

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28年10月 14日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470206032		
法人名	医療法人 厚生堂 長崎病院		
事業所名	あいあいホームながさき		
所在地	広島県広島市西区横川町三丁目6-17 (電話) 082-532-6636		
自己評価作成日	平成28年9月26日	評価結果市町受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=3470206032-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成28年9月26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）】

訪問看護と契約し、週に一度の定期訪問を実施している。また、月に二度往診があり健康管理面において医療方面との連携がとりやすくなっている。利用者様の状況や状態などもご家族様と逐一連携をとり、ご安心して頂けるように、施設全体として心掛けています。
比較的職員の数も多く、離職率も低い。そのため継続的なチームケアへの取り組みがスムーズである。ベテランの職員も多いので、経験と知識を必要とする介護にも柔軟に対応することができ、些細な要望にもなるべくお応え出来るよう努めている。
屋上には、季節を感じる事ができる草花や野菜を植え、利用者と共に育て、収穫したものを食べるなどの取り組みも行っている。さらにベランダ等を利用し、花などを育てている。

【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）】

事業理念「おもいやりの介護」のもと、それを具体化した一つが「本日の目標」（申し送りシート）の工夫である。朝の申し送りで、各フロア毎に意見交換をして、シートの右上にその日の特に意識すべき実践目標を明記すると共に、その共有化されたチーム目標を午後も見直し、迅速な実践に繋げている。もう一つは、接遇面での強化である。事業所には、新人研修での接遇研修や内部研修で、職員の幅広い知識の習得とスキルアップを図る体制もある。また、職員は利用者とゆっくり話す時間を作り、その方の思いを把握し、行動を理解して、誠実な対応に努めている。その方の尊厳を蔑ろにすることなく、その方の言葉に向かい合い、職員との信頼関係を前提に、本当の事を伝えて、寄り添いながら支援している。それにより、職員間で利用者に係る情報共有を確実にして、家族にも行事と一緒に参加してもらえよう働き掛ける等、家族との信頼関係の構築に繋げている。それが、相互の無用な誤解を事前に回避できるリスク管理にもなっている。その結果が、事業所の雰囲気・利用者の穏やかさに繋がっている。また、課題として家族からの意見を運営に反映させたい意向があり、そのため運営推進会議や家族会をより充実させる等、家族との関係性を強めるよう努めている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	事業理念「おもいやりの介護」のもと、日常の申し送りを通して、日々の理念の実現に取り組んでいる。また、申し送りシートに日々の目標を掲げ、その目標をチームで必ず行える様に意識し、実践している。	理念は、利用者・家族・職員同士等に対する誠実な対応を指針とし、それを具体化したものが「本日の目標」（申し送りシート）であるが、それらの共有されたチーム実践目標を、午後には見直す即応性もある。併せて、職員個人の業務目標管理も導入し、半期毎に管理者との個人面談の中で、理念・目標の実施状況について達成度を検証している。	
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。	近隣散歩や日々の買い物を通じて、近所の方やお店の方に挨拶や会話をされている。また、地域でのお祭りやイベントに参加させて頂くなど、地域活動の参加により、地域住民の方々との交流に努めている。	事業所は、町内会に加入し、盆踊り等の地域行事に積極的に関り、地域に溶け込む努力をしている。職員の身内や管理者の繋がりや、大衆演劇やミニ・オーケストラのボランティア訪問等、相互交流も為されている。また、「亥の子祭り」で、地域児童との世代間交流や、地域住民の要請による公民館等で介護教室の開催等、一社会資源としての地域貢献も行っている。	
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。	地域包括支援センターと連携をはかり、地域団体の認知症研修会等での講師を務めるなどしている。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	2ヶ月に1回のペースで、運営推進会議を開催し、サービスの状況など、取組みの報告を行うと共に、今後の活動に際しての意見交換を行っている。	運営推進会議は、地域住民代表として町内会長・地域包括支援センター職員、時に民生委員をメンバーとし、定期的で開催されている。会議では事業所の現況・行事報告等が、一定の意見交換・情報交換と共に行われ、サービスの質の向上に繋げる努力が為されている。また、開催日に合わせて、避難訓練を実施する等の工夫も見られる。	会議は家族の参加もなく、本来あるべき「サービスの実際・評価への取組み状況等に対する意見交換」が行われていない。今後は家族や地域住民に呼びかけて、様々な職種の方に参加してもらい、多面的な議論を可能にされたい。また運営推進会議議事録を送付したり、家族会の機能強化を図る案等、参加できない家族との情報共有が図れるよう期待したい。
