

### 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	2270600451
法人名	有限会社 エルダーハウス
事業所名	グループホーム千草
所在地	静岡県三島市徳倉3-6-16
自己評価作成日	令和 元年 11 月 23 日
評価結果市町村受理日	令和2年2月10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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvossyCd=2270600451-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvossyCd=2270600451-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 静岡タイム・エージェント
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階
訪問調査日	令和 元年 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)】

「一つ屋根の下で一緒に暮らしませんか！」グループホーム千草は既存の住宅でお年寄りとスタッフが家族的な雰囲気の中暮らしております。明るさ、音、におい等五感からの生活空間を快適に整え住み慣れた思い出ある家と違和感のない環境の中、安らぎのある生活を提供しています。四季折々のお花見・散歩・買い物・お墓参り等日々の体調に合わせて外出しております。毎日の食事作りにも力を入れ、そば打ちや和菓子を提供し笑顔を送っております。神経内科専門医広小路クリニック木野先生の訪問診療、田村歯科医による訪問歯科診療、三島市医師会訪問看護ステーション、ペリー薬局薬剤師とのタイムリーな連携で24時間365日の医療体制が充実しておりターミナル期における尊厳ある看取りをしております。

#### 【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)】

外観も含め、家庭的な雰囲気、本来のグループホームのあり方をめざして、運営されています。職員は介護職の経験年数が長くレベルが高いので、利用者の個別ケアに力を入れ対応しています。また外部研修も積極的に参加させてくれます。職員同士、職員と管理者や計画担当も意思疎通ができていて、情報を共有しています。今まで、看取りも多く経験し職員は冷静に対応できるようになっています。家族や近所の方の訪問が多く、当日は立派な人参の差し入れがあり、お昼に早速調理していました。メニューはその日に決め、職員の手作りで時にはケーキを焼いたり、麺を打ったりと楽しんでいます。晩酌をされる利用者もいらしゃいます。医療連携ができていて家族も安心しています。

### 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	「一つ屋根の下で一緒にくらしませんか！」利用者様とスタッフが共に明るく、楽しく、やすらぎのある静かで穏やかな生活を送る事を目指し職員も人的環境である事をお互い認識しあっている。	理念は経験豊富な職員に受け継がれていて、新人は実践を通して、理念を理解してもらうようにしている。理念以外でも〇〇十か条を幾つか掲示し、職員にケアの本質、年配者の尊厳を訴えている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	施設長(管理者)の幼少の頃から慣れ親しんだ地元との関係性は長く日常的に交流している。地域の行事・防犯パトロール・ふれあい祭り等参加。散歩等で近所の人達と日常にお話をしている。	施設長の地元で近所とも顔見知りで、地域とのつながりは深い。窓越しに援助を求めると駆けつけてくれるような関係である。差し入れも頻繁にある。	
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	三島市地域包括推進課よりキャラバンメイトとして小中学校・企業へ出向き認知症の理解・接し方の講義で認知症サポーターの養成や増員のお手伝いをしている。		
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	2か月毎の運営推進会議参加メンバーは地域隣組、民生委員、市の介護相談員、地域包括支援センター、ご家族様、利用者様等集まって事業所の現況報告や意見交換を行っている。	2ヶ月に1度行われていて、家族や地域の参加者も多く、リビングで行っているが一杯になる。民生委員が行事の情報を教えてくれる。介護相談員も意見を出してくれ、三島市の介護状況の橋渡し役に貢献しようとしている。	
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取り組んでいる	市の長寿介護課担当者に相談悩みがある時は、電話・窓口にて答えて頂いている。地域包括支援センター主催の認知症フェスティバルやGH連絡協議会等活発に活動し協力関係を気付いている。	地域包括支援センターとはキャラバン・メイトやイベントで密接に関わっている。地域包括推進課と認知症フェスティバルについて交流がある。	
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「介護保険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	年2回身体拘束廃止の研修を受けている。拘束不要の介護の在り方を職員全員が現場で整備対応が出来、止む追えず行う時の手続きができる。	家族を含め全員で委員会の委員になっていて、やむをえず行う時の書式も整い、実行している。研修の記録もきちんと取られ、職員は見直して実践している。マニュアルも整備されている。	
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	自分が不適切なケアをする立場にある事を自覚し精神衛生上健全である必要がある。自分の接し方に疑問を感じ、向き合う様に管理者が中心になって問題提起・介護の振り返りを日常的に行っている。		

静岡県( )

