

### 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   | 2091900015         |            |           |
| 法人名     | 株式会社 ライフサポート陽心     |            |           |
| 事業所名    | グループホーム和           |            |           |
| 所在地     | 長野県東御市海善寺下権田1101-2 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成26年1月20日         | 評価結果市町村受理日 | 平成26年5月2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.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                    |  |  |
|-------|--------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社マスネットワーク 福祉事業部 |  |  |
| 所在地   | 長野県松本市巾上13-6       |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年2月28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)】

施設は東御市の西側の高台にあり蓼科山、丸子地区等一望できる場所にあり地域密着型で本人の希望を取り入れながら出来る限り家庭での生活に近い環境で過ごしていただいております。  
家族や地域の中で安心して生活できるグループホーム和でありたいと、日々努力しております。

【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)】

事業所は上信越国立公園の山々が連なる烏帽子岳の山里に抱かれ眼下には千曲川の流れるに添う風景、山並みが一望できる東御市北部に位置している。事業所周辺にはブドウ畑、民家等が点在し保育園も近所にある。平成24年認知症対応型共同生活介護施設開設隣接して地域交流ベース「和地域交流館」が作られた。「和地域交流館」には農作業の合間に、保育園・学校帰りに、主婦の方の談笑の場と地域の方々が利用している。利用者との交流も多い。地元の方々の協力により野菜作りをして子供達と一緒に収穫祭をする等地域の一人として力強く歩んでいる。「積み重ねた地域で誰もが安心して暮らせる支援」を目指して行政と協働して高齢者支援に取り組んでいる。実践に伴う力量を培うための職員研修、実習生の受入等も積極的にしている。

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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

| ユニット名( ) |  | 項目                  |  | 項目                  |   |               |  |
|----------|--|---------------------|--|---------------------|---|---------------|--|
| 項目       |  | 取り組みの成果<br>該当するものに印 |  | 取り組みの成果<br>該当する項目に印 |   |               |  |
| 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        |  | 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   |  |
|          |  | 2. 利用者の2/3くらい       |  |                     |   | 2. 家族の2/3くらい  |  |
|          |  | 3. 利用者の1/3くらい       |  |                     |   | 3. 家族の1/3くらい  |  |
|          |  | 4. ほとんど掴んでいない       |  |                     |   | 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             |  | 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   |  |
|          |  | 2. 数日に1回程度ある        |  |                     |   | 2. 数日に1回程度    |  |
|          |  | 3. たまにある            |  |                     |   | 3. たまに        |  |
|          |  | 4. ほとんどない           |  |                     |   | 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        |  | 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広がったり深まり、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   |  |
|          |  | 2. 利用者の2/3くらい       |  |                     |   | 2. 少しずつ増えている  |  |
|          |  | 3. 利用者の1/3くらい       |  |                     |   | 3. あまり増えていない  |  |
|          |  | 4. ほとんどいない          |  |                     |   | 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        |  | 66                  | 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. 利用者の2/3くらい       |  |                     |   | 2. 職員の2/3くらい  |  |
|          |  | 3. 利用者の1/3くらい       |  |                     |   | 3. 職員の1/3くらい  |  |
|          |  | 4. ほとんどいない          |  |                     |   | 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        |  | 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  |  |
|          |  | 2. 利用者の2/3くらい       |  |                     |   | 2. 利用者の2/3くらい |  |
|          |  | 3. 利用者の1/3くらい       |  |                     |   | 3. 利用者の1/3くらい |  |
|          |  | 4. ほとんどいない          |  |                     |   | 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している<br>(参考項目:30,31)         | 1. ほぼ全ての利用者が        |  | 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  |  |
|          |  | 2. 利用者の2/3くらい       |  |                     |   | 2. 家族等の2/3くらい |  |
|          |  | 3. 利用者の1/3くらい       |  |                     |   | 3. 家族等の1/3くらい |  |
|          |  | 4. ほとんどいない          |  |                     |   | 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、安心して暮らしている<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       |  |                     |   |               |  |
|          |  | 3. 利用者の1/3くらい       |  |                     |   |               |  |
|          |  | 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+)- + (Enter+)-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>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                      | グループホーム和の基本理念は職員に配布している。<br>基本理念をもとに個人目標を立てている。  | 開設時に職員中心に作成した。理念を活かして利用者の意思を、そのらしさを大切にしてチームで共有して支援している。職員は毎週理念を復唱して確認している。   |  |
| 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                      | 地域の民生委員や地主さんに気楽に立ち寄りてもらい自分の家で採れた野菜などを頂くなど日常のお付き合いができています。<br>また地域のボランティア団体の受け入れも出来ている。 | 地域交流センター『和地域交流館』に子供から高齢者が来ている。利用者もお茶に出掛け交流している。地域の清掃活動に職員が参加している。地主、近所の方々と畑作りをし収穫際には学園、保育園児等招いて一緒にしている。絵手紙、演奏、読み聞かせ等のボランティア、実習生の受け入れも多い。 |  |
| 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                    | 利用者の日常生活を第一にしつつ、地域の相談を受け、職員と話し合いながら相談者の不安などの解消に今現在努めている。                               | /  | /  |
| 4               | (3) | <b>運営推進会議を活かした取り組み</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 | 運営推進委員会は年6回開催しており、できるだけ早期に連絡を取っている。少人数になっても開催している。                                     | 推進委員は市・地域包括支援センター担当者、学識経験者、区の代表者、愛和園(小規模)・和(グループホーム)家族代表、職員で構成している。年6回開催、事業報告・検討を中心とした内容である。必要に応じて関係者の出席がある。事業所行事に合わせた開催等もしている。          | 開催後の報告書は作成している。会議録が誰にも見やすい場所に置き開示する、利用者家族会に便りや家族会等で報告することも期待したい。 |
| 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            | 市町村関係者に事業所の考え方、運営の実情を積極的に伝えるためパンフレットを持参し訪問している。市町村主催の研修や講習会も積極的に参加している。                | 市担当者が運営推進委員構成メンバーであり状況の把握がされている。在宅生活困難な方の相談、受入等積極的に行い情報の共有、支援について話し合いをしている。行政主催の研修会、講習会に参加している。  |  |

