

平成22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         | 1473700399                                       | 事業の開始年月日       | 平成12年12月1日 |
|               |                                                  | 指定年月日          | 平成12年12月1日 |
| 法人名           | 社会福祉法人みやび会                                       |                |            |
| 事業所名          | グループホームやすらぎの郷                                    |                |            |
| 所在地           | ( 227-0054 )<br>横浜市そ青葉区しらとり台3番地13                |                |            |
| 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22年10月26日                                      | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成23年3月4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-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473700399&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473700399&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)】

[illegible]

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橘1-2-4 ｸﾞﾃﾞｳﾌｧｰｽﾄ 3階 |               |            |
| 訪問調査日 | 平成22年11月16日                            | 評価機関<br>評価決定日 | 平成23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)】

東急田園都市線青葉台駅から徒歩8分、国道246や環状4号線が近くを通り、交通の利便性に富んだ住宅街にあり、建物は一般住宅と変わぬ外観で地域の環境に溶け込んでいます。

<優れている点>

【医療機関との連携による安心感】何度かの外部評価でも医療機関との安定した連携関係で、利用者の健康や医療に重点を置いて運営されていることが評価されてきました。まさにその通りで、今回もその継続と維持の取り組みが確認されました。重度化や緊急対応に対しても、医療機関の指導や今までの経験をベースに職員は自信を持って取り組んでいます。

【利用者の思いや意向、実状の介護計画の見直しや日頃のケアへの反映】利用者とその家族からの「自立支援に向けた聴き取り調査書」の内容や毎日のサービス提供内容を記録した利用者別の「介護計画実施記録」、介護計画で計画されたサービス提供の目標達成や効果を確認した「介護計画評価表」など、職員自身の耳と目や気づきで集められたデータが計画の見直しやケアのあり方に反映されています。

<工夫している点>

【サービスの提供に職員の思いを反映】例えば食事サービスの提供では、毎日の食事担当者は、利用者の食事を楽しいものにしようと、食材業者のレシピに全面依存することなく、手持ちの食材を加味したり、目で楽しめる料理になるようにアレンジして提供しています。また、味付けや食べ易さはもとで、業者のレシピと違う調理の試みなどは、職員同士でその都度話し合ったり評価し合ったりしています。

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

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | グループホームやすらぎの郷 |
| ユニット名 | やすらぎの郷        |

| 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                                                                           |  |
| 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                     | 職場のケアの実践は理念の基に行なわれることが重要であるとの認識を持つように説明はしているが個々によってはついつい理念を意識しない状況でのケアが行なわれるきらいがあるように思われる。 | 理念の周知と共有化に苦心されていますが、理念から外れた行為には、職員同士に注意し教え合える関係が作られています。また職員の発案による、“心に問いかけよう”と言う7項目の理念の補完版も掲げ、周知と共有化や実践に取り組んでいます。 |                                                                                             |  |
| 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                     | 管理者と職員はおおむね交流機会はあるものの、利用者本人の意向もあり余り外出機会が少なく（一部を除き）日常的な付き合いも少なくなっている。                       | 町内会に入会しており、順番制で回ってくる家庭ごみの収集場所の清掃当番に利用者と一緒に参加して、町内会の活動に加わっています。また、近隣の中学校からの要請で、1,2年生の体験研修の受け入れを、数年続けています。          |                                                                                             |  |
| 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                   | 必要に応じての協力はしている。但し専門機関（訪問看護ST職員、労務管理関係者、HP職員など）の相談等が主になっている。本当の意味での地域にはまだまだ活かしきれていないと感じる。   |                                                                                                                   |                                                                                             |  |
| 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 | 報告に伴う意見や考えは貴重なものとして参考にすべきと考える。外からの何気ない意見、質問からも多くのヒントを得られることがあると考える。                        | 期待される概ね2ヶ月に1回の開催までには至っていませんが、議事録からは、出席者がホームの状況を良く理解している様子が伺えます。直近の会議では、災害時の避難訓練やデジタル化への早期対応が要望されています。             | 会議委員への頻繁な出席要請に気遣われている様子が伺えます。会議時間の短縮化や資料の事前配布や定期報告など委員の出席し易い環境づくりを検討され、1回でも多く開催されることを期待します。 |  |
| 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に取り組んでいる           | 横浜市の担当の方々の意見交換や情報交換は常々できてはいるが、区の担当者との関係はまだまだと考える。ただし、生活保護受給の入居者の担当職員の方々とは定期的な情報提供は行っている。   | 横浜市とは、管理者がグループホーム協議会などでの活動を通して、協働関係を築かれていますが、区とは、介護施設の増加で手が回らないこともあり生活保護課との関係以外は希薄な状況です。運営推進会議にも職員の参加が実現していません。   |                                                                                             |  |

