

### 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   | 2274202081     |            |            |
| 法人名     | 日本ケアクオリティ      |            |            |
| 事業所名    | グループホーム大空      |            |            |
| 所在地     | 静岡県葵区古庄3-23-1  |            |            |
| 自己評価作成日 | 令和 元年 10月 30 日 | 評価結果市町村受理日 | 令和元年12月25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>・ホームの隣に保育園があります。ベランダに出ると子供たちが笑顔で声をかけてくれるので、自然に会話が弾みます。</li> <li>・町内のお祭りや清掃に参加しています。</li> </ul> |
|---|

※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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action_kouhvuou_pref_search_list_list=true">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action_kouhvuou_pref_search_list_list=true</a> |
|----------|---|

【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>事業所はリビングの窓が大きく陽当たりも良く、ウッドデッキがあり、沐浴ができる作りになっている。隣に保育園があり、定期的に交流をしていて、園児の声が聴こえるので利用者が和んでいる。職員は利用者に食事を無理強いしないでじっくり見守るなど利用者のペースで暮らせるように支援している。最近危険な物は収納するように心がけていて、事業所内がスッキリしている。また、外部評価を全職員で取り組んで運営に活かそうと努力している。職員は資格取得や研修、会議に意欲的に取り組んでいて、よりよいホームにしようという姿勢が感じられる。職員が意見を言いやすい環境であると職員ヒヤリングで確認できた。今後ユニット間で協力合おうという体制になっている。ホームクリニックの医師が熱心に診察してくれ、訪問看護師も週に1回きてくれるので、医療面で安心であると家族からも信頼されている。</p> |
|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                     |  |  |
|-------|---------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 静岡タイム・エージェント   |  |  |
| 所在地   | 静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和 元年 11月 16 日      |  |  |

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  | 事業者理念に近づく様に管理者と職員で取り組んでいますが、理念が分からない職員もいるので共有し実践に繋がりたいです。  | 現在の理念は開設当初のもので、入り口の目につく所に掲示してある。管理者とリーダーと話し合っ、現在の理念に基づき、短く明確にわかりやすく作りなおそうという意見が出ている。                             | 管理者の考えに沿って、わかりやすく短い理念にし、職員全員で理念を共有できることを期待します。 |
| 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  | 側溝掃除や草取りに参加しています。  | 自治会に加入し、地域の行事は回覧板で知らせてもらえる。年1回の清掃や草取りには職員が参加している。近くの神社の祭りには散歩がてら、職員と利用者が出かけている。隣の保育園とは定期的に交流がある。                 |  |
| 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  | 近隣の方々とは、散歩中に挨拶を交わしたり行事の参加を通して理解や支援を認知して頂ける様にしています。   |  |  |
| 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                                     | 2カ月に1回、運営推進会議を行っています。<br>ホームの状況や委員会活動など報告し、ご家族様や自治会、地域包括センターの方々から意見をいただきサービス向上に活かしています。                                | 2ヶ月に1度開催している。隣の大家さんが地域住民の代表として参加してくれる。家族の参加も得られるようになった。民生委員が今は病気で不参加であるが今後の参加を期待したい。議事録は職員にも見てもらい、サービス向上に活かしている。 |  |
| 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   | 介護保険課、生活支援課の方々とは話をする機会がありますが、運営推進会議などの参加をお願いしていますが1年に1回程度しか出席が無いのが現状です。こちらからもアピールし協力関係が築けるように取り組みたいです。                 | 研修の知らせは市からメールで受信する。事故報告書を提出する際に市の職員と情報交換をしている。包括支援センターとは地域のグループホーム連絡会で協力関係がある。                                   |  |
| 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 | 身体拘束0宣言を掲げているのでホーム全体で取り組んでいます。ホームや会社の研修を合わせると年に4回あります。玄関や各ユニットの出入り口は施錠していません。日頃から、カンファレンスや拘束・虐待委員会でも話し合いをし職員で取り組んでいます。 | 身体拘束は行っていない。委員会が年に4回、研修は年3回行っている。マニュアルは全職員に配り、改めて見直しをしてもらっている。入口は音や赤外線で反応するようになっていて自由に出入りできる。                    |  |

