

# 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   | 4390100909              |            |             |
| 法人名     | 株式会社 かいごのみらい            |            |             |
| 事業所名    | グループホーム おやまの郷 (きずな)ユニット |            |             |
| 所在地     | 熊本県熊本市小山5丁目1番82号        |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成23年8月31日              | 評価結果市町村受理日 | 平成23年10月31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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</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 あすなる福祉サービス評価機構 |
| 所在地   | 熊本市南熊本三丁目13-12-205       |
| 訪問調査日 | 平成23年9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)】

平成22年10月に開設しまだまだ新しい事業所です。『共に歩むご縁を大切に安心して家庭的な空間作りに努めます』『ひとりひとりのその人らしい生活、想いを大切に支援します』『ご利用者・ご家族・地域・職員の和を大切にします』の3つを理念に掲げ、ご利用者が共に生活してゆく中で「ここに来て良かった。あなたに会えて良かった。」と感じて頂けるような介助。ご利用者の一瞬一瞬を大切に対応させて頂きたいと考えております。ご利用者個々の個性を受け入れ生活の中で役割をもって頂き必要とされる存在、生きがい作りに努め認知症への理解をもった明るい事業所を目指しており、レクリエーション活動、体操、行事活動も活発に行っています。また、職員の和がご利用者、ご家族、地域の皆様方へと広がり大輪の和になるよう事業所内の小さな気付きから地域の皆様への大きな貢献を目標にしております。

## 【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)】

開設1年を迎えるホームは住宅地の静かな環境の中にある。開設前から職員教育を徹底し、毎月計画を立てレベルアップを図り、職務分担としながらも職員同士の意思疎通も良く、業務チェックシートを活用しながら現状に満足することなくハード・ソフト両面からサービス向上に取り組んでいる。室内は入居者作品や家族・職員の思いが見事に生かされていることは、個々の居室入り口の掲示物に表出しており、“和”を中心として作り上げた理念の実践であることが確認できる。この1年、職員の持つ人脈・運営推進会議・地域資源を生かしながら基盤作りにまい進されており、定期的なボランティア(尺八・舞踊・書道や押し花教室等)との交流が入居者の穏やかな日常生活にメリハリとなり、生きる喜びを与えている。職員の専門性を生かした認知症ケア啓発への取り組みは地域からの期待も大きく、今後の取り組みに大いに期待されるホームである。

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当する項目に○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くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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    |    |   |                       |   |

### 自己評価および外部評価結果

| 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                      | 地域を意識した理念を掲げ毎日、朝礼後出勤職員にて唱和し共有に努めている。また、理念を判断基準・原点として考えている。                                 | 地域密着型として“和”を視点とした3項目の理念を開設時に全職員で検討を重ね作成している。玄関や共有空間の掲示により職員への意識付けや訪問者への啓発とし、朝礼時の唱和により共有化を図っている。管理者は理念に即したケアに取り組むこと、またケアの規範であることを日常的に指導しており、入居者一人ひとりのその人らしい生活の支援と地域への啓発に取り組んでいる。        |  |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                      | 運営推進会議にて地域の行事把握に努め出来る限り参加していけるようしている。また、地域住民様の生涯学習の発表の場や保育園児・小学生が気軽に立ち寄れる場としてのご利用者との交流もある。 | 運営推進会議を通じて地域情報を把握し、ホーム側も“おやまの郷新聞”を回覧したり、行事チラシの配布等により交流促進としている。オカリナ・尺八・日本舞踊等生涯学習の発表の場としての訪問や書道・押し花等のボランティアの定期的な訪問、専門学校の学園祭に参加したり、保育園児・小学生等世代間交流に取り組んでいる。職員の持つ専門性を発揮し、認知症ケア啓発に取り組む構想もある。 |  |
| 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                    | 自治会、老人会を通しての相談受付の実施。今後は、認知症サポーターの育成をはじめ、職員による講習会を計画している。                                   | /  | /  |
| 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 | 運営推進会議は2カ月に1度定期的に行っており、構成員様からの意見・アイデア・助言等頂いている。地域への認知症の普及・啓発、広報活動、マニュアル作りに活用している。          | 開設1ヶ月後より隔月第3木曜日に開催する運営推進会議は、ホーム及び入居者の状況説明のほか、質疑応答が行われている。離設対応での適切な助言が検索連携マニュアルとなり、防災対応や地域での生活拡充につなげる等地域委員・有識者・包括支援センター等との有意義な会議としてサービス向上に反映させている。また、ホーム情報を地域に伝える役割りも果たしている。            | 会議の構成メンバーは充分であり、議事録からも透明性ある運営体制であることが確認された。ご家族は輪番で1名であり、全家族に情報を公開されることが望まれる。参加の無い家族への伝達方法、(例えば議事録の送付や検討されている家族会を発足しその中で開示する等)情報の共有化に期待される。 |

