

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2290300017		
法人名	株式会社それいゆ		
事業所名	グループホーム ル・ソレイユ間宮		
所在地	静岡県田方郡函南町間宮617-3		
自己評価作成日	令和2年1月27日	評価結果市町村受理日	令和 2年 5月 8日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=2290300017-00&amp;ServiceCd=320">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=2290300017-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 静岡タイム・エージェント		
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階		
訪問調査日	令和2年3月30日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

【私たちは、誇りをもって『福祉のこころ』をお届けします】という理念のもと①に利用者本位、②に職員の資質向上、③地域密着を運営指針に掲げ、職員の意思統一を図っています。利用者本位については、傾聴の姿勢でコミュニケーションを図り、そのらしさを引き出すパーソンセンタードケアを実践しています。職員の資質向上については、高いモチベーションを維持する施策として「目標管理」を導入しています。一年間の自己目標について自ら宣言し、ステップごとのヒアリングを実施しつつ経過によってコーチング等社内資源を活用して自己目標の達成に向けた取り組みをしています。地域については、地元自治会のいきいきサロンへの毎月の参加の他、保育園や中学生、高校生の体験交流、地域の福祉祭りへの作品展参加など地域との気軽な交流を重ねています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

管理者は、認知症専門ケア専門士・認知症介護指導者の資格を持ち、認知症ケアについて事業所内で充実した研修を行い、質の高いケアを実践している。町主催の認知症サポーター養成について、研修会・講座を開催に協力し、認知症啓蒙活動を行っている。職員個々の目標の実践と評価する仕組みを作り、日々のケアの内容と課題を把握して的確に指導しながら、職員の資質向上に尽力している。事業所独自の家族アンケート実施・グループホームの透明度指標(出入りした人の延べ人数)など、運営推進会議等を利用して、事業所の取り組みの状況を公表している。地域の「生き生きサロン」参加、認知症カフェ「オレンジカフェ」開催、保育園・高校生との交流やボランティアによる演奏会開催など、多様な方法で地域との交流を図り、訪れる人が多い地域に密着した事業所を心掛けている。調理師免許を持つ調理専門職員を配置し、手作りの美味しい食事を提供している。

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

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (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
57 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (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	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 (参考項目:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 (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	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (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	66 職員は、生き活きと働いている (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
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (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	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
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 (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	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. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	ホームの各ユニットに理念の提示(カードタイプ)があり、毎日時間を決めて出勤職員全員で読み合わせをしています(ほぼ10時ころ)。月1度の職員会議では、レジメのレターヘッドに予め、印刷してあり、意味するもの(解釈)を現職員で共有しています。	理念はカードに記載して事業所内に備え、曜日毎にテーマを決めて職員で読み上げている。月1回行う職員会議は全員参加で行い、意見交換・情報共有の場として活用している。事務所には職員個別の棚が備えられ、職員会議のレジメや連絡事項を確認できる仕組みを整えている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地元で定期的に行われている「生き生きサロン」に参加し、また運営母体で実施している「認知症カフェ」には、ホーム長や職員がボランティアとして参加しています。	地域開催の「生き生きサロン」参加や事業所での「オレンジカフェ(認知症カフェ)」開催を利用して、地域との定期的な交流を図っている。保育園・農業高校との交流や、ボランティアによる生け花教室・演奏会(歌・オカリナなど)開催など、多様な関わりを継続的に行っている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	「認知症のプロ集団」を念頭に、専門知識の啓蒙や認知症研究・研修センター等から入手した最新情報等を、行政で推進している「認知症キャラバンメイト」のメンバーの方々と共有しています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	ご家族や地域の方の参加を得て、年に6回実施しています。ホームの暮らしを映像で紹介し、地域に開かれたホームとしての尺度に「透明度指標」を数値で発表しています。この他、認知症スキル向上に役立つよう、理解のための話題を提供しています。	運営推進会議は、町職員・区長・民生委員・家族代表の参加を得て、年6回開催している。食事会・認知症講座・スライドでの事業所報告・独自の「透明度指数」公表など、事業所での取り組み状況について具体的にわかりやすく工夫した報告を行って、参加者との意見交換が図られている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	函南町内で実施した認知症サポーター研修や「認知症行方不明SOS訓練」に関して、企画から参加し、資料づくりの協力、当日は認知症本人役で参加するなど認知症に関する啓もう活動で連携を図っています	町担当者・地域包括支援センター担当者とは、都度連絡体制ができています。町で行う認知症研修・講座については、企画当初から参画して情報交換を行い、認知症ケア専門士として、積極的な協力・連携する関係ができています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	ホームの出入り口に「身体拘束禁止」の宣伝ポスターを掲示し、常に意識するよう努めています。厚生労働省で出している「身体拘束の11の事例」について部内研修で解説の時間を設けました。(毎年、身体拘束に関連した研修を実施しています)	利用契約書に記載し、入居時に、利用者・家族へ説明している。「身体拘束禁止」を掲示し、全社研修会・職員会議にて、職員研修を行っている。研修会で具体的事例を検討したり、職員による接遇プロジェクト作成の「評価表」を利用して、職員が常に意識した対応ができるよう支援している。	

