

### 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   | 2170200642        |            |             |
| 法人名     | 医療法人社団 崇仁会        |            |             |
| 事業所名    | 洞戸グループホーム 天津風 (西) |            |             |
| 所在地     | 岐阜県関市洞戸大野852-1    |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成24年 7月 7日       | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 9月 4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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kanji=true&amp;JigyosyoCd=2170200642-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kanji=true&amp;JigyosyoCd=2170200642-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                           |  |  |
|-------|---------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター |  |  |
| 所在地   | 岐阜県関市市平賀大知洞566-1          |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年 7月23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)】**

ここで暮らす人、働く人、訪れる人が、明るく暖かい気持ちで帰れるような場づくりを心がけている。最期を迎える時に「ありがとう」とお互いが言えるような終のすみかを目指している。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

先鋭の「代替医療」を専門とするクリニックの院長が、生まれ育った山村に立てたホームであり、地域の「医療」と「介護」の両面を見据えた支援を行っている。ほぼ毎週、クリニックから医師が往診に訪れており、利用者・家族にとっての安心感は大い。利用者の精神面や人間学的な側面に配慮してホームが建てられており、「曲線」や「丸型」が多用され、居室はすべて「五角形」である。1年に一回、利用者の望みがかなう「夢プロジェクト」の取り組みがあり、利用者は思い出の場所や希望する土地を訪れることができる。高齢化、重度化が進み、かつてのような利用者全員を対象とした外出支援が困難となる中、「夢プロ」が有効に機能し、効果的な外出支援となっている。

**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**

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

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |   |
|--------------------|-----|---|---|---|---|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| <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  | 毎日申し送りを行う玄関スペースに理念を掲示して、職員に対して意識づけをしている。  | 玄関を入ると、来訪者にも目に付くところに理念が掲示してある。「自然」ゆたかな環境下で、「仲間」と楽しく、「その人らしく」暮らしていくことを支援しようとしている。  |   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 地元の自治会に加入しているが、地域との交流は限られた方になっている。  | 利用者の高齢化、重度化が進んできており、地域交流の方向性が変わってきている。外へ出ていくことが困難になった分、ボランティア等の来訪の機会を多くしている。  |   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 企画は行ったが、実行されていない。   | /   | /   |
| 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                                     | 参加メンバーからの意見や情報は、できるだけ取り上げて業務の改善を図っている。  | 昨年度は6回の開催予定が、降雪による影響で1開催が中止となった。詳細な現況報告や意見交換が行われている。  | 地域密着型サービスに知見を有する者をメンバーに加えれば、会議はさらに充実度を増すこととなる。「目標達成計画」の進捗管理も議題の一つとして取り上げてほしい。 |
| 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  | 2か月に一度発行の「天津風だより」や法人発行の「フナクリ通信」を配布することにより、施設内の運営状況を伝えるとともに近隣の包括や社協のケアマネとはできるだけ情報交換を試みている。 | 利用者の認定調査はホームに近い支所が担当しているが、その他のことは市役所に出向いて対処している。地域包括の音頭で、サービス担当者会議を行ったこともある。  |   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束をできるだけしないという目標を施設内に掲示して、スタッフ全員が理解し、実行できるようにしている。可能な限り身体拘束を避ける介護方法を試みている。              | 4点ベッド柵を使用している利用者があり、家族の同意書を取り、3ヶ月ごとのカンファレンスを行っている。「経過観察・再検討記録」も詳細に作成されている。新規採用者には、3ヶ月間の研修期間中に「身体拘束」や「高齢者虐待」についての教育を行っている。 |   |
| 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されることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 勉強会に行く機会が持てていないのが現状です。皆で注意し合い言葉による虐待なども避けるようにしている。基本的に人としての尊厳を                            | /   | /   |

