

# 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   | 2592200139       |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 新旭みのり会    |            |            |
| 事業所名    | グループホーム くつろぎ     |            |            |
| 所在地     | 滋賀県高島市新旭町北畑183-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年6月5日        | 評価結果市町村受理日 | 平成29年7月31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29年6月28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)】

・利用者が日中過ごすリビングは吹き抜けで、梁や壁には木材を使用し、開放感で木のぬくもりも感じてもらえるようになっていきます。全面に窓を作り、風通しも良くしてあり、居室で過ごすよりもホールで過ごしやすい雰囲気づくりに努めています。

・タンスやベッドは最初から用意しており、希望される方には馴染みの家具や小物等を持って来てもらっています。

・秋に行われる町内の文化祭への出展に向けて、春先から何種類かの作品作りに取り組んでいます。

・健康面について協力医療機関の主治医に定期的に往診に来ていただき、体調不良時にはすぐに受診できる体制をとっています。口腔ケアについても力を入れていて、月数回協力医療機関の歯科衛生士に指導に来ていただき、毎食後の口腔ケアに活かしています。協力医療機関を受診する場合の送迎は、病院、事業所で行い、薬の配達も薬局に依頼して家族の負担軽減に努めています。

## 【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)】

【利用者はおお客様】と言う事業所の強い思いを前面に打ち出し、『利用者の人格と尊厳を護る』、『地域との繋がりを大切に』を事業所の理念として掲げ、日常ケアを通じて利用者 と接する時の言葉遣いや態度に反映する事を徹底して教育している事業所である。地域密着型サービスの意義・役割を踏まえ、地域との交流に積極的に参加し地域の一員として評価される事が期待できる。利用者が安心して以前と変わらない生活を送れる様にすることをモットーにしている。管理者は事業所の運営をする上で基本となる文書管理を大切に、見易く系統立った判り易い管理を実践している。管理者・全職員間のコミュニケーションは良好で利用者に安心感を与えており、家族の信頼も厚く利用者はゆったりとした気分で自分のペースを守りながら日々の暮らしを楽しんでいる。静かで広々とした恵まれた環境の中で職員と語り合いながら暮らしている。

## 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<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<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)   | ○<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) | ○<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、活き活きと働いている<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、安心して暮らせている<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          |
| 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  | 地域とのつながりと利用者の意思及び人格の尊重という点に着目して事業所の理念を作成し、また、職員にも周知している                                     | 管理者、職員は基本理念を共有し日常ケアで実践に結びつけるため、理念を記した書面を介護職員の机の上に備え日常ケアの中で利用者への言葉かけや寄り添う態度等に反映している。社内研修での周知徹底や重要事項説明書、事業所案内パンフレットの中にも明記し家族との共有に努めている。        |                            |
| 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  | 外出行事等で地域に出て行くようにしている。また、運営推進会議の都度地域の行事に参加できないか確認している。自治会への加入については、運営推進会議の中で検討中である           | 懸案の自治会加入は未だ実現していないが、運営推進会議で加入に向け検討が進んでいる。小学生の福祉体験を通じて交流している。地域の祭りや文化祭には利用者の作品を提示して交流を深めている。  | 自治会加入について引き続き実現に向け対応して欲しい。 |
| 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  | 小学生の福祉体験授業の受け入れを行い、認知症の方の理解を深めてもらうようにしている   |  |                            |
| 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                                     | 運営推進会議は、地域自治会長、民生委員、市役所地域包括支援課、家族代表と事業所職員で構成している。運営状況や利用者の様子を報告し、運営委員から出た意見を事業に活かすよう取り組んでいる | 包括支援センター、家族代表等をメンバーとして2ヶ月に1回開催している。利用者の生活状況、行事や予定等の報告を行い意見や助言を得てケアに活かそうと努めている。外部評価結果を開示しケアサービスで実践に取り組んでいる。自治会への加入を懸案事項として位置づけその実現に向け取り組んでいる。 |                            |
| 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   | 長寿介護課、地域包括支援課の担当者とは都度連絡をとるようにし、助言をいただいている   | 市の長寿介護課、地域包括支援課と月1~2回交流し事業所運営の課題や行政の動向等の情報交換をしている。月1回の介護相談員の事業所訪問を受け入れ意見・助言を得るようにしている。小学生の福祉体験の受け入れ等の協力をしている。                                |                            |
| 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 | 事業所内では身体拘束は行っていない。玄関の施錠は夜間以外はしないようにしている。6月に県の身体拘束ゼロセミナーに職員が参加している                           | 玄関を含め事業所内の出入り口は夜間を除き施錠していない。玄関の出入りはチャイムと職員の見守りで対応している。身体拘束をしないケアを実践するため県の身体拘束ゼロセミナーに参加し事業所内研修時に伝達研修を行い意識の向上を徹底している。                          |                            |
| 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                                     | 外部研修等で学習したことを、職員会議で伝達するようにしている。言葉遣い等が荒くなった時は都度注意するようにしている                                   |  |                            |

