

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	2590100604		
法人名	株式会社ハートリンクケア		
事業所名	グループホームレイクヒル琴(Aユニット)		
所在地	大津市雄琴一丁目13-25		
自己評価作成日	平成30年10月30日	評価結果市町村受理日	平成30年12月20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番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成30年12月4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)】

2ユニットに分かれているが、自由に廊下を行ったり来たり出来、他のユニットへ散歩に行ったり、生活の場面を変える事が出来ます。
 毎月、季節に合わせたイベント行ったり、またイベントによってはご家族様にも参加いただき、ご入居者様、職員と共に楽しんでいただいています。ご入居者様のお誕生日は、その方の生まれた日に、皆さまと一緒に祝っています。毎年、地域の幼稚園や小学校との交流もあり、文化祭への出展・見学など、地域の方々に近づける機会を大切にしています。
 また、この春より看取り介護を取り入れ、ご家族様・看護師・職員と共に連携を密にとり、その方にとってのケアに取り組み方針です。

【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)】

本年4月より運営法人が変わったが、従来通りの職員で、家族と共に「利用者ファースト」を目指して地域密着の介護サービス提供と質向上に取り組んでいる事業所である。伝統となっている小学校や幼稚園との相互交流を始めとして、ハーモニカ、民謡、よし笛のボランティア団体、餅つき大会時の地域の支援など、多くの協力体制を整えてきている。運営推進会議に参加するメンバーにも恵まれ、単なる事業報告に留まらず、確認・要望・提案が生まれている。利用者家族も家族会を結成し、事業所の運営特に外出イベントなどでは参加者も多く、また日常生活上でも度度昼食時に来訪したときには、家族が付き添う等、一朝一夕には実現できない事を行っており利用者もその雰囲気の中で安心して、過ごしている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生き活きと働いている (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している (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
I. 理念に基づく運営					
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	地域に根差した施設であることを理念として掲げ、イベント実施等では地域の方に協力してもらえる様企画している。	地域密着を謳う理念を、事業所のある3階エレベータ正面、会議室、ユニット毎の入口に掲示し、職員のみならず家族や外来者にも目に付くよう配慮している。職員も常に理念に沿ったサービス提供を心掛けている。	
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	地域の幼稚園、小学校と毎年交流会を実施している。地域の文化祭への出展、施設内の餅つき大会に地域の方々に手伝いに来てもらっている。	地域交流促進に努めている。幼稚園児とは踊りや肩たたきで触れ合い、小学生とはゲームで、中学生とは職場体験で交流をしている。ボランティアによる来訪演奏も多く、併設のデイサービス利用者とともに楽しんでいる。	
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	施設見学に来られた方に認知症という病気の説明をしている。又、小学校に出向き、施設の紹介や高齢者の疑似体験をしてもらっている。中学校の職場体験では、ふれあいの場を設けている。		
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	実際に行っているサービスを報告し、ご家族様や地域代表の方に意見を聴いている。その意見を職員会議で報告し、サービスの向上に活かしている。議事録はご家族様宛に毎回送付し、玄関に掲示している。	奇数月に、地域包括、学区社協会長、自治会長地域代表、家族代表、本部長、施設長、管理者、職員書記で実施している。事業報告、外部評価結果の目標達成計画説明も行っている。毎回質疑・検討・提案が活発で、例えば加湿器設置など、居住環境改善に活かすことができている。	
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	地域包括支援センター職員に、運営推進会議へ参加して頂き、情報を交換している。又、地域の集会にて事業所の説明や施設での生活について話している。	運営推進会議に参加する地域包括支援センター職員を介して、行政との情報交換をし、適切なケアサービスに活かしている。市から、他施設の様子についての情報をもらうこともある。	施設の実態がよく伝わる運営推進会議の議事録を、地域包括支援センター経由で市役所の担当部署に届けることを望みたい。
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	各ユニットに「身体拘束その他の行動制限廃止マニュアル」を置き、身体拘束をしないためのケアをするよう職員同士声に出して確認しあっている。又、「身体拘束排除宣言」を掲示し、意識を高めている。	「身体拘束・虐待防止」の内部研修は全員参加し、外部研修「身体拘束ゼロセミナー」は、結果報告を受け全職員が共有している。禁止対象となる行為についても周知し、どうしても車椅子ベルト着用せざるを得ない場合には家族の了解を取り、記録も残している。	
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逃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	虐待防止関連法についての意識を高めるために、研修の開催や会議の中で声に出して再確認している。		

