

### 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	2590500035		
法人名	社会福祉法人 日野友愛会		
事業所名	沖野原グループホーム		
所在地	滋賀県東近江市沖野3丁目10番18号		
自己評価作成日	令和2年1月10日	評価結果市町村受理日	令和2年3月19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433 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	令和2年2月18日(火)		

#### 【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)】

ご利用者(認知症)の「今までの生活と変わらず自分なりの時間を過したい」という思いのもと重視し、気軽にご家族やお孫さんが遊びに来られる家庭的な雰囲気を目指しています。  
 ユニットごとにキッチンやリビングを完備し、おやつ作りや食事の準備などを行い、「自分の居場所」「自分のできること」「自分のしたいこと」をサポートし、ケアします。  
 また、創作活動をはじめ、野外活動やおやつ作りなど、機能回復訓練を踏まえたサービスを提供します。一人ひとりの意思や人格を尊重し、利用者さまのペースに合わせ、身体的および精神的な機能の回復を図り、可能な限り自立して生活しうる能力を取り戻すことと同時に、今ある残存機能の維持を目標としています。

#### 【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)】

開設して13年経過し、特養、デイサービス、ショートステイ、小規模多機能居宅介護施設も併設され相互に連携して、地域に根付く事業所となっている。市委託の認知症見守りネットワーク事業を担い、徘徊発生時の緊急事対応の窓口にもなっている。月3回「喫茶の日」を設定して利用者や家族に歓談する場所を提供したり、近隣住民も参加できる「整体ケア」を毎週2回地域交流の手段として取り入れ喜ばれている。月数回大正琴、カラオケ、手品などのボランティア団体の慰問もあり利用者の楽しみとなっている。家族への毎月の手紙便りを1月からは、カラー写真で利用者の様子を伝える内容に変更し家族から喜ばれている。

