

# 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   | 2394800045     |            |           |
| 法人名     | 株式会社 祐理        |            |           |
| 事業所名    | グループホームびいす     |            |           |
| 所在地     | 愛知県豊明市栄町大原31-1 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成30年2月10日     | 評価結果市町村受理日 | 平成30年4月6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   | 特定非営利活動法人なごみ(和)の会 |
| 所在地     | 名古屋市千種区小松町五丁目2番5  |
| 聞き取り調査日 | 平成30年3月5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>・利用者のできること・できないことを見極めて、できないことをあきらめるのではなくどのようにしたら出来るかを共に考え自立を支援します。</li> <li>・個別支援を取り入れ、地域の行事に積極的に参加している。</li> <li>・朝ごはんの時間を個人に合わせ提供している。</li> <li>・ベストショット通信を通し、ご家族様への情報提供を心がけている。</li> <li>・看護師は常駐していないが医療機関とは常に連携している。</li> <li>・施設が広くて明るい。</li> <li>・職員が利用者様にご家族のように接している。</li> <li>・2Fに放課後等デイサービスを併設し、近郊に児童発達支援事業所や認知症カフェを開き、交流を図れるようにしている。</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>◎軽減要件適用事業所</p> <p>今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。</p> <p>①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」 ②軽減要件確認票 ③目標達成計画</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 | 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、生き活きと働いている<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  | 職員全員が理念を理解し、それに基づいたケアができるように心がけている。<br>また月ごとの方針をきめて職員トイレに目標を掲示している。   |      |                   |
| 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  | 施設の前を通る通学の生徒や近隣の方から挨拶をされたり、地区の運動会や文化祭のイベントに参加し、交流が図れている。  |      |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修により知識を深め、開設6年の経験を活かし、地域の方の相談も行っている。</li> <li>・近隣の方に運営推進会議の案内したり、玄関先には、認知症サポーターのポスターを張るなど周知している。</li> </ul>                        |      |                   |
| 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                                     | 毎回発表者を変え、職員が発表することによってスキルアップにも繋がり、行政・家族等に参加していただき、次のステップにつなげている。<br>また、意見・要望を伺い、サービスの向上に活かしていると共に意見交換の場としている。   |      |                   |
| 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   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議参加依頼と報告書の提出</li> <li>・市役所開催のケアマネ講習会等の参加。</li> <li>・不明な点があれば定期的に市役所に訪問し、相談しに行っている。</li> <li>・介護事故があればすぐに報告を行なっている。</li> </ul>  |      |                   |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・全体会議でも研修の場を設けたり、スピーチロック等の勉強会も行い、拘束のないケアに取り組んでいる。</li> <li>・新聞や業界からのFAX等に関連内容の記事の掲載があれば、回覧し啓蒙している。</li> </ul>                        |      |                   |
| 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                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・勉強会を行なっている。</li> <li>・入浴時に皮膚観察を行なっている。</li> <li>・利用者の身体に変化がないか常に気を配り、介護記録やヒヤリハットで確認している。</li> <li>・防犯カメラをフロアに設置し、防止に努める。</li> </ul> |      |                   |

| 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    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・パンフレットを見て理解したり、全体会議で議題として取り上げる。</li> <li>・自主的に研修会等参加出来るようにしている。</li> </ul>   |      |                   |
| 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                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・契約時に内容を説明し納得していただいている。</li> <li>・疑問等は丁寧に答えている。</li> <li>・時間を作って家族と面談している。</li> </ul>   |      |                   |
| 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                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議等で行っている。</li> <li>・要望は全体会議でも共有が行われている。</li> <li>・ご家族が面会に来た時に聞くように努めている。</li> <li>・意見に対してはすぐに運営に反映できている。</li> </ul>   |      |                   |
| 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                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回の全体会議、2ヶ月に1回の部門別会議、半期に1回の社員Mtで意見・提案を吸い上げている。</li> <li>・提案ノートを活用している。</li> <li>・その都度意見を聞いてもらっている。</li> </ul>   |      |                   |
| 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      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の意見に耳を傾け職場の環境を良くしようとしている。</li> <li>・融通がきき、子供がいても働きやすい環境</li> <li>・代表・管理者とは信頼関係が築けている。</li> <li>・個別面談時間を設けている。</li> </ul>   |      |                   |
| 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         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・掲示板に外部研修や情報が掲示されている。</li> <li>・外部研修補助金制度を定め、参加しやすいようにしている。</li> <li>・各職員に担当をもたせ、伸ばせる環境つくりになっている。</li> <li>・常勤は目標管理シートの作成を定めている。</li> <li>・社内研修を年間計画に基づき毎月行なっている</li> </ul> |      |                   |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページを作成し公開している。</li> <li>・他のGHIに訪問をしたり、また他の施設の方の訪問もあったりする。</li> <li>・市内同業者の集まりや県内のグループホーム連絡協議会に加入し、交流する機会をつくっている。</li> </ul>   |      |                   |

| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の面談も実施され、基本情報をスタッフ間でも共有している。</li> <li>・毎月のカンファレンス前にもモニタリングがされて本人の安心に努めている。</li> <li>・センター方式の心身シートを導入して更新もしている</li> <li>・利用者の目線に立って傾聴している。</li> <li>・コミュニケーションを取る事を心がけている。</li> </ul>                               |      |                   |
| 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            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の要望・関係づくりに努めている。</li> <li>・家族向けにベストショット通信等を発行している。</li> <li>・施設に家族がよく来訪したり、電話での問い合わせに応じている。</li> <li>・家族の訪問時には必ず会話をして近況報告をしている。</li> </ul>  |      |                   |
| 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        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリング以外の月にも必要に応じサービスを見直している。</li> <li>・家族に情報をもらい、その方にあったサービスを提供に努めている。(宗教等)</li> </ul>   |      |                   |
| 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                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人のできることはして頂き、困ったときは職員が支援をして関係を築けている。</li> <li>・介護するばかりではなく利用者からも教えてもらい良い関係づくりができています。</li> <li>・できること・できないことを見極めて、出来ることでの役割を提供する上での工夫をし、共の生活を目指す。</li> <li>・言葉使いには注意している。</li> <li>・和やかな生活が送れる場面づくりをしている。</li> </ul> |      |                   |
| 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         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者・ご家族を交え話ができています。</li> <li>・ご家族の要望や小さな変化やこちらの考えも提案し、本人を支える関係を築いている。</li> </ul>  |      |                   |
| 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                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・なじみの方の来訪、なじみの美容院、喫茶店に職員と出かけている。</li> <li>・近くのお寺の朝市やお参りによく出掛けている</li> <li>・誕生日会は本人の要望に応じて飲食店等に向いている。</li> </ul>  |      |                   |
| 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                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協働で作業してもらえるように努めている</li> <li>・相性の良さを把握して食卓テーブルの席を配慮</li> <li>・共同スペースのフロアで和気藹々過ごしている</li> <li>・入居者様を交え、孤立しないよう合唱・ゲーム等を行ない交流を図っている。</li> </ul>  |      |                   |

