

### 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   | 2591400045         |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 近江ちいろば会     |            |            |
| 事業所名    | グループホーム みなくち みんなの家 |            |            |
| 所在地     | 滋賀県甲賀市水口町本丸2-54    |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成24年12月1日         | 評価結果市町村受理日 | 平成25年3月13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番地 平和堂和邇店 2階            |  |  |
| 訪問調査日 | 平成25年2月15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)】**

当事業所は平成24年4月1日に水口の旧東海道沿いの街中に開設しました。  
 <<家庭的なゆっくりとした時間の中で、お一人おひとりの「個性」や「想い」「やりたいこと」何よりもご利用者様の『声』を大切にしていきます。みんなの家に集まる人が笑顔いっぱい充実した時間を過ごしていただけるように真心をこめたサービスの提供をいたします。また、認知症になっても人としての尊厳や権利を損なわず、以前と変わらないその人らしい生活を送って頂ける「みんなの家」を目指します。>>という理念のもと、入居者の方々と共に生活をしています。地元の食材を管理栄養士の管理の下、共に食事を作っています。 それぞれの生活リズムに合わせて、趣味や得意とされているものを続けて頂くことで、日常的に自然と「生きがい」を感じられる様努力しています。

**【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)】**

当事業所は長年地域の馴染みであった旧病院を全面改装し、デイサービスと共に2ユニットのグループホームを開設し10カ月が経過している。要介護1の利用者が約半数を占めており、全体として利用者の自立度は高く、自主的に食事の後片付けなどを行っている。利用開始以前の生活リズムを継続するケアを重視し、「人にもしてもらいたいと思うことを、人にもしない」の法人共通理念を合言葉に若い職員の育成に取り組んでいる。避難・防災については開設以来自主訓練を2回実施し事業所の防火設備も整っている。全体として家庭的雰囲気重視した事業所である。今後家族会の場などを活用し、家族との意見交換やコミュニケーション強化に取り組み、更に相互信頼関係を築くことにより、真に利用者、家族、地域と共存する事業所として発展することを期待する。

**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<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)       | ○<br>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)   | ○<br>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)             | ○<br>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)                     | ○<br>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)                   | ○<br>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) | ○<br>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)    | ○<br>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)                                      | ○<br>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)                  | ○<br>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                                       | ○<br>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)         | ○<br>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                                   | ○<br>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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○<br>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  | 法人理念を掲げ、朝礼やミーティング時に唱和し確認を行い、実践に繋がる様努力している。また、事業所の理念の確認と運営方針(10か条)の確認を行っている。               | 事業所独自の「住み慣れた地域で家庭的なゆっくりとした時間の中で…」の理念を掲げ、パンフレットで家族や地域に対しても発信している。朝礼時には「運営のための基本10か条」も唱和し実践に努めている。                 |                   |
| 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  | 小学生の登校時の集合場所になっているため、毎朝送り出しをしている。また、地域のお祭りや、グループホームのお祭りで交流をとっている。運営推進会議は6月から2か月に1回開催している。 | 自治会に加入している。商店街や公民館での行事に出かけ地域の人と交流している。事業所の夏祭りには近隣の人の参加も得ている。玄関前を地域小学生の登校時の集合場所に利用してもらい、朝の挨拶を交わし交流をしている。          |                   |
| 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  | 運営推進会議や地域に出掛けていく事で、地域の方へ認知症の方への理解を発信している。   |  |                   |
| 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践、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                                     | 6月から2か月に1回運営推進会議を行い、取り組み状況等報告し、サービス向上に向けて話し合っている。   | 地域代表、民生委員、行政、家族、利用者の参加を得て隔月に開催している。開設間もない事業所であり、地域と共存する方法について助言を得、意見交換をしている。会議内容は職員会議で説明している。                    |                   |
| 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   | 運営推進会議に来て頂いたり、困った時の相談等、協力関係を築く様に取り組んでいる。  | 包括支援センターや長寿福祉課と連携を持っている。利用者の状況などを報告するとともに相談に乗ってもらえる関係づくりに取り組みつつある。   |                   |
| 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 | マニュアルを作成している。玄関の施錠については、安全の為18時から翌朝8時までには行っている。また、身体拘束に値するものについては会議で確認している。               | 玄関は午前8時から午後6時まで施錠せず見守りとチャイムで対応している。職員は拘束に関する法人内や外部の研修を受講し知識の習得に努めている。万一の徘徊に備え、警察派出所には「搜索ファイル」を提出して協力を得るよう対処している。 |                   |
| 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                                     | 虐待が起こらない様注意を払い、ミーティングで一人一人の状態や状況をあげ話し合っている。身体状況については、更衣や入浴時等に確認している。                      |  |                   |

