

# 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	2570600441		
法人名	医療法人 社団 よつば会		
事業所名	ケアタウン南草津グループホーム		
所在地	滋賀県草津市矢橋町627番地1		
自己評価作成日	平成27年8月20日	評価結果市町村受理日	平成27年10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27年9月7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)】

要介護度が4、5の重度の方が多く、身の回りの全般的な介助も必要となるのですが、不活発にならない様に、利用者様のペースに合わせ、介助で体を動かしたり、施設内外を散歩して頂いております。比較的自立されている利用者様も家事や庭の手入れなど積極的に行ってもらっています。ボランティア様を施設に招き、そこでの交流や、施設からの地域の行事に参加など、施設内外で、利用者様に地域の方々と関わって頂いております。18名の利用者様お一人お一人の特徴を生かし、利用者様ご本人の思いも尊重した個別ケアや家族様との時間を大切に頂ける様なケアを、職員全員で把握できるよう話し合っており、支援させて頂いております。

## 【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)】

「主役は入居者様・・・今この時を大切に・・・社会参加する喜びを感じる・・・」という3つの理念を掲げ、開設して11年目の事業所である。事業所の前には来春開校予定の小学校が建設中である。運営母体は医療法人で同法人が運営する介護老人保健施設、住宅型有料老人ホームが隣接している。ゆったりと落ち着いた居住空間で利用者は笑顔で体操やゲーム等を楽しみ安心して生活している。協力医療機関との連携が密に図られており、近隣施設の理学療法士から利用者個々のリハビリの意見を貰ったり、終末期から看取りまでの介護を行っており、健康管理での安心感がある。これまでに13名の看取り介護を行っている。職員は介護福祉士10名ヘルパー6名の全員有資格者である。利用者の今持っている力を維持できるように利用者のペースに合わせた介護を行っている。

## 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (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、生き活きと働けている (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 (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	法人の理念を玄関に掲示し、地域交流や利用者様の人格尊重・自立支援を掲げた事業所理念は、事務所内の職員の目に触れる所に掲示。事例検討の場合は、利用者様本位に立った理念で、支援内容の検討が行えるようにしている。	事業所理念の下に9つの基本方針を挙げて、職員に分かり易く表し、それぞれのユニット内に掲示している。ワーカー会議、ユニット会議、カンファレンス等で理念に照らして課題を検討し、管理者は職員に理念に沿った介護意識の浸透を図っている。	
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	主に運営推進会議で情報交換を行っており、地域の方にはボランティアとして事業所の行事に来ていただき、交流もしている。	法人として自治会に加入し、事業所概要を説明し事業所理解を深めたり、地域行事の誘いに参加出来るように努めている。地域ボランティアに来てもらい大正琴の演奏を楽しんでいる。地域との関わりは未だ少ない。	来春、事業所前に小学校が開校されるので、小学校との交流に努め、地域とのつながりが広がることを期待したい。
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	市の担当者の委託で「認知症なんでも相談所」の看板を設置し、地域の方に気軽に相談出来る体制作りをしている。今の所、相談の事例は無し。		
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	利用者様家族代表、地域住民代表、地域包括支援センター職員、事業所職員とでメンバーを構成し、2ヶ月毎に運営推進会議を開催し、活動報告や、リスク管理等情報交換を行っている。	事業所の活動内容、利用者の状況、自己評価・外部評価、苦情内容や対応等を報告している。実情を伝え、閉鎖的にならず地域に開かれた事業所を目指している。出席者から琴演奏等の地域ボランティアを紹介して貰い交流している。	
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取り組んでいる	運営推進会議で地域包括支援センター職員と情報交換したり、介護保険課職員が出席している市のグループホームとの会議で実情を伝え、連携できることを話合っている。その他、介護保険関係の報告等もこまめに行っている。	介護保険課とは日常介護保険の内容や体制について情報を貰い相談している。実情は2か月毎の市主催グループホーム会議で伝えている。市からの委託で「認知症なんでも相談所」を開設し、相談を受けている。	
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	身体拘束委員会で利用者様の尊厳が守られた支援が出来ているか検討したり、勉強会を開催し、職員の知識の共通理解を図っている。玄関の開錠は、施設前の小学校の建設に際しての交通の安全が確保出来ない為、行っていない。	法人の身体拘束ゼロ研修が年2回あり、職員4～5名が参加している。参加していない職員には資料を掲示または配布し伝達研修している。施錠について身体拘束禁止の認識はあるが利用者の安全を考え玄関、玄関に通じるドアの施錠を一日している。	地域密着型の意味を確認し、理念に立ち返り、施錠しなくても良いケアの方向に進めて行くことを期待したい。
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	身体拘束委員会で集約され、虐待に繋がる可能性が考えられる対応がないかを検証している。事業所管理者が職員への啓発や指導を行っている。対応が不適切な職員へは、管理者が個別で指導している。		

