

### 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   | 0871600128                 |            |             |
| 法人名     | 社会福祉法人 尚生会                 |            |             |
| 事業所名    | 指定認知症高齢者グループホーム かさまグリーンハウス |            |             |
| 所在地     | 茨城県 笠間市 福田3199番地           |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成25年 6月10日                | 評価結果市町村受理日 | 平成25年11月18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/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0871600128-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0871600128-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人認知症ケア研究所  |
| 所在地   | 茨城県水戸市酒門町字千束4637-2 |
| 訪問調査日 | 平成25年8月30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)】**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・田園風景の中の木造建築で落ち着いた雰囲気の中で暮らすことが出来ます。</li> <li>・共同生活の中で、家族と離れていてもその人らしさを失わず、生き生きとした生活をすごしていたただけるよう職員、利用者ともあたたかな人間関係を築いています。</li> <li>・事業所には公用車があり、職員と共に買い出し、外食やドライブ、受診等の外出をする機会が多い。</li> <li>・特養施設併設の為、重度化した場合や災害時等は事業所同士の支援体制があります。</li> </ul> |
|--|

**【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)】**

|   |
|---|
| <p>特別養護老人ホームの敷地内にあるホームである特性を活かし、災害対策や車等の備品活用等では常に連携をとりながら利用者の安全や生活の質の向上に努めている。1ユニットであるホームの職員は実務者研修の修了者5名、介護支援専門員2名と高い専門知識をもった職員が多いこともあり、全職員がお互いに信頼し合い、また各自が自信を持って日々のケアに取り組んでいる。ホーム全体は落ち着いた雰囲気の中にも活気があり利用者は頻りに訪れる家族や地域のボランティア等に接し適度な変化と安定した生活を楽しんでいる。日々の生活では笠間焼きの食器を使って食事を楽しんだり、居間に季節の花を飾り、メダカを飼う等潤いのある生活をしている。また各居室はこれまでの暮らしの中で大切にしてきた品々や家族の思い出等も取り入れて、それぞれがその人らしく安心して過ごせる場所作りがされており、各人が個性的に過ごしている。</p> |
|---|

**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)     | ○ 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)   | ○ 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)           | ○ 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)                     | ○ 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)                 | ○ 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) | ○ 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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66<br>職員は、活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<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)                | ○ 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                                       | ○ 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)       | ○ 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                                   | ○ 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) | ○ 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                           | 理念を基本とし、年間行事計画書、毎月開催する職員会議、及び法人職員研修で再確認を行いながら実行している。                                  | 事業計画作成時に法人の理念である「安心と責任」を基にホーム独自の年間目標を作成した。職員会議等で全職員が確認し、理念・年間目標に沿ったケアが出来るよう取り組んでいる。   | 全職員で、地域密着型サービスの意義や地域におけるホームの役割などについて再度確認し、地域密着型サービス事業所としての役割を意識しながら、理念についてより深く掘り下げた話し合いをされることに期待したい。 |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している                           | 近隣の学校行事、幼稚園行事、季節ごとの地域行事へ参加している。購買も馴染みのお店を選んでいる。利用者と一緒に利用者の行きつけのお店にも出掛けている。            | 近隣の学校や施設で行われる運動会やクリスマス会などへの参加や、地域の行事へ参加して、顔見知りの関係づくりを積極的に進めている。また地域の方々による琴やすこやか体操等のボランティアを受け入れ、常に地域住民との交流の機会を設けている。                 |  |
| 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                         | 入所希望等で訪問された家族や面会に来られた家族へ認知症の相談援助を行っている。   |   |  |
| 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      | 2ヶ月に1回をしている。サービスの状況報告や構成委員との意見交換等により検討しサービス向上に繋げている。会議録結果を、参加できない家族へ毎回報告し、共通理解に努めている。 | 利用者・家族・民生委員・市の担当者等の出席を得て2ヶ月に1回開催している。ケアサービスの取り組みや利用状況等を丁寧に報告して、ホームへの理解を深めていただいている。会議の結果は議事録としてまとめ、家族や職員に配布している。                     |  |
| 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                 | 不明な点の相談や質問を電話や訪問での面談で市と連携を図っている。  | 運営推進会議でホームの実情やケアサービスの取り組み状況等を丁寧に知らせて理解を深めていただいている。また市の職員は利用者と食事会をしたり、一緒にお茶を頂いたりして利用者のホームでの生活ぶりをつぶさに見ており、何時でも状況に応じた相談ができる良い関係が出来ている。 |  |
| 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 | 常に念頭において取り組んでいる。推進会議にて事業所の身体拘束状況について公表した事により、職員の意識も変わり現在、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。          | 管理者・職員共に身体拘束について日頃から学ぶ機会を設けており、拘束による弊害も含めて正しい知識をもっている。常に利用者一人ひとりを丁寧に見守り、拘束の無いケアを実践している。   |  |