| 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   |
| 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                  | 介護相談員の受け入れや各種の相談・報告をおこなっている。事務連絡書や事故報告書など提出にて協力関係を築いている。                                     | 法人代表が行政へ出向き、日頃から協力体制を築いている。又、管理者は事故報告や医療行為について相談する等行政へ出向いたり、FAXを通じ連絡を密に、包括支援センターとの連携や介護相談員の情報をもとにサービス向上につなげている。                        |   |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束禁止を掲げ、研修や勉強会を行い意識統一。センサーを玄関に設置しているが機械に頼らず出入り口に確認できる職員配置や、地域の方の理解もあり離設者がおられれば協力があり助かっている。 | “身体拘束廃止宣言”を掲げ、年間研修計画のもと、身体・言葉による拘束に関する研修を行い、拘束ゼロを共通認識としてケアに当たっている。離設問題により、所在確認の徹底や運営推進会議を通じて近隣住民の見守り協力体制を強化し、玄関のガラスを代える等ハード面からも強化している。 | 玄関等開放的なホームは道路に面するという現状に、運営推進会議の中で繰り返し話し合い、マニュアルが作成されている。今後も職員一人ひとりが観察力を高め、気づきを生かしたケアや、勤務体制によりどのような見守りが必要か等話し合っていたきたい。 |
| 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       | 研修や勉強会にて高齢者虐待についての理解に努め職員のストレスケアやご家族の困っておられる事等を把握し虐待防止、早期発見に努めている。                           |  |   |
| 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   | 制度についての理解は乏しく、今後制度利用されるご利用者やご家族の為、研修への参加や学びの場を作っていきたい。                                       |  |   |
| 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                        | 契約時や改定説明の際は、一つひとつ説明を行い質問・不安を聞き、納得を頂いた上で手続きを進め柔軟な対応がとれるよう選択形式の同意書等作成しており個別的な配慮をしている。          |  |   |

| 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   |
| 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                     | 個別のカンファレンスの場や運営推進会議へは必ずご家族も交代制で出席して頂いたり、意見箱の設置や介護相談員の受け入れにより意見・要望を求めている。又、家族会発足の計画もある。        | 日々入居者とのコミュニケーションに心がけ、寄りそいのケアにより、気兼ねなく申し出られており、行事等に反映させている。運営推進会議やカンファレンス等問題提起の場として生かされ、新聞に意見箱を設置したことを記載し周知を図っている。ホーム内外の苦情相談窓口を明確にし、契約時説明している。   | “おやまの郷新聞”は家族への情報提供として活かされており、今後もホームページを活用した入居者の日常生活の発信により家族への安心感につなげていただきたい。また、家族会も計画されており、発足にご尽力いただきたい。家族同士の交流の場、悩み相談の場として、又意見や要望の収集の場として大いに期待される。 |
| 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                                      | 現場業務を共に行い、要望を取り入れ必要物品の購入を行ったり、意見を取り入れ反映させるよう努めている。意見箱や月一回の全体会議、和やかな雰囲気の中で意見が聞けるよう食事会を行う予定もある。 | 管理者は日々ケアに入り、職員とのコミュニケーションに努めている。職員の役割と職務分担を明確にし、全体会議で業務チェックシートを活用し、日々の意見や要望を全員で検討している。脱衣所ですり、入浴用具の検討等観察力が生かされ、具体的な改善を図っている。職員の意向調査により決定した勤務形態や希望休採用等働きやすい職場環境としており、職員の意見を直接本社に申し出ることも検討されている。 |   |
| 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      | 個々人の努力や成果が対価報酬として給与や賞与に反映できる様、職場環境の整備に努めている。  |   |   |
| 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         | 認知症介護実践者研修やリーダー研修は受講対象者へ積極的な参加を促している。内部研修は、年間計画に基づく定期的な勉強会をはじめ、同一法人によるグループホーム間の交流勉強会を実施している。  |   |   |
| 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 | 県のグループホーム連絡会の研修会等に参加し同事業者の普段の活動や取り組みを学び自所のサービス向上に生かしている。                                      |   |   |

