

### 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   | 2390700041        |            |           |
| 法人名     | ヘルパースクール・カイ       |            |           |
| 事業所名    | グループホームよりあい処向山    |            |           |
| 所在地     | 愛知県名古屋市長和区向山町3-30 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成23年11月9日        | 評価結果市町村受理日 | 平成24年4月4日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                  |  |  |
|-------|------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利法人なごみ(和)の会  |  |  |
| 所在地   | 名古屋市千種区小松町五丁目2番5 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年11月16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)】**

ご利用者様の生活のペースに合わせ、意見、要望を聞き取り職員が寄り添うような介護を心がけています。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

職員間の意思疎通、情報共有、質の向上を充実させる努力と、実践がみられる。良いケアは、人間が行う事を、理解し、自分が、利用者だったら、どう思い、どう考えるかを、1人1人に考えさせ、行動させようとしている。利用者の生活のペースに合わせたケアを実践するため、調理、見守り、声掛けなど、配慮している。ネットワークの広がりも、入居者、その知人、友人、管理者など色々ななかかわりの中で、広げている。中学、大学、サークル、子供から、大人、趣味の会など、多種多様な、参加と、交流ができています。尚広がりがみられる。家族の施設への訪問平均は、月2~3回と頻度も高く、良い関係と、情報共有ができています。

**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)        | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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ます<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)              | ○<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 | 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)                    | ○<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 | 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) |
| 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)      | ○<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 | 職員は、生き活きと働けている<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)                   | ○<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 | 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せている<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 | 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、安心して暮らさせている<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  | 職員全体に地域密着サービスに対し、会議等を通して話を行い、今後の事業所と地域との関係を図っていく      | 新人研修での理念の習得をしている。ミーティング等で徹底を図っている。「なじみのある日常生活を維持」の為、職員が一体となり協議、実践に繋げている。地域、入居者の知人などからの、ネットワークを広げ、ボランティアなど広がりを得ている。    |  |
| 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  | 近隣の中学校の職場体験実習の受け入れを行っており、中学生と利用者様との交流を図っている           | 開設して日が浅いが、地域の川名中学、南山大学などと交流している。町内会役員との連携や、地域住民との連携を目指し、協議を重ねている。   | 周辺地域住民や、地域団体との連携、交流を深めることが期待される。   |
| 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  | 今後、地域との交流の中で介護教室や研修などに積極的に参加し認知症ケアの啓発に努めていく           |   |  |
| 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                                     | 運営推進委員会にてご家族様や地域の方からの意見を聞きサービスの改善を行い、また事業内容を報告している    | 入居者への細かいサービス面に対し、意見を取り入れ、改善している。洗濯の方法、見守りの仕方、行事の内容や、バリエーションづくり。事故防止へ向けた個別の対処など。                                       | 会議参加者として地域住民の参加の頻度を上げる事、メンバーの増加など、開催方法、時期、など、行政の出席との兼ね合いを勘案しながら、適当な方法が図られるよう期待される。 |
| 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  | 近隣の中学校との交流  | 運営推進会議への行政の常時出席。生き生きセンター主催の研修、介護関係諸会合への出席。施設管理者が、随時センターへ出向き日頃の交流を深めている。   |  |
| 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 | 十分に理解した上で身体拘束はゼロである。                                  | 「拘束」の理解を会議等で研修、また玄関に文書掲示をし意識の向上を図っている。やむを得ない場合でも、家族との連絡を密にし、入居者の為の方法を考えている。転落防止のベットの柵をためし、拒否があるため、床でのマットに切り替えるなどしている。 | 急坂の立地、交通事故防止のため、内側から出にくいようにしてあるが、改善の方法を探る事が望まれる。                                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                     | 日常的に話し合いの場を持ち新しい情報はスタッフ間で共有している。スタッフも意識を強く持ち虐待はゼロである。 |   |  |

