

# 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   | 1690200314     |            |           |
| 法人名     | トータルメディカル津沢(株) |            |           |
| 事業所名    | グループホームひだまり南星  |            |           |
| 所在地     | 富山県高岡市佐野1095-2 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月15日     | 評価結果市町村受理日 | 令和元年6月28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)】

グループホームひだまり南星は介護複合施設あったかハウスひだまりの中にある認知症対応型共同生活介護の施設です。明るい環境の中、各ユニットの利用者様の能力に応じてしたいことを自由にしてもらっています。刺しゅうや塗り絵の下絵を職員が自ら作成したり、能力に応じたゲームを考えたり、紙芝居を披露したり、できるだけ活動的に生活が送れるようにしています。  
口腔機能を高めるため歌詞カードを作成し歌を歌う時間を多く作り機能低下予防に努めています。

※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_2018_022_kihon=true&amp;lijyosyoCd=1690200314-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kihon=true&amp;lijyosyoCd=1690200314-00&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   |  |  |
| 訪問調査日 | 平成31年3月28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)】

・排泄支援に対する職員の意識が高く、日中におむつを使用している利用者が少ない。  
・法人の管理栄養士によって、栄養の偏りが無い、カロリー計算された献立が考えられている。また、その献立を全事業所で職員が調理し、利用者に合わせ、食べやすい状態で提供している。

## 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<br>↓該当するものに○印                                | 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)       | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   |
| 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)             | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     |
| 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)                   | 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) |
| 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)    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(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<br>(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<br>(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、安心して暮らしている<br>(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<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | フロアと玄関に基本方針と理念を提示し地域密着型サービスの意義を理解し管理者、職員と共に地域との関りを持つように努めている。                                  | 事業所の法人理念と基本方針を玄関に掲げている。職員の採用時には管理者より、それらの理解を深めるための指導が行われている。   |  |
| 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  | 地域のいきいきサロンへ参加したり、小学校の発表会に参加し児童さんと交流する場を作って頂いている。また祭りの獅子舞も披露して頂いている。                            | 地域のいきいきサロンへの参加、南条小学校の発表会など利用者が5名程度参加している。秋祭りには事業所駐車場にて獅子舞の披露があり楽しんでいる。14歳の挑戦では2名の中学生を受け入れている。今後は、公民館で行われる体操に参加を検討中である。地域の溝掃除などの行事には参加している。 |  |
| 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  | 運営推進会議の際に、民生委員の方々にホームでの失敗や成功例を伝ええる助言をしている。   |  |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 2ヶ月に一度の運営推進会議ではグループホームの状況を発表し、話し合いの中で地域の情報も聞かせて頂き、家族様との関りについて等助言を頂いている。                        | 2ヶ月に一回、第4月曜日の10時から運営推進会議を開催している。民生委員が3地区からそれぞれ参加している。管理者が自治会長(現在は退任)宅へ訪問し、勧誘したことで参加が実現した。運営推進会議では地域包括支援センター、家族代表、職員、管理者で話し合い、助言を頂いている。     | 議事録は作成しているが、参加者や家族への配布はないため、多くの方に閲覧してもらえるような工夫を期待したい。また、議事録は共有すべき情報が多くあるため、職員全員が閲覧の確認ができる工夫を期待したい。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 指導、協力をお願いしている。   | 運営推進会議に地域包括支援センターから参加があるので、その折、指導・協力をお願いしている。その他の市町村への相談や疑問は、本部が集約し、問い合わせを行っている。   |  |
| 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 | 身体拘束を行わない為にどのようなケアをしていったら良いのかを身体拘束廃止委員会で話し合いマニュアルを作成し共通認識を図る。玄関の施錠は立地面で利用者の安全確保のためやむを得ないこともある。 | 身体拘束は行わない方針だが、安全性を考え24時間施錠、夜間はベッドにセンサーをつけている。法人の6事業所が当番制で2ヶ月に1回虐待防止について研修会を開催しており、夜間開催だが職員全員が参加している。                                       |  |