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 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	現在は利用されている方がおらず、テキストや施設内の勉強会や法人内の研究発表会で学んでいる。利用者様のご家族様から相談があれば、説明や、サポートを行える様にしている。		
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	契約時に十分に時間を頂いて説明し、不明な点があればその都度確認して頂ける様に時間を設けている。その上で、署名、捺印をして頂いています。重要事項等説明書に関しても同様。		
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	利用者様からの意見や要望を受けた職員から、職員同士で共有し、早急に対応を心掛けている。検討する事柄は管理者に報告相談し、改善に努める。家族様へは、来訪時や電話等で上記の様な対応させて頂いている。	家族の来訪時や電話を頻繁にして家族との連絡を細かくすることで家族の意見が出易くなった。苦情は苦情相談記録で管理し運営推進会議で報告している。手作り座布団やポケットティッシュ入れを提供したいと家族から提案があり、夏祭りで利用した。	
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	日頃より、管理者や各計画作成担当者が職員の意見を聞き、反映できるよう努力している。月1回のワーカー会議やユニットごとのカンファレンスで意見交換を持つ機会としている。全職員の意見を聞く場合は、アンケートも実施することもある。	毎月の職員カンファレンスで職員の提案を聞いて運営に反映をしている。外出計画を家族に早めに連絡し、家族の参加呼びかけをしたいと提案があり実施している。守山バラ園への外出時には2家族の参加があり利用者、家族ともに喜んで貰えた。	
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	事業所管理者と法人代表者、他事業所管理者とで、月1回話し合う機会があり、職場環境の改善・条件に配慮している。目標管理表を使い、年度ごとにそれぞれの目標に向けて振り返りと進捗チェックしている。管理者と、その上司も評価する。		
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	全職員を対象に、年間の施設内勉強会の計画が立てられる。経験に応じた研修を該当の職員に管理者から勧め、それぞれの職員のスキルアップを図っている。自己研鑽があれば、そちらも優先出来る様にしている。		
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	市内グループホームの管理者が、2ヶ月に1回集まり、市の担当者と共に交流する機会を持っている。事業所共通の課題の解決に向けて意見交換し、市内グループホームの広告を共同で取り組んだりしている。。		

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>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	入所前に本人様との面談を持ち、不安や、施設に対する希望を把握するよう努めている。本人様が安心して生活出来るケア方針を立てることから支援している。		
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	入所の打診をした際に、家族様には改めて施設見学と、サービスの利用について説明うあ流れを伝える様にしている。その上で、施設の理解や利用への戸惑い・不安の解消に努めている。		
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	入所の相談の際に入所までに要することで相談があれば、その段階で本人様か家族様に相談に乗り、必要時には担当のケアマネージャーまたは相談員に連絡する様、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	職員は利用者様と共に過ごす時間を大切にし、日常での家事を一緒に行い、また創作活動等楽しさを共有しています。利用者様と目線を合わせて会話や散歩等に関わる時間を増やし、一方の立場からの関わりにならないようにしている。		
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	家族様には毎月のお便りや来訪時に利用者様の様子を報告している。来訪された際は、利用者様とゆっくり過ごしていただけるように配慮し、一緒に外出して頂く案内もさせてもらっている。		
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	利用者本人の希望が言える方に対しては、電話やFAX等に対応しているが、希望が伝えられない方に対しては、行えていない為、ご家族様には積極的な来訪をお願いする様努めている。	家族に細やかな連絡をする中で来訪を要望し、利用者が口にした知人の名前を伝えていた。家族から入居していることを聞いた知人が来訪している。利用者が湖岸沿いの話を懐かしそうにしたので外出時湖岸回りで出掛けることもある。	
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	ユニット合同での催しで交流を持ち、日頃でもユニットの行き来をされる利用者様が居たり、同じ地域の方同士がお喋りし合う機会がある。1人で行かれない方でも、職員が付き添い、他利用者様と挨拶を交わし、馴染みの関係が出来ている。		

