

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| I. 理念に基づく運営                    | 8  |
| 1. 理念の共有                       | 1  |
| 2. 地域との支えあい                    | 1  |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用          | 3  |
| 4. 理念を実践するための体制                | 2  |
| 5. 人材の育成と支援                    | 0  |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援          | 1  |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応      | 0  |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援      | 1  |
| III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント  | 5  |
| 1. 一人ひとりの把握                    | 1  |
| 2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し | 1  |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援              | 0  |
| 4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働    | 3  |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援      | 6  |
| 1. その人らしい暮らしの支援                | 4  |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり        | 2  |
| 合計                             | 20 |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業所番号 | 1473000865         |
| 法人名   | 社会福祉法人徳寿会          |
| 事業所名  | グループホーム晃風園         |
| 訪問調査日 | 2019年3月1日          |
| 評価確定日 | 2019年3月31日         |
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION |

**○項目番号について**  
 外部評価は20項目です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
 [取り組みの事実]  
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
 [次ステップに向けて期待したい内容]  
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
 家族 = 家族に限定しています。  
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 30 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         | 1473000865                                                                                   | 事業の開始年月日       | 平成16年10月1日 |  |
|               |                                                                                              | 指定年月日          |            |  |
| 法人名           | 社会福祉法人徳寿会                                                                                    |                |            |  |
| 事業所名          | グループホーム晃風園                                                                                   |                |            |  |
| 所在地           | ( 242-0012 )<br>神奈川県大和市深見東3-2-5                                                              |                |            |  |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 名          |  |
|               |                                                                                              | 通い定員           | 名          |  |
|               |                                                                                              | 宿泊定員           | 名          |  |
|               |                                                                                              | 定員計            | 18名        |  |
|               |                                                                                              | ユニット数          | 2ユニット      |  |
| 自己評価作成日       | 平成31年1月15日                                                                                   | 評価結果<br>市町村受理日 |            |  |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| 「よりその人らしい」を事業理念に掲げておりご利用者様1人ひとりに寄り添い安心安全でアットホームな生活環境を提供すると共に個々に合ったケアサービスを提供する |
|-------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                    |               |            |
|-------|------------------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION                 |               |            |
| 所在地   | 〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F |               |            |
| 訪問調査日 | 平成31年3月1日                          | 評価機関<br>評価決定日 | 平成31年3月31日 |

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

●この事業所は、社会福祉法人徳寿会の経営です。徳寿会は大和市に法人本部を構え、昭和57年に同大和市で特別養護老人ホーム晃風園を開設して以降、同市内で居宅介護支援事業所・デイサービス・グループホーム・地域包括支援センターを運営しており、介護分野において長い経験と実績の多い法人です。地元根付いた社会福祉法人として、地域の高齢者支援を担っています。ここ「グループホーム晃風園」は、小田急線「大和駅」からバスで5分程の「島津入口」で下車して徒歩3分の場所にあり、住宅地と商業地の混在した地域で、隣接して同法人のデイサービスがあります。建物は2階建てで、居室は全室南向きと日当たりも良く、どの居室も採光が良く明るい居室になっています。リビングから一望できる広い庭は、ウッドデッキのテラスと芝生になっており、今後は、家族もお誘いしてバーベキュー大会等の行事を計画しています。

●法人の理念「アットホーム晃風園」を基に事業所独自の理念「よりその人らしい生活を送る」と、目標として「・心地良いあいさつ・やさしい言葉遣い」を作成して職員室に掲示しています。事業所の理念や目標は、朝・夕の引継ぎ時や、毎月のスタッフ会議でも読み上げて確認することで、職員への浸透を図り、利用者一人ひとりに寄り添ったケアサービスの提供に努めています。

●地域の自治会に加入しており、自治会主催の夏祭りや、大和市商店街による阿波踊りにも特設機敷席を用意していただく等の配慮もして頂いており、今日に至るまでの法人や事業所の実績や活動が地域の方々に受け入れられ、良好な関係が構築されています。また、長年継続して行っている「エコキャップ集め活動」では、近隣の幼稚園や住民の方々にも協力して頂き、売却益での医療支援など国際援助に協力しています。