| 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   |
| 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 | 身体拘束はしない本人の安全確保を常に職員はミーティング等で話し合い、特に弱者に対してはストレスがないよう努めたい。                          | マニュアルに添い拘束しないケアに取り組んでいる。離設への不安のある方には、職員の動きを評価し、目配りの出来る体制に見直す等して職員間の連携を密にして玄関のカギしない支援をしている。研修は事業所として年1回、外部にも出掛け意識の向上に努めている。 |   |
| 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      | 職員全員が県と市の高齢者虐待防止関連法等の資料やマニュアルを読み学んでいる。また研修を受けしっかり知識を持ち、日頃より声掛け、接し方に注意し虐待の防止に努めている。 |  |   |
| 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  | 運営者が福祉の大学教授でもあり職員が日常生活自立支援事業や成年後見制度を学び利用者に必要と考えるか話し合っている。                          |  |   |
| 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                       | 前もって契約書を渡して、じっくり理解していただいてから契約している。契約解除の際も十分な説明を行い、理解・納得を図っている。                     |  |   |
| 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                   | 家族便りを作り、生活の様子等を家族に伝えたい。  | 面会の機会に丁寧に話を聞き要望、意見等を職員で共有して実践に移している。家族と一緒に日帰り旅行を年2回実施、便りを出して利用者、家族、事業所の関係作りをして意見要望が表しやすくしている。                              | 定期的な便りの発行をし利用者、職員、事業所の動き等を知らせる、行事等の折、家族と話し合える機会を設ける等して更に意見、要望等表せる取組みに期待したい。 |
| 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                                    | グループホームについて勉強会を行っていく。  | 個別面談はしていないが、相談は常時施設長が窓口になり面談出来る体制にある。職員、職員会から出された意見、要望等は運営に反映されている。利用者支援、事業所運営に関して管理者からの相談、提案も常に行っている。                     |   |