### 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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

# 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	一人ひとりの利用者らしさを追求し、地域に根付くことを中心とした理念を所内掲示し、日々のケアで直面する課題を理念に照らして職員同士で話し合う習慣を心掛けている。家族には入居時に理念記載のパンフレットを配布している。	理念として、心通い合う、愛情あふれる、夢ある暮らしを掲げ、グループホームとしてのケア方針を会議の場で施設長、管理者も入り職員間で利用者の種々の課題を検討し改善につなげている。	
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	自治会に加入し、夏祭りなど事業所行事に住民の参加や運営推進会議出席で地域との関わりを深めている。地元有志のボランティア活動で編成された「友愛見守りネットワーク会議」が見守りネットワーク事業を担うなど地域との関係作りに功を奏している。	市受託事業として認知症高齢者見守りネットワーク事業を行い地域住民と連携するため「友愛見守りネットワーク会議」を、年1回開催している。喫茶の日、整体ケアの日を設定して地域との関係づくりを行っている。	
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	認知症高齢者見守りネットワーク事業として地域の方に介護や認知症についての勉強会を開催したり、近隣の小学生(4年生)に施設の体験をしてもらっている。		
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	利用者の状況報告の他、事業所運営に関するテーマを検討している。外部評価内容も報告している。内容はグループホーム会議で報告し、夜間勤務者には交代時に会議出席職員が伝え周知徹底を図っている。	運営推進会議は、小規模多機能型居宅介護事業所と合同で年6回偶数月に開催している。各施設の活動報告、行事予定、課題検討をおこなっているが、議事録の記載内容は不十分である。	議事録に参加者の自治会名、行政部署名を記載するとともに会議で検討した内容を明記することを期待したい。
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取り組んでいる	長寿福祉課より当面課題や介護保険改訂内容等制度運営上の助言を受けている。市依頼の認知症高齢者ネットワーク事業として地域住民対象の研修会主催を受け入れるなど市との協力関係構築に努めている。	市の長寿福祉課と事業所の課題や制度運用等の相談を行っている。認知症高齢者ネットワーク事業として運営推進会議委員からの要望により認知症出前講座を行っている。	
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	日中に、職員が把握せずにグループホームの利用者が外部に出た際の歯止めとして、他部署の事務所に顔写真と特徴を記したリストの掲示及び連絡協力を依頼する。ただ玄関のみは過去の事案対応で施錠している。	事業所として法人の身体拘束リスク委員会に参加するとともに、法人主催の「身体を拘束しないケア」の講習を受講している。グループホーム玄関の開錠は、利用者の安全面から行われていない。	玄関は、外側からは自由に入ることが出来るが、内側からは施錠により出られない。玄関チャイムの設置、事務所からの見守り等の改善を期待したい。
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のないよう注意を払い、防止に努めている	研修会等で周知徹底し、常に虐待の防止に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	問題が発生した場合はマニュアル化したものを掲示しており何かあった場合はその流れに沿って対応することとなっている。		
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	入居時に契約内容を説明しており、入居後も常に家族等からの質問に応じ、説明している。		
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	家族会や事業所行事参加時、ケアプラン更新時等に家族の意見や要望を聴取している。家族から汲み取った意見はグループホーム会議で取り上げ運営改善につなげている。家族会は意見の出易い雰囲気づくりを心掛けている。	家族会は、年2回開催し、家族からの要望でバス旅行やバーベキュー大会を実施し利用者から喜ばれている。ケアプラン更新時に家族の意見・要望を聴取している。	
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	日々のケアの中で意見交換をしながら、課題について月例開催のグループホーム会議で取り上げ検討している。施設長が議題に他のグループホーム事例を取り上げ、それに職員の声を反映させて運営に活かしている。夜間勤務者には交替時に会議出席者が内容を伝えている。	職員と管理者との意見交換は、月1回開催のグループホーム会議の場等を活用している。利用者の状況に合わせた職員の勤務時間帯の調整について管理者に申し出て改善している。	
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	希望休を取得できるようシフトを組んだり、日頃より施設長等法人幹部が現場職員の意見を聴取したりしている。施設長等法人幹部は現場職員の意見や希望を把握した上で、その意見等に応じた環境作りに努めている。		
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	職員が研修に参加できるよう努めており、また、研修参加者が研修報告をしたり、研修委員による施設内研修を年4回行なっている。また地域の方に向けての勉強会等を行うことにより職員のスキルアップに努めている。		
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	東近江事業者協議会のGH部会や東近江市主催のGH研修会に参加している。また、日頃より他のGHに連絡を取り合うなどの交流をしている。		

