

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	3490200759		
法人名	株式会社ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター己斐		
所在地	広島市西区己斐大迫2-41-3		
自己評価作成日	平成29年8月3日	評価結果市町村受理日	平成29年10月12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31-34		
訪問調査日	平成29年8月28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)】

地域と連携として町内会との関わりに特に力を入れており町内会行事(町内清掃、高齢者のつどい、町内防災訓練、夏祭りなど積極的に参加している。当ホームで月に一回開催している「見学会」には地域の方々の来訪を町内会閲覧板にて広く参加を呼びかけている。とてもアットホームなホームです。今後も地域に密着したホーム作りをアピールしていきます。

【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)】

地域との交流を活かしている。毎月「ほほえみ通信」と見学会の案内を町内へ回覧し、事業所の情報を提供し、参加を呼び掛けている。清掃、防災訓練、夏祭りなどに利用者と共に参加している。運営推進会議には町内会役員複数人、家族多数、包括支援センター職員の参加があり、活発に意見・要望が出され、アドバイスもあり、事業所の運営に反映させている。職員は各委員会に所属し、役割を持って前向きに行動している。ユニット毎に毎月掲げた目標に合わせた研修を行い、根拠を持って取り組んでいる。事業所内は清潔で明るく、居室の備品はすべて持ち込みで、個性があり、それぞれの利用者がくつろいで過ごせるように配慮している。利用者は食事の準備・片付け、洗濯物干しなど、自主的に役割を持って取り組んでいる。職員は理念である「笑顔で自分らしくやすらぎのある生活」を支えている。

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・ホームの理念を朝礼時に唱和し共有している。利用者が地域の一人として穏やかに暮らせるよう、ユニットごとに目標を設定し目標達成できるように実践に取り組んでいる。	法人理念とは別に事業所の理念を職員全員で作成し、朝礼時に唱和して共有し、実践につなげている。理念は「笑顔で自分らしく安らぎのある生活を支えます。」とし、ユニットごとに、毎月掲げた目標に合わせて研修を行い、根拠を持って実践している。	
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人として日常的に交流している	町内会に入会し、町内会行事(町内清掃、高齢者のつどい、夏祭り、町内防災など)に職員、利用者様と参加すると共にホームでの行事などの参加、「ほほえみ通信」「見学会のご案内」を(毎月1回配布)町内会回覧板で呼びかけ、地域の一人として交流を深めている。	町内清掃、高齢者のつどい、防災訓練、夏祭りなどの町内会行事に職員と利用者が参加している。事業所の行事である見学会の案内や、事業所の情報紙「ほほえみ通信」を町内に回覧板で知らせ、行事への参加を呼びかけ、日常的に交流している。	
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	毎月1回の見学会や町内会行事などでホームを開放し「認知症・介護相談会」などを開催し地域の方たちに理解や支援を呼びかけている。		
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	ご家族、町内会会長他役員、地域包括支援センター、オーナー様などを構成員として2か月に1回開催している。毎回たくさんの方が出席してくださりホーム運営、活動状況報告、研修、行事報告等を行い、ご意見や助言をいただきサービスの向上に取り組んでいる。	町内会長等地域役員、家族5~10人、包括支援センター職員1~2人が会議に参加し、事業所から状況や行事・研修などの報告をし、参加者からは活発に意見・要望が出され、助言もあり、運営に反映させている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	ホームでの催しなどの相談や連絡を行っている。また、運営推進会議の案内および報告を送付している。	介護保険の更新など必要時に区役所へ出向いて連携している。運営推進会議については案内・報告を送付している。	運営推進会議の案内を持参し、担当者から事業所の状況などを話して、会議への参加を要請するなど、事業所へ来てもらう取り組みを期待したい。
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	身体拘束に関する研修により全ての職員が理解し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。やむを得ず身体拘束を行う事態になった場合は、関係者に速やかに連絡。相談し同意を頂いた上でを行い、その後の解除に向けて毎月定期的に身体拘束廃止委員会にて検討を行う定めとなっている。	身体拘束について年2回の研修(法人研修と内部研修)を行い、身体拘束をしないケアを実践している。介助の必要な利用者のために、出入り口やトイレに鈴をつけて、察知できるように工夫をしている。これまで身体拘束を行った事例はないが、必要に応じて家族に説明し、法人内のマニュアルに沿って実施することになっている。	
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	高齢者虐待研修を定期的に行っている。事例を元に問題提起し話し合い、「しない」「させない」「見逃さない」をスローガンにし意識の向上に努めている。		