| 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    | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p> | 拘束になるようなケアは行なっていない。一応当ホームは県の拘束廃止推進モデル事業者に指定をされている立場上このようなケアはおこなっていない。                                      | 「拘束は絶対にしない」の信念で取り組んでいます。採用時教育でも、しっかり教えています。職員は、やむを得ない場合の対応についても正しく理解しています。また玄関に鍵を掛けないケアの取り組みも、地域に協力を求めています。 |                   |
| 7    |      | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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されることがないように注意を払い、防止に努めている</p>                                       | 虐待及び拘束も含めたケアは行なわないことが確認されている。                                                                              |                                                                                                             |                   |
| 8    |      | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>                                 | 成年後見制度については資料等もあり、会議においても説明はしてきた経緯はある。今までは後見制度を利用するような入居者も居なかったこともあるが、現在は該当するに等しい人もいますので今後再度説明し理解を深めて行きたい。 |                                                                                                             |                   |
| 9    |      | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>                                                      | 特に説明は十分に行っていると思っている。今まで、契約内容等についての苦情やトラブルもなかった。                                                            |                                                                                                             |                   |
| 10   | 6    | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>                                                   | ご家族との意見交換はおおむね行われていると思う。                                                                                   | 来訪される家族が少なく、利用者の家族と話し合う機会が少ないようです。そのため事業所は、利用者家族に、衣類の交換や持ち込みを四季に合わせて都度お願いしたり、医療相談などを持ちかけて意見交換の機会作りに努めています。  |                   |

| 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                                      | 職員会議または介護主任よりの報告を基に反映させている。                           | 職員は、全員参加の職員会議や介護計画立案のカンファレンス、介護主任との個別面談など多くの機会に意見や提案をしています。また、「リーダーBOX」が設けられていて、相談事や意見、提案を主任に伝える仕組みがあります。 |                   |
| 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      | 基本的に職員が働きやすい環境整備には心掛けている。                             |                                                                                                           |                   |
| 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          | 研修は基本にあるが、日々の実践の中での気づきや振り返りを中心にその場で考え解決していくようにしている。   |                                                                                                           |                   |
| 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 | それなりに他の同業者との交流はある。                                    |                                                                                                           |                   |
| 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        | 本人からの聴き取りを行い、それを介護計画のなかで反映していくように努めてはいるがまだまだ十分とはいえない。 |                                                                                                           |                   |

| 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 |
| 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     | 家族の意見は十分にお聞きしながら、日々の生活を含め関係作りには努力している。                                      |                                                                                                   |                   |
| 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 | 定期的な情報収集を行い検討している。                                                          |                                                                                                   |                   |
| 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                    | 入居者間の関係作りには注意をはらいつつ支援している。                                                  |                                                                                                   |                   |
| 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     | ご本人の希望をふくめ、こちらから来訪等の要請をお願いするなどの試みはおこなっているが、ご家族の都合等で思ったような効果が期待されないケースもただある。 |                                                                                                   |                   |
| 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                 | 以前に比べ、ご本人の認知度やA D Lの低下に伴い、以前のように行かない現実がある。                                  | 家族への電話掛けは、積極的に支援しています。元住んでいた地域の知り合いとの関係も入所後少しずつ薄れてきているのが実状で、馴染みの人との関係の継続は、宗教関係のつながりを除くと難しくなっています。 |                   |

| 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 |
| 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                | 関係作りには配慮し、互いに協力しながら生活できるようには心掛けています。                  |                                                                                                                 |                   |
| 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 | 相談があれば必要に応じて協力している。                                   |                                                                                                                 |                   |
| 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。                       | ご本人の意見や要望に耳を傾けるような配慮はしているつもりではいるが、本人本位の意向に沿っているかは難しい。 | 職員と利用者とのコミュニケーションが良好で、定期的に利用者や家族から「自立支援に向けた聴き取り書」で思いや意向の確認を行っています。その結果は、職員全員に共有化され、カンファレンスの資料として介護計画にも反映されています。 |                   |
| 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                    | 入居時に情報収集は行ってはいる。                                      |                                                                                                                 |                   |
| 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                                  | 常に意識しながら現状の把握に努めている。                                  |                                                                                                                 |                   |

