

### 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   | 2591300054          |            |           |
| 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野洲 (2階 秋桜) |            |           |
| 所在地     | 滋賀県野洲市比江966-4       |            |           |
| 自己評価作成日 | 2019/11/27          | 評価結果市町村受理日 | 2020/1/16 |

※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 | 一般社団法人 滋賀県介護福祉士会  |  |  |
| 所在地   | 滋賀県草津市笠山七丁目8番138号 |  |  |
| 訪問調査日 | 2019/12/17        |  |  |

**【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)】**

比江地区の住居が多い地域に位置し避難場所にも指定されている。地域のお祭りではホーム前が休憩場所となり、入居者の皆様が神輿を見てお祭り気分を味わっています。また、開所時より地域小学生の集団登校集合場所として使用され、朝から子供達のにぎやかな声がかかる環境です。年1回「ニチイ祭り」を開催し地域の方々の参加で楽しい時間を過ごす事が出来ています。ホーム理念にもある一日三笑をモットーに日々の生活が刺激ある一日を過ごせるようにまた、画一的な支援にならないようにその時の状況に応じた個別ケア、自立支援が出来るように心がけている。日中は入居者ご家族は勿論、お知り合いの方や地域住民の方等が気軽に訪問出来るように玄関を開放し地域に根ざしたホーム作りを目指しています。

**【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)】**

事業所は住宅地の中で静かな環境にありながら農作物を見て季節を感じることができる。地域との繋がりができ、地域密着型としての事業所が構築されている。また、衛生面が行き届いており、清潔な環境である。居室は画一でなく、落ち着いて過ごせるように個性が重視され自室のイメージを感じる。家族の言葉で「利用前にイメージしていたのと違い、利用してからイメージが変わった。家と同じで預けることに引け目を感じない」・・・が、事業所を象徴している。1階・2階のリーダーの連携とリーダーシップで、事業所の運営が前向きに推進されていることを感じた。最新情報のキャッチと実践を通して、まだまだ成長される施設であると感じた。

**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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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  | 事業所独自の理念と各ユニットの理念を出入りに掲げし出勤時に見て確認出来ている。又、理念に向かい実践出来るように意識している  | ユニットの方針「助け合い・分かち合い・学び合い」の実践に向け、新人は「感じたことや気づき」のメモを取り先輩がサポートする体制をとっている。また「連絡ノート」の活用や、リーダーがケア場面での気づきをその都度話し合い改善に繋いでいる    |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 地域行事には積極的に参加し、ホーム行事への参加も呼び掛けを行い相互に交流出来る機会作りをしている。入居者散歩のおりには必ず挨拶し日常生活の中での交流を心がけている。又、小学校の登校集合場所にもなっている。 | 自治会に入会し、回覧板も届いている。祭りでは、事業所の前で御輿を観覧している。また、子供や住民参加の祭り開催は盛況で定着している。事業所のイベントに自治会館を借りてカラオケ大会等を行なっている。                     |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 認知症サポーター講座の企画やホーム見学会等常時誰でもが入りやすいよう玄関の開放を行い、介護相談等への対応も出来ている   |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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か月に1回のペースで地域自治会会長や民生委員、市職員と入居者家族の出席で、ホームからの報告を行いながら意見交換を行っている   | 会議では、ホームの状況や活動報告をすると共に、ヒヤリハットの状況と対応を報告し、改善策を共有している。外部評価の実施についても報告されている。   |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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   | 市担当者は運営推進会議に参加頂き、ホームの状況や取り組みに理解を得ている。又アドバイスも受けている  | 市の担当が代わる毎に事業所の方針を説明している。感染症の発症状況の情報を受けて予防に繋げている。災害時マニュアル作成時にアドバイスを心得活用している。   |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束廃止委員会を設置して毎月開催している。及び研修に参加し報告行い全スタッフ共有している。2F出入り口の施錠については帰宅願望の強い入居者対応の為(外へ出る行為が頻回)会社指示にて、暫く行っている   | 毎月、ユニットリーダーやスタッフとの会議開催や研修を通して身体拘束の適正化を図っている。2階のユニットから夕方に外の出られる行為があった場合は、見守り強化と短時間の施錠で対応している。調査時に、言葉かけを含め身体拘束は見られなかった。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 身体拘束研修時に高齢者虐待についても学んでいる。スピーチロック、ドラッグロック、フィジカルロックについてもスタッフ間で日頃から話し合い注意を払い防止に努めている                       |   |                   |

