

### 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   | 2373900469      |            |             |
| 法人名     | 有限会社 愛敬         |            |             |
| 事業所名    | グループホームみどり 1階   |            |             |
| 所在地     | 愛知県稲沢市北島5丁目55番地 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成24年10月18日     | 評価結果市町村受理日 | 平成25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 | <a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=2373900469-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=2373900469-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 中部評価センター               |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年12月13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)】**

|  |
|--|
| リハビリ体操を毎日行っている。<br>散歩に出掛けている。<br>レクリエーションに力を入れている。 |
|--|

**【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)】**

|  |
|--|
| 法人理念を基に各ユニットで話し合い、ユニットごとの目標を掲げている。組織改革に向けて、初心に戻り一歩ずつ取り組み始めている。<br>定期的な職員会議を開き、職員間で意見交換できる環境整備を実現している。自己評価は職員が行い、客観的な気づきの機会につながっている。<br>地域の付き合いは、畑ボランティアなどの関係を継続している事例がある。ホームの庭を活用して、地域に貢献できる場所作りに向けて計画が進行しており、今後の展開が期待できる。<br>ホームの活性化に向けた取り組みが、今後どのような成果を生み出すか、関心を持って注意深く見守っていきたい。 |
|--|

**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)     | ○<br>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<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)   | ○<br>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)           | ○<br>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)                     | ○<br>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)                 | ○<br>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) | ○<br>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)   | ○<br>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)                                      | ○<br>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)                | ○<br>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                                       | ○<br>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している<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>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                                   | ○<br>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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○<br>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  | 毎朝、夜勤者からの申し送り後スタッフは理念を読み上げ、常に理念に基づいたケアを行えるようにしている。                           | 事業所の理念を基に、職員会議で検討して各ユニットの目標を作成している。目標に向けた取り組みは始まったばかりであり、職員会議で具体的な取り組みに向けて話し合っている。 |  |
| 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  | 七夕で使う笹や農園で使うわらを近所の方にいただいたり、毎月来られているボランティアの中に利用者の馴染みの方がいて、来所時にお話をされるなどの交流がある。 | 地域からの畑ボランティアの来訪は定着しており、良好な関係を継続している。ホームの庭を使って、地域に還元できる休憩所の設置の計画が進行している。            |  |
| 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  | 今年度は事業所で講習会を開いていない。  |  |  |
| 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                                     | 2か月に1回開催されている。避難訓練の方法など具体的な意見が出て、活かせるよう努めている。                                | 運営推進会議には、地域の代表者が出席しており、貴重な情報交換の場として活用している。出席予定者の急な都合等により、定期的な開催が困難な状況にある。          | 運営推進会議メンバーの人数を増やす等の工夫によって、定期的な開催が可能となるよう期待したい。 |
| 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   | 施設長、管理者、事務長が地域行事(ごみゼロ・グラウンド清掃など)や運営推進会議を通じて市役所、総代区長、区長等と連絡をとっている。            | 運営推進会議の場で、地域包括センターや市の職員と情報交換している。ホームにとっての有益な情報を収集できる環境が整っている。                      |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 十分理解しているが、利用者様の安全を確保するため、(興奮状態になってしまい屋外で事故の危険がある方がいる。)玄関、リビングの窓を施錠している。      | 防犯上の問題から、玄関ドアは施錠して安全を確保している。利用者は、居室と共有スペースを自由に移動して、ホーム内での生活を楽んでいる。                 |  |
| 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がないように注意を払い、防止に努めている                                      | 外部研修で学ぶ機会がある。内部ではヒヤリハット、事故報告書にて検討会をその都度行い、けがの原因究明に努め虐待防止を徹底している。             |  |  |

