

### 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   | 1193300132                |            |            |
| 法人名     | 株式会社 ユニマツト・リタイアメント・コミュニティ |            |            |
| 事業所名    | 東松山グループホームそよ風             |            |            |
| 所在地     | 埼玉県東松山市東平2164-3           |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年3月7日                 | 評価結果市町村受理日 | 平成30年4月24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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                     |  |  |
|-------|---------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社シーサポート          |  |  |
| 所在地   | 埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成30年3月23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>重度のご利用者様でも受け入れを行っており、訪問看護・主治医など医療職との連携も厚く、施設内での見取りまで行える体制である。<br/>グループホームの特性上、一人一人の利用者様と過ごす時間が長く、近い距離感で生活を提供出来ている、ベテラン職員も多く親近感を持って頂けているご利用者様も多い。</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>●日々の記録が適切になされており、特に入浴の間隔についてはわかりやすいよう工夫した記載方法がなされています。職員間での共有・利用者の意思の尊重をもって利用者の清潔保持に取り組んでいます。●利用者の安全への配慮から2階に開閉式ドアが設置されています。利用者の自由な活動とのバランスを考慮しながら利用者と家族が安心できる環境の提供・改善に努めています。●入居時より終末期の支援に対して説明しており、利用者の状態の変化にあわせて更に具体的な話をするよう取り組んでいます。訪問看護事業者等医療機関と連携し、利用者・家族の望む支援を行えるよう努めています。</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)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<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. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生き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 |
| <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                            | 理念については、ホーム内に提示してあるが、全職員が理解し、実践には至っていない点もある。  | 法人およびホームの理念を掲示し、その浸透を図っている。職員が利用者一人ひとりに沿った支援ができるよう就労環境の向上に取り組んでいる。          |                   |
| 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                            | 資源回収等、自治体の行事に参加を行っている。地域の行事の際、休憩所として使用して頂いている。  | 資源回収などホームでできる協力にて地域貢献を果たしている。地域の御祭りなど利用者が参加できるものを探し、交流を深めていく意向をもっている。       |                   |
| 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                          | 以前は、地域の人々との交流を図っていたが、介護度の重度化により、外に外出をする入居者の方も減り、散歩に出た際に挨拶をする事等は減っている。                                     |   |                   |
| 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       | 2ヶ月に一度の頻度で運営推進会議を行っている。質疑応答の時間を設け、上がった議題意見を聞き、その場で対応出来る物に対してはお答えをしている。その場で対応が出来なかった事に関しては、次回の会議に報告を行っている。 | 行政、地域包括支援センター、薬局、家族等が参加し、運営推進会議が開催されている。会議内では、事故・感染症などの対策についても報告・検討がなされている。 |                   |
| 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                 | センター長、管理者、ケアマネージャーが主として市町村との連携を行っている。運営推進会議にも出席して頂き、その際、ご家族様が話が出来るとい対応を行って頂いている。                          | 行政に対しては運営推進会議等にて相談し、適切な運営が図れるよう取り組んでいる。集団指導での留意事項についてもファイリングし、確認がなされている。    |                   |
| 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「介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 | 玄関の施錠に関しては、安全を考慮し施錠を行っている。身体拘束については、定期的に研修を行っているが、毎月、行うという事は出来ていない。                                       | 身体拘束の廃止、高齢者虐待の防止について事業所内研修を実施している。声掛けにより利用者の行動を抑制しないよう管理者による検証に努めている。       |                   |
| 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       | 定期的に研修を行うと共に、いつ当事業所でも起きてしまう物ととらえ、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<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    | 成年後見制度についての研修は、職員に行っていない状況となっている。現在、センター長、管理者、ケアマネジャーが後見人の方や、市の社会福祉協議会の職員と連絡を取っている。            |  |                   |
| 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                         | 書面にて現在説明を行っている。訪問されたご家族様に直接話を行う場合もある。疑問点等は電話にて対応を行う事もある。運営推進会議時、議題として取り上げる事もある。                |  |                   |
| 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                     | ご家族様の面会時、運営推進会議時、ケアプランの更新時に意見、要望を伺っている。  | 家族からの信頼を得られるよう日々の支援に努めており、面会時等にコミュニケーションを図っている。家族から細かな要望を聞きとれるよう今後も取り組む意向を持っている。 |                   |
| 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                                      | 全体会議時、各フロア会議時に意見を聞いている。内容により直ぐに反映出来ない物もある。   | フロア会議・全体会議を開催し、職員の意見交換に取り組んでいる。数字や法令などを紹介し、職員の意識を向上させるよう努めている。                   |                   |
| 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      | センター長が人事考課の際に、個々に面談を行っている。又、個々に応じた勤務形態を作り、職員の希望に沿い、働きやすい環境整備に努めている。                            |  |                   |
| 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         | 全体会議時に施設内研修は行っているが、社内研修については、参加する職員が限られてしまっている。  |  |                   |
| 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 | 事業所内の協議会等の出席を勤務として認めている。協議会については、管理者のみではなく一般職員の方を対象にした会議を設け、他の事業所の職員と交流がもてる場を設ける事が出来るように努めている。 |  |                   |