| 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 |
| 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に支援している   | 地域いきいき支援センターや、社会福祉協議会とも連携をとりながら、活用できるように支援している。          |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約書・重要事項説明書は契約時に読み合わせを行い、十分に説明を行う。                       |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 意見や要望などは、運営に反映させるようにし、のことは運営推進会議などでも報告するようにしている。         | 現在入居者の8割程度の家族、友人等が月2～3回程度の頻度で来所のため、意見要望を都度聞き取る事ができている。出た案件は、申し送りや、会議などで、共有し、改善が図られている。また随時電話などで、意見を吸い上げている。             |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 管理者が現場にほぼ毎日出ているのでスタッフも意見や提案しやすい状況にある。対応もその場で出来るようになっている。 | 勤務スケジュールは希望をとり作成している。職員意見で、月1回の全体ミーティング前にフロア会議を組み入れた。提案などは、連絡ノート、会議録などを活用し、情報共有している。随時、管理者、フロア責任者へ、意見要望を出せる体制が、つくられている。 |                   |
| 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      | 管理者がスタッフとしてほぼ毎日現場に出ているので努力や実績はすぐに評価出来るようになっている。          |   |                   |
| 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         | 施設内で勉強会を行い職員育成を行っている。                                    |   |                   |
| 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 | 地域の介護事業所との交流及び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 | 入居前には、現在生活の場に出向くか、ホームに来て頂くか、必ず本人に会い、心身状態を見て、思いや不安を傾聴することにより、安心感を持って頂き、信頼関係を築けるよう努めている。 |  |                   |
| 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            | 疑問・不安については分かりやすく説明。しっかりと時間をかけて話す。  |  |                   |
| 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        | グループホーム入所が最善か、本人・家族・ケアマネージャーとしっかり協議する。   |  |                   |
| 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                        | 利用者、職員ともに学び支え合う関係作りに努めている。今後も個々の利用者への関わりを深め、支え合う関係作りに取り組みたい。                           |  |                   |
| 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         | 家族の面会時に、日頃のホームの様子を報告したり、変化があった場合は電話での報告、家族には現状を理解していただき、職員とともに利用者を支える支援に努めている。         |  |                   |
| 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                     | 友人等も気軽に面会に来ていただいている。   | 初回面接票、業務日誌での面会欄で、交友関係など把握している。手紙での交流時など、職員同行で、散歩がてらの、投函など、楽しみながら、できるようにしている。入居者の知人からの紹介で、ボランティア(フラダンス)の人たちと馴染みの関係を広げている。 |                   |
| 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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 常に精神状態の把握をし、間に入り細やかに対応をする  |  |                   |

| 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 |
| 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                    | サービスが終了しても、面会に行ったり、家族から電話連絡があったり、できる範囲の関係維持に努めている。契約終了の際には、いつでも相談に乗りますと伝えている。               |  |                   |
| <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   | 一人ひとりの思いの把握に努め、出来るだけ柔軟に取り組んでいる。本人の意向を把握するのが困難なケースでは、日々の生活の中で、ご本人が発せられた言葉をそのまま記録をし、把握に努めている。 | 介護記録に本人の言葉を正確に記載して、意向や、症状の変化を把握しようとしている。現在、諸否の返事ができる程度までの入居者なので、意思の確認ができています。申し送り時や、連絡ノートでの情報共有をしている。                  |                   |
| 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                                       | 主に計画作成の段階で、本人・家族より生活歴を聞き取り、アセスメント作成している。これまでの生活を生かせる計画を基として利用している。                          |  |                   |
| 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   | 入居後も継続しアセスメントをし、心身状態を総合的に把握できるよう努めている。又一日の過ごし方も毎日記録し現状の把握に努めている。                            |  |                   |
| 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 | 利用者、家族の意向や希望、今できる機能を維持するための課題、職員からの気づきや意見を取り入れ介護計画を作成しており、毎月職員会議で議題にあげ、計画の見直しに取り組んでいる。      | 計画作成担当者、職員は連携し申し送り、月1回のミーティング時に日常の情報を共有している。、家族へは来所時に連携を図っている。必要に応じ電話連絡している。記録に残し、カルテにまとめて情報共有している。3か月に1度程度、見直しを図っている。 |                   |
| 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                        | 利用者ごとの介護記録にケアプランを載せ、ケアを実施した結果やできる部分が増えたなどの気づき、計画の評価、見直しに活かせるよう、工夫して取り組んでいる。                 |  |                   |
| 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               | 事業所のできる範囲で、柔軟な対応に取り組んでいる。問題発生時には、素早く対応し、その時必要な支援をしている。                                      |  |                   |