| 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 |
| 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    | スタッフは外部研修で制度について学ぶ機会があり、活用されている利用者様がいることも理解できている。   |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 入所時、改定時の際は家族会を開催し、出席できない方には手紙、電話など個別に説明を行い理解が得られるよう努めている。不安、疑問があるときはその都度説明させていただいている。                 |   |                   |
| 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                     | 家族会、運営推進会議、施設へ来所された際にご意見をいただいている。看取りについての相談などをいただいている。  | 家族会を開催して、家族同士が交流する機会を設けている。家族会からは感謝の声が多く寄せられている一方、ホームに対する意見や要望も上がっている。                        |                   |
| 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                                      | ミーティング、ユニット会議でスタッフの意見を直接、代表者、管理者が聞いている。   | ユニット会議・全体会議の定期的開催が実現している。自己評価を職員で取り組み、職員の気づきへとつなげている。ユニットにリーダーを配置して、職員の細かな要望にも対応できる仕組みを作っている。 |                   |
| 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      | 各階の勤務の流動について繰り返し説明を行い、理解を得られるよう努めている。スタッフの個々の負担軽減のため日中の出勤を3人体制にしている。                                  |   |                   |
| 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         | 外部研修を受ける機会があり、内部研修で報告、振り返りの機会があり、視野を広げ、知識、技術を学ぶことができている。資格取得を推進するとともに、受講等の知らせがその都度スタッフの目に入る場所に置かれている。 |   |                   |
| 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 | 外部研修を受ける機会があり、スタッフ同士情報交換をする機会はあったが、スタッフは活用することが出来ていない。  |   |                   |

| 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 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |   |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入所前の面談時のアセスメントだけでなく、入所後の利用者様の希望・要望をご本人様のお話だけでなく、様子・態度から汲み取り、過ごしやすい場になるよう努めている。                       |   |                   |
| 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            | 入所受け入れの際はご家族様の思いをお聞きし、抱えている問題・要望を受け止め安心していただけるよう努めている。利用者様の様子を電話でお伝えしたり、来所の際にお話をお聞きするなどの支援をしている。     |   |                   |
| 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        | 申し込み時、初期面談時のアセスメントをスタッフに報告し、ご本人様・ご家族様の求めるサービスが自施設で提供できるサービスの範囲であるか、話し合いを行っている。                       |   |                   |
| 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                        | 一緒にコーヒーを飲んだり、おやつを食べる時間がある。掃除ができる方はスタッフと一緒に日常生活の一部として毎日雑巾がけをされている。                                    |   |                   |
| 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         | ご家族様が来所される前日は当日起きて一緒に過ごしていただけるよう体を休める時間を多くとるなど配慮に努めている。ご家族様が来所の際はスタッフはご本人様の報告だけにせず、ご家族様との会話も大切にしている。 |   |                   |
| 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                     | 神社やショッピングセンター、喫茶店、図書館などに出掛けられるよう支援をしている。   | 他のホームで暮らす友人と電話で交流を続けている。遠方の家族に代わり、職員が自宅まで送迎して、自宅で家族と過ごす事例がある。馴染みの支援の事例は減少しているが、今ある関係を大切に支援している。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | スタッフは入居者様同士の相性を把握しトラブルが起きないように努めている。一人で過ごすことが多い方にもレクリエーションや行事の際に声掛けを行い、孤独にならないよう支援している。              |   |                   |

| 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  |
| 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                    | この1年は対象者がいないが、入院された際も病院での病状把握に努めご家族、ご本人の相談に応じている。                           |   |  |
| <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   | 日中落ち着いて過ごせる場所や外出が好きか嫌いかなど、入居者様の立場に立って考え思いを汲み取って支援をしている。                     | アセスメントシートを作成し、入居者の思いや要望を記録する取り組みを始めている。本人・家族のニーズを一番に捉えた目標設定に向けて取り組んでいる。         | 意向の把握には、アセスメントが重要となる。アセスメントで、職員が本人の具体的なニーズを発見できるような仕組みづくりを期待したい。   |
| 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                                       | 生活歴の情報などは個別記録にファイルしてあり情報の共有ができるほか、普段の関わりの中からもアセスメントをし入居者様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   | 入居者様の日課や過ごし方は担当者会議だけでなくフロア会議、全体会議でも話し合い、サービス計画書にまとめ個別ファイルにはさんで共有できるようにしている。 |   |  |
| 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 | 担当者会議への参加はできていないが、主治医、訪問看護師、PTからも助言をいただき、反映させている。                           | 計画立案の際の情報として、介護記録を作成しているものの、具体的な内容の記録は少ない。計画作成時には、家族や医療関係者からも意見を聞き出し、計画を作成している。 | 職員が記録の重要性を理解して、会話の内容や行動の背景を記録する工夫があれば、モニタリング・計画立案の重要な情報の一つになるであろう。 |
| 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                        | 毎日記録をしている。経過を振り返るときに活用している。   |   |  |
| 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               | 転倒を防止するために音の鳴る暖簾を作るなどしている。  |   |  |

