

## 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   | 2090100120   |            |
| 法人名     | (有)長野カイゴサービス |            |
| 事業所名    | 桜の園グループホーム   |            |
| 所在地     | 長野市桜新街724番地  |            |
| 自己評価作成日 | 平成24年11月14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 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 評価機関名 | 株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部 |
| 所在地   | 長野県松本市市上13-6         |
| 訪問調査日 | 平成24年12月14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)】

平成19年10月1日に開設して以来6年目になりました。おかげさまで、平均年齢85歳の利用者さんお元気にお通しです。幸いにして夏も冬も大風邪を引いた方はありませんでした。協力病院との連携や体調管理が万全だったと思います。利用者さんに喜んでいただける公民館、ボランティア、神社との地域交流も、計画数が増えました。桜神社の獅子舞は桜の園に来ていただき、地区の子供や親も集まってにぎやかに開催されました。(4回目)音楽芸能祭も喜んで参加されました。

今後も、桜新街地区と連携をとり、利用者さんも施設も活気あるものにしていきたい。

## 【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)】

桜の園は、認知症があっても薬に頼らず、ケアで対応することで本人らしきを取りもどし生活できる事を十分理解したホームである。隣接する病院の主治医が「認知症があっても穏やかに過ごしてほしい」という思いで認知症対応のグループホームを立ち上げた。利用者は、穏やかに落ち着いた様子で過ごされ、利用者の笑顔が見られることが一番のケアであると施設長は語られる。職員は皆、正規の職員であり、退職するものもおらず、職員同士のコミュニケーションも取れ、利用者や家族にとっても安心して過ごせるホームとなっている。利用者が重度化する中で、どこでどのように最期を過ごしていただくか、命の大切さを知る医師は、日々意識し常に向上心を持ち対応にあたっている。職員もこのホームで過ごす利用者どう過ごすのか、最良の方法を日々模索している姿が見える。運営推進会議を通し地域交流も盛んになってきている。今後の災害対策をも見直し、ホームの改修も踏まえた更なる検討もしている。

## 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

| ユニット名(1F) |  | 項目                    |   | 取り組みの成果    |   | 項目                    |   | 取り組みの成果    |  |
|-----------|--|-----------------------|---|------------|---|-----------------------|---|------------|--|
|           |  |                       |   | !該当するものに○印 |   |                       |   | !該当する項目に○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)       | <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 | 56         | 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        | 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                  | 57         | 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        | 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    | 58         | 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) | <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)    | <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    | 59         | 職員は、活き活きと働いている<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        | 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    | 60         | 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        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている<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    | 61         | 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        | 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) | <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    | 62         |   |                       |   |            |  |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№.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 |  |    |   |
|---|--|----|---|
| ユニット名(2F)   |  |    |   |
| 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>↓該当する項目に○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)       | 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拡がり深まり、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、活き活きと働いている<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させている<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、安心して暮らせている<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                      | 事業所としての理念を管理者と職員が共有して日常の介護に活かすようにしている。                              | 理念は、ホームの廊下に掲げられ、誰もが目にとまる場所にある。朝の引き継ぎの時にも利用者のケアの検討をするときにもその人らしさや理念の原点とケアの原点にたち実践につなげている。  |                   |
| 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                      | 地域の自治会に加入し、公民館での文化祭やふれあい会などに参加して交流を深め、地域のボランティアの方々の受け入れも少しずつ始まっている。 | 自治会に加入し自治会費も納めている。地域の一員として回覧も回ってくる。ふれあいの会等町の行事にも招待され出かけるようになった。日常的な地域交流の呼びかけは行い、少しずつ地域へ浸透している。ボランティアが定期的に来てくださり、楽しみの時間が過ごせている。 |                   |
| 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                    | 地域の行事に参加したり、地区消防団の方や、役員の方などに見学していただき、理解を深めている。                      |  |                   |
| 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績、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 | 区長・民生委員・市の担当者・近隣の地域包括支援センター長・家族会会長を迎えて、年6回を目途に、意見交換や指導をいただいている。     | 運営推進会議は、2カ月毎に開催されている。主治医からは、利用者の病状説明、施設長からは生活状況の説明、包括支援センターや民生委員からもボランティアの紹介等積極的に意見が出される。ホームの理解に努め、サービスの向上につながっている。            |                   |
| 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            | 運営推進会議にも参加いただいたり、連絡や相談は常に行ない、協力いただいている。                             | 運営推進会議に参加し、市の担当者には、ホームの現状を理解していただく。包括支援センターへの報告をし、地域現状の把握に努めている。   |                   |

