

### 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4年11月4日	評価結果市町村受理日	令和4年12月16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.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

#### 【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4年11月22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)】

日常生活において入居者さんの自立した生活と安心できる介護を提供し、生活の質を向上させる事を介護職の目標にしている。入居者さんの急な体調変化にも対応できるよう日頃から認知度、体力、体調を把握し連絡を心がけ、段階的に対応できるように努めている。介護職として食事、睡眠、排泄を基本から忠実にこなし、看護、医療とも連携を促し、ご本人の終末期が訪れても皆で関われる環境づくりを理想としている。

#### 【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)】

事業所の良い点として  
 ①利用者1人ひとりの「思い・願い・不安な事」を表現できる様にゆっくり時間をかけて傾聴し、利用者の目で見え言葉に出ない声を感じ、生活の質を上げる支援を心がけている。また、介護度の高い人と自立している人が混在し、支援中心の介護ではなく、生活環境の整備と補助に変わってきている。②運営推進会議は委員15名が参加し2つのグループホームの合同開催となっている。介護について関心が高く、コンセプトの説明とホーム内を見学してイメージが変わり、地域情報や発言をホーム運営に役立てている。③看取りについてホームで出来る事を説明し、体調や食事を見て医師と家族に連絡し、訪問看護師が入り看取りに入っている。訪看にはホームとしての手順を説明し、職員は「何でもノート」に記録し出勤時皆が読んで経過が知り、家族に細かく報告をして最後は立ち会って看取りが行われ、感謝の言葉が出ている。