| 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 |
| 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     | 勉強会や自己啓発により、全職員が虐待に対し、意識をもって対応している。  |  |                   |
| 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 | 法人職員研修でも研修内容として勉強する機会がある。現在は、支援を必要とする利用者様はいらっしやらないが理解に努めている。                       |  |                   |
| 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                      | 説明には専門用語ではなく、分かりやすい言葉を選び納得して頂けるよう説明している。   |  |                   |
| 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                  | 玄関内に意見箱を置き、意見・要望等を出しやすいようにしている。推進会議や面会時の家族の意見も大切に話し会等で検討している。                      | 毎月、担当職員が一人ひとりに丁寧な利用者の近況報告を兼ねた手書きのお便りを出して親しい関係作りに取り組み、日頃から相談事も含めて何でも話し合いのできる関係作りを努めている。ホームを訪れた際には忌憚のない意見や要望を出して頂いている。畑の作物の収穫への助言等、日常的なことについても家族のアドバイスを大切にしている。      |                   |
| 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                                   | 日々、職員の意見や要望の聴く機会を設け管理者、職員間で話し合い対応している。法人で毎年実施している職員意向調査があり、職員の声を聞き職員業務環境の向上に努めている。 | 法人全体としては毎年職員の意向調査を実施して異動等の希望を言いやすくしている。管理者は常に職員に問いかけをして話しやすい雰囲気づくりに心がけており、日常的な消耗品の購入等は職員が中心になって決めている。職員同士の連携も良く、時には職員間で話し合い結果を管理者に伝える事もあり、日頃から職員の意見や要望を運営に反映させている。 |                   |
| 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   | 年2回の目標管理・人事考課等の取りまとめにより、自己評価を通して、向上心、能力開発に努めながら働けるよう整備されている。                       |  |                   |
| 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      | 法人職員研修計画に基づき内外研修を実施している。フィリピン出身の職員に働きながら出来るよう職員が日本語を指導している。                        |  |                   |