| 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   |
| 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                                      | コンビニ、喫茶店、ショッピングモールへ出掛けている。町内の行事(花見・コンサート・餅つきなど)に参加して頂けるものにはしていただいている。  |  |   |
| 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                                  | 施設主治医に2週間に1回往診して頂いているほか、週2回FAXで入居者様の状態を報告している。24時間連絡が取れる体制になっており、特変時は適切な指示がもらえ、対応できている。                              | 主治医による往診が定期的であり、利用者・家族からの信頼も厚い。他の専門医療機関へは、家族と協力して通院を支えている。                       |   |
| 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                          | 訪問看護ステーションと連携をとり24時間連絡がとれる体制になっている。週2回FAXで入居者様の状態を報告しており、週2回の訪問がある。看護に関する助言のほか、体温の測り方などの社内研修もしていただいている。              |  |   |
| 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。 | 入院された時は生活状況を関係者に伝えるとともに、認知症の悪化、ADL低下防止のためワーカー、看護師などと相談し早期退院に努めている。   |  |   |
| 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  | 家族会などで施設でできることを説明している。状態変化、悪化が考えられるときは個別に十分な説明をさせていただき、理解を得られるよう努め、今後について主治医、訪問看護師とも相談をしてご本人様、ご家族様の意向に沿った支援に取り組んでいる。 | 家族の意向を大切に考え、状況に応じて話し合っている。医療連携体制を整備しており、提携医のサポート体制もある。また、家族会で家族と終末期について意見交換している。 |   |
| 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  | マニュアルを作成し研修をしているが、経験が浅いスタッフが多く実践に不安を抱えている者もいる。スタッフの経験・技術を把握し急変・事故発生時に管理者がフォローしている。研修を繰り返し実践力を身に付けられるように努めている。        |  |   |
| 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  | 備品・備蓄の確保、昼間・夜間想定での避難訓練を随時行っている。  | 定期的に避難訓練を実施している。消防署の助言を受け、備品・食料等備蓄品を準備している。運営推進会議や家族会を通じて、地域住民や家族への協力をお願いしている。   | ホームで避難生活を送る可能性も考えられる。家族会を通じて、災害時の避難生活を視野に入れた話し合いも必要と考えたい。 |

| 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 |
| <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                   | 「入居者が主人公」の理念のもとスタッフは常に心がけて入居者様と接しているが、時々命令口調になったり排泄について入居者様の前で話をしてしまっている。                                     | 利用者が安心して暮らせるように、ホームが一丸となって穏やかな雰囲気を作っている。業務中心の支援になりつつあるものの、利用者との会話の時間を積極的に作っている。 |                   |
| 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                     | 「○○が欲しい。」「○○に行きたい。」「○○が食べたい。」など普段スタッフとの会話から意見を聞きだして買い物や外食、メニュー決めなどを行っている。                                     |   |                   |
| 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 | 絵を描くことが趣味の方は描きたいときに描きたい場所(テラス・ソファ・食事席・居室・病院など)で描いていただいている。パジャマを着る時間が分からず毎日違う時間に着替える方は訂正せずご本人のペースで過ごしていただいている。 |   |                   |
| 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                                  | ご本人様の好みの服をご家族様が持ってきてくださったり、買い物する際に自分で選んでもらっている。夏に浴衣を着ていただいた。  |   |                   |
| 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     | 食べたいものを教えていただき柿や刺身などを提供している。小松菜をそろえたり、干し柿作り、お菓子作りを一緒にしていただいている。毎食後の食器拭きを日課にしている方もいる。                          | 事業所の畑で収穫した旬の野菜や果物が、季節感を漂わせて食卓に並ぶ。台所は、利用者と職員と一緒に調理や片付けができるような設備となっている。           |                   |
| 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          | 食事摂取量・水分摂取量はチェック表にて把握している。嚥下困難の方はとろみをつけ食事介助時も誤嚥予防に努めている。  |   |                   |
| 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                   | 毎食後入居者様の状態にあわせてガーゼ、ガーグル等を使用し介助する方もいる。水を飲みこんでしまう方のために緑茶をうがい用に使用している。   |   |                   |