| 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 |
| <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 | ご利用者の希望、要望等初期の段階で不安心配につながらないように耳を傾け安心して生活して頂けるよう、本人様との信頼関係づくりに努めている。                            |  |                   |
| 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            | 本人様との思いの違いや困っている事、不安、体験等を傾聴し、初期の段階では面会や外出を増やして頂けるよう促し、ご家族ともじっくり話し、ご家族の身になった対応ができるよう情報の交換に努めている。 |  |                   |
| 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        | 入所時に関係のある事業所、主治医、ご家族から情報を取り入れ担当者会議、カンファレンス等に手職員にて話し合い安心と納得のいく支援ができるよう協力医等含め取り組んでいる。             |  |                   |
| 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                        | 本人様の出来る事を生活の中で見出し、調理・洗濯・掃除にて役割を持ってもらうよう努めている。又、過剰な介護をしないように職員間での意識の統一を行っている。                    |  |                   |
| 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         | ご家族との連絡、情報交換を密に行い家族の出来る範囲での協力の大切さを伝えながらご家族と本人様の今までの個々の距離感を考え保ちながら支援を行っている。                      |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 馴染みの美容室の利用や地域の方との交流、今までの主治医の利用を継続し、関係の消失が無いよう支援している。又、お墓参りや外出行事等でも見慣れた風景を通って行く等配慮している。          | 入居者との会話の中で情報を把握し、これまで培ってきた人・場所等との関係性の継続に取り組んでいる。墓参りや馴染みの美容室、かかりつけ医、選挙の投票に出かけたり、外出の際にはなじみの道を通る等家族の協力も得ながら支援している。ボランティアや保育園児・小学生との交流、こしは飾り馬も訪問もあり、慣習や社会性も途切れないよう努めている。 |                   |



| 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 |
| 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                | 日々関係を把握した上ご利用者同士のコミュニケーション、レクリエーション、行事、作業等企画し、ご利用者の間に職員が入りながら支援している。更なる関係づくりを心掛け孤立状態にならないよう努めている。  |   |                   |
| 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 | 亡くなられた方、退去された方は現時点でおられないが、入院の際は、家族・病院との情報交換を密にし関係の継続や不安解消へ努めている。                                   |   |                   |
| <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                        | 日々のご利用者との会話や要望の中、思いや気持ちを把握し、出来るだけ意向に添えるよう努めている。ご利用者ごとに担当の職員を決め、出来るだけ細かい部分まで拾い上げカンファレンスにて話合っている。    | アセスメントで得た情報をもとに、一人ひとりに向き合い、会話の中で思いを引き出し真意を探りながら、「今出来る事をできるだけ支援したい」との思いを持ってケアに取り組んでいる。会話の中で把握した情報を担当職員が家族に相談し、本人の希望や思いをプランに反映させ実践している。 |                   |
| 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                    | サービス利用開始時にご本人やご家族、ケアマネージャーや他施設の関係者より情報を得て全体像の把握に努めている。又、入居後にわかった事に関しては会議録等にまとめ職員で情報の共有ができるようにしている。 |   |                   |
| 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                                  | ご利用者の顔色や言動、経過記録、申し送り、申し送りノートの確認で一人ひとりの生活パターンや変化を確認し、現状に合った支援ができるよう統一したケアに取り組んでいる。                  |   |                   |

| 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 |
| 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 | ご本人やご家族の思いを確認し取り入れに努めている。毎月カンファレンスを開催し、担当職員の考えやセンター方式を参考に作成した書式で担当職員以外の気づきも取り入れチームプラン作成している。 | 本人・家族の要望・思いを把握し、介護計画担当者が暫定プランを立て、家族の同意によりプランを策定している。毎月のカンファレンスで職員の気づきや観察結果等を話し、変更の必要性を見極め追記したり、担当者会議には家族・ケアマネジャー・ケアスタッフ等で総合的に検討し、個々のニーズに応じた課題を詳細に挙げた援助内容を作成している。管理者はモニタリングへの職員のかかわりを増やすことでプランへの認識力も高めると研修を行っている。 |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 介護計画記録や支援記録の記入を行い介護計画の期間に応じて1カ月毎に評価している。評価表は常に職員で確認できるようにし、共有に努めている。                         |  |                   |
| 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               | 医療連携機関からの定期的な往診や要望に応じての歯科往診等連携体制をお一人お一人に合わせて支援している。又、個別の外出支援を行っている。                          |  |                   |
| 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                         | 民生員や自治会、包括支援センターより運営推進会議に構成員として連携し、ボランティアの協力、地域の理美容室の利用や地域の消防署講義やシルバーネットの活用等各機関との連携を図っている。   |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                    | 状態に応じご家族の希望・同意を得て専門医の受診支援を行っている。又、協力医が主治医の方は週一回の往診があり、ご家族へ状態報告を行っている。                        | 入居時に協力医療機関があることを説明し、これまでのかかりつけ医での受診で良いことも伝えている。緊急時や受診対応の点から現在は家族の希望により全員が協力医療機関をかかりつけ医とし、週一回の往診が行われ家族へ結果を報告している。専門分野の受診については家族による対応とし、毎日のバイタルは記録に残し、職員間で情報を共有しながら異状の早期発見に努めている。                                  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                          | ご利用者の情報は各ご利用者担当を中心に口頭、申し送りノート、電話等にて看護師と連携をとりご家族を含め適切な受診・看護が出来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。 | 入院先の相談員や医師と情報交換等連携をとり退院後も情報交換・相談の継続をもって本人様が不安のないよう連携を図っている。又、協力病院の相談員の方には運営推進会議の構成員として日頃から事業所の様子を把握して頂いている。 |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居時にかかりつけの医療機関や緊急時の搬送先、対応等ご家族の希望を事前に聞き、終末期において事業所側の出来る事、方針をご利用者、ご家族へも提示し円滑な対応が出来るよう連携を図っている。                | 契約時に緊急時の対応等について、家族の希望を確認し、ホームの指針をもとに重度化や終末期についてホームに出来る事、出来ない事などを説明している。今後も本人・家族との信頼関係を深め、思いを共有し、重度化に向け話し合いを繰り返す意向である。                             |                   |
| 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  | AEDや心肺蘇生法の訓練を実施しており、往診に合わせて出来るだけ介護職員も見学、質問し、本人様の状態と緊急時に備える体制づくりを職員全員で日頃から行っている。                             |   |                   |
| 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  | 避難訓練での地域の理解・協力・相談は行っており、年2回避難訓練を行っているが夜間想定や地震・風水害の訓練が出来ていない為、今後計画していきたい。                                    | 開設前に自主訓練を行い、職員の防災意識向上を図り、今年度4月に総合訓練を実施している。消防署員にホーム内の状況を見てもらいアドバイスを受けてたり、備蓄も準備し有事に備えている。今後は夜間想定訓練や地域との協力体制の確立、及び作成している地震・風水害についても研修や訓練を実施する意向である。 |                   |



