

平成25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         | 1472601937   | 事業の開始年月日       | 平成15年5月1日  |      |
|               |  | 指定年月日          | 平成15年5月1日  |      |
| 法人名           | 社会福祉法人 幸会  |                |            |      |
| 事業所名          | グループホーム 幸園   |                |            |      |
| 所在地           | ( 252-0302 )<br>神奈川県相模原市南区上鶴間 6-1-30   |                |            |      |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 名          |      |
|               |  | 通い定員           | 名          |      |
|               |  | 宿泊定員           | 名          |      |
|               |  | 定員計            | 27         | 名    |
|               |  | ユニット数          | 3          | ユニット |
| 自己評価作成日       | 平成25年11月8日   | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成26年2月21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.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1472601937&amp;SVCD=320&amp;THNO=14150">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1472601937&amp;SVCD=320&amp;THNO=14150</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)】

高齢になってグループホームで生活することは想像以上に大変なことだと思います。その不安の中で私たちがどれだけ安心感を与えられるかが問われるところです。その人の思いや行動を受けとめ穏やかな生活を提供できるよう「止めない介護」をスローガンにして日々奮闘しております。ご家族との信頼関係を築きながら共に支援をしていけたらと思っています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                     |               |            |
|-------|-------------------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 株式会社フィールズ                           |               |            |
| 所在地   | 251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階 |               |            |
| 訪問調査日 | 平成25年12月15日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成26年1月28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)】

グループホームは、小田急線相模大野または東林間駅から、徒歩10分程の場所にあります。東南に流れる深堀川沿いに建てられた4階建ての2～4階に3ユニット設置し、開設から10年が経過したホームで、周辺は住宅主体の地域です。交通量が比較的ある道路を挟んで同じ法人運営の特別養護老人ホームおよびデイサービスセンターがあります。

<優れている点>

理念の具体的実践にあたって、各ユニットの利用者の状態をきめこまかく配慮した介護を行うため、食事、入浴、外出、行事、広報などに各ユニットの自主性を尊重した運営を行っています。医療機関の受診への付添、行事への参加、面会、入居前からの家族との関係の継続、家族への新聞発行等により家族と積極的にコミュニケーションを行っているため、家族との連携・協力が随所に見られます。その結果、利用者・家族の満足度が非常に高く感謝のコメントも数多く出ています。

<工夫点>

拘束・虐待防止委員がアンケートを実施しています。利用者に対し、不適切又は少し気になった言葉遣いや表現等があった場合に無記名で記入しています。その結果をユニット会議で話し合い、利用者への対応方法を検討・改善する仕組みを作っています。また、法定避難訓練の他、各ユニットで自主的に月1回様々なケース想定  
の避難訓練を継続的に実施し、非常用品、備蓄もすぐ使用できるよう整備しています。

### 【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 |
|------------------------------|--------|--------|
| I 理念に基づく運営                   | 1～14   | 1～7    |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15～22  | 8      |
| III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | 23～35  | 9～13   |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | 36～55  | 14～20  |
| V アウトカム項目                    | 56～68  |        |

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | グループホーム 幸園 |
| ユニット名 | すみれ        |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいの |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいの |
|           |   |   | 4. ほとんど掴んでいない  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある        |
|           |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|           |   |   | 3. たまにある       |
|           |   |   | 4. ほとんどない      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。<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、安心して暮らしている。<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                                     |
| <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。                    | その人らしく穏やかに生活できる環境づくり。そのために「止めない介護」をホームの理念としています。本人の思いや行動を止められることは混乱や不安を増大させてしまうと考え、できる限りとめない対応で入居者の安心、安全に努めています。 | 「止めない介護」→「ひとりひとりの今を活かし共に暮らす」の理念の下、「支えあうなでしこ」など各ユニットでモットーも考えて実践につなげています。法人理念は毎年の事業計画の冒頭に記し確認と周知をはかっています。        |   |
| 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。                    | 開かれたホームをめざしてボランティアの導入に努めております。日々の買い物で顔なじみになり、声をかけていただいたり、保育園児との交流を実施したり、自治会の文化祭に入居者の作品を出品したりしております。              | 歌、傾聴、絵手紙のボランティアが月1回来ています。近隣にできた保育園と納涼祭・クリスマスなどの行事に訪問したり、弁当をつくって遊びに来るなど相互交流が盛んです。自治会とは避難訓練参加など緊密な関係づくりがすすんでいます。 | 近隣の小・中学校との交流についても、何が可能か隣接デイサービスセンターと共に検討されることも期待されます。 |
| 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。                  | 事業所として外部に向けての特別な活動は行っていませんが、見学の方からの相談に応じております。また、研修生受け入れのさいは、少人数の受け入れを心がけ入居者の混乱がないようにしています。                      |  |   |
| 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。 | 入居状況、事故報告、評価報告等、さまざまな報告を行い、実態を理解していただいております。その際、委員の方から意見、情報を頂きながら改善、向上に努めております。                                  | 会議は年4回開催しています。各ユニット家族代表、自治会長、民生委員、保健師などのメンバーが参加し、定例報告の他、運営についての自由な意見交換や情報交換の場となっています。                          |   |
| 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取り組んでいる。           | グループホーム部会において直面している課題や要望をアンケートにしてまとめ、市に働きかけを行っております。   | 市とは介護保険関係の情報交換を行っています。グループホーム連絡会・部会などで事例研究、職場見学など、市の指導のもと、運営・サービス向上のための交流を行っています。                              |   |