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	ご入居者様の中に成年後見人制度の利用者がおられるため、職員には制度の内容を把握してもらい、成年後見人の方とも当該ご入居者に関わる情報を共有し、ご入居者様が安心して生活できる様支援している。		
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	契約締結時に重要事項説明書に基づいて、施設内の規則・料金について説明すると共に、ご家族より疑問点の質問を受け、理解・納得をして頂いた上で契約締結をしている。		
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	2か月に1回運営推進会議にてご家族様からの意見等を運営に反映させ、ご家族様の来館時に管理者や職員が意見や要望を聞いて、可能な限り運営に反映させている。	経営法人交替を機に、GH開設以来初めての2ユニット合同の家族意見交流会を開催している。家族多数の参加があり、提示された意見は運営に反映している。例えば臭いの指摘があり、汚物処理を迅速に行うように対処している。	
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	毎月の職員会議や勤務中に、職員の意見や提案を聞いている。緊急性の高い項目については、皆でいつでも話し合い反映させている。	本事業所の伝統の一つとして、1階のデイサービス、グループホーム2ユニットの職員同士の話し合いとその結果として助け合いが実現している。利用者の誕生日お祝いが、職員の提案で誕生日に行うことで家族の参加も実現している。	
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	定期的に適切な人事評価を実施することにより、日頃の勤務姿勢を評価して昇給昇格に反映させると共に、正社員登用制度を整備してモチベーションアップに努めている。		
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	管理者・職員の経験・力量に応じて、法人内外の研修受講を積極的に対応している。研修内容に応じ、適切な時期に順番に職員が研修受講し、研修報告書を回覧し、職員会議の場で実践した報告を行っている。		
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	今年は同業者との交流会を行い意見交換し、良い所を取り入れサービスの向上につなげていきたい。		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	入居時にご本人様とご家族様より情報を収集し、フェイスシートや連絡票などを作成し、職員間で情報を共有する事でご本人様が安心して過ごしていただける様、統一したケアに努めている。		
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	ご家族様の不安や困っておられる事などを少しでも軽減できる様、面会時等の機会を見つけて話しやすい状況でゆっくりと話を伺い、共感し、受けとめる様努めている。又、ケアプランの見直し時にご家族様の意向を訊いている。		
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	ご家族様から相談があった時は、ご本人様、ご家族様の思いを把握し、関係者と連携して支援方法、サービス内容を検討して対応に努めている。		
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	ご本人様の立場に立ち、その場の状況に応じてどうするのが一番良いかを常に考えながらコミュニケーションを取り、喜怒哀楽を共にしている。		
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	ご家族様の思いを尊重し、相談事や悩みはある場合は耳を傾け共に悩み、日頃からご家族様とご本人様の思いを把握して、お互いが安心して生活できる様支援している。		
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	フェイスシート情報を基に、なじみの人や場所との関係継続を支援すべく心掛けています。暑中見舞いや年賀状等、自分で書ける方は直接書いていただいたり、友人・知人の面会などの交流継続を支援している。	利用者の重度化により、馴染みの人との関係維持が困難になっているが、暑中見舞い、年賀状等の代筆支援を行っている。イベント毎にデイサービス利用者との交流を行っている。馴染みの寺社や商店へは、家族の協力も得て出かけている。	
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	日々の生活の中でご入居者様が孤立することがない様に注意し、その様な状況が見られた時には職員が声を掛けながらご入居者様同士が会話しやすくなる様、間に入っている。		

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 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	サービス利用終了後もご本人様・ご家族様からの相談に管理者が対応し、退居後入所された施設との連携をはかり、当施設での生活状態や対応方法を伝えている。又、退居されたご家族様がボランティアや運営推進会議に参加されている。		
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					
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	ご本人様の意思を尊重し、ご家族様の意向を大切にアセスメントを行っている。ご本人様の希望や思いを聞き、気づくことを見つけ出し、ご本人様がその人らしく生活できる様努めている。	事業所独自の「気づき表」があり、各利用者について半年ごとに一か月間の生活詳細を全職員で観察している。これをもとにアセスメント記録の追加・修正を行っており、本人の立場に立った対応に活かしている。	
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	ご家族様から入居前の情報を収集すると共に、ご本人様との会話の中からも情報を得、フェイスシートにまとめ共有し、職員全体が把握する様に努めている。フェイスシートは変化の状況により書き直し、三か月毎に見直ししている。		
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	職員は常にご入居者様の心身状態の変化にともなう新しい発見を記録し、申し送り把握してチームケアによる個別ケアに努めている。		
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	ご本人様・ご家族様の意見を聴き、ご入居者様の心身状態や課題について各職員が「気づき表」にまとめ、介護実践記録を基にカンファレンスを行い、職員間で話し合いをして介護計画を作成している。	利用者の精神面や身体上の状況を、独自の「気づき表」にまとめ、3人協議で3か月毎のモニタリングにより介護計画を更新している。利用者によって、介護計画作成や家族の承認が6か月ごとになっているケースがある。	介護計画は3か月毎に見直して、家族に報告することで、より強い絆を作る取り組みを期待したい。
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	日々のケアの実践やご入居者様の様子、新たな発見、情報を記録や連絡ノートにより職員間で共有している。それらを介護計画の見直しに活用している。		
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	ご入居者様やご家族様の思いを尊重し対応している。医療連携診療所の医師より定期的な往診を受けると共に、必要に応じて診療所受診している。又、ご入居者様の希望に応じて馴染みの他医院を利用されている。		

