

## 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   | 0893100016       |            |            |
| 法人名     | 有限会社 さくら園        |            |            |
| 事業所名    | グループホームほほえみ      |            |            |
| 所在地     | 茨城県東茨城郡茨城町奥谷2160 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成21年7月10日       | 評価結果市町村受理日 | 平成21年9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認知症ケア研究所 |  |  |
| 所在地   | 茨城県水戸市酒門町千束4637-2 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成21年8月6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)】

|                                   |
|-----------------------------------|
| <p>個々の生活を尊重し寄り添う介護を重点に置いて居ます。</p> |
|-----------------------------------|

### 【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>平成19年1月開設の比較的新しいホームであり、全職員がホームの運営に真剣に取り組んでいることで地域の方々や行政の担当者からも様々な提案や協力が得られ、地域密着型サービス事業所として無理なく自然に地域に溶け込んでいるホームである。また、利用者が地域住民であり、お互いに今までの生活で行事等様々な点の共有があり、家族も含めて利用者同士に馴染みの関係ができています。<br/>管理者・職員は、利用者一人ひとりが地域と密接な関係を築きつつ、今までの生活習慣を大切にして、それぞれがその人らしく生活できるような関わりを大切に支援をしており、各人が馴染みの関係を大切にしながら、自由に何でも話せる関係ができています。</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 | 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. 全くいない           |
| 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)    | ○                     | 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)                                      | ○                     | 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、安心して暮らせている<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                           | 今までは、理念の意識無く指導もできていませんでした。現在新しい理念を全員で考案中です。  | 開設当初の法人の理念やホームの理念を廊下の見やすい場所に明示して共有を図っている。特に理念について話し合っていないが、日々のケアは理念にそって行われている。管理者・職員の間で理念についての意識が高まり、自分たちで新しい理念を作り上げようとの取り組みをしている。  |  |
| 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                           | 主に交流はありません   | 散歩の途中では地域の方々との挨拶を交わしたり、近所の方が訪ねて来る等、自然な付き合いが出来ている。また、町内会へ入会する話がすすめられている。町のボランティアの方々がホームを訪れる等、地域住民一人ひとりの付き合いに加えて町の中様々な団体との交流も無理のない自然な形で進んでいる。   |  |
| 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                         | 今は出来ていません  |   |  |
| 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      | 現在取り組み中です。第一回推進会議を7月10日に行います   | 利用者、高齢福祉課の職員、包括の職員、町内の人、民生委員等が運営推進会議に出席して月2回開催を目指している。会議ではホームでの活動状況を報告し、様々な意見や提案を頂き、ホームの運営に反映することで、ホームと地域との関係が密接になっており、利用者の日々の生活が地域と深く関わられるようになっている。  |  |
| 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                 | ホーム長、ケアマネージャーが行っています   | 運営推進会議に出席する以外にも高齢福祉課の職員が時々ホームを訪れており、気軽に相談できる関係が出来ている。介護認定の調査時には利用者についての情報を提供するなどの協力を積極的に行っている。  |  |
| 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 | 何が拘束になるか全職員握出来ていませんが、拘束についてその都度指導を行っています。夜間は夜勤者が0時から1名になりますが警備の設備が無いので、防犯の為に早番が出勤するまでの間、玄関と非常口の施錠を行います。現状、(声掛けの仕方等)細かな拘束意識が不足する事もあります。 | 管理者は身体拘束による弊害について十分に承知しており、職員への指導は日々のケアの中で具体的に実施している。日中は常に施錠しておらず、ドアの開閉はメロディーで察知している。利用者の行動パターンを把握しており、出て行く利用者には職員が付き添ってホームの周りを散歩して落ち着いてもらっている。また、近所の方々からは、利用者がホームの外に出ると利用者への声かけ、ホームに知らせてくれる等、利用者の安全についての協力が得られている。 | 身体拘束についての勉強会等を開催して、身体拘束による弊害や身体拘束禁止の対象となる具体的な行為について全職員に周知し、より一層自信をもってケアにあたられる事を期待する。 |
| 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      | 学ぶ機会を持っておらず、個人の倫理観に基づいていますが虐待はありません。   |   |  |

