

### 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   | 2375700693          |            |            |
| 法人名     | 有限会社米澤福祉会           |            |            |
| 事業所名    | グループホーム「よつ葉」        |            |            |
| 所在地     | 愛知県知多郡南知多町内海字南側26-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年11月13日         | 評価結果市町村受理日 | 平成28年2月15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   | 愛知県名古屋市中千種区小松町5丁目2番5 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年12月14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)】**

よつ葉が大切にしていること①日々の暮らしを大切にした支援。日常生活で行われる掃除、洗濯、調理等は自分たちで行い、他の利用者との協調性を大切にしている。「～に行きたい」「～したい」という声を生活に反映している。②入所前の生活の継続。入所後もこれまでと変わらない生活をしていただくために、これまでの生活習慣等を十分に把握し、実践している。③地域とのつながりを大切にした支援。毎日の買い物、地域高齢者サロンへの定期的な参加、ボランティアの受け入れなどを行い、施設と地域の関係性から「よつ葉で生活をしている〇〇さん」と「地域の〇〇さん」という関係づくりに力を入れ、利用者の皆さんが生活しやすい環境づくりをしている。また、近年高齢化、認知症の重度化が進んでおり、これまで個別支援を中心としていたが、集団支援も積極的に取り入れつつ、「皆さんで楽しむ時間・空間」の提供にも力を入れている。

**【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)】**

グループホームよつ葉は、夏場多くの海水浴客で賑わう内海海水浴場の近くにある。庄屋格作りの歴史ある家並みの一画に位置し、庭で日向ぼっこをする愛犬の姿も見られる、平屋建て1ユニットの事業所である。開所から14年が経ち、機能低下が進む入居者の今に目を向け、その人らしく生活できる支援をと、地域に根付いた従来の個別ケアを継続しつつ、新しい取り組みを始めている。具体的には、入居者一人一人の再アセスメント及びケアの再検討、また外部評価を活用した各職員の自己評価の実施、そして入居者全員を対象にした音楽療法を始めている。皆で楽しむ時間の共有体験を増やし、出来なくなってしまうことではなく、出来ることに目を向けていきたいと、集団での支援にも力を入れている。地域に密着しながら、中学生ボランティアの受け入れや学生アルバイトを採用して、次世代の担い手の育成に積極的に貢献しており、今後の展開が益々楽しみな事業所である。

**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 | 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>○       | 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)<br>○  |
| 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>○             | 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)<br>○                     |
| 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>○                   | 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)<br>○ |
| 59 | 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)<br>○    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)<br>○                                      |
| 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>○                  | 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<br>○                                       |
| 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>○         | 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<br>○                                   |
| 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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28)<br>○ |    |  |