静岡県( )

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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	全社研修で「高齢者虐待防止」を実施しました(R-1、9/13)。4つの介護シーン(映像)を取り上げ、それぞれの気づきをグループワークで共有し、各職員の活発な意見交換をしています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	権利擁護に関し①身体拘束禁止、②高齢者虐待防止、③成年後見制度の3つのテーマについて、部内研修の機会を設けています。現状1名の方が成年後見制度を活用しておられます。		
9		○契約に関する説明と納得 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	契約前に見学・困っている内容をお聞きし、グループホームでできることとして何があるかを説明しています。契約に際しては、重要事項説明書を読み上げ、契約書の補足事項を説明しています。重度化指針についても契約時に説明しています。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	年に一度(R-1.7月)、家族アンケートを実施し、コメントも併せていただいています。まとめた結果は全家族に返信しています。また、質問や疑問、相談に類する項目については、個人に差支えない範囲で返信のコメントを添えて、全家族にお送りしています。	年1回、法人独自の「家族アンケート」を行い、利用者・事業所・職員について具体的に意見を聴く仕組みを整えている。集計結果や疑問・相談について家族へ報告を行うとともに、職員と情報を共有している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 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	年に2回の個人面談を設定し、30分/人の時間をかけてホーム長との面談を実施しています。あらかじめ質問票があり職員は、自らの現状、自己評価やコメントを記述し、臨んでいます。得られた意見は差し支えない範囲で見える化を図っています。	管理者は、職員が「目標管理カード」で年1回個人目標を立て、日々業務内容を自己確認できるように「早出及び遅出勤務者による自己確認(MeCheckSheet)」を整備している。年2回個人面談実施の際には、「個人面談シート」に記載した自己評価や意見・要望をもとに面談を行い、職員の意見・提案を聴く機会を設けている。	
12		○就業環境の整備 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	各年度の事業計画に基づいた各人の業務の目標の中に環境に関するものを掲げている職員もいます。会社としては、毎月の第三火曜日に「環境評価の日」を設定して、できているか否かの判定をし、業務評価ポイントに還元しています。		
13		○職員を育てる取り組み 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	「認知症のプロ集団」を目指し、介護、看護、調理や事務を含めた全職員が、認知症の高度理解を自分のものにできるよう、基礎理解から、予防や向精神薬の薬物作用、最新の研究事例など、認知症研修研究センターからのホット情報などを共有し、自分の立ち位置を認識するようにしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	函南町内のグループホームの管理者で構成する連絡会議(VIPS会)を地域包括支援センターを交えて年に数回実施しています。ここでは、各ホームの現状や管理者としての相互意見の交換が中心になっています。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	センター方式のシートを活用し暮らし情報や焦点情報など記入してもらい、現状の課題をし整理したうえでご本人の困りごとや心配事を傾聴しています。「安心」をキーワードに関係性を築き、支援につなげています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前のご本人の様子を聞き取り、家族の心理に傾聴・共感することから始めています。そして家族の思いを尊重したうえで、どのような対応が考えられるのか、焦点化を図り徐々に信頼関係を築くように努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	日常生活の中での変化を見逃すことがないよう、職員個々の観察力の向上とチームとしての情報共有に努めています。内容により毎月のカンファレンスで取り上げ、情報レベルをそろえてホーム内の看護師(社員)を中心に支援展開を図っています。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	尊厳維持は元より、その人にとって何が最も安心できることなのかを探し、『安心』のキーワードを念頭にコミュニケーションを深め、職員間で共有し、一貫性をもって一緒に楽しめるような関係性を目指しています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	「認知症を抱える家族」の心理状況について部内研修で取り上げ、「混乱期」から「受容」に至るプロセスを部内で研修しました。面会時には利用者の日頃の様子を伝えるとともに、家族の思いに寄り添うよう心掛けています。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	町民の憩いの場になっている町内屈指の公園には桜の花が咲くころ、花見を兼ねて皆で繰り出します。これまで通っていた美容院に予約して今でも通っている方もおられます。友人からの絵手紙の便りをいただき、その返事は職員も手伝っています。	遠方に住む家族へは、「しあわせホームだより」を送り、写真を活用して行事や日々の様子を知らせている。友人への絵手紙作りを手伝ったり、美容院・近隣スーパーへの買い物や恒例の公園へのお花見外出など、以前からの暮らしぶりが続けられるように支援している。	

静岡県()

