

### 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	1176502233		
法人名	特定非営利活動法人 福祉ネットワーク・エヌツー		
事業所名	グループホーム ふるさとの家		
所在地	埼玉県さいたま市西区清河寺722-1		
自己評価作成日	平成31年2月20日	評価結果市町村受理日	令和元年5月7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.kaiqokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=1176502233-00&amp;PrefCd=11&amp;VersionCd=022">http://www.kaiqokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=1176502233-00&amp;PrefCd=11&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	一般社団法人 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成31年3月20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)】**

当事業所は、さいたま市西区の自然が豊かな住宅街にある木造2階建てのグループホームである。家庭的な雰囲気の下、①利用者の主体性を活かす②各人に応じた介護③円滑な共同生活の工夫を理念とし、常に理念に立ち返りながらその人にふさわしい援助のあり方を工夫している。毎日の体操、レクリエーションなどアクティビティにも力を入れている。また、医療機関との連携も円滑に行われており、定期的な受診だけでなく、緊急時の受け入れもスムーズに行われている。生活保護者等経済的困窮者についても広く受け入れを行っており、その人らしい生活が継続できるよう福祉活動に努めている。このため、関係機関との相談・連携も緊密に行われている。

**【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)】**

さいたま市西区郊外の自然豊かな住宅街にある事業所です。事業所の敷地内には家庭菜園があり、各居室の窓から季節を感じられるよう、梅や蜜柑、柿等が植えられている。収穫後には季節の食材として提供している。事業所では家庭的な雰囲気の下、利用者の個別性を重視した寄り添うケアが行われ、自立した生活が継続できるよう残存機能の維持・向上へ向けたケアの工夫等を行っています。医療面においても定期受診の同行支援や家族・医師との連携等密に行われており情報等の共有や顔の見える関係性づくりへの配慮、急変時の緊急体制も整っている。状態に応じて専門医への受診や歯科往診等についても柔軟に対応している。また、全職員への知識、技術の向上等への定期的な研修等を設け資質のレベルアップに努めており、環境面においても生活サポート表や清掃確認表を活用しながら衛生的な環境の維持に努めている。

**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 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) ○ 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広がったり深まり、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と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、活き活きと働いている (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
<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	1階ホールに運営理念を掲示してある。毎日の朝礼で全職員が唱和して理念を意識付け、共有している。その理念の下、利用者の意向に沿ったサービスの提供を心がけている。	1階ホールに運営理念を掲示されている。毎日の朝礼の際に職員全員で唱和を行い理念の統一化及び、意識付けを行っている。朝礼後には小会議を毎日行い情報共有や意見交換等を行い日々の実践につなげている。	
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員として日常的に交流している	自治会や商工会に加入し、近隣の住民から農作物の差し入れを頂くなど、地域との交流を図っている。また、理事長が事業所を代表し、地域のイベントにも参加している。	事業所開設前から当該理事長は地元住民と関わりがあるため近隣との関係性は良好である。自治会や商工会へ加入しており地域の行事への参加も行っている。近隣住民からの差し入れや散歩時の挨拶等交流を行っている。	
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	自治会の行事に参加し、また、礼節を持って地域住民との関係の維持に努め、認知症や施設に対する理解を求めている。		
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	利用者、市職員、包括職員、地域住民等の参加を得て定期的に開催している。利用者の状況や事業所の取り組みを報告・説明し、参加者から了承を頂き、運営に活かすよう努めている。	定期的に会議が開催されている。市役所職員、地域包括、民生委員、近隣施設職員等の参加があり事故報告書等細かく検証している。また、全会議出席者の意見を記録し、全職員へノートを活用しながら会議内容の周知を行い日々のケアへ反映している。	
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	運営推進会議の他、職員が関係部署を訪問し、状況報告や相談等により連携に努めている。生活保護利用者も多く入居しており、福祉課職員の来所もあり、連携を密にしている。	運営推進会議の他に、毎週市役所関係部署へ職員が出向き、又は来所により連絡調整等を行っている。また、福祉課職員や市町村後見等の調整等もあるため連携を密に対応している。	
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	指針を作成し、内部研修等において拘束がもたらす弊害等について学び、拘束をしないケアの実践と意識付けに努めている。また、最近の社会状況に鑑みて、防犯上、出入口を施錠しているが、利用者・家族に説明し、同意を得ている。	全職員へ定期的な研修や勉強会等実施している。必要時その都度、説明や理解、意識付けに努めている。特に退院後の本人の状態変化に対応できるよう本人が安心できるケアへの取り組みを行っている。また、入所の際、事前に家族へ説明を行い書面にて合意を得ている。	
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	自己学習の他、施設内外の研修を通じて、虐待となる行為の態様、弊害を理解し、その防止の理由と必要性を学び合い、個人の尊厳を確保すべく、虐待防止に努めている。		