# 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  | 理念は玄関に掲示し、理念の中で「その人らしい普通の暮らしを」としているが、職員はその共有、実践につなげている。ミーティングの中でも話し合う。                                     | 認知症の進行により入居者の状態が変化していく中、理念を継続して実践するために、これまでの関わり方や支援内容を再検討し、本人本位に見直しを図っている。また、個性を尊重する姿勢を残しつつ、ボランティアを増やして行事を定期的開催し、全体でも楽しめる機会を増やしている。                                  |                   |
|                    | (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  | 利用者さんの高齢化、認知症の重度化に伴い、外出機会が減ってしまった。ミーティングで話し合い、見直しを行い、また、福祉車両の購入も行い、利用者さんの生活の幅の維持に努めている。                    | 回覧板を回したり、地域サロンへの参加等、可能な範囲で地域交流を継続している。以前より、中学生や地域のボランティアの協力が増えている。また、野菜の栽培方法を教えに来てくれる人がいたり、花火大会には子ども達が訪れている。入居者と地域の人々とのふれあいの機会が多く持てるよう取り組んでおり、実際、地域の人の来訪は昨年度より増えている。 |                   |
| 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  | 買い物、運営推進会議の開催、地域行事への参加、ボランティア受け入れを行い理解に努めている。クリスマス会では地域住民の方の参加もある。地域包括会議でも活動している。                          |  |                   |
| 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6回の開催。地域の方、家族の方の参加が増え、定着。よつ葉の理解につながる会として、行事報告等を行っている。また、行事と組み合わせた運営推進会議も行っている。よつ葉の様子の写真なども活用し、分かりやすくしている。 | 入居者、家族、民生委員、町役場や包括支援センター職員の参加により年6回行われている。一度のみ、役場職員の都合にて参加が得られなかった。出席者へ理念の説明を行い、災害時も含め協力をお願いしている。また、会議では、活動報告と共に、方針や取り組みの根拠を説明しており、理念に基づいた運営がなされていることが報告されている。       |                   |
| 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  | 地域包括ケア会議へ積極的に参加している。また運営推進会議参加の呼びかけを行っている。分からないことがあれば、電話連絡をし、情報交換している。直接会う機会も増えている。                        | 南知多町の認知症部会に所属し月に一度の会議に管理者が出席しており、役所及び包括支援センター、他事業所とつながりを持ち、連携している。また、管理者は、部会の議長を担当している。役場への報告等は、主に電話連絡で行っている。町主催の文化祭への作品を出展している。今年度、出展を目標にして課題や意義を深く捉え、作品制作に取り組んでいる。 |                   |
| 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 | 全ての職員が正しく理解しているとは言いが、そのような話題が出た際は、ミーティングで話し合っている。しかし、認知症が重度になっている利用者さんも増えたため、改めて勉強会をする必要がある。               | 身体拘束をしないことを前提にしたケアの方法を検討し、今後の展開を予測しながら対応方法を皆で話し合い、実践している。拘束をしないホームの方針は、家族にも理解が得られるよう説明している。「身体拘束」がテーマの協力グループの研究発表会に代表職員が参加し、学んだ内容をホーム内で発表、事例検討して共有している。              |                   |
| 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                                     | 虐待はなく、そうしないよう努めているが、声かけの仕方ひとつで虐待とされてしまうこともあるので、改めて勉強会をする必要がある。   |  |                   |

| 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   | そのようなことを学ぶ機会が無い。以前は、勉強会を定期的に行っていたので、再開したい。また、外部研修でそのようなことがあれば積極的に参加できる環境作りを努めたいと会社側は考えている。                        |  |                   |
| 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                         | 行っているが、職員のほとんどが契約の実際を分からない。契約後の書類・資料等はいつでも閲覧できるようにしているし、ミーティングでその時の様子を報告している。今後、職員がこのようなことにも興味・関心を持てるように育てる必要もある。 |  |                   |
| 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                     | 以前に比べ、家族からの電話や来所が増えており、定着している。どの職員でも話ができるようにしている。家族が足を運びやすく意見を話せる環境にしてくれているのは従業員の力だと思う。                           | 以前より家族の来訪が増えている。職員の親しみやすい対応や、花火大会などの行事を介してゆっくりと話が出来る時間を設けていることが結果となっている。二か月に一度、新聞を発行して、本人の様子を伝えることと併せて、毎月、モニタリング結果も送付している。家族から、運営に関しての意見や助言、また、草取り等の協力が得られており、関係が深まっている。 |                   |
| 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                                      | ミーティングを月1回は開催し、職員の意見を聞きとるように心がけている。管理者の指示だけで動かないよう、積極的に意見を言える環境作りを努めている。  | 意見や提案、相談がし易い雰囲気づくりに職場環境を整備している。忘年会等の際に話をしたり、時には個別で食事に誘い、交流している。職員に役割を与え、特技や能力を活かし活躍出来る場を作り出して意欲向上を図っている。年二回、個別面談を実施している。職員から挙げた意見には耳を傾け、運営に反映している。                       |                   |
| 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      | 勤務は基本的に希望休を優先している。一人ひとりの実績に応じて、給与等支給している。しかし給与と体制など不満を持つ職員も伺える。責任ある仕事を行ってもらうことで、意欲向上に努めている。                       |  |                   |
| 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         | 職員を中心に研究発表会の機会を設けている。6月に看護学校、11月に他GH交流会での発表がある。少しずつだが、職員にも変化が見られている。  |  |                   |
| 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 | 外部のグループホームとの交流機会があり、正職員の参加を中心としている。11月に研究発表会がある。  |  |                   |

