

### 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   | 2571800024          |            |           |
| 法人名     | 社会福祉法人 湖東会          |            |           |
| 事業所名    | グループホームハートフル        |            |           |
| 所在地     | 滋賀県犬上郡多賀町中川原605番地の2 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成25年1月21日          | 評価結果市町村受理日 | 平成25年4月3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/25/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/25/index.php</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 福祉経営ネットワーク |
| 所在地   | 東京都千代田区九段北4-1-9-4F   |
| 訪問調査日 | 平成25年3月12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23年度よりグループホーム管理者が認知症指導者の研修を受け、認知症対応型グループホーム職員に対して、または施設職員全体に対して研修を行っている。認知症全般に関わる知識及びケアの指導をケアワーカー会議にワンポイントアドバイスとして取り入れ指導をしている。資格が無かったり、経験が無い職員でも分かりやすく理解できるよう資料を提供する事で職場以外でも振り返ることができる。勤務時間以外でも、他部署(事務所等)の有志職員が希望により認知症研究会を立ち上げ1回/月定期的に集まり研修の場を作っている。このように認知症ケアに対して施設全体が熱く関わっている施設は少ないと思う。今年度はひとときシートを1年掛けて職員に理解してもらい、ケアの現場に生かしている。

【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)】

ホームの理念にもある「その人らしく」を基盤にして、利用者に日々よりいながら、家族や運営推進会議のメンバー、ボランティア等との連携についても温かな心で関わることを目指すホームである。「その人らしく」を貫く姿勢を具体化したものとして、2年前から開始した看取り介護が挙げられる。一連の流れを明確にして、家族や医師、看護師等に日々取り組み状況を連絡・相談をしながら複数の利用者の看取りが行われた。また、各職員のスキルアップ向上への意欲は高く、法人としても認知症研究会をはじめ、各種の自主的な研究会を奨励している。さらに、職員の定着率が高いために専門技術や経験の蓄積があり、ホーム内だけでなく、安心して暮らせるまちづくりを目指して、キャラバンメイトの活動その他の地域福祉への貢献に向けた具体的な展開が、ホーム職員をはじめとする法人全体で行われている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|--|---|---|---|
| 56<br>職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○ 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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○ 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59<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、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<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している<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) | ○ 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

| 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  | グループホーム独自の理念をカードにし、各職員に配布、常に理念を共有し、日々のケア向上の為、意識付けを行っている。2ヶ月に1回作成している広報にも理念を掲示している。                          | ホーム独自の理念を事務所やホームだより等に掲げている他、全職員にカードにして渡すことでいつでも確認できるように整えている。実際に理念はわかりやすくまとめられており、職員に浸透している。                   |                   |
| 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  | 利用者の居住地である自治体主催の催事や行事には苑のマスコットキャラクターハートちゃんと共に参加を働きかけている。また、ボランティアの受け入れや、地域交流として、地産地消に出向いている。                | 特別養護老人ホームやデイサービス等に併設したなかにあるホームであり、かつ、近隣に住宅地がない環境のなかで、地産地消の売店で買い物をしたり、おやつやコーヒーのボランティア、地域行事の準備のボランティアとの交流の機会がある。 |                   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br><a href="http://www.kaigokensaku.jp/25/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/25/index.php</a>            | 広報作成し地域住民へ配布及び地域の催事への模擬店等を通じて支援の方法の開示と理解を求めている。   |  |                   |
| 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                                     | 年に6回、奇数月の運営推進会議開催により、サービスの内容や人員配置に関する報告等を行い、会議参加者からの意見を得て、事業に反映している。また、普段の悩みや現状を率直に話し、色々な意見を頂いている。          | 毎回の運営推進会議に合わせて写真をふんだんに盛り込んだホーム便りを作成・配布すると同時に、活動報告や今後の予定を説明している。家族や民生委員等から適宜助言やアドバイスを得てホーム運営にいかしている。            |                   |
| 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に取り組んでいる   | 利用者の入退所やサービス内容に関して、市町村担当との連携・報告・相談を行っている。入所判定基準を届け入所判定の結果も相談・報告している   | 運営推進会議のメンバーである地域包括支援センターの職員を始め、担当者とのやりとりは適宜行われており、支援上で相談したい事についても連絡して相談する環境となっている。                             |                   |
| 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 | 具体的な身体拘束に限らず、言葉や態度も含めてケアワーカー会議等で事例を挙げて拘束になるか否かを常に考えて話し合いをしている。また、身体拘束に関する事項等も、職員の目のつく場所に貼り出し、意識を高めて取り組んでいる。 | 身体拘束廃止の徹底に向けて、ホームの事務所の扉に身体拘束に関する文書を掲示する他、マニュアルも作成して適切な行動がとれるように取り組んでいる。玄関等は鍵をかけず、利用者の行動を止めず、寄り添う支援に努めている。      |                   |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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                                     | 虐待とは直接の暴力による虐待だけでなく、言葉の虐待や介護放棄等様々な虐待がある事を研修で学んでもらったり、パンフレット、会議等で触れている。研修参加者による報告にて常に意識付けをしている               |  |                   |

