

平成23年度

## 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         | 1473300190                         | 事業の開始年月日       | 平成12年3月18日  |  |
|               |                                    | 指定年月日          | 平成16年4月1日   |  |
| 法人名           | 社会福祉法人 ふじ寿か会                       |                |             |  |
| 事業所名          | 高齢者グループホーム あすの里                    |                |             |  |
| 所在地           | ( 〒226-0014 )<br>神奈川県横浜市緑区台村町401-2 |                |             |  |
| サービス種別<br>定員等 | 小規模多機能型居宅介護                        | 登録定員           | 名           |  |
|               |                                    | 通い定員           | 名           |  |
| 定員等           | 認知症対応型共同生活介護                       | 宿泊定員           | 名           |  |
|               |                                    | 定員計            | 9名          |  |
|               |                                    | ユニット数          | 1 ユニット      |  |
| 自己評価作成日       | 平成23年10月8日                         | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成23年12月13日 |  |

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473300190&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473300190&amp;SCD=320</a> |
|----------|---|

### 【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)】

運営理念である「一人一人の生活作り」を常に考えています。職員は、一人一人の生活に必要なことは何かを考えて支援しています。専門的なりハビリはできなくても、生活の中でどう体や心を動かして頂けるかについて考え、ご家族や友人知人、地域の力を借りながら、本人の生活を支えています。生活の場なので、掃除や食事作り、買い物、洗濯干し、洗濯たたみ、食器洗い、縫い物など、ご本人の状態に合わせて、職員とともに行ってもらっています。ご家族とともに行事や外出を楽しむ機会を多く作っており、ご家族の方は他の入居者さんの様子も気にかけて下さっています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                     |               |            |
|-------|-------------------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 株式会社フィールズ                           |               |            |
| 所在地   | 251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階 |               |            |
| 訪問調査日 | 平成23年11月10日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成23年12月5日 |

### 【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)】

ホームは、JR・市営地下鉄線中山駅から徒歩8分程の住宅街にあります。運営法人は、4ヶ所のグループホーム、特別養護老人ホーム、通所・短期生活・居宅介護支援、地域包括支援センターの運営を手掛けています。庭にはしだれ桜、紅さんざし、きんかん等の木が植えられ、建物内部はバリアフリーで床暖房設置、木がふんだんに使われた温かくゆったりと寛げる環境となっています。

<優れている点>  
その人がどこまで出来るのか、どこまでしてほしいのかを見極め、今までの生活を断ち切らず、その人らしくいられる生活が出来るように様々な支援をしています。例えば、個別外出の機会を多く設けています。別に暮らす家族との食事や面会、神社参拝、お墓参り、美容院、華道展、思い出のある国の料理のレストラン等、利用者の希望に沿って出かけています。担当の職員を決めると共に専用の連絡帳に利用者の言葉や様子を細かく記入し、朝及び昼食後のミニミーティングを毎日行って情報を共有し利用者の思いや意向の把握に努めています。地域及びホームの行事、老人会の食事会、買い物や散歩、ボランティア来所等、多くの場面で地域の方との交流が盛んに行われています。隣のマンションの親子との交流も日常的にあり、地域との良好な繋がりが広がっています。

<工夫している点>  
利用者の安全に配慮し、居室内にも利用者一人ひとりの動線に合わせて、必要な形の手すりを、必要な場所に設置しています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域                  | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|--------------------------|---------|---------|
| 理念に基づく運営                 | 1 ~ 14  | 1 ~ 7   |
| 安心と信頼に向けた関係づくりと支援        | 15 ~ 22 | 8       |
| その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | 23 ~ 35 | 9 ~ 13  |
| その人らしい暮らしを続けるための日々の支援    | 36 ~ 55 | 14 ~ 20 |
| アウトカム項目                  | 56 ~ 68 |         |