| 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                    | 過去に8名退所されています。<br>内6名は逝去され、逝去された1名の奥様が引き続き入居中ですので、関係は続いています<br>他の施設に移った場合は、家族や相談員から状況を聞いたり、相談等があれば支援を行う。 |      |                   |
| <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   | ・センター方式を活用して把握に努めている。<br>・ご本人の思いを大切にしている。<br>・ご家族の要望も聞き、計画を立てている。<br>・日々のサービスの中でも把握している。                 |      |                   |
| 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                                       | センター方式生活史を活用して把握に努めている。<br>ご家族の要望も聞き、計画を立てている。<br>介護記録から把握している。  |      |                   |
| 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   | ・出勤したときに情報交換してその日の体調にあわせたサービス提供をしている。<br>・自己主張できる方との差を感じている。<br>・できることやしたいことを表にしている。<br>・定期的なカンファレンスがある。 |      |                   |
| 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 | ・介護計画・モニタリングは着実にやっている。<br>・ケアマネが介護職員と全体会議に意見交換し、情報収集した内容を反映させ、作成している。<br>・ご家族の意見も反映されている。                |      |                   |
| 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                        | ・食事量・水分量・排泄・バイタル・日々の行動等記録している。<br>・その日、その日の様子を職員で共有し、カンファレンスに活かしている。                                     |      |                   |
| 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               | ・その方の生活史に合わせ喫茶店等マンネリ化しないように新しい外出先にも出掛けている。<br>・その時・その人に応じた柔軟な支援を行なっている<br>・通院等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                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・幼稚園・地域の行事に参加している。</li> <li>・散歩を行なって季節感を感じてもらっている。</li> <li>・地域のお店に行くようにしている。</li> <li>・社協より毎年タオルの配布があり、それを使用し雑巾などを作成している。</li> </ul>   |      |                   |
| 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                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的な内科・歯科往診の対応出来ている。</li> <li>・病院希望にも個別に対応ができています。</li> </ul>  |      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、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                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護が入っているので看護師に聞きやすい環境になっている。</li> <li>・電話連絡も密にとれるようになってきている。</li> </ul>  |      |                   |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介状を書いていたが、往診から入院になったケースもあり、病院のケースワーカーとも密に連絡がとれた。</li> <li>・退院時に病院のケースワーカーから状態把握や食事の方法等を主にきくことができた。</li> <li>・病院関係者との事前の関係づくりはしていない。</li> </ul>                                      |      |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時に終末医療に関してご家族に確認をとって対応している。</li> <li>・状態を見ながら家族と相談してケアプランに盛り込み、対応をしていく。</li> <li>・重度化した場合はできる限り施設でみれるようにしたい。</li> <li>・重度化した場合の方針は明確にしている。</li> <li>・職員が行なう支援の統一に不安はある。</li> </ul> |      |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・AEDを事務所に設置してある。</li> <li>・事務所に手順書がある。</li> <li>・緊急時の対応についての研修を行なう。</li> <li>・職員が外部のAED研修に参加し、伝達研修を行なった。</li> </ul>   |      |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・避難訓練を定期的に年2回実施している。</li> <li>・豊明市と避難所協定を締結し、水・食料の備蓄品のほか毛布を確保している。</li> </ul>   |      |                   |

| 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                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・常に年長者としての敬意を忘れずに接し、アットホームな雰囲気の中で、尊厳やプライバシーを守る生活が送れるようにしている。</li> <li>・ご本人の自尊心を傷つけない様に心がけている。</li> </ul>   |      |                   |
| 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                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が選択できるような言葉かけをしている。</li> <li>・決めることが難しい時はクローズな質問をしている。</li> <li>・職員間で共有支援している。</li> </ul>   |      |                   |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々のペースに合わせている。</li> <li>・日課は決まっているがなるべく本人のペースに合わせる。</li> <li>・日常の中で自己決定ができるように努めている。</li> </ul>   |      |                   |
| 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                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・通販の本から選んで私服を購入することもある。</li> <li>・買物と一緒にいき、気に入った洋服を選んで購入、外出時にも着ていく服を選んでいる。</li> <li>・2ヶ月に一度理美容の訪問がある。</li> <li>・要望に応じ、化粧品の購入</li> </ul>                        |      |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の会話から好みを聞いたり、苦手なものは品を替えたりしている。</li> <li>・食材も豊富に揃え、喜んで貰えるようにしている。</li> <li>・出来る方には、一緒にキッチン内で炊事・洗い物を行なえる環境を作っている。</li> <li>・食事時の会話も取り入れ、楽しい雰囲気である。</li> </ul> |      |                   |
| 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           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事量・水分量・尿量を個人記録に記載し、各入居者の把握をしている。</li> <li>・水分、食事量が少ない方には、スタッフが声かけし、摂ってもらうと共に補給栄養剤を提供している。</li> <li>・食介の必要な方には、職員が対応している。</li> </ul>                          |      |                   |
| 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                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問歯科・口腔ケアの定期的な訪問を受けている。</li> <li>・日々、毎食後の口腔ケアができてきている</li> </ul>  |      |                   |

