

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	3474300245		
法人名	社会福祉法人まり福祉会		
事業所名	グループホームぬまくま		
所在地	〒720-0313 広島県福山市沼隈町大字常石1284番地3		
自己評価作成日	平成26年12月5日	評価結果市町村受理日	平成27年1月20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	広島県福山市平成台27-17-101
訪問調査日	平成26年12月19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)】

瀬戸内の海と山の緑に恵まれた立地に加え、医療機関と同一棟内にあるという充実した体制は、入居者のみなさまはもとより、ご家族のみなさまにもご安心いただけるものと思います。地域の方とふれあい大切に、穏やかに落ち着いた生活を提供しています。「たんぼぼだより」は写真を中心に日常生活の様子を毎月の便りで届けています。食事は、管理栄養士による献立と手作りの料理で高齢者にとって適量で食べやすい工夫をしています。職員は毎月の法人全体の医療・介護の勉強会・ホーム勉強会で学習し専門介護士としてスキルを高めています。モニタリング評価表では、項目毎に分類・評価をし職員間で情報共有しサービスの質の向上に活かしています。一人ひとりの人生に必要な「居場所」であることが、何よりの認知症のケアになると考え、ご入居者様一人ひとりに寄り添った介護を提供しています。

【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)】

大きな窓からは造船所や瀬戸内海、山並、ミカン畑を見ることが出来る。法人理念をもとに、「笑顔でいきいきと人のらしい人生を支援します」という方針を共有し、実践につなげている。行動指針として、フィロソフィ(哲学)を毎日読む機会を設け、介護のケアの向上に努めている。管理者が地域の委員会に入り、さまざまな地域行事に利用者と一緒に積極的に参加しており、事業所主催の夏祭りには地域住民を招待するなど日常的に交流している。福祉を高める会との関係が密で連携が取れている。運営推進会議の参加者が家族・町内会長・組長・公民館長・支所・包括・社協・他事業所・福祉を高める会など多岐にわたっており、双方向の意見交換の場となっている。主治医や訪問看護との医療連携が確立しており、記録用紙を色分けするなど工夫して情報を共有し、統一したケアを実践している。外出の機会が多くギターコンサートにも利用者とともにコーラス隊として参加し、日頃の成果の発表の場を持つことで生きがいや役割を感じながら活気ある生活ができるよう支援に努めている。

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	法人理念と基本方針を基に実践している。毎月のミーティング時に理念と方針を唱和し職員で共有。日々のケアにおいても理念に近づくよう意識をもって取り組んでいる。	法人理念をもとに、「笑顔でいきいきとその人らしい人生を支援します」という方針を共有し、実践につなげている。また、行動指針として、フィロソフィ(哲学)を毎日読む機会を設け、介護のケアの向上に努めている。	
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人として日常的に交流している	学区まちづくり推進委員会に入り地域行事に参加。ホームの消防訓練・夏祭りやグループホーム運営推進会議などにも地域の方に参加していたり交流している。	管理者が地域の委員会に入り、ふれあい祭りや敬老会・運動会などの地域行事に利用者と一緒に積極的に参加している。事業所主催の夏祭りには地域住民を招待するなど日常的に交流している。また福祉を高める会との連携も密に取っている。	
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	グループホーム運営推進会議にて地域高齢者の情報や支援について話し合っている。地域包括支援センター・福山市社会福祉協議会・福山市・警察署・公民館・地域住民の方・入居者家族などと情報交換に取り組んでいる。		
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	2ヶ月に1回開催。 行事・日々の状況報告・今後の予定・地域の行事など報告し理解と協力やご意見を頂き、サービスの向上に活かしている。	2ヶ月に一度開催し、参加者は利用者の家族・町内会長・組長・公民館長・支所・包括・社協・他事業所・福祉を高める会など多岐にわたっている。事業所の活動報告・行事案内・講演会など、その時宜くなった内容となっており、双方向の意見交換の場となっている。	
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に取り組んでいる	保健福祉担当者・地域包括支援センター担当者・公民館・派出所と連携を取り、意見交換しながら取り組んでいる。 ケースにより法人の本部長が行政担当者と関わることもある。	運営推進会議を中心として日常的に連携し、必要時、情報を伝えながら、取り組んでいる。	
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	法人全体勉強会・ホーム勉強会・ミーティングの課題としても取り上げ話し合い、理解し、知識を深めながら共通の認識で取り組んでいる。毎月の身体拘束廃止委員会(3G会議)で、各ホームの状況報告。身体拘束ガイドラインを基に身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束はしないという決意のもと、利用者の言葉や行動に気を配り、連携をとりあい工夫した言葉かけや対応を行っている。気になる言葉があれば、管理者や職員同士で確認しながらケアに努めている。	
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	法人全体の勉強会の参加、ホーム勉強会にて研修会へ参加した職員の伝達講習で情報共有し、皆で意識を高め、日常生活の中での尊厳をもった言動・行動に注意し、虐待防止・予防についてお互いに話し合い注意しながら業務に取り組んでいる。		

