

### 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   | 2393800020        |           |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 紫水会        |           |  |
| 事業所名    | グループホーム オーネスト桃花林  |           |  |
| 所在地     | 愛知県小牧市上末字道場580番地1 |           |  |
| 自己評価作成日 | 評価結果市町村受理日        | 平成24年4月5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 | 株式会社 ケア・ウィル                   |       |           |
| 所在地   | 愛知県名古屋市中村区椿町21-2 第2太閤ビルディング9階 |       |           |
| 訪問調査日 | 平成24年2月22日                    | 評価確定日 | 平成24年4月2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)】

グループホームに入居されたお年寄りの方々を、皆幸せな気持ちにしたいとの願いから、薬を使わずストレスや不安を緩和するケアに取り組んでいます。ハンドリフレクソジスト2名、学習療法士1級2名、回想法・専門研修修了2名が在籍し、様々な取り組みによりコミュニケーションを図り、スキンシップや癒しの時間を提供し、ゆったりと穏やかに暮らしていただけるよう努めています。又、一年を通し地域の方々と交流をしながら、入居者の方々の生活の中で受け継がれてきた習慣や風習を振り返り一年の歳時記を綴る事ができるように行事を計画し、生活の知恵や経験を教えていただく機会にしています。

#### 【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)】

入居者の高齢化とそれに伴う介護度が進む中、職員は一人ひとりを尊重したその人らしい生活支援を目指している。心理的な安定や自分らしく生活してもらえるよう、回想法やハンドリフレクソロジーなども実践している。また、生活に張り合いが持てるよう地域との交流や季節の行事など、外出支援に努めている。ホームと入居者、家族、地域との関係は良好で、訪問時に入居者の生き生きとした明るい笑顔が見られ、家族アンケートからもホームに対する満足度の高さが伺える。地域との関係は市を始め、地域の人達の理解と協力が得られ、入居者は地域の一員として受け入れられている。職員の介護に対する意識は高く、チームワークも良好である。職員は管理者を信頼し、管理者は職員に安心して業務を任せられる関係が築かれている。資格取得においては手厚い支援があり、「介護のプロとしてプライドを持ち、スペシャリストになろう」を合言葉に管理者、職員が日々ケアに励んでいる。今年度の目標達成計画は真摯に取り組み達成されている。

### 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<br>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)     | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<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. ほとんど掴んでいない | 63<br>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)   | <input type="radio"/> 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<br>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)           | <input type="radio"/> 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<br>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)                     | <input type="radio"/> 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<br>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)                 | <input type="radio"/> 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<br>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) | <input type="radio"/> 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. 全くいない           |
| 59<br>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)   | <input type="radio"/> 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<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 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<br>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)                | <input type="radio"/> 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<br>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                                       | <input type="radio"/> 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<br>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)       | <input type="radio"/> 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<br>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                                   | <input type="radio"/> 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<br>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) | <input type="radio"/> 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                            | 施設全体の理念及びグループホーム独自の理念があり介護職員室に掲示している。朝礼では管理者と職員で唱和し理念の共有を図っている。  | 法人の理念「人と人との関わりを大切に、心にゆとりと居心地の良い生活空間を提供いたします」を基に、ホーム独自の方針10項目を職員室に掲げている。朝礼で唱和し意識づけを図り、言葉遣いに配慮しつつ、信頼関係を大切にケアに努めている。方針10項目については職員と話し合い、全ての項目の達成を目標にして一丸となって取り組んでいる。                      |                   |
| 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                            | 町内の清掃活動や区の行事へは積極的に参加し地域の方々と交流する機会を設けている。   | 自治会に加入し、回覧板や区長から地域の情報を得て、地域の行事には積極的に参加している。ホーム行事や認知症講座の開催を地域へ発信し、ホームの活動への理解を深めると共に交流に努めている。多彩なボランティアの定期訪問や幼児との交流、中学生の体験学習、ヘルパー実習等の受け入れを行っている。また、散歩や外出時に地域の方と言葉を交わすなど、入居者は地域の一員となっている。 |                   |
| 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                          | 管理者及びグループホームの職員はキャラバンメイトとして地域包括支援センターと共働して認知症サポーター養成講座を企画開催している。又、管理者は地域の認知症徘徊探索ネットワークコーディネイト委員も務め、模擬探索訓練へは職員と共に参加し意見交換を行っている。 |   |                   |
| 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       | 利用者の家族、地域住民の代表、区長、市の職員、地域包括支援センターの職員等を招き、二ヶ月に一度開催している。取組んでいる内容について報告をし意見をもらうようにしている。   | 会議は年6回、偶数月に開催している。メンバーは民生委員、上末地区々長、市の職員、地域包括支援センター職員、入居者、家族、施設長、管理者で構成されている。会議ではホームの運営状況や利用状況、入居者の様子、活動などが報告され、質問には丁寧に答え、提案には真摯に取り組み運営に反映させている。                                       |                   |
| 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                 | ・市の介護相談員の受け入れをしている。<br>・市の介護長寿課へは季刊誌を発送している。<br>又、事故報告や質問等は電話連絡だけではなく可能な限り窓口へ出向き関係を築けるよう努めている。                                 | 市担当窓口には管理者が事務連絡などで訪問した際に情報の交換をしたり、市の介護相談員を受け入れている。地域包括支援センターとは、認知症サポーター養成講座で協働している。区長が市の徘徊ネットワーク副委員長であることから、徘徊模擬探索訓練で協働したり、職業訓練で実習生を受け入れるなど、行政との連携体制が構築されている。                         |                   |
| 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 | 勉強会を通じ身体拘束の内容と弊害について正しく理解しており、拘束をしないケアに取り組んでいる。  | 法人として拘束をしないケアを目指し、内外部の研修や勉強会を通じて、全職員で拘束の内容とその弊害について理解を深め、拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。玄関や居室ペランダへの扉は夜間のみ施錠し、日中は自由に出入りが可能で、見守り重視のチームケアで入居者の安全確保に努めている。   |                   |
| 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       | 研修や事例検討会で学ぶ機会を持ち理解を図るようにし防止に努めている。   |   |                   |

