

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| I. 理念に基づく運営                    | 8         |
| 1. 理念の共有                       | 1         |
| 2. 地域との支えあい                    | 1         |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用          | 3         |
| 4. 理念を実践するための体制                | 2         |
| 5. 人材の育成と支援                    | 0         |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援          | 1         |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応      | 0         |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援      | 1         |
| 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  | 5         |
| 1. 一人ひとりの把握                    | 1         |
| 2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し | 1         |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援              | 0         |
| 4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働    | 3         |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援      | 6         |
| 1. その人らしい暮らしの支援                | 4         |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり        | 2         |
| <b>合計</b>                      | <b>20</b> |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業所番号 | 1492300049         |
| 法人名   | 有限会社 あしすと          |
| 事業所名  | グループホーム めろでいー      |
| 訪問調査日 | 平成24年10月23日        |
| 評価確定日 | 平成25年1月31日         |
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION |

**○項目番号について**  
外部評価は20項目です。  
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
[取り組みの事実]  
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
[次ステップに向けて期待したい内容]  
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
家族 = 家族に限定しています。  
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
  
チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

## 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         | 1492300049   | 事業の開始年月日       | 平成20年4月1日  |  |
|               |  | 指定年月日          | 平成20年4月1日  |  |
| 法人名           | 有限会社 あしすと  |                |            |  |
| 事業所名          | グループホーム めろでいー  |                |            |  |
| 所在地           | ( 256-0816 )<br>神奈川県小田原市酒匂1399番地の1   |                |            |  |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 名          |  |
|               |  | 通い定員           | 名          |  |
|               |  | 宿泊定員           | 名          |  |
|               |  | 定員計            | 18名        |  |
|               |  | ユニット数          | 2 ユニット     |  |
| 自己評価作成日       | 平成24年10月10日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成25年2月18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 |  |
|----------|--|

### 【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)】

|  |
|--|
| 「今を大切に」今出来ることが1年後、同じようにできるとは限らない。今出来る事したい事を傾聴し実現させる。その人らしい生活が出来る様に支援する。「あきらめない介護」ADLや介護度などに捉われず最期までその人らしさを表現できる環境作りに努める。主治医、看護師、薬剤師との連携を密に行い異常の早期発見・早期対応を致します。医師により医学的知見から回復の見込み無いと判断され、かつ医療機関での対応の必要が薄いと判断された方に対し希望があった場合、当事業所が総合的な判断を行い看取り介護を行う事ができます。最寄駅より徒歩10分と利便性が高くまた商業地域内にあり買物や娯楽施設にも赴きやすい。自治会よりたくさんの配慮を頂き毎年色々な地域行事に参加しています(社会参加促進)地域の方にも利用者様の名前を覚えて頂くなど、いち住民としての関わりを築いて頂いている。地域の防災組織にも加入させて頂いています。県指定「身体拘束廃止推進委員」を配置しており法人全体で生活の質の向上に向けた取組みを行っています |
|--|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                    |               |            |
|-------|------------------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION                 |               |            |
| 所在地   | 〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F |               |            |
| 訪問調査日 | 平成24年10月23日                        | 評価機関<br>評価決定日 | 平成25年1月31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)】

|   |
|---|
| <p>①このホームは小田原市内で発展が著しいJR鴨宮駅の北側、徒歩10分程度の立地にあり、昔から巡礼街道沿いに開けた所にある。オーナーは地域への貢献の想いで、障がい者対応の為にコミュニケーションフロアを作ったが、現在、この部屋は地域のふれあいスペースと称し、主に地域交流の場として2ヶ月に一度開催する運営推進会議や、来訪頂く地域ボランティアの方の控え室等に利用している。ホームの設計等については、同じ経営の「は一もに一」の素晴らしい工夫が随所に伝承されている。土地の関係で長い廊下によるパブリックゾーンとプライベートゾーンの区別となっているが、長い廊下を生活リハビリに活用し、中庭風になったスペースにはご家族の協力を頂き花や野菜を植え、周囲にも花が植えられ、和めるゾーンが形成されている。</p> <p>③管理者の方針は「その人らしい生活」をしてもらうことで、利用者の喜びを見て職員も共に喜び合える体制を目指しており、職員が共に喜べる体制は確立してきた。利用者を個別に見守り、動きの無い人が音楽を聴いて口が動いた、低体温の人はスキンシップで触ると分かる、重度の方を車椅子でスーパーに着いても反応が無かった人がフルーツのコーナーで目が開いた等、生活の中で反応の少ない人の対応に心がけ、変化に気付けるようなケアを心がけている。利用者職員と一緒に喜んだ記憶を大切にしている。</p> <p>③職員の教育については、小田原市、グループホーム連絡会等の外部研修の他はホーム内に於ける内部研修による教育が中心である。新入職員については、先ず受け入れの研修を行った後、入職後2～3週間で夜勤の研修をコーディネーターを付けてOJTで経験してもらっている。コーディネーターが付くのは2回に限っている。本来は経験者と未経験者を分けて行えば良いのだが中々課題が多い。職員は自分の精神が穏やかでない、穏やかなケアが出来ないので、特に新人については穏やかに過ごせる環境を作るよう配慮すると共に、こまめに新人の話を聞いてあげるよう努め、夜でも電話して良いと伝えてある。チームで協力し、心の役割分担を心掛け、時には利用者を交えた話し合いも持つようにして取り組んでいる。</p> |
|---|

