

### 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	1671800306		
法人名	有限会社セルフケアサポート		
事業所名	グループホーム婦中の家		
所在地	富山県富山市婦中町添島字正仙547-4		
自己評価作成日	令和2年4月3日	評価結果市町村受理日	令和2年7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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=1671800306-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=1671800306-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
調査日	令和2年6月1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)】

一人ひとりの個別性に合わせたケアが出来るように、職員間で情報を共有し、連携して対応できるよう努めている。チームワークを大事にしながら、利用者との時間を大切にしている。また、医療面と連携しながら、健康管理をおこない、状態によって看取りにも対応している。

#### 【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)】

- ・毎年、理念の具現化に向け、当年に職員が臨むべき姿勢を事業所年度目標として示し、年度末の定例会議ではその評価と総括をし、改めて現状に即したあり方を見直し、次年度目標を職員総意で創り臨んでいる。
- ・複数の事業所がある法人グループであり、各事業所職員で構成する委員会活動にて、研修や行事計画、身体拘束をしないケア、満足度調査、災害訓練等々、安心・安全に向けた取り組みが組織的に行われている。
- ・これまでの看取り事例を踏まえ、終末期は家族面会の時間制限をなくし、関係者への24時間オンコール体制や家族・職員への連絡手順等を明確化しており、毎年ターミナル研修も実施し改めて理解を深める機会を設けている。
- ・利用者の自尊心やプライバシーを守るため、虐待の芽チェックシートの活用や隔月毎に勉強会を実施し、年間研修計画にも認知症、虐待・権利擁護、プライバシー保護等を組み込み、職員が自らを省みる機会を設けている。
- ・日々の暮らしに役割を持つ利用者も多く、役に立ちたいという気持ちには「ありがとう」の言葉で寄り添っている。

