

### 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   | 2172101269       |            |             |
| 法人名     | 有限会社 賃貸ルーム       |            |             |
| 事業所名    | グループホーム てんじゆ (東) |            |             |
| 所在地     | 岐阜県大垣市万石3丁目14番1  |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成23年 2月 1日      | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 3月21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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172101269&amp;SCD=320&amp;PCD=21">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172101269&amp;SCD=320&amp;PCD=21</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                           |  |  |
|-------|---------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター |  |  |
| 所在地   | 岐阜県関市市市平賀大知洞566-1         |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年 2月22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)】**

理念の中の一つに「能力に応じた自立支援」を掲げている。リスクを恐れて拘束や抑制とならないよう、利用者本位の視点からずれない努力をしている。その為には、ひやり・はつとした早めの段階で情報を共有し、話し合うようにしている。また単独型グループホームである特徴を生かし、入居者の方の状態把握、変化の気づきを職員間で情報交換し、申し送りを細やかに行えるように心がけている。2ユニットの入居者と職員同士が、日々密に交流を持ち、過ごす中協力し合っている。家族へも協力を依頼し、また家族からの要望を少しでも聞き取れるように、何かあるごとに情報交換を行っている。開設から6年が経過する中、地域の中でグループホームが認知症対応型共同生活介護事業所である認識が浸透してきており、認知症サポーター養成講座の定期開催、防災訓練の実施、参加など継続して実施している。今後、身近な地域の認知症相談窓口としての機能を発揮していきたいと考えている。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

平成18年の開設から6年を迎えており、地域における利用者の暮らしの継続が実現出来ている。開設当初は地域のホームへの認識や理解が薄く、自治会を通じ住民との交流の機会には必ず管理者が出席し、ホーム主催の行事や認知症勉強会に住民の参加を得てきた。今ではホームに住民が花や野菜を持参して訪ねて来たり、散歩の際には自然に挨拶や話の出来る地域の一人となっている。また、ホームでは利用者家族との協働の関係が、ホーム運営に不可欠とし、家族会などを通じ家族の理解を求め、馴染みの人や場の関係の継続、ホーム行事の運営などに家族の協力を得ている。家族はホームに利用者を任せるのではなく、ホームと共に支えていく姿勢が強い。

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

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64<br>通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65<br>運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67<br>職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68<br>職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |   |  |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |   |
|--------------------|-----|---|--|--|---|
|                    |     |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | 「能力に応じた自立支援」「尊厳と権利を保持」「地域の中で暮らしを継続」の3つを基本理念とし立ち返り、あきらめず、決めつけずケアすることを提唱、声かけを行っている。                                    | 管理者は職員ミーティングにて理念を意識した提議を行い、日々のケアに反映させている。理念はパンフレットやホームページを活用し、広く公開している。                          |   |
| 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  | 自治会加入し行事の参加(防災訓練、清掃活動、互例会)を通じてお互いの顔がわかる関係ができ、またご近所のご挨拶、散歩等で交流を持っている。   | 地域の認知症勉強会を開催したり、地域とホームの行事には相互に参加している。利用者の散歩時に地域の住人から声を掛けられたり、お花や野菜の差入れを頂いており、ホームの地道な交流が成果に現れている。 |   |
| 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  | 認知症サポーター養成講座の開催は、自治会協力して定期開催している。また、地域の行事に参加し認知症の病気に対する理解や偏見を解くように話したり、当たり前に参加している。                                  |  |   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 会議は一方的な報告で終わることがないように議題提案している。また、結果や集計はわかりやすく表、グラフ、写真にして意見が求められるように工夫している。会議欠席の方には議事録の配布、ホームページでの掲載を行い意見を求めるようにしている。 | 市、地域、家族の参加を得て、内容のある会議運営が行なわれている。推進会議と同日に家族会を開催し、家族の参加が頂けるように配慮している。                              |   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる  | 運営上の質問や制度の解釈など相談のあるごとに高齢介護課の窓口まで足を運び担当者に指導、助言を受けている。又、地域包括センターの職員には、運営推進会議の中で情報伝達を受けたり、ケアマネ会議の場で相談するようになっている。        | 介護制度に関する新たな情報収集や相談を、市の高齢介護課と行なっている。地域包括センターと地域密着型サービス同業6事業所からなる情報交換会が行なわれ、それを事業運営に活かしている。        |   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束についての研修に参加した者は、必ず他職員に伝達講習を行い、具体的な行為についての理解を深めるようにしている。また、日々のケアの安全面、QOLの向上の両面から、その都度話し合いをし最善なケアを見つけ出すようにしている。     | 職員は岐阜県福祉相談センターの研修に参加し、研修内容を他の職員に展開している。また、日々のケアの中に生じる身体拘束の問題について、ユニットミーティングにて話し合い解決している。         | 職員の身体拘束をしないケアの意識は高く、日々のケアに反映されている。現状の維持に加え、利用者の不穏時などの対応についても検討を重ね、更に質の高いケアに期待したい。 |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 虐待対応研修に参加した者は、必ず他職員に伝達講習を行っている。虐待はする方、見てみぬふりをする方双方に対し責務があることを理解し、早期発見、または防止に努めている。                                   |  |   |

