

### 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   | 2070201377      |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人          |            |  |
| 事業所名    | グループホーム・ハーモニー島内 |            |  |
| 所在地     | 松本市島内広田 4068-1  |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成23年7月11日      | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 |  |
|----------|--|

【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23年8月19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;今を大事に、今を楽しみ、今を豊かに、心地よい環境のもと、安心して暮らせるよう支援します。認知症の方が、年齢を重ねてもいつまでも普通の生活ができ、良いお付き合いができるよう心がけています。また健康で過ごして頂くために、水分、栄養管理に気を配り、日常生活の家事である、掃除、洗濯、食事の準備、片付け、散歩、買い物、外出などを一緒に行うことにより認知症の進行を少しでも遅らせ、毎日の散歩、リハビリを重視し、自立度アップを図り寝たきりにならない為の工夫をしています。開設7年を迎え徐々に終末を迎える方が増えていきます。出来る限り人間らしい最期を迎えていただくためにも、自然体を考慮し、ご家族の方と一緒に苦痛、不安の軽減、後悔のないケアに努力しています。

【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)】

グループホーム・ハーモニーは母体である社会福祉法人ハーモニーに属し、老人保健施設、デイサービス等に隣接して同施設敷地内に設置されている。自然に恵まれた閑静な住宅街の中にあり、近隣には音楽文化ホールや大型スーパーがあり入居者にとって楽しみごとの買い物や散歩コースとなっており入居者にあわせた移動の配慮をしながら外出支援を行い認知症の進行や機能低下の抑止に努められている。入居者の高齢化に伴い身体状況の低下傾向がみられく日常の健康管理体制や医療連携体制が確立されている。なお重度化や終末期に向けた看取りの体制(事前調査書、同意書、看取りの指針等)も構築されており入居者、ご家族の大きな安心と安全に繋がっている。経験豊富なスタッフのもとで看取りも行われたことを伺った。管理者は職員と一体となってサービスの質の確保と向上のために取り組まれている。また認知症サポーターとして地域に向けての啓蒙活動や近隣住民との交流に積極的に取り組まれている。

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

| ユニット名(IFフルト) |  |                       |   |    |   |   |   |
|--------------|--|-----------------------|---|----|---|---|---|
| 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)       | ○                     | 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広がったり深まり、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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<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、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○ | 1. ほぼ全ての職員が<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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<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    |    |   |   |   |

| 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 |  |                       |   |    |   |                       |   |
|--|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| ユニット名(2Fフルート)  |  |                       |   |    |   |                       |   |
| 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)     | ○                     | 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. 全くいない           |
| 59   | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<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、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<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  |
| <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                      | 介護理念に基づいた具体的な介護目標を話し合いチームが一体となったケアの実践につなげるよう心がけている。  | 管理者は職員と共に、日々の方針や目標について話し合い具体化した内容で理念を作成し、明確に言語化された理念をもとにケアの実践に取り組まれている。   | 地域密着型サービスの役割(介護が必要になっても、入居者がこれまで培ってきた家族や地域社会との関係を大切にして、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援する等)を理解し、果たすべき役割を反映した地域密着型サービスとしての理念の内容になるよう望まれる。 |
| 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                      | 地域の老人会の花見、地区の文化祭の参加、納涼会への招待など、地域との交流が定着している。季節ごとに近所から野菜、花をいただいたり、ホームで収穫した野菜をおすそ分けするなどの交流がある。 | 地域の行事(老人会の花見や文化祭等)参加や施設の納涼祭への招待、高校生の職業体験の受け入れが行われ交流が図られている。なお近隣の方より野菜や花が届けられ、ホームで収穫した野菜を差し上げるなどホームと地域の人々が支え合えるような双方向関係が築かれつつあることを伺った。 | 今後更に地域の保育園児や小学生が遊びに来られたり、中学生のボランティア活動に来ていただくなど地域との交流に期待する。   |
| 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                    | 地域の認知症勉強会に参加し、認知症サポーターとして地域にむけて啓蒙活動をしている。人材育成の貢献として積極的に看護学生、介護学生などの実習やボランティアを受け入れている。        |   |  |
| 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 | 2ヶ月毎に開催している、家族、利用者さんを含めた花見、納涼会による交流会など含め日常生活の様子を見ていただき、情報を交換したりアドバイス、提案をいただいている。             | ホーム行事日も活用して定期的(2ヶ月に1回)に運営推進会議が開催されている。入居者、ご家族、地域代表者等の参加を得てホームからの活動状況の報告や参加者からの質問、意見、要望を受け、双方向的な会議が行われている。                             | 入居者の離設等への対処方法や協力体制を築くために関係機関(警察署や消防署等)と連絡を取り運営推進会議に参加して頂き、理解と支援を得る取り組みに期待する。   |
| 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           | 毎月、市より相談員が訪問し利用者の生活の様子、要望を聴き取り情報を交換している。   | 市の相談員が毎月ホームへ訪問して実態を把握して課題解決のための取り組みが行われている。   | 介護保険の保険者である市の担当者にホームの実情やケアサービスの取り組みについて伝えると共に、現場に出向いていただき考え方や実態を知ってもらい協働関係を継続されるよう期待する。                                      |