| 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 |
| 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。 | 拘束委員会を設けており定期的に、問題提起、確認、振り返りを行い拘束についての認識を職員が持っています。玄関の施錠はせず、一緒に外にでて気持ちが落ち着くようにしたり言葉の拘束についても常に話し合っております。      | 3ヶ月ごとに身体拘束委員会を開催して事例を話し合っています。同法人内の特別養護老人ホームがモデル事業所であるため、職員が研修に参加しています。研修の内容を委員会に持ち帰り、拘束をしないケアの実践・周知を図っています。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。                                      | 言葉の拘束と合わせて言葉かけによる虐待はないのか、訴えに対してしっかり対応できているか、無理に食事をすすめていないか等職員間で意識しミーティングで話し合っています。                           |  |                   |
| 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。                                 | 地域包括センターからの情報をもとに成年後見制度の研修に参加しました。現在必要とする方はおりませんが、包括支援センターと連携して支援をしていきます。                                    |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。  | 見学時から料金の説明、受診について、ケア方針、生活上のリスクについてなど、細かい説明を行い納得していただくようにしています。解約にいたる心身状態が発生した場合は、その後の受け入れ先を納得していただくよう努めています。 |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。   | 面会時のコミュニケーションを大切に、要望や意見等話しやすい雰囲気を作っています。又家族会、行事後のお茶会のときに、家族交流を行いその中で不満等ないか聞き出すようにしています。                      | 家族会・食事会で意見を聞いています。また敬老会、クリスマス会などの行事参加の際も意見を出してもらっていますが、面会来訪時でのコミュニケーションを最も大事にしています。                          |                   |

| 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 |
| 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。                                      | 代表者が直接ユニットに出向くことは少ないのが現状ですが、職員からの意見等は管理者が対応し、代表者に報告を行っています。                           | 月1回の各ユニットの定例会議には管理者が必ず出席して、運営上の意見も聞いています。管理者自らユニットを担当しているため、実情の把握もよく行える状況にあります。法人責任者会議においても職員の意見を伝え、反映させています。 |                   |
| 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。      | 職員の資格取得を促し、ステップアップできる環境づくりを心がけております。また、健康診断は年2回実施されており心身の健康に配慮し、職員とのコミュニケーションを図っています。 |   |                   |
| 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。          | 市高齢協主催、居宅事業所主催、認知症疾患医療センター主催等多くの研修に新人、現任職員が参加して研鑽しております。それらが、日々の介護に活かされる様努めております。     |   |                   |
| 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。 | 市内にグループホーム部会、連絡会があり事例検討や情報交換、施設相互訪問等を実施しております。他施設の良いところ、又自施設の良い点を確認し合い日々向上を目指しております。  |   |                   |
| <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<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。        | ご家族、ケアマネージャー、通所職員等から普段の心身状態を収集し本人に安心感を持っていただけるようアットホーム作りをしています。                       |   |                   |

| 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 |
| 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。     | 在宅で生活できなくなった状態を詳しく拝聴し、ご家族としてどのような心情でグループホームへの入居を決意されたのかを理解しようと努めます。その上で当ホームでできること、要望等を具体的にはなし理解を頂いております。      |  |                   |
| 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。 | サービス開始時は特に馴染んで生活できるかが心配なことと捉え、家族や友人の面会を多くお願いしたり、一緒に外出をしたりしてここは安心して過ごせる場所であることを感じていただけるよう努めております。              |  |                   |
| 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。                    | 本人の出来ることを把握し、一緒に行いながら今までの生活の様子を聞いたり、他の入居の方との共通点見つけ出し仲良くなっていただくなど、職員、入居者がともに生活していく仲間であることをわかっていただけることを目指しています。 |  |                   |
| 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。     | 面会時に近況報告をし、ご家族からの協力を頂きながら共に入居の方を支えていきたいと考えております。ご家族と散歩に出かけたり、外食に出たりされる光景が良くあります。                              |  |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場所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。                | これまで通っていた美容院へ行かれたり、以前のサークル仲間が訪園して歌ってくれ楽しい時間を満喫されています。その交流が長く続くよう来園者にも気持ちよく過ごせる雰囲気作りを行っています。                   | 昔からのコーラス仲間が訪ねてきて、一緒に歌を歌って楽しんだり、友人に年賀状を書いたり、礼状を出したり、以前からの関係を継続できるよう支援しています。 |                   |

| 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 |
| 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。                | 話せる相手など入居者が自分で判断して自然と一緒にいることが多いです。他の方の動きを良く見ていて声をかけたりトイレを教えてあげたり、食べこぼしを拾ってあげたりする光景が良く見られます。            |  |                   |
| 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。 | 隣接する特別養護老人ホームへ入所されたり、入院のため退所された方への面会を行っています。退所されたご家族からもその後の様子など報告を頂くこともあります。                           |  |                   |
| <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<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。                        | 1人での生活で不安が多かったかたはここで仲間と美味しいご飯が食べられて良かったと毎回いわれます。また、家族のことが心配だと訴える方には、電話をかけて家族の声を聴いて安心していただくようにしています。    | 一人ひとりの様子や態度から、希望する事や要望の把握に努めています。「止めない介護」の理念に基づき、外出したい人には一緒に付き添ったり、家族のことが気にかかる利用者には電話をして安心してもらえる様に支援しています。 |                   |
| 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。                    | 入居前の事前調査で生活歴を記入していただきますが、入居後も本人の話と照らし合わせながら家族からの情報を頂いています。家族が話したがない様子の場合はそれ以上の介入はしないよう心がけています。         |  |                   |
| 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。                                  | 昼寝をしたり、ベランダに出て歩いたり、好きなテレビを見たりすることが日々の中でわかってくるので本人のこだわりは大切にしております。その中でもできることを把握し無理のない様手伝っていただく事も多くあります。 |  |                   |