| 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 |
| 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    | 研修等で学び必要に応じて説明できるようにしている。   |  |                   |
| 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                         | グループホーム代表者と管理者が十分な説明を行い理解していただけるようにしている。  |  |                   |
| 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                     | 意見箱の設置をしている。又、家族の面会時や電話連絡時には近況報告をし要望の把握に努めている。家族会開催時には無記名のアンケートを実施し運営推進会議で検討できるようにしている。   | 家族会を年2回開き、春は認知症の勉強会、秋には収穫祭、法人主催の「桃花林祭」には多くの家族が参加している。交流の機会を利用し、家族の意見の把握に努めている。家族の訪問が多く、気楽に話し合えるよう配慮し、家族からの意見は職員連絡ノートに記載し、情報を共有している。「ふきのとう便り」を年4～5回発行しているが、個別に毎月写真と共に管理者の一言を添えて家族へ送付している。 |                   |
| 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                                      | 管理者は法人の運営会議で話し合われた内容を毎月のグループホーム会議で職員に周知している。又、職員の働く意欲に繋がるよう、職員からの意見や提案を運営会議に提案できるようにしている。 | 管理者の毎朝の「今日は何をするの」の声かけから、職員との会話が始まっている。毎月の会議は全職員で行い、法人の運営会議の内容や、5部会担当者の提案、入居者の現状の意見交換などを行い、ホームの運営に反映されている。年2回職員は自己評価を行い、施設長及び管理者と個人面談し、職員の働く意欲の向上に繋げている。                                  |                   |
| 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      | 職員は年二回、個々に自己評価を行い施設長と面談の機会を持っている。勤務状況や個々の努力に対して認めていけるよう努めている。                             |  |                   |
| 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         | 法人内外で年間の研修が計画されており、経験や段階に応じ、内部研修、外部研修共に勤務の中で参加出来る様配慮している。                                 |  |                   |
| 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 | 研修等で交流した同業者と互いに訪問し合う関係を作り情報交換をしている。   |  |                   |
| <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<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           | 入居の際は、これまでの生活の状況についての情報収集を行い、本人の思いやホームでの生活に対する不安や希望を十分に聞き取り、思いを受け止めるようにしている。              |  |                   |