静岡県( )

| 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 |
| 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     | 研修で学ぶ機会を設けています。入居者様の身体の痣などあった場合は事故報告書を出し、なぜ？を検証し再発防止に努めています。   |  |                   |
| 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 | 管理者は学ぶ機会がありますが、職員が学ぶ機会が無いので、介護福祉士をもっている職員にホーム内で勉強会をし活用できるように支援していきたいです。  |  |                   |
| 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                      | 契約、解約、改定等の際には、丁寧に説明し分からない事などは、その都度説明を行っています。不安や疑問がある時は、本社と連携し十分に説明し理解、納得いただけるようにしています。管理者が行っている。                 |  |                   |
| 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                  | 入居者様や御家族様からの意見、要望などはその都度対応し運営推進会議などで報告し、ご意見をいただき反映しています。   | 利用者には担当の職員がいる、家族から出た意見要望は職員会議で報告し、全職員が情報を共有している。運営に関する意見には管理者が対応している。                            |                   |
| 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                                   | 一カ月に1回、ユニット会議があるので意見や提案を聞く機会を設け反映している。それ以外でも個別に管理者に言うので、その都度。意見や要望を聞いている。  | 各ユニットにリーダーを置き、職員が意見を言いやすい環境を作っている。ユニット会議が月に1回、全体会議が2ヶ月に1回あり、職員から活発な意見が出ている。半年に一度、全職員と管理者は面談している。 |                   |
| 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   | 管理者は、個別面談を行ったり、前期評価、後期評価を行っています。勤務については、用事がある時は半休、有休を取得しています。個々の事情で勤務時間など臨機応変に対応しています。休憩1時間取れるように職員と話し合い実施しています。 |  |                   |
| 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1人ひとりの事を把握し、月1回のリーダー会議などで業務の改善など話し合っています。内外の研修には、なるべく参加してもらっています。初任者研修、実務者研修など所得できるように職員に呼びかけています。             |  |                   |

| 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 |
| 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 | 地域包括センター主催、近隣のグループホームの意見交換、交流会を行っています。他事業所のイベントに参加、職員がお手伝いに行き他ホームの良い所を持ち帰り、ホーム内で会議をしサービスの向上に取り組んでいる。                                    |   |                   |
| <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           | ホームに慣れて頂くためにコミュニケーションをとりながら、他入居者様との橋渡しを行っています。不安なこと、要望に耳を傾けています。アセスメント、シートを使用し、ご本人様が安心して生活できるように関係づくりに努めています。                           |   |                   |
| 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                      | 入居前に、面談、初回アセスメント、ご家族様と話し困っていること、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                  | 入居前に、面談、初回アセスメント、ご家族様と話し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ます。  |   |                   |
| 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                                  | ご本人様ができる事は、一緒に行い家族のように暮らしを共にし関係を築いています。   |   |                   |
| 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                   | ご家族様には、日常の様子や体調のことなど月に1度、月次報告書に書いて報告しています。また、「ご家族様に会いたい」と訴えがあれば電話をして日程の調整をしたりし、面会、ドライブ、外食に出かけています。ホームのイベントに参加され、共に支えていく関係を築けるように努めています。 |   |                   |
| 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                               | 馴染みの方の面会や外食に出かけ、関係が途切れないように支援に努めています。   | 面会者の情報は家族に報告し、許可を得て共有している。家族が墓参りなどの外出や近くの馴染みの喫茶店や蕎麦屋に外食に連れ出してくれる。 |                   |

静岡県()

| 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 |
| 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                                   | レクレーションを通じて、利用者様同士が関わり支え合えるような支援に努めています。   |   |                   |
| 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                    | 契約が終了しても、必要に応じて相談や支援に努めています。   |   |                   |
| <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   | ご本人様の思いをアセスメント、個人ファイルを参考し希望、意向を把握に努めています。困難な場合は、本人本位に検討しています。                        | 入居前の初回アセスメントは全職員が把握し、入居に備えている。介護計画書を見て、ケアをするように促している。日誌とアイパッドを使用し、記入の簡素化を図っている。毎日の申し送りも行うようにしている。 |                   |
| 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                                       | 生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境の経過等を把握に努めています。   |   |                   |
| 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   | 個々の生活スタイルを大事に、1日の過ごし方、心身状態は静岡ホームクリニックと連携をとりながら健康状態、現状の把握に努めています。                     |   |                   |
| 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 | カンファレンスの前にモニタリングを行い、ご家族が面会に来られた際に意見や意向をうかがっています。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ます。 | 利用者一人一人のカンファレンスをユニット会議で行っている。会議が短時間で行われるようにあらかじめ議題を知らせている。今後はユニット間の交流を今よりも進めていこうとしている。            |                   |
| 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                        | 個別の介護記録に記入し、職員間で情報の共有し実践や介護計画の見直しに活かしています。   |   |                   |

