

### 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	0172900656		
法人名	NPO法人 こうえい会		
事業所名	グループホーム こうえい愛宕館		
所在地	北海道旭川市豊岡8条7丁目 3-2		
自己評価作成日	平成27年3月	評価結果市町村受理日	平成27年3月26日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kan=true&amp;JigyosyoCd=0172900656-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kan=true&amp;JigyosyoCd=0172900656-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	タンジエント株式会社
所在地	北海道旭川市緑が丘東1条3丁目1-6 旭川リサーチセンター内
訪問調査日	平成27年3月17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)】

・常に主は利用者さんである事を念頭に置き、一人一人の利用者さんに焦点を当てながら、ご本人が何を望み、何を求めているのか確認しながらケアを行っている。又、常に自分の気持ちを正確に伝えられない方も多く、本人の身体の動き、表情等を察し、常に模索しながらケアを行っている。

・集団で生活する事が困難になってきており、個別でのケア、個別の外出等を重点的にやっている。又数名で外出する際も、様々な利用者さん同士の関係を考慮し、配所しながら個別対応を行っている。

・365日利用者さんのケアに9名のスタッフで関わっている事から、チームケアが非常に重要であり、円滑なコミュニケーション、情報伝達が利用者さんの生活を支える事であると考え、日々チームで進むべき道をスタッフと共に話し合いを重ねながらケアを行っている。

・進行していくそれぞれの認知症状に合わせてケアを行う為、職員は常に認知症について学び、カンファレンスでも個別での対応を話し合いながらケアを行うよう努めている。

#### 【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)】

**＜入居者が求めるケアの支援＞**  
 利用者が主人公であることを常に念頭に置き、一人ひとりに焦点を当てながら、本人が何を望んで何を求めているかを日常生活の中で確認し、その人らしく生きて、安心して穏やかに過ごすことができる個別ケアに取り組んでいる。また、自分の気持ちを正確に意思表示が出来ない場合であっても、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら本人の希望や好みを把握し、自己決定できるケアの支援に取り組んでいる。

**＜認知症の進行を防ぐ取り組み＞**  
 最近では、どのグループホームでも、年齢を重ねての長期の入居により、体調の急変や認知症状が進行するなかで、職員は認知症に合わせてのケアを行うなど情報を共有し変化に対応する力と、勉強会で認知症ケアの専門知識と技術を身に付け、外部研修にも積極的に参加し、研鑽を積むことにより職員のスキルアップにつながる体制の支援となっている。

#### 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 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓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 (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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 (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 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 (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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り深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
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 (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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 (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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 (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