| 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 |
| 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。 | 本人やご家族には日々の中で、又、面会時に要望を聞き原則三ヶ月ごとの見直しを行っています。ただし状態の変化に伴いその限りではありません。職員全員参加のもとカンファレンスを行い介護計画を作成しご家族の理解を得ております。 | 月1回のユニット会議のなかで、ケース会議をユニット職員全員で行っています。課題やモニタリングの結果を基にケアプランを作成しています。ケアプランは毎日の記録に挟んでおき、実施できた内容を記録しています。                     |                   |
| 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。                        | 生活状況表を用い個々の行動、食事、水分量、排泄、入浴の実施、訴えた内容、ケアプランに沿った介護の実践の有無を記録して職員、又はご家族が共有できるようになっています。                           |  |                   |
| 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、ご家族の状況に応じて往診診療、往診歯科等の紹介を行いご家族の負担軽減を支援しています。   |  |                   |
| 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。                         | 毎月、地域のボランティアの方が来園し趣味活動を行っています。また、自治会の文化祭に作品を展示したり、保育園児との交流を行い入居者の笑顔を見ることができます。                               |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                    | 入居前のかかりつけ医を継続していただいております。状態変化がある場合には、連絡表で報告し、対応の指示を頂いております。受診が困難になった場合には往診診療を勧めています。                         | 原則入居前からのかかりつけ医を継続し、家族に付き添ってもらい受診しています。受診の際には、連絡票にホームでの状態を記入し、家族に渡し情報を提供しています。医師からの指示をもらうこともあります。通院が困難になった場合は往診医を紹介しています。 |                   |



| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。                      | 職場内に看護師はおりませんが、日常で身体変化が発生した場合には身体状況表に記録し受診時に医師に伝えております。  |  |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。  | 入院の際は必ず面会を行い状態把握に努めております。ご家族との連絡も大切にし、退院後の過ごし方を話し合っています。   |  |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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。 | 入所時に看取りは行っていないことを説明し、理解をいただいています。重度化に備え受け入れ先として法人の特別養護老人ホームへの申し込みを促しておりその時期については家族、特養相談員と早めに検討を行っています。   | 入居時に看取りは行っていないことを説明しています。重度化した場合は家族、かかりつけ医と話し合いを行い、方針を決めています。重度化した場合に備え、法人の運営する特別養護老人ホームに申し込めることを話しています。     |                   |
| 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、緊急時のマニュアルがあり、ユニット会議において手順等話し合っております。日々の生活の中で転倒、急変は、発生しており、ほぼ全員が対応できております。                             |  |                   |
| 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。   | 火災、地震を想定してユニット内で月1回をめぐりに入居者と共に避難訓練を行っています。また、消防署立会いのもと避難、消火等の指導を頂き、他事業所からの応援を得て実施しています。少量ながら食料の備蓄をしています。 | 年2回の消防訓練の他、自主的にユニットごとに色々な状況を想定した避難訓練を行っています。各居室の前に、利用者に合わせてあごひもを調節したヘルメットを配備しているユニットもあります。備蓄品の種類・管理も行っていきます。 |                   |

| 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 |
| <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。                 | 認知症対応の基本であるため、日々の介護の中で言葉かけや対応が丁寧でできているかなど、職員同士が気づいたら注意し、ユニット会議においても常に入居者本位の対応が出来るよう話し合っています。                   | 言葉遣いには気を付けています。拘束・虐待防止委員が独自にアンケートを行なっています。アンケートから利用者に対して不適切または気になった言葉、表現等ユニット会議で話しあうことで、対応の方法に各自が自覚を持ってもらえるような工夫をしています。 |                   |
| 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。                      | 本人から電話を家族にかけたい、買い物に行きたいなどの訴えがあったときは実施しています。また、聞こえが悪い方には耳元でゆっくりと伝達し、本人の意思表示を待ちます。                               |   |                   |
| 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。 | 一日の流れはおおよそ決まっていますが個々の過ごし方は自由になっています。職員の都合で決定しないようにしています。昼寝をする方もいますし歌っている方もいます。又入浴も本人が拒否した場合は翌日に声かけを行うようにしています。 |   |                   |
| 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。                                   | 自身で洋服を選択し日に何度も着替えられる方もおりますが、自己選択できない方にはご家族からの情報を得ながら本人の好みの服を支援しています。   |   |                   |
| 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。      | 入居の方の好みを把握し献立をたてます。毎日食料の買出しに行き果物など選んでいただきます。入居者の体調を見ながら片付けをしていただきます。又、職員は同じテーブルにつき一緒に食べています。                   | 毎日、食材の買いものに利用者と一緒にしています。調理は職員が行い、野菜刻み、食器洗い、下膳等は利用者も一緒に手伝っています。敬老会や忘年会等の行事には出前をとったり、年に数回は外出に出かけて楽しんでいます。                 |                   |

| 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。            | 食事量、水分量は個々の状況表に都度記録しており職員、家族が常に確認できています。入居者に合わせた分量を提供し、朝食は本人の希望に沿いパン食、ご飯食を選ぶことができます。                |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。                    | 自分でできる方には声かけし、できない方には毎食後誘導しながら口腔ケアを実施しています。入床時には義歯状態を確認し、洗浄をおこなっています。                               |  |                   |
| 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。     | 行動、しぐさで察知して誘導したり、時間で誘導してトイレでの排尿を促しています。昼間と夜間でパットの形態を変えたり、布パンツとパットの併用で対応したりしてトイレに行くことを意識できる支援をしています。 | 全員がトイレでの排泄を行っています。頻繁にトイレに行く利用者もいますが、行動や仕草をよく把握してトイレ誘導したり、時間で声掛けをしています。また、布パンツを使用してトイレでの習慣付けを促すような支援もしています。     |                   |
| 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。                     | 排便チェックを行い排便状況を確認しています。便秘がちの方には、飲み物、食べ物で自然排便できるよう工夫しながら提供しています。                                      |  |                   |
| 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。 | 声かけをし断った時は無理強いせず、時間をおいて再度誘ったり、後日にしたりし本人の意志を優先しています。また、介助を嫌がる方には様子を見ながらドアのそとで観察しています。                | 一応入浴時間帯は決めています。入浴拒否をした場合には無理強せず、時間をおいて声掛けしたり、職員を替えたり工夫をし柔軟に対応しています。入浴剤をいれたり、ゆず湯、菖蒲湯等の変化をつけ、入浴が楽しくなるよう工夫をしています。 |                   |

