

### 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	3471501282		
法人名	医療法人 社団常仁会		
事業所名	グループホーム沼南ひだまり		
所在地	広島県福山市水呑町3337-1		
自己評価作成日	平成29年12月8日	評価結果市町村受理日	平成30年1月30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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html">http://www.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html</a>
----------	---

【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	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	H29年12月20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)】

生活歴や普段の会話などから得た情報を基に、入居者のやりたい事、得意な事などを頂き、日々満足した生活を送ってもらうために、入居者一人ひとりに合わせた対応をしています。食事作りや洗濯たたみなどの家事活動では本人の出来る事、出来ない事を把握し、出来る部分を大切に持っている力が発揮できるよう支援しています。また、午前・午後と団欒をする機会を設ける事で、入居者同士が助け合ったり、励ましあう場面も見られます。家族の面会時には普段の様子や会話の内容などを伝え、情報の共有をしたりと家族との信頼関係を築いています。

【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)】

事業所の1日が入居者を中心としたものとなるよう、食事のメニューや日課も決めず、職員が入居者の言葉や行動を引き出して決めるように心掛けている。入居者の平均年齢が92歳と高齢にもかかわらず、毎日の食事作りや洗濯物たたみ等に参加し、共に穏やかに生き生きとした生活をしている様子を感じられる。家族会も協力的で、年2回事業所の大掃除を担当する。その際には、入居者は豚汁を作っておもてなしをしている。職員は連絡ノートを利用したり、ミーティングなどで活発に意見交換を行い、運営推進会議には防災士の参加もあり、地域の状況に応じた災害に関するアドバイスも受けている。

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
<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	入居者の方が地域でその人らしく暮らせるように、地域生活の継続を支えるための理念を掲げている。管理者や職員は、理念を確認できるような場所に掲示して見たり、ミーティングなどで理念に沿って実践に繋げるような話をしている。	新人職員では法人から、理念も含む研修が行われる。理念は玄関やスタッフルームに掲示されており、日々のケアが理念に沿ったものとなっているか、ミーティング時に確認している。	
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	地域の高齢者の集いに参加し交流を図っている。ゴミ捨て時に地域の方とすれ違う際に挨拶をしたり、近隣のスーパーやパン屋などに買い物に出掛けたりと日常的に地域の方との交流を図っている。	町内会には隣接する老人保健施設が加入しており、そこから行事ごとの情報を得ている。地域のお祭り準備に参加したり、毎月開催される地域の高齢者の集いに、入居者も参加している。またゴミ捨てにも入居者と一緒に行くため、近隣の方との挨拶も交わしている。	
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	法人内に市からの委託事業である包括支援センターがあり、そこが役目をになっている。運営推進会議で認知症についてメンバーが困っていることがあれば、その都度アドバイスをしている。		
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	メンバーに参加を呼びかけ定期的に開催をしている。事業所の状況報告、取り組みやその状況を報告したり、地域の盆踊りの依頼をメンバーを通じて頂く、メンバーからのアドバイスより新たに地域の祭りに参加し、地域の人との交流を図るなどしている。	家族・町内会長・福祉会・老人会・民生委員・包括支援センター・防災士などの参加を得て、2ヶ月に1回開催をしている。参加者の紹介により、新たに防災士が加わったり、地域の行事にも参加するようになったりと運営に反映している。	多数の参加者により、活発な意見交換が行われているが、市職員の参加が実現されていない。事業所の取り組みを理解してもらうためにも、参加の要請を依頼されることを期待する。
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に取り組んでいる	事故報告書を持って行った際、市の担当の方より家族とのトラブルがないかと聞かれることがあり、ないことを伝えるなど協力を築くよう取り組んでいる。	事業所の理事長が、市が開催しているグループホーム相互間研修の窓口を担当しているため、市との連携は密に行われ、情報を得られている。	
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	事業所内に身体拘束委員があり、ミーティングなどで新たに行うケアや現状のケアについて身体拘束に当たらないかを踏まえて実践に繋げている。玄関の施錠については20:00～8:30までとしており、日中は自由に出入り出来るようになっている。	ミーティングで認知症の冊子を読み、感想を記入してもらったり、認知症についての理解をし、入居者を知ることの大切さを話し合っている。事例を検討を行い、時には管理者が指導を行う。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	認知症について勉強する事で入居者の中核症状やBPSDに対して理解し、職員がストレスを感じる事が減るのではないかと考えている。そのことで虐待につながらないのではないかと考えている。		