#### 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ます (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 (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々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
<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	グループの基本理念、介護方針、職場環境規範を施設内に掲示し、意識付けをおこなっている。年度毎に事業所目標を設定し、取り組んでいる。	「安心・自分らしく・心身の力を活かす環境づくり(理念・方針要約)」の具現化に向け、毎年、職員が臨むべき姿勢を、業務と職場環境の事業所年度目標として示している。また、年度末には定例会議でその評価と総括をするとともに、改めて現状に即したあり方を見直し、次年度目標を職員総意で創り臨んでいる。	
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	春季祭礼の際は、施設にて獅子舞を披露してもらっている。また、夏には地域の児童が施設に集まりラジオ体操を一緒におこなっている。暮らしを考える会(運営推進会議)では、地域の民生委員にも参加を呼びかけ、地域の情報を収集し、施設での取り組みを発信している。	毎年、集落の一員として万雑費を払うなど、地域との関わりを大事にしている。青年会主催の春祭りでは、玄関前で利用者に獅子舞を披露して頂いたり、児童クラブ主催のラジオ体操には、駐車場を提供したり、子供達の中に利用者や職員も共に加わり、利用者が出席カードにスタンプを押すなどの交流をしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議において、ホームでの日頃の生活の様子を交えながら、認知症ケアの実践について報告している。また機関紙を作成し、地域に発信している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	利用者、ご家族、地域の民生委員、地域包括の職員に参加してもらい、施設での取り組みの紹介や議題についてのご意見やご要望をお聴きしている。その内容を施設運営に取り入れ、サービスの向上に努めている。運営推進会議で出た意見や感想は、定例ミーティングにて職員に伝えている。	会議は偶数月毎に開催しており、民生委員、地域包括支援センターの職員が参加し、利用者家族からも約半数の参加がある。入退去・活動状況等の実状報告に加え、職員の満足度、経営状況の開示、認知症への取り組み、看取り体制など、毎回テーマを変えながらホームの取り組みと利用者の暮らしを共に考える場となり、議事録もホームページで公開している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	介護相談員の受け入れを実施しており、施設の様子を見てもらい、時にはご意見やご感想を頂いている。	行政担当課には、ホームの現状や実情について運営推進会議の場で地域包括支援センターの職員を通じて伝えており、日頃も介護制度や行政方針を遵守し、ホームの適正運営につなげている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	年間研修計画に身体拘束を必須テーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。玄関の開錠(10:00～16:00)にも取り組んでいる。また接遇の研修チームが中心となって身体拘束適正化委員会を定期的に開催している。	身体拘束の正しい理解は、法人各事業所職員で構成する身体拘束適正化委員会も兼ねた委員会(QS心配ないよチーム)が担い、毎年、虐待の芽チェックリストやサービス満足度調査等を実施し、年間研修計画にも必須項目に位置付けるなど、その浸透を計画化し組織的に取り組んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	年間研修計画に高齢者虐待を必須テーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。また、虐待の芽チェックシートを活用し、職員の自己覚知を促すとともに、振り返りを通じて虐待につながる行為の是正に努めている。		
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	年間研修計画に権利擁護(倫理と法令遵守)をテーマとして定め、定例ミーティングにて勉強会を実施している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時に契約書、重要事項説明書に従い口頭で説明し、同意を得ている。また、質問や疑問がないか確認するように努めると共に、丁寧でわかりやすい説明を心がけている。制度等の改定に伴い利用者や家族にお願いがある時は、その都度、文章にて説明し、同意を得ている。		
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	苦情等を記載して頂くための用紙を設置しているが、どこまで周知出来ているかは不明である。口頭で寄せられた意見や要望については職員が記入する用紙がある。満足度調査のアンケートを年一回家族に配布し、記入をお願いしている。	利用者とは日頃の関わりで、家族には電話連絡や訪問時に、いつでも意見や要望を言ってもらえるよう努めており、毎年実施の満足度調査でも改めて職員が要望や苦情を聞いている。また、集計結果には家族コメントやホームとしての回答、考察も記載しており、全家族に配布するとともに運営推進会議での公開や玄関にも掲示するなど、運営の透明性と何でも言える環境作りに取り組んでいる。	
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	意見や要望があればその都度、把握に努めているが、月に一回開催している定例ミーティングでも職員の意見や提案を聴く機会を設けている。また、月に一回開催している管理職会議において管理者を通じて職員間が出た意見や要望等を代表者に伝える機会を設けている。	毎月の定例会議では、利用者個別の状況評価やヒヤリハット、運営推進会議・各委員会活動等の検討・協議がなされている。各委員会活動も、接遇・防災・行事・研修・環境美化を担っているなど、職員の意見や提案がホーム運営全般にわたって反映される仕組みとなっており、各事業所管理者会議にて法人代表者に報告されている。年度末の人事考課では管理者が全職員との個人面談の機会も設けている。	
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	年度末に一年の仕事ぶり等の評価をもとに人事考課表を作成し、代表者に目を通してもらっている。時に個人面談を実施するが、なかなか時間が取れていないのが現状である。		

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
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	会社全体の勉強会の企画や内部研修計画に基づく勉強会を実施し職員の資質向上に努めている。各種委員会(QS)のメンバーとしてテーマについて話し合い、各事業所に活かす取り組みをおこなっている。		
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	地域会議など、なかなか行けていないのが現状である。管理職会議では他事業所の管理者と情報を共有したり、悩みを相談し合ったりしている。		
<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	コミュニケーションや生活の様子を観察することで不安や要望等を把握できるよう努めている。また、収集した情報を記録し、職員間で情報共有することにより、統一したケアを実践し、混乱の少ない安心した生活環境の整備に努めている。		
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	家族の不安や要望は面接時や面会時等に把握するよう努め、事業所でどのような対応ができるのか検討し話し合っている。また、グループホームの特徴についても丁寧に説明している。		
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	相談時、利用者や家族等の思いや要望の把握に努め、可能な限り柔軟な対応をおこなっている。早急な対応が必要であると判断した場合は地域包括支援センターや他の事業所のサービスにつなげるよう努めている。		
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	認知症であっても本人様が親しんでこられた習慣や得意なこと等は教えて頂くことが多い。日々の家事作業や食事の盛り付け、掃除など職員と一緒にこないながら役割を感じて頂き、職員は感謝の気持ちを伝えるよう努めている。		
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	利用者の日々の生活状況や心身の変化について面会時や月1回の家族便りを通じてお伝えしている。家族との情報共有を大切に考えており、より良い関係作りに努めている。特に体調の変化については速やかに現状を報告し、受診等の支援をお願いしている。		