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
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	幼稚園の運動会に見学に行ったり、地域文化祭へご入居者様の作品を展示し見学に行った。地域ボランティアの方々や幼稚園小学生たちに来館してもらい、交流を深めている。		
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	医療連携診療所医師がほとんどのご入居者様の主治医であり、常に連携を取りながら医療を受け必要に応じて他の医療機関への通院介助も実施している。	事業所職員として昨年12月から看護師を雇用している。医療連携体制加算を採用し、提携医は全利用者・家族の希望で前運営母体の主治医が引き続き担当する事となり、スムーズな連携体制が確立されている。	
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	医療連携体制に係る看護師や館内の看護職員、連携診療所の看護師と常に相談しながら健康管理、医療活用支援してもらったりその時の状況を見て指示を仰いでもらっている。		
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。	管理者は病院関係者にご入居者様の情報を提供し、病院での様子を医療機関より情報を得て、ご家族様と連絡を取りながら回復状況を把握している。		
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	入居契約締結時に「重度化した時はその都度ご家族様や主治医と話し合って方向を決定する」と説明しており了解を得ている。	本人・家族の希望があれば、看取りをすることになり、「看取りの事前確認書」を全員入手している。終末期に入ると「終末期ケアについての同意書」を医師、家族・事業所三者で締結する。職員は、看取り介護技術向上研修を受け共有している。	
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	館内において、消防署職員指導により年2回火災避難訓練で緊急時の移動方法指導を受けているが、全ての職員が実践力を身に付けているとは限らない。		
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	消防署の立ち合いにより、昼夜間を想定して避難訓練、消火訓練を定期的実施している。緊急時の避難場所については、ご家族に文書で連絡し、地元自治会に協力を依頼している。	年間2回の避難訓練を実施し、避難場所も確保している。地域住民の協力参加にはまだ至っていない。飲料水、アルファ米など基本的な備蓄は行っている。	地元自治会・地域住民の参加が実現することを期待したい。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	個人情報保護方針やマニュアルに沿って管理をしている。常に人生の先輩である事を肝に銘じて人格を尊重し、ぬくもりある言葉掛け等、会議で職員の意識付けを統一している。	個人情報保護法についての外部・内部研修を重ね、職員全員が理解を深めている。利用者との会話や介助に際して、人生の先輩に接する気持を忘れないようにやさしい言葉と笑顔で接することを心掛けている。	
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	日々の生活や会話の中で、ご入居者様の思いや希望を探り、一人一人が自己決定出来る様な場面を提供出来る様、言葉掛けを工夫し心掛けている。		
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	食事などの基本的な一日の流れは決まっているが、一人一人のペースを大切に、それに合わせた対応を心掛けている。ご本人の気持ちを尊重し、その日の体調を配慮し、希望に沿う様に支援している。		
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	時間に合った衣類で好みに合わせ着用して頂いている。場面に応じ、お化粧やおしゃれを楽しんで頂いている。又、月二回美容師が来館している。		
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	弁当や食事つくりの日など、意欲が出る様な言葉かけを行い、会話をしながら盛り付けや片付けをして頂いている。職員もご入居者様も同じテーブルで同じものを五感で感じ、会話を楽しみながら食べている。	職員が共に食事を摂りつつ介助している。介助利用者は各ユニット3名いて、その他は自分で食事を楽しんで完食し、手伝いもしている。グループホーム敬老会では寿司の出前が大人気となり、てんぷら、おでんバイキングや外食も楽しんでいる。	
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	体調や体重を考慮し、一人一人に合った食事量の提供や対応を行っている。水分は午前・午後の補茶で摂って頂く事を基本とし、個人記録を摂り、水分量の不足の無いよう支援している。		
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	一人一人の状態に応じた援助法で、起床時、毎食後の計4回、口腔ケアを行っている。特に夕食後は歯磨き、義歯の消毒を行い、口腔内の清潔を保持している。		