| 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 |
| 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、虐待防止の研修を受けてプリントを全職員に配布し、開かれたグループホームを目指し、介護に役立っている。          | 身体拘束に該当する利用者はいない。毎年、研修を受け、職員全員に周知している。年に1-2回、入居時、落ち着かず、職員の配置の少ない時間1時間程度、鍵を閉めたが鍵を開けることなく、見守りを行い拘束のないケアに努めた。                            |                   |
| 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逃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        | 身体的虐待、心理的虐待、共に全職員が意識し注意している。                                     |   |                   |
| 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    | 個人の権利を擁護することは重要であり、研修資料を職員が共有し、理解を深めたいと思う。                       |   |                   |
| 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                         | 入居前には、必ずご本人・ご家族に見学していただき、契約内容の説明後は十分に理解いただけたか、不安を取る為の話し合いも行っている。 |   |                   |
| 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                     | ご家族の面会は多いので、その都度職員が付きご意見や思いを聞いている。家族会での意見交換も大切に、要望に答えるよう努めていきたい。 | 家族会が年に1回開催され、毎年ほとんどの利用者の家族が出席する。家族会では、沢山の家族からの意見や話を聞くようにしている。日常的には、面会の方も多く、遠くにいる家族も毎月面会に来てくださり、話を聞くようにしている。来れない方は電話で様子をお知らせし意見を求めている。 |                   |
| 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                                      | 職員からの意見や提案の疎通性はよく、全員参加のミーティングは出来ないが機会があることに取り上げている。              | 職員は、皆正職員であり、辞めるものもない。職員間同士のコミュニケーションがよく、いつでも意見を言いやすい環境である。不満や意見はすぐにノート利用し公開し意見を聞く。皆で検討することは、意見交換し、対応している。                             |                   |

| 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 |
| 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      | 良好な人間関係から、良い環境が出来つつあるので、やりがいのある職場環境の整備に努めたい。         |      |                   |
| 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         | 多人数での研修はなかなか実現しませんが、個別での研修を職員間で共有したいと思う。             |      |                   |
| 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 | 同業として地域のグループホームとの交流は、これから深め、情報交換に努めたい。               |      |                   |
| <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           | 不安を抱えての初期段階には、全職員が傾聴を心掛け、気持ちに寄り添い信頼関係をつくるようにしている。    |      |                   |
| 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                      | ご家族との連絡も密にして、様子をお伝えし、利用者のご家族の不安なことなどにも、耳を傾けていきたいと思う。 |      |                   |
| 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                  | 利用者やご家族の求めていることを把握して、支援の方向を決めている。                    |      |                   |