| 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    | 身体拘束と虐待防止に並んで、権利擁護は重要に考え、研修に参加している。その者は必ず伝達講習を行っている。成年後見制度、日常生活自立支援事業は以前、利用していた経験がある。   |  |                   |
| 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                         | 契約時、または解約時にはわかりやすい言葉を用い相手のペースに合わせて説明するように心がけている。また加算変更、料金改定等の際は、書類を作成し個別に説明を行って理解を求めるようにしている。                                       |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 公民館での家族会において、ホームの運営、入居者に対するケア方法、職員への要望等、様々な意見交換を行っている。その後、会議に参加できなかった家族に対してその内容を手渡しして個別に意見を伺い、ホームページに公開し、運営に反映できるようにしている。           | 家族は気軽にホームを訪問しており、職員と話し合う機会は多い。また、ホームページやホーム便りによって多くの情報が提供されており、家族会や推進会議を通じても意見を出せるよう配慮されている。 |                   |
| 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                                      | ユニットミーティングでの議題を、予めシートに書き込むように配布し、その後集約して議題に載せるようにしている。また、日々の業務の困りごとや備品、介護用品の購入の際、ケアスタッフの意見を求め、変更改善するようにしている。管理者は代表者と連絡を密にし意見交換している。 | ユニットミーティングの前に職員から議題を集め、タイムリーな課題が検討・審議されている。また、管理者は定期的に個別面談を行い、職員の思いを確認してホーム運営に反映するよう努めている。   |                   |
| 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      | 年度ごとにチャレンジシートで目標設定し、それに向けての意欲や勤務態度を評価して。また、その他共通評価シートに基づき賞与への反映を行っている。OJTチェックリストは必要に応じて自己評価・他者評価を行い習得状況を確認している。                     |  |                   |
| 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         | 経験年数、資格、本人希望、研修内容等によって年度毎に研修計画を立案している。事業所内外ともに研修する機会を設け、内部研修の講師や外部研修の積極的な参加を希望する者には、評価し研修費等の法人負担、出勤扱いの条件としている。                      |  |                   |
| 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 | 今年度も複数事業所連携補助事業に取り組み、近隣のグループホーム・施設とネットワーク形成を密に行っている。ケアマネージャー情報交換会には積極的に参加している。ケアマネージャー同士、ケアスタッフ同士の交流する機会をもうけている。                    |  |                   |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------------|-----|--|--|--|-------------------|
|                            |     |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |  |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 信頼関係を築くために、不安や困りごとを表出できない方には特に、表情や動作、生活の様子などを事細かく伝達し居場所づくりや関係性の確保に努めている。                                       |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | これまでのご本人の生活状況、嗜好、心身の状況などをお聞きし、ご本人が馴染めるように、また、これまでの関係性が途切れないように関わりを持つようにしている。                                   |  |                   |
| 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        | インテークの段階で、緊急性、優先順位を考え、本人の状態、家族の要望、関係機関との総合的な判断でサービスを開始するようにしている。   |  |                   |
| 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                        | 本人を認知症のケアを一方的受ける人にしないように、ケア側は、ご本人の力も生かし、入居者同士の助け合いも必要に感じている。また、入居者側からもケアスタッフに話されることや対応で学ぶ事、慰められる事を感じて関係を持っている。 |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | ケアスタッフのみが、ケアを行うには限界があり、家族にしか対応できない事もある。お互いの要望を取り入れながらケア分担していくようにしている。  |  |                   |
| 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                     | 面会や外出の機会は家族や友人方の支援を受けながら行うようにしている。また、疎遠になっている人との交流も家族と相談しながら進めている。   | 家族の協力を得て、馴染みの人や場に家族や友人と出掛けている。ホームは家族と相談しながら関係の継続を支援している。 |                   |
| 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                 | 居室内で一人過ごす時間が多い場合は、リビングでの交流を促す声かけをしたり、一人の入居者の方が更衣等で困って他の入居者の方に助けを求めている時、スタッフがすぐに間に入るのではなく傍でまずは見守るようにしている。       |  |                   |

