

<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  |
| 合計                             | 20 |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業所番号 | 1493200172         |
| 法人名   | 特定非営利活動法人 梓岳福祉会    |
| 事業所名  | サン・フローラ上白根         |
| 訪問調査日 | 平成24年9月20日         |
| 評価確定日 | 平成24年10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。

平成 24 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         | 1493200172   | 事業の開始年月日       | 平成21年2月1日  |  |
|               |  | 指定年月日          | 平成21年2月1日  |  |
| 法人名           | 特定非営利活動法人 梓岳福祉会  |                |            |  |
| 事業所名          | サン・フローラ上白根   |                |            |  |
| 所在地           | ( 241-0001 )<br>横浜市旭区上白根163番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9月3日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成25年5月27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)】

入居者様が主人公になれる施設を目指しており日々の予定は決めず入居者様のペースやその日の気分にあう生活ができるよう援助しております。又季節ごとのイベントを行うことによりご家族様にも入居者様との楽しい時間を過ごせるように努めております

## 【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3-30-8SYビル2F |               |             |
| 訪問調査日 | 平成24年9月20日                       | 評価機関<br>評価決定日 | 平成24年11月30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)】

①このホームは、NPO法人「梓岳福祉会」が運営している。開所後3年を経過して、落ち着いた雰囲気のあるホームとなっている。この法人の前理事長が、北欧の回想法による認知症対応の思いを持ち、このホームを立ち上げた。相鉄線の鶴ヶ峰駅からバスで10分、徒歩5分の緑地指定地域にあり、南側が、全面、畑に面しており開放感がある。敷地・建物共に自社所有で、敷地は広く野菜畑やイベントが出来る空き地があり、建物内も廊下も広く、回想法室・事務室の部屋もあり余裕のある作りになっている。また傾斜地に立っているため、2Fの玄関が道路に面して外との出入り口となっている。避難経路が2Fでも2経路あり(1Fは3経路)防災上、安心な構造になっている。

②このホームの方針として「利用者が主人公になれる施設」を目指しており、利用者のペースやその日の気分に合わせて支援をしている。従って食事のメニューは、利用者の希望を聞き、食事ごとに都度決めるやり方を取っている。日中、1F/2F共に玄関・ユニット入り口は、施錠をしておらず、利用者が自由に外に出られるようにしている。一方では、「地域に溶け込み、地域の方々と触れ合い」も理念に掲げており、近隣住民との交流を3年かけ、少しずつ深めており、利用者や職員と顔見知りのご近所の方々も増え、散歩の際に挨拶・立ち話をしたり、近くの農家の方が、庭に立ち寄り、野菜を頂いたり、話をしたりする関係が出来つつある。

③この法人の理事長・管理者は、共に若く、理事長はこのホームに常駐しており、職員と理事長・管理者との風通しが良く、日頃から話合える事や毎月、利用者全員のケースカンファレンスを行い、利用者の状況を職員が共有していることにより、このホームの方針「利用者のペースに合わせる」介護が職員間で認識されている。職員は、明るく働いており、昼食時には、利用者もテレビを見ながら、職員と談笑しながら食事をしており、一般家庭の雰囲気を出している。開所後3年経っても、利用者の自立度があまり下がっておらず、グループホームの本来の姿が維持されているホームとなっている。