| 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 |  |
| <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 | 面接やお試し期間を設け、安心した環境作りに努めている。入所したばかりの人には家族との細かなやり取りから情報を得るようにしている。                     |   |                   |  |
| 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            | ご本人と面接を行ったり、家族の要望、思い等を積極的に伺うようにしている。追利用者視点になりがちだが、家族の思いや経済的背景なども視野に入れるよう努めている。       |   |                   |  |
| 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        | 必要に応じて、往診、福祉用具レンタルや購入のを行い、その際家族とも話し合いを行っている。家族へのおしつけや負担にならないように気をつけている。              |   |                   |  |
| 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                        | 掃除・調理・買い物・洗濯・片付け等は利用者が中心に行えるように努めている。重度化になっていく中では、利用者さんに声をかけながら、確認しながら行動を起こすようにしている。 |   |                   |  |
| 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         | 通院介助の依頼、些細な体調の変化などの報告を行うよう心がけている。しかし、交流の少ない家族に対しての報告が少ないので、近況報告など細かに行いたい。            |   |                   |  |
| 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所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | ご本人のこれまでの生活が継続が、入所後も可能な限り継続できるよう支援している。そのために家族にも協力を得て、友人に会ったり、参拝、買い物などを行っている。        | 以前からの個別支援を継続して行っている。だが、刻々と変化していく入居者の心身状態に合わせて、支援の内容を、負担がかからない方法に替えている。たとえば、遠くまで出向いていた神社仏閣参りを近場にしたり、車椅子で出かけるようになった等。また、馴染みの方が気兼ねなく訪ねて来られるよう配慮しており、家族アンケートでは、全回答で満足している結果が出ている。 |                   |  |
| 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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                  | 不仲な関係にある利用者さんへの配慮や仲のいい利用者さん同士過ごせる時間を作ったり、強制的にならないように配慮している。                          |   |                   |  |

