

(別紙4) 平成 25 年度

### 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   | 3190100234    |            |             |
| 法人名     | NPO法人タチカワプラザ  |            |             |
| 事業所名    | グループホームさとこ    |            |             |
| 所在地     | 鳥取市立川5丁目256-1 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成25年8月1日     | 評価結果市町村受理日 | 平成25年12月19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 | 社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 鳥取県鳥取市伏野1729番地5  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成25年9月25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)】**

|  |
|--|
| <p>ご利用者様の健康管理を含め一人ひとりの個性と認知症の症状の特徴を考慮して、個別ケアと自立支援にむけての関わりを、職員間で共有してご家族様の協力を得ながらその人らしい生活を継続出来るよう取り組んでいます。</p> |
|--|

**【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)】**

|  |
|--|
| <p>・定期的に、エレクーン演奏やオカリナ演奏、語り部などボランティアを受け入れ、利用者が好きな歌を歌ったり、話しを聞いたり、日々の生活が楽しく過ごせるよう工夫しておられます。</p> |
|--|

**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<br>3. 利用者の1/3くらい<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<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. 全くいない           |
| 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<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。                          | 運営理念と生活理念をホーム内に掲示して施設のケア目標として意識づけして実践に繋げている                                | 利用者の尊重と家庭的な暮らしの支援、地域との交流という事業所理念のもと、毎年職員で話し合い生活理念を作成しておられます。事業所理念と生活理念はホーム内に掲示しておられます。                | 事業所理念について、職員同士の意識共有の場を持つことを期待します。    |
| 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                           | 町内会に加入して保育所・地域の行事に積極的に参加しています。又秋祭りを開催して地域住民を招いています。散歩や買い物・外気浴の機会に挨拶等しています。 | 町内会に加入し、地域の文化祭や敬老会など町内会行事に参加しておられます。事業所主催の秋祭りには、地域の方が大勢参加されます。定期的に、エレクtoonやオカリナ演奏などボランティアの訪問があります。    |                                      |
| 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                         | 実践研修の受入も積極的に行っている。町内会にホーム便りの配布を行っている。                                      |   |                                      |
| 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      | 会議の場での委員さんからの情報・意見を取り入れ実践に繋げている。地域メンバーの方より地域行事の情報を頂きながら協力も得ている。            | 会議のメンバーは、家族代表と町内会長、民生委員、鳥取市職員、地域包括支援センター職員等です。利用者が同席されるときもあります。事業所の活動報告や行事予定、評価結果の報告、検討等をしておられます。     | 記録を整理保管し、出された意見をサービス向上に活かすことが求められます。 |
| 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取り組んでいる                 | 運営推進会議の場で問題点・不明点等担当職員に尋ねたり電話相談している。  | 市職員とは、運営推進会議の場で情報交換しておられます。日頃から、相談時やヒヤリハットがあった場合等の報告をしておられます。   |                                      |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「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 | 職員間で気付きを共有しながらお互いのケア・言葉の拘束等についても指摘しあいながら日々のケアに取り組んでいる。                     | ～したらいけないなどの禁止言葉を言葉の拘束としてとらえ、日々のケアの中で、職員同士気を付け合っています。昼間、玄関の施錠はしておらず、利用者が外出しようとする場合は、付き添って一緒に出かけておられます。 |                                      |
| 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      | 職員それぞれが虐待の理解を深めており防止への意識と取組に繋げている。   |   |                                      |

| 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    | 成年後見制度などの研修に参加し資料・レポートにより職員が学ぶ事が出来る機会が少ないものの、必要に応じて活用出来るように意識を高めている。                         |  |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約を結ぶ前に利用者家族と面談し話し合いの場を設けている。また、契約時に説明を行い理解や納得を得られるよう図っている。                                  |  |  |
| 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                     | ご家族には手紙や来訪時・家族会などに常に問いかけ何でも気軽に話し言って貰える雰囲気作りに留意している。玄関に意見箱を設置し第三者委員より外部からの意見感想等いただけるよう努力している。 | 年2回(年度当初と12月)開催の家族会や毎月の請求書送付時に、意見・要望等を表せる機会をつくったり、玄関には意見箱を設置したりしておりますが、意見はありません。 | 家族は、意見や要望等を言い出し難しいことを踏まえて、職員や事業所側から意見等を聞く努力や場面作りが求められます。 |
| 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                                      | 毎月全体会を開催し法人の方針を伝える事で職員からの意見などを聞き反映に努めている。  | 毎月1回、理事長、副理事長、全職員が参加する全体会で、職員の意見を聞く機会を設けています。日頃から意見や要望を聞くように心がけておられます。           | 定期的な個別面談等、職員の意見や要望が出やすい工夫と意見等を運営に反映させる体制づくりを期待します。       |
| 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      | 就業規則を策定し働きやすい職場環境の構築に努めている。  |  |  |
| 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         | 日々の業務の中で個々の職員の力量を把握に日々自己研 に繋がるようコメントを発信し月一回の施設内研修随時施設外研修にも積極的に参加してスキルアップを図っている。              |  |  |
| 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 | 鳥取県グループホーム協会主催の相互研修に参加し他事業所で経験する事で自らを振り返り当事業所のメンバーと情報を共有しサービスの向上に繋げている。                      |  |  |

