

### 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   | 2374900328         |            |             |
| 法人名     | 社会福祉法人 愛知三愛福祉会     |            |             |
| 事業所名    | グループホームあいわ         |            |             |
| 所在地     | 愛知県日進市米野木町南山987-58 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成26年 2月 3日        | 評価結果市町村受理日 | 平成26年 5月 1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.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2374900328-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2374900328-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 中部評価センター               |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年 2月26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)】**

自然に囲まれた穏やかな環境の中でのんびりと、笑い声の絶えない日々を過ごしている。これまでの人生を大切にしながら一人ひとりと向き合い安心して暮らせる生活の場を整え、スタッフと利用者が協力し支えあいながら暮らしている。

**【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、隣接する同法人の特別養護老人ホームでの介護経験を経てホームに着任し、管理者として1年半が経過した。着任当初からの管理者の思いである「利用者一人ひとりを大切に、利用者の気持ち考えた介護」を職員に伝え、その思いは職員に浸透し着実に実践に反映している。これまでと同様の暮らしを目指し、男性利用者は終日開放した玄関を自由に出入りし、周囲の草木の手入れや、ホームに設置した暖炉用の薪を切り、ホーム内の掃除も率先して行う大黒柱的存在である。隣接する特養施設の営繕のボランティアにも参加し、地域の有志と共に汗を流すことを生甲斐としている。他にも、趣味の編み物を就寝前の日課として楽しむ利用者、居室に持込んだコタツに入り、新聞を読むことを習慣としている利用者等、それぞれが潤いある暮らしを実現している。

**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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>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)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>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)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64<br>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:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>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)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>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)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |   |  |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 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   |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |   |   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を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  | 「慣れ親しんだ地域で今までと変わらぬ生活スタイルを維持してその人らしく生活していくこと」をどう実践していくか毎日の生活の中で話し合い取り組んでいる。 | 開設10年を契機に法人理念の見直しを行い、その理念の具体化のために「一人ひとりの思いを大切に」とのホームの基本方針を設けた。玄関やリビングに理念、方針を掲げ、職員への浸透を図っている。                      |   |
| 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  | 自治区の回覧板を廻してもらい地域の季節の行事に参加できるようにしている。                                       | 法人の特養施設、デイサービス等が同じ地域に隣接しており、利用者の手芸の作品を法人の祭りのバザーに出品し、地域と交流している。法人内事業所を訪れる音楽や踊りのボランティアに参加し、楽しんでいる。                  | 自治会に加入し地域行事の回覧を受けている。利用者と職員が、地域の行事に参加する機会は今まではなかった。今後ホームからの参加を行い、地域との交流の機会としたい。 |
| 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  | 事業所独自の活動はないが、入居相談、施設見学を随時受け入れ、ホームの役割を説明している。                               |   |   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 活動報告や、あいわの取り組み、住人さんの生活状況や問題点などを話題にし、ご意見、アドバイスを受け毎日の生活の中で生かしている。            | 年6回の運営推進会議には、家族、地域、行政の参加を得ている。ホームの活動を報告し、利用者の重度化、感染症などホームの課題を取上げ、参加者の各視点から意見を交わし、サービス向上に活かしている。                   |   |
| 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   | 運営推進会議を通して現状報告し、情報提供してもらっている。  | 運営推進会議には、市高齢福祉課職員と地域包括センター職員の両者が参加し、ホームの現状を理解して適切な助言がある。介護相談員も受け入れ、利用者と話をしたりホームに助言し、協力する関係を築いている。                 |   |
| 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 | 法人内の職員研修で学ぶ機会をもち、身体拘束をしないケアの周知徹底を図っているが、十分な取り組みとは言えない。                     | 管理者の「拘束の無いケア」に対する意識は極めて高く、窓からでも出て行きたい利用者の思いに心を痛めている。家族にも、開錠している意義とリスクを話して理解を求め、見守りによる支援の強化のため、対面キッチンへのリフォームも行なった。 |   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 法人内の職員研修で学ぶ機会をもち、理解を深めるようにしている。日々のケアで見過ごされないようミーティングで情報交換している。             |   |   |