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取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。	市町担当者に運営推進会議に出席していただき、事業所の活動内容や実績を報告させていただいている。また、介護保険等制度について、電話などで相談させていただいている。	運営推進会議には毎回、地域包括支援センター職員が参加し、情報の共有化が図られている。町内会からの要望に基づいて、地域包括支援センターから依頼され、職員が認知症研修の講師として協力することもある。また、宿直勤務や新規開設時等、介護保険制度について、市町担当者に相談や助言を求める等、良好な関係が築かれている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p>	<p>身体拘束にかかるマニュアルを整備しており、スタッフ同士で身体拘束廃止委員会を作り、全スタッフに資料として配布している。やむを得ず行う場合は、マニュアルに則り、保証人の同意を得るようにしている。</p>	<p>「身体拘束に係るマニュアル」を策定し、「身体拘束廃止委員会」を設置している。職員は「身体拘束はしない」必要性を認識し、具体的なケアの中で、実践を重ねている。例えば、日中は玄関を施錠せず、センサーを設置して、見守りをしたり、利用者によっては保証人の同意を得て、居室にセンサーマットを設置し、リスク管理に努めている。</p>	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。</p>	<p>研修やミーティングなどを通じて、理念を深め、虐待防止に努めている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>	<p>必要に応じ、日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用している。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	<p>契約内容・重要事項説明を十分に行い、利用者・家族に同意を得ている。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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。</p>	<p>利用者・家族からの意見、苦情等は面会に来られた時など、日常の会話の中から受けている。また、外部の苦情申立機関については重要事項説明に明記し、契約時に説明を行っている。</p>	<p>利用者・家族からの意見、要望は「本日の目標」（申し送りシート）を活用して、職員間で情報を共有している。家族から季節に応じた寝具の調整の要望が出され、布団の調整をした。また、家族から利用者に運動の機会をとの要望があり、トレーニングをするために、近くにある法人の健康増進センターに、週1回、徒歩で通う様になった経緯がある。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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。</p>	<p>日々の申し送り・ミーティングを通じて、職員の意見、提案を運営の参考にしている。</p>	<p>職員からの意見の反映の場としては、日々の申し送りや毎月のリーダー会議、半期毎の管理者との個人面談等で、職員との意見交換を行っている。例えば、夕食は職員の持ち回りで、献立を考え、調理する。可能な利用者には、リスク管理をした上で、一人入浴をしてもらう、又、脱衣室をカーテンで仕切って、洗濯業務との併用や、落ち着ける空間作りをした例がある。</p>	
12		<p>○就業環境の整備</p> <p>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。</p>	<p>自己啓発のための研修を行ったり、外部研修が受講できる環境を整えるように努めている。</p>		
13		<p>○職員を育てる取組み</p> <p>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。</p>	<p>定期的に内部研修を行う等して、職員のレベル向上に努めている。新人職員には、プリセプターとしてベテラン職員が教えるシステムになっている。また、日々、職員間でケアについて話し合っている。</p>		
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている。</p>	<p>他事業所と独自にカンファレンス・研修会を行う等して、サービスの質の向上を図っている。</p>		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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。</p>	<p>利用者・家族の要望や意見を基に、ケアプラン作成を行っている。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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。</p>	<p>利用に当たっては事前訪問を行い、利用者の状態・状況の把握に努め、家族の要望などを聴く機会を設けて、個別での対応に努めている。</p>		
17		<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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。</p>	<p>相談の中から、利用者・家族のニーズを明確にするよう努めている。また、それに対する理解・同意を得た上で、個別のケアに取り組むように心掛けている。</p>		
18		<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。</p>	<p>日常生活において、個々が役割を持って生き生きと生活できるようにしている。調理活動で言えば、包丁を使う、味付け、取り分け等、共に調理している。</p>		
19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。</p>	<p>利用者を中心とし、家族と連携を取りながら、支援体制を整えるよう努めている。家族からの直接的支援についても、ケアプランに取り込んでいる。</p>		
