

### 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   | 1190400125       |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 真寿会       |            |            |
| 事業所名    | グループホーム アダーズ あいな |            |            |
| 所在地     | 埼玉県川越市安比奈新田278-2 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年1月12日       | 評価結果市町村受理日 | 平成23年4月22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.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/">http://www.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/</a> |
|----------|---|

**【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 埼玉県介護支援専門員協会      |
| 所在地   | 埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階 |
| 訪問調査日 | 平成23年1月31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)】**

・認知症による症状が顕著にみられ、活動的で歩行可能な認知症の方で、在宅生活者が主な入居対象として、認知症の人がフラストレーションに陥ることなく、可能な限り自立し、安心して暮らすことのできるストレスフリーな環境を提供しています。  
 ・認知症についての専門的な教育を受けたスタッフを中心に、認知症の原因疾患や認知症という障害にばかり捉われることなく、必ず「人となり」や「人間としての生活」を大切にしながら、入居者様の生活をサポートしています。  
 ・法人内各種機能によるサービス提供体制を整備、医療機関(医療法人真正会)との連携で医療体制も充実し入居者様を包括的にサポート、安心して生活できます。

**【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)】**

当ホームは法人内に各種の機能のサービスを提供でき、法人全体で入居者を包括的にサポートできる体制がある。姉妹法人である病院が同敷地内に隣接しており、医療との連携体制も充実している。認知症ケアにはどんなことが必要か、職員・考え方・知識・建物すべてについて勉強を重ね、開所まで5年ほどの歳月をかけて検討した。また、職員採用に当たっては、認知症ケアの専門的知識を持っていることを条件とし、認知症ケアの研修を年間カリキュラム化しスキルアップを図っている。ふんだんに木材を使用した平屋の建物は天井が高いので自然の明るさが入り、そして温かさがある。中庭には各居室から自由に入出りでき、自由で尊厳を尊重した生活を送れる工夫がされている。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 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  | ケア場面において、困難なことや悩む時には、理念や方針に立ち返って考えられるよう、スタッフ一人ひとりに働きかけている。   | 自立支援・家族とのつながり・地域とのつながりの中で生活していくために、「老人にも明日がある」という理念のもとにケアのありかたを常に確認している。   |   |
| 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  | 入居者がホームから散歩に出かけた際、近隣の方との関係があいさつから始まり、少しずつ築けている。また、地元の理美容院を利用したり、近隣住民と農作物のやり取りをすることで、徐々に顔なじみの関係が深まってきている。                                       | 隣の病院内にマルチルームがあり、書道・手芸などのサークル活動を利用し地域の方々とふれあいの場になっている。病院の保育所の幼児や近くの小学生がトイレを借りに来たり、ジュースを飲んで行くなど遊びに来て、肩もみをして触れ合うなど自然な関係ができています。 |   |
| 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  | 地域の介護予防教室や認知症サポーター養成等の取り組みへ積極的に参加している。また、地域連携担当のスタッフを配置し、地域との情報交換を行ったり、ホームがこども110番の家となり、これからも少しずつ地域に貢献できるよう取り組んでいるところである。                      |  |   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 定期的に会議を行い、ホームでの生活状況についてやホームの取り組みについて、ご家族や近隣住民に伝え、会議のあり方も含め、ご家族や地域の方の意見を取り入れている。また、会議に出席できないご家族には、個別に面会時に説明し、意見をもらったり、欠席者向けのアンケートで意見を出してもらっている。 | 地域包括支援センター・病院スタッフ・消防署・入居者の半数ほどの家族などが参加し定期的に開催している。ホームの取り組みや会議のあり方など参加者の意見を取り入れ、運営に生かしている。                                    | 近隣住民に参加を呼び掛けるも、実現できないことが管理者の悩みでもある。近隣への声掛けの範囲を広げるなどし、地域の関わりを広げて行くことを期待する。 |
| 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   | ケアマネジャーを中心に、行政担当者や地域包括支援センターと連絡調整を行い、協力体制を築いている。   | 市からの問い合わせが時々ある。ケアマネジャーを中心に運営推進会議への参加呼びかけ、事業所の状況報告や、困ったときには窓口に相談に行くようにしている。   |   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 玄関の鍵は防犯上、夜間のみ施錠とし、それ以外の時間の施錠、又は不必要な施錠は一切行っていない。また、入居者に対しても、過剰な声かけ等による行動制限を行わず、危険のないよう見守りながら、身体拘束のないケアに取り組んでいる。                                 | 玄関の施錠を含め身体拘束は行わない方針がある。玄関を出たら分かる様にベルが取り付けられている。入居者が外に行きたがる時には、スタッフが気づかれないように行ったり、気分転換を図る努力をしている。                             |   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                     | 認知症実践者研修や法人内研修にて知識を学ぶとともに、法人からの報告や新聞記事などからの情報をスタッフへ伝達している。また、法人内の委員会へ参加するなどして、情報を共有している。   |  |   |

