今後は、運営推進会議を通じ地域住民との協力体制を具現化して行く方針である。	地域密着の観点からも、避難訓練等で近隣住民や地元関係者に支援や協力を求め、地域との関わりをより広め深められることを期待したい。

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	利用者への声掛けといった接遇に関してはケア研修等を通じて職員教育をおこなっている。また、プライバシーの研修や権利擁護の研修も実施し、各種対応の教育に努めている。	毎年の年間研修計画に権利擁護やプライバシー保護を盛り込み、普段も「虐待の芽チェックシート」を活用して、職員が定期的に自らを省みる機会を設けている。呼びかけは～さん付けを徹底し、声の大きさや柔らかい表現を意識しているなど、個人の尊厳に配慮したケアが浸透するよう取り組んでいる。	
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	利用者が何を望んでいるのか仕草や表情から読み取ったり、普段のコミュニケーションから引き出したことを大切な情報とし、些細なことでも自己決定ができるような声かけに努めている。		
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し、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	レクリエーションや日課は職員側からの一方的な提供にならないよう、その人の好きなこと、苦手なことを把握し、気分等を確認しながら提供するよう努めている。		
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	朝の整容に始まり、季節に合った服装選びのお手伝い等、身だしなみの支援をおこなっている。また、毛染めやカットの希望にも対応し、定期的に訪問理容をお呼びしたりと本人の希望に添えるよう努めている。		
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	週一回の自由献立では利用者の食べたい物を取り入れたりと一緒に献立を考えている。盛り付けや配膳等を利用者に手伝って頂くなど役割を感じて頂きながら食事の準備をおこなっている。	普段は栄養管理された献立食材が業者から届くが、木曜はホームで献立を作りスーパーへ買い出しに出向いており、ホームや法人グループ菜園の収穫物を調理することもある。下ごしらえや調理、片付けを手伝う利用者もおり、職員も同じものを一緒に味わっている。時にはピザを注文したり、隣接同法人事業所との合同パーティー企画もある。	
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	業者の管理栄養士が献立をたてており栄養面は管理されているが、咀嚼の問題や塩分制限、体重の増加等により注意が必要な利用者に対しては食事形態や量を調整し、健康管理に努めている。また、水分が進みにくい利用者に対しては、とろみの使用やゼリーを作ったり、お好みの飲料を提供する等して対応している。		
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	利用者の状態や能力に応じて、口腔ケアを促し、見守りや介助をおこなっている。また、就寝前は義歯の洗浄剤を使用し毎日の洗浄をおこなっている。		

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	定期的なトイレ誘導やポータブルトイレの使用等、排泄パターンを把握したうえで対応している。現在、すべての利用者様が基本トイレにて排泄されておりオムツの使用者はおられない。	排泄管理は便形状も含め全員対象とし、安易に服薬調整やオムツ使用にせず、本人の能力や生活習慣を活かしながら布パンツ、紙パンツ、大小パッドの組み合わせや誘導のタイミングなど、1人ひとりに合った支援を検討し、トイレでの排泄を支援している。ポータブルトイレの使用も夜間のみとしている。	
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	体動を促したり、乳製品の摂取等で便秘予防に取り組んでいるが、主治医、看護師と相談しながら状況に応じて適切に下剤を使用しているのが現状である。		
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	基本週3回の入浴だが、希望に応じて対応している。異性による入浴介助が難しい方には同性介助を徹底し、羞恥心に配慮している。また、一人でのんびり入りたい方には必要最低限の介助と適時の見守りにてその人のレベルに応じて個別対応している。	入浴は週3回の利用を目安に、毎日10時から16時の間に希望やタイミングに合わせて3人の利用者に世間話をしながらゆっくりくつろいでいただいている。数種の入浴剤で毎回雰囲気を変えており、冬至には柚子湯も楽しんでいただいている。	
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	冷暖房を使用し室温調整をおこなっている。不安な様子が見られ、寝付けない方にはコミュニケーションなど気持ちに寄り添う対応を心掛けている。		
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	服薬管理として、色分けによる朝昼夕の識別の工夫を行っている。投薬時には職員による二重チェック、空袋はすぐに捨てず飲み忘れがないかをチェックしている。また、服薬時には飲み込みをチェックしたり、食事と一緒に飲んで頂く等、レベルに応じて対応している。		
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	畑作業や編み物など生活歴や趣味嗜好、ADLを参考に役割や楽しみを提供していることが多い。また心身機能を見極め、洗面所の掃除や居室掃除等を実施しており、率先しておこなって下さるなど役割として定着している。		
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	散歩や外気浴、買い物などその日の人員を考慮の上、希望に応じて対応している。	毎週月曜と水曜の買い出し日には、日用品や食材調達に利用者と一緒に出かけている。利用者全般にわたり体力低下傾向にあり、その日の天候や体調をみながらホーム周辺の散歩や数人で近郊ドライブに出かけたり、春には社用車で数回に分けておやつ持参の花見に繰り出している。	利用者全般にわたり体力低下傾向にある事を鑑み、本人が望む行きたいところや外食など、個別外出を増やされる事を期待したい。