| 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 |
| <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 | 安心できる環境でなるべく一対一で話を伺い、これまでの生活状況・趣味や特技など世間話を交え安心していただいた上で、本音を聞きだせるように心がけている。                               |  |                   |
| 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            | ご本人の前で話しづらいこともあろうかと思いますが、なるべくご家族様のみのお話を伺う機会を設け、小さなことでもお話していただければと思います。また、出来る事、出来ない事も伝え、信頼関係を築くよう努力しています。 |  |                   |
| 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        | ご本人様が「今困っている事」に焦点をあて、対応する。入居前判定会議及びサービス担当者会議にて話し合っている。また、他のニーズについても記録し、後の生活に活かせるようにしている。                 |  |                   |
| 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                        | 常に相手の立場を考え、尊厳を守る事を第一としている。ご自身で出来る事・これまでの生活で行ってきたことを生活史から把握し、ホームでの生活に反映出来るよう努めている。                        |  |                   |
| 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         | 面会は自由に来て頂けるようお話している。面会時は外出・居室で過ごすなど、ご本人とご家族様の意思を優先し過ごして頂いている。また、月一回の「そよ風便り」にて近況を報告している。                  |  |                   |
| 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                     | 友人やご近所様・ご親戚との関係を入居後も継続出来るよう入居時にご本人様、ご家族様にもお話している。  | 毎月便りを送付し、家族との関係が繋がるよう支援している。なるべく多くの家族に面会や運営推進会議に来てもらえるよう働きかけている。 |                   |
| 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                 | 関係性を見ながら席を配置したり、レクリエーションへの参加を促したりしている。集団生活なので折り合いが悪い方もいるが、職員が間にはいりフォローしている。                              |  |                   |

| 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                    | サービスの終了理由にもよるが、必要に応じてご家族様・ご本人様へのフォローをさせて頂きたい旨お話している。   |   |  |
| <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   | ケアプラン更新時だけではなく、日常生活の中で希望、意向を引き出せるように努めている。認知症状の為、自分の思いを伝えづらい場合は、表情、声色などの反応を見ながら、答えやすい質問を行い、なるべく意向を汲むことができるよう考えている。                     | モニタリングを定期で実施し、健康状態および満足度について聴取と考察をしている。意思を表明できない利用者については表情や反応を見ながら利用者本位の支援を検討している。    |  |
| 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                                       | 入居の際、ご家族様にわかる範囲内で生活歴の記入を行って頂き、ホームに来られる前の暮らしを出来るだけ把握するようにしている。ホームの中で暮らしている際に、ふと口にされた事など、面会に来られた際にご家族様に聞いてみる事もある。ご友人や近所の方までの情報収集は行っていない。 |   |  |
| 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   | 日々の情報は日誌に記録し共有に努めている。また、分からないところはお互いに聞き取りを行う。月一回のフロア会議で、一人一人のケアについて話し合いを行っている。有する力等は十分な把握に至っていない。                                      |   |  |
| 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 | 一人一人に担当職員を決め、介護支援計画をチェックしている。ご本人様・ご家族様・主治医等関係者とは日頃の会話・サービス担当者会議で話し合い、アイデアを出して頂いているが、十分な反映までには至っていない。                                   | 担当者会議を開催し、利用者の状況・家族の要望について検討し、ケアプランの策定がなされている。また法人全体として自立支援を進めており、歩行・水分摂取等への注力に努めている。 | 「ケアプランが主導する支援」を実践できるよう取り組んでおり、職員への周知とともに更に進める意向をもってしている。 |
| 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                        | 毎日細かく記録を行っている為、介護計画の見直しに活かしやすい。ミニカンファレンス等の記録も活用しているが、情報の共有を記録に頼りすぎている側面もある。  |   |  |
| 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               | 支援やサービスの多機能化を考える前に、人員配置や経済的な面から諦めてしまう事が多く感じる。自費サービスを含め、限られた資源の中でニーズに合うものを提供するよう心掛けている。   |   |  |

