

# 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	2590400145		
法人名	医療法人正志会		
事業所名	グループホームちとせ		
所在地	〒523-0808 滋賀県近江八幡市長命寺町37-1		
自己評価作成日	平成26年6月1日	評価結果市町村受理日	平成26年8月6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 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成26年7月18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>1.医療法人で透析患者やインスリン注射の方の入居もでき、医療面でのケアが可能である。</p> <p>2.1Fに診療所が併設しているので、定期的な往診を受けたり体調の急変時にも対応してもらえる。</p> <p>3.1Fにデイサービスが併設しているので、お互いに交流でき、合同で活動もできる。</p> <p>4.感染予防、事故防止、苦情対策委員会を設置して勉強会を定期的に行っている。</p> <p>5.1Fにリハビリ機器が設置しているので、パワーリハビリができる。</p> <p>5.琵琶湖に面しており、フロアからの眺めも良く、近くには長命寺があるなど環境も静かである。</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>琵琶湖に面し、近くに長命寺のある環境に恵まれた場所に立地する事業所である。理念の一つに「馴染みの暮らしをつづけられるよう地域ぐるみのかかわりを」と謳い、併設の診療所、サービスと連携し地域で安心して暮らすことが出来るサービスに努めている。地域とのつき合い、利用者の人格尊重には特に注力し、内部での勉強会や地域との連携を高める運営推進会議での活動を活発に行っている。各職員は利用者に尊厳の気持ちを持って接している。運営推進会議では防災ネットワークの構築や交流の促進等を話し合い成果を挙げている。利用者は窓越しに琵琶湖が眺望出来るリビングでテレビを見たり、レクリエーション体操に興じ、ゆったりと過ごしている。診療所、サービスとの連携が家族や利用者へ医療やリハビリ面で安心を与え、事業所には大きな力となっている。</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 ↓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 (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	ミーティングの時間や毎日の申し送りの際に利用者の情報交換やケアに関する問題点の周知を行い、利用者個々に合わせたケア方法が共有できるように努めている。	理念をケア情報を書き込むファイルの裏表紙に貼り付け、常に意識して共有を図っている。職員は「利用者がどうしたいのか」との考えを基本に実践に努めている。玄関に掲示し、パンフレットに記載している。	
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	地域の方の協力をお願いして、利用者と一緒にサロンに参加したり、事業所でもイベントや勉強会を企画して地域の方に参加していただく予定である。	コミュニティセンターを窓口にして「七夕祭り」や「ふれあいサロン」等の自治会行事に参加している。近隣住宅との日常的な交流は現在途絶えているが月刊の広報誌「ちとせ新聞」を島学区550所帯に配布している。	
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	事業所内研修を活かして、運営推進会議の場でも地域の方に向けて、認知症や高齢者介護に関する勉強会を予定している。		
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	毎回、事業所の活動報告を行い地域の方からのご意見や要望、地域活動の情報をいただき今後の活動のヒントやサービス向上に繋がるよう話し合っている。	自治会、社協、民生委員、老人クラブ、健康推進委員、町づくり協議会、行政、家族代表の構成で2ヶ月毎に開催している。地域との交流促進や防災ネットワークの構築等、積極的に意見交換をしている。	
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に取り組んでいる	介護保険に関することや家族からの要望等などに関して相談して助言をしてもらっている。	福祉総合相談課を窓口として月に1回以上訪問したりその都度の電話で防災関連、介護保険、地域連携、事故報告等の相談、指導を受けて協力関係を築いてる。介護相談員の訪問を月1回を受けている。	
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	身体拘束について職員が理解し周知できるよう勉強会を行っている。利用者の動静を見守って、予測される事故の防止に努め、利用者主体の安全な生活ができるように努めている。	年間の研修計画に基づき今年も3月、6月に勉強会を実施し、見守りを基本にしたケアに取り組んでいる。徘徊時の地域協力体制に現状では不安が在るため安全上エレベータードアは電子的にロックしている。	地域の協力体制作りを推進し、エレベータードアが解錠されることを期待したい。
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	接遇についての勉強会や自己評価チェックを行い、高齢者虐待防止や高齢者の尊厳について職員全体が共通理解できるように取り組んでいる。		

