

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| I. 理念に基づく運営                    | 8  |
| 1. 理念の共有                       | 1  |
| 2. 地域との支えあい                    | 1  |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用          | 3  |
| 4. 理念を実践するための体制                | 2  |
| 5. 人材の育成と支援                    | 0  |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援          | 1  |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応      | 0  |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援      | 1  |
| 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  | 5  |
| 1. 一人ひとりの把握                    | 1  |
| 2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し | 1  |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援              | 0  |
| 4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働    | 3  |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援      | 6  |
| 1. その人らしい暮らしの支援                | 4  |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり        | 2  |
| 合計                             | 20 |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業所番号 | 1492300080         |
| 法人名   | 社会福祉法人 小田原福祉会      |
| 事業所名  | 潤生園 よりあいどころ田島      |
| 訪問調査日 | 令和1年11月27日         |
| 評価確定日 | 令和2年1月30日          |
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION |

**○項目番号について**  
 外部評価は20項目です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
 [取り組みの事実]  
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
 [次ステップに向けて期待したい内容]  
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
 家族 = 家族に限定しています。  
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和 1年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業の開始年月日, 指定年月日, 法人名, 事業所名, 所在地, サービス種別, 定員等, 自己評価作成日, 評価結果, 市町村受理日.

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

Table with 2 columns: 基本情報リンク先, (empty cell)

【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ご入居者が生活の流れに参加されご自分の居場所を広げられていかれるように力を入れています。短時間でも喜びや充実感、達成感のある活動となるよう、得意な家事、お好きな趣味、頼りにされて嬉しい活動等に寄り添って支援しています。②ご利用者をめぐり、温かく穏やかな人の輪が広がっていくように力を入れています。ご家族が気軽に訪れ、他の皆様もおなじみになっていられます。運営推進会議や夏祭りの手伝い、盆踊り、大正琴等にボランティアとして出かけてきて下さる地域の方々が、散歩や地域行事に行くと温かな声を掛けて下さいます。ご入居者が心強いおなじみに囲まれています。③食事が十分に摂れなくなったり、だんだんベッドで過ごす時間が長くなれば、医療連携体制を活かし最後までご自分のペースで暮らし続けられるように力をいれています。④地域密着の事業所として、行事やお便りの回覧を通しての交流、防災上の連携を通して地域との具体的な連携を深めるよう図っています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 4 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日, 評価機関, 評価決定日.

【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)】

●潤生園よりどころ田島は、社会福祉法人小田原福祉会の経営です。社会福祉法人小田原福祉会は『採用、育成、定着』の一貫した専門家教育の実施をする事で介護業界人事アワードに選出されています。現在従業員530名で特別養護老人ホームの設置経営、訪問介護サービス、老人デイサービス、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、放課後児童クラブ等の第1種2種の社会福祉事業と各種養成研修事業、包括支援サービス、訪問看護サービス、サービス付き高齢者住宅、福祉用具貸与/販売、介護予防日常生活総合支援など「公益事業」の福祉事業を介護の6つの専門性を持って「小田原福祉会の挑戦」「地域の暮らしの中にあるニーズを先取りして支援につなげる“を実践して市の福祉を担っている法人です。立地は「JR国府津駅」から北方向にバスで約10分程の『田島』から徒歩で約1分程の所に和風旅館を思わせるたたずまいで、グループホーム「潤生園よりどころ田島」とデイサービスの「やすらぎの家田島」が同敷地内に棟続きに建っています。●法人の理念「肉体が枯れ心も渴いた高齢な方々を真心の介護で精神的にも肉体的にも潤し一人ひとりが天寿を全うされる様に献身する。」を基にした「人は人として存在するだけで尊い」真の幸福は人の命の尊さを知り個人の人格を心から愛するところから始まる。を事業所の理念としています。事業所では、理念に沿った利用者にとって家族のように温かい環境作り、そして、利用者、家族、スタッフの3者の幸せという価値観を管理者を始め、職員間で共有し充実感の溢れた笑顔で利用者一人ひとりの「残存能力に見合った」支援に注力されています。●地域交流では隣接しているデイサービスと 近くに開設された同法人の小規模多機能型居宅介護を利用している地域に住まいする利用者同士の趣味や催事を通しての顔馴染み交流を図ることで、利用者自身の活動・生活の場を広げて「喜び・充実感」を感じられています。また、ご家族やボランティアを通じての顔なじみ交流でも人の輪の広がりが出来ています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

Table with 3 columns: 評価項目の領域, 自己評価項目, 外部評価項目.

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | 潤生園 よりあいどころ田島 |
| ユニット名 | 1階            |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 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   |
|           |   |   | 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  |
| 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        |
|           |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|           |   |   | 3. たまにある       |
|           |   |   | 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   |
|           |   |   | 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     |
| 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。<br>(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     |
| 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   |
|           |   |   | 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。<br>(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     |
| 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) | ○ | 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     |

|    |  |   |                |
|----|--|---|----------------|
| 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ます。<br>(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  |
| 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：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |   | 3. たまに         |
|    |  |   | 4. ほとんどない      |
| 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の拡がりや深まりがあり、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    |
|    |  |   | 2, 少しずつ増えている   |
|    |  |   | 3. あまり増えていない   |
|    |  |   | 4. 全くいない       |
| 66 | 職員は、活き活きと働いている。<br>(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     |
| 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     |
| 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. ほとんどいない     |