| 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                |
| 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                                      | ボランティアによるイベントや近隣の中学校と交流を図っている   |   |                                  |
| 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                                  | 入居前に、かかりつけ医や希望する医療機関などの確認をする。緊急でかかる場合の病院の確認も行い、本人、家族の希望を聞いている。                                | かかりつけ医へは、原則家族が同行している。職員が同行の場合は、診療、診断内容を家族に電話で連絡している。協力医は、月2回皮膚科1回の往診があり、かかりつけ医と連携している。  |                                  |
| 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                          | 看護師が在籍しており、介護職との情報交換や日頃より利用者の健康管理や状態変化の把握に努め、医療との連携に取り組んでいる。                                  |   |                                  |
| 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。 | 入院時にその時の病状、今後の治療などの説明を受け、常に情報交換している。また退院後スムーズに受け入れできるよう情報提供書や看護サマリーなどの提供を求めている。               |   |                                  |
| 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  | 利用者の状態変化に伴い、本人、家族の意向を確認しながら主治医からの説明を受ける機会を設けている。また、ホームでできること、できないことを明確にし、家族、職員と話し合い、方針を固めている。 | 胃慮など医療面での対応が必要な入居者には、対応を見合し、今後の検討課題としている。入居者の重度化には、医師、家族と連携をし、対応している。入居時説明をしているが、必要に応じ、合意を得ている。                               |                                  |
| 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  | 急変時などの連絡体制をとっている。   |   |                                  |
| 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  | 通報訓練、避難訓練、消火訓練を行っている。   | 施設独自の避難訓練を実施した。夜間想定訓練消火、通報の訓練実施。12月には、消防署との訓練を計画、詳細を詰めている。併設の小規模多機能施設との合同訓練を予定。スプリンクラー、消防署緊急連絡機器設置。緊急連絡網、手順、を事務室、フロアに掲示されている。 | 地震対策、備蓄。近隣地域住民との連携確立など、充実が期待される。 |

| 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                   | 個人情報の取り扱いには注意を払って仕事に従事している。その方の人格を尊重した声掛けに努めている。                                 | 職員自身が入居者となって、どう思い、感じるかを、考え、不適切な対応がある時は、その都度、指摘、注意している。失禁時などには、他の入居者にきずかれないよう、配慮した声掛け、本人への気配りした対応をしている。日常の名前の呼び方は、本人、家族の、希望に沿った呼び方をしている。    |                   |
| 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                     | 生活のいろいろな場面において、自己決定できる場面作りに取り組んでいる。会話の中で、本人の気持ちや希望を聞き出す努力をしている。                  |  |                   |
| 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 | 利用者のペース、その日の体調に合わせたケアに努めている。   |  |                   |
| 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                                  | 日々の生活の中でも身だしなみには気配りし、本人の心地よさ、本人らしさを大切に取り組んでいる。                                   |  |                   |
| 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     | 会話の中から利用者の好みの食べ物を聞きながらメニューに反映していく。また食時の準備への参加を促していている。                           | 施設内調理をしている。メニューは決めているが、希望を取り入れ、適時変更している。蒸しパン、ホットケーキ、桜餅作りなど、好みや、時期に合わせたものを、入居者とつくっている。食事のペースは自由にして、見守りながら入居者本位にしている。ふりかけなど、味付けを好みにできる配慮がある。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食事量を個人記録に記入することで、必要量が確保できているか把握出来る様になっている。毎日摂取量の把握のほか、毎月の体重管理を行い、栄養状態をみる目安としている。 |  |                   |
| 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                  | 個々の状態や能力に応じた支援を行っている。  |  |                   |