| 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                    | 退居後のご様子を、担当ケアマネージャーや、家族に声をかけ尋ねるようにしている。また、そのご家族の別の家族や知人の方の入居相談を受けたりしている。                               |   |  |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |   |  |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 日々の生活の要望(食べ物の嗜好、室内の温度や明るさ、プライバシーなど)また、ケアスタッフへの要望等を尋ね確認している。それを早めに検討し出来ること、出来ないことを区別し返すようにしている。         | 利用者との会話の中から思いや意向を把握し、ケアに反映している。更に管理者による利用者の個別モニタリングを行ったり、利用者の誕生日に希望の確認を行ったりして、思いや意向の把握に努めている。 |  |
| 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                                       | 申し送り時にいつもと違う様子を伝えあい、モニタリング時期、家族からの情報等を集めその都度、変化に気づくように情報交換している。  |   |  |
| 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   | 現状が、一時的なものか、変化しているものかを複数の目で、または一定期間を話し合いで決め、アセスメントした上で現状を把握するようにしている。                                  |   |  |
| 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 | ミーティングの際に課題を提議し、ケアスタッフでまずは話し合うが、その結果を家族に持ちかけ意見を求めている。しかし、結果が出ない時、うまく行かない時は家族の協力、以前のケアのヒント等をもらい計画している。  | 職員にてカンファレンスを行い、家族に内容の確認を行なっている。重度化が進み身体ケアに関わる計画が目立つが、利用者の思いや意向を計画に反映させようとの意識は高い。              | 今後、利用者の思いや意向の大きな変化をつかんだ時には、見直し期間に関係なく、早急な見直し・検討を期待したい。 |
| 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                        | 個別の経過記録への記入は、各スタッフ行っているが、新たな課題、提案等がある場合は申し送りノートに各自がメンバーに意見を求めるようにし情報交換している。介護計画の反映はミーティングで決定したものにしている。 |   |  |
| 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               | おやつ以外の嗜好品や化粧品等の個別購入、好みの外出着、下着の着用、食事や入浴時の温度設定、夜間の電気の明るさ、寒暖等の要望に応えるようにしている。                              |   |  |