| 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  |
| 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 | 身体拘束や権利擁護に関する研修を受けている。日々のケア時、利用者の抑圧感を招いていないかを常に確認し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。                       | 全ての職員が高齢者の権利擁護や身体拘束に関する研修を母体施設や外部研修に参加して理解を深め日常のケアに当たられている。入居者一人ひとりの気分や状態を把握して職員全員で話し合い身体拘束をしないケアに取り組まれている。              |  |
| 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       | 高齢者虐待防止法に関する研修に参加している。日々のケアをカンファレンスにて振り返り身体はもちろん、何気ない会話から虐待行為がないか、確認し防止に努めている。               |  |  |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している   | 対応が必要な方に、成年後見制度を利用している。該当しそうな利用者さんの関係者に相談を持ちかける等の支援をしている。                                    |  |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、事業所のケアに関する考え方、取り組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行い不安や疑問点を尋ね理解、納得を頂いている。                       |  |  |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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                    | 家族の面会時や、運営推進委員会で利用者の生活の様子を伝え、意見、要望等を気楽に出してもらえぬ雰囲気づくりをし、出された意見を運営に反映させている。                    | ご家族がホームへ訪問時等に入居者の思い出写真が満載の生活記録(入居者ごとの)を閲覧されると共に、職員からの日常報告を得て意見や要望が気軽に伝えていただけるよう配慮されている。出された意見や要望はミーティング時に話し合い運営に反映されている。 | ホーム玄関に意見箱が設置されているものの活用されていないことを伺った。今後ご家族が意見や要望が出しやすい工夫が望まれる。 |
| 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                                     | 必要に応じてミーティングを行い意見交換を行っている。年に一回個人面談を行い意見、要望、提案など出せるようにしている。また、希望時は、随時面談の時間を設けるなど、柔軟な対応をとっている。 | 定例的な職員会議は行われていないが、管理者はきめ細かい現場の状況把握に努められ職員間でコミュニケーションを持たれている。年1回の個人面談や随時の面談時に要望や提案を受け職員が向上心を持って勤務できるよう働きかけている。            |  |

| 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 |
| 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      | 自己評価表を用いて研修、自己研鑽の努力など実績がわかるようにしている。管理者は運営者に対し、職員の個々の努力や実績、ケア状況など報告し、各自が向上心を持って働けるよう努力している。                  |      |                   |
| 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         | 法人内、外の研修に多くの職員が受講できるように計画している。研修報告は全職員が常に閲覧できるように配慮している。キャリアアップに向けた個人の自己研鑽がしやすいシートなども考慮している。                |      |                   |
| 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 | 市内のグループホームと共同で認知症、その他の勉強会に参加し、質の向上に励んでいる。同業者との連絡会が2か月に1回開かれ、互いの悩み、問題、制度に関する相談等交流を含めて話し合えるネットワークがある。         |      |                   |
| <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           | 事前面談で本人の生活状態を把握するように努めている。本人の求めている生活形態をなるべく維持出来るように本人、家族、ケアマネとの入念な情報交換、信頼関係を築き、入所後もできる限り安心した生活が送れるよう努力している。 |      |                   |
| 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                      | 家族の要望、悩み、意見など気持ちを聴き取ったうえで、事業所としての対応を話し合い、職員全員が把握できるように努力している。   |      |                   |
| 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                  | 入所を希望する本人、家族との話し合いをもち、今の気持ち、本人が今、必要としているサービスを見極め利用方法を説明している。即入所出来ない場合の対処方法として、他施設の紹介やサービスの利用方法など説明している。     |      |                   |