## 自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 地域密着型サービスの意義を踏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	理念は常に職員の目に着く所に提示し、職員全員が勉強会、OJT等で理念の意味、目的等の再確認している。またケアの方向性を考える上で常に念頭に置き、理念と照らし合わせながらケアに取り組んでいる	独自の理念がつけられ、施設内に理念を掲示し、各職員も携帯サイズを持って意識を高めている。また、定期的に行われるカンファレンスや勉強会でも理念を活かし話し合いがなされ、職員は共有している。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	日常的な買い物は地域のスーパーを利用し、地域資源を活用したり、散歩等の際地域の方々と交流させて頂いている。又、可能な限り、町内会の行事(清掃・花の水やり・花壇作り等)にも参加し社会参加出来るよう支援している	買い物は地域のスーパーを利用し、散歩などで地域の方々と挨拶を交しており、また、町内会の行事にも参加し、社会参加を支援している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	運営推進会議の際、その時々に応じて認知症についてテーマにし、グループホームの役割、認知症について伝えている。役員の方には町内会長、民生委員の方がおり、入居相談を受けることもあり、実際に入居に繋がったケースもある		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	二ヵ月に一回、運営推進会議を実施している。民生委員、町内会長、家族、地域包括センター職員にご参加頂いている。内容はその時々に応じ、ケアの内容、緊急対応等々をテーマにしている。又実際にそこで得られた意見、要望は事業所内でも検討し、益としている。	年6回を開催し、関係機関、地域の団体、家族が参加し、事業所内の活動状況や事業の取り組み内容とその時々に応じてケアの内容、緊急対応などをテーマにして、そこで得た意見を日々のケアに活かすよう努めている。	
5	4	○市町村との連携 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	市主催の研修会に積極的に参加している。不明な点は市の担当部署へ確認しながら行っている。又実際に市の監査指導係に出向き直接相談する等、密に連携を取っている。制度上適応となる利用者さんには制度を活用して頂けるよう、ご家族へ情報提供すると共に橋渡しを行っている	市担当課や包括支援センターとは、相談や情報交換を行うなど、常に、密に連携を深めるように努めている。また、介護サービスの利用について、利用者や家族の支援にもアドバイスを得ている。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	こうえい会独自の身体拘束規定があり、勉強会等で倫理的学びを行い、身体拘束をしないケアの実践を行っているが、命の危険が及ぶ恐れのある方に対し、身体拘束の三条件を満たすと考え、行政への問い合わせ。ご家族への説明、ご了承頂き、短時間の限定した時間のみ、身体拘束を行った経緯がある。その際、職員と共にケアの振り返りを行いながら、本人の状況の観察、ケアの検討を繰り返し、現在は拘束は行っていない	独自の身体拘束規定があり、身体拘束廃止や高齢者虐待防止のための研修や内部の勉強会で倫理を学んで、知識を深め、職員間での共有が行われており、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 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	定期的に施設長、管理者は虐待についての研修に参加し、職員にその内容を勉強会やOJTにて周知している。虐待について心理的虐待、身体的虐待等について、項目毎に、今現在のケアを振り返り、常に虐待に当たらないか等お互いのケアを確認し合う場所を作り、互いに虐待防止に努めている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 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	施設長、管理者は権利擁護に関する研修や成年後見人制度についての研修に積極的に参加し、勉強会等で職員へ内容を報告している。現在成年後見人制度を利用している方がいます		
9		○契約に関する説明と納得 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、解約の際は、十分に時間を取り、数回面談して丁寧に説明している。質問、疑問についてはいつでも相談を受け、理解が得られるまで、話し合いを重ねている。又、可能であればご本人が入居前に施設を見学し、納得した上で入居を決断される事もある		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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	日常にご本人、ご家族と色んなことを話し合える環境作りを心掛けている。利用者さんの意見、要望については、可能な限りご本人の希望に近づけるよう努めている。言葉で伝えられない利用者さんに対しては、目の動き、体の動き等の日々の観察からご本人の思いを察し、色んな可能性を考えながらケアを行っている	日頃から本人、家族と話し合える環境づくりに努めており、言葉に出来ない入居者には、日々の生活の観察の中で行動や言動から本人の思いを察知したり、家族との電話のやり取りや来館時には、意見や要望を話しやすい関係作りに努めている。	
11	7	○運営に関する職員意見の反映 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	出来る限り、職員と話す機会を多く持ち、自由に意見を出せる、話し合える環境に努めている。その中で意見、要望があった際は、施設長、各管理者へ相談し、主任会議等の場で検討。可能な限り意見を反映できるようにしている	出来る限り、職員と話す機会を多く持ち、自由に意見や要望、提案を聞く環境に努めている。意見、要望があった際は、施設長、各管理者と相談し、主任会議で検討し、可能な限り運営に反映できる体制になっている。	