| 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 |
| 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                                      | 押し花教室、大型絵本歌のボランティアの方の定期訪問、見守りeye活動の実施は継続して行っている。消防署担当員の訪問、指導、訓練を受けている。   |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 受診は家族の協力の下、希望する病院に掛かっている。往診が必要な場合は、現在往診してもらっている医院から選択していただくか、新たにきてもらえる医院を家族が選択し受けている。緊急時についての受診方法は予め相談確認している。          | ホーム提携医だけでなく、これまでの馴染みのかかりつけ医を継続して使っている利用者もいる。往診がない専門医等への付き添いについては、原則家族対応となっている。          |                   |
| 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                          | 看護師は、日々の観察ポイントや緊急時の対応についてケアスタッフに対して入居者ごとにわかりやすく説明し、判断に困らないように基準、範囲を設けている。また判断に迷う時は一緒に関わるようにしている。                       |   |                   |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時は、本人に付き添い安心できるように、サマリーの情報提供は細かく行っている。入院中の病状説明や退院指導には同席し情報収集している。本人の身体機能低下と認知症状の悪化等のダメージを極力防ぐ為に、退院調整を家族を含め関係者と行っている。 |   |                   |
| 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  | 昨年度に続き、家族、ケアスタッフに対して「食べられなくなったらどうしますか」と題し研修会、意見交換会、アンケートを実施し中身の濃い有意義な交流が持てた。   | 医療行為が生じる場合は退居としている。退居に際しては、複数の事業所と医療連携して家族の相談に乗っている。また、家族と職員とに終末期に関する研修会を行い、理解の機会としている。 |                   |
| 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、緊急マニュアル、救急車の呼び方のマニュアル確認できるようにあるが、実際に起きた急変時の対応の振り返り、他職員への伝達を行う事で周知徹底を図っている。  |   |                   |
| 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  | 自主避難訓練の年に3回のうち今年度は水害想定要望を受け行っている。総合訓練は消防署の指導の下、運営推進会議の中で地域の方や家族の協力を得て行った。地域の防災訓練にも参加した。                                | 地域の防災訓練に参加している。ホームの防災訓練には消防署の指導の下、地域住民と家族も参加している。今回は水害を想定し、小学校への避難訓練も計画された。             |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 排泄介助時、更衣、入浴介助時は人格を損なうことがないように、馴れ合いにならないよう、絶えず他者からの視線、ケアスタッフ同士の指摘、見つめなおしをするように努力している。                  | 入浴や排泄時には、他者の視線にも配慮して職員の誘導が行なわれている。職員は丁寧に声掛けを行い、利用者本位のケアを行なっている。            |                   |
| 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                     | 毎日単調な生活となりやすい中で、お誕生日の大切な日にはじっくりどんな風に迎えたいか要望を取り入れ実現するようにしている。また、他人任せにしないように自己決定しやすい環境に配慮している。          |  |                   |
| 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 | ケアと業務の区分を意識し、本人のケアを優先できる視点に立ち返るようにしている。しかし、ケアスタッフ、家族も含めてその人の生活が成り立っているため、本人の意思を確認しながら暮らしを支えるようにしている。  |  |                   |
| 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                                  | 普段着と外出着を区分けして変化をつけるようにしている。また定期的な訪問理美容でカットブロー、顔そり、お化粧品等する機会をもうけている。                                   |  |                   |
| 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     | キッチンからの匂い、様子を感じながら毎食おいしく食べていただいている。野菜の下ごしらえ、簡単なおやつ作り、行事食の関わり等は一緒に手伝っていただき楽しむようにしている。                  | 野菜の皮むきなど利用者の希望に副い、出来る事は手伝って貰っている。食事は手作り家庭的な内容である。利用者の誕生日には、食事のリクエストも聞いている。 |                   |
| 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          | 毎日、水分量や食事量など記録し、職員が一人ひとりの状況を把握できるようにしている。毎年保健センターの管理栄養士のアドバイスも受けている。心不全、浮腫のある方など主治医の指示をもらいケアに反映させている。 |  |                   |
| 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、歯磨きを行い、一人ひとりの能力に応じ見守りや介助を行なっている。口腔ケアの重要性を職員全員が理解しており、定期的に歯科の往診を受け、日頃できない歯肉のクリーニングをしてもらっている。       |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 尿量、間隔、時間行動に応じて、排泄介助を行っている。昼間、夜間の状況も申し送り時に連絡を光に行っている。  | 排泄記録を取り、適切な誘導を行なっている。自立排泄できる利用者には見守りに留め、自立排泄の継続を支援している。      |                   |
| 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  | 緩下剤の使用法の工夫や、食物繊維、乳製品、特製ジュース、センナ茶等の飲食や腹部マッサージやホットタオルの使用、運動にて自然排便を促すようにしている。                            |  |                   |
| 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、個々にそった支援をしている                             | 昼間に時間をかけて入浴している。曜日や時間帯は、本人の体調を考慮した上で希望に出来るだけ添えるように努めている。定期的に、温泉の湯を運んでもらったり、ゆず湯、個別の入浴剤を使って気持ちよく入浴している。 | 温泉の湯を手配したり、入浴剤を使用したりして、利用者が楽しんで入浴出来るよう工夫しており、利用者への心遣いが感じられる。 |                   |
| 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   | 居室の温度設定や採光をこまめに設定し、寝具の選択、冷房暖房器具を個別に使用している。夜間せん妄入居者の方には、個別対応し、他の入居者の安眠妨害にならないように配慮している。                |  |                   |
| 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  | 服薬の内容、薬事情報が書いたものを、ケアスタッフ一人ひとりが確認するようにしている。また変更があった時の申し送り記録の徹底、飲み残の確認等は行っている。                          |  |                   |
| 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                             | 毎日行う体操、てんじゅの歌は恒例日課となっており一同に顔を合わせその日の体調、様子みんなで代わりあえる機会となっている。気分が落ちこむ日や眠たい時の刺激となっている。                   |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 天候のいい日は散歩に出かけるようにしている。帰宅欲求が強くなった時には、マンツーマンで対応を行い、時間をかけて外に出て気分転換できるように心がけている。家族との外出は日課になっている入居者が多い。    | 体調などを考慮しながら、散歩外出を行なっている。家族の同行外出も多く、家族と喫茶店や食事に出掛けている。         |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 外出時の支払いや利用料のことを心配される時は説明をし安心できる対応をしている。支払いが行える方には買い物時や購入の際支払いを行ってもらうようにしている。       |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 手紙を書くことや電話をかけることは個別に行っている。また代筆や代弁を行い、関係を絶やさないようにしている。                              |  |                   |
| 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 | 室温、湿度は小まめに設定を変え適温に心がけている。採光は自然な日光を取り入れるように窓、換気窓の開閉、カーテンの開閉を小まめに行っている。              | ホールは、吹き抜けの明るい居心地の良い空間である。食事の際はテレビを点けず、食事に集中出来るよう配慮している。レクリエーションやテレビの時間など、利用者の表情を感じ取りながら行なっている。 |                   |
| 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  | 入居者の方それぞれに落ち着ける場所がありそれを選択できるように、場所、椅子、クッション、足置き等を提供している。居室での一人の時間も距離を置き見守り大切にしている。 |  |                   |
| 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  | 落ち着ける居室、家具、好きなもの、張り紙等の環境を整えるようにしている。また身体状況に合わせて介護用品の使用、家具やベットの配置を換えるようにしている。       | 職員が毎日清掃し清潔が保たれている。利用者の使い慣れた家具や家族の写真が置かれ、利用者の意向に沿った居室を演出している。                                   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 張り紙、目印、カード、居室前のカーテンなどを活用し混乱しない環境づくりを行っている。また、用意、準備、配慮する事で本人のできる事を奪わないように心がけている。    |  |                   |