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	入院などにより利用中止になった場合、職員が面会へ行くとともに、アルバムや色紙を作って、本人様と家族様との関係を大切に、また家族様の相談があるときは傾聴する様努めている。		
<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 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	職員と利用者様とが話をした内容を記録に残し、その言葉や、利用者様の生活全体を知り、思いや意向の把握に努めている。なかなか自分で思いを伝えられない利用者様は発する言葉からその思いを汲み取る様にしている。	利用者との会話時や家族の来訪時に収集した意向をケース記録に記入しカンファレンスで共有している。意思の表出が出来ない利用者はフェイスシートや家族の情報を基に利用者の表情、発語、動作等で思いの把握に努めている。	
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	入居時に家族様や本人様から生活歴から暮らし方までの情報を得る。入居後も、これまでのことも引き出せるように情報の把握に努めている。		
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	利用者様の毎日の様子を記録し、職員間で口頭で申し送る他、医療面での情報ノートと生活面の申し送りノートを使って、利用者様の現状把握が出来るように努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	毎月のユニット会議でカンファレンスを行い、各利用者様の担当職員と介護計画作成者が話し合っている。家族様の来訪時に更新された介護計画の説明し、意向を踏まえながら、介護計画を作成している。	ケース記録や家族の意向を基に居室担当者、介護計画作成者と管理者で作成している。精神的ケアの配慮も計画書から伺える。状態変化があればその都度見直し、なくても3か月毎に見直し家族の承認を得ている。	
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	各利用者様別に毎日記録に残している。気づきがあった場合は、当日の出勤者で話し合い、意見交換をしながら、直ぐ全員に伝達できるようにしてから介護実践に反映。その経過を見て、プラン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 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	外出や病院受診等、家族様と相談のうえで、柔軟に支援させて頂いている。利用者様の生活の質を維持できるよう、必要な福祉用具を薦め、購入までを職員が代行している。		

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 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	自治会長を通じて案内や、お誘いを頂いているが、今年度は町内行事に参加できていない。地域の方のボランティアとして大正琴の演奏会は、毎年来て頂いている。		
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、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	主治医による、全体往診1回と個別往診1回を1ヶ月で受けられている。平日だと状態変化があった場合に、往診として対応することも可能で、協力医療機関への受診もスムーズ手配して頂ける。	入居時協力医に替わる利用者が多い。2名がかかりつけ医を受診している。協力医が毎月全体往診を1回、個別往診を1回受けている。受診の同行支援をし、受診結果はその都度家族に報告している。	
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	協力医療機関の主治医による訪問診療を月2回受けられている。主治医とは24時間連絡の対応が可能で、状態変化があった場合は訪問診療や外来受診もスムーズに手配して頂ける。		
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。	利用者の入院時には病棟医師や看護師と連携を図り、スムーズな治療を受けられるようにしている。退院時には相談員と連携し、必要であれば事前カンファレンスを設け、スムーズに退院後の生活を送れるようにしている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	終末期となった利用者については主治医より家族を含めて話し合うようにしている。入所時に終末期に対しての希望、説明を行っているが、その段階での同意書はなし。この1年では、看取りをさせて頂いた方は3名。	入居時に看取りの説明をしているが重度化・終末期対応指針は文書化されていない。看取り時期に協力医が家族に説明し看取り同意書は交わしている。終末期ケアのマニュアルを作成し、協力医、訪問看護師、職員が方針を共有し、この1年で3名の看取りをした。	早急に、重度化・終末期対応指針を文書化し、入居契約時に家族の同意を得ることを期待したい。重要事項説明書にも追加するよう検討することを期待したい。
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	年に1回、施設内研修にて、急変時の対応を学んでいる。元々の利用者の予測される事態には、予め対応方法を看護師や医師の指示を受けておくようにしている。		
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	消防の協力を得て、年に2回(昼夜想定)消火避難訓練を利用者様を交えて実施している。地域の協力を得て、災害時の連絡体制を確保している。また、隣の同系列3施設の合同の避難訓練も実施し、共有のマニュアルがある。	年2回避難訓練を利用者参加で実施し、緊急連絡方法や消火器の使い方も確認した。1回は夜間想定訓練である。消防署の立会いが1回ある。地域や法人を含む緊急連絡マニュアルを作成しているが地域住民の参加はない。	運営推進会議等を利用し、自治会長の協力も得て、避難訓練には地域住民に参加協力してもらうことを期待したい。

