

### 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   | 3390101370         |            |           |
| 法人名     | 株式会社桜梅桃里           |            |           |
| 事業所名    | グループホーム和楽の家 みやす一番館 |            |           |
| 所在地     | 岡山県岡山市東区吉井208-1    |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和2年2月23日          | 評価結果市町村受理日 | 令和2年4月29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/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                |  |  |
|-------|----------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 あしすと |  |  |
| 所在地   | 広島県福山市平成台31-34 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和2年3月16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)】

|  |
|--|
| ①日笠クリニック(心療内科)月1往診(認知症の専門医の往診) ②桜井内科 2週間に1回火曜日往診 ③プライムケア(歯科)2週間に1回木曜日往診 口腔ケア指導にて口腔内の清潔保持 ④音楽療法 毎月第4木曜日 ⑤訪問美容2ヵ月に1回 ⑥個別外出の充実(外食・お誕生日・買物) ⑦季節のイベント各種/ボランティアの慰問 ⑧地域・小学校行事への参加(御休の集い、運動会、現金データの出る会) ⑨スタッフ研修制度の充実 |
|--|

#### 【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)】

|  |
|--|
| 事業所は前面に田園が広がるのどかな地域にあり、隣接するドッグランで犬が走り回る姿が見え、喫茶に出かけて犬とふれあう人もあり、利用者の笑顔が見られる。<br>優れている点では、①医療連携ができており、医師・看護師等と協力して終末期の看取りを行い、家族の安心につながっている。②管理者が職員に年2回の面談を行い、日頃から意見・要望を聴いて反映し、職員間の連携も良く働きやすい職場となっている。③災害の体験を基に地域へ防災訓練の呼びかけをし、意識の向上に繋がっていることなどがあげられる。<br>工夫点では、職員が連絡ノートにより情報共有を行い、ケアに当たっていることがあげられる。 |
|--|

### 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)     | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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)   | ○ 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)           | ○ 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)                     | ○ 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)                 | ○ 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) | ○ 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)   | ○ 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)                                      | ○ 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)                | ○ 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                                       | ○ 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)       | ○ 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                                   | ○ 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) | ○ 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    | 特定非営利活動法人 あしすと   |   |

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                            | 会社理念を基にホームの理念を掲げているが、周知徹底できていない。ユニット内での目標も掲げているが、なかなか繋がっていない。                    | 会社の理念を基に、2カ月ごとのユニット会議で、担当者が中心になって月間目標を検討し、掲げて取り組んでいる。   | ユニット目標を会議で振り返り、記録に残し、職員が共有して、次に繋げていくように期待します。 |
| 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                            | 運営推進会議を中心に施設行事など地域の方にお伝えしてご協力の依頼を行っています。地域行事(地域の集い、小学校など)に参加して交流させて頂いている。        | 地域の秋祭りに、利用者と共に職員が参加している。年1~2回の踊りや2カ月毎のハーモニカ演奏など、ボランティアの慰問がある。施設の餅つきに協力してもらったり、野菜や花などの差し入れがあるなど日常的に交流している。             |   |
| 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                          | 地域の方と行事時以外の交流が持てておらず、地域の方との関わり方や支援の方法など伝える場は作れていない。                              |   |   |
| 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カ月に1度開催し、ホームの状況や行事などを伝えながら、ご意見やご要望をお聞きしている。                                     | 会議は2カ月ごとに開催し、家族・地域の住人・包括支援センター職員などが参加している。事業所の状況報告やイベントへの参加・協力依頼、感染情報の共有などを行い、サービスに活かしている。                            |   |
| 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                 | ホームの課題などで、岡山市事業指導部課や岡山市東区地域包括支援センターへ指導を受けてないといけない内容があれば、電話で相談し指導を受け解決するようにしている。  | 事業所の問題が発生すれば、管理者が岡山市事業指導部課や岡山市東区地域包括支援センターへ電話して相談したり、指導を受けたりしている。   |   |
| 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 | 研修に参加しカンファレンスなどで日々への関わりで身体拘束をしないケアを目指している。定期的に身体拘束、虐待防止の会議を行い、適切なケアが出来るように努めている。 | 管理者と各ユニットの委員・看護師で身体拘束・虐待防止委員会を年4回開催し、話し合っている。また、外部講師を招き、薬について質問するなど職員全員で学習をしている。現場では、グレーゾーンについて、管理者からまたは職員同士で注意をしている。 |   |
| 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       | 研修があれば参加をし会議や申し送りの場などで学んだ事を落としスタッフ全員が虐待に対しての注意を払うよう努めてはいるが伝える機会、研修の場が少ない。        |   |   |