| 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 |
| 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 | 月に1度、市が開催する調整会議等で、他グループホームとの情報交換を通じてサービス向上へと繋げている。                                   |  |                   |
| <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           | ご本人と話をする時間を作るよう努め、信頼が生まれるよう十分な時間をとり耳を傾けている。  |  |                   |
| 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                      | まずは一対一で十分に時間を掛け、話を聞く機会を設け関係づくりに努めている。  |  |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている                  | 相談を受けた者が支援内容を見極め、周囲と相談をしながら対応が出来るよう努めている。  |  |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | 本人の立場、気持ちを理解し孤立しないよう、一緒に生活出来るよう支援している。   |  |                   |
| 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                   | 電話や面会時の声掛け、受診等の付添いを家族の可能な限りお願いし、家族との関係を日々意識した支援をしている。                                |  |                   |
| 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                               | 入居される前の生活環境を理解し、思い出の品物・着物等の身の回りの物に囲まれた生活が継続できるよう努めている。また、行きつけであった美容室や商店に行けるよう支援している。 | 利用開始以前からの行きつけの店へ買い物に出かけたり、元気な頃に住んでいた懐かしい場所に出かけるなどしている。また年賀状を出したり、誕生日プレゼント等へのお礼状を書いたり、親しい方々との関係が途切れないような支援をしている。家族の協力を得ながら行きつけの美容院へ出かける利用者もいる等、それぞれが馴染みの関係を継続しながら生活できるよう支援している。 |                   |
| 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                           | 利用者様が孤立しないよう共同作業を実施したり、会話が出来る機会を作り全員で交流できるよう努めている。                                   |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 特養へ入所された利用者様、ご家族共に交流し、相談や支援に努めている。                                  |  |                   |
| <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   | 一人ひとりの思いや今後の生活をどのようにして暮らして行きたいのかを把握するよう努めている。ご本人の言葉で表して頂けるよう支援している。 | 生活アセスメントシートに一人ひとりの行動・状態・訴え等を毎日記録し、これを基にサービス担当者会議において全職員で本人本位の検討をしている。また、言葉での表現が困難な利用者については、センター方式を用いて全職員で本人の思いを大切にしながら検討をし、思いや意向の把握に努めている。   |                   |
| 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                                       | アセスメントに記入されている生活歴・生活環境等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   | 一人ひとりの日常の様子をアセスメントシートに記録し、個人のケースファイルにも経過が記入されている。                   |  |                   |
| 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 | 直接ご本人・ご家族と話し合ったり、電話で要望を聞き、また、職員にも意見や支援方法等の情報を聞く事で現状に合った計画を作成している。   | 担当職員があらかじめ作成した介護計画を基に、計画作成担当者が本人・家族の希望を聴き、職員のアイデアを取り入れながら作成している。一人ひとりの介護計画は毎月丁寧なモニタリングを実施して、日々の暮らしを意識しながら定期的、随時の見直しを行い、各人の現状に合わせた計画としている。職員一人ひとりの認知症ケアについての専門性が高く、ケース記録等の日々の記録は計画を意識しながら具体的に丁寧に記されている。 |                   |
| 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                        | 日々の様子の記録や実践したケアの評価を職員間で共有し計画の見直しへと活かしている。                           |  |                   |
| 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               | 決まったサービス(特養での行事・年間行事)の他に、利用者様がその時々生まれたニーズに対して、内容によるが可能な限り対応している。    |  |                   |

| 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  |
| 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                                      | 運営推進会議での民生委員の協力や避難訓練では消防署との関わりもある。地域の中から、歌や体操のボランティアの方々にも来て頂いている。                                      |  |  |
| 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                                  | 本人、ご家族の希望される医療機関を受けている。訪問看護も週1回受けており、医療機関への早期受診に繋げている。原則、受診等はご家族で対応して頂いているが、ご家族対応が不可能な場合のみ、事業所対応としている。 | 利用者・家族の希望に沿ってかかりつけ医への受診が出来るようになっている。かかりつけ医への受診は基本的に家族対応となっているが、家族が対応できない場合には市内医療機関のみ、付き添い費を頂いて職員が受診支援を行っている。協力病院・かかりつけ医・専門医等への受診結果は記録を残し、本人・家族・職員が共有できるようにしている。          | 利用者それぞれの受診結果は受診ごとに記録されているが、現在の書式を活かしながら、一人ひとりの健康状態の変化や病状の変化等の把握、また緊急時の受診のためにも受診記録を個人別に管理することについて検討されることを期待します。 |
| 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                          | 週1回の訪問看護を受けている他に、日常の不安・心配事があれば24時間連絡体制をとっているため相談や指導も受けている。   |  |  |
| 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。 | 入院されてからも情報交換に努め、医療機関との関係作りを実施している。情報収集や意見交換等を行い退院時の対応に備えている。   |  |  |
| 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、看取りは実施していないが重度化した場合の対応をご家族と確認している。重度化に備えて他事業所と相談・連絡を取り合っている。  | 平成25年度より看取り・重度化への対応を行う方針をとっており、契約時に十分な説明をして了解を得ている。さらに職員は重度化した場合への細かな対応方法について教育を受けている。退所に当たっては特養等への入所や入院も含めて利用者・家族が納得して移れるよう支援している。                                      |  |
| 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  | 定期的に緊急時対応方法をその都度勉強している。  |  |  |
| 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  | 2ヶ月に1度の避難訓練を実施しており、母体施設の協力もあります。夜間時の職員招集を兼ねての訓練もあります。地域の消防団にも以来をしている。                                  | 年6回隣接する特養と合同の避難訓練の他に、夜間想定も含めたホーム独自の避難訓練を実施している。火災の場合、台所から遠い居室を非難口にする等を想定して、具体的に窓から脱出が出来るようにする等、普段から十分な訓練を実施している。災害時にも「災害マニュアル」を作成し、食料等の備蓄についても特養との連携により十分な対応が出来るようにしている。 |  |