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	職員は利用者様の権利・尊厳に対する法や制度を理解する為講演会、研修に参加している今までに複数の利用者が制度を活用された。		
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	契約等、代表者が十分な説明を行い、理解と納得を頂ける様に、都度説明に努めて折、何でも聞いて頂ける環境にしている。改定の際はお手紙面会時等お知らせしています。		
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	ご家族の訪問が多い為その際にご希望を聞いている。またスマホ導入(メール、画像)で利用者様のご様子をタイムリーに家族に送信、問題解決している。要望意見は、当日のフロア職員と管理者が話し合い迅速に解決している。	毎日のように訪問してくれる家族もいて、その都度話を聞くように努めている。画像を家族に送信することにより状態がリアルタイムに詳細にわかるので対応が早くできている。運営推進会議には家族の参加が多く、意見が活発に出ている。	
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	職員間で運営に関するアイデア、改善点は小規模ならではの意見交換の場面が多く即実践から振り返りまで管理者と職員間で一体化している毎月25日の会議には全員出席し意識統一できる。	勤続年数が長く、スキルが高いのでケアに対して思いや考えをもっている。会議には職員全員が出席して意見が活発に出ているので対応を話し合い、情報共有ができています。	
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	各自が向上心を持って働ける職場環境や条件の整備に努めている。資格取得には勤務しながら学べる環境を提供できる。		
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	管理者は法人内外の研修に進んで参加できる機会を設けている職員一人一人の向上に取り組んでいる。		
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	医師会の研修、県・三島市各GH連絡協議会や地域包括ケアシステムの一環でキャラバンメイト・認知症フェスティバル等参加。情報交換を行う事で「顔の見える信頼関係」づくりサービス向上に向け実践をしている。		

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
<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	入居するにあたってご本人の気持ちや普段通りの生活の実現に向け入居前の面接を大事にしている。		
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	入居前に十分な時間をかけ、今困っている事、不安な事に耳を傾け施設ではなく、こちらからも出向いて密な関係を築いている。		
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	ご本人、取り巻く方々より【介護がつく前の暮らし】【介護がついてからの暮らし】の情報収集と利用者となる方の主訴を十分に理解するために自宅に伺い又は当施設に遊びに来て頂くなどして顔を覚えて頂き、不安を和らげる役目となる。		
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	「一つ屋根の下で一緒にくらしませんか！」利用者様とスタッフが共に明るく、楽しく、やすらぎのある静かで穏やかな生活を送る事を目指し【こうして欲しい】というニーズに【こうあって欲しい】という願いを込めている。		
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	パーソンセンタードケアとはご本人はもちろん家族様もその人らしく生きているか否かが継続的絆が得られると考える。無理なく抱え込めない関係性である様に支援している。		
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	こちらから出向いたり訪問だったり送迎し支援体制になっている。昼食を召し上げて頂いたり、お孫さんが泊れる様に受入れ体制あり。入居前通われていた生け花の先生宅へ送迎もしている。	長年親しんで来た、生花のお稽古に送迎を行って支援している。利用者の部屋に娘や孫が泊まることもできる。また、面会に来た家族に昼食を食べていってもらうこともある。	
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	アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭葉変性症、血管性認知症4タイプの方々が2階建民家である当施設で共同生活を営んでいる。疾患別対応方法ケアを提供し職員は9名様の所在把握をしながら円滑な関係性を支援している。		

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	サービス終了後もこれまでの関係が続き、親戚同様こちらにみえたり、伺ったり行き来が続いている。		
<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	今までの生活歴の情報収集と利用者様の主訴を十分に理解するために自宅に伺い又は体験入所も可能でありスムーズにホームになじんで頂ける様にしている。	入居前に利用者の生活のようすを把握して、職員全員で情報を共有してケアにあたっている。家族の思いも大切にしているが利用者本人の思いをしっかりと聞くように務めている。	利用者一人一人に担当の職員がいる。日々の利用者の様子を記録し、ケアの向上に繋がるように「個別援助計画」を始めたが始めたばかりで記入にばらつきがある。ケアに活かせるように質を高める事を期待する
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	ご本人、ご本人を取り巻く方々(ご家族、ケアマネジャー)から【介護がつく前の暮らし】【介護がついてからの暮らし】の関係性を考慮した情報収集と利用者となる方の主訴を十分に理解するために面談を行う。		
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	一人一人日々現状把握が出来ており、レベル低下時は介護過程の展開が他職種チームと出来る。		
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	毎月25日の会議でサービス提供に関する報告、モニタリングをしてケア過程の展開をしている。ご家族へメールでタイムリーに近況報告している。要望や主治医・訪問看護の助言等意見を反映している。	毎日のケアで気づいたことはすぐにメモを取るようにして役立っている。毎月の会議で全職員で利用者の様子、気になる事を出し合い、ケアの方法について話し合い、計画を立てて実行している。	
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	日々の介護日誌、、個別の記録を職員間で情報共有しながら、実践や計画の見直しをしている。		
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	個別的に集団的に柔軟なサービス提供を多機能化に取り組んでいる。買物、食事、散策 習い事、お墓参りの準備など。		

