

### 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   | 2090100070        |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 博悠会        |            |            |
| 事業所名    | グループホームフランセーズ悠よしだ |            |            |
| 所在地     | 長野市吉田4-19-2       |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年9月2日         | 評価結果市町村受理日 | 平成29年2月16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/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 評価機関名 | 株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部 |
| 所在地   | 長野県松本市市上13-6         |
| 訪問調査日 | 平成28年10月13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)】

季節感を大切にしながら一人ひとり生活の意欲を引き出すケアを行います。前庭での畑作業や玄関前花壇にて土に親しんで頂いたり季節風呂や行事食を楽しむ事で生活意欲を高めます。また、グループホームならではの柔軟性のある対応で個々のご希望に添ったイベントの企画や外出を行い、より沢山の笑顔を引き出します。

【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)】

認知症に付いての理解が深く、暖かく見守る眼差しがあり、各居室の外の樹木等、法人のきめ細かな配慮も感じられる。利用者一人ひとりが落ち着いて生活ができて背景には、尊厳を大切にすることを提供されているためである。また、生活の中に利用者の意欲を引き出す食事提供や、楽しみ入浴や、季節感あふれる空間が、内外共にあり、管理者を始め暖かさを印象付けるホームである。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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

| ユニット名(たんぼぼ) |  |    |   |
|-------------|--|----|---|
| 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>該当する項目に印   |
| 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)     | 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)   |
| 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)           | 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)                     |
| 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)                 | 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) |
| 59          | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 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)                | 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                                       |
| 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)       | 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                                   |
| 62          | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) |    |   |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-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>理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |                   |
| 1               | (1) | <p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>                      | <p>玄関、事務所に掲げてある基本理念の中に「地域の人々と積極的に関わり地域とつながりながらの暮らしの支援」を盛り込んでおり、地域との交流を実践している。基本理念に付いて折に触れ会議などにおいて全職員で確認し合っている。</p>           | <p>基本理念を事務所、玄関に掲げ日々の業務の中で職員自身で振りかえったり、会議などで再確認し、共有している。</p>  |                   |
| 2               | (2) | <p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>                      | <p>ボランティアの訪問を積極的に受け入れている。地域の方が地域行事のお知らせを下さり可能な限り参加したり、ホームでの「お茶のみサロン」にお誘いし、交流を図っている。また、施設行事に地域の方をお誘いしている。</p>                 | <p>事業所が地域に根差し、当事業所で「お茶のみサロン」の場を提供し、地域の交流を深めている。また、公民館にて認知症講座を開催するなど区長さんや、民生委員等地域の方々の理解を得る努力がなされ、お互いの行事の参加や、ボランティアの定期的な訪問もある。</p> |                   |
| 3               |     | <p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>                    | <p>地域、ホームでの行事参加にて悩み事などの相談を受けその都度アドバイスしている。また、地域行事などで交流を図る事で認知症という病気を理解して頂くよう努めている(特別変わった病気ではないということ)。</p>                    | /  | /                 |
| 4               | (3) | <p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p> | <p>ほぼ、2ヶ月に一回開催しており、実際に食べている食事を試食して頂いたり、レクリエーション行事に参加して頂いたりして意見やアドバイスを頂いている。職員へは定期ミーティング時に報告し、頂いた意見などを報告し、今後のケアなどにつなげている。</p> | <p>事業所の活動報告はもちろんのこと、利用者と一緒におやつ作りをしたり、食事をしたり会話に入る等、事業所の実際を体験できるよう運営推進会議を活用して、サービス向上に活かしている。また、会の内容についても職員に報告し、共有出来ている。</p>        |                   |
| 5               | (4) | <p>市町村との連携</p> <p>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</p>           | <p>月一回安心相談員さんの訪問や認定調査時に日頃の様子をお知らせし、意見をうかがっている。また、運営推進会議のメンバーに地域包括支援センター職員さんや安心相談員さんがおり、実際の取り組みを体験して頂き現状を伝え協力関係を築いている。</p>    | <p>定期的なあんしん相談員の来所により、情報交換や改善点など意見を頂き、サービスの質を高める努力がなされている。市への直接的な連絡や確認も行い、協力関係が構築されている。</p>                                       |                   |

| 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 |
| 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 | 玄関は日中常に施錠せず解放されている。やむを得ず拘束を行う場合は必ず家族の同意を頂いた上で実践することとしているが、場合も早期に身体拘束をせずに安心して生活が出来るケア方法に付いて職員間で話し合い身体拘束廃止に努めている。現在身体拘束は行っていません。      | 日中玄関の施錠は行わず、夜間のみ、防犯上施錠を行っている。身体拘束に付いても、日頃より職員全員で理解を深め、身体拘束を行わない取り組みをしている。  |                   |
| 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      | 年に一回以上は研修会に参加する機会を設けており、参加した職員がミーティング時に報告し、全職員が常に声の掛け方(強制しない、敬意を払う、意思の尊重など)に注意したり、入浴時にアザなどの外傷チェックを行っている。確認された場合は原因と対応に付いて話し合っている。   |  |                   |
| 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  | 研修会に参加しているが、制度を直接薦めるようなことは、今の所事例はない。成年後見制度の該当者は現在いない。制度に付いて職員で研修会を行い学んだ。  |  |                   |
| 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                       | 入居時に費用やサービス内容及び退所となる場合の実例を納得行くまで説明し理解頂けたか都度確認している。また、入所後においても疑問や質問事項には常に説明に応じ理解して頂いている。   |  |                   |
| 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                   | 玄関に第三者苦情相談窓口の掲示をしたり、家族様用の意見箱を設置している。ケアプラン説明時にご家族の意見や要望をうかがい内容に反映させている。ご利用者は毎月安心相談員さん、ご家族様は年一回の家族会や外部評価の際のアンケートなどで意見を頂き外部者へ表せる機会がある。 | 家族用にアンケート箱を設置し、意向を吸い上げると共に来所時は必ず声をかけ利用者の状態報告を行いながら家族の意向を確認し、ケアプランに反映したり、運営に反映させている。また、利用者からも常に話を聞く機会を設け外部への発信も行っている。 |                   |
| 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                                    | 月一回の個別面談、定期ミーティング、毎日の早朝申し送り、午後の10分間ミーティングなどで自由に意見が言い合える環境にしており、そこで出た意見を定期ミーティング時などに全職員に提案し実践するなどして反映させている。                          | 定期的な個別面談や、職員会、日々の業務の中に職員同士のミーティングの時間を設ける等、常に話せる環境が整っている。また、管理者が職員の見目で聴く姿勢が出来ており、提案等迅速に対応でき運営に反映している。                 |                   |