| 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 |
| 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    | 研修参加にて学ぶ機会は設けているが管理者、スタッフとも不十分である。  |  |                   |
| 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                         | 契約書を基に入退去時には、きちんと説明を行い家族の不安を取り除いている。入居後も定期的に連絡を入れ不安・疑問の解消に取り組んでいる。また、入居時には要望書も渡し、どんな事でも伝えてもらえるように取り組んでいる。 |  |                   |
| 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                     | 入居契約時に要望書をお渡ししたり、運営推進会議時や面会時に意見や要望を言いやすいように努め、意見があれば都度反映させるように努めている。                                      | 2カ月毎に便りを発行して、利用者の状況を家族に知らせ、運営推進会議や面会時に要望・意見を聴いている。面会が困難な方には電話で聴いている。利用者の希望から、家族と共に外食するなど反映させている。         |                   |
| 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                                      | 管理者は生活向上会議や面接、普段のコミュニケーションの中から意見や提案を聞き、解決出来る事は本社へ報告し、指示をもらい解決・反映できるように取り組んではいるが不十分である。                    | 社長または管理者が職員と面談し、資格取得や処遇について、意見や希望を聴く機会を設けて反映している。日々の申し送りや情報伝達ノートから、職員の意見や提案を捉え、本社へ議案書を提出して物品を購入するなどしている。 |                   |
| 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      | 資格取得に向けた支援を行い、取得後は資格手当、取得報奨金で給与に反映している。経験値、能力に応じた環境作りが不十分である。   |  |                   |
| 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         | 定期的な職場内研修、外部評価への参加を促しているが適正に応じた研修へ参加できるような働きかけが不十分である。  |  |                   |
| 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 | 同事業所内で管理者は管理者会議を通じて意見交換などが行えているが、職員は各事業所との交流が少なく、質の向上に外部の意見が取り入れていない。                                     |  |                   |

| 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<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 | フェイスシート、ケアプラン、家族の思いを職員間で共有し、日々の言動の変化や気付きを記録に残し、申し送り、会議の場で話し合い、利用者様が安心して生活できる環境づくりに努めている。                              |   |                   |
| 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            | 入居前面接の際に家族の思いをしっかりと伺い、家族も本人も納得・安心できるような支援をしていくことを伝え、入居後はこまめに生活の様子を伝え信頼関係に努めている。                                       |   |                   |
| 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        | 面接時に何が必要なのかをしっかりと伺い、家族・本人の要望に出来る限り近づける様な支援、環境づくりができるようケアプランの作成を行い、それに沿った対応ができるように努めている。                               |   |                   |
| 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                        | 家事炊事全般において、双方が助け合いながら行い、常に感謝の気持ちをお伝えし、お互いの信頼関係を築いている。   |   |                   |
| 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         | 行事や運営推進会議、利用者様のお誕生日会への参加の声掛けなどを行い定期的に来ていただけるような働きかけを行っています。遠方のご家族には定期的に連絡を行い近況報告や手紙のやり取りを行いながら、利用者様を協力して支援するようにしています。 |   |                   |
| 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                     | 家族との外出、知人との面会、電話連絡など今までの関係が途切れないように努めている。本人が難しいことはスタッフが代行に行い近況報告や手紙のやり取りなども行って関係継続の支援をしている。                           | ラインで送られた家族写真をプリントアウトして居室に掲示したり、手紙のやり取りを代筆で支援するなどしている。受診時に以前の居住地や、食事をした所の話をしてもらおう等馴染みの人や場との関係継続の支援をしている。 |                   |
| 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                 | 利用者一人一人の性格、心身状態など職員間で把握し各々に合った手伝いやレクリエーションをしてもらい孤立しないようにしている。また、利用者同士の相性もみながら環境整備を行っている。                              |   |                   |