| 自己評価       | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------------|------|--|---|---|-------------------|
|            |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 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<br>地域密着型サービスの意義を踏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                     | 人としての尊厳、個人の人格への敬愛を基本にするという法人の理念がスタッフ全員の実践に生きるよう、研修や会議等をおして努めている。H28年度から月に一回の会議時において理念やケアの指針の共有を図る時間を設け、ユニットごとに月の目標を設定し理念に沿ったケアが提供出来るように取り組んでいる。法人が歩んできた「潤生園の原点」は実践に向かう際の指針となっている。 | 肉体が枯れ心も渴いた高齢的な方々を真心の介護で精神的にも肉体的にも潤し一人ひとりが天寿を全うされるように献身するとした「潤生園」の心を実践する言葉とした理念「人は人として存在するだけで尊い」真の幸福は、人の命の尊さを知り個人の人格を心から愛するところから始まる。を日々のケアで実践できるように、研修や会議時通して潤生園の原点を述べた冊子の読み合わせで周知を図っています。 | 今後の継続             |
| 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                     | 当初から自治会に所属し、ゴミの分別収集、地域清掃、夏祭り、盆踊り、防災訓練、作品展、どんど焼き等に参加させていただいている。徐々に顔のみえる関係となってきており、散歩の折には庭を見せていただいたり挨拶をかわすなどお付き合いをさせていただいている。また地域の小学校授業で介護について話をさせて頂いたり、「SOSこども110かけこみ所」の登録もしている。   | 自治会に加入し、ゴミの分別収集、地域清掃、夏祭り、盆踊り、防災訓練、作品展、どんど焼き等地域の催事に参加することで顔馴染みとなって、散歩時に庭を見せて頂いたり声をかけていただき地域の方との交流が生まれています。また、地域の小学校で介護の話をさせて頂いたり、「SOSこども110かけこみ所」としての登録もして地域の一員として認められる存在になっています。          | 今後の継続             |
| 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                   | 防災の協定を締結し、地域の方を援助していく仕組みも出来つつある。その他にも地域貢献できることがないか、運営推進会議や自治会の行事に参加した際に、地域の課題等の聞き取りを行い事業所として出来ることを模索している。   |   |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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か月に1回開催している。H29年6月から開所した「みんなの家たじま」内の「地域交流室」にて開催している。内容は2か月間の行事や、防災、介護事故、職員の人事、医療との連携等テーマを設けて報告し活発に意見をいただき理解して頂くと同時に改善に活かしている。  | 運営推進会議は2ヶ月に1回自治会長、民生委員、地域包括センター職員、家族、利用者、事業所責任者の参加で「みんなの家たじま」内の「地域交流室」にて合同開催をしています。内容は2ヶ月間の各事業所の動き、防災、介護事故、職員の人事、医療との連携等を報告し、いただいた意見等は議事録に残し、事業所運営の改善に活かしています。                            | 今後の継続             |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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          | 市主催の他職種研修や事故報告、感染症の報告など、できるだけ出かけていき、話をするようにしている。運営上よくわからないことは直接出向いたり電話等で質問し助言をいただくようにしている。  | 市主催の他職種研修会、事故報告や感染症の報告などは、極力窓口まで出向き、担当者と直接話をするようにしています。運営上の手続き解釈など理解し難いところやから不明点がある場合は、電話等で質問して助言をいただくようにしています。法人の方針「市民を介護で困らせない」の実践で、包括支援センターとも連携を密に取り合いながら良好な関係を保っています。                 | 今後の継続             |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 職場内研修を通して禁止となる具体的な行為とその弊害について全職員が理解して気を付けている。ホールから出て行こうとされたり、他居室に入ろうとされたりする方に対しては、同行させて頂いたり、声を掛けたり、見届ける等理由を探り受容するケアを行っている。玄関は夜間のみ施錠している。ホールから玄関に通じるドアはドアチャイムやセンサーで危険を防いでいるが夜間帯は安全確保のために必要な時間に限って施錠することがある。 | 職場内研修を通して禁止となる具体的な行為とその弊害について全職員が理解して日々の介護にあたっています。徘徊で他人の居室に入ろうとしたりの行動には同行による見守りとタイミングを見ながら声かけをするようにしながら、行動否定やスピーチロックはしない様になっています。玄関は防犯上の観点から夜間のみ施錠しています。ホールのドアには危険防止チャイムセンサーを付けて安全を確保しています。 | 今後の継続             |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                      | 2ヶ月に1回の家族面談や面会時、また電話等の機会を通じて、要望や意見、疑問等を具体的に聞き取らせていただくようにしている。また家族会では家族のみで話し合える時間をとり、職員同席では出しにくい意見も出せるよう図っている。家族会で要望されたことの実現については次回報告している。  |  |                   |
| 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                                 | 利用者に成年後見制度を利用されている方がいらっしゃる、学びつつ協力させて頂いている。利用者で利用が必要と思われる介護者にはお話をし、利用にむけて手続きを始められた例がある。   |  |                   |
| 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  | 契約にあたっては重要事項と契約書の項目を一つずつ説明しながら疑問や不安がないか確認し、理解して頂いて契約を行っている。また解約の際も、今後の見直しへの不安の解消を図っている。  |  |                   |
| 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並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ヶ月に1回の家族面談や面会時、また電話等の機会を通じて、要望や意見、疑問等を具体的に聞き取らせていただくようにしている。また家族会では家族のみで話し合える時間をとり、職員同席では出しにくい意見も出せるよう図っている。家族会で要望されたことの実現については次回報告している。  | 2ヶ月に1回の家族面談や日頃の面会時、電話等の機会に利用者の近況報告をして、家族から意見や要望を具体的に聴かせていただくようにしています。また、家族会には家族だけで話し合える時間も設け、家族同士の親睦を深めていただくようにもしています。家族会で要望された意見・要望は会議に諮り検討の上結果報告と迅速な対応を心がけています。                            | 今後の継続             |

| 自己評価                 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                      | 月1回のリーダー会議、ユニットごとのスタッフ会議でまとまった時間をとり意見や提案を聞く機会を設けて運営に反映させ、業務改善につなげている。また毎日の朝礼やミーティングでも決定できることは行い、迅速な改善を図っている。委員会を設け、より具体的に運営に参加できるよう図っている。  | 事業所では月1回のリーダー会議と、ユニット会議の中で職員が自由に意見を表出できるようにし、意見の収集が行っています。また、毎日の朝礼やミーティングでも決定出来ることは迅速に改善につなげています。半期ごとの職員と個人面談時にも意見を聴くようにしています。更に、委員会も設けて具体的に運営に参加できる様にしています。 | 今後の継続             |
| 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       | 個々の意見や身体面、精神面を考慮して勤務を調整している。どんな力を身につけていけば給与水準が上がるのかがわかりやすいよう、リフレクションシートを用い各自の到達状況を確認することを積み上げていくキャリアパスの仕組みを取り入れた。  |  |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<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          | 法人内や市内のGH・小規模多機能連絡会で、自主的な研修の場が数多く設けられているので、周知し参加を図っている。また法人では年間計画をもとに個人の必修の研修も設けており、必ず参加できるようにしている。外部研修も個人の状況にあったものに参加できるように図っている。学んだことを事業所に持ち帰り他の職員に伝え共有に努めている。                     |  |                   |
| 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つくり、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組みをしている | 市内のGH・小規模多機能連絡会を通じ交流する機会を得られており、協力してGHならではの情報の交流や研修を行えている。同連絡会のカフェ活動の運営に各GHからスタッフ代表が参加し交流の場を作っている。今年度もGH連絡会主催の「RUN伴」という取り組みがあり全事業所をたすきでつなぎ交流が深まった。運営の改善やサービスの質の向上のためにも今後も連携を強めていきたい。 |  |                   |
| 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<br>サービスの利用を開始する段階で、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        | 判定前の面接、入居決定後の面接において本人の思いや訴えを汲み取れるよう、丁寧な聞き取りに努めている。本人の意向をその後の生活に反映しやすいように、入居決定後の面接は入居後のケース担当が同席して行い、本人の安心とスムーズな利用の開始につながるよう図っている。   |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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     | 入居前のご自宅でのアセスメントの際、本人とは別室または別の機会を設けてご意向や不安等を「課題分析表」を用い伺っている。また入居後の生活に対する要望、今後もご家族が関わりたいと思っていることを前もって具体的に伺い実現を図っている。   |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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 | グループホームの利用が最も適切であるかの判断を慎重に行うために、本人とご家族の実情を居宅のケアマネージャーやサービス事業所からも聞き取ったうえで見極めている。また今グループホームに入居が必要としても今後在宅に戻れる方向もあきらめないでやってみようという合意に至ることもある。                        |   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                    | 入居者の行える事を見極め、できないことに対し支援し、できることについては本人の力を発揮できるように見守り支えるように配慮している。洗濯、掃除、調理、買い物、納品、園芸等まつわる家事を、それぞれの方のお気持ちにそって、自分の役割として、またお誘いやお願いをしたりしていっしょにやっている。                  |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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     | 本人に対しご家族がしてやりたいと思われることを面談や面会等を通じて理解し、その実現を支援している。体調の悪いとき、怪我をした等の時は軽くても極力連絡をとり一緒に支えて頂いている。不調の際の受診も可能な限りご家族にお願いしている。体調以外にも日ごろの様子を極力お伝えし常に本人の生活の全体像を把握して頂けるよう図っている。 |   |                   |
| 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                 | アセスメントや昔の写真、お話から知り得た情報をもとに何回も思い出して話して頂くよう努めている。地元の盆踊りや祭りに付き添って参加したり、ご家族の法要への送りや介護食の手配等、馴染みだった方々やご家族との出会い、別れが気持ちのいいものとなるよう様々な配慮をしている。                             | 過去の生活歴を参考に、会話や表情から今現在の想いの把握に努めています。友人や知人等の来訪は、家族の了解の下にリビングや居室等、お好きな場所で会っていただくようにしています。本人と家族の両者の想いに添える様、日々の暮らしぶりの写真集に手紙を添えて提供し、電話や手紙のやり取りでも支援を行い、両者の関係が疎遠にならない様に支援しています。 | 今後の継続             |