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
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	事業所内研修において、それぞれの制度について勉強していき、全員が理解できるようにして行く予定である。		
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	見学や体験入所を通してホームの生活を見ていただいた上で、契約時には説明を行い、本人や家族の不安に対して説明し、理解してもらうよう努めている。また、改定の際にはあらかじめ説明して同意を得るようにしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	利用者の生活全般について随時、相談したり、面会時など職員を通して得られた情報や要望はその都度、意向に添えるよう検討して対応に努めている。運営推進会議へ出席していただきご意見、ご質問をいただいている。	利用者とは落ち着いた対話から、家族からは週に1~2回ある面会時に聞き取ったり、運営推進会議で意見を得ている。利用者からは月2回の自由メニューの日、家族からは家族会設立の要望があった。	家族会の早急な設立を期待したい。
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	毎月2回程度、ミーティングを行い、職員からの意見を聞き、運営や業務内容の改善についての意見交換の機会を設けている。	ミーティングの他に半年に1回の個人面談で職員の意見を聴取し反映している。ミーティング欠席者には議事録を回覧して内容の周知を図っている。提案からレクリエーションを担当者を決めて年間計画により実施している。	
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	職員全員が自己評価チェックを記入し、施設長や管理者が面談を行っている。面談で個々の要望や不満を聞く機会を作っている。		
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	研修費用は法人負担で、可能な限り職員に応じた研修を受けることができる。また事業所内での勉強会を行っている。		
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	同法人の他施設の管理者等と活動や運営に関して、情報を交換している。また26年度より市主催の地域密着型サービス事業所連絡会が立ち上がったので、それを通じて同業者との交流の機会にして行きたい。		

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>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	事前に面談を行い、これまでの暮らしぶりや困りごとを聞く中で本人の不安や思いを理解するように努めている。また、安心して入居して頂くために体験入所を実施している。		
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	面談の際にこれまでの苦労や困りごとをしっかりと聞くようにしている。今後の生活をどのように暮らして欲しいと考え、何を不安に感じているかを話し合い、それに対して何ができるかを伝えている。		
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	体験入所での様子をお伝えして、本人や家族の意向や事業所のできること、場合によっては他のサービスも含めて支援の方針を話し合うようにしている。		
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	日常の家事作業を利用者と職員共同で行い、お互いに助け合ったり、行事活動企画に関して経験を活かした意見を伺うなどしている。		
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	家族の付添で受診していただいたり、認定調査に立ち会ってもらうなどして協力をいただいている。生活全般について何かある毎に家族へ相談し本人・家族の意向に添えるようにしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	普段から家族との外出、外泊や知人の面会などが自由にできるようにしている。また知人や家族への電話や手紙のやりとりは希望があれば自由にできるよう支援している。	家族や併設のデイサービスを利用している知人の来訪が多くある。家族の支援で外泊や墓参りに出掛けてたり職員と買い物兼ね馴染みの場所へのドライブを楽しんでいる。	
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	なかなか輪に混じりにくい方の話し相手になってもらったり、食事のエプロンを付ける手助けをしたりと、利用者同士が助け合ったり、お互いに気遣う場面が良く見られる。		

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	他の施設へ移られる場合には、本人の情報を詳しく伝えていき、要望があれば他施設の紹介を行ったり、退所後の相談にも対応します。		
<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	普段からコミュニケーションをとり、利用者個々の思いや希望が言いやすい環境作りに努めている。また、面会時などで家族との関わりを通して利用者や家族の希望や意向の把握に努めている。	フロア等での日常の会話や表情、行動などから利用者の思いや意向を把握している。得られた情報は職員間で共有してサービスの改善に努めている。	
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	家族からこれまでの暮らしぶりや、生活歴、趣味など過去の情報を収集し、本人の理解に努めている。これまでのサービス利用の経過や情報も関係者から聞き把握に努めている。		
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	共に過ごす中で、動静を見守ったり、コミュニケーションをとることで個々の心身状態や能力的な変化などを把握するよう努めている。また体調不良時には細かく経過観察記録を記入し、医療との連携にも対応できるようにしている。		
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	利用者の心身的変化や能力的変化に応じて、職員間でケアの変更について話し合ったり、場合によっては医療とのカンファレンスを設けて現状を改善できるように努め、サービス計画へ反映している。	介護計画は月1回のモニタリング、随時に実施しているサービス担当者会議で医師、介護者と話し合い6ヶ月毎に作成し家族の承認と確認印を得ている。	介護計画は3ヶ月毎、状態の変化があった時には見直して家族の承認と確認印を得ることを期待したい。
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	個人記録や申し送りで入居者の様子や変化を詳しく伝え、情報は全員が周知に努めている。随時ケアについて話し合っており、現状の改善に努めている。		
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	必要に応じて協力歯科医の往診や理髪サービスへの支援を行っている。家族の意向で福祉用具購入の支援、リハビリ運動や歩行練習を行うなど個々の満足度を高めるようにしている。		