| 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   | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | 一応介護計画のモニタリング等はいながら現状に即した内容にしているつもりである。 | 介護計画には、カンファレンスの意見交換や検討結果が反映されています。そこでは介護計画実施記録から計画通りのサービスが提供されたかを確認したり、介護計画評価表で目標の達成や効果を確認しています。PDCAも確実に回っています。 | 次期には、利用者の家族にも関心を持ってもらえるように、四季の催しなどにリンクさせた項目を考えて、「楽しいケアプラン」作りを検討しているようですが、この構想の早期実現を期待します。 |
| 27   |      | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>                        | 記録上には必要な事項は必ず記載し、必要に応じ対応を変えたりしている。      |                                                                                                                 |                                                                                           |
| 28   |      | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>               | 対応は行われていると思う。                           |                                                                                                                 |                                                                                           |
| 29   |      | <p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>                         | 今のところ必要に応じてのみの対応支援になっている。               |                                                                                                                 |                                                                                           |
| 30   | 11   | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>                    | 協力医療機関とは必要以上の協力関係が築かれているので問題はないと考える。    | 事業所としては、重度化や終末期への対応を視野に入れた協力医療機関との協力関係が、利用者にとってベストな医療対応と確信しています。利用者や家族の希望も尊重していますが、入所時には、協力医での受診に理解を求めています。     |                                                                                           |

| 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                      | 訪問看護STとの関係は柔軟に行えているし、原則週1回の訪問を含めてほぼ良好に行われている。  |                                                                                                                   |                                                                                  |
| 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。 | 入退院について医師と十分に打ち合わせを行い、その都度ご家族様にも報告をおこなっている。    |                                                                                                                   |                                                                                  |
| 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 | 医療機関を含め、段階的な方針や方向性については協議している。                 | 重度化の対応では、現在人工透析の利用者数名に対して、協力医療機関の指導の下で、通院や水分制限や制限食の調理に取り組んでいます。又バルーン挿入者の入浴や排泄支援も行うなど医療知識に関する介護職のスキルアップにも力を入れています。 | 終末期の対応については、職員との意見調整も含め、協議にももう少し時間を要するようです。難しいテーマと思いますが前向きな検討を期待します。             |
| 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                                             | 急変、事故発生対応の手順等は一応統一されてはいるつもりである。                |                                                                                                                   |                                                                                  |
| 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                                             | まだまだ不十分であると感じている。職員の意識も含め、訓練や備蓄等の整備も検討する必要がある。 | 今年度は避難訓練を1回実施しています。又協力医療機関で行った消火訓練にも職員が参加しています。しかし、法人で定めた消防計画書に基づく訓練や運営推進会議で検討を約束した夜間想定訓練などの実行が課題として残されています。      | 職員の防災意識を高めるためにも、職員と一緒に消防・通報・避難訓練の計画を立案され、役割分担や連絡網の機能確認を含めて、定期的に訓練活動を行うことが期待されます。 |

| 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 |  |
| 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                 | 人格等を傷つけないように配慮はしていると思うが、言葉掛けやコミュニケーションのスキルアップを図る必要性も感じている。 | 管理者は職員会議において人権やプライバシー、個人情報について周知を図っています。また言葉遣いや態度などで気になることがあった時には、主任がその都度注意するとともに、ミーティングで取り上げ職員同士で話し合う機会を設けています。 |                   |  |
| 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                      | 基本的には自己決定を基本に生活の支援を行っている。                                  |                                                                                                                  |                   |  |
| 38                    |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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 | 職員間での業務においても利用本位のケアの取り組みを心がけ、その人のペースに合わせた支援を行うよう取り組んでいる。   |                                                                                                                  |                   |  |
| 39                    |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                   | 整容やお化粧品も含め支援している。                                          |                                                                                                                  |                   |  |
| 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      | 職員も一緒に食べたり、片付けの手伝いも協力して頂いたりしている。                           | 食材は外部委託ですが、利用者の好みや希望に沿って手持ちの食材を足したり、目で見て楽しめるようにアレンジしたりするなどの工夫をしています。また、水分制限など医療的な配慮についても、看護師から指導を受け個別に対応しています。   |                   |  |