| 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                    | 入院先へのお見舞い、墓参りをおこなったり、家族に街で会えば、近況を伺ったりしている。   |   |                   |
| <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   | そのように努めている。困難な場合、これまでの生活やご家族の意向を踏まえ、支援している。またときには安全、快適、安心を優先させることもある。その考えが、バイトの学生まで浸透しているか不安はある。 | その時その場での、日常のつぶやきを職員が拾い、日誌に記録して生活に反映させている。また、一人一人の生活を定期的に見直す取り組みを始めている。介護計画を見直す時期に合わせ「気持ちシート」を活用し、過去やこれまでのホームでの生活、家族意見を踏まえて職員全員で話し合っている。 |                   |
| 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                                       | ご家族の話やご本人の話を参考にしこれまでの生活が継続されるよう支援している。パートやアルバイトの学生にもその考えを浸透させる必要はある。                             |   |                   |
| 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   | そのように努めている。毎日の申送りで健康状態、一日の過ごし方の把握をしている。一人ひとりの特技、興味を把握し、絵画、作品づくりを個々に行い、毎年10月の文化展に出展している。          |   |                   |
| 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 | 月ミーティングで話し合うだけでなく、以前のケアマネと情報交換を行ったり、また訪問看護師や医師、入院の際には病院のSWとの連携も深め支援につとめるようになり定着しつつある。            | モニタリングは毎月行い、作成した用紙は毎回、様子の報告を兼ねて家族へ送付している。介護計画の見直しは、三か月に一度を基本に行っているが、変化があった際などは随時行っている。職員全員が見直しに参加し、本人も参加して行う場合もある。                      |                   |
| 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                        | 個人記録用紙の見直しを検討している。記入漏れが多いことも理由の一つだが、振り返りやすい用紙、忙しい中でもスムーズにこなせるよう検討中。                              |   |                   |
| 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、その時々にも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             | そのように取り組んでいる。講演会やイベントの参加も年間を決めるものと日常生活の会話からくみ取って実行するものがある。また、事業所内だけでなく地域のニーズにもこたえるように努めている。      |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | 福祉用具レンタル、訪問看護や往診の活用。2つの高齢者サロンや地域行事への参加を行っている。地域に向くことで、社会の一員、孤立しない生活づくりを行っている。                    |   |                   |
| 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                                  | これまでの病院への通院を促している。家族による通院をお願いしているが、困難な場合は、代行通院や往診医の紹介、福祉タクシーの利用などの紹介も行っている。病状によっては、専門医の紹介も行っている。 | 今までのかかりつけ医へ、家族が付き添って受診している。家族が行くことが困難な際には、代行で通院介助をしている。情報は専用のシートに記録しており、緊急時に持ち出せるよう備えている。訪問看護師の定期的な訪問があり、時間外でも24時間連絡対応が可能な体制がある。  |                   |
| 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                          | そのようにしている。普段から利用者の現状か、今後予測される心身の変化まで、丁寧に説明してもらっている。  |   |                   |
| 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。 | 入院の際は、医師によってカンファレンスへの参加が異なるが、参加できない際は、家族に事業所側の意向を伝えてもらったり、手紙を書くようにしている。                          |   |                   |
| 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  | 事前指定書の記入をしてもらっており、事業所のできる範囲についても伝えている。ただ、終末期にならないと家族も具体的な想像はつかないため、随時確認をとりながら行う必要があると感じている。      | 今年度、看取りの事例があった。入居時に、書類にて指針を説明し同意をもらい、希望を聴いている。その後、容態の変化の都度、意向の確認をしている。訪問看護職から、緊急時連絡網の整備や、主治医と看取り協力医との連絡調整、対応の相談、指示等の協力を得て、連携を図り支援している。家族へも配慮し、希望あれば居室での宿泊も可能である。現在、看取りケアマニュアルを作成中である。 |                   |
| 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  | 職員ミーティングによるそれらの復習を行っている。定期的には行ってないため、新しい職員もいるので、全ての職員が対応できるよう応じていきたい。                            |   |                   |
| 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  | 年2回の避難訓練を行っている。避難マニュアルを作成し、確認している。また、地域防災訓練へ利用者さんと参加している。職員全員に知識が身につくようにしたい。                     | 今年度も町内開催の津波避難訓練に参加し、ホーム内避難訓練も2回行っている。町内での訓練では、世帯に一つ配布されるGPSを装着し、避難時のシミュレーションをしている。ホーム内訓練では、マニュアルと避難経路を確認した後、昼間の火災を想定して実施している。避難時間を計測し、課題を検証しており、地震、津波発生時についても確認している。                  |                   |