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
<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	入居前にGHケアマネージャーが、家族や居宅ケアマネージャー等からも状況を聴取し、本人との面談の上で、入居を判断している。		
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	入居前にGHケアマネージャーが、家族や居宅ケアマネージャー等からも状況を聴取し、本人との面談の上で、入居を判断している。		
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	相談を受けた際は、ケアマネージャーを中心としてそれに応じ、状況を見極め、「その時」に応じたアドバイスを行なっている。		
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	人生の先輩としての意見やアドバイスを聞いて、それに基づいて作業を行なうなど、職員が入居者にいろんな事を教えてもらう立場として接している。おせち造り等自宅で作られていた物や作り方など聞きながら一緒に調理している。		
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	行事への参加や運営への参考意見の提示などを家族が気軽に出来るよう配慮している。家族会やカンファレンスにて参考意見の提示などを家族が気軽に出来るよう配慮している。		
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	家族からの聞き取りやフェイスシートで利用者の入居前の生活歴や馴染みの関係を掴み職員で共有している。地元商店での買物など利用者個々の希望を入れて出向く機会を作り関係継続を支えている。事業所行事で家族の来所頻度が更に高まるよう努めている。	フェースシートで入居前の利用者の生活状況を掴み、職員は共有し支援に活かしている。事業所の催し物として夏祭り、餅つき大会には家族、友人に来て貰うよう働きかけている。併設施設に来る友人との交流も出来るように配慮している。	
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	出来る人が出来る事をして出来ない人を支える等、全入居者がそれぞれ関わりを持ちながら生活できるよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	退居後でも家族からの相談に応じたり、退居先施設の職員とその入居者についての相談を行なったりしている。		
<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 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	業務記録や日々のケアの中から変化する利用者の思いや希望を把握するよう努めている。意向表出が困難な利用者には表情や仕草から汲み取り、家族からの聞き取りと合わせてケアに活かしている。把握内容は会議で共有している。	利用者の思いや意向は、フェースシートや家族からの聞き取りで把握するとともに、日常の会話や表情を業務日誌に記録して職員間で共有している。	
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	入居前はもちろんのこと、入居後も常に本人や家族から、本人の過去の暮らしぶり等の情報収集に努め、情報収集したことは記録にて残し生活に反映できるように努めている。		
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	ケース記録や職員同士の申し送り等の中で、総合的に入居者本人の現状把握が出来るよう努めている。出勤時にはケース記録や申し送りノートに目をとおり業務に入っている。		
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	介護計画は利用者、家族を中心に職員等関係者と話し合い、ケアマネジャーが作成し家族の承認を得ている。状況変化があればその都度計画に修正を加え、変化がなくても3か月毎に見直しを行い、家族に説明し承認を得ている。	日々の介護記録、日誌を参考にしてケアマネジャーが毎月モニタリングカンファレンスを行い3ヶ月ごとに家族参加のカンファレンスを行いケアプランを作成している。家族に説明の上計画承諾書に確認印を得ている。	
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	ケース記録や各記録用紙、職員申し送りノートの中で気づきや状態を、今後の方針を記録し、勤務者はその記録を就業前に確認する事を義務付けている。また常に職員間で入居者についての協議を行っており、月1回のGH全職員の出席するミーティングを行っている。		
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	希望に応じた外出や行事、レクリエーションの実施、受診の支援、他サービス利用者との交流などを行なっている。		

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
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	沖野サロンにて地域の方との交流や、また近隣幼稚園との交流、施設を利用した消防署による火災訓練・救命講習の実施などを行なっている。		
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	本人、家族の意向で1名心臓病の方が家族付き添いでかかりつけ医での受診をしている。その際毎日のバイタルチェック表を家族に渡している。受診結果は都度家族から介護職員が聞き取り連絡ノートで看護師に伝え介護に活かしている。家族が付き添えない場合は職員が同伴している。	ペースメーカー装着の利用者1名はかかりつけ医を受診している。他の8名は、事業所の協力医を第2、第4火曜日に受診している。受診結果については家族にはその都度報告し共有している。	
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	併設のSS、DSIに看護師が配置されており、常にGHの入居者のことについても対応してもらっている。		
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。	入院時は医療機関に情報を提供し、医師、看護師、NSW等の医療スタッフ、家族等と協議を図り、退院後の受け入れ体制を整え、早期に退院出来るよう支援している。		
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	終末期に向けた方針は「ターミナルケア及び看取りに関する考え方」を重要事項説明書の別紙として文章化し、家族に説明・確認印を得ている。状況変化の際は「緊急時対応マニュアル」に沿い医師、看護師が家族にも説明し対応している。	重度化や終末期に向けた事業所方針について、「ターミナルケア及び見取りに関する考え方」を入居時に重要事項説明書別紙として利用者及び家族に説明し署名捺印を得ている。事業所において見取り介護実績はない。	
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	運営推進会議にて救命士による救命講習を施設で開催した。また急変時の対応のマニュアルもCW室に掲示しており各居室には入居者のフェースシートを作成している。		
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	近隣住民の参加も得られ、地震の際に家屋の倒壊を想定し重量物の持ち上げ訓練を実施する。年2回の訓練実施企画を試みるも、消防署立ち合いおよび指導のもとでの避難訓練は1回実施(5/22)のみとなる。	本年度は、5月に消防署立会いの下、屋間の火災訓練を実施し、避難状況について指導を受けている。なお、今回は本年度末までに事業所全体で、夜間訓練を想定した火災訓練を実施することとしている。	