| 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                    | 入院や自宅療養などで契約が終了しても、いつでも連絡をください。と伝えこちらからも定期的に療養先へ行かせて頂いたり、手紙などで連絡を取り、継続的な付き合いを心掛けている。                       |  |                   |
| <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   | 直接的な訴えが難しい方でも今までの生活歴や家族からの情報を基に本人の希望に添えるよう努めている。普段の会話や行動などから好きなものや行きたい所などへ外出・外食支援につなげている。                  | 入浴中や夜間のトイレ後など、普段の会話や行動などから好きなものや行きたい所などを察知している。表出が困難な人は、生活歴や家族からの情報を基に本人本位に検討している。   |                   |
| 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                                       | 事前面接からの情報、家族からの情報など聞き取れることは書面にしてスタッフ間で把握するとともに、普段の会話の中から色々な情報を拾い上げスタッフ間で共有し個々に合った対応ができるように努めている。           |  |                   |
| 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   | 集団生活の中で各々がその日の気分や思いに合わせた生活が送れるように努めている。家事手伝いも皆で出来る人、1対1でないと出来ない人様々です。一人一人に合わせた対応を行い自信に繋げ役割を持ってもらうように努めている。 |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<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 | 毎月のケア会議の場、状態に応じてその都度話し合いの場を設けて、状態に応じた計画を作成しそれに基づき介護を行っている。   | 入居時はケア計画作成担当者が、アセスメントシートに基づいて計画を作成し、1カ月を目安に見直しを行っている。ユニット職員全員が参加するケアカンファレンスで検討し、3カ月毎にモニタリング、3～6カ月でケアの見直しをしている。医師の往診時の意見も参考にしている。家族には計画を説明する時に意見を聴いている。 |                   |
| 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                        | ケアプランに沿った記録を残しつつ、日々の会話の中での発見や気づきを記録に残し、スタッフ間で共有又は、ご家族の面会時に気付いた事を伝え家族と共に共有している。                             |  |                   |
| 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               | 本人のその時々々の要望に対して、一人では判断せず管理者、家族、時には事業者全体として考え、本人・家族のニーズに出来る限り対応できるよう努めている。                                  |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | 毎月、定期的にボランティアの来所。大きな行事の際は地域の方に協力を頂きながら地域との関わりが保てるよう努めている。また、小学校の運動会や地域の祭りにも参加させてもらい交流を行っている。                       |   |                   |
| 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                                  | 内科・歯科は2週に1度往診対応。それ以外はその都度専門医に受診。認知症は専門医の小田先生の往診、状態変化時にはその都度連絡し適切な治療を受けられるようにしている。                                  | 入居時に説明し、利用者・家族が納得の上でかかりつけ医を決定している。事業所のかかりつけ医の内科医は2週に一度、歯科医は毎週、精神科医は月に一度往診がある。夜間・緊急時は看護師に連絡し、適切に治療が受けられるようにしている。 |                   |
| 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                          | 看護職を配置しており、日々の体調変化や気づきを相談・報告しながら適切な対応ができるよう情報共有し協力している。  |   |                   |
| 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。 | 入居者様の主治医と連携をとりながら、入院先へ出向き状態確認を取り、早期退院に向けて家族、病院関係者との連携に努めている。   |   |                   |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居者様の状態を見ながら医師・看護師と相談し方針を決めつつ、本人・家族の希望に出来るだけ添えるよう事業所全体で取り組んでいけるようにしている。  | 入居時に「看取り介護サービス対応指針」により、事業所でできることを説明して納得を得ている。実際に重症化した時には、医師・看護師と情報共有し、本人・家族の希望に添えるように協力して取り組んでいる。               |                   |
| 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  | ADLの設置や酸素濃度測定器の導入を行い、初期対応ができる環境は整えている。事故発生時には必ず報告書を提出し検討会を行い発生防止に努めている。急変時の対応は研修・勉強会。看護師の指示をうけながら全職員が対応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  | 常に火災を起こさないように意識をしている。一昨年の豪雨災害を想定した避難訓練実施。他事業所、地域との協力体制が取れるようにしている。   | 年2回の火災・防災避難訓練をしている。一昨年の豪雨災害時に他事業所から利用者の避難を受け入れた経験を基に、ハザードマップの確認をし、地域の人の参加を得ることができた。被災した事業所に会社の備蓄があるので、検討中である。   |                   |