| 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<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    | 研修に参加し、その後会議で全職員に周知している。  |  |   |
| 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                         | 入居申し込み時に重要事項説明書を説明したり、入居時に説明を行い、理解納得頂いたうえで、契約に至っている。                          |  |   |
| 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                     | 入居者の方からの意見質問等を職員が話を聞く様にしたり、ご家族からの要望は直接申し受けたり意見箱の設置や、運営推進会議で聞き、運営に反映するようにしている。 | 家族会を開催している。事業所行事への参加以外に意見を聞く懇談会を1回開催し13家族が参加した。家族訪問時にも意見を聞くようにしているが、家族との連携やコミュニケーションは十分とは言えない。 | 家族の理解を得、連携を深める取り組みを強化してほしい。家族会の開催を増やすことや、訪問時の対話に一層の努力を望みたい。 |
| 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1回、GH会議で職員全員の会議を行っておこなっており、意見交換の場を設けて、反映出来ることは反映している。                       | ユニット会議と全体職員会議を各々月1回実施している。職員育成プランに沿って年3回管理者が個人面談を行っている。職員の意見で登校時に事業所前に集合する小学生と挨拶を交わすようにしている。   |   |
| 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      | 職場環境の整備は少しずつ向上しているが、業務時間内に出来ない仕事が増えてきている。管理者と個々に話す機会が少なく、相談等出来ないことがある。        |  |   |
| 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         | 法人内で決められている年間研修計画に計画的に参加し、外部の研修についても研修を受ける機会を設けている。                           |  |   |
| 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 | 定期的に行われる同地域の他事業所との研修会や会議に参加し、交流を持つ機会になっている。                                   |  |   |

| 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 |
| <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 | 本人とゆっくりと話す機会を持ち、要望を聞く様に努め、安心して頂ける様にしている。                   |  |                   |
| 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            | 来所時に少しでも話す機会を設け、要望などを聞き、良い関係を築ける様努めている。                    |  |                   |
| 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        | 家族と話し合い、必要としている事を考え、サービス利用等も考え対応している。                      |  |                   |
| 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                        | 出来る事は本人にして頂き、また出来ない事は職員と一緒にいき、一緒に作業を行うことで関係を築いている。         |  |                   |
| 19                          |     | ○本人と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         | 来所時に、本人の居室でゆっくり過ごして頂いたり、日頃の様子を伝え話合う場をもち、関係を築けるように努めている。    |  |                   |
| 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                     | 親戚や友人に来て頂き、共に過ごす時間をもってもらい、外出できる方には、馴染みの場所に行って頂けるように支援している。 | センター方式を活用したアセスメントにより馴染みの関係を把握している。行きつけの美容室を利用し友人が訪ねてくることもあり、電話活用の支援もしている。ドライブ時には実家の近くを回るなど取り組んでいる。 |                   |
| 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                 | 日常生活の中で、一人一人の関係性を職員が把握して、入居者同士の関わり合いの場を支援している。             |  |                   |

| 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<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                    | ご家族も相談に来られたり、退去後も訪問したり、関係性が維持できる努力をしている。                         |  |   |
| <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   | 本人の会話等から要望を聞けるように努め、取り入れる様努めている。                                 | 思いや意向を表出できる利用者が多く直接聞き取っている。困難な利用者についてはアセスメントシートを参考にしたり、様子や仕草から汲み取るようにしているが、家族の感じている意識との間にギャップが見られる。    | 家族との対話を深めるとともに、利用者や家族の思いや意向に沿ったケアの実現に更なる努力を期待したい。           |
| 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                                       | 入居前の生活歴は、入居時の書類や、ご家族の話から把握している。                                  |  |   |
| 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   | 一人一人の心身状態の変化を把握し、ケース記録を確認し共有している。出来ることは本人にして頂き、有する力を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<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 | 入居時には、介護計画を立てていて、見直しも行っているが、ご家族とゆっくり話をする時間が持っていない。               | 介護計画は3か月ごとのモニタリング、見直しをしている。計画変更した場合は家族に提示し確認を得ているが、変更ない場合は自動更新となっている。その旨をケアプランに記載しているが家族への説明、徹底は十分でない。 | 変更が無い場合も「今回は変更の必要がなく介護計画は継続します」程度の連絡を行い家族の安心、納得を深めることを望みたい。 |
| 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                        | 日々の記録や様子は、職員間で情報の共有ができています。                                      |  |   |
| 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、その時々にも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             | 本人や家族のニーズを検討し、サービス・支援出来る様努めている。                                  |  |   |

