

### 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   | 2590200040      |            |  |
| 法人名     | 鈴木ヘルスケアサービス株式会社 |            |  |
| 事業所名    | グループホーム鈴の家      |            |  |
| 所在地     | 滋賀県彦根市田原町87-2   |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成30年11月1日      | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 ナルク滋賀福祉センター |  |  |
| 所在地   | 滋賀県大津市和邇中浜432平和堂 2階                |  |  |
| 訪問調査日 | 平成30年11月26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)】

|  |
|--|
| 利用者一人ひとりの日々の状況を把握し、日々の生活を大切にしています。利用者のできることで、できないことを知り、その人が楽しく安心して日常生活を送れるように支援しています。その中で、外出や外食、行事といった非日常的なことも楽しんでいただけるようにしています。 |
| 事業所の日々の活動をブログにて公開しております。是非、ご覧ください。<br>Http://bolgs.yahoo.co.jp/suzunoiesuzuki  |

#### 【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)】

|   |
|---|
| 当事業所は南部の田園地帯にデイサービスセンターと同居し開設10年が経過した。「住み慣れた我が家でも安心して暮らせる様、利用者本位のサービス提供を…」という理念の基、職員は利用者毎の今迄の暮らしや生き方を尊重し家庭的で落ち着いた雰囲気の中で、その人の笑顔が引き出せる様、支援に努めている。バリアフリー、床暖房、対話し易い六角テーブルや高さ、背凭れを工夫した椅子、浴槽は縁が手摺りになる様、細く握りやすく、ゆったりと個浴出来る等の工夫をしている。トイレは、立位が安定し保持出来るレストテーブルを設置する等利用者に配慮した環境を整備している。「利用者には今、これで良いのか」を念頭にケアに努めている。平均介護度3の利用者はそんな職員達に見守られ、毎日のゴミ出し、雑談や保存食作り等で生き生きと毎日を過ごしている。 |
|---|

### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)        | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)              | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)      | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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、安心して暮らさせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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  | 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  | 毎月の会議時に唱和し、共有しています。日々のケアやカンファレンスで困った時は、理念に戻り、その利用者にとって良い方法は、と考えています。                              | 理念に沿って、地域密着を盛り込んだ、三つの目指すものを定めて実践目標にしている。職員はケアの場が理念に合っているか会議等で協議して利用者の支援に努めている。広報誌やブログで家族にも啓発している。                                    |  |
| 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  | 自治会に加入して地蔵盆やお祭り、地域防災訓練等に積極的に参加し、地域に受け入れてもらえるようにがんばっています。広報紙を回覧版で回して貰っています。                        | 日頃から気さくに挨拶を交わし、地域行事には積極的に参加し、文化祭には作品展示をした。広報誌を地域に回覧して貰ったり、学校・消防署等に利用者は職員と共に配布している。毎年地元ボランティアが年末に清掃訪問して呉れている。                         |  |
| 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  | 中学生の福祉の職場体験を受入事業所に登録しています。また、毎月、会社の広報誌を配布し、日々の活動をお知らせしています。                                       |  |  |
| 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                                     | 日常の写真をDVDにし、日々の暮らしを知っていただき、意見交換をし、家族や地域の方々からの要望や意見を伺い、サービスの見直しを行っています。議事録を全家族に届けています。             | 隔月に開催し行政、地域代表、全利用者、家族、職員で構成し、サービス評価の報告や地域の行事予定等も協議している。職員は協議内容を議事録で周知しケアに活かしている。HPに議事録をアップしている。                                      |  |
| 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   | 2か月に1回の運営推進会議の出席をお願いしています。また、毎月広報誌を配布し、日々の活動内容をお知らせしています。また、地域ネットワーク会議に出席をし地域ケアの実現に向けて意見交換をしています。 | 行政を毎月訪問し広報誌を届け日常の介護課題事例等、相談したり指導を得ている。地域ネットワーク会議にケアマネジャーが出席し情報の交換をしている。福祉避難所としての協力を申し出て訓練も実施している。                                    |  |
| 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 | 社内研修を実施し、身体拘束について理解を深めています。また、外部研修にも機会があるごとに参加しています。日中、玄関の施錠はしていません。                              | 身体拘束検討委員会を立ち上げて、職員は身体拘束や虐待の外部研修参加や内部研修を受講しケアに活かしている。職員は利用者の見守りや温かな寄り添う支援で不安な兆候を緩和する対応に努めている。スピーチロックに特別注力している。「ちょっと待つて」を言わない様に心掛けている。 |  |
| 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                                     | 社内研修を実施し、虐待について理解を深めています。また、外部研修にも機会があるごとに参加しています。  |  |  |