| 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                       | 共に生活する者として協力し合える環境作りに努めている。悩みや気持ちを共有できるように利用者さんの性格、思いを把握しその方にあった声かけを行うよう配慮している。                                  |   |  |
| 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        | 家族の来訪時、本人の日頃の様子、気づきを伝え共に利用者さんを支える体勢作りをしている。緊急時には家族へすぐに連絡を行えるよう体制を整えている。施設行事への参加をさせていただくことで共に支えていることを実感していただいている。 |   |  |
| 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                    | 行きつけの美容院へ出掛けたり同窓会への参加の協力をしている。昔からの友人が気兼ねなく訪ねていただける雰囲気作りをしている。  | 入居者が行きつけの場所や友人、知人等に会いに出かけられるよう支援をされている。同窓会にはご家族同伴で参加して頂き、昔からのつながりを継続できるよう配慮されている。                         | 今後更に入居者の気持ち探しに努め、電話や手紙での連絡を取り持つなどの支援に期待する。 |
| 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利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | お茶、食事時には職員も同席し共通の会話をもつように努力している。できるだけ気の合う利用者さんとの会話が持てるよう環境作りをしている。また、共に生活している仲間としての意識、役割が引き出せるよう配慮している。          |   |  |
| 22                                 |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 他の事業者へ移られた方のところへ、利用者さんと共に馴染みの職員が遊びに行ったりして、本人の心身状態を把握し注意が必要な点について情報提供している。  |   |  |
| <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、本人の言葉、表情をから利用者さんの思いをセンター方式を活用し書き入れている。本人の思いを尊重しプランを作成している、思いが偏らないよう家族に確認したりカンファレンスで確認している。                   | 日常のケアの中より入居者の思いや意向の把握に努め、書式に書き入れ職員間で共有して支援に当たられている。なお把握に困難な入居者についてはご家族や関係者より情報を得て、本人本位の視点に立った話し合いが行われている。 |  |

| 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 |
| 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                                       | これまでの暮らし方を把握するよう努力している。家族の面会を密にし、一人ひとりの馴染みの暮らしとの差を最小限に止めるよう努めている。  |  |                   |
| 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   | 利用者さん一人ひとりの1日の過ごし方を身体機能に合わせたり、その人の性格、体調を観察しながら把握できるように努めている。ケア内容は個々の力が発揮できる環境づくりに心がけている。                                     |  |                   |
| 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 | 本人、家族の思いや意見を聞き、プランを立て3ヶ月に一度カンファレンスを行い実践に活かしている。また、本人、家族の要望や変化に応じて臨機応変に見直している。  | 日頃から入居者の状態や暮らしぶりを伝え、ご家族の関心や意見を引き出す取り組みをされており、入居者やご家族の意見が反映された介護計画が作成されている。定期的なプランの見直しと状態変化に合わせたプランの見直しも行われている。 |                   |
| 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                        | 個別記録に日々の様子、暮らしの様子等記録している。連絡ノートを活用し職員間で情報の共有をしているが実践に活かしていない部分もある。今後の課題である。   |  |                   |
| 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               | 個々の希望する日に買い物、美容院、体調を崩した時受診に同行するなど、柔軟に対応している。   |  |                   |
| 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                         | 防災訓練に地元の消防団、地域の住民、民生委員さんに参加していただき協力関係を築いている。美容ボランティアや、外出同行ボランティア、草取りの協力を得られている。地域の花見、文化祭、音楽文化ホールでのコンサート、三世代交流会などで気分転換を図っている。 |  |                   |