| 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  |
| 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                                      | 入居される前の関係を継続してもらえらるるよう、ご家族、友人には声を掛け、以前と変わらず訪問してもらっている。地域の方もいつでも来て頂ける様環境を整えている。 |   |  |
| 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                                  | かかりつけの病院へ受診してもらい、主治医に日頃の様子等を情報提供書として渡し、情報を共有し、関係を築いている。                        | 全員がかかりつけ医を受診している。受診時には日常の様子を記した手紙を家族経由で渡しており、受診結果は家族と共有している。法人の運営する訪問看護ステーションから週1回看護師の訪問も受けている。                                   |  |
| 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                          | 毎週1回、訪問看護師が来ている。体調の気になる方がいれば相談し、指示を仰ぐようにしている。                                  |   |  |
| 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。 | 入院時には、病院へ出向き関係者と情報交換している。  |   |  |
| 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、事業所です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   | 入居時に、ご家族と話し説明をしている。地域関係者との取り組みまでは至っていない。                                       | 事業所方針を明文化し、利用開始時に「看取りの意向確認書」を家族と交わし確認印をもらっている。意向に基づき対象利用者が看取り時期になれば、「看取り介護についての同意書」で医師も交えて話し合い、確認を取る体制をとっている。その時に向けての準備研修も実施している。 |  |
| 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  | 急変時のマニュアルはあるが、定期的な訓練は行っていない。   |   |  |
| 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  | ホーム内の年2回の昼夜間を想定した消防避難訓練を実施している。また、地域の防災会議に出席し、地域の防災訓練には入居者の方と一緒に参加している。        | 年2回防災訓練を実施し1回は消防署の立ち合い指導を受けている。訓練の内1回は夜間想定とし、地域主催の防災訓練にも参加している。スプリンクラーを設置し、一次、二次緊急避難場所も決めている。地域の協力、支援を得る体制はまだ十分とは言えない             | 運営推進会議の場を活用し関係者の協力を得て災害発生時には地域、近隣住民の協力が得られる体制をさらに強化することを期待したい。 |

| 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                          |
| <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                    | 開設時や入職時に研修を行い言葉掛けなどには十分注意するよう努めている。  | 利用者は人生の大先輩であることを意識し、礼節ある言葉かけや接し方に留意し、馴れ馴れしさに注意するよう職員は互いに心掛けている。職員会議の場でプライバシー保護に関する研修や指導をしている。    |  |
| 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                      | 本人の思いを聞いたり、出来る事は支援し実行してもらえるように働きかけているが、あまり思いを表されない方には個々に尋ねている。                         |  |  |
| 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し、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 | 出来るだけ本人のペースを大切にし、希望に沿う支援が出来るように努めている。  |  |  |
| 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                                   | 身だしなみや服は自分で決めて頂く様にしている。  |  |  |
| 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      | 朝食や昼食時のおみそ汁、また日曜は献立の料理と一緒に準備から調理している。その他調理の機会をたくさん設けている。片付けは出来るだけ、自分の物は自分で洗って頂く様にしている。 | 利用者と職員が同じ食事を一緒に楽しんでいる。食事の準備は主に調理職員が行っているが、毎日利用者も簡単な調理や下準備をしている。配膳、後片付けにも利用者が参加している。外食は今まで行っていない。 | 利用者の気晴らし、楽しみのためにも月に一度ぐらい外食の機会を設けることを期待したい。 |
| 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           | 管理栄養士のもと、栄養バランスは考えられている。食事量は全員記録しており、個々に応じて食事形態を変えたりしている。                              |  |  |
| 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                    | 毎食後は行っていない。モーニングケアやナイトケアの際には、声掛けや歯ブラシ渡しを行っている。   |  |  |