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 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、排泄、更衣は特に羞恥心の配慮を行っている。お一人ひとりの思いを伺い、尊重するように高い意識を持っている。	ホールを囲むように居室があるため、居室入り口のドアは必ず閉めるように職員間で確認し気を付けている。ケア時優しい声掛けで行っている。各法人内に教育委員がおり会議を開き年1～2回人権等の研修を行っている。	
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	個別のペースに合わせて支援している。お一人ひとりの思いを傾聴し、出来る限り希望に沿った支援を職員全員が心がけている。利用者様が選択しやすい声掛けをさせて頂いている。		
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	1日の大まかな流れに沿っての生活になりがちであるが、趣味や散歩、入浴時間や午睡などを職員から問いかけ、その答えで臨機応変に対応できるよう職員間で連携を取りながら支援している。		
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	毎朝身だしなみに気を配り、各利用者様がその人らしい姿でいれるように支援している。着尽くした衣類などは、ご家族様相談し、新調して頂けるよう適宜お声かけさせて頂いている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	昼食のみであるが、ランチョンマットを使用し温かみのある雰囲気ですべて食べている。月2回ずつ昼食・おやつ作りをして季節感のあるものや、利用者様の希望に沿ったメニューにし、利用者様と共に作業している。	主食と汁は事業所で、副食は隣接の施設で作っている。毎月2回の昼食、おやつ作りは混ぜたり切ったり等利用者の出来ることをして貰い楽しんでいる。畑で出来た野菜を食事に添えたり昼食作りに利用して季節感を味わっている。職員は食事介助に専念している。	
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	食事・水分は個別に摂取状況を把握している。嚥下状態に合わせて形態を変更したり、好物や家族様からお預かりしたもの等は、職員が管理の上、個別に提供している。		
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	お一人ひとりに合った物品を準備し、声掛けや介助で毎食後の口腔ケアを支援している。希望があったり、必要時には、訪問歯科治療を受け、職員ともに指導を受け、支援しています。すぐ相談、対応してもらえるような連携が取れている。		