| 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   |
| 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                                  | 入所以前からのかかりつけ医を希望される方は家族の協力を得ながら継続している。また緊急の受診の際は職員が同行し、情報の提供や、指導を受けている。看護師とホーム協力医との連携により日頃の健康管理を行なっている。                     | 入居者、ご家族が希望されているかかりつけ医となっており、ご家族の協力を得て受診されている。その折には日頃の身体状況を記載した書面が手渡されている。ご家族に不都合が生じた際は職員による受診同行をされている。なお看護師とホーム協力医との連携と定期的な往診もあり入居者の日常健康管理体制が作成されている。 |   |
| 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                          | 看護職員を配置しており、日頃の健康管理や状態に応じた支援を行っている。協力医師との連携がとれていることにより、早めの対応ができ重度化の防止と入院を出来る限り最小限に抑え施設内のケアが続けられるよう支援している。                   |   |   |
| 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。 | 入院にあたり、病院関係者との連携を持ちながら情報交換をし、早めの退院に向けて、その後のケア、リハビリについて職員が学習する時間を作り準備を行いできるだけもとの生活に近づけるように心がけている。                            |   |   |
| 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  | 本人、家族の意思を確認した上で医療をどのように受けて行くのか、施設ができる可能なケアについて事前調査書に同意を得ている。終末期ケアにおいては家族にその都度十分に説明し、信頼関係の維持に努めている。身寄りのない方においては後見人制度を導入している。 | 入居者の重度化に向けた看取りの指針が作成されており早期から入居者、ご家族との話し合いを行い同意書が作成されている。関係者(医師、看護師、職員等)全員の意思統一が図られ、ホームで対応し得る最大の支援により入居者1名の最期を看取られたことを伺った。                            | ホーム職員の中には母体施設から移動された方もあり、看取り経験者が多数おられることを伺った。今後さらにチームの連携、職員の力量、諸条件等を備え、他の入居者への影響も踏まえた対応への取り組みに期待する。                       |
| 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  | 年に1回の救命救急の勉強会、対応可能なケアについての知識の共有を図っている。緊急時マニュアルは常に職員が閲覧できる場所に掲示してあり緊急時に備えている。  |   |   |
| 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回の避難訓練、防災訓練を地域の消防団や住民の参加協力を得ながら行っている。火災時の通報や手順、避難経路の確認を行った。災害の発生に備えて、食料、飲料水等の備蓄、浴槽へ水を溜めておくなどトイレの水の確保に努めている。               | 地区消防団や地域住民の参加、協力を得て年2回の避難訓練や防災訓練が行われている。防災訓練の手順が作成され、訓練後には反省、今後の課題等が話し合われ実践に取り組まれている。なお避難方法についても職員間で周知して安全確保に努められている。                                 | 災害対策に意欲を持って担当されている職員が居り、今後定期的(月1回)な避難訓練を行っていかれる旨を伺った。今後も更に様々な災害を想定して入居者の高齢化に伴う身体状況の低下に対応しうる非難誘導ができるよう、地域の方々の協力体制の構築に期待する。 |



| 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>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                   | 個人の尊厳を忘れず、本人の気持ちを大切に考えたケアを心がけている。援助が必要な時、さりげなく居室、トイレに誘導しプライバシーを確保するように心がけている。利用者の個人情報取り扱いについては守秘義務について理解し責任ある取り扱いと管理をしている。         | 日常的な寄り添いのケアの中で入居者一人ひとりに尊厳ある対応に配慮されている。ホームへの研修生や外来者等の訪問時にも入居者の居室への立ち入りに配慮をされる等入居者のプライバシーの確保に向けた支援がされている。 |                   |
| 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                     | 日常の場面ごとに一人ひとりに合わせた声掛けをし、本人の意向に添うように努力している。また意思表示が困難な方には表情や反応を観察し、些細なことでも本人の意思を尊重するよう心がけている。  |   |                   |
| 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 | 一人ひとりのペースを大切に、個別性のある支援を心がけている。その日の本人のコンディション、様子、希望を尋ねたり相談しながら散歩、買い物、外出したり、入浴、行事等に参加していただいている。本人のサインを読み取り、休息場面を作るなど個別に対応するよう心がけている。 |   |                   |
| 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                                  | 個々の生活習慣に合わせ、季節に合った服装をしていただけるように心がけている。自己決定がしにくい方には職員と一緒に考えて本人、家族の気持ちにそった支援を心がけている。ボランティアで散髪を行い希望があれば、パーマをかけに行くなどの支援を行っている。         |   |                   |
| 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     | ホームの畑で収穫した野菜を提供したり、季節ごとの旬な食材を取り入れている。時には希望の献立、手打ちそば、うどん、寿司の出勤、外食等バリエーションを考慮している。利用者さんとの食事の支度、片付けは1日の大切な活動のひとつになっている。               | ホームで収穫された旬の野菜等を利用して入居者と一緒に食事の支度から片付けまで行い、その中での役割や会話を楽しませている。職員と入居者が同じテーブルを囲んで楽しく食事ができる雰囲気づくりに配慮されている。   |                   |
| 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          | 体調と一日の食事摂取量を職員全員が把握できるよう記録を行い、不足している場合補助食品を取り入れて食べやすいものを工夫している。水分のすすまない方にはチェック表を用意し、色々なバリエーションを変えて水分摂取を勧め脱水にならないよう配慮している。          |   |                   |