| 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。  | 昼間、自ら体調に合わせて休息する方が数名おります。ほぼ全員の方が夜間は良眠されており、眠剤の利用者はありません。                                   |  |                   |
| 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。   | 処方箋を近くに置き、いつでも確認できるようにしています。手渡しし飲み込むまでの確認を必ず行うことを徹底しています。高齢者の薬の基礎知識の研修会に出席し研鑽しています。        |  |                   |
| 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。                              | その人にできる事を把握し、編み物、パズル、貼り絵等の余暇活動を楽しみ、洗濯物干し、食器拭き、掃除などの家事的な仕事も分担して行っています。                      |  |                   |
| 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。 | 「止めない介護」をスローガンとしていますので外出希望のある方は職員同行にて出かけるよう周知をしております。遠方への外出はできていませんが近所への散歩、買い物などは常に行っています。 | 毎日の買い物と一緒に出掛けたり、散歩では本人の状態に合わせコースを決め、毎日午後にて出掛けています。また家族にも声を掛け、車で江の島水族館、ズーラシア等の遠出もしています。 |                   |
| 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。                              | 現金を持つことができる方は数名です。自分の欲しいものを購入する方もいますが、所持することで安心される方もおり、家族と相談し一定額を本人が所持しております。              |  |                   |

| 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 |
| 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。   | 日に何回も電話することもあります。家族の了解を得ており、本人が安心してできるよう応答をお願いしてあります。また、本人用に切手を用意し頻回に手紙を書かれる方もおり投函の支援を行っております。 |  |                   |
| 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。 | できる限り施設感をなくし家庭的な雰囲気になるよう、観葉植物や手作り品をフローアに置いてあります。光はまぶしいと言われる方がいるので明かり過ぎないように気をつけて調整しています。       | リビング・ダイニング・キッチンが東南角にあり、非常に採光がよく明るく湿度管理も加湿器配置などで調節しており居心地のよい空間です。また、季節ごとの多数コメント入り行事写真や書道作品掲示などで楽しい空間にもなっています。 |                   |
| 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。  | フローアにはソファを置いてあり誰でも座ることができます。食席も自由に選べるため話が合う方は自然に一緒にいる光景がみられます。                                 |  |                   |
| 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。  | 家具は持ち込みになっているため、入居時に家族と相談して使い慣れた物を居室に置くようにしています。   | 居室は入り口・押入れを含めて8畳以上あり洗面台も備え付けられています。室内が広く利用者はそれぞれソファ、机・椅子・タンスなどの馴染みの家具類を多く持ちこみ、その方らしく居心地よく暮らせる居室となっています。      |                   |
| 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。  | つまずきなどが生じる可能性があるため、居室、フローアの環境整備に努めています。  |  |                   |

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | グループホーム 幸園 |
| ユニット名 | なでしこ       |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいの |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいの |
|           |   |   | 4. ほとんど掴んでいない  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある        |
|           |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|           |   |   | 3. たまにある       |
|           |   |   | 4. ほとんどない      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                |   | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   | ○ | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。<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 |
| <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。                     | その人らしく穏やかに生活できる環境づくり。そのために「止めない介護」をホームの理念としています。本人の思いや行動を止められることは混乱や不安を増大させてしまうと考え、できる限りとめない対応で入居者の安心、安全に努めています。 |      |                   |
| 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。                     | 開かれたホームをめざしてボランティアの導入に努めております。日々の買い物で顔なじみになり、声をかけていただいたり、保育園児との交流を実施したり、自治会の文化祭に入居者の作品を出品したりしております。              |      |                   |
| 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。                   | 事業所として外部に向けての特別な活動は行っていませんが、見学の方からの相談に応じております。また、研修生受け入れのさいは、少人数の受け入れを心がけ入居者の混乱がないようにしています。                      |      |                   |
| 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。 | 入所状況、事故報告、評価報告等、さまざまな報告を行い、実態を理解していただいております。その際、委員の方から意見、情報を頂きながら改善、向上に努めております。                                  |      |                   |
| 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取り組んでいる。            | グループホーム部会において直面している課題や要望をアンケートにしてまとめ、市に働きかけを行っております。   |      |                   |

| 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 |
| 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。 | 拘束委員会を設けており定期的に、問題提起、確認、振り返りを行い拘束についての認識を職員が持っています。入居間もない方が頻回に玄関に向かったり非常階段から出ようとするため現在は玄関の鍵を施錠し対応しています。      | ～    |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。                                      | 言葉の拘束と合わせて言葉かけによる虐待はないのか、訴えに対してしっかり対応できているか、無理に食事をすすめていないか等職員間で意識しミーティングで話し合っています。                           |      |                   |
| 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。                                 | 職員は成年後見制度について学ぶ機会が少ないのが現状ですが、包括支援センターからの情報により研修を受ける予定になっております。   |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。  | 見学時から料金の説明、受診について、ケア方針、生活上のリスクについてなど、細かい説明を行い納得していただくようにしています。解約にいたる身体状態が発生した場合は、その後の受け入れ先を納得していただくよう努めています。 |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。   | 面会時のコミュニケーションを大切に、要望や意見等話しやすい雰囲気を作っています。又家族会、行事後のお茶会のときに、家族交流を行いその中で不満等ないか聞き出すようにしています。                      |      |                   |