20	8	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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。</p>	<p>友人や知人等、馴染みのある方が、来所しやすい環境作りに努めている。</p>	<p>「気軽に訪問できる事業所作り」を心掛けており、その旨を契約時から伝え、関係継続の支援をしている。また、利用者との会話や生活歴を参考に、外出支援を行っている。帰宅願望の強い利用者と自宅訪問をした際、自宅の認識は薄かったが、居室内に入ると落ち着いて過ごされ、友人と旧交を温めた後、「そろそろ帰ろうか」と納得されたケースもあった。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	席の配置は、利用者の個性を把握した上で誘導を行う等配慮している。また、利用者同士も関わりが持てるように、グループワークも取り入れている。		
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。	契約が終了した利用者には、積極的なアプローチは行っていないが、訪ねられた時には、今まで通りの関係が保てるように心掛けている。		

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。	日々の申し送り、ケアプラン作成において把握するよう努めている。また、家族が来所の際、利用前の暮らし方の希望等を聴き、サービスに反映している。	利用者毎に担当者を決め、職員は利用者とはゆっくり話す時間を作り、その方の思いを把握する様努めている。例えば、自宅がどうなっているか心配な方のために家族と相談し、「自宅訪問」の計画を立案した。その結果、普段、車いす生活の方が、家の中では伝い歩きをされ喜ばれた。来月には、再度の自宅訪問と、他の利用者はその島で観光旅行の計画がある。	
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。	生活歴や嗜好等は、利用者・家族から随時聴き取れるようにしており、申し送り、ケアプラン等で周知に努めている。		
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。	日常生活記録を活用し、一人ひとりの状態を把握するよう心掛けている。また、毎日の申し送りにおいて、職員が周知するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p>	<p>日常生活の中から、利用者・家族の要望・希望等を聴き、それらに基づいてケアプランを作成している。また、それについて、家族から同意を得て交付している。</p>	<p>利用者毎に担当職員を決め、計画作成担当者と原案を作成している。医療情報は協力医の往診時に、連絡票にて共有している。日々の申送りでカンファレンスを行い、本案を作成している。3か月毎に、計画作成担当者がモニタリングを行い、同時に計画の見直しを行っている。例えば、利用者の教会礼拝に家族の同行が難しく、1～2週間に1度、職員が同行する計画例もある。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>	<p>日常生活記録において、24時間の記録を残している。また特記等においては、裏面に詳細を書き、申し送りで周知するように努めている。申し送りノートを活用している。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>	<p>利用者個々の状況に応じて、夜勤を2名体制にしている。ニーズに対応して、家族と外出していただく等、臨機応変に対応するよう、心掛けている。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>	<p>町内のお地藏様への散歩や、地域の商店街での飲食等、地域資源を活用した支援を行っている。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。</p>	<p>同一法人の医療機関の医師が、月に2度程度往診を行うと共に、随時、必要に応じて対応している。</p>	<p>利用前の主治医の受診継続も可能だが、現在は全員が協力医を主治医としている。月2回、利用者全員に対し、母体法人である協力医の往診がある。その協力医との医療連携により、週1回の訪問看護の支援もあり、適切な医療体制が組織されている。なお、認知症についても、協力医が「もの忘れ・認知症相談医」（オレンジドクター）であり、対応可能である。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。</p>	<p>事業所が独自に、訪問看護ステーションと契約を行っている。週に一度、定期的な健康管理を行うと共に、随時、相談・緊急時の体制も整えている。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。</p>	<p>入院中も医師から経過について情報を頂くよう努めている。また、退院後も医師及び訪問看護ステーションと共同して、フォローにあたっている。</p>		
33	12	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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。</p>	<p>協力医療機関の医師並びに家族と話し合い、訪問看護ステーションのバックアップ体制を加味しながら、看取りを含め、方針を決めている。</p>	<p>昨年度から利用開始時に、「看取りに関する指針」による説明と同意書の交付をして、事前の方針を共有している。看取りの状況になると、改めて「看取り介護契約書」を交わしている。看取りマニュアルや研修も整備されている。看取りを始めて6年、10数例の経験を有するが、内4例については、医療・介護の支援体制もあり、状態改善に繋がった経緯がある。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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。</p>	<p>緊急時対応の研修などに参加し、事故発生時に備えている。また、急変時には、協力医療関係・訪問看護ステーションと連携をとれるよう、日常的に情報交換を行っている。</p>		