| 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   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている        | 朝、夕の申し送りやミーティング等で常に職員間で話し合いを持つ機会を設けている。夜勤帯はユニット同士で連携が図れるように対策をとっている。                         |   |   |
| 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    | 社内には行政書士のケアマネージャーがいるので情報や相談に応じてもらっている。必要性のある場合にはご家族に提案をしている。                                 |   |   |
| 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                         | 契約時には重要事項と契約書の説明を行い理解して頂いている。また改定にあたり新たに加算を算定する際には追加で説明文書を発行し納得の上署名、捺印を頂いている。                |   |   |
| 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                     | 玄関に意見箱を設置している。契約時に苦情、相談窓口の説明を行っている。  | 利用者は近隣の方が多く、月2回の面会がある。また、ご家族へ利用者の様子を伝えるために、請求書に「ひだまり通信」を同封したり、利用者の作った作品を同封している。                             | 利用者家族が参加しやすい行事を開催するなどの工夫をし、利用者やご家族が、意見・要望を気軽に言えるような機会や場面作りに期待したい。 |
| 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                                      | グループホームの管理者会議を毎月開催しているので職員の意見や要望を代表者に伝えている。  | 各ユニット会議は月1回、合同会議は3か月に1回開催している。職員より床のよごれについて意見があり、4月に業者清掃が入ることになっている。職員とのコミュニケーションは、管理者が各々の日常の様子を見ながら対応している。 |   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 年2回の人事考課があり管理者、主任は個々の職員の評価を行い報告を行っている特定の職員が負担にならないよう各部署との連携をとり人員配置を常に考えている。                  |   |   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | グループホームのみで研修会を年6回、社内全体での研修会年6回実施しており、消防署、福祉用具業者等協力を依頼している。また訪問看護ステーションに研修依頼をし、幅広い知識習得に努めている。 |   |   |
| 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 | 認知症グループホーム協会開催の研修会に参加し知りえた内容を実践に生かせるようにしている。   |   |   |

| 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<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 利用前の、本人や相談員との面接の際に本人の不安、要望などの把握に努め、まずは生活歴や性格などのアセスメントを十分に行い、安心して生活して頂けるよう優しい言葉かけを心掛けている。                 |   |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 利用前の面談時に家族が困っていることや不安なことの把握に努め、出来る限り不安を解消できるよう努め、開始後はご本人の元気な様子を伝える等情報共有に努める。                             |   |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 個々の利用者の思いや能力に応じた支援を行うように努め、自立支援の面や先の見通しをしながらより良いサービスが提供できるように十分な説明を行い納得して頂けるまで話し合いをしている。                 |   |                   |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 人生の大先輩として尊敬する思いを持って接し出来ないことを支援し、出来ることを一緒に行い、また教えて頂きながら共同生活を送っている。  |   |                   |
| 19                           |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 家族とは体調や身体状況の変化の連絡を取り、来所の際にも現状をお知らせしている。外出や外泊も家族と過ごされる時間を大切にしてもらいながら共にご本人を支えている。                          |   |                   |
| 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                     | 家族の協力の下自宅に行ったり冠婚葬祭に出席しておられ、また百歳のお祝いの際はホームに親族や自治会の方が集まり変わらない関係を保っている。遠方の家族は、できるだけ本人の思いに沿えるように職員がサポートしている。 | 100歳の利用者の生誕を国・県・市・自治体・ホームでお祝いしている。家族の協力のもと、葬儀への出席もしている。デイサービスのバスを使って近隣へ月1回ドライブに出かけ、個人的に希望があれば自宅周辺へ出かけている。 |                   |
| 21                           |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 日常の様子を常に把握し利用者同士の関りに問題が起きていないか観察を行っている。個々の性格を考慮しながら職員が間に入りなるべく利用者同士の関りを大切に見守り仲介を行っている。                   |   |                   |
| 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  | 退所後も家族様の悩みや不安に傾聴し、荷物の整理を一緒に行ったり、ホームで元気に過ごされた頃の写真を提供し家族様の思いに共に共感し寄り添っている。                                 |   |                   |