| 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<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 | 特に初期にはご本人の安心を確保する為に、ご本人と向き合う時間を多くしその方の気持ちや想いを聴いたり言葉にならない想いを模索することで信頼関係の構築に努めています。               |                                  |   |
| 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            | ご家族が求めている気持ちや希望を理解し、事業所としてどのような対応が出来るか話し合いご家族様と情報を共有し安心して利用して頂けるよう努めている。                        |                                  |   |
| 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        | 相談の段階で求められていることを見極めサービスの説明と他にどのようなサービスが必要なのか説明し必要な場合には他のサービスに繋げるなど対応に努めています。                    |                                  |   |
| 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                        | 共に生活していく中で相手を尊重し互いに求めあう場合もあり協力しあう事で「共に・・・」の関係作りを努めています。笑い声が絶えない生活が目標です。                         |                                  |   |
| 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         | 日々のご本人の気持ちや状況をお伝えし共有しているとともにご家族の存在の大切さや重要性を理解して頂きともに支えていく関係を築いています。                             |                                  |   |
| 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                     | 利用者の馴染みの場所へのドライブや写真を用いたの思い出話をしたり理容店を利用する事もあります。又ご家族様の協力も得て馴染みの場を散歩する計画を立てたりとご家族様と過ごす機会にも繋げています。 | 馴染みの人や場所は、入所時に利用者や家族から確認しておられます。 | 職員が情報を共有し、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう継続して支援していくことを期待します。 |
| 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                  | 利用者同士が関われるような内容を考慮し趣味や役割・活動・作業などを一緒に出来るよう配慮し又、職員が話の足掛かりをつける事で関わりやコミュニケーションに繋がり孤立しないよう努めている。     |                                  |   |

| 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<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                    | 退所後も本人に面会に行ったりご家族様にその後の様子を聞く中で相談や情報提供を行う支援に努めている。   |  |                   |
| <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<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   | 日々の関わりの中で把握するよう努めている。言葉や表情などから模索し職員間で検討するよう努めている。意思疎通の難しい方は筆談を用いたりご家族や関係者から情報を得るようにしている。  | 一人一人の思いや意向等は、日々の会話の中で把握するよう努めておられます。会話が難しい方は、担当している職員が、日々の関わりの中で把握し、記録しておられます。                           |                   |
| 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                                       | 入居前にその方の生活歴を把握し入居までのサービス利用事業所や病院からの情報提供によりその人への理解を深めご家族様・地域の方の協力も頂き把握に努めている。              |  |                   |
| 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   | 日々の変化に気付き一人ひとりの心身の状況を把握するよう努め、その方が好まれる過ごし方・個別ケアを重視した取り組みを実践する努力をしている。                     |  |                   |
| 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 | サービス担当者会議を開催し、ご本人やご家族様に想いや意見を聞き反映させ担当者を中心にモニタリングを行い職員全体でカンファレンスを行いご本人の現状に合わせた介護計画を作成している。 | 本人や家族の意向や希望を踏まえ、ミーティングやミニカンファレンスで検討し、介護計画を作成しておられます。3カ月に1回モニタリング、6カ月に1回介護計画の見直しを行い、現状に即した介護計画を作成しておられます。 |                   |
| 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                        | 個別ケース記録介護日誌の記録を職員間で情報共有し日々のケアに反映させて実施結果や状況変化を検討し必要に応じて計画書の見直し変更をしている。                     |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | 急変・緊急時は医療機関・ご家族様と連携を図り対応している。利用者の希望に合わせた買い物支援を行ったり地域行事にも積極的に参加している。                       |  |                   |