| 自己 | 外部  |  | 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<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・外部の研修に参加し、理解を深めています。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約時には、相談室で落ち着いて説明を行っています。説明後、すぐにサインを求めず、内容を確認してもらうために、日を改めて提出をできるようにしています。               |  |                   |
| 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                     | 運営推進会議で意見交換を行なっています。合わせて意見箱を設置しています。また、日頃から家族が来所された時は話しやすい雰囲気を作れるように気をつけています。            | 運営推進会議に全利用者、家族の半数以上が出席しその席で意見交換している。家族の来訪時や介護計画の経過報告時にも意見を聴き、ケアに活かしている。事業所のブログに遠方家族から意見を聞く事もある。            |                   |
| 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                                      | 毎月、業務改善会議を実施し、意見交換の機会を持っています。また、年2回の代表者と、毎月、管理者との個別面談を行なっています。                           | 毎月、全職員による会議でケアや課題について意見、提案を協議し改善に活かしている。職員は年間自己目標を策定し運営者と年2回の面談時、進捗状況や意見交換等している。管理者は毎月の給料支給時に職員と個別面談をしている。 |                   |
| 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      | 年に2回、代表者との直接か別面談をし、意見の聴取を行なっています。また、随時、管理者からの報告を受け、職場環境・条件の整備に努めています。毎年、就業規則の見直しを行っています。 |  |                   |
| 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         | ケアマネや介護福祉士の試験対策講座を実施しています。また、必要な者だけでなく、個々の希望に応じて研修を受ける機会を設けています。                         |  |                   |
| 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 | 彦根愛知犬上介護保険事業者協議会に加入し、合同研修やGH部会研修に参加しています。  |  |                   |

| 自己                         | 外部  | 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 | 入所判定前に訪問を行い面接を行なっています。また、事前に見学に来ていただけるようにお話をしています。                                  |   |  |
| 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            | 入所判定前に訪問を行い面接を行なっています。入所後も、随時連絡を行い、関係作りに努めています。                                     |   |  |
| 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        | 本人の思いや状況について、家族の方に報告し、家族の希望も聞かせていただき、担当者、ケアマネ、代表者、スタッフでカンファレンスを開き、相談・問題解決に取り組んでいます。 |   |  |
| 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                        | 出来ること出来ないことを把握し、利用者が主体となる様に、ご本人に聞きながら、相談しながら、掃除や炊事、身の回りのこと等を一緒にしています。               |   |  |
| 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         | 以前の暮らし方を家族に聞き、情報を得ています。家族との外泊や外出もできるだけしてもらっています。入居しても家族と一緒にご本人を支えていくことを入所時に説明しています。 |   |  |
| 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                     | 訪ねてこられた時は、歓迎しています。居室でゆっくりお話ができるように支援しています。  | 職員は入居前の基本情報を前以て訪問したりして把握に努め、馴染みの関係継続の支援をしている。職員は家族・知人の訪問を温かく歓迎し、居室等で寛いで話ができる様、来訪し易い環境作りに努めている。住職を迎えての月参りにも対応している。 |  |
| 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                 | 一緒にお話をされたり、お手伝いをされています。困っていることがあれば、お互いに気遣い合ったり、馴染みの関係ができています。                       |   |  |

