

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         | 1470600956                                       | 事業の開始年月日       | 平成18年2月1日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成18年2月1日 |
| 法人名           | (有)会社 イルミネイター                                    |                |           |
| 事業所名          | ホーム マリア  |                |           |
| 所在地           | ( 240-0052 )<br>保土ヶ谷区 西谷町 943                    |                |           |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護             | 登録定員           | 名         |
|               | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 通い定員           | 名         |
|               |  | 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24年1月13日                                       | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成24年5月7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-kouhvu-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?ICD=1470600956&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhvu-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?ICD=1470600956&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)】

- 1、住空間が広く、使われれている素材も本物の木。全てが豪華。
- 2、食事は、毎回手作り。おいしく、バランスの良い食事である。
- 3、管理者が看護師のため、健康管理もしっかり行えている。急変時の医師、病院との連携は確実である。
- 4、機能が落ちないようにレク、外出を行っている。
- 5、排泄能力がおちないように トイレでの排泄を奨励している。

### 【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24年2月27日                          | 評価機関<br>評価決定日 | 平成24年4月16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)】

ホームマリアは相鉄線西谷駅より徒歩3分の国道16号線沿いにあります。建物はお城を思わせる3階建ての民家を改装したもので、2～3階部分がホームとなっている定員9人の家族的なホームです。居室は広く、日本間が8室、洋間が1室あり、日本間には床の間、欄間、天袋、襖、唐紙があり、洋間は採光の良い部屋でいずれも天井が高く、圧迫感のないゆったりとした居住環境にあります。

<優れている点>

入居者は旧豪邸である民家の各部屋で自立した共同生活を営み、趣味の活動や外出で、穏やかで活気のある老後を過ごしています。身体能力の低下が特に少ないのがホームの特徴です。3階からリビングのある2階には階段を上り下りしており、体力維持に努めています。開所当時から入居者は今でも元気に歩き、最高齢の105歳の方もリビングで食事しています。この結果、手作りのおいしい食事はいつも完食です。入居者が元気でいるので、職員は働きやすく張りのある見守りに徹することができ、職員間の協力もありホーム全体が明るい雰囲気です。

<工夫点>

リビング兼食堂のイスはキャスター付きの回転型を使用しており使いやすく、利用者の負担軽減を図っています。食器は軽くて持ちやすい物を使用し、食事での自立を図っています。

### 【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 |
|------------------------------|--------|--------|
| I 理念に基づく運営                   | 1～14   | 1～7    |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15～22  | 8      |
| 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 | 23～35  | 9～13   |
| IV 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  |
| V アウトカム項目                    | 56～68  |        |

|       |         |
|-------|---------|
| 事業所名  | ホーム マリア |
| ユニット名 |         |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 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   |
|           |   |   | 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        | 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        | 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        | 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        | 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        | 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        | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 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 | 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 | 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 | 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 | 職員は、活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    |
|    |  |   | 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 | 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 | 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>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                     | これまでの日本を支えてこられた方々への感謝をこめて介護させてもらっています。                                   | キリスト教の精神に基づき作成した理念を玄関ホール目のつくところに掲示し、共有を図っています。毎年、経営者から職員に対して説明が行なわれています。  |                   |
| 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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                     | 地域の食事会や防災訓練に参加。また、ホーム内でゴスペルコンサートや、地域ボランティアの受け入れを通じて地域に開かれたホーム作りをめざしています。 | ホームで開催したゴスペルコンサートに地域の人を招待したり、地域の防災訓練に利用者と共に参加し、地域の人々と一緒に避難所体験を行っています。また、毎月西谷会館での食事会に利用者が参加したりして交流を深めています。           |                   |
| 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                   | 地域の方から、入所の相談があった時は、優先的に考えるようにしています。                                      | /   | /                 |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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 | とくに御家族が参加しやすいような企画を考えています。共に参加することから会を始めてみたところ、自由な御意見をいただくことができました。      | 会議には、民生委員、地域ケアプラザ職員、利用者家族、時には地域の方などの参加もあり、自由に意見交換を行っています。会議と共にゴスペルコンサートを開催したり、ボランティアによるアロマやブリザードフラワー作りを一緒にしたりしています。 |                   |
| 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            | よく電話でやりとりしています。  | 必要に応じて電話で連絡をするようにしています。認定更新時には行政に出向き担当者と話し合う時もあります。   |                   |