| 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 |
| 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           | 相談時には、家族それぞれの状況を把握し、不安や要望を十分に話せるような働きかけを行い受け止める努力をしている。  |   |                   |
| 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       | 利用者本人と家族の思いをしっかりと受け止め、まず何を必要としているかを見極め情報提供も行うようにしている。  |   |                   |
| 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                       | 職員は一人一人の思いを大切にしながら、人生の先輩として敬う気持ちでいつも笑顔で接する事を心がけ家族のように支え合う関係を築いている。   |   |                   |
| 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        | 年二回、家族会を開催している。春は家族と一緒に認知症の勉強する機会を持ち、秋にはホームの農園の収穫祭を行い家族同士の交流の場を提供している。コミュニケーションを図りながら誠実な対応を心がけ一緒に本人を支えていく関係を築いている。 |   |                   |
| 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                    | 職員が同行し自宅周辺を散歩したり、馴染みの喫茶店や美容院などへ出かけることができるよう、家族の協力を得ながら支援している。又、何時でも面会に来ていただけるよう訪問しやすい雰囲気作りにも努めている。                 | 近隣からの入居者が多く、友人等の訪問がある。また、自宅への送迎、墓参り、買い物、車いすでの外出などの個別支援で馴染みの人や場所との関わりの継続に努めている。家族の協力を得て、正月やお盆に帰宅する入居者もいる。入居後、ボランティアの方や区長とは、区民展へ出す作品作り等で馴染みの関係になっている。   |                   |
| 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                | 見守りで状況を把握し、状況によっては職員が間に入る事により、利用者が孤立せず係わり合いを持ち、それぞれが役割のある生活ができるよう支援している。   |   |                   |
| 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 | 契約が終了した後も、気軽に立ち寄れるような雰囲気と環境を整え、要望がある際には必要な相談に応じることができるよう努めている。   |   |                   |
| <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                        | 日頃の活動や会話の中で、本人の要望の把握に努め、利用者の思いや意向を大切にしている。   | 家族の協力を得て、入居者の情報シートに入居前の生活の様子や特技、趣味などを詳細に記入してもらい生活支援に活かしている。職員は入居者の思いや意向を把握できるよう、馴染みの道具や和服などを使っての回想療法や音読、計算等のドリルを媒体としてコミュニケーションを図り、ハンドリフレクソロジーなど多彩な取り組みを行っている。入居者語録と個人記録に記載し、職員間で情報を共有し、ケアの実践に取り組んでいる。 |                   |

| 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 |
| 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                                       | 家族からの情報収集以外に、ホームで行われる回想法セラピーの中で本人が語られた思い出話などから色々な事を知ることができる。又、それを語録集として記録に残し職員で共有している。                       |   |                   |
| 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   | センター方式のシートを活用しアセスメントをしっかりとい心身共に安定した状態で暮らしていただけるよう状態の把握に努め、その方の有する能力を活かしていただけるようにしている。                        |   |                   |
| 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 | 計画作成担当を中心に本人やご家族の思いを反映して介護計画書を作成するよう努めている。   | 入居者に寄り添いながら、表情や仕草、雰囲気から思いや意向を汲み取り、記録に残し会議で話し合っている。ケアの提供状況については毎月確認し、状態に変化があった場合は直ちに介護計画を見直している。介護計画書は当日分の記録用紙と一緒に個別ケースに入れ、職員は計画を日々確認することができる。入居者の変化を見逃す事なく、現状に即した計画の作成がされている。 |                   |
| 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                        | 行動記録に入居者の24時間の変化、ケアプランに沿った実践・結果を記入している。又、ケアプランに対する処遇は青、緊急対応は赤で色分けしモニタリングに活かしている。職員間で情報を共有し計画の見直しができるよう努めている。 |   |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | 法人内には複数の介護施設があり、各事業所と連携をとり支援している。  |   |                   |
| 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                         | 地域のボランティアの方々とは密接な関係にあり、協力を得ながら入居者が豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。  |   |                   |
| 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、主治医の往診により健康管理をしている。歯科・皮膚科・眼科等も協力医がおり随時受診できる体制をとっている。又、本人が希望するかかりつけ医の受診も事業所で支援している。                       | 入居者が馴染みの医師による継続的な医療を受けられるよう支援している。月2回の主治医の往診や毎日、看護師による健康管理が行われ、夜間時は待機看護師が要請に応じて対応する体制が取られている。歯科、皮膚科、眼科等の協力医にも随時受診でき、医療と介護の両面から支援することで、安心できる体制を提供している。                         |                   |
| 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             | 医務と連携を図り、日々の健康管理や医療活用できるよう支援している。又、夜間も待機看護師とのオンコールにより、要請時には迅速な対応が受けられる体制にある。                                 |   |                   |