| 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 |
| 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    | 認知症介護実践者研修や法人内研修において、成年後見制度を含む権利擁護について学び、スタッフで共有、振り返りを行っている。  |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 入居相談時に、留意事項や利用料金等、契約時に詳しい契約内容の確認、重要事項についての説明を行い、その都度不明な点や疑問点を確認しながら、同意をいただいている。   |   |                   |
| 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                     | ご家族の面会時には、日々の様子を伝えるとともに、いつでも気兼ねなく家族が話せるような雰囲気をつくり、そこで得られた意見などを運営に反映している。  | スタッフは、家族の面会時は声掛けや面談するなどコミュニケーションをとる努力をしている。家族の面会回数を多くすることで、コミュニケーション機会を増やす努力をしている。関わりの中で意見を引出し、運営に活かしている。 |                   |
| 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                                      | 月に1回スタッフミーティングを行っているが、開催できない月もあるが、会議以外にも、日々、スタッフの意見をリーダーや管理者を中心に聴きながら、その意見を反映するようにしている。また、法人全体の会議において、事業所の状況を報告、相談している。 | 管理者が中心となり、各ユニット毎のリーダーやスタッフが会議以外でも意見を出しやすいように工夫している。業務を離れてスタッフと食事会をしたり、スタッフノートに意見を記入できるようにしている。            |                   |
| 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      | スタッフ就労状況や健康状態等を、リーダーから報告を受け、状況に合わせて本人と直接やり取りをし、就労に関する希望等を勤務状況へ反映するようにしている。  |   |                   |
| 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         | 常勤、非常勤問わず、スタッフに経験年数やケアの実践状況に合わせ、研修等へ積極的に参加してもらっている。また、常勤職員に関しては、認知症に関する専門的な研修への参加を義務付けている。                              |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 不定期ではあるが、近隣GHとの交流や関係事業所との交流、他認知症ケア現場との交流を通して情報交換を行っている。   |   |                   |