| 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 |
| 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。                                      | 代表者が直接ユニットに出向くことは少ないのが現状ですが、職員からの意見等は管理者が対応し、代表者に報告を行っています。                           |      |                   |
| 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。      | 職員の資格取得を促し、ステップアップできる環境づくりを心がけております。また、健康診断は年2回実施されており心身の健康に配慮し、職員とのコミュニケーションを図っています。 |      |                   |
| 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。          | 市高齢協主催、居宅事業所主催、認知症疾患医療センター主催等多くの研修に新人、現任職員が参加して研鑽しております。それらが、日々の介護に活かされる様努めております。     |      |                   |
| 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。 | 市内にグループホーム部会、連絡会があり事例検討や情報交換、施設相互訪問等を実施しております。他施設の良いところ、又自施設の良い点を確認し合い日々向上を目指しております。  |      |                   |
| <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<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。        | ご家族、ケアマネージャー、通所職員等から普段の心身状態を収集し本人に安心感を持っていただけるようアットホーム作りをしています。                       |      |                   |

| 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 |
| 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。     | 在宅で生活できなくなった状態を詳しく拝聴し、ご家族としてどのような心情でグループホームへの入居を決意されたのかを理解しようと努めます。その上で当ホームでできること、要望等を具体的にはなし理解を頂いております。      |      |                   |
| 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。 | サービス開始時は特に馴染んで生活できるかが心配なことと捉え、家族や友人の面会を多くお願いしたり、一緒に外出をしたりしてここは安心して過ごせる場所であることを感じていただけるよう努めております。              |      |                   |
| 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。                    | 本人の出来ることを把握し、一緒に行いながら今までの生活の様子を聞いたり、他の入居の方との共通点見つけ出し仲良くなっていただくなど、職員、入居者がともに生活していく仲間であることをわかっていただけることを目指しています。 |      |                   |
| 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。     | 面会時に近況報告をし、ご家族からの協力を頂きながら共に入居の方を支援していきたいと考えております。ご家族と散歩、外食など入居前のような絆を保っていけるよう支援しています。                         |      |                   |
| 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。                 | 通っていた美容院に行ったり、友人が面会にこられます。  |      |                   |

| 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 |
| 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。                | お互いの性格、認知症の程度などによってレクやお手伝いなど孤立しないよう配慮しています。入居者同士は世話をやく方、やかれる方それぞれ支えています。                       |      |                   |
| 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。 | 隣接する特別養護老人ホームへ入所されたり、入院のため退所された方への面会を行っています。退所されたご家族がその後、立ち寄ってくださったりします。                       |      |                   |
| <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<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。                        | 希望を伝えられる方からは聞き、実行していますが、困難な場合には、観察し職員間で検討しています。  |      |                   |
| 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。                    | 入居前の事前調査で生活歴を記入していただきますが、入居後も本人の話と照らし合わせながら家族からの情報を頂いています。家族が話したがない様子の場合はそれ以上の介入はしないよう心がけています。 |      |                   |
| 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。                                  | 体力低下がみられる方には臥床時間を設け、運動不足の方にはベランダ歩きや近所への散歩を行っています。毎日1回バイタル測定をし体調の変化に気をつけています。                   |      |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。 | ご家族には面会時に要望を聞き原則三ヶ月ごとの見直しを行っています。ただし状態の変化に伴いその限りではありません。担当職員が中心となり職員全員参加のもとカンファレンスを行い介護計画を作成しご家族の了解を得ております。 |      |                   |
| 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。                        | 生活状況表を用い個々の行動、食事、水分量、排泄、入浴の実施、訴えた内容、ケアプランに沿った介護の実践の有無を記録して職員、又はご家族が共有できるようになっています。                          |      |                   |
| 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、ご家族の状況に応じて往診診療、往診歯科等の紹介を行いご家族の負担軽減を支援しています。  |      |                   |
| 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。                         | 毎月、地域のボランティアの方が来園し趣味活動を行っています。また、自治会の文化祭に作品を展示したり、保育園児との交流を行い入居者の笑顔を見ることが出来ます。                              |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                    | 入居前のかかりつけ医を継続していただいております。状態変化がある場合には、受診連絡表で報告し、対応の指示を頂いております。受診が困難になった場合には往診診療を勧めています。                      |      |                   |

| 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。                     | 職場内に看護師はおりませんが、日常で身体変化が発生した場合には身体状況表に記録し受診時に医師に伝えております。往診の場合も同じですが医師からの情報が得られないこともあります。                  |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院の際は必ず面会を行い状態把握に努めております。ご家族との連絡も大切にし、退院後の過ごし方を話しています。   |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 入居時に看取りは行っていないことを説明し、理解をいただいています。重度化に備え受け入れ先として法人の特別養護老人ホームへの申し込みを促しておりその時期については家族、特養相談員と早めに検討を行っています。   |      |                   |
| 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、緊急時のマニュアルがあり、ユニット会議において手順等話し合っております。日々の生活の中で転倒、急変は、発生しており、ほぼ全員が対応できております。                             |      |                   |
| 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。  | 火災、地震を想定してユニット内で月1回をめぐりに入居者と共に避難訓練を行っています。また、消防署立会いのもと避難、消火等の指導を頂き、他事業所からの応援を得て実施しています。少量ながら食料の備蓄をしています。 |      |                   |