【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  | グループホーム晃風園 |
| ユニット名 |            |

| V アウトカム項目                                                   |   |                |
|-------------------------------------------------------------|---|----------------|
| 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)     | ○ | 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<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)             | ○ | 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<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)                   | ○ | 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<br>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<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)                  | ○ | 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<br>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<br>利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|                                                             |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|                                                             |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|                                                             |   | 4. ほとんどいない     |

|                                                                              |   |                |
|------------------------------------------------------------------------------|---|----------------|
| 63<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<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：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<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<br>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<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。                                         | ○ | 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<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。                                     | ○ | 1, ほぼ全ての家族等が   |
|                                                                              |   | 2, 家族等の2/3くらいが |
|                                                                              |   | 3. 家族等の1/3くらいが |
|                                                                              |   | 4. ほとんどいない     |

| 自己評価       | 外部評価 | 項目                                                                                      | 自己評価                                                                                 | 外部評価                                                                                                                                                                           |                   |
|------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|            |      |                                                                                         | 実施状況                                                                                 | 実施状況                                                                                                                                                                           | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I 理念に基づく運営 |      |                                                                                         |                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                   |
| 1          | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                      | 法人の目標・理念とグループホームの目標と理念を事業所独自で作成している。新人職員採用時に法人の目標・理念とグループホームの目標・理念を説明している。           | 事業所の理念「よりその人らしい生活を送る」と、目標「・心地良いあいさつ・やさしい言葉遣い」を作成して職員室に掲示しています。朝・夕の引継ぎ時や、毎月のスタッフ会議でも読み上げて確認することで、職員への浸透を図っています。職員採用時の基礎研修では、資料を渡し法人理念と合わせて説明しています。                              | 今後の継続             |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                      | 自治会に加入している。毎年夏に行われる自治会主催のお祭りに参加し、椅子を用意して下さるなど良好な関係を築いている。又、エコキャップ集め活動を行い国際援助に協力している。 | 地域の自治会に加入して、自治会主催の夏祭りや、大和市商店街による阿波踊りにも特設敷席が用意されるなど、今日に至るまでの法人や事業所の実績や活動が地域の方々に受け入れられ、良好な関係が構築されています。また、長年継続して行っている「エコキャップ集め活動」では、近隣の幼稚園や住民の方々にも協力して頂き、売却益での医療支援など国際援助に協力しています。 | 今後の継続             |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                    | 積極的な取り組みは出来ていない。地域の方に認知症に方の理解や支援方法についてお伝えする機会を設けていきたい。                               |                                                                                                                                                                                |                   |
| 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 | 運営推進会議を定期的開催している。事業所活動や状況報告し、参加者から意見など頂きサービス向上に活かすようにしている。                           | 運営推進会議は、年6回平日の午後に開催しています。社会福祉協議会顧問、自治会長、民生委員、老人会代表、地域包括支援センター職員、大和市職員等の参加を得て、事業所から現状や活動内容・事故報告を行い、地域の防犯対策等についても意見交換を行っています。防犯対策では、頂いた提案内容を法人に報告した事で、玄関先に防犯カメラを取り付ける事が決まっています。  | 今後の継続             |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる            | 2ヶ月に1回開催しているグループホーム連絡会に出席し他法人事業所とも情報交換を行っている。                                        | 大和市からは、研修案内や感染症等の注意喚起についてメールで情報提供が行われています。大和市のグループホーム連絡会には、大和市の担当職員も出席しており、他法人の事業所と合わせて情報交換を行っています。また、生活保護受給者の受け入れも行っている関係で、担当職員とも連絡を取り合っている他、年に数回の来所もあり、生活の様子等を報告しています。       | 今後の継続             |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                                          | 自己評価                                                                                      | 外部評価                                                                                                                                                                                                     |                   |
|------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                             | 実施状況                                                                                      | 実施状況                                                                                                                                                                                                     | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束排除宣言を掲げている。身体拘束や虐待については委員会を立ち上げ全職員へ周知徹底している。玄関の施錠は防犯と施設の前の通りの交通量が多いことから安全面に配慮して行っている。 | 事業所の玄関に「身体拘束排除宣言」を掲示し、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。身体拘束委員会を管理者と法人担当者を中心メンバーとして、3ヶ月に1回開催して身体拘束や虐待についても話し合っています。身体拘束委員会で話し合った内容については議事録に残すと共に、スタッフ会議で職員全員に説明して、理解を促しています。身体拘束マニュアルの見直しや、自己点検リストの作成についても委員会で検討しています。 | 今後の継続             |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 身体拘束委員会話し合われた事をスタッフ会議にて全職員に周知し身体拘束・虐待防止に努めている。                                            |                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している                                 | 介護基礎研修の中で権利擁護についての研修を行った。                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 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                                                      | 入所時に契約及び重要事項について説明し、同意を頂いている。運営規定・介護報酬改定等があった場合は説明を行い、同意を頂いている。                           |                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                                                   | 利用契約時に苦情相談窓口の説明と対応について説明している。又、意見箱を設置している。面会時や電話などを通じ近況報告をし、意見など聞いている。                    | 家族の面会時には、居室担当者が利用者の近況報告を行い意見や要望を聞いています。毎月「近況便り」居室担当者が作成し、写真を添付して家族へ送っています。頂いた意見や要望は、連絡ノートに記入して職員間で共有化を図り、内容によってはスタッフ会議で検討して運営に反映させています。                                                                  | 今後の継続             |