静岡県( )

| 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 |
| 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                           | その時々ニーズに対応して既存のサービスに捉われない、柔軟な支援ができるように情報の共有し取り組んでいます。  |  |                   |
| 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                                     | 自治会の祭りに参加したり、散歩で顔見知りの関係ができたり、近隣の保育園との交流を楽しむことができるように支援しています。   |  |                   |
| 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                                 | かかりつけ医とはご本人様、ご家族様が納得いくように関係を築きながら適切な医療が受けられるように支援しています。  | 協力医は往診日以外でもまめに来所してくれ、また内科以外でも対応してくれるので職員や利用者、家族から信頼されている。24時間365日オンコールで対応してくれる。歯科も口腔ケアを兼ね定期的に往診してくれている。      |                   |
| 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                         | 静岡ホームクリニックより毎朝、連絡があり利用者様の状態、情報、を伝え受診されるか相談し適切に受診や看護が受けられるように支援しています。   |  |                   |
| 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 | 入院された際は医療機関と連携をとりながら安心して治療ができ早期に退院ができるよう、情報交換や相談に努めています。病院関係者との関係づくりにも努めています。                                |  |                   |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 早い段階から、ご本人様、ご家族様、管理者で話し合いを行い十分に説明しながら方針を共有し支援に取り組んでいます。また、カンファレンスや状態をみながら再度、話し合いの場を設けています。看取りの研修も年に1回行っています。 | 入居時には説明を行っている。重度化の兆候があると医師に診察してもらい、家族に説明をし、その後の対応について医師、看護師に職員が相談しながら対応している。ホームクリニックで看取りの研修を職員に年1回行ってもらっている。 |                   |
| 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   | 今年度は訓練ができていません。昨年は、消防に来ていただき実施しています。応急手当、初期対応の勉強会は行っています。  |  |                   |

| 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  |
| 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           | 地震の際は、避難場所に避難。水害は2階に垂直避難を行います。避難訓練ができていません。地域との協力体制は築けていない。   | 防災用のヘルメットや防災頭巾はリビングのすぐに取り出せる所に収納している。定期的に避難訓練ができていなかったため、防災委員と話し合っ、今後の訓練計画を企画している。                                 | 夜間想定訓練を実際に行っていない職員がいるので、全職員が行えるよう期待します。地域との協力体制を作り、近年起きている想定外の災害に対応できるように訓練の見直しを期待します。 |
| <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                   | 人格を尊重し、誇りやプライバシーに気をつけ言葉かけ、その方にあつた対応を行っています。   | 職員は落ちついた声のトーンで利用者に話しかけている。接遇研修は継続して実施している。研修や指導は行われているが、忙しくなるとできなくなってしまう時がある。                                      | どんな時でも、職員の都合でなく、利用者本意で行動できるように希望します。   |
| 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                     | 利用者様に声掛けをしながら確認行動し、自己決定できるように表情を見ながら行っています。   |  |  |
| 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、希望にそつて支援している | 個々のペースを大切に個別ケアに努めています。  |  |  |
| 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                                  | ご自分で、洋服を選べる方は選んでいただき、整容の声掛けを行っています。女性の方も化粧をされているので一緒に口紅を買いに行っています。男性は髭剃りの声掛けを行っています。                  |  |  |
| 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     | 利用者様に「何が食べたいですか？」と声を掛けたり季節の食材を使用した料理を提供しています。職員と一緒に野菜を切ったり、食器拭き、片付けをしています。                            | 食材は新鮮な物を近くのスーパー等で購入し、食材配達業者にも一部取り寄せを頼んで手作りしている。時には外食や宅配のお寿司、おやつレク、誕生会等利用者が楽しめるように工夫している。食器拭きや片付けなど、利用者が積極的に関わっている。 |  |
| 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          | 個々に合つた食事量、食事形態、栄養バランス水分量をカンファレンスで話し合っています。一日を通じて確保しています。水分量については制限がある方は主治医と相談しています。状態や習慣に応じた支援をしています。 |  |  |

