

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	3471503239		
法人名	有限会社ユー・アンド・ミー		
事業所名	グループホームユー・アンド・ミー		
所在地	福山市内海町口2527番地		
自己評価作成日	平成27年 9月30日	評価結果市町村受理日	平成27年12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	http://www.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あしすと		
所在地	福山市平成台27-17-101		
訪問調査日	平成27年10月23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)】

周囲240度海に囲まれた潮風を常に感じることでできるグループホームです。リビング、居室、ベランダ等から瀬戸内が一望でき、地元でとれた新鮮な魚や野菜が食卓に並び、季節を豊かに感じることができます。敷地内にお地藏さんがあり、常日頃から地域とのかかわりがあります。みなさんの憩いの場であるデイルームは中央に配置し、集まりやすくするとともに、潮風を感じながら穏やかな時間を過ごすことができます。また、綺麗な環境で過ごしてもらうこともケアの一つであるという考えから室内の清掃、換気には特に気を配っています。ケアについては、普通の生活、それぞれの利用者に思い思いの生活をしてもらえるよう心がけ、常に利用者の心を尊重し、何気ない介護と自立した生活ができるよう気を配り、利用者や家族の立場に立って物事を考え、支援するようにしています。

【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)】

潮風が心地よく吹き、室内は大きな窓からの採光により明るく、海や山に囲まれ心癒される事業所である。庭の芝生では日光浴ができ、敷地内に子安地藏様があり、地域住民との触れ合いの場となっている。「普通の生活」「笑いと楽しみのある生活」「生活に歩調を合わせる」「思い出を大切に、無理をしない」を理念に、普通の生活を大切にすると共に、利用者一人ひとりに対し、人生の先輩として尊敬の念をもち言葉かけをしている。その事により、人生のストーリーに近づく事ができ意思決定支援をしている。ケア面では、日中夜間とも、トイレでの排泄誘導を行い、食事は椅子に座り、箸を使用するなど、生活リハビリに重点を置いている。また、医療面では、かかりつけ医の定期的な往診と訪問看護師による健康管理、訪問歯科の利用など、必要時に適切な医療が受けられるしくみがあり、利用者が安心した暮らしが出来ている。

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	特定非営利活動法人 あしすと			

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	地域との関わりや連携を含んだ「普通の生活をしていただく」という理念を掲げている。また、困ったことや、問題に直面した際には、理念に立ち戻り支援するようにしている。	ケアや取り組みが上手くいかない場合は、朝夕の申し送り時やカンファレンス等、理念と照らし合わせ、職員全体で気付きを共有し、実践につなげている。	
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	利用者と共に敬老会やお祭り、地域清掃活動等への参加を通して地域住民との交流に努めている。また、地域の方から野菜や果物を頂いたりといった交流を日常的に行っている。さらに、敷地内にお地藏さんがあり常に地域との関わりがある。	町内の溝掃除や地域行事(敬老会・おまつり)に積極的に参加したり、散歩の時には挨拶を交わし、日常的に交流している。子安地藏さんの行事の際は、近所の子ども達とのふれあいが自然と行われている。	
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	運営推進会議、地域の行事等の関わりを通して認知症の人の理解や支援の方法を伝え、認知症の人が地域で普通に暮らせるようなネットワーク作りに努めている。		
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	職員、家族会、自治会、民生委員、行政、地域包括支援センター、消防団、福祉を高める会等参加により定期的に開催している。利用者や事業所の現状報告や意見交換を行い、出された意見はサービス向上に活かしている。又外部評価結果の報告もしている。	2か月に1度、定期的に行われ、情報交換を行っている。行政から介護保険負担額変更の情報も得ている。移転にて、以前よりも地域との交流が深まり、消防団から意見を頂く等、サービスの向上に繋げている。	
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	常時、市町村担当者と行き来する機会をつくり、事業所の実情を伝えたりし、協力関係を築けるよう心がけている。	移転時の手続き、調整で市町村担当者と密に関わる機会が多くあった。困難事例などの相談、取り組みを伝え、協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束その他の行動制限廃止マニュアルを作成し、全職員が正しく理解できるよう勉強会を行っている。また、玄関は常に解放し、夜間のみ防犯上施錠している。	帰宅願望のある利用者に対して、見守りの徹底、声掛けの工夫、ドアベルの設置により対応している。外出には、付き添いながら歩いたり、検索ルートを決めておくなど身体拘束をしないケアに努めている。	
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	職員勉強会の中で社会福祉士による高齢者虐待防止関連法の勉強会を実施し、どのような行為が虐待になるのか具体的な知識の周知を図っている。また、法人独自のコンプライアンスルールをつくり、スタッフルームに掲示している。		