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 事業所名  | 高齢者グループホーム あすの里 |
| ユニット名 |                 |

| アウトカム項目   |                |
|---|----------------|
| 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)     | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|   | 2, 利用者の2/3くらいの |
|   | 3. 利用者の1/3くらいの |
|   | 4. ほとんど掴んでいない  |
| 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)            | 1, 毎日ある        |
|   | 2, 数日に1回程度ある   |
|   | 3. たまにある       |
|   | 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)                 | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|   | 4. ほとんどいない     |
| 59<br>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   |
|   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|   | 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)                | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|   | 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)       | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|   | 4. ほとんどいない     |
| 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、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|   | 4. ほとんどいない     |

|  |                |
|--|----------------|
| 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ます。<br>(参考項目：9,10,19)    | 1, ほぼ全ての家族と    |
|  | 2, 家族の2/3くらいと  |
|  | 3. 家族の1/3くらいと  |
|  | 4. ほとんどできていない  |
| 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：9,10,19)                    | 1, ほぼ毎日のように    |
|  | 2, 数日に1回程度ある   |
|  | 3. たまに         |
|  | 4. ほとんどない      |
| 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の拡がりや深まりがあり、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    |
|  | 2, 少しずつ増えている   |
|  | 3. あまり増えていない   |
|  | 4. 全くいない       |
| 66<br>職員は、活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    |
|  | 2, 職員の2/3くらいが  |
|  | 3. 職員の1/3くらいが  |
|  | 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。   | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|  | 3. 利用者の1/3くらいが |
|  | 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。                                     | 1, ほぼ全ての家族等が   |
|  | 2, 家族等の2/3くらいが |
|  | 3. 家族等の1/3くらいが |
|  | 4. ほとんどいない     |

| 自己評価            | 外部評価 | 項 目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|-----------------|------|---|---|---|-------------------|
|                 |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>理念に基づく運営</b> |      |   |   |   |                   |
| 1               | 1    | <b>理念の共有と実践</b><br>地域密着型サービスの意義を踏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                    | 「一人一人の生活作り」を基に、状況に応じて再確認したりしながら、皆で実践につなげている。                                  | その人がどこまで出来るのか、どこまでしてほしいのかを見極め、今までの生活を断ち切らず、その人らしくいられる生活が出来るように支援しています。朝・昼の申し送りやミーティング、会議等で職員は情報を共有して確認し合い、理念に沿った支援に努めています。  |                   |
| 2               | 2    | <b>事業所と地域とのつきあい</b><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                    | 地域の行事に参加したり、ホームの行事に来てもらったりしている。ホームの行事への地域の方の参加は年々増えている。散歩や買い物に出かけた際は、挨拶をしている。 | 地域の行事、ホームの行事、ボランティアの来所、毎日の買い物や散歩等の多くの場面で地域の方々との交流が盛んに行われています。地域の老人会の食事会に利用者が参加したり、隣のマンションの親子との交流も日常的にあり、地域との良好な繋がりが広がっています。 |                   |
| 3               |      | <b>事業所の力を活かした地域貢献</b><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                  | 今年度は利用者さんのご家族と、講演会や勉強会に出て、話をする機会が多く持てた。日々の関わりの中で、地域の方への理解もすすんでいるように思う。        | /   | /                 |
| 4               | 3    | <b>運営推進会議を活かした取組み</b><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ヶ月に1回行っている運営推進会議で話し合われた内容は、カンファレンスで職員に伝えられ、そのことについて話し合い、サービス向上に努めている。        | ホームからは活動状況、助言への対応等の各種情報発信をし、出席者からは地域の情報や、「ホームの良いことにも目を向けては」との助言をいただき、日々のいいこと集めを始め、毎月、エピソード集を作り家族へ渡すことを始める等、会議が活きたものとなっています。 |                   |
| 5               | 4    | <b>市町村との連携</b><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           | 管理者が窓口となり行っている。   | 隔月に実施している運営推進会議の模様及びホーム運営での課題報告、管理者が役員をしている横浜高齢者グループホーム連絡会からの情報提供をはじめ、管理者は積極的に区の担当者へ連絡をとっています。                              |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価   | 外部評価   |   |
|------|------|---|--|--|---|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 6    | 5    | <b>身体拘束をしないケアの実践</b><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 | 研修などに参加し、身体拘束について理解し、身体拘束だけでなく、言葉での拘束もしない様気をつけている。日中は玄関の施錠もしていない。                | 身体拘束については、研修へ参加し、会議では、身体だけではなく言葉の拘束もあるとの認識を共有し、事例を挙げて皆でよく話し合いながら拘束をしないケアに向けて意識向上を図っています。玄関から見える花や植物も自由に外へ出て見られるように日中は施錠していません。 |   |
| 7    |      | <b>虐待の防止の徹底</b><br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                      | 研修などに参加し、参加した職員からの報告を聞くことで、皆で注意を払い、防止に努めている。                                     |  |   |
| 8    |      | <b>権利擁護に関する制度の理解と活用</b><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                                 | 7月にパンフレットを使用し、職員皆で成年後見制度について学んだ。それをケアに生かした。                                      |  |   |
| 9    |      | <b>契約に関する説明と納得</b><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  | 管理者が窓口になり行っている。一度の説明で全てを理解することはできないと思うので、その都度説明をし、他の職員が家族からの質問を受けた時は、管理者に報告がある。  |  |   |
| 10   | 6    | <b>運営に関する利用者、家族等意見の反映</b><br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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   | ボランティア、オーナーさんなど外部の方が利用者さんと関わる機会が多く、家族会にもアドバイザーを入れている。全ての意見を職員会議などで話し合い、改善に努めている。 | 家族会、来訪時、運営推進会議、日々のふれあいの折に意見や要望を聞いています。アドバイザーである医師からの助言により服薬を見直したり、利用者からゴミ箱について話しが出た時には、使う側にとってどうかを見直し、小さな日々の声にも耳を傾けて改善しています。   | 関係者の意見を日々の実践に役立てています。今後は運営における改善事項やその経緯等を整理し、記録に留めておきたいとの管理者の思いは是非実現されるよう期待します。 |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項 目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|--------------------------|------|---|--|---|-------------------|
|                          |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                      | カンファレンスだけでなくその都度管理者は話を聞き、必要であれば管理者から代表者などへ話を持って行っている。その中で、皆で考えて改善したり、回答を求めたりしている。    | 定期的会議での話し合いや連絡帳への記載等により、多数の職員提案が出されています。管理者は、運営以外にも基本的に何でも職員と話し合っって運営に反映させています。排泄簿への入浴欄追加、トイレへの札かけ、献立や食材の購入、散歩の時間帯等、多くの事例があります。 |                   |
| 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      | 出来る範囲でもらっていると感じている職員が多い。   |   |                   |
| 13                       |      | 職員を育てる取組み<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          | 法人内の研修も盛んに行われており、法人外研修も含め、多くの研修に参加させてもらっている。   |   |                   |
| 14                       |      | 同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている | 市や県のグループホーム連絡会に加入し、研修会などで他ホームの方と交流を持ち、サービスの質の向上に努めている。                               |   |                   |
| <b>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>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている        | 入居前に本人の様子を聞き取り、それらを職員が見られるようファイルしている。職員はそれらを見た上で本人と出会い、本人の話をじっくり聞き、新たな情報を書き加えてくれている。 |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | 初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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     | こまめな連絡を心がけ、ご本人と同じように、お話を十分に聞くようにしている。  |   |                   |
| 17   |      | 初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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 | 管理者や計画作成担当者が相談の時点でご本人やご家族の要望が何なのかよく聞き取り、他のサービスについて説明したこともある。                 |   |                   |
| 18   |      | 本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                    | 一緒に台所に立ったり、歌ったり、会話したりする中で、自分がされて嫌なことはせず、まず本人にどうしたいか、どうすればいいか聞くなどして、関係を築いている。 |   |                   |
| 19   |      | 本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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     | ご家族にご本人の様子を伝えることはもちろん、ホームの行事に参加してもらったり、ご本人が家族の行事に参加できるよう支援している。              |   |                   |
| 20   | 8    | 馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                 | 行きつけのお店に行ったり、話の中で自宅のある土地の話や以前働いていた職場の話などしている。                                | 利用者の希望に沿って、職員が付き添い個別外出の機会を多く設けて支援しています。配偶者との食事や面会、毎年行っていた神社への参拝、お墓参りや美容院、思い出のある国の料理のレストラン等へ出かけています。泊まりがけの外出もあります。 |                   |