静岡県( )

| 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 |
| 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、口腔ケアを行うがい薬、舌下ブラシを使用している利用者様もいます。個々に合ったケアを行っています。訪問歯科を利用している方もいます。                           |   |                   |
| 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       | 排泄パターンやその日の状態を把握しトイレで排泄できるように自立にむけ支援しています。  | 排泄パターンを把握して、トイレ誘導を行うようになってから、リハビリパンツやパッド等の使用量が減っている。できるだけトイレに行けるように自立にむけ、努力している。  |                   |
| 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                       | 食事を工夫したり、ほっとタオルでお腹を温めたり、運動をしたり個々に応じた対応をしています。   |   |                   |
| 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 | なるべく利用者様の希望に合うようにしています。個々のペースで入浴支援しています。  | 週に2回～3回は入浴できるように支援している。同性介助を希望する場合は対応している。お湯は一人一人変え、入浴剤を使用して、気持ちよく入浴してもらうようにしている。 |                   |
| 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                        | 自室の温度調整、寝具の清潔保持を行い、就寝時や好きな時間に安心して睡眠できるように支援しています。   |   |                   |
| 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                   | 薬について理解し、服薬する際は職員2人で確認しながら服薬しています。また、薬の変更時は申し送り時に伝え、症状の変化がある時は主治医に相談しています。誤薬や飲み忘れがないか再度確認しています。 |   |                   |
| 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      | 日常生活で個々のことを把握しレクリエーションや外出支援など行い、気分転換などの支援をしています。  |   |                   |



静岡県( )

| 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 |
| 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                      | 個別ケアをできるだけ行えるように努めています。現状は遠くまで行けてないです。ご家族様にも協力をお願いする時もあります。天気の良い日にはドライブ、散歩に出かけています。         | 天気に合わせ、週に3回は施設付近の散歩をしている。時々1対1で外出する事もある。季節ごとにドライブに出かけているが、今後は外出支援の回数を増やしたいと計画している。家族で外出に出かける利用者もいる。    |                   |
| 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  | ご本人様が買いたい物や必要な物がある時は、なるべく一緒にお金を持ち外出支援できるように支援しています。   |  |                   |
| 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   | 利用者様から電話や手紙を書きたいと言われる事はありません。ご家族様や友達から電話がかかってきた時は、取り次いでいます。電話の相手様にも認知症の事を伝えて会話していただく事もあります。 |  |                   |
| 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 | 共用スペースは、毎日掃除をしています。温度調整、テレビの音にも気を配っています。生活感、季節感をとり入れ、居心地よく過ごせるよう環境づくりをしています。                | 日中は陽あたりもよく、リビングは明るい。隣の保育園の園庭がリビングに面しているのので、子ども達の遊ぶ姿が見られ、声が聴こえる。リビングの掲示物もスッキリしていて季節感がある。危険があるものは収納している。 |                   |
| 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  | 共用空間で一人にならないように、職員がまんべんなく話をしています。気の知れた利用者様同士、過ごされています。                                      |  |                   |
| 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  | 居室は馴染みの物や御家族様が持ってきた物などで居心地がよく過ごされるようにしています。   | 愛用していたタンスに写真や作品が飾っており、居心地良く過ごせるようにしている。認知症状が進んだ利用者の部屋は混乱しないようにすっきりと片付けられ清掃も行き届いている。                    |                   |
| 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   | 「できること」「わかること」を活かして自立した生活が送れるように心がけ支援しています。   |  |                   |

### 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   | 2274202081    |            |            |
| 法人名     | 日本ケアクオリティ     |            |            |
| 事業所名    | グループホーム大空     |            |            |
| 所在地     | 静岡市葵区古庄3-23-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 令和 元年 10月 31日 | 評価結果市町村受理日 | 令和元年12月25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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action_kouhvuou_pref_search_list_list=true">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action_kouhvuou_pref_search_list_list=true</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                     |  |  |
|-------|---------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 静岡タイム・エージェント   |  |  |
| 所在地   | 静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和 元年 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)】

|  |
|--|
| 個別ケア<br>入居者様1人1人に合わせ、入居者様が過ごしやすいホームだと思います。 |
|--|

【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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