12		○就業環境の整備 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	職員と話す機会を多く持ち、職員の気持ちを聞くよう心掛けている。又職員一人一人に合わせたOJTの方法を選び、現場で意欲的に業務に取り組めるよう支援している。こうえい会として資格取得支援、研修への参加等、本人のモチベーションアップに繋がるようサポートしている。それぞれの力、実績等に合わせて、給与にも反映している		
13		○職員を育てる取り組み 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、動きながらトレーニングしていくことを進めている	管理者はそれぞれのスタッフの実力、特性、経験実績等を生かしながら現場でのOJTを進めている。又、月に一回の勉強会を継続し、その都度現場に沿った内容を主任会議の場で検討し学んでいる。職場外での研修の情報を発信し、職員が学ぶ機会を多く持てるようにしています		
14		○同業者との交流を通じた向上 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	研修等の際に、同業者の方と交流し、お互いに情報提供、ネットワークの場としている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前には、必ず本人と面接し、本人の思いや施設での生活や今後の不安を聞き、綿密な話し合いをし、不安を軽減出来る様努めている。又自宅での生活状況等を確認し、可能な限り、環境によるストレスを軽減できるように努めている		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前には、面談を数回行い、時間を掛けてご家族の思いを聞き、不安を感じる事、要望等を聞き取り、ご家族が入居の際に感じるストレスを少しでも軽減出来る様に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時に他のサービスも必要に応じて利用できる事を説明する(訪問看護、訪問歯科、訪問マッサージ、訪問理容、往診等々)		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の負担にならない様にその人にあった仕事を分担し、役割を持つ事で共に生活している意識を持って頂けるよう支援している		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ご家族の協力の元、手紙や電話、面会に来て頂く等共にケアにご協力頂いている。ご家族にも行事に参加してもらい、利用者さんの生活を維持していくようにしている。又昔の様子、生活歴等を教えて頂くことで、現在のケアに生かしている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	友人との交流、馴染みの人間関係、馴染みの場所等、出来る限り、本人が大切にしてきた環境、人間関係を維持できるよう支援している。(同窓会への参加、馴染みの美容院へ通う、自宅へ荷物を取りに行く等々)	馴染みの友人や人間関係、馴染みの場所など、出来る限り本人が大切にしてきた今までの思いと馴染みの生活を継続して維持できるよう支援している。	日常の様々な言動や行動から利用者のニーズを捉え、チームケアの取り組みに期待したい。
21		○利用者同士の関係の支援 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	利用者さん同士が、自然に会話等が楽しめるよう、職員は時に見守り、時に会話の橋渡しを行っている。利用者さん同士が過ごしやすいよう、利用者さん同士の関係性等を見極め、調和をとれるよう座席等の配置に最善の配慮を行っている		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去された方のお見舞いや、他界された後もご家族が施設へ顔を出してくださる等、心温まる交流をさせて頂いている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<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 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	利用者さん、それぞれの思いに添った生活が出来ているが、日々の観察等から情報を共有しアセスメントしている。月1回のカンファレンスでは、お互いの情報を出し合い検討しながら、より良いケアに努めている。	日々の生活の利用者同士の会話や職員との会話から一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向を把握し、月1回のカンファレンスなどでお互いの情報を出し合い検討して、より良いケアの実現に努めている。	それぞれの認知症の特性を確認し、利用者の一人ひとりに合わせた対応と職員が同じ方向で統一したケアを行うことを期待したい。
24		○これまでの暮らしの把握 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	入居前の生活状況をご家族等から情報を頂き、又医療機関、他利用施設等からも情報を頂き、アセスメント、情報を分析しながらケアを実践している。入居後も不明な点があれば前施設、医療機関、家族等に確認しながらケアを行っている		
25		○暮らしの現状の把握 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	その人に合ったペースで、生活出来る様支援している。支援が必要な部分と自立できる部分を見極め、不用意な介助は行わずに残存機能を活かせる関わりをする事で意欲や自信を持ちながら生活出来る様支援している。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	利用者さんが日々の生活からどんな生活を送りたいか等、本人の思いを探り、カンファレンス等で職員全員で検討し、ケアプランを作成している。職員と意見交換しながら、ケアを統一し、チームケアに取り組んでいる	日々の生活からどんな生活を送りたいか、本人、家族の意見や思いを探り、カンファレンス、モニタリングを通じて職員の意見を交換し、ケアプランを作成している。	職員同士の情報の共有と円滑なチームワークにより利用者の安全・安心の生活が維持できるよう期待します。