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者の会話や素振りから融和な雰囲気を引き出し、互いに打ち解けやすいように支援しています。一人の時はそっと声をかけ、本人に意思に沿って輪の中に入れていただいたり、寄り添ったりしています。		
22		○関係を断ち切らない取組み 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	退居された後も、その後の様子をうかがったり、出かけて話したりしています。家族の方もその後の様子を書いた葉書をいただいたり、庭で取れたゆずやレモンをいただいたりして、その後も交流が続いています。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 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	日常見られるふとした時の表情をキャッチし、その言動の背景にはどういうものがあるのか、考えるようにしています。そして、その方の思いが感じられる場合は、その思いを共有し寄り添うようにしています。	「C-1-2私の気持ちSheet」「BPSD+Q認知症困りごと質問票」により、入居時から1か月かけて、利用者・家族の意向・希望を聞いている。利用者の状態・家族の意向は、ケアプラン「日々のケース処遇・対応」に詳しく反映され、職員は、日々状況を確認しながらケアを行っている。	
24		○これまでの暮らしの把握 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	入居契約時に「介護計画」の重要性を伝え、「ケアプランは家族も含めて一緒に作っていくもの」との考えを理解していただいたうえで、センター方式の暮らし情報など一式の資料を、一か月かけて、家族に記入していただき、ケアプランに反映しています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	その日の早出・遅出の職員においては、1日を振り返り、どなたか一人を選んで「本日のコミュニケーション」のコーナーに、本人の言葉をそのまま書き、相槌の後さらに本人の言葉をそのまま記述するようにして、振り返り、職員共有を図っています。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	全職員が予め決まった担当者の暮らし情報(C-1-2)シートを作成し、長期・短期の目標から日々の処遇項目(3~5項目)を全入居者9名分を職員が毎日評価チェックして、それまとめて計画作成担当者が評価→改善→次の計画に落としとしています。	利用者毎に担当者を決め、「C-1-2私の気持ちSheet」をまとめて「日々のケース処遇・対応」に反映させている。日々の気付きは「申送りノート」や「本日のメモ」に記載し、日勤キャプテンがPCに入力して情報を共有している。計画作成担当者は、日々の記録をもとに評価を数値化して状況を判断し、カンファレンスやケアプランに反映させている。	
27		○個別の記録と実践への反映 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	業務日誌の他、ケース記録、水分摂取、排泄リズム、介護計画の処遇実施チェックなどの記録を日々実施しています。この記録から、予期できる介護・看護対応を状況に応じて実施しています。		

静岡県( )

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	地域交流の一つとしていきいきサロンや自社のボランティアで運営している認知症カフェへの参加を促し、認知症を身近に認識していただけるよう活動しています。認知症のPROを自覚し、率先して外に向けて話す機会をもっています。(キャラバン活動)		
29		○地域資源との協働 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	地域包括支援センターからの呼びかけで、認知症の方を町で見かけた場合のSOS訓練の企画・実施に参加しました。地元の高中生や自治会の大勢の参加があり、協働の重要性を新たに認識することができました。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	ホームのかかりつけ医に月に2回の内科往診と歯科往診を受けています。これまで利用されていた医療機関を利用されている方には、バイタル表やサマリー、観察記録など希望に応じて情報提供支援しています。	月2回かかりつけ医の往診を受けている。「認知症困りごと質問票(BPSD+Q)」を提供し、利用者の状態について情報を共有している。併設の認知症デイサービスに看護師が常駐し、夜間連絡もオンコールの体制ができています。他科受診の際は、家族の協力を得て通院を支援している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	夜間のオン・コール対応や利用者の発熱等体調変化、インフルエンザの流行期の対応等看護と介護の協働で連携しています。医療連携として医師からの指示を得て、看護職員が日常の看護や終末期対応に従事しています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	入院する際は、ホームの看護師が先方医療機関にサマリー等情報提供をしています。入院中も介護スタッフが訪問し経過確認をしています。退院時のカンファレンスにはホームの看護師、ホーム長などが参加し、状況判断をしたうえで、円滑な協働をしています。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に「重度化指針」について文章化したものを詳しく説明しています。終末期に差し掛かると家族に向けて、医師から説明を受け家族の意見を聞いたうえで同意書をいただいています。その内容はユニット内の職員に文章で回覧し、共有しています。	「重度化指針」とマニュアルを整備し、入居時に利用者・家族に説明している。緊急時には家族の意向確認同意書を受け、医師と連携して対応している。職員は、利用者の認知症の症状に合わせた対応ができるよう、研修会やカンファレンスの折に、研修を行っている。	
34		○急変や事故発生時の備え 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	オリエンテーションファイルに緊急時についての流れ図を示しています。そこには、判断基準も明示し、どんな場面でどのような対応をすべきかを図解しています。バイタルサインの異常、転倒、痙攣、意識消失、外傷、異食、など項目ごとにまとめています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○災害対策 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	利用しているサロンで行政側から防災計画の話があり利用者と一緒に参加する機会がありました。年に2回、防災訓練を実施しており、提携している防災設備会社の参加を得ています。近所の方に参加をしていただいたこともあります。	防災担当者を決め、災害マニュアルを整備し防災訓練を実施している。スプリンクラーと各部屋に懐中電灯・ヘルメットを整備し、備蓄品は7日間分を用意している。地域の防災訓練にも参加し、地域住民・行政との協力体制を作っている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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	運営方針の冒頭に人格尊重の重要性について触れています。さりげない言葉かけをクッションにしたり、恥ずかしさが前面に出る場合の事前の細やかな気遣いを重視しています。そして個人情報の開示に関しては、同意書をいただいています	「個人情報保護」「プライバシー保護」について、入居時に利用者家族に説明し、同意を得ている。「接遇プロジェクト」の担当者を決め、職員同士の呼び方や、声掛け・言葉遣いについて常に確認する仕組みを整え、月例報告の際に情報を共有している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	サロンやドライブ、買い物や散歩等で外出する場合は本人の希望を聞き、ご本人の意思を尊重しています。食事では本人のリクエストに応えるように計らい、食の楽しみとなるようにしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 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	1日の流れでは、型にはめてきっちり進めるのではなく、その日の天候や体調、気分を大事にし、ご本人の気持ちや表情の推測から声掛けを考え、かつ、介護計画の処遇項目を念頭にその人らしさをだせるよう支援しています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 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	髪の流れがあると、職員はそっと声かけ、とかしています。また美容室に予約して通っておられる方には、職員が車で送迎をしています。服装は清潔さに気をつけ本人らしさが引き出せる色合いや組み合わせを考えて対応しています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 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	毎日の食事について検食(評価)をしており、調理担当の職員と一緒に「食に関する会議」の場を年に2~3回実施しています。利用者の召し上がり状態や温度や色合い、メニューの内容等を検討材料にしています。	調理師免許を持つ調理担当職員が調理し、手作りで美味しい食事を提供している。職員は、共に食事をしながら利用者の好みや食べ方を観察し、調理担当職員と共に、献立を検討している。年1回運営推進会議では、家族にも食べる機会を設けている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 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	食事量が減少している方には、家族の了解のもと、「今、食べたいもの」をお聞きし、用意したりしています。嚥下力の低下した方には、状態に応じ、とろみやミキサーを使った食形態で召し上がっていただいています。水分量は日々記録しています。		