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
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	共通の認識となるよう、個々に必要な制度の関係者と情報交換し関係機関と連携しながらその人に必要な制度の活用について支援している。		
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	入居契約時には、十分な契約内容等の説明を行い、その上でお互いが納得し合意した上で手続きを行っている。		
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	家族の面会時にも相談や苦情について遠慮なく言ってもらえるよう説明し理解を得ている。意見箱を設置し自由に声が頂ける。家族会は年3回以上開催。そこでも意見を頂き、それらの意見や要望について家族や職員で話し合い運営に反映している。	訪問時や家族会・運営推進会議などで意見や要望の把握に努めている。緊急時や遠方の方には電話やメールで連絡をして意見や要望を聞いており、サービスの向上などの運営に活かしている。毎月状況報告とグループホーム便り(たんぼぼだより)を送付している。	
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	毎月1回の部門ミーティング・ユニットミーティング・ホーム勉強会と随時開催のホームミーティングでその都度話し合い、方向性を見出している。	月1回のミーティングやユニット会議などで、管理者、ユニットリーダーは職員の意見や提案を聴いている。また意向調査や職員同士の話などからその都度聞いており、改善に繋げている。	
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	個々に年間目標を掲げて自己評価を行い、一定の時期に上司がヒヤリング等を行っている。その評価を職員にフィードバックし、職員が向上心を持って働けるように努めている。また、意向調査を実施し参考にさせてもらっている。		
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	外部研修の情報を提供し積極的に参加できるように声かけをしている。伝達講習で職員に周知。内部研修は、計画を立て勉強会を実施している。法人内の研修も毎月回開催され参加している。		
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	地域のグループホームと入居者との交流会。同業者との勉強会も実施。勉強会を通じての交流や関係機関のケア会議に参加しサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	入居前見学や面接を通して、本人、家族の要望などを聞いたり、話しやすい状況をつくり、相手方の要望等を十分話を聞いている。職員同士で話し合い、共有の支援策を考えている。自宅、入居先又は、ホームでの面談等の機会をつくり、家族とも相談している。		
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	話の中で不安を受け止め、説明やホーム見学の機会を設ける。 理解と安心してもらえるように努めている。		
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	本人にとって必要とする支援を見極める為に本人と家族から事情を聴き、ホームでのサービスの説明や、他のサービスについても説明や紹介をしている。喜んで頂けるサービスを行えるように心がけている。		
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	人生の先輩として教わることもたくさんあり、職員、入居者一緒にできることをしている。また、本人の意思を尊重し、できる事はしていただき、できない事はサポートしながら本人の言葉を傾聴し向き合い家族のような関係を築けるよう努めている。		
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	面会時に入居者との時間を十分持つて頂き、近況報告や相談などを行っている。家族の方にもできる支援をしていただき、職員と家族が一体となった関係を築くようにしている。		
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	地元の方にはできるだけ地元の行事に参加して頂いている。面会の方にはお茶を出して居室でゆっくりと過ごして頂いている。また、失礼のないように関係などもお尋ねし、面会や電話等もできるようお願いしている。	一人ひとりの生活習慣を把握し尊重しながら、かつて住んでいた自宅を訪れたり、地域行事に参加して知り合いに出会う機会を設けるなど、積極的な支援をしている。友人・知人が訪問されたおりに、落ち着いて話ができるよう配慮している。	
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	ホールで昔話をされたり、歌やボール投げなど日常的に行い入居者同士が支え合えるよう、孤立しないように工夫した場面づくりをしている。		