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)     | <input type="radio"/> 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<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)   | <input type="radio"/> 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)           | <input type="radio"/> 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)                     | <input type="radio"/> 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)                 | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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<br>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)   | <input type="radio"/> 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、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 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)                | <input type="radio"/> 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                                       | <input type="radio"/> 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せている<br>(参考項目:30,31)       | <input type="radio"/> 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                                   | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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<br>己             | 外<br>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  | 毎日、自己チェックシートを行っており、理念を自分で記入しています。それにそって自己評価を行っています。  |      |                   |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している  | ご近所の方々へ挨拶をしています。天気の良いは1Fのテラスから向かいの保育園の子供達をみたり、会話を交わすこともあります。   |      |                   |
| 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  | 地域の方々への関わりは散歩で挨拶程度のもので認知症の人の理解、支援の方法は活かす機会が少ない。  |      |                   |
| 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                                     | 現在の状況を書面にて出し、会議で口頭で加えて説明しています。研修内容や委員会活動など話しています。報告とともに改善策なども話しています。                                 |      |                   |
| 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   | 市町村担当者とはホーム長が連絡をとっているのですが職員が関わりがりがりません。  |      |                   |
| 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 | 身体拘束委員会を通じて職員全員に研修を年に3回行っています。どのような事が身体拘束につながるのか、カンファレンスや研修時に職員同士意見を出し合っています。玄関、各ユニットの出入口も施錠はしていません。 |      |                   |

静岡県( )

| 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 |
| 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     | 年に3回、ホーム内で研修を行っています。研修やアンケート調査の実施等により常に虐待防止に努めています。  |      |                   |
| 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 | ホーム内で学ぶ機会は設けていないが、職員個々で、学んでいる。   |      |                   |
| 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、解約、改定等の際には、丁寧に説明し分からない事などは、その都度説明を行っています。不安や疑問がある時は、本社と連携し十分に説明し理解、納得いただけるようにしています。管理者が行っている。                                 |      |                   |
| 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                  | 入居者様や御家族様からの意見、要望などはその都度対応し運営推進会議などで報告し、ご意見をいただき反映しています。   |      |                   |
| 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                                   | ユニット会議や全体会議で機会を設けている。  |      |                   |
| 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   | 管理者は、個別面談を行ったり、前期評価、後期評価を行っています。勤務については、用事がある時は半休、有休を取得しています。個々の事情で勤務時間など臨機応変に対応しています。休憩1時間取れるように職員と話し合い実施しています。月1回、自己評価を活用している。 |      |                   |
| 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      | 研修を受講する機会は多い。職員1人ひとりの事を把握し、月1回のリーダー会議などで業務の改善など話し合っています。内外の研修には、なるべく参加してもらっています。初任者研修、実務者研修など所得できるように職員に呼びかけています。                |      |                   |

| 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 |
| 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 | 業種によっては、いろいろな場面の多様性があり有効的に向上が計れると思う。他施設や関係機関の勉強会があり実践できている。   |      |                   |
| <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           | ホームに慣れて頂くためにコミュニケーションをとりながら、他入居者様との橋渡しを行っています。不安なこと、要望に耳を傾けています。アセスメント、シートを使用し、関係づくりに努めています。ご本人様の話は、しっかり聞き、うなづきをもって対応しています。 |      |                   |
| 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                      | 要望等について、答えられところは答え分からない時は、担当者、管理者に相談して答えています。   |      |                   |
| 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                  | ご本人様とご家族様の相違点がみうけられる場合、対応が難しく感じるが、必要とする支援を見極めようと努力している。   |      |                   |
| 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                                  | 暮らしを共にする者同士の関係を築けるよう努力している。   |      |                   |
| 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                   | 家族との関係も大切にしながら、ご本人様を支えいく関係を築いています。  |      |                   |
| 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                               | 馴染みの人や場所との関係を否定せず、良い関係が途切れないように支援しています。   |      |                   |

| 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 |
| 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                                   | 席に配慮して観察しています。歩行器、車椅子、自立歩行による接触トラブルに注意しています。    |      |                   |
| 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                    | 契約が終了しても、必要に応じて相談や支援に努めています。                    |      |                   |
| <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   | 特に意思表示が無い利用者様に対して、日頃から様子観察して、表情などで汲み取るようにしています。 |      |                   |
| 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                                       | ご家族様に許可をいただき、親しい長女、息子様の名前を上手に使わせていただいています。      |      |                   |
| 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   | ADLは職員同士で情報共有して、変化に対して申し送りをしています。               |      |                   |
| 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 | 人員不足は、言い訳になりますが、プランの実施に欠けています。                  |      |                   |
| 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                        | ユニットカンファレンス、日々の変化など情報の共有しています。また、意見交換しています。     |      |                   |