| 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 |
| 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                       | 利用者の心に重すぎない介護を心掛け、共に生活し、笑い合える関係として「ゆっくりのんびり・にっこり」と過ごしていきたいと思っている。 |   |                   |
| 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        | ご家族の気持ちにも寄り添いながら、利用者を理解し、共に支えあつての支援を目指している。                       |   |                   |
| 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                    | 友人、ご親戚の方々の面会もあり、共に過ごす時間を大切にしている。また、ご家族との外出・外泊を楽しみにしている利用者もいる。     | 友人が訪ねてくる方は3人程度、家人の友達も頻りに訪ねてくる。盆・暮れに外泊する方もいる。病院に行くついでに家に帰り夕方までゆっくり過ごす利用者もいる。   |                   |
| 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                | ホールで過ごす時間が多くありますので、利用者さん同志の会話や支え合いが出来るように職員も関わり支援している。            |   |                   |
| 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 | 退所された方は、それぞれ適切な支援や医療機関に恵まれているのでその後の支援は特にしていない。                    |   |                   |
| <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                        | 利用者の入居前の生活歴や価値観・趣味などを把握し、無理のない楽しみを持って生活できるように心掛けている。              | 利用者の意向は、昔の仕事や生活歴から利用者が何をしたいと思っているかを把握する。お茶の時等昔の話をしてくれることが多く、日々個々の話に耳を傾けている。困難な場合は、主治医を含め検討し、暴力などにつながった利用者も穏やかな日々を過ごし笑顔に過ごされていた。 |                   |

| 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                                       | 入所時の本人からの聞き取りと、ご家族からのお話や、日々の会話の中から生活歴などの把握に努めている。             |   |  |
| 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   | 共に過ごす中で、本人の希望に出来る限り添えるように、一日の過ごし方を考えるようにしている。                 |   |  |
| 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 | 一人ひとりの介護計画を全職員で共有し担当介護士の日々の申し送りをもとに毎月モニタリングを行ない介護計画に反映している。   | 居室担当制であり、介護計画の毎月のモニタリングは、居室担当の意見を反映し、書式とも整備されている。介護計画の作成時には、家族の意見は面会時に話を聞き、介護計画に反映している。介護計画のチームでの共有は、引き継ぎノートで徹底し、全員サインし、確認している。 | 介護計画はアセスメント、モニタリングの繰り返しであるために、介護計画の作成時には、アセスメントでの課題の抽出、プランの根拠となる経過支援、担当者会議等の様式などの工夫を期待したい。 |
| 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                        | 日々の個別記録やバイタルの他に排便管理や食事量・水分量など、個別管理をして、体調に合わせた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<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               | ご家族との外出や外泊の支援をし、美容室への外出など、それぞれの希望に少しでも添えるようにしている。             |   |  |
| 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                         | 地域の方の音楽ボランティアなどの参加をお願いし、楽しみの時間が少しでも多くとれるようにしている。              |   |  |



| 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  |
| 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                                  | 協力病院が隣接しており、かかりつけ医による日々の健康管理も出来ている。歯科医院は往診対応もしており、専門医院はご家族の協力を得ている。     | 入居時に、かかりつけ医は隣接する病院の主治医に変更となる。利用者や家族は、いつでも相談できる体制に満足している。歯科や専門医の受診は家族がお連れする。現在は対応している方はいないが、家族対応が難しい時は、ホームで対応する体制も整っている。                  |  |
| 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                          | 日々の服薬の分包や管理は看護師が行ない、利用者の体調に対しては、職員・看護師・医師との連絡がスムーズになっている。               |  |  |
| 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。 | 入退院時は情報提供書などにより詳しい情報を交換して良好に行われている。                                     |  |  |
| 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  | 現在、ご家族からの希望により重度化した利用者の介護も行っているため、ご家族・医師を交えての話し合いを何度も行ない、気持ちに添うようにしている。 | 重度化した利用者は、家族と主治医、職員が話し合いを繰り返し、現在介護にあっている方もいる。主治医は命の大切さを十分理解され、家族の思いにも耳を傾け、このホームでの最良の方法を模索している。医療と介護の間で看とり支援体制も今後の課題となっている。               | 併設に病院があり、医療が必要な時はすぐに入院支援が行われる。高齢化、重度化する利用者を、家族や利用者の思いを、その都度確認し、早い段階から話し合いをしチームで支援する体制作りを期待したい。 |
| 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  | 緊急時マニュアルは、全職員で理解につとめています。ほとんど隣接病院の担当医師に頼っている。                           |  |  |
| 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  | 全職員が火災訓練を行ない認識を高めている。地域の消防団にも協力をお願いしている。今年はスプリンクラーの設置が出来た。              | 避難通路には冬は雪も積もり、屋外階段から避難するのは不安な環境もある。ホームでも災害時の避難路については課題としている。今後ハード面の改修も含め検討していく方向である。ユニット毎の避難訓練を地域消防団と行いホームの中を見学し、訓練している。スプリンクラーの設置がなされた。 |  |