| 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                               |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 排泄チェック表にて把握に努めている。寝たきりの方もトイレでの排泄ができるので、排泄のリズムを把握し介助している。  | 衛生面を考慮して、ポータブルトイレの使用を避けてトイレでの排泄を支援している。また、排泄チェック表に排泄状況を記録している。                            | 記録した排泄情報を多角的な視点から分析して、排泄の自立に向けた支援に活かす取り組みを望みたい。 |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 排泄チェック表と水分チェック表にて排便の把握に努めている。便秘になりやすい方は水分摂取量を増やせるよう、飲料水の種類を工夫し薬に頼らない支援をしている。                      |   |   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 各フロア1日おきにお湯はりをしているが、希望があれば毎日入浴ができる。仲の良い入居者様同士入浴して頂けるよう支援している。拒否の強い方は無理な入浴をせず、清拭など他の方法で清潔保持に努めている。 | 浴槽の利用が困難な利用者には、清拭やシャワー浴などの方法で清潔保持に努めている。入浴しない日には足浴をして、ゆっくり休めるように配慮している。                   |   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | ソファで過ごすことが好きな方は健康管理に十分気を付けてソファで過ごしていただいている。   |   |   |
| 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  | 処方薬の説明用紙を毎回いただき個別記録にファイルして把握に努めている。処方に変更があるときは、日報・個別記録に記入して情報の共有をしている。                            |   |   |
| 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                             | 美術に興味のある方には図書館へ一緒に出掛けて写真集などを借りたり、カラオケの好きな方はカラオケを行う時に参加して頂けるよう声を掛けて参加して頂いている。                      |   |   |
| 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 | 出掛けることが好きな方には散歩・喫茶店・外食に出掛けられるよう定期的に企画し支援している。絵の具がなくなったり、新しい衣類が欲しいと入居者様から要望されるときはその都度外出支援を行っている。   | 買い物・喫茶店・外食など、回数は少なくなっているものの、本人の希望を聞いて連れ出している。気軽に外に出かける機会が減りつつあることから、運営者は外部との交流の機会を検討している。 |   |



| 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 |
| 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  | 認知症の症状が進行し、所持していたお金をたびたびなくされるようになったので、現在は所持されている方はいないが、財布は持っていたいている。           |  |                   |
| 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   | みどり便りを毎月発行していて、ご家族にご自分の暮らしの様子を書かれる方もいる。郵便が届いたときなどはお礼の電話をしていただけるよう支援をしている。      |  |                   |
| 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 | 家庭的な雰囲気づくりを心掛けている。季節感のある飾りをコーディネートして飾っている。                                     | リビング兼食堂は両面に窓があり、明るい空間を作っている。入居者の描いた絵画を飾っており、やさしい花や風景の絵は本人の人柄を表わしている。   |                   |
| 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  | 仲の良い方同士過ごしたり、相手の方が休みたいときは自室で休んでいただき、一方の方とスタッフと過ごしたり、他の気の合う方と過ごしていただけるよう支援している。 |  |                   |
| 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  | 家具は使い慣れたものを持ってきていただいで使われている。   | 入居者の趣味や嗜好に合わせて、ポスターや写真、絵画や習字などの作品を飾っている。仏壇のある居室もあり、本人の大切な思い出と共に暮らしている。 |                   |
| 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   | 入浴日が分かるように札を掛けている。日にちが分かりやすいように日めくりカレンダーを壁に掛けている。                              |  |                   |

### 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   | 2373900469      |            |             |
| 法人名     | 有限会社 愛敬         |            |             |
| 事業所名    | グループホームみどり 2階   |            |             |
| 所在地     | 愛知県稲沢市北島5丁目55番地 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成24年10月15日     | 評価結果市町村受理日 | 平成25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 | <a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2010_022_kani=true&amp;JiyouCd=2373900469-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2010_022_kani=true&amp;JiyouCd=2373900469-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 中部評価センター               |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年12月13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)】

|   |
|---|
| <p>事故のないよう安全を第一に考えた支援と皆様が笑って過ごせる支援を目指しています。</p> |
|---|

【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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

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 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々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) | ○                     | 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  | 毎朝の申し送り時に理念を読み上げ普段から意識してケアを行っている。                     |      |                   |
| 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  | 近所の方とあいさつを交わすなど心がけている姿は見られるが、スタッフ自身は日常的交流が出来ている実感がない。 |      |                   |
| 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  | 今年度は施設が主催した講習会などは行っていない。                              |      |                   |
| 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                                     | 入居者様の身体状況、待機者状況、職員研修、行った支援の報告を行っている。                  |      |                   |
| 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  | 施設長、管理者、事務長が随時行っているがスタッフには周知されていない。                   |      |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 十分理解している。施錠は見た目は複雑に見せ、簡単なものになっている。                    |      |                   |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 十分理解し、けがの際は報告書を提出し原因究明に努めている。                         |      |                   |