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	退居されても近況を聞いたり、介護の相談があれば受けたりしている。 法人内の居宅支援事業所を中心に情報共有を行い、関連サービス事業所との連携や経過をフォローし相談や支援に努めている。		
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	一人一人とコミュニケーションをとり、会話などから本人の思い、買いたい物、食べたい物、やりたいことなどを把握し実現できるように取り組んでいる。困難な方には表情や動作で把握し、身体状況を考慮しながらできるだけ希望に副えるよう取り組んでいる。	日頃の関わりの中で、利用者の思いや誕生日などの意向を聴いている。困難な方にはしぐさや表情での反応や、家族からの情報による生活歴などから察しており、本人の視点に立っての意向の把握に努め、検討して支援している。	
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	入居前の生活歴や過ごし方や生活環境や交友関係を本人や家族や関係者から聴き取り、記録しケアサービスに活かしている。		
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	申し送りや介護日誌、経過記録、ケアカンファレンスで1日の過ごし方や心身状態を把握し自分でできること、援助の必要なことを見極めながら支援している。		
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	本人と家族の希望と情報を聞き、その人にどんな支援が必要なのか、本人、家族、必要な関係者(Dr・Ns・PT・OT・ST・CW)などと話し合い現状に即した介護計画を作成している。	担当者が本人・家族より聞き取った情報をふまえて、職員でのカンファレンス及びモニタリングをもとに、利用者・家族を含めたサービス会議で検討して介護計画を作成している。見直しは毎月のモニタリングで、利用者の状態に応じてその都度柔軟に行われている。	
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、介護日誌や経過記録やケアサービス評価表に記録し評価している。職員全員が閲覧でき情報を共有し、ケアプランの見直しに活かしている。		
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	協力医療機関による連携、訪問診療、訪問看護、受診などの支援をしている。毎月1回PT・OT・ST・歯科衛生士などにより、リハビリ相談などの支援をしている。		

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	ボランティア、小学校、公民館、消防署、警察など地域の方たちの協力を得ながら地域の行事に参加したり、ホームの行事にも地域の方に参加して頂き、楽しく過ごしていただけるように支援している。		
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	併設の医院からの訪問診療や協力医療機関の受診の支援をしている。本人の希望を大切に家族とも情報交換を行い、納得と理解の上で、適切な医療を受けられるよう支援している。	本人・家族が納得のかかりつけ医で月2回の往診があり、夜間や緊急時なども含めて適切な医療が受けられるよう支援している。専門医への受診は家族の協力を得ている。受診時には、状況など、家族と職員内の情報の共有に努めている。	
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	訪問看護ステーションと24時間連絡体制の契約をし、日常の健康管理のチェックやアドバイスや相談など24時間対応している。 協力医療機関の看護師にも相談に乗って貰い適切な受診が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。	病院関係者と家族と連絡を取り合っている。 入院時には、医師や看護師やMSWに退院に向けての相談をしたり、状況を把握し退院後のケアに向けて準備をしている。		
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、事業所の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	本人やご家族に、入居時と入居後には随時、話し合いをし、理解を得ている。「看取り介護」の勉強会等で話し合い、学んでいる。(看取り介護ガイドライン) 医師や看護師や地域初期支援者など対応など検討し、支援に取り組んでいる。	利用開始時に本人・家族の意向を確認するとともに、事業所の方針を説明して同意を得ている。状態変化に応じてその都度関係者と話し合いを行い、看取りでは、訪問看護による24時間対応となり、今後考えられる状況の経過や対応など情報を共有し、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	協力医療機関の救急蘇生委員会から看護師を講師に迎え「急変時の対応」「AED講習」等の勉強会を定期的開催している。		
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	消防署・地域初期支援者の協力で年2回「消防訓練」を実施。「夜間を想定した通報・避難訓練」「肢体不自由者の搬送講習」「消化器及び火災報知設備の取扱習得訓練」など実施し、地域との協力体制が築けている。	年に2回、運営推進会議等での参加呼びかけのもと、利用者と地域住民・職員は昼夜を想定した訓練と一緒に実施している。地域での地震・津波の避難誘導訓練にも参加をするなど連携が取れ、協力関係を構築している。家具などの倒壊防止対策にも対応している。	