| 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>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                   | 認知症方への対応で受容の姿勢と否定をしない声掛けを気掛け、個々の部屋の出入りでも声掛けノックや排泄等は本人様にだけ分かるよう声掛けをしている。注意事項は申し送りノートにて情報を共有している。 | 入居者の話をゆっくりと聞き対応するなど、尊厳に配慮した支援を心掛けている。希望に応じ同性介助による入浴支援や入室時のノック声かけなども確認された。職員の入職時に守秘義務についての確認を行い、家族からも個人情報利用の同意書・面会時もプライバシーに配慮した面会用紙を準備している。重要書類は事務所内で施錠による保管を行い、日常の書類についても、来訪者から見えないようホールカウンター内に置かれている。 | 今後も何気ない入居者への語りかけや対応について、事例や職員の気づきを通した研修会の開催が期待される。又、排泄用品の収納方法について検討いただきたい。                      |
| 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                     | 日常のレクリエーション等にて個々の発言の場を設け、好みや自己決定を問いかけておりコミュニケーションの中でも自己決定の出来るような声掛けや時間をかけて希望や訴えを確認するようにしている。    |  |   |
| 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 | 食事、入浴、レクリエーション等本人様の体調や気分に合わせて日常生活のリズムを崩さないよう考慮し、個別カンファレンスにて職員共有した情報や柔軟な対応が出来るよう支援している。          |  |   |
| 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                                  | 外出時には本人様持ちの日焼け止クリームや化粧品、帽子等お洒落や自己選択が出来るよう支援している。又、マニキュアや身だしなみのレクリエーションを取り入れたり、起床時の整容等の支援も行っている。 |  |   |
| 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     | 日常より嗜好希望を聞き食事の下ごしらえ・調理・配膳・下膳・片付けまで出来る範囲で手伝って頂いている。食前に献立紹介、口腔体操や事前に献立を掲示し、職員も一緒に会話しながら食べてる。      | 3名の調理担当者が行事食や入居者の希望を聞きながら献立を作成している。食材の殆どは業者からの配達であるが、入居者も職員と一緒に食材購入に出かけたり、テーブル拭きや下膳・茶碗洗いなど出来る事を行っている。味や量の確認を兼ね各ユニット1名の職員が入居者と同じ食事を一緒に食している。  | 見守りや介助の必要なユニット以外でも、テーブルに出来るだけ多くの職員が同席する事で、会話も弾み楽しい食事に繋がっていくと思われる。入居者と職員と一緒に食事を摂る支援について検討いただきたい。 |