### 【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  | グループホーム めろでいー |
| ユニット名 | # b           |

| 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、安全面で不安な区過ごせている。<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     |

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | グループホーム めろでいー |
| 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、安全面で不安な区過ごせている。<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 |
| I 理念に基づく運営 |      |   |   |   |                   |
| 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                      | スタッフミーティング・ケースカンファレンスなど日々の生活の中で、利用者・職員と積極的に関わりを持ち課題を共有している。                                 | 理念は「あきらめない介護」であり、何か起きたら、スタッフミーティング・ケースカンファレンスなど日々の生活の中で皆で相談し、利用者・職員と積極的に関わりを持ち課題を共有している。理念と云うと堅苦しいのでケア目標と云い、事業所目標、委員会目標を「聴いて」みよう、「観て」みようとする形で進めている。特に「生活安全パトロール委員会」は社長からパートまで入れた構成で、目標が宙に浮かないよう全員で取り組んでいる。                                      | 今後の継続             |
| 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                      | 行事や活動には積極的に参加している。また誕生会等の行事にボランティアとして参加して頂いている。日々の散歩や買い物などで近所の方々とふれあっており開放し自由に交流できる         | 自治会に加入し、自治会とは良い関係にある。行事ではめろでいーの為に椅子を新規に買って頂いたり、公民館の段差にスロープを用意して頂く等、好意的で有難い。2年に1回の文化祭では、今年は3Dの貼り絵を出展したり、お祭りの神輿もめろでいーの前まで来てくれたり、自治会の子供会の来訪や、敬老会の出し物をホームで再演して頂く等、深い交流を頂いている。自治会のたよりも「めろでいー」を掲載して頂いた。   | 今後の継続             |
| 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、地域の人々に活かしている                       | 運営推進会議で事業所の取り組み及び利用者状況について報告すると共に地域の行事へ参加し交流の機会を持っている。                                      |   |                   |
| 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 | 活動内容及び利用者の状況について報告している。出席頂いている委員からも積極的な意見や質問が頂けており今後の施設運営に活かしている様に努めている。自治会の防災訓練にも毎年参加している。 | 運営推進会議は年6回実施している。メンバーは自治会長、副会長、民生委員、地域包括支援センターの方、ご家族代表それにホーム関係者である。会議では活動内容及び利用者の状況について報告している。出席頂いている委員からも積極的な意見や質問が頂けており、今後の施設運営に活かしている様に努めている。自治会の防災訓練にも毎年参加している。   | 今後の継続             |
| 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に取り組んでいる            | 行政への情報提供や課題に向け協働に取り組んだり、市の地域包括支援センターの担当者と必要に応じて連携している。(2ヶ月に1度の運営推進会議にも参加いただいている)            | 市とは行政への情報提供や課題に向け協働に取り組んだり、市の地域包括支援センターの担当者と必要に応じて連携している。また、防災対策課との連携を行い、グループホーム合同研修会の折に震災の際のライフラインの復旧について質問し、復旧には1～2週間かかるとの回答をもらい、対策の参考にするなど連携がとれている。包括主催の交流会のテーマ等についての話し合いなど必要に応じて連携を図っている。小田原のグループホーム連絡会は複数事業所提携事業の指定でイベントを今年は介護の日として実施している。 | 今後の継続             |

| 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 | 玄関は安全が確保出来る範囲で開放し、身体拘束は一切行っていない。事業所全体で身体拘束のないケアを実践している。内部研修を行い主治医と相談し向精神薬の使用を極力行わない。県指定身体拘束廃止推進委員を配置。生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で拘束廃止に努めている | 玄関は安全が確保出来る範囲で開放し、身体拘束は一切行っていない。事業所全体で身体拘束のないケアの実践に努め、内部研修を行い、主治医と相談して向精神薬の使用を極力行わないようにしている。県指定身体拘束廃止推進委員を配置。生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で拘束廃止に努めている。あしすと法人全体で委員会を組織し、勉強会を実施する等日常的に意識を持って取り組み、その都度事業所及び法人全体で課題について対応策も含め話し合えるようにしている。鍵は廊下が長いので、職員が事務室にいる時は全開している。 | 今後の継続             |
| 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                                      | 市の虐待防止対策会議に参加し会議時に職員に伝えている。県の虐待のアンケートを用い職場内の意識調査をし在宅で虐待が懸念される場合は地域包括支援センターと連携を取っている。生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で虐待防止に努めている                  |  |                   |
| 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                                 | 成年後見制度や権利擁護に係わる研修に参加し、ここで得た知識をミーティング等で職員にもこれを還元するようにしている。議事録を各ユニットに設置し閲覧出来る様にしている。生活安全パトロール委員会の会合を勉強の場として権利擁護について学んでいる。                             |  |                   |
| 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  | 契約時に質問等を聞き説明をしている。又、解約をする際は医師や関係者等と十分に話し合い、不安なく退居後の生活の場が提供される様支援している。   |  |                   |
| 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   | 毎月、写真を編集し文章を添えて家族に送付しています。電話等での報告を行っている。運営推進会議の中で自由議題を設けている。面会時のコミュニケーションを積極的に行っている。  | ご家族等のご意見は、皆比較的良く来訪され、必ず事務室に来て頂けるので常にお話を聞いている。また、月1回の報告（写真付）などでもお知らせし、電話等でも報告を行うよう努めている。運営推進会議の中では自由議題を設け、ご家族代表にも自由に発言して頂いて、運営に反映させている。   | 今後の継続             |