| 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 |
| <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                   | 介護されている、施設に入っている。といった抵抗感・不安感がないよう一人一人に合った声掛け、行動が出来るように心がけている。介助(排泄・入浴・更衣)はできる限り同性介助を行いながらプライバシーを守るようにしている。 | 馴れ合いになりすぎないように注意しながら、馴染みのある呼び方で声かけをしている。排泄に関係する声掛けには小さい声など配慮をし、パットはポケットに隠す等、直接見えないようにしている。排泄・入浴・更衣などはできるだけ同性介助をしている。   |                   |
| 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                     | 衣類を選択できるように促したり、食べたい物(お菓子)や飲み物を選んでもらうなどして日々の場面で自己決定ができるように働きかけている。   |  |                   |
| 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 | 集団生活の場として大まかな1日の流れは決まっているが、職員の都合を押し付けることは無いよう一人一人に合った支援ができるようにしている。  |  |                   |
| 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                                  | 定期的に訪問美容を活用し髪形を整えたり、マニキュアが好きな方は塗られている。おしゃれは好きだが遠慮がある方には行事等で皆でおしゃれをし抵抗なく楽しんでもらえるよう支援している。                   |  |                   |
| 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     | 旬の食べ物や食べたい物を広告・料理本を見て話題にし食事の楽しさを感じてもらっている。切ったり、盛り付けしたり、調理の手伝いや片付けを一緒にすることで役割や生きがいにも繋げられるよう支援している。          | 契約業者の栄養士によるメニューで、食材が1日分ずつ届けられ、事業所のキッチンで職員が調理している。利用者が一緒に切ったり盛り付けたりしている。誕生日には好みで赤飯やお寿司の選択ができ、外食のこともある。おやつはホットケーキやおしるこなど変化を持たせ、外食ドライブ・おせち・餅つき・敬老会の弁当などイベントを楽しむ工夫をしている。 |                   |
| 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          | 日々、飲食量のチェックを行い一人一人に合った飲食量が確保できるよう努めている。飲食量が減っている方には、提供の工夫や家族の意見を聞きながら本人に合った物が提供できるように支援している。               |  |                   |
| 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                   | 毎食後の口腔ケア、定期的に歯科往診にて口腔清潔を保っている。また、食事前には嚥下体操を行い誤嚥予防に繋げている。   |  |                   |

| 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                              | 排泄チェック表を活用し一人一人の排泄パターンに合った誘導を行ったり、尿便意を催した際の仕草を見つけスタッフ間で共有し、訴えるのが難しい人にもさりげなく誘導、トイレでの排泄ができるように支援している。 | 昼間は全員がトイレで排泄できるよう支援している。夜間は個人の状態に沿って対応している。立位保持に必要な身体機能維持のために、ルームマーチ(ペダル踏みの器械)を使用して下肢の運動を行ったり、毎食前に上下肢の体操をしている。      |                   |
| 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  | 毎朝の牛乳や青汁、バランスの摂れた食事提供を行いながら適度な運動を働きかけている。飲食だけではコントロールが難しい方には医師・看護師に指示を仰ぎながら服薬調整し便秘での不快軽減に努めている。     |   |                   |
| 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                             | 週3回は入浴して頂けるように努めており、希望があれば毎日でも可能としている。入浴を楽しんでもらうために入浴剤を入れたり、季節に応じて柚子、しょうぶ湯をしている。                    | 週3回午後に入浴しており、毎日入浴の希望にも応じている。湯温の調節をしながら、会話や歌を歌うなどゆっくり入浴している。拒否をする人も違う職員が声掛けしたり、タイミングをずらせるなど工夫することで入浴し、入浴後にはよろこばれている。 |                   |
| 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   | 一人一人に合った環境整備を行いながら、今までの生活習慣を継続(布団希望の人は布団など)して安心して眠れるようにしている。  |   |                   |
| 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  | 個々の服薬状況はいつでも確認できるように個々のファイルへ綴じている。また、医師・看護師・薬剤師と連携を取りながら服薬支援に努めている。                                 |   |                   |
| 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                             | 個々のできる事を見つけて役割や達成感を感じることが出来るよう支援している。日々、共に楽しめる時間を持ち安心して過ごせる空間作りに努めている。                              |   |                   |
| 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 | 近隣への散歩、季節に合ったドライブ、地域行事への参加など定期的に企画をし外へ出かける機会が増えるように取り組んでいる。   | 気候のよい時には近隣の散歩をしている。花見や紅葉狩り、外食などドライブを計画して出かけている。外泊したり外食をする等、家族と共に出かけられるよう支援をしている。                                    |                   |