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
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	面会時に本人様がゆつくりと落ち着いた空間でコミュニケーションが取れるよう、居室にお茶をお持ちしたりしている。また、家族との外出や外泊を制限せず、面会時間も出来るだけ家族の要望に応じて対応している。	馴染みの人や場所との関係を持つ利用者は少ないが、孫が勤務している美容院に家族と出向いたり、親族が経営し自身も従事していたカフェへ外出したりした事例もある。また、外出行事で出向いた先や立ち寄った店で利用者の思い出話を聞くこともある。家族に電話したいという利用者の要望もあり、家族から連絡があった際には、利用者へ電話をかけるような声かけに努めている。	
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	日々の生活の様子から利用者同士の関係の把握に努め、座席の配置などトラブルにならないよう調整したりしている。また、職員が間に入りコミュニケーションを支援したり、各階の交流支援として行事や行き来を促したりしている。		
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	退居後の交流はほとんどないのが現状だが、退居に際しての十分な情報提供など円滑な退居に向けての働きかけをおこなっている。		
<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	日常生活場面やコミュニケーションの中から本人の思いや意向の把握に努めている。また、訴えが難しい方に対しても生活の様子や仕草などから思いを推測するよう努めている。	本人の人柄や病状の進行などにより、思いや希望を口にすることが難しい利用者には、好きだった事や会話の中で何か話されていないかを家族から聞いている。また、食べるペースで好物を推察するなど、本人本位にその思いを検討している。誰かの役に立ちたいという利用者の気持ちには必ず「ありがとう」と伝え、寄り添う姿勢で臨んでいる。	
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	事前面談の時や面会の際に必要な情報を収集するよう努めている。		
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	日々の生活の様子や心身の状態を観察し、特記事項等を記録に残すことで現状把握と職員間の情報共有に努めている。また、ケアプラン更新時にセンター方式のシートを活用し、出来る事や出来ない事の把握に努めている。		

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
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、必要の関係者と話し合い、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	定例ミーティングにてサービス担当者会議を実施し、課題やケアについての意見交換をケアプランに反映している。家族の要望については面会時等に把握するよう努めている。	計画は基本6ヶ月更新で、毎月の職員会議にて見直している。また、対象利用者のサービス担当者会議を開き、介護職兼務のケアマネが作成した本人の現状評価(センター方式)や、本人・家族が望む暮らしぶりを考慮し、少しでも長く健康が維持できるよう、向上も視野に入れて作成している。家族には、本人の近況報告と合わせて計画承認を頂いている。また、「焦点情報」では出来る事出来ない事が見やすく記載されており職員が利用者を把握することが出来る様になっている。	今後は、本人の思いや希望等も目標に設定し、外出支援や地域ともより関わられるような計画作成にも期待したい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個人記録や特記事項を記録する欄を設け、職員による情報収集と情報共有に努めている。また、ミーティング等で協議し個別対応の把握に努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	家族の要望や本人様の現状に柔軟に対応できるよう、サービスや訪問診療などを活用している。		
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	かかりつけ医や歯科往診といった医療面や家族等のインフォーマルな資源との協力、連携を通じて利用者一人ひとりの生活を支えている。		
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	入居時にかかりつけ医を確認し、本人及び家族の意向を尊重している。利用者の体調の変化に対して、24時間対応で看護師、主治医に報告し指示を仰いでいる。また、突発的な体調不良以外では基本、家族に受診を依頼し早期対応に努めている。	主治医は、入居前からの医療機関でも、訪問診療で24時間対応のホーム提携医でも自由に選択でき、本人・家族の意向に沿っている。また、提携医(内科)以外の外来専門科や定期受診は基本家族付き添いであり、現状を「伝達シート」に記入し伝えているが、緊急時や事情に応じて職員が付き添う事もある。	
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	看護師とは24時間連絡可能な体制をとっており、日常的な健康管理や緊急時の対応など随時相談できるようになっている。また、看護師の資格をもつ職員を基本週3回、日勤帯に配置し、薬の管理や健康管理を担っている。		
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。	入院の際は、入居者の服薬状況や生活状況等を報告し、円滑に治療が進むよう協力している。また、治療経過の確認や、退院に向けての話し合い等に参加し、退院後も出来る限りスムーズに元の生活が継続できるように努めている。		