| 自己評価                 | 外部評価 | 項目                                                                                             | 自己評価                                                                                | 外部評価                                                                                                                                                    |                   |
|----------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                      |      |                                                                                                | 実施状況                                                                                | 実施状況                                                                                                                                                    | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 施設内で共有しているポータルなどで得た情報を職員に報告している。管理者と職員は気軽に話せる関係を構築している。職員の日々の観察に基づく気づきや意見や提案を聞いている。 | 毎朝・夕の引継ぎや、毎月1回のスタッフ会議で職員の意見や提案を聞いています。法人内のネットワークで種々様々な情報があり、管理者から職員に報告しています。また、リーダー会議も毎月行い、法人との意思疎通が図られています。職員個人の目標設定方法については、法人本部の人事考課研修にて現在見直しを行っています。 | 今後の継続             |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 内部研修に参加し職員のやりがいの向上に努めている。                                                           |                                                                                                                                                         |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている          | 内部研修参加し、職員の介護技術のレベルアップの向上を目指している。ケアについての疑問や問題点が発生した際は、その都度カンファレンスを開催している。           |                                                                                                                                                         |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 大和市のグループホーム連絡会に参加し、他事業所の方と交流し情報交換をしている。                                             |                                                                                                                                                         |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |                                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                         |                   |
| 15                   |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている        | 入所する前に家族及び本人を含めた事前面接を行い、ニーズの確認やサービス提供に関する注意事項の説明をしている。                              |                                                                                                                                                         |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                               | 自己評価                                                                        | 外部評価                                                                                                                                                           |                   |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                  | 実施状況                                                                        | 実施状況                                                                                                                                                           | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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     | 入所前に必ず家族及び本人と面接を行いニーズや要望の確認を行い、その方に合ったサービス提供が出来るように努めている。                   |                                                                                                                                                                |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 家族及び本人が求めているニーズを確認し、ニーズや要望に応えられるように進めている。                                   |                                                                                                                                                                |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                    | 入所前に面接を行い、その際得た情報を基にサービスの提案し、ケアをしながら日々の様子を把握し、個々に合ったサービスの見直しを行いながら提供している。   |                                                                                                                                                                |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている     | 毎月、家族宛に近況報告として手紙を出したり、面会時に近況報告している。入居者の体調に変化や事故発生時には速やかに連絡を取っている。           |                                                                                                                                                                |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                 | 入所時に馴染みの持ち物を持参して頂き、新しい環境に馴染めるように努めている。面会や電話の取次ぎは本人や家族の意向を確認した後に取り次ぐようにしている。 | 家族の面会で時に一緒に外出して、散歩や買い物に行ったり、正月には数名の方が実家で外泊されている方もいます。個別に衣類や嗜好品の買い物に行く等の支援も行っています。隣設している同法人のデイサービスを利用していただ方は、レクリエーション等でデイサービスに行った際に、馴染みだった職員や利用者の方と再会することもあります。 | 今後の継続             |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目                                                                                  | 自己評価                                                                             | 外部評価                                                                                                                                                                                         |                   |
|------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                              |      |                                                                                     | 実施状況                                                                             | 実施状況                                                                                                                                                                                         | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 21                           |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 入居者同士のコミュニケーションを図る為、週間レクリエーションを充実させている。入居者が孤立しないように配慮しながら対応している。                 |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 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 | 退居となった場合であっても家族の要望に親身に応えられるように相談や個々に合わせたサービスを紹介している。                             |                                                                                                                                                                                              |                   |
| III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |                                                                                     |                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 23                           | 9    | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                       | 過去の生活歴や趣味、事業所での生活について確認し、それらの情報を基に、会話の中から現在の思いの把握に努めている。可能な範囲で思いや意向に沿った支援に努めている。 | 入居時には、過去の生活歴・趣味・既往歴等の本人に関する情報を本人や家族から聞き、アセスメント表に残しています。入居後は、入浴介助時や日頃のケアの中で、会話や表情等から、現在の思いや意向の把握に努めています。職員の気づきや会話の内容は、ケース記録や連絡ノートに記入して情報を共有しています。毎月のスタッフ会議では、可能な範囲で思いや意向に沿った支援が出来るように検討しています。 | 今後の継続             |