| 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 |
| 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                      | 利用者の状態に合わせて、毎食後口腔ケアを行っている、磨き残しがないか確認、介助の必要な方の義歯洗浄を行っている。必要に応じて定期的な歯科受診、往診も行えるようになった。歌、発声によるリハビリも行っている。          |   |                   |
| 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       | 利用者さんの様子から敏感に察知し自尊心に配慮した支援を行っている。排泄パターンを把握し、トイレに誘導したり、紙パンツから布パンツにはき換えたり、パットの種類を検討するなど本人に合わせた支援をしている。            | 職員は入居者の排泄パターンやサインを把握されており、さり気ないトイレ誘導による排泄の自立支援が行われている。なお入居者の状態変化に伴う排泄方法を検討し、入居者一人ひとりに合った支援に向け配慮されている。   |                   |
| 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、豆乳もしくは野菜ジュースを提供したり毎食のお茶を勧めるなど水分補給に努めている。レベルに合わせた散歩、体操をおこなっている。排便の状態を観察しながら食事に気を使っている。                        |   |                   |
| 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 | 本人が入浴したいという気持ちを誘い出すような言葉かけをし、不安や羞恥心を感じさせないようにしている。入浴の希望がある際、一緒に時間を相談し入浴していただいている。本人の好きな音楽、歌をかけ、入浴を楽しめるよう配慮している。 | 入居者の希望に沿った入浴日や時間帯に入浴できるよう支援がされている。入居者の希望により毎日入浴の方もいることを伺った。入浴嫌いな入居者には職員と一緒に入浴して背中を流し合う等、不安や羞恥心を感じさせない入浴を楽しむことのできる支援に配慮されている。時には季節風呂(菖蒲湯、ゆず湯等)を用意して入浴を楽しめるよう支援されている。 |                   |
| 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                        | 一人ひとりの体調や表情、希望を考慮し休息がとれるよう支援している。不安の表出がある場合は温かい飲み物を提供したり、傍らに寄り添える時間をとるよう心がけている。                                 |   |                   |

| 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 |
| 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   | 一人ひとりが使用している薬の使用目的、用量を職員が理解して服薬の支援が行えるよう服薬情報を掲示してある。本人の状態、経過や変化を看護師に伝え医師に情報提供する等の連携もとれている。        |   |                   |
| 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  | 一人ひとりの得意分野を発揮してもらえるようお願いできそうな作業をお願いし、感謝の言葉を伝えるようにしている。歌、踊り、外出、季節ごとの行事等、楽しみ事を利用者さんと相談しながら決め、行っている。 |   |                   |
| 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                      | 季節ごとの外出を地域のボランティアをお願いし、行っている。美容院、買い物、ドライブ、夕食の希望を取り入れられるよう配慮している。                                  | 散歩、買い物、夕食、楽しみ事の外出や地域の行事参加等、積極的に外出支援が行われている。入居者の高齢化に伴う身体状況の低下により歩行困難が見られる方が増加しており、ボランティアやご家族の協力を得ての支援が行われていることを伺った。                        |                   |
| 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  | 外出時に買い物ができるよう、管理の出来る方には現金を手渡し支払いをしていただいている。   |   |                   |
| 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   | 本人用の携帯電話を持ち、常に家族、知人と連絡を取り合えるよう配慮している。また家族、知人から電話が入れば気軽に話ができるように配慮している。                            |   |                   |
| 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 | 玄関、居間に季節の花を飾ったり、季節に合わせた装飾を利用者さんと共に作成し、季節感を感じてもらえるよう配慮している。  | 木造建築の木の温もりが感じられる玄関や居間に飾られた花々や貼り絵の作品より季節感が得られると共に、居間と食堂が一体化しており調理場より漂う匂いより生活感が得られるよう工夫されている。廊下には入居者が制作した刺し子の作品や思い出写真が飾られ居心地よく過せるよう配慮されている。 |                   |

| 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 |
| 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             | リビングではレベルに応じた仲間や気の合う仲間が隣合わせになるなどの工夫をしている。                          |  |                   |
| 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 | 仏壇や以前から使われているタンス、人形、椅子、写真などが持ち込まれ、個々に合った居心地の良い空間が作れるよう家族から協力を得ている。 | 入居者が使用されていた馴染みのテーブルや椅子、手作り作品、仏壇、家族写真等が持ち込まれ、ホームの調度品を思い思いの形態に活用して過し居心地よく過ごせる居室作りに工夫されている。 |                   |
| 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    | 自立している利用者さんの転倒防止目的に部屋の安全性をさりげなく見極め整理出来るように配慮している。                  |  |                   |