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
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、事業所ですることが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	入居時に家族に対して「重度化対応の指針」の説明及び意向確認書の記入をお願いしている。ターミナルケアの検討時には再度、意向の確認をおこなうと共にホームでの看取り対応の説明と同意書への署名をお願いしている。職員に対しては定期的にターミナルケアの研修を実施している。	これまでも看取り事例があり、終末期は家族面会の時間制限をなくし、主治医、看護師、管理者への24時間オンコール体制としている。また、緊急時の冷静な状態把握や家族・職員への連絡手順の明確化など、的確な対応を整えている。年間研修計画にもターミナル研修を毎年加え、改めて理解を深める機会も設けている。	ターミナルケアの研修について職員心のケアや最期をどのようにグループホームで過ごしていただくか等、内部研修だけではなく外部研修への参加から新たな気づきを見つけ、独自の強みを検討されたい。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時の対応マニュアルを作成し、職員に周知すると共に、事故発生時や感染症についての勉強会を実施し、知識、対応の習得に努めている。		
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	消防計画(地震等防災規定)を策定している。昼夜の様々な場面を想定とした避難訓練を年間2回おこなっている。また、神通川が近いことから洪水時の避難先確保計画を策定し、水害避難訓練もおこなっている。災害時の対応に関する研修等で職員に周知し、運営推進会議において災害時の協力を地域の方をお願いしている。近隣企業への協力要請はあまり進んでいない。	毎年、防災委員会が策定する消防計画のもと、日中・夜間や火元を変えながら、消防署立会いとホーム独自の避難訓練を実施している。通報、消火、1階利用者は玄関まで、2階利用者は非常階段前まで退避し、火災時における安全確保の行動を確認している。また、神通川氾濫の想定で全員が2階に退避する水害避難訓練も実施しており、当地で起こりうる災害を想定した災害マニュアルも整えている。備蓄・防災品はリスト化しているが、種類が十分ではない。	地域密着の観点からも、避難訓練等で近隣住民や地元関係者にも支援や協力を求め、ライフラインの確保など緊急災害対策を検討されることが望ましい。また、備蓄用品は対象者が高齢者ということにも配慮した物を整備されることに期待したい。
<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	利用者への声掛けといった接遇に関しては、プライバシーの研修や権利擁護の研修を実施し、各種対応の教育に努めている。	利用者の自尊心やプライバシーを守るため、QS心配ないよチームが主体となり、虐待の芽チェックシートの活用や隔月毎に勉強会を実施し、年間研修計画にも認知症、虐待・身体拘束、権利擁護、プライバシー保護等を組み込み、職員が自らを省みる機会を設けている。利用者にも職員に対しても、個人の尊厳への配慮が浸透するよう組織的に取り組んでいる。	
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	利用者が何を望んでいるのか仕草や表情から読み取り、普段のコミュニケーションから引き出したことを大切な情報とし、些細なことでも自己決定ができるような声かけに努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	レクや日課は職員側からの一方的な提供にならないよう、その人の好きなこと、苦手なことを把握し、気分等を確認しながら提供するよう努めている。		