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、運営推進会議の中で地域包括支援センター職員より話をしてもらったことがある。		
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	死亡退所が2件あり、家族・医師とが充分話し合った上で退居している。		
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	入居者の言動や態度からその人の思いを察する事とし、その人本位の生活が出来るよう運営に反映させている。また家族等へはひだまり訪問時に話をする中で、思いを聞いたり、意見や要望があれば、運営に反映させている。	入居者の要望は、パンを買いに行きたいとかお寿司を食べたい等、日常的な希望が多いが応じている。家族の面会時には、会話の時間を取り意向の把握に努め、家族ノートに記入して職員間で共有している。また家族会からの要望や意見も検討して、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	ミーティングや仕事終わりなどに職員より意見や提案を聞く機会があり、可能であれば反映させている。	勤務希望や有給休暇の希望は可能な限り、応じている。職員は連絡ノートを利用して意見や提案をしており、必要に応じて検討し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	方針に沿った頑張ることを評価するシステムがあり、年一回の面接をしている。また、不満などがあれば、その都度聞き、改善できるようにであればその都度改善し、働きやすい環境を整えている。		
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	認知症実践者研修や法人内の勉強会や研究発表に参加してもらっている。今年度は新人や中途職員はいないが、いた場合は新人研修プログラムに沿って研修を受けスキルアップを図るシステムがある。		
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	同グループのグループホームの職員と定期的に交流し情報交換を行ってサービスの質の向上に繋げている。また、法人間の職員で交流する機会や早朝勉強会がある。		

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
<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	相談時や面接時に多くの情報が得られるよう家族・本人と話をすることが初期より得られる情報は少ない。その為、入居後関わりを大切にしながら本人の生活を見ながら対応をしたり、そのことを家族に伝えてさらに情報を収集するなどして、さらに本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。		
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	家族が困っている事、不安なことなどを聞き、家族の思いを知ること、そのことに対してどう取り組んでいくか話をして信頼関係を築くよう努めている。		
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	情報提供書を基に、必要としている支援を見極めるよう努めている。また本人や家族と話をすることで不安な事、困っている事を知り解消するよう努めている。		
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	入居者の方は人生の先輩であり、共に過ごす事で多くの事を勉強させて頂いたり、教えてもらうなどし、職員は出来ない事を支援する事で相互の関係が築けている。		
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	面会時などにどうすれば入居者本人がその人らしく生活できるかを家族・職員で話しながらともに支えていく関係を築いている。		
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	出かける事が出来る時に本人の発言からバラ公園に行ったり、家族と本人が馴染みの人のいる場所に行ったりと馴染みの関係の継続が出来るよう支援をしている。また、馴染みの人や知人が面会に来てくれる。	家族や知人の面会がある。兄弟の入所している施設に面会へ行ったり、バラ公園・菊花展・桜を見に行くなど、思い出の場所に出かける支援をしている。入居者の希望で、馴染みの店に外食に出かけることもある。	
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	おやつやの時間や余暇の時間にみんなで集まりゆっくり過ごす時間(団欒の場)を設けている。その際入居者同士でお茶を配ってくれるなど入居者同士で支えあっている姿もみられる。		