| 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 |
| <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 | 入居にあたって、本人の希望等を確認し、本人の状態や様子に合わせてながら、日常生活の中で、コミュニケーションを図り、本人の不安な気持ちを少しでも取り除けるよう働きかけている。 |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 入居にあたっての家族からの要望等を確認し、その思い(背景にあるもの)について、家族が少しでも安心してもらえるよう、家族と相談している。                    |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 本人、家族と相談し、ホーム以外に利用できる公的サービスを案内したり、行政からの情報を伝達している。                                      |   |                   |
| 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                        | 介護する側、される側の視点ではなく、生活の中でスタッフが一方的に決めることなく、本人と相談しながら一緒に決めて行きながら、ともに関係を作り上げている。            |   |                   |
| 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         | 第一に本人と家族との関係、絆を大切に考えている。面会時には、ゆっくりと家族との時間を過ごしていただき、季節の行事や旅行等を企画し、本人と家族との関係性の継続に努めている。  |   |                   |
| 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                     | 家族だけでなく、友人等の面会もあり、いつでも来ていただけるようにしている。  | 馴染みの人や思い出の場所を大切にするために、どんなことが可能か入居時に家族と検討している。友人の面会や習慣だった散歩、新聞を読むなどが継続されている。 |                   |
| 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                 | 入居者同士の間人間関係ができている。スタッフは、様子を見守りながらスタッフが介入したほうが良い時には間に入っている。入居者同士で支えあう環境も大事にしている。        |   |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | 退居後も、いつでもホームへ来ていただけるよう配慮し、行事等のお知らせや季刊誌を送付する等で関係性を継続できるように努めている。                                |  |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |  |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 本人や家族の要望を聴いたり、生活での様子からの本人の意向を、ケアプランに取り入れ生活支援をしている。   | ケアプランの更新毎に家族と連絡を取り、本人及び家族の意向を聞き取り入れている。日常生活の中で本人の思いをくみとり、本人本位を目指している。                                |                   |
| 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                                       | 入居前のアセスメントや面会時の家族の話、また、本人とのコミュニケーションより、情報を得ている。  |  |                   |
| 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   | それまでの暮らしの中での日課やADL状況を把握し、人としての生活リズムが崩れないよう支援している。  |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 日ごろの本人の話からもニーズをくみ取り、家族からの要望を聴き、ケアプランを作成している。日常の様子を申し送り等でその都度話し合い、それぞれの方のプランについて1か月ごとの評価を行っている。 | 本人の心身の状態や希望、家族の要望を踏まえ、ケア担当スタッフと計画担当のケアマネが素案を作り職員全体(主治医・看護師も含め)で検討し作成している。一ヶ月ごとに評価し、見直し、必要時は追加修正している。 |                   |
| 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                        | 日々の様子の記録をつけ、スタッフ間の申し送りノート等で情報を共有している。また、記録の中から介護計画の評価や変更の情報も得ている。                              |  |                   |
| 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               | 本人や家族の要望、その時の状況に応じ、ケアプランの期間に捉われないことなく、プランを変更し、ニーズに合った支援に取り組んでいる。                               |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|---|---|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 地域資源を活用しての趣味活動や講座等を通して関係性が構築され、ホームが知られるようになってきている。また、入居者が所在不明になってしまったときに地域住民の力を借りることができるよう地域に働きかけており、安全で豊かな暮らしにつなげられるよう努めている。 |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                                 | 月2回の往診があり、本人の体調管理をしているほか、本人の状態の変化や緊急時にはすぐに対応できるよう、主治医、外来と連携をとっている。  | 入居時に敷地内にある協力病院の説明を行い、本人や家族がかかりつけ医を選べる仕組みになっている。緊急時の対応や外来との連携などができており、医療的なサポートが取れている。 |                   |
| 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                          | 週2回の訪問による健康管理と、24時間365日オンコール体制で、些細なことでも相談できるようにしている。  |  |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 往診時や訪問看護からの情報は連携医療機関を共有できるような体制をとっている。退院に向けても医療機関とのカンファレンスを行い、スムーズにホームでの生活に戻れるように努めている。                                       |  |                   |
| 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  | 入居者の状態が重度化した場合、その状態に合わせたケアが提供できるよう、日々の状態により、本人家族の要望、主治医の意見、看護、介護スタッフの意見等を踏まえ、次の生活の場も見据えて検討している。基本的に、ホームでの看取りは行っていない。          | 重度化や終末期に関しては、入居時から本人、家族、主治医、看護師、スタッフ等全員で話し合い対応している。<br>ホームでの看取りは、基本的に行っていない。         |                   |
| 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  | ホーム担当の看護師より指導を受け、対応方法を学んでいる。また、急変時に対して、24時間365日オンコール体制で、冷静に対応できるように努めている。   |  |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 年2回の火災避難訓練を、近隣住民、近隣関係機関、消防署と協力により行い、訓練後はディスカッションを通して、災害時の意見交換を行っている。  | 各居室にスプリンクラーを設置し、火災避難訓練は夜間想定で年2回実施している。近所の住民にも声をかけ毎回ではないが参加してもらい、地域との協力体制作りをしている。     |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 一人ひとりの性格や人生歴、生活歴を家族からの情報や、本人の話を基に、スタッフが十分理解、把握した上で、本人の尊厳を尊重しながら、その方に適した言葉掛けや対応に努めている。                                    | ホームを家庭的な場所にしたいという理念に基づき、一律に「さん」づけで呼ぶのではなく、希望を取り入れ昔から呼ばれている名前で呼びかけている。失禁があっても他の入居者に分からないように、トイレから浴室に行けるようになっている。 |                   |
| 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                     | 一人ひとりの入居者が、気持ちを表現しやすいよう信頼関係を築くとともに、入居者の小さな心のサインにも気づけるよう努め、コミュニケーションを通して本人の思いや希望を聴き、意向に沿うようにしている。                         |   |                   |
| 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、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 | 認知症になる前の暮らしや生活リズムや習慣の情報を基にし、一人ひとりの生活ペース、それまでの暮らしを大切に考え、買物や散歩等、本人と相談をしながら行っている。   |   |                   |
| 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                                  | 整容等は本人に行ってもらっているが、できない時は手伝っている。また、更衣介助が必要な方でも、何が着たいか等を選べるよう支援している。   |   |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | スタッフとの食事作りをコミュニケーションの機会とし、調理や盛り付け、配膳を行っている。片づけは入居者の役割となっており、スタッフと一緒にしている。また、畑の野菜を使つての調理や、出前、外食の機会をつくり、食事の機会を楽しめるよう努めている。 | 利用者と職員が話し合つて、1週間ごとに献立を立てている。食材の買い出しは男性利用者、下ごしらえの手伝いは女性、と分担し職員と利用者が全員で準備から後片付けを行い、食事と一緒に食べている。                   |                   |
| 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          | 食事、水分摂取量は、毎日記録に残し、スタッフ間で引継ぎ、不足気味の方へ対応を看護師と相談しながら働きかけている。また、本人の嗜好に合わせたものを用意し、栄養状態の低下してる方に対しては、管理栄養士に相談し対応している。            |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 毎食後、介助が必要な方には声かけし、就寝前には入れ歯洗浄を行っている。また、必要に応じて歯科受診をしている。   |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----|------|---|--|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 一人ひとりにあった排泄パターンを把握し、プライバシーに配慮したトイレの声かけ(他者に分からないように声をかける)や誘導を行っている。   | 入居時に「おむつの見直し」を行い、排せつのパターンを把握し記録して検討している。その結果、失禁が少なくなったり、紙パンツから布パンツへ変った利用者もいる。                       |                   |
| 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  | 薬に頼らず、便通に良い食材や飲物を提供したり、生活の過ごし方を工夫している。また、必要な方には、主治医、看護師と相談し、排泄コントロールをしている。   |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 入浴を清潔目的だけでなく、リラックスできるように配慮している。入浴時間は、人間としての生活リズムを大切に考え、夕方から入浴を実践している。また、入浴があまり好きではない方には、本人の様子を見ながら、毎日声かけ対応したり、清拭、足浴等で対応している。 | できるだけ家庭と同じようにとの願いから、夕方からの入浴を実施している。一人ずつ利用者に合わせて介助や見守りを行っている、極端に入浴回数の少ない利用者には、それとなく声掛けをし入浴を促している。    |                   |
| 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   | 夜間安眠し、休息ができるよう、日中の過ごし方や生活リズムに配慮している。また、看護師と相談し、体調管理にも気をつけている。  |   |                   |
| 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  | 入居者全員の服薬内容を処方一覧で確認できるようにしている。内服薬の変更時には、特に注意し、本人の状態を確認し、看護師との連携に努めている。また、薬の変更に関して、家族との相談もしている。                                |   |                   |
| 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                             | 本人の性格や、それまでの暮らしを中心に考え、本人が楽しみとしていることを、本人と相談し、趣味活動を広げたり、ホームでの生活での役割を持って生活でき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 | 買物等、目的意識を持った外出支援をしている。また、気分転換に公園の散歩やお茶を飲みに出かける機会をつくっている。季節の行事や旅行などは、家族の協力を得て行っている。   | 中庭があり居室から自由に入出りできる。利用者は毎日、戸外で日向ぼっこや布団干し、畑仕事などを行っている。また、散歩や買い物、外食に出かけることも多い。年に1回職員・家族と行く1泊旅行も実施している。 |                   |