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                      | 介護理念に基づいた具体的な介護目標を話し合いチームが一体となったケアの実践につなげるよう心がけている。  |      |                   |
| 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                      | 地域の老人会の花見、地区の文化祭の参加、納涼会への招待など、地域との交流が定着している。季節ごとに近所から野菜、花をいただいたり、ホームで収穫した野菜をおすそ分けするなどの交流がある。 |      |                   |
| 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                    | 地域の認知症勉強会に参加し、認知症サポーターとして地域にむけて啓蒙活動をしている。<br>人材育成の貢献として積極的に看護学生、介護学生などの実習やボランティアを受け入れている。    |      |                   |
| 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 | 2ヶ月毎に開催している、家族、利用者さんを含めた花見、納涼会による交流会など含め日常生活の様子を見ていただき、情報を交換したりアドバイス、提案をいただいている。             |      |                   |
| 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            | 毎月、市より相談員が訪問し利用者の生活の様子、要望を聴き取り情報を交換している。   |      |                   |

| 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 |
| 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 | 身体拘束や権利擁護に関する研修を受けている。日々のケア時、利用者の抑圧感を招いていないかを常に確認し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。                       |      |                   |
| 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        | 高齢者虐待防止法に関する研修に参加している。日々のケアをカンファレンスにて振り返り身体はもちろん、何気ない会話から虐待行為がないか、確認し防止に努めている。               |      |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 対応が必要な方に、成年後見制度を利用している。該当しそうな利用者さんの関係者に相談を持ちかける等の支援をしている。                                    |      |                   |
| 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、事業所のケアに関する考え方、取り組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行い不安や疑問点を尋ね理解、納得を頂いている。                       |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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                     | 家族の面会時や、運営推進委員会で利用者の生活の様子を伝え、意見、要望等を気楽に出してもらえぬ雰囲気づくりをし、出された意見を運営に反映させている。                    |      |                   |
| 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                                      | 必要に応じてミーティングを行い意見交換を行っている。年に一回個人面談を行い意見、要望、提案など出せるようにしている、また、希望時は、随時面談の時間を設けるなど、柔軟な対応をとっている。 |      |                   |

| 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 |
| 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      | 自己評価表を用いて研修、自己研鑽の努力など実績がわかるようにしている。管理者は運営者に対し、職員の個々の努力や実績、ケア状況など報告し、各自が向上心を持って働けるよう努力している。                  |      |                   |
| 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         | 法人内、外の研修に多くの職員が受講できるように計画している。研修報告は全職員が常に閲覧できるように配慮している。キャリアアップに向けた個人の自己研鑽がしやすいシートなども考慮している。                |      |                   |
| 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 | 市内のグループホームと共同で認知症、その他の勉強会に参加し、質の向上に励んでいる。同業者との連絡会が2か月に1回開かれ、互いの悩み、問題、制度に関する相談等交流を含めて話し合えるネットワークがある。         |      |                   |
| <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           | 事前面談で本人の生活状態を把握するように努めている。本人の求めている生活形態をなるべく維持出来るように本人、家族、ケアマネとの入念な情報交換、信頼関係を築き、入所後もできる限り安心した生活が送れるよう努力している。 |      |                   |
| 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                      | 家族の要望、悩み、意見など気持ちを聴き取ったうえで、事業所としての対応を話し合い、職員全員が把握できるように努力している。   |      |                   |
| 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                  | 入所を希望する本人、家族との話し合いをもち、今の気持ち、本人が今、必要としているサービスを見極め利用方法を説明している。即入所出来ない場合の対処方法として、他施設の紹介やサービスの利用方法など説明している。     |      |                   |

| 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                       | 共に生活する者として協力し合える環境作りに努めている。悩みや気持ちを共有できるように利用者さんの性格、思いを把握しその方にあった声かけを行うよう配慮している。                                 |      |                   |
| 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        | 家族の来訪時、本人の日頃の様子、気づきを伝え共に利用者さんを支える体勢作りをしている。緊急時には家族へすぐに連絡を行えるよう体制を整えている。施設行事への参加をしていただくことで共に支えていることを実感していただいている。 |      |                   |
| 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                    | 行きつけの美容院へ出掛けたり同窓会への参加の協力をしている。昔からの友人が気兼ね無く訪ねていただける雰囲気作りをしている。   |      |                   |
| 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                | お茶、食事時には職員も同席し共通の会話をもちょうように努力している。できるだけ気の合う利用者さんとの会話が持てるよう環境作りをしている。また、共に生活している仲間としての意識、役割が引き出せるよう配慮している。       |      |                   |
| 22                                 |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 他の事業者へ移られた方のところへ、利用者さんと共に馴染みの職員が遊びに行ったりして、本人の心身状態を把握し注意が必要な点について情報提供している。                                       |      |                   |
| <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、本人の言葉、表情をから利用者さんの思いをセンター方式を活用し書き入れている。本人の思いを尊重しプランを作成している、思いが偏らないよう家族に確認したりカンファレンスで確認している。                  |      |                   |



| 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 |
| 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                                       | これまでの暮らし方を把握するよう努力している。家族の面会を密にし、一人ひとりの馴染みの暮らしとの差を最小限に止めるよう努めている。  |      |                   |
| 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   | 利用者さん一人ひとりの1日の過ごし方を身体機能に合わせたり、その人の性格、体調を観察しながら把握できるように努めている。ケア内容は個々の力が発揮できる環境づくりに心がけている。                                     |      |                   |
| 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 | 本人、家族の思いや意見を聞き、プランを立て3ヶ月に一度カンファレンスを行い実践に活かしている。また、本人、家族の要望や変化に応じて臨機応変に見直している。  |      |                   |
| 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                        | 個別記録に日々の様子、暮らしの様子等記録している。連絡ノートを活用し職員間で情報の共有をしているが実践に活かせていない部分もある。今後の課題である。   |      |                   |
| 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               | 個々の希望する日に買い物、美容院、体調を崩した時受診に同行するなど、柔軟に対応している。   |      |                   |
| 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                         | 防災訓練に地元の消防団、地域の住民、民生委員さんに参加していただき協力関係を築いている。美容ボランティアや、外出同行ボランティア、草取りの協力を得られている。地域の花見、文化祭、音楽文化ホールでのコンサート、三世代交流会などで気分転換を図っている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                                 | 入所以前からのかかりつけ医を希望される方は家族の協力を得ながら継続している。また緊急の受診の際は職員が同行し、情報の提供や、指導を受けている。看護師とホーム協力医との連携により日頃の健康管理を行なっている。                     |      |                   |
| 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                          | 看護職員を配置しており、日頃の健康管理や状態に応じた支援を行っている。協力医師との連携がとれていることにより、早めの対応ができ重度化の防止と入院を出来る限り最小限に抑え施設内のケアが続けられるよう支援している。                   |      |                   |
| 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。 | 入院にあたり、病院関係者との連携を持ちながら情報交換をし、早めの退院に向けて、その後のケア、リハビリについて職員が学習する時間を作り準備を行っていくだけでもとの生活に近づけるように心がけている。                           |      |                   |
| 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  | 本人、家族の意思を確認した上で医療をどのように受けて行くのか、施設ができる可能なケアについて事前調査書に同意を得ている。終末期ケアにおいては家族にその都度十分に説明し、信頼関係の維持に努めている。身寄りのない方においては後見人制度を導入している。 |      |                   |
| 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  | 年に1回の救命救急の勉強会、対応可能なケアについての知識の共有を図っている。緊急時マニュアルは常に職員が閲覧できる場所に掲示してあり緊急時に備えている。  |      |                   |
| 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回の避難訓練、防災訓練を地域の消防団や住民の参加協力を得ながら行っている。火災時の通報や手順、避難経路の確認を行った。災害の発生に備えて、食料、飲料水等の備蓄、浴槽へ水を溜めておくなどトイレの水の確保に努めている。               |      |                   |

| 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 |
| <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                   | 個人の尊厳を忘れず、本人の気持ちを大切に考えたケアを心がけている。援助が必要な時、さりげなく居室、トイレに誘導しプライバシーを確保するように心がけている。利用者の個人情報の取り扱いについては守秘義務について理解し責任ある取り扱いと管理をしている。        |      |                   |
| 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                     | 日常の場面ごとに一人ひとりに合わせた声掛けをし、本人の意向に添うように努力している。また意思表示が困難な方には表情や反応を観察し、些細なことでも本人の意思を尊重するよう心がけている。  |      |                   |
| 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 | 一人ひとりのペースを大切に、個別性のある支援を心がけている。その日の本人のコンディション、様子、希望を尋ねたり相談しながら散歩、買い物、外出したり、入浴、行事等に参加していただいている。本人のサインを読み取り、休息場面を作るなど個別に対応するよう心がけている。 |      |                   |
| 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                                  | 個々の生活習慣に合わせ、季節に合った服装をしていただけるように心がけている。自己決定がしにくい方には職員と一緒に考えて本人、家族の気持ちにそった支援を心がけている。ボランティアで散髪を行い希望があれば、パーマをかけに行くなどの支援を行っている。         |      |                   |
| 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     | ホームの畑で収穫した野菜を提供したり、季節ごとの旬な食材を取り入れている。時には希望の献立、手打ちそば、うどん、寿司の出前、外食等バリエーションを考慮している。利用者さんとの食事の支度、片付けは1日の大切な活動のひとつになっている。               |      |                   |
| 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          | 体調と一日の食事摂取量を職員全員が把握できるよう記録を行い、不足している場合補助食品を取り入れて食べやすいものを工夫している。水分のすすまない方にはチェック表を用意し、色々なバリエーションを変えて水分摂取を勧め脱水にならないよう配慮している。          |      |                   |