| 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<br>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    | 身体拘束廃止委員会の研修時に権利擁護についても学び制度の理解を深める。   |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約時には重要事項説明書の読み合わせを行い十分に時間をかけての説明を行ってからの契約締結となり、ご家族の不安や疑問にも直ぐに答え理解されている     |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 利用者には日々の生活の中で意見要望は聞いている。ご家族様には介護計画書変更時や来訪時に要望等を伺いケアプランへ反映したり、スタッフ間で共有している   | 家族に対し、年1回「満足度調査」を実施して生の声を聴くようにしている。その実施を通して来訪時に質問や要望を受けることがある。また、毎月「ほほえみ便り」で運営状況を送る等、意見を聴く対策が講じられている。           |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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回のスタッフミーティングにて個々の意見を聞く機会があり、提案などがあれば都度反映させている。又、定期的にスタッフ面談を行っている          | 管理者は、職員の体調等によりシフトや勤務場所を変える等の配慮を行なっている。職員からは、現場で感じた問題・課題があった都度意見を述べ、全員で話し合いと共有ができていと聞き取った。2ユニット合同のミーティングも行なっている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | スタッフの不安等を聞く機会を設け(個別)解決に向けて話合っている。又、キャリアアップへの研修情報や、労働組合からの情報も開示掲示している        |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 新卒職員には1年間OJTを付け、一緒に学び取り組み指導を行っている。他スタッフには外部研修・内部研修情報提供し、シフト調整しながら学ぶ機会を設けている |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 他法人同業者との交流の機会は少ないが、外部研修時などで知り合い交流する機会がある                                    |   |                   |

| 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<br>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 | 初期のアセスメントの中でご本人の思いや状況把握を行い、ご本人との会話から思いを聞き安心できる関係作りに努めている                    |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 入居に向けての話し合いの中で、ご家族の不安や困っている事を聞きだし、対応策などを具体的に示し不安感の軽減が出来るよう対応している            |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | グループホーム入居申し込みの段階で今の状況を伺い入居が必要かの見極めを行い、他サービスの必要があればお伝えしている                   |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 日々の生活の中で、スタッフと一緒に出来る事をして頂いてる。食事の配膳、下膳、食器拭き等協力しながら、良い関係作りを行っている              |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | ホームに来訪時には、ホームでの様子をお伝えし、ご本人の思いを共有しながら、ご家族様と共にホームでの生活をより良くする為に協力頂いている         |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 以前の住まいの近隣の方や昔からのお知り合いがホームに来訪されたり、海外在住の娘様と手紙でのやり取り等、ご本人の思いを大切に関係作りの継続を支援している | 馴染みの入・場所は、センター方式で家族の協力を得て把握している。その繋がりから馴染みの人の訪問も多く、墓参りや正月の帰宅、馴染みの美容院にも行かれている。馴染みの物としてパソコンや携帯電話の活用を継続されている例もある。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 配席の変更やレク時での参加呼びかけで利用者同士の交流の機会を作り、自由に1F、2Fの入居者が交流できるよう支援している                 |  |                   |

| 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<br>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                    | 相談や退去先での様子を伺う機会を設け関係が途切れない支援を行う予定  |   |                   |
| <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<br>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   | ケアプラン変更時には必ずご本人の思いを聞き反映している。聞き取りが難しい時にはご家族や生活の中からの発言等を参考にご本人の思いを知り把握している | ケアプランは6ヶ月毎に見直しを行なっている。利用者と向き合うことで、本音を聴き取ることも多く新たなニーズに繋がられている。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | アセスメントの中でご家族より生活歴や今まで利用されたサービス等を聞き把握している                                 |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ご本人の思いと出来る事、理解しているかを日々の生活の中から見つけられるよう1日全体の流れも把握し共有している                   |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | カンファレンスでの意見や気づきを話し合い課題の抽出をし、ご家族様からは要望を聞き、介護計画作成に反映させている                  | 計画作成は、本人のニーズを中心に家族の要望をふまえてスタッフと評価及びすり合せを行なって作成している。           |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日々の記録は簡潔に記入し、特変時にはより詳しい記録を記入し各自確認をしている何かあれば報告連絡にて共有しながら介護計画の見直しを行っている    |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 都度の状況把握行い今何が必要かをご家族様との話の中から知り、希望があれば対応できる事から対応している。                      |   |                   |