| 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    | 時期をみて家人に伝えている。   |   |  |
| 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                         | その通り行っている。   |   |  |
| 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                     | 意見箱や個別だよりの返信はがきなどをツールとして、意見などの収集を行い運営に生かしている。                                | 担当者制を敷いていることもあり、家族とのコミュニケーションはすこぶる良好である。家族アンケートには、感謝の気持ちのこもったコメントが多く見られた。             | 担当者が記述する「個別だより」に対して、家族から「返信はがき」をもらって意見収集を図っている。この取り組みは秀逸、今後も継続をお願いしたい。 |
| 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                                      | カンファレンスを月1回実施している。個別の意見や提案をして職員の良い就業環境を作り、サービスの向上に努めている。                     | 正規職員、パート職員の区別なく、担当制への組み入れや研修・会議参加等、同等な扱いとなっている。夏休みには、職員の子どもが宿題を持って来て、ホームで1日を過ごすこともある。 |  |
| 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      | 改善提案を全員に促し、環境の整備・改善に努めている。   |   |  |
| 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         | 関係団体の研修案内等を回覧し、研修を受ける機会を設け、研修費の補助や研修日を有給休暇の使用できるように図ったり、月1回の勉強会で知識の向上に努めている。 |   |  |
| 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 | セミナーに参加した機会などに情報の交換をしてサービスの向上に努めている。   |   |  |

| 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>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 | なるべく本人の立場になって考え、傾聴を心がけて、環境の変化によるストレスの軽減に努めている。                                    |   |                   |
| 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            | 定期的に家族と連絡を取り合い、要望や希望に耳を傾ける努力をしている。  |   |                   |
| 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        | 本人と家族の意向が食い違うことがたまにあり、悩むこともたまにありますがコミュニケーションを図りながら解決できるように努力しています。                |   |                   |
| 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                        | 時々業務内容の量や多さや質の高さのために介護される方が寂しい思いをされていると感じることがあるが概ね良好な関係が築かれている。                   |   |                   |
| 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         | 本人の思いやニーズを家族とともに考えている。  |   |                   |
| 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                     | 事前調査の情報や面会にみえる家族などからの情報を元に会話にその話題を取り入れて本人が安心できる環境作りを心がけている。                       | 地元出身の利用者には、古くからの友人が訪ねて来る。夢プロジェクトでは、家族の支援を得て、お墓参りや新たに立て直した家を見に行くこともある。 |                   |
| 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                 | 洗濯たたみなどの作業を共同で行っていたり、リビングで過ごされている時に席が自由に選べるようにしている。他の方とのコミュニケーションがとりやすい環境作りをしている。 |   |                   |

| 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   |
| 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                    | 死亡退去された入居者には49日と一周忌には生花を送り、お悔やみしている。退去されても家族が何回も訪問されることがたまにある。                                    |   |   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |   |   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 個別ケアの担当スタッフが特に家族と密に連絡を取り、日々の生活の中でご本人との会話や表情を伺い、意向を取り入れるケアを心がけている。                                 | 日々の支援の中でつかんだ利用者の思いや意向が、「個別ケア報告書」に書き溜められている。1年に1回、希望がかなえられる「夢プロジェクト」があり、利用者の思いが確実に具現化される仕組みを持っている。 |   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | これまでの生活歴について、ご家族にお聞きして施設においても大きな変動もなく安心したお気持ちで生活して頂くようにケアさせて頂いています。                               |   |   |
| 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   | 一日の過ごし方では、食事の摂取量や体調はバイタルチェックを始め排泄チェックや入浴時の身体状況についても常にスタッフがその情報を共有し把握するようにしている。                    |   |   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ご本人が安心して生活して頂けるように常に身心の状況を観察し、家族、ご本人、スタッフとで連絡を取り、担当のスタッフにより個別に介護計画を立て、カンファレンスで協議しよりよい介護計画を立てています。 | 定期的な介護計画の見直しは3ヶ月ごとに行われている。「個別ケア報告書」の記録を基に、カンファレンスを実施して利用者本位のプランを作成している。                           | 定期的な見直し、状態変化時の見直しに加え、大きな意向の変化がみられた時にも見直しを実施し、よりその人らしさの感じられる「介護計画」の策定を期待したい。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 3か月ごとの介護計画を立て、毎日の実践の結果(アセスメント)をカンファレンスにて発表し、次の計画を立てるようにしている。                                      |   |   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 毎月個別だよりを発行し、それを家族の方に送らせて頂き感想等をはがきで返信する双方向のコミュニケーションを高めるようなしくみを探っている。                              |   |   |

