

(様式3)

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成26年12月10日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	0891900060		
法人名	有限会社 バディ		
事業所名	ケアサポートけやき	ユニット名	
所在地	〒300-1216 茨城県牛久市神谷1-14-13		
自己評価作成日	平成26年5月28日	評価結果 市町村受理日	平成27年6月8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。

基本情報 リンク先URL	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2010_021_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0891900060-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=021">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2010_021_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0891900060-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=021</a>
-----------------	---

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社会福祉法人茨城県社会福祉協議会		
所在地	〒310-8586 水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成26年7月29日	評価機関 決裁日	平成26年12月9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）】

少人数で3種類のサービス(訪問、通い、お泊り)が顔なじみのスタッフから受けられるため安心して利用できる。お天気のいい日には広いテラスでお茶をしたり、唄を歌ったりして野外での季節感を味わう。閑静な住宅街にあるが、畑等もあり直接農業をしている人達の交流があり野菜を頂いて即手料理をして頂く。地域のボランティアの方々との交流やイベント等のお手伝いをして頂くことにより地域社会の一員として大事にしています。

### 【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）】

事業所は周りに畑やゴルフ場、学校などがある住宅街の一角に立地しており、利用者は四季の移り変わりを日々の生活や散歩を楽しむ中で感じることができる。  
管理者は職員と日頃から何でも話せる人間関係を築くなど、風通しの良い働きやすい職場の環境づくりに努めている。  
職員は小規模多機能型居宅介護の特徴を活かし、通所サービスの送迎や訪問サービスなどで利用者や家族等と密に関わり、信頼関係を築いている。

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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 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	理念を解りやすい言葉で、誰もが見える場所に掲示し実践に繋がるように努めています。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成し、誰もが目に付き易い玄関や食堂兼居間に掲示している。 理念は職員が日々各自で確認するほか、ミーティング時に唱和して再確認し、共通認識のもとで実践に努めている。	
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	地域の自治会に加入し、子供会等の資源（ダンボール、新聞）の協力をしたりまた自治会の防災訓練に参加したり、施設の避難訓練に協力していただいたりして、地域社会の一員として交流している。	自治会に加入し、自治会主催の防災訓練に利用者は職員と一緒に参加して地域の人々と交流をしている。 管理者は地域の清掃活動に積極的に参加しているほか、防災訓練において車いすの使い方や介助方法の講師を務めるなど、事業所自体が地域の一員として交流している。 シルバーリハビリ体操や歌、フラメンコ、絵手紙などの地域のボランティアを受け入れ、利用者が地域の人々とつながりながら暮らせるよう支援をしている。	
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	自治会の依頼で車いすの操作、移乗、介助の指導を行いました。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	開設して2ヶ月に1回開催し様々な立場から意見交換し今後の課題として、ミーティング時に報告してサービスの向上に務める。	運営推進会議は併設するグループホームと合同で家族等や地域包括支援センター職員、区長、民生委員、代表者、管理者で2ヶ月に1回開催している。 会議では事業所の活動報告や行事予定、運営状況の説明をするほか、出席者と意見交換を行っている。 区長から「地域の老人会や敬老会に利用者を参加させてはどうか」との意見を受け、職員会議で検討した結果、職員と一緒に参加することになるなど、出た意見等をサービスの質の向上に活かしている。	