| 自己                                 | 外部   |  | 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<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                    | 新しく入所された施設に、訪問するようにしています。  |   |                   |
| <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   | 本人や家族への聞き取りや日常の会話から把握に努めています。また、運営推進会議でもご本人から意見・要望がないか伺っています。ひもときシートも活用している。               | 日頃の会話や家族からの情報で意向把握をしている。食の好み等回答範囲が限られた質問方法、クローズドクエッションで意向の把握に活かしている。意向の表出が困難な利用者には拒否の表情等からも推測しケアに活かしている。            |                   |
| 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                                       | 事前面接を行い、本人、家族から聞き取りを行なっています。また、その都度、必要に応じて、本人や家族から教えてもらっています。                              |   |                   |
| 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   | 毎日の暮らしを観察し、記録を残しスタッフ間で共有しています。また、重点的に観察が必要な事項についてはスタッフに周知して把握しています。                        |   |                   |
| 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 | 月1回カンファレンスを行いスタッフ間で話し合っています。家族や本人から聞き取りも行い、定期的・状況の変化があればその都度、介護計画を介護計画を見直し作成し、家族に確認をしています。 | 本人・家族の希望も参考に介護計画書を作成し、計画書の(私の願い・望みの項目)を毎日観察し、記録表の各項目毎に記入し毎月のカンファレンスで状態に因って都度見直し、異常なしも定期見直しを行っている。何れも家族に説明し承諾印を得ている。 |                   |
| 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                        | 個別の記録に気づき等の記入欄を設け、日々のケアで観察、情報の共有を行っています。   |   |                   |
| 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               | 家族対応ができない場合に、受診をの付き添いを行なっています。   |   |                   |

| 自己 | 外部   | 自己評価  |   | 外部評価  |  |
|----|------|---|---|---|--|
|    |      | 実践状況  | 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<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                                      | 地域の消防署や学校などに広報誌を持って行くなどして、協力、理解していただけるようにしています。                                     |   |  |
| 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                                  | 本人、家族の希望でかかりつけ医を決めています。日常の様子をお伝えしたり、必要に応じて受診の付き添いを行なっています。                          | 医療連携体制加算を採用し、任診や通院の利便性から協力医をかかりつけ医に変更している。職員が家族に代わって通院支援を実施した時は診断結果を詳細に家族に伝え、関係者間で健康管理の共有に努めている。                              |  |
| 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                          | 24時間対応の訪問看護ステーションを利用しています。週1回の定期訪問や緊急時の24時間対応で利用者の状態の変化の相談、指示をいただいています。             |   |  |
| 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。 | 入院中でもできるだけ面会に行き、退院後もスムーズに元の暮らしに戻れるように配慮しています。                                       |   |  |
| 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  | ターミナルと重度化について指針を作成しました。家族や医師、看護師、スタッフ間で連携を取り、支援を行なっています。                            | 重度化や終末期対応指針を文書化し、重要事項として説明し同意を得て契約している。医師から終末期の診断を受けた時点で、家族の意向確認や同意書を交わし、看取りケアを行って。職員は係る内外の研修を受講し、看取りケアの対応に備え心構え等の技能習得に努めている。 |  |
| 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  | GH部会にて応急手当、AEDの使用方法の研修を行なっています。また、法人内の応急手当普及員資格者による社内研修も実施しています。                    |   |  |
| 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  | 定期的に避難訓練を行なっています。夜間想定や地域の防災訓練にも参加しています。地域の緊急連絡網にも掲載されています。AEDを備え、自治会の災害訓練時、紹介をしました。 | 運営推進会議メンバーの参加を得て年4回、出火場所や夜間を想定し避難、通報、消火訓練を実施している。近隣住民の参加は未だ得られていない。災害マニュアルを備えている。地域防災組織に組み入れられ、要救助者リストに利用者も含まれている。            | 訓練には運営推進会議メンバーの出席は有るものの、やはり近隣住民の参加や協力が不可欠である。実現する事を期待する。 |

