

### 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   | 3191400120       |            |           |
| 法人名     | 社会福祉法人 福生会       |            |           |
| 事業所名    | グループホーム 仁の里      |            |           |
| 所在地     | 鳥取県東伯郡三朝町山田108番5 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成27年10月15日      | 評価結果市町村受理日 | 平成28年2月9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   | 鳥取市伏野1729番地5     |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年11月24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)】**

家庭的な環境と、母体の三喜苑の協力のもと、「地域と共に喜びを育むこと」との理念を掲げ、地域の方からの畑の提供により四季折々の野菜の栽培、収穫を通じた家族会・地域の方のお手伝いを頂きながら、少しずつではあるが顔馴染みになってきている。又温泉浴、足湯を備え安眠にもつなげている。GHも4年目に入り、年々年を重ねられる事で全員での外出が難しくなっているものの「元気に楽しく生活する事」と言い気持ちで現在も皆でお弁当を持って出かけられることに感謝。日々の体調管理も隣接する訪問看護との連携により迅速に対応、相談ができ協力が得られる。少人数であるメリットをいかし、日々のクッキング等家庭的な雰囲気ですっきりと、時には手芸や語り、歌クラブとボランティアの協力の元、ワイワイ賑やかにおしゃべりをされ楽しく暮らされている

**【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)】**

事業所で実施する、料理・パステルアート・お月見会等の地域交流会、バザー等の行事には地域の方が参加されたり、近隣の方から野菜などの差し入れ、利用者の知人の訪問など、日常的に地域の方に訪れていただける関係が築かれています。また、自治会にも加入し、地域清掃への参加、町の芸能文化祭への作品出品などにも取り組まれています。  
畑を利用者と一緒に行き、農作業の際には利用者と同近隣の方と交流しておられます。また栽培・収穫を通じて利用者に季節感を感じていただいたり、食材として使用し食事を楽しんでいただくよう支援しておられます。  
町との連携については、地域行事の際の交通手段として、町のバス使用について協力を得たり、災害等の緊急時避難所として施設を提供する協定を結ぶなど、事業所を含めた法人全体と行政との協力関係が築かれています。

**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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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                          | 毎朝の引き継ぎ時に理念を皆で復唱。地域とともにという事を意識し、屋外での活動中は大きな声で挨拶をすること、又実行計画(地域目標)の評価を毎月行い次月につなげるようにしている                      | 法人理念のもと、地域を意識した事業所独自の理念を作成されています。事業所理念は玄関、事務所に掲示され、毎朝の引き継ぎ時に唱和を行い職員間での共有を図られています。また、毎年事業所理念実現へ向けた目標を定め、その実行状況について、職員個々で毎月評価をしたものを管理者が評価し、理念を共有して実践につなげるようにしておられます。                            |   |
| 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                          | 地域に根差した施設を目指し、地区の一斉清掃(総事)芋掘り等地域の方と一緒に実施。又、町芸能祭、地域交流会や畑仕事、バザーを通して地域の方との交流を深めている。                             | 自治会に加入され、町内の清掃活動や芸能祭に参加されています。また地域の方を招いた、料理・パステルアート・お月見会等の交流会の実施や、家族会の協力のもとバザーを行うなど、事業所として地域とのつながりを深めるよう取り組んでおられます。散歩の際に、利用者と一緒に広報紙を配ったり、畑での農作業を通じて近所の方と交流を行ったりするなど、利用者と地域住民との日常的な交流も行われています。 |   |
| 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                        | 地域交流会を通じた歌の発表、作品作り等で支援により様々な事が出来る事を知って頂くと共に気軽に相談できるよう関係性を継続できるよう心がけている                                      |   |   |
| 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か月ごとに開催し、入居者の状況や行事、事故、苦情を報告。事故対策や食事摂取等意見を頂いた中でサービスの向上に努められるよう、議事録にて職員間で共有、それぞれの担当で検討している                   | 運営推進会議のメンバーは、利用者・利用者家族・区長・役場職員・包括支援センター職員・民生委員・第三者委員で、2ヶ月に1回会議を開催しておられます。事業所の状況報告や地域交流などについて意見交換が行われ、そこでの意見を運営に活かしておられます。例えば、転倒防止策・災害時の事業所対応等の取り組みがされています。                                    |   |
| 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に取り組んでいる               | 定期的な運営推進会議の参加にて外出行事の相談や、会議時にホームの生活の様子を見ていただいた   | 日頃から役場担当職員、地域包括支援センター職員に事業所の状況報告や行事等についての相談が行われています。また、ホームの行事に町のバス使用の支援を受けたり、災害等の緊急時避難所として施設を提供する協定を結ぶなど協力関係を築かれています。   |   |
| 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 | 法人としても身体拘束を行わない事としているが、今回褥瘡が出来入院治療(外科的処置)された方があり、入院中よりつなぎ服着用にて治療されていた。引き続き治療を優先にてつなぎ服をご家族同意のもと着用。12日からは夜間のみ | 毎年、法人全体で行う身体拘束廃止研修に参加し、身体拘束をしないケアに取り組んでおられます。研修に参加できなかった職員に対しては、施設内で伝達研修が行われています。以前、1名の利用者が、家族・本人同意のもとつなぎ服を2週間程度使用されていましたが、現在は使用しておられません。転倒事故防止のために、夜間1名の利用者にセンサーを使用しておられます。                  | センサーの設置については、アセスメントで身体能力の評価をしたうえで、事故防止のための方策として止むを得ないのか、再度見直しをされるのが望まれます。 |