| 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  | 入居者の金銭管理能力に応じ、家族と相談の上、所持金を持っていただき、買い物の支払い時、可能な範囲でご自身で行ってもらっている。また、個人の出納帳にて金銭を管理し、家族に定期的に報告している。                                 |  |                   |
| 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   | 電話は入居者が希望した場合にいつでもかけられるようにしている。また、家族や親類との手紙などのやり取りができるよう支援している。   |  |                   |
| 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 | 入居者が生活する居住スペースであることを大切に、季節を感じられる花や食べ物を入居者が目に触れられるところに飾っている。また、ゆず湯、菖蒲湯など、入浴時にも季節感を取り入れている。                                       | ふんだんに木材を使用し、天井を高くて、自然の明かりがよく入る造りになっている。炬燵や色々な形の椅子を配することで、利用者が思い思いの場所でくつろぐことができる。季節の生花が飾ってあり、家庭的で落ち着いた空間となっている。 |                   |
| 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  | 庭も含め、一人ひとりがその時の気分に合わせ過ごしたい居場所を選べよう働きかけている。その中で本人の所在確認をしっかり行っている。  |  |                   |
| 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  | 本人や家族と相談し、本人が以前より使用していたものを持ち込んでいただき、それぞれの方が心地よいと思える環境、レイアウトで生活されている。また、持ち込む時期などは、本人の様子を見ながら家族と相談している。                           | 本人や家族と相談して、利用者が落ち着き、安心して過ごせるよう、使い慣れたタンスやテレビ、写真や壁掛けなどを持ち込んで使ってもらっている。和室を好む利用者のために畳の部屋もある。                       |                   |
| 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   | 安全ばかりに捉われすぎ、一律に危険を排除するのではなく、入居者自身の力を十分に活かし、入居者自身が自分たちで注意していけるような環境も大切にしている。また、その中でスタッフは、その人の持っている力を十分に理解し、把握した上で、見守りや声かけを行っている。 |  |                   |

## 目標達成計画

作成日: 平成 23 年 4 月 11 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-(3) | 運営推進会議を定期的で開催し、自治会長をはじめ近隣住民へ参加をお願いしているが、なかなか参加してもらえていない。 | 参加対象者を限定せず、幅広く近隣の方々に参加してもらう | 会議となると難しかったり重く考えてしまうとおもわれるので、見学やボランティアなどを通して顔見知りの関係を築いていったり、すでに顔見知りの地域の美容室などにも参加を呼び掛ける。また、入居申込者の順位が上位の方にも、ホームを理解してもらうために、参加を呼び掛ける。 | 6ヶ月        |
| 2        |       |  |                             |  | ヶ月         |
| 3        |       |  |                             |  | ヶ月         |
| 4        |       |  |                             |  | ヶ月         |
| 5        |       |  |                             |  | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。