## 【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  | サン・フローラ上白根 |
| ユニット名 | トゥインクルスター  |

| 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                     | 「地域に溶け込み地域の方々とはふれあいながら喜びや張合いのある生活を送れるよう支援します」との一文が入った理念を施設内に掲示すると共にスタッフ会議等で実際のサービス提供時にどう反映させるか話し合っている                             | 「地域に溶け込み地域の方々とは触れ合いながら喜びや張合いのある生活への支援」との一文が入った理念やホームの方針として「ゆっくり、一緒に、楽しく」を掲示している。スタッフ会議で実際のサービス提供時にどう反映させるかを事例を取り上げて話し合い、理念や方針の共有と実践に繋げている。 | 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                     | 自治会に加入し夏祭り等へ参加している。又近隣高校の体験の受け入れ、施設で行う行事への参加声かけを近隣住民に対し行っている  | 自治会に加入し夏祭りに参加している。管理者は、近隣住民との交流を重要視しており、利用者と顔なじみの住民も出てきて散歩の際、挨拶や会話が出来るようになった。近隣の高校の体験学習の受け入れも行っている。ホームの夏祭りや避難訓練への近隣住民の参加を目標にしている。          | 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、地域の人々に向けて活かしている                   | 自由に見学できるようにしている。又、その際、質問や相談等に答えるようにしている   |  |                   |  |
| 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 | 運営推進会議では一方的ではなく参加者との会話が成立するよう心がけている。又、問題等があった場合はその解決方法への意見を活用するようにしている  | 運営推進会議は、3カ月に1回のペースで開催されている。地域の方々のメンバーを固定化するのを今後の課題としている。会議では一方的でなく参加者との会話が成立するよう心がけている。問題があった場合は、その解決方法へのご意見を頂き、活用することもある。                 | 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           | 研修情報を頂き研修に参加させて頂いている。グループホーム連絡会には区役所からも参加頂き交流を図るようにしている。また生活保護受給者の手続きの事で相談や指導を受ける等、区の生活保護担当とは常に連携が取れている。地域包括支援センターは運営推進会議に参加している。 | グループホーム連絡会には、区役所職員にも参加頂き交流を図っている。研修情報を都度、連絡頂き、必要な研修には参加している。区役所の生活保護の担当とは、生活保護者の手続きのことで相談や指導を受ける等連携が取れている。地域包括支援センターには、運営推進会議に参加している。      | 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 | マニュアルの作成やスタッフ会議、研修への参加での意識付けを行っている。玄関、廊下などの施錠についても施設の方針として禁止している。入居時に前記方針をご家族に説明しご理解、ご協力をお願いしている           | マニュアルの作成やスタッフ会議、研修への参加で、身体拘束をしないケアの意識付けを行っている。玄関・廊下の施錠はホームの方針として禁止している。所在確認を絶えず行い、見守りを徹底することにより実現できている。ご家族にもこの方針のご理解とご協力をお願いしている。            | 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                                      | マニュアルの作成、研修への職員の参加を行っている   |  |                   |
| 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                                 | 研修へ参加し学ぶと共に必要に応じ関係者へ働きかけている  |  |                   |
| 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  | 重要事項説明書を使い説明すると共に不明点等の質問を確認しご納得頂いた上で契約書にサインを頂いている  |  |                   |
| 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   | ご家族様面会時にご本人の状況、身体状況を説明している。又、その際に不明点の説明やご要望の有無を確認している。苦情等があった場合に備え相談記録簿を準備し記録を残せるようにし、それらを運営に反映できる体制をとっている | ご家族との面会時には、通常、理事長か管理者が対応し、ご本人の状況、身体状況を説明している。その際不明点の説明やご要望の有無を確認している。夏祭りやバーベキューの際にもご家族をお誘いし、お話を聞いている。苦情等があった場合は、相談記録簿を準備しているが、現在までまだ使われていない。 | 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                                      | スタッフ会議等を活用して意見の汲み上げを行い改善すべき所は改善するなど職員の勤労意欲の低下防止に努めている | スタッフ会議を活用して意見の汲みあげを行い、改善すべきところは改善する等、職員の勤労意欲の低下防止に努めている。理事長も常勤で、理事長及び管理者と職員間の風通しはよく、職員よりトップへの意見・要望は、日頃より遠慮なく出されている。 | 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      | 必要に応じ賃金の改定などを行っている。又、勤務時間等の要望にもなるべく応えるようにしている         |   |                   |  |
| 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          | 状況や必要に応じたOJTの実施や外部研修へ積極的に参加させている                      |   |                   |  |
| 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 | 地域ブロックの連絡会や横浜市グループホーム協議会に加入している                       |   |                   |  |
| 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        | まず訴えを傾聴すると共に受容の姿勢を示すことで安心感を持って頂けるように心がけている            |   |                   |  |