| 自己評価                       | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------------|------|---|--|--|-------------------|
|                            |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                | 入居者同士が支えあったり、時にはぶつかることもあるが、その経緯や対応を常に全職員が共有しているように努めている。スタッフ会議やミーティングで方針を共有しながら、利用者同士の橋渡しや傾聴、見守り、座席の配慮など工夫しながら支援している。                        |  |                   |
| 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 | 長期入院による退所者はいらっしゃらなかったが、今年度は2名の方を看取らせて頂いた。退去後も事業所のイベントや行事等にもお誘いしている。また昨年度はご入居されていた方のご家族が法人内の他事業所で入職されるケースもみられた。                               |  |                   |
| 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<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。                       | 事前にアセスメントを行い、本人の過ごしやすい環境となるよう工夫している。入居後は本人の言動に留意し一番良い方法を考えるとともにその都度本人の意向を確認して取り入れている。本人の意向がはっきりしない場合は職員間で話し合っって統一したり、ご家族の意見をお聞きするなどして検討している。 | 入居前のアセスメントで過ごし易い環境の工夫をして迎え、入居後は会話が不自由な方には生活歴と、ADLの変化を加味して想いを押し量り、会話が可能な方とは日頃の会話の中から想いや意向を汲み取り、介護記録に記入して共有を図りながら思いや意向に沿った支援に努めています。 | 今後の継続             |
| 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                    | ご家族、入居者から事前にアセスメントした情報や他の事業所での様子、在宅時のケアマネージャーからの情報等から本人の生活歴を記入した用紙（センター方式、課題分析表）を作成し、共有に努めている。入所後家族面談や面会から得られた情報も用紙に蓄積させ会議の場で共有している。         |  |                   |
| 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                                  | ご入居者の担当職員と計画作成担当者により、定期的または状態の変化が見られた際にアセスメントを行い、個々の入居者のできること、できないことを見極め援助がどのくらい必要なか職員間で共有している。一日の生活リズムを把握することで、小さい変化も見逃さないように情報の共有をしている。    |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 個々の入居者の担当職員が作成したモニタリングを基に計画作成担当者が原案を作成し、ケース会議で話し合い、計画作成担当者が完成させる体制になっている。個々の目標等を印刷してある介護記録用紙等を使って、その日取り組めたかどうか、具体的にどんな様子だったかを日々記録しつつ取り組んでいる。家族面談時モニタリングの報告をしている。  | 介護計画は概ね6ヶ月毎のカンファレンスで居室担当職員の日々の観察記録に基づき、計画作成担当者を中心に家族の要望等も伺い、その方の残存能力に見合った計介護画を作成しています。モニタリング時に、介護計画に沿った支援が行えているかや、利用者のADL等の現状とズレが生じていないかを確認し、必要に応じて随時変更しています。   | 今後の継続             |
| 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                        | 介護日誌、目標介護日誌、介護記録システムを活用したり、朝礼、申し送り、ミーティングを行い、情報の共有をしている。その上に立って月1回のケース会議でケアの改善や介護計画の見直し・作成を行い、それをもとに実践を行うようにしている。   |   |                   |
| 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               | その方の状態変化をふまえて持つ力を最大限引き出せるように努めている。近くにある当法人の小規模多機能型の事業所へ草むしりの手伝いに行ったり、また信仰の場面でも本部に行き法要される方についても送迎などのサービスを提供している。   |   |                   |
| 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                         | スタッフといっしょにスーパーやコンビニの利用、ポストへの投函等を行っている。散歩、花見、お祭り、盆踊りなど地域資源と関わることは利用者の深い喜びとなっている。住所を移されているご入居者に関しては自治会や公民館でのイベントに参加している。  |   |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                    | 当初それまでのかかりつけ医の継続を支援していたが、通院の困難、定期受診以外の不調の受診や療養時の医療機関との連携の難しさから、徐々に訪問診療への切り替えが増えていっている。訪問診療への同席やGHを仲立ちとした連携から症状が軽いうちに対処ができ、根治するのが難しい病気等について、また看取りまで見通して生活の質を重視した治療と生活について納得のいく方針を共有していることで喜ばれている。病状が悪化した際は、連携の訪問看護事業所から医師の特別指示書に基づく日頃の様子をよく知る訪問看護師の派遣を受けることが出来る。 | 希望による提携医以外の受診も家族対応を原則として要望に応じています。しかし現在では、協力医療機関の訪問診療への切り替える方が増えています。訪問診療では事業所を仲立ちとした治療対処で軽症から根治が難しい病気の対応と、看取りを見通した治療が本人家族の納得した方針の下での支援を行っています。又、病状悪化時の対応では医師の特別指示書に基づき、日頃の様子、病状を熟知した訪問看護師の派遣で、かかりつけ医として利用者への適切な医療支援が行われています。 | 今後の継続             |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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                      | 週一回訪問看護師が来所している。事前に全員に対し個別に状態や変化をFAXで報告して、その後の変化は口頭で行っている。定期訪問以外にも、心配な症状やケガ等に対し、アドバイスや指示を受け適切に医療につなげるよう図っている。また生活の中で健康面において気になることがあった時なども適切な指示を得ている。                   |  |                   |
| 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、また、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。又は、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。 | 入院時には病院のソーシャルワーカーへ在宅サマリーを送り日常生活の状況を伝えている。また面会で、情報を得たりどのような回復程度なら戻れるかなどを具体的に医師やソーシャルワーカーと相談している。退院時にはカンファレンスを行い退院後の生活の注意点などを教えて頂いている。訪問診療医には途中経過をお伝えし退院後のスムーズな連携に努めている。 |  |                   |
| 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、事業所で行え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 | 契約時に重度化と終末期に対する対応については説明し理解は頂いている。実際に直面した場合には家族と医療関係者とカンファレンスを持ち支援の方向を具体的に検討していく。状態が大きく変化する時点では、医師とご家族が直接話せる機会を設け、方針が共有できるよう努めている。                                     | 契約時に「重度化と終末期に対する対応」について家族や後見人に書類にて十分説明した後に意向を確認確認しています。医師または看護師の重篤化との判断の下に、家族・事業所責任者・医師との話し合いを重ね、種々選択肢を示して看取り介護を含めたその方にとって最善の方法での支援が行われています。職員へは「看取り対応の研修」も行っており、事業所として看取りの実績もあります。  | 今後の継続             |
| 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   | 急変時と事故の際のマニュアルを持っている。普通救命講習は個々に受けているが、今後全員が受けるようにしていく。急変時と事故発生時に、適切に医療関係者や救急と連携がとれるよう指導している。   |  |                   |
| 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   | 年2回以上の避難訓練を実施し、昼夜両方の基本的な動き方は理解している。レスキューキャリアマットを使用して階段を滑り下ろす避難方法を取り入れている。水害時の対応も行っている。今年度は11月と2月に避難訓練を予定している。  | 災害に備えた必要な設備を設け消防避難の計画をたて、非常災害に備え年2回以上は避難、救出の訓練を行う。として防災マニュアルに沿って、レスキューマットで階段を滑り下ろす方法の訓練等を含め年2回行っています。また、緊急連絡網の整備と共に所轄消防所指導の下に夜間想定での避難訓練を1回と自主訓練を自治会の協力の下に1回行っています。非常用備蓄では水、缶詰、ヘルメット、などを確保して、設備ではスプリンクラー、火災自動通報装置、AEDも設置され、災害対策が講じられています。 | 今後の継続             |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|--------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                          |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 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   | ○一人ひとりの人格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                | 親しい中でも、目上の方のケアをしていると認識し、言葉遣いや態度には注意している。馴れ合いにならないで、個人の人格を尊重していけるよう心掛けている。プライバシーを尊重し、スタッフ間の申し送りもご入居者に聞こえないように配慮している。またご入居者に声を掛ける時は、近くまで行き声を掛けるようにしている。 | 人格の尊重、プライバシーの確保は法人の導入教育と事業所内研修にて、接遇や対応について学んでいます。日々の支援では人生の先輩としての敬意と敬意を持って接するよう全職員に周知しています。呼称については、「さん」付けを基本としています。家族や本人の希望も取り入れながら、不快感や威圧的な印象を与えない様に心がけています。 | 今後の継続             |