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 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	成年後見審判の申立て中の利用者もいる。法制度の理解に加え、関係機関や後見人等と連携・相談して必要な情報を共有し、本人の権利擁護に努めている。		
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	契約の締結に当たっては、当施設のケアに対する考え方や取り組みについて施設長が利用者と家族に説明し、同意を得た上で、書面にて契約を締結し交付している。契約の解除や改定についても同様である。		
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	利用者の意見は日頃のコミュニケーションやアセスメント・モニタリング時、家族の意見は面会時や受診同行時等で確認している。意見は実行に移すよう検討し、買い物や外食等が実現されている。	家族の来訪、連絡、通院の際、家族と職員とのコミュニケーションを図り利用者の状態等の共通理解を行い顔の見える関係性づくり、信頼関係の構築に努めている。家族の意見として外食や買い物等の要望があり通院後に行えるよう迅速に反映させている。	
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	会議の他、理事長や施設長に個別に直接意見を言いやすい環境があり、取り入れられるものは運営に反映してもらっている。	定期全体会議は廃止し、毎朝の朝礼後の小会議にて随時、職員からの意見や要望等の発言の場を設けている。取り入れられるものは運営に反映することのできるよう努めている。	
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	職員個々の努力を人事考課に公平に反映し、やりがいや向上心を持って働ける職場環境の整備に努めている。		
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	必要に応じて外部研修への参加の機会を設け、得られた知識を参加者が他の職員に伝達し、知識・技術の共有と向上が図れるよう努めている。		
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	時間的制約もあり交流は十分とは言えない。今後、行事や運営推進会議等の相互参加を通じて、他施設の良いところを吸収し、サービス向上に資するよう努力したい。		

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	入居前に本人に意向や不安に思うことを聴き、サービス計画に反映しサービスを開始する。開始後も生活状況を見ながら再度、意向等を聴いてサービスを見直し本人の安心と信頼が得られるよう努めている。		
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	家族の要望や不安等を聴き丁寧に説明して、不安の解消に努めている。また、利用者や家族の意向に沿った生活ができているかどうか、意見を交換しながら家族との信頼関係作りに努めている。		
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	アセスメントを行い、医療も含めてその時点で何が最も必要かを利用者と家族と相談しながら対応している。		
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	本人のできることや生きがいの把握に努めている。例えば、調理の下ごしらえやコップ拭きなどをされている利用者も多い。役割を持つことで、介護する側とされる側という立場を超えて、共に支え合う関係が築けると考えている。		
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	日頃より、本人の心身状態の変化等を伝え、家族と共に本人の生活を支え合う関係の構築に努めている。家族にも、できるだけ本人と接する機会を持つよう面会等の協力をお願いしている。		
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	家族や知人との面会、電話や手紙等の交流が引き続き行えるように支援に努めたい。	家族の通院時の同行支援や、面会時の声かけ、こまめな連絡等本人の状態や希望等報告を行い繋がりが継続できるよう支援している。文字を書く事のできない利用者に代わり職員が手紙の代筆を行ったりと人間関係の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	レクリエーションへの参加、役割や利用者どうしの相性や関係性を把握して交流を深め、自然な形で支え合う関係が築けるよう努めている。		

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	必要に応じて、要望があれば、関係機関の案内など相談支援に応じている。		
<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	入居時には利用者や家族だけでなく居宅ケアマネ等や医療機関からも情報を得ている。その後も定期的に意向を確認している。また、意思疎通の困難な場合は、生活歴等を参考に日頃の行動から本人の思いを汲み取るよう努めている。	入居時に家族や関係者より情報収集、希望等を伺い本人の希望を聞き取り取り組みを行っている。自ら意見を発せ無い利用者に対し、日々のケアの中で本人へ寄り添いかかわりの中で職員が気持ちのくみ取りを行っている。	
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	本人・家族、居宅ケアマネ等関係者から話をうかがい、これまでの生活スタイルを把握して、日々のケアに反映させている。		
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	毎日のバイタル測定を始め、一人一人の日々の心身状態、表情、言動や生活状況を観察し、現状把握に努めている。気づいた点を申し送りし、職員間で共有している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	本人や家族の要望、医師の助言等を取り入れて話し合った結果を基に介護計画を作成している。モニタリングや計画の見直しは、定期的に行う他、状況の変化に応じて随時行っている。	入居時や計画作成の際に、本人、家族や医師からの助言等を聞き取りを行い計画に反映させている。状態に応じて随時、もしくは6ヶ月に一度モニタリングを実施、全職員から会議時に情報収集等を行い現状に応じた計画を作成している。	
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	個別記録の他、申し送りノートを活用して、心身状況、気付いたことなどを記載し、職員がいつでも閲覧できるよう情報の共有を図っている。		
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	要望や必要性に応じて可能な場合には、柔軟な対応や検討を心がけている。		

