

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	1292500152		
法人名	NPO法人		
事業所名	グループホーム花いちもんめ翠		
所在地	千葉県流山市東初石44-245-77		
自己評価作成日	令和元年9月19日	評価結果市町村受理日	令和元年11月18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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2丁目10-15		
訪問調査日	令和元年10月8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)】

日常生活においてプライバシーに配慮しながら見守り介護に力を入れ、必要に応じ手助けし、自立した生活と安心した暮らしを支援。看護職員の配置により、健康面におけるきめ細やかな観察と異常の早期発見、適切な対応。利用者さんが最後まで望む生活を送れるよう支援し、季節のイベント(外出・外食など)には希望があれば家族さんも参加し、他に「花いちもんめ通信」を年4回配布。

【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)】

事業所の良い点として①利用者が家で生活をしている様に「本人がやり易く・自由に・時間に追われず」生活のリズムを大切に、しっかりと観察をして気持ちを汲み取り状態に合わせた対応に心配りをしている。また、利用者は毎日散歩に出かけて近所の人と挨拶して自然な触れ合いが出来る関係が継続され、小学校・老人会の給食会、地域での3町会のお祭りにも参加して交流し、地域の人はホームと利用者の事を分かってくれ定着している。②職員は仕事の中で感じている事等いろいろな意見を話し合って改善に努め、良い取り組みを評価する「にやりほっと」の提案やクリスマス会等の行事の工夫をして利用者・家族に喜ばれている。また、利用者1人ひとりの「思い・願い・不安な事」はゆっくり時間をかけて傾聴し、安全と危険に配慮してどこまで許すかを考えじっくりと取り組んでいる。③管理者は利用者の状態の変化等はなるべく手紙で伝えて絆づくりを心がけ、ホームが終の棲家としての役割が果たせる様に職員と一緒に出来限りの看取り介護まで行って利用者・家族との信頼関係をしっかりと構築している。

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)	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)
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)	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している (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、安心して暮らしている (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
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	開設時より事業所の理念をリビングに掲示し、理念を共有し合い地域の中で自分らしく暮らせるための支援をしている。	利用者が家で生活をしている様に、本人がやり易く・自由に・時間に追われずに生活のリズムを大切に理念の実践が行われている。職員は利用者を観察して気持ちを汲み取り状態に合わせた対応に心配りしている。毎日散歩等を行って地域の人と交流し、地域の中で意識をして生活が送れるように支援し、定着している。	
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	入居者の外出は積極的に行い、近隣住民の方との挨拶、ふれあいを自然な形で出来る関係を継続している。	利用者は毎日散歩に出かけて近所の人と挨拶をし自然な触れ合いが出来る関係を継続している。また、小学校・老人会の給食会、クリーン作戦には元気な利用者が参加し、地域での3町会のお祭りにも参加して交流し、地域の人はホームと利用者を分かってくれている。	
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	ご家族、ご友人の方々はよく来所されるので、この雰囲気を持し、親しみやすいホーム運営を浸透させている。		
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	会議の中で評価の結果を報告し、意見の交換、提案等によりサービス向上に努めている。	運営推進会議は委員の年間スケジュール予定を聞き開催日とテーマを決めて連絡し、市の担当者・地域包括・自治会長・民生委員・家族が参加して年6回開催されている。ホームからは利用者状況や日常生活・行事等を伝え、市からは事務軽減策や助成金書類の簡素化、包括からは地域の高齢者・認知症の状況等をサービス向上に活かしている。	
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	市担当者と常に連絡、提携を取り、情報の共有に努め、協力関係を保っている。	市の担当者・地域包括が交互に運営推進会議に参加して意見を述べて話し合っている。事故報告や運営推進会議の議事録を持参し、メールでの感染症・災害・研修等の案内を活かして協力して取り組んでいる。グループホーム連絡会に参加し情報を活かして連携している。	
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	身体拘束は原則的にしないケアに取り組んでいる。	職員は身体拘束や虐待について内外の研修に参加し意識を持ってケアに努めている。管理者は採用時には身体拘束をしないケアの取り組みの話をし、職員会議では事例を基にミトン装着や緊急時の対応、「ダメよ」等の自由を制限する言葉遣い、生活の中で車いすの人がテーブルから動けなくなることも拘束になる事等を繰り返し話をしている。	
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	研修会に参加する機会を持ち、介護者は常に利用者の立場に立って介護するよう心がけ「虐待は絶対にあってはならない介護」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	内外部研修会に参加する機会を持ち、職員一人一人が理解し活用できるよう取り組んでいる。		
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	契約内容や運営規定及び重要事項説明書の説明を十分に行い理解・納得を図っている。		
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	ご家族様とは月毎の面会時に、運営の内容、意見等、話し合いの場をも運んでいる。ご家族様の都合で面会に来られない場合も、電話連絡、お手紙等で状況を伝えるよう心掛けている。	家族は運営推進会議に参加して理解を深め、入居に至る生の声を伝えて自治会長は悩んでいる人の相談に活かしている。家族は面会時に利用者の状況を話し合い要望も伝えている。来られない家族には変化時には電話をして要望も聞き、管理者は診察の状況等はなるべく手紙で伝えて心配りしている。また、「花いちもんめ通信」を年4回送付して日常の様子を写真とコメント入れて伝えている。	
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	職員会議や個人のヒアリング時に意見・提案等の発言を促し、出された意見等については可能な限り反映させる努力をしている。	職員は職員会議で仕事の中で感じている事等いろいろな意見を出して話し合い改善をして応えている。管理者は新人職員とは期間毎に話し合いの場を持ち定着に向けて心配りしている。また、職員の良い取り組みを評価する「にやりほっと」の提案やクリスマス会等行事では担当として利用者・家族に喜んでもらう工夫をし、職員のモチベーションアップに繋がっている。	
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	職員の意見・提案を尊重し、自己啓発できるよう努めている。		
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	個々の力を見極め、その人の力がより発揮できる職場環境をつくり、研修も取り入れながら、お互いの仕事内容からも学習していくよう取り組んでいる。		
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	同業者と情報交換など年数回実施、切磋琢磨し合いサービスの質向上に努めている。		

