

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	2570200325		
法人名	公益財団法人 豊郷病院		
事業所名	彦根市グループホームゆうゆう		
所在地	滋賀県彦根市川瀬馬場町1015-1		
自己評価作成日	令和元年10月10日	評価結果市町村受理日	令和元年11月28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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	令和1年11月11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)】

◆入居者は女性9名、平均【要介護2.3】と比較的自立されている方々です。 ◆入居者1人1人の生活スタイル・ペースに合わせて支援しています。 ◆ご本人で出来る事は出来る限り自身でやっていただき、役割を持っていただいております。 ◆公設民営のホームであり、地域の方々に支えられながら地域の中で運営しております。 ◆笑いの絶えない、明るい雰囲気の中で生活されています。 ◆同性介助・1対1の介助で、ゆったり・のんびり・ゆうゆうとした暮らしをサポートしております。

【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)】

彦根市の指定管理者事業所として、運営法人グループのバックアップの下、ディサービスと共に併設され17年が経過した。「地域の中で普通の生活を活力をつけてゆったり気分仲間と一緒に楽しみ温かいもてなしの心で提供」を理念に謳っている。自立支援、地域と家庭の結びつきの重視等4項目の方針を定めている。入居に際し、30日の仮入居を体験して貰い双方が理解し合い利用契約している。職員はその人を中心に、その人の視点や立場を理解し、寄り添ってケアを行うパーソンセンタードケアの実践に取り組み、質の向上に努めている。平均要介護度2強、年齢85歳の元気な利用者は家と同じような環境の下、職員達に見守られ、安全・安心、自信、誇りを持ってあるがままに日々を過ごしている。隣接ディサービスと共に娯楽ボランティア等の受け入れは、利用者の楽しみの一つになっている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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
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	・事務所内に理念を掲げ、職員全員で共有している。 ・月1回のケースカンファレンスにて、理念に沿ったケアが出来ているか話し合いをしている。	会議や申し送り時に理念の意義を職員間で確認し、日々のケアがその人にとって理念に適ったものであるかを話し合っている。ヒヤリハットもその原因が理念に適っているかを検討し、ケアに活かす様、努めている。	理念とその実践について、外部へも広報誌等で発信し啓発に努める事を期待する。
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	・自治会の行事、防災訓練や清掃活動に参加している。天候不良により、夏祭りは不参加。 ・運営推進会議への参加を依頼している。地域包括と共同で認知症勉強会に参加した。 ・自治会主催の食事交流会へのお招きがある。	自治会行事の花見の宴、町内清掃、避難訓練に参加している。地域の防災緊急連絡網に組み入れられている。事業所主催の夏祭りに近隣住民や利用者家族等の参加者を迎え賑やかな交流を図っている。	
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	・運営推進会議で、地域、住民の方に認知症への理解、支援の方法を発信している。		
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	・事業所からの報告(運営状況、入居者情報、事故報告)など行い、第三者としての目線で指摘やアドバイスを受けている。	会議は地域代表や訪問看護師、包括支援センターの出席で、隔月に実施し、通常報告の他に事故やヒヤリハット事例とその原因、避難訓練方法、地域からの行事案内等の協議をしている。職員は内容をミーティングで共有している。議事録は全ての関係者に配布している。	
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	・月1回、業務報告書の提出を行っている。 ・運営推進員のメンバーに彦根市から委託を受けた職員がおられる。 ・運営上、困難な事柄の相談を行い、協力を仰いでいる。	指定管理事業者として介護福祉課には設備について要望や運営推進会議の報告、利用者の様子等を相談し、助言や指導を受けている。ひやりハットから事故に繋がらない様、指導を受け職員全員で共有に努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	・行動を抑制してしまう声かけをしないよう、職員全員が意識を持ってケアを行っている。 ・いつでも自由に施設の外に出入り出来る環境を作っている。 ・研修会への参加をしている。	身体拘束適正化委員会の主導の下、一人ひとりの誇りを尊重し、拘束ゼロを再認識しケアに努めている。職員は寄り添いによる見守りで利用者に接遇する一方、利用者からの要望等に対して安易なスピーチロックを発しない様、職員間で戒め合っている。	
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	・身体的虐待だけでなく、精神的、言葉の虐待についても注意している。 ・職員のストレスがないか、あった時は話を聞き、業務改善への話し合いをしている。 ・研修会への参加をしている。		