| 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 |
| 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。 | 入院時には看護師が付き添い詳しく情報提供している。管理者は看護師と共に入院先に訪問し家族・関係者と次の支援につなげるための話し合いを行っている。 |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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、事業所ですべての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 | 重度化や看取りの指針を文書化し、契約時には説明を行っている。   | 重度化した場合やターミナルケアのあり方、ホームの対応について入居時に説明し同意書を取っている。入居者の高齢化及び体力低下を考慮し、入居者の状態に応じて随時確認し、本人や家族から希望があればできる限りの支援に取り組んでいる。看取りについての研修会にも参加し、会議等で内部研修を行い職員間で知識を共有している。 |                   |
| 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  | 消防署協力のもと職員は定期的に救命講習に参加している。夜間は緊急対応マニュアルが作成されている。                         |   |                   |
| 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  | 定期的な非難訓練(年2回、地震・火災・夜間を想定)を行っている。災害時の対応マニュアルも作成している。                      | 年2回避難訓練を実施し、入居者の状態を踏まえて災害時の具体的な避難策を昼夜通して検討し、いざという時に慌てず避難誘導できるよう努めている。地域住民や消防署の協力もあり、日頃から職員の防災意識を高めている。備蓄品は毛布、水、食料、パッド、紙おむつ等3日分程度用意している。                   |                   |

#### 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                    | マニュアルがあり、誇りやプライバシーを損ねない対応ができるよう努力している。個人情報の書類は保管庫に収め管理はきちんと行っている。                       | 一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーの確保を徹底していくことは入居者の尊厳と権利を守るための基本であると考えている。トイレ誘導時の声かけは、そっと耳元で行い、パッド交換時は居室に誘導したりしている。個人の呼称、声の大きさ、視線などに気をつけ、居室に入る時は「〇〇さん失礼します」と声をかけ、入居者との人間関係を大切にしている。 |  |
| 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                      | 利用者それぞれに合わせた語調で行動を促し、急がせず選択できるまで待つ、ゆったりとした対応を心掛けている。                                    |  |  |
| 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 | 日常的な決まりは作らず、一人一人のペースで過ごせるよう、その日の状態に合わせて個別の支援をするようにしている。                                 |  |  |
| 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                                   | 希望者は施設内の理美容を利用できる。又、家族との外出で外の理美容を利用される方もある。ボランティアの来訪によりお化粧会を開くなど、おしゃれを楽しむ事ができるよう支援している。 |  |  |

| 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 |
| 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         | 個々の好き嫌い等に配慮しながら希望を取り入れるようにしている。調理や片付け等は、できる範囲で無理の無いよう職員と一緒にやっている。                           | 食事は入居者にとって大きな楽しみの一つであり、暮らし全体の中でも重要な位置にあると考えている。カロリーは1日1,600kcal、水分は1ℓを目安にしている。誕生日には本人の好きなメニューを取り入れ弁当にしたり、庭で食べたりしている。行事ではバイキング形式で行い入居者は楽しんでいる。食事作りやおやつ作りには、入居者もできる範囲で参加している。畑では季節の野菜を育てメニューに上がることもある。 |                   |
| 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              | 食事や水分の摂取量、体重の増減を記録し体調の変化に配慮している。又、食事の形態は一人ひとりの状態にあわせて、主食も普通飯、軟飯、粥対応をしている。                   |  |                   |
| 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、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                       | 歯科受診時には職員も一緒にブラッシング指導を受けるなど、毎食後個々の力に応じたケアができるように配慮している。                                     |  |                   |
| 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       | さりげない声掛けで羞恥心に配慮し、日中はできるだけトイレ誘導を行い夜間はポータブルトイレを使用するなど個々の状態に合わせた介助で気持ちよく排泄できるように支援している。        | オムツ使用を減らしトイレで排泄することは、入居者の自信の回復や身体機能の向上に繋がる大切な支援と考えている。職員は一人ひとりの排泄パターンを把握するため、チェック表を記入している。それにより、布パンツに変わった人もいる。便秘の人には、できるだけ薬は使用せず、乳酸菌やヨーグルト等の食品を取り入れたり、水分摂取に気をつけている。                                  |                   |
| 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                       | 乳酸菌飲料やヨーグルトなど整腸作用のある食品を取り入れている。なるべく自然排便に努め、歩行や運動を心がけている。主治医と連携し下剤の調整も行っている。                 |  |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 体調を観ながら毎日入浴できるように配慮している。毎月26日は風呂の日とし、フラワーバスやハーブ浴を演出したり、入浴剤で温泉気分を味わうなど入浴を楽しむ事ができるような支援をしている。 | 入浴は一人ひとりの生活習慣やその時々希望を大切に支援が重要と考えている。入居者の体調を考慮し、毎日希望の時間に入浴できるよう配慮している。風呂の湯は一人ずつ変え、基本的に職員は1対1で対応している。入浴を拒否される方には、無理強いせず、時間をおいて声かけしている。隣接する施設には機械浴もあり使用することができる。畑で収穫したハーブを乾燥させハーブ湯を楽しんだりしている。           |                   |
| 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                        | 寝付けない方に対しては職員が寄り添いオイルでハンドマッサージを施したり、飲み物を提供するなど安心して気持ちよく眠れるよう支援している。                         |  |                   |
| 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                   | 服薬ファイルを作成し職員が情報を共有できるようにしている。副作用については医務よりアドバイスを受け理解している。服薬はその都度確認し記録している。                   |  |                   |