### 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   | 2172101269       |            |             |
| 法人名     | 有限会社 賃貸ルーム       |            |             |
| 事業所名    | グループホーム てんじゆ (西) |            |             |
| 所在地     | 岐阜県大垣市万石3丁目14番1  |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成23年 2月 1日      | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 3月21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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172101269&amp;SCD=320&amp;PCD=21">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172101269&amp;SCD=320&amp;PCD=21</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                           |  |  |
|-------|---------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター |  |  |
| 所在地   | 岐阜県関市市市賀大知洞566-1          |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年 2月22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)】

理念の中の一つに「能力に応じた自立支援」を掲げている。リスクを恐れて拘束や抑制とならないよう、利用者本位の視点からずれない努力をしている。その為には、ひやり・はつとした早めの段階で情報を共有し、話し合うようにしている。また単独型グループホームである特徴を生かし、入居者の方の状態把握、変化の気づきを職員間で情報交換し、申し送りを細やかに行えるように心がけている。2ユニットの入居者と職員同士が、日々密に交流を持ち、過ごす中協力し合っている。家族へも協力を依頼し、また家族からの要望を少しでも聞き取れるように、何かあるごとに情報交換を行っている。開設から6年が経過する中、地域の中でグループホームが認知症対応型共同生活介護事業所である認識が浸透してきており、認知症サポーター養成講座の定期開催、防災訓練の実施、参加など継続して実施している。今後、身近な地域の認知症相談窓口としての機能を発揮していきたいと考えている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

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

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<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<br>職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64<br>通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65<br>運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67<br>職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68<br>職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |   |  |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|--------------------|-----|---|--|------|-------------------|
|                    |     |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |      |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | 「能力に応じた自立支援」「尊厳と権利を保持」「地域の中で暮らしを継続」の3つを基本理念とし立ち返り、あきらめず、決めつけずケアすることを提唱、声かけを行っている。                                    |      |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 自治会加入し行事の参加(防災訓練、清掃活動、互例会)を通じてお互いの顔がわかる関係ができ、またご近所のご挨拶、散歩等で交流を持っている。   |      |                   |
| 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  | 認知症サポーター養成講座の開催は、自治会協力して定期開催している。また、地域の行事に参加し認知症の病気に対する理解や偏見を解くように話したり、当たり前に参加している。                                  |      |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 会議は一方的な報告で終わることがないように議題提案している。また、結果や集計はわかりやすく表、グラフ、写真にして意見が求められるように工夫している。会議欠席の方には議事録の配布、ホームページでの掲載を行い意見を求めるようにしている。 |      |                   |
| 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り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 運営上の質問や制度の解釈など相談のあるごとに高齢介護課の窓口まで足を運び担当者に指導、助言を受けている。又、地域包括センターの職員には、運営推進会議の中で情報伝達を受けたり、ケアマネ会議の場で相談するようにしている。         |      |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束についての研修に参加した者は、必ず他職員に伝達講習を行い、具体的な行為についての理解を深めるようにしている。また、日々のケアの安全面、QOLの向上の両面から、その都度話し合いをし最善なケアを見つけ出すようにしている。     |      |                   |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 虐待対応研修に参加した者は、必ず他職員に伝達講習を行っている。虐待はする方、見てみぬふりをする方双方に対し責務があることを理解し、早期発見、または防止に努めている。                                   |      |                   |