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
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	ボランティアの方に来ていただき利用者との交流を行っている。安心して地域の暮らしができるように、消防訓練を実施している。オムツ券の活用の支援を行ったり、薬局の薬剤管理サービスを利用している。		
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	希望の方には、同法人の診療所からの任診が受けられるように支援している。また他の病院への受診者に対しては医師への連絡表を活用して、状況報告や相談を伝えて、指示を仰いでいる。場合によっては受診にも同行している。	6名は利用者、家族の希望で運営法人の診療所医師を主治医としている。診療所以外の受診は原則家族対応としている。受診結果は医師への連絡表の活用で相互に情報を共有している。	
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	月2回の往診時には適切な指導や治療が受けられるように、個別に経過観察報告書を活用している。また日常的に治療経過や気づいたことを相談して適切な診察や処置が受けられるようにしている。		
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。	入院時には入院目的を早く達成してもらえるように、協力医や家族と話し合い連携に努め、サマリー等を医療機関に提供している。入院中は地域連携室相談員や担当看護師、家族と回復状況等情報交換し、退院への支援を行っている。		
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	主治医の判断のもと、回復不可能な状態に陥った時に、最後の場所及び治療方法について本人の意志、家族の意向を尊重し、主治医の指示、指導のもと必要な医療が受けられるよう連携して行くことを重要事項説明書に記載している。	重度化対応・終末期ケア対応指針を作成している。重要事項説明書に抜粋を記載して入居時に利用者、家族の同意と確認印を得ている。現在1名の利用者が対象の状況となり対応を話し合っている。	対応時の話し合いの結果はその都度文書で残し、家族の同意と確認印を得ることを望みたい。
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	利用者の身体状態の急変や事故発生時にも、慌てずに適切な対応がとれるように、マニュアルの周知に努め、対応方法を掲示している。		
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	夜間を想定した避難訓練を実施したり、地域の避難訓練にも参加している。地域ぐるみの防災システムを目指して運営推進会議で働きかけていきます。	年2回(2回目は今秋計画)の避難訓練を実施し地域の防災訓練にも参加している。今後に向けた地域防災ネットワークの立ち上げを運営推進会議で検討している。災害に備えたグッズや食料、飲料水は準備している。	早期の地域防災ネットワークの立ち上げを期待したい。

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	接遇の勉強会や普段のミーティングでも入居者に対しての言葉使いや態度について話し合い、プライバシーや尊厳についての意識を持つよう働きかけている。	年間の研修計画に基づく勉強会や月次のミーティングで話し合い意識を高めている。職員の一人は利用者との関わりについて尊厳を持って接することが大切と話すなど意識は浸透している。	
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	日常的に共に過ごす時間があり、コミュニケーションを取りながら個々が希望や思いを言いやすい雰囲気作りに努めている。		
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、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	体調や気分配慮し、自由に好きな場所で過ごして頂いている。日中の活動は個々のやりたいこと、できることを考慮して、無理強いない言葉かけを行っている。		
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	家族の協力を得て、衣替えをしていただいたり、個々のこだわりのスタイルを把握して、その人らしさを保てるように、支援している。定期的に地域の訪問理美容を利用している。		
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	日常は配食サービスを利用し、好みによってはメニューの変更もできる。月に2回、希望のメニューを利用者に手伝ってもらって手作りしている。	利用者の提案により月に2回は自由メニューの日を設けて楽しんでいる。利用者は可能な範囲で職員と一緒に食事を運んだり片づけを手伝い同じ物を食している。年に2回程度は外食を楽しむ機会を設けている。	
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	個々の好みや運動量、持病に配慮しながら、カロリーの過不足や水分不足が起こらないように職員全員が気を付けている。食事摂取量や水分量は個人記録に記入し管理している。		
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	起床時、昼食後、夕食後は個々の状態に合わせた口腔ケアを行っている。歯ブラシ、舌苔ブラシ、洗口液での手入れを支援したり、義歯の洗浄・消毒も行っている。		