| 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 |
| 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     | 訴えを傾聴する事で困っていることや要望等を把握する。又、状況の説明を行い情報を共有化し方向性を同じにする事で信頼関係を構築できるように心がけている |   |                   |
| 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 | 状況や意向の確認を行い支援を決定する。その過程で他のサービス利用が望ましい場合は家族に対し情報を提供すると共に他のサービス利用を提言している    |   |                   |
| 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                    | 炊事や掃除等の家事は職員が一方的に行うのではなく入居者様が出来ることは主体となって積極的に行って頂き職員は援助に徹するようにし共同で行っている   |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている     | ご家族も楽しめる行事を開催し参加して頂く事でご入居者様との接点を作っている。又、面会しやすい環境を作ることで面会の頻度を上げるよう努力している。  |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                 | 入居前に所属していた老人会の行事に参加してもらおうなどしている。又、行きつけの美容室、理髪店の利用も対応している。                 | 入居前に所属していた団地の老人会の初詣ツアーに、ホームの友達と参加される方もいる。行きつけの美容室や理髪店の利用にも対応している。昔の友達が訪ねて来られる方もいる。ご家族の協力で、昔馴染みの場所に行きつけの美容室や理髪店の利用にも対応している。昔の友達が訪ねて来られる方もいる。ご家族の協力で、昔馴染みの場所に行ったり、お墓参り行かれる方もいる。 | 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                 | こまめなリビング誘導の声かけ実施している。又、入居者様同士の会話にも必要に応じ混ざること関係構築の援助を行っている。                        |   |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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 | 退居時に相談に乗る旨の声かけを行っている  |   |                   |
| 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。                        | 外出への個別対応等本人希望に沿った生活が送れるよう配慮している。本人会話の傾聴や表情から希望や意向の把握が出来るよう努めている                   | 外出への個別対応等本人希望に沿った生活が送れるよう配慮している。本人との会話の傾聴や表情から希望や意向の把握が出来るように努めている。「お寿司が食べたい」とか「買い物が見たい」等の要望は、できる範囲で対応している。 | 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                     | 入居時の聴き取りや普段の会話から生活歴等の把握に努めている。  |   |                   |
| 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                                   | 本人のペースで生活を送って頂き一日の過ごし方を家事等の作業への参加を促し実際行って頂く事で有する力を会話の傾聴や様子観察により身体状態とそれぞれで把握に努めている |   |                   |