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は、ホーム入り口にパンフレットにおいて必要な方には持って帰ってもらい、契約時に必要な方には制度について説明を行っている。職員勉強会で成年後見制度、日常生活自立支援事業について社内研修を実施。		
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	十分な説明を行い、理解を得てもらった上で、契約書等の署名をしてもらっている。ケアマネはグループホームの入所困難者等の次の入院、入所先を決め、相談に乗り、定期的に後の支援もしている。		
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	利用者からの意見や苦情は記録し、問題点や改善策を利用者相談委員会の中で協議し、対応している。家族からの意見は運営推進会議の協議の中及び家族訪問時に召集し、真摯に受け止め、できる限り運営に反映させている。	利用者ごとに担当者が決められ、月1回、利用者の様子を手紙や電話にて報告している。面会時や運営推進会議の際にも、家族の意見や要望を聞き取り、運営に反映している。	
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	カンファレンスの中で意見や提案を聞き、職員間で話し合った上で可能な限り実施している。また、職員から運営者及び管理者に口頭で言いにくい意見もあるので、毎日の「気づき」記入を実施し、意見を文書で聞く方法も実施している。	カンファレンスの時だけでなく、職員の気付きを毎日記載することにより、意見や提案を聴く機会を設けている。運営や利用者のケア内容の変更など(部屋・机の配置や口臭防止薬の使用)に反映させている。	
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	代表者は個々の努力や実績、勤務状況を把握し、個人面談をするとともに、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。また、管理者は、各職員がやりがいをもち働けるよう役割を分担している。		
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	内部研修(勉強会)は毎月1回実施し、外部研修や資格取得についても職員の希望により参加を奨励している。外部研修の内容は参加者が報告書に記載した後、職員カンファレンスや勉強会の中で発表し、伝達研修を行っている。また、新規職員へのOJTも実施している。		
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	認知症実践者研修やリーダー研修等の外部研修に参加させて頂くことにより、同業者と交流する機会が増えている。また、定期的に地域ケア会議に出席し、地域の同業者と意見交換し、サービスの質向上に向けた取り組みをすすめている。		

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
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	本人から困っていることや不安なことは、相談時に聴ける場合は聴き、できる限り希望に添えるよう努力をしている。		
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	相談時から利用に至るまで随時、家族の困っていることや希望を聴き、出来る限り希望に添えるよう努力し、関係づくりに努めている。		
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	利用者判定基準チェックリストにより、より入居が必要な方を見極め、他のサービスによる支援が必要であると思われる方については他のサービスを紹介したり、医療機関(精神科等)受診をすすめたりという対応を行っている。		
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	職員は、肩をもんだり、もんでもらったりする等、共に時間を過ごし、信頼関係構築に努めている。		
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	イベント時は家族会を通じ、それぞれの家族に声をかけ、参加していただける家族には参加してもらっている。また、家族訪問時には本人の最近の様子等の報告を行い、共に本人を支えていく関係を築いていくことに努めている。		
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	日中のドライブ時に各利用者の住んでいた地域に出かけ、その地域の場所や人を説明してもらう等し、馴染みの人や場所との関係継続の支援をしている。	利用者の希望で、墓参りをした際は、写真撮影し、後に思い出してもらえよう写真を渡している。近所の人や家族の面会の時間を大切に、手紙や年賀状を書く援助をする等、馴染みの人や場所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	月1回の職員カンファレンスや朝、夕の申し送り事項の中で、利用者同士の関係に変化があったことなどは職員間で確認している。また、日中活動やイベントにて、利用者同士が関わりあえる場をつくり、支えあえるよう努めている。		

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
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	医療機関長期入院等による契約終了者は、医療機関を訪問した際に立ち寄りコミュニケーションをとったりし、付き合いを大切にしている。また、退院後再入所のケースもある。		
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	本人及び家族の希望や意向を聴き、介護計画を立案している。日常のケアの中で意向の把握に努め、困難な場合は、本人の表情や行動を観察し、意向を汲み取れるよう努めている。月1回のケアカンファレンスで、本人の立場にたち検討している。	担当者が中心となり、利用者の思いや意向の把握に努めている。困難な利用者には、表情やしぐさの観察と共に、言葉の調子にも配慮しながら、本人本位に検討している。	
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	利用申し込みの際、アセスメントを行い、生活歴や生活環境、サービス利用の経過などを本人及び家族に聞き、記録している。記録は各利用者のファイルに閉じ、全職員が把握できるようにしている。		
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	各利用者ごとに担当班(職員)を決め、把握するよう努めている。各利用者の日々の様子や心身状態などを介護日誌に記録して、暮らしの現状を把握するよう努めている。		
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	本人及び家族の意向や医師の指示を反映し、介護計画を作成している。モニタリングで、期間内での利用者の変化や現状等を、計画作成担当者、担当介護職員で確認し、内容等を検討したのち、現状に即した介護計画を作成している。	利用者・家族の意向や医師の指示をもとに、担当者、ケアマネがアセスメントし、現状にあった介護計画書を作成している。家族の承認を得てケアに臨んでいる。モニタリングは3か月に一度行い、状態の変化があった際は、その都度見直しをしている。	
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	日々の様子等、時間帯別に個別の介護日誌に記入し、情報を共有している。介護日誌を介護計画の見直しにも反映するようにしている。		
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	自宅帰省時のライフサポートの利用等、多機能性を活かした柔軟な支援をしている。		