| 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                                      | ミーティングや会議などで意見や提案を聞く機会を設け、対応している。   | ミーティングや会議などで意見や提案を聞く機会を設け、対応している。面接は年1回、3月にパートの人の更新、資格取得の意思などに付き、管理者が面接を実施している。「生活安全パトロール委員会」では骨折に関し現状のリスク分析を行い、考えられる最良の方法（低床ベッドの導入）を即実施し、職員に好評であった。低床ベッドの導入の導入は厚生労働省の「ゼロへの手引き」を参考にご家族の同意を得た上でしている。また、業務の改善では夜勤の業務について従来の夜の見守りと朝食の支度を改め、夜勤は見守りに徹し、朝食の支度は早番の業務とし、職員の評価が高かった。 | 今後の継続             |
| 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      | 研修の参加や資格取得へのアドバイスや手当の創設など向上心を持って働ける様に努めている。   |   |                   |
| 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          | 研修については、出来るだけ参加してもらい報告書を作成し伝達・確認できる様にしている。施設内でも、研修を行ったり、適任者を配置しアドバイス等をしている。         |   |                   |
| 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 | 県の協議会の研修や市内GH連絡会で行っている合同研修会や連絡会CAFÉへの出席を推進し同業者としての親睦を深めつつ専門知識・技術の習得ができるようにしている。     |   |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |   |   |                   |
| 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        | 在宅での生活スタイルや生活歴等アセスメント情報をスタッフで共有し利用者との円滑なコミュニケーションが図れる様努めている。言葉だけではなく表情や仕草にも目配りしている。 |   |                   |

| 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 |
| 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     | 面会時や必要時の電話連絡を行い、円滑なコミュニケーションを図れる様に努めている。   |  |                   |
| 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 | 良く聞取りを行い、理解・納得をしていただけるよう話し合いをし、見極め対応している。在宅のケアマネジャーや在宅サービス事業者からの情報も踏まえ総合的に検討・判断している。 |  |                   |
| 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                    | 日々の生活の中で常に一緒に生活をしているという関係を作っている。役割を持って頂く事により職員と利用者がお互いに感謝の言葉を掛け合える状況にある。             |  |                   |
| 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     | 来園時に声掛けをしたり、報告・相談をし一緒に支援をしていける関係を作っている。  |  |                   |
| 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                 | 馴染みの方に来園して頂いたり、連絡を取ったり、住んでいた家や場所に行って頂いたり等している。又、機関誌をご要望に応じ増刷し送付している。                 | 馴染みの方に来園して頂いたり、連絡を取ったり、住んでいた家や場所に訪問して頂く等、支援している。遠方の為来所できない方へ、機関誌をご要望に応じ増刷し送付している。ご家族と帰宅した折に、馴染みの理・美容室、歯科医、タバコ屋さんなどにも行っている。前述の如く、地域との関係が非常に良いので、ここを第2の自宅として楽しんで過ごして頂いている。 | 今後の継続             |

| 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                | 日常生活の中で利用者同士が関わり合い、支え合えるよう支援している。  |   |                   |
| 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 | 在宅ケアマネジャーや包括支援センター職員と適宜、情報交換をしている。   |   |                   |
| 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。                       | ご本人の思いや意向を汲取り希望に添えるよう声掛けや雰囲気作りを行っている。ケアプランに反映しチームで対応に取り組んでいる。                        | 利用者の意見や要望については日常のケアの中での気付きを個人記録等に記録し、モニタリングを通じて介護計画に反映するようにしている。声掛けや雰囲気作りを行い、本人の思いや意向を汲取り、希望に添えるよう努めている。個別援助による外出等を実施している。ご利用者が食べたいものの意見を聞き、食べたいものが分からない人の場合は、ご家族に好みを聞いて本人本位に努めている。入浴中、夜など1対1になる機会に話を聞くようにしている。 | 今後の継続             |
| 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                    | ご本人及び御家族とのコミュニケーションをとり、個々の生活歴・個性・価値観などを認識し、対応しながら把握する様に努めている。                        |   |                   |
| 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                                  | 出来る事・出来そうな事をする為の工夫や環境作りをしたり日々の生活の中でどの様な変化があるかなどを見極め把握する様に努めている。定期的な評価や再アセスメントを行っている。 |   |                   |