35	13	<p>○災害対策</p> <p>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。</p>	<p>毎年度、消防署に依頼し、消防訓練を行っている。</p>	<p>朝・終礼時のミニ自主訓練を含め、年2回以上、避難訓練を行い、内2回は消防署員も立ち会い、運営推進会議の開催日にも実施し、会議参加者に訓練の評価を受けている。利用者の参加、1階デイサービスとの合同訓練等、実践的な内容となっている。又、大災害時には、事業所を緊急退避施設として、地域住民の利用が可能かどうか、町内会から打診を受けている。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	人としての尊厳を守ることを前提としたケアを心掛けている。誠実な対応を心掛けている。	職員は利用者とゆっくり話す時間を作り、その方の思いを把握し、行動を理解して、誠実な対応に努めている。例えば、亡夫を探して不穏になる方に対し、その方の尊厳を蔑ろにすることなく、職員との信頼関係を前提に、本当の事を伝えて、寄り添いながら支援している。そうすることにより、その事実を受け入れ、落ち着かれるようになった例もある。	
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。	利用者のニーズを明確にした上で、本人の思いや希望を、最大限に活かせるよう促しを行っている。自己決定を尊重したケアを心掛けている。		
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。	利用者のニーズに沿って、個別ケアに取り組んでいる。本人のペースを尊重したケアを心掛けている。起床時間、食事時間も、本人の体調・生活ペースに配慮している。		
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。	整容時、自己選択をしていただけるよう支援している。また、外出時等は利用者と話し合いながら、洋服を決めたりしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	買い物へ一緒に行き、季節感を感じたり、一人ひとりの状態に合わせるよう配慮している。食事の準備・片付けにおいては、できる限り利用者の参加を促している。	職員の中には栄養士も2人おり、利用者の好み等を参考に献立を考え、担当職員が、3食分の食材を、近くの大型スーパーで利用者と購入する。職員からの提案で、夕食の献立は職員が輪番で考え、調理している。利用者は、調理の下準備など、役割に応じた手伝いを職員と行っている。又、菜園野菜が食卓に上ったり、折りにふれての外食グルメは好評である。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々の状態に応じて、食事の内容等、柔軟に対応するよう心掛けている。また、十分な水分摂取を心掛け、嗜好に合った飲み物を数種類常備しており、嗜好に合わせて選択して頂けるよう配慮している。毎日、水分摂取量を記録している。		
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に、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、必ず口腔ケアを促している。特に就寝前の口腔ケアは、徹底して取り組むようにしている。必要に応じて、訪問歯科医等と連携を図る等して、支援している。定期的に義歯のメンテナンスを行っている。また、訪問歯科医から口腔体操の指導を受けている。		
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向けた支援を行っている。	個別に状態・状況を把握し、適切な排泄支援を心掛けている。できる限り、トイレでの排泄が行えるように支援している。例えば、利用者の部屋から近いトイレを覚えていただくなど支援している。	排泄記録表や表情・行動により、各人の排泄パターンを把握し、出来るだけトイレで排泄してもらう様に誘導している。夜間にも定時誘導を行うが、2名は良眠優先でパットのみの交換としている。利用時のオムツからパンツに改善した例もある。また利用者によっては、保証人の同意を得て、居室にセンサーマットを設置し、リスク管理に努めている。	
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。	「毎日排便」を目指している。排便を促し易い食材をとっていただけるよう配慮している。また、便秘の際は主治医・訪問看護ステーションに服薬調整を相談し、指示を仰いでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者の状態や希望に応じ、個別の入浴支援を心掛けている。入浴時間も、基本は午後に入浴しているが、午前・就寝前等、柔軟に対応している。	週に2～3回、午後の入浴を基本とし、状況により柔軟に対応している。寝つきの悪い方には就寝前入浴を計画で立案したり、一人で入りたい方には、一定時間毎に見守り、安全配慮を行っている。季節によっては、柚湯に浸かって、入浴を楽しめる工夫も為されている。また、脱衣室をカーテンで仕切って、洗濯業務との併用や、落ち着ける空間作りをしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		<p>○安眠や休息の支援</p> <p>一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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。</p>	起床時間や食事時間等、施設 のタイムスケジュールに固執せず、 一人ひとりのペースで思いを重 視して、生活していただいている。		