| 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 | ご本人やご家族への聴き取りを実施し状況に合わせた介護計画を作成している。又、モニタリングを定期的に行い介護計画と現状にずれが生じないように努めている         | ご本人やご家族への聞き取りを実施し状況に合わせた介護計画を作成している。毎月のユニット会議の中でケースカンファレンスを行い、全利用者一人ひとりの状況を職員間で意見交換し、情報を共有できるようにしている。モニタリングを定期的に行い、計画と現状にずれが生じないようにしている。 | 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                        | 新しく実施するケアの結果や日々の様子、気付いた事等を業務日誌や個別記録、連絡ノートに記載し情報の共有、実践に努めている。又、介護計画見直し時にそれらを活用している。 |  |                   |
| 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               | 柔軟な対応が取れる体制の提供に努めている。  |  |                   |
| 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                         | 地域ボランティア等を活用している。又、安全に配慮しつつ様々な作業を共同で行う事で力を発揮して頂いている。その他、趣味となりうる活動の発見に努めている         |  |                   |
| 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                    | 事前に確認し希望があった場合、その医療機関への受診が行える体制を提供している。又、医療機関へのこまめな連絡や情報提供を行い適切な医療を受けられるよう努めている。   | 協力医療機関が毎月2回往診している。他の医療機関での受診の希望があったり、必要になったりした場合、ご家族に代わって医療機関にお連れする機会が多い。非常勤の看護師が毎週来て健康管理に配慮している。  | 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                      | 職員に看護師がおり介護職員は日常で気付いた事を気軽に相談できるようになっている。訪問診療時に可能な限り看護師が対応する事で適切な受診や看護が受けられるよう支援している |   |                   |
| 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、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。 | 情報の提供、交換をこまめに行えるように努めている。又、近隣の総合病院の参加、MSWや看護師との顔つなぎに努め関係構築を図っている                    |   |                   |
| 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 | 書面を作成し家族に事前に説明すると共にかかりつけ医とも情報の共有化に努め意見の一致を図り状況変化に応じた対応が取れるように努めている                  | 重度化した場合は、書面を作成しご家族に説明するとともにかかりつけ医とも情報の共有化に努め、意見の一致を図り、状況変化に応じた対応が取れるように努めている。看取りの経験はなく、これまでは、重度化した時は、ご家族と相談の上、医療機関・特養・老健等へ移って頂いている。 | 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   | マニュアルを作成している。又、看護師によるレクチャーを実施している。  |   |                   |
| 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   | 避難訓練を実施している。又、旭消防署や近隣住民に協力を仰ぎ夜間対応の避難訓練を計画している。                                      | 年2回の避難訓練を実施している。次回の避難訓練では、旭消防署の協力を得て、消火訓練を行い、近隣の住民にも参加頂き、夜間対応の避難訓練を計画している。建物の構造上、2Fの玄関が、道路に直結しており、1Fも避難経路が、3経路あり、避難しやすい利点がある。       | 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                 | 日々の業務中にも入居者様のプライバシーや尊厳を失うような声かけ等に職員同士で注意しあっている。又、スタッフ会議でも注意している。守秘義務や情報漏洩に関しては雇用契約書に記載されており同意を得ている。 | 日々の業務中にも利用者のプライバシーや尊厳を損なうような声掛け等には、職員同士で注意し合っている。スタッフ会議でも事例を挙げて注意している。利用者のプライバシーに関する守秘義務や情報漏洩に関しては、雇用契約書に記載されており、職員より同意を得ている。       | 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                      | 行動を起こす場合は押し付けるのではなく本人の希望を確認、優先している。希望聞かれない場合は候補をあげ選択してもらえよう努めている。                                   | /   |                   | / |
| 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 | 行事日以外では事前に予定は決めず入居者様の希望に合わせ当日に一日の流れを決めている。又、希望により散歩や買い物がある場合でも拒否された方には強制せず本人ペースに合わせた生活を送れるよう努めている。  |   |                   |   |
| 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                                   | 嗜好調査を実施。着衣交換介助の場合は季節感に大きなずれ等無い場合は本人希望を優先している。希望者には買い物援助を行い本人が好み衣類を選べ購入できる環境を提供している。                 |   |                   |   |
| 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      | 食べたい物を確認しメニューを決定している。又、調理や片付けに関しては基本的に入居者様が主体となり進めている   | 前もってメニューを作らず、利用者より食べたい物を確認して、毎食メニューを決め作るのがこのホームの特色である。調理や片付けに関しては、基本的に利用者が主体となり進めている。外食は、毎月一度は行われている。この夏には、室内で桶を使い「流しソーメン」を行い、喜ばれた。 | 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                 | 水分摂取のチェック表を作成し毎日チェックを行っている。又、定時での水分提供以外にも希望に応じ水分を提供している。   |  |                   |
| 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                         | 毎食後誘導声かけを行っている。入居者様状況に応じ介助を行っている。  |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている          | 尿、便意の訴え聞かれない入居者様に関しては排泄パターンに基づいて時間で誘導し失禁しないように援助している。又必要に応じポータブルトイレを使用している。オムツ使用は最低限の期間、時間のみとすると共にオムツ使用の必要性を常に検証しリハビリパンツへの移行を心がけている。 | 尿、便意の訴えを聞けない利用者には、排泄パターンに基づいて時間でトイレ誘導し失禁しないように支援している。必要に応じて夜間、ポータブルトイレを使用している方もいる。オムツの使用は、最低限の時間・期間とすると共にオムツの使用の必要性を検証し、リハパンへの移行を心がけている。 | 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                          | 水分量の確保や個別に乳製品の提供を行っている。又、食事に食物繊維を含む食材を積極的に使用している。  |  |                   |
| 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 | 入浴は毎日実施しており時間も入居者様の希望を優先している。拒否がある場合は担当職員だけではなく他出勤者を時間をあけ声かけを実施している。   | 入浴は、毎日朝から夕方まで実施しており、利用者の希望を優先しいつでも入浴できるようにしている。毎日入浴される方もいる。入浴拒否がある場合は、担当（日勤帯）職員だけではなく、他の出勤者も時間を空け、声掛け等を実施し、3日以上入浴拒否が続かないよう注意している。        | 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  | 環境の整備や本人ペースに合わせた声かけ、誘導を実施している。  |  |                   |
| 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   | 薬剤情報をファイリングし職員が随時見られるようにしている。又、新規処方については用量や副作用、注意点、禁忌がある場合は業務日誌や申し送りノートを活用し職員全員が把握できるようにしている。       |  |                   |
| 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                              | 全員が役割を持って生活できるよう援助している。又、個別の聴き取りを行い楽しいと感じる事や趣味を把握し実際に行って頂けるよう支援している。嗜好品については嗜好調査を行い把握し提供できるようにしている。 |  |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 状況が許す限り（天候や体調等）散歩を毎日実施している。又、外食会の定期的な開催や希望者には個別外出介助を行っている。  | 天候や体調等の状況は許す限りは、散歩を毎日実施している。また、外食会の定期的な実施や希望者には買い物等の個別外出介助を行っている。春と秋の年2回江の島・三溪園・マリンタワー等の遠出をユニット毎に行っている。ホームの庭に野菜を栽培しており、植え付け・収穫を利用者と一緒に行っている。 | 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                              | 購入希望があった場合、個別対応にて買い物へ同伴している。又、その際一定の金額を渡し自由に買い物できるように援助している。  |  |                   |