| 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 |
| 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         | 摂取量について毎日記録を残し、体調や状態に応じ食事提供形態も考慮している。定時の水分補給やポットやキーパーにて自由に摂取出来る体制をとり、摂取少ない方は好みの飲み物にて対応している。       |   |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、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                  | 食後の歯磨きの声掛けや協力歯科より往診時等にて個々に合わせた口腔ケアの指示をもらいケアしている。口腔内の苔や口臭が改善の実績もあり、常に異常が無い様子観察を行っている。              |   |                   |
| 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  | 排泄確認表を活用し個々の排泄パターンを把握。時間をみて排泄誘導。状態変化にてカンファレンス後、自立支援を念頭に本人様に適した排泄を考えている。布パンツへの変更にて自立支援の実績もある。      | 排泄記録によりパターンを把握し、声かけや誘導、自立の方の見守りなど個々に応じた排泄を支援している。状態に応じた排泄用品や、使用しやすいトイレの場所、絵(ペット等)の掲示によりトイレでの排泄支援に繋げる等、個々の入居者に合った支援を職員間で検討している。夜間使用したポータブルトイレは日光消毒を行い清潔を心がけ、気持ち良い排泄支援に繋げている。         |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                  | 排泄チェック表を使って個々の排泄パターン、状況把握に努め飲み物の質や量、体操や食事での食物繊維を多く含んだものや薬の助けにて無理のないよう支援し、排泄時にも必要に応じ排泄しやすい配慮をしている。 |   |                   |
| 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 | 毎日のご利用者全員の入浴が困難な為、入浴確認表を活用し、本人様の希望や状態に合わせて声掛けや支援を行っている。また、気分転換の為に入浴剤等活用している。                      | 基本的には週三・四回、午後からの入浴支援であるが、希望に応じた毎日の入浴、午前や夜間(七時過ぎ)の入浴へも対応している。又、温泉施設利用や夏場のシャワー浴、季節風呂(菖蒲・ゆず)や入浴剤を使用したり、温・湿時計の設置、浴室・脱衣所の整頓等寛げる入浴環境となっている。拒否の方へは声かけの工夫や対応の職員が交替して声をかけたり、面会の家族からも協力を得ている。 |                   |

| 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 |
| 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   | 状態に応じて日中の臥床休憩の声掛けや就寝援助も本人様の気分、状態に合わせ、生活のリズムに配慮しながら行っている。  |  |                   |
| 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  | 誤薬の無いようマニュアルを活用している。ご利用者全員の処方薬を職員全員が理解出来かねている。処方変更時には、経過を記録に残し、医師と情報交換を行い、治療、服薬調整に努めている。            |  |                   |
| 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                             | 個々の生活歴、や趣味等から継続して出来る事を無理のないように支援している。また、現実に叶えられる夢への手助けや、日常生活での役割を生活の中で自然的に担って頂いている。                 |  |                   |
| 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 | ご利用者の外出の希望を傾聴し、可能な範囲での御家族への協力依頼や外出希望の少ない方も行事等で外出の機会を増やしているが職員や御家族の協力の範囲に限られ、今後地域ボランティアも協力を計画していきたい。 | 閑静な住宅街の中にあり、ホーム周辺や近隣公園への散歩をはじめ、庭先・デッキでの外気浴を日常的に楽しんでいる。又、ドライブを兼ね花見や併設事業所(グループホーム)を訪問し交流したり、同運営の温泉施設利用に出かけるなど法人機能を活かした外出支援の様子が広報誌や聞き取りにより確認された。ホームセンターやファミリーレストランなど希望に応じた個別対応や、家族の協力による外出、案内を受けた地域行事へ出かけている。 |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                             | 金銭管理の可能な方は本人様に管理して頂いている。管理の出来ない方には規定を御家族に同意後事業所にて預り、本人様の状態、希望に応じて買い物での支援を行っている。                     |  |                   |

| 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  |
| 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   | ご利用者の、要望にて電話相手先を配慮しながらいつでも電話の出来る環境を整えている。又、手紙についても本人様が楽しんで頂けるようプライバシーに配慮し、個別に支援している。         |  |  |
| 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 | 整理整頓を常時心がけリビングから家庭菜園や中庭季節の花木が見えるよう配慮し室内でも不快な臭い防止の為アロマオイルや掲示物への配慮に努めている。                      | 台所を中心として左右に設けられた2ユニットは、リビングや洗面台等入居者も一緒に掃除を行い、手入れが行き届いた清潔な空間である。ホーム内に掲示された押し花教室での入居者の作品は季節感に溢れ、安らぎを与えている。リビングや廊下に設置されたソファやイスで庭を眺めたり、テレビ視聴や新聞の閲覧など自由に過ごす環境である。                           | 手入れの行き届いた共用空間に、季節の草花を飾る事でより和やかな季節感のある空間に繋がっていくと思われる。居室入口の表札は大きさやデザインからも個々の掲示板としても活用できる。今後も入居者の新作(ぬり絵・書道など)の掲示や家族の協力・職員のアイディアを活かした取り組みに期待したい。 |
| 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  | 共用空間でのソファやベンチ、椅子の設置をしており、気の合った方同士のお茶の時間や新聞をゆっくり読めるよう配慮している。                                  |  |  |
| 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  | 週1回以上のリネン交換や生活の中で本人様の馴染みの物を持参して頂き身体状況等に応じて居室の備品配置変えを行っている。居室表札に本人様や御家族の思い思いの飾り付けや工夫をして頂いている。 | 空気清浄機や収納庫が設置された居室には、テレビや鏡台、受賞トロフィーなど馴染みや思い出の詰まった品々が家族の協力により持ち込まれている。静かな環境の中、どの居室からも庭の木々や芝の緑が眺められ、入口の表札には入居者や家族の作品(油絵・書など)が掲示され、それぞれ思いの詰まった和やかな空間である。職員は換気や掃除、ADLに応じ安全で居心地の良い居室を支援している。 |  |
| 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   | 危険物の排除や整理整頓を行い、本人様の性格や状態を十分に理解した上で自立で出来ることを増やせるよう努めている。                                      |  |  |