| 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 |
| 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  | 回想法セラピーを導入し、思い出や経験を言葉や身振り手振りなどで表現し語っていただく事により日常生活の活性化を図っている。個々の生活歴、楽しみ事を把握し、身体状況に応じてその方の有する能力を活かした役割を持つ事ができるよう支援している。 |  |                   |
| 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                      | 天候の良い日にはホームの庭にテーブルを出し外気浴をしながら食事やお茶を楽しみ会話を持つようにしている。又、家族との外食や職員との買い物等により馴染みの場所や店に出かけられるよう支援している。                       | 外出支援については日常の気分転換やストレス発散の良い機会と捉えている。天候の良い日には周辺を散歩したり、庭にテーブルを出し、食事やお茶を楽しんでいる。行事で収穫祭を催したり、ドライブで買い物や馴染みの店に出かける等、本人の希望を把握し、家族や地域の方の協力を得ながら支援している。             |                   |
| 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  | 利用者のお金は事務所で管理し、収支を定期的に報告している。外出し買い物をする時は自分の財布から支払いができるよう支援している。   |  |                   |
| 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   | 携帯電話を使用する方、施設内の電話を利用する方等、本人自らやり取りが出来る支援をしている。   |  |                   |
| 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 | 利用者と一緒に季節感を感じられるような飾りつけを行っている。又、適度な音量で音楽を流し安らげる空間作りの工夫をしている。居間の畳みコーナーは昭和の茶の間を再現し懐かしい雰囲気の中、心地よくくつろげるようにしている。           | ホーム周辺の畑には桃の木が多く植えられており、5月頃には桃の花が満開となる。リビングは明るく清潔であり、温度管理がされている。室内には音楽が流れ、大きなソファーに入居者は座りゆったりと寛いでいる。畳スペースでは、昭和に使用されていた道具や家具、家電等が置かれ、懐かしさと家庭的な雰囲気をつくりだしている。 |                   |
| 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  | ソファーなどの配置を工夫し、各々がお気に入りの場所で過ごせるよう配慮している。セミプライベートゾーンを設け休息できる場所も作っている。   |  |                   |
| 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  | 居室は使い慣れた馴染みの家具を持ち込んでもらうようにし、心地よく暮らせるよう工夫している。   | 居室入り口には名札が掛けられている。居室内には洗面台が設置されており、自宅から持参したテレビ、タンス、机、写真、仏壇等、入居者が使いやすいように配置されている。使い慣れた家具に囲まれ、それぞれ個性を感じる居室となっている。季節毎の衣類、寝具の交換は家族と一緒にいたり、職員と行っている。          |                   |
| 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が送れるように工夫している   | 建物内の主要部には手すりが設置されており呼び出しのコール等、安全に生活出来るよう環境を整えている。又、居室の場所が解るよう一人一人に表札を掲示している。  |  |                   |

## 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        | 35   | 災害対策において地域との協力体制を築きたい。  | 地域の方々に施設に来ていただくばかりでなく、こちらからも地域へ出向き双方向のコミュニケーションをとりながら災害時に備える。 | ・施設で定期的に行われる避難訓練において地域からの協力が得られるよう働きかけを行う。<br>・地域で行われる防災訓練に職員と共に入居者が参加できるようにする。 | 12ヶ月       |
| 2        | 3    | 篠岡地区認知症見守りネットワークでは、まだまだ登録者が少なくネットワーク構築の為に今後も継続した活動が必要であると感じている。 | 地域包括支援センターとの協働。   | ・認知症サポーター養成講座の開催。<br>・徘徊模擬捜索訓練への参加。   | 12ヶ月       |
| 3        |      |   |   |   | ヶ月         |
| 4        |      |   |   |   | ヶ月         |
| 5        |      |   |   |   | ヶ月         |
| 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。