| 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 |
| 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    | ホームとして学ぶ機会はない。   |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 入居前にそれぞれのご家族に契約内容を説明している。又、「あいわ」での生活をどのように送っていくのかを話し合い、理解を得るようにしている。 |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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                     | 面会時に近況報告や家族の意見を聞くように心がけている。来訪の少ない家族にはできるだけ連絡をとり関係づくりに努めている。          | 家族会を設け、規約には家族と利用者、ホームの関わりについて明文化している。家族の中には趣味の園芸で収穫した野菜を持参し、気兼ねなく訪問している。                         |                   |
| 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                                      | 毎月ミーティングを行い、スタッフの意見や思いが話せる場を設置している。                                  | 毎月開催の職員ミーティングと朝・夕の申し送りを、職員の意見を表す機会としている。ミーティングは事前に職員の意見を抽出し、反映するよう工夫している。普段から遠慮なく意見の言える環境もできている。 |                   |
| 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      | スタッフ全員が意見を持って働ける環境整備の取り組みは不十分である。                                    |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<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         | 法人内の月1回の研修と2カ月に1回のステップアップ研修へは参加しているが、日々の業務の中での参加は難しい。                |  |                   |
| 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 | 同市内のグループホームとの交流はほとんどないが、入居者の情報交換は随時行っている。                            |  |                   |

| 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>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |   |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、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 | 必要に応じ、体験入居、施設訪問、自宅訪問をし、本人が不安等を話せるような関係づくりに努めている。           |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 家族が不安や心配等、その他どんな事でも話しやすい相談しやすいよう関係づくりに努めている。               |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 入居相談、申込み時に本人の様子を家族より聞き、ホームへの入居が最善なのか話し合い、他サービスの情報の提供もしていく。 |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 利用者からも学ぶ姿勢を忘れず、お互い支えあいながら暮らすよう心がけている。                      |   |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<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         | 家族も「あいわ」の一員と考え、一緒に住人さんを支えていく。                              |   |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 馴染みのある喫茶店やお店に時々出掛けよう支援している。                                | 地域の知人の訪問を受け、ホーム内で楽しく過ごせるよう支援している。知人への手紙や電話のやり取りの継続を支援し、キリスト教信者である利用者は、職員が同行して毎週礼拝に出かけている。 |                   |
| 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                 | 住人さん同士のトラブルが増えていく。声掛けや見守り、タイミング良く間に入るなど心がけている。             |   |                   |

| 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   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | 入院後退所した場合や法人内特養に移った住人さんの生活の様子は随時報告を受け、家族との関わりを継続している。                       |  |   |
| <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<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   | 住人さんの心の奥の願いや思いを汲み取るよう日々考えながら、その人らしく生きられるよう支援している。                           | 利用者の思いや意向は、「生活記録」、「業務日誌」に日々記録することとしている。更に「ケアカンファレンス事前検討シート」に職員の意見を取りまとめ、毎月の職員ミーティングで取り上げている。     | 利用者の思いや意向を記録する仕組みを設けている。しかし、把握することや記録する目的について、職員は理解していない。今一度、職員の話し合いを行って意識の統一を望みたい。 |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入居前に家族から今までの暮らし方やこれまでの人生などをなるべく細かく聞き取るようにしている。又、必要に応じ、事業所や病院などからも情報を収集している。 |  |   |
| 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   | 一人ひとりの行動や表情をよく観察し、心身状態の把握に努めている。又、できることは自信を持ってできるよう介助、見守りし行ってもらっている。        |  |   |
| 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 | 本人、家族より日頃からどのような生活を望むか話し合いをする中で聞き取るよう努め、願いや思いが少しでも叶えられるよう計画を立てるようにしたい。      | 計画作成時に全職員が事前に意見を出し、担当が意見を集約して会議で話し合い、計画に反映させている。生活記録に、その日のケアの評価及び記入を行い、その人らしい暮らしを支える計画作成を目指している。 |   |
| 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                        | 日々の生活記録を大切にスタッフ全員で住人さんの情報を共有している。ミーティング、申し送り時に随時検討し、計画の見直しに結び付けている。         |  |   |
| 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               | 本人、家族の望みをその時その時で把握できない場合もあり充分とはいえない。  |  |   |