| 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                                      |
| 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                                      | ご家族の協力を得ながら面会の機会や外出の機会を設けご家族様と過ごせる時間を大切にしている。又、地域行事に参加する事で社会交流を深められるよう取り組んでいる。                                |  |  |
| 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                                 | ご本人・ご家族様の希望でかかりつけ医を決めています。ご本人様の状況を的確に主治医に伝える為職員が同行したり書面で報告をしたりしています。又、利用者様の半数は往診の為より医療との連携を深めています。            | 入所前のかかりつけ医を受診されています。本人と家族が通院の際は本人状況が分かるように職員が同行したり、書面で報告したりされています。事業所に定期的な往診医があり、かかりつけ医を往診医に変更する方もあります。その際は、家族にその状況を説明しておられます。 |  |
| 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                          | 日常より体調や些細な表情の変化を観察し早期発見に努め看護師に連絡し相談したり指示を貰い対応したり医師に繋いでもらったりしています。   |  |  |
| 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。 | 入院時には介護状況報告書にて状況を伝え見舞いを兼ねて必要に応じて経過状況を聞いたりし把握に努めている。退院時は医療側とカンファレンスをもち必要なケアの検討等話し合いをしている。必要時は医療側へ連絡し指示を貰っています。 |  |  |
| 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  | 往診の医師や協力医院との連携で緊急対応については職員・ご家族様共に共有しているが終末期に向けて具体的な方針や取組については課題の一つであり検討段階である。                                 | 終末期に向けた方針はありません。家族の意向や往診医の協力で、重度化した場合に対応しておられます。   | 終末期に向けた方針を決め、本人や家族をはじめとする関係者全体が、その方針を共有し、取り組むことが望まれます。 |
| 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  | 研修を実施し応急手当や心肺蘇生など定期的に行い職員全員が対応出来るようしている。マニュアルを整備し周知徹底を図っている。  |  |  |
| 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  | 消防署・地域自警団の協力の下利用者とともに避難訓練を行っている。自動緊急連絡網にも地域自警団も含まれており協力体勢を築いている。防火・消火設備も整備出来ている。                              | 消防署、自警団の協力の下、避難訓練、設備の点検をしておられます。防災マニュアル、避難誘導や消火などの役割分担や避難経路を定めています。夜間の訓練は、2月に実施予定です。   |  |

| 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>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                   | 利用者のプライバシー保護尊重を重視し本人の気持ちを大切に考え言葉かけや対応に配慮している。   | 食事の準備や片付け時、排泄の誘導時など利用者を尊重した声かけや対応をしておられます。  | 個人ファイル等個人の情報については、プライバシーに配慮し、保管場所等の工夫が求められます。 |
| 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                     | 何をするにも前もって確認するようにしている。入浴も本人様の意思を大切に行っている。言われたことややりたいことをゆっくり聞き取るようにしている。   |   |   |
| 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 | ご本人の希望を優先し個々のペースに合わせた生活の支援を提供している。  |   |   |
| 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                                  | 理容は2月にい1回施設にて行い本人様の希望のスタイルにして頂いています。更衣の際本人様が好みの服装を選んで貰っている。   |   |   |
| 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     | 入居者様との買い物の際やコミュニケーションの中で好きな物を聞き献立に取り入れています。個々の能力に合わせて調理の下準備や盛り付け片付けを一緒に行っている。2ヶ月に1度バイキング昼食を実施している。                  | 買物に行ったり、料理の盛り付けをしたり、配膳、食事後の食器返却など、一人一人できることを職員と一緒にしておられます。食事中は、テレビを消し、BGMをかけ、職員も一緒に食事をとっておられます。 |   |
| 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          | 食事・水分摂取量チェック表を活用し必要量を摂取出来るよう努めている。水分もお茶だけではなくコーヒー・紅茶・ジュース・等も提供し水分量の確保に努めています。食事量の少ない方には主治医・家族と相談高カロリー補助食品を出して貰っている。 |   |   |
| 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                   | 口腔ケアの重要性を理解し個々の口腔状況の観察残渣の状況等観察している。夕食後義歯除菌を行っている。   |   |   |