| 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                                 |
| 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 | 身体拘束はまったくしていません。ただ、お一人の方は、家族の強い希望もあり転落防止のために柵を使用させてもらっています。そのさいもナースコールを側におき、すぐに職員を呼べるようにしています。 | 身体拘束はしないこととしていますが、家族の強い要望がある方について、転落防止のため止むをえずベッド柵を使用しています。職員に少しでも身体拘束に該当する行為があった時はその場で注意、指導をするようにしています。 | 新職員が入られたこともあるので、身体拘束をしないケアについての研修を実施されることが期待されます。 |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<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 overs されないよう注意を払い、防止に努めている                                      | 外部の県からの相談員に月1回の割合で来てもらっています。   |  |   |
| 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                                 |  |  |   |
| 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  | 部屋の変更の時は、家族に理由と金額を説明し、了解のサインをいただいています。   |  |   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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   | ある方からは、ホームでの規則がもっと厳しくても良いのではと御意見をいただきました。「ホームのルール」という形なら、すっきりと納得できる時もあるとのことです。                 | 電話や家族の面会時に要望や意見を聞くようにしています。運営推進会議でも利用者や家族の意見を聞きホームの運営に反映させています。  |   |

| 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 |
| 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                                      | 不定期のケアミーティングには、代表者も参加しています                            | 管理者は日頃から職員とコミュニケーションを図っています。ケアミーティングには法人代表者も参加し、日常業務の提案事項などについて協議しています。最近ではレクリエーションの企画についての提案があり検討されています。 |                   |
| 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      | サービス残業は一切行っていません。シフトの組み方、夜勤回数などできるかぎり職員の希望にそって作っています。 |   |                   |
| 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          | 看護師である管理者が中心となり、定期的に勉強会を行っています。時には、個別に指導することもあります。    |   |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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 |   |   |                   |
| <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        | ケアプランに本人の意向を載せます。随時、本人にききプランに反映させています。                |   |                   |

| 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 |
| 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     | ケアプランに家族の意向を載せます。家族とは管理者がきめ細かく連絡をとりあっています。                     |  |                   |
| 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 | 話し合いのあとで、ケアプランとしておこなっています。利用者に変化があったときは、そのつど話し合い、新プランを発行しています。 |  |                   |
| 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                    | 昼の食器洗いを当番で利用者と職員で共に行っています。またできる方にはゴミすてなどもお願いしています。             |  |                   |
| 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     | 時には、家族から利用者以外のことを相談されることもあります。家族も利用者を支える存在としてそのつど対応しています。      |  |                   |
| 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                 | 身寄りのない方は、これまでの友人が面会に気やすいようにホームから声をかけます。                        | 昔馴染みの友人が来やすい様にホームで開催のゴスペルコンサートに声掛けしたり、希望のデパートや手芸店への買い物、コンサートなどへ同行支援しています。また、寿司屋に行くこともあります。 |                   |

| 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                | 利用者同士の関係を把握しています。とくに食事時の席はそのつど調節をしています。 |      |                   |
| 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 |   |      |                   |