| 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    | 身体拘束と虐待防止に並んで、権利擁護は重要に考え、研修に参加している。その者は必ず伝達講習を行っている。成年後見制度、日常生活自立支援事業は以前、利用していた経験がある。   |      |                   |
| 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                         | 契約時、または解約時にはわかりやすい言葉を用い相手のペースに合わせて説明するように心がけている。また加算変更、料金改定等の際は、書類を作成し個別に説明を行って理解を求めるようにしている。                                       |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 公民館での家族会において、ホームの運営、入居者に対するケア方法、職員への要望等、様々な意見交換を行っている。その後、会議に参加できなかった家族に対してその内容を手渡しして個別に意見を伺い、ホームページに公開し、運営に反映できるようにしている。           |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | ユニットミーティングでの議題を、予めシートに書き込むように配布し、その後集約して議題に載せるようにしている。また、日々の業務の困りごとや備品、介護用品の購入の際、ケアスタッフの意見を求め、変更改善するようにしている。管理者は代表者と連絡を密にし意見交換している。 |      |                   |
| 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      | 年度ごとにチャレンジシートで目標設定し、それに向けての意欲や勤務態度を評価して。また、その他共通評価シートに基づき賞与への反映を行っている。OJTチェックリストは必要に応じて自己評価・他者評価を行い習得状況を確認しあっている。                   |      |                   |
| 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         | 経験年数、資格、本人希望、研修内容等によって年度毎に研修計画を立案している。事業所内外ともに研修する機会を設け、内部研修の講師や外部研修の積極的な参加を希望する者には、評価し研修費等の法人負担、出勤扱いの条件としている。                      |      |                   |
| 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 | 今年度も複数事業所連携補助事業に取り組み、近隣のグループホーム・施設とネットワーク形成を密に行っている。ケアマネージャー情報交換会には積極的に参加している。ケアマネージャー同士、ケアスタッフ同士の交流する機会をもうけている。                    |      |                   |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------------|-----|--|---|------|-------------------|
|                            |     |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |      |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 信頼関係を築くために、不安や困りごとを表出できない方には特に、表情や動作、生活の様子などを事細かく伝達し居場所づくりや関係性の確保に努めている。  |      |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | これまでのご本人の生活状況、嗜好、心身の状況などをお聞きし、ご本人が馴染めるように、また、これまでの関係性が途切れないように関わりを持つようにしている。                                    |      |                   |
| 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        | インテークの段階で、緊急性、優先順位を考え、本人の状態、家族の要望、関係機関との総合的な判断でサービスを開始するようにしている。  |      |                   |
| 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                        | 本人を認知症のケアを一方的受ける人にならないように、ケア側は、ご本人の力も生かし、入居者同士の助け合いも必要に感じている。また、入居者側からもケアスタッフに話されることや対応で学ぶ事、慰められる事を感じて関係を持っている。 |      |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | ケアスタッフのみが、ケアを行うには限界があり、家族にしか対応できない事もある。お互いの要望を取り入れながらケア分担していくようにしている。   |      |                   |
| 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                     | 面会や外出の機会は家族や友人方の支援を受けながら行うようにしている。また、疎遠になっている人との交流も家族と相談しながら進めている。  |      |                   |
| 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                 | 居室内で一人過ごす時間が多い場合は、リビングでの交流を促す声かけをしたり、一人の入居者の方が更衣等で困って他の入居者の方に助けを求めている時、スタッフがすぐに間に入るのではなく傍でまずは見守るようにしている。        |      |                   |

| 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                    | 退居後のご様子を、担当ケアマネージャーや、家族に声をかけ尋ねるようにしている。また、そのご家族の別の家族や知人の方の入居相談を受けたりしている。                               |      |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |      |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 日々の生活の要望(食べ物の嗜好、室内の温度や明るさ、プライバシーなど)また、ケアスタッフへの要望等を尋ね確認している。それを早めに検討し出来ること、出来ないことを区別し返すようにしている。         |      |                   |
| 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                                       | 申し送り時にいつもと違う様子を伝えあい、モニタリング時期、家族からの情報等を集めその都度、変化に気づくように情報交換している。  |      |                   |
| 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   | 現状が、一時的なものか、変化しているものかを複数の目で、または一定期間を話し合いで決め、アセスメントした上で現状を把握するようにしている。                                  |      |                   |
| 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 | ミーティングの際に課題を提議し、ケアスタッフでまずは話し合うが、その結果を家族に持ちかけ意見を求めている。しかし、結果が出ない時、うまく行かない時は家族の協力、以前のケアのヒント等をもらい計画している。  |      |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個別の経過記録への記入は、各スタッフ行っているが、新たな課題、提案等がある場合は申し送りノートに各自がメンバーに意見を求めるようにし情報交換している。介護計画の反映はミーティングで決定したものにしている。 |      |                   |
| 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               | おやつ以外の嗜好品や化粧品等の個別購入、好みの外出着、下着の着用、食事や入浴時の温度設定、夜間の電気の明るさ、寒暖等の要望に応えるようにしている。                              |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | 押し花教室、大型絵本歌のボランティアの方の定期訪問、見守りeye活動の実施は継続して行っている。消防署担当員の訪問、指導、訓練を受けている。   |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 受診は家族の協力の下、希望する病院に掛かっている。往診が必要な場合は、現在往診してもらっている医院から選択していただくか、新たにきてもらえる医院を家族が選択し受けている。緊急時についての受診方法は予め相談確認している。          |      |                   |
| 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                          | 看護師は、日々の観察ポイントや緊急時の対応についてケアスタッフに対して入居者ごとにわかりやすく説明し、判断に困らないように基準、範囲を設けている。また判断に迷う時は一緒に関わるようにしている。                       |      |                   |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時は、本人に付き添い安心できるように、サマリーの情報提供は細かく行っている。入院中の病状説明や退院指導には同席し情報収集している。本人の身体機能低下と認知症状の悪化等のダメージを極力防ぐ為に、退院調整を家族を含め関係者と行っている。 |      |                   |
| 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  | 昨年度に続き、家族、ケアスタッフに対して「食べられなくなったらどうしますか」と題し研修会、意見交換会、アンケートを実施し中身の濃い有意義な交流が持てた。   |      |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 急変、緊急マニュアル、救急車の呼び方のマニュアル確認できるようにあるが、実際に起きた急変時の対応の振り返り、他職員への伝達を行う事で周知徹底を図っている。  |      |                   |
| 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  | 自主避難訓練の年に3回のうち今年度は水害想定要望を受け行っている。総合訓練は消防署の指導の下、運営推進会議の中で地域の方や家族の協力を得て行った。地域の防災訓練にも参加した。                                |      |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 排泄介助時、更衣、入浴介助時は人格を損なうことがないように、馴れ合いにならないよう、絶えず他者からの視線、ケアスタッフ同士の指摘、見つめなおしをするように努力している。                  |      |                   |
| 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                     | 毎日単調な生活となりやすい中で、お誕生日の大切な日にはじっくりどんな風に迎えたいか要望を取り入れ実現するようにしている。また、他人任せにしないように自己決定しやすい環境に配慮している。          |      |                   |
| 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 | ケアと業務の区分を意識し、本人のケアを優先できる視点に立ち返るようにしている。しかし、ケアスタッフ、家族も含めてその人の生活が成り立っているため、本人の意思を確認しながら暮らしを支えるようにしている。  |      |                   |
| 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                                  | 普段着と外出着を区分けして変化をつけるようにしている。また定期的な訪問理美容でカットブロー、顔そり、お化粧品等する機会をもうけている。                                   |      |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | キッチンからの匂い、様子を感じながら毎食おいしく食べていただいている。野菜の下ごしらえ、簡単なおやつ作り、行事食の関わり等は一緒に手伝っていただき楽しむようにしている。                  |      |                   |
| 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          | 毎日、水分量や食事量など記録し、職員が一人ひとりの状況を把握できるようにしている。毎年保健センターの管理栄養士のアドバイスも受けている。心不全、浮腫のある方など主治医の指示をもらいケアに反映させている。 |      |                   |
| 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、歯磨きを行い、一人ひとりの能力に応じ見守りや介助を行なっている。口腔ケアの重要性を職員全員が理解しており、定期的に歯科の往診を受け、日頃できない歯肉のクリーニングをしてもらっている。       |      |                   |