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
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	介護相談員が毎月来て、利用者様に直接要望、意見、相談などを聞いて頂きます。またそれを後日「苦情、要望事例等対応連絡表」が送付してくるとスタッフで回覧し話し合います。行政へは、不明な点などご指導頂いています。	管理者は積極的に市担当課や地域包括支援センターへ足を運び、入退居状況やケアの取り組み内容を報告するとともに、事業所の存在を周知する方法を相談して助言を得るなど、協力関係を築くように取り組んでいる。毎月介護相談員を受け入れ、利用者が要望や苦情などを出し易いよう支援をしている。	
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	ミーティング等で資料を配布して勉強会で取り組んでいるが、帰宅願望の利用者がいらして夜はどうしても夜勤者が一人のため、施錠させて頂いています。	管理者は身体拘束排除マニュアルを作成し、年1回身体拘束に関する研修を行い、職員が身体拘束の内容と弊害について正しく理解ができるように努めている。 帰宅願望の強い利用者がいるため、家族等に説明して玄関を施錠しているが、基本は施錠せず見守り体制で対応し、無理な場合には家族等の同意を得てから施錠をするという手順を踏むまでには至っていない。 利用者や家族等には口頭で身体拘束を行わないことを説明しているが、契約書や重要事項説明書に明記するまでには至っていない。 医師の診断などでやむを得ず身体拘束をする場合に備えて「身体拘束に関する説明書」や「経過観察記録」、「再検討記録」などの書類を整備するまでには至っていない。	玄関については、まずは施錠せずに見守り体制で対応を試み、無理な場合には書面で家族等から同意を得てから施錠することを期待する。 契約書や重要事項説明書に身体拘束を行わないことを明記したり、医師の診断のもとやむを得ず身体拘束をする場合に備え、緊急やむを得なかった理由や身体拘束の態様及び時間、利用者の心身の状況などを記載する書類一式を整備するとともに、実施にあたっては、利用者や家族等から書面で同意を得ることを期待する。
7		○虐待の防止の徹底 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	ミーティング等で理解を深め、利用者様が在宅で家族の対応、施設での職員の対応に注意を払い虐待防止に努めています。特に言葉の暴力など気をつけています		
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	パンフレット等で勉強をして理解を深め、また研修の機会があれば参加して知識を深めていきたい。また利用者様で必要性のある方が出た場合、関係機関に相談して対処していきます。		

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
9		○契約に関する説明と納得  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、解約時にはよく解る言葉で説明し納得頂けるよう心がけています。		
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	家族との連絡表等に要望、意見を記入して頂いたり、直接訪問して聞いて職員と話し合いをする。また運営推進会議にも取り上げ意見、助言を聞いて反映させていく。	送迎時や自宅訪問時に利用者や家族等の話を聴いたり、「サービス提供記録」を活用して意見や要望の把握に努めている。 「利用者一人ひとりのアルバムを作りたい」との利用者からの意見を受け、職員は利用者の事業所での様子を撮影し、利用者と一緒にアルバム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	管理者と職員とは常に意見交換をして随時即答出来るものについては答えるが上司と相談しなければならないことは後日必ず答える。ミーティング時にも意見要望を出しやすい環境作りを配慮しています。	管理者は朝のミーティングや月1回の会議で職員の意見や要望を聞く機会を設けている。 職員から出た意見等を検討し、風呂に手摺を取り付けたり、よしずを購入したり、勤務体制の変更をしたりして、運営に反映させている。 管理者は日頃から職員に話しかけてコミュニケーションを図り、職員が意見や提案を出し易い環境を築いている。	
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	代表者と職員の意見交換の場を作りやりがいのある環境整備をしています。		

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
13		○職員を育てる取組み 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	月1回のミーティング等で、テーマを決めて勉強会をして質の向上に努めている。		
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	運営推進会議には、同業者の参加もあり、情報交換を行ったり、助言を頂いたりしています。また介護支援専門員連絡会にも参加してネットワークづくりや勉強会に参加して質の向上に努める。		
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 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	サービスの開始に当たり家族から相談を聞き、本人が不安としていることは何か傾聴しながら信頼関係を築き、安心してサービスを利用出来るよう努める。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	家族と本人との関係性聞き困っていること、不安、要望をその都度聞き、何時でも相談出来るよう努める。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	家族、本人と面談して状態を把握して何が必要なサービスか見極め、どのサービスとも連携して対応していく。		