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
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	朝の整容に始まり、季節に合った服装選びのお手伝い等、身だしなみの支援をおこなっている。また、毛染めやカットの希望にも対応し、定期的に訪問理容を利用し、本人の希望に添えるよう努めている。		
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	食事に関しては、出来るだけ調理したものを提供し、盛り付けや配膳等を利用者に手伝って頂くなど役割を感じて頂きながら食事の準備をおこなっている。また、嚥下や咀嚼の状況を見ながら、個別に水分にとろみをつけたり、刻みにしたりと個人に合った対応を心掛けている。	全食、栄養管理の献立食材を業者から調達し、ホームでは下拵えや盛り付け等を利用者にも手伝って頂きながら、とろみや刻みなど個々に沿った調理をしており、時には菜園収穫物も食卓にあがることもある。また、基本、同じ時間に同じ場所で職員も一緒に味わっているが、今は食べたくない等の意向にも柔軟に対応している。外出支援の中でファミリーレストランに行ったり、利用者の誕生日には、本人リクエストのケーキやお萩等で皆でお祝いしている。	
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	業者の管理栄養士が献立をたてており栄養面は管理されているが、咀嚼の問題や塩分制限、体重の増加等により注意が必要な利用者に対しては食事形態や量を調整し、健康管理に努めている。また、水分が進みにくい利用者に対しては、とろみの使用や、お好みの飲料を提供する等して対応している。		
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	利用者の状態や能力に応じて、口腔ケアを促し、見守りや介助をおこなっている。また、就寝前は義歯の洗浄剤を使用し、毎日の洗浄をおこなっている。		
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	定期的なトイレ誘導やポータブルトイレの使用等、排泄パターンを把握したうえで対応している。現在、すべての利用者様が基本トイレにて排泄されており、オムツの使用者はおられない。	排泄管理は、介護記録とは別に下剤や便・尿失禁も含めた専用管理表を用い、周期、水分摂取、紙パンツ・パット類やポータブルトイレの使用、看護師職員による摘便、主治医との服薬調整等の日頃の排泄支援につなげている。また、6ヶ月毎の介護計画更新時にも改めて現状を評価し、本人に合った支援を総合的に見直している。	
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	体動の促し、乳製品の摂取等で便秘予防に取り組んでいるが、主治医、看護師と相談しながら状況に応じて適切に下剤を使用しているのが現状である。		

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
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	基本週3回の入浴だが、希望に応じて対応している。異性による入浴介助が難しい方には同性介助を徹底し、羞恥心に配慮している。また、一人でのんびり入りたい方には必要最低限の介助と適時の見守りにてその人のレベルに応じて個別対応している。	入浴は、基本週3回利用を目安に、利用者個々のその日その時の気分や体調、睡眠や代謝、清潔保持などを考慮しながら対応している。また、1人入浴や同性介助を希望される方、浴槽に入ることを拒まれる方もおり、数種の入浴剤で毎日雰囲気を変えながら個々に沿った支援で対応している。	
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	冷暖房を使用し室温調整をおこなっている。不安な様子が見られ、寝付けない方にはコミュニケーションなど気持ちに寄り添う対応を心掛けている。		
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	服薬管理として、色分けによる朝昼夕の識別の工夫を行っている。投薬時には職員による二重チェック、空袋はすぐに捨てず飲み忘れがないかをチェックしている。また、服薬時には飲み込みをチェックし、食事と一緒に飲んで頂く等、レベルに応じて対応している。		
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	畑作業や編み物など生活歴や趣味嗜好、日常生活動作(ADL)を参考に役割や楽しみを提供していることが多い。また心身機能を見極め、洗面所の掃除や居室掃除等を実施しており、率先しておこなって下さるなど役割として定着している。		
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	散歩や外気浴、買い物などその日の人員を考慮の上、希望に応じて対応している。	毎年恒例の花見と紅葉ドライブはファミリーレストラン等での外食も兼ねている。また、好天の日はホーム周辺の散歩や玄関先でおやつ会を楽しんだり、夏にはラジオ体操に参加したりする利用者もいる。これまで、「お寿司を食べたい」や、「昔働いていたカフェに行きたい」、「手芸が好き」の声を聴いて、回転寿司やカフェ、手芸ショップに個別に出向いた事もあり、また、家族との外食・外泊も奨励している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	必要な物や希望する物があれば一緒に買い物に出掛けたり、代行して購入したりすることが多い。基本料金は立て替えており、自らお金を支払うことはない。		
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	利用者の電話をかけたいという要望には、出来る限り制限なく対応している。また、居室等に受話器をお持ちし、周りに気兼ねなく会話して頂けるよう配慮している。		