静岡県( )

| 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 |
| 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                           | その時々ニーズに対応して既存のサービスに捉われない、柔軟な支援ができるように情報の共有し取り組んでいます。   |      |                   |
| 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                                     | 自治会の祭りに参加したり、散歩で顔見知りの関係ができたり、近隣の保育園との交流を楽しむことができるように支援しています。  |      |                   |
| 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                                 | かかりつけ医とはご本人様、ご家族様が納得いくように関係を築きながら適切な医療が受けられるように支援しています。   |      |                   |
| 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                         | 静岡ホームクリニックより毎朝、連絡があり利用者様の状態、情報、を伝え受診されるか相談し適切に受診や看護が受けられるように支援しています。  |      |                   |
| 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 | 入院された際は医療機関と連携をとりながら安心して治療ができ早期に退院ができるよう、情報交換や相談に努めています。病院関係者との関係づくりにも努めています。                               |      |                   |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 早い段階から、ご本人様、ご家族様、管理者で話し合いを行い十分に説明しながら方針を共有し支援に取り組んでいます。また、カンファレンスや状態をみながら再度、話し合いの場を設けています。看取りの研修を年に1回行っています |      |                   |
| 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   | いつもと違う異変など感じたら、バイタルチェックなどしている。重度などの時、かかりつけ医に連絡しています。  |      |                   |

| 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 |
| 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            | 消防訓練時に全職員で行っている。定期的に行う必要があると思われる。地域との協力体制は、まだまだ密に行う必要がある。  |      |                   |
| <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                    | 人格を尊重し、誇りやプライバシーに気をつけ言葉かけ、その方にあった対応を行っています。できていない職員もいる。  |      |                   |
| 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                      | 服を選ぶ時や家事の手伝いをさせていただく時は必ず意思確認をしています。  |      |                   |
| 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 | 一人ひとりのペースを大切にし、他利用者様の様子もあり希望にそえない時もある。   |      |                   |
| 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                                   | 起床時は、時に整容に気を配りしている。季節が分からない方には否定せず、声掛けにて更衣していただいています。  |      |                   |
| 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      | 準備は難しいが片付けは行っている。  |      |                   |
| 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           | 個々に合った食事量、食事形態、栄養バランス水分量をカンファレンスで話し合っています。一日を通じて確保しています。水分量については制限がある方は主治医と相談しています。状態や習慣に応じた支援をしています。体重測定を毎月行って主治医に相談している。 |      |                   |



静岡県( )

| 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 |
| 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、口腔ケアを行うがい薬、舌下ブラシを使用している利用者様もいます。個々に合ったケアを行っています。訪問歯科を利用している方もいます。 |      |                   |
| 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       | 残存機能を活かすように支援しています。ゆっくりした声掛けを心がけています。                                 |      |                   |
| 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                       | 日々の体調を理解して食事、下剤、飲み物などから考慮しています。                                       |      |                   |
| 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 | 拒否がある時は無理に入浴は、していません。利用者様によっては、男性や相性が合わない職員もいる為、臨機応変に対応しています。         |      |                   |
| 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                        | 個々の入床タイミングを把握して夜間パッド交換など適した支援をしています。                                  |      |                   |
| 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                   | ご薬防止の工夫をしています。個の副作用まで理解できていません。薬の変更時は、成分、副作用を申し送りしています。               |      |                   |
| 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      | もう少し、レクリエーションを多彩に提供したいと思っています。  |      |                   |

静岡県( )

| 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 |
| 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                      | 一人ひとりの、その日の希望にそって戸外へ出かけるのは職員の人員により不可能だが、出来る限り希望にそうように努めている。 |      |                   |
| 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  | お金の管理が出来る利用者様に対しては支援している。                                   |      |                   |
| 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   | 電話で話す事により、かえって不穏になる事もある為、ご家族に相談している。                        |      |                   |
| 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 | 心がけているが、いたらない点も多くある。  |      |                   |
| 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  | 常に配慮している。   |      |                   |
| 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  | ご家族に相談している。   |      |                   |
| 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   | 自立よりも安全性に重きをおいているかもしれない。                                    |      |                   |

### 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        | 37   | 個別ケアと集団生活のバランスをとりたい | 入居者様1人1人の個性を理解し、寄り添う | 出勤時、入居者様1人1人にあいさつと世間話をする | 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、行を挿入してください。