27		○個別の記録と実践への反映 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	毎日、生活の様子やバイタル等、ケアの内容を日誌に記入し、特変事項を個別ケアノートに記入している。また、必要に応じて認知症状の変化シート等症状に応じて活用し、職員全員で変化を把握・分析しケアの統一を図っている。申し送りの際は、連絡帳を使い職員間で情報を共有し、毎月、カンファレンスを開催しケアの検討・見直しを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	本人のニーズは常に化する事を意識しながら、日頃より本人や家族の意向を確認しケアを進めている。又、その時々希望の変化に柔軟な対応を心掛け、様々な分野での情報を収集し、本人へ反映できるようにしている。		
29		○地域資源との協働 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	日々の買い物は近隣のスーパーへ歩いて買い物へ行くことを日課としている。又季節に合わせて果樹園、動物園、花フェスタ、公民館等の催事情報を集め見学出来るよう支援している。本人の希望に沿って趣味の詩吟サークルに参加したり、コーラスの合唱会等を聞きに同行支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	本人、家族の希望を確認した上で主治医や受診病院を決定している。体調に変化があった場合の対応については、随時医療関係に相談し受診等を行っている。又、それぞれの本人の主治医の対応の流れを職員に周知徹底し、受診時は全職員が対応できるようにしている。受診時は医師に家族の希望も伝えられるよう配慮している。	本人や家族の希望を聞き、定期受診、往診を受けやすい体制をとり、医療機関との連携を築いている。また、体調に変化があった場合の対応は、随時医療機関に相談して受診している。また、家族の希望も医師に伝えられるよう配慮をしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	常に利用者さんのバイタル、表情、言動等から、体調の変化に早期に気づき、職員間で情報を共有し観察している。また日頃より医療機関と相談できる関係を構築し指示を仰ぎながら対応している。週1回の医療連携の際、看護師に経過報告し、アドバイスを受けながら体調管理している。			
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。	医療機関には受診の都度、利用者さんの病気の経過・生活状況を書面・口頭で伝え、入院の際にはスムーズに状況を引き継げる様になっている。医療機関の看護師・相談員と綿密に連携をとり、退院後の生活にスムーズに移行できるよう支援している			
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入居時に事業所の方針を家族に伝え、その上で重度化した場合や体調に変動があった場合は早期に医療機関、家族、事業所の三者で話し合いを持っている。ご本人の意向が確認出来ない場合はご家族の意向とご本人の病状、グループホームで可能な状況等を勘案した上で三者で方針を定めている。看取りを希望する場合は、ご家族、医療機関と話し合いを重ね、安心して終末期を迎えられる様になっている	入居時に事業所ができることを十分に説明しながら方針を家族に伝え、そのうえで、重度化や体調が変化した場合は、早期に医療機関、家族、事業所と話し合いを持っている。また、見取りを希望する場合は、家族と医療機関と話し合いを重ね、意向を確認しながら、安心して終末期を迎えられるよう支援している。		
34		○急変や事故発生時の備え 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	勉強会やカンファレンス等で、緊急時に備えて緊急連絡先、持病、薬剤情報等の確認を行っている。利用者さんの体調・状況の変動があった場合等は情報は全員で共有し、把握に努めている。全員が容易に対応できるよう環境整備にも努めている			
35	13	○災害対策 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	避難訓練は年に二回、その都度災害を想定を変えて実施している。訓練後は職員と課題、問題点を検討し、対応策を講じ、必要に応じて改善している。1年に一回は地域の住民の方を交えて、訓練を実施しており、近隣住民の方々の意見、アドバイスを頂いている	年2回の避難訓練では、災害を想定し、地域の方や家族の参加を得て実施しており、事業所の避難経路や避難する手順をチェックをしている。また、訓練の状況を地域の住民に見ていただき意見、アドバイスを得ている。		
<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	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 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	施設理念に則り、利用者さんの尊厳を大切にケア出来る様、全スタッフが定期的に確認しあっている。本人のプライバシーに配慮したケアを工夫実践している。日々のケア時や勉強会等において、不適切な対応はないか、確認し合い、自分たちのケアを振り返り、意識の統一を図っている。	一人ひとりの人格を尊重して誇りやプライバシーを損ねるような不適切なケアがないよう職員が定期的に確認し合っている。また、日々のケアやミーティングで不適切な対応がないか、職員間で確認し、自分たちのケアを振り返り、意識の統一を図っている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	職員に対し気兼ねなく思いや希望を話して頂ける様、人間関係の構築を常に心がけている。また、本人の意向を出来る限り実現出来る様、その時々に応じてスタッフの体制を整え実行している。			
38		○日々のその人らしい暮らし 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	利用者さんが主体である事を常に意識しながら、日々変化する思いや体調を観察しながら利用者さん自身が安心できる生活が送れる様配慮している。介護者の一方的なケアにならない様、職員同士注意を払い支援している。本人の希望の時間に希望の事を行えるような環境作りに努めている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 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	馴染みの美容室に行く、好みのヘアスタイルに整える等、希望に沿った身だしなみお洒落が出来るように支援している。外出の際は、帽子やコートを選んで頂きその人らしい個性を尊重している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 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	一人一人の好み・嚥下状態に合わせた食事を提供しています。