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	退居されるときは、いつでもひだまりに来て頂いてもいいことを伝えている。		
<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	入居者と日々会話したり、その人の行動や表情を見る、または家族から情報を得て、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検討している。困難な時は、家族と相談しながら、本人本位の立場で検討している。	入居者と日頃の会話をとおして、どのように日々を過ごしていきたいか、思いを引き出すような関わりを心掛けている。食事の時間などもはっきりと時間を決めておらず、利用者との関わりで自然な流れの中で一日を過ごしている。希望により晩酌でワインを飲んでいる入居者もいる。	
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	入居前に生活歴や暮らし方、生活環境を把握するが、入居後も本人から話を聞いたり、家族に本人の話を伝え、そこから新たな情報を収集するなどしてこれまでの暮らし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	日々の生活をライフチャートや日誌などに情報を記録し、職員同士で共有している。また、カンファレンスやミーティングにて現状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	基本的に2週間に一度のカンファレンスにて本人や家族からの意向を踏まえてモニタリングを行い、現状に即した実行可能な介護計画を作成している。	本人や家族の意向に沿って、担当職員が暫定プランを作成する。カンファレンスで検討後、2週間に1回モニタリングを行う。3ヶ月に1回プランの見直しを行うが状態が変化した場合には、その都度見直しをする。	
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	ライフチャートや日誌などあらゆるものに日々の様子などを記入し、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。その際入居者本位の計画を立てている。		
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	本人のその時々生まれるニーズに対応するため、法人内の他職種と連携して支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		

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
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	地域の高齢者の集いに参加したり、地域の方に踊りに来てもらうことで入居者の心身の力を発揮しながら暮らしを楽しむことが出来ると考えている。		
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	入居面接時や入居時に医療体制について説明し納得が得られている。他科受診についてはその都度家族と話し希望を聞いて対応している。	入居時の面談時に説明を行い、協力医に変更する承諾を得ている。夜間・緊急時の対応も可能で、毎週往診もある。その他の科の受診は基本、職員が行っている。歯科については協力医の歯科と個人契約の歯科の往診がある。	
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	入居者との関わりの中で変化がある時はすぐに報告し、適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	入居者が入院する際は、本人の情報が分かるよう介護添書を渡している。また、出来る限り面会に行き、情報交換をしている。		
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	入居時や早い段階から、高齢のため、いつ何が起こるか分からない事、事業所で出来る事を説明したり、体調の変化があった時には今後の方針について家族と話し合いをしたりする。	重度化した場合には、医師より家族に説明がある。協力病院の看護師と隣接する老健看護師との連携のもと、医療・家族・事業所が協力して対応している。家族の希望で宿泊も可能で、看取り後は職員は振り返りを行い、今後の対応に反映している。	
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	マニュアルを作成し、訓練を行っている。		
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	運営推進会議に防災士の方に参加して頂き、災害について話をしてもらっている。その内容について参加していない職員に伝えている。災害マップは事務所に貼っている。また年2回の避難訓練を行っている。	夜間想定を含め年2回、職員と入居者で消火避難訓練を行っている。運営推進会議に参加する防災士から、予想される地域の災害情報や避難についてのアドバイスを得ている。食糧の備蓄は2、3日分は、常備できている。	現在の消火避難訓練は、消防署との連携がされていない事、また職員が実際に消火器の使用を体験する訓練が行われていないため、今後の検討が期待される。

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	入居者は人生の先輩である事を常に意識し、一人ひとりの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。	入居者の呼び方は、入居時に本人・家族の希望を聴いている。トイレの誘導時には小声で伝える。転倒の危険があつて付き添う場合には、入居者の視界に入らないような位置にいることを配慮している。また同性介護を希望される方にも、対応している。	
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	その人に合った言葉かけや対応をして、日常生活の中で思いや希望を聞いたり、言語的コミュニケーションが困難な方に対しては表情からも読みとるようにして、自己決定が出来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	日々何をしたいのかを会話の中から把握したり、何をしたらよいか出てこない時は本人の生活歴や趣味などから提供したりと入居者の状況・状態に合わせてその人らしい暮らしを提供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	その人の状況・状態に合わせて、その人らしい身だしなみやおしゃれを大切に支援している。		
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	入居者の出来る事・出来ない事を把握しながら、その人が出来る事を持っている力で発揮できるよう支援している。食事はメニュー決めから片付けまで個々に合わせて支援している。	3食とも利用者と共に、料理をしている。ある材料を入居者に伝え、何が出来るかを相談しメニューを決める。調理用のテーブルに利用者が集まり、皮を剥く・切る・味見をする・盛り付けるなど日常的に家庭でする手順を皆で手分けをして行っている。おせち料理も毎年作っている。	
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	食べる量や栄養バランス、水分量などを記録して把握している。栄養バランスに関してメニューだけでなく、使った食材も書いている。個々に応じて介助内容を変えるなどの支援もしている。		
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	個々に応じた口腔ケアを行っている。嚥下状態が悪い人には食前も行うなどしている。		