### 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

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| 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。    | 個人的な意向、例えばコンサートに行きたいなどは、家族の理解を得、個別に対応しています。また温度感覚も人それぞれ、エアコン、毛布など本人にあったように用意します。 | 一人ひとりの思いや希望については日常の会話や仕草、表情の中から把握するように努めています。お茶の時間や、元気がなくしょんぼりしている時などは特に話をし、思いを聞くようにしています。 |  |
| 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 | 入居前の生活歴を周囲の人より知らせてもらいます。また、触れてほしくないことは、管理者と家族だけの情報としておくこともあります。                  |  |  |
| 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               | 階段を上がるのが怖がる方には職員の同行、一見寝たきりのようだが、介助で歩行できる方へのリハビリの奨励などを行っています。                     |  |  |

| 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 |
| 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 | ケアミーティングを行い、情報の共有および話しあいと行っています。                                  | ケアプランは、利用者や家族の意向、看護師の意見などを踏まえて作成しています。見直しは6ヶ月ごと、あるいは認定更新時、変化がある場合はその都度見直しを行っています。ケアミーティングで職員と話し合い現状に即した計画を立てています。 |                   |
| 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                        | 介護記録をつけています。ケアプランのもととしています。                                       |   |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 個別のコンサートや、手芸好きな方へは、布の買い物、教会への参加、行楽嫌いな方へのレクリエーション時の配慮など行っています。     |   |                   |
| 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                         | 外部の方と交流を計る能力がある方には、地域の食事会などに参加してもらっています。                          |   |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<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                    | 定期的に医師の訪問があります。また、これまでのかかりつけ医との連携もきれないように、ホームと家族、利用者で随時連絡をとっています。 | 家族の了解のもと、利用者全員がホームの協力医をかかりつけ医としています。往診は2週間に一度あります。医療連携体制を取っており、看護師である管理者のもと、健康面で安心、安全なくらしが確保されています。               |                   |

| 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          |
| 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                      | 管理者が看護師で常駐しています。その都度対応しています。  |  |                            |
| 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、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。 | 骨折を疑われる方には、ホーム側で対応し入院もスムーズに行われました。入院先の病院とホームでの連絡を密に行い、退院後もスムーズに生活できました。 |  |                            |
| 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 | 歩いているうちでもそのつど家族に予測されることを話し合っています。                                       | ターミナルケアを実施することについて、利用者・家族がホームを見学した際に説明しています。過去にターミナルケアを行っており、職員は経験があり、方針を共有しています。重度化した場合は家族の希望に応じた対応を取ることとしています。 |                            |
| 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   | 消防署の方の協力を得て、救命救急の勉強会を行っています。また、救急時の流れや、職員の連携を職員で話し合っています。               |  |                            |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている   | 民生委員や消防署の方に来てもらい、このような方々がいることを知ってもらっています。                               | 夜間一人体制時を想定した消防訓練を利用者、消防署、地域住民参加の下で実施しています。また、地域の防災訓練に利用者と共に参加し、地区の集合場所から避難場所まで利用者と共に実際に歩き、避難所体験をしています。           | 非常災害用の飲食料品や備品などの備蓄が期待されます。 |

| 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 |
| <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                | 冷たくなりすぎない、かつ丁寧な言葉使用で接しています。                                   | 職員は利用者の希望を叶えて自立するようにしています。人生の先輩として敬まう気持ちが自然に出ています。利用者それぞれが環境整備の分担をし、共同生活をわかまえています。レクリエーションは職員と利用者が一緒になって楽しんでいきます。  |                   |
| 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                     | 本人の希望はその言葉のまま、記録として残します。できるだけかなえられるように支援しています。                |  |                   |
| 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、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 | 就寝時間を無理に設定せず、眠りにつくまで見守ります。                                    |  |                   |
| 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                                  | 服は自分で選んでもらっています。一方、清潔にすごせるように本人に気付かれないように衣服をさりげなく交換することもあります。 |  |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食事は全て手作りです。ほぼ完食です。後片付けは当番で行っています。                             | 食事はおいしく、ほとんどの方は全部食べています。料理は職員が新鮮な食材を使い、家庭料理を作っています。食器洗いなどのお手伝いは分担しています。全員で出かけるお寿司などの機会を楽しんでいます。地域の食事サロンに参加する方もいます。 |                   |