| 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 |
| 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                   | プライバシーの保護は常に意識することを心掛けている。また、個人の尊厳や誇りに対しては、親しみやすさとの関係で勉強が必要と思っている。         | プライバシーについては、主治医である医師や職員は重要と考えている。写真公開等も利用者家族が一人でも不快な思いをしないように細心の注意を払い対応している。職員も十分理解され、利用者への言葉かけ、尊厳には十分注意し、日々の対応に反省しながら支援にあたったている。 |                   |
| 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                     | 利用者が自己決定できるような声掛けになるよう努力している。  |   |                   |
| 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 | 個々の生活のペースを大切に考えていますが、共に生活する場としての支援の難しさも感じている。                              |   |                   |
| 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                                  | 髪や爪の長さには常に気を配っているが、おしゃれとしての支援は、清潔優先になってしまい、楽しむところまでは行えていないと思う。             |   |                   |
| 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、利用者と職員が一結に準備や食事、片付けをしている     | 今は利用者と共に作ることは出来なくなり、食事介助が増えましたが、個別対応として、粥・きざみ・ミキサー食などにし、楽しみな時間になるように努めている。 | 食材や献立は、栄養計算された委託業者を利用し、ホーム内で食事を作っている。目先の変わった献立、栄養面の管理がなされている。行事食や誕生日には特別メニューに変更し食の楽しみの工夫をしている。                                    |                   |
| 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          | 食べる量・栄養バランス・水分量とも個別に把握し、嗜好により別メニューにも対応している。                                |   |                   |

| 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 |
| 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                       | 介助の必要な人も含めて9人全員が3食後に口腔ケアを行っている。義歯の方は夜間に消毒をしている。                   |  |                   |
| 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       | 車イスの利用者も介助による立位が保てるうちは、夜間もおむつにせずトイレ使用を目標に職員が頑張っている。               | リハビリパンツ使用しトイレ誘導を行っている。一人ひとりの排泄パターンを職員が話し合い、対応することで失禁のない支援につながっている。現在、夜間、トイレが心配で睡眠に障害がある利用者があり、医師を踏まえ検討する予定の方もいる。相談しチームで対応している。 |                   |
| 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                       | 排便管理は、個別の表にして行ない医師との連携により対応が来ている。                                 |  |                   |
| 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 | 1人週2回、全員介助のもと個別入浴を楽しんでいる。重度者は、2人対応で機械浴を行っている。清潔を保つ為、臨機応変な対応もしている。 | ユニットの1階は重度化した利用者が多くなり機械浴を設置した。機械浴の方が4名いる。週2回の入浴を行っている。入浴の拒否の方は現在おられず、本人の体調にあった入浴支援を行っている。                                      |                   |
| 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                        | 夜間対応は、個別のリズムに合わせたトイレ介助をして、安全に眠れるように支援している。                        |  |                   |
| 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                   | 全職員がわかるように、個別服薬表と効能を張り出し、服用に対する確認に努めている。症状の変化については医師と連絡をとっている。    |  |                   |