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
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	・成年後見制度は現在利用しておられる方がいないが、制度の存在、理解はしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	・家族の不安等は面会時に説明している。 ・契約に関しては担当者(管理者)が行っている。 ・1項目ずつ丁寧な説明を心掛けている。		
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	・意見箱の設置をしている。 ・面会時に家族と話をしている。 ・運営推進会議で家族代表より要望、アドバイスをいただいている。	毎月の家族の来訪を歓迎し居間や居室で落ち着いて話を聞いている。家族が帰る時には利用者の要望の有無等を聴取しケアに活かす様に努めている。毎月書面で利用者の様子を報告し要望も聞いている。	定期的に利用者に対し、簡単なアンケート(食の嗜好等)を実施し意見・思いを把握しそれを家族と共有し運営に活かす事を提案する。
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	・月1回の会議で話し合いを行っている。 ・事前に提案書を記入し、会議で話し合いを行っている。 ・半年に1回の個人面談を行っている。	管理者は会議や職員と同じシフトの時及び全員が年間自己目標を設定し取り組み進捗状況等を個別面談時に意見や思いを聴取し運営に活かしている。インフルエンザ、レジオネラ菌対策で原因の一つである加湿器の使用場所を決めた。	
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	・年1回の人事考課を実施している。 ・キャリアアップシステムを活用し、職員のモチベーションをUPさせる働きかけを行っている。		
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	・職員のキャリアやレベルに合わせた研修への参加を計画している。 ・自身で考え、ケアが行えるよう職員の考えや意見を聞き、全員で話し合い業務を行っている。		
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	・彦愛犬グループホーム部会へ加入している。 ・職員交流を目的とした“集まってみよう会”に参加している。		

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
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	・不安な事、困りごとを傾聴している。 ・言葉だけでなく、仕草や表情から思いを汲み取っている。		
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	・面会時に様子を報告したり、月1回の書面で様子を報告している。 ・話しやすい雰囲気作りや、笑顔で対応する事を心掛けている。		
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	・本人の状態・ADLを把握し、家族への報告、相談しながらサービス導入時期を見極め、提案している。		
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	・趣味、外出を職員、入居者が一緒に楽しむ。 ・本人の出来る事をしていただき、役割を持つことで、ホームでの生活が継続出来るようにしている。		
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	・年2回の家族会を開催している。 ・家族・入居者の思いを反映させたケアプランを作り、説明同意を得ている。 ・面会時に状態を詳しく報告している。		
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	・かかりつけ医、馴染みの美容室の利用を勧めている。 ・家族との外出、外食の継続	利用者と共に寄り添う中で把握した馴染みの人や場への面会や訪問、買い物の送迎支援を積極的に行っている。送迎支援出来なくともテレビや写真集、本、歌詞集を備え、回想法で利用者が昔を懐かしめる様支援している。	
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	・職員が間に入り、コミュニケーションの手助けをしている。 ・ソファの座り位置に配慮し、職員の会話の中に入ることで、コミュニケーションが取りづらい方同士も会話が楽しめている。		

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	・出来ていない		
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	・入所時のアセスメントや、日々の会話の中で聞き取っている。 ・表情や仕草から読み取っている。	フェイスシートによる情報の把握や、利用者との会話や仕草、癖から意向を推測しケアにあたり、反応をケアに活かしている。入浴時の他、特に就寝時着替えの介助時に本音や不安を聞きケアに活かす様に努めている。	
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	・センター方式の活用をしている。 ・時代別背景用紙の記入を家族に依頼し、ケアプランに反映している。		
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	・1人1人のペース、体調に合わせて生活していただいている。 ・日常生活、関わりの中で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	・本人の出来る事、出来ない事を見極め、月1回のカンファレンスで話し合い、ケアプランに反映している。	仮入居期間を設け、その間のアセスメントでケアプランを作成する。その後、毎月のカンファレンスで協議し、状態に変化があれば都度、変化が無くても3ヶ月毎に計画を見直し、何れも家族の来訪を得て説明し承諾を得ている。	
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	・個人の変化に早く気づき、詳細な記録を残すことにより、職員全員で共有している。 ・定期的な見直し(1回/3ヶ月)を行っている。		
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	・訪問歯科や、出張美容院を活用している。 ・家族の状況に合わせ、柔軟な対応をすることにより、負担軽減を考えている。		