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	地域の一員として、地域が主催する催し物に協力している。		
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し、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	協力医療機関との連携を密にし、急な予約外受診も円滑に行われている。協力医療機関以外の医療機関の受診も、希望に応じて行われている。	協力医療機関への受診や本人の状態や希望に応じて専門医への他科受診、歯科往診等の対応も可能となっている。状態悪化時の入院や急変時等の緊急体制等も整っている。	
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	看護職は配置していないが、心身状態の変化に応じて、協力医療機関等の看護師等に随時相談し、適切な受診につなげている。		
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。	日頃より、協力医療機関と情報交換・相談を密に行い、適切な医療を安心して受けられるよう協力関係を築いている。また、入院中も随時お見舞いに行き、状態把握と早期退院や退院後の支援に向けた相談を行っている。		
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	重度化や終末時の方針は、利用者や家族に説明し同意を得ているが、個々の事情に応じて柔軟に対応している。	事前に家族等から重度化や終末期の方針等の説明・同意を得ている。長期入院や本人や家族の意向、医師等の見解等に応じて柔軟な対応等に努めている。	
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	急変時には、応急手当、救急要請をして職員が連携して対応するよう心がけている。		
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	地元の消防署と連携して避難訓練を行い、現実に即した避難方法等についてアドバイスを受けられるよう努めている。	2回/年 災害・防災・洪水訓練を消防署と連携を行い実施している。事前に近隣へ訓練の実施を呼びかけを行い、避難方法・経路確認等、夜間想定も考慮し最小人数職員での訓練を実施している。備蓄についても水と2日分の食料を1階倉庫に保管している。	

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	利用者と職員の親密な関係を大切にしながらも尊厳を大切にしよう言葉遣いに注意している。また、排泄時や入浴時にはドアを閉め、利用者の居室に入る際は必ずノックをするなどプライバシーに配慮している。	利用者の尊厳に大切にしながら言葉遣いに注意しながら、毎朝の朝礼時に意識の統一を全職員で行っている。また、排泄の際にはドアを閉める、居室の入室の際にはドアをノックし声かけを行う等配慮をしている。	
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	日常生活におけるコミュニケーションや表情・態度等から本人の思いをくみ取り、また自らも自由な意思表示と自己決定をしやすい信頼関係作りを心がけている。		
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	業務優先となってしまう場面もあることは否定できないが、各利用者のペースに合わせ、できるだけ本人の要望に沿った生活ができるよう支援している。		
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	本人・家族の希望を尊重して、季節やその日の気温に合わせた清潔感のある身だしなみを整えられるよう努めている。また、ほとんどの利用者が、定期的に訪問理美容を利用されている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	日常は食材業者からの材料を職員が調理して食事を提供している。また、水・日曜日の昼食は利用者等からリクエストのあった献立を提供する等の工夫を心がけている。	日常は栄養管理された食材業者の献立に従い職員が調理している。利用者も野菜の皮むきや片づけ等役割を持っている。週に2回は通常の献立に入らない献立を職員が考え調理を行い提供している。個々の利用者の咀嚼・飲み込み等に合わせた食事形態に対応している。行事食の提供もしている。	
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	体調や栄養状態・嚥下能力を把握し、利用者の身体状況に合わせた食事量・塩分量・水分量・形態等を工夫して提供している。ミキサー食でシリンジを用いて食事介助することもある。		
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	毎食後、口腔ケアを行い、必要に応じて介助している。自立の方を含め、最後は職員が口腔内の状態を確認する。うがい等が困難な方には、口腔ケア用のウェットシートやスポンジでで口腔清拭している。		