| 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  |
| 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                                      | 地域との交流がほとんどないので、もう少し地域に溶け込めるようにスタッフが一丸となって努力しなければいけないと思う。  |  |  |
| 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                                  | その通り行っている。経営母体であるクリニックの医師による往診は、1～2週間に1度行われている。  | 母体のクリニックから、ほぼ毎週医師が往診に訪れ、訪看ステーションの看護師も専属である。ホームの設立時より、医療体制を手厚くして、「地域の医療と介護」に貢献している。             |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 入居者の異変等に介護職が気づいた時は、施設あるいは訪問看護師に報告し、適宜指示を仰ぐような体制を採っている。   |  |  |
| 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。 | 救急搬送等でや入院される時や受診される時は、看護師が付き添い先方に経過報告をするとともに、必要に応じて主治医からは情報提供を行っている。                                 |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居時から、ターミナルケアについてご家族の意向を聞くとともに、実際にその時期が来たときには主治医から説明して、ご家族に方向性を選択し、その情報をスタッフ全員が共有しケアを行うようにしている。      | 母体クリニックの医師たちが、それぞれの専門的な分野の研究を通し、認知症の最前線の理論や技術を駆使して利用者の終末期の在り方を提唱している。ホームを終の棲家ととらえている利用者・家族は多い。 |  |
| 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  | 看護師より入居者様の状態の変化に応じて、説明や対策などの連絡が随時あり、それを全スタッフで共有するしくみが整っている。急変時の対応については、勉強会で知識の習得に努めているが、訓練はまだ行っていない。 |  |  |
| 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  | 月に1回の避難訓練を交代で行っている。その評価をカンファレンスで話し合い、対策を講じて次に結び付けている。災害時の緊急連絡網は整備されている。地域の防災訓練にもできるだけ参加している。         | ホームは山里深い寒村にあり、豪雨による要路遮断が懸念されている。そのため、食糧備蓄には気を配っており、飲料水は3ヶ月分を保管している。                            | 広域災害時には、ホームが一時避難所としての役割を果たすことも可能である。市や地域との調整を図り、具体的な計画づくりを期待したい。 |

| 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                   | 安全性と衛生面に注意を払いながらプライバシーを損なわないように見守り、声掛けを行っている。個々の認知度やADLの状況に応じた対応をしている。                             | 採用時の研修では、利用者(高齢者)を敬う気持ちを持って支援することを教えている。職員構成は若者からベテランまでバランス良く配されており、どの階層の職員からも不適切な言葉は聞かれない。 |                   |
| 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                     | 認知度に合わせて対応を行っている。コミュニケーションが取りにくい方に対しては表情の変化などを読み取り、その方の気持ちを尊重するように心がけているが、その方のニーズにすべて応えていける状況にはない。 |   |                   |
| 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 | 集団生活の中での時間割はあるが、本人の状態により柔軟に変化させていくこともある。個々の置かれた状況に配慮し、個人のペースできるだけそうように支援している。                      |   |                   |
| 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                                  | 自分で服の身だしなみができる人は本人に任せている、できない方は入居者様と相談しながら行っている。口紅やクリームなどは本人の意思に任せている。                             |   |                   |
| 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     | 調理の補助として、豆のへたや筋取り、コロッケを作ってもらったりなどできることをして頂いている。  | ホームの菜園で野菜を作り、職員は自宅で採れたものを持ってくる。かつて肉屋を営んでいた利用者の特技を発揮してもらうため、定期的に「コロッケ料理」が食卓に上がる。             |                   |
| 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          | 食事の量のチェックを行っている。10時、15時に水分を取ってもらったり、水分を取ってもらっている。コロッケを作ってもらったりできることをして頂いている。                       |   |                   |
| 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                   | 口腔ケアは、起床時と毎食後行っている。自力でのケアが困難な方にはADLに応じた支援を行っている。   |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 出来ることはたとえ時間がかかっても、見守りをするようにしている。排泄チェック表により一日のパターンを把握し、できるだけトイレでの排泄ができるように工夫している。 | 寝たきりの利用者もいるが、立位の保てる利用者は原則トイレでの排泄である。おむつを使用せざるを得ない利用者であっても、夏場は、極力パッドやパンツで過ごしてもらっている。                         |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 食材や調理方法の選択により、薬剤に依存しない排便コントロールを心がけているが、成果の現れない方もいる。                              |   |                   |
| 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                             | 個々のニーズに沿うのは現状難しいがターミナル期や汚染があった時は柔軟に対応している。                                       | 開設当初より重度化対応を考慮しており、機械浴槽を装備している。一般の浴槽をまたげない利用者や転倒の恐れのある利用者等が、機械浴槽を使用して安全な入浴支援を受けている。                         |                   |
| 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   | 体調を観察し、自然のリズムの中で良眠が得られるように、サーカディアンリズムを整えるように日光浴、外気浴を採りいれている。                     |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 各スタッフが薬の内容等を把握している。誤薬防止のためにダブルチェックを服薬時まで3回行っている。バイタル測定は、毎日と必要があれば適宜行っている。        |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 洗濯ものたたみ、チラシでの簡易ゴミ箱作り、毎月のぬり絵カレンダーへの色塗りなどの手作業を行っている。月に1回の音楽療法や季節の屋内・外のイベントを行っている。  |   |                   |
| 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 | 庭先に出ていく外気浴をできるだけ行っている。また、個別ケア担当者が中心となり、年間行事や夢プロジェクトを通じて外出できるように支援している。           | 高齢・重度化が進んで、徐々に外出支援の中身が変わってきている。全員での外出は減少したものの、「夢プロジェクト」による個別の外出支援が有効に機能している。外出支援には家族も協力的であり、ホームと連携して支援している。 |                   |