| 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   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 地域への祭りに参加したり、イベントに地域の方に来て頂いたり、当ホームの駐車場が地域避難所に指定されている。地域資源を活用し、安全で豊かな暮らしを楽しむ事が出来ている |   |   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 提携医の定期訪問での受診もあるが、今までのかかりつけ医への受診もご家族様の協力で行なえるように情報提供をしている。又毎週の訪問看護で体調管理も行っている       | 内科の連携医は、月2回往診している。他の専門医には家族の協力で随時受診され、家族を通して情報提供している。歯科医師や衛生士、訪問看護とも連携して健康管理に努めている。 |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 訪問看護師の定期訪問を行い、毎週の状況は提携医への報告行い医療連携行っている。又、体調不良など早めに知る事で早めの対応が出来ている                  |   |   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院後の状況は都度病院に確認し、退院時には退院に向けたカンファレンスに参加し退院後の注意点等の把握に努めている                            |   |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 「重度化した場合における対応に係る指針」の取り交わしにより終末期の対応についてご家族と話し合いを行いチームでの支援が出来る体制作りに取り組んでいる          | 重度化した場合は、指針で説明すると共に、看取り支援も行なっている。入退院時の情報提供と情報収集で連携を行なっている。                          |   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 救急搬送時の手順やマニュアルが常時見える場所に掲示してある、またスタッフミーティング及び研修で救命講習行い応急手当等の初期対応が出来るよう知識を得る機会を作っている |   |   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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回消防署協力の下で訓練を行い、避難誘導の手順を把握出来るよう計画している。今年度は地域住民と11/9に比江自主防災訓練を当駐車場で行う事が出来た。        | 災害を想定した実践的な訓練を行なっている。地震や火災・風水害のマニュアルも作成されている。地域のハザードマップの把握も行なわれている。                 | 災害時は、自主防災には限度があることから、地域住民の協力は不可欠です。今後に向けて、協力体制を構築されることを期待します。 |

| 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<br>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                   | 入浴やトイレのプライバシーはもちろん、1人ひとりの状態を把握し適切な言葉かけを行っている。気になる言葉使いをしている場合はその都度職員同士が注意し対応している                     | 個別ケアの徹底、浴室ではパーテーション活用、スムーズなトイレ使用等プライバシー確保と配慮がある。自由な振舞いを大切に個人を尊重している。また、声のトーンを柔らかくし、ゆっくり対応するように心がけていると聞取る。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | ご本人の思いを大切に、日々の生活の中から問いかかけの工夫し思いを聞き出せるようにゆっくりとしたかわりを持つ時間を作っている。入浴時もスタッフが決めるのではなく時間等本人が決められる声かけを行っている |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 今までの生活習慣が継続出来る様、施設側の決まりごとで時間を決めるのではなく、ご本人の思いを聞き、したい事をしたい時に出来るよう支援している                               |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | その日の衣類はご本人が決め、整髪や化粧にて身だしなみの整えを支援している。男性は入浴時にひげそりを行い清潔感のある身だしなみが継続できており、整容後には鏡にて確認出来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<br>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     | 季節ごとに季節が感じられる献立と一緒に考え反映している。又食事作りは一緒にした後片付け等積極的にお手伝い頂いている。食事についての質問などのレクリエーションを行い楽しめるよう支援している       | 三食手作りで提供。週1回、生協の注文書を入居者と一緒に相談しながら食材選びをしている。一緒に梅干しを漬けたり、おはぎを作ることもある。落ち着いた雰囲気での食事風景であった。                    |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 偏った献立にならないよう、日々の献立記録を参考に献立を考え、1人ひとりの状況に合わせ食事提供量や食材に工夫している。水分量も把握し、脱水や便秘にならないよう摂取の促しを行っている           |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 食後は必ず口腔ケアの促しを行い、訪問歯科は希望者のみ利用している  |   |                   |