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
<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	外部研修を受講した人権担当者が年1回全職員にプライバシー保護の伝達研修を実施している。毎月1回はプライバシーを損ねない声掛けについての話し合いを行い、利用者の人格を傷つけない配慮を心掛けている。	外部研修以外にも沖野原全事業所内で人権委員会を毎月開催し、その内容を全職員に伝達している。目上の人だという意識を持って接しているが、不適切な言動があればその都度管理者が注意している。	
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	何をやるにおいても、わかりやすく説明するよう努めており、本人に意思を確認し、納得の上で出来るよう配慮している。また月1回の沖野原喫茶ではメニューを見ながら自分の好みの飲み物とおやつを選択している。		
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	入浴や作業、行事等について、出来る限り入居者個人の意向やペースが反映されるように配慮している。		
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	季節や好みに合った衣類を着てもらえるよう配慮している。理容は外部より理容師に訪問してもらっている。化粧の方もされ夏祭りに参加されたり利用者との関わりの時間としてネイルもしている。また化粧をずっとされてきた人には職員介助にて鏡の前にて毎日化粧をしている。		
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	出来る利用者は調理・配膳・片付けを手伝い、食事は職員と利用者が一緒に楽しんでいる。重度の利用者には主食をおかゆにしたり、惣菜を細かくして対応し、医師の指示で糖分や量も加減している。誕生日や行事の際は利用者の好みの鍋・焼きそば等で食事を楽しむ工夫をしている。	食材は外部業者から調達しているが、家庭菜園で収穫した野菜入りメニューも堪能している。利用者から食べたいメニューを聞き出し、たこ焼き、ちらし寿司などを食する日を設定している。また月1, 2回の外食を利用者は楽しみにしている。	
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	食事チェック表を記録し摂取状況を把握、そのデータや好みなどを配慮して、低栄養や脱水等の予防に努めている。また1日の水分量のトータルも記入し把握に努めている。水分量の少ない場合は本人の好みの物を提供している。		
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	食事前、おやつ前には必ず手洗いとうがいを行い食後は口腔清潔時間を設け、入居者に声掛けしたり口腔ケアを実施している。また、昼食前には口腔体操を行なっている。		

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	常時利用者の排泄チェック表に記録し、排泄パターンを把握した適切なトイレ誘導で5～7名の利用者が布パンツで過ごしている。夜間はセンサーマットやナースコールで職員が感知し、居室設置のトイレへ誘導している。	声かけしてトイレ誘導しているが、失敗が多いため布パンツ着用をリハビリパンツ着用に变更している。現在は利用者全員がリハビリパンツを使用している。外部講師を招いて排泄介助の研修を行っている。	現行の日単位の排泄チェック表を、利用者単位に変更して正確な排泄パターンを把握し、適切な声かけを望みたい。
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	適度な体操や乳製品等の摂取で便秘予防に努めており、排泄チェック表等で排便状況を確認している。便秘が続く場合は施設看護師とも協議して対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	浴室の床は滑りにくい材質を用い、また体に障がいを持つ利用者には隣接する特養のリフト浴を利用し安全面での工夫をしている。時にはゆず風呂等で楽しんでいる。入浴を嫌がる利用者には職員が根気よく説得して入浴を薦め、入浴しない利用者は居らず全員入浴となっている。	入浴回数は、基本週2回の午前中としているが、希望によって柔軟に対応している。利用者全員一般浴にて一人介助で行い、希望者には同性介助になるよう配慮している。入浴しない日には、状態により足浴や部分浴も行っている。	
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	居室の家具等は出来る限り本人の好みにあったものをそろえてもらえるよう、家族に準備してもらっている。シーツ等については週一回以上交換している。また血流が悪く足の冷え等のある方には湯たんぽを使用したり、日中足浴を行い安眠につなげている。		
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	職員全員が入居者の服用剤について、その用量や用法を把握しており、夜勤者が1日の服用薬をセットし、服用時も誤薬が無いようチェックしている。		
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	家族等から生活歴やその他の情報を収集し、また、普段の様子も判断して、入居者一人ひとりが役割や楽しみを持って生活できるよう支援している。また誕生日にはその人の好みのものを担当者が提供したり外食を計画し、実行している。		
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	好天時には1時間程度、職員が付き添い近隣を散歩するのが習慣となっている。家族やボランティアの協力で希望者全員で近郊への小旅行をし、家族と1泊旅行をする利用者もいる。重度化利用者には車椅子で庭に出て、五感を刺激する等工夫をしている。	買物や図書館など近隣の外出の希望を受けて送迎車を使い、積極的に対応している。利用者から希望を聞きだし博物館やミュージアムの小旅行を実施している。四季折々の花の見学、永源寺ドライブなど外出支援に力をいれている。	