| 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 |
| 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  | 家族の了解の上、少額のお金を所持している方はいるが、近所にお店がなくお金を使う機会がない。   |  |                   |
| 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   | できるだけその通り行っている。   |  |                   |
| 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 | 個々で使用する居室・トイレ・浴室などのプライベートと共用の空間は、動線が取りやすいように設計されている。また、玄関やホールなどの生花や掲示物などで季節感を演出するようにしている。       | 利用者の精神面や人間工学的な側面を考慮し、建物(ハード部分)には「曲線」や「丸型」を多用して利用者の“穏やかな”暮らしを担保している。2階のロフトがスタッフルームとなっており、山小屋的な趣もある。 |                   |
| 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  | 就寝時以外は、個々が自由に行き来できるリビング仕様のホールにて過ごせるように配慮された空間にしてある。   |  |                   |
| 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  | 昔、使用していた馴染みの家具や趣味の作品を飾ったりして、その人らしい生活スタイルが以前のように少しでも維持できるように配慮している。                              | 居室は「五角形」の空間で構成されており、広さは同じでも、日当たりや景観によって「家賃」に差をつけ、不公平感の出ない料金設定をしている。軒下のツバメの巣が、見る者の心を落ち着かせてくれる。      |                   |
| 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   | ベッドから床に着底した時に作動するセンサーマットや転倒予防のゴムマットがベッドサイドに敷いてあり、事故予防をしている。トイレ、風呂は文字、色、シンボルマークを活用し、場所の認識に努めている。 |  |                   |

### 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   | 2170200642        |            |             |
| 法人名     | 医療法人社団 崇仁会        |            |             |
| 事業所名    | 洞戸グループホーム 天津風 (東) |            |             |
| 所在地     | 岐阜県関市洞戸大野852-1    |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成24年 7月 7日       | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 9月 4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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvCd=2170200642-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvCd=2170200642-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                           |  |  |
|-------|---------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター |  |  |
| 所在地   | 岐阜県関市市平賀大知洞566-1          |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年 7月23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)】**

ここで暮らす人、働く人、訪れる人が、明るく暖かい気持ちで帰れるような場づくりを心がけている。最期を迎える時に「ありがとう」とお互いが言えるような終のすみかを目指している。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

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

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|--|---|---|---|
| 56<br>職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | <input type="radio"/> 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64<br>通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65<br>運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67<br>職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68<br>職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> 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  | 毎日申し送りを行う玄関スペースに理念を掲示して、職員に対して意識づけをしている。  |      |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 地元の自治会に加入しているが、地域との交流は限られた方になっている。  |      |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 企画は行ったが、実行されていない。   |      |                   |
| 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                                     | 参加メンバーからの意見や情報は、できるだけ取り上げて業務の改善を図っている。  |      |                   |
| 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  | 2か月に一度発行の「天津風だより」や法人発行の「フナクリ通信」を配布することにより、施設内の運営状況を伝えるとともに近隣の包括や社協のケアマネとはできるだけ情報交換を試みている。 |      |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束をできるだけしないという目標を施設内に掲示して、スタッフ全員が理解し、実行できるようにしている。可能な限り身体拘束を避ける介護方法を試みている。              |      |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 勉強会に行く機会が持っていないのが現状です。皆で注意し合い言葉による虐待なども避けるようにしている。基本的に人としての尊厳を                            |      |                   |

| 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    | 時期をみて家人に伝えている。   |      |                   |
| 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                         | その通り行っている。   |      |                   |
| 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                     | 意見箱や個別だよりの返信はがきなどをツールとして、意見などの収集を行い運営に生かしている。                                |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | カンファレンスを月1回実施している。個別の意見や提案をして職員の良い就業環境を作り、サービスの向上に努めている。                     |      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 改善提案を全員に促し、環境の整備・改善に努めている。   |      |                   |
| 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         | 関係団体の研修案内等を回覧し、研修を受ける機会を設け、研修費の補助や研修日を有給休暇の使用できるように図ったり、月1回の勉強会で知識の向上に努めている。 |      |                   |
| 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 | セミナーに参加した機会などに情報の交換をしてサービスの向上に努めている。   |      |                   |

| 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>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 | なるべく本人の立場になって考え、傾聴を心がけて、環境の変化によるストレスの軽減に努めている。                                    |      |                   |
| 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            | 定期的に家族と連絡を取り合い、要望や希望に耳を傾ける努力をしている。  |      |                   |
| 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        | 本人と家族の意向が食い違うことがたまにあり、悩むこともたまにありますがコミュニケーションを図りながら解決できるように努力しています。                |      |                   |
| 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                        | 時々業務内容の量や多さや質の高さのために介護される方が寂しい思いをされていると感じることがあるが概ね良好な関係が築かれている。                   |      |                   |
| 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         | 本人の思いやニーズを家族とともに考えている。  |      |                   |
| 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                     | 事前調査の情報や面会にみえる家族などからの情報を元に会話にその話題を取り入れて本人が安心できる環境作りを心がけている。                       |      |                   |
| 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                 | 洗濯たたみなどの作業を共同で行っていたり、リビングですごされている時に席が自由に選べるようにしている。他の方とのコミュニケーションがとりやすい環境作りをしている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                    | 死亡退去された入居者には49日と一周忌には生花を送り、お悔やみしている。退去されても家族が何回も訪問されることがたまにある。                                    |      |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |      |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 個別ケアの担当スタッフが特に家族と密に連絡を取り、日々の生活の中でご本人との会話や表情を伺い、意向を取り入れるケアを心がけている。                                 |      |                   |
| 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                                       | これまでの生活歴について、ご家族にお聞きして施設においても大きな変動もなく安心したお気持ちで生活して頂くようにケアさせて頂いています。                               |      |                   |
| 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   | 一日の過ごし方では、食事の摂取量や体調はバイタルチェックを始め排泄チェックや入浴時の身体状況についても常にスタッフがその情報を共有し把握するようにしている。                    |      |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ご本人が安心して生活して頂けるように常に身心の状況を観察し、家族、ご本人、スタッフとで連絡を取り、担当のスタッフにより個別に介護計画を立て、カンファレンスで協議しよりよい介護計画を立てています。 |      |                   |
| 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                        | 3か月ごとの介護計画を立て、毎日の実践の結果(アセスメント)をカンファレンスにて発表し、次の計画を立てるようにしている。                                      |      |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 毎月個別だよりを発行し、それを家族の方に送らせて頂き感想等をはがきで返信する双方向のコミュニケーションを高めるようなしくみを探っている。                              |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | 地域との交流がほとんどないので、もう少し地域に溶け込めるようにスタッフが一丸となって努力しなければいけないと思う。  |      |                   |
| 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                                  | その通り行っている。経営母体であるクリニックの医師による往診は、1～2週間に1度行われている。  |      |                   |
| 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                          | 入居者の異変等に介護職が気づいた時は、施設あるいは訪問看護師に報告し、適宜指示を仰ぐような体制を採っている。   |      |                   |
| 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。 | 救急搬送等でや入院される時や受診される時は、看護師が付き添い先方に経過報告をするとともに、必要に応じて主治医からは情報提供を行っている。                                 |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居時から、ターミナルケアについてご家族の意向を聞くとともに、実際にその時期が来たときには主治医から説明して、ご家族に方向性を選択し、その情報をスタッフ全員が共有しケアを行うようにしている。      |      |                   |
| 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  | 看護師より入居者様の状態の変化に応じて、説明や対策などの連絡が随時あり、それを全スタッフで共有するしくみが整っている。急変時の対応については、勉強会で知識の習得に努めているが、訓練はまだ行っていない。 |      |                   |
| 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  | 月に1回の避難訓練を交代で行っている。その評価をカンファレンスで話し合い、対策を講じて次に結び付けている。災害時の緊急連絡網は整備されている。地域の防災訓練にもできるだけ参加している。         |      |                   |