| 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                     | 密にコミュニケーションをとり、外出の希望やレクレーションの希望、衣類の調節、水分の摂取など自己決定していただく場面を増やすよう努めている。困った様子や何か言いたそうな時にはその時間聞き取るように努めている。また表情やしぐさから読み取って対応す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 | 朝食のタイミング、就寝のタイミング、部屋で過ごすかホールで過ごすか、レクに参加するか、外出するか等、希望にそって支援するようにしている。ある程度の枠は決めているが業務優先ではない職場風土をつくらうと努めている。   |   |                   |
| 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                                  | 更衣の際、選択肢をもうけ何を着たいか選んで頂くようにしている。毎朝の整髪、洗面の際、鏡を見ながら目ヤニがないか等も含め行えるよう支援している。普段あまり着用していない衣類の時は気付いて声を掛けている。衣類が汚れた際はすぐに更衣するようにしている。                           |   |                   |
| 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     | 調理に取り掛かるのが見えたり、時に手伝いや味見をして頂きながら楽しみなムードをつくるようにしている。献立を決定したり、食材の注文をする時にはご入居者と一緒に話しなが意見を取り入れている。テーブル拭きや食器拭き等はその人の力を活かしながら一緒に取り組んでいる。                     | 食事準備では経験に裏打ちされた得意と残存能力を活かした役割を持って加って頂き「役立ち」が実感出来る様にしています。献立決めや食材注文には利用者の要望を聞いて、食材業者から調達して調理し、個々の体調に合わせた形態の料理提供が行われています。また、時には常と違う楽しみが味わえる外食の支援も行っています。        | 今後の継続             |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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            | 栄養バランスを考え献立を決めている。量は介護日誌や介護記録システムに記録し、全体量を把握に努めている。食事時間に十分な量を摂れなかった場合は好きな物の提供や間食を摂って頂いたり、また運動量に応じて水分や食事の量を加減したり、歯の状態等に合わせて食事形態を変更するなどの支援をしている。     |   |                   |
| 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に、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、口腔ケアを実施して口腔内の状態把握に努めている。希望者には訪問歯科での口腔ケアの実施などを状況に応じて連携して行っている。  |   |                   |
| 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向けた支援を行っている     | 声だけの排泄の訴えだけではなく、小さい動きも見逃さずキャッチしトイレ誘導を行う。誘導している方へは排泄パターンを把握しトイレでの自然排泄を促している。夜間の不必要な排泄介助は回数を減らし、睡眠を確保している。その方に合った適切な尿とりパッドを使用している。                   | 水分摂取量と排泄の記録を用いて小さい動きも見逃さずその人に合った声かけで、自立排泄支援を行っています。朝食後はトイレに座って排泄を促し、間隔が長く空いている場合にも声かけして、自立排泄の生活に注力しています。夜間は睡眠を妨げない事を優先して支援を行い出来るだけオムツを使わず利用者の自信回復とADL向上につなげると共に、家族の経済的負担の軽減にもつなげています。 | 今後の継続             |
| 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                     | 便秘がちの方には乳製品（ヤクルト）やバナナ、寒天等を召し上がって頂くなど排便を促している。日中の活動量を増やしたり、腹圧を掛けたり、腹部のマッサージ、肛門の刺激等取り組んでいる。また、必要に応じて医療関係者と相談をして下剤等を服用して頂いている。                        |   |                   |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | その日の入浴者を割り振ってはありますが、その日の体調や気分、日や時間を随時入れ替えて対応している。また、汚れの顕著なときは入浴を行っている。同性介助の希望があれば対応している。また必要に応じて二人介助を取り入れ、安心して入浴が楽しめるように音楽を流したり入浴剤で温泉気分を味わって頂いている。 | 入浴の割り振りは一応決めています希望や体調に合わせた柔軟な対応をしています。入浴時の視診による異常発見がある事を踏まえ、希望を聞いての同性介助や二人介助、音楽、入浴剤の採り入れに加え、アプローチにも工夫しながら入浴を促しています。季節にはゆず湯、菖蒲湯も取り入れ、楽しく入浴できるように支援しています。                               | 今後の継続             |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 大まかな就寝時間はあるが、自室で自分のタイミングで休まれる時間を決めて休まれる方もいる。ソファで過ごすうちに眠気が見られた方に声を掛け就寝介助を行う時もある。就寝されたが眠れずに起きて来られリビングで過ごす方もいらっしゃる。個々の睡眠リズムに合わせて就寝して頂いている。夜間は定期巡回を行い安眠できるように支援している。 |   |                   |
| 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   | 「服薬内容表」、「薬のはたらき表」を作成している。薬の変更があった際はその後の様子の変化を記録している。誤薬がないように呼名確認、いつ服用する薬なのかを声に出している。飲み込んだかも確認している。必要な方には医師に連絡をとり粉砕して服用している。                                      |   |                   |
| 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                              | 食事盛り付けや、ボランティアさんのレク等に参加している。洗濯物干しやたたむこと、新聞を取りに行ったりしている。また食器拭き等の役割にハリをもって果たして下さっている利用者もいられる。書道を活かした交流や園芸、買い物、毎月の法要に行くなどの支援を行っている。                                 |   |                   |
| 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。また、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 | 週に1回以上は散歩されたり、庭で日光浴や外気浴、地域の行事に参加、買い物、ドライブ、近所の公園等に外出支援を行っている。散歩中に地域住民の方にご挨拶したり馴染みの関係も築けている。   | 天気や気候の良い日は週1回以上は外気に触れていただけよう、庭で外気浴や周辺を散歩に出かけ、地域の方と挨拶を交わしながら気分転換を図っています。月1回は買い物に行ったり、お茶を飲みに行く等の支援も行い、地域行事の参加や、季節の外出行事では、車を使った外出支援も行っています。地域の方との交流や、外出機会を設けることで、社会とのつながり感じていただけるように心がけています。 | 今後の継続             |
| 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                              | 実際にお金を使う場面はほとんどないが、必要になった時のために財布を所持してられる方もいる。ご自分のお財布で嗜好品を購入される方もいる。お金を所持していないことで不安を訴えられる方について、一律に所持していただくということではなく、ご家族と検討し、所持している事での混乱も考え合わせて対応している。             |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   |  | 外部評価              |       |
|------|------|--|--|--|-------------------|-------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |       |
| 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   | ご家族への電話の希望があれば、通常の時間帯であれば対応している。携帯電話を持参されている方もいらっしゃるので通話中はプライバシーに配慮し、和室等で座ってかけていただいている。殆どいらっしゃらないが葉書を出したいと希望される場合は、住所等の記入、ポストまでの同行を行っている。                |  |                   |       |
| 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 | 玄関には常に季節の花を活けており共用のホールと和室にソファや加湿器、空気清浄機等を設置している。また日付が分かるように大きいカレンダーを設置したり、環境整備をしている。季節に合った手作りの掲示物、季節の鉢植えを置いたり、生花を置いたりしている。またホワイトボードを設置し本日の予定が分かるようにしている。 | 玄関には季節の花が活けられて季節感を演出しています。内装は和を基調とした造りで、木材がふんだんに使用され、窓には障子が使用されています。加湿器や空気清浄機等を設置し、木の温かさと懐かしさを感じさせる空間が演出されています。日付が分かる大きいカレンダーや季節に合った手作りの掲示物の他、鉢植、生花も飾られ、居心地の良い空間作りがされています。また、リビングに置かれているホワイトボードで本日の予定が分かるようになっていきます。 |                   | 今後の継続 |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<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  | のびのびと声を出して歌うことが好きな方とTVを集中してご覧になりたい方がそれぞれ楽しめるようなソファやテーブルの配置を工夫した。食事の音や声をご入居者同士のストレスや興奮のきっかけになったりしやすいので、穏やかな雰囲気ですごせるように配慮をしている。                            |  |                   |       |
| 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  | 居室には洗面台、クローゼット、エアコンが設置され居室で過ごされる際には室温を快適に調整している。馴染みの衣類の入ったタンス、仏壇、ベッド、自分の椅子や自分の部屋の家具を使うことでホッと安心していただけるようである。  | 和を感じさせる居室には洗面台、クローゼット、エアコンが設置され職員により温度調整管理で居室で過ごされる際に快適に過ごせ様に配慮されています。馴染みの衣類を収納するタンス、仏壇、ベッド、椅子等が持ち込まれ、配置も工夫しながら安らげる居室作りがされています。  |                   | 今後の継続 |
| 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」や「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  | 居室の扉がどれも同じで居室を間違えることもあり居室の扉に名前を書いた用紙を貼っている。トイレに手すりを増設し、便器のところまで伝い歩が可能になり、安全性が増した。  |  |                   |       |