| 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 |
| <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。                | 認知症対応の基本であるため、日々の介護の中で言葉かけや対応が丁寧にできているかなど、職員同士が気づいたら注意し、ユニット会議おいても常に入居者本位の対応が出来るよう話し合っています。                   |      |                   |
| 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。                     | 着るもの、食べ物を選んで頂いたり、買い物に出たいなどの希望を素直の訴えられるよう支援しています。  |      |                   |
| 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。 | 一日の流れはおおよそ決まっていますが個々の過ごし方は自由になっています。職員の都合で決定しないようにしています。昼寝をする方やテレビをみている方もいます。又入浴も本人が拒否した場合は翌日に声かけを行うようにしています。 |      |                   |
| 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。                                  | 自身で洋服を選択し日に何度も着替えられる方もおりますが、自己選択できない方には季節に合った清潔な身だしなみを心がけています。  |      |                   |
| 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。     | 入居の方の好みを把握し献立をたてます。毎日食料の買出しに行き果物など選んでいただきます。入居者の体調を見ながら片付けをしていただきます。又、職員は同じテーブルにつき一緒に食べています。                  |      |                   |

| 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。            | 眠気が強く食事量が少なかった時は捕食したり、水分が進まない時は小さなカップに移して数回提供しています。   |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。                    | 自分でできる方には声かけし、できない方には毎食後誘導しながら口腔ケアを実施しています。入床時には義歯状態を確認し、洗浄をおこなっています。                                 |      |                   |
| 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。     | 行動、しぐさで察知して誘導したり、時間で誘導してトイレでの排尿をうながしています。昼間と夜間でパットの形態を変えたり、布パンツとパットの併用で対応したりしてトイレに行くことを意識できる支援をしています。 |      |                   |
| 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。                     | 排便チェックを行い排便状況を確認しています。便秘がちの方には、飲み物、食べ物で自然排便できるよう工夫しながら提供しています。  |      |                   |
| 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。 | 声かけをし断った時は無理強いせず、時間をおいて再度誘ったり、後日にしたりし本人の意志を優先しています。現在1名の方の強い拒否には対応に苦慮しております。                          |      |                   |

| 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。  | 日中ベランダ歩き、散歩など活動を増やすことによって良い睡眠がとれるようにしています。時にはベットの側に付きそうこともあります。                                    |      |                   |
| 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。   | 自分がどんな薬を服用しているか知りたい方にはその都度説明しています。服薬が変更になった場合にはノートに記載し全員が把握できるようにしています。                            |      |                   |
| 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。                              | その人にできる事を把握し、編み物、パズル、貼り絵等の余暇活動を楽しみ、洗濯物干し、食器拭き、掃除などの家事的な仕事も分担して行っています。                              |      |                   |
| 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。 | 「止めない介護」をスローガンとしていますので外出希望のある方は職員同行にて出かけるよう周知をしております。近所への散歩、買い物などは常に行っています。家族や友人と外食や花火大会に出かけております。 |      |                   |
| 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。                              | 現金を持つことができる方は数名です。自分の欲しいものを購入する方もいますが、所持することで安心される方もおり、家族と相談し一定額を本人が所持しております。                      |      |                   |



| 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 |
| 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。   | 日に何回も電話することもあります。家族の理解を得ており、本人が安心できるような応答をお願いしてあります。家族や友人からの手紙を良く読んでいます。            |      |                   |
| 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。 | できる限り施設感をなくし家庭的な雰囲気になるよう、手作りの品をフロアに置いてあります。光はまぶしいと言われる方がいるので明かり過ぎないように気をつけて調整しています。 |      |                   |
| 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。  | フロアにはソファを置いてあり誰でも座ることができます。台所の側にあるので職員との会話が弾みます。又、3人掛けなので1人になることはなく過ごしています。         |      |                   |
| 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。  | 家具は持ち込みになっているため、入居時に家族と相談して使い慣れた物を居室に置くようにしています。                                    |      |                   |
| 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。  | つまずきなどが生じる可能性があるため、居室、フロアへの環境整備に努めています。トイレや自室がわかるよう名前など掲示しています。                     |      |                   |

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | グループホーム 幸園 |
| ユニット名 | たんぽぽ       |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいの |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいの |
|           |   |   | 4. ほとんど掴んでいない  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある        |
|           |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|           |   |   | 3. たまにある       |
|           |   |   | 4. ほとんどない      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。<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、安心して暮らしている。<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 |
| <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。                     | その人らしく穏やかに生活できる環境づくり。そのために「止めない介護」をホームの理念としています。本人の思いや行動を止められることは混乱や不安を増大させてしまうと考え、できる限りとめない対応で入所者の安心、安全に努めています。 |      |                   |
| 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。                     | 開かれたホームをめざしてボランティアの導入に努めております。また、日々の買い物で顔なじみになり、声をかけていただいたり、保育園児との交流を実施したり、自治会の文化祭に入居者の作品を出品したりしております。           |      |                   |
| 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。                   | 事業所として外部に向けての特別な活動は行っていませんが、見学の方からの相談に応じております。また、研修生受け入れのさいは、少人数の受け入れを心がけ入居者の混乱がないようにしています。                      |      |                   |
| 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。 | 入居状況、事故報告、評価報告等、さまざまな報告を行い、実態を理解していただいております。その際、委員の方から意見、情報を頂きながら改善、向上に努めております。                                  |      |                   |
| 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取り組んでいる。            | グループホーム部会において直面している課題や要望をアンケートにしてまとめ、市に働きかけを行っております。   |      |                   |

| 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 |
| 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。 | 拘束委員会を設けており定期的に、問題提起、確認、振り返りを行い拘束についての認識を職員が持っています。玄関の施錠は行動が激しい時以外は開錠しており、言葉の拘束についても常に話し合っております。             |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。                                       | 言葉の拘束と合わせて言葉かけによる虐待はないのか、訴えに対してしっかり対応できているか、無理に食事をすすめていないか等職員間で意識しミーティングで話し合っています。                           |      |                   |
| 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。                                 | 市高齢協主催の研修や市民講習に出席した方から資料を頂き学習するが、管理者が担当して個々の対応は行うようにしています。制度は複雑なので今後も学んでいきたいと思えます。                           |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。  | 見学時から料金の説明、受診について、ケア方針、生活上のリスクについてなど、細かい説明を行い納得していただくようにしています。解約にいたる心体状態が発生した場合は、その後の受け入れ先を納得していただくよう努めています。 |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。   | 面会時のコミュニケーションを大切に、要望や意見等話しやすい雰囲気を作っています。又家族会、行事後のお茶会のときに、家族交流を行いその中で不満等ないか聞き出すようにしています。                      |      |                   |