| 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  |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |  |  |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 日常の会話の中からや、時折聞き取りを行い好きなことや、好きな食べ物を提供できるよう出来ることから行い困難な場合は発想の転換を図りながら努めている。                | 利用者の思いや望みを日常の会話からくみ取るように努めている。判断が困難な事例に関しては職員同士で話し合ったり、2ヶ月毎に開催される法人のグループホーム6事業所の交流の場などで意見交換をしている。                                |  |
| 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                                       | 本人、家族からの聞き取りやフェイスシート等で把握をし職員皆が共有できるようにカルテに明記すると、入所前には情報に目を通すよう徹底をしている。                   |  |  |
| 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   | 支援経過記録や業務日誌の申し送り事項の記載、連絡ノートを活用し個人レクの把握、心身状態について職員間で共有し把握するよう努めている。                       |  |  |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 短期目標の見直しや、身体状況に変化があった時はその課題について本人、家族、看護師、福祉用具関係者等と話し合い意見や助言をもとに介護計画を作成している。              | 利用者の担当は特に決めておらず介護計画は管理者、看護師が作成している。計画の内容には、申し送りノートや家族の面会時に職員が聞き取った希望や意見を反映させている。また、面会の少ない家族には電話で話を聞いている。職員はミーティングの折に介護計画を共有している。 | 介護計画策定は大きな変化がない場合でも、利用者や家族の要望が反映された内容であることが望ましい。面会の少ない家族の同意を得る手段に郵送対応がなされているが、機会を捉えて面談し、作成することを期待する。 |
| 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                        | 支援経過記録ファイルにケアプランが把握できるようにし、プランに基づいたケアが行えるようにしている。新たな気づきについても状況や対応を詳しく記録し介護計画の見直しに生かしている。 |  |  |
| 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               | 隣接するデイサービスの機能を生かし、身体状況に応じて特殊浴を活用したり、要望に応じてカラオケ機器を利用し柔軟に対応をしている。                          |  |  |
| 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                         | 心身の状況や本人のニーズに応じて、いきいきサロンや小学校の発表会に参加させてもらい児童の皆さんに協力をして頂き安心して参加することができている。                 |  |  |