| 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 |
| 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        | 最近、ニュース等でも問題視されている事や苑内研修にて9月に勉強会を行い、認知症の方への知識や対応の仕方を共有。何気ない言葉かけにも注意し合えるようにしている        |   |                   |
| 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    | 権利擁護に関する制度についても苑内研修を行っている。現時点ではその対象者はいないが必要に応じて対応していく。                                |   |                   |
| 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                         | 契約時は口頭で説明し、納得いただいてから契約を行っている。又、追加・変更等があった場合は文章でお知らせし理解を得ている。                          |   |                   |
| 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                     | ホーム内の廊下に苦情・意見箱を設置。又年1回(9月)にアンケートを行い、結果についても職員間で話し合い、運営推進会議やご家族へも報告し改善を行っている。          | 家族からの意見や要望は、事業所に来られた時や受診の時等機会をとらえて話を聞くようにされています。また年に1回アンケートを実施しております。アンケート結果については職員間で話し合い、運営推進会議や家族に報告のうえ運営に反映されています。また、外部来所者に対し接遇に関するアンケートを実施されています。 |                   |
| 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                                      | 日々の業務の中でも意見を聞き取るよう努めている。又毎月のミーティングや朝の引継ぎ時にも職員の提案や意見を聞き、運営に反映させている。                    | 職員は、意見や要望があれば日頃から管理者に伝えるという関係が築かれています。職員からの意見や提案は毎月のミーティングで話し合わせ、様式の見直しや記録の取り方等、事業所の運営改善に活かされています。  |                   |
| 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      | 年2回の課長面談にて個人の目標達成の度合いを評価し、要望や悩み事等、言いやすい関係作りをしている。趣味や特技を活かした仕事(担当)を振り分けやりがいが持てるようにしている |   |                   |
| 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         | 外部研修の案内を提示し、自由に参加できるよう研修の機会を設け、専門性の高い介護の提供が出来るよう支援している。介護福祉士、パソコン等働きながら受講された方もあり      |   |                   |
| 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 | 相互研修や町内福祉施設の交流会の参加によりお互いの情報交換や良い所を取り入れ、サービスの質の向上に努めている。                               |   |                   |