### 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族の1/3くらい 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している (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、安心して暮らしている (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
<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	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。	ホームは開設から20年を迎え、理念を共有し地域との繋がりを大事にしている。利用者は毎日散歩に行き、近所の人から声かけがあり、地域の中で自分らしく暮らしている。また、もう一つの家族として、職員は「ダメな時はダメと云い」お客様としてではなく家族の様に「優しく・温かく・きめ細やか」に接し、「自分だったらこうして欲しい」事を分かって実践に繋げている。	
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	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、ホームは運営推進会議の委員とは良い関係が継続している。コロナ禍で小学校・老人会の給食会や地域での3町会のお祭りは中止されているが、5月のクリーン作戦に職員と一緒に利用者も参加している。また、近所の人からの入居希望等の電話に応えている。	
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、この雰囲気を維持し、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。	運営推進会議は年間スケジュールを決め、開催日とテーマの案内文を送付し、今年度は文書開催となっている。ホームから「ホームでの様子・外出・イベント・受診・往診の状況等」の活動状況報告と「花いちもんめ通信」を添えて、市の担当者・地域包括・家族に送付している。町会長・民生委員の訪問があり、グループホームの説明と内部を見学して理解を深めている。	書面開催により活動報告が行われている。議事に沿ったアンケートを実施し、意見を次回の会議で報告をして、サービス向上に活かしていく事が望まれます。
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	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・地域包括に運営推進会議の活動状況報告を行い、困っている事は相談をし、メールでの感染症や災害等の案内に協力して取り組んでいる。コロナ発生時には市と保健所に連絡と状況報告をして感染拡大が防止出来ている。グループホーム連絡会や入所部会にも参加して情報交換をして連携している。	
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。	「身体拘束をしない介護」に取り組み、身体拘束や虐待の研修に参加して知識習得とグレーな部分の理解をしている。家族に説明をして同意書もらい、4点柵をしてベッドから転落防止策を行っている。柵を布でカバーし、床にマットレスを敷いて工夫をし、身体拘束委員会では経過報告と改善に向けて話し合っている。また、「ダメよ」等の自由を制限する言葉遣いにも注意をしてケアが行われている。	身体拘束のチェックリストを作成して確認とコメント欄に記入し、身体拘束員会で指示事項を伝えて行くことが望まれます。
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	ここ数年は家族との話し合いの機会は減ったが、入居者との面会頻度は変わらず、各スタッフが直接家族から意見を聴く事が増えている。	家族は運営推進会議の活動状況報告によりホームの取り組みを理解している。また、利用者と窓越し面会をし、居室に入っている衣類の確認や一緒に昼食に行く事もある。管理者はメールやラインを使って家族と情報のやり取りをし、メールの出来ない家族には電話をしている。「花いちもんめ通信」を年4回、日常生活や行事の様子を写真とコメント入れて送付し好評となっている。	
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	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。	職員会議では連絡事項や外出・イベント企画等の報告と職員の目線で話し合い、ケアカンファレンスでは利用者に関して話したい事を述べて意見が反映されている。管理者は年1回個人ヒアリングを実施し、新人職員とは年3回の面談を行い、不安や前職との違いを話し合っ意欲づけしている。また、「にやりほっと」の提案がケアプランに反映され、クリスマス会等行事では職員が盛り上げる工夫をし、積極的に意見を取り入れている。	
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に取り組んでいる。		
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
<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	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け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。	コロナ禍で友人は訪問を遠慮しているが、電話での連絡はある。家族や親族の来所は歓迎して関係継続を支援し、利用者は家族に電話をして話をし、年賀状も希望を聞いて出している。入居時にアルバムを持参し、職員とは雑談の中で昔の話をしている。利用者同士も良い関係性があり、職員が間に入って話をして盛り上がり、利用者に合わせてBGMを流して良い雰囲気づくりをし、ホームが寛げる場・馴染みの場となっている。	
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。			
<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	管理者も直接入居者に関わり本人の気持ちを見出したいと思っている。スタッフや入居者同士も遠慮せず関わらせ、各々が把握した希望、意見も参考にしている。	入居時は不安定で不安な事も多くあり、利用者1人ひとりの「思い・願い・不安な事」を表現できる様にゆっくり時間をかけて傾聴している。また、「家に帰りたい等」問題行動はその理由を理解し、本人の望んでいる事を見つけてケアに繋げている。また、利用者の目線に注意し、目で訴える言葉に出ない声を感じ、孤独を防ぐ対応を心がけ、自由に生活する事は大事にし、リスクにも配慮して取り組んでいる。		
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	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。	職員会議に全職員が参加して「利用者に関して話したい事」を述べ、意見を反映したケアプランが作成されている。職員はケアの中での気づきと工夫を心がけ、その結果と見直しを繰り返している。また、職員の意見を聞いて毎月モニタリングを行い、往診時に医師の利用者状況の意見を聞き、ケアプランは6か月毎に更新し、入退院時にはケアプランの見直しを行っている。ケアプラン作成時や変更時には家族に説明し要望を確認している		
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	介護計画が「絵に描いた餅」に終わ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、かかりつけ医、家族間での連絡はホームが中心となり細目に行い対応に不備が出ないよう努めている。	かかりつけ医の受診も多くあり、家族・職員が同行して支援している。受診支援として2週1回の訪問医、訪問看護や職員の看護師3名で体制が構築され、往診状況は個人別病院ごとに「訪問診療記録」に記録されている。体調変化時は看護師に相談し、往診や受診があり家族に連絡・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」で説明をし、最後までホームで過ごすか入院かの話をしている。ADL低下時は家族に報告をし、食欲低下時等は往診医に話している。本年度の看取りでは、看取りか入院かの確認、ホームで出来る事の説明、訪問看護師を入れ、医師・家族・施設の連携を図り、家族には細かな報告をして看取りが行われ、感謝の言葉が出ている。職員として介護の仕事の意義を深く理解でき自信に繋げる事が出来たと感じている。	
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	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。	防災・火災訓練は夜間想定での「火災時の消火・避難誘導」が行われている。緊急時連絡網の整備と優先順位の見直しなどを行い、年2回の訓練結果を消防署へ報告している。食料・水等備蓄品を備えて管理し、期限が近づいてきた物を推進委員や地域の人に配付して食べてもらっている。	火気点検のチェックリストを作成して確認する事が望めます。