| 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                   | 「ダメ」「いけない」などの一方的な声かけには気をつける必要がある。また、排泄に関する情報を周囲を気にせず行っていることもあるので再度改める必要がある。                                 | 理念に掲げる、「その人らしい普通の暮らしを」を尊重し、個別支援を中心に、畑作りや寺参り等、昔からの習慣を大切にしている。実践が継続されるよう、今のその人に合った方法を検討し直し、支援に反映している。職員の接遇やマナー、また、尊厳を損ねない声かけについてをミーティングで話している。外部評価を活用して、職員全員が自己評価を行っている。                           | 接遇に関するマニュアル作成等、基本に立ち返るためのツールを整備されることが望まれる。各職員に振り返りの機会が持てるよう、体制づくりを期待する。 |
| 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                     | 重度になる中で、職員優位になっていることやルーティーンワーク化していることをに気づき見直した。定着するよう努めている。   |  |   |
| 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 | 10月のミーティングで一人ひとりの生活の見直しを行った。(11月にも行う)本人ができること、望む生活を送れるよう支援していきたい。   |  |   |
| 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                                  | その方の好みに配慮した服装ができるよう心掛けてはいる。着やすさ、大きさを重視し、本人の好みとは違う服を着てもらっていることが以前はあったが、現在は、似合う服、好みの服が着れるようになったと思う。           |  |   |
| 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     | 食事は目でも楽しめるよう、季節や料理に合わせた器や食器を使っている。食事の量は形態も一人ひとりの状況に合わせている。準備、片付けは、利用者の協力のもと行っている。利用者さんが何を食べたいかなど伺いながら作っている。 | 入居者が職員と共に食事作りを行っている。献立は、その日の朝に相談し合って決めている。その際に、野菜などを実際に並べたり、広告等を見て選んでいる。米飯はおひつから各自で好きな量をよそって食べ、冷蔵庫に常備の飲料にはビールも並び、手伝い後にたしなんでいる人もいる。おせち料理や郷土のお菓子作り、庭を利用したバーベキュー等、時には家族や地域の子ども達も参加して、季節折々の食を楽しんでいる。 |   |
| 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          | 水分、食事量の記録が必要な人は個別に取っている。また、食事の形態も変えている。食事量が落ちた時、好みのものを食べてもらったり、通院や点滴の必要性を家族に伝えている。                          |  |   |
| 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                   | 食後の歯磨き、うがいや歯みがきがうまくできない人はウェットペーパーによる口腔ケアも行っている。。歯科往診も活用している。  |  |   |

| 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                              | トイレ誘導やパットの変更を行いながら支援している。必要に応じて個別に排泄記録をとったり、ポータブルトイレを導入し、自身でできる排泄方法をとっている。                                | なるべくトイレでの排泄をと、個々の状態に応じて排泄の方法を工夫している。不定期な排泄が生活に及ぼす影響を重要視し、心身状態が良好に保たれるように、特に排便周期が安定するよう支援に力を入れている。全員の排便チェックを行い、マッサージを行い、食事内容に配慮して、自然な排便が促されるよう心掛けている。               |                   |
| 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  | 食事面では、果物や毎朝のヨーグルト、排便周期が長い場合は、朝の飲み物を牛乳やバナナジュースに変更したり、水分量の記録をして排泄につなげている。場合によっては浣腸を使用し、排便ショックを避ける対策も取っている。  |  |                   |
| 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                        | 基本的に利用者の希望に沿って、入浴ができるよう曜日も時間帯も決めていないが、最近では利用者さんの身体状況に応じ声かけを行い、入浴していただいている。共用デイもあるため、入浴時間が午後2時からと、少し早まった。  | 入浴の順序や時間帯が固定化しつつあったが、入居者の希望に添った入浴が叶うよう、人員の配置を見直し、サービスの向上を図っている。ミーティングを活用して、日ごろのサービス提供の振り返りや意見交換を行い、支援に繋げている。時には、仲の良い人同士の入浴もあり、温泉へ出かけたいという入居者の声を実現するための計画が現在進行中である。 |                   |
| 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   | 入眠時間はその利用者の生活リズムに応じている。また、日中の休憩を取り入れている利用者もいれば、休憩の取り過ぎを減らし、活動時間につなげ、夜間ぐっすり寝られる支援も心がけている。                  |  |                   |
| 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  | 体調の変化と服薬内容を照らし合わせる様子が増えたと思う。訪問看護師の協力もあって症状の変化等にも柔軟な対応になっている。全ての職員が把握で来るよう努める必要がある。                        |  |                   |
| 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                             | 生活歴に合わせた支援を心掛けている。調理、洗濯等への利用者参加は、よつ葉においては基本となった。ミーティングで話し合い、重度の利用者さんと日光浴を楽しんだり、配食に車椅子で出掛けるなど、戸外へ出る機会も増えた。 |  |                   |
| 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 | 行きたい場所ややりたいことを伺っても、最近はそのような時間を設けることが職員体制上、利用者さんの身体状況上難しかった。10月のミーティングで見直し、今、少しずつ職員が工夫をしているところ。            | 心身の状態により、以前よりも外出機会が減っている人がおり、その人にとっての最適な活動を検討するために再アセスメントを行っている。結果、日課を改めたり、配食の際には車椅子を使用したり、昼食を庭先でとる等、戸外での活動を、負担の少ない方法に見直して支援している。また、新しく福祉車両を購入し、外出時に活用している。        |                   |