### 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   | 4390100909              |            |             |
| 法人名     | 株式会社 かいごのみらい            |            |             |
| 事業所名    | グループホーム おやまの郷 (なごみ)ユニット |            |             |
| 所在地     | 熊本県熊本市小山5丁目1番82号        |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成23年8月31日              | 評価結果市町村受理日 | 平成23年10月31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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</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 あすなろ福祉サービス評価機構 |  |  |
| 所在地   | 熊本市南熊本三丁目13-12-205       |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年9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)】

平成22年10月に開設しまだまだ新しい事業所です。『共に歩むご縁を大切に安心して家庭的な空間作りを努めます』『ひとりひとりのその人らしい生活、想いを大切に支援します』『ご利用者・ご家族・地域・職員の和を大切にします』の3つを理念に掲げ、ご利用者が共に生活してゆく中で「ここに来て良かった。あなたに会えて良かった。」と感じて頂けるような介助。ご利用者の一瞬一瞬を大切に対応させて頂きたいと考えております。レクリエーション活動の充実、毎月の行事をご利用者のご意見を元に作り上げ、ゆったり落ち着いた雰囲気でご過ごして頂いております。

【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)】

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<br>3. 利用者の1/3くらい<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、生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

| 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                            | 地域を意識した理念を掲げ毎日、朝礼後出勤職員にて唱和し共有に努めている。また、理念を判断基準・原点として考えている。                                    |      |                   |
| 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                            | 運営推進会議にて地域の行事把握に努め出来る限り参加していけるようしている。また、地域住民様の生涯学習の発表の場や保育園児・小学生が気軽に立ち寄れる場としてのご利用者との交流もある。    |      |                   |
| 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                          | 自治会、老人会を通しての相談受付の実施。今後は、認知症サポーターの育成をはじめ、職員による講習会を計画している。                                      |      |                   |
| 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       | 運営推進会議は2カ月に1度定期的に行っており、構成員様からの意見・アイデア・助言等頂いている。地域への認知症の普及・啓発、広報活動、マニュアル作りに活用している。             |      |                   |
| 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                 | 介護相談員の受け入れや各種の相談・報告をおこなっている。事務連絡書や事故報告書など提出にて協力関係を築いている。                                      |      |                   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束禁止を掲げ、研修や勉強会を行い意識統一。センサーを玄関に設置しているが機械に頼らず出入り口に確認できる職員配置や、地域の方の理解もあり離設者がおられれば協力があって助かっている。 |      |                   |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止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       | 研修や勉強会にて高齢者虐待についての理解に努め職員のストレスケアやご家族の困っておられる事等を把握し虐待防止、早期発見に努めている。                            |      |                   |



| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|-----|--|---|------|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 制度についての理解は乏しく、今後制度利用されるご利用者やご家族の為、研修への参加や学びの場を作っていきたい。  |      |                   |
| 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                         | 契約時や改定説明の際は、一つひとつ説明を行い質問・不安を聞き、納得を頂いた上で手続きを進め柔軟な対応がとれるよう選択形式の同意書等作成しており個別的な配慮をしている。           |      |                   |
| 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                     | 個別のカンファレンスの場や運営推進会議へは必ずご家族も交代制で出席して頂いたり、意見箱の設置や介護相談員の受け入れにより意見・要望を求めている。又、家族会発足の計画もある。        |      |                   |
| 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                                      | 現場業務を共に行い、要望を取り入れ必要物品の購入を行ったり、意見を取り入れ反映させるよう努めている。意見箱や月一回の全体会議、和やかな雰囲気の中で意見が聞けるよう食事会を行う予定もある。 |      |                   |
| 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      | 個々人の努力や成果が対価報酬として給与や賞与に反映できる様、職場環境の整備に努めている。  |      |                   |
| 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         | 認知症介護実践者研修やリーダー研修は受講対象者へ積極的な参加を促している。内部研修は、年間計画に基づく定期的な勉強会をはじめ、同一法人によるグループホーム間の交流勉強会を実施している。  |      |                   |
| 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 | 県のグループホーム連絡会の研修会等に参加し同事業者の普段の活動や取り組みを学び自所のサービス向上に生かしている。                                      |      |                   |