| 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 | 入居者とのゆっくりとお話をする時間を設け、要望や相談事に対しても、統一したケアを提供し、安心して生活して頂けるよう努力している。                                |  |   |
| 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            | 入居者、ご家族の立場を理解し相談や要望を聞きサービスの提供に生かしている。又、面会時にも定期的に状況をお伝えし、不安感を与えないよう心がけている                        |  |   |
| 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        | ご家族の要望をしっかり聞き、想いを受け止めた対応・サービスに努めている。医療が必要になった場合等、連携施設や他事業所等への支援がある事も説明                          |  |   |
| 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                        | 日々の生活の中で一緒に体操をし、調理の味付けや畑の野菜の収穫時期等教えて頂きながら、ホームでの生活が職員も家族の一員としての関係性を保ちつつ、自立支援へも心掛けた関わりを行っている      |  |   |
| 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         | 毎月の広報誌に日々の様子も合わせてお知らせし、行事等の参加の呼びかけを実施。又、普段はホームの職員が付き添っている医療機関の受診も時にお願ひし、ご本人との時間を作っていただける様にしています |  |   |
| 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                     | 以前生活されていた、ケアハウスや特養のご利用者に会いたいとの希望された方もあり、行事の際と一緒に写真を撮ったり、ふるさと訪問にて墓参りをされたりと希望に添った関わりが出来るよう心がけている  | 外出時に、馴染みの場所に立ちよったり、近所の知人や親族を訪ねたりするなど、馴染みの関係が途切れないよう取り組まれています。年に1回、家族の協力を得ながら、個々の希望に応じたふるさと訪問を実施されています。馴染みの関係は、個人ごとに支援記録に記録しておられます。 | 利用者の情報は、支援記録に記載されていますが、様々な情報が羅列になっています。「私の支援マップシート」を活用して、スタッフが情報を共有しやすい記録の工夫を期待します。 |
| 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                 | ご自身のペースではあるが、行事や体操に参加される。日々の生活の中でも席替えをし、良好な関係が築けるよう職員が声かけや見守りの支援を行っている。                         |  |   |

| 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   |
| 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                    | ここ1年での退居者はないが、同法人の特養、ケアハウスに行かれた方がいるが、行事等でお会いしたときには声をかけ様子を伺っている                                    |   |   |
| <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   | 食事摂取量の少ない方が屋外での食事は箸が進んだ等、日頃からの関わりの中から外食をすすめたりお盆を気にされている方へはご家族へ外出の相談をしたりと意向に添えるよう心掛けている            | 利用者個々の思いや意向は、日頃の会話や表情、家族からの聞き取りなどをつうじて把握するように努め、利用者の意向に沿った支援を心がけておられます。把握した思いや意向は、個人毎に支援記録に記録しておられます。       | 利用者の情報は、支援記録に記載されていますが、様々な情報が羅列になっています。スタッフが情報を共有しやすい記録の工夫を期待します。 |
| 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                                       | 生活歴や家族環境等、プライバシーに配慮した上で、職員間で把握する共に、個別ケアに努めている。以前の事が分かりにくい方へは再度お手紙にて生活歴を訪ねた                        |   |   |
| 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   | 一人一人の日々の過ごし方は違っており、本人の意向を尊重し、能力に見合ったお手伝いをして頂いている。日々の状態もケース記録に記入しミーティングでも職員間で共有できるよう話し合っている        |   |   |
| 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 | 現状の課題を担当とご本人で話し合い仮のプランを作成。その後、訪問看護やご家族(遠方の方は仮プランに記入)職員の意見を反映しプランを作成している                           | 担当者が6か月に1回アセスメントを行い、仮計画を作成し、その後訪問看護の意見、家族の意向を聞き取り、全職員によるカンファレンスを経て作成しておられます。利用者の状況、ニーズの変化に応じて、随時見直ししておられます。 |   |
| 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                        | ケース記録、観察表、連絡ノートに個人の状態や状況が記録されており、職員は出勤時に状況を確認する事にしており、情報の共有を図っている。又、気付いた点等、今後のプランに生かせるように記録に残している |   |   |
| 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               | お盆や彼岸の話から、ご家族の迎えを待たれるような言葉もあり、墓参りやふるさと訪問に出掛けたり、個別外食等ボランティアの関りもあり、出来る事は柔軟に支援している                   |   |   |