| 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    | 現在権利擁護を利用している利用者がいないが、今後そのような方が出てきた時に学習する機会を持つ予定にしている                         |   |                   |
| 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                         | 契約前に重要事項を丁寧に説明し、事業所の内容を十分理解してもらってから、入居するかどうか判断してもらうようにしている                    |   |                   |
| 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                     | 意見箱を設置し、自由に意見を書いて入れてもらうようにしている。また、家族面会時、都度意見を聞くようにしている                        | 家族の訪問時を活用して意見・要望を入手している。尿取りパット等の補充は原則家族対応で、必要時補充してもらうことで来訪頻度を増やしてもらう様努めている。」遠方からの家族の要望・提案で来訪時利用者と昼食外出をする事例もある。                      |                   |
| 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                                      | 職員会議で業務に対する意見や提案を聞くようにし、業務に反映させるようにしている。必要な場合は、管理者が代表者に意見を伺うようにしている           | 月1回実施している職員会議で自由に発言できる機会を設けている。日々の業務や面談の中でも日常的に意見・要望を職員から管理者に発信する様努めている。管理者は必要に応じて代表者に上申する。居室内で転倒を防止するため室内のレイアウト変更を提案し効果をあげている例もある。 |                   |
| 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      | 人事評価を行い、日々の取組を給与等に反映できるようにしている  |   |                   |
| 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         | 代表者は職員がどの研修に参加するかを管理し、必要な研修への参加を促している   |   |                   |
| 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 | 地域で行われている研修にできるだけ参加してもらうようにしている。管理者は市内の連絡協議会に参加し、その中の取組で今年度は春に他事業所数施設の見学を実施した |   |                   |