| 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 |
| 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            | 栄養バランス、水分摂取状況の把握は職員全員が意識し支援している。    |                                                                                                                   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                     | 個々に応じた支援を行っている。                     |                                                                                                                   |                   |
| 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     | 排泄チェック表に基づき、入居者がむりなく排泄できるように支援している。 | 排泄チェック表に基づき必要に応じて利用者に声をかけたり、手を引いてトイレに誘導するなどの支援を行っており、ほぼ全員が日中はリハビリパンツで過しています。一人でトイレに行ける利用者についても見守り、全員の排泄確認を行っています。 |                   |
| 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                     | 医師とも打ち合わせをしながら状況に応じた支援をしている。        |                                                                                                                   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている | 本人の身体状況を含め、無理のない範囲での入浴支援を実施している。    | 基本的には一日おきに、利用者の身体状況やその日の様子を見ながら声をかけ入浴の支援を行っています。時間については希望すればいつでも入浴することができます。また、ゆず湯などの入浴を楽しむ工夫もしています。              |                   |

| 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 |
| 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                                                | 一人ひとりの生活リズムに応じた支援を行いながら、安心と安らかな睡眠が取れるよう支援している。 |                                                                                                             |                   |
| 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                                           | 服薬管理をはじめ、与薬ミスなどもおこらぬよう十分に配慮はしている。              |                                                                                                             |                   |
| 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                              | ボランティアさんや華道などの教養娯楽も一部取り入れ、無理のない範囲で支援している。      |                                                                                                             |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。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 | 出来る人も一部おられるが、だんだん難しくなっている現実がある。                | 天気が良い日には散歩や日光浴などで外気に触れています。入居者の重度化に伴い外出の頻度は減っていますが、近くの公園での夏祭り、花見、初詣などに出かけています。個別の外出としては病院の受診、誕生日の外出などがあります。 |                   |
| 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                              | 一部の入居者は家族と相談しながら支援している。                        |                                                                                                             |                   |

| 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                                                                           | 本人からの申し出も含め必要に応じて支援している。                       |                                                                                                                  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | ハード面での部分は難しい所もあるが極力工夫をしながら整備していくよう努めている。       | 利用者が全員集ると、リビングが少し狭く感じられます。しかし居心地の良さがそれをカバーしているようで、ほとんどの利用者が一日中リビングで過ごされています。また、玄関や廊下は、広く落ち着いた雰囲気、他所も清潔に保たれています。  |                   |
| 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                                                          | 構造上での工夫には難しさがあるものの、個々では自身の思い出過ごしている時間は確保されている。 |                                                                                                                  |                   |
| 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                                          | 基本的には今まで使われていた什器備品を持ってきて頂いている。                 | 利用案内書で持ち込んで頂きたい物品、持込可能な物品の案内をしています。幾つかの居室に仏壇があり、灯明やお線香は電池式のものが使われ、職員が毎日のお勤めの支援をしています。部屋の掃除などは、利用者の力に応じた支援をしています。 |                   |
| 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                                            | 常に安全な環境づくりには配慮しているつもりでいる。                      |                                                                                                                  |                   |

## 目標達成計画

作成日：平成23年2月28日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |                                                            |                                                                      |                                                                    |            |
|----------|------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題                                               | 目標                                                                   | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容                                                 | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 13   | 夜間相定訓練の未実施を含め、防災に対する取り組み姿勢が不十分であると感じており、これらの克服が急務と考える。     | 再度防災に対する意識を高めることを目標に本年度は再度定期的な取り組みを実施する。<br><br>(計画、訓練、検証)           | ・夜間対応の訓練実施<br>・通常法定訓練<br>・防災計画の見直し 等を関係機関の協力を得て取り組んでいく。            | 3ヶ月        |
| 2        | 12   | 終末期の対応を目標としているが、職員の意識を含め、様々な問題の整理ができていないと感じる。              | ホームの運営方針として終末期の対応を現実的(確実)行えるような取り組みを整備する。                            | 現在の医療体制(協力医療機関)に加え、別途個別(夜間往診Dr)の協力依頼を行っており、このことで安心して看取りが行えるように努める。 | 12ヶ月       |
| 3        | 10   | 定期的な介護計画の見直しは行っているものの、内容がマンネリ化してきている感がある。                  | 計画の中に利用者、家族の方々が楽しんでいただけるプランを入れ込むことによって、楽しみと生きがいを持てる生活を営んでいただけるようにする。 | 本年度の4回のプラン見直しと通して、四季を感じていただける内容を織り込む。                              | 12ヶ月       |
| 4        | 3    | 年6回程度の開催が困難である場合がある。しかし地域の方々との繋がりを今まで以上に親密にしていく必要性をかんじている。 | 何とか実現可能に近づけるよう努め、今まで以上の開催実現を図る。                                      | 再度開催の時期や内容について協議しながら進めていく。委員の方々の協力を再度仰いでいく。                        | 12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。