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
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	買い物の時に一人ひとりがお金を持つ事が出来るよう専用の袋を用意したり、欲しい物を自由に買うことができるよう配慮している。		
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	敬老の日には家族宛の手紙の支援や、希望に応じた本人からの家族に対しての電話連絡を支援したりしている。		
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	木造の建物内に土壁で落ち着いた雰囲気を出している。居間の畳敷きスペースには雛飾り、五月人形を飾り、周囲の壁には利用者・職員の共同あるいは単独の作品を飾っている。居間を中心に調理場・風呂・トイレを配置し安全で使い勝手の良い空間となっている。	食堂兼居間はゆったりとした広さである。梁をめぐらした吹き抜けの天井に窓をつけ自然光を取り入れている。廊下も広く壁の腰張りを手すり代わりにしている。居間、廊下の壁に利用者の写真と書や切り絵などの作品を飾り生活感を出している。	腰張りの位置も高く咄嗟の時も支えとしては不安定である。安心して歩行できるように手すりの設置を望みたい。
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	食堂のテーブルや居間(和室)の畳の上やソファ等で入居者が自由に過ごしている。仲の良い入居者同士が居室にて一緒に過ごされている時もある。		
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	居室は、冷暖房、トイレ、洗面所を完備し整理整頓が行き届いている。清掃や衣類の整頓を必要とする利用者には職員や家族が支援している。各々家族写真や絵・人形等を飾り居心地の良い居室づくりを工夫している。	居室はトイレ、洗面台付きの洋間で、家族が泊まる事も出来る。大きな掃き出し窓からは自由に中庭に出られる。職員が利用者と一緒に毎日掃除をしたり、週1回のシーツ交換で気持ちよく過ごせている。	
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	廊下等には手すりの代用となる腰張りがあり、段差やお風呂場には手すりなど支えとなるものを配している。		

## 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	4	運営推進会議の議事録において、参加者の市職員、自治会役員、民生委員、行政部名と人数のみの記載である。 各施設の活動報告、行事予定、課題検討の記載内容が不十分である。	議事録に参加者の自治会、行政部署名を記載するとともに会議で検討した内容を明記する。	議事録について、参加者の個人名も正確に記載し、運営課題、地域活動等の会議における検討・報告・意見交換の内容を明確に表現する。	次回開催(2/19)より適応
2	43	声掛けによりトイレ誘導を行なっているが失敗が多い為、日中でも利用者全員がリハビリパンツを着用している。	リハビリパンツ着用の利用者を、一人でも多く布パンツ着用へと移行させる。	現行の日単位の排泄チェック表を利用者単位のチェック表へと変更し、より緻密で正確な排泄パターンを把握することにより、細目にトイレ誘導を行ない失禁の頻度を下げていく。	6ヶ月 (チェック表の改定は実施済み)
3	6	玄関は、外側からは自由に入ることが出来るが、内側からは施錠により出られない。	デイサービスおよびショートステイ等の他部署との連携を強化し、原則日中は施錠を解放とする。	見守りの強化は基より、利用者が単独で玄関付近を通過した際にはセンサーが感知しアラームによりスタッフが把握できるシステムを検討する。	6ヶ月
4	52	廊下について、幅が広く壁の腰張りを手摺り代わりにしているが、位置が高く咄嗟の時に支えとしては不安定である。	歩行不安定な利用者でも、廊下を安心して歩行出来るよう手摺りを設置する。	特別養護老人ホームの通路を参照し、手摺り設置を稟議する。	12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。