| 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                              | 排泄チェック表を使用し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ排泄、排泄動作の維持、一人ひとりに合わせた支援を行っている                       | 日々記録をし、身体状況に合わせた声掛け、誘導がある。夜間は3時間ごと、状況確認され、夜間用パッドの利用や、誘導など、個人に合わせた対応をしている。申し送り、記録による情報共有をしている。看護師、医師、との連携を図っている。   |                                     |
| 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  | 便秘の予防のため、食材を考慮し、内服が必要な方には、日中に排便習慣がもてるように、内服時間を考慮し取り組んでいる。                           |   |                                     |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 体調による変更に対応している。利用者には、より安全な介助体制に取り組んでいる。   | 1日4～5人の入浴を目安とし、週3回程度実施している。同姓介助を原則としている。温度や洗い方など、本人、家族の意見、好みを取り入れている。入浴後休憩しながらの牛乳を飲むなど、好みに合わせた対応をしている。入浴拒否にたいしては、何度も声掛けや、人を変えた誘導をしたり、代替えとして、清拭、足浴、など対応している。 | 脱衣所の、暖房など、施設内との温度差をなくす方向での配慮が期待される。 |
| 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   | 個々の状態や生活リズムに合わせて支援を行っている。布団干し、シーツ交換を頻繁に行い、心地良く眠って頂ける様に心掛けている。真夏、真冬の居室の温度は特に気を付けている。 |   |                                     |
| 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  | 薬の飲み忘れや誤薬がないように、確認の上、職員が必ず内服確認をしている。  |   |                                     |
| 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                             | 日々楽しめる事をやって過ごして頂ける様に心掛けている。   |   |                                     |
| 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 | 。外出する利用者が固定化しないように、散歩以外に買い物や外食、ホーム内の生活に留まらないように取り組んでいる。                             | 年4～5回の外出行事{花見等)、月1～2回のショッピングセンターへの買い物、近所の喫茶店などへ1回5～6人程度の散歩兼外出など行っている。坂の多い立地なので、危険の無いよう留意されている。友人、家族など協力があり、個別の外出もある。  |                                     |

| 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 |
| 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  | 自己においてお金は所持していない。買い物時入居者に選んではもらうが、支払いはスタッフがしている。       |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 本人、家族の状況、希望に応じて対応している。                                 |  |                   |
| 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 | 自然の採光と風通しがよく、フローアは机、椅子以外壁を隔てテレビとソファを配置し、くつろげる空間を作っている。 | 温度、換気、バックミュージックの音量など、要望を取り入れ、適時調節している。清掃は主に職員が行うが、入居者も共に行っている。日当たりが良いため、カーテンを引くなど、調節している。トイレ、廊下、フローアなどは、清潔に保たれている。 |                   |
| 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  | テーブルやソファを配置する際は、それぞれがくつろぎ易いよう配慮している。                   |  |                   |
| 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   | 馴染みのものを持って来て頂けるように説明している。本人にとって少しでも安らげる空間作りに努めている。     | 週2回の清掃が行われ、必要に応じ清掃している。ペット、布団等は、好みで変更できる。馴染みの家具や、品を配置してある。   |                   |
| 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   | 今ある機能を維持できるように、介助しすぎず適切なサポートに努めている。                    |  |                   |

## 目標達成計画

作成日：平成24年3月27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        | 2    | 1月より管理者が変わり、地域への密着が少ないように感じられる。近隣への挨拶に伺うが、施設の存在自体あまり知られていない。 | 2か月毎の運営推進会議への参加を促す。<br>(地域の民生委員、町内会長) | 推進会議開催の連絡や、地域の行事に参加させて頂く。   | 12ヶ月       |
| 2        | 10   | 利用者、特に家族の意見や要望の把握をするための機会が足りていない。                            | 家族との交流により、職員との信頼関係を深める。               | 施設の行事などに家族の参加を促す。           | 12ヶ月       |
| 3        | 26   | 利用者に対してケアの見直しと、ケアに対する取り組みについて、ケアプラン作成時での情報を充実する。             | 利用者の気持ちを理解してのケアの充実。                   | 毎日の中でできずきを必ず、もれなく介護記録に記録する。 | 6          |
| 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。