47		<p>○服薬支援</p> <p>一人ひとりを使用している薬の 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。</p>	訪問看護ステーション・薬剤師 と連携し、個々の薬について把 握し、飲める形状にて提供させ て頂いている。利用者の不調に 気付いた際には、その症状を 具体的に主治医・訪問看護ステ ーションに連絡しており、必要 に応じて服薬に関する相談を行 っている。		
48		<p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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。</p>	施設行事・外出・畑での野菜 収穫など、生活に楽しみが持 てるように支援している。また、 個別に生活歴を生かした役割、 趣味が持てるように配慮してい る。		
49	18	<p>○日常的な外出支援</p> <p>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。また、 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。</p>	希望者には個別に対応する よう配慮している。花見や紅葉 狩り、ドライブ、大型商業施設 などの外出支援を行っている。	普段から希望により、少人数 で近所の地藏参りの散歩や買 い物をしている。又、以前から の念願であった植物公園や仏 通寺の紅葉狩り等、普段は行 けないような場所への外出支 援も行っている。更に、地元 商店街にある、車いす対応も 可能な甘味処で舌鼓を打ったり、 商店街の「ふしぎ市」で踊り や演奏を楽しんだり、車い すでカーブ観戦を果たした方 もある。	
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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。</p>	金銭の管理に関しては、自己 責任である事を同意していただ いた上で、希望者には所持して いただいている。また、日常の お小遣い等に関しては、小口 現金に限り希望者には別段の 契約の下、お預かりしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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。</p>	<p>ご希望に沿うようにしている。また、携帯電話の使用を取り扱うなども含め、希望に沿った形で支援している。また、施設の電話を利用し、家族などと話せる機会を設けている。</p>		
52	19	<p>○居心地の良い共用空間づくり</p> <p>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。</p>	<p>居間兼食堂には、利用者の写真を掲示しており、テーブルには花を生けるなどして、和める空間作りを心掛けている。また、天井や壁も落ち着いた色合いにしており、調度品等も馴染みやすい一般的なものを使用している。</p>	<p>リビングを中心とした共用空間は、ほぼ毎日掃除をし、清潔な居心地良い場所となっている。又、テーブルの高さは利用者の背丈を考慮し、2種類に設定している。テレビやソファの配置も見易さ・利用者同士の相性・動き易さ・職員二人でも見守り出来る体制に配慮している。更に、屋上庭園での、季節の草花・野菜作りが生活を癒し、食卓を飾っている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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。</p>	<p>目線を変えた場所にソファを配置している。また、利用者同士の関係性に常に留意して、必要に応じて、席替え・配置換えを行っている。</p>		
54	20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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。</p>	<p>できる限り使い慣れたもの、馴染みのあるものをご用意いただけるよう、利用前にお話をしている。</p>	<p>各居室には、エアコン、カーテンが備え付けられている。利用者はベッド・椅子等の使い慣れた物や家族の写真等、好みの物を持ち込み、居心地よく過ごせるような工夫が為されている。また、転倒時の衝撃を回避するため、動線を狭くした家具の配置に工夫することもある。更に、夜間の安全面やトイレ誘導を考え、センサーマットを設置する時もある。</p>	
55		<p>○一人ひとりの方を活かした安全な環境づくり</p> <p>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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。</p>	<p>施設内はバリアフリーとして、車椅子走行も支障がないように、スペースも確保している。また、側面には手すりを設置しており、身体機能を活かした生活ができるよう工夫している。</p>		

V アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 あいあいホームながさき

作成日 平成28年11月10日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	4	家族の意見の吸上げ及び議論の場が十分でない。	家族の意見をホームの運営・地域交流へ反映させていく。	家族会の開催 定期的なアンケート調査 運営推進会議議事録の交付	6カ月 3カ月 2カ月
2	4	地域住民や他職種との交流が不十分。	家族参加はもちろん、市・消防・他施設等の関係者の参加を目指す。	運営推進会議担当者が定期的に各所へ滞りなく連絡を行う。	2カ月
3					
4					
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。