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
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	必要な物や希望する物があれば一緒に買い物に出たり、代行して購入することが多い。基本料金は立て替えており、自らお金を支払うことはない。		
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	利用者の電話をかけたいという要望には、出来る限り制限なく対応している。また、居室等に受話器をお持ちし、周りに気兼ねなく会話して頂けるよう配慮している。		
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	室温や湿度に気を配り、快適な共有空間を整備できるよう努めている。また、利用者様と作成した季節に応じたカレンダーを掲示したり、作品を展示する等、目で見ても楽しめる空間作りに努めている。	リビングや廊下は歩行器や車いすが交差できる広さがある。季節毎の装飾品や外出時のスナップ写真、利用者作品などを掲示して和やかな雰囲気を作っている。温度、湿度管理や、朝夕の窓開け換気など居心地良く過ごせるよう配慮している。また洗面台清掃やモップ掛けなどの役割を受け持っている利用者もいる。	
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	全室個室であり、プライバシー空間を確保できる。仲の良い利用者同士で居室で談笑している姿も見受けられる。また、座席も利用者同士の関係性やレベルを参考にして決めていることが多い。		
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	電化製品や馴染みの家具の持ち込みなど特に制限をしていない。昔のアルバムを持ちこんだり、家族様からの贈り物や写真を飾っておられる方もおられる。	全室洋室で、ベッドとクローゼットが備え付けになっている。持ち込みは自由で、小型テレビやラジオ、遺影、家族写真など、それぞれ居心地よく過ごせるものが備えてある。いつも扉を開放している方や毎日モップ掛けをする方もいるなど、個々の暮らしぶりに合わせた支援や配慮をしている。	
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	バリアフリーと床材は転倒してもケガのしにくい素材である。シルバーカーやポータブルトイレの使用等残存機能を出る限り活用できるよう対応している。		

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	災害等の有事の際には施設だけのマンパワーでは対応が難しい為、地域の助力が求められる。地域との連携体制の構築が課題である。	災害等の有事の際に、地域住民や地域関係者から協力が得られるよう体制作りを強化していく。	運営推進会議等を活用し、家族や民生委員等に災害時の協力を呼び掛けているが、対応を明確化し、引き続き協力を依頼していく。また、地域の行事にも積極的に参加することで、より多くの方に施設を知って頂けるよう努める。	12ヶ月
2	49	人員の影響や利用者の体力低下等の影響もあり、外出支援が少ないのが課題である。また、本人のやりたいことやニーズの抽出や実現が不十分である。	利用者様の思いやニーズを汲み取り、生活の中に楽しみや役割等を今以上に創出していく。	生活場面や会話の中から利用者様の思いを汲み取るよう努める。楽しみの一つである外出は施設でのマンパワーで難しいようなら、家族にも協力を依頼していく。	12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。