| 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   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 基本的には今までのかかりつけ医との継続を支援しているが、家庭状況により家族様の希望で協力医の往診を定期的に行い、本人の心身機能に変化があった時には家族への連絡を密に行い主治医との連携に努めている。 | 利用者のかかりつけ医の訪問診療を受け入れている。家族が付き添う外部の受診者は3人である。変化が見られた利用者の受診は職員が付き添い看護師の情報提供書を持参している。歯科医の訪問診療や鍼灸師の訪問診療も受け入れている。 |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 利用者の異常や変化に気づいた場合は看護師に相談をし必要に応じ協力医やかかりつけ医に連絡をし状況説明を行っている。   |  |   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 家族や病院の地域連携室と連絡を取りながら状況に応じてグループホームのできる限りの体制を整え家族や病院側への説明を行いながら早期に退院できるよう努力をしている。                    |  |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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  | まず入居時に家族に説明をしている。重度化になる可能性のある利用者には看護師と連携を取りながら早めの段階で説明をし納得して頂けるように努めている。                           | 看取りの実例はない。重度化した場合は早急に話し合い、事業所の方針を伝え、支援している。看取りに向けて、職員の確保等で課題がある。   | 管理者、看護師は看取りを前向きに捉えている。看取りや重度化に対して、ミーティングの機会等で看護師による継続的な研修を期待する。 |
| 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  | 緊急マニュアルを作成し職員の目に付くところに掲示している。急変時や応急手当の方法を話し合ったり、研修時に学習し現場での実践に生かしている。                              |  |   |
| 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  | 火災の消防訓練を今年度2回予定している。地震、水害の訓練は行っていないがマニュアルを作成し、地域との協力にどう関わるか話し合っている。                                | 火災訓練のみ実施しており、地震、水害予想訓練は未実施である。避難場所は事業所前の駐車場で、当日出勤の職員が参加している。地域の協力体制の構築には至っていない。                              | 近隣の状況を把握し、自治会等に働きかけるなど、災害時に向けた地域との協力体制の構築を期待したい。                |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 名前の呼び方や言葉遣いに気をつけながら入居者が不快な思いをしないように関わりをもっている。また、不適切な言動があった時は注意をしている。                    | 呼び掛けは姓で統一しているが、利用者の希望で愛称もある。職員の言動に問題が見られた場合はその日のうちに職員同士で話し合い、利用者には不快な思いをさせないように注意している。                                |                   |
| 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                     | 入居者自身の思いを言いやすいような言葉かけをしている。意思の疎通が難しい方には観察をして思いをくみ取れるようにしている。                            |   |                   |
| 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 | その日その時の気持ちや状態に合わせて無理強いせず臨機応変に対応し穏やかに過ごせるように支援している。                                      |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 毎朝の整髪、月に一度の散髪を行っている。同じ衣服ばかりにならないように気をつけたり季節に合った衣服を選んでいく。                                |   |                   |
| 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     | 個々の能力に合わせ野菜の収穫やおにぎり作り、お盆や食器拭き等を手伝ってもらっている。また職員も一緒に食事をして会話を楽しんでいる。                       | 法人の管理栄養士のメニューに基づき毎食材料の調達・調理を事業所の当番職員がしている。メニュー内容や見た目の彩り、味付けは利用者本位である。食前口腔体操も実施され、職員も共にテーブルを囲み和やかで、明るい雰囲気の中で食事を楽しんでいる。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食事量、水分摂取量の記録を行っている。また、月2回体重測定を実施し栄養状態を観察している。個々の病状による水分制限やアレルギーなども情報共有し医者、看護師と連携を取っている。 |   |                   |
| 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                  | 毎食後の口腔ケアの介助、見守りと15時のうがいを行っている。義歯については夕食後に預かり入れ歯洗浄剤につけている。今年度より月に一度研修を行っている。             |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|---|--|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 排泄チェック表を使用し排尿間隔を見てトイレ誘導、声かけを行っている。   | 日中におむつを使用している利用者が少なく、出来る限りオムツに頼らない利用者を増やす努力が見られる。排泄パターンを把握し、自立排泄の利用者にも声掛け誘導に努めている。トイレ内は車いす対応で広く明るい空間となっている。              |                   |
| 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  | 水分摂取を積極的に勧め起床時は牛乳を提供している。また運動による腸への刺激やトイレ誘導時に腹部マッサージを行っている。主治医の指示により下剤を服用している方もいる。 |  |                   |
| 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合わせた支援をしている                             | 週に2回入浴日を設けているが無理強いはずず個々に合わせて入浴の支援をしている。  | デイサービスと共有で、週2回、午後から入浴時間である。家庭風呂で明るく清潔で職員の見守りは容易である。浴槽内の足置きはなくやや深く見受けたが、着脱場所は広く清潔である。                                     |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 昼夜逆転にならない程度に午睡を勧めている。個々に希望があった時は休んで頂いている。夜間の安眠につながる様に日中は体を動かすレクリエーションを実施している。      |  |                   |
| 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  | 薬の管理は看護師が行ない介護士と情報を共有している。配薬、配薬のチェック、服薬時の名前の確認を2人で行う等、誤薬の防止を徹底している。                |  |                   |
| 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                             | 個々の能力や興味のある事に注目し塗り絵や計算プリントを行ったり集団で体を動かすレクリエーション、歌唱レクなどを行っている。                      |  |                   |
| 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。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 | 天気の良い日、暖かい日は積極的に施設周囲を散歩し田んぼや植木などを見て季節を感じてもらっている。また冬季以外は月に一度ドライブに出かけている。            | 周辺は田んぼ等が多いが、道路に面している立地条件で車の往来は多い。月1回のドライブはほとんどの利用者が参加される。道の駅での外食や買い物を楽しまれる機会もある。隣接する同じ敷地内にある「あったかハウス」での夏祭りの参加も楽しみにされている。 |                   |
| 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                             | 本人の要望に応じて買い物レクを行い日常の手作業等で欲しいものを一緒に購入するなどして支援をしている。                                 |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|--|---|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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   | 本人からの要望があった時には適切に対応し安心して頂いている。また電話対応ができないときには手紙でのやり取りをお勧めするなど助言している。      |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居者が作った塗り絵や貼り絵の作品や共同で作ったカレンダーを飾っている。また、普段の様子や行事の時に撮った写真を貼りその時の事を話したりしている。 | 多くの利用者が1日の大半を過ごされる共有空間は、明るく清潔で空調も適切である。また、調理場が見られ家庭的な雰囲気である。壁面には行事参加者の顔写真が飾られ、ぬり絵など利用者の作品も展示されている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 食事の席は決まっているがその他の時間は好きな場所で過ごしてもらっている。フロアと廊下にもソファを置き自由に使えるようにしている。          |  |                   |
| 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  | 入居時からタンスや身の回りの家具などを持ち込んでもらっている。ベッド周りや目の届く所に写真や思い出の品を飾っている方もいる。            | 各居室は、整然として広くゆったり過ごせるようにしており、明るく清潔で、外からの陽光も十分採り込む構造である。   |                   |
| 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」「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を送れるように工夫している   | 居室に大きく名札を掛けたりトイレの扉に「トイレ」と分かりやすく案内表示をしている。                                 |  |                   |