| 自己評価                            | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|---------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                 |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 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                | 気の合う人同士で話をしたり、歌ったり、日光浴をしたり、塗り絵の絵を選んだり、ドリルをしたり、という場面を作り支援している。            |  |                   |
| 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 | 管理者が窓口になり、手紙を書いたり、介護経験を話す会にお誘いしたり、町中でお目にかかった時には声をかけている。                  |  |                   |
| <b>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。                       | 本人がどうしたいかまず聞くことを大切にし、カンファレンスなどで話し合っているが、本当に本人の意向になっているか悩むこともある。          | アセスメント、日々の会話や様子から、また、連絡帳は2冊用意し1冊は利用者の言動や様子を記入するようにして情報を共有し、利用者の思いや意向の把握に努め支援の検討をしています。担当の職員を決めており、個別外出も含め、細やかな様子や思いを知ることが出来ます。 |                   |
| 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                    | 管理者などが窓口になり、入居前に本人やご家族から聞き取ったり、書いてもらったりしたものをファイルしておき、職員はそれをしっかり読んでくれている。 |  |                   |
| 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                                  | 前日までの日誌や、今日の体調を見ながら把握している。ミーティングや申し送りの場も活用している。                          |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 26   | 10   | <p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | <p>日々の記録や本人の意見や希望を取り入れ作られている。アセスメントの段階で家族にもシートを郵送したりして、意見を聞いている。</p>              | <p>日々の情報を基に、モニタリング及び評価を3ヶ月毎に実施して検討し、介護計画を作成しています。個別担当の職員にもアセスメントを出してもらい、また、家族へもシートを送って要望を記入してもらい、説明・同意を得て現状に即した介護計画を作成しています。</p>     |                   |
| 27   |      | <p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>                        | <p>個別で記録をし、カンファレンスで更に何か気づいたことがないか意見を出し合い、見直しをしている。</p>                            |  |                   |
| 28   |      | <p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>               | <p>近隣の子どもたちがホームを訪れ、世代間交流をはかっている。その時の状況に応じて、出来る範囲で支援をおこなっている。</p>                  |  |                   |
| 29   |      | <p>地域資源との協働</p> <p>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</p>                         | <p>野菜取りや、花摘み、多様な散歩コース、毎日同じ店に買い物に行くことをしている。</p>                                    |  |                   |
| 30   | 11   | <p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>                     | <p>本人の状況に合わせ、かかりつけ医に紹介状を書いてもらったり、病院の紹介をしてもらったりしている。本人が望む医療については職員全員で把握に努めている。</p> | <p>月2回、ホームへの内科往診医により健康管理が行われていますが、往診医や内科以外の受診をしている方もいます。その際は家族と共に職員も同席して状況を聞いています。往診医からもCTやMRIの画像を読み、認知症への助言を得ており、服薬管理にも役立っています。</p> |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | 看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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                      | 1週間に1回看護師が訪問してくれている。その際細かな事も伝えるようにし、職員も日々の細かな事を記録に残してくれている。          |  |                   |
| 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、また、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。又は、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。 | 本人の安心できる声かけの仕方などを病院に伝えている。入院中は3日に1回くらいは面会に行き、本人の様子把握に努めている。          |  |                   |