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
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	できるだけ多くの地域資源と関わりが持てるよう心がけている。地域の警察署には利用者不明時の協力をお願いしている。消防署には消防訓練の協力依頼や点検報告など定期的に訪問し、アドバイスをいただいている。		
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	やむを得ない場合を除き、入居時に主治医を変更してもらうことはない。現在5病院の往診がある。また、往診のない医院が主治医の場合やNS判断による受診必要時には受診支援をしている。さらに、訪問看護ステーションの看護師による健康管理も行っている。	かかりつけ医の定期的な往診と訪問看護師による健康管理にて、適切な医療が受けられるよう支援している。必要時、歯科の訪問診療も受けることができる。	
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	職場内の看護職員、訪問看護ステーションの看護職員及び往診医療機関の看護職員と気軽に相談しながら、健康管理や医療活用の支援を行っている。訪問看護、医療記録をつくっている。		
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。	管理者等が入退院時も含め、定期的に医療機関に訪問し、本人への心のケアや病院関係者との情報交換をしている。また、往診時に主治医、NSと情報交換や相談をし、連携をとっている。		
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	重度化した場合の指針を契約時に説明し、署名してもらっている。重度化した場合は、本人、家族、主治医と協議し、方針を確認している。また、ホームでの看取りも行っている。	契約時に、利用者・家族へ出来る事と出来ない事を伝え、同意を得ている。重度化した場合は、家族が理解できるように、例をあげて説明するなど、家族と十分に話し合いながら、方針を共有し、関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	
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	看護師による応急処置、緊急時の対応についての勉強会を行い、実践力を身につけている。また、事故発生時のマニュアルをスタッフルームに掲示し、全職員に理解してもらっている。		
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	地域及び他施設と連携し、万が一のための避難場所を確保している。消防計画のもと、災害時を想定した避難訓練を年2回(9月、3月)実施している。地区自治会や消防団との協力体制も築いている。また、夜間想定避難訓練も定期的実施している。また、福山市のハザードマップを利用した勉強会も行った。	年に2回、地域住民の参加を得て、夜間と昼間を想定した避難訓練を実施している。消防署立会いのもと、避難者の誘導や消火器の使用法の指導を受け、災害への意識を高めている。	

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
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	法令遵守責任者による利用者のプライバシー保護についての勉強会を行い、全職員に理解してもらっている。また、法人内で利用者権利擁護指針(コンプライアンスルール)を制定し、人格の尊重と、プライバシーの確保に努めている。	あたらしく入職した職員に対し、利用者権利擁護指針について勉強会を実施し、理解を深めている。利用者一人ひとりに対し、人生の先輩として尊敬の念をもち、言葉かけをしている。其れにより、人生のストーリーに近づく事ができ、意思決定支援をしている。	
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	希望を表せるような声かけをしたり、認知症の状態等によりその人に合わせた説明等を実施し、自己決定できるよう働きかけている。		
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	散歩したい、ドライブに行きたい等できる限り各利用者の希望に添えるような支援をしている。また、理念にもあるようにそれぞれの利用者の歩調に合わせた支援をしている。さらに朝食は決まった時間を設定せず思い思いの時間(朝6時以降)に食べてもらっている。		
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	介護者側の都合による衣類は可能な限り使用してもらわず、思い思いの衣類を着てもらっている。整容面では、有資格者によるホーム内散髪を定期的に行っている。		
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	野菜の下処理や配膳、下膳、茶碗ふき等は可能な方には職員と共に実施してもらっている。食事(昼、夕食)は現在利用者と職員は別の時間帯にとっている。夏祭りなどイベント時は共に食事をし、食事の楽しみを共感している。	食事の一連の動作を行い、利用者自身の残存能力が発揮でき、自信や喜びを感じられるよう、役割を担う場をつくっている。副菜は、小鉢により提供され、全量摂取できるよう配慮されている。	
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	食事量は、利用者ごとに毎食後記録して確認している。摂取量が不足している方にはエンシュア等を摂取してもらい、栄養摂取の支援をしている。水分については、定期時間及び有熱時等は随時行くと共に、希望者にはペットボトルにお茶や補水塩を入れ、所持してもらい、1日最低1回は交換している。		
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	入居者の状態に合わせ、毎食後口腔ケアを行っている。また、入れ歯は、最低週一回は消毒し、清潔保持に努めている。口腔内に変化が生じた場合は、随時、歯科医院に連絡し、往診してもらっている。		