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
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	本人の思いや願い、不安になっている事がある場合、表現できるよう時間をかけてゆっくり聴き、問題のある行動があった場合もそこから本人の望むものを見つげられるよう努力する。		
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	家族の立場になってよく聴き、必要な事は細めに連絡を取り合い、お互いの意向を理解し合うよう努める。		
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	サービスの内容を理解し、サービスの選択肢から必要としている支援を見極められるよう、きめ細やかな対応に努めている。		
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	職員個々の性格による利用者への接し方も尊重し、後日改めて、ケア会議等で発表し総合的なケア内容を導き出す。		
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	家族毎に本人に対する意識の差が感じられる場合もあるが、現在の本人の状態と照らし合わせ、実行する事で、良い関係を構築し、ホームとの信頼関係が築けるように努力している。		
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	可能な利用者には友人・知人の訪問を歓迎したり、電話や手紙の交流を支援している。	近所の友人が訪問し、多くの親族・家族が来所して関係継続を支援している。職員は挨拶をして笑顔で迎え訪問しやすい雰囲気づくりに努め行きやすいと評価の声が出ている。また、家族からの電話も取り次いで利用者と話ができる様に支援をしている。利用者同士良い関係性があるが、関心が薄くなって一人テレビを観ている時等には職員が間に入って話をして盛り上がり、ホームが馴染みの場となる様に心配りしている。	
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	常に利用者の目線を心がけて、個々の性格、相性を把握して孤独・孤立の無い利用者同士が関わりあえる支援をしている。		

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
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	サービス利用の終了後は、新たな(又は以前の)ケアマネに移行するため、関係を保とうとしていても自然消滅していくことがある。		
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	一人ひとりの思い・希望・意向など様々で又複雑であることを踏まえて、日々の関わりの中から理解し把握しようと務め、困難なときは本人との日常的な関わりの中から気持ちを見出し、ホームの生活の一人として対応している。	職員は利用者1人ひとりの「思い・願い・不安な事」をゆっくり時間をかけて傾聴し把握に努めている。また、問題行動からも本人の望んでいるものを見つけられる様に考えてみる事を大事にしている。利用者の生活全般についていろいろな意見を申し送りをして総合的に把握している。危ない時は止めてと云うが、安全と危険に配慮してどこまで許すかを考え利用者の要望を受け止めてじっくりと取り組んでいる。	利用者の生活全般をいろいろな意見を取り入れて総合的に把握して申し送りが行われている。センター方式シートを活用して心身状態について多面的な視点から変化の把握をし、サービス面に活かしていく事が望まれる。
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	本人の情報把握を職員の集まりで共通認識している。		
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	職員間での申し送りを行い、利用者の生活全般を総合的に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	家族の訪問時に利用者、家族の思いや要望を取り入れるための話し合いの機会を持つよう努力し、スタッフも積極的に利用者、家族に接し、意見が出せるよう努力している。	ケアマネージャーは家族の訪問時にケアプランについて達成状況等を説明し要望も確認している。職員は毎月ケアプランに基づいてモニタリングを行い、ケア会議に全職員が参加して課題や提案を行って話し合い、意見を反映してケアマネージャーがケアプランを作成している。6か月ごとに更新・見直し、体調変化時等は主治医・看護師の意見を聞いて見直しが行われている。	介護計画をケアの実践に活かすためにも、介護計画に沿った記録や結果から見直しを行い、気づきや工夫の実践に多くの職員が参加出来る事に期待したい。
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	介護計画が「絵に描いた餅」にならないよう記録と実践・結果・見直しに務め、気づきや工夫を共有し合い実践している。		
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	本人家族の要望等に柔軟に対応し、リハビリや看護師に往診も使い、利用者の急な体調変化や機能低下にも可能な限り、前向きに対処するよう努めている。		