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	個々の排泄パターンを把握し、それに応じた支援が行えるようにしている。ほとんどの方がパッド等何らかの器具を使用しているが、トイレでの排泄を第一に考え支援している。	リハビリパンツ利用は15名、布パンツにパット利用は3名である。排泄記録や時間を見て利用者全員トイレに誘導している。体操を毎日行い立位維持ができトイレに行けるようにしている。夜間も付き添って支援をしている。	
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	医師や看護師との連携のもと必要な方は投薬にて調整している。また、排便を促しやすい飲食物の準備を設けている。個々の排便の状況を確認、把握できるようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	原則入浴日が決まっているが、個々の状況、本人の意思により、曜日・時間の融通はつけられるように配慮している。	個浴で週2回入浴している。利用者の要望を聞き回数、時間帯も柔軟に対応している。希望でシャワー浴が1人、17名は2人介助等で全員入浴している。入浴拒否の人には前日から入浴日を度々伝えることで入浴出来ている。	
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	夜間の睡眠状態をよく観察し、就寝時間を工夫している。眠れない方には、希望にもよるが冷・温の飲み物を提供したり、話し相手になる支援をさせて頂いている。空調、体位交換にも気を配っている。		
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	個々の薬情報はカルテに保管。職員は目を通したり、毎週来訪する調剤薬局の薬剤師により副作用や効能についても理解を深めている。医師や看護師の指示のもと、個々の必要な時間、量で服薬出来る様に支援している。		
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	個々のできることに合わせて、家事や庭や畑の手入れ等行ってもらっている。それぞれの利用者様が何が得意で不得意か、やってみたいことは何か、可能性を試行錯誤して支援させて頂いている。		
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に支援している	日常の散歩や近場での買い物は気候や個々の体調に合わせて職員と一緒に出掛けている。家族の来訪のほか、一緒に外出してもらうことを積極的に勧めている。	利用者の希望で買い物や外食に出掛けている。天気の良い日はベランダや庭の畑の手入れをして外気に触れている。花鑑賞や自然散策で帰帆島や守山バラ園や文化ゾーン等に年に5回程度出かけている。車椅子利用で利用者全員が参加している。	



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
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	金銭は原則、事務所で鍵のかかる場所で保管している。買い物に行ける方は職員が同行するが、消耗品や、嗜好品の購入など、ご家族に相談の上、職員に代行することが多い。		
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	利用者様の希望に応じて、事務所にある電話か子機を使用して頂く。FAX送信や、手紙を出す支援もさせて頂いている。		
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	共有空間は、適切な室温、温度管理を行い、快適に過ごして頂いている。季節毎に職員と利用者様とが共同で創作し、完成した作品を玄関やユニット内に掲示している。居室や共用空間をはこまめに清掃を行い、清潔を保っている。	手作りのカレンダーが居間に掛けてあり日にちが分かり易い。壁には手作りの季節感のあるフォトフレームに行事参加時の笑顔の写真をいっぱい貼っている。利用者は穏やかな表情で過ごしている。浴室は広くきれいで、トイレと洗面台は車椅子での使用が出来る。	
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	ホールにはソファを設置し、利用者様が思い思いに利用して頂いている。また希望に応じて、ウッドデッキのスペースに椅子を運び、外気浴や日光浴をしてくつろいで頂ける様にしている。		
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	居室には利用者様の馴染みのものや写真、椅子等の家具をそれぞれの思いで準備され、居心地の良い空間を作って頂いている。日常使用するコップや箸、茶碗は使い慣れた物を利用して頂いている。	ベッド、タンス、エアコンは設置されている。利用者、家族の希望でテレビや整理用家具を持ち込み、利用者の好みに配置している。家族の写真や元気な時利用者が作成した色紙など思い出の品物を飾っている。	
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	ユニット内に手すりが設置しており、安全に歩行出来る様にしている。居室を迷わない様に、名札や分かり易い目印をつけ、利用者様が混乱せず行動出来る様に配慮している。		

## 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	現在、利用者様が地域の方々と関われる機会が殆ど持っていない。	利用者様が日常的に地域の方々に関わる事によって、馴染みの関係を築けるようになる。	来年度から小学校が開校予定となり、利用者様と職員が朝や夕方に挨拶に行き、子供たちや保護者の方(地域の方々)に施設を知って頂き、馴染みの関係が出来るようにする。	6ヶ月
2	33	入所の契約の段階では、終末期に関する加算や対応の状況は説明しているが、ご家族様の意向や希望は聞けていない。	重要事項説明書に、重症化に対する指針を説明し、ご家族様に理解してもらった上で、終末期の意向を確認できるようにする。	重症化に対する指針の作成。それに沿って、契約時にはご家族に終末期や看取りに関しての意思を聞き取りする。その上で、契約とする。	12ヶ月
3	35	年2回の避難訓練は実施出来ているが、地域の方の参加は無く、運営推進会議での報告のみとなっている。	避難訓練での地域の方の参加。	自治会長へ地域の方の参加を依頼する。見学若しくは、実際に参加して頂く。	4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。