目 標 達 成 計 画

事業所

潤生園

よりあいどころ田島 1階

作成日

令和1年11月27日

〔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   | ご入居者の外出の機会や行事等、日常の変化が不足している。          | 現在行えている外出機会は維持し、季節感のある行事の企画や食事の提供が出来る。  | ご入居者（家族も含む）の外出や行事への想いを汲み取り実践する。その為にご入居者に外出や行事への想いを伺う。  | 1年         |
| 2    | 33   | ご入居者の重度化に伴い、必要なケアの変化（看取り等）に対応しきれていない。 | ご入居者の状態に応じた自立支援を考慮しつつ必要に応じて適切なケアが提供出来る。 | 他職種（医療関係）との連携を密にする。職員の知識や技術の向上の為に研修等で学んだ事を共有し合う環境をつくる。 | 1年         |
| 3    | 38   | 認知症に対する新しいケアの方法や知識等が不足している。           | 認知症の中核症状や行動・心理症状を理解し、必要に応じた適切なケアが提供出来る。 | 外部・内部の研修に積極的に参加する。又、ユニットでの勉強会を実施する。                    | 1年         |
|      |      |                                       |   |  |            |
|      |      |                                       |   |  |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | 潤生園 よりあいどころ田島 |
| ユニット名 | 2階            |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 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   |
|           |   |   | 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  |
| 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        |
|           |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|           |   |   | 3. たまにある       |
|           |   |   | 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   |
|           |   |   | 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     |
| 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。<br>(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     |
| 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   |
|           |   |   | 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。<br>(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     |
| 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   |
|           |   |   | 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     |