| 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    | 制度について理解し利用されている入居者様もいる。                              |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 家族会、面会時に説明を行っている。                                     |      |                   |
| 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                     | 運営推進会議、家族会、日常生活の中や面会時に意見交換をしている。                      |      |                   |
| 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                                      | 施設長に直接意見を聞いてもらえる機会が月に1回は必ずある。                         |      |                   |
| 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      | エゴグラムなどのアンケート、面談、ミーティングの際に意見交換を行い反映に努めているがスタッフは実感が無い。 |      |                   |
| 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         | 実際は外部施設実習などを行っているが、ステップアップ支援制度や実技の向上などの勉強会がないと感じている。  |      |                   |
| 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 | 外部研修に参加している。  |      |                   |

| 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 |
| <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  | 面談時、入居後、ご本人様のお話を聞いた<br>り、生活の様子から要望を見極め対応し、<br>安心して過ごせる場になるよう努めている。   |      |                   |
| 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<br>こと、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係<br>づくりに努めている     | 面談時、入居後、面会時にご本人様とは別<br>にお話を聞き、ご家族様側からの要望をう<br>かがい安心して利用して頂けるよう努めて<br>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<br>の時」まず必要としている支援を見極め、他の<br>サービス利用も含めた対応に努めている | 面談時に説明を行い、ご本人様、ご家族<br>様、現場スタッフの意見を聞いてご本人様に<br>ホームでの生活支援でよいか見極め、そう<br>でない時は他サービス利用の提案・相談を<br>行っている。                 |      |                   |
| 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、<br>暮らしを共にする者同士の関係を築いている                     | 理念、ユニット目標の中に入居者様の対応<br>について掲げ、スタッフは日々心がけてケア<br>を行っている。   |      |                   |
| 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、<br>本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支<br>えていく関係を築いている  | 夏祭り、遠足など一緒に参加して頂けるよう<br>呼びかけはしているが、ご家族様をもっと巻<br>き込んで支援したい。   |      |                   |
| 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<br>所との関係が途切れないよう、支援に努めている                  | 2か月に1度来所されているボランティアの<br>中に入居者様の知人がみえたり、家族、親<br>族だけでなく、近所の方や友人の面会、電<br>話連絡などもある。                                    |      |                   |
| 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<br>ずに利用者同士が関わり合い、支え合えるよう<br>な支援に努めている          | 生活の主体はユニットごとに分かれている<br>が、月に4回以上各ユニット合同でイベント、<br>レクリエーションを行い交流を大切にしたケ<br>アを行うとともに、個別でご自分の行きたい<br>ときに行き来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 |
| 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                    | この2年間は退所者がいない。急変時入院された時に将来退所が考えられる場合もフォローする旨を伝えている。                              |      |                   |
| <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   | 入居者様それぞれの好みを知り、好みの飲み物を提供したり、自宅でされていた習慣がホームでも継続して頂けるよう努めている。                      |      |                   |
| 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                                       | 居室は入居者様個々の馴染みのもの(小物など)を置いていただいている。生活歴は記録用紙に記入し個別ファイルにファイルしており、スタッフが共有できるようにしている。 |      |                   |
| 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   | 昼寝をされる方、されない方、出掛けられる方、掃除をされる方、リハビリのある方など個々に合わせたケアを行っている。                         |      |                   |
| 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 | スタッフ、ご本人、ご家族、訪問看護師、PT、主治医の意見を聞いて話し合い介護計画を作成している。                                 |      |                   |
| 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                        | 個別記録に気づきや様子を記入し、スタッフ同士意見交換をしながら介護計画に活かしている。                                      |      |                   |
| 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               | 自立者を対象とした設備と入居者様の身体状態にギャップがある。あまり開放的ではない気がする。                                    |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | ホームセンターや衣料品店、スーパーや喫茶店へ行かれるよう支援しているが、身体的に重度の方は人手不足などで希望の時に支援が出来ていない。  |      |                   |
| 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                                  | それぞれのかかりつけ医の受診を支援している。ご家族様が通院を付き添われる際はご本人様の施設での様子を先生に伝えていただけるよう、手紙を渡している。                                    |      |                   |
| 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                          | 週2回FAXにて入居者様の状態報告と来訪時に精神状態もお伝えしている。  |      |                   |
| 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。 | 入院時の際は面会だけでなく、回復の状態を病院関係者から聞いたり施設での状態を伝えたり、情報交換を行うとともに、早期退院できるよう関係者と相談しご家族様ご本人様の不安を解消できるよう努めている。             |      |                   |
| 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  | 状態が悪くなり今後も悪化が予想される方の医師・訪問看護師との連携とご家族様に説明、理解は得られているが、ご家族様となかなか連絡が取れない現状がある。                                   |      |                   |
| 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  | 研修は行っているが実例を挙げた実践的な訓練をしていないため、実践力が身につけていない。スタッフの実力を把握し管理者がフォローし、訪問看護師による怪我の処置などの説明をその都度学び、実践で身につけられるようにしている。 |      |                   |
| 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  | 避難訓練は定期的に行っているが、全職員が身につけているとは言えない。   |      |                   |