| 自己                               | 外部   | 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                   | 社内研修を行い、利用者を人生の先輩として、敬意を払うことを、日々心がけています。個人情報書類等は書庫に保管しています。                        | 職員は人権、倫理、尊厳について研修で学び、一人ひとりの利用者を知る事が尊厳に繋がる事を理解し、馴れ馴れしい言動を慎むケアに努めている。誘導時、服薬時等の声掛けは、目を合わせて接し見守る様にしている。             |  |
| 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                     | 食事の内容や今したいことがないか等利用者に聞くことを心がけています。その方の状態に合わせて、候補を挙げる等、選びやすくするなど工夫しています。            |   |  |
| 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 | おおまかな一日の流れはありますが、強制することなく、ご本人の過ごしやすいように過ごしていただいています。希望に合わせて、夕食後の入浴もされています。         |   |  |
| 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                                  | 衣替えをすることで、季節に応じた服を選びやすくしています。<br>介助で着替える方も、どの服が良いか、その日着る服を選んでもらっています。              |   |  |
| 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     | 毎日の食事の準備から片づけまで、その人ができることは任せて、スタッフと一緒にしています。利用者と一緒に同じ物を食しています。定期的に外食を楽しんでいます。      | 3食共、利用者と職員が献立を考え、前拵えや盛り付け、食器洗い等利用者は出来る範囲で、職員と語らいながら一緒に行なっている。季節の果物でジャムを作ったり、干し柿を作り楽しんでいる。利用者の誕生日はリクエスト食を楽しんでいる。 |  |
| 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          | 月に一度、管理栄養士に献立を確認してもらっています。制限のある人は、医師の指示により主食の量を調整しています。一人ひとりに合った食事の形や好き嫌いに配慮しています。 |   |  |
| 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                   | 起床時、毎食後、口腔ケアの声かけ、介助を行なっています。<br>毎晩、就寝中に薬剤による義歯洗浄を行なっています。                          |   |  |

| 自己 | 外部   | 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                              | 排泄パターンを把握し、トイレ誘導をし、トイレで排泄してもらえるようにしています。パッドの大きさや交換時間等個々に合わせて、その人にあった利用を考え、その都度見直しを行っています。 | 個々の排泄パターンを把握し、さりげなくトイレ誘導をしている。表情や所作を見逃さず失敗の減少に努めている。トイレは排便し易い姿勢を保つ足台を工夫し排便の自立支援にも繋げている。ポータブルトイレは使用していない。                      |  |
| 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  | 乳製品や食物繊維を多く摂ってもらう等対応しています。  |   |  |
| 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、個々にそった支援をしている                             | 毎日入浴していただいています。夜を希望される方は、夕食後の7時頃から入浴できるようにしています。浴室、脱衣室は床暖房等で快適な温度管理をしています。                | 利用者は毎日午後3時から夕食後の7時頃で希望する時間帯に湯の温度は個々の好みに合わせ職員とお喋りして、ゆっくり入浴を楽しんでいる。浴室暖房等施しヒートショックに対応している。浴槽は浴室中央に配し、縁の幅や高さを工夫し、利用者の安全に配慮している。   |  |
| 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   | お昼寝をしたり、部屋でゆっくり過していただくなど、一日の過ごし方を自由にいただいています。また、その方の状態をみて、臥床を進めています。                      |   |  |
| 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  | 薬の副作用、用法について理解し、薬の変更時は、注意事項をスタッフ間で共有し、様子観察・記録をしています。                                      |   |  |
| 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                             | 得意だった食事作りや掃除、裁縫、草むしりといった日常生活でできることをお願いし、感謝の気持ちを伝えています。                                    |   |  |
| 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 | 毎日買い物に出かけています。また、行事等で外出や外食に出かけています。   | 気候の良い時は1日一回、車椅子利用者も含め大半の利用者が近隣や近くの神社迄散歩に出掛けている。毎日の食材仕入れは利用者が交代で出掛け、時にはカラオケや喫茶店を訪ねる事もある。季節を楽しむ花見やドライブ、自治会行事に参加等、利用者は外出を楽しんでいる。 |  |