| 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  |
| 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                                      | 病院、消防署、スーパー、コンビニ、喫茶、薬局等、地域にある様々な資源を活用し豊かな思いで生活できるよう支援している。                  |  |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 月1回の定期受診はスタッフが付き添い、随時家族に報告している。又、認知症専門医と歯科医による往診も受けている。                     | ホームに隣接する総合病院を提携医とし、24時間オンコールの体制を築いている。利用者の定期受診は職員が同行し、利用者の健康情報(バイタルチェック表)を持参している。他科受診は家族の同行を基本としている。                 |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 定期受診時かかりつけ医と共に看護職員に日頃の様子を伝え、必要に応じ助言を受けている。又、同法人看護師にも相談し助言を受けている。            |  |  |
| 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、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。 | 月に1回開催する近隣施設看護連絡会「虹の会」で、情報交換し、入院時は早期退院に向け話し合いをしている。                         |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 原則、重度化対応、終末期対応はしていない。次の生活の場をどのようにしていくかは、家族との話し合いの中で決定していく。                  | 利用者・家族に、看取りを行わないことを説明している。ホームでの暮らしが困難となった場合は、医療関係者と協議を行って対応を決めている。家族への説明は、必要に応じて医師も同席し、法人内の特養施設への移動も視野に入れ、親身に説明している。 |  |
| 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  | 救急救命講習を定期的に受けている。ミーティングでも事故防止について話し合いをしている。又、法人内研修において介護技術の研修を重ね、実践に役立てている。 |  |  |
| 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  | 1年に2回、尾三消防署の指導のもと住人さんと共に避難訓練を実施している。震災時の避難訓練も年1回行っている。                      | 隣接する法人の他事業所と防災組織を設け、毎月の合同会議には飲食の備蓄、避難訓練準備や訓練後の検証を行い、防災の体制強化に取り組んでいる。   | 災害発生時は、地域との相互の協力が不可欠である。運営推進会議や直接近隣住人に働きかけ、協力する関係を築くよう期待したい。 |

| 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>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<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                   | 日々の生活の中で馴れ合いの関係にならないよう、一人ひとりの人格を尊重する声掛け、接遇を心がけてケアをしている。            | 職員は法人の接遇訓練を受け、職員の都合で利用者のできることを、やりたいことを遮ることのないよう支援している。入浴やトイレに介助の必要のない場合は外の見守りに努め、プライバシーの確保に努めている。 |                   |
| 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                     | 日頃のコミュニケーションの中で住人さん一人ひとりが自分の思いを表現できるよう、又住人さんの表情から思いをくみとれるよう心がけている。 |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 今までの生活スタイルを大切に「あいわ」に入居しても、その人らしい生活スタイルが保てるよう支援している。                |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 一人ひとりその人らしい身だしなみができるようご本人と相談しながら支援している。                            |   |                   |
| 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     | 食事準備や片づけ等は一人ひとりの能力や気持ちに配慮しながら支援している。誕生日には意向に合わせた食事(外食も含め)を提供している。  | 肉、魚は専門配達業者を利用し、野菜は利用者と一緒買い物に出かけて購入している。献立表はなく、家庭同様に冷蔵庫にある食材を見て、利用者とその日に決めている。利用者が食事の支度全般に関わっている。  |                   |
| 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          | 個別での対応はしていないが、栄養バランスを考えたメニューを提供し、体力の維持向上を心がけている。水分もこまめに提供できている。    |   |                   |
| 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                   | 月1回歯科衛生士より口腔ケアを受けている。その際、衛生士より必要なケアの指示を受け実施している。                   |   |                   |