静岡県( )

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		○口腔内の清潔保持 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	1日3回の歯磨きを実施しています。その他、訪問歯科の往診があり、治療や利用者別の口腔ケア、清潔にに関する指導を受けています。昼食前の口腔体操は約5分ほどの時間をかけて丁寧に実施しています。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	声掛けし、排泄リズムを見ながら事前誘導を心がけています。夜間にリハビリ使用の方でもトイレの事前誘導により、スムーズに排泄ができる方は日中は布パンツをはいている方がおられます。	「排泄チェックシート」に記入し、声掛けに留意してトイレ利用を誘導している。チェックシートの内容はPCヘータ入力し、利用者の状況の把握と職員の情報共有を図っている。リハビリパンツを利用する場合も、利用数の把握に役立っている。	
44		○便秘の予防と対応 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	食物繊維の多い食材(麦めし、豆類、果物等)を使い、便秘解消につながるよう努力しています。また、ストレッチ体操は体操メニューを複数用意して、参加意欲の向上につなげています。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 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、個々にそった支援をしている	干したみかんの皮を粉にした手づくり入浴剤を使ったり、温泉の香りや色のついた入浴剤を取り入れて、楽しくできるよう支援しています。入浴を担当する職員は、利用者がその気になるよう横からそっと声掛けをしています。	週2～3回夕食前までの時間で、利用者の状況・希望により、入浴を支援している。状況により、朝シャワー対応の場合もある。入浴担当職員は、入浴剤を利用して楽しく入浴できるように、声掛けなどにも留意している。	
46		○安眠や休息の支援 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	利用者によっては入床時間に2時間ほどの差があります。一定の睡眠時間の確保を考え、声掛けをしていますが、利用者のリズムに合わせています。従って、起床の遅い方もおられます。		
47		○服薬支援 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	看護職員が配薬した薬を介護士が2名で確認し、利用者が服薬を終えるまでとどまるようにしています。薬の危険性を認識するために、向精神薬など薬に関する勉強の時間を持っています。多剤服用の副作用などから減薬について医師に相談しています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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	植木の水やり、食事後の食器洗い・拭き・食器の片づけ等できる方には積極的に役割を持っていただいています。お出かけの際は車椅子を職員と一緒に押してもらったり、ドライブで箱根方面や西伊豆の浜辺に出かけ、自然に親しんでもらっています。		

静岡県( )