| 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   |
| 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    | 外部研修、施設研修に参加し、研修参加者による報告にて職員の周知徹底を行っている。個別にはケアワーカー会議にて対応方法を話し合っている。          |  |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約時には家族に来て頂き、見学等含めて時間をかけながら納得されるまで説明を行っている。改定の場合は家族会にて説明をする機会を設けている。         |  |   |
| 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                     | 家族会に参加していただく際や、運営推進会議にて家族会の意見等を報告・反映している。                                    | 毎年家族アンケートを実施し、その結果を玄関先に備付ける取り組みが定着している。また、行事实施に合わせて家族会を実施することで、職員と直接話す機会が持てるようにしている。                           | 新たに家族だけで集まり率直に話し合える場を設けていくことで、家族同士のコミュニケーションの充実や家族からの率直な意見が一層得られるものと思われる。 |
| 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                                      | 毎月ケアワーカー会議を開催し、個人個人の意見を言える状況を作っている。ちょっとした提案でも皆が共有出来るように、伝達ノートも設け職員全体で共有している。 | 法人全体で自主的な研究会を奨励している他、地域密着ケア全国研修会でキャラクター「ハートちゃん」を紹介する取り組みがなされた。ケアワーカー会議の場や伝達ノートにも気づいた事項を提案しており、職員の改善へ姿勢は意欲的である。 |   |
| 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      | 職能制度を設け、スーパービジョンを行っている。意見や現在の職場への思いを記入してもらい、現在どのような状況にいるのかを把握している。           |  |   |
| 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         | 法人内の研修には出来る限り参加してもらっている。法人外は研修内容や希望により受けてもらっている。研究会や勉強会を随時開催し、出来る限り参加している    |  |   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | グループホーム部会に参加し、意見交換を行っている。研修で得てきた情報を共有し、質を向上している。                             |  |   |

| 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 | 入所される前に事前情報や、お試しショートステイ等を設けている。                                       |   |                   |
| 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            | 時間を十分取れるように配慮し、訪問や面会を行っている。   |   |                   |
| 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        | 家族の実情や要望を聞き、できる限りの対応をしている。併設施設のサービスも併用しながら支援している。                     |   |                   |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | ややもすると甘えた関係になりがちになり、言葉のやり取りが雑に聞える場合がある。役割を決め、お互いが助け合えるような言葉掛けを心掛けている。 |   |                   |
| 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         | お誕生日には御家族への出席を依頼したり、家族会を通じて大掃除や食事会を開催しながら、共に支えあえる関係を築いている。            |   |                   |
| 20                           | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 老人会への出席、近隣の知り合いに面会に来て頂いたりするなど、地域の交流を大切にしている。                          | 個別に老人会に送迎し、馴染みの地域の人々と触れ合う機会がある。また、地元の祭りには必ず職員が利用者と付き添って参加するようにしており、入居前の人や場所のつながりを大切にした支援に取り組んでいる。 |                   |
| 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                 | 新しく入所された際には歓迎会を開催し、紹介する場面を作っている。出来ない事を説明し、互いに助け合ういたわりの気持ちを持つよう支援している。 |   |                   |