| 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    | 学ぶ機会がありません。6・7・8に対し、時期を見て行いたいと思います。                        |  |  |
| 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                         | ホーム長、又管理者も同席し、ゆっくりと分かり易い言葉で説明するよう心掛けています                   |  |  |
| 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                     | 意見箱の設置をしていますがご利用が無い為、ケアプラン説明時や面会時に尋ねています。                  | 利用者からは利用者同士の話の中から聴くこともあり、家族からは面会時やケアプラン作成時等に一人ひとりの意見や要望等を聞いている。利用者や家族から伺った意見や要望は全職員で話し合い運営に反映する仕組みがある。                     | 利用者・家族からの苦情について、受付担当者や解決責任者を明確にすると共に公的機関等を明確に示す事が望まれる。 |
| 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                                      | 意見は会議で話し合い職員の意見が反映される様になっています。                             | 管理者にはホームの運営について職員の意見を積極的に取り入れることでより良いホームにしていこうとする意欲があり、常に施設長・管理者・職員はホームの運営について話し合い、出された提案や要望は環境整備、勤務体制、研修受講等様々な方面に反映されている。 |  |
| 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      | 本人の希望時個々で話し合いが行われていますが、全員がやりがいや目標を持てる様、年に1、2度個別面談が出来る様にしたい |  |  |
| 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         | 会社内の研修の計画を立てています。法人外の研修は個人の申し出が主です。                        |  |  |
| 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 | バレーボールを通じ交流する機会がありました。                                     |  |  |

| 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 | ご本人に直接会いしその方の認知症の状態や初対面の職員に対する警戒、不安等を言葉尻や表情で感じ取りながら、さり気無く気持ちを伺う事が出来る様に質問内容を変えながら行っています。                                      |  |                   |
| 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            | 初めてお会いし、面談を行う際にはご家族様の入居者様に対する想い、グループホーム入居に対する不安を考慮し、言葉を遮る事や伝えきれないことが無い様、聞き役に徹する様心掛けています。                                     |  |                   |
| 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        | ある程度在宅支援事業所や病院のワーカーさんとご家族の間で、グループホーム入居に関して話が進んでからご相談を受けることが多い為、困難です。まだ話が煮詰まっていないケースの際に同施設内のデイサービスに通所してからの入居になった例もありました。      |  |                   |
| 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                        | ユニット開設時から、重要視しておりお互いの良いところを認めていける様な雰囲気を作っています。お互いの事を思いやる素敵な仲間になっています。  |  |                   |
| 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         | 病気の診断、病院を変更しなければならない状況の時、急な怪我の時、同行をお願いしております。衣替えなどで衣類を持参された時に、ご家族と入居者様で行って頂いています。  |  |                   |
| 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                     | 馴染みの美容室に定期的にお連れしたり、ご近所や通いなれた食堂、スーパーにいける様常に支援しています。   | 独自のアセスメントシートにより、交流関係等も含めた生活環境について把握しており、友人・知人との交流等馴染みの関係を大切にし、年賀状・暑中見舞いのやり取り、墓参等在宅時と同じような生活習慣が継続できるような支援をしている。 |                   |
| 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                 | 入居の段階で気の合いそうな方の近くの席をご用意したり、毎日の会話、状況を見ながら間に入り潤滑油になれる様努めています。方耳が難聴の方と談話している方には、聞こえる方に座れる様、さり気無くお伝えしています。る方に座れる様、さり気無くお伝えしています。 |  |                   |