| 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 |
| 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。                                      | 代表者が直接ユニットに出向くことは少ないのが現状ですが、職員からの意見等は管理者が対応し、代表者に報告を行っています。                           |      |                   |
| 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。      | 職員の資格取得を促し、ステップアップできる環境づくりを心がけております。また、健康診断は年2回実施されており心身の健康に配慮し、職員とのコミュニケーションを図っています。 |      |                   |
| 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。          | 市高齢協主催、居宅事業所主催、認知症疾患医療センター主催等多くの研修に新人、現任職員が参加して研鑽しております。それらが、日々の介護に活かされる様努めております。     |      |                   |
| 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。 | 市内にグループホーム部会、連絡会があり事例検討や情報交換、施設相互訪問等を実施しております。他施設の良いところ、又自施設の良い点を確認し合い日々向上を目指しております。  |      |                   |
| <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<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。        | ご家族、ケアマネージャー、通所職員等から普段の心身状態を収集し本人に安心感を持っていただけるようアットホーム作りをしています。                       |      |                   |

| 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 |
| 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。     | 在宅で生活できなくなった状態を詳しく拝聴し、ご家族としてどのような心情でグループホームへの入居を決意されたのかを理解しようと努めます。その上で当ホームでできること、要望等を具体的にはなし理解を頂いております。       |      |                   |
| 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。 | サービス開始時は特に馴染んで生活できるかが心配なことと捉え、家族や友人の面会を多くお願いしたり、一緒に外出をしたりしてここは安心して過ごせる場所であることを感じていただけるよう努めております。               |      |                   |
| 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。                    | 本人の出来ることを把握し、一緒に行いながら今までの生活の様子を聞いたり、他の入居の方との共通点を見つけ出し仲良くなっていただくなど、職員、入居者がともに生活していく仲間であることをわかっていただけることを目指しています。 |      |                   |
| 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。     | 面会時に近況報告をし、ご家族からの協力を頂きながら共に入居の方を支えていきたいと考えております。ご家族と散歩に出かけたり、外食に出たりされる光景が良くあります。                               |      |                   |
| 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。                 | これまで通っていた美容院へ行かれたり、季節ごとの挨拶状、贈り物のお礼状、電話でのお礼を必ず行い関係が続くよう支援しています。   |      |                   |

| 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 |
| 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。               | 話せる相手など入居者が自分で判断して自然と一緒にいることが多いです。テーブルの席や外出時など話が合う方と楽しく過ごせるよう心がけています。                                  |      |                   |
| 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。 | 隣接する特別養護老人ホームへ入所されたり、入院のため退所された方への面会を行っています。退所されたご家族からもその後の様子など報告を頂くこともあります。                           |      |                   |
| <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<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。                       | 1人での生活で不安が多かったかたはここで仲間と美味しいご飯が食べられて良かったと毎回いわれます。また、家族のことが心配だ訴える方には、電話をかけて家族の声を聴いて安心していただくようにしています。     |      |                   |
| 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。                   | 入居前の事前調査で生活歴を記入していただきますが、入居後も本人の話と照らし合わせながら家族からの情報を頂いています。家族が話したがない様子の場合はそれ以上の介入はしないよう心がけています。         |      |                   |
| 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。                                 | 昼寝をしたり、ベランダに出て歩いたり、好きなテレビを見たりすることが日々の中でわかってくるので本人のこだわりは大切にしております。その中でもできることを把握し無理のない様手伝っていただく事も多くあります。 |      |                   |

| 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 |
| 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。 | 本人には日々の中で、家族には面会時に要望を聞き原則三ヶ月ごとの見直しを行っています。ただし状態の変化に伴いその限りではありません。職員全員参加のもとカンファレンスを行い介護計画を作成。ご家族の了解を得ております。 |      |                   |
| 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。                        | 生活状況表を用い個々の行動、食事、水分量、排泄、入浴の実施、訴えた内容、ケアプランに沿った介護の実践の有無を記録して職員、又はご家族が共有できるようになっています。                         |      |                   |
| 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、ご家族の状況に応じて往診診療、往診歯科等の紹介を行いご家族の負担軽減を支援しています。   |      |                   |
| 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。                         | 毎月、地域のボランティアの方が来園し趣味活動を行っています。また、自治会の文化祭に作品を展示したり、保育園児との交流を行い入居者の笑顔を見ることが出来ます。                             |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                    | 入居前のかかりつけ医を継続していただいております。状態変化がある場合には、連絡表で報告し、対応の指示を頂いております。受診が困難になった場合には往診診療を勧めています。                       |      |                   |



| 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。                      | 職場内に看護師はおりませんが、日常で身体変化が発生した場合には身体状況表に記録し受診時に医師に伝えております。  |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。  | 入院の際は必ず面会を行い状態把握に努めております。ご家族との連絡も大切にし、退院後の過ごし方を話し合っています。   |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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、事業所の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。 | 入居時に看取りは行っていないことを説明し、理解をいただいています。重度化に備え受け入れ先として法人の特別養護老人ホームへの申し込みを促しておりその時期については家族、特養相談員と早めに検討を行っています。   |      |                   |
| 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、緊急時のマニュアルがあり、ユニット会議において手順等話し合っております。日々の生活の中で転倒、急変は、発生しており、ほぼ全員が対応できております。                             |      |                   |
| 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。   | 火災、地震を想定してユニット内で月1回をめぐりに入居者と共に避難訓練を行っています。また、消防署立会いのもと避難、消火等の指導を頂き、他事業所からの応援を得て実施しています。少量ながら食料の備蓄をしています。 |      |                   |