| 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 |
| 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                                      | 地域の方の協力や様々なボランティアの受け入れをし、変化のある生活を楽しんでいただいている。又夏祭りや地域交流会町芸能祭で発表の場を設け、出来る事の満足感を味わっていただいた                           |   |                   |
| 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                                  | 本人、ご家族との相談にてかかりつけ医を決めており、定期的な受診を実施。ご家族対応での受診をされる場合、ホームでの生活が分かりやすい様に口頭又は状況表を渡し説明している。                             | 全員、入居以前からのかかりつけ医へ受診されています。受診時に家族が同行される場合は、利用者の様子を「通院状況票」に記載し、受診時に持参しておられます。職員が同行支援を行うときは、受診結果を電話や毎月のお便りと合わせて家族に報告しておられます。   |                   |
| 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                          | 訪問看護との契約もあり、週1回の訪問に合わせて、特変時や体調の変化があった時には、いつでも相談できる体制が整っている。  |   |                   |
| 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。 | 医療、福祉関係の交流会の場や地域連携室を通して、早期退院につながるような退院時の対応を含めた相談や入院中には定期的に洗濯物を取りに行き、状態把握に努めている。                                  |   |                   |
| 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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 週末期の対応、希望については契約時に説明している。看取りについて、その時での気持ちをご家族とも再度相談、終末期の対応を確認し同意書を頂いている。かかりつけ医、訪問看護との連携、協力も得られるよう早い時点での相談も行っている。 | 「利用者の重度化及び看取り介護に関する指針」を定め、入居時に利用者、家族に事業所の方針について説明しておられます。利用者・家族の意向を尊重し、緊急時の医療機関の協力等を得て、見取りにも対応しておられます。今までに1名看取りをされています。   |                   |
| 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  | 心肺蘇生法等の講習をほぼ、全員が受けている。事故や急変時の対応、連絡体制についても分かりやすい所に貼り、周知するよう努めている  |   |                   |
| 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  | 火災については消防訓練内容をもとに職員に周知し隣接のサテライトデイサービスと合わせて3か月に1回程度の定期的な避難訓練を実施。町消防団と合同の避難訓練を実施。地震の避難訓練1度実施                       | 火災時、地震時を想定したマニュアルが整備され、職員間で共有されています。3ヶ月に1度、定期的に火災を想定した避難訓練を実施されています。回ごとに日中や夜間等を想定して実施し、地区の消防団参加で実施されることもあります。水害については地域的に想定されないため対策はありませんが、地震発生時を想定した避難訓練も年に1度実施しておられます。 |                   |