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
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	地域の関連機関との連携・協力は少しずつ支援関係が築かれ、根付いてきている。		
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	ホームの連携医療機関及び本人のかかりつけ医で医療が受けられるよう支援している。	多くの家族が利用者と一緒の外出希望があり、かかりつけ医の受診を継続し、家族また職員対応で行われている。月2回内科医の往診、希望により理学療法士によるリハビリ、3人の看護師体制による皮膚・打ち身や目線での健康観察が行われている。また、利用者の体調変化時には早めの対応が行われ、受診結果は「受診報告書」に記録し家族に電話で報告をしている。	
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	看護職のスタッフにより日常の健康観察を行い、必要時医療活用の支援をしている。		
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。	入院した時は、主治医や病院関係者との情報をもとに、相談し合える良好な関係をつくるよう努め、退院後の受け入れ態勢にも柔軟に対応できるように準備しておく。		
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	個別の話し合いの場を設け、看取りについての体験研修や具体的な対応策のマニュアルを作成し、理解を深めている。	入所時「看取りケア指針」で説明し本人・家族の希望を聞き取り「リビングウィル」に同意している。重度化し食事が食べられなくなると医師より看取りの話をしている。看取り状態になると家族・医師・ホームで話し合っ意向を確認し、延命について医療的な方法を話し合い、延命を行わないことの確認をしてホームで最期まで支援している。	利用者の入所歴が長くなりADLも低下し看取り状態が増えていく事に備えて、より一層の体制の整備、手順書に沿った技術面の向上、心理的負担軽減のために研修等の実施が期待される。
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	心肺蘇生法や応急処置法等、順次全員の職員に訓練を行えるよう計画を立てている。		
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	災害時の一時避難所の役割について運営推進会議を通して自治会と具体的に話し合い、地域との協力体制を確認している段階である。	運営推進会議の参加者も避難訓練に参加し、年2回夜間の火災想定「消火・通報・避難誘導・水消火器訓練」が行われている。夜勤者が一人でどう対応するか、避難は優先順位を決めて実施し、緊急連絡網の優先順位に沿って連絡等職員は順番に体験をしている。消防からの「ベランダに避難した方が助けやすい等」の指導は会議で報告している。食料・水等を備蓄し、期限が迫った物の試食や地域にも配布している。	

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
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	プライバシーの保護や尊厳の保持に留意し、言葉かけや対応に配慮している。	理念の「ゆっくり」を基本にして「自分だったらどう思うか」を感じとり、相手の立場に立った対応を心がけている。会話の中から「何を伝えたいのか」の気持ちを汲み取り、「言葉にならない事」は目を見てゆっくりと話しかけ、分かるようとする気持ちを持ち、一人ひとりを尊重している。入浴・排泄時にはドアを締め、居室にはノックと挨拶をしてプライバシーに配慮している。	
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	利用者の状態に合わせた対応を心がけている。		
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	本人が選んで日々を過せるように、本人の希望を優先している。		
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	希望を出せる場合は、本人の望みに応えるように務めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事を楽しむことができるよう声かけ、見守りしながら一緒に準備や食事作り・片付けをしている。	利用者は「食器を洗い・拭き等」出来る事は自分の役目として行っている。調理専門職員は利用者の嗜好に関心と工夫を凝らし、マンネリ化や向かない食材の時は別メニューを提供して美味しい食事の提供を心がけている。誕生日にはちらし寿司・ケーキで祝い、クリスマスやひな祭り等季節毎に行事食を提供し、外食では家族も一緒に参加し回転ずしから好きなものを選び、食事を楽しむ様々な工夫が行われている。	
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	献立や調理方法、盛り付け、食器等の工夫で食欲をそそよう促し、飲み込みの低下や食欲不振が見られる利用者さんには柔らかい食事や栄養飲料の提供もできるよう準備している。		
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	食後および就寝前、口腔内の清潔を利用者の状態に応じて支援している。また、必要な利用者に歯科往診を受け入れ口腔ケアを実施している。		