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
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	成年後見制度の研修も行っているが、1名の方が後見人制度を利用されスムーズに行えるよう支援している。		
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	契約時の事業者のケアに対する取り組みや利用料、起こりうるリスク等、また、利用者の状態の変化により契約解除に至る等を含み詳しく説明をし同意を得るようにしている。また法改正や運営規定変更時による契約内容に変更が起きるときも会議で報告し個別に説明をし同意を得ている。		
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	運営推進会議で利用者様、ご家族様から意見、要望、助言をいただいたら各ユニットでの会議、ホーム全体での会議を開き情報共有をし話し合い利用者本位の運営を心掛ける。毎月「ほほえみ通信」を作成し日々の様子、行事等の様子をお知らせしている。	事業所から「ほほえみ通信」で、利用者の状況を毎月家族に伝え、面会時や受診時には家族から意見や要望が出されている。また、運営推進会議でも多数の家族参加で活発な意見交換が行なわれ、その場で包括支援センターや町内会の人の助言も受けて、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	ホーム会議・ユニット会議で研修を行い意見を述べられる体制を作っている。管理者は日頃からスタッフとコミュニケーションを図り職員の意見や要望を聞くように心掛けている。個別面談も必要に応じて行っている。	毎月の職員会議では活発な意見交換が行われ、利用者のケアや事業所の運営に反映している。管理者と職員の面談も必要時行い、職員の状況や希望・要望の把握をしている。	
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	キャリアアップ制度の活用、身体技術研修等の参加によりスタッフのやりがいや技術能力を身につけ一定基準の昇給制度あり。処遇改善手当を毎月、処遇改善手当一時金を年に1回2月に支給。		
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	社内研修では入社時に採用時研修(時給者含む)や管理者研修が定められており、ホーム内では毎月ホーム会議等でテーマを決め勉強会や研修を行っている。また社内、他拠点が集まり介護技術研修や通所研修、オムツ研修、ケアマネ研修等の研修も定期的に行い介護従事者の質の向上を図ると共に他拠点との交流で新たな知識の発見の増加やサービスに対する不安の解消を図ることができる。		
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	管理者は他のグループホームの見学をさせていただき、同業者の方との意見交換をしサービスの質の向上を意識した取り組みを行っている。		

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	事前面接で生活状態・心身状態を把握し必ず本人に直接会ってご本人の思いと向き合い、不安を理解し受け入れられるような人間関係に努めていく。		
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	利用者を取り巻く家族様の状況。これまでの経緯について聞くようにしている。ご家族様が求めている事を理解しどのような対応ができるかを事前に話し合いをしている。		
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	相談時ご本人様やご家族様の思いを確認し相談を繰り返す中、信頼関係を築きながら支援の提案をしている。		
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	男性スタッフ、若いスタッフは利用者から料理の方法などを学び日常生活の中でも家事等で得意分野で力が発揮できるよう関係を築いている。		
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	日々の暮らしの様子を伝え行事等に参加していただき、共に本人を支えて行く同じ思いを共有し支援し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	町内に元々お住まいの利用者様がおられ散歩に出られた際ご近所さんとお話しされたり、近くの公園、スーパーに行き思い出話をされる。ホーム行事等に地域の方が来られ利用者様とお話しされたりと馴染みの人や場所との関係を築いている。	近隣から入居した利用者は、職員と共に近くの公園やスーパーへ散歩に出かけて、住民と挨拶や会話を交わしている。家族と共に映画や美容院、散歩に出かけたり、通院時に本人が希望する店で外食を楽しむなど、職員は馴染みの人や場所との関係継続を支援している。	
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	利用者様同士の関係を把握しリビングの席を工夫したり利用者同士の関係がうまくいくように職員が間に入り支援に努めている。		

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
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	退去されたご家族がホームに訪ねてこられた際には必要に応じて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	センター方式シートを活用し今までの暮らし、本人様の思いを汲み取り可能な限り本人様の意向に沿った暮らしが出来るよう心掛ける。	職員は声のかけ方、誘導のしかたなど、一人ひとり工夫し、入浴時などの生活場面で利用者の言葉に耳を傾け、意向の把握に努め、利用者本位に検討している。また、家族からの情報、利用者の経歴や行動などをシートに追記して、共有している。	
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	入居前のアセスメントでご本人様とご家族様からの生活習慣を聞き取り、把握しサービスを行っている。		
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	介護記録やカンファレンスなどで一日の過ごし方を把握し生活リズムの理解に努めている。		
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	定期的カンファレンスを開催し、現状気になる事を意見交換し、より良い暮らしができるよう課題とケアのあり方を本人様、ご家族様と話し合い、介護計画を作成している。	入居時の情報シートに家族は詳細に記入している。利用者本人からも情報を得て、当面の介護計画を作成するが、1~2カ月で見直している。以後、必要時または概ね4カ月ごとにモニタリング、担当者会議、利用者・家族から聞き取り・相談をし、計画作成、家族へ説明をしている。	
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	個別に介護記録を作成し身体状況、日々の様子や本人の言葉、出来事を記録に残し職員で共有し実践している。		
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	問題が発生するとミーティング等で話し合い利用者が安心して暮らせる支援を提供している。		