|    |  |   |                |
|----|--|---|----------------|
| 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ます。<br>(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  |
| 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：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |   | 3. たまに         |
|    |  |   | 4. ほとんどない      |
| 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の拡がりや深まりがあり、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    |
|    |  |   | 2, 少しずつ増えている   |
|    |  |   | 3. あまり増えていない   |
|    |  |   | 4. 全くいない       |
| 66 | 職員は、活き活きと働いている。<br>(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     |
| 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     |
| 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. ほとんどいない     |

| 自己評価       | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------------|------|--|---|------|-------------------|
|            |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 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<br>地域密着型サービスの意義を踏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                     | 人としての尊厳、個人の人格への敬愛を基本にするという法人の理念がスタッフ全員の実践に生きるよう、研修や会議等とおして努めている。H28年度から月に一回の会議時において理念やケアの指針の共有を図る時間を設け、ユニットごとに月の目標を設定し理念に沿ったケアが提供出来るように取り組んでいる。法人が歩んできた「潤生園の原点」は実践に向かう際の指針となっている。 |      |                   |
| 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                     | 当初から自治会に所属し、ゴミの分別収集、地域清掃、夏祭り、盆踊り、防災訓練、作品展、どんど焼き等に参加させていただいている。徐々に顔の見える関係となっており、散歩の折には庭を見せていただいたり挨拶をかわすなどお付き合いをさせていただいている。また地域の小学校授業で介護について話をさせていただいたり、「SOSこども110かけこみ所」の登録もしている。   |      |                   |
| 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                   | 防災の協定を締結し、地域の方を援助していく仕組みも出来つつある。その他にも地域貢献できることがないか、運営推進会議や自治会の行事に参加した際に、地域の課題等の聞き取りを行い事業所として出来ることを模索している。   |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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か月に1回開催している。H29年6月から開所した「みんなの家たじま」内の「地域交流室」にて開催している。内容は2か月間の行事や、防災、介護事故、職員の人事、医療との連携等テーマを設けて報告し活発に意見をいただき理解して頂くと同時に改善に活かしている。  |      |                   |
| 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           | 市主催の他職種研修や事故報告、感染症の報告など、できるだけ出かけていき、話をするようにしている。運営上よくわからないでいることは直接出向いたり電話等で質問し助言をいただくようにしている。   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 職場内研修を通して禁止となる具体的な行為とその弊害について全職員が理解して気を付けている。ホールから出て行こうとされたり、他居室に入ろうとされたりする方に対しては、同行させて頂いたり、声を掛けたり、見届ける等理由を探り受容するケアを行っている。玄関は夜間のみ施錠している。ホールから玄関に通じるドアはドアチャイムやセンサーで危険を防いでいるが夜間帯は安全確保のために必要な時間に限って施錠することがある。 |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                      | 研修委員会が身体拘束適正化の為の取り組みを3カ月に1回実施している。改めてどのような事が虐待なのか確認したり、スピーチロックをしないように声掛けの際に言葉の言い換え等をテーマに取り組んでいる。   |      |                   |
| 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                                 | 利用者に成年後見制度を利用されている方がいらっしゃる、学びつつ協力させて頂いている。利用者が利用が必要と思われる介護者にはお話しし、利用にむけて手続きを始められた例がある。   |      |                   |
| 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  | 契約にあたっては重要事項と契約書の項目を一つずつ説明しながら疑問や不安がないか確認し、理解して頂いて契約を行っている。また解約の際も、今後の見通しへの不安の解消を図っている。  |      |                   |
| 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並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ヶ月に1回の家族面談や面会時、また電話等の機会を通じて、要望や意見、疑問等を具体的に聞き取らせていただくようにしている。また家族会では家族のみで話し合える時間をとり、職員同席では出しにくい意見も出せるよう図っている。家族会で要望されたことの実現については次回報告している。  |      |                   |