| 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  |
| 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  | 利用者の得意とする編み物やぬり絵など、楽しみの支援をしている。役割として、洗濯物たたみ・新聞たたみ等をお願いしている。      |  |  |
| 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                      | 日常的な外出は、ほとんど出来ていない。季節を感じられるような気分転換は必要と思われる。                      | 暖かい時期は、屋外に出て桜を見に行ったり、今年まではできる限り屋外支援ができるように努めた。ホーム内に屋外に出掛け、表情良く写真に写る利用者の様子がうかがえた。屋外に出た時の利用者の表情良い時間の大切さは十分に理解されている。                    | 日常的な外出支援ができることで利用者が四季を感じ過ごすことで季節の変化を味わい、ホームにいるばかりでなく、普通に過ごせる生活の工夫も必要と思われる。認知症サポーター等利用し職員のみで完結するホームでなく地域の資源の利用も検討することが望まれる。 |
| 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  | ホーム内ではお金を使うことがなく、金銭の理解が出来なくなっているため、必需品はご家族からの預り金により揃えている。        |  |  |
| 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   | ご家族の希望により、携帯電話所持の方も数名おり、ホーム内の電話取次ぎは自由に行っている。                     |  |  |
| 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 | 足元はどの危険も考え、すっきりとした空間づくりになるように配慮している。また、みんなの顔が見られるように集合テーブルにしている。 | 利用者は、日中のほとんどの時間を居間で皆と一緒に過ごされる。ここで食事をするため、炊事場からはいつでも利用者の様子が伺える。介助で食事の方もゆっくり個別に食事が取れるように工夫している。廊下にはソファが置かれ、居室から出てきてゆっくり座って団楽するスペースもある。 |  |
| 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  | 集合テーブル以外に、ソファ一部分を2ヶ所つくり、食事やレクリエーション以外の場所を設けている。                  |  |  |

| 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 |
| 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 | それぞれの居室は、ご家族と本人の好みにより馴染みの家具等を持ち込み、個々に趣があり清潔で居心地良い空間とするように清掃を支援している。 | 居室には、家族写真が飾られ、和やかな雰囲気落ち着いた住まいになっている。ポータブルを自立で行える手摺の工夫をしてある部屋がある。居室の家具などは家族が持ち込み其々落ち着きのある部屋の工夫がなされている |                   |
| 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    | 居室から、トイレやホールなどに手すり使用で歩行が出来るようになっている。トイレも十分な空間がある。                   |  |                   |

## 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                      | 地域密着、理念を共有し介護している。  |      |                   |
| 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                      | 開所して5年がたち地域の方にグループホームの存在を理解していただけてきている。散歩の際地域の方と会話や挨拶も行なっている。近所の方に行事のボランティアに来てもらった。 |      |                   |
| 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                    | 実践をとうして認知症を理解し、暖かく交流してもらう。  |      |                   |
| 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 | 状況報告し、グループホームの取り組み等を理解していただいている。委員からの意見を参考にサービス向上に反映させている。                          |      |                   |
| 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取り組んでいる            | 日常的には、認定更新時の訪問調査の日程調整するのみであって、サービスの質の向上に向けた取り組みはできていない。今後行政担当者との話し合いの機会を持っていきたい。    |      |                   |

| 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 |
| 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 | 身体拘束をしないケアを全職員で確認し合っている。施設や本人の意思を無視した行動制限も身体拘束と理解しケアに取り組んでいる。           |      |                   |
| 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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている         | 当施設では虐待はないと思っている。更なる研修に参加し、防止に向け取り組んでいきたい。                              |      |                   |
| 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   | 成年後見人の問題は法律そのものに未だ欠点がある様な気がするがもっと勉強が必要な気がする。                            |      |                   |
| 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                        | 入居者や家族の方に事前に見学や入居者との交流をし、安心頂くようにしている。契約内容を説明し、確認とご家族の意向や希望を聞いている。       |      |                   |
| 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                    | 家族との面会の際、情報交換の機会となるよう努力をしている。「ご意見箱」をグループホーム内に設置し、意見を頂きホームの運営に反映させていきたい。 |      |                   |
| 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                                     | 運営に関する意見も機会があることに取り上げて反映させています。代表者、管理者、職員は意見も言いやすく積極的な姿勢が見られます。         |      |                   |