| 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 |
| 12                       |    | <b>就業環境の整備</b><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      | 日々の仕事への取り組みの為目的を明確にしてケアの仕方、やりがいのある仕事を聞いて実践出来るよう配慮している。また希望を考慮したシフトを組み向上心をもって働きやすい環境に努めている。 |      |                   |
| 13                       |    | <b>職員を育てる取り組み</b><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         | 代表者が福祉の大学教授であるので時間を作って勉強会や研修会を行っている。また外部研修にも積極的に参加するようにして、研修内容の発表の場を設けて発表している。             |      |                   |
| 14                       |    | <b>同業者との交流を通じた向上</b><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 | 社協のボランティアの受け入れや地域の老人会との交流及び行事参加を通じてサービスの向上に取り組んでいる。  |      |                   |
| <b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |  |      |                   |
| 15                       |    | <b>初期に築く本人との信頼関係</b><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           | 見学や体験入居を設け本人が困っていることや不安なこと、要望等に耳を傾けている。また利用するにあたり本人の安心と関係作りをじっくり努め、本人との信頼関係に努めている。         |      |                   |
| 16                       |    | <b>初期に築く家族等との信頼関係</b><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                      | 家族の立場に立ち要望や苦勞されたこと話をしっかり聞き受け止めて関係を築いている。また本人家族間の考え方の違いも理解し受け止めるよう心がけている。                   |      |                   |
| 17                       |    | <b>初期対応の見極めと支援</b><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                  | 相談時において本人、家族の状況、要望など聞き必要に応じたサービスに努めている。また介護保険のサービスや制度、利用など丁寧に説明している。                       |      |                   |

| 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 |
| 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                       | 職員は入浴、食事、買い物、レク、体操、野菜作り、などを通じて一諸に過ごしている。また一方的な関係にならずに喜怒哀楽を共にしている。                             |   |                   |
| 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        | 面会時、電話連絡時、コミュニケーションを密にしている。家族とともに本人の日々の生活を一諸に支援していく関係を築いている。                                  |   |                   |
| 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                    | 本人の顔なじみの友達やお茶のみ仲間達が気楽に施設に来ている。  | 教え子、友人、親せきの方々が面会に訪れる機会を大切にしている。慣れ親しんで来た理美容院に行けるよう支援している。隣接事業所を利用している馴染の方と気楽な付き合いが出来ている。作った絵手紙等を親しい方に送る機会を作っている。 |                   |
| 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                | 地域密着型の施設であるので馴染みの関係をそのまま施設で楽しんで会話、レクなどで楽しんで過ごしている。万が一利用者同士の関係が悪化した場合は早期に気づき話し合いを持ち、支援に活かしている。 |   |                   |
| 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 | 日々利用者の関係を大切にケアに関する相談や支援に応じ継続的に関係を保っている。   |   |                   |
| <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                        | 面会時に本人や家族から暮らし方の希望、意向等を聞いて本人の生活スタイルが送れるよう支援している。  | 会話の中から食べたい物、したいこと事等把握して、スーパーと一緒に掛けて購入、調理と一緒に経験できたこと等実践を伺った。入所時に生活歴や大切にしてきたことを本人家族から聞き意向の把握が出来やすくなるよう努めている。      |                   |

| 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  |
| 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                                       | 利用前の希望や意向等、本人と会話しながらコミュニケーションを採っている。                             |   |  |
| 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   | 一人ひとりの一日の過ごし方、本人のできる力わかる力を職員全員が現状を把握できるよう努めている。                  |   |  |
| 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 | 職員会やミーティングで職員全員で話し合いを持ち意見交換をしながら介護計画を作成し、3ヶ月に一度見直しを行う。           | 家族の面会時、電話等で意向の確認をしている。アセスメント、介護計画を立案し職員会で共有している。支援経過、モニタリングをして3カ月毎にカンファレンスを行い、見直しをしている。介護保険更新時期に家族に連絡をして訪問調査に立ち会えるよう配慮して、話し合える機会も作っている。 | 今後、更に一人ひとりの意向が介護計画に反映された具体的な支援計画をチームで作成し、支援、モニタリングを重ねて行くことが望ましい。 |
| 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                        | 個々にケア記録ファイルを作りケアの実践、結果、気付いた事など記入して職員間での情報を共有し実践や介護計画の見直しに活かしている。 |   |  |
| 28 |      | 一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | ただ施設を利用するだけでなく本人や家族の要望に応じて病院の送り迎えや入浴利用の送り迎え、美容院、理髪など、柔軟に支援している。  |   |  |
| 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                         | 地域のボランティアの受け入れや民生委員、警察等の受け入れも行っている。<br>又地域の消防署には避難訓練の指導をして頂いている。 |   |  |