| 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<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  | 本人の希望をくみ、必要な方には少額持って頂き自動販売機のジュースや外出時におやつを購入している。   |  |                   |
| 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   | 家族や大切な人との電話や手紙は自由に行っている。自分で手紙が書けない人は代筆をしてやり取りをしている。                                      |  |                   |
| 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 | 共有スペースには入居者様の作品や行事の写真、季節に応じた飾りを取り入れている。テレビや音楽、生活音が雑音にならないよう気を付けている。                      | リビングや廊下は広くゆったりしており、壁には季節感のある利用者の作品や、イベント時の写真などを飾っている。ユニット毎に机やソファの配置を変えてあり、利用者がそれぞれの過ごし方を行っている。2ユニットのリビングは扉を開けて広いホールになり、交互に行き来ができる。         |                   |
| 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  | 適度な距離でソファを設置したり、ユニット間を自由に行き来できるようになっており、本人の思うように動けるよう配慮している。                             |  |                   |
| 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  | 自宅で使われていた家具や小物、愛着のある物を持って来て頂き、なるべく自宅に近い雰囲気の中で居心地よく生活ができるように工夫をしている。                      | 入居前には居室の壁紙や床の張替えをし、気持ちよく入室できるよう配慮している。生活習慣を変えないように畳室や床に布団を敷く生活も継続している。仏壇・タンス・イスなど使い慣れたものを持ち込み、壁には家族写真や誕生日のお祝いカードなどを貼って、居心地よく過ごせるよう工夫をしている。 |                   |
| 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   | 建物内部は段差がほとんどなく過ごせる室内であり、共有部分は手すりが設置され歩行が不安定な方でも安心して移動できるようになっている。トイレや居室には表札にて分かるようにしている。 |  |                   |

## 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        | 19   | 運営推進会議の出席者が少ない     | 運営推進会議開催時には、入居定員の半分以上のご家族様、地域の方にも参加して頂けるように声をかけ働きかけていく | 運営推進会議の開催をお知らせしたり、開催時期、時間の見直し、地域の行事にも積極的に参加する | 12ヶ月       |
| 2        | 35   | さまざまな災害に対して危険意識が低い | 様々な災害に対しての避難訓練の実地                                      | 定期的に消防署からの指導を受け、災害時の避難順路の確認                   | 12ヶ月       |
| 3        |      |                    |  |   |            |
| 4        |      |                    |  |   |            |
| 5        |      |                    |  |   |            |

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。

(別紙4(3))

## サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

特定非営利活動法人 あしすと

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

| 【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】 |   |
|---------------------------|---|
| 実施段階                      | 取 り 組 ん だ 内 容<br>(↓該当するものすべてに○印)  |
| 1 サービス評価の事前準備             | <input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った                      |
|                           | <input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した                                 |
|                           | <input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした              |
|                           | <input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した      |
|                           | <input type="radio"/> ⑤その他( )   |
| 2 自己評価の実施                 | <input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した                                     |
|                           | <input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った                |
|                           | <input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った    |
|                           | <input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った         |
|                           | <input type="radio"/> ⑤その他( )   |
| 3 外部評価(訪問調査当日)            | <input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった             |
|                           | <input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|                           | <input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
|                           | <input type="radio"/> ④その他( )   |
| 4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開      | <input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った                          |
|                           | <input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った                       |
|                           | <input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った                          |
|                           | <input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った                      |
|                           | <input type="radio"/> ⑤その他( )   |
| 5 サービス評価の活用               | <input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した               |
|                           | <input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)      |
|                           | <input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)                           |
|                           | <input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)                     |
|                           | <input type="radio"/> ⑤その他( )   |