| 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   | 希望に応じ電話の使用援助、便箋、封筒の提供を行っている。   |   |                   |
| 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 | 落ち着いた雰囲気や実際の家庭のような雰囲気を出すように心がけている。又、掃除等の環境整備も常時行っている。トイレ等には見当識障害が顕著に発生した場合のみ目印を設置している。 | 落ち着いた雰囲気や実際の家庭のような雰囲気を出すよう、過度な飾り付けは避ける様心掛けている。リビングと廊下の掃除は、毎朝、利用者と共に掃除機・ドライモップ・消毒液を使った水ぶきで清潔にしている。トイレ等に見当識障害が顕著に発生した場合のみ目印を設置している。 | 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  | 回想法室を活用している。席は混乱を招かぬように食事時には固定しているがその他の時間は入居者様同士がもめない限り自由としている。                        |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 入居時に新品を買うのではなく今まで使っていた物の持込をお願いしている。各居室には入居前に使用していた物の持込がある。                             | 入居時に新品を買うのではなく、今まで使っていた物の持ち込みをお願いしている。使い慣れた家具・備品は、原則として何でも受け入れ、自分の部屋作りをして頂いている。衣替えは、職員と利用者で行っている。                                 | 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  | 職員見守りや一部介助を行う事で様々な作業を行って頂いている。   |   |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

サン・フローラ上白根

作成日

平成24年9月20日

〔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組み内容           | 目標達成に要する期間 |
|------|------|-----------------|----------------------|-----------------------------|------------|
| 1    | 4    | 運営推進会議の参加者が少ない。 | 運営推進会議の参加人数を増やす事が出来る | 開催日を固定し早い段階でメンバーの方々にお知らせする。 | 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。

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | サン・フローラ上白根 |
| ユニット名 | ムーンライト     |

| 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     |



| 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                     | 「地域に溶け込み地域の方々とふれあいながら喜びや張合いのある生活を送れるよう支援します」との一文が入った理念を施設内に掲示すると共にスタッフ会議等で実際のサービス提供時にどう反映させるか話し合っている                               |      |                   |
| 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                     | 自治会に加入し夏祭り等へ参加している。又近隣高校の体験の受け入れ、施設で行う行事への参加声かけを近隣住民に対し行っている   |      |                   |
| 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                   | 自由に見学できるようにしている。又、その際、質問や相談等に答えるようにしている  |      |                   |
| 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 | 運営推進会議では一方的ではなく参加者との会話が成立するよう心がけている。又、問題等があった場合はその解決方法への意見を活用するようにしている   |      |                   |
| 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に取り組んでいる           | 研修情報を頂き研修に参加させて頂いている。グループホーム連絡会には区役所からも参加頂き交流を図るようにしている。また生活保護受給者の手続きの事で相談や指導を受ける等、区の生活保護担当とは常に連携が取れている。地域包括支援センターは運営推進会議に参加頂いている。 |      |                   |

| 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 | マニュアルの作成やスタッフ会議、研修への参加での意識付けを行っている。玄関、廊下などの施錠についても施設の方針として禁止している。入居時に前記方針をご家族に説明しご理解、ご協力をお願いしている           |      |                   |
| 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                                      | マニュアルの作成、研修への職員の参加を行っている   |      |                   |
| 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                                 | 研修へ参加し学ぶと共に必要に応じ関係者へ働きかけている  |      |                   |
| 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  | 重要事項説明書を使い説明すると共に不明点等の質問を確認しご納得頂いた上で契約書にサインを頂いている  |      |                   |
| 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   | ご家族様面会時にご本人の状況、身体状況を説明している。又、その際に不明点の説明やご要望の有無を確認している。苦情等があった場合に備え相談記録簿を準備し記録を残せるようにし、それらを運営に反映できる体制をとっている |      |                   |