| 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 |
| <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                    | 一人ひとりのプライバシーの確保を大切にし、気持ちを損ねない言葉選び、丁寧な言葉を用い対応している。                         | 急がせるような態度や声かけは聴かれず、自然で穏やかに会話をされていた。利用者全員が女性で、日頃から入浴・排泄は同姓介助で行っている。職員は年4回「接遇状況確認シート」を用いて自己評価をし、利用者に合わせた言葉づかいや態度をチェックして適切な対応が出来るようにしている。  |                   |
| 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                      | 本人の気持ちを大切にし、自己決定に繋がられるよう支援している。   |   |                   |
| 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 | 日々の生活の中で、本人のペースに合わせ支援している。また、出来る事と出来ない事を見極め、個人の希望に添って支援している。              |   |                   |
| 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                                   | 本人に合った衣類選びや購入等に付き添う支援をしている。また、近隣の美容室や馴染みの美容室の通う支援もしている。                   |   |                   |
| 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      | 無理強いしないよう心掛け、短時間での調理・盛り付け・片付け等を職員と一緒に実施している。                              | 地元の笠間焼きの器を使った食卓はランチョンマットの使用などで清潔で見た目にも楽しめる工夫がされていた。特養の栄養士による献立に基づいての調理は利用者にとって食べやすいようになっている。職員も一緒に囲む食卓は、ゆったりと食事に時間をかけ、和やかな雰囲気があった。フォークを使う人には魚の身をあらかじめほぐしたり、一口大に切る等の気配りがあった。また流しソーメンやスイカ割り等の楽しみごとも取り入れている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている           | 母体施設の管理栄養士による献立表を参考に調理している。食事・水分摂取量にも気をつけている。また個々の状態に合わせ、粥食・刻み食等の対応もしている。 |   |                   |
| 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                    | 外出後のうがい、食後の歯磨きの実施は個々の状態に合わせ、声掛け・見守り・一部介助の支援をしている。                         |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 一人ひとりの排泄パターンに合わせて、トイレでの排泄を促している。オムツ使用の方でもその方に合わせ、見守り・声掛け・介助等の支援を実施している。        | 利用者各人の排泄パターンを把握しており、声かけ・誘導・パットの使用などで全員がオムツを使用せずに過ごしている。尿意のない利用者には3時間毎の声かけを実施し、トイレでの排泄を支援している。失敗が増えた場合には家族や医師と相談して対応を考えている。   |                   |
| 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  | 散歩や体操、飲食物の工夫。また、受診での診察結果次第では下剤等の服薬も利用している。                                     |  |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 全員が声掛け・一部介助が必要であり、2日に1回となっているが、入浴剤の種類を変えるなどを実施し入浴を楽しんで頂いている。希望があれば、連日入浴が出来る。   | 利用者一人ひとり1日おきの入浴になっているが湯は毎日沸かしており、希望があれば何時でも入浴できるようにしている。夏祭り終了後など汗をかいたような場合には入浴してさっぱりしてもらおう等、状況に応じて入浴が出来るよう支援している。日々の入浴ではCDをかけて音楽を楽しみながら、また入浴剤等も種類を変えて楽しんでいる。さらに柚子湯・菖蒲湯など季節毎の楽しみも取り入れている。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 体調や本人の希望に合わせて休んで頂いており、布団干しなども一緒に行い、気持ちよく休んで頂け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  | 服薬を入手した時の確認と、申し送りノートへの記述で全職員が把握している。服薬が変更になった時には訪問看護へ情報を送り、注意点等の支持を受けている。      |  |                   |
| 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                             | 興味のある事・楽しみたい事・望む事を中心に無理強いせず支援している。施設行事・ドライブ・外出等の支援も実施している。                     |  |                   |
| 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 | 体調や状況を考慮し、散歩や外出、買い出しの支援を実施している。メガネ屋に行く方や、家族と一緒に山へ食事を摂りに行く方など、普段出来ない事への支援をしている。 | ホームの敷地内にある畑に出かけたり、天気の良い日には公園などの安全な場所に車で出かけるなど、散歩や外気浴を楽しんでいる。また家族の協力を得て美容院や外食の為の外出、買い物外出等も日常的に行っている。月1回は行事としての外出を計画し、少し遠出をするなど気分転換を図っている。   |                   |