| 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   | ○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 | ご本人・ご家族や関係者と充分話し合いながらその人に合った、必要とされている計画を作成している。家族とのやり取りを支援経過記録に残すことで継続的な支援を行っている | 介護計画は入居当初はアセスメントに沿って短期のものを作成し、1～3か月経ってから正規の介護計画を作るようにしている。期間は短い方は3か月、安定している人は1年と長い方もいる。毎月、モニタリングに沿ってカンファレンス（ケースカンファレンスは毎週）で評価し、変化があれば再アセスメントするようにしている。                            | 今後の継続             |
| 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                        | 個別記録は毎日記入し、様々な情報を共有出来る体制になっている。計画の見直し等にも活用している。                                  |   |                   |
| 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               | その時の状況に応じて柔軟な対応を取り、支援している。フォーマル・インフォーマルサービスを効果的に活用している。                          |   |                   |
| 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                         | 地域清掃や納涼祭など、地域の協力を得ながら参加している。   |   |                   |
| 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、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                     | 出来るだけ希望を伺い納得して頂いた主治医の受診を心掛けている。  | かかりつけ医は近所の山口医院にお願いし、往診に2週間に1回来て頂いている。看護師も山口医院の看護師と契約し、先生が来ない週に来てもらっている。薬も山口医院指定の処方薬局に居宅療養管理指導として往診に同席して頂いている。かかりつけ医は受ける受けないは自由であり、出来るだけ希望を伺い納得して頂いた医師の受診を心掛け、支援している。歯科は通院で利用している。 | 今後の継続             |

| 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                      | 往診医の看護師とは日常的に相談出来る体制にあり、週1回訪問して支援してもらっている。又、24時間の医療連携体制もとっている。看護計画を立案して頂いている。                |   |                   |
| 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。 | 入院時は定期的に見舞いに行き病状等を確認している。声掛けを行い、安心感を持って貰える様に対応している。報告書を作成し継続的な情報共有に努めている。MSWと退院に向け情報交換をしている  |   |                   |
| 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 | ターミナル期においては家族や以前の本人の意向を十分に汲み取り主治医、看護師、事業所で最善の対応を検討し看護計画、看取りケアプランを作成しこれらに基づき対応を行っている。         | 「あきらめない介護」が理念であり、常に情報伝達をしっかりと行い、看護師や医師と連携し、ご家族にも情報提供しながらより良く暮らして頂けることを念頭にやれることに取組みながら支援している。ターミナル期においては家族や以前の本人の意向を十分に汲み取り主治医、看護師、事業所で最善の対応を検討し看護計画、看取りケアプランを作成しこれらに基づき対応を行っている。          | 今後の継続             |
| 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   | 転倒・嘔吐・意識消失などケースに応じた初期対応についてスタッフルームに掲示すると共に医療スタッフの指示・協力の元、対応出来る体制にある。普通救命救急講習の受講のための準備を進めている。 |   |                   |
| 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   | 防災マップの提示。広域避難場所の周知。民間警備会社への業務委託。定期的な防災訓練の実施（事業所内及び地元自治会）消防職員への訓練立合い依頼。自治会防災組織への加入。防災対策の研修参加。 | 防災マップの提示、広域避難場所の周知、民間警備会社への業務委託、定期的な防災訓練の実施（事業所内及び地元自治会）、消防職員への訓練立合いなど依頼している。自治会防災組織への加入し、毎年9月の自治会の防災訓練にも参加し、仮設トイレの様子、消火訓練など一緒に加わっている。庭のロッカーに備蓄（カレー、ごはん、水、缶詰、乾麺、冷凍食品、乾パン、アルファ化米等）を準備している。 | 今後の継続             |

| 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 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |  |   |  |                   |
| 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                | プライバシーに配慮する様、その状況に合わせ言葉かけや対応をしている。個人情報の取り扱いについてもプライバシーを損ねる事の無い様にイニシャルで会話するなど、徹底している | 一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーの配慮に努め、状況に合わせた言葉かけや対応をしている。個人情報の取り扱いについては、本人のプライバシーを損ねる事の無いよう、職員間でイニシャルで会話する等、徹底を図っている。   | 今後の継続             |
| 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                     | ご本人の意思を尊重しながら働きかけたり、内容を理解して頂けるよう説明（話し）を繰り返すなどしながらご本人が希望を表せる事が出来る様に支援している。           |  |                   |
| 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 | 訴えや希望を聞き入れたり、各々のペースを保ち、尊重しながら過して頂けるように支援・配慮している。                                    |  |                   |
| 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                                  | ご本人の好みを取り入れたり、ご本人の希望により地域の美容室へ行っている。ご本人の意思を尊重しながら、状況に合わせ支援している。                     |  |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 買い物や食事の準備・片付け・盛り付けや色彩を工夫するなどを一緒に行ってもらい、楽しく食事をして頂ける様に心掛けている。又、献立に利用者の希望を反映している。      | 独自メニューにより、ご利用者の希望を聞き、買い物や食事の準備・片付け・盛り付けや色彩を工夫する等、一緒に行い、楽しく食事をして頂けることを心掛けている。また、食事については、朝、昼はスタッフが利用者の希望を伺いながら献立をたてている。夕食は利用者と一緒に買い物に行っている。お手伝いはやらされ感が無いよう、喜んでやる範囲で止めるようにしている。お米とお茶は良いものにこだわり、野菜はご家族にも手伝ってもらい、畑で作っている。 | 今後の継続             |