| 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                                      | スタッフ会議等を活用して意見の汲み上げを行い改善すべき所は改善するなど職員の勤労意欲の低下防止に努めている |      |                   |
| 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      | 必要に応じ賃金の改定などを行っている。又、勤務時間等の要望にもなるべく応えるようにしている         |      |                   |
| 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          | 状況や必要に応じたOJTの実施や外部研修へ積極的に参加させている                      |      |                   |
| 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 | 地域ブロックの連絡会や横浜市グループホーム協議会に加入している                       |      |                   |
| 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        | まず訴えを傾聴すると共に受容の姿勢を示すことで安心感を持って頂けるように心がけている            |      |                   |

| 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 |
| 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     | 訴えを傾聴する事で困っていることや要望等を把握する。又、状況の説明を行い情報を共有化し方向性を同じにする事で信頼関係を構築できるように心がけている |      |                   |
| 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 | 状況や意向の確認を行い支援を決定する。その過程で他のサービス利用が望ましい場合は家族に対し情報を提供すると共に他のサービス利用を提言している    |      |                   |
| 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                    | 炊事や掃除等の家事は職員が一方的に行うのではなく入居者様が出来ることは主体となって積極的に行って頂き職員は援助に徹するようにし共同で行っている   |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている     | ご家族も楽しめる行事を開催し参加して頂く事でご入居者様との接点を作っている。又、面会しやすい環境を作ることで面会の頻度を上げるよう努力している。  |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                 | 入居前に所属していた老人会の行事に参加してもらおうなどしている。又、行きつけの美容室、理髪店の利用も対応している。                 |      |                   |

| 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                 | こまめなリビング誘導の声かけ実施している。又、入居者様同士の会話にも必要に応じ混ざること関係構築の援助を行っている。                        |      |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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 | 退居時に相談に乗る旨の声かけを行っている  |      |                   |
| 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。                        | 外出への個別対応等本人希望に沿った生活が送れるよう配慮している。本人会話の傾聴や表情から希望や意向の把握が出来るよう努めている                   |      |                   |
| 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                     | 入居時の聴き取りや普段の会話から生活歴等の把握に努めている。  |      |                   |
| 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                                   | 本人のペースで生活を送って頂き一日の過ごし方を家事等の作業への参加を促し実際行って頂く事で有する力を会話の傾聴や様子観察により身体状態とそれぞれで把握に努めている |      |                   |

| 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 | ご本人やご家族への聴き取りを実施し状況に合わせた介護計画を作成している。又、モニタリングを定期的に行い介護計画と現状にずれが生じないように努めている         |      |                   |
| 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                        | 新しく実施するケアの結果や日々の様子、気付いた事等を業務日誌や個別記録、連絡ノートに記載し情報の共有、実践に努めている。又、介護計画見直し時にそれらを活用している。 |      |                   |
| 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               | 柔軟な対応が取れる体制の提供に努めている。  |      |                   |
| 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                         | 地域ボランティア等を活用している。又、安全に配慮しつつ様々な作業を共同で行う事で力を発揮して頂いている。その他、趣味となりうる活動の発見に努めている         |      |                   |
| 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                    | 事前に確認し希望があった場合、その医療機関への受診が行える体制を提供している。又、医療機関へのこまめな連絡や情報提供を行い適切な医療を受けられるよう努めている。   |      |                   |

| 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                      | 職員に看護師がおり介護職員は日常で気付いた事を気軽に相談できるようになっている。訪問診療時に可能な限り看護師が対応する事で適切な受診や看護が受けられるよう支援している |      |                   |
| 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、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。 | 情報の提供、交換をこまめに行えるように努めている。又、近隣の総合病院の参加、MSWや看護師との顔つなぎに努め関係構築を図っている                    |      |                   |
| 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 | 書面を作成し家族に事前に説明すると共にかかりつけ医とも情報の共有化に努め意見の一致を図り状況変化に応じた対応が取れるように努めている                  |      |                   |
| 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   | マニュアルを作成している。又、看護師によるレクチャーを実施している。  |      |                   |
| 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   | 避難訓練を実施している。又、旭消防署や近隣住民に協力を仰ぎ夜間対応の避難訓練を計画している。                                      |      |                   |