| 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 |
| 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 | 環境の変化により、不穏になる方が多いため、できるだけ本人に寄り添い、コミュニケーションを密に取るようにして信頼関係を築くよう努めている。また、入居当初は家族の面会を促している |   |                   |
| 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            | 入居申し込みの段階や契約時にどのようなことに困っておられるかを把握するよう努めている。   |   |                   |
| 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        | サービスを導入する段階で事前面接を行い、その時に必要な支援を見極めて、暫定のケアプランを作成し、サービス開始時より必要な支援ができるよう努めている               |   |                   |
| 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                        | テーブル拭き、洗濯物たたみ、干し、食器洗い、米研ぎ等日常生活における作業をできる範囲で一緒に手伝ってもらっている                                |   |                   |
| 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         | 利用者の日々の様子を記入した連絡ノートを家族面会時に見てもらおうようにしている。また、面会時に職員と会話する時間を作るようにしている                      |   |                   |
| 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                     | 年に数回外出を計画し、馴染みの場所へ行ったり、昔を思い出してもらおうようにしている。また、馴染みの人に手紙を書いてもらうこともある                       | 年に1~2回の季節の外出を利用して利用者の馴染みの場所に立ち寄り、馴染みの人と会ったりする支援をしている。事業所に近い利用者に夏祭りや文化祭等の地域の行事に参加できるよう支援している。友人・知人からの手紙に利用者が返事を書くのを支援している。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の関係を把握した上で席替えをしたり、利用者同士交流しやすいように職員が間に入って支援するようになっている                               |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 介護老人福祉施設等に入所になって退所された場合、時々様子を見に行くようにしている。また、家族からの問い合わせに対しては随時対応してフォローするようにしている                             |   |                   |
| 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   | 本人の希望や家族様からの情報や日々のかかわりの中から以降の把握に努めている。利用者の方はあまり希望を口にされないため、気持ちを押し量り少しでも満足してもらえるよう努めている                     | 利用者の入居前の生活歴や意向、要望等について管理者・職員は主として家族からの情報を基にフェースシートを作成し把握している。コミュニケーションが困難な利用者は家族や職員の日頃の情報で本人本位に推測して対応する様努めている。  |                   |
| 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                                       | 入所前のアセスメント時に情報収集するよう努めている。また、入所時に年代別の背景、好きな物嫌いな物を書いてもらうシートを提出してもらい、今までの生活の経過を把握するよう努めている                   |   |                   |
| 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   | 1人1人に合ったリズムで生活してもらっている。その中で常に各利用者の言動に細心の注意を払って、変化等がないか観察している   |   |                   |
| 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 | ケア担当者会議を3か月に1回行い、会議の前に担当職員がアセスメント用紙、モニタリング用紙に記入し、その内容をふまえて介護計画を作成している。また、月1回の職員会議で利用者の対応の仕方について話し合うようにしている | 利用者の生活歴や家族も含めた要望・意向等をフェースシートにまとめ管理者、ケア担当職員を中心にケアプランを作成する。見直しを3ヶ月に1回と設定しケア担当者会議でモニタリングを行い、状態変化の有無に関わらずその結果を家族に説明し同意・承認を得ている。状態変化時も設定期間に関わらず関係者と協議し見直しを行い同意・承認を得ている。。 |                   |
| 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                        | ケース記録を細かく記入し、職員間で情報を共有している。また、その記録を見ながらモニタリングを行い、介護計画の見直しにも活かしている  |   |                   |
| 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               | 協力医療機関に受診する際は、送迎を病院側に依頼したり、薬局から薬を事業所に届けてもらったり家族が忙しい時に無理に出て来なくてよい状況作りに努めている                                 |   |                   |