| 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  |
| 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                             | 排泄チェック表を活用し個々のパターンを把握に努め声掛け誘導している。必要に応じて介助を行っている。状況に応じて夜間のみポータブルトイレを使用されている方もあり本人様に合った排泄介助をしている。       | 一人一人の排泄チェック表で排泄パターンの把握に努め、日中は、出来るだけ紙オムツの使用をされないようにさりげなく声かけをし、トイレへの誘導を行っています。状況に応じて、夜間にポータブルトイレを利用しておられます。 |  |
| 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   | なるべく自然排便を促す為に水分補給を心掛けお茶の入らない時はコーヒー・ジュースを提供している。又、食物繊維の物や野菜多めの食材を使用している。                                |   |  |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                       | 入浴の回数・入浴の時間帯を検討する為午前・午後毎日の入浴を実施したが回数的にも2～4回と以前と変化はみられませんでした。一応火木金日曜日をベースに臨機応変に希望者があれば毎日の入浴を試みているところです。 | 入浴は、火木金日を基本に2時ごろから入浴し、全員介助をしておられます。希望があれば毎日入浴できるような対応を検討しておられます。  |  |
| 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  | 夜間の安眠出来るよう日中の活動を積極的に取り生活のリズムを確保することに努めている。日中の休息としては昼食後ゆっくりと過ごして頂くようにしているがその時の個々の状態にて対応している             |   |  |
| 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   | 処方箋を個別にファイルに閉じている。又、薬手帳にシールを貼りいつでも分かるようにしている。処方薬変更時には業務日誌連絡事項に欄に記入し職員間で周知している。                         |   |  |
| 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                            | 職員が共有出来るよう個別ファイルに記載し日々の関わりの中で楽しみや活動に取り入れ活かしている。  |   |  |
| 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支援している | 個々の希望によりドライブ・散歩・買い物・等に行けるよう努めご家族・地域住民にも協力して頂き本人の意向に添えるよう支援している。  | 一人一人の希望により、買い物や散歩、ドライブに出かける支援をしておられます。花見や紅葉狩り、ドライブ遠足等の行事には、利用者全員が出かけ、家族も参加しておられます。                        | 外出する利用者が固定化することなく、一人一人の状態や習慣により、日常的に外出できるような支援の取組を期待します。 |



| 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 |
| 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  | 本人様の希望個々の能力に応じて家族様と相談のうえ自己管理しておられる方もおられます。自己管理出来ない方も買い物等行えるよう立替で支払するなどに対応している。                   |   |                   |
| 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   | 希望に応じいつでもやり取り出来るようにしている。携帯電話を持たれ自由にかけられている利用者様もおられます。  |   |                   |
| 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 | 季節の花を飾ったり季節ごとに壁紙を製作し季節を感じたり共有空間のレイアウトも利用者様と一緒にを行っています。音楽をかけゆっくりとした気持ちで過ごして頂けるよう工夫しています。          | 居間や食堂は、季節の花を飾ったり、季節ごとに壁紙を作ったりして季節を感じさせる工夫をしておられます。手作りの暖簾やちぎり絵、玄関や廊下等にさりげなく飾られた額縁の絵など、心地よく過ごせるよう配慮しておられます。 |                   |
| 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  | 利用者様がその時の気分や状況によって居場所を変え過ごせるようイス・家具の配置を変え工夫しています。孤立しがちな利用者様に対しては職員が間に入り自然にコミュニケーションが出来るよう配慮している。 |   |                   |
| 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  | 入居時本人・ご家族様と相談しこれまで使用されていた馴染みの物を持ち込んで頂き出来る限り自宅環境と近い環境となるよう努め、安心して過ごせるようその時の状況に合わせ工夫しています。         | 居室には、家族の写真や調度品が持ち込まれ、落ち着いて過ごしていただけるようにしておられます。  |                   |
| 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   | 利用者が使用するトイレエレベーター等や居室内のタンスには分かりやすく表示し混乱を防いだり自立した動作が増えるようゆっくり時間をかけ出来る事は見守りを交えながら行って貰っている。         |   |                   |

## 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        | 1    | 事業所理念について、職員同士の意識共有の場を持つ。   | 職員個々が理念を目標として実践へ取り組む。            | 日々のミーティング終了後に唱和することで、介護目標(理念)への自覚を認識する。                  | 6ヶ月        |
| 2        | 4    | 運営推進会議での内容を記録し、職員間で共有する。  | 記録の内容を職員が確認し、サービス向上に向けて活かしていく。   | 会議での意見、内容を確認し、改善すべきは、職員間で共有し、改善すべき努力をしている。(統一された認識を持つ)   | 12ヶ月       |
| 3        | 20   | 馴染みの人や場との関係継続支援   | 馴染みの関係を継続する。<br>新たな関係づくりの構築      | 知人、友人の面会や、外出、訪問の機会を持ち、関係を断ち切らないでその方の生活圏を拡大していく。          | 12ヶ月       |
| 4        | 33   | ターミナルケアの必要性は職員員は充分認識し、機会あるごとに議論しているが、職員配置(医療に関する認識)に課題があり、前向きに取り組めない。 | 住み慣れた環境、馴染みの関係の中で最期が迎えられることの満足感。 | 職員体制、(看護師不在)が問題であり、医師との連携についても、終末期の方針に対する課題であり、今後の課題である。 | 6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。