| 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 |
| 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      | 色々と問題もありますが、職場環境が介護を向上させるのに大切であると思い、整備に努力します。               |      |                   |
| 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         | 研修会には、今後参加していきたいと考えています。                                    |      |                   |
| 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 | 更なる地域のグループホームとの交流を深め、情報交換に努めたい。                             |      |                   |
| <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           | 徐々に慣れて頂ける様に配慮し、本人の気持ちを大事に考えてゆく様になっている。                      |      |                   |
| 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                      | 家族の話を良く聞き、家族の困りごと、心配ごと、求めている事と、本人とのギャップを把握しながら信頼関係づくりをしている。 |      |                   |
| 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                  | 相談の初期段階から「今、何が必要か」を相談の中で確認しながら「今、必要なサービス」に繋げるようにしている。       |      |                   |



| 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 |
| 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                       | 入居者の経験や知識が活かせるよう、日常生活の中で教えて貰う場面を多くもてるようにしている。共に過ごす時には、支援する側、される側という意識を持たず和める場面づくりをしている。 |      |                   |
| 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        | 職員は家族の「思い」に寄り添いながら日々の暮らしの様子を共有し、本人と一緒に支えていくよう努めています。                                    |      |                   |
| 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                    | 馴染みの関係が切れないように努めています。   |      |                   |
| 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                 | 認知症の進行や、レベルにより孤立する入居者が無いよう配慮している。入居者が共に助け合う関係づくりを目指していきたい。                              |      |                   |
| 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 | 家族の都合で他の施設へ移られた方がいたが、特に家族からの相談等は無いが相談があれば大切に対応していきたい。                                   |      |                   |
| <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                        | 日々の会話や、行動の中から把握できるよう努めている。一人ひとりの思いを大切に、ケア会議で検討し反映させている。                                 |      |                   |

| 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 |
| 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                                       | 生活歴の把握することの意味と重要性を家族に説明し、情報に努めている。一人ひとりの暮らしの把握に努力しています。         |      |                   |
| 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   | 一人ひとりの過ごし方や生活のリズムを把握しながらケアに心がけ、一日の流れを本人の姿や言葉をとおし、記録をとるよう心がけている。 |      |                   |
| 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 | 職員の意見を聞き、計画作成者がケアプランを作成している。出来るだけ本人や家族の思い、意見を反映させるようにしている。      |      |                   |
| 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                        | 個別にケア記録、バイタル、食事、服薬、排泄等の記録をし、情報を共有している。                          |      |                   |
| 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               | なるべく、本人や家族の変化に応じて出来るだけ応用が効くよう心がけている。                            |      |                   |
| 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                         | 地域資源を活かして介護の内容の向上を目指しているが、難しいところがある。                            |      |                   |

| 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 |
| 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し、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                                 | 協力病院が隣接している為に、非常にスムーズに適切な医療を受けられています。           |      |                   |
| 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                          | 協力病院の医師が努力しカバーしています。                            |      |                   |
| 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。 | 協力病院と連携が取れている。                                  |      |                   |
| 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  | 未だわからないことが多く、病状によって、病院に入院したりしています。              |      |                   |
| 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  | 急変や事故の発生の対策は不十分であると思いますが、勉強し経験しながら身につけていきたい。    |      |                   |
| 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  | 昼夜を想定した災害訓練を行った。訓練の反省を糧にしたい。今後も定期的な訓練が必要と考えている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                   | プライバシー保護について常に意識し、個人情報の取り扱いには気を配っています。未だ不完全で努力が必要である。                  |      |                   |
| 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                     | 日常的に「聴く」ことを大切に考えています。上手く表現できない人には、選択してもらえよう支援している。更なる努力が必要であると思います。    |      |                   |
| 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 | 個々の生活リズムを大切にしながら、支援していくよう配慮している。職員の都合を優先せず、入居者の生活を優先出来るケアを目指すよう心がけている。 |      |                   |
| 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                                  | 着替えの選択は基本的に本人の意向で決めている。選択困難な場合は、職員が見守りや必要に応じた支援を行っている。現在、訪問理容を利用している。  |      |                   |
| 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     | 食事は楽しみの一つであるので、楽しんでいただけるよう心掛けています。                                     |      |                   |
| 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          | 栄養バランス、カロリーは十分考えており、特に水分摂取に気を配っています。                                   |      |                   |