| 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 |
| <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。                | 認知症対応の基本であるため、日々の介護の中で言葉かけや対応が丁寧にできているかなど、職員同士が気づいたら注意し、ユニット会議においても常に入居者本位の対応が出来るよう話し合っています。                |      |                   |
| 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。                     | 本人から電話を家族にかけたい、買い物に行きたいなどの訴えがあったときは実施しています。また、散歩、体操などの参加は無理強いせず入居者が決める環境をつくっています。                           |      |                   |
| 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。 | 一日の流れはおおよそ決まっていますが個々の過ごし方は自由になっています。職員の都合で決定しないようにしています。昼寝をする方やテレビを見る方もいます。又入浴も本人が拒否した場合は翌日に声かけを行うようにしています。 |      |                   |
| 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。                                  | 自身で洋服を選択し日に何度も着替えられる方もおりますが、季節感が判らない方には職員が声かけをしながら支援しています。男性には髭そりの声かけをしています。                                |      |                   |
| 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。     | 入居の方の好みを把握し献立をたてます。毎日食料の買出しに行き果物など選んでいただきます。盛り付け、食材切り、片づけなど手伝っていただきます。又、職員は同じテーブルにつき一緒に食べています。              |      |                   |

| 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。            | 食事量、水分量は個々の状況表に都度記録しており職員、家族が常に確認できています。入居者に合わせた分量や形態で提供しております。                                     |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。                    | 自分でできる方には声かけし、できない方には毎食後誘導しながら口腔ケアを実施しています。入床時には義歯状態を確認し、洗浄をおこなっています。定期的に歯科受診を家族と相談しながら行っています。      |      |                   |
| 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。     | 行動、しぐさで察知して誘導したり、時間で誘導してトイレでの排尿を促しています。昼間と夜間でパットの形態を変えたり、布パンツとパットの併用で対応したりしてトイレに行くことを意識できる支援をしています。 |      |                   |
| 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。                     | 排便チェックを行い排便状況を確認しています。便秘がちの方には、飲み物、食べ物で自然排便できるよう工夫しながら提供しています。                                      |      |                   |
| 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。 | 声かけをし断った時は無理強いせず、時間をおいて再度誘ったり、後日にしたりし本人の意志を優先しています。また、介助を嫌がる方には様子を見ながらドアのそとで観察しています。                |      |                   |

| 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。  | 昼間、自ら体調に合わせて休息する方が数名おります。ほぼ全員の方が夜間は良眠されており、眠剤の利用者はありません。                            |      |                   |
| 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。   | 処方箋を近くに置き、いつでも確認できるようにしています。手渡しし飲み込むまでの確認を必ず行うことを徹底しています。高齢者の薬の基礎知識の研修会に出席し研鑽しています。 |      |                   |
| 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。                              | その人にできる事を把握し、編み物、パズル、貼り絵等の余暇活動を楽しみ、洗濯物干し、食器拭き、掃除などの家事的な仕事も分担して行っています。               |      |                   |
| 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。 | 「止めない介護」をスローガンとしていますので外出希望のある方は職員同行にて出かけるよう周知をしております。月に一度は外出レクを実施し楽しんでいきます。         |      |                   |
| 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。                              | 現金を持つことができる方は一名です。所持することで安心される方もおり、必要な物は預かり金で購入し家族に確認を頂いております。                      |      |                   |

| 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 |
| 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。   | 季節の挨拶状や絵手紙など出すようにしています。また、頂き物などのお礼の際には本人と話ができるよう電話取次ぎの支援をしています。                    |      |                   |
| 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。 | できる限り施設感をなくし家庭的な雰囲気になるよう、手作り品をフロアに置いてあります。光はまぶしいと言われる方がいるので明かり過ぎないように気をつけて調整しています。 |      |                   |
| 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。  | フロアにはソファを置いてあり誰でも座ることができます。食席も自由に選べるため話が合う方は自然に一緒にいる光景がみられます。                      |      |                   |
| 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。  | 家具は持ち込みになっているため、入居時に家族と相談して使い慣れた物を居室に置くようにしています。家族の写真を置いたりしてその人らしい部屋作りをしています。      |      |                   |
| 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。  | つまずきなどが生じる可能性があるため、居室、フロアへの環境整備に努めています。居室の表札、トイレマークなど迷うことなく生活できるよう工夫しています。         |      |                   |

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム幸園

### 目標達成計画

作成日: 平成25年2月19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        | 2    | 入所者の身体機能低下や職員数にゆとりがないため外部行事へ参加することが数年できていなかった。 | 自治会、近隣小学校、幼稚園の運動会等の行事への参加を積極的におこなっていき、施設外の方々との交流を図っていく。 | 自治会の行事は運営推進委員会で確認し、幼稚園、小学校等の運動会は、ホームページで早くに実施日を把握し職員数を確保する。近隣の保育園とは、今までどおり頻回に交流を行っていく。 | 12ヶ月       |
| 2        | 4    | 部会、推進委員会等で情報発信はできているが、もう一歩前に進むことが必要と思われる。      | 認知症介護を地域に発信していきたい。                                      | 法人内にある地域包括支援センターと密に情報交換し地域ケア会議等で認知症ケアを在宅に活かしていけるようする。                                  | 12ヶ月       |
| 3        |      |  |   |  |            |
| 4        |      |  |   |  |            |
| 5        |      |  |   |  |            |