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
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	排泄チェック表や日々の動きを観察し、個々の排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。日中紙パンツから布パンツ、夜間テープ止めから日中紙パンツ等、その時にあった対応をしている。	利用者ごとの詳細な排泄チェック表を作成共有し、状態に応じた排泄介助に努めている。自立排泄を促し、18人中7人は適切な支援の結果、日中布パンツを着用している。	
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	起床時には必ず牛乳・お茶などの水分を摂って頂いている。食事やおやつなどは個々に合った量を提供している。朝の体操への参加や散歩も促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は入浴チェック表を確認し調整している。入浴前には声かけをし、ご本人様が入りたくない時は別の日に入っていたいでいる。	週2回入浴を基本にして、状況に応じて清拭や足湯など対応している。重度化した利用者には、1階の機械浴室で椅子或いはストレッチャー方式の入浴をしている。最近では柚子を頂き、皆で柚子湯を楽しんでいる。	時期や本人の状況次第によるが、可能な場合は週3回の入浴が可能となる様期待したい。
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	ご入居者様の好みに合わせ、一緒に歌を唄ったり、レクリエーションを行っている。ご入居者様の体調に合わせて、ベッドで臥床して頂いたり、ソファでTVを見て過ごして頂いている。		
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	生活記録ファイルに薬の効能説明書を閉じており、確認している。気になることがあれば、ナース・主治医に相談している。		
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	個々の力量に応じて洗濯物たたみ、おしぼり巻き、居室の掃除、食事の盛り付けなど役割分担で協力してもらっている。		
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支援している	天気が良い日は、屋上へ散歩に行ったり外出レクリエーションにて、ご家族様にもご協力いただき出かけている。	高台立地でもあり、利用者の重度化により、日頃の外出が困難になりつつあるが、広い屋上で外気に触れ、下肢筋力の低下予防を図っている。家族等の支援を得て、美術館、寺社、公園等への外出を心掛けている。	

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
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	ご本人様の希望を尊重し、買い物の際には職員が同行し、欲しいものを選んでいただいている。		
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	電話で家族と話したいと要望があれば、職員がご家族様に取り次ぎお話ししていただいている。手紙はいつでも書ける様、はがき、暑中見舞、年賀状等用意し、書いて頂いている。		
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	共用ホールからは開放的な窓より琵琶湖が一望でき、天候や季節の移り変わりが楽しめる。季節の花を活け、壁飾り、ご飯の炊ける匂いや食器の音で五感に触れ、生活感や季節感を感じられる環境づくりを大切にしている。明るさや空調等の調整をし、居心地よく過ごせるようにしている。	廊下や室内の要所要所に可愛い鉢の花を飾り、季節感を出している。同じ階にあるユニット間の通路は広く、浴室・トイレも含めて清潔である。居間から眺めるびわ湖を中心にした景色は、季節感に富み、眺めるだけで楽しい場を提供出来ている。	
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	独りでゆっくり過ごしたり、趣味を楽しんだり、気の合ったご入居者様同士が思い思いに談話出来る様、ホールにテーブルと座り心地のよいソファを配置している。		
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	使い慣れた家具や思い出の写真、好みの品々をご本人様やご家族様と相談しながら設置し、落ち着いて居心地よく生活できる環境を作る工夫をしている。	各居室は低めの整理棚を配置して、壁面を広く使える工夫をし、折り紙作品や写真を多数貼って楽しめる空間としている。エアコン、加湿器を各室に配備し、快適な住環境確保に努めている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	居室にはネームプレート、トイレは大きい文字や絵文字で表示し、風呂場はのれんを掛け、「わかる」ように工夫している。ホール内やトイレ、廊下には手摺を取り付け安全に自由に移動できるよう配慮している。必要時にはさり気なく見守っている。		

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		施設の実態がよく伝わる運営推進会議の議事録を、地域包括支援センター経由で市役所の担当部署に届ける。	保健者である天津市に運営推進会議議事録を通し、より透明性、施設の事を把握してもらう。	運営推進会議で地域包括支援センター員に相談する。	3ヶ月
2		介護計画は3か月毎に見直して、家族に報告することで、より強い絆を作る取り組み。	3か月毎の介護計画を通じてより家族の協力を頂きながら入居者の手厚い支援に繋げたい。	面会時やこまめに電話連絡し報告、連絡、相談を気兼ねなく出来る家族との関係に繋げる。	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。