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	天気の良い時はなるべく外に出るようにしています。ホーム透明性を図る指標として開設時から外出、来客、ボランティアなどの出入り人数をデータを取っており、数字にて指標として認識できるようにしています。ホームの園庭、テラス、近所のミニ公園の他、車を使って沼津海岸や熱海、箱根などに出かけています。	認知症タイサービス利用者・職員と共に、散歩・畑仕事、ベランダ、公園など積極的に外出を支援している。外出イベントで、ドライブや山登りに出掛けている。外出支援は重要と考え、外出しなかった場合は理由を考え、外出を支援する工夫を職員同士で検討している。	
50		○お金の所持や使うことの支援 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	ホームセンターや100円ショップに出かけたりしています。欲しいものがあれば、自分で選んでもらい、手持ちのお金を払っていただくことがあります。利用者は一連の流れに満足の様子が見られ、「いろいろなものが一杯あるね～」などの感想がありました。		
51		○電話や手紙の支援 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	利用者のお友達から絵手紙が届いた際は、みんなでその絵を楽しみ、その返事として、ご本人の筆跡でお礼の葉書を出していただくことがあります。また、家族に電話したい方には、自由に電話を使っていたり、発信の支援をしています。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 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	午前中はイージーリスニングとして心地よいBGMを流しています。その中で創作活動や脳トレの時間を設定しています。昼食時は、ラジオでNHKのニュースに続き「昼の憩い」を聴いてもらっています。この番組で流れるテーマ曲は70年以上の歴史があり、昔ながらの変わらない旋律に懐かしさがあります。	食堂(オープンキッチン)を中心に回廊式に廊下・居室が設置され、利用者は好きな場所で過ごしている。ラジオ・BGMを活用して落ち着いた雰囲気の中で過ごすことができるように、日勤キャプテンが担当して、音環境をチェックしている。清掃は職員が行い、利用者が手伝って拭き掃除を行っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	畳みコーナーの框(かまち)に座って気の合う一同志で一休みしながら話し込んだり、ソファに掛けてゆったりする方がおられます。また廊下の端に置いた椅子に腰かけて足を休める方もおられ、思いおもいに過ごしていただいています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	ご自身で作成した創作品や、思い出深いものを飾り、気の休まる「自分空間」作りをもらっています。家族からいただいた鉢植えの花を楽しんでいる方や、家族の写真をデスク前面に飾っている方がおられます。	エアコン・ベッドが造りつけられた居室は、使い慣れた筆筒をもちこみ、写真を飾り、利用者好みの暮らしやすい部屋となるように、家族と共に支援している。日中は、共用空間で過ごす人が多い。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居間からつながる廊下には手摺が設置され、必要などころには縦手摺があります。園庭には畑があり、草取りをしたり耕して花や野菜を育てています。真夏には、植木に水やりや庭への水まき等を利用者の方に手伝ってもらっています。		

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2290300017		
法人名	株式会社それいゆ		
事業所名	グループホーム ル・ソレイユ間宮		
所在地	静岡県田方郡函南町間宮617-3		
自己評価作成日	令和2年1月27日	評価結果市町村受理日	令和 2年 5月 8日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先 [http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_022\\_kihon=true&JigyosyoCd=2290300017-00&ServiceCd=320](http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=2290300017-00&ServiceCd=320)

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 静岡タイム・エージェント		
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階		
訪問調査日	令和2年3月30日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

【私たちは、誇りをもって『福祉のこころ』をお届けします】という理念のもと①に利用者本位、②に職員の資質向上、③地域密着を運営指針に掲げ、職員の意思統一を図っています。利用者本位については、傾聴の姿勢でコミュニケーションを図り、その人らしさを引き出すパーソンセンタードケアを実践しています。職員の資質向上については、高いモチベーションを維持する施策として「目標管理」を導入しています。一年間の自己目標について自ら宣言し、ステップごとのヒアリングを実施しつつ経過によってコーチング等社内資源を活用して自己目標の達成に向けた取り組みをしています。地域については、地元自治会のいきいきサロンへの毎月の参加の他、保育園や中学生、高校生の体験交流、地域の福祉祭りへの作品展参加など地域との気軽な交流を重ねています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

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

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	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 (参考項目:2,20)
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	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
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 (参考項目:30,31)	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
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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	ホームの各ユニットに理念の提示(カードタイプ)があり、毎日時間を決めて出勤職員全員で読み合わせをしています(ほぼ10時ころ)。月1度の職員会議では、レジメのレターヘッドに予め、印刷してあり、意味するもの(解釈)を現職員で共有しています。		
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地元で定期的に行われている「生き生きサロン」に参加し、また運営母体で実施している「認知症カフェ」には、ホーム長や職員がボランティアとして参加しています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	「認知症のプロ集団」を念頭に、専門知識の啓蒙や認知症研究・研修センター等から入手した最新情報等を、行政で推進している「認知症キャラバンメイト」のメンバーの方々と共有しています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	ご家族や地域の方の参加を得て、年に6回実施しています。ホームの暮らしを映像で紹介し、地域に開かれたホームとしての尺度に「透明度指標」を数値で発表しています。この他、認知症スキル向上に役立つよう、理解のための話題を提供しています。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	函南町内で実施した認知症サポーター研修や「認知症行方不明SOS訓練」に関して、企画から参加し、資料づくりの協力、当日は認知症本人役で参加するなど認知症に関する啓もう活動で連携を図っています		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	ホームの出入り口に「身体拘束禁止」の宣伝ポスターを掲示し、常に意識するよう努めています。厚生労働省で出している「身体拘束の11の事例」について部内研修で解説の時間を設けました。(毎年、身体拘束に関連した研修を実施しています)		