| 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<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                                      | 地域資源の情報はありますが、ご本人様のニーズとのマッチングが難しいと感じることがある(特に外出して活用する資源について)。ホームが地域の中で役割を持ち、そこにご本人が持つ力を発揮できる場を作りたい。 |   |                   |
| 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                                  | 往診に来て下さる医師以外にも、セカンドオピニオンとしてホームが関われる医師が必要。ご本人様もご家族様にも選択できることを増やしたい。往診時には主治医より直接ご本人とお話していただいている。      | 協力医療機関による往診、週に1回の訪問看護など医療機関と連携し、利用者の健康管理にあたっている。来年度より療養管理指導を導入し、更に充実した体制となることを目指している。       |                   |
| 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                          | 週一回、訪問看護師に個々の利用者様について書類上と直接のの申し送りを行っている。主治医との情報共有も積極的に行っており、必要時には直接主治医と訪問看護師がやりとりする事もある。24時間対応している。 |   |                   |
| 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。 | 入院後は定期的に面会に行き、その際ご家族様の許可を得ながら、担当医や担当看護師に話を聞き、個人情報に残し、情報を共有している。洗濯物の管理など、ホームが関われることは対応させて頂いている。      |   |                   |
| 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  | ご本人には日頃の会話から、ご家族様には書面と面会時に、必要がある場合にお話している。入居時に認知症状がある方が殆どなので、ご本人はどうしたいのか意思を聞くことが難しい場合は関係者にも話を聞く。    | 入居時より終末期の支援に対して説明しており、利用者の状態の変化にあわせて更に具体的な話をするよう取り組んでいる。訪問看護事業者等医療機関と連携し、利用者・家族の望む支援に努めている。 |                   |
| 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  | 定期的に救急救命講習・AED講習を受けている。また、連絡方法や対応等は事務所内に掲示しいざというときに実践できるよう努めている。                                    |   |                   |
| 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  | 定期的な避難訓練を行っているが、地域の訓練には参加できていない。大家さん以外の方との交流が難しく、地域との協力体制を築けているとは言えない。                              | 夜間・火災・地震等の想定のもと避難訓練が実施されている。またAEDの使用など救命講習を受講し、万一の事態に備えるよう取り組んでいる。                          |                   |

| 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<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                   | 認知症があっても感情。羞恥心はあるので、尊厳を傷つけない声掛けを心掛けている。また、入浴時に希望時は同性介助を心掛けている。  | 家庭的な支援の推進の一方、利用者との距離を適切に保つよう指導にあたっている。排せつ・入浴支援時は特に配慮するよう努めている。                                    | 職員の気になる声掛けに対しては指導にあたっており、職員が意識して支援にあたるよう更に取り組む意向をもっている。 |
| 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                     | 日常の会話の中で自然に希望を引き出せるように心がけている。分かりやすい選択肢をあげ自己決定しやすい様傾聴し答えるように努めている。   |   |   |
| 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 | 自宅にいた時の生活を尊重し、その人のペースに沿って過ごせるよう心掛けている。希望しない事は無理強いしないようにしている。  |   |   |
| 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                                  | 着るものは自宅から好きな洋服を持って来て頂いたり、一緒に買い物に行き選んで頂いたりしている。整髪は訪問理美容を利用し、必要な  |   |   |
| 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     | 生活歴から把握する(生まれ育ったところの名物など)、ご本人とご家族様に聞き取りをし、日々の食事に反映できるように心掛けている。また、イベントとして好きな物を手作りする(おはぎや餃子など)行事を行い、楽しめるようにする。利用者様全員との準備・片付けは難しいが、できる方に行って頂いている。 | 利用者の重度化により外食の機会は減っているものの、お正月にはおせち料理を取り寄せるなど工夫に努めている。利用者の食べたい物を聴取するため、声かけに努めており、意向を反映した調理に取り組んでいる。 |   |
| 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          | 一人一人の体に合った食事量を提供している。主治医の指示で水分量・塩分量の制限がある方もいるので、フロア会議で情報共有するとともに、台所の掲示物にすぐ把握できるようにしている。特に危険がない限り、常食に近い食事を提供している。                                |   |   |
| 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                   | 毎食後口腔ケアを行っている。義歯は洗浄し、夜間は定期的に消毒液に浸けている。訪問歯科医の指導の下、食事時によく唾液が出るように、食事前に口腔体操を行う時もある。  |   |   |