| 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                 | 食事量が著しく減少し、栄養状態の低下が明らかに認められる場合は主治医と相談し、高カロリー飲料などの補食にて対応している。必要に応じ管理栄養士に栄養管理指導を受けている。        |   |                   |
| 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                         | 毎食後のケアや入歯の洗浄など支援している。肺炎やその他感染症対策としてイソジンガールでのうがいをやっている。<br>(毎食後)                             |   |                   |
| 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          | 計画作成担当者を中心に定期及び臨時のカンファレンスを行い立案・評価を行い自立支援に向け取り組んでいる。定時のトイレ誘導は基本的に行わず、それぞれの排尿間隔に応じた対応をとっている。  | 計画作成担当者を中心に定期的及び臨時のカンファレンスを行い立案・評価を行い自立支援に向け取り組んでいる。立位困難な方も含め可能な限り本人の負担を考慮しながらトイレ排泄を促している。定期誘導は当たり前、プロの介護者として排泄のパターンを読み、尿意、便意のときのクセを見抜き誘導に心がけている。下剤の使用を検討する前に1日1回は乳製品を摂って頂くなど、自然排便を促すよう努めている。リハパンについても人によっては薄手のものを活用するなど快適な生活を支援している。 | 今後の継続             |
| 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                          | 腹部マッサージや植物繊維の多い食品や乳製品など毎日の食事で工夫出来る事は実施し、十分な水分摂取量が確保出来るようにしている。また散歩などの運動も日常的に実施している。         |   |                   |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | ご本人の状態に合わせ配慮した方法で希望に合う様に対応している。曜日の指定はせずに平均で1日置きの入浴を行っている。また時間についても本人の希望に叶った時に入浴出来る様に配慮している。 | 一人ひとりの状態を考慮し、希望に添うよう対応している。曜日の指定はせずに平均で1日置きの入浴を行っている。また時間についても本人の希望に叶った時に入浴出来る様に配慮している。菖蒲湯、みかんの皮を入れた入浴など工夫して、ご利用者に楽しんで入浴して頂けるよう支援している。浴室内にリフトを設置しADLが低下しても同様のサービスが受けられるように支援している。   | 今後の継続             |

| 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  | 状況に合わせた安眠休息が出来る方法で対応している。  |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとり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  | 薬剤情報をスタッフで管理し内容を確認出来る様にしてている。又、毎回往診時に薬剤師に同席して頂き口答及び書面で助言・指示をもらうなど連携を取っている。（薬剤管理指導）   |  |                   |
| 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                              | 一人一人の生活歴やその人の出来る力を活かした役割分担や楽しみながら希望に合わせて季節感・安らぎ・潤いをもたらす様な工夫を生活の中に取り入れ支援している。個別援助の推進。 |  |                   |
| 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 | 閉鎖的な雰囲気を作らずに玄関を開放し職員が付き添い安全が確保される限り自由に外出出来る。又、個別でも希望を取り入れたサービスを行っている。ご家族との外出も支援している  | 閉鎖的な雰囲気を作らず、玄関を開放し、職員が付き添いながら安全が確保される限り、自由に外出出来るよう支援している。また、個別に本人の希望を取り入れたサービスを行っている。ご家族との外出も支援している。散歩、日光浴、野菜の収穫、買い物、自治会行事（どんど焼、納涼祭、文化祭など）花見などのドライブを行なっている。遠出も年に3～4回、フラワーガーデン、お花見、外食は個別に援助することが多い。 | 今後の継続             |
| 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                              | ご本人の状況や希望により所持したりご家族との話し合いでお小遣いを預かっている。又、出来る限り利用者自身で会計をして頂き今までと同じように社会との交流を図る支援をしている |  |                   |