| 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                    | 特養へ入所された方へ面会に行っている。   |   |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | センター方式を出来るだけ入所時に家族へ記入してもらうようにしており、情報を基に、ひもときシートを使用し、支援方法を日々検討している。            | 利用者や家族から聞き取った情報を「私の姿と気持ちシート」等に記し、利用者の気持ちに寄り添う支援に努めている。また、認知症研究会での取り組みや、対応に行き詰った時はひもときシートを活用し、改めて利用者への対応を検討している。 |                   |
| 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                                       | センター方式の記入や、その後得た情報を記録し情報を共有している。  |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 利用者一人ひとりの生活面や心理面を日誌等に記録し、職員全員で共有し、把握に努めている。                                   |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 情報の共有と毎月行っているケアワーカー会議で話し合っている。介護計画と日々の暮らしが合致しているかどうか確認しており、定期的にモニタリングも実施している。 | 利用者できることをしながら、生活してもらえよう計画を策定している。毎月開催するケアワーカー会議には夜勤の職員にも入ってもらえよう時間調整しながら、多くの職員が参加してモニタリングを行い、取り組みの検証を行っている。     |                   |
| 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                        | 普段の気づきや生活記録は詳細に記録している為、それに基づきケアを実践している。                                       |   |                   |
| 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               | 知人や近隣の方が他サービスを利用する為、施設にこられた場合には職員と一緒に会いに行くなどして、自由に面会が出来る体制を随時とっている。           |   |                   |

| 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   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 地域のボランティアさんの協力や、町のお祭りに参加し、グループホームでの生活の様子を理解していただけるよう、地域住民と出会う機会を設けている。                            |   |   |
| 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                                  | 受診は家族へ依頼しているが、必要時には職員が付き添ったりしている。状態の説明等適切な医療を受けられるように、情報提供などの支援もしている。                             | 受診には家族が付き添うこととしているが、状態に応じて職員が同行し、医師から直接対応を聞きとったり、状況の説明を行っている。また、医療連携シートを活用し、医師と事業所で情報のやり取りを行う、連携ツールとして機能している。                         |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 医師に受診相談する前に訪問看護へ連絡したり、訪問時には個々の状態を報告し、指示を受けたりしている。必要時には訪問看護へ電話するなどして連携も行っている。                      |   |   |
| 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。 | 入院時にはフェイスシートやアセスメント情報、普段の生活記録を持参し、情報交換を行う機会を設けている。退院前には病院側とカンファレンスも開催している。                        |   |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 重度化対応、終末ケア、看取り介護についての話し合いは入所された時点でお気持ちをお聞きしている。看取り介護は実施しており、責任者の24時間オンコールも実施している。今年度も1名の看取りを実施した。 | 入所時に本人や家族の意向を確認しており、実際2件の看取りを行っている。終末期に入ると、家族から看取り介護についての同意書を受けたり医師から説明を行う等、家族の協力を得ながら医師や訪問看護などと連携を図りながら、グループホームでの看取りの必要性と支援に取り組んでいる。 | 入所時には看取りに関する説明を行い口頭で確認をしているが、延命治療に対する意向を書面で受けるなど、さらなる終末期への取り組みに期待したい。 |
| 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  | 訪問看護師がその都度訪問したり、指示を貰っている。また、AEDを設置しており、使用方法の研修に参加したり、個々の努力で実践力を身に付けている。                           |   |   |
| 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  | 避難訓練を月に1回は実施しており、多賀町震災マップにより避難場所を確認している。今後の避難訓練を地域の協力を受けながら行っていく。                                 | 毎月地震、火災、水害を想定した防災訓練を実施する他、夜間想定でも行っており、実際利用者を背負って2階まで避難したり、法人全体の訓練にも参加している。隣接の家にも協力を依頼し、携帯での連絡で駆けつけてもらえるよう要請している。                      |   |