| 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 |
| <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                   | スタッフ一人一人が意識し声掛けなど工夫している。  |      |                   |
| 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                     | 入居者様の希望を聞き外出支援や行事の企画を立てている。                                       |      |                   |
| 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 | 体調をみて休んで頂いたり、散歩に出掛けたり、行事に参加して頂いたり、一人ひとりの生活リズムに合わせた支援が出来るように努めている。 |      |                   |
| 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                                  | ご家族様に好みの衣類を用意していただいたり、クッションなどもかわいいご本人様好みのものを使用していただいている。          |      |                   |
| 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     | 食器拭きをしていただいている。   |      |                   |
| 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          | 食事摂取量や水分摂取量をチェック表に記入し把握に努めている。                                    |      |                   |
| 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                   | 毎食後一人一人の状態に合わせたケアを行っている。スポンジブラシを噛んで離していただけないため、口腔ガーゼで対応している方もいる。  |      |                   |



| 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 |
| 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                             | リハビリパンツを使用されている方はいるが、おむつを使用している入居者様はいない。寝たきりの方もトイレにて排泄をしている。                                   |      |                   |
| 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   | 排泄チェック表で排便の間隔の把握、水分摂取量が少ない方は好みのものを出して飲んでもらえるよう努めている。   |      |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                            | 午後の時間しか入浴支援ができていない。ゆっくり一人ひとり入浴していただけるよう、1日に入浴される方の人数を調整している。                                   |      |                   |
| 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  | 体調や生活習慣に合わせて昼寝をさせていただいている。   |      |                   |
| 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   | 服用している薬の説明書を個別ファイルにとじ、共有できるようにしているが、職員一人一人はすべての薬について把握していない。                                   |      |                   |
| 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                            | 入所前から習慣で飲んでいただいていた栄養ドリンクを入所後も続けて飲んでいただいたり、コーヒーはブラックを好んでいる方にはブラックで飲んでいただいているが十分な支援ができていないと思わない。 |      |                   |
| 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支援している | 年に2回は車で1時間ほどのところに出掛ける企画を立て、ご家族様に参加を呼びかけ一緒に出掛ける支援をしている。   |      |                   |

| 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 |
| 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  | 貴重品の持ち込みは遠慮していただいているが、自己管理できる方はご自分の責任の範囲内で所持されている。買い物の際はご自分の財布から支払いをされている。         |      |                   |
| 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   | みどりだよりに近況をご自身で書いていただいている。ご家族様への依存が強い方はご家族様と相談をしながら、ご家族様に負担がかからないよう配慮し電話をしていただいている。 |      |                   |
| 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 | 2階は外の景色を見られる機会が少ないため、スタッフは季節の壁飾りを入居者様と制作し、季節感を出すよう努めている。トイレの場所がわかるよう表示をしている。       |      |                   |
| 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  | それぞれの入居者様に居心地の良い場所があり、スタッフはその場所を把握しており、一人で移動できない方は介助してその場までお連れしている。                |      |                   |
| 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  | 馴染みの家具などを持ち込んでいただいている。   |      |                   |
| 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   | フロアで入浴がある日がわかるように札を掛けている。お風呂場がわかりやすいように暖簾をつけている。                                   |      |                   |

### 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        | 38   | 入浴時間が午後から約2時間しかないので、全員ゆっくり入るのが難しい。           | 1人1人がゆっくり入浴していただけるよう支援する。                | 全員1日に入浴することを目的とせず、入浴の意味を考え直してゆっくり1人1人が入浴出来るよう支援する。         | 12ヶ月       |
| 2        | 23   | ケアプランのニーズがADL中心になっており、利用者様・ご家族様の意向が反映出来ていない。 | 利用者様やご家族様の意向をニーズにとりあげ、ケアプランを分かりやすいものとする。 | 利用者様、ご家族様から意見要望を聞き、スタッフかも意見を聞けるよう一緒にアセスメントを行いプランを考えるようにする。 | 12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、行を挿入してください。