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	日中はできるだけ自立によるトイレでの排泄をするよう支援している。夜間は必要に応じ、居室にポータブルトイレを設置し、おむつの使用をできるだけ減らし、気持ちよく排泄できるよう支援している。	日中、夜間とも、トイレでの排泄誘導をしている。排泄パターンの把握や水分補給に配慮することで、尿路感染症と、筋力低下の予防ができ、トイレでの排泄の自立にむけた支援をしている。	
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	確実な水分補給、散歩等の適度な運動、服薬による予防等を行い、便秘の予防に努めている。嚥下状態が悪い利用者や水分摂取が難しい利用者には、ゼリー状の飲料等による水分補給を実施している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	希望があればその都度健康状態確認後、入浴を楽しんでもらっている。また、身体、衣類が汚れたりしたときは、夜間等必要に応じた入浴支援をしている。	おおむね週3回程度の入浴支援を行っている。入浴拒否のある利用者に対しては、体調や状態の確認後、情報交換しあい、声かけの工夫により入浴支援をしている。	
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	就寝時間、起床時間は決めておらず、個々の習慣や状況にあわせている。また、居室の換気や空調にも配慮し、休息や安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	各利用者の服薬状況は個別ファイルに処方箋をファイルし、各職員が確認している。また、薬の内容が変わった場合は、申し送り生活記録に記載し朝、夕2回伝達を行い、服薬状況を確認している。薬の変更により、利用者の症状が変化した場合は、看護職員から主治医に連絡を行っている。また、法人内の薬剤師による勉強会も実施している。		
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	洗濯物たたみやカラオケ、園芸活動、散歩、日光浴等、それぞれの生活歴や力をいかしたことを実施してもらい、気分転換等の支援をしている。		
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	買い物、ドライブ、散歩、日光浴、地域行事への参加等、できるかぎり戸外へ出かけられるよう支援している。また、墓参り等利用者からの希望があれば、家族にお願いしたり、家族の了承を得て、ホーム職員が同行したりし、外出支援を実施している。	日常的に散歩や日光浴、島一周ドライブ、季節の花見、ひなまつりなど、楽しみや気晴らしのための外出支援をしている。利用者の希望で、墓参りをする際は、家族の協力を得て、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
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	一人ひとりの希望や力に応じて、可能な範囲でお金を所持してもらい買い物などで使えるよう支援している。		
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	事業所の電話を利用し、家族等に話していただいている。基本的に自由に電話をしていただいている。手紙については、字がうまく書けない人の代筆も行っている。		
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	ソファやダイニングセット等、家庭的なものは常に季節の草花を飾るようになっている。また、常に、家庭的な雰囲気の中で利用者が心地よく快適に過ごせるよう工夫し、気配りを行っている。	潮風が心地よく吹き、室内は大きな窓からの採光により明るく、心癒される空間である。利用者がソファへゆったりと座り、大きなテレビをみたり、会話を楽しんだり出来るよう環境を整えている。庭の芝生では日光浴ができ、敷地内にお地藏様があり、地域住民との触れ合いの場となっている。	
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	庭スペースのベンチやダイニングのソファ等、入居者がそれぞれゆったり過ごせる居場所を確保している。		
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	本人及び家族にできるだけ使い慣れたものや好みものを居室にいれてもらうことを勧めている。また、ベットではなく布団が好きな利用者には居室に畳を用意し、布団を敷いてもらうという配慮をしている。	居室によって、壁紙や天井のクロスの違いがあり、利用者にわかりやすい。個々の状態にあわせた家具の配置がなされ、家族の写真を飾る等、居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	
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	玄関入り口、廊下、浴室、トイレなど生活の主要箇所には手すりを設置し、できるだけ自立した生活が送れるよう工夫している。		

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	4	運営推進会議において、行政や地域包括支援センター及び民生委員との協同や意見交換が足りない	行政や地域包括支援センター及び民生委員との意見交換の場を増やす	行政や地域包括支援センター及び民生委員の都合を事前に確認し、できるだけ運営推進会議に出席してもらえるよう日程調整を行う	8ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。