| 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                                   |
| 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                    | これまで入院後の死亡以外での終了がありません。   |  |   |
| <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   | 伝え易い雰囲気を作り、意向のあった時は職員誰が伺っても他の職員に伝え合い、希望に添える様すぐに検討、対応しております。                     | 畑の手入れ時・入浴時・買物や病院への付き添い時、居室での着替えの手伝い時等、利用者が話しやすい機会を大切に一人ひとりの思いを聴くようにしており、また意思疎通の困難な利用者については家族から聞くことや表情等から思いをくみ取り、各人の意向の把握に努めている。把握した利用者の思いは全職員で話し合い実現に向けた努力をしている。 |   |
| 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                                       | 独自のシートを作成し、入居前に細かく記入しています。職員全体がその方を知った上で新しい入居者様との関係が始められる様努めています。               |  |   |
| 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   | 職員は日頃から「観察」を意識して行っています。情報を自分だけの物にせず、気付き合う様努めています。                               |  |   |
| 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 | 介護計画を作る前にご家族の意見を伺い、普段の生活の中で入居者様の意見を収集しておき、カンファレンスで職員同士、話し合いを行っています。             | 家族や本人の意向を十分に取り入れて、利用者の日々の暮らしを大切に考えた介護計画書が作成されている。定期的な見直し、随時の見直しもモニタリング表で丁寧に検討して実施している。   | 現在実施している個別記録への記入方法を大切にしながらも、介護計画を意識した記入方法の検討を期待したい。 |
| 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                        | 意見交換ノートを作りましたが、記入が少なく使用していません。個別記録にも様子と対応を記入しておりますが、記録の書き方や送りノート活用方の工夫が不足しています。 |  |   |
| 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               | 一人ひとりの経験だけでは不足しがちな為、困った時には、施設長や他ユニット管理者等に相談し合い、アイデア情報網を使わせて頂いています               |  |   |

| 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   |
| 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                                      | 今の所ありません  |  |   |
| 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                                  | 入居前に掛かっていた病院に殆どの方が診察を受けています。状態の変化した時、ご家族担当医と相談し専門医を紹介して頂き、良い方向に向け話し合っています。その際は入居者様の不安が最小限になる様声掛けを考慮します。 | 緊急時は協力病院に受診することもあるが、殆どの利用者がかかりつけ医に継続して受診している。利用者の中にはかかりつけ医の往診を受けている方もいる。かかりつけ医への受診には職員も同行しホームでの状態を伝えている。また協力病院とかかりつけ医との関係も良好で密接な連携が保たれている。 |   |
| 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                          | 往診の際には、同席させて頂き細かな様子をお伝えし、相談しています。   |  |   |
| 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。 | 入院時は、面会(お見舞い)の際看護師に様子を伺い、入院中の食事介助の方法を実際に見せて頂いたり、薬の変更等積極的に相談させて頂いています。                                   |  |   |
| 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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 今の所終末期の話し合いは進んでいません。病状の把握や悪化を防ぐに留まっています。  | 現在ホームでは看取りは行わない事を契約時に説明し利用者・家族からの了解を得ている。利用者の重度化は避けられないことから、管理者・職員共に終末期のケアについて勉強中である。  |   |
| 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  | 行っていません。実践力も自信無く、直接掛かり付け病院に連絡し指示を仰いでいます。  |  |   |
| 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  | 消防訓練は行っていますが、全体の役割等は決まっていません。避難場所の確保は出ています。   | 消防訓練や避難訓練は年2回実施しており、緊急連絡網の整備や避難場所の確保、緊急持ち出しの準備等はできている。   | 夜間を想定した避難訓練マニュアルの作成が望まれる。また災害時や火災時に地域の人たちの協力が得られるような取り組みに期待したい。 |