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 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	尿意のない方は時間や様子を見計らってさりげなくトイレ誘導を行ったり、パット交換やズボンの上げ下ろしなど必要に応じた介助を行っている。夜間転倒の危険性のある方や頻尿の方はポータブルトイレを設置している。	7名がリハビリパンツを着用して2名が自立排泄である。一人ひとりの排泄パターンを把握して自立に向けた支援をしているが実態は現状維持に留まっている。	
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	水分補給をまめに行い、水分量の管理を行っている。ヨーグルトや野菜を日常的に取り入れ、適度な運動ができるよう体操、歩行練習、腹筋運動をしている。便秘時は医師に相談しながら、排便コントロールを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	湯の温度や体調、入湯時間や順番などの意向を把握し、拒否のある方には、言葉掛けのタイミングを注意したり、同性介助にするなど不安や羞恥心への配慮を行っている。	夏季の2ヶ月はシャワー浴として原則月曜～土曜の間で週3回である。状態に応じて足浴や清拭も実施している。入浴を嫌がる利用者もいるが時間をずらすなど臨機応変な措置により入浴している。浴場は広く清潔である。	
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	状態に合わせて午睡を取り入れている。夜間就寝時には季節に応じて居室の温度設定や加湿に配慮している。また、個別に夜間の体位交換や就寝前の足浴を実施している。		
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	薬局と利用者個々との契約で服薬管理指導を受けている。毎月、服薬管理指導計画に基づき、各利用者の投薬についての説明を受けたり、様子を伝えている。追加薬や投薬変更があった場合には症状変化や留意点などについてもアドバイスを受けている。		
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	ゲームや作品作り、カラオケなどで気分転換したり、おやつ作りを楽しんでもらっている。簡単な家事を手伝ってもらっている。		
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	ホーム周辺の散歩を随時行ったり、ドライブや外食は年に数回企画して実施している。家族の協力を得て、外食や病院への面会、法事、買い物など本人の希望に合わせてでかけている。	周辺は恵まれた環境にあり、日常的に長命寺港周辺への散歩や花壇への水やりに外出している。その他に年間のレクリエーション計画に基づき月1回程度花見等のドライブや家族の協力を得て墓参り、買い物などに出掛けている。	外出支援は家族の協力だけでは限界がある。運営推進会議で付き添いボランティアの協力依頼を期待したい。

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
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	トラブル回避のため、利用者自身で現金を持っていただくことはしていないが、定額の現金を家族全員から預かっている。そのお金で受診や理美容の支払いをしたり、利用者本人の希望によっては買い物に行き欲しい物を買ってもらえる。		
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	希望があれば自宅や知人へ電話をかける支援は日常的に行っている。また友人や親戚などの交流が継続できるよう、随時手紙のやり取りを支援している。		
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	場所が分かりにくい方には居室やトイレを大きく表示している。リビングは広い空間でゆったりと過ごせるようソファを配置している。季節毎の壁飾りを展示して季節を感じられるようにしたり、手作りの日めくりカレンダーを設置して日付けがわかるようにしている。	リビング南側の大きな窓からは長命寺港、琵琶湖に浮かぶ島のように岡山が眺望出来、壁面には大正、昭和の年号の入ったカレンダーや七夕が飾られゆっくりと落ち着いた雰囲気空間となっている。廊下、トイレ、風呂も広く清潔である。	
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	リビングでは3~4人でソファでお喋りしたり、同じ空間で一人でも過ごせるように椅子やテーブルが配置している。また、居室では面会時に家族団らんで過ごしたり、一人でゆっくりと過ごしてもらうことができる。		
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	各居室の備品は、これまで使い慣れた物を持参してもらい、居室内の家具や装飾品の配置は家族や本人の好みでもらっている。またアルバムや写真など馴染みの品々も身の回りへ自由に置いてもらっている。	ベッド、クローゼット、エアコンが備え付けられ明るく清潔である。利用者それぞれが使い慣れた家具や思い出の写真等を持ち込み居心地良く過ごせる工夫をしている。三面鏡やテレビを持ち込んでいる利用者もいる。	
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	廊下、トイレ、浴室内は手摺が多く設置されており、床材は滑りにくいものが使用してある。居室、トイレ等にはわかり易い表示をしている。洗面道具は自分で取り出しやすいように個別ケースに記名入りで置いている。		

## 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	本人のより良い暮らしを目指し、現状に即した介護計画を作成したい。	職員全体の気づきが強化され、家族や関係者の意見が介護計画の見直しに反映できる。	毎月のモニタリングでサービスの評価を行う。 利用者に関する気づきや情報を職員全体で共有できるように日常的に話し合う。 状態の変化があった時は随時、家族や関係者に報告、相談を行う。 3か月毎にサービス計画書を作成する。	12ヶ月
2	35	火災や災害時に備えて地域との協力体制を築きたい。	災害時には地域ぐるみの防災ネットワークがあり、安全に避難ができる。	地域ぐるみの避難訓練を実施する。 昼夜問わず、利用者が避難できる方法を職員全員が身に付ける。 具体的な内容を検討して、地域との防災協定を結ぶ。	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。