| 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                   | 利用者に対しての言葉掛けは、プライバシーが損なわれないような対応を心がけ、その都度不適切な言動があれば、職員に注意している。会議等でも折に触れ統一を図っている。  | 「その人らしく生きる姿を尊重し」と理念にも掲げ、温かな心を持って支援する姿勢がある。入浴や排泄介助の際はプライバシーへの配慮を行い、男性利用者の尊厳にも気持ちを損ねない対応を心掛け、常に言動や対応の振り返りに努めている。 |                   |
| 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                     | 話せる雰囲気作りを心掛けたり、自己決定が出来る利用者の発言は大切にしている。時には職員が家族へ代弁したりするなどして、思いや希望を実現できるように働きかけている。 |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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 | 基本的な時間の流れは決まっているが、利用者の思いや気分を大切に尊重している。買い物や行きたい所、食べたい物など自己決定して頂いている。               |  |                   |
| 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                                  | 季節に合った洋服を選んだり、出かける際にはスカーフを巻いたり、定期的な散髪を家人に依頼したりしている。                               |  |                   |
| 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     | 一人ひとりの嗜好調査を参考に、代替食を用意している。お誕生日会には本人の食べたい物を聞いて楽しい食事作りを心掛けている。食事後には一緒に後片付けをして頂いている。 | 献立は担当職員が作成しており、1日3食のバランスを考えながら決めている。食材の下ごしらえや盛り付け等の準備と共に、毎日の当番が「いただきます」の声かけや食器洗いなどに携わり、できることに関わってもらえるよう心掛けている。 |                   |
| 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          | 毎日の摂取量・水分量は記録に残し把握している。栄養バランスについては、自由な雰囲気を保ちつつ、野菜を多く取れる工夫や地域にあった献立を考えられている。       |  |                   |
| 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                   | 食後の口腔清掃を声掛けにて実施し、週一回訪問歯科受診を受けて、本人に合ったケア方法をアドバイスしてもらっている。                          |  |                   |

| 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  |
| 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                              | 排泄の訴えが無い利用者には、こちらから声掛けや見守りを行っているが、過度な関わりを避けながら自立の範囲を保っている。ケアの統一を図るため、会議を開きその方に一番最適な援助が出来るよう、心掛けている。         | 必要に応じて排便コントロールを行い、食事の工夫や水分補給等で改善を図っている。排尿に関しては、声かけや見守りで自力で行うことを重んじており、必要に応じて排泄量の確認等、その人の状態に応じた支援を行っている。 |  |
| 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  | 処方薬だけに頼らず、食物繊維が摂取できる献立を工夫している。毎朝、体操の時間を設けて筋力の保持や、苑内を散歩し適切な運動をしている。  |   |  |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 週に6日入浴日を設け、体調不良時以外は入浴を勧めている。15時～夕食前まで行っており、身体状況に合わせて入浴台を設置したり、入浴チェアを使用したりしている。また、入浴剤を用い視覚や嗅覚でも楽しんで頂いている。    | 金曜日以外、毎日入浴できる体制を整えている。入浴前には検温と血圧測定により健康状態を把握し、入浴剤を使用しながら仲良い同士と一緒に、楽しみながら入浴できるよう、利用者の意向に沿った対応に努めている。     |  |
| 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   | 昼食後1時間程度休養の時間を設けている。それ以外の時間でもご希望の時間に休養して頂いている。アロマオイルやお香を焚き精神の安定を測っている。                                      |   |  |
| 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  | 受診後、服薬管理や新たな症状の服薬については副作用などを把握しており、薬局の薬剤師とも連携が取れている。日勤者・夜勤者との伝達事項としている。                                     |   |  |
| 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                             | 生活暦を参考にしながら、興味ごとや趣味を日々生活の中に取り入れている。ボランティアに来て頂き、お菓子や文化祭の作品も一緒に作った。   |   |  |
| 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 | 本人の意思決定により買い物や外出が出来るように支援している。年に一回家族と共に参加できる行事を計画し実行している。それ以外でも地域の催し物に参加したり、夏には梨狩りにも行っている。今年度はケイタリング事業を行う予定 | 日々の買い物には希望者に声かけしており、外出の機会を提供している。また、町の祭りでは模擬店を出して地域の人と触れあったり、ドライブがてら花見をしたり、家族と共に日帰り旅行も毎年恒例の企画となっている。    | 今年度は利用者の状況を加味して日帰り旅行を中止し、他の楽しみを提供したが、状態が良い時期に利用者それぞれの意向を確認し、家族との協同により、以前好評だった旅行等の外出企画に取り組まれない。 |