| 33   | 12   | 重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 管理者が窓口となり、入居時には説明をし、同意書を書いてもらっている。その後は家族会や必要時、事業所で出来ることについて話をしている。   | 「重度化した場合の対応についての指針」を定め、入居時に説明をして同意書を交わしています。必要になった時点で職員はじめ関係者で具体的に協議をして対応をしています。看取りに関して会議で話し、また、研修を受けています。今まで2名の方を看取っています。     |                   |
| 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   | 応急手当や初期対応の方法は、地域の訓練や研修で学んではいるが、実践できるよう今後も積極的に学んでいきたいと考えている職員が多い。     |  |                   |
| 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   | 地域の避難訓練に参加している。ホームの訓練に地域の方がくる場合がある。去年のように1ヶ月に1回の避難訓練をしたいと思っている職員もいる。 | 定期的避難訓練、消防署の訓練、地域の防災訓練へ参加し、地域の方からも声をかけてもらっています。避難には職員が何人必要か等、具体的な訓練の振り返りもしています。非常食及び飲料水を用意し、一覧表を備えています。自動火災報知設備、スプリンクラー設置済みです。 |                   |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                              |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 36                           | 14   | 一人ひとりの人格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                 | 一人一人の入居者さんの生い立ちや人生観に配慮し、人格を尊重した声かけを職員一人一人が気をつけている。                 | 利用者の生活歴や心身の状況、願いや支援してほしいこと等を詳しくアセスメントし、一人一人に合わせての言葉かけをして接しています。管理者は、親しさと馴れ馴れしさは表裏の関係であるとの認識をしっかりと持っており、職員全員で不適切な対応がないよう努めています。 |                   |
| 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                      | とにかくご本人の話に耳を傾け、状況に応じて声のかけ方を変えたり、二択にしたり、他の方がされているのを見てもらったりしている。     |  |                   |
| 38                           |      | 日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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 | 一日をどのように過ごしたいか、お茶の時間に聞いたりしている。本人の体調管理を頭に入れ、無理のない範囲で誘ったりもしている。      |  |                   |
| 39                           |      | 身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                   | ご本人に聞いたり、昔の写真を見たり、ご家族からお話を伺ったりして支援している。爪切り、ひげそり、口紅、シャンプーなど気にかけている。 |  |                   |
| 40                           | 15   | 食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている      | 台所に入って食事作りを手伝う人、フロアで盛りつけを手伝う人、テーブルを拭く人、それぞれに役割を持ってもらっている。          | 対面式のキッチンからはとてもよい匂いがし、皆で話しをしながら食事作りをしています。昼食の献立は利用者の希望を聞き、毎日一緒に地域の店に買い物に行っています。出前、行事食、個別の外食も多く、とても充実したものとなっています。                |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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            | 1ヶ月に1回の体重測定や不定期の血液検査、日々の尿量や尿の色などを見ながら、食事の間に捕食を召し上げる方や、こまめに水分を摂る方など、一人一人の様子に合わせている。  |  |                   |
| 42   |      | 口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                    | 歯ブラシだけでなく、口腔洗浄剤でのうがいや仕上げのブラッシングなど、それぞれに合わせて支援している。  |  |                   |
| 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向けた支援を行っている     | トイレに行きたい時の行動、仕草を把握し、羞恥心を感じないよう別の理由でトイレに誘うなど、自ら行動する環境を作っている。   | 排泄簿には時間帯別に10項目を超す記号で個別にトイレの現状を記録し、利用者の状況を把握しています。これは職員のみが読み取れる場所に保管し、失敗しない様事前にそれとなくトイレ誘導したり、自らトイレでの排泄に向けた対応に活用しています。   |                   |
| 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                     | ホットミルク、アイスマルク、氷水、ブルーベリー、ココア、出る出る茶など飲み物で工夫し、散歩や入浴時のマッサージなども取り入れている。  |  |                   |