| 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 |
| <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                   | 入居者の尊厳や言葉使いについて、優しい言葉かけをするよう心掛けている。又接遇アンケートを実施し(面会者、ご家族、ご利用者)対応について評価確認している。引き継ぎ時も名前を出さないよう番号で行っている | 利用者の意向や希望を尊重し、自己決定できるよう支援するとともに、日々の言葉遣いや態度についても注意を払っておられます。法人全体で行われる人権学習や接遇の研修に参加し、参加できなかった職員にはミーティング時に伝達を行っておられます。年に1回、家族・利用者を対象とした接遇に関するアンケートを実施しておられます。 |                   |
| 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                     | 日々の生活の中で、入浴時の衣類を選んだり、お盆やお彼岸が来ることを伝えると、墓参りを考えられたりと四季折々の行事にご本人の意見、希望を引き出せるよう、言葉かけを行い、ご家族への協力を仰いでいる    |  |                   |
| 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 | ご本人のペースで生活して頂いている。それぞれの生活歴があるように、生活リズムも違う為、起床、食事の時間やレクレーションへの参加等、希望に添って支援している。                      |  |                   |
| 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                                  | 母体の三喜苑での散髪の日や近所の理髪店に出かける事もあり、服装も季節感に考慮しつつ、一緒に選んでいる。祝典、外出等では化粧をする機会をもつよう心掛けている。                      |  |                   |
| 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     | 畑の野菜と一緒に収穫し、何の料理がいいのか相談したり一緒に調理の下ごしらえ、味付けや盛り付け等のお手伝いをして頂いている。時にはソーメン流しやおにぎり弁当等、場所を変えての食事も実施         | 事業所の畑を利用者と一緒に栽培・収穫し、食材に生かしておられます。下ごしらえや調理も、利用者の体調等に合わせて一緒にしておられます。利用者と職員は一緒に和やかな雰囲気の中で卓を囲んでおられます。  |                   |
| 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          | 食事量の少ない方へは医師と相談し、補助食品を提供。又量が多いと、最初から手をつけられない為、普段からの食べられる量を把握しその人にふさわしい量を盛り付けるよう心掛けている。              |  |                   |
| 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                   | 毎食後に口腔ケアの声かけを行い、自発的にされている。介助の必要な方へは不穩にならない様に注意しながら介助を行っている。   |  |                   |

| 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                              | ほぼ全員がトイレでの排泄をされる。排泄の間隔が長い方へは声をかけ、失敗のある場合はさりげなくパット交換を行い羞恥心のないよう配慮している。夜間帯に1名おむつ交換の方あり                       | 利用者の水分摂取量や排泄回数、時間等を記録しながら排泄パターンを把握し、早めの声掛けによりトイレでの排泄を支援しております。  |                   |
| 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  | 観察表により毎日排泄をチェック。起床時の水、マッサージ、運動、乳製品の提供に心掛けている。排便がない方へは、水分や野菜の摂取量を増やしたり、野菜ジュースを提供している                        |   |                   |
| 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                        | 週2～3回の実施。入浴チェック表をもとに、入られていない方への声かけをするが、本人の希望や時間を聴き対応。歌を歌われたりと、1人1人がゆったりと入れるよう心掛けている。                       | 一人一人の入浴状況をチェック表で記録し、あまり入浴を希望されない方でも週に2～3回は入浴するよう声掛けをしております。職員体制から、1日に入浴できる人数は限られていますが、入浴希望があれば対応されています。施設の屋外には足湯場もあり、利用者の体調や気分に応じて活用しております。 |                   |
| 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   | 日中の午睡は自由とし、ソファで休まれる方もある。体操、足湯をしたりと日中の活動を増やし、夜間の安眠につなげ、その人にとっての眠りやすい室温、寝具に心掛けている。                           |   |                   |
| 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  | 入居者の薬情報も各自のファイルに添付。又薬の変更があった時は様子を記録に残し受診時に情報提供できるようにしている。毎食事に飲まれる薬を都度箱に用意し2人で確認のもと服薬介助。                    |   |                   |
| 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、体操時の声かけ、野菜の皮むき、盛り付け等お願いすると、自分の出来る役割を決めておられ、進んで作業をされる。畑での苗植え、収穫やドライブ等の外出をし気分転換も図っている。                |   |                   |
| 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 | 希望に応じて、畑(草取り)や近所への散歩、パン屋さん、個々での外食(お寿司)等に出かけている。「墓参りに帰ってみたい」との希望にはご家族に相談し協力を得ている。毎月の外出行事も計画し全員で参加できるようにしている | 事業所の畑や近所の散歩等、日常的に戸外へ外出されています。個々の希望に応じて、外食や買い物に出かけたり、ドライブ等外出行事を企画したり、できるだけ外出の機会を設けるよう支援しております。   |                   |