| 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 |
| 12                       |    | <b>就業環境の整備</b><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       | 管理者が3ヵ月後毎、全職員の個別面談をしており、意見や思いなどを聞いて可能な範囲で環境整備したり、仕事の実績に付いて評価している。評価をもとに各職員の目標を設定し向上心や目標をもって仕事に取り組めるようにしている。   |      |                   |
| 13                       |    | <b>職員を育てる取り組み</b><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         | 年間研修計画があり、一人ひとりの職員の実力や将来に応じた研修に参加出来る様設定している。外部研修は都度事務所に掲示し、希望者も参加出来る様にしている。内部研修は職員が持ち回りで講師になったりご利用者の思いを体験する研修を行っている。また、職員さんの習熟度により、実施の研修を変えている。       |      |                   |
| 14                       |    | <b>同業者との交流を通じた向上</b><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 | 市内のネットワークの勉強会や研修会に参加したり、疑問点があれば電話などで情報交換し、サービスの向上に取り組んでいる。法人内で他施設見学する体制もある。   |      |                   |
| <b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |   |      |                   |
| 15                       |    | <b>初期に築く本人との信頼関係</b><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           | 入居前に面談を行い、ご利用者の様子や性格を把握したり、事前にご家族から発生しうる心配事などに付いて情報収集し全職員に伝えていく。入居後1ヶ月は特に注意深く様子を見守り関わりを多く持ちご本人の気持ちを引き出せるよう職員間で情報を共有している。また、ご本人さまを知るシートを活用し状況把握に努めている。 |      |                   |
| 16                       |    | <b>初期に築く家族等との信頼関係</b><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                      | ご家族のデリケートな心情に配慮しこれまでの経過などうかがいながら、相談援助技術を駆使して対外的には言いにくい不安なども引き出せるよう努めている。不安や要望などに納得するまで傾聴し、安心してホームを利用して頂ける様努めている。守秘に付いても職員に徹底している。                     |      |                   |
| 17                       |    | <b>初期対応の見極めと支援</b><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                  | 初回面談時に現在の状況に付いて充分話を聞き、当ホームでの入居のみを前提とせず必要と判断した場合は他機関の紹介などを行っている。また、状況の判断において複数の職員の意見などを参考にし、支援している。  |      |                   |

| 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 |
| 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                       | ご本人の意思を尊重し、必ずうかがいを立ててから活動している。職員が一方的に行うことはせず、ご利用者様主体で職員はさりげなく支援している。生活の中で互いに支え合いながら活動するようにしている。   |   |                   |
| 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        | 面会時に近況報告をしたり、毎月の活動内容を写真を添付し送っている。また、外出のドライブやレクも都合があれば一緒に参加して頂いている。不穏状態が続いたり、容態悪化した際は頻回な面会をお願いするなどしており、連絡を密に取り、ご利用者の安定した生活の実現には家族の協力は不可欠だと伝えている。 |   |                   |
| 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                    | 散歩やドライブ時リクエストに応じ自宅や懐かしいと希望される場所に出かけている。ご自宅隣家の方と話し家に上がらせてもらってお茶を飲んだりホームに送迎してお食事をして頂いたりしている。  | 事業所内での新たな馴染みの関係が出来ておりその関係も大切な関係として位置付けると共に、馴染みの美容院やスーパーへの買い物、自宅近所へのドライブなど馴染みの関係の継続に努めている。 |                   |
| 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ご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               | ご利用者同士波長が合う方を隣席にしたり和やかな交流が自然に出来る様配慮している。孤立しがちな方には集団で楽しめるレクリエーションや作業を工夫して行って職員と共に行動し、職員が傍で見守ることで安心して集団行事や、毎日生活行動に参加できる方もいる。                      |   |                   |
| 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 | 他施設や病院へ入院された場合、仲の良かったご利用者様と一緒に面会に行っている。退去されたご家族様に、情報提供するなどの支援を続けています。また、ご家族がボランティアとして協力して下さることもある。  |   |                   |

| 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>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)  | <p>思いや意向の把握</p> <p>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</p>   | <p>毎月居室担当者がご本人に今の生活の満足度や希望をうかがっている。意思表示が困難な方には日々の仕草や表情、アセスメントシートや、モニタリングシートを活用し、ご本人の思いを少しでも汲み取れるよう職員間で検討し、本人本位のプランを立てている。</p> | <p>利用者の24時間を目と心で汲み取り、24時間シートを活用し、利用者の意向の把握に努めている。言葉の出ない利用者の意向の把握に付いては、表情、家人、親戚、生活歴などから推測したり、実際に試しながら意向、思いを探る努力をしている。</p>               |                   |
| 24                              |      | <p>これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>                                       | <p>入居段階でご家族に協力頂き、生活歴や家族歴ご本人さまを知るシート・嗜好など情報収集している。友人やご親族の面会時には昔話から馴染みの暮らし方やご本人の希望などのヒントを得ている。</p>                              |  |                   |
| 25                              |      | <p>暮らしの現状の把握</p> <p>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</p>   | <p>朝・昼・夕の申し送り時に一人ひとりの様子に付いて職員間で確認しあっている。毎日PMに行われる10分間ミーティングでその日の事例を参考に出来る事、出来ない事を検討しながら現状の把握に努めている。</p>                       |  |                   |
| 26                              | (10) | <p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | <p>居室担当者が6ヵ月毎アセスメントシートを作成し、ご家族の要望もお聞きしてカンファレンスを行いケアプランの更新をしている。ケアの実践状況に付いて毎月モニタリングシートを作成している。ケアプラン作成後は家族に説明し、同意頂いている。</p>     | <p>家族の意向もあり、利用者に対し担当制を採っている。家族や本人の意向は、他職員からのモニタリングと担当者が毎月モニタリングしており3ヵ月ごと管理者が評価し、6ヵ月ごと職員全体でカンファレンスを行い、職員全員で利用者の思いを把握し、ケアプランを作成している。</p> |                   |
| 27                              |      | <p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>                        | <p>ケア日誌にケアプランの記入項目を設け実践状況に付いて細かく記入している。生活に反映されているか成功例や困難例は前後の様子や対応内容、結果を記録し情報共有している。モニタリング、カンファレンス時に記録を元にケアの見直しを行っている。</p>    |  |                   |

| 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 |
| 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                            | 既存の業務よりもご利用者の思いを優先している。ご利用者の意向を優先する事で業務に支障がある場合は業務を変えるようにしている。職員間で連携を取り、勤務形態や業務内容を調整し臨機応変に対応出来るよう努めている。   |   |                   |
| 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                                      | ボランティアの受け入れ、地域行事の参加、散歩時の近所の方のおしゃべりなど一人ひとりが楽しめる様社会資源を活用している。安心相談員さんやボランティアの定期的な訪問も楽しみにされている。また、外来者とのお茶会を楽しみにされています。                                |   |                   |
| 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                                  | 入居時、今までのかかりつけ医を継続するか、ホーム協力医の往診制とするか選択して頂いており、入居後の変更も可能である。協力医は月2回往診して頂いているが、変化があれば逐一相談し家族に報告している。外部医でも異常や変化があれば管理者が家族に同行し受診し、看護師としても相談している(喀痰吸引)。 | 利用者、家族の意向に添うよう事業所の協力医も含め入所時、かかりつけ医の確認をしている。専門医(眼科、皮膚科、整形外科等)の受診は家人対応で行い、連携を取っている。協力医は月2回の往診を行い、往診結果は月1回、個別の状態報告と合わせて伝えており、きめ細かな医療連携ができています。 |                   |
| 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                          | 月2回訪問看護サービスを利用している。訪問前にご利用者の変化などを用紙に記載し全職員から情報収集した上で相談し指示を仰いでいる。訪問日以外でも異常や変化がある場合は相談し指示を仰いでいる。  |   |                   |
| 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。 | 入院後はこまめに面会に行ったりご家族と連絡をとって容態の把握や退院の目途に付いて病院と確認し合い早期退院に努めるようにしている。退院に向け、病院看護師に退院指導などを家人と共に聞き対応している。   |   |                   |

| 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 |
| 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 | 看取り介護に移行しそうな場合は早めに主治医の所見をうかがい、ご家族、主治医、管理者で面談を行っている。ホームの看取り介護指針の説明をし、同意を頂いたらホーム長や、居室担当者中心にターミナルケアプランを作成し、チームでケアにあたっている。                             | 看取りも行い、研修等で職員の意識も高められている。看取り介護の早い段階から主治医 訪問看護 家族 事業所で連携をとり日々変化する本人、家族の意向を大切にしながら看取り介護指針、ターミナルケアプランに添いサービスを提供している。  |                   |
| 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   | 年間研修計画に緊急時の対応や応急手当・処置に付いての勉強会を盛り込み実践している。救急時の対応手順、事故発生時の対応に付いては折に触れ定例会議などで全職員と確認しあったり、手順をひと目で見やすいよう事務所に掲示しすぐ対応出来る様にしている。手順の見直しも随時行っている。            |  |                   |
| 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   | 年2回昼、夜想定し消防局立会いでの避難訓練・通報訓練を行っており、全職員が災害時すぐに避難を行えるよう訓練している。内1回は地域住民共同での避難訓練を行っており、地域住民の協力体制を呼びかけている。毎月2回防火チェックを行い、防災対策をしている。法人においても行動計画支援を行って頂いている。 | 年2回昼、夜想定で消防署職員、地域の方々に参加を依頼し避難訓練、通報訓練を行っている。地域の方には実際シートを使用し、利用者の避難を行ったり、車いすの操作方法の指導もしている。また、水害に付いても職員全体でマニュアルを作成し、対応できるよう心掛けている。災害時には、隣接する同法人施設と合わせ事業所も地域の避難所として開放している。 |                   |
| <b>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   | 尊厳を保つ事を基本理念に盛り込んでおり、出来る事出来ない事を見極めプライドを傷付けない作業方法の工夫をしたり、礼節ある言葉使いを基本とし、排泄時他者へ悟られないような声掛け、訪室時のノックを怠らないなどプライバシーに配慮している。                                | 排泄時の声掛の配慮や、法人独自のクレドを徹底させ、利用者一人ひとりに敬意をもって接することを心掛け丁寧でやさしく且つプライバシーに配慮したケアが随所に見受けられた。   |                   |
| 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   | 声掛けする際は「～してもいいですか?」という声掛けすることを都度職員間で確認しあっている。自己決定の尊重として、自分で決めたり納得しながら暮らせる生活を基本理念にしている。   |  |                   |

| 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 |
| 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 | 「行動を起こす際は“どのように過ごしたいか”ご利用者の意向を聞いてから活動する」「したい事がしたい時に自由に出来る生活」を基本理念にしている。起床、就寝、食事時間を決めずご利用者のペースに職員が合わせることを一番の業務としている。突発的な外出も職員の都合で制止せず行きたいタイミングで外出出来る様支援している。 |  |                   |
| 39 |      | 身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | ご利用者様にご自分で着替える衣類を選んで頂いたり、化粧の習慣がある方は継続出来る様支援したりしている。理髪の際はご本人から美容師に希望を伝えて理髪して頂いている。以前から馴染みの美容院に行かれる事もある。  |  |                   |
| 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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている      | 食事準備から片付けまでご利用者様と職員と一緒に作業することを基本としている。キッチンで立って作業するのが難しい方には自席で座って食材カットが出来る様環境設定している。   | 栄養士が立てたメニューを基に利用者のその日の意向に合わせ、臨機応変に食事を提供している。また、庭で作っている野菜が食卓に上がったたり、目で見て食欲が湧くような工夫がされている。食事の準備や片付けなど自然に役割が定着し、テーブル拭きや食器洗いが行われている。 |                   |
| 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          | 摂取量が気になる際は個別にチェック表を用いて摂取量の確保に努めたり、好みの食品を全職員で情報収集して代替品を個別に工夫したり、一人ひとりの摂取能力に応じて食事形態や食器、食べる時間を工夫している。  |  |                   |
| 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、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                   | 一人ひとりの個々の能力、口腔状態に応じて介助の範囲(声掛けのみ、一部介助・全介助)や介助方法について個別にケア方法を決め職員間で徹底し対応している。  |  |                   |

| 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       | オムツゼロ、常用下剤ゼロを目指している。介助方法を職員間で話し合い個別にケアしている。チェック表や申し送りを活用し、排泄パターンを把握し職員間で誘導時間を徹底しオムツ使用を減らせるよう努めている。また、少しでもトイレでの排泄できる可能性がある方は2人介助などでトイレ排泄を促している。 | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、便意のある方はもちろん便意がはっきりしない利用者に対しても排泄前のしぐさや癖を見極め、いつまでもトイレで排泄できるよう職員が一丸となって取り組んでいる。また、終末期である方でもトイレで排泄したいとの意向がある利用者には2名介助で対応している。             |                   |
| 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                       | 便秘の症状の裏に隠れている重大な病気のリスクや不快感からおきるBPSD回避出来る様、便秘になる前の普段から乳製品、海藻類、食物繊維の摂取、運動や腹部マッサージを取り入れ自然排便を促している。適宜訪問看護師に相談、処置の指示を仰いでいる。                         |  |                   |
| 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 | 基本的に週3回の入浴日を設定しているが、ご利用者様の希望を優先し、突発的な入浴希望にも対応している。拒否のある方には足浴や清拭を行い、入浴出来ない日が続かないよう申し送りしている。柚子湯、菖蒲湯、バラ湯など季節の楽しみも取り入れている。                         | 週3回午後入浴を基本にしているが、利用者の意向に合わせて対応している。入浴を嫌がる方に対しても声掛の工夫や季節を楽しめる配慮(柚子湯、菖蒲湯、バラ湯など)も行われている。酸性水を利用し、足浴や清拭を行い身体の清潔を保っている。また、重度化した利用者に対しても身体に負担の無い機械浴槽が完備されている。 |                   |
| 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                        | 起床、就寝時間は自由である。寝つきの遅いご利用者様にはホールで軽食を出し職員と過ごしたり、一人の居室で寝ることに不安を訴えるご利用者にはホールに布団を敷いて休んで頂いている。不眠が見られる場合、原因を話し合い、午睡の時間や日中の活動量を増やし改善に努めている。             |  |                   |
| 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                   | 新たな処方や薬の変更があった際は薬係が申し送り記録にて内容や用量、服用方法や副作用に付いて全職員に伝えている。変化の確認は日々記録し、職員間で話し合っている。誤薬を防ぐため3重のセッティング確認、服薬時は声に出し名前、日付けを確認し飲み込むまで見守っている。              |  |                   |

| 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 |
| 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  | ご利用様が趣味にされている手芸・編み物や生花、歌の会など入居前の趣味を継続的に行えるよう支援している。ホームの畑と一緒に野菜などを耕し収穫したり、地域のお祭りでアルコールを楽しむ機会もある。                             |   |                   |
| 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                      | 毎日の買い物も職員同行し、希望を聞いて寄り道をしたりお茶を飲んで過ごす事もある。毎月遠出をしており、ご家族もお誘いし、一緒に外出を楽しんで頂いている。誕生日はマンツーマンで行きたい場所や食べたい物を食べに外出している。               | 毎日の食材の買い物に職員と出かけ、その際自分の食べたいものを買うこともある。年間行事で遠くに出かけ、今年度は珍しいブルーベリー狩りに出かけた。誕生月には家人も誘い外食や、外出を楽しんでいる。                               |                   |
| 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  | 金銭所持は制約なく、自己管理されてる方もいる。買い物同行時、金銭感覚のある方には支払いの機会を作っている。物取られ妄想がある方も一方的に職員が管理するのではなく、隠しがちな場所を把握しておくなどしてなるべく所持出来る様支援している。        |   |                   |
| 51 |      | 電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 電話希望がある場合は制止せず、電話できるように支援している。年末には年賀状作りを職員と共にやり、ご家族に送っている。  |   |                   |
| 52 | (19) | 居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 季節感を取り入れた飾りやご利用者様作成の生花、塗り絵、行事の写真を飾っている。トイレの開閉の音、廊下が暗くならない様早めの点灯、温度計をみて適宜温度調整、陽のまぶしさを避けた席のセッティングなどBPSD発生の原因となる刺激を抑える工夫をしている。 | フロア全体を見渡せる場所に台所があり、食事を大切にしていることが感じられる。天井も高く解放感があり、光も十分に入る設計になっている。また、ウッドデッキでは、外の畑を見たり、洗濯物を干したりと自宅のようにゆったりとした生活ができるように工夫されている。 |                   |
| 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  | ベランダ、隣のユニットの出入りも自由である。座卓スペース(冬場はこたつ)やソファも設けてあり、1人になったり気の合ったご利用者様同志思い思いに過ごして頂ける様な場所作りをしている。                                  |   |                   |

| 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 |
| 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 | 入居時、使いたれた馴染みの物を持ち込んで頂くようご家族に伝えリロケーションダメージを防ぐよう努めている。自由に居室内配置され、壁面も各々にカレンダーや思い出深い写真を貼るなど自由に活用して頂いている。各居室の窓際に1本づつ広葉樹が植えてあり、季節の変化も楽しめる。 | 掃除が行き届いた居室には、利用者のお気に入りの写真や作品がきれいに収納されており、馴染みの家具なども置かれ居心地良い空間が提供されている。各居室から見える広葉樹がちょうど紅葉し始めていて季節を楽しめる事業所の暖かい配慮を感じ、まるで自宅にいるようなゆったりとした時が感じられた。 |                   |
| 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    | 自室がわからなくなる方には居室入り口に飾り、絵、のれん等で特徴をつくり、自室を確認できる工夫や、廊下、トイレの扉には「お便所」と大きく表記している。テーブルの高さも調整し安全で自立した生活を支援してる。                                |   |                   |

自己評価および外部評価結果

(セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-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>理念に基づく運営</b> |     |   |  |      |                   |
| 1               | (1) | <p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>                      | <p>玄関、事務所に掲げてある基本理念の中に「地域の人々積極的に関わり地域と繋がりがながらの暮らしの支援」を盛り込んでおり、地域との交流を実践している。基本理念について折に触れ会議等において全職員で確認し合っている。</p>             |      |                   |
| 2               | (2) | <p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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人として日常的に交流している</p>                      | <p>ボランティアの訪問を積極的に受け入れている。地域の方が地域行事のお知らせを下さり可能な限り参加したり、ホームでの「お茶のみサロン」にお誘いし、交流を図っている。また、施設行事に地域の方をお誘いしている。</p>                 |      |                   |
| 3               |     | <p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>                    | <p>地域、ホームでの行事参加にて悩み事などの相談を受けその都度アドバイスしている。また、地域行事などで交流を図る事で認知症という病気を理解して頂くよう努めている(特別変わった病気ではないということ)数名は、オレンジメイトに登録しています。</p> |      |                   |
| 4               | (3) | <p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p> | <p>ほぼ、2ヶ月に一回開催しており、実際に食べている食事を試食して頂いたり、レク行事に参加して頂いたりして意見やアドバイスを頂いている。職員へは定期ミーティング時に報告し、頂いた意見などを報告し、今後のケアなどにつなげている。</p>       |      |                   |
| 5               | (4) | <p>市町村との連携</p> <p>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</p>           | <p>月一回安心相談員さんの訪問や認定調査時に日頃の様子をお知らせし、意見を伺っている。また、運営推進会議のメンバーに地域包括支援センター職員さんや安心相談員さんがおり、実際の取り組みを体験して頂き現状を伝え協力関係を築いている。</p>      |      |                   |

| 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 |
| 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「介指針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 | 玄関は日中常に施錠せず解放されている。やむを得ず拘束を行う場合は必ず家族の同意を頂いた上で実践することとしているが、場合も早期に身体拘束をせずに安心して生活が出来るケア方法について職員間で話し合い身体拘束廃止に努めている。現在身体拘束は行っていません。     |      |                   |
| 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     | 年に一回以上は研修会に参加する機会を設けられ、参加した職員がミーティング時に報告し、全職員が常に声の掛け方(強制しない、敬意を払う、意思の尊重など)に注意したり、入浴時などにアザなどの外傷チェックを行っている。確認された場合は原因と対応について話し合っている。 |      |                   |
| 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 | 研修会に参加しているが、制度を直接薦めるようなことは、今の所事例はない。成年後見制度に該当しておられる方は2名おり、制度について職員で研修会を行い学んだ。  |      |                   |
| 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                      | 入居時に費用やサービス内容及び退所となる場合の実例を納得行くまで説明し理解頂けたか都度確認している。また、入所後においても疑問や質問事項には常に説明に応じ理解して頂いている。  |      |                   |
| 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                  | 玄関に第三者苦情相談窓口の掲示をしたり、家族様用の意見箱を設置している。ケアプラン説明時にご家族の意見や要望を伺い内容に反映させている。ご利用者は毎月安心相談員さん、ご家族様は年一回の家族会や外部評価の際のアンケートなどで意見を頂き外部者へ表せる機会がある。  |      |                   |
| 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                                   | 月一回の個別面談、定期ミーティング、毎日の早朝申し送り、午後の10分間ミーティングなどで自由に意見が言い合える環境にしており、そこで出た意見を定期ミーティング時などに全職員に提案し実践するなどして反映させている。                         |      |                   |

| 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 |
| 12                       |    | <b>就業環境の整備</b><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       | 管理者が3ヵ月後毎、全職員の個別面談をしており、意見や思いなどを聞いて可能な範囲で環境整備したり、仕事の実績について評価している。評価をもとに各職員の目標を設定し向上心や目標をもって仕事に取り組めるようにしている。   |      |                   |
| 13                       |    | <b>職員を育てる取り組み</b><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         | 年間研修計画があり、一人ひとりの職員の実力や将来に応じた研修に参加出来る様設定している。外部研修は都度事務所に掲示し、希望者も参加出来る様にしている。内部研修は職員が持ち回りで講師になったりご利用者の思いを体験する研修を行っている。また、職員さんの習熟度により、実施の研修を変えている。       |      |                   |
| 14                       |    | <b>同業者との交流を通じた向上</b><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 | 市内のネットワークの勉強会や研修会に参加したり、疑問点があれば電話などで情報交換し、サービスの向上に取り組んでいる。法人内で他施設見学する体制もある。   |      |                   |
| <b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |   |      |                   |
| 15                       |    | <b>初期に築く本人との信頼関係</b><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           | 入居前に面談を行い、ご利用者の様子や性格を把握したり、事前にご家族から発生しうる心配事等について情報収集し全職員に伝えている。入居後1ヶ月は特に注意深く様子を見守り関わりを多く持ちご本人の気持ちを引き出せるよう職員間で情報を共有している。また、ご本人さまを知るシートを活用し状況把握につとめている。 |      |                   |
| 16                       |    | <b>初期に築く家族等との信頼関係</b><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                      | ご家族のデリケートな心情に配慮しこれまでの経過など伺いながら、相談援助技術を駆使して対外的には言いにくい不安なども引き出せるよう努めている。不安や要望などに納得するまで傾聴し、安心してホームを利用して頂ける様努めている。守秘についても職員に徹底している。                       |      |                   |

| 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 |
| 17 |     | <p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>       | <p>初回面談時に現在の状況について充分話を聞き、当ホームでの入居のみを前提とせず必要と判断した場合は他機関の紹介などを行っている又、状況の判断において複数の職員の意見等を参考にし、支援している。</p>  |      |                   |
| 18 |     | <p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>                       | <p>ご本人の意思を尊重し、必ず伺いをたててから活動している。職員が一方的に行うことはせず、ご利用者様主体で職員はさりげなく支援している。生活の中で互いに支え合いながら活動するようにしている。</p>  |      |                   |
| 19 |     | <p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>        | <p>面会時に近況報告をしたり、毎月の活動内容を写真を添付し送っている。また、外出ドライブやレクも都合があれば一緒に参加して頂いている。不穏状態が続いたり、容態悪化した際は頻回な面会をお願いするなどしており、連絡を密に取り、ご利用者の安定した生活の実現には家族の協力は不可欠だと伝えている。</p> |      |                   |
| 20 | (8) | <p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>                    | <p>定期的にご主人の居るホームを訪ねたり散歩やドライブ時リクエストに応じ自宅や懐かしいと希望される場所に出かけている。ご自宅隣家の方と話し家が上がらせてもらったり馴染みの関係を維持できるようにしている。</p>  |      |                   |
| 21 |     | <p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>                | <p>ご利用者同士波長が合う方を隣席にしたり和やかな交流が自然に出来る様配慮している。孤立しがちな方には集団で楽しめるレクや作業を工夫して行って職員と共に行動し、職員が傍で見守ることで安心して集団行事や、毎日生活行動に参加できる方もいる。</p>                           |      |                   |
| 22 |     | <p>関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p> | <p>他施設や病院へ入院された場合、仲の良かったご利用者様と一緒に面会に行っている。退去されたご家族様に情報提供などの支援を続けています。また、ご家族がボランティアとして協力して下さることもある。</p>  |      |                   |

| 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>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)  | <p>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</p>   | <p>毎月居室担当者がご本人に今の生活の満足度や希望を伺っている。意思表示が困難な方には日々の仕草や表情、アセスメントシートや、モニタリングシートを活用し、ご本人の思いを少しでも汲み取れるよう職員間で検討し、本人本位のプランをたてている。</p> |      |                   |
| 24                              |      | <p>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</p>                                       | <p>入居段階でご家族に協力頂き、生活歴や家族歴ご本人さまを知るシート・嗜好など情報収集している。友人や親族様面会時には昔話から馴染みの暮らし方やご本人の希望などのヒントを得ている。</p>                             |      |                   |
| 25                              |      | <p>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</p>   | <p>朝・昼・夕の申し送り時に一人ひとりの様子について職員間で確認しあっている。毎日PMにおこなわれる10分間ミーティングでその日の事例を参考に出来る事、出来ない事を検討しながら現状の把握に努めている。</p>                   |      |                   |
| 26                              | (10) | <p>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</p> | <p>居室担当者が6ヵ月毎アセスメントシートを作成し、ご家族の要望もお伺いしてカンファレンスを行いケアプラン更新している。ケアの実践状況について毎月モニタリングシートを作成している。ケアプラン作成後は家族に説明し、同意頂いている。</p>     |      |                   |
| 27                              |      | <p>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</p>                        | <p>ケア日誌にケアプラン記入項目を設け実践状況について細かく記入している。生活に反映されているか成功例や困難例は前後の様子や対応内容、結果を記録し情報共有している。モニタリングカンファレンス時に記録を元にケアの見直しを行っている。</p>    |      |                   |

| 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 |
| 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                            | 既存の業務よりもご利用者の思いを優先している。ご利用者の意向を優先する事で業務に支障がある場合は業務を変えるようにしている。職員間で連携をとり、勤務形態や業務内容を調整し臨機応変に対応出来るよう努めている。                                       |      |                   |
| 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                                      | ボランティアの受け入れ、地域行事の参加、散歩時の近所の方のおしゃべりなど一人ひとりが楽しめる様社会資源を活用している。安心相談員さんやボランティアの定期的な訪問も楽しみにされている。また、外来者さまとのお茶会を楽しみにされています。                          |      |                   |
| 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                                 | 入居時、今までのかかりつけ医を継続するか、ホーム協力医の往診制とするか選択しており、入居後の変更も可能である。協力医は月2回往診して頂いているが、変化があれば逐一相談し家族に報告している。外部医でも異常や変化があれば管理者が家族に同行し受診し、NSとしても相談している(喀痰吸引)。 |      |                   |
| 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                          | 月2回訪問看護サービスを利用している。訪問前にご利用者の変化などを用紙に記載し全職員から情報収集した上で相談し指示を仰いでいる。訪問日以外でも異常や変化がある場合は相談し指示を仰いでいる。  |      |                   |
| 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。 | 入院後はこまめに面会に行ったりご家族と連絡をとって容態の把握や退院の目途について病院と確認し合い早期退院に努めるようにしている。退院に向け、病院看護師に退院指導などを家人と共に聞き対応している。   |      |                   |

| 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 |
| 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 | 看取り介護に移行しそうな場合は早めに主治医の所見を伺い、ご家族、主治医、管理者で面談を行っている。ホームの看取り介護指針の説明をし、同意を頂いたらホーム長や、居室担当者中心にターミナルケアプランを作成し、チームでケアにあたっている。                              |      |                   |
| 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   | 年間研修計画に緊急時の対応や応急手当・処置についての勉強会を盛り込み実践している。救急時の対応手順、事故発生時の対応については折に触れ定例会議などで全職員と確認したり、手順を一目で見やすいよう事務所に掲示し、すぐ対応出来る様にしている。手順の見直しも随時行っている。             |      |                   |
| 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   | 年2回昼夜想定で消防局立会いでの避難訓練・通報訓練を行っており、全職員が災害時すぐに避難を行えるよう訓練している。内1回は地域住民共同での避難訓練を行っており、地域住民の協力体制を呼びかけている。毎月2回防火チェックを行い、防災対策をしている。法人においても行動計画支援を行って頂いている。 |      |                   |
| <b>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   | 尊厳を保つ事を基本理念に盛り込んであり、出来る事出来ない事を見極めプライドを傷つけない作業方法の工夫をしたり、礼節ある言葉使いを基本とし、排泄時他者へ悟られないような声掛け、訪室時のノック等を怠らない等プライバシーに配慮している。                               |      |                   |
| 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   | 声掛けする際は「～してもいいですか?」という声掛けすることを都度職員間で確認している。自己決定の尊重として、自分で決めたり納得しながら暮らせる生活を基本理念にしている。  |      |                   |

| 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 |
| 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 | 「行動を起こす際は”どのように過ごしたいか”ご利用者の意向を伺ってから活動する」「したい事がしたい時に自由に出来る生活」を基本理念にしている。起床、就寝、食事時間を決めずご利用者のペースに職員が合わせることを一番の業務としている。突発的な外出も職員の都合で制止せず行きたいタイミングで外出出来る様支援している。 |      |                   |
| 39 |      | 身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | ご利用者様にご自分で着替える衣類を選んでいただいたり、化粧の習慣がある方は継続出来る様支援したりしている。理髪の際はご本人から美容師に希望を伝えて理髪して頂いている。   |      |                   |
| 40 | (15) | 食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食事準備から片付けまでご利用者様と職員と一緒に作業することを基本としている。キッチンで立って作業するのが難しい方には自席で座って食材カットが出来る様環境設定している。   |      |                   |
| 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          | 摂取量が気になる際は個別にチェック表を用いて摂取量の確保に努めたり、好みの食品を全職員で情報収集して代替品を個別に工夫したり、一人ひとりの摂取能力に応じて食事形態や食器、食べる時間を工夫している。  |      |                   |
| 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、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                   | 一人ひとりの個々の能力、口腔状態に応じて介助の範囲(声掛けのみ、一部介助・全介助)や介助方法について個別にケア方法を決め職員間で徹底し対応している。  |      |                   |
| 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むけた支援を行っている   | 一人ひとりに応じた排泄場所やオムツの種類、誘導時間、介助方法を職員間で話し合い個別にケアしている。チェック表や申し送りを活用し、排泄パターンを把握し職員間で誘導時間を徹底しオムツ使用を減らせるよう努めている。また、少しでもトイレでの排泄できる可能性がある方は日中のみ2人介助などでトイレ排泄を促している。    |      |                   |

| 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 |
| 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                       | 便秘の症状の裏に隠れている重大な病気のリスクや不快感からおきるBPSD回避出来る様、便秘になる前の普段から乳製品、海藻類、食物繊維の摂取、運動や腹部マッサージを取り入れ自然排便を促している。便秘が続いている場合は適宜訪問看護師に相談し、処置の指示を仰いでいる。 |      |                   |
| 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 | 基本的に週3回の入浴日を設定しているが、ご利用者の希望を優先し、突発的な入浴希望にも対応している。拒否のある方には足浴や清拭を行い、入浴出来ない日が続かないよう申し送っている。柚子湯、菖蒲湯、バラ湯など季節の楽しみも取り入れている。               |      |                   |
| 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                        | 起床、就寝時間は自由である。寝つきの遅いご利用者様にはホールで軽食を出し職員と過ごしたり。一人の居室で寝ることに不安を訴えるご利用者にはホールに布団を敷いて休んで頂いている。不眠が見られる場合、原因を話し合い、午睡の時間や日中の活動量を増やし改善に努めている。 |      |                   |
| 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                   | 新たな処方や薬の変更があった際は薬係が申し送り記録にて内容や用量、服用方法や副作用について全職員に伝えている。変化の確認は日々記録し、職員間で話し合っている。誤薬を防ぐ為3重のセッティング確認、服薬時は声に出し名前、日付けを確認し飲み込むまで見守っている。   |      |                   |
| 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      | ご利用者様が趣味にされてる将棋や囲碁を職員間で勉強し行えるようにしたり、パッチワークや生花、歌の会など入居前の趣味を継続的に行えるよう支援している。ホームの畑と一緒に野菜などを耕し収穫したり、地域のお祭りでアルコールを楽しむ機会もある。             |      |                   |

| 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 |
| 49 | (18) | <p>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</p>                      | <p>散歩を日課にしている。毎日の買い物も職員同行し、希望を聞いて寄り道をしたりお茶を飲んで過ごす事もある。毎月遠出外出をしており、ご家族もお誘いし、一緒にの外出を楽しんで頂いている。誕生日はマンツーマンで行きたい場所や食べたい物を食べに外出している。</p> |      |                   |
| 50 |      | <p>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</p>  | <p>玄関、事務所に掲げてある基本理念の中に「地域の人々積極的に関わり地域と繋がりがながらの暮らしの支援」を盛り込んでおり、地域との交流を実践している。基本理念について折に触れ会議等において全職員で確認し合っている。</p>                   |      |                   |
| 51 |      | <p>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</p>   | <p>ボランティアの訪問を積極的に受け入れている。地域の方が地域行事のお知らせをして下さり可能な限り参加したり、ホームでの「お茶のみサロン」にお誘いし、交流を図っている。又、施設行事に地域の方をお誘いしている。</p>                      |      |                   |
| 52 | (19) | <p>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</p> | <p>地域、ホームでの行事参加にて悩み事などの相談を受けその都度アドバイスしている。又地域行事などで交流を図る事で認知症という病気を理解して頂くよう努めている(特別変わった病気ではないということ)。</p>                            |      |                   |
| 53 |      | <p>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</p>  | <p>ほぼ、2ヶ月に一回開催しており、実際に食べている食事を試食して頂いたり、レク行事に参加して頂いたりして意見やアドバイスを頂いている。職員へは定期ミーティング時に報告し、頂いた意見などを報告し、今後のケアなどに繋げている。</p>              |      |                   |

| 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 |
| 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 | 入居時、使いなれた馴染みの物を持ち込んで頂く様御家族に伝わりロケーションダメージを防ぐ様努めてる。自由に居室内配置され、壁面も各々にカレンダーや思い出深い写真を貼るなど自由に活用して頂いている。各居室の窓際に1本つつ広葉樹が植えてあり、季節の変化も楽しめる。 |      |                   |
| 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    | 自室がわからなくなる方には居室入り口に飾りや絵、のれん等で特徴をつくり、自室を確認できる工夫や、廊下・トイレの扉には「お便所」と大きく表記している。テーブルの高さも調整し安全で自立した生活を支援してる。                             |      |                   |

## 目標達成計画

平成:29年2月16日

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

| 【目標達成計画】 |      |  |                              |                    |            |
|----------|------|--|------------------------------|--------------------|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題   | 目標                           | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容 | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 8    | 権利擁護に関する制度の理解と活用。<br>日常生活支援事業や成年後見人制度に付き一部職員が学んでいる。個々の必要性は今のところないが研修など内部勉強会の必要がある。 | 全職員が成年後見制度や日常生活自立支援事業に付いて学ぶ。 | 虐待・身体拘束の勉強会に合わせ行う。 | 6ヶ月        |
| 2        |      |  |                              |                    |            |
| 3        |      |  |                              |                    |            |
| 4        |      |  |                              |                    |            |
| 5        |      |  |                              |                    |            |

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。