| 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ず、個々に応じた入浴の支援をしている | 衛生面も考え、2日に1度で計画しているが、どうしても入りたくない理由があるときには無理強いはしていない。一人でゆっくり入りたいという方には、そっと陰から見守るようにし、入浴剤を選んでもらい、ご本人が歌うことが好きな方は一緒に歌ったりしている。 | 2日に1回は入浴するよう計画しています。利用者の好みにより、一番風呂の好きな方、風呂での歌が好きな方、好みの入浴剤やウォッシュタオルを使用する等個別に楽しく入浴できる様支援しています。庭に植えられている柚の実も実れば柚子湯に使用します。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 夜の睡眠に影響しない程度に昼間も休んでもらう時間を作っている。寝具もその方に合わせ用意している。また、音楽やアロマオイル、ぬいぐるみなども利用している。  |   |                   |
| 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   | 日誌に服薬についての説明書があり、確認できるようになっている。特に注意が必要な時には、ノートや特記に書かれ、皆で注意している。入居者さんにも健康のためと話している。  |   |                   |
| 48   |      | 役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                              | センター方式を用いて役割や楽しみごとを支援する計画を立てている。おやつは何が食べたいか聞いたり、ご飯かパンを選べる献立を用意したりしている。  |   |                   |
| 49   | 18   | 日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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 | 本人のなじみの場所への外出も計画を立て行っている。その他にも日帰りバス旅行を計画し、ご家族にも参加してもらっている。【散歩】は希望でなくても、美容のため、運動のため、道を覚えるため、本人の希望に添った声かけをし、気分良く外出してもらっている。 | 法人内の4グループホームが合同で家族参加の日帰りバス旅行を計画し、利用者は年に1回は必ず参加しています。毎日、昼食用の食材の買い物や散歩は欠かさず行きます。個別の外出は数人での外食を始め百貨店、カラオケ等へよく出かけ、家族と県外への旅行もしています。 |                   |
| 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                              | 入居者さん全員ではないが、衣類や毛糸、本、食べ物を買いに行ったりしている。   |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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   | 電話がかかってくれば本人に取り次ぎ、家族の理解もあり、かけたい時には本人に電話を渡し、かけてもらっている。                           |   |                   |
| 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 | ネームプレートの下に飾る工作を季節感の感じられるものを作っている。夏場トイレと脱射場が暑くなったので、すだれをかけた。                     | ホームは平屋のコンクリート造りですが、内装は木造であり、全体が広めに造られています。中央制御の空調設備、床暖房の採用、温湿度の調整にも配慮しています。広いデッキにはホーム長の故郷から調達の干し柿が吊るされ、利用者は和やかな雰囲気です。         |                   |
| 53   |      | 共用空間における一人ひとりの居場<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  | 食堂で賑やかに過ごしたい方、台所で座って落ち着く方、玄関先で外を見るのが好きな方、それぞれの過ごし方を考えながら居場所作りをしている。             |   |                   |
| 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  | 基本的には今まで本人が使っていたものを、本人が使いやすいように配置してもらっている。                                      | 居室は全室が畳部屋ですが、個々の好みで調達したベットを使用しています。居室には利用者の動線を考慮して、最も必要な場所に縦や横に手すりを設置し安全に配慮しています。使い慣れたタンス、好みの写真立て、テレビ、ご仏壇等を持ち込んで落ち着く部屋にしています。 |                   |
| 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」や「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  | 入居者さんが出来ることを最大限に生かせるよう、摂りやすく、わかりやすく、いつもある場所にと気を配っている。本人の身体状況に合わせ、手すりをふやしたりしている。 |   |                   |

## 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        | 10   | 運営に関する事等、今まではその場その場で解決してきたが、経過がわからず、新しい職員への引継ぎが上手くいっていなかった。 | その場その場で解決してきた事を、書式に残し、全職員が背景を理解できるようになる。      | 全職員が記入できる要望書を作り、職員が感じたこと、入居者さんからの希望などを書き残していく。                              | 12ヶ月       |
| 2        |      |   | 一日の流れはあったが、細かなマニュアルが無く、OJTで確実にすべての事を伝えきれていない。 | 業務内容ごとのマニュアルを全員で作成し、職員がそのマニュアルを見れば皆が同じように気配りし、動けるようになるくらいわかりやすいマニュアルの作成をする。 | 6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 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。