| 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 |
| 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  | 持っているお小遣いから、個人で購入された物は支払って頂いている。可能な利用者の方には出張販売に出向き自ら品物を選んで頂き、支払いもして頂いている。                                    |   |                   |
| 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   | 苑内の公衆電話を使用したり、御家族、お孫さんへの手紙や電話の支援を行っている。正月には年賀状も書いて頂き、出している。  |   |                   |
| 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 | 季節に応じた花や飾りつけをしたり、窓からの採光を和らげる為、夏には緑のカーテンとしてゴウヤを植えた。落ち着いて座れるソファで全員がテレビを観て過ごせる環境を整えており、精神的安定を図る為、アロマオイルを設置している。 | 利用者の作品や季節ごとの飾りつけにより利用者が落ち着いて過ごせる環境作りに努めている。トイレにつながる廊下に並べられたベンチには座布団が敷かれ利用者の休憩場所にもなっている。また、アロマオイルの設置で、心地よい環境整備が行われている。 |                   |
| 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  | 食堂には定番の位置があり、各々気の合った者同士が座れるように居場所を作っている。   |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 入居の際には使い慣れたタンス等を持ち込んで頂いたり、家族からのプレゼントや家族と一緒に楽しんだ行事や誕生日会等の写真を居室に貼り、部屋にいと家族を思い出し気分が落ち着くような工夫をしている。              | 居室には家庭で使用していた家具や品物を持ち込んでもらい、心穏やかに過ごしてもらえるよう支援している。家族の位牌を持参し毎月の月命日にはお坊さんをお呼びして御経を読んでもらうなど、在宅からの習慣を継続し、精神的安定を図っている。     |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活を送れるように工夫している   | 料理・洗濯・掃除等の場面では、一人ひとりの出来る事と難しいことを職員が見極めて、御本人が出来る事を奪わないように支援する事を意識している。  |   |                   |

## 目標達成計画

作成日：平成25年3月25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        | 6    | 家族間で何でも言い合える関係が作れていなかった。                                | 何でも本音で言い合える関係を作る              | 平成25年度は新たな取り組みとして、家族会がより充実出来るように「本音と言える家族会」として家族だけの食事会を開催し、交流が図れるように支援していく計画を事業計画にあげている。その成果を今後の利用者の支援に活かしたい。 | 12ヶ月       |
| 2        | 12   | 看取りについての希望等は聞けており記録として残っているが、延命治療に関しては記録を残す書類が作成出来ていない。 | 延命治療についても希望があれば記録として残すようにする。  | 看取りに関する書類のなかに延命治療に関する意向を受ける書類を追加する。   | 12ヶ月       |
| 3        | 18   | ご利用者の体調等考慮し、平成24年度は日帰り旅行は中止とした。                         | 25年度はご利用者の体調も考えつつ、日帰り旅行を企画する。 | 家族会と連携していき、状態が良い時期を考え、利用者が希望する所を検討し、外出する機会を設けていく。   | 12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。