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	自宅と施設での違いを見極め本人の個性を活かし、生きがいのある生活を共に築いていく。また利用者同士交流し深めていく。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	本人は元より、家族の意向もじっくり聞き支援していきます。		
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	在宅支援していく上では、馴染みの人、場所を途切れないよう支援していきます。	職員はアセスメントシートを活用したり、利用者や家族等の話しから利用者のこれまでの生活歴のほか、馴染みの人や場所を把握している。 利用者の馴染みの店への買い物や毎週金曜日に地域のコーラスに同行するなど、馴染みの関係が途切れないよう支援をしている。 家族等や利用者の馴染みの人がいつでも気楽に来訪できるようお茶を出して接待している。	
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	お互いにコミュニケーションを持つように語りかけ興味を持たせるよう努める。		
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	登録が終結しても、訪問をして近況を聞き相談を聞いたりしてフォローして行く。		

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
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  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。	本人の意向を聞き汲み取り支援をしていきます。意思表示出来ない方にはその視点に立って話し合いをしていきます。	職員は利用者との日常の関わりの中で、コミュニケーションを図りながら利用者の希望や意向を把握するとともに、家族等から話を聴いて情報を得ている。 意思表示が困難な利用者の場合は、日々の生活の中での表情や行動から利用者の思いや意向の把握に努めている。 把握した情報は申し送りノートに記載して全職員で共有するとともに、個人ファイルに記載している。	
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	本人が一番安心していられる環境や生活歴を家族に聞き継続出来るよう努める。		
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	毎日状況を把握し記録につけることで、心身の状態、出来ること、出来ない事見極め現状の把握に努める。		
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	本人、孤族の要望はもとより、職員の意見も取り入れ、介護計画の作成をし、ミーティング時にはモニタリングを実施しています。また利用者様の心身の状態の変化が生じた場合その都度見直しを行っています。	介護計画は介護支援専門員がサービス担当者会議を開催して利用者や家族等の希望のほか、主治医や看護師、職員の意見をまとめて作成し、3ヶ月毎に見直しているほか、利用者の心身の状態に変化が生じた場合は、その都度見直している。 介護計画は、「居宅サービス計画書」と「小規模多機能型居宅介護計画書」を作成し、1ヶ月毎にモニタリングを実施している。	

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
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	毎日介護日誌を記録して職員同士が共有してより良いケアに努め介護計画の見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	一人ひとり柔軟な支援サービスに取り組んで対応しています。		
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	地域のボランティアグループや自治会の皆様と交流ができ思いがけない力が発揮出来るようすごして頂いています。		
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	基本は家族が本人と一緒に受診に行くが、支援専門員、看護師が同行して先生の受診内容を聞き連携をとり支援して行く。	利用者や家族等が希望するかかりつけ医への受診を支援している。 かかりつけ医への受診は原則家族等が付き添うことになっており、職員は利用者の状態を家族等に伝え、適切な受診ができるように支援をしている。 受診結果は家族等から報告を受け、申し送りノートと個人ファイルに記載し、全職員で共有している。	
31		○看護職員との協働 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	看護職員と密に連携し相談して適切な処理をしたり家族に情報を伝えて受診につないで頂く。		



☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
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、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、必要な情報を提供して安心して治療に専念してもらおう。また退院時には在宅、施設での生活が安全に出来るようカンファレンスを開いて頂けるよう関係づくりを行っている。		
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	家族、本人と面談して意向を聞き、緊急時は病院に搬送をするが、家族が延命処置をしない意向の場合は主治医と家族と話し合いを行いスタッフ共々共有し出来ることを説明して支援していきます。	契約時に利用者や家族等に看取りはしない旨を説明しているが、重度化した場合や終末期に向けた事業所の対応指針を明文化するまでには至っていない。 重度化した場合には、入院や他の施設の説明を行い、主治医と家族等と話し合っ対応している。 開設が2年前という事もあり、「事業所でできることとできないこと」や「重度化や終末期に向けた事業所の対応指針」について話し合っている段階である。	重度化や終末期に向けた事業所の対応指針を明文化するとともに、契約時に利用者や家族等に書面で説明をして同意を得ることが望まれる。
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	常に緊急時については、消防署にて職員研修実施し応急手当の対応出来る様実践力をつけています。		
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	消防署、近隣者協力のもと年2回防災訓練実施。緊急連絡網再点検。	避難訓練は併設のグループホームと合同で夜間を想定した避難訓練を含め、年2回消防署立会いのもと地域住民の参加を得て実施している。 避難訓練の実施記録を作成し、訓練で明らかになった課題について話し合った内容を記録に残し、次回の訓練に活かしている。 災害に備えて食糧や飲料水など、備蓄品リストを作成して管理している。	

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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  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	1人ひとりの個性やこだわりを把握し大切に、人格、プライバシーに配慮した対応をこころがけています。	職員は利用者の個性やこだわりを把握し、一人ひとりの人格を尊重しながら、排泄介助や入浴介助時には小声で声かけ誘導をするなど、周りの利用者にも配慮しながら対応している。 個人情報の書類は事務室の施錠ができる書棚に保管し、情報の漏洩に留意しているほか、個人情報を使用する場合には使用目的を明確にして家族等の同意を得ている。	
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	利用者が自分の要望、自己決定出来る様、問いかけ、話しかけに努めています。		
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	利用車のペースに合わせて、異心地良く生活出来る様支援していきます。		
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	本人の希望にそって、家族にお話したり、またおしゃれをしてきた時は気づき声掛けしていきます。		

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとり好みを聞きながら栄養バランスを考えて食事作りをしている。季節に応じた料理も時折したりまた外での食事を行う。食事が終わったら個々で下膳して頂き出来る方には、お手伝いをしてもらう。	職員は利用者と一緒に1週間分の食材を近隣のスーパーに買い出しに行き、利用者の意見を取り入れながら食材を見てその日の献立を決めている。 利用者と職員と一緒に調理をし、同じ食卓を囲みながら温かい食事を摂っている。 利用者は食器洗いや盛り付け、配膳、後片付けなどの役割を担いながら食事を楽しんでいる。 行事食を取り入れたり、年3回外食に出かけるなど、食事が楽しみなものとなるよう支援をしている。	
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、水分摂取量を記録して、声掛けをしています。栄養については個々の制限がない限りバランス良く支援しています。スタッフには高齢者の脱水と水分摂取の必要性を周知徹底している。		
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	毎食、食前体操を行いむせや円げ障害を防止のためにしています。毎食後1人ひとり口腔ケアをしている。		
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向けた支援を行っている	排泄パターンを記録し把握することにより、適切な時間に誘導出来る様に努めます。	職員は排泄チェック表を活用して利用者一人ひとりの排泄パターンを把握するとともに、タイミングを見計らって声かけ誘導をし、トイレで排泄ができるように支援をしている。 殆どの利用者が布パンツ使用だが、夜間はリハビリパンツや尿取りパッドを使用しているため、声かけ誘導をして排泄の自立に向けた支援をしている。	

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
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	水分を充分にとり、身体を動かした、食物繊維が摂れるような食事の工夫も心がけている。医師による服薬もコントロールしている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	基本的には曜日をきめてはいるが、本人の希望やタイミングに合わせて支援しています。	入浴は週2回を基本としているが、利用者の希望やタイミングに合わせて入浴ができるよう支援をしている。 柚子湯を取り入れたり、仲良し同士の入浴など、利用者が入浴を楽しめるよう支援をしている。 入浴を拒む利用者には無理強いせず、タイミングを見計らって再度誘ってみたり、声かけする職員を替えるなどの工夫をしている。	
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	1人ひとりに合わせた支援をしていますが、なかなか眠れない方には、ホールでお話をしたり、テレビを観ていただいたりして、過ごしていただいています。		
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	個々の薬は、家族からの説明や、受診時に先生からの説明でスタッフ共有して理解します。服薬についても再々確認して誤薬の防止につとめています。		
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	個々の状態、生活歴を活かして役割、趣味、運動を行っている。共同作業として、季節の壁飾りを皆で作付けます。		

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
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。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	毎日お天気のいい日には散歩を行ったり、している。在宅での1人暮らしのかたには、移送サービスを利用出来る様支援しています。公民科等でイベントをしている時は出かけていきます。	天気の良い日には事業所周辺を散歩して五感を刺激したり、四季の移り変わりを楽しめるよう支援をしている。 事業所の車両を利用して花見や牛久大仏、牛久シャトーに出かけたり、2ヶ月に1回地域の公民館のイベントに参加したりするなど、気分転換が図れるよう支援をしている。	
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、お金を所持したり使えるように支援している	在宅支援なので家族の型が管理しているが、認知症で1人暮らしの方に関しては家族の同意でお預かりしています。		
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	御用のある場合は施設の電話でかける。携帯電話を持っている方は、自由に交流をして頂いています。お手紙の投函は家族の居ない方に関しては職員が支援しています。		
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	広いフロアーに異心地良く過ごせるように、季節ごとに壁の飾り付けを利用者とスタッフと一緒にしたり、しています。またデッキがあり、お天気のいい日には陽射しをいっぱいあび、季節感を感じとることができます。	食堂兼居間は天井が高く、天窓を設置して採光や換気に配慮した造りになっているほか、大きな窓を開けるとウッドデッキに続いており、開放感のある居心地のよい空間になっている。 居間の窓にはよしずが置かれ、日差しを遮る工夫をするとともに、季節感を演出している。 居間の壁には利用者が職員と一緒に折り紙や貼り絵などで制作した季節毎の大きな絵の作品が飾られ、温かさが感じられる。 いつでも歩行訓練ができるように、ウォーキングマシーンを配置している。	

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

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
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	共有の空間はソファやデッキがあり自由に過ごせるように見守りをしています。また気のあった方同士で過ごせるように、配慮もしています。		
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	居室は喚起も良く、ゆっくり出来る様に工夫もしています。	泊まりの部屋にはエアコンやベッド、カーテン、整理箆筒が備え付けられている。利用者は泊まる際に馴染みの家具や使い慣れた物品を持ち込み、居心地よく過ごせるよう工夫をしている。宿泊用個室は、できるだけ利用者が前回と同じ部屋を利用することができるよう配慮している。	
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」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	個々に応じて安全で自立した生活が送れるよう支援しています。		

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。 (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。 (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。 (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 (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 (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。 (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。 (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る。 (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。 (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。 (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、生き活きと働いている。 (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
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



(様式4)

## 目標達成計画

事業所名 ケアサポートけやき

作成日 平成27年6月5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組み内容	目標達成に要する期間
1	5	玄関については、まずは施錠せずに見守り体制で対応を試み、無理な場合には書面で家族等から同意書を得てから施錠することを期待する。契約書や重要事項説明書に身体拘束を行わないことを明記したり、医師の診断のもとやむを得ず身体拘束をする場合に備え、緊急やむを得なかった理由や身体拘束の態様及び時間、利用者の心身の状況などを記載する書類一式を整備するとともに、実施にあたっては、利用者や家族の書面で同意を得ることを期待する。	身体拘束についての研修をして知識を得、年間計画をたて職員が共有し少しでも改善していく。どうしてもの方のみ家族の同意書をもらう。	身体拘束についての研修を今月中に行い解除の必要性を共有して見守りを徹底する。一人の方が帰宅願望が強い方がいて、週1回のみお泊りされるので、その方のみ家族の同意書を頂くよう説明する。	2か月
2	12	重度化や終末期に向けた事業所の対応指針を明文化するとともに契約時に利用者や家族等に書面で説明をして同意を得ることが望まれる。	方針を明確化し、文章を作成して利用者、家族に説明を行う。	まずは、家族、本人には話し合いの場を確保方針を明確化して確認する。しかし職員には同じ敷地内にグループホームがありそこでは終末期の取り組みをしているので一緒に研修をして知識を得、いずれは在宅で終末期に向けた方針を支援していきたい。	6ヶ月
3					
4					
5					

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。