| 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 |
| <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                   | 性格を観察し、同じことを伝えるにも言い方を変える様にしています。居室やトイレに伺う時には声を掛け、ノックしてから訪室します。  | 職員は、利用者一人ひとりの特徴や傾向を把握しており、それぞれに合った声かけや対応ができるようにしている。介護が必要な場合でもさり気ない自然な声かけが行われていた。  |                   |
| 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                     | 食事の好き嫌い、配茶の際何が飲みたいか、着替えの際に洗濯はどうしたいか、可能な方には入浴前にご自分で衣類を準備していただく等その都度尋ね、御本人の意思に近づけて行っています。   |  |                   |
| 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 | 朝食後の団欒や午前の配茶の時に「今日は内にをしましょうか。」と問いかけ意見が出た事を行えるようにしています。「今すぐ歩きたい。」など突然の希望についても「今」を大切にできる様心掛けています。   |  |                   |
| 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                                  | ヘアカットの際ご本人の希望を美容師さんに直接伝えて頂いたり、朝の更衣の際に「今日は病院に出かけるから…」などヒントを与え、「じゃあこれが着たい。」と返答して頂ける様にしています。   |  |                   |
| 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     | 大根おろしや野菜の皮むきが出来の様「今日のメニューは〇〇なのでやりましょう。」と声を掛けて多くの事が楽しめる様にしています。煮物の味見、茶碗拭き、テーブル拭き分担し行っています。個人のお茶碗、箸、食器も彩りよく食べる楽しみを持てる環境を作っています。昼食は職員全員入居者様と一緒に食事を摂り、夕飯は準夜勤、夜勤者が一緒に、お話ししながら頂いています。 | 食事の準備段階からみんなで楽しめるような工夫をすると共に、晩酌を楽しむ、お粥にきな粉をかける等それぞれの習慣を大切にして食事を楽しめるようにしている。食欲のない場合にはバナナや牛乳など好みの物を用意することもある。また月1回は全体で外食を楽しんでいる。所々に職員が入ってさり気なく声かけをして食事を促したりしながら、家庭にいるような和やかな雰囲気です。 |                   |
| 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          | 水分量、食事摂取量を記入。好み飲み物を用意しています。水分が足りていない方は夜間排泄後にお勧めする様にしています。糖尿の方、高血圧の方にも個別に食事を調整させて頂いています。   |  |                   |
| 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                   | 毎食後一人ひとり洗面台にて行っています。歯磨き粉を飲んでしまう方にはうがい中心ブラッシング不足の方にはお手伝いを行っています。   |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄パターンを観察しその方に合った時間に声を掛けて行っています。自立の方には排便有無の確認を行っています。パット外しの方向に向かえる様な意識を持てる様排泄表の見直しを行いました。  | 排泄チェックで一人ひとりのパターンを把握し、声かけ等個別の対応をしながら、綿パンツにパットを組み合わせたり、リハビリパンツを利用して排泄の自立に向けた取り組みをしており、日中は殆どの利用者がトイレでの排泄が可能になっている。                                     |                   |
| 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  | 下痢をされた方は水分多く取って頂き本人に伺いお粥を用意便秘の方には歩行や運動、水分を促す事を行っています。  |  |                   |
| 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                        | 勤務体制やその日の行事により一日に入浴介助を行える人数に限りがあります。入浴実施表を付け一番長く入っていない方にはこちらから声を掛けてお誘いますが、曜日や時間に決まりはなく、希望があれば入浴ができる様支援しています。                             | 入浴日は特に定めておらず、利用者それぞれの生活習慣を大切に支援を行っている。散歩や外出後のシャワー、「受診日だから入浴をしたい」といった個別の希望にも副うようしている。入浴剤の使用や菖蒲湯・ゆず湯等季節ごとの楽しみも取り入れている。また職員とゆっくり話しのできる時間としても楽しんでもらっている。 |                   |
| 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   | 一人一人の体調に合わせ又前夜の睡眠状態に合わせ日中も体を休めて頂いています。夜間も眠りたい時間までくつろぎながら休める環境を作っています。  |  |                   |
| 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  | 薬を処方された時にお薬シートに挟め、いつでも確認できる様にしています。頓服薬についての説明書、服用方法も医師の指示に従い表示しています。体調の変化については、受診結果表を記入し確認して次の受診に備えています。薬の目的、病歴等理解不足がある為、独自の病気シートを作成中です。 |  |                   |
| 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                             | 何を行うのが好きか、何に興味があるのかを日々の生活で把握しています。入居前の生活や趣味をそのまま継続出来る様支援しています。   |  |                   |
| 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 | 本人の希望が叶う様支援しています。月に1度を目安に御自宅にお連れしたり、お正月やお盆の外泊もあります。お墓参りや買い物もご家族様の協力を得ています。   | ほぼ毎日のように散歩したり、買物に出かけたり、友人宅を訪問したりと利用者それぞれの希望に合わせて頻繁に外出している。また地域のお祭りに出かけたり、お墓参りをしたり、行事としての外出等家族の協力も得ながら積極的に外出を支援している。                                  |                   |