| 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 |
| 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  | 一人ひとりの能力に合わせてお金(財布)の管理を支援している。希望された時は付添い、自分で支払いが出来るよう支援もしている。所持していたいの希望があれば、良く話をして所持して頂いている。 |  |                   |
| 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   | 電話をかけたり、いただいたり、年賀状やお礼の手紙等の支援をしている。   |  |                   |
| 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 | 季節の花々を飾ったり、壁掛けや利用者様の作品を飾り、居心地良く過ごして頂く事を支援している。   | ホーム全体が木造のためか暖かな雰囲気があり、高い天井は開放感がある。トイレや浴室は清潔で、利用者の機能低下にも対応できるようになっている。また見やすい時計やカレンダー、季節の花や季節毎の貼り絵等の作品を飾り、時間的な混乱や季節感を失わないような生活への配慮が見られた。廊下の広い部分には椅子を置いて一人でゆっくり休めるようになっている。 |                   |
| 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  | ロビーのソファやベランダ近くのソファにて、ゆっくりお話されたり、1人で居眠りする事が出来る空間になっている。                                       |  |                   |
| 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  | 本人の希望を取り入れ、住みやすく、居心地良く過ごせるよう工夫している。  | 仏壇や位牌、使い慣れたタンス等に囲まれて自宅のような雰囲気づくりをしている居室や、家族の写真や趣味の品々がたくさん飾ってある居室等、それぞれが安心して暮らせるような居室作りがしてあった。また利用者の状態に応じて整えられた居室等、家族や職員の心配りが随所に見られた。                                     |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 手すりの設置をしたり、歩行が困難な方には、歩行器・車椅子を使用して自立した生活が送れるよう支援している。   |  |                   |

## 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        | 30   | 各利用者の受診結果は、日誌に記録し個別ケースファイルに綴じてあるが、受診用ファイルについては、全利用者の情報が1冊となっている状況。また、受診用ファイルには、受診記録が綴じていなかった。 | 受診用ファイルを利用者毎に作成し、また、誰が見ても分かり易い記録をする。緊急受診の際に、医療機関・全職員が見ても把握・対応できるよう努めていく。                     | 受診も含めた介護記録の記入方法を職員全体で再確認・把握する。また、受診用ファイルについても、利用者毎に作成し、緊急受診・通常受診の際に、医療機関・全職員が対応・把握できるよう取り組んでいく。 | 3ヶ月        |
| 2        | 1    | 地域密着型サービスの意義や地域における事業所の役割が、一部の職員しか把握できておらず、全職員が話し合う場を設け、共有する事が出来なかった。                         | 地域密着型サービスとしての意義や役割について全職員で再確認を行い、事業所独自の理念を作成し、認知症ケアの専門性を活かした支援力の強化を図り、地域密着型サービスとしての役割を高めていく。 | 全職員での話し合いの場を設け、地域におかれている事業所の意義や役割について再確認を行い、事業所独自の理念・年間目標を作成し、平成26年度事業計画書へ取り入れていく。              | 6ヶ月        |
| 3        |      |   |  |   | ヶ月         |
| 4        |      |   |  |   | ヶ月         |
| 5        |      |   |  |   | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。