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
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	室温や湿度に気を配り、快適な共有空間を整備できるよう努めている。また、利用者様と作成した季節に応じたカレンダーを掲示したり、作品を展示したりする等、目で見て楽しめる空間作りに努めている。	バリアフリー構造の施設は、リビングや廊下が歩行器や車椅子で交差できる広さで、家具配置も利用者の動線が配慮されている。季節毎の装飾や外出時のスナップ写真、利用者作品等の掲示で和やかな雰囲気を作り、温度・湿度管理や、適宜に消毒・換気し、安心・安全対策を図っている。洗面台清掃やモップ掛けの役割を受け持つ利用者も多い。	
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	全室個室であり、プライバシー空間を確保できる。仲の良い利用者同士、居室で談笑している姿も見受けられる。また、座席も利用者同士の関係性やレベルを参考にして決めていることが多い。		
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	電化製品や馴染みの家具の持ち込みなどは、特に制限をしていない。持ちこんだ昔のアルバム等、家族様からの贈り物や写真を飾っている方もおられる。	全室、ベッドとクローゼットが備え付けの洋室で、持ち込み自由の家具類を、転倒防止と本人の動線を考慮して配置している。また、馴染みの家具を置いたり、家族からの贈り物や写真を飾るなど落ち着いて過ごせるよう工夫している。利用者個々の身体機能に応じて、介助用レンタルベッドやセンサーマット、夜間のみポータブルトイレ等を使用されている利用者もいるが、居室清掃を日課にしている利用者も多い。	
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	バリアフリー床材は転倒してもケガをしにくい素材である。シルバーカーやポータブルトイレの使用等、残存機能を出来る限り活用できるよう対応している。		

## 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	32	ターミナルケアの体制を整え、実施例もあるが、内部研修での知識の習得が主であり、新しい知識や考え方に触れる機会がない。	ターミナルケアに関する外部研修への参加を通して、新たな知識や考え方の習得を目指す。	看取りに関する外部研修の内容及び日程を把握し、職員が参加できる体制を整える。	12ヶ月
2	26	ケアプランが安心、安全、健康管理を主としたものが多い。それ自体は悪いことではないが、利用者の意欲や要望(こんな事がしたい、こんなものが食べたい 等)が少なく、利用者主体の観点がやや乏しいように思われる。	利用者の意向や要望が反映されるよう、情報収集に努め、ケアプランに落とし込む。また、それが日々の生活の中で実現できるよう職員全体で取り組んでいく。	計画作成担当者と今後のケアプラン作成についての方向性を共有する。そして他職員にも周知し、利用者の意向や要望の把握に努め、会議等を通じて協議し、実現に向けて取り組んでいく。	12ヶ月
3	35	非常時、災害時における近隣住民、近隣企業からの協力を得られる体制が明確に整っておらず、いざという時に協力が得られるかが不安である。	非常時、災害時に近隣住民や近隣企業からの協力が得られる体制作り。	運営推進会議にて民生委員へ再度協力をお願いする。近隣企業にも協力をお願いしていく。	12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。