| 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 |
| <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 | ご利用者の希望、要望等初期の段階で不安心配につながらないように耳を傾け安心して生活して頂けるよう、本人様との信頼関係づくりに努めている。                              |      |                   |
| 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            | 本人様との思いの違いや困っている事、不安、体験等を傾聴し、初期の段階では面会や外出を増やして頂けるよう促し、ご家族ともじっくり話し、ご家族の身になった対応ができるよう情報の交換に努めている。   |      |                   |
| 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        | 入所時に関係のある事業所、主治医、ご家族から情報を取り入れ担当者会議、カンファレンス等に手職員にて話し合い安心と納得のいく支援ができるよう協力医等含め取り組んでいる。               |      |                   |
| 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                        | 本人様の出来る事を生活の中で見出し、調理・洗濯・掃除にて役割を持ってもらうよう努めている。又、過剰な介護をしないように職員間での意識の統一を行っている。                      |      |                   |
| 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         | ご家族との連絡、情報交換を密に行い家族の出来る範囲での協力の大切さを伝えながらご家族と本人様の今までの個々の距離感を考え保ちながら支援を行っている。                        |      |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 馴染みの美容室の利用や地域の方との交流、今までの主治医の利用を継続し、関係の消失が無いよう支援している。又、お墓参りや外出行事等でも見慣れた風景を通って行く等配慮している。            |      |                   |
| 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                 | 日々関係を把握した上ご利用者同士のコミュニケーション、レクリエーション、行事、作業等企画し、ご利用者の間に職員が入りながら支援している。更なる関係づくりを心掛け孤立状態にならないよう努めている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                    | 亡くなられた方、退去された方は現時点でおられないが、入院の際は、家族・病院との情報交換を密にし関係の継続に努めている。                        |      |                   |
| <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   | ひとりひとりの思いを尊重し日頃の会話や行動の中で本人のやりたい事を察知したり確認しプラン作成、ケアに繋げているが充実ではない。                    |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入居時のアセスメントでは不十分な為、入居後も本人・家族に話を聞いたりしながらスタッフ間で情報の共有に努めている。                           |      |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 経過記録、申し送り、申し送りノートの確認で日々の変化を確認しスタッフが共通の認識を持つことに努めケアに取り組んでいる。                        |      |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 毎月ミニカンファレンスを開催し、スタッフ間で状態把握に努め、又、センター方式を参考に作成した書式で担当者以外の気付きも取り入れながらチームプランを作成に努めている。 |      |                   |
| 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                        | 日々の様子や経過、気付きなどは毎日経過記録に記入し、情報共有の必要な所は申し送りノートを活用し共有している。                             |      |                   |
| 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               | 協力医療機関より週1回の往診を受けている。利用者の状態の応じて歯科往診も頂いている。   |      |                   |

| 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                                      | 地域の美容室、訪問理美容の利用、地域のボランティア慰問による交流を行っている。また、地域の消防署による救急救命法の講義を受けるなど行っている。                                     |      |                   |
| 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                                  | 状態に応じご家族の希望・同意を得て専門医の受診支援を行っている。又、協力医が主治医の方は週一回の往診があり、ご家族へ状態報告を行っている。                                       |      |                   |
| 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                          | ご利用者の情報は各ご利用者担当を中心に口頭、申し送りノート、電話等にて看護師と連携をとりご家族を含め適切な受診・看護が出来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。 | 入院先の相談員や医師と情報交換等連携をとり退院後も情報交換・相談の継続をもって本人様が不安のないよう連携を図っている。又、協力病院の相談員の方には運営推進会議の構成員として日頃から事業所の様子を把握して頂いている。 |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居時にかかりつけの医療機関や緊急時の搬送先、対応等ご家族の希望を事前に聞き、終末期において事業所側の出来る事、方針をご利用者、ご家族へも提示し円滑な対応が出来るよう連携を図っている。                |      |                   |
| 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  | AEDや心肺蘇生法の訓練を実施しており、往診に合わせて出来るだけ介護職員も見学、質問し、本人様の状態と緊急時に備える体制づくりを職員全員で日頃から行っている。                             |      |                   |
| 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  | 避難訓練での地域の理解・協力・相談は行っており、年2回避難訓練を行っているが夜間想定や地震・風水害の訓練が出来ていない為、今後計画していきたい。                                    |      |                   |

