

### 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   | 0874400351       |            |           |
| 法人名     | 株式会社 モデナ・ケアサービス  |            |           |
| 事業所名    | グループホーム 響        |            |           |
| 所在地     | 茨城県北相馬郡利根町横須賀147 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成21年12月19日      | 評価結果市町村受理日 | 平成24年8月6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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0874400351&amp;SCD=320">http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0874400351&amp;SCD=320</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人認知症ケア研究所  |
| 所在地   | 茨城県水戸市酒門町字千束4637-2 |
| 訪問調査日 | 平成22年1月20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)】

地域の方との交流や、ご利用者家族との関係をととても大切にしているグループホームです。

【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)】

デイサービスやショートステイのある複合施設の中にあるが、一步ホームに入ると落ち着いた家庭的な空気が感じられる。利用者を想う家族と職員が日々協力しながら穏やかで生き生きとした暮らしをサポートしている。家族は頻りにホームを訪れ、利用者全員と声を掛け合ったりピアノを弾いて皆で歌ったりと楽しい時間を過ごしている。また、デイサービスでは俳句の会などもあり地域の方の出入りも多く、そういった機会にホームを訪れる方もいる。毎年開催される秋祭りには地域からも大勢の参加があり、地区代表とのコミュニケーションも良く取られている。地域や家族とのふれ合いを非常に大切にしている様子が確認できた。

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<br>3. 利用者の1/3くらい<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と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、生き活きと働いている<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<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  | 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                            | 日々の申し送り時に唱和したり、名札の裏に携帯している他、施設内のあちこちに掲示している。                                       | 開設時に職員の思いを盛り込んで作られた理念がある。玄関やユニットに掲示されており職員の名札にも携帯されている。利用者の尊厳を大切に自宅にいるのと変わらない生活が送れるように支援していこうという理念に基づいたケアが提供できるよう常に会議等で確認されている。                     |                   |
| 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                            | 地元の小学校や中学校職場体験学習の場や、ボランティアの方々との交流として施設内を提供している。また、毎年行われる秋祭りでは、地域住民やボランティアの参加もあり盛大。 | 自治会へ加入し廃品回収に参加するほか、法人主催の秋祭りには地域施設等の協力の下、回覧や店舗でのポスター掲示で住民に告知し、盛大に催されており地域交流の場ともなっている。また複合施設と連携し職場体験学習をきっかけに小中高生との交流やボランティア交流も盛んに行われている。              |                   |
| 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                          | 地域の散歩や買い物等を通じて、認知症の方と触れ合える様支援。また、様々な企画で施設を開放しているので、地域住民の方にはいつでも理解して頂ける様な環境にしている。   |   |                   |
| 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       | 入居者状況、活動状況、利用者の様子等を報告し、出席者より意見を頂き、見直しや改善点を随時報告。外部評価結果報告も議題としている。                   | 2ヶ月に1回の会議には、市の職員や地域の代表、家族が参加している。ケアについての相談や意見交換と改善案、行事の報告、新人職員の紹介等が行われている。会議の後には食事会が催されることもある。欠席された家族には会議内容の報告が行われている。                              |                   |
| 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取り組んでいる                  | 毎月、役場の担当者が利用者の意見を聞きに来ている。また、行政主催の研修や勉強会にも参加し、サービス提供の質の向上に努めている。                    | ホームから月に1回は出向いて相談や話をする機会が作られており、また介護相談員や市の担当者もホームを訪れ利用者から意見等が聴取されており、スムーズな連携が図られている。   |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束は行わない。利用者の生命の危険性がある場合のみ、ご家族へ連絡し同意を得てから実施。常に拘束を止める検討を行っている。                     | 職員は身体拘束についての伝達研修等からその内容と弊害を理解しており、原則として行わぬよう努めている。やむを得ず必要な場合は家族とよく話し合い同意書が取られている。玄関の鍵は施設全体が幹線道路沿いであり安全性の配慮から施錠されているが、リビングの掃き出し窓からはいつでも出入りが自由となっている。 |                   |

| 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 |
| 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     | 管理者は、高齢者虐待防止についての講演や研修に参加し、カンファレンスにて報告している。また、日々虐待が起きぬ様注意を払っている。 |  |                   |
| 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 | 県や市町村の講習会や、講義にて必要性を関係者と話し合い活用している。                               |  |                   |
| 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                      | 契約時に十分な説明を行い、納得頂いた上で締結。また、契約後の疑問などにも随時説明。                        |  |                   |
| 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を頂いている他に、玄関に意見箱を設置。直接伝えづらい事も伝えられる様な環境を整備。               | 家族会があり、積極的にホームに関わってくれる家族が多いことから、来訪時や電話で直接コミュニケーションが取られる機会が多いが、別途苦情解決責任者、第三者苦情窓口の設置も行われた。運営推進会議での意見も活かしながら、意見の聴取に努めている。 |                   |
| 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                                   | 管理者は、カンファレンス時や個々に意見を聞き、運営に反映している。                                | 月1回のカンファレンスでは職員からの意見が積極的に取り入れられている。外部評価の記入にあたっては、職員の意見を管理者がとりまとめて作成された。職員の意見が表しやすいよう工夫や配慮がされている。                       |                   |
| 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   | 代表者は、毎月行われる施設長会議や施設巡回時に職員の状況把握に努めている他、人事考課にて個々の実績を評価、給与水準に反映。    |  |                   |
| 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      | 年に数回、教育研修会を実施。管理者には、月に2回の管理者講習会を行っている。                           |  |                   |

| 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 |
| 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 | 他事業所の職員と交流できる機会を設けており、情報交換やコミュニケーションが取れる環境を整備。                     |   |                   |
| <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           | 利用者に、職員がゆっくり傾聴できる環境づくりに努めている。                                      |   |                   |
| 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                      | 入居前にホーム内を案内しながら、現状で困っている事や悩み、不安をうかがい、出来る限りの要望に応えられる様なサービス提供に努めている。 |   |                   |
| 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                  | ご家族の話聞き、施設ケアマネと連携を図り、最良のサービスを提供出来る様、対応に努めている。                      |   |                   |
| 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                                  | 利用者と職員が家族の様な、家庭的な雰囲気でのサービス提供が出来る様努めている。                            |   |                   |
| 19                          |     | ○本人と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                   | 管理者は、面会に来られないご家族にも定期的に利用者の様子を伝えながら、絆を大切に出来る環境を整備している。              |   |                   |
| 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                               | 常に外出出来る状況を作っている。馴染みの方からの手紙や面会など、利用者の希望があればそれに対応した提供をしている。          | 散歩や買い物中に偶然会ったり、敬老会への参加での再会をきっかけにホームへ足を運んでくれる利用者の顔なじみの方がいる。またデイサービスの利用者で馴染みの方、近所の方の来訪などの場面づくりがされている。 |                   |

| 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 |
| 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                                   | 利用者同士の間に職員が入り、共通の話題を提供している他、共同作業的なレクリエーション等の企画を立てている。               |  |                   |
| 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                    | 解約後も、ご家族より相談等出来る限りの支援が出来る旨説明を行っている。                                 |  |                   |
| <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<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   | 日中の生活より、思いや希望を常に記録し、職員間で把握出来る様努めている。                                | 日常の利用者との会話から、その思いを聞き職員全体で共有化できるよう努めている。また、言い表すことが困難な利用者でもその表情や様子から気持ちを汲み取り家族からも話を聞きながら、ケアに活かせるよう取り組みがなされている。                                       |                   |
| 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                                       | 事前に、ご家族や本人より生活歴を伺い情報を把握する様努めている。                                    |  |                   |
| 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   | 健康チェックは毎日実施、記録している。利用者の状況変化時には、その都度申し送りのノートへ記録し、職員全員が把握出来る環境に勤めている。 |  |                   |
| 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 | 利用者、ご家族、職員、ケアマネに必要なに応じサービス担当者会議を実施。意見交換の中で出た内容を取り入れたケアプランを作成している。   | 月1回のカンファレンスの情報収集としてケアの中で利用者ごとの気づきメモを集積し、ここから職員の意見を取り入れた介護計画が作成されている。ケアカンファレンス記録の書式が分かりやすくまとめられており、これを活用しての計画の見直しが月1回行われている。アセスメントも3ヶ月に一度取り直しされている。 |                   |
| 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                        | 利用者毎にファイルがあり、その中に職員全員が把握出来る利用者情報を閉じてある。                             |  |                   |

| 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   |
| 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                            | 季節毎の行事やボランティアの訪問、隣接しているデイサービス利用者との交流会等、マンネリ化しない様なサービス提供に努めている。  |  |   |
| 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                                      | 地域との交流を図る事で、ボランティアの訪問により、利用者が日々楽しみのある生活を送る事が出来る。                |  |   |
| 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                                  | 月2回の往診にて、主治医は利用者の身体の状態を把握出来ている為、必要に応じてその都度指示を仰いでいる。             | 定期的な提携医の往診で利用者の健康状態が常に把握されており、24時間対応が可能である。また、希望や必要に応じてなじみのかかりつけ医を受診する利用者もいる。予防接種も受診済みであり、しっかりと健康管理体制が取られていると感じた。家族への受診結果の報告等もきちんと実施されている。 |   |
| 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                          | 隣接している施設には数名の看護師がいる為、常に適切な対応が出来る。                               |  |   |
| 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。 | 入退院時には、該当利用者を良く理解している管理者か職員が同行し、病院側との情報交換や相談できる関係を構築している。       |  |   |
| 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  | 利用者、ご家族の希望を確認し、医療機関との連携を保ちながら、住み慣れた地域で終末期を迎えて頂きたい方針。            | ホームとしては重度化や終末期の対応を行う方針であり、職員にも周知されている。また、家族とも話し合いの機会が持たれており、基本的な意向確認がなされている。   | 今後はまずホームの方針に基づき、具体的にどのような体制作りが可能で、どこまでの対応が具体的に出来るのかを明確にした指針づくりが第一であると思われる。提携医との相談や運営推進会議での意見交換を重ねながら早めに準備を進めていく必要がある。 |
| 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  | 全職員は、利用者の既往歴や服薬歴を把握している。また、定期的に応急手当方法や初期対応の訓練を実施し、急変時の対応に備えている。 |  |   |

| 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  |
| 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            | 全職員が、避難訓練を実施し避難法が身につけている。施設での緊急対応マニュアルを作成し、地域の消防署との連携が出来る。  | 消防署立ち会いの下で年2回定期的な訓練が実施されている。夜間想定も含めて利用者も一緒に参加し、手順を確認している。緊急用の水や食料は複合施設全体で確保されている。緊急連絡網もあり、避難場所の確認もされている。                            | 複合施設であることから災害時は施設自体が避難場所として機能せざる終えない状況も想定される。今後は地域と共に避難訓練が実施出来るようホーム自らが積極的に地域へ働きかけていく必要があると思われる。 |
| <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                    | 利用者の意思やプライバシーを損ねる事のない様、全職員が気を付けている。個人情報保護法にのっとり、関係書類の整備、記録ノートの保管等の取り扱いに注意を払っている。ご家族との話し合いは居室や事務所でやっている。 | 記録物等の書類は鍵を掛け保管されている。また管理者、職員からは利用者の尊厳を大切にしよう一人一人に丁寧な言葉かけや対応がなされていた。   |  |
| 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                      | 利用者の思いや希望が伝えられるように職員が側に添い、自己決定して頂ける様支援。   |   |  |
| 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 | 大まかな一日の流れはあるが、利用者のペースを大切にし、その人らしく生活出来る様、レクリエーションや体操の強制はしないで、利用者本人の意思で行ってもらっている。                         |   |  |
| 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                                   | 職員は、着やすさだけでなく利用者を選んで頂ける様配慮している。   |   |  |
| 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      | 献立は、利用者の希望を聞きながら1週間毎に職員が交代で作成し、季節の食材にて提供する様努め、個人に合わせた食事形態を実施。準備や食事、後片付けは職員と共に実施し、楽しんで頂いている。             | 季節の食材を活かした料理が提供されている。食事中は介助等の理由から全職員が席に着くことは難しいが、職員一人は必ず同じメニューを共に食べ、その他の職員は声かけをしながら食事の時間を利用者と共に共有していた。外食や利用者家族とのイベント食などの機会も提供されている。 |  |
| 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           | 隣接している施設には栄養士がいるので、アドバイスを受けながらバランスの取れた食事提供をしている。健康状態を把握する為、摂取量や水分量をバイタルと共に記録として整備。                      |   |  |

| 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 |
| 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                       | 毎食後、職員が利用者に声を掛け、個人に合わせた口腔ケアが出来る様支援している。                   |   |                   |
| 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       | 全利用者の排泄パターンを把握し、日中はオムツゼロ作戦に成功出来る様、支援している。                 | 夏場に比べ冬場は難しい場合もあるが、出来るだけ日中はオムツなしで過ごせるよう支援されている。排泄パターンを把握し声かけや誘導をしたりと、日々のコミュニケーションを活かしながら対応がなされている。 |                   |
| 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                       | 予防策として、消化しやすい食材選びや料理の工夫など、利用者に応じた予防を行っている。体操も日中を通して何度か実施。 |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 夜間帯以外の時間で利用者の都合に合わせた入浴が可能。                                | 入浴は日中、一日おきに実施されている。一人一人がゆっくりと入浴できるよう支援されており、ゆず湯なども楽しまれている。  |                   |
| 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                        | 日中でも希望があれば入床させている。  |   |                   |
| 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                   | 全職員が利用者の服薬状況を把握しているので、主治医の指示通り実施。                         |   |                   |
| 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      | 利用者の体調や状況に応じて、数名づつ行っていただいている。                             |   |                   |



| 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 |
| 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                      | バルコニーや中庭など、利用者がいつでも屋外に出られる様になっている。外出も利用者の希望があれば可能。          | 日常的な散歩や買い物の外出支援がされている。また利用者がリビングの掃き出し窓から自由にバルコニーや中庭に出て行くことが出来るようになっており、ちょっとした気分転換やひなたぼっこなどが楽しめるようになっている。お花見や外食などの外出も支援されている。 |                   |
| 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  | 希望があれば職員と一緒に近くのスーパーなどに買い物に行っている。                            |  |                   |
| 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   | 希望があればその都度支援している。   |  |                   |
| 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 | 快適に過ごして頂ける様、環境整備については特に配慮している。                              | 玄関にはひな人形や季節の花がさりげなく飾られ、利用者が腰掛けられる畳張りの長椅子が用意されている。リビングの窓からは十分に光が入り明るい印象である。全体的にすっきりとしていてそれでいて暖かみのある空間であると感じた。                 |                   |
| 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  | 利用者同士で過ごされたり、ひとりでも快適に過ごされる様な環境整備をしている。                      |  |                   |
| 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  | 使い慣れた家具などを配置し、住み慣れた自宅にいるのと変わらない様な居室になっている。                  | 全室畳となっており暖かいぬくもりが感じられる。なじみの家具や鏡台などが置かれており、花や写真なども飾ってある。どの部屋もその人らしい家庭的な居室となっていた。  |                   |
| 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が送れるように工夫している   | 自立した日常生活を営むことが出来る様、居室の表札、トイレ、洗面所等、全てにおいて見やすく分かりやすい様配慮されている。 |  |                   |

## 目標達成計画

作成日：平成 24 年 8 月 6 日

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        | 33   | 重度化や終末期の対応は、ご家族様と話し合いの機会を持ちながら進めているが、具体的な方針の明確化・体制作りが必要である。 | 施設としてどこまで対応できるかの指針を明確にする。 | ご家族の意向の聞き取りを行う。ご家族様と提携医との相談の機会をつくり、施設での対応がどこまでできるかの指針を明確にする。(主治医の往診時にご家族も同席していただく) | 6ヶ月        |
| 2        | 35   | 災害対策については、年2回の訓練を行っているが、地域との訓練協力ができていない。                    | 地域の避難訓練・防災への働きかけをしていく。    | 運営推進会議等にて施設の災害時の対応マニュアルをお知らせし、地域の防災意識の向上に協力する。                                     | 6ヶ月        |
| 3        |      |   |                           |  | 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、行を挿入して下さい。