| 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                             |
| 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                                      | 秋に開催される町内の文化祭に向け、春先から個人の能力に応じた作品作りに取り組んでいる。また、月2回外部の業者にお菓子売りに来てもらい、利用者がある程度好きなものを選んで購入してもらっている  |  |   |
| 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                                  | 近くの開業医と提携し、希望者は月に数回往診してもらおうようにしている。他科への受診は開業医から紹介状を書いていただき、家族対応で受診してもらおうようにしている   | 入居前からのかかりつけ医受診者はなく、内科、歯科について利用者及びその家族の希望で事業所の協力医を受診している。利用者の希望により月2回の往診をしている。他科への受診は家族対応で受診している。結果は関係者間で共有できている。                                     |   |
| 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                          | 看護師はいないが、近隣の開業医に月数回往診に来ていただき、利用者の健康状態を報告するようになっている  |  |   |
| 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。 | 利用者が入院した場合、病院の地域連携室と定期的に連絡を取り、受入れできる状態になられたらすぐに退院してもらおうようにしている  |  |   |
| 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、事業所の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  | 入居できる条件を契約時に家族に伝え、重度化した時には、退居しなければいけないということを理解してもらおうようにしている。またその時には地域の関係者と相談して、行先をみつけてから退居してもらおうようにしている。行先が見つからなかった場合の対応方法について今後検討していく予定である | 重度化した場合や終末期の看取り介護はしない事を入居契約時に家族に話し『終末期の意向調査』書面で合意・共有している。協議内容は管理日誌に個人毎に記録している。終末期段階での退去に際しては同一法人内の特養の利用や医療機関との連携等の対応をしている。重度化や終末期対応について新任研修等で実施している。 | 重度化や終末期の対応として、より質の高いケアを目指し、看取り介護に向けた検討をしてほしい。 |
| 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  | 利用者が急変した時の対応マニュアルを作成し、定期的に確認するようになっている。また、救急車を呼んだ時に救急隊に伝える特記事項を9人分1枚の表にし、夜勤職員が作業する机の前にかけている   |  |   |
| 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  | 万一に備えて年に2回は避難訓練を実施している。そのうち1回は夜間想定としている。年1回は消防署職員、地域の方にも参加してもらおうようにしている   | 年2回消防署指導の下で避難訓練を実施している。内1回は夜間を想定した訓練で消防署、近隣に住む利用者家族、グループ内の施設も参加している。スプリンクラー、消火器、警報装置等の初期消火設備も定期点検している。災害時の備蓄は近接の同一法人グループ施設で一括管理している。                 |   |

| 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 |
| 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                   | 基本的には利用者が人生の先輩であることを忘れず、会話や対応するよう努めている。利用者の性格や考え方がそれぞれ違うため、それぞれに合った声かけに努めている  | 『利用者はおお客様』と位置付けし人格の尊重を第一に日常ケアを実践する事を研修で徹底している。利用者に対する声掛けや介助サービスに当たっては利用者の尊厳遵守第一をモットーに実践の中で反映している。  |                   |
| 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                     | 職員が決めてしまわず幾通りか選択肢を提案するような声かけに努め、自分で考えて決めてもらうよう心掛けている                          |  |                   |
| 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 | できる限りそれぞれの希望に添った生活をしてもらえるよう努めている。入浴については、決まった曜日に入りたくない時は、日をずらして入ってもらうようにしている。 |  |                   |
| 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                                  | 可能な方は自分で選んだ服を着用してもらい、必要な方は職員と一緒に選び服を着用してもらっている                                |  |                   |
| 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     | 毎食職員も同席し好みを聞きながら一緒に食事を摂っている。可能な方には片付けを手伝ってもらっている                              | 主食は事業所内で炊飯し、副食はグループ内の事業所からの配食で対応している。職員も利用者のその日の状態を見ながら利用者と同じテーブルで食事を楽しんでいる。食事介護を必要とする利用者はいない。配膳や片付け等進んで手伝う利用者もいる。誕生日会や外出時の外食等の特別職を楽しんでいる。 |                   |
| 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          | 食事量、水分量は個々に応じた量を提供している。水分をあまり摂取しない方については、水分チェック表を作成し、脱水予防に努めている               |  |                   |
| 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                   | 毎食後口腔ケアをしてもらうよう促している。自分で口腔ケアできる方も見守り、磨き残し等の確認をするよう努めている                       |  |                   |