| 自己評価                 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                      | 月1回のリーダー会議、ユニットごとのスタッフ会議でまとまった時間をとり意見や提案を聞く機会を設けて運営に反映させ、業務改善につなげている。また毎日の朝礼やミーティングでも決定できることは行い、迅速な改善を図っている。委員会を設け、より具体的に運営に参加できるように図っている。   |      |                   |
| 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      | 個々の意見や身体面、精神面を考慮して勤務を調整している。どんな力を身につけていけば給与水準が上がるのかがわかりやすいよう、リフレクションシートを用い各自の到達状況を確認することを積み上げていくキャリアパスの仕組みを取り入れた。  |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<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          | 法人内や市内のGH・小規模多機能連絡会で、自主的な研修の場が数多く設けられているので、周知し参加を図っている。また法人では年間計画をもとに個人の必修の研修も設けており、必ず参加できるようにしている。外部研修も個人の状況にあったものに参加できるように図っている。学んだことを事業所に持ち帰り他の職員に伝え共有に努めている。                       |      |                   |
| 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つくり、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組みをしている | 市内のGH・小規模多機能連絡会を通じ交流する機会を得られており、協力してGHならではの情報の交流や研修を行えている。同連絡会のカフェ活動の運営に各GHからスタッフ代表が参加し交流の場を作っている。今年度もGH連絡会主催の「RUN伴」という取り組みがあり全事業所をたすきでつなぎ交流を予定している。運営の改善やサービスの質の向上のためにも今後も連携を強めていきたい。 |      |                   |
| 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<br>サービスの利用を開始する段階で、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        | 判定前の面接、入居決定後の面接において本人の思いや訴えを汲み取るよう、丁寧な聞き取りに努めている。本人の意向をその後の生活に反映しやすいように、入居決定後の面接は入居後のケース担当が同席して行い、本人の安心とスムーズな利用の開始につながるよう図っている。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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     | 入居前のご自宅でのアセスメントの際、本人とは別室または別の機会を設けてご意向や不安等を「課題分析表」を用い伺っている。また入居後の生活に対する要望、今後ご家族が関わりたいと思っていることを前もって具体的に伺い実現を図っている。  |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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 | グループホームの利用が最も適切であるかの判断を慎重に行うために、本人とご家族の実情を居室のケアマネージャーやサービス事業所からも聞き取ったうえで見極めている。また今グループホームに入居が必要としても今後在宅に戻れる方向もあきらめないでやってみようという合意に至ることもある。                        |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                    | 入居者の行える事を見極め、できないことに対し支援し、できることについては本人の力を発揮できるよう見守り支えるように配慮している。洗濯、掃除、調理、買い物、納品、園芸等まつわる家事を、それぞれの方のお気持ちにそって、自分の役割として、またお誘いやお願いをしたりしていっしょにやっている。                   |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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     | 本人に対しご家族がしてやりたいと思われることを面談や面会等を通じて理解し、その実現を支援している。体調の悪いとき、怪我をした等の時は軽くても極力連絡をとり一緒に支えて頂いている。不調の際の受診も可能な限りご家族にお願いしている。体調以外にも日ごろの様子を極力お伝えし常に本人の生活の全体像を把握して頂けるよう図っている。 |      |                   |
| 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                 | アセスメントや昔の写真、お話から知り得た情報をもとに何回も思い出して話して頂くよう努めている。地元の盆踊りや祭りに付き添って参加したり、ご家族の法要への送りや等、馴染みだった方々やご家族との出会い、別れが気持ちのいいものとなるよう様々な配慮をしている。                                   |      |                   |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                              |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                 | 入居者同士が支えあったり、時にはぶつかることもあるが、その経緯や対応を常に全職員が共有しているように努めている。スタッフ会議やミーティングで方針を共有しながら、利用者同士の橋渡しや傾聴、見守り、座席の配慮など工夫しながら支援している。                        |      |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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 | 長期入院による退所者はいらっしゃらなかったが、H30年11月から4名の方を看取らせて頂いた。退去後も事業所のイベントや行事等にもお誘いしている。またH29年度はご入居されていた方のご家族が法人内の他事業所で入職されるケースもみられた。                        |      |                   |
| 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<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。                        | 事前にアセスメントを行い、本人の過ごしやすい環境となるよう工夫している。入居後は本人の言動に留意し一番良い方法を考えるとともにその都度本人の意向を確認して取り入れている。本人の意向がはっきりしない場合は職員間で話し合っって統一したり、ご家族の意見をお聞きするなどして検討している。 |      |                   |
| 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                     | ご家族、入居者から事前にアセスメントした情報や他の事業所での様子、在宅時のケアマネージャーからの情報等から本人の生活歴を記入した用紙（センター方式、課題分析表）を作成し、共有に努めている。入所後家族面談や面会から得られた情報も用紙に蓄積させ会議の場で共有している。         |      |                   |
| 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                                   | ご入居者の担当職員と計画作成担当者により、定期的または状態の変化が見られた際にアセスメントを行い、個々の入居者のできること、できないことを見極め援助がどのくらい必要なのか職員間で共有している。一日の生活リズムを把握することで、小さい変化も見逃さないように情報の共有をしている。   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 個々の入居者の担当職員のモニタリングを基に計画作成担当者が原案を作成し、ケース会議で話し合い、計画作成担当者が完成させる体制になっている。個々の目標等を印刷してある介護記録用紙等を使って、その日取り組めたかどうか、具体的にどんな様子だったかを日々記録しつつ取り組んでいる。家族面談時モニタリングの報告をしている。   |      |                   |
| 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                        | 介護日誌、目標介護日誌、介護記録システムを活用したり、朝礼、申し送り、ミーティングを行い、情報の共有をしている。その上に立って月1回のケース会議でケアの改善や介護計画の見直し・作成を行い、それをもとに実践を行うようにしている。  |      |                   |
| 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、その時々にも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             | その方の状態変化をふまえて持っている力を最大限引き出せるように努めている。隣接する、デイサービスで書道教室で書道を教える場を作ってもらい、感謝しあう関係になっている。また信仰の場面でも本部に行き法要される方についても送迎などのサービスを提供している。  |      |                   |
| 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                         | スタッフといっしょにスーパーやコンビニの利用、ポストへの投函等を行っている。散歩、花見、お祭り、盆踊りなど地域資源と関わることは利用者の深い喜びとなっている。住所を移されているご入居者に関しては自治会や公民館でのイベントに参加している。   |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                    | 当初それまでのかかりつけ医の継続を支援していたが、通院の困難、定期受診以外の不調の受診や療養時の医療機関との連携の難しさから、徐々に訪問診療への切り替えが増えていっている。訪問診療への同席やGHを仲立ちとした連携から症状が軽いうちに対処ができ、根治するのが難しい病気等について、また看取りまで見通して生活の質を重視した治療と生活について納得のいく方針を共有していけることで喜ばれている。病状が悪化した際は、連携の訪問看護事業所から医師の特別指示書に基づく日頃の様子をよく知る訪問看護師の派遣を受けることが出来る。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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                      | 週一回訪問看護師が来所している。事前に全員に対し個別に状態や変化をFAXで報告して、その後の変化は口頭で行っている。定期訪問以外にも、心配な症状やケガ等に対し、アドバイスや指示を受け適切に医療につなげるよう図っている。また生活の中で健康面において気になることがあった時なども適切な指示を得ている。                  |      |                   |
| 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、また、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。又は、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。 | 入院時には病院のソーシャルワーカーへ在宅サマリーを送り日常生活の状況を伝えている。また面会で、情報を得たりどのような回復程度なら戻れるか等を具体的に医師やソーシャルワーカーと相談している。退院時にはカンファレンスを行い退院後の生活の注意点などを教えて頂いている。訪問診療医には途中経過をお伝えし退院後のスムーズな連携に努めている。 |      |                   |
| 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 | 契約時に重度化と終末期に対する対応については説明し理解は頂いている。実際に直面した場合には家族と医療関係者とカンファレンスを持ち支援の方向を具体的に検討していく。状態が大きく変化する時点では、医師とご家族が直接話せる機会を設け、方針が共有できるよう努めている。                                    |      |                   |