| 自己 | 外部   | 外部評価   |  |   |
|----|------|--|--|---|
|    |      | 自己評価<br>実践状況   | 実践状況<br>次のステップに向けて期待したい内容  |   |
| 50 |      | <p>○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</p>  | <p>自己管理できる人には、できるだけ本人に管理してもらっています。利用者が、自分でお金を持つことで安心できることもあることをスタッフに周知しています。</p>                     |   |
| 51 |      | <p>○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</p>   | <p>希望があれば、家族に電話をしています。また、年賀状を出しています。</p>   |   |
| 52 | (19) | <p>○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</p> | <p>浴槽やトイレ、フロアの六角テーブルや椅子、トイレ等生理学にかなった作りで、利用者を使いやすいように工夫しています。写真を飾るなど温かみのある空間になるように工夫しています。</p>        | <p>居間、食堂、キッチン幅広いワンフロアで高い天井、床暖房等快適な温度管理と掃除を徹底している。隣の人と話し易いとされる六角テーブル、平均下腿長に合わせた3種類の高さの椅子や車椅子での対応可能な3か所のトイレはレストテーブルを設置する等、細やかな配慮を施している。</p> |
| 53 |      | <p>○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</p>  | <p>小上がりやワットテツキの1に座って、外の景色を眺めたり、昼寝や談笑を楽しまれています。玄関先の長いすでも、一人で外気浴をされたり、数人の利用者でくつろいでおられます。</p>           |   |
| 54 | (20) | <p>○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</p>  | <p>タンスやベットなど、できるだけ使い慣れた物を使っていただけるように、家族に伝え、持ってきていただいています。カーテンなど、本人、家族の好みにまかせて、本人の居心地の良さに考慮しています。</p> | <p>全ての利用者は使い慣れた家具、椅子や厨子等を持ち込み、好みのカーテンも取り付けしている。家族の写真等飾っている。入居前に職員が自宅を訪問し、ベッドの向き等を確認し、可能な限り再現し居心地良く過ごせる様配慮している。</p>                        |
| 55 |      | <p>○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が送れるように工夫している</p>   | <p>居室のドアに名前の表札を張ったり、トイレが分かるように表示をしたりしています。</p>   |   |

## 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        |      | 年数回行う避難訓練の際、事業所だけの訓練となっており、地域の方々の協力を得られていない。 | 今後訓練と何か起こった際の協力をいただけるようにはたらきかけていきたい。 | 日頃から近隣住民様との挨拶やふれあいを深めながら、自治会長様と検討と協議の上、自治会にてご検討いただき、合同の訓練に向けてはたらきかけていきたい。 | 12か月       |
| 2        |      |  |                                      |   |            |
| 3        |      |  |                                      |   |            |
| 4        |      |  |                                      |   |            |
| 5        |      |  |                                      |   |            |

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。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

| 【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】 |                    | 取り組んだ内容                  |   |
|---------------------------|--------------------|--------------------------|---|
| 実施段階                      |                    | ( ↓該当するものすべてに○印)         |   |
| 1                         | サービス評価の事前準備        | <input type="checkbox"/> | ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ②利用者へサービス評価について説明した                                 |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした              |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した      |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ⑤その他( )   |
| 2                         | 自己評価の実施            | <input type="checkbox"/> | ①自己評価を職員全員が実施した                                     |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った                |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った    |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った         |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ⑤その他( )   |
| 3                         | 外部評価(訪問調査当日)       | <input type="checkbox"/> | ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった             |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ④その他( )   |
| 4                         | 評価結果(自己評価、外部評価)の公開 | <input type="checkbox"/> | ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った                          |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った                       |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った                          |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ⑤その他( )   |
| 5                         | サービス評価の活用          | <input type="checkbox"/> | ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した               |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)      |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)                           |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)                     |
|                           |                    | <input type="checkbox"/> | ⑤その他( )   |