| 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 |
| 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  | ご家族に、紛失しても構わないという了解の元、ご希望があればお持ち頂く方も居ます。トラブルを防ぐため、お小遣い程度の額をホームでお預かりしている方もいます。お買物の際は、レジでご自分で店員さんに渡して頂く等使う実感が持てる様支援しています。 |   |                   |
| 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   | お孫さんとの手紙のやり取り、息子様への電話。希望の方はもちろん、お元気になる手段の一つとしてこちらから働き掛ける事もあります。   |   |                   |
| 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 | テレビの音量、電気の調節、冷暖房を心地よく調節しています。冬は柚子やみかんをテーブルに飾ったり、季節の花を常に置く様心掛けています。西側の廊下が暗い為、改善したいと考えています。                               | 浴室のベンチや広いトイレ等利用者の身体機能の低下にも対応できるよう工夫されている。居間は季節を感じてもらおうとする職員の努力が随所に見られ、利用者と職員が一緒に楽しみながら生活している様子が感じられる温かな雰囲気があった。 |                   |
| 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  | 畳の部屋で寛いでいただいたり、中庭に椅子やテーブルを置き、自由に出入りして頂いています。  |   |                   |
| 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  | 御自宅から入居前に愛用していたものをお持ちになり、枕、椅子、自由に配置して頂いています。  | 家族の写真や両親と写っている若い頃の写真等、大切にしている物に囲まれている利用者やたくさんのがんが持ち込まれ自宅のような落ち着いた雰囲気をつくっている利用者等、それぞれがその人らしい居室作りをしている。           |                   |
| 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が送れるように工夫している   | トイレの表示、毎月手作りのカレンダーを作り、「今日は何日」「今はいつ」が分かる様工夫しています。  |   |                   |

## 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        | 35   | 災害時のマニュアルが無いので、災害時(特に夜間)の対応に不安がある。    | いつ災害が起きても、利用者様が安心して非難できるようにしたい。                          | 災害マニュアルを作成し地元自治会に加入させてもらい、災害時等に協力体制が取れるように働きかける。      | 2ヶ月        |
| 2        | 10   | 利用者・家族からの苦情について、受付担当者や解決責任者が明確になっていない | 利用者や家族が意見・要望または苦情を出しやすい環境をつくりたい、またそれそれらを今後の運営に反映させていきたい。 | 苦情受付担当者や解決責任者を明確にしホーム内の見やすい場所に掲示する、またそれには公的機関等を明確に示す。 | 1ヶ月        |
| 3        | 26   | 個別記録への記入方法に介護計画の意識が低い。                | 利用者様が快適に暮らせるような介護計画を立て実践していく。                            | 介護計画について職員全員でよく話し合い、それに沿った記録方法を検討し、個別記録等を良いものに変える。    | 2ヶ月        |
| 4        | 6    | 職員が身体拘束についての知識が低い。                    | 身体拘束のないケアを実践する。  | 勉強会を開催する・研修や講習があれば積極的に参加する。                           | 3ヶ月        |
| 5        |      |                                       |  |   |            |

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。