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
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	・近隣のスーパーに買い物に出掛けている。		
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	・全員従来のかかりつけ医に受診している。 かかりつけ医へ手紙や電話で情報を提供し、緊急時は、職員が付き添いを行っている。 ・ご本人のADLやご家族の状況に合わせ、往診への切り替えを提案している。	訪問看護師が利用者の健康状態把握に努めている。利用者の受診にはバイタルチェック表のコピーと医師宛に経過報告書を発行し、医師からは書面での指示等を受け家族、かかりつけ医と連携を図っている。	
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	・訪問看護師による週1回の来所にて日常の様子等報告し、指示をもらう。 ・24時間365日対応の為、判断が難しい時や緊急時に電話でき、指示がもらえる。		
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。	・入院された際は、速やかに情報提供を行い、退院時は入院先の相談員と連絡を取り合い、カンファレンスの調整を行っている。		
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	・家族、関係機関との綿密な話し合いを重ね、ホームとして出来る事、出来ない事を明確にし説明できる体制を整えている。 ・入居契約時に“看取りについての同意書”をいただき、入居段階での家族の方針を知るようにしている。	重度化、終末期対応指針書に基づき契約時に事業所として可能な限り対応する旨、説明し「看取り介護についての同意書」を家族と交わしている。重度化に至った段階で都度、意向確認書や同意書を交わし、ケアに当たっている。職員は終末期ケアの講習や心構え等の習得は十分ではない。	看取りをするしないに拘らず方針に基づく対応が出来る様、日頃から職員の教育や心構え、支援体制を整備しておく事を期待する。
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	・救急救命講習への参加をしている。 ・AEDを設置している。 ・緊急連絡網に沿って、連絡体制を整えている。		
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	・年2回の避難訓練(内1回は消防署立ち合い・夜間想定)を実施している。 ・自治会自警団との連携を図り、自治会主催の防災訓練への参加を予定している。 ・避難用スロープや非常食を整えている。	事業所運営規定に基づき防災訓練を実施している。地域の参加は未だないが12月の訓練には消防団の参加を得て実施する事が決定している。避難時の利用者の状態(独歩、老人車、車椅子)が一目瞭然に分かる「災害警戒区域図」を掲示している。	地区消防分団員の参加を契機に地域住民の参加に繋がる事を期待する。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・居室に入る時は、ノックや声かけを行っている。 ・見守りを必要最低限にしている。トイレやお風呂で背面からの介助 ・更衣の際は、必要最低限の露出にするように配慮している。 	職員は人権尊重やプライバシー確保の研修を受講し、理念で謳っている「人を人として尊重する」事を常に意識し利用者には、敬意をもち「馴れ馴れしくない」を胸に依頼や誘導をしている。入浴、排泄時の羞恥の心遣いを大切にしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーションや、家事仕事は本人の体調に合わせて行っている。 ・いくつかの選択肢を準備し、選んでいただくようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・起床時間は1人1人の体調に合わせている。 ・その日に出来る事を入居者の希望に合わせて行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・気候や季節に応じた衣類選びを本人と一緒にしている。 ・各居室に洗面台があり、いつでも身だしなみができる。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・好きな物、苦手な物の聴取をし、苦手なメニューの時は、代理品を提供している。 ・毎食後の食器洗いを1人1人にしていただいている。 	献立は利用者と相談して決めたり、食材の購入にも利用者は同行している。ほぼ全員が調理参加や、後片付けを行なっている。季節を感じる食事や外食を随時楽しんでいる。桜の季節、隣接公園で食事、おやつを楽しんでいる。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢や体調に合わせた品数を提供している。 ・1300～1500ml/日の水分確保が出来る。本人の好まれる物で代用し、飲水量を確保している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・起床時、就寝時の声かけをし、口腔内の清潔を保持している。 ・義歯洗浄剤を使用している。 		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・個別の排泄パターンを把握し、トイレ誘導することによって、不快感の軽減に努めている。 ・リハビリパンツやパットに頼らないケアを目指している。 	個々の排泄パターンを把握し、それを参考に所作も含み適時、トイレ誘導している。極力布パンツを着用し不快感やかぶれ防止につなげている。利用者も失敗防止を意識する事で排泄の自立に繋げている。ポータブルトイレの利用者はいない。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・適度な運動を取り入れ、便秘予防に取り組んでいる。 ・乳製品や食物繊維の多い食品を提供している。 ・10時水分提供時は、隔日に牛乳提供を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴時に職員との会話を楽しんでいる。 ・ゆず湯や菖蒲湯等で季節を感じていただく。 ・本人の入りたい時間帯に合わせ、入っている。 ・入浴のない日は、足浴を行っている。 	最低週3回以上、今迄の入浴習慣の希望に応え午後から夕食前に入浴し、毎日入浴する利用者もいる。利用者は職員と会話を楽しみ、歌ったり温泉入浴剤、菖蒲湯、柚子湯等使用して変化に富んだ入浴で寛ぎ楽しんでいる。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・出来るだけ使い慣れた寝具を持ち込んでいただいている。 ・日中の活動量を多くし、夜間はゆっくりと休んでいただけるようにしている。 ・個人に合わせた照明で休んでいただく。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な内服薬の見直しを、医療機関と行っている。 ・下剤や眠剤に頼らないケアに努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・得意とされている事をしていただく事によって、やりがいを感じていただいている。 ・入居者皆さんのカラオケのリクエストを聞いて選曲している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・季節に合わせた外出を企画、実行している。 ・年2回の家族会のうち、1回は施設を飛び出し、日常に味わえない雰囲気の中で食事を楽しんでいただいている。 ・個別、集団の外出を行っている。 	日常は希望に応じ車椅子利用者も含み、近辺を散歩したり、中庭の畑の世話や日光浴をしている。毎日の買い物同行や、ほぼ全員揃って毎月外食もしている。季節を感じる花見を楽しみ、外出頻度は多く、利用者も楽しみにしている。	