| 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                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄表を記載して行動パターンを把握している。</li> <li>・自尊心を傷つけないように、時間・場所を考え誘導している。</li> <li>・朝・夕の申し送りができています。</li> <li>・できる限り、トイレの便器で排尿・排便の支援。</li> </ul>                 |      |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄チェック表により排便日の把握をし、申し送りで情報を共有。</li> <li>・散歩・体操など毎日体を動かしている。</li> <li>・水分も多く取り入れるようにしている。</li> <li>・医師の指示の下、下剤服用の指示をもらっている。</li> </ul>                |      |                   |
| 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、個々にそうした支援をしている                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・1日おきに入浴されている。</li> <li>・時間・順番等は本人の希望に比較的合わせている。</li> <li>・自立されていない方には入浴支援を行なっている。</li> <li>・ADLが低い方もリフト浴で湯船に浸かれるようにしている。</li> </ul>                  |      |                   |
| 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   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・布団を定期的に干し、シーツは定期的に洗っている</li> <li>・眠ったまま・起きたままにならないように生活リズムに気を配っている。</li> <li>・声掛けを多くして気を配っている。</li> <li>・日中でも疲れている方は休んでもらっている。</li> </ul>            |      |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・朝・昼・夕と薬の箱を分け誤薬がないようにしている</li> <li>・服薬するまで、そばについてみている。</li> <li>・複数の職員で薬のセット状況を確認している。</li> <li>・処方箋一覧表で服用薬を把握をしている。</li> </ul>                       |      |                   |
| 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                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の会議での見直し、日々職員同士がこうしたいと話せている環境にある。</li> <li>・月のスケジュールを組んでいる。</li> <li>・趣味や昔したことを参考にできることの可能性をひろげていくようにしている。</li> <li>・役割の分担が特定者に片寄ってしまう。</li> </ul> |      |                   |
| 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。<br>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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・散歩・買い物は日課となっている。</li> <li>・車での外出も入居者には好評。</li> <li>・季節を感じるため、花観賞や公園に出かける。</li> <li>・車椅子を要する入居者が増え、その方々の外出支援の機会が少なくなった。</li> </ul>                    |      |                   |

| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・少額はご本人管理その他はホームで預かり必要な時にお渡りする。</li> <li>・買い物に出掛ける際は自分で支払いができるようにしている。</li> </ul>  |      |                   |
| 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   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者様の希望に応じ電話できるようになっている。</li> <li>・年賀状作りの支援もしている。</li> <li>・電話番号が分からない場合は調べてあげる。</li> </ul>   |      |                   |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・危険なものは極力置かず、空間が広々しており使いやすい。</li> <li>・整理整頓されており、清掃も行き届き清潔感がある</li> <li>・居室の温度管理が出来ている。</li> <li>・クリスマス・お正月の飾りや毎月のデコレーション作品等季節によって変えている。</li> <li>・聞きなれた音楽がかかっており良い。</li> <li>・居室にネームが飾られておりわかりやすい。</li> </ul> |      |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ソファ席・テーブル席等状況に応じ座る席を移動ができ工夫されている。</li> <li>・ウッドデッキに椅子などを移動し、有効活用に努めている。</li> </ul>  |      |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅で使用されていた家具・仏壇等身近なものを持ってきている方もいる。</li> <li>・居室にトイレもあり、ご家族の面会時をゆったり過ごされている。</li> <li>・自由にレイアウトでき、住みやすいスペースを確保。</li> </ul>   |      |                   |
| 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   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・できることリストを作成して支援している。</li> <li>・なるべく歩行状況をつくるようにしている。</li> <li>・安全に歩けるように手すりを多くとりつけている。</li> <li>・一人でトイレいけるように個室に設置している。</li> <li>・スペースが広いので歩きやすい。</li> </ul>   |      |                   |

### 目標達成計画

作成日: 平成 30年 2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        | 10(6) | 1昨年、2ユニットになり職員の人員も増え、来訪していただいているご家族から職員の顔と名前が一致しないのご家族アンケートから意見をいただいた。 | 玄関入口にスタッフ紹介ボードを設置。                    | 個々に写真を撮影し、氏名とコメントで親しみやすく紹介していく。  | 1ヶ月               |
| 2        | 41    | 水分を取らないことで心配される脱水症や副食を摂取しない事で起こる方カロリー摂取不足を補う。                          | 1日の必要最低摂取量をスタッフ間で共有し、取っていただくよう支援していく。 | ビーカーに1日の水分量が目で見て確認できるように、飲まれた水分量を継ぎ足していく。また、PC入力とは別に食事摂取ノートを記録として記帳し、観察して行く。 | 1ヶ月<br>(年間通して実施。) |
| 3        | 13    | 職員の追加採用に伴い、統一した研修や施設未経験者の基礎研修が周知できづらい。                                 | スタッフ間で連携出来る勤務環境や基礎知識を習得させる。           | 社内の研修はもとより、身につく基礎知識の外部研修があれば受けさせ、自己啓発の研修等は、半額会社負担制度を採用して、受講機会を作る。            | 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。