| 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<br>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                              | 1人ひとりの排泄リズムを把握し、トイレ誘導を行っている。   | 記録から時間・リズムを把握するようにしている。日頃の観察からサインを見つけ、早めの対応に努めている。退院後のオムツ対応からトイレ誘導に移行した例もある。トイレの場所をわかりやすく、色とマークで明示してある。              |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 朝食時にはヨーグルトの提供を行い、昼、夜の献立には食物繊維の多い食材やオリーブオイル使用する等工夫している。毎日の体操で体を動かす機会や提携医の指示の元、服薬にて排便をコントロールしている         |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                             | ご本人様の要望にあった入浴方法を行っている。入浴剤も希望者には使用してもらい温泉気分を味わって頂く。   | 午前・午後の希望を聞き、意向の把握をしている。水虫の予防として「コラージュフル」を足指に塗ってから入浴し、入居者・職員共に清潔保持と感染症対策に努めている。                                       |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 自由に居室に戻りベットで休息出来る。夜間もリビングの消灯行い音や光に配慮している   |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | スタッフ各自誰がどのような薬を服用しているかを処方箋にて確認し、服薬変更時には申し送りにて把握様子観察もしている   |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 趣味や好きな事の継続が出来るよう把握して散歩、物作り、掃除、体操等支援している。又、ご家族様の協力にて気分転換に外出や買い物などに出かける方も居る                              |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 天気の良い日には玄関先で日向ぼっこをしたり、散歩の声かけを行っている。少しでも外の空気に触れられるようにしている。。ご家族様の協力で定期的に近郊にショッピングに行ったり、銀行に行ったりと外出される方もいる | 日常生活の中で外気に触れることは、「当たり前の生活」と捉え重要視している。自分の新聞をポストまで取りに行きモーニングコーヒーを飲む、その人らしい暮らしの支援がある。昨年からの計画で、ご家族と一緒に、一泊旅行を実現された入居者もある。 |                   |

| 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<br>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  | ホームではお小遣いとして金銭管理を行っているが、ご本人の希望にて買い物時には所持し支払いの機会を作っている。本人が金銭を所持している場合には定期的な確認も行っている                  |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 常時、本人希望にて電話使用は出来る。手紙のやり取りも出来る。携帯電話を使用している方も居る   |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 共有の空間では掃除の徹底、物の配置に配慮し不快や不便さが無いよう気をつけている。リビングには季節が解る様に壁画を作成し季節感を取り入れた各自の作品も掲示している                    | 清掃が行き届いている。トイレの臭いもなく、家族の安心に繋がっている。整体師の経験を持つ入居者が、パソコンを用いてゲームをされている。その人らしい過ごし方がある。掲示物からは日付や曜日の確認ができ、時の見当識への配慮もある。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 机やイスの配置を考え、一人になれるソファ一席を用いたり行動しやすくしている。本人の状態に合わせて都度イスを移動させている  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 今まで使用していた家具などを持参して頂けるようお伝えし、使い慣れた物の使用で環境変化への混乱が無いようにしている。又ご本人が好きなぬいぐるみや思い出の写真を置いたり心地よい空間作りをしている方も居る | 本人の意思決定を大切に、一人一人その人らしい部屋となっている。誕生日のバースデーカードに歴史を書いてプレゼント(記憶の確認)。また、起床時の転倒予防に低めのタンスが支えとなり安全確保する人もあると聞取る。          |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | ホーム内は全てユニバーサルデザインで段差無く手すりも多く設置されている。トイレドアも色を変え表示もして他居室と違うように工夫している。居室は表札や飾りがり、自分の部屋とわかるよう区別している     |   |                   |

## 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        | 13   | 災害時においてグループホームだけでは自主防災が十分とは言えない。地域住民の協力初詣不可欠であり協力体制を構築していく必要がある                             | 地域住民と協力体制を図ることで災害時の対応が安全に且つ迅速に行える               | 運営推進会議にて災害時における問題点を定義して行政、民生委員、家族と共通問題として捉え問題解決に取り組む    | 12ヶ月       |
| 2        | 10   | 皆で(本人様、医療関係者、スタッフ、家族様)で会議をする際本人がより良く暮らすための課題、ケアの在り方、個人の尊厳及び個別ケアの観点からついニーズとディマンドが混同されるケースがある | ニーズとディマンドのそれぞれの性質を理解し判別しニーズを抽出する事でより良いケアを実践していく | センター方式、モニタリング、サービス担当者会議にて俯瞰的な視点で状況の把握を行いニーズに合った目標を立てていく | 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。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

| 【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】 |                    | 取 り 組 ん だ 内 容         |   |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| 実施段階                      |                    | ( ↓ 該当するものすべてに○印 )    |   |
| 1                         | サービス評価の事前準備        | <input type="radio"/> | ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②利用者へサービス評価について説明した                                 |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした              |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 2                         | 自己評価の実施            | <input type="radio"/> | ①自己評価を職員全員が実施した                                     |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った                |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った    |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った         |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 3                         | 外部評価(訪問調査当日)       | <input type="radio"/> | ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった             |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④その他( )   |
| 4                         | 評価結果(自己評価、外部評価)の公開 | <input type="radio"/> | ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った(2019年12月26日のスタッフ会議にて実施)  |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った(市町村提出とともに送付予定)        |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った(1月下旬提出予定)                |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った(2020年1月21日開催予定)      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 5                         | サービス評価の活用          | <input type="radio"/> | ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した               |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)                           |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)                     |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |