

## 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                   |            |           |
|---------|-------------------|------------|-----------|
| 事業所番号   | 1298600014        |            |           |
| 法人名     | 株式会社ユーアンドエヌ       |            |           |
| 事業所名    | グループホーム いきいきの家いすみ |            |           |
| 所在地     | 千葉県いすみ市岬町桑田2538   |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和5年1月10日         | 評価結果市町村受理日 | 令和5年3月10日 |

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

|          |                                                                                               |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a> |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | NPO法人 ヒューマン・ネットワーク |
| 所在地   | 千葉県船橋市丸山2丁目10-15   |
| 訪問調査日 | 令和5年2月6日           |

## 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

施設周辺は、緑豊かな田園風景が広がり、温暖で過ごしやすい環境があります。建物はバリアフリーの平屋建てです。床暖房やスプリンクラー、浴室にはリフトを設置し、利用者様に安心・安全な生活を送って頂けるような造りになっています。協力病院が近いことで、月1回の往診、週1回の訪問看護、月1回の理学療法士の訪問と通院支援も行っています。市内には、グループ内の介護老人保健施設もあり、連携をとれる環境にあります。「いつまでも「自分らしく」いられる生活を理念とし、行動指針である「個別ケアの確立」「心の通う介護」「地域社会との連携」「向上心とチームワーク」やユマニチュードの実践を心掛け、日々、入居者様の笑顔を引き出せるような支援に努めています。また、引き続き新型コロナウイルス感染症への対策は行いながらウィズコロナに向けて取り組んでいきます。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所の良い点として  
①職員は利用者との意思疎通を図って個々を理解して同じケアを心がけ、自分のカラーを出し少し待って出来る事はやってもらい、出来る事を継続できる様にチームケアに取り組んでいる。また、実務者研修を受講する事で責任感と自信やモチベーションアップとなり、全体のレベルアップに繋がっている。②利用者の笑顔が見られ安楽に過ごせる様に一人ひとりに合わせて工夫をし、少人数だからできる事をして満足してもらい、家族に対して資料にQRコードをつけてInstagramで生活の様子や活動状況を定期的に情報発信して風通しを良くして家族と利用者の間を埋めるように努めている。③管理者はスピーチロックや不適切なケアに注意し、虐待のチェックリストを行って皆で話し合い課題に対して何を取り組むか検討してPDCAサイクルを回す取り組みを行って安心して任せてもらえる施設づくりに取り組んでいる。

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

| 項 目 |                                                    | 取 り 組 み の 成 果<br>↓ 該当するものに○印 |                                                                   | 項 目 |                                                                     | 取 り 組 み の 成 果<br>↓ 該当するものに○印 |                                                                   |
|-----|----------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 56  | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63  | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                            | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57  | 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<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64  | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                            | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58  | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65  | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                            | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59  | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66  | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                            | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60  | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67  | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61  | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68  | 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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62  | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |     |                                                                     |                              |                                                                   |