| 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   | 各部屋に電話を引き込める様にしてあり、希望される利用者様には希望に応じスタッフ対応している。又、年賀状を毎年、送っている。                        |  |                   |
| 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 | 明るい色のカーテン等を使用し、広めな空間を用意しているので安心して過して頂ける様になっている。湿温計を等間隔に設置し管理している。季節の飾付けを各ユニットで行っている。 | 展示スペースは玄関とし、リビングは極力シンプルなインテリアに止めている。リビング・ダイニングの形状が1F、2Fで異なるが、それぞれ工夫して快適な生活を演出している。リビング・ダイニングは広く、明るい色のカーテンが居心地良さを誘っている。季節ごとの飾り付けにより安心感と心地よさの工夫がされている。基本的にシンプルなインテリアを心がけている。写真や期間限定の一緒に作った作品などを展示している。 | 今後の継続             |
| 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  | 居間や食堂は開放的に利用出来るが間じ切りして個別に利用する事も可能になっている。   |  |                   |
| 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  | 個人の物品の持ち込みや、使い慣れた物・好みの物を使用し、安心して過ごせる様に配慮している。  | 居室は、個人の馴染みの品を持ち込み、使い慣れた物や好みの物を自由に配置し、本人が安心して居心地良く過ごせる様に配慮されている。  | 今後の継続             |
| 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  | 一人一人の意志を尊重しながら声掛けや目印等、混乱や失敗のない様にし、身体機能の低下に合わせ滑り止めや機械の設置をし安全や使いやすさにも配慮・工夫している。        |  |                   |

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | グループホーム めろでいー |
| ユニット名 | b             |

| 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)     | <input type="radio"/> | 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)             | <input type="radio"/> | 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)                   | <input type="radio"/> | 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)   | <input type="radio"/> | 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)                  | <input type="radio"/> | 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、安全面で不安な区過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)        | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |                       | 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) | <input type="radio"/> | 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)  | <input type="radio"/> | 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)                  | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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)                                       | <input type="radio"/> | 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。   | <input type="radio"/> | 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。                                     | <input type="radio"/> | 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 |
| I 理念に基づく運営 |      |  |   |      |                   |
| 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                     | スタッフミーティング・ケースカンファレンスなど日々の生活の中で、利用者・職員と積極的に関わりを持ち課題を共有している。                                 |      |                   |
| 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                     | 行事や活動には積極的に参加している。また誕生会等の行事にボランティアとして参加して頂いている。日々の散歩や買い物などで近所の方々とふれあっており開放し自由に交流できる         |      |                   |
| 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                   | 運営推進会議で事業所の取り組み及び利用者状況について報告すると共に地域の行事へ参加し交流の機会を持っている。                                      |      |                   |
| 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 | 活動内容及び利用者の状況について報告している。出席頂いている委員からも積極的な意見や質問が頂けており今後の施設運営に活かしている様に努めている。自治会の防災訓練にも毎年参加している。 |      |                   |
| 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            | 行政への情報提供や課題に向け協働に取り組んだり、市の地域包括支援センターの担当者と必要に応じ連携している。(2ヶ月に1度の運営推進会議にも参加いただいている)             |      |                   |

| 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 |
| 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 | 玄関は安全が確保出来る範囲で開放し、身体拘束は一切行っていない。事業所全体で身体拘束のないケアを実践している。内部研修を行い主治医と相談し向精神薬の使用を極力行わない。県指定身体拘束廃止推進委員を配置。生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で拘束廃止に努めている |      |                   |
| 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                                      | 市の虐待防止対策会議に参加し会議時に職員に伝えている。県の虐待のアンケートを用い職場内の意識調査をし在宅で虐待が懸念される場合は地域包括支援センターと連携を取っている。生活安全パトロール委員会を設置し役員からパートスタッフまで含め法人全体で虐待防止に努めている                  |      |                   |
| 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                                 | 成年後見制度や権利擁護に係わる研修に参加し、ここで得た知識をミーティング等で職員にもこれを還元するようにしている。議事録を各ユニットに設置し閲覧出来る様にしている。生活安全パトロール委員会の会合を勉強の場として権利擁護について学んでいる。                             |      |                   |
| 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  | 契約時に質問等を聞き説明をしている。又、解約をする際は医師や関係者等と十分に話し合い、不安なく退居後の生活の場が提供される様支援している。   |      |                   |
| 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   | 毎月、写真を編集し文章を添えて家族に送付しています。電話等での報告を行っている。運営推進会議の中で自由議題を設けている。面会時のコミュニケーションを積極的に行っている。  |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | ミーティングや会議などで意見や提案を聞く機会を設け、対応している。   |      |                   |
| 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      | 研修の参加や資格取得へのアドバイスや手当の創設など向上心を持って働ける様に努めている。   |      |                   |
| 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          | 研修については、出来るだけ参加してもらい報告書を作成し伝達・確認できる様にしている。施設内でも、研修を行ったり、適任者を配置しアドバイス等をしている。         |      |                   |
| 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 | 県の協議会の研修や市内GH連絡会で行っている合同研修会や連絡会C A F Eへの出席を推進し同業者としての親睦を深めつつ専門知識・技術の習得ができるようにしている。  |      |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |   |      |                   |
| 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        | 在宅での生活スタイルや生活歴等アセスメント情報をスタッフで共有し利用者との円滑なコミュニケーションが図れる様努めている。言葉だけではなく表情や仕草にも目配りしている。 |      |                   |