| 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                              | 夜間でも行ける方はトイレ介助を行っている。失禁のある方も、安易におむつは使わずご本人の様子を見ながらトイレ誘導を行うことで、失禁を減らす取り組みをしている。介護メモ・バイタル表で、その時の排泄状況がすぐに把握できるようにしている。  | 利用者の排せつ状況を確認し、間隔が空いた際には声を掛け、トイレでの排せつを支援している。時間帯により装具を変えるなど利用者の能力に応じて柔軟な対応にあたっている。        |                   |
| 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  | 主治医と相談しながら、牛乳やヨーグルト。食物繊維が豊富な野菜をメニューに取り入れる・歩いて移動する・水分を多めに摂る等、まずできるところから変えている。   |  |                   |
| 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                             | 毎日入浴を行っている。その人の入浴方法は介護援助計画に記録している。職員の配置により、重度の介護が必要な方の入浴が限られる場合があり、職員の都合で入浴せざるをえない場合もある。                             | 日々の記録は入浴の間隔がわかりやすいよう記載されており、職員間での共有が図られている。利用者の意思や体調を尊重しながら清潔の保持にあたっている。                 |                   |
| 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   | 寝具を工夫し、馴染のあるものを持って来て頂いている。自宅にいたときの環境に近づけている。居室内の温度。電気の明るさ等調整している。昼間でも休みたい時は居室やソファに誘導し休めるよう工夫している。                    |  |                   |
| 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  | 医療情報ファイルに処方箋等医療情報をはさみ、いつでも確認できるようにしている。飲み方については変更時フロア会議で話し合ったりミニカンファレンスで共有したり、その人その人にあつた方法を把握できるようにしている。             |  |                   |
| 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                             | 生活歴や聴き取りからその方の楽しみや役割を把握し、できることは行って頂いている。また、行事を計画し、月に一度は外出や行事を楽しんでいただけるよう工夫している。                                      |  |                   |
| 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 | 天気が良い日はホームの周りを散歩したりドライブできるように計画しているが、人的環境や利用者様の安全が確保できない観点から、実施出来ない事が多い。ご本人の為の外出支援の場合、ひと月ほど前から計画し職員数を確保し、計画をして行っている。 | 利用者の重度化に伴い、外出の意欲減退を感じている。天候や利用者の健康状態を考慮しながらなるべく外出機会を増やせるよう努めている。利用者の意向に寄り添いながら支援にあたっている。 |                   |



| 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 |
| 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  | お金を所持する事は制限していないが、持つ場合には方法や金額などご本人様・ご家族様と相談し、記録に残している。毎日確認が必要な場合には、ご本人と一緒に確認している。  |   |                   |
| 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   | 毎年ご本人様と相談しながら年賀状を出している。また、電話はご希望時に自由にできるようにするが、頻回の訴えがある場合はあらかじめご家族様にお話しする。電話の使い方がわからない・字が読めない方には、職員が支援し電話の応答・手紙のやりとりを行う。 |   |                   |
| 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 | 利用者様と職員は同じテーブルとイスを使用し、家庭に近い雰囲気作りをしている。また、ご飯を炊く匂い・炊事の音・花や装飾品を飾るなど、生活感があり且つ安全な共有空間を心掛けている。温度計・湿度計で快適に過ごせるよう気をつけている。        | 手洗いうがいの励行、加湿器の設置等により感染症蔓延防止にあたっている。清潔を保ち、皆が快適に過ごせる空間となるよう共有スペースの清掃に取り組んでいる。 |                   |
| 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  | テーブルを分ける・ソファを置くなどし、広い空間を分ける工夫をしている。居室とも自由に行き来できるようになっている。親しい人同士は近い席になるように配置している。   |   |                   |
| 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  | 居室内は入居時に馴染みのある家具を持って来て頂けるようお話している。布団での生活だった方は布団を使えるようにしている。家族や思い出のある写真、ホームでの写真を飾っている。仏壇や遺影、位牌も自由に置いていただいている。             | 床や壁は居室ごとに変えており、施設間の減少に取り組んでいる。また居室の入り口には表札をつけ、自身のスペースであることを認識してもらえるよう努めている。 |                   |
| 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   | 居室の入り口に大きな表札を立て、ご本人の部屋がわかりやすいようにしている。トイレにはマークをはり、わかりやすいようにしている。ぶつかっても怪我をしないよう、配管等にクッションをしている。手すりが不十分などところがある。            |   |                   |

## 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        | 49   | 外出支援については人的環境もあり、日常的に行えていない部分である。利用者様、ご家族様からも期待されている部分でもあり、改善が必要である。  | 定期的な外出支援の実施。            | 人員の配置が一番の課題である為、人員確保に動く。環境が整い次第、具体的計画を立て、順次行っていく。        | 6ヶ月        |
| 2        | 26   | ケアプランについて職員全員での意識がやや低く感じる。目の前のケアが先行し、後に帳票としてケアプランがついていっているような印象がある。チーム全体でケアプランに対する意識を高め、ケアプランが主導の計画性の高いケアに繋げていく必要がある。 | 職員全体でケアプランに関わっていく環境づくり。 | 各定例会議等での意識づけ。モニタリング等、担当していない職員にも参加させてケアプラン作成に積極的に関わって頂く。 | 6ヶ月        |
| 3        | 13   | 人的環境もあり、研修等、職員育成の時間を取りづらい環境になってしまっている。施設内で定期的な研修も行っているが、限界もある為、社内外の研修等参加機会を増やす必要がある。                                  | 社内・社外研修の参加率向上。          | 人的環境の整備。状況整い次第、社内外研修等、積極的に申し込んでいく。                       | 6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。