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	言葉かけには十分に気をつけ、職員間でも注意し、入居者の尊厳を大切にしている。個人情報の取り扱いにも注意を払い取り組んでいる。	人格やプライバシーを損なわないように勉強会を行うとともに、申し送り時など個人情報についても情報の保護に努めている。利用者一人ひとりの尊厳を考慮した言葉かけを心掛けている。	
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	利用者に応じた質問や声かけなどで、希望を聞き出し、外出や買い物等でも自己決定できるように支援している。		
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	職員の押し付けの介護にならないように、日々の生活が本人のペースで、本人の希望にそえ、楽しく、穏やかに過せるように支援している。		
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	家族の協力を得ながら、行きつけの美容室や行きたいお店などに行かれたり、月1回、理容院の方に来てもらい希望される方に散髪や、日常的な身だしなみへの気付きやおしゃれする事への変化など楽しんでもらっている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	誕生日会などの行事の際には、入居者の方の好みや希望に合わせたメニューを考えている。会話を楽しみながら食事や季節を感じられるような行事も取り入れ楽しんでもらっている。個々に応じて、テーブル拭きや食後の片付けなどを一緒にしている。	職員が調理し、アレルギーや刻み・ミキサー食など、利用者の状態に合わせた対応をしている。誕生日などの行事には、好みや要望を取り入れ、利用者と一緒に好み焼きや餃子などを作り楽しんでいる。	
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	管理栄養士による献立で、手作りによりひとりの状態に合った量や形態(キザミ食・ミキサー食等)にして食べやすい工夫をしている。水分量、食事摂取量も確認して記録している。		
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、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	STの訪問相談の時に、個々にあった口腔ケアの確認とアドバイスをケアに活かしている。毎食後、個々の状態に応じた口腔ケア(ガーゼ・歯ブラシ)の支援(見守り・介助)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
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	利用者の生活リズムを把握し、排泄パターンや習慣を大切にしながら自立にむけた排泄ケアの支援をしている。可能な限りトイレ・トイレに誘導し自力で排泄動作を行えるように支援している。	排泄リズムからパターンを把握し、声かけの頻度や音量、調子などを工夫して、日中はトイレ誘導を行っている。夜間は利用者の状況を考慮して個別対応で支援をしている。	
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	ラジオ体操・ストレッチ体操・リズム体操など声かけをし参加している。天気の良い日は、散歩に出かけたり、個々に合った食事、水分摂取で自然排便に心がけている。排便コントロールが必要な場合は、主治医に相談し対応している。		
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	週に2～3回の入浴になっているが、希望があれば臨機応変に対応している。入浴の声かけをして拒否される時には利用者の状態に合わせて対応している。状況により清拭に変更し清潔保持に努めている。一般浴が難しい方は、特殊浴槽で入浴している。	週2～3回としているが利用者の希望や体調・タイミングに合わせて入浴の支援をしている。夜間、足浴を行い良眠を促す場合もある。困難な場合は、無理強いをすることなく、清拭をするなど柔軟に対応している。	
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	ひとり一人の生活習慣や体調の把握。適した室温・湿度を提供している。 ひとり一人のペースで安心して休息したり、良眠できるように支援している。		
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	医師や薬剤師から効能・用法の説明を受け理解し、症状の変化・状態について報告。服薬時には、声出し確認をして手渡し、飲み終わるのを確認している。チェックリストを作成し誤薬の防止に取り組んでいる。		
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	本人の好きな事や出来ることは、積極的に声かけをし行って頂けるよう支援している。洗濯物干しや取り入れ、タオルや洗濯物をたたんだり、フラワーアレンジメント、ぬり絵、ドリルなどで日々の生活にメリハリをつけ気分転換が得られるように取り組んでいる。		
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	季節の行事や地域行事など、家族、地域の方との協力をいただいて、戸外へ出かけられるよう支援を行っている。(買い物・行事・ドライブ・美容室)	日々の買い物、季節の花見やドライブ、行事計画や地域行事への参加など、外出する機会が多く積極的に出かけている。利用者の希望による外食など個別対応も行っている。地域住民や家族の協力のもと、希望に沿った支援に努めている。	