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
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	本人の状態や力に合わせて、気持ちのよい排泄支援を心がけている。	排泄チェック表を活用して時間や仕草・表情を見て声かけてトイレでの自立排泄を支援している。拒否する人には無理強いをせず、別の用事を云って来てもらって排泄に繋げている。便秘対策として牛乳・ヨーグルト・コーヒー等を用意して水分摂取量を確認し、下剤の服用や医師の処方で座薬も使用されている。トイレに座っての排泄を大事にした取り組みからオムツやリハパンの使用が少なくなっている。	
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	排泄の確認は困難な場合もあるが、水分量や食事内容を工夫し、看護師による摘便等の処置も行い自然排便を促すようにしている。		
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	最低でも2～3日に一度の入浴を進め、介助者は利用者の羞恥心、プライバシーに配慮している。又、温度・湯量に注意し、必ず近くで見守ることに努めている。	入浴表を活用して体調や気分に応じて週2～3回入浴の支援が行われている。気分のすぐれない人は日を替え、入浴が面倒と云う人にはシャワー浴をして清潔を保持している。転倒には注意をし、皮膚・痣の点検をしてクリームを塗って保湿し安全面・健康面に配慮している。季節には菖蒲湯・ゆず湯に入り、同性介助をして入浴を楽しみ昔話や苦情を聞いている。	
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	安眠や休息を本人のペースに合わせ、必要な利用者には日中、適度な休息も取り入れ、メリハリのある生活を支援している。		
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	服薬管理に関しては慎重に確認し合い、ミスのないよう留意している。		
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	趣味や楽しみごとができる力のある利用者には“昔取った杵柄”の力を引き出す支援に努めている。		
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	気候・天候に合わせて適宜外出できるよう支援している。また、家族とともに外出の機会は歩行できる場合は可能。困難な場合もあるため、季節ごとの行事として出かけられる機会づくりを支援している。	利用者は職員と一緒に毎日午前・午後に分けて15分程度散歩に出かけ、車イスの人で出かけていない人にも声掛けをして外出を促している。また、外出しない人でホームの廊下を歩き来している人もいる。季節毎に外出を企画し家族にも声かけをして桜見・あじさい・バラ園に行き花がきれいと感じ、夏祭りに参加して地域に受け入れられるホームとなっている。また、家族とは受診時の外出や外食・墓参り等が行われている。	

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
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	必要に応じてお金を持って買い物やお参りに出かけられ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	希望が出せる等、その力がある利用者は支援している。		
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	清潔で温かく居心地のよい場所を提供し、リビング、廊下には季節毎の花や利用者様との制作物を飾り、利用者様は季節の変化を感じ取り、明るく楽しんで頂けている。	リビングには明るい日差しが入り懐かしいメロディーが流れ、ソファやテーブルを配置して気の合う人同士がゆっくりと寛ぎ、居心地の良い場となっている。利用者は洗濯物をたたみ、ビデオを見て皆で体操をし、トランプやボール遊び等を楽しんでいる。塗り絵や習字を掲示し、行事のポタン祭りやうどん屋での食事の風景等笑顔の写真を掲示し、ボランティアからの野菜の絵手紙を飾って季節の変化が感じられる工夫をしている。	
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	リビングやその他の場所に椅子を置き、気の合った利用者同士やその時の気分を大事にし、くつろげるような居場所の工夫をしている。		
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	居室は利用者の力に合わせて、馴染みの小家具や小物を置き居心地よく過ごせるよう工夫している。	使い慣れた家具・ベット・収納ケース等を持ち込み、思い出深い写真や遺影等飾って、家での生活が継続できるような雰囲気づくりを大切にしている。居室の扉には大きな文字の名前を掲示し入室時の混乱を防いでいる。居室担当者は掃除の出来る人と一緒に行って清潔保持に努め、温度・湿度を管理して快適な居室になっている。夜間巡回では見守りとトイレ誘導等安全の確認が行われている。	
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	段差のある場所には手すりを取り付ける等安全確保に配慮し、安全かつ自立した生活が送れるよう努力支援している。		

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	10 (6)	ご家族様からホームの運営状況、介護内容について質問される機会があまり無いので、ホームだけで決めても良いのか不安になることがある。	ホームから状態、状況説明をするのではなく、家族さまからも意見を聞く場を設ける。	2か月に一回でも家族様がケアプラン確認時、一緒に介護のケア方針とそれに対するアンケートをとってみたい。	12ヶ月
2	33 (12)	高齢の入居さんに対して体調急変時の対応、知識に不安がある。	介護スタッフ全員が緊急時にも対応できる知識、経験を身に付けて欲しい。	心肺蘇生は全員が行えるように研修を開き、マニュアルも作成し、見えるところに掲示できるようにしていきたい。	12ヶ月
3	41	食事、水分、排泄等の行為をもっとしっかりと行い利用者の生活水準を保てるように支援してほしい。	食事量や水分量の少ない利用者にも皆で知恵を出し合い自覚しながら、目標とする量を毎日摂取するようにしていく。	摂取量の把握からその利用者に合わせて内容をケアプランに書き出しす。場合によっては利用者さんに合わせた食事(刻み食、トロミ食)や水分を把握し、提供していく。	12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。