| 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 |
| <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                   | 認知症方への対応で受容の姿勢と否定をしない声掛けを気掛け、個々の部屋の出入りでも声掛けノックや排泄等は本人様にだけ分かるよう声掛けをしている。注意事項は申し送りノートにて情報を共有している。  |      |                   |
| 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                     | 日常のレクリエーション等にて個々の発言の場を設け、好みや自己決定を問いかけておりコミュニケーションの中でも自己決定の出来るような声掛けや時間をかけて希望や訴えを確認するようにしている。     |      |                   |
| 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 | 食事、入浴、レクリエーション等本人様の体調や気分に合わせて日常生活のリズムを崩さないよう考慮し、個別カンファレンスにて職員共有した情報や柔軟な対応が出来るよう支援している。           |      |                   |
| 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                                  | 外出時には本人様持ちの日焼け止クリームや化粧品、帽子等お洒落や自己選択が出来るよう支援している。又、マニキュアや身だしなみのレクリエーションを取り入れたたり、起床時の整容等の支援も行っている。 |      |                   |
| 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     | 日常より嗜好希望を聞き食事の下ごしらえ・調理・配膳・下膳・片付けまで出来る範囲で手伝って頂いている。食前に献立紹介、口腔体操や事前に献立を掲示し、職員も一緒に会話しながら食べてる。       |      |                   |
| 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          | 摂取量について毎日記録を残し、体調や状態に応じ食事提供形態も考慮している。定時の水分補給やポットやキーパーにて自由に摂取出来る体制をとり、摂取少ない方は好みの飲み物にて対応している。      |      |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、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                   | 食後の歯磨きの声掛けや協力歯科より往診時等にて個々に合わせた口腔ケアの指示をもらいケアしている。口腔内の苔や口臭が改善の実績もあり、常に異常が無い様子観察を行っている。             |      |                   |

| 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                              | 排泄確認表を活用し個々の排泄パターンを把握。時間をみて排泄誘導。状態変化にてカンファレンス後、自立支援を念頭に本人様に適した排泄を考えている。布パンツへの変更にて自立支援の実績もある。        |      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 排泄チェック表を使って個々の排泄パターン、状況把握に努め飲み物の質や量、体操や食事での食物繊維を多く含んだものや薬の助けにて無理のないよう支援し、排泄時も必要に応じ排泄しやすい配慮をしている。    |      |                   |
| 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                             | 毎日のご利用者全員の入浴が困難な為、入浴確認表を活用し、本人様の希望や状態に合わせて声掛けや支援を行っている。また、気分転換の為入浴剤等活用している。                         |      |                   |
| 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   | 状態に応じて日中の臥床休憩の声掛けや就寝援助も本人様の気分、状態に合わせ、生活のリズムに配慮しながら行っている。  |      |                   |
| 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  | 誤薬の無いようマニュアルを活用している。ご利用者全員の処方薬を職員全員が理解出来かねている。処方変更時には、経過を記録に残し、医師と情報交換を行い、治療、服薬調整に努めている。            |      |                   |
| 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                             | 個々の生活歴、や趣味等から継続して出来る事を無理のないように支援している。また、現実に叶えられる夢への手助けや、日常生活での役割を生活の中で自然的に担って頂いている。                 |      |                   |
| 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 | ご利用者の外出の希望を傾聴し、可能な範囲での御家族への協力依頼や外出希望の少ない方も行事等で外出の機会を増やしているが職員や御家族の協力の範囲に限られ、今後地域ボランティアも協力を計画していきたい。 |      |                   |



| 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  | 金銭管理の可能な方は本人様に管理して頂いている。管理の出来ない方には規定を御家族に同意後事業所にて預り、本人様の状態、希望に応じて買い物での支援を行っている。              |      |                   |
| 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   | ご利用者の、要望にて電話相手先を配慮しながらいつでも電話の出来る環境を整えている。又、手紙についても本人様が楽しんで頂けるようプライバシーに配慮し、個別に支援している。         |      |                   |
| 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 | 整理整頓を常時心がけリビングから家庭菜園や中庭季節の花木が見えるよう配慮し室内でも不快な臭い防止の為アロマオイルや掲示物への配慮に努めている。                      |      |                   |
| 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  | 共用空間でのソファやベンチ、椅子の設置をしており、気の合った方同士のお茶の時間や新聞をゆっくり読めるよう配慮している。                                  |      |                   |
| 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  | 週1回以上のリネン交換や生活の中で本人様の馴染みの物を持参して頂き身体状況等に応じて居室の備品配置変えを行っている。居室表札に本人様や御家族の思い思いの飾り付けや工夫をして頂いている。 |      |                   |
| 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   | 危険物の排除や整理整頓を行い、本人様の性格や状態を十分に理解した上で自立で出来ることを増やせるよう努めている。                                      |      |                   |