| 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  | 本人が管理できる方に関しては、所持していただいているが、買い物等での支払いは同行している。又預り金がある方に関しては、出納帳をつけ、支出状況をご家族に報告している。                             |   |                   |
| 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   | 電話をかけてほしいという希望には随時対応、支援している。はがきの返事を出される方もある。   |   |                   |
| 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 | 玄関や共有スペースには季節の花を飾り、不快な思いを抱かれない様、掃除にも心掛けています。ゆったりと過ごせる明かり、音楽に気をつけながら生活して頂いている。居室で過ごされる場合は、それぞれの心地よい室温がある為確認している | 施設内の整理整頓を心がけ、テーブルや椅子なども利用者の動線に配慮し、清潔感のある居心地のよい空間となるよう努められています。利用者の作品や季節の花、掲示物等により、季節感のある空間となっています。                  |                   |
| 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  | リビングにソファを配置し気の合った入居者同士でくつろげる場所となっている。又それぞれの居室でも、仲良し同士で行き来され、思い思いの写真や飾り物をし、だんらんの間となっている。                        |   |                   |
| 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   | 以前に愛用されていたタンスやコタツ、毛布等持ってきて頂いたり、写真を飾っている。居室の飾りもご家族がされる方もある。又転倒の危険も考慮しご家族と相談し環境整備を行っている                          | 入居時に、馴染みの物を持ってきていただくよう声掛けをしております。居室内はタンスや炬燵等、利用者が思い思いに馴染みの物を持ち込まれています。持ち込んだ炬燵等によって転倒しないよう、配置場所などについて家族や本人と相談しております。 |                   |
| 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   | 施設内はバリアフリーになっており、狭い空間でもつかまり歩行が可能な椅子やテーブルの配置となっている。又居室には、本人の状態に合わせて家具の場所や手すりを置き安全に心掛けている                        |   |                   |

## 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        | 8    | 利用者の情報は、支援記録に記録されているが様々な情報が羅列になっている。「私の支援マップ」を活用して、スタッフが情報を共有しやすい記録の工夫が必要 | 現在、支援マップ作成はご利用者全員に至っていない。ひと目で見分けて分かるようにセンタ方式の形式を活用しつつも、独自のものを作成していく。        | ①センター方式「支援マップ・暮らし方シート」を活用し、各担当で再アセスメントを実施<br>②シートを元に、独自の相談シート(1枚)に記録<br>③シートを元に、馴染みの支援を継続、記録へ残す                                  | 6ヶ月        |
| 2        | 9    | 利用者の情報は、支援記録に記録されているが様々な情報が羅列になっている。スタッフが情報を共有しやすい記録の工夫が必要                | 上記記載同様、現在、支援マップ作成はご利用者全員に至っていない。ひと目で見分けて分かるようにセンタ方式の形式を活用しつつも、独自のものを作成していく。 | ①センター方式「生活環境・心身の情報」を活用し、各担当で再アセスメントを実施<br>②支援マップシートを元に、独自の相談シート(1枚もの)に記録<br>③基本情報、ケアプランと合わせてケースファイルに入れ、支援、記録に活かす                 | 6ヶ月        |
| 3        | 5    | センサーの設置については、アセスメントで身体能力の評価をした上で、事故防止のための方策として、やむを得ないのか再度見直しが必要(夜間 1名)    | ご本人の状態を観察し、センサーが必要か再検討(外部評価後、2ヶ月でセンサーの使用はしていないが今後の必要性も含めて検討)                | ①居室にタッチアップ(手すり)を設置し、洗面移動時に手すりを使用。移動時は左側に傾きやすい<br>②物音ですぐに対応できるように、他ご利用者に関わる場合は、ご本人の様子を確認後離れる。現在の状態を継続しつつ、センサーをたよりにしない。夜勤者は都度様子を報告 | 3ヶ月        |
| 4        |      |   |   |  |            |
| 5        |      |   |   |  |            |