| 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            | 食事量をみています。脱水気味の方はミカンやゼリーなどで対応し、脱水が改善されました。また、夏場は夜、水筒に水をいれ届け、利用者さんに喜ばれました。 |   |                   |
| 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                    | 食後、口腔ケアを促しています。105歳の方は、誤嚥しないように職員が口の中を確認します。                              |   |                   |
| 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向けた支援を行っている     | 自力歩行できない方でもトイレにつれていき、排泄してもらっています。   | トイレで排泄するように支援しています。自立の方が多くいますが、おむつからトイレ誘導して出来るようになった事例では、身体能力が落ちていたのを、歩行訓練を行ったり、食事などにより便通を良くしたりして、心身の向上に伴い改善されています。 |                   |
| 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                     | 必要な方は排便チェックを行っています。食事には、必ず野菜がつきます。  |   |                   |
| 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ず、個々に応じた入浴の支援をしている | 入浴嫌いな方は、入りたい気分の時やまたは家族と外で温泉に行ったりなどし、清潔をたもちます。                             | 入浴は毎週2回、バイタルチェックを行い、調子を見ながら入浴するようにしています。職員が時々声掛けをしますが、ゆっくり入る方が多いです。嫌がる入居者には次の日にタイミング良く入浴するようにしています。高齢でシャワー浴の方もいます。  |                   |

| 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 |
| 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  | 無理に食堂でおこすようなことは絶対にありません。自室でいつでも自由に横になれるようにしています。    |  |                   |
| 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   | 薬一覧があります。また主治医が言っていることは、紙におこし職員全員が同じ見解をもてるようにしています。 |  |                   |
| 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                              | 利用者が何が好きかを見極めて一番楽しめるレクリエーションを決めます。それにあわせ講師をお願いします。  |  |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。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 | 外食、趣味の店、音楽など本人が行きたいところへ行けるようように支援しています。             | 現在は寒くて出たがりませんが、気候が良いと外出するようにしています。食材購入のお手伝いや自分の買物で出かけます。送り迎え付きで教会の礼拝、コンサート希望者もいます。以前一人で外出していた方は、安全面から付き添いで散歩することにしました。 |                   |
| 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                              | 小遣い帳を作り一緒に買い物に行けるようにしています。                          |  |                   |

| 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 |
| 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   | 盲目の人でも、手紙の代筆など行っています。   |  |                   |
| 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 | 適時飾り物をかえています。ゴミや危険な物は、職員で取り除いています。  | 2階のリビングは、南に相鉄線の線路があり、見晴らしがよく、太陽が降りそそぎ明るいです。椅子はキャスター付きの回転型で、利用者の負担を減少しています。3階の利用者は階段を利用する為、手すりや滑り止めを完備しています。            |                   |
| 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  | 常に職員のいる食堂の他に、利用者だけでくつろげる空間があります。また、自室にいつでもいけるようにしています。                                      |  |                   |
| 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  | ベッド、タンス、衣服、など原則本人の物をもってきてもらっています。ゴミ好きな方は、適度に部屋ゴミを部屋に残しておきます。                                | 居室は旧豪邸の部屋を利用しており、廊下付きのたたみの部屋と洋間があります。日本間には襖があり、押し入れや床の間付きで、高い天井と木目で圧迫感がありません。入居者は俳句・手芸・テレビ・音楽などを楽しんでおり、普段の自宅生活と変わりません。 |                   |
| 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  | バリアフリーではありませんが、入居6年目の方でも歩いていらっしゃいます。段差を安全に超えられるように上部な手すりをつけています。それで盲の方も105歳の方も転ぶことなく歩いています。 |  |                   |

### 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |                      |               |                                      |            |
|----------|------|----------------------|---------------|--------------------------------------|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題         | 目標            | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容                   | 目標達成に要する期間 |
| 1        |      | 広域災害時の地域との連携         | 災害時、相互に協力し合える | 日頃からの地域の方との交流<br>・行事に参加<br>・ホーム内への招待 | 12ヶ月       |
| 2        |      | 地区の方々との交流が始まったばかりである | 日頃から交流する      | 地域ボランティアの受け入れ                        | 12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。