| 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 |
| 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     | 面会時や必要時の電話連絡を行い、円滑なコミュニケーションを図れる様に努めている。   |      |                   |
| 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 | 良く聞取りを行い、理解・納得をしていただけるよう話し合いをし、見極め対応している。在宅のケアマネジャーや在宅サービス事業者からの情報も踏まえ総合的に検討・判断している。 |      |                   |
| 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                    | 日々の生活の中で常に一緒に生活をしているという関係を作っている。役割を持って頂く事により職員と利用者がお互いに感謝の言葉を掛け合える状況にある。             |      |                   |
| 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     | 来園時に声掛けをしたり、報告・相談をし一緒に支援をしていける関係を作っている。  |      |                   |
| 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                 | 馴染みの方に来園して頂いたり、連絡を取ったり、住んでいた家や場所に行って頂いたり等している。又、機関誌をご要望に応じ増刷し送付している。                 |      |                   |

| 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 |
| 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                | 日常生活の中で利用者同士が関わり合い、支え合えるよう支援している。  |      |                   |
| 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 | 在宅ケアマネジャーや包括支援センター職員と適宜、情報交換をしている。   |      |                   |
| 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。                       | ご本人の思いや意向を汲取り希望に添えるよう声掛けや雰囲気作りを行っている。ケアプランに反映しチームで対応に取り組んでいる。                        |      |                   |
| 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                    | ご本人及び御家族とのコミュニケーションをとり、個々の生活歴・個性・価値観などを認識し、対応しながら把握する様に努めている。                        |      |                   |
| 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                                  | 出来る事・出来そうな事をする為の工夫や環境作りをしたり日々の生活の中でどの様な変化があるかなどを見極め把握する様に努めている。定期的な評価や再アセスメントを行っている。 |      |                   |

| 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   | ○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 | ご本人・ご家族や関係者と充分話し合いながらその人に合った、必要とされている計画を作成している。家族とのやり取りを支援経過記録に残すことで継続的な支援を行っている |      |                   |
| 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                        | 個別記録は毎日記入し、様々な情報を共有出来る体制になっている。計画の見直し等にも活用している。                                  |      |                   |
| 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、その時々にも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             | その時の状況に応じて柔軟な対応を取り、支援している。フォーマル・インフォーマルサービスを効果的に活用している。                          |      |                   |
| 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                         | 地域清掃や納涼祭など、地域の協力を得ながら参加している。   |      |                   |
| 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、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                     | 出来るだけ希望を伺い納得して頂いた主治医の受診を心掛けている。  |      |                   |

| 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 |
| 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                      | 往診医の看護師とは日常的に相談出来る体制にあり、週1回訪問して支援してもらっている。又、24時間の医療連携体制もとっている。看護計画を立案して頂いている。                |      |                   |
| 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。 | 入院時は定期的に見舞いに行き病状等を確認している。声掛けを行い、安心感を持って貰える様に対応している。報告書を作成し継続的な情報共有に努めている。MSWと退院に向け情報交換をしている  |      |                   |
| 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 | ターミナル期においては家族や以前の本人の意向を十分に汲み取り主治医、看護師、事業所で最善の対応を検討し看護計画、看取りケアプランを作成しこれらに基づき対応を行っている。         |      |                   |
| 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   | 転倒・嘔吐・意識消失などケースに応じた初期対応についてスタッフルームに掲示すると共に医療スタッフの指示・協力の元、対応出来る体制にある。普通救命救急講習の受講のための準備を進めている。 |      |                   |
| 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   | 防災マップの提示。広域避難場所の周知。民間警備会社への業務委託。定期的な防災訓練の実施（事業所内及び地元自治会）消防職員への訓練立合い依頼。自治会防災組織への加入。防災対策の研修参加。 |      |                   |

| 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 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |   |  |      |                   |
| 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                 | プライバシーに配慮する様、その状況に合わせて言葉かけや対応をしている。個人情報の取り扱いについてもプライバシーを損ねる事の無い様にイニシャルで会話するなど、徹底している |      |                   |
| 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                      | ご本人の意思を尊重しながら働きかけたり、内容を理解して頂けるよう説明（話し）を繰り返すなどしながらご本人が希望を表せる事が出来る様に支援している。            |      |                   |
| 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 | 訴えや希望を聞き入れたり、各々のペースを保ち、尊重しながら過ぎて頂けるように支援・配慮している。                                     |      |                   |
| 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                                   | ご本人の好みを取り入れたり、ご本人の希望により地域の美容室へ行っている。ご本人の意思を尊重しながら、状況に合わせて支援している。                     |      |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている      | 買い物や食事の準備・片付け・盛り付けや色彩を工夫するなどと一緒にしてもらい、楽しく食事をして頂ける様に心掛けている。又、献立に利用者の希望を反映している。        |      |                   |