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>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	声掛けや関わり方にはスタッフ同士でも意見交換し勉強することが大事だと思っている。入居者の過去の生活も参考にしている。	理念の「ゆっくり」の実践には「自分だったらどう思うか」の気持ちを感じ取って相手の立場に立った対応を心がけている。また、利用者との信頼関係構築が大切との認識が共有され積極的な会話を心がけ、利用者の好きな事や昔話が弾んでいる。利用者職員との関係はそれぞれであり、職員の個性で接することは認めている。入浴時・排泄時にはドアを閉め、入室にはノックして了解を得る等プライバシーに配慮した支援が行なわれている。	
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	利用者さんへの一方的な介護は避け、ご本人が気兼ねせずスタッフに話しかけられるよう緊張は与えないようにしている。日頃の生活からも意志を汲み取り、可能な限り対応できるようにも関わっている。		
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	本人の希望を可能な限り叶えられるよう心がけている。		
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	利用者の昔の習慣を大事にし、それをご本人が忘れないよう薦める努力もしている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事時はスタッフも仕事の意識から離れ、好みに合わせた楽な雰囲気になっている。食欲がない食べれない入居者さんにも刻みやトロミ、調味料の工夫等で美味しく食べて頂きたいと思っている。	調理専門職員を配置し、利用者の好みにも合わせ、能力から食事形態に細かく配慮して食欲と口から食べる事に繋げている。出来る作業を探り、配膳・下膳・食器拭きなど出来る事の継続を支援している。誕生会にはちらし寿司・ケーキで祝い、クリスマスやひな祭りには行事食を用意して楽しい食事になる工夫を取り入れている。また、公園のバラ園ではお茶とケーキを楽しんでいる。	
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、気持のよい排泄支援を心がけている。統計やデータも取り介護に繋げている。	排泄チェック表から傾向を読み取り、時間で声掛けをし、自分で行く人には職員の見守りが行われている。リハパン等も多くあり、出る前に声掛けの心配りをしている。便秘対策としてデータを取り、牛乳・ヨーグルト等を用意して水分摂取量を確認し、下剤の服用は医師の処方で座薬も使用している。	
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	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、少し離れて見守ることにしている。	入浴表を確認して週2～3回の入浴を支援している。入浴が苦手な利用者には「背中の様子を見せて」等の声掛けを工夫して入浴に繋げている。入浴時には転倒や寒い時期のヒートショック等安全面、扉を閉める等プライバシーに配慮し、皮膚・痣などの点検をして軟膏塗布等健康管理に繋げている。リラックスした気分から歌や会話が弾み利用者の新しい発見などは「何でもノート」に記入している。	
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	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務めている。		
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。	天気の良い日は散歩に出かけて、「袖子が実っている」近所の人からは「帰りに寄ってね」等の声掛けが、良い関係が保たれている。外出支援は年間計画から花見・鯉のぼり見学など積極的に実施され、利用者へ気分転換や季節感を感じられるよう支援している。外に出られない利用者には廊下での往復運動などで足・腰の維持に配慮している。	

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	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	共用の場所を明るく、清潔で温かく居心地のよい空間として工夫している。	リビングは毎日の消毒や温度・湿度の管理、また、換気には気を付けて、清潔で快適な空間となるよう配慮が行き届いている。職員の工夫を取り上げて、季節毎に折り紙の制作物を利用者と一緒に作成し、飾りつけて季節感を感じられるようにしている。玄関のプランターには季節の花々を育て、利用者は水やりや日向ぼっこしながら眺めて季節感を感じている。	
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、思い出のアルバム・遺影等を飾って家での生活の継続となる様な設えになっている。整理整頓をして導線を確保し、朝には気分でお好みの服の着用を職員と相談しながら行っている。温度・湿度に配慮し夜間巡回で安全・安心の確認をしている。	
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	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	36	入居者の年齢層が下がってきていて、比較的若く元気な方が増えてきた。その為、入居者への支援が介護中心では無く、生活環境の整理と補助に変わりつつある。	入居者の生活の質を上げる為の支援	入居者の衣食住を見直す事から取り組み、健康で落ち着ける環境の整備から取り組む。	12ヶ月
2	10	家族様は入居者に関わり続けてくれる方が多く、ホームからも感謝しているが、各々の要望や関わり方も様々でお互いの立場を理解し合うまで大変な時がある。	家族様に不満を与えず、尚且つホーム、スタッフの働きをご理解していただきたい。	家族様の立場も理解し補足しなければならない箇所は手紙での連絡を心がけ、時々直接の対話が必要な場面もある。	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。