| 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 |
| 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                              | 尿量、間隔、時間行動に応じて、排泄介助を行っている。昼間、夜間の状況も申し送り時に連絡を光に行っている。  |      |                   |
| 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  | 緩下剤の使用法の工夫や、食物繊維、乳製品、特製ジュース、センナ茶等の飲食や腹部マッサージやホットタオルの使用、運動にて自然排便を促すようにしている。                            |      |                   |
| 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、個々にそった支援をしている                             | 昼間に時間をかけて入浴している。曜日や時間帯は、本人の体調を考慮した上で希望に出来るだけ添えるように努めている。定期的に、温泉の湯を運んでもらったり、ゆず湯、個別の入浴剤を使って気持ちよく入浴している。 |      |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 居室の温度設定や採光をこまめに設定し、寝具の選択、冷房暖房器具を個別に使用している。夜間せん妄入居者の方には、個別対応し、他の入居者の安眠妨害にならないように配慮している。                |      |                   |
| 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  | 服薬の内容、薬事情報が書いたものを、ケアスタッフ一人ひとりが確認するようにしている。また変更があった時の申し送り記録の徹底、飲み残の確認等は行っている。                          |      |                   |
| 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                             | 毎日行う体操、てんじゅの歌は恒例日課となっており一同に顔を合わせその日の体調、様子みんな代わりあえる機会となっている。気分が落ちこむ日や眠たい時の刺激となっている。                    |      |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 天候のいい日は散歩に出かけるようにしている。帰宅欲求が強くなった時には、マンツーマンで対応を行い、時間をかけて外に出て気分転換できるように心がけている。家族との外出は日課になっている入居者が多い。    |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|------|--|--|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 外出時の支払いや利用料のことを心配される時は説明をし安心できる対応をしている。支払いが行える方には買い物時や購入の際支払いを行ってもらうようにしている。       |      |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 手紙を書くことや電話をかけることは個別に行っている。また代筆や代弁を行い、関係を絶やさないようにしている。                              |      |                   |
| 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 | 室温、湿度は小まめに設定を変え適温に心がけている。採光は自然な日光を取り入れるように窓、換気窓の開閉、カーテンの開閉を小まめに行っている。              |      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 入居者の方それぞれに落ち着ける場所がありそれを選択できるように、場所、椅子、クッション、足置き等を提供している。居室での一人の時間も距離を置き見守り大切にしている。 |      |                   |
| 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  | 落ち着ける居室、家具、好きなもの、張り紙等の環境を整えるようにしている。また身体状況に合わせて介護用品の使用、家具やベットの配置を換えるようにしている。       |      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 張り紙、目印、カード、居室前のカーテンなどを活用し混乱しない環境づくりを行っている。また、用意、準備、配慮する事で本人のできる事を奪わないように心がけている。    |      |                   |

## 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        | 11<br>13 | 6年目を迎え、職員の離職が開設当初について多かった。(常勤 2名 非常勤・パート 10名)<br>隣接新設事業所が増えたこと、景気の低迷の条件等、職員採用が困難となっている。 | 一人ひとりの職員の力量に応じて育成するとともに、定着率アップをめざす。<br>職員採用を小規模事業所が故の、強みを発揮できる募集を行う。 | ・介護職員処遇改善加算の内容に応じた賃金改善(非常勤・パート職員への昇給等)・固定費として人材育成費の歳出<br>・職員面接、OJT、キャリアパスの見直し改善を行う。<br>・採用面接を代表、管理者以外に現場の意見を取り入れた人事を行う。      | 12ヶ月       |
| 2        | 26       | 本人、家族の思い、意向、変化を掴んだ情報を、伝達、共有、ケアプランに落とし込むことが、スタッフ一人ひとりの意識が薄い。                             | 本人、家族の思い、意向、変化に応じたケアの提供をスタッフ一人ひとりが認識して行う事ができる。                       | ・日々の経過記録、体調表とケアプランの優先順位に応じたケアの実施をリンクして記録できるように見直す。<br>・家族面談に時間を要して意向を具体的に吸い上げ、ケアプランを共同して作成していく。または、ケアカンファレンスに本人、家族参加を積極的に行う。 | 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。