| 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 |
| 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                 | 食事が著しく減少し、栄養状態の低下が明らかに認められる場合は主治医と相談し、高カロリー飲料などの補食にて対応している。必要に応じ管理栄養士に栄養管理指導を受けている。         |      |                   |
| 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                         | 毎食後のケアや入歯の洗浄など支援している。肺炎やその他感染症対策としてイソジンガールでのうがいをやっている。<br>(毎食後)                             |      |                   |
| 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          | 計画作成担当者を中心に定期及び臨時のカンファレンスを行い立案・評価を行い自立支援に向け取り組んでいる。定時のトイレ誘導は基本的に行わず、それぞれの排尿間隔に応じた対応をとっている。  |      |                   |
| 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                          | 腹部マッサージや植物繊維の多い食品や乳製品など毎日の食事で工夫出来る事は実施し、十分な水分摂取量が確保出来るようにしている。また散歩などの運動も日常的に実施している。         |      |                   |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | ご本人の状態に合わせ配慮した方法で希望に合う様に対応している。曜日の指定はせずに平均で1日置きの入浴を行っている。また時間についても本人の希望に叶った時に入浴出来る様に配慮している。 |      |                   |

| 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 |
| 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  | 状況に合わせた安眠休息が出来る方法で対応している。  |      |                   |
| 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   | 薬剤情報をスタッフで管理し内容を確認出来る様になっている。又、毎回往診時に薬剤師に同席して頂き口答及び書面で助言・指示をもらうなど連携を取っている。（薬剤管理指導）   |      |                   |
| 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                            | 一人一人の生活歴やその人の出来る力を活かした役割分担や楽しみながら希望に合わせて季節感・安らぎ・潤いをもたらす様な工夫を生活の中に取り入れ支援している。個別援助の推進。 |      |                   |
| 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るように支援している | 閉鎖的な雰囲気を作らずに玄関を開放し職員が付き添い安全が確保される限り自由に外出出来る。又、個別でも希望を取り入れたサービスを行っている。ご家族との外出も支援している  |      |                   |
| 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                            | ご本人の状況や希望により所持したりご家族との話し合いでお小遣いを預かっている。又、出来る限り利用者自身で会計をして頂き今までと同じように社会との交流を図る支援をしている |      |                   |

| 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   | 各部屋に電話を引き込める様にしてあり、希望される利用者様には希望に応じスタッフ対応している。又、年賀状を毎年、送っている。                        |      |                   |
| 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 | 明るい色のカーテン等を使用し、広めな空間を用意しているので安心して過して頂ける様になっている。湿温計を等間隔に設置し管理している。季節の飾付けを各ユニットで行っている。 |      |                   |
| 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  | 居間や食堂は開放的に利用出来るが間じ切りして個別に利用する事も可能になっている。   |      |                   |
| 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  | 個人の物品の持ち込みや、使い慣れた物・好みの物を使用し、安心して過ごせる様に配慮している。  |      |                   |
| 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」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  | 一人一人の意志を尊重しながら声掛けや目印等、混乱や失敗のない様にし、身体機能の低下に合わせ滑り止めや機械の設置をし安全や使いやすさにも配慮・工夫している。        |      |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームめろでいー

作成日

平成24年10月8日

〔目標達成計画〕

| 優<br>先<br>順<br>位 | 項<br>目<br>番<br>号 | 現状における<br>問題点、課題  | 目 標  | 目標達成に向けた<br>具体的な取り組み内容   | 目標達成に<br>要する期間 |
|------------------|------------------|---|--|--|----------------|
| 1                | 4                | 家族、地域住民や行政からの事業所に対する要望や意見を忌憚なく伝えられる良好な関係の継続                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族、地域住民や行政の想いを知り、より良いサービスを提供したい</li> <li>・地域の中での役割作りや社会参加に繋げていく</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族、地域住民や行政との日頃のコミュニケーション</li> <li>・運営推進会議</li> <li>・自治会行事への継続参加</li> </ul>   | 1年             |
| 2                | 6                | 法人全体で身体拘束廃止に向けた取り組みを継続的に行う。また事故に対する意識を風化させる事なく再発防止に努め安楽生活が営めるよう支援していく | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束0の継続</li> <li>・職員の拘束廃止への意識の継続</li> <li>・接遇面を含めた不適切ケアのない生活</li> <li>・リスクマネジメント</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束廃止に向けた委員会の効果的な活動の継続</li> <li>・外部研修への参加</li> <li>・OJTの充実</li> <li>・定期的な職員の意識調査</li> <li>・姉妹施設との問題共有</li> <li>・市連絡会との問題共有</li> </ul> | 1年             |
| 3                | 35               | 非常災害時の迅速かつ冷静な対応   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害の種別に応じた適切な初期対応を理解する</li> <li>・スタッフ一人一人が防災意識を高め命の尊さを感じる</li> <li>・災害時の地域との連携</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・消防士、自治会の立会い防災訓練の実施。自治会防災組織と定期的な災害時対応の確認、検討を行う。定期的な設備や備品、備蓄の確認。海拔マップや避難場所の掲示。外部研修の参加。救命救急研修受講。</li> </ul>                               | 1年             |
|                  |                  |   |  |  |                |
|                  |                  |   |  |  |                |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。