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
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	管理ができる方は、所持して頂いている。管理が難しい方には、預かり金として預り、本人の希望する時(買物等)に渡している。家族の了解を得て支援をしている。		
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	本人の希望がある時、相手先を確認して、電話の利用を支援している。職員が代わりに連絡を行う事もある。		
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	造船の街並みや瀬戸内の海と山の緑に恵まれた立地。整理整頓に心がけ、明るく、不快な音や臭気のない環境を提供している。机やロビーに季節の花やオブジェで、季節感を感じて生活して頂けるように工夫をしている。	共有空間は、ゆったりとした広さがあり、利用者と一緒に作られた季節の飾りや作品が置かれ、穏やかに過ごせるよう工夫されている。明るく、空気の淀みもなく、混乱を招くような音もなく、温度も適切に管理されている。	
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	ホールには、テレビやソファや畳の間があり、廊下の窓側にはイスを置いて、思い思いに過ごして頂ける環境を提供している。		
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	本人やご家族と相談して、使い慣れたテレビや家具や机。観葉植物などを持ってきて頂き、壁には写真などを飾り、過ごしやすい環境を整えている。	居室は利用者の気に入ったものや写真などが置いてあり、個々に家具などの配置も変えて、居心地良く過ごせるよう工夫された空間となっている。	
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	個々の居室の前には表札があり、手洗い、浴室の戸も大きくわかりやすい表示にしており、利用しやすく工夫をしている。車イスの方にも対応できるように建物内部も工夫している。カーテンやすだれ等で強い光にも対応している。		

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	49	介護度が重く(平均介護度:3.22)なり、地域行事などの参加が負担になる方が増えてきている。	入居者の方に負担がかからない楽しめる地域行事に参加したりホームで行事を行う。	行事の時の職員体制を検討し負担がかからないように対応する。 その方に合った行事に参加できるように取り組む。	3ヶ月
2	38	食事介助や排泄介助に時間がかかり入居者の方との関わりが思うように出来ないことがある。	入居者の方とのかかわる時間を今より少しでも増やすことができる	1日の業務や職員の動きなど確認し業務計画を立てる。 勤務時間帯を検討する。	6ヶ月
3	12	日々の業務で職員間の情報伝達(入居者の状況・事務連絡等)が十分にできていないことがある。	情報交換の徹底で情報共有できる	申し送りノートを活用し朝・有の申し送りを確実にする。(重要項目は良く分かる所に記載) 余裕を持って勤務に入り、申し送り前に自分の目で入居者の情報収集をする。	1ヶ月
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。