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	町内会、地域包括支援センター、消防署、駐在所等の地域の方々に協力して頂き安全な暮らしができるよう支援している。		
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	事業所の提携医以外の緊急の場合を除きご家族様の対応としご家族様の協力のもと、かかりつけ医の受診が適切でスムーズに医療を受けられるよう支援に努めている。	かかりつけ医への受診支援は家族対応で行ない、情報の共有、連携に努めている。また、協力医や訪問看護ステーションとも24時間体制で相談や指示を受けられる。皮膚科医や歯科医の往診、提携薬局との連携もあり、利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	利用者様一人一人の様子を把握し的確に看護師に伝えられるよう日々の様子観察を怠らないようにし体調に変化があれば朝礼等で申し送り定期訪問時に相談・助言を受けている。		
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。	入院時には本人の支援方法に関する情報を医療機関に提携し病院関係者との情報交換・相談に努める。また、退院時にもホームでの受け入れがスムーズにいくよう医療機関からの情報の収集に努めている。入院中、ご家族様との情報交換にも努めている。		
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	重度化した場合、ご家族様、主治医、訪問看護を交えて話し合いを行っている。ご本人の思い、家族様の思いを汲み取りグループホームで出来る事を支援している。	入居時に重度化や終末期の対応について説明し、家族の同意を得ている。必要に応じて医師や家族、訪問看護ステーションとも話し合い、方針を共有している。カンファレンスを開き、職員に説明し、意見も聞いている。また、緊急時の対応についての職員研修も行っている。	
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	救急救命の講習を受講。応急手当の方法等の研修を行っており緊急時の対応は職員に周知徹底している。		
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	消防署の協力を得て年2回避難訓練を行っている。避難経路や避難場所を掲示確認し消火器の使用方の訓練を定期的に行っている。町内会の防災訓練に参加し緊急時の連絡網の実践、AEDの使用訓練、避難場所備蓄倉庫の見学、応急手当の訓練などを行い地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練を実施し、内、1回は消防署の指導を受け、町内にも参加を呼びかけている。風水害の避難訓練については町内会の防災訓練に参加している。備蓄等、定期的に点検し、備えている。また、AEDなどの応急手当についても職員研修を行っている。	

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	利用者様一人一人に配慮した声かけを心掛けている。	好みや反応、生活歴等を参考に利用者理解に努めている。言葉を選び、タイミングを図り、それぞれの利用者にあった声かけの工夫をしている。その為に職員間の情報共有を密に行っている。	
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	利用者様ご自信で出来る事を見つけ本人様のペースに合わせ声を掛け自己決定する事の喜び・満足感へ導いている。		
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	一人一人のペースを尊重しその時の状態や環境に配慮し思いを汲み取り支援している。		
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	2か月に1回散髪に来ていただき本人の意向に沿ってご家族様に相談し行う。更衣の際、本人の好みに整えられるよう支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様と職員で準備、盛り付け、片付けを行っている。見学会などで一緒におやつを作ったり、行事食で季節を感じてもらい食事を楽しみなものになるよう提供している。	季節の行事や利用者のリクエストに合わせた献立で、食事を楽めるように柔軟に対応している。利用者は、盛り付けや準備、後片付け、テーブル拭き等、自主的に職員と一緒にこなしている。	
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	個人記録に水分量、食事摂取量を記入し一人一人の状態を把握している。また、トロミ剤を使用したりキザミ食等個人と状態に応じた食事を提供している。		
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	口腔ケアの声掛けを行い利用者様の力に応じた声掛け見守りを行っている。週1回訪問歯科による口腔ケア、検診を行って口腔状態の清潔維持に努めている。		