| 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 |
| 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                 | 三食毎に声かけて行なっている。自分で出来ない方は、介助にてケアを行っている。                  |      |                   |
| 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  | トイレ誘導の回数を増やし、トイレで排泄を行えるようにしている。                         |      |                   |
| 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                  | 便秘による心身の変化を理解し、排泄状況を把握し、スムーズな排便のための援助を行なっている。一部難しい方もいる。 |      |                   |
| 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、個々にそった支援をしている | 一人ひとりの身体的状態、習慣等にあわせて入浴を行なっている。                          |      |                   |
| 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                   | 安眠は適度な運動と安心した気分、休息を昼間から配慮し、夜ゆっくり眠れるよう配慮している。            |      |                   |

| 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 |
| 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   | 薬の用法等理解し、症状の変化に注意し確認し記録しています。                                 |      |                   |
| 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  | その利用者の得意とすこと、喜ぶことなど活かして支援している。                                |      |                   |
| 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                      | 全員は無理だが、地域の行事に参加している。又、天候を考慮し出来るだけ散歩に行っている。                   |      |                   |
| 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  | 以前は所持や使用の支援を行っていましたが、金銭の理解が出来なくなってきており、現在は行なっておりません。          |      |                   |
| 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   | 電話や手紙は希望者がいないまま、特には勧めしていない。                                   |      |                   |
| 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 | 季節に応じた飾り付けをし、季節感を感じていただいている。廊下隣の居間には、ソファー、テーブルもあり、くつろげる空間がある。 |      |                   |

| 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 |
| 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             | 共用空間として廊下のはずれを少し広く工夫しており、そこに利用者同士が良く居場所として利用している。 |      |                   |
| 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 | 居室には馴染みの家具等持込、本人が居心地良く過ごせるようにしている。                |      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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    | 個々の状態に合わせた援助をしている。                                |      |                   |



## 目標達成計画

作成日: 平成25年2月8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        | 49   | 現在、18名の利用者さんが入所されていますが、平均年齢が86歳、100m杖、手すり無しで歩ける方1名、車イスの方10名等、年齢になられて外に行きたいけれど身体の自由がままならない。“部屋のほうが身体が楽” | 実施の中を車椅子、杖等を使い自由に散歩や外の景色が見れる通路を造り、日々を楽しく過ごしていただきたい。 | ・2月中に通路となる場所の整理。<br>・3月通路決定等プラン作成。<br>・4月～5月工事(バリアフリー)<br>・6月オープン。<br>※室内でも出来るレク運動をする事が大切。 | 4ヶ月        |
| 2        | 33   | 当施設では、家族、併設病院とは終末期のあり方希望等話し合いが重度かした時点ではできている。看取り体制を早期に確立することで利用者さんに安心していただける事と考える。                     | 終末期介護プランを利用者さんごとに作成する。(家族、医師、施設利用者)                 | ・終末期介護研修。<br>・家族(本人)との話し合い。<br>・プラン作成 一家族承認等。  | 6ヶ月        |
| 3        | 26   | 当施設では、利用者さん介護について居室担当制をとっており、必要な周知事項等は引継ぎノートで確認し共有している。アセスメント表、介護計画モニタリング表等完備実施しているが一目瞭然としたい。          | 介護プランの根拠となる様式作成に工夫をする。                              | ・介護職員との話し合いから様式の見直しを検討する。  | 3ヶ月        |
| 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。