| 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 |
| 30 | (11) | <p>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</p>                                  | <p>在宅の主治医を大切に本人の希望のうけるように努めていく。</p>  | <p>かかりつけ医は入所時に本人、家族に確認をして決めている。精神科等の専門医には家族が受診同行している。受診前は生活の様子、健康状態等を医療機関に報告している。職員も同行受診に協力している。受診時の情報は職員で共有が出来ている。月2回協力医の往診がある。</p>                        |                   |
| 31 |      | <p>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</p>                          | <p>看護職も介護業務を協力し連携体制をとりながら利用者の健康管理に努めている。</p>   |   |                   |
| 32 |      | <p>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。</p> | <p>入院はなれない場所であり不安やストレスの負担が多く家族と話し合いながら医療機関に対して情報交換やケアについて話し合い早期で退院できるよう支援していきたい。</p> |   |                   |
| 33 | (12) | <p>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、事業所の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</p> | <p>重度や終末期の利用者が日々を安心、安楽に暮らせる為に家族や、協力医療機関等と連携を密に図り支援に取り組む体制を整えている。</p>                 | <p>重度化に伴い家族と話し合う中で必要に応じて『重度化対応に関する指針』『看とりに関するマニュアル』を家族に説明して3名の方から同意を得ている。協力医療機関、介護用品、環境等家族と相談しながら整え最期までホームで過ごすための支援体制は整えられている。</p>                          |                   |
| 34 |      | <p>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</p>  | <p>消防署の応急手当での講習などで指導を受けている。また緊急時の事故発生時も慌てず、実際の場合で活かせるよう日常訓練している。</p>                 |   |                   |
| 35 | (13) | <p>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</p>  | <p>夜間の防災訓練を計画実施する予定。</p>   | <p>年2回訓練を実施している。春は事業所独自で、秋には地区住民、消防署参加で合同訓練が行われた。地域と防災協定を結び、地域の避難場所になっている。食糧、介護用品、寝具等の備蓄がされている。2月の大雪の時に備蓄品が活用できたことを伺った。今年春の訓練は夜間想定訓練を計画している。春の訓練に期待したい。</p> |                   |

| 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>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                   | 個人情報保護法の研修や資料を読み全職員がプライバシーを損なわないよう気を使いながら秘密保持の徹底を図っている。<br>また利用者の写真など掲示するときは必ず本人の確認をとるように心がけている。 | 個人情報保護法はじめ一人ひとりが尊重されるケアが出来るよう研修会の参加、勉強会をしている。利用者の呼び方、声かけ等に注意を払っている。利用者の写真など便りへの掲載、写真展へ出展する際には本人、家族から同意を得て慎重に対応している。           |                   |
| 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                     | 本人が思いや希望を表せるよう職員がコミュニケーションをとって意思を汲み取るようにしている。また意思表示が困難な利用者に対しては表情や行動を注意深く見守っている。                 |   |                   |
| 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 | 一人ひとりの生活のリズムやペースに合わせてその日をどう過ごしたいか希望に沿った支援を心がけている。<br>食事などもその人のペースに柔軟に対応している。                     |   |                   |
| 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                                  | 一人ひとりの希望、個性を大切にしている。   |   |                   |
| 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     | 利用者の希望の献立等もいれていく。  | 専任の調理師がいるので、希望の料理や一部選択メニューも可能となっている。畑作りをしているので野菜料理を一品増やしている。野菜の下ごしらえ、片付け等は職員と一緒に希望者はしている。誕生会に外食、隣接の『和交流館』で地域の方と楽しく飲食をする機会もある。 |                   |
| 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          | カロリー計算された栄養士の献立で個々に応じて食べる量や栄養バランスなどを工夫している。また10時、15時にお茶の時間を設けてその人の状態に合わせて水分の摂取量を確保している。          |   |                   |



| 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 |
| 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                      | 一人ひとりの習慣や力に応じて毎食後口腔ケアを支援している。   |  |                   |
| 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むけた支援を行っている       | 一人ひとりの力に応じて、おむつ、トイレなどの手段を用いて段階的に自立に向けた支援を行っている。   | 重度化して寝たきりの方以外は、日中はトイレでの排泄を目指している。個々の排泄リズムを把握して夜間のトイレ誘導をしている。自立した方は下着を選んで自分で交換できる様になっている。スムーズな排泄が出来るように水分補給にポカリスエットの飲用、食事内容に配慮している。 |                   |
| 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                       | 毎日排便の有無を確認して体の様子を看護師と相談している。<br>便秘の場合は主治医と相談しながら出来る限り自然排便を促している。                              |  |                   |
| 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 | 本人の希望通りに時間帯、タイミング、体調、回数など順番を伺ってくつろいで入浴頂いている。また湯加減、お湯の量、入浴時間など本人の好みに応じた入浴を提供している。              | 広めの個人浴槽にリフトが設置され2人の方がリフト入浴をしている。2人介助をしたり体に苦痛の少ない入浴ケアをしている。いつでも入浴支援が出来る体制があり、個々に合わせた入浴が出来るよう取組まれている。                                |                   |
| 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                        | 出来る限り本人にとって自然に眠れるように一日の生活の仕方を細かく見つめ工夫しながら支援している。また一人ひとりが自分の好きな場所で休息できるよう心がけている。               |  |                   |
| 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                   | 薬箱と名入り薬袋を用意して飲み忘れ、誤飲を防ぎ、薬が変わった場合は速やかに全職員に伝えるようにしている。また職員は投薬の内容を理解して、毎日の症状の変化などを確認しケア記録に記入している |  |                   |