| 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 |
| 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                 | 日々の業務中にも入居者様のプライバシーや尊厳を失うような声かけ等に職員同士で注意している。又、スタッフ会議でも注意している。守秘義務や情報漏洩に関しては雇用契約書に記載されており同意を得ている。   |      |                   |
| 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                      | 行動を起こす場合は押し付けるのではなく本人の希望を確認、優先している。希望聞かれない場合は候補をあげ選択してもらえよう努めている。                                   |      |                   |
| 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 | 行事日以外では事前に予定は決めず入居者様の希望に合わせて当日に一日の流れを決めている。又、希望により散歩や買い物がある場合でも拒否された方には強制せず本人ペースに合わせた生活が送れるよう努めている。 |      |                   |
| 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                                   | 嗜好調査を実施。着衣交換介助の場合は季節感に大きなずれ等無い場合は本人希望を優先している。希望者には買い物援助を行い本人が好み衣類を選べ購入できる環境を提供している。                 |      |                   |
| 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      | 食べたい物を確認しメニューを決定している。又、調理や片付けに関しては基本的に入居者様が主体となり進めている   |      |                   |



| 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                 | 水分摂取のチェック表を作成し毎日チェックを行っている。又、定時での水分提供以外にも希望に応じ水分を提供している。   |      |                   |
| 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                         | 毎食後誘導声かけを行っている。入居者様状況に応じ介助を行っている。  |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている          | 尿、便意の訴え聞かれない入居者様に関しては排泄パターンに基づいて時間で誘導し失禁しないように援助している。又必要に応じポータブルトイレを使用している。オムツ使用は最低限の期間、時間のみとすると共にオムツ使用の必要性を常に検証しリハビリパンツへの移行を心がけている。 |      |                   |
| 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                          | 水分量の確保や個別に乳製品の提供を行っている。又、食事に食物繊維を含む食材を積極的に使用している。  |      |                   |
| 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 | 入浴は毎日実施しており時間も入居者様の希望を優先している。拒否がある場合は担当職員だけではなく他出勤者を時間をあけ声かけを実施している。   |      |                   |

| 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  | 環境の整備や本人ペースに合わせた声かけ、誘導を実施している。  |      |                   |
| 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   | 薬剤情報をファイリングし職員が随時見られるようにしている。又、新規処方については用量や副作用、注意点、禁忌がある場合は業務日誌や申し送りノートを活用し職員全員が把握できるようにしている。       |      |                   |
| 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                              | 全員が役割を持って生活できるよう援助している。又、個別の聴き取りを行い楽しいと感じる事や趣味を把握し実際に行って頂けるよう支援している。嗜好品については嗜好調査を行い把握し提供できるようにしている。 |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 状況が許す限り（天候や体調等）散歩を毎日実施している。又、外食会の定期的な開催や希望者には個別外出介助を行っている。  |      |                   |
| 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                              | 購入希望があった場合、個別対応にて買い物へ同伴している。又、その際一定の金額を渡し自由に買い物できるように援助している。  |      |                   |

| 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   | 希望に応じ電話の使用援助、便箋、封筒の提供を行っている。   |      |                   |
| 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 | 落ち着いた雰囲気や実際の家庭のような雰囲気を出すように心がけている。又、掃除等の環境整備も常時行っている。トイレ等には見当識障害が顕著に発生した場合のみ目印を設置している。 |      |                   |
| 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  | 回想法室を活用している。席は混乱を招かぬように食事時には固定しているがその他の時間は入居者様同士がもめない限り自由としている。                        |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 入居時に新品を買うのではなく今まで使っていた物の持込をお願いしている。各居室には入居前に使用していた物の持込がある。                             |      |                   |
| 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」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  | 職員見守りや一部介助を行う事で様々な作業を行って頂いている。   |      |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

サン・フローラ上白根

作成日

平成24年9月20日

〔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組み内容           | 目標達成に要する期間 |
|------|------|-----------------|----------------------|-----------------------------|------------|
| 1    | 4    | 運営推進会議の参加者が少ない。 | 運営推進会議の参加人数を増やす事が出来る | 開催日を固定し早い段階でメンバーの方々にお知らせする。 | 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。