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	<ul style="list-style-type: none"> ・家人より、おこづかいを預かり、本人の必要時には応じて使用している。 ・本人管理を希望される方は、本人に所持していただき、安心していただいている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・自身で電話していただく事で、安心や満足感が得られるようサポートしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・業務の音(食器洗い、掃除機等)の雑音が邪魔にならないよう配慮している。 ・季節の花や、壁画等の貼り絵をしたり、居心地良く過ごせる工夫をしている。 ・排泄後の臭いが残らないよう、消臭剤等で気を付けている。 	台所、食堂、居間はワンフロアで一部を畳敷きにしてている。利用者と職員と一緒に毎日床掃除し清潔さを際立たせている。角張った部分に緩衝材を取り付け利用者に優しい気配りをしている。季節を感じさせるタペストリーや花をさり気なく飾る等、施設感を無くし家庭的雰囲気を出している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・リビングのソファにて気の合った方同士、隣の席に座っていただき、会話を楽しんでいただいている。 ・難聴の方に対しては、孤立されないよう配慮している。(声をかけ職員の隣に座っていただく等) 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が使用されていた家具や食器、衣類を持ち込んでいただくよう家族に依頼し、安心して生活していただけるよう工夫している。 	居室には利用者が慣れ親しんだ筆筒、椅子、テレビを持ち込み、連れ合いの写真を飾っている利用者も居る。居室の清掃は利用者が毎日の日課として行い、レイアウトもそれ迄の環境と出来るだけ近い雰囲気になる様に工夫している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレや浴室の位置が分かるよう貼り紙をしている。 ・各居室に表札(名前カード)を貼り、入居者の目線に合わせて対応している。 		

2 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	1	経営理念は、事務所・食堂の冷蔵庫に掲示しているが、ご家族や来訪者には見えない場所であり、第三者には伝わっていない。	経営理念をたくさんの方々に知っていただき、ゆうゆうが目指しているケアの方向性を明確にする。	<ul style="list-style-type: none"> ・玄関に掲示する ・ゆうゆう新聞に記載する 	2ヶ月
2	10	現在は、外部評価でのアンケートしか行っておらず、ご家族・入居者の意見が運営に反映できていない。	定期的なアンケートを行い、ご家族・入居者の要望、意見が盛り込まれた施設運営を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> ・気軽に話せる関係作りはもちろん、定期的(1回/6ヶ月～1年)なアンケートを取り、日頃聴取できない要望・意見を知る事で、よりよい施設運営を行う。 	12ヶ月
3	33	職員それぞれが終末期ケアを経験しているが、ここ数年ホームでの看取りを実践できていない。	職員の心構え・知識、技術の再確認のための教育の場を提供する。	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期ケア研修への参加 ・月1回のカンファレンスの際に、職員全員で重度化した方の情報を共有し、ケア方針を明確にする。 	12ヶ月
4	35	自治会・自警団との協力体制は整っているが、近隣住民とは築けていない。関係性が薄くなってきている。	いきなり防災への協力要請はハードルが高いため、少しずつ関係を築いていけるよう努力する。	<ul style="list-style-type: none"> ・挨拶や、何気ない会話から関係作りを始めていく。 	12ヶ月
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。