| 24                           |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                    | 事前面接で情報収集した内容の他に、本人の会話や家族の面会時に情報収集し、ケアプランを作成している。                                |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 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                                  | 日々の生活状況をケース記録に記載し、把握している。個別に役割を持ってもらう事により生活に張りを持って頂けるように支援している。                  |                                                                                                                                                                                              |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                     | 自己評価                                                                                          | 外部評価                                                                                                                                                                                         |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                                        | 実施状況                                                                                          | 実施状況                                                                                                                                                                                         | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 入所時のアセスメントに基づいてケアプランを作成し、1ヶ月程様子をみてモニタリングとアセスメントを行い、ケアプランを作成している。状態の変化に応じてその都度ケアプランの見直しを行っている。 | 入居時は、アセスメント表を基に暫定のケアプランを作成して1ヶ月程様子を見ています。実施中のケアプランのサービス内容は、計画作成担当者が1～3ヶ月毎にモニタリングを行い、毎月のスタッフ会議で変化の有った方を中心に検討をしています。ケアプランの更新時に開催しているサービス担当者会議には、ほとんどの家族が参加しています。                               | 今後の継続             |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個々にケース記録を記載し管理している。又、ケアプランの見直しをする際に活用している。                                                    |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | ケアプランを基に入居者1人ひとりに合わせたサービスの提供に努めている。                                                           |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 自治会主催のお祭りに参加したり、阿波踊りの招待を受けたり、演芸ボランティアに定期的に入って頂いている。                                           |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                    | 入居時に事業所の協力医療機関の説明をしている。本人や家族の意向を尊重し、かかりつけ医を決めている。協力医は月1回の往診があり、歯科医は毎週1回の往診があり入居者の健康管理を行っている。  | 入居時に事業所の提携医について説明して、本人や家族の意向を確認した後に、主治医を決めて頂くようにしています。現在、従前のかかりつけ医を主治医として通院している方もいます。内科の提携医は月1回の往診、歯科は口腔ケアを含めて週1回の往診があります。職員の看護師が週3回来て、利用者の健康管理、簡単な処置を行っています。受診で家族が同行出来ない場合は、看護師が立ち会う事もあります。 | 今後の継続             |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                                 | 自己評価                                                                                            | 外部評価                                                                                                                                                                     |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                    | 実施状況                                                                                            | 実施状況                                                                                                                                                                     | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                      | 入居者の状態に変化があった際は看護職員に報告し、速やかに適切な医療を受けられるようにしている。                                                 |                                                                                                                                                                          |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院された場合は、病院へ施設内での生活状況について情報提供し、適切な医療が受けられるように支援している。                                            |                                                                                                                                                                          |                   |
| 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 | 入居時に重度化した際の指針に基づき、事業所の方針を説明し、同意書を交わしている。重度化してきたと認められた場合は、主治医・家族・事業所による話し合いを設けて家族の意向に沿った支援をしている。 | 入居時に、重度化した場合の対応と指針について説明し、同意書を交わしています。重度化してきたと認められた場合は、主治医・家族・事業所による話し合いの場を設け、事業所のできる事と出来ない事を説明し、家族の意向を確認したうえで、家族の意向に沿った支援を行っています。玄関にはAEDも設置されており、職員の救命救急講習も定期的を実施しています。 | 今後の継続             |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている                                             | 定期的に救急法の研修を行っている。緊急時のマニュアルも見直しをし、職員に周知し応急処置が出来るようにしている。                                         |                                                                                                                                                                          |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている                                             | 災害時マニュアルの整備し、年2回の避難訓練を実施している。通報手順を含めた初動対応や避難経路の確認を行っている。                                        | 地震や火災を想定した防災訓練を、年2回実施しています。また、消防署主催の夜間想定訓練や、地域の防災訓練にも参加しています。消防署より年1回の訪問があり、夜間時の対応等についての話があります。災害時のマニュアルも整備され、外の倉庫には食料品の備蓄や、懐中電灯等も用意しています。                               | 今後の継続             |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目                                                                               | 自己評価                                                                          |                                                                                                                                                                                     | 外部評価              |   |
|--------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---|
|                          |      |                                                                                  | 実施状況                                                                          | 実施状況                                                                                                                                                                                | 次のステップに向けて期待したい内容 |   |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                  |                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                   |   |
| 36                       | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                | 入居者1人ひとりの人格を尊重し、声掛けプライバシーに配慮した対応している。職員間で確認し合いながら、不適切な声掛けや対応を行わないように注意し合っている。 | 年に2回入社職員を対象にした基礎研修があり、接遇やマナーについても実施しています。事業所の目標にも「・心地良いあいさつ・やさしい言葉遣い」を掲げており、職員間で確認し合い、不適切な声掛けや対応を行わないように注意し合っています。排泄介助や入浴介助時には露出部分にタオルを掛ける等、羞恥心にも配慮した対応を行っています。                     | 今後の継続             |   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 入浴や外出等の様々な場面において入居者の意思を確認した上で実行している。                                          | /                                                                                                                                                                                   |                   | / |
| 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 | 入居者の意思を尊重し、個々のペースに合わせて支援をしている。                                                |                                                                                                                                                                                     |                   |   |
| 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                                  | 毎月1回散髪ボランティアが来園し、整容している。                                                      |                                                                                                                                                                                     |                   |   |
| 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     | レシピ付きの食材を業者に発注している。職員が調理を担当し提供している。月1回お楽しみ献立を盛り込み食事を楽しんで頂けるように工夫している。         | 朝・夕はレシピ付きの食材を業者から購入して職員が調理していますが、昼は調理済みの食事を提供しています。月1回はお楽しみ献立として、利用者の希望を取り入れたメニューで、食材の買い出し買い物をして調理しています。利用者は盛り付け、味見、食器拭き、テーブル拭き等を手伝って頂いています。季節や年間行事の時には、出前を取ったり外食に行き、楽めるように工夫しています。 | 今後の継続             |   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                 | 自己評価                                                                                      | 外部評価                                                                                                                                                                 |                   |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                    | 実施状況                                                                                      | 実施状況                                                                                                                                                                 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている            | 個々の食事量を把握している。水分摂取については水分摂取が少ない入居者に関してはチェック表を用いて対応している。                                   |                                                                                                                                                                      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                    | 毎食後、口腔ケアを行い口内衛生に努めている。夜間は義歯を預かり、週2回義歯洗浄剤を使用している。必要に応じて歯科往診の際に診察して頂いている。                   |                                                                                                                                                                      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている     | 排泄チェック表を基にその人に合わせた声掛け、見守りでトイレで排泄出来るように支援している。夜間帯は睡眠を妨げない事を前提でトイレ誘導し、自立に向けた生活を目指した支援をしている。 | 全員の方が、トイレで排泄をしています。日中は、1人ひとりのタイミングを見計らった声掛けでトイレ誘導を行い、夜間は、睡眠を妨げない程度に声掛けし、トイレ誘導を行っています。トイレでの自立排泄を目指し、見守り対応を心掛け、長い時間が空くようであれば失禁の無いように支援しています。夜間のみ、ポータブルトイレを使用している方もいます。 | 今後の継続             |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                     | 排泄チェック表と水分摂取量に気を配り、自然排便出来るように支援している。                                                      |                                                                                                                                                                      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている | 入浴は週2~3回としているが、入居者の体調・気分に合わせて臨機応変に対応している。又、清潔保持の他に皮膚状況やあざ等の早期発見に努めている。                    | 入浴は週2~3回、基本的に午後からの入浴としていますが、その方の希望に応じて午前中に入浴支援を行っている方もいます。入浴前には、バイタルチェックを行い、血圧が高い場合には時間をズラす等、体調面を考慮しながら対応しています。入浴時には、皮膚状況やあざ等の早期発見に努め、乾燥肌の方には保湿クリームを塗布するなど対応しています。   | 今後の継続             |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                           | 自己評価                                                              | 外部評価                                                                                                                                                              |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                                              | 実施状況                                                              | 実施状況                                                                                                                                                              | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                                                | 入居者の意思を確認しながら週間レクリエーションを提供している。夜間、眠れない入居者に対してはホットミルク等提供し眠りを促している。 |                                                                                                                                                                   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                                           | 服薬管理表を作成している。薬の情報シートはその都度保管し、必要に応じて確認している。                        |                                                                                                                                                                   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                              | 園庭にて入居者と共に野菜作りをしている。洗濯物たたみや食器拭きや清掃などを依頼して役割を持つ事により張りのある生活を支援している。 |                                                                                                                                                                   |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 日常的な外出は天気や入居者に体調を考慮しながら実施している。又、季節の行事での外出等を組み込み外出支援をしている。         | 天気や気候の良い時には、週に2~3回30分位の時間を目安に散歩にお連れしています。散歩が難しい時は、テラスのベンチに座り、外気浴を行う等、極力外気に触れて頂くように心がけてます。時には希望に応じて近隣のスーパーや、コンビニへ買い物に行く事もあります。ドライブで、お花見会、市民祭り、阿波踊り見物、夏祭りにも出かけています。 | 今後の継続             |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                              | 金銭に関しては、トラブル防止にて職員が管理をしている。                                       |                                                                                                                                                                   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                                               | 自己評価                                                             | 外部評価                                                                                                                                                                                                       |                   |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                                  | 実施状況                                                             | 実施状況                                                                                                                                                                                                       | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                                                           | 入居者より手紙の投函依頼や電話の取次ぎは、要望がある際はその都度対応している。                          |                                                                                                                                                                                                            |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 共用空間は優しい色合いで、不快さや混乱を招く事の無いように配慮している。週間レクリエーションで作成した作品を壁に展示している。  | リビングは、床暖房が完備されており、冬場は暖かく快適に過ごすことができます。大きな窓からは外のテラスに出る事も出来るので、プランターの花や、庭で育てている野菜の世話もして頂くようしながらADLの維持につなげています。リビング周辺の壁には、週間レクリエーションで作成した季節や行事の作品を掲示して、季節感を演出しています。掃除は、出来る方には、毎朝職員と一緒にモップ拭きや、拭き掃除を手伝って頂いています。 | 今後の継続             |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている                                                          | 食席や机の配置は入居者同士の関係を尊重し決めている。                                       |                                                                                                                                                                                                            |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                          | 入居者が不安や混乱を招く事の無いように使い慣れた家具や調度品を持参して頂き、居心地の良い生活空間を提供出来るように工夫している。 | 居室にはエアコン・クローゼット・ベッド・防炎カーテン・換気扇等が完備され、全居室が南向きのため、採光が良く明るい部屋になっています。使い慣れた筆筒・テレビ・鏡台・仏壇の他、縫いぐるみ・家族写真等も持ち込まれ、好きな位置に配置して頂くことで、居心地の良い生活空間作りがされています。掃除は、出来る方は毎朝職員と一緒にを行っています。                                      | 今後の継続             |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している                                            | 居心地の良い安心した生活が送れるように廊下やトイレや浴室に手すりを設置している。必要に応じて足置き場も設置している。       |                                                                                                                                                                                                            |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム晃風園

作成日

平成31年3月1日

〔目標達成計画〕

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題    | 目 標                                  | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容               | 目標達成に要する期間 |
|------|------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------|
| 1    |      | 職員一人ひとりの介護技術の向上 | 職員一人ひとりの介護技術の力量の差をなくす                | 介護の基本に立ち返りながら研修を行う               | R1.6.30    |
| 2    |      | 職員の日々の業務の意識づけ   | 分からない事をすぐに上司等に聞かず自分なりに調べたり考えたりする力を養う | すぐに質問に答えず、自分の力で答えを導き出せるような声掛けをする | R1.6.30    |
|      |      |                 |                                      |                                  |            |
|      |      |                 |                                      |                                  |            |
|      |      |                 |                                      |                                  |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | グループホーム晃風園 |
| ユニット名 |            |

| V アウトカム項目                                                   |   |                |
|-------------------------------------------------------------|---|----------------|
| 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)     | ○ | 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<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)             | ○ | 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<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)                   | ○ | 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<br>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<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)                  | ○ | 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<br>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<br>利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|                                                             |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|                                                             |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|                                                             |   | 4. ほとんどいない     |

|                                                                              |   |                |
|------------------------------------------------------------------------------|---|----------------|
| 63<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<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：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<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<br>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<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。                                         | ○ | 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<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。                                     | ○ | 1, ほぼ全ての家族等が   |
|                                                                              |   | 2, 家族等の2/3くらいが |
|                                                                              |   | 3. 家族等の1/3くらいが |
|                                                                              |   | 4. ほとんどいない     |



| 自己評価       | 外部評価 | 項目                                                                                      | 自己評価                                                                                 | 外部評価 |                   |
|------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|            |      |                                                                                         | 実施状況                                                                                 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I 理念に基づく運営 |      |                                                                                         |                                                                                      |      |                   |
| 1          | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                      | 法人の目標・理念とグループホームの目標と理念を事業所独自で作成している。新人職員採用時に法人の目標・理念とグループホームの目標・理念を説明している。           |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                      | 自治会に加入している。毎年夏に行われる自治会主催のお祭りに参加し、椅子を用意して下さるなど良好な関係を築いている。又、エコキャップ集め活動を行い国際援助に協力している。 |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                    | 積極的な取り組みは出来ていない。地域の方に認知症に方の理解や支援方法についてお伝えする機会を設けて行きたい。                               |      |                   |
| 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 | 運営推進会議を定期的開催している。事業所活動や状況報告し、参加者から意見など頂きサービス向上に活かすようにしている。                           |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組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             | 2ヶ月に1回開催しているグループホーム連絡会に出席し他法人事業所とも情報交換を行っている。                                        |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                                          | 自己評価                                                                                      | 外部評価 |                   |
|------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                             | 実施状況                                                                                      | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 身体拘束排除宣言を掲げている。身体拘束や虐待については委員会を立ち上げ全職員へ周知徹底している。玄関の施錠は防犯と施設の前の通りの交通量が多いことから安全面に配慮して行っている。 |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 身体拘束委員会話し合われた事をスタッフ会議にて全職員に周知し身体拘束・虐待防止に努めている。                                            |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している                                 | 介護基礎研修の中で権利擁護についての研修を行った。                                                                 |      |                   |
| 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                                                      | 入所時に契約及び重要事項について説明し、同意を頂いている。運営規定・介護報酬改定等があった場合は説明を行い、同意を頂いている。                           |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                                                   | 利用契約時に苦情相談窓口の説明と対応について説明している。又、意見箱を設置している。面会時や電話などを通じ近況報告をし、意見など聞いている。                    |      |                   |

| 自己評価                 | 外部評価 | 項目                                                                                             | 自己評価                                                                                | 外部評価 |                   |
|----------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|                      |      |                                                                                                | 実施状況                                                                                | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                      | 施設内で共有しているポータルなどで得た情報を職員に報告している。管理者と職員は気軽に話せる関係を構築している。職員の日々の観察に基づく気づきや意見や提案を聞いている。 |      |                   |
| 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      | 内部研修に参加し職員のやりがいの向上に努めている。                                                           |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている          | 内部研修参加し、職員の介護技術のレベルアップの向上を目指している。ケアについての疑問や問題点が発生した際は、その都度カンファレンスを開催している。           |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 大和市のグループホーム連絡会に参加し、他事業所の方と交流し情報交換をしている。                                             |      |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |                                                                                                |                                                                                     |      |                   |
| 15                   |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている        | 入所する前に家族及び本人を含めた事前面接を行い、ニーズの確認やサービス提供に関する注意事項の説明をしている。                              |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                               | 自己評価                                                                        | 外部評価 |                   |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                  | 実施状況                                                                        | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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     | 入所前に必ず家族及び本人と面接を行いニーズや要望の確認を行い、その方に合ったサービス提供が出来るように努めている。                   |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 家族及び本人が求めているニーズを確認し、ニーズや要望に応えられるように進めている。                                   |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                    | 入所前に面接を行い、その際得た情報を基にサービスの提案し、ケアをしながら日々の様子を把握し、個々に合ったサービスの見直しを行いながら提供している。   |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている     | 毎月、家族宛に近況報告として手紙を出したり、面会時に近況報告している。入居者の体調に変化や事故発生時には速やかに連絡を取っている。           |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                 | 入所時に馴染みの持ち物を持参して頂き、新しい環境に馴染めるように努めている。面会や電話の取次ぎは本人や家族の意向を確認した後に取り次ぐようにしている。 |      |                   |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目                                                                                  | 自己評価                                                                             | 外部評価 |                   |
|------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|                              |      |                                                                                     | 実施状況                                                                             | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 21                           |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 入居者同士のコミュニケーションを図る為、週間レクリエーションを充実させている。入居者が孤立しないように配慮しながら対応している。                 |      |                   |
| 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 | 退居となった場合であっても家族の要望に親身に応えられるように相談や個々に合わせたサービスを紹介している。                             |      |                   |
| III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |                                                                                     |                                                                                  |      |                   |
| 23                           | 9    | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                       | 過去の生活歴や趣味、事業所での生活について確認し、それらの情報を基に、会話の中から現在の思いの把握に努めている。可能な範囲で思いや意向に沿った支援に努めている。 |      |                   |
| 24                           |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                    | 事前面接で情報収集した内容の他に、本人の会話や家族の面会時に情報収集し、ケアプランを作成している。                                |      |                   |
| 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                                  | 日々の生活状況をケース記録に記載し、把握している。個別に役割を持ってもらう事により生活に張りを持って頂けるように支援している。                  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                     | 自己評価                                                                                          | 外部評価 |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                                        | 実施状況                                                                                          | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 入所時のアセスメントに基づいてケアプランを作成し、1ヶ月程様子をみてモニタリングとアセスメントを行い、ケアプランを作成している。状態の変化に応じてその都度ケアプランの見直しを行っている。 |      |                   |
| 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                        | 個々にケース記録を記載し管理している。又、ケアプランの見直しをする際に活用している。                                                    |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | ケアプランを基に入居者1人ひとりに合わせたサービスの提供に努めている。                                                           |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 自治会主催のお祭りに参加したり、阿波踊りの招待を受けたり、演芸ボランティアに定期的に入って頂いている。                                           |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                    | 入居時に事業所の協力医療機関の説明をしている。本人や家族の意向を尊重し、かかりつけ医を決めている。協力医は月1回の往診があり、歯科医は毎週1回の往診があり入居者の健康管理を行っている。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                                 | 自己評価                                                                                            | 外部評価 |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                    | 実施状況                                                                                            | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                      | 入居者の状態に変化があった際は看護職員に報告し、速やかに適切な医療を受けられるようにしている。                                                 |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院された場合は、病院へ施設内での生活状況について情報提供し、適切な医療が受けられるように支援している。                                            |      |                   |
| 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 | 入居時に重度化した際の指針に基づき、事業所の方針を説明し、同意書を交わしている。重度化してきたと認められた場合は、主治医・家族・事業所による話し合いを設けて家族の意向に沿った支援をしている。 |      |                   |
| 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                                             | 定期的に救急法の研修を行っている。緊急時のマニュアルも見直しをし、職員に周知し応急処置が出来るようにしている。                                         |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている                                             | 災害時マニュアルの整備し、年2回の避難訓練を実施している。通報手順を含めた初動対応や避難経路の確認を行っている。                                        |      |                   |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目                                                                               | 自己評価                                                                          | 外部評価 |                   |
|--------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|                          |      |                                                                                  | 実施状況                                                                          | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                  |                                                                               |      |                   |
| 36                       | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                | 入居者1人ひとりの人格を尊重し、声掛けプライバシーに配慮した対応している。職員間で確認し合いながら、不適切な声掛けや対応を行わないように注意し合っている。 |      |                   |
| 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                     | 入浴や外出等の様々な場面において入居者の意思を確認した上で実行している。                                          |      |                   |
| 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 | 入居者の意思を尊重し、個々のペースに合わせて支援をしている。                                                |      |                   |
| 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                                  | 毎月1回散髪ボランティアが来園し、整容している。                                                      |      |                   |
| 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     | レシピ付きの食材を業者に発注している。職員が調理を担当し提供している。月1回お楽しみ献立を盛り込み食事を楽しんで頂けるように工夫している。         |      |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                 | 自己評価                                                                                      | 外部評価 |                   |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                    | 実施状況                                                                                      | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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            | 個々の食事量を把握している。水分摂取については水分摂取が少ない入居者に関してはチェック表を用いて対応している。                                   |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                    | 毎食後、口腔ケアを行い口内衛生に努めている。夜間は義歯を預かり、週2回義歯洗浄剤を使用している。必要に応じて歯科往診の際に診察して頂いている。                   |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている     | 排泄チェック表を基にその人に合わせた声掛け、見守りでトイレで排泄出来るように支援している。夜間帯は睡眠を妨げない事を前提でトイレ誘導し、自立に向けた生活を目指した支援をしている。 |      |                   |
| 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                     | 排泄チェック表と水分摂取量に気を配り、自然排便出来るように支援している。                                                      |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている | 入浴は週2~3回としているが、入居者の体調・気分に合わせて臨機応変に対応している。又、清潔保持の他に皮膚状況やあざ等の早期発見に努めている。                    |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                           | 自己評価                                                              | 外部評価 |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                                              | 実施状況                                                              | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                                | 入居者の意思を確認しながら週間レクリエーションを提供している。夜間、眠れない入居者に対してはホットミルク等提供し眠りを促している。 |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                                           | 服薬管理表を作成している。薬の情報シートはその都度保管し、必要に応じて確認している。                        |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                              | 園庭にて入居者と共に野菜作りをしている。洗濯物たたみや食器拭きや清掃などを依頼して役割を持つ事により張りのある生活を支援している。 |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 日常的な外出は天気や入居者に体調を考慮しながら実施している。又、季節の行事での外出等を組み込み外出支援をしている。         |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                              | 金銭に関しては、トラブル防止にて職員が管理をしている。                                       |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                                               | 自己評価                                                             | 外部評価 |                   |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                                  | 実施状況                                                             | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                                                           | 入居者より手紙の投函依頼や電話の取次ぎは、要望がある際はその都度対応している。                          |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 共用空間は優しい色合いで、不快さや混乱を招く事の無いように配慮している。週間レクリエーションで作成した作品を壁に展示している。  |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている                                                          | 食席や机の配置は入居者同士の関係を尊重し決めている。                                       |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                          | 入居者が不安や混乱を招く事の無いように使い慣れた家具や調度品を持参して頂き、居心地の良い生活空間を提供出来るように工夫している。 |      |                   |
| 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」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                                            | 居心地の良い安心した生活が送れるように廊下やトイレや浴室に手すりを設置している。必要に応じて足置き場も設置している。       |      |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム晃風園

作成日

平成31年3月1日

〔目標達成計画〕

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題    | 目 標                                  | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容               | 目標達成に要する期間 |
|------|------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------|
| 1    |      | 職員一人ひとりの介護技術の向上 | 職員一人ひとりの介護技術の力量の差をなくす                | 介護の基本に立ち返りながら研修を行う               | R1.6.30    |
| 2    |      | 職員の日々の業務の意識づけ   | 分からない事をすぐに上司等に聞かず自分なりに調べたり考えたりする力を養う | すぐに質問に答えず、自分の力で答えを導き出せるような声掛けをする | R1.6.30    |
|      |      |                 |                                      |                                  |            |
|      |      |                 |                                      |                                  |            |
|      |      |                 |                                      |                                  |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。