静岡県( )

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	ご本人の社会資源を入所後分断しないサービス調整を実践している。地元の縁者の力を借りたり民生委員との意見交換をしている。地域包括ケアシステムの一環として認知症フェスティバル等の活動・参加に取り組んでいる。		
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	毎月、認知症専門医の訪問診療・訪問歯科診療と事前に情報交換し密な関係を継続している、必要であれば紹介状にて専門医に受診している。早期発見治療で悪化を予測し、医療職チームと対応している。	毎月第2木曜日に認知症専門医であるかかりつけ医が往診してくれる。歯科医の定期訪問もある。訪問看護師も月に3回訪問し24時間対応である。それぞれ情報はFAXで送る。かかりつけ医は必要であれば専門医に紹介状を出してくれ、利用者の入退院の際には立ち会ってくれる。利用者のBMIは3ヶ月ごとデータにしている。	
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	週1回の訪問看護で個々の現状把握し相談指示を仰ぐ、急変時には即訪問有り医師との連携が実践されている。		
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	入院時サマリーを作成し情報提供している、家族に代わって付添いや、面会し状況把握、退院時はカンファに参加し、看護サマリー、本人との面会等状況把握から退院支援をする。		
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	看取りの指針を整え同意書を頂いている。終末期のあり方は、ご本人ご家族の意向を尊重し主治医・訪問看護師・薬剤師等医療職とタイムリーに情報交換をしている。看取り経験ベテランスタッフにより手厚い介護の提供が出来る。	自分の家族を看取った経験のある利用者の本当の思いを大切に考えている。医師、訪問看護師、薬剤師、と連携し、看取り経験が豊富な職員が中心になって終末期ケアに取り組んでいる。	
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	医師からの勉強会に出席したり、研修に参加し実際の急変時はマニュアルに沿い出来ているかを振り返り職員間で話し合っている。		
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	マニュアルを作成し防災訓練を実施。毎月11日は災害の日と決め非常食を食べたり、避難経路・避難場所・備蓄確認をしている。近所の方への声掛けで近隣の協力体制も構築している。	地域の防災訓練に参加している。施設独自の訓練はあらゆる想定で行っている。前回は電気ガスが使えない状態を想定した。発電機もある。BCP研修も受講した。地域の協力も取り付けてある。災害トリアージの準備を推している。介護相談員と近隣の施設同士の協力体制について相談している。	

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
<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	【パーソンセンタードケア】の10ヶ条を居間、職員トイレに掲示し、常に初心を忘れない様 にしている。日頃から言葉使いチェックで振 り返りしている。	「パーソンセンタードケア」10か条が掲示して ある。現場を中心に日ごろから気をつけてケ アをしている。気になることはメモをして会議 で話し合って改善している。	
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	まず、目線を低くし合わせる、笑顔、話しか けるボディタッチをする。(ボディタッチは利 用者別に加減する)		
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	日々の体調に合わせ、ご希望をききながら 日課を協働作業でこなしている。		
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	さっぱりと清潔感のある、身だしなみを支援 している。お化粧が続けられる様に声を掛け 話が弾む様に場面設定楽しい雰囲気作り。		
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	利用者様のご希望を聞いたり季節ごとの献 立を提供している。家族様を交えて食事をし たり重度化の利用者様も目前にすりつぶし てから召し上がっている。	食材の差し入れも多く、冷蔵庫をチェックしな がらその場に応じて調理している。時には面 会に来た家族も食べることがある。利用者の 状態によって細かくしているが食材の感覚が 残るように心がけている。食欲をそそるよう な盛り付け、食器に配慮している。晩酌をする 利用者もいる。	
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	栄養バランスを考え献立を決めている。食事 量水分量を記録し、お好きな飲み物を個々 に把握し脱水を防いでいる。栄養不足の利 用者様は栄養補助食品の提供に努めてい 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	個別の口腔内アセスメントによる清潔保持。 誤嚥性肺炎予防を常に心がけており毎食後 磨き残しがない様に支援している。毎月の訪 問歯科診療時にアドバイスを頂いている。		