## 自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー) です。〕

| 自己          | 外部  | 項 目                                                                                           | 自己評価                                                                                                                        | 外部評価                                                                                                                                                                      |                   |  |
|-------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
|             |     |                                                                                               | 実践状況                                                                                                                        | 実践状況                                                                                                                                                                      | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 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ふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                            | 「行動指針」に地域社会との連携やケア、チームワークなどの項目を設けている。理念などを玄関や事務所に掲示し、名札の裏にも書いたものを入れ、いつでも確認でき、意識づけが出来るようにしている。                               | 職員は利用者に対して一人に対応できない時はフロアの人が助け合ってチームケアを心がけている。また、皆で同じケアが出来る様に日誌の処置表を見て変化を理解し、何をやるべきかを考え、例えば体位交換の写真を撮り居室に貼ってケアの仕方を見て行っている。また、ユマニチュードのケアを心がけ継続して取り組んでいる。                     |                   |  |
| 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                            | 運営推進会議には、市役所職員・区長・民生委員・ボランティアの代表など地域の方が参加。また、地域の社会福祉協議会の委員となり、高齢者と児童のふれあい会や地域の行事には積極的に参加していたが、新型コロナウイルス感染症の感染対策もあり実施できていない。 | 地域の行事は中止され、法人施設の納涼祭等への参加も中止してコロナ感染予防対策を徹底している。中学生が作成した絵手紙を持って来てくれ、絵と一言を読んで利用者は元気になり掲示している。外房連絡会は1回開催され介護報酬改定等の情報共有をして連携している。また、入居待機時にはグループ運営として老健を紹介している。                 |                   |  |
| 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                          | 運営推進会議等で実際の生活の様子を見て頂き、理解を深めて頂けるようにしていたが、新型コロナウイルス感染症の感染対策もあり実施できていない。相談があった場合は対応し他施設への紹介も行っている。                             |                                                                                                                                                                           |                   |  |
| 4           | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実践、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       | 新型コロナウイルス感染症の感染対策のため、施設での開催はしていないが、2ヶ月に1回市役所、ご家族様、地域住民へ資料を送付している。資料内のアンケートにて意見を聞かせて頂き、今後の活動の参考にしていく。                        | 運営推進会議は書面開催として2か月毎に開催されている。市担当者・区長・民生委員・地主・家族に会議資料を送付し意見・質問のアンケートを行い集計して、次の会議資料に掲載して取り組みの理解とサービス向上に活かしている。報告内容としては利用者・職員状況、研修、事故報告、行事・レク活動等となっている。                        |                   |  |
| 5           | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者や日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる                 | 不明な事があれば、電話や訪問をして相談をし、助言を頂いている。市役所の窓口には、パンフレットを置かせてもらっている。また、毎月初めに入居状況の報告をしている。                                             | 市担当者とは事故報告や不明な事は相談し助言を受けている。コロナ対策の通達やアンケートに答え、メールでの災害や感染症対策、研修案内に協力している。施設でのワクチン集団接種は市の支援を頂いて柔軟に対応し、コロナ感染対策は法人のウェブで共有している。                                                |                   |  |
| 6           | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介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 | 日中、玄関は、施錠をしていない。扉が開いた時に音楽が流れるようにセンサーを設置し、訪問者や無断外出者の早期対応ができるようにしている。研修会への参加やカンファレンスでの話し合いで、身体拘束Oに向けて取り組んでいる。                 | 月1回のカンファレンス時に身体拘束委員会を開催し、身体拘束に当たるケアや適切なケアを確認し、忙しい時の「待ってね」の一言は注意をしている。年1回チェックリストを行って確認と集計をして結果の掲示と具体例を記述して改善に向けて取り組んでいる。また、ボディーチェック表に内出血等見つけた時に記入し、なぜ起こったのか考える材料として活用している。 |                   |  |
| 7           |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている       | 法人内の研修や「まごころポスト」(虐待や不適切介護などの早期報告) また、ボディーチェック表を活用し、入居者様の異変の気づきを重要視し、虐待の早期発見に努めている。                                          |                                                                                                                                                                           |                   |  |

| 自己 | 外部  | 項 目                                                                                            | 自己評価                                                                                                                                      | 外部評価                                                                                                                                                                              |                   |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |     |                                                                                                | 実践状況                                                                                                                                      | 実践状況                                                                                                                                                                              | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 千葉県権利擁護身体拘束廃止研修に参加している。今後も、外部研修や法人内の研修へ参加、施設内では勉強会を行い職員間での情報共有を行う。                                                                        |                                                                                                                                                                                   |                   |
| 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                         | 見学相談の段階から、不明な点がないか確認をしながら説明をしている。契約時は、時間をかけ説明し同意を得て、不安や不満が残らぬよう努めている。                                                                     |                                                                                                                                                                                   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 玄関に「意見箱」を設置している。また、ご家族様の面会時には、普段の様子をお話するとともに、何か要望はないか適宜、確認している。また、ケアプラン送付時にはご利用者の報告と管理者、職員のコメントを添え同封している。また契約時にも苦情相談窓口・担当者の説明を行っている。      | 家族は運営推進会議の資料とアンケートに答えてホームの取り組みの理解をしている。感染対策により家族面会は窓越しで行われ、利用者状況報告と今後の対応を話し合い要望や悩みを聞き、変化時には電話をしている。年4回広報誌により行事や笑顔の写真を掲載して送付し、ケアプラン送付時にも利用者の報告と管理者・職員のコメントを入れ、不明な点は連絡してくださいと伝えている。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 直接、法人代表に意見を言える「ホットライン制度」や「提案制度」がある。また、不定期だが、管理者と介護職員の、面談をして意見の吸い上げに努めている。定期的に行うカンファレンスの前には、業務係(ユニットリーダー)から業務の改善点や再通知するべきことを話し合い職員に傳達している。 | 職員は利用者に対して話したい事を情報用紙に記入してカンファレンスの議題として取り上げて話し合っている。リーダーは決めた事が出来たかの確認と報告した方が良い事をユニット会議で話し合い、カンファレンスで周知している。管理者は年2回職員との個別面談を実施し、悩みや訴えを聞いて解決に繋げ、資格取得の支援してモチベーションアップに繋げている。           |                   |
| 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      | 介護評価制度があり、OJTにて介護技術の向上に努め、給与に反映する仕組みがある。各年度に個人目標を定め、自己評価をし、その取組む姿勢なども評価の一部としている。保育所や保育費補助制度もある。                                           |                                                                                                                                                                                   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 各介護職員を評価する「介護技術評価」にて、その職員にあった級を設定し、技術の向上に努める。また「マナビタ」(インターネットを利用した研修)がある。資格支援制度があり、研修や資格をとりやすい環境がある。                                      |                                                                                                                                                                                   |                   |
| 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作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 地域密着型外房連絡会に加入し、各種の研修や交流会に参加している。また、法人内の管理者やケースワーカー、ケアマネなどの会議に参加し情報共有に努めている。会議は、新型コロナ感染症の感染対策のため、ウェブ会議となっている。                              |                                                                                                                                                                                   |                   |

| 自己                  | 外部  | 項 目                                                                                  | 自己評価                                                                                                                                      | 外部評価                                                                                                                                                                                     |                   |
|---------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                     |     |                                                                                      | 実践状況                                                                                                                                      | 実践状況                                                                                                                                                                                     | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | サービス導入前の、ご本人との面談で、何気ない会話の中から、要望や悩み、希望等の把握に努め、早期に馴染みの関係になれるように心掛けている。」                                                                     |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 16                  |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 入居相談の段階から、情報収集をし、ご家族様が、今、抱えている不安や要望の把握に努めている。その情報を記録で残し、関わる職員全員が把握し、サービスに活かせるようにしている。                                                     |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 17                  |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 入居相談、見学のあった時に、傾聴し、細かく記録に残している。担当ケアマネがいる時は、協力を得て情報交換をし、ご本人の様子の把握に努める。場合によっては、グループ内の各施設や病院、他施設の紹介も行っている。                                    |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 18                  |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 無理のない範囲で、家事（洗濯物量みや新聞折りなど）を一緒にしたり、自立支援を基本に出来ないところに手を貸す介助を心掛けている。その方に何か役割を持って頂けるよう支援する。                                                     |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 19                  |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 面会時に普段の様子をお話し、今後の対応方法などの相談をしている。状態の変化があれば、適宜、電話連絡を行っている。新型コロナウイルス感染症の流行からは、電話、手紙、web面会、条件を設けた面会に理解と協力を得ている。                               |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 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                     | 入居時にアセスメントの一部で「暮らしのシート」の記入の協力をお願いし、今までの生活歴の把握に努めている。入居後も、ご本人の発した言葉や行動を記録し、職員間で情報共有に努めている。家族には年賀状を出し、敬老会ではご家族に昔のエピソードをアンケートしご利用者に呼んで渡している。 | 「暮らしのシート」から利用者の生活歴や趣味を把握して馴染みの関係の把握に努めている。友人が土産を持って訪れ窓越しの面会をし、家族面会も行われて関係継続を支援している。ホームから家族に写真とコメント入れた年賀状を出して返信があれば見せて読み聞かせをしている。敬老会でも家族に昔のエピソードのアンケートを行って題作りをし、一人ひとり読んで渡し本人の意外な一面が見えている。 |                   |
| 21                  |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 玄関や事務所を通り、反対側のユニットを行き来でき、他ユニットの入居者様や職員と会ったり、話したりが自由に出来る環境がある。普段の会話などから、入居者様同士の関係性を見て、席替えなども検討したり、利用者様同士の関係性に配慮しながら職員が間に入り関係構築の手助けをしている。   |                                                                                                                                                                                          |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目                                                                                                     | 自己評価                                                                                                                      | 外部評価                                                                                                                                                                                     |                   |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                    |      |                                                                                                        | 実践状況                                                                                                                      | 実践状況                                                                                                                                                                                     | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                    | 契約終了は、協力病院への入院継続が多い。病院訪問時には、適宜、面会をし相談員に状況を聞いている。退居後も、地域でご家族様に会うと挨拶をしたり、連絡を頂く事もある。                                         |                                                                                                                                                                                          |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |                                                                                                        |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している                                           | 普段の様子や会話などを細かく介護記録に記入する事で、職員間で情報を共有し、その方の希望や意向の把握を心掛けている。言葉の出ない方、会話が難しい方は、動きや表情から読み取るように努め、難聴の方については筆談をしている。              | 入居前の面談や「暮らしのシート」に記入してもらい意向や要望を把握し、入居後は日常生活の様子や会話を介護記録に記入して情報共有している。ケアプラン作成時には「何かやりたい事は」の希望を聞いている。また、言葉のどもる人や認知症が進み思いが言葉に出せない人の本意は推測をし、ジェスチャーをして伝え、嫌な事は表現は出来るので表情を見て汲み取っている。              |                   |
| 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                                       | 入居時に「暮らしのシート」の記入の協力をお願いし、ご家族様やご本人の意向を確認、入居後も極端に生活が変わらないよう、ご自宅で使用していた物を施設でも使用していただくなど、環境づくりに努めている。                         |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 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                                                     | 毎日の様子や状況は介護記録に記入している。毎日、血圧や体温などを計測し、排尿排便、食事摂取量などは健康管理表に記入し、連絡ノートも活用し、全職員がすぐに確認ができるようにしている。                                |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 毎月、ユニットカンファレンスをして、入居者様一人一人のADLの変化などのアセスメントをし、その時に抱えてる問題点や介助方法を検討、作業療法士にも相談し、介護計画を見直ししている。ご家族様の面会時に普段の様子を報告しながら、希望も確認している。 | 担当職員は利用者について話したい事を情報用紙に記入して提出をしてカンファレンスの議題として取り上げて話し合っている。理学療法士による歩行状態等の評価や健康管理表によるADLの変化等をアセスメントに記録している。毎月のケアカンファでは課題や介助方法を検討し、3か月毎にモニタリングを行って評価している。入院による状態の変化について医師の意見を聞いて見直しが行われている。 |                   |
| 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                        | 介護記録や職員間の連絡ノートを活用し、情報の共有をしている。カンファレンス前には、居室担当を中心に、検討事項を事前に記入し、各自が意見を持って参加することにより、意見交換をし、介護計画に反映をするようにしている。                |                                                                                                                                                                                          |                   |
| 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               | ご本人のADLの低下や病状、ご家族様の生活や経済的負担も考慮し、病院や他施設への紹介もしている。現在、入居者様のADL低下や高齢化も懸念され、柔軟な対応が求められていると感じる。                                 |                                                                                                                                                                                          |                   |

| 自己 | 外部   | 項目                                                                                                                  | 自己評価                                                                                                                         | 外部評価                                                                                                                                                                                        |                                                                |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|    |      |                                                                                                                     | 実践状況                                                                                                                         | 実践状況                                                                                                                                                                                        | 次のステップに向けて期待したい内容                                              |
| 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                                      | 地域の広報誌やポスターを利用し情報収集し、地域のイベントへ参加をしたり、グループ内の行事に招待され参加していたが、新型コロナ感染症による影響で外部との接触を極力抑え、安心安全を最優先にしている。                            |                                                                                                                                                                                             |                                                                |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                                 | 入居と同時に協力病院に主治医を変更される方も多いが、入居前のかかりつけを継続するのは自由である。継続する場合は、管理者が受診の支援を行い、主治医に普段の様子やバイタル記載の健康管理表を提示し情報の共有に努めている。                  | 糖尿病の専門医の受診は管理者が同行して薬の処方と血液検査に対応し家族に状況報告をしている。協力病院から月1回の往診が行われ、健康管理表・排泄表・体重の変化等の一覧表を渡し口頭での変化や薬の変更後の様子を伝えている。また、週1回訪問看護師による健康管理と巻き爪等の処置が行われている。利用者の体調変化時には外来看護師に電話して状況説明をし、発熱時には医師の指示に対応している。 |                                                                |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 協力病院から週1回、看護師の訪問がある。普段、介護する中での質問、疑問、報告事項を医療連携連絡書に記入し、看護師より助言をもらい、場合によっては軽微な処置をお願いしている。                                       |                                                                                                                                                                                             |                                                                |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 協力病院への入院が多いが、相談員や看護師と密に連絡を取り合い、可能な限りお見舞いにも伺い、病状把握に努めている。また、主治医と直接、話をすることもある。協力病院以外でも、ご家族様の希望でインフォームに同席したり、早期退院に向けた働きかけをしている。 |                                                                                                                                                                                             |                                                                |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居時に「緊急時・終末期の希望」を確認している。重要事項説明書にて、事業所の方針や施設で出来ることと出来ないことの説明を行い、同意を得ている。その入居者様の状態に応じて、希望の再確認をしている。                            | 入居時に「緊急時・終末期に関する指針」により「医療行為は出来ない・重症化時には入院措置となる・可能な限りホームで過ごせる介護をする・終末期の医療希望」の確認している。食事が取れなくなると医師の診察から家族に状態を伝え相談をして療養型病院に入院となっている。救急搬送時には処置が必要なため救急隊員が家族に確認をし、延命希望の人は搬送先が変わるので確認をしている。        |                                                                |
| 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                                              | 急変時等の対応方法についてマニュアルを整備しており、勉強会を開催している。心肺蘇生やAEDの操作について研修にも参加している。                                                              |                                                                                                                                                                                             |                                                                |
| 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                                              | 夜間想定避難訓練を年2回行っている。施設内ではミニ避難訓練も実施しており、訓練を重ねる事で、スムーズな避難の体制を整えている。緊急連絡網や消防設備も整えている。また、台風や大雨に備えた物品管理も行っている。                      | 年2回夜間・火災想定「通報・消火・避難」訓練が行われている。避難訓練実施要項を作成して担当者の役割を決め訓練内容の流れに沿って行われ、終了後には訓練総評を行って次回訓練に活かしている。また、ホーム内では3か月毎のミニ訓練を実施して消火器の使い方等の確認が行われ、水や食料品を備蓄して災害への備えが出来ている。                                  | 避難訓練を行って災害に備えている。実際の火災発生時等に対応出来る実践的な訓練と個人の防災意識を高めていく事がより望まれます。 |

| 自己<br>自己                  | 外部<br>外部 | 項 目                                                                               | 自己評価                                                                                                                                   | 外部評価                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |
|---------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                           |          |                                                                                   | 実践状況                                                                                                                                   | 実践状況                                                                                                                                                                                                          | 次のステップに向けて期待したい内容                                                         |
| 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                    | ユマニチュードの実践を心掛けている。入居者様の生活歴や心身の状態に応じて、言葉掛けを考えていく。声掛けが命令口調にならないよう、お伺いの姿勢と表情などにも配慮している。                                                   | ユマニチュードの「4つの柱とケア方法」のカレンダーを掲示して常に目にして意識を高め、年2回独自作成の「ユマニチュードセルフチェック表」を活用して確認と集計して掲示しカンファレンスで話し合っている。利用者との意思疎通を心がけ・個々を理解して同じケアに努め・職員のカラーを出し・少し待って出来る事はやってもらい・出来る事が継続できる様にチームケアを心がけている。入室・トイレ・入浴時にはプライバシーに配慮している。 | ユマニチュードは理解してケアに活かしている。業務が重なる時にも声掛けや態度が不適切にならないように心の余裕が持ち、協力して向き合う事が望まれます。 |
| 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                      | 自ら何かをお話してできる方、発語が少ない方、難聴の方など、その方にあつた意思確認を心掛ける。行動や表情からも、気持ちを汲み取り、傾聴することに努めている。                                                          |                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |
| 38                        |          | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 大まかな1日の流れは決まっているが、その方に応じて、自由に過ごされてる。居室で過ごす方、テレビを観る方、日向ぼっこをする方など様々である。食事時間や入浴をずらすなどの希望にも答えている。                                          |                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |
| 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                                   | 朝や入浴時などの更衣の時は、意思表示が出来る方は、一緒に選ぶようにしている。適宜、外部から理髪に来てくれ、個々に希望を聞いて対応をしている。                                                                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |
| 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      | 要介護度が高くなってきており、一緒に作業をできる方が少ないのが現状である。可能なかたには、食事前のテーブル拭き、調理の一部のお手伝いなど無理のない範囲でお願いしている。入居者様の状況に合わせ、食事形態やメニューなどを工夫している。行事の際は特別メニューも提供している。 | 食事準備の手伝いの可能な利用者には皮むきやテーブル拭き等をやってもらい、利用者に合わせて食形態の工夫をし、低栄養や体重減少には栄養士の助言を活かしている。パンの日やマックの日を作って希望に応え、週4日昼食は職員が料理している。おやつ作りではクレープやハロウィンのチーズケーキを作り、誕生日にはケーキでお祝いをし、節分には恵方巻や土用の日には鰻を食べ食事を楽しむ事が出来る工夫をしている。             |                                                                           |
| 41                        |          | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている           | 材料やメニューは高齢者向けにカロリー計算された業者を利用している。週4日の昼食は、地元のスーパーなどに買い出しに行き、購入。時期によって、畑で採れた新鮮な野菜も使用する。個々の能力に合った形態で提供し、医師と連携しながら栄養状態の把握に努めている。           |                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |
| 42                        |          | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                    | 毎食後に、口腔ケアを実施している。物品の用意や声掛け、誘導、ガーゼを使用して介助する等、個々に対応をしている。一年を通して、お茶を利用したカテキンうがいを実施している。義歯は夜間、預かり、毎夜、消毒をしている。                              |                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |

| 自己 | 外部   | 項 目                                                                                                         | 自己評価                                                                                                                            | 外部評価                                                                                                                                                                                                        |                   |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |      |                                                                                                             | 実践状況                                                                                                                            | 実践状況                                                                                                                                                                                                        | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 排泄チェック表をもとに、適宜、声掛けやご本人の様子、行動でトイレに誘導する。尿便意がなくても、立位が可能であればトイレで排泄介助をし、清潔の保持に努めている。                                                 | 排泄チェック表から排泄パターンを把握して、失禁のある人には早めに、歩行できる人や尿意のない人には定時に声掛けをしてトイレに誘導している。拒否する人にはちょっと時間を空けて何回か声かけをして誘っている。リハビリが多くなり定期的に声掛けをし、パットも小さ目にしてうまく誘導し、排泄感覚の難しい人はカンファで話し合っている。排便困難な人は医師に相談して薬の処方とし、運動や水分摂取をして自然排便の工夫をしている。 |                   |
| 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                                              | 毎日、体操をしたり、牛乳を飲んでいる方もいる。排便困難な方は、往診医や看護師に相談をして、薬の処方をお願いする。また、自力排便が困難な方には、腹部マッサージなどをして自然排便が出来るように努めている。                            |                                                                                                                                                                                                             |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 大まかな日程は決めているが、その時の体調やご本人の様子で柔軟に対応している。曜日を自分で決めている方もいる。両ユニットにリフト浴を設置。その日の体調で安全に入浴をすることが出来る。シャワー浴や清拭、足浴など部分浴の実施もしている。             | バイタルチェックとその日の体調や希望により週2回の入浴を支援している。入浴を嫌がる人が多くなり、何回か声かけをし日を替えて入浴に誘っている。血圧を見てシャワー浴、水虫の人は足浴、車いすや歩行不安定な人は安全を重視してリフト浴を行っている。入浴時には皮膚観察をして傷等の記録をし、1:1の時間は本音の話が出て、入浴して気持ちが良くなっている。                                  |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                                               | 日中でも、居室で横になりテレビを観ている方、ホールのソファで横になっている方など、それぞれに居たい空間で過ごされている。                                                                    |                                                                                                                                                                                                             |                   |
| 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                                          | 個人ファイルと介護記録に薬の説明書を入れて、職員がいつでも確認でき、把握が出来るようにしている。嚥下状況に応じて、トロミ剤を使用したり、確実に服用したか、飲み込みの確認もしている。変化があれば医師への相談も行なっている。                  |                                                                                                                                                                                                             |                   |
| 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                             | 入居時に「暮らしのシート」の記入をご家族様にお願いし、入居前から生活歴等の把握に努めている。入居後もその方が出来る事、したい事を職員間で情報収集し、洗濯物たたみ、新聞折り、数字合わせゲーム、手芸、お話好きの方など、個々に対応をする。            |                                                                                                                                                                                                             |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | コロナ禍でご家族様やご友人との外出は遠慮いただいている。企画外出では、初詣やお花見ドライブ、いちご狩りと感染対策を取りながら行っている。協力病院受診時は、外気浴をおこないながら歩いて行っている。天気の良い日は、中庭や施設周辺の散歩を行い季節を感じている。 | コロナ禍で外出が難しくなっているが、天気の良い日にはホーム周辺を散歩し、中庭では外気浴をし、プランナーに花を植え、庭では焼き芋をし、駐車場では流しソーメンをして外での活動が出来ている。また、車でドライブをして桜見に行き、いちご狩りに行って季節を感じている。初詣に行けないので鳥居と賽銭箱を作成して参拝をして気分を味わっている。また、近くの病院受診時には歩いて行って外気や季節を感じている。          |                   |

| 自己 | 外部   | 項 目                                                                                                                              | 自己評価                                                                                                                             | 外部評価                                                                                                                                                                                         |                   |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |      |                                                                                                                                  | 実践状況                                                                                                                             | 実践状況                                                                                                                                                                                         | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                                                  | お財布を自己管理し、職員に宝くじ購入の依頼をする方がいる。また、事務所でお小遣いを預かっており、必要な物品は購入したり、入居者様から、買い物をお願いされる事もある。                                               |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                                                           | 携帯電話を所持し、使用している方もいる。また、「連絡をしてほしい」など希望があれば、電話をし、直接話して頂いたり、内容を取り次ぐ事もある。知人や身内からお手紙や年賀状などが届く方もいる。                                    |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 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 | ホールには、季節にあった掲示物や装飾をし、季節感が味わえるようにしている。また、ソファや椅子を置いて、自由に使用できるようになっている。ホールは床暖房が設置しており、冬季は加湿器を使用し、室温設定や明るさにも配慮している。また、2時間毎の換気を行っている。 | リビングは温度調整と2時間毎に換気をし、日差しが入って明るい共有空間となっている。利用者はテレビを観て・イスに座って外を眺め・ソファで横になりゆっくりと過ごしている。季節毎にクリスマスツリーや富士山等の制作物を作って飾り、ユニット毎に節分には鬼の面等塗り絵を作成して掲示している。レク活動ではクリスマスや七夕の短冊に願いを書き、魚釣り・輪投げ・歌を歌い楽しめる場となっている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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                                                      | ホールには、ソファや椅子を置いて、自由に使用できるようになっている。自ら、陽差しのあたる椅子に座り、外を眺めたり、ソファに横になる方もいる。                                                           |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                           | 入居時には、可能な範囲で、今まで使用していた物の持参をお願いし、極端に以前の生活と変わらないようにしている。居室に写真などを掲示するなど、協力をしてくれるご家族様もいる。転倒、ベッドからの転落リスクのある方には、センサーを設置している。           | 居室はクローゼットが備えられ、以前の生活とあまり変わらないように最低限の物を持ち込み、布団・枕・テレビ・ラジカセ・仏壇、壁には家族の写真・折り紙・誕生日の色紙・賞状等を飾り自分好みの居室となっている。エアコンでの温度管理や掃き掃除は出来る人と一緒に行い、動静を確保し、転倒等の見守りが必要な人には各種センサーを入れ、夜間巡回ではトイレ誘導と安全の確認が行われている。      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している                                             | 見当識支援として、各居室に表れをつけたり、「便所」「お風呂」など場所が分かりやすくなり、時計を入居者様の目線に設置している。また、手摺りの使用や夜間、トイレまでの動線に椅子を置いて転倒予防の工夫もしている。                          |                                                                                                                                                                                              |                   |

## 目標達成計画

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

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

| 【目標達成計画】 |      |                                                                         |                                                   |                                                |            |
|----------|------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題                                                            | 目標                                                | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容                             | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 1    | 時間に追われ、認知症のご利用者に苛立つ場面も見られる。職員の心の余裕が持てるよう人員不足の解消に努め職員間で協力できる体制を構築していきたい。 | 職員一人一人が心の余裕を持ち、お互い協力し合いながらユマニチュードケアを意識しご利用者と向き合う。 | ケアカンファレンス等で話し合い、意見交換を行う。                       | 6ヶ月        |
| 2        | 35   | 消防署立会の避難訓練は年1回、実施しているが、実際の火災や地震時に確実に避難誘導が出来るようにしたい。                     | 実践的な避難訓練(施設内訓練含む)の回数を増やし、職員個人個人の防災意識を高める。         | 実践的な訓練をして行く。<br>また、個人の防災意識やスキルアップの為、勉強会などしていく。 | 12ヶ月       |
| 3        |      |                                                                         |                                                   |                                                | ヶ月         |
| 4        |      |                                                                         |                                                   |                                                | ヶ月         |
| 5        |      |                                                                         |                                                   |                                                | ヶ月         |

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