| 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 |
| 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  | 利用者全員で歌ったり、カラオケしたりまた調理したり希望や能力に応じてそれぞれが日々の生活の中で活かせるよう支援している。               |  |                   |
| 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。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                      | ふれあい祭り等の行事に今後も参加したい。   | 日常的に近所へ散歩(花見、ぶどう狩り、喫茶店に出向く等)して気分転換をしている。重度の方はリクライニング車いすで状態を見ながら散歩、外気浴等している。落ち着けない方はドライブをして気分の安定を図っている。本人の希望を把握して家族に連絡して自宅への外泊、外出、買物、食事等に出掛けている。独居の方、家族が遠方の方には職員が付添い墓参り等に出掛けている。地域行事にも積極的に参加している。 |                   |
| 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  | 本人と、家族とでよく話し、小額所持してもらう等納得して頂き安心して頂くよう支援している。買い物等で支払いが足りない場合は援助して家族に説明している。 |  |                   |
| 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   | 家族や友人、大切な人に本人の思い通りに手紙を出したり、電話をしたりして外部との交流を支援している。家族や友人たちの訪問が増えた。           |  |                   |
| 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 | 玄関廻りや居間、食堂は季節の花々を置き居心地良く過ごせるよう季節感を取り入れている。利用者に不快な音、光、色などないよう常に気を配り取り組んでいる。 | 木の素材を活かした色彩で目に優しい空間である。ロビーに観葉植物が置かれ、廊下に利用者の作品が展示されている。食堂一角にピアノがあり、ピアノの上にさり気なく猫柳が生けられている。和室の床の間に雛人形が飾られ、雪解けの里が一望できる景色に囲まれる中で利用者、職員が談笑していた。室温など居心地良く管理されている。                                       |                   |
| 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  | 応接間、ホール、畳の部屋など設けひとりになれるスペースや気のあった利用者同士でこたつを囲みながら話せる居場所を工夫している。             |  |                   |

| 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 |
| 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 | 本人や家族と相談して自分の身の回りの物を自由に持ち込んで不安なく利用できるよう工夫している。  | クローゼットが各部屋に作られ衣類等必要なものは殆ど収納されている。筆筒、テーブル、椅子等本人が居心地良く過ごせるように置かれていた。毎日布団をたたみ、整理整頓をして何も置かない習慣の方もおり個人を尊重した居室の配慮もしている。 |                   |
| 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    | 一人ひとりの身体機能を活かし、普通の生活が送れる場としての備えをしている。<br>また玄関、廊下、各箇所において必要最小限の手すり、滑り止めマットで自立した生活を送れるよう工夫している。 |   |                   |

## 目標達成計画

作成日:平成26年3月31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        | 4<br>(3)   | デイサービス利用の日数の少ない人、利用を始めた人等、家族とコミュニケーションが取れにくい場合施を理解して頂く方法として、推進会議などの内容を説明し愛和園を理解してもらう。 | 推進会議について家族に理解していただく。         | 回報と一緒に見やすいところに開示する。         | 12ヶ月       |
| 2        | 26<br>(10) | 朝の申送り、昼のミーティングの内容をリーダーが理解しモニタリングを行っている。皆で話し合いモニタリングを行う。                               | 皆で共通の話題を理解する。                | チームでカンファレンスを行いモニタリングを皆で行う。  | 12ヶ月       |
| 3        | 10<br>(6)  | 家族との話し合いの場を設ける。家族会の参加を呼びかける。  | 家族会で意見を出していただき、利用者家族と一緒に考える。 | 回報の発行に力を入れる。施設の様子を理解していただく。 | 12ヶ月       |
| 4        |            |   |                              |                             |            |
| 5        |            |   |                              |                             |            |

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。