静岡県( )

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	排泄の時間、回数、量等記録を取り排泄パターンを把握し個別の支援に努めている。なるべくトイレで排泄して頂くようにトイレ誘導を行っている。	排泄の記録をとり、パターンを把握してできるだけトイレで排泄するように支援している。夜間は睡眠を妨げないように考慮している。	
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	ご家族の協力を得ながら便秘に効く飲み物や繊維質の多い食材乳製品を個別に提供している。日中体を動かさず様に働きかけたり自然排便ができる取り組みをしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	全介助、2人体制の利用者が多く、入浴を嫌う態度も見受けるが浴槽につかった後は、皆様喜ばれている。いつでも好きな時に入浴が出来る様にしている。	週2回、午前中の中の入浴が基本であるが、利用者のその時の体調、気分に応じて、柔軟に入浴してもらうようにしている。拒否がある利用者には人やタイミングを変えて、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	就寝時間、休憩時間は個々に全く違います。臥床される方は、状況をみて離床して頂く。横になる習慣が全くない利用者様もおられ個々の習慣に応じて支援している。		
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	職員は、薬の効用、副作用、用法用量について理解している。薬が変わった時は、医師から説明があり、服用後の効果変化等の報告を必ずFAX・電話で伝え指示を受けている。利用者様、ご家族様に説明している。		
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	生活歴を参考に個別に役割、楽しみ事、気分転換を支援している。ドライブ、買物、四季を感じて頂く行事又童謡・昭和ナツメロ歌謡鑑賞を提供している。		
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	四季を五感で感じる散歩・お花見や買い物、外食等で心身の活性化につなげる。外出時の画像をメールでタイムリーに報告している。法事・結婚式など参加支援もしている。	施設の周りは車通りが少ないので、普段は施設周りを散歩している。時には車で花見や花火見学に出かけることもある。その際、家族の参加も呼びかけている。いつも見られないような笑顔は写真を撮ってメールで家族に送って喜ばれている。	



静岡県( )

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	1人1人希望、能力に応じてお金を所持して頂く。また使用時は見守っている(小遣い程度)。ご家族様が管理をされている。		
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	携帯電話をお持ちの利用者様の充電をしたり、ホーム画面に戻したり、置き忘れ行為から番号を鳴らして見つけ出す事もある。長女様お孫様からの電話メールがあり支援している。		
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	既存の2階建ての為、違和感なく暮らしておられる。五感への不快となる刺激を避け気分が落ち込まない様にしている。照明暖色系、アロマ液・固形使用、床暖房、童謡、昭和懐メロ ソファ	2階建ての民家を改築しているので、利用者が住んでいた家と雰囲気が似ているのか穏やかに暮らしている。施設長の飼っている犬も馴染んでいる。玄関の下駄箱の上には生花を習っている利用者の作品が置かれている。	
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	利用者様が移動し易く各々が好まれる居場所が見つかる様に配慮している。実際「ここが好き」とお好きな席場所に毎日座っておられる方がいる。改善必要時、迅速に模様替えをし、解決している。明るい陽射しが入るソファで外気浴を心掛けている。		
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	利用者様のなじみの家具を置き、ご家族の写真やご自分の宝物や大事な物を飾っている。習慣を継続出来る様にしている。	利用者の好みや希望に合わせて、部屋をセレクトしている。それぞれ、利用者の生活歴や人柄が現れたような部屋になっている。	
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	一人一人「できる事」「わかる事」を積極的に安全に行える様に職員間で見極め、役作りに反映出来る様に実践している。		

## 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	23 (9)	日々の利用者の様子を記録しケアの向上に繋がるように「個別援助計画」を作成しケアに行かせるように質を高める。	職員は利用者様の生活課題に対して ①分析明確化②個別援助計画作成③課題達成 ①から③ができるようになる ケア方法のレベルアップを図る	静岡県介護福祉士会主催によるテーマ別出前講座「個別援助計画書の作成」を依頼、2月職員全員受講予定。受講後職員は担当利用者様の個別援助計画を作成する。計画の見直しは、月に一度25日の利用者様全体会議以降月末までに行う。	12ヶ月
2					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。