| 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                              | 排泄記録を確認しながら、個々の排泄パターンの把握に努め、トイレ誘導のようにしている。                                     | リハビリパンツ着用者は約70%である。利用者ごとの排泄パターンに基づきトイレ誘導を行っている。事業所として排泄の自立化を目指した改善活動に取組み、2～3名が布パンツ着用に改善された。       |  |
| 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  | 牛乳やヨーグルト、水分摂取を促したり、毎朝ラジオ体操をしている。   |   |  |
| 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                        | 入浴は主に午後からになっているが、声をかけて出来るだけ希望の時間帯や、気分に合わせて入って頂いている。                            | 平均入浴回数は週3回で、大半の利用者は見守りにより自立入浴できる。時間帯は希望に合わせ、ゆず湯など楽しむ工夫もしている。入浴拒否者には本人の気持ちを重視し時間帯を変えて誘導している。       |  |
| 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   | 本人の休みたい時に休んで頂いている。定期的にシーツの洗濯や布団を干す等して、気持ち良く睡眠をとれる様にも支援している。                    |   |  |
| 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  | 処方箋を確認しながら、個々の薬を理解するよう努めている。症状の変化はその都度記録している。                                  |   |  |
| 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                             | 畑や花の世話、食事作りや食事運び、掃除、洗濯などの役割をもって頂いている。歌を歌ったり、ボランティアさんに来て頂き楽しみをもってもらえるように支援している。 |   |  |
| 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に支援している | 近場の外出が多い。ご家族との外出はして頂いている。また、関係者の方の協力で教会へ礼拝に行かれている方もいる。                         | 事業所の年間行事を決め、その中で花見、紅葉狩りなどの外出を実施している。日常的に水口城址近辺への散歩や近くのお菓子屋への買い物、ドライブなど実施しているが、全体として外出機会が多いとは言えない。 | 春、秋の好季節を中心にホームにこもらない生活の実現に向け外出機会を増やす取り組みを望みたい。 |



| 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<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  | お金を持てる方は、所持して頂き近くへお菓子程度の買い物をしている。                         |  |   |
| 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   | 自由に電話を使って頂いている。希望があれば手紙のやりとりも支援出来るようにしている。                |  |   |
| 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 | 季節が感じられる様、リビング等に花を置いたり飾り付けをしたりしている。照明や温度の調整にも配慮している。      | キッチンを兼ねた食堂居間はコンパクトに設計され、採光、照明など適切であるが、利用者が軽運動をしたり、ゆったりくつろげる広さとしては十分とは言えない。トイレはユニット毎に3か所あり、浴室も清潔に維持されている。 | 現状のスペースであっても、利用者が自由に動き、ゆったりくつろげる工夫をしてほしい。 |
| 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  | 屋外や廊下に椅子やソファを置き、独りになれたり、入居者同士で話される場所を確保できる様にしている。         |  |   |
| 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  | 本人の使い慣れたものを持ってきていただくようにしている。                              | 各個室は形状、広さは均一でないが、ベッドや畳敷きなど利用者の希望に沿った部屋づくりをし、好みの品やテレビなど持ち込んでいる。   |   |
| 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   | トイレは分かりやすい様に表示している。居室は必要な方に名前を表示している。通路は安全に移動出来るよう注意している。 |  |   |

## 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        | 26   | 介護計画書は作成、見直しを行っているが、ご家族とゆっくりと話す時間が持てていない。                              | 定期的(3~4ヶ月)にご家族とゆっくりと話す時間をもち、情報の共有や意見交換を行うことができる。           | 職員体制の見直しを行い、しっかりと話せる時間が持てる体制を作る。3~4ヶ月に一度は家族と時間調整を行い介護計画書のモニタリング、変更や意見交換を行う。 | 12ヶ月       |
| 2        | 35   | 避難訓練は地域の防災訓練を含め年間4回行っている。3度目の訓練から地域の区長へ報告、連絡を行ってきたが、近所の方への協力はまだできていない。 | 避難訓練時に地域の方に参加して頂ける様に運営推進会議や、日々のかかわりの中で働きかけ、参加して頂ける機会を作る。   | 来年度初めの運営推進会議で、外部評価の結果を話し合い、どのように近所の方に声を掛けていくのか等を考えて行く。                      | 24ヶ月       |
| 3        | 49   | 外や近い所には頻繁に出られているが、ご本人に添った外出が出来ていない。                                    | 入居者の方お一人おひとりのニーズ(行きたい所ややりたい事)を把握し、その方のために使えるような日を持つことが出来る。 | ひと月に1名程度その方の為に1名を配置出来る体制を作っていく。   | 12ヶ月       |
| 4        | 52   | 共有スペースが十分とは言えないため、自由に動けるスペースを作る等の工夫が必要。                                | 共有部に人が集まると動きにくくなるため、共有部に人が集まると動きにくくなるため、動きやすいスペースを作っていく。   | 日曜日デイサービスがない時等は、自由にデイサービスのルームをできるようにし、食事の準備やレクリエーション等を行う。                   | 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。