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
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	排泄状態を記録にチェックし一人一人の排泄パターンや習慣を把握し、時間起きに声掛けを行いなるべくトイレでの排泄ができるよう支援している。	排泄について、自立している利用者が多く、パット交換等、自然でタイミングの良い対応ができるように心がけている。その為、排泄パターンや習慣を把握し、利用者に合わせた体調管理、水分摂取量、声かけ等の対応に努めている。	
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	個人記録に排便状態を記入していき、一人一人の排便状態を把握し、水分摂取を促し自然排便できるよう支援する。		
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	入浴前にバイタルチェックを行い利用者の体調の確認をし清潔が保てるよう支援している。体調が悪く入浴が難しい場合は清拭、足浴等を行う。拒否をされる利用者には無理強いをせず気分の良いときに入浴をしてもらっている。	概ね週2回、午前中に入浴している。その都度お湯を張り替え、好みの入浴剤を使用し、会話を工夫し、重度の利用者も湯船に浸かれるよう、職員二人で対応して寛いで入浴できるように取り組んでいる。また、薬を塗布する前に足浴を行なうなど、清潔の保持にも努めている。それぞれの利用者に合わせてボールを設置し、安全にも配慮している。	
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	利用者一人一人の状況に応じて安心して寝られるよう配慮している。お昼寝も個々にされたり、居室に誘導して休んでもらったり状況に応じて行っている。		
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	薬局と連携をし2週間に1回分包して頂きマニュアルに沿って服薬介助を行っている。服薬セットは薬の説明書を確認しながらファイルにセットする。服薬時は服薬担当と服薬確認者の職員2人が確認し合い飲み込み確認までしっかり行う。		
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	利用者一人一人の生活歴や能力を活かしホームでの生活の中で役割を持って過ごして頂けるよう支援していく。洗濯をしたり、料理の盛り付け、食器の後片付けなどその時その時、感謝の気持ちをお伝えしている。		
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支援している	日々の散歩、買い物など利用者の体調を見ながら外出して頂く。町内会の行事にも積極的に利用者さんと参加し地域の方と協力しながら出かけられるよう支援している。季節のお出かけとしてご家族様に協力して頂き花見などの外出も行っている。	気候のよい季節には概ね週1回の散歩に出かけ、近隣住民との挨拶や会話を楽しんでいる。家族の協力を得て盆踊りや町内会行事への参加も行なっている。	外の景色を眺めながらの会食や茶話会、家族の協力を得るなどの工夫を重ね、利用者の生活に彩を持たせる取り組みが期待される。

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
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	基本的にトラブルの原因になるため現金、貴金属などの持ち込みは遠慮いただいております。各利用者様ごとにご家族様からお小遣いをお預かりしスタッフ同行で出かけ買い物をし本人様の好みのものを購入でき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	利用者様がご家族様、お知り合い等に連絡を取りたいときはご家族様に確認をとり電話ができるように支援している。友人、親戚等の手紙のやり取りも行っている。		
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	共有の空間には季節を感じられるような作品、カレンダーを掲示し居心地良く暮らしていけるようなスペースになっている。浴室、トイレには手すりが使いやすいよう配置している。対面キッチンでリビング内全部が見渡せるよう配慮している。	共用空間は空気のとどみも無く、清潔で明るい。風呂場や備品も清潔である。利用者の体調や状態に合わせ、安全に動けるよう、手すりやボールが設置されている。キッチン是对面式で利用者の動静を把握しやすい。居室やトイレの配置はコンパクトで無駄が無く、しかもゆとりがあって動きやすい。利用者が居心地良く過ごせるよう配慮している。	
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	テレビの前に椅子がありそこで利用者様が好きなテレビを観られたり気の合う利用者様同士で仲良くお話しされたりとそれぞれくつろげるスペースになっている。		
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	家具、生活用品は今まで使っていた馴染みの物を居室内に持ち込んでもらったり本人様が居心地良く過ごせるように工夫している。	居室は、備え付けのクローゼットの他は全て利用者の持込である。馴染みの家具や装飾品等が置かれ、寛いで過ごせるよう、工夫している。居室で歩行車を安全に使いこなし、自立して生活できるようにテープで動線を描き、支援している。	
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	ホーム内バリアフリー設計で車椅子を自走できる方でも危険のないよう生活できるようになっておりご自分でできる事は職員見守りのもと行っていただく。浴室、トイレ内も手すりを設置し、自立できるよう整備されています。居室、トイレなどわかるよう表示等工夫している。居室内等の動線は安全が確保できるよう配置している。		

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	5	運営推進会議等の案内、報告書を市町村に郵送しているため、市の職員と親密な関係性が築かれていない。	区役所等に直接出向き情報交換を行い連携の強化に努める。	運営推進会議の案内を持参し、担当者にホームでの状況などを話し、会議への参加を要請するなどホームに来てもらえるよう取り組む。	1ヶ月
2	49	日常的に外の空気に触れ季節を感じてもらえるような支援が行えていない。	日常的に近隣、庭に出て外気に触れ、入居者様の生活に彩りを持ってもらう。	天候が良い日は近所の公園に出かけたり、お庭の樹木、お花を眺めながら会食、お茶会を開く。ご家族に案内を出し、協力を得られるよう取り組む。	
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。