## 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        | 4    | 議事録は作成しているが、参加者や家族への配布はないため、多くの方に閲覧してもらえるような工夫を期待したい。また、議事録は共有すべき情報が多くあるため、職員全員が閲覧の確認ができる工夫を期待したい。   | 議事録については配布はしていないが多くの人に共有して頂ける方法を全体で考えていく。<br>職員全体へも周知できるようにし、地域の行事にどう関わっていくかを職員全体で考えるようにしていく。     | まずは玄関で閲覧している議事録ファイルの横に『ご自由にご覧下さい』という案内を表示しました。<br>職員には議事録を作成したと同時に回覧をつけて確認をしたらサインをしてもらうようにし職員全体に情報を共有できるようにしました。 | 1ヶ月        |
| 2        | 10   | 利用者家族が参加しやすい行事を開催するなどの工夫をし、利用者やご家族が、意見・要望を気軽に言えるような機会や場面作りに期待したい。                                    | 家族と事業所のみ意見交換だけではなく、家族同士が不安や疑問等を話し合える場を持つような工夫をしていく。季節の行事だけではなく、アットホームな雰囲気できれいに生の意見が聞けるような時間を考案する。 | 他事業所の取り組みを参考にしながら利用者と家族が気軽に参加できる喫茶を考案中です。まずは利用者が喫茶の雰囲気を楽しめるよう定期的に開催できるように計画をしています。                               | 3ヶ月        |
| 3        | 26   | 介護計画策定は大きな変化がない場合でも、利用者や家族の要望が反映された内容であることが望ましい。面会の少ない家族の同意を得る手段に郵送対応がなされているが、機会を捉えて面談し、作成することを期待する。 | 計画作成前に現在の状況と今後についての意向について面談が無い場合でも電話での確認をしているが、来所して頂くような声掛けを行い面談に繋げていく。                           | 計画作成はなるべく早めに取りかかり、面談予定のある場合は前もって今後の計画について提示できるようにする。また普段面談の少ない利用者についても早めの電話連絡をし面談の日を設定できるようにする。                  | 3ヶ月        |
| 4        | 33   | 管理者、看護師は看取りを前向きに捉えている。看取りや重度化に対して、ミーティングの機会等で看護師による継続的な研修を期待する。                                      | 看取りに関して管理者や看護師のみではなく職員全体で話し合う機会をつくり、看取りに関する知識を深めると共にケアの質を高める。                                     | 重度化した利用者のケアについての勉強会を看護師より今年度中に一度行う。<br>看取りについて家族への説明や支援に向け管理者は看取りのセミナーや勉強会に参加し知識を深める。                            | 6ヶ月        |
| 5        | 35   | 近隣の状況を把握し、自治会等に働きかけるなど、災害時に向けた地域との協力体制の構築を期待したい。   | 現在防火管理者を中心に災害に向けてのマニュアルを見直し中である。地域の方に協力してもらえるような体制についても検討していく。                                    | 運営推進会議の場で災害の場でどのように関わって頂けるか、避難訓練に参加して頂けるかを提案してみる。  | 6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。