静岡県( )

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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	全社研修で「高齢者虐待防止」を実施しました(R-1、9/13)。4つの介護シーン(映像)を取り上げ、それぞれの気づきをグループワークで共有し、各職員の活発な意見交換をしています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	権利擁護に関し①身体拘束禁止、②高齢者虐待防止、③成年後見制度の3つのテーマについて、部内研修の機会を設けています。現状1名の方が成年後見制度を活用しておられます。		
9		○契約に関する説明と納得 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	契約前に見学・困っている内容をお聞きし、グループホームでできることとして何があるかを説明しています。契約に際しては、重要事項説明書を読み上げ、契約書の補足事項を説明しています。重度化指針についても契約時に説明しています。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	年に一度(R-1.7月)、家族アンケートを実施し、コメントも併せていただいています。まとめた結果は全家族に返信しています。また、質問や疑問、相談に類する項目については、個人に差支えない範囲で返信のコメントを添えて、全家族にお送りしています。		
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 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	年に2回の個人面談を設定し、30分/人の時間をかけてホーム長との面談を実施しています。あらかじめ質問票があり職員は、自らの現状、自己評価やコメントを記述し、臨んでいます。得られた意見は差し支えない範囲で見える化を図っています。		
12		○就業環境の整備 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	各年度の事業計画に基づいた各人の業務の目標の中に環境に関することを掲げている職員もいます。会社としては、毎月の第三火曜日に「環境評価の日」を設定して、できているか否かの判定をし、業務評価ポイントに還元しています。		
13		○職員を育てる取り組み 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	「認知症のプロ集団」を目指し、介護、看護、調理や事務を含めた全職員が、認知症の高度理解を自分のものにできるよう、基礎理解から、予防や向精神薬の薬物作用、最新の研究事例など、認知症研修研究センターからのホット情報などを共有し、自分の立ち位置を認識するようにしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	函南町内のグループホームの管理者で構成する連絡会議(VIPS会)を地域包括支援センターを交えて年に数回実施しています。ここでは、各ホームの現状や管理者としての相互意見の交換が中心になっています。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	センター方式のシートを活用し暮らし情報や焦点情報など記入してもらい、現状の課題をし整理したうえでご本人の困りごとや心配事を傾聴しています。「安心」をキーワードに関係性を築き、支援につなげています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前のご本人の様子を聞き取り、家族の心理に傾聴・共感することから始めています。そして家族の思いを尊重したうえで、どのような対応が考えられるのか、焦点化を図り徐々に信頼関係を築くように努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	日常生活の中での変化を見逃すことがないよう、職員個々の観察力の向上とチームとしての情報共有に努めています。内容により毎月のカンファレンスで取り上げ、情報レベルをそろえてホーム内の看護師(社員)を中心に支援展開を図っています。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	尊厳維持は元より、その人にとって何が最も安心できることなのかを探し、『安心』のキーワードを念頭にコミュニケーションを深め、職員間で共有し、一貫性をもって一緒に楽しめるような関係性を目指しています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	「認知症を抱える家族」の心理状況について部内研修で取り上げ、「混乱期」から「受容」に至るプロセスを部内で研修しました。面会時には利用者の日頃の様子を伝えるとともに、家族の思いに寄り添うよう心掛けています。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	町民の憩いの場になっている町内屈指の公園には桜の花が咲くころ、花見を兼ねて皆で繰り出します。これまで通っていた美容院に予約して今でも通っている方もおられます。友人からの絵手紙の便りをいただき、その返事は職員も手伝っています。		

静岡県()

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者の会話や素振りから融和な雰囲気を引き出し、互いに打ち解けやすいように支援しています。一人の時はそっと声をかけ、本人に意思に沿って輪の中に入れていただいたり、寄り添ったりしています。		
22		○関係を断ち切らない取組み 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	退居された後も、その後の様子をうかがったり、出かけて話したりしています。家族の方もその後の様子を書いた葉書をいただいたり、庭で取れたゆずやレモンをいただいたりして、その後も交流が続いています。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 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	日常見られるふとした時の表情をキャッチし、その言動の背景にはどういうものがあるのか、考えるようにしています。そして、その方の思いが感じられる場合は、その思いを共有し寄り添うようにしています。		
24		○これまでの暮らしの把握 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	入居契約時に「介護計画」の重要性を伝え、「ケアプランは家族も含めて一緒に作っていくもの」との考えを理解していただいたうえで、センター方式の暮らし情報など一式の資料を、一か月かけて、家族に記入していただき、ケアプランに反映しています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	その日の早出・遅出の職員においては、1日を振り返り、どなたか一人を選んで「本日のコミュニケーション」のコーナーに、本人の言葉をそのまま書き、相槌の後さらに本人の言葉をそのまま記述するようにして、振り返り、職員共有を図っています。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	全職員が予め決まった担当者の暮らし情報(C-1-2)シートを作成し、長期・短期の目標から日々の処遇項目(3~5項目)を全入居者9名分を職員が毎日評価チェックして、それまとめて計画作成担当者が評価→改善→次の計画に落としとしています。		
27		○個別の記録と実践への反映 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	業務日誌の他、ケース記録、水分摂取、排泄リズム、介護計画の処遇実施チェックなどの記録を日々実施しています。この記録から、予期できる介護・看護対応を状況に応じて実施しています。		

静岡県( )

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	地域交流の一つとしていきいきサロンや自社のボランティアで運営している認知症カフェへの参加を促し、認知症を身近に認識していただけるよう活動しています。認知症のプロを自覚し、率先して外に向けて話す機会をもっています。(キャラバン活動)		
29		○地域資源との協働 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	地域包括支援センターからの呼びかけで、認知症の方を町で見かけた場合のSOS訓練の企画・実施に参加しました。地元の高中生や自治会の大勢の参加があり、協働の重要性を新たに認識することができました。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	ホームのかかりつけ医に月に2回の内科往診と歯科往診を受けています。これまで利用されていた医療機関を利用されている方には、バイタル表やサマリー、観察記録など希望に応じて情報提供支援しています。		
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	夜間のオン・コール対応や利用者の発熱等体調変化、インフルエンザの流行期の対応等看護と介護の協働で連携しています。医療連携として医師からの指示を得て、看護職員が日常の看護や終末期対応に従事しています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	入院する際は、ホームの看護師が先方医療機関にサマリー等情報提供をしています。入院中も介護スタッフが訪問し経過確認をしています。退院時のカンファレンスにはホームの看護師、ホーム長などが参加し、状況判断をしたうえで、円滑な協働をしています。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に「重度化指針」について文章化したものを詳しく説明しています。終末期に差し掛かると家族に向けて、医師から説明を受け家族の意見を聞いたうえで同意書をいただいています。その内容はユニット内の職員に文章で回覧し、共有しています。		
34		○急変や事故発生時の備え 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	オリエンテーションファイルに緊急時についての流れ図を示しています。そこには、判断基準も明示し、どんな場面でどのような対応をすべきかを図解しています。バイタルサインの異常、転倒、痙攣、意識消失、外傷、異食、など項目ごとにまとめています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○災害対策 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	利用しているサロンで行政側から防災計画の話があり利用者と一緒に参加する機会がありました。年に2回、防災訓練を実施しており、提携している防災設備会社の参加を得ています。近所の方に参加をしていただいたこともあります。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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	運営方針の冒頭に人格尊重の重要性について触れています。さりげない言葉かけをクッションにしたり、恥ずかしさが前面に出る場合の事前の細やかな気遣いを重視しています。そして個人情報の開示に関しては、同意書をいただいています		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	サロンやドライブ、買い物や散歩等で外出する場合は本人の希望を聞き、ご本人の意思を尊重しています。食事では本人のリクエストに応えるように計らい、食の楽しみとなるようにしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 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	1日の流れでは、型にはめてきっちり進めるのではなく、その日の天候や体調、気分を大事にし、ご本人の気持ちや表情の推測から声掛けを考え、かつ、介護計画の処遇項目を念頭にその人らしさをだせるよう支援しています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 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	髪の乱れがあると、職員はそっと声かけ、とかしています。また美容室に予約して通っておられる方には、職員が車で送迎をしています。服装は清潔さに気をつけ本人らしさが引き出せる色合いや組み合わせを考えて対応しています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 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	毎日の食事について検食(評価)をしており、調理担当の職員と一緒に「食に関する会議」の場を年に2~3回実施しています。利用者の召し上がり状態や温度や色合い、メニューの内容等を検討材料にしています。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 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	食事量が減少している方には、家族の了解のもと、「今、食べたいもの」をお聞きし、用意したりしています。嚥下力の低下した方には、状態に応じ、とろみやミキサーを使った食形態で召し上がっていただいています。水分量は日々記録しています。		

静岡県( )