| 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 |
| 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                 | 利用者の状態に合わせて、毎食後口腔ケアを行っている。磨き残しがないか確認、介助の必要な方の義歯洗浄を行っている。必要に応じて定期的な歯科受診、往診も行えるようになった。歌、発声によるリハビリも行っている。          |      |                   |
| 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  | 利用者さんの様子から敏感に察知し自尊心に配慮した支援を行っている。排泄パターンを把握し、トイレに誘導したり、紙パンツから布パンツにはき換えたり、パットの種類を検討するなど本人に合わせた支援をしている。            |      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                  | 毎日、豆乳もしくは野菜ジュースを提供したり毎食のお茶を勧めるなど水分補給に努めている。レベルに合わせた散歩、体操をおこなっている。排便の状態を観察しながら食事に気を使っている。                        |      |                   |
| 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 | 本人が入浴したいという気持ちを誘い出すような言葉かけをし、不安や羞恥心を感じさせないようにしている。入浴の希望がある際、一緒に時間を相談し入浴していただいている。本人の好きな音楽、歌をかけ、入浴を楽しめるよう配慮している。 |      |                   |
| 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                   | 一人ひとりの体調や表情、希望を考慮し休息がとれるよう支援している。不安の表出がある場合は温かい飲み物を提供したり、傍らに寄り添える時間をとるよう心がけている。                                 |      |                   |



| 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 |
| 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   | 一人ひとりが使用している薬の使用目的、用量を職員が理解して服薬の支援が行えるよう服薬情報を掲示してある。本人の状態、経過や変化を看護師に伝え医師に情報提供する等の連携もとれている。        |      |                   |
| 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  | 一人ひとりの得意分野を発揮してもらえるようお願いできそうな作業をお願いし、感謝の言葉を伝えるようにしている。歌、踊り、外出、季節ごとの行事等、楽しみ事を利用者さんと相談しながら決め、行っている。 |      |                   |
| 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                      | 季節ごとの外出を地域のボランティアをお願いし、行っている。美容院、買い物、ドライブ、外食の希望を取り入れられるよう配慮している。                                  |      |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 外出時に買い物が出来るよう、管理の出来る方には現金を手渡し支払いをしていたいっている。   |      |                   |
| 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   | 本人用の携帯電話を持ち、常に家族、知人と連絡を取り合えるよう配慮している。また家族、知人から電話が入れば気楽に話ができるように配慮している。                            |      |                   |
| 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 | 玄関、居間に季節の花を飾ったり、季節に合わせた装飾を利用者さんと共に作成し、季節感を感じてもらえるよう配慮している。  |      |                   |

| 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 |
| 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             | リビングではレベルに応じた仲間や気の合う仲間が隣合わせになるなどの工夫をしている。                          |      |                   |
| 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 | 仏壇や以前から使われているタンス、人形、椅子、写真などが持ち込まれ、個々に合った居心地の良い空間が作れるよう家族から協力を得ている。 |      |                   |
| 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    | 自立している利用者さんの転倒防止目的に部屋の安全性をさりげなく見極め整理出来るように配慮している。                  |      |                   |

## 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        | 35   | 災害対策<br>月に一回防災の日を定めているが内容的に乏しい。いざという時、行動に移せるような知、準備をしていきたい。 | ・いつ起こるかわからない災害に備えしっかりした防災対策知識で利用者さんの命を守ろう。 | ・月一回防災の日を定め、内容は防災係が中心となり、計画をたてそれを基に日常の火気管理・設備の適切な維持をしていくと共にスタッフが防災知識を身につける。<br>・普段から地域住民との交流を図っていく。 | 12ヶ月       |
| 2        |      |   |  |   |            |
| 3        |      |   |  |   |            |
| 4        |      |   |  |   |            |
| 5        |      |   |  |   |            |

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。