| 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>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                   | 安全性と衛生面に注意を払いながらプライバシーを損なわないように見守り、声掛けを行っている。個々の認知度やADLの状況に応じた対応をしている。                             |      |                   |
| 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                     | 認知度に合わせた対応を行っている。コミュニケーションが取りにくい方に対しては表情の変化などを読み取り、その方の気持ちを尊重するように心がけているが、その方のニーズにすべて応えていける状況にはない。 |      |                   |
| 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 | 集団生活の中での時間割はあるが、本人の状態により柔軟に変化させていくこともある。個々の置かれた状況に配慮し、個人のペースできるだけそうように支援している。                      |      |                   |
| 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                                  | 自分で服の身だしなみができる人は本人に任せている、できない方は入居者様と相談しながら行っている。口紅やクリームなどは本人の意思に任せている。                             |      |                   |
| 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     | 調理の補助として、豆のへたや筋取り、コロッケを作ってもらったりなどできることをして頂いている。  |      |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食事の量のチェックを行っている。10時、15時に水分を取ってもらったり、水分を取って頂いている。コロッケを作ってもらったりできることをして頂いている。                        |      |                   |
| 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                   | 口腔ケアは、起床時と毎食後行っている。自力でのケアが困難な方にはADLに応じた支援を行っている。   |      |                   |



| 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 |
| 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                              | 出来ることはたとえ時間がかかっても、見守りをするようにしている。排泄チェック表により一日のパターンを把握し、できるだけトイレでの排泄ができるように工夫している。 |      |                   |
| 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  | 食材や調理方法の選択により、薬剤に依存しない排便コントロールを心がけているが、成果の現れない方もいる。                              |      |                   |
| 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                             | 個々のニーズに沿うのは現状難しいがターミナル期や汚染があった時は柔軟に対応している。                                       |      |                   |
| 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   | 体調を観察し、自然のリズムの中で良眠が得られるように、サーカディアンリズムを整えるように日光浴、外気浴を採りいれている。                     |      |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 各スタッフが薬の内容等を把握している。誤薬防止のためにダブルチェックを服薬時まで3回行っている。バイタル測定は、毎日と必要があれば適宜行っている。        |      |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 洗濯ものたたみ、チラシでの簡易ゴミ箱作り、毎月のぬり絵カレンダーへの色塗りなどの手作業を行っている。月に1回の音楽療法や季節の屋内・外のイベントを行っている。  |      |                   |
| 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 | 庭先に出ていく外気浴をできるだけ行っている。また、個別ケア担当者が中心となり、年間行事や夢プロジェクトを通じて外出できるように支援している。           |      |                   |

| 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 |
| 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  | 家族の了解の上、少額のお金を所持している方はいるが、近所にお店がなくお金を使う機会がない。   |      |                   |
| 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   | できるだけその通り行っている。   |      |                   |
| 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 | 個々で使用する居室・トイレ・浴室などのプライベートと共用の空間は、動線が取りやすいように設計されている。また、玄関やホールなどの生花や掲示物などで季節感を演出するようにしている。       |      |                   |
| 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  | 就寝時以外は、個々が自由に行き来できるリビング仕様のホールにて過ごせるように配慮された空間にしてある。   |      |                   |
| 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  | 昔、使用していた馴染みの家具や趣味の作品を飾ったりして、その人らしい生活スタイルが以前のように少しでも維持できるように配慮している。                              |      |                   |
| 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   | ベッドから床に着底した時に作動するセンサーマットや転倒予防のゴムマットがベッドサイドに敷いてあり、事故予防をしている。トイレ、風呂は文字、色、シンボルマークを活用し、場所の認識に努めている。 |      |                   |

### 目標達成計画

作成日: 平成 24年 9月 4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        | 26   | 個別ケア担当者と計画作成担当者の業務が、一部重複している部分があったり、自分の担当以外の入居者への関心が薄れがちであること。 | 業務の重複を改善し、情報の共有化を進め介護サービスの質を上げる。 | 日々の業務の中で、少しずつ手分けして入居者の情報を集め共有化できるしくみを考え、業務の重複作業を減らしサービスの充実と職員のレベルアップを図る。 | 6ヶ月        |
| 2        | 4    | 運営推進会議に知見者が参加していない。  | 知見者を探し、参加していただくようにする。            | 近隣の介護サービス事業者などをあたり、知見者を探す。   | 6ヶ月        |
| 3        |      |  |                                  |  | ヶ月         |
| 4        |      |  |                                  |  | ヶ月         |
| 5        |      |  |                                  |  | ヶ月         |

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