| 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   | 急変時と事故の際のマニュアルを持っている。普通救命講習は個々に受けているが、今後全員が受けるようにしていく。急変時と事故発生時に、適切に医療関係者や救急と連携がとれるよう指導している。  |      |                   |
| 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   | 年2回以上の避難訓練を実施し、昼夜両方の基本的な動き方は理解している。レスキューキャリアマットを使用して階段を滑り下ろす避難方法を取り入れている。水害時の対応も行っている。今年度は11月と2月に避難訓練を予定している。   |      |                   |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|--------------------------|------|---|---|------|-------------------|
|                          |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 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   | ○一人ひとりの人格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                 | 親しい中でも、目上の方のケアをしていると認識し、言葉遣いや態度には注意している。馴れ合いにならないで、個人の人格を尊重していけるよう心掛けている。プライバシーを尊重し、スタッフ間の申し送りもご入居者に聞こえないように配慮している。またご入居者に声を掛ける時は、近くまで行き声を掛けるようにしている。 |      |                   |
| 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                      | 密にコミュニケーションをとり、外出の希望やレクレーションの希望、衣類の調節、水分の摂取など自己決定していただく場面を増やすよう努めている。困った様子や何か言いたそうな時にはその時間き取るように努めている。また表情やしぐさから読み取って対応す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し、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 | 朝食のタイミング、就寝のタイミング、部屋で過ごすかホールで過ごすか、レクに参加するか、外出するか等、希望にそって支援するようにしている。ある程度の枠は決めているが業務優先ではない職場風土をつくらうと努めている。   |      |                   |
| 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                                   | 更衣の際、選択肢をもうけ何を着たいか選んで頂くようにしている。毎朝の整髪、洗面の際、鏡を見ながら目ヤニがないか等も含め行えるよう支援している。普段あまり着用していない衣類の時は気付いて声を掛けている。衣類が汚れた際はすぐに更衣するようにしている。                           |      |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている      | 調理に取り掛かるのが見えたり、時に手伝いや味見をして頂きながら楽しみなムードをつくるようにしている。献立を決定したり、食材の注文をする時にはご入居者の意見を取り入れるようにしている。テーブル拭きや食器拭き等はその人の力を活かしながら一緒に取り組んでいる。                       |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                 | 栄養バランスを考え献立を決めている。量は介護日誌や介護記録システムに記録し、全体量を把握に努めている。食事時間に十分な量を摂れなかった場合は好きな物の提供や間食を摂って頂いたり、また運動量に応じて水分や食事の量を加減したり、歯の状態等に合わせて食事形態を変更するなどの支援をしている。   |      |                   |
| 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、口腔ケアを実施して口腔内の状態把握に努めている。希望者には訪問歯科での口腔ケアの実施などを状況に応じて連携して行っている。  |      |                   |
| 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向けた支援を行っている          | 声だけの排泄の訴えだけではなく、小さい動きも見逃さずキャッチしトイレ誘導を行う。誘導している方へは排泄パターンを把握しトイレでの自然排泄を促している。夜間の不必要な排泄介助は回数を減らし、睡眠を確保している。その方に合った適切な尿とりパッドを使用している。                 |      |                   |
| 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                          | 便秘がちの方には乳製品やバナナ、寒天等を召し上がって頂くなど排便を促している。日中の活動量を増やしたり、腹圧を掛けたり、腹部のマッサージ、肛門の刺激等取り組んでいる。また、必要に応じて医療関係者と相談をして下剤等を服用して頂いている。                            |      |                   |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | その日の入浴者を割り振ってはいるが、その日の体調や気分、日や時間を随時入れ替えて対応している。また、汚れの顕著なときは入浴を行っている。同性介助の希望があれば対応している。また必要に応じて二人介助を取り入れ、安心して入浴が楽しめるように音楽を流したり入浴剤で温泉気分を味わって頂いている。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 大まかな就寝時間はあるが、自室で自分のタイミングで休まれる時間を決めて休まれる方もいる。ソファで過ごすうちに眠気が見られた方に声を掛け就寝介助を行う時もある。就寝されたが眠れずに起きて来られリビングで過ごす方もいらっしゃる。個々の睡眠リズムに合わせて就寝して頂いている。夜間は定期巡回を行い安眠できるように支援している。 |      |                   |
| 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   | 「服薬内容表」、「薬のはたらき表」を作成している。薬の変更があった際はその後の様子の変化を記録している。誤薬がないように呼名確認、いつ服用する薬なのかを声に出している。飲み込んだかも確認している。必要な方には医師に連絡をとり粉砕して服用している。                                      |      |                   |
| 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                              | 食事盛り付けや、ボランティアさんのレク等に参加している。洗濯物干しやたたむこと、新聞を取りに行ったりしている。また食器拭き等の役割にハリをもって果たして下さっている利用者もいられる。書道を活かした交流や園芸、買い物、毎月の法要に行くなどの支援を行っている。                                 |      |                   |
| 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。また、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 | 週に1回以上は散歩されたり、地域の行事に参加、買い物、ドライブ、近所の公園等に外出支援を行っている。散歩中に地域住民の方にご挨拶したり馴染みの関係も築けている。   |      |                   |
| 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                              | 実際にお金を使う場面はほとんどないが、必要になった時のために財布を所持していただける方もいる。ご自分のお財布で嗜好品を購入される方もいる。お金を所持していないことで不安を訴えられる方について、一律に所持していただくということではなく、ご家族と検討し、所持している事での混乱も考え合わせて対応している。           |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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   | ご家族への電話の希望があれば、通常の時間帯であれば対応している。携帯電話を持参されている方もいらっしゃるので通話中はプライバシーに配慮し、和室等で座ってかけていただいている。殆どいらっしゃらないが葉書を出したいと希望される場合は、住所等の記入、ポストまでの同行を行っている。                |      |                   |
| 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 | 玄関には常に季節の花を活けており共用のホールと和室にソファや加湿器、空気清浄機等を設置している。また日付が分かるように大きいカレンダーを設置したり、環境整備をしている。季節に合った手作りの掲示物、季節の鉢植えを置いたり、生花を置いたりしている。またホワイトボードを設置し本日の予定が分かるようにしている。 |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<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  | のびのびと声を出して歌うことが好きな方とTVを集中してご覧になりたい方がそれぞれ楽しめるようなソファやテーブルの配置を工夫した。食事中の音や声が入居者同士のストレスや興奮のきっかけになったりしやすいので、穏やかな雰囲気過ごせるように配慮をしている。                             |      |                   |
| 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  | 居室には洗面台、クローゼット、エアコンが設置され居室で過ごされる際には室温を快適に調整している。馴染みの衣類の入ったタンス、仏壇、ベッド、自分の椅子や自分の部屋の家具を使うことでホッと安心していただけるようである。  |      |                   |
| 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」や「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  | 居室の扉がどれも同じで居室を間違えることもあり居室の扉に名前を書いた用紙を貼っている。トイレに手すりを増設し、便器のところまで伝い歩が可能になり、安全性が増した。  |      |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

潤生園  
よりあいどころ田島 2階

作成日

令和1年11月27日

〔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    | 21   | 新規のご入居者が増え、今まで生活されていたご入居者やご家族も環境の変化に戸惑いや不安を感じている。 | ご入居者やご家族同士が良好な関係を築くことが出来るとともに個々に合った生活を送ることが出来る。 | 個々の意向を知り、気分転換やご家族を巻き込んだイベントを実施することで関係構築の機会を作るとともに、不安等に寄り添った支援を行う。 | 1年         |
| 2    | 44   | ご入居者の状態変化に伴い排便のコントロールが難しくなっている。                   | 医療関係者とは連携を図りつつも、薬に頼りすぎることなく排便コントロールが出来るようになる。   | 便秘解消に効果的な食べ物を意識的に提供していくとともに、腹部のマッサージや軽い運動の実施して排便を促していく。           | 1年         |
|      |      |   |   |   |            |
|      |      |   |   |   |            |
|      |      |   |   |   |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。