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		○口腔内の清潔保持 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	1日3回の歯磨きを実施しています。その他、訪問歯科の往診があり、治療や利用者別の口腔ケア、清潔にに関する指導を受けています。昼食前の口腔体操は約5分ほどの時間をかけて丁寧に実施しています。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	声掛けし、排泄リズムを見ながら事前誘導を心がけています。夜間にリハパン使用の方でもトイレの事前誘導により、スムーズに排泄ができる方は日中は布パンツをはいている方がおられます。		
44		○便秘の予防と対応 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	食物繊維の多い食材(麦めし、豆類、果物等)を使い、便秘解消につながるよう努力しています。また、ストレッチ体操は体操メニューを複数用意して、参加意欲の向上につなげています。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 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、個々にそった支援をしている	干したみかんの皮を粉にした手づくり入浴剤を使ったり、温泉の香りや色のついた入浴剤を取り入れて、楽しくできるよう支援しています。入浴を担当する職員は、利用者がその気になるよう横からそっと声掛けをしています。		
46		○安眠や休息の支援 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	利用者によっては入床時間に2時間ほどの差があります。一定の睡眠時間の確保を考え、声掛けをしています。利用者のリズムに合わせています。従って、起床の遅い方もおられます。		
47		○服薬支援 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	看護職員が配薬した薬を介護士が2名で確認し、利用者が服薬を終えるまでとどまるようにしています。薬の危険性を認識するために、向精神薬など薬に関する勉強の時間を持っています。多剤服用の副作用などから減薬について医師に相談しています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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	植木の水やり、食事後の食器洗い・拭き・食器の片づけ等できる方には積極的に役割を持っていただいています。お出かけの際は車椅子を職員と一緒に押してもらったり、ドライブで箱根方面や西伊豆の浜辺に出かけ、自然に親しんでもらっています。		

静岡県( )

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	天気のいい時はなるべく外に出るようにしています。ホーム透明性を図る指標として開設時から外出、来客、ボランティアなどの出入り人数をデータを取っており、数字にて指標として認識できるようにしています。ホームの園庭、テラス、近所のミニ公園の他、車を使って沼津海岸や熱海、箱根などに出かけています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 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	ホームセンターや100円ショップに出かけたりしています。欲しいものがあれば、自分で選んでもらい、手持ちのお金を払っていただくことがあります。利用者は一連の流れに満足の様子が見られ、「いろいろなものが一杯あるね～」などの感想がありました。		
51		○電話や手紙の支援 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	利用者のお友達から絵手紙が届いた際は、みんなでその絵を楽しみ、その返事として、ご本人の筆跡でお礼の葉書を出していただくことがあります。また、家族に電話したい方には、自由に電話を使っていたり、発信の支援をしています。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 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	午前中はイージーリスニングとして心地よいBGMを流しています。その中で創作活動や脳トレの時間を設定しています。昼食時は、ラジオでNHKのニュースに続き「昼の憩い」を聴いてもらっています。この番組で流れるテーマ曲は70年以上の歴史があり、昔ながらの変わらない旋律に懐かしさがあります。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	宣みコーナーの框(かまち)に座って気の合う一同志で一休みしながら話し込んだり、ソファに掛けてゆったりする方がおられます。また廊下の端に置いた椅子に腰かけて足を休める方もおられ、思いおもいに過ごしていただいています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	ご自身で作成した創作品や、思い出深いものを飾り、気の休まる「自分空間」作りをもらっています。家族からいただいた鉢植えの花を楽しんでいる方や、家族の写真をデスク前面に飾っている方がおられます。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居間からつながる廊下には手摺が設置され、必要などころには縦手摺があります。園庭には畑があり、草取りをしたり耕して花や野菜を育てています。真夏には、植木に水やりや庭への水まき等を利用者の方に手伝ってもらっています。		

## 目標達成計画

作成日: 令和 2年 5月 8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	23	「思いや意向の把握」において、認知症が進むにつれ、真の気持ちの把握が困難になるが、そこで職員の見線で野じまい解釈に陥りやすく、結果として本人の満足度が低下する恐れが考えられる	表情の乏しくなった方等を選り、積極的に対話や寄り添いを図り、傾聴の姿勢を重視してより以上の心の満足度をたかめていく。	利用者の見線や表情観察、本人の思いとして想定されることについて、短絡的な予測をしないで、しっかり向き合い、Validationの技法を活用して、真の気持ちや心の満足度を高めていく。各Unitで選り出した方への、対応した技法内容をノートに記録して、職員共有していく。	12ヶ月
2	7	「職員の意見反映」において、記録する内容が多く、本来ゆったりしたケアをしたいところだが、現状では、追われてしまい、結果としてケアが不完全燃焼になっているようなところが想定される。	当初設定した、記録時間「退勤前30分」をきっちり実現できるようにする。	記録の重要性を再確認し、それに基づいて必要な記録を絞り込み、休憩時間や退勤前30分の確保と業務の段取りを考える。30分以上にわたった場合は、他の職員も含めて、原因を再考し、Teamとして解決に導く。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

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