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	排泄記録により排泄パターンを把握し、日中はトイレ排泄を基本としながら、夜間は各利用者の心身状態に応じてふさわしいと思われる無理のない排泄介助を行っている。	個別の排泄パターンを職員が把握しており日中、個別のトイレ誘導が行われている。夜間は利用者の状態に応じて無理の無い排泄ケアが行われている。	
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	適量な水分摂取、食物繊維の摂取や体操などで自然排便を促している。便秘が強い方に対しては、医師の処方により、適宜、下剤を使用して、排便のコントロールをしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	利用者の状態の低下が顕著であり人手もかかるため、入浴曜日や時間が固定化されているのが実情である。しかし、見守り程度の介助で入浴できる利用者であれば状況に応じて希望通りの時間に入浴を実施することも可能と思われる。	利用者の状態低下が顕著にみられるため安全性を考え職員2人介助による入浴介助が行われている。2回/週の入浴時に拒否等がある場合は無理強いをせず他の曜日へ振り替える等、柔軟な対応に努めている。	
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	日中は、各利用者が自由に居室や共用スペースで過ごされている。夜間は、その方の就寝時間に配慮している。日中活動的に過ごし、昼夜逆転を防ぐ一方で、なかなか寝付けない利用者には、医師の処方により睡眠導入剤を使用することもある。		
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	個人ファイルに薬情が綴じてあり、職員がいつでも病名、薬の薬効と副作用を確認できるようにしている。薬局で薬を一包化してもらおうと共に、各回各人ごとに個別に分け職員が管理しており、誤薬や飲み忘れのないよう気を付けている。		
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	食事の下ごしらえや配・下膳、食器・テーブル拭きなど、これまでの生活歴を活かした役割を各利用者が現在できることを加味して、お願いしている。		
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	通院時に合わせて買い物や外食等をしている。家族の協力も得ながら、個別に対応している。しかし、職員の人員の関係上、また歩ける利用者が激減していることから日常的に外出することは難しく、事業所内で過ごすことが多い。	通院時の家族との買い物や外食等への支援等や天候を見ながら近隣のお寺への散歩へ職員と共に出掛けている。その他、市役所や郵便局等職員の用事の際に車へ同乗しドライブを楽しんでいる。	事業所のハード面や環境を活かした利用者も共に参加した家庭菜園の活用や日光浴等、季節感等を感じられるような取組みが行えるよう 更なる心のケアに期待したい。



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	紛失のトラブルを避けるため、本人・家族の了承を得て、原則として金銭管理は施設でしており、利用者は金銭の所持はしていない。必要な物品は家族または家族からの預り金で職員が購入している。		
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	希望により、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支援をしている。職員が家族と電話した折にも、本人と会話をして頂くようお願いをしている。		
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	居間の壁に、利用者と職員が共に制作した季節感のある飾りを飾っている。また、温度・湿度計があり、居心地の良い共用空間作りに努めている。	共有スペースには日光が自然に取り入れられるような設計がなされ暖かな共有空間となっている。居間の壁には利用者と職員の共同作成する季節の飾りが掲示してある。ホームシアターも設置しており曜日に応じて上映している。作業ができる利用者は箱織りを役割として楽しめる自由な空間になっている。	
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	多目的室、居間等の共用部分の空間においても、いすやテーブルを置き、いつでも使えるようにして、一人でいたり、気の合った利用者どうして過ごせる居場所を確保している。		
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	利用者が居宅で使用していた衣服、家具、写真、位牌等を持ち込み、自宅と施設における生活の連続性が保てるよう配慮している。	居宅にて使用していた馴染みの家具や写真、位牌等を持ち込む事ができる。自宅と同じ環境で安心して生活することができるよう配慮がされている。	
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	トイレや浴室にはマークを貼り付け認識しやすくしている他、各所に手すりを設置しており、各人の状態に合わせた安全な移動のための工夫をしている。テラスのある居室では、自分で洗濯物を干している入居者もあり、自立支援の一環として役立っている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 31 年 4 月 15 日

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	利用者様の高齢化・重度化に伴い、外出の機会が少ない。	短時間あるいは近隣でも良いので、でき得る限り、外出の機会を持つ。	事業所のハード面や環境を活かし、施設近隣への散歩や日光浴、利用者も共に参加した家庭菜園の活用など外界と接触することにより、気分転換ができ、季節感を感じられる取組みが行えるよう心のケアにもでき得る限り努めたい。	12ヶ月
2	36	少人数の施設のため、利用者様と職員の距離が縮まりコミュニケーションが良く取れる反面、目上の人であることを忘れ友達であるかのように接してしまう場合も見られる。	目上の人であるという意識を常に持って、言葉遣いに気を付け、マナーを守って接する。	節度ある態度で接し、利用者の尊厳に配慮した利用者本位のケアを行うよう毎朝の朝礼時に全職員に対し繰り返し意識付けを行う。	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、行を挿入して下さい。