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	排泄パターンやリズムを職員間で把握して、その人の状態・状況に合わせた対応し、少しでも排泄の失敗が減るよう支援している。	ライフチャートを参考に、入居者の排泄リズムを把握し、尿意がなくてもトイレで座るようにしている。オムツ使用の方も、排便時には腹圧を掛けるため、ポータブルに座るようにしている。またトイレでの排泄が継続できるように、立ち上がりなどの運動を日課にしている。	
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	便秘の予防として繊維物のある食材や牛乳などの乳製品などを摂取してもらっている。水分量も把握し、少ない時はその人の好むものを提供して水分摂取に努めている。少しでも運動出来るようにしている。		
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	その人の生活習慣や希望やタイミングに合わせて、夕方から夜にかけて入浴できるように支援しているが、状態や状況に合わせて変える場合もある。	入居者の生活習慣を大切に、基本週2回、夕方から夜にかけての入浴を行っている。シャンプー等、個人用を希望する方には応じている。入浴時間や温度は、支障のない限り入居者に合わせている。	
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	本人の希望に合わせて、日中休んでもらっている。夜間はその人の入眠時間に合わせたり、横になりたいとの発言や表情やしぐさから入眠して頂く支援をしている。		
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	服薬について担当者が調べたり、病院から頂く処方録をDrノートへはせてすぐに見れるようにしている。		
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	生活歴や趣味などを活かしたり、今その人がやりたいことを聞いたり、会話の中から見つけて支援している。		
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	本人の体調や変化に合わせて外出ができるよう支援しているが、その日に出掛けられない事もあり、その時は後日行くようにしている。	日々の食材や日用品の買い出し、ゴミ捨て等には入居者と一緒に行っている。その他隣接する老健でのちぎり絵に参加したり、喫茶店や外食、パンを買いに行くこともある。また自宅に帰ったり、家族と食事に出かける等外出の機会は多い。	



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	入居者の能力に合わせて財布を持ってもらい、本人が支払うことが出来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	本人が希望すれば家族に電話をかけるよう支援している。遠方の方とは手紙のやり取りができるよう支援している。		
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	温度調節をすることで、暑さ、寒さに敏感な入居者の不快や混乱を防ぐように配慮している。生活感や季節感を出すために、入居者の方と一緒に作成した寄せ植えを庭に置いていつでも見れるようにしたり、室内に花を飾るなどの工夫をしている。	広い廊下には懐かしい家具やピアノが置かれ、壁には入居者によるちぎり絵の額や家族作の絵画が飾られている。リビングの大きなテーブルの他、入居者が調理に使う机、廊下の両端には入居者が一人で過ごせるソファが設置されている。共有空間は職員の清掃の他に、週1回、業者による清掃も行われ、清潔に保たれている。	
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	ホールのいろいろなところにソファを置き、独りになれるような場所にしたり、また気の合った利用者同士で過ごせるようにしたりと工夫している。		
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	家族と相談して、本人の馴染みのあるものや今まで使っていたものを置いて落ち着いて生活できるよう工夫している。	部屋には馴染みのタンスや椅子、洋服掛け、鏡や時計など身の回りの物が持ち込まれている。思い思いに配置されており、過ごしやすく落ち着いた雰囲気が感じられる。	
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	場所などが分からないと言われる入居者に対して、本人の見える位置や大きさに合わせて張り紙をしたり、会話のきっかけ作りになるものを張ったりと工夫している。		

### 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		運営推進会議で参加者により活発な意見交換が行われているが、市職員の参加が実現されていない。	運営推進会議に市職員を呼び、事業所の取り組みを理解してもらう。	・運営推進会議が開催される1ヶ月前に市職員に連絡し、運営推進会議に参加してもらう。 ・沼南ひだまりの様子を見てもらう。	12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、行を挿入してください。