| 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 |
| 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むけた支援を行っている                              | 排泄介助が必要な住人さんが増えている。一人ひとりに合わせた排泄支援を心がけ、過剰な手伝いにならないよう、ストレスのない、さりげないケアを心がけたい(現状できていない)。        | 排泄記録を取り、利用者個々の支援方法を話し合い、快適な排泄となるよう取り組んでいる。適切な声掛けや誘導で、紙オムツ使用の利用者を布パンツに改善し、殆どの利用者の布パンツの暮らしを実現している。   |                   |
| 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  | 排泄の記録をもとに個別対応してる。水分を多く摂取してもらい、できるだけ毎朝ヨーグルトを提供している。  |  |                   |
| 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、個々にそった支援をしている                        | チェック表にてどの住人さんにも入浴を楽しんでもらえるようにしている。一人ひとりの希望やタイミングに合わせての入浴はできていない。又、高齢化に伴い、入浴事故への意識を高め実践している。 | 普通の家庭と同様に、夕食前後の入浴を支援している。ひのき風呂に季節を感じる柚湯や菖蒲湯を取入れ、ゆったりと個浴を楽しんでいる。入浴の苦手な利用者は時間を置き、職員変更や声掛けに工夫を凝らしている。 |                   |
| 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   | 中庭へ出たり、一緒に掃除をしたりと、できるだけ活動的に過ごすようにしている。又、日中起きているのが負担となっている住人さんには、声掛けにて臥床してもらっている。            |  |                   |
| 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  | 内服薬の個人ファイルを使用し、一人ひとりの内服状況の把握に努めているが、十分ではない。   |  |                   |
| 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                             | 買物や喫茶店など、できるだけ住人さんとお出かけるよう支援している。日々の生活の中でも役割や楽しみを持ってもらえるよう支援している。                           |  |                   |
| 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。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 | 一人ひとりのその日の希望にそった外出支援はできていない。2014年度の事業計画に外出支援をあげ、実施していく予定。                                   | 散歩、喫茶店、買い物、誕生日外食、花見、紅葉狩りの外出を実施している。ホームの屋外にテラスを設け、バーベキューやお茶会を行い、外気に触れる気分転換の機会としている。                 |                   |



| 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 |
| 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  | 現在は、お金に関して職員が管理し、買物時は職員が支払している。  |   |                   |
| 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   | 電話や手紙、年賀状のやり取りはスタッフと共に行っている。   |   |                   |
| 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 | 食堂以外でも居間や自室にて居心地良く過ごして頂けるよう工夫している。又、住人さんの居室やフロアに季節の鉢花を飾るようにし、中庭も住人さんと一緒に花を植え、楽しんでいる。 | 利用者の見守りを考え、台所のシンクを最近対面式にリフォームしている。木をふんだんに使用した室内は、温もりのある家庭的な雰囲気である。食堂と暖炉のあるリビングのエリアは完全に独立しており、メリハリある暮らしの空間としている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 食堂以外では、居間にて快適に過ごしてもらえるよう環境を整え住人さんの表情をみながら居間に誘い過ごしていただいている。                           |   |                   |
| 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  | 今までの生活の継続ができるよう愛用の家具、衣類、寝具、写真等を持参してもらい、少しでも居心地よく過ごせるよう工夫している。                        | 利用者と職員が協力して掃除を行い、居室は清潔である。使い慣れた家具、化粧品、ドレッサー、家族の写真、趣味の編み物道具、電気こたつ、テレビと様々に持込み、今までの暮らしを継続できる居室としている。               |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「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   | 認知症の進行や高齢化により、歩行が不安定な住人さんが増え、転倒事故が増えている。安全な環境づくりが今後の課題である。                           |   |                   |

## 目標達成計画

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

| 【目標達成計画】 |      |  |  |   |            |
|----------|------|--|--|---|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題   | 目標   | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容  | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 55   | 高齢化や認知症の進行により、転倒や利用者トラブルが増えている。安全な環境、ストレスのない環境作りが今後の課題である。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒事故を減らす。</li> <li>・利用者同士のトラブルを減らす。</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒に繋がるような危険場所や物など随時話し合い、生活環境を整えていく(手すりの設置、浴槽内いす等、福祉用具の充実)。</li> <li>・日中過ごす空間を二つに分け、トラブルを減らす。</li> </ul> | 12ヶ月       |
| 2        | 23   | 日々の生活記録から利用者の思いや暮らしの希望などを汲み取ることができない。                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録の充実化。</li> <li>・日々の記録からケアプラン作成へつなげられるようにする。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の行動だけでなく、言葉や想いを記録に残すなど、記録の目的や意味など職員全員が理解する(ミーティングで)。</li> </ul>                                      | 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。