| 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 |
| 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  | 金銭管理を利用者自身でできることの大切さは職員は理解している。またなるべくそのようにしている。ただ、利用者間の金銭トラブルもあるため、現在はほとんどの利用者さんが、事務所に金銭を預けている状況。      |   |                   |
| 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   | 電話の使用は自由にできるようになっている。また、ご家族側からも気軽に連絡を頂き、利用者さんと話をされることもある。年賀状もご家族に書く利用者さんがいる。どのご家族も柔軟に対応してくれるので、ありがたい。  |   |                   |
| 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 | 利用者が自由に生活できる空間づくりをしている。台所、事務所、冷蔵庫の中など自由に使えるようにしている。共用空間は、寒さや暑さに注意したり、利用者の要望を取り入れながら環境づくりをしている。         | 対面式オープンキッチンで、皆が集うには丁度良い広さ(畳スペース含め約26畳)の共用空間となっている。また、別の場所にはベッドが置かれ、誰でも休むことが出来るスペースがある。以前まではソファベッドだったが、入居者の状況に合わせ交換した。果物、飲み物は何時でも飲食でき、愛犬の世話をしたり、幼い管理者のお嬢さんとの交流から笑いがある等、家庭的雰囲気のある環境がある。 |                   |
| 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  | そのように支援している。基本的には、利用者の行動に任せ、ご本人で決められない場合は、利用者にとって過ごしやすい場所作りとしている。                                      |   |                   |
| 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  | なるべく自宅で使われたものを持ちこんでいただくよう契約時に説明しているが、一方でそれが、自宅に帰れない不安等を招く心配があることも説明し、判断は家族に委ねている。職員は、もう少し、片づけに配慮の必要あり。 | 居室の扉は開放されている部屋が多い。出入り口にのれんを掛け、プライバシーを守りながら、居室の換気を行い、共用部と温度差のない環境が保たれている。北側の陽の入らない部屋は、明るさに配慮された天窓が設計されている。入居者それぞれに、暮らしやすい部屋づくりがされ、自室でくつろいでいる方もみえた。                                     |                   |
| 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   | 標識・手すりを活用し自分で判断したり、行動できるように工夫はしている。また、利用者さんによっては居室にポータブルトイレを設置し排泄の自立につなげている。果物、飲み物はあえて見えるようにしている。      |   |                   |

## 目標達成計画

作成日: 平成 28年 2月 1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        | 3    | 一人ひとりの人格やプライバシーについて、ミーティングや申送りの中で話をしてきたが、食事の介助面、トイレ誘導などの面において、利用者さんとの意思確認をしないままに一方的に食事を食べさせたり、トイレへ誘導している。また、目線を合わせて話をするなど基本的姿勢に欠如している。 | 一方的な支援をせず、同じ目線に立って声かけをしながら、利用者さんの「次の行動」を支援する。 | 食事介助時の声かけと椅子に座って食事の介助を行う。トイレ介助や誘導、入浴介助などの場面では、声をかけながら、次の行動につなげる。また、接遇マニュアルの作成を進める | 6ヶ月        |
| 2        |      |  |   |   | 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。