| 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             |
| 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                              | 排泄表を作成し、必要な方には排泄パターンに応じたトイレ誘導を実施している。また、オムツはずしにも取り組んでいて、失禁が少なくなれば、紙パンツから布パンツに変更している                | 利用者個々の排泄表により排泄パターンを把握し利用者毎に適切なタイミングでトイレ誘導を実践しリハビリパンツから布パンツに改善した例もある。   |                               |
| 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  | 毎日夕方定時に30分間DVDを見ながら体操してもらっている。排泄チェック表にて便秘の状態を把握し、3日排便がなければ下剤を服用してもらうようにしている。また、下剤の服用量は個々に応じて調整している |  |                               |
| 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                             | 受診や外出等の予定を考慮して予定を組んでいる。入浴拒否がある時は無理強いせず、声かけをしたり時間を変更したりして対応している                                     | 基本的に週に2～3回の頻度で入浴日、時間は可能な限り利用者の希望に沿う様配慮している。入浴を拒否する利用者には、時間をおいた声がけや入浴日変更等で対応し、個々の入浴パターンで対応する様努めている。柚子湯等季節を感じさせる入浴も支援している。 |                               |
| 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   | 個々に必要に応じて、日中の臥床時間の調整をし、夜間良眠してもらえよう支援している。就寝時間、起床時間はほぼ決まっているので、その時間に合わせて支援している                      |  |                               |
| 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  | 薬が変更になった時はその都度介護職員に薬の効果や副作用を伝え、様子観察するようにしている。服薬時必ず名前と飲む薬かを声に出して読み上げ誤薬防止に努めている                      |  |                               |
| 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                             | 洗濯物たたみやおしぼり巻き等の軽作業をできる方に日課としていただいたり、裁縫や読書等趣味を楽しむ時間を作るなど、個々に活かせる役割を見つけ、実施してもらっている                   |  |                               |
| 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 | 年に数回外出行事を行っている。予め本人の希望を聞いて、買い物等行きたいところに出かけることも実施している。また、家族が遠方でも面会時に近くの食堂と一緒に出掛けられる方もいる             | 特に日常的な外出計画はないが、希望によりスーパーへの買物や家族との面会時食事に出かけたり、年に数回の花見や紅葉狩り等の季節の外出を計画、実施している。  | 利用者一人ひとりが日常的に楽しめる様な外出支援を期待する。 |



| 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  | 個別外出時、可能な方には見守りのもと自分で財布を持ち、会計、支払いをしてもらっている   |   |                   |
| 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   | 家族や友人から手紙が届いたら、返事を書いてもらい届けている。ハガキや封筒、切手は家族に用意してもらっている  |   |                   |
| 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 | 事業所内は毎日掃除を行い、清潔にするよう努めている。また、ホールに花を飾り季節を感じてもらおうようにしている。                                      | 居間兼食堂は吹き抜け構造で天窓からの採光も良く南向きの掃き出し窓からの採光と併せて明るい空間を楽しめる。共用空間の一部にキッチンがあり職員の見守りが容易である。居室や廊下の壁には利用者の趣味を生かした作品や行事写真等を掲示している。トイレ、浴室等は清潔に保っている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 棚の横にソファを置いている。畳の間で会話を楽しみながら洗濯物たたみを手伝ってもらっている。また、中庭に畑を作り、一緒に手入れをしている                          |   |                   |
| 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  | 居室に家族の写真を飾ったり、好みの家具(本棚、イス等)を持ち込まれている方もいる   | 日当たりの良い窓のある居室は明るくゆったりした空間を保っている。洗面台、エアコン、ベッド、タンスは備え付けで、気に入った小物家具や趣味の作品等を持ち込んで楽しんでいる。  |                   |
| 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   | 建物自体間仕切りが少なく、バリアフリーになっている。1つの例として、トイレの場所を分かりやすくするため、トイレの扉に『トイレ』と大きく表示し、迷って失禁することがないように配慮している |   |                   |

## 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        | 2    | 自治会に加入していないため、地域とのかかわりが希薄なものとなっている                                    | 自治会に加入に向け対応する               | 運営推進会議等で、自治会長と自治会加入に向けての話し合いを行う  | 6ヶ月        |
| 2        | 33   | 入所時利用者の状態が重度化したら退所してもらうことで契約しているが、その時に行先が見つからなかった場合どうするかということが決まっていない | 重度化した場合のために看取り介護に向けた検討をしていく | 看取りをしなければいけなくなった場合、家族、関係機関(主治医等)を含めて対応方法の検討を行う。また、重度化した場合どうするかを家族と話し合った結果を1冊のファイルにまとめておく | 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。