時には、食事を一緒に考えたり、外食をする等、雰囲気を変える等の工夫をしたり、職員も一緒に食卓を囲む事で楽しい時間を過ごしていただけるよう支援している。	個々の好みや嚥下状態に合わせた形態で食事を提供し、時には、食事を一緒に考えたり、外食するなどの工夫をしたり、職員と一緒に食事を楽しめる雰囲気の支援となっている。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 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	食事表で、一人一人の食事・水分摂取量を、確認している。水分・栄養が不足している時は、ゼリーでの水分補給や高カロリードリンク等で捕食を行っている。又一人一人必要な栄養、水分量が違う事から医療機関に相談しながらそれぞれの目標を設定している。			
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアと寝る時に義歯を預かり洗浄しています。自力で歯磨き出来る方は、近くで見守り、声かけし、最終洗浄は、職員が行い清潔を維持している。			
43	16	○排泄の自立支援 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	排便表で、一人一人の排便パターン等を確認し、出来る限りトイレでの、排泄が出来るように促している。又、ご本人の常態に合わせた排泄用品(吸収量、大きさ、形等)を選択し、失禁によって、自尊心が傷つかないように配慮している。	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるタイミングを見て誘導し、排泄の自立に向けた支援をしている。また、身体状態に合わせた排泄用品を選択し、失禁によって自尊心が傷つかないように配慮している。		
44		○便秘の予防と対応 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	排便表で排便状況を確認している。便秘傾向の方には毎日便の状態(硬さ、量等)を確認し下剤の量を微調節している。又毎日乳製品を提供したり、腹部マッサージ、体操をする等、身体を動かし便通が良くなるよう支援している。			
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 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	毎週火・金曜日に入浴しているが、利用者さんの体調、希望によって時間・曜日を調節し入浴している。	毎週火・金曜日に入浴になっているが、一人ひとりの希望やタイミング、生活習慣に応じて入居者との関わりを大切に支援している。また、本人が希望すれば、曜日、時間を調整し対応している。		
46		○安眠や休息の支援 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	日中は作業・運動等の活動を通して、夜間はゆっくり休み、生活のリズムを作れるように促している。体調の悪い時は無理をせず様子を見て声かけし休んで頂く様になっている。			
47		○服薬支援 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	薬表をいつでも確認出来るようにしている。薬の副作用等薬に関する学びを勉強会等で定期的に行い知識を深めている。体調の変化がみられる時は医師、薬剤師に確認し指示を受けている。			
48		○役割、楽しみごとの支援 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	それぞれのニーズに合わせて、力を発揮し、喜びを実現できるよう支援している。例えば家事を得意とする方には、家事等の手伝いをして頂くことで役割を担って頂きご本人の力を発揮できる場が持てるよう支援している。季節の行事や外出等非日常を楽しめる活動も取り入れている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	18	○日常的な外出支援 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。また、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	ご本人の希望に合わせて買い物や散歩をしたり、ご家族と一緒に外出できるよう、ご家族と待ち合わせをして喫茶店、外食を楽しむ等、個別での外出もしている。又季節毎に行事(花見、お祭り等)計画し外出をしている。柔軟な業務体制を組み、出来る限り希望に沿って外出できるようにしている	一人ひとりの希望にそって、買い物や散歩したり季節に合わせて花見、お祭り、果樹園など戸外に出かけられるよう職員も一緒に同行し、支援をしている。また、柔軟な業務体制を組んで、出来る限り希望に沿うよう外出の支援をしている。	出来る限りそれぞれの体調や状況に合わせて外出する機会を多く持つよう期待したい。
50		○お金の所持や使うことの支援 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	本人の希望でお金を持っている方は家族の同意の元で行い、安心感得て頂いている。又支払が可能な方は、お金を支払う支援をすることもある		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話を掛ける、受ける、手紙を書く、年賀状を書く等ご本人の希望に沿って支援し今までの関係性を断ち切らない支援を行っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 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	トイレは折りたたむタイプの手すりを設置しており、利用者さんによって手すりが必要な方でも安全に排泄が出来る様環境整備している。又、季節の変わりを感じられる様、玄関には生け花を飾っており、生け花が得意な利用者さんに生けて頂き、記憶を思い起こすきっかけ作りをしている	季節の変わりを感じられるよう、玄関の生け花やリビングの廊下の壁には季節毎の飾りつけや行事の写真が貼られており、日々、利用者が居心地良く過ごせるよう工夫している。また、日差しの強いときは遮断し、夜は光の明るさ、色を調節できる蛍光灯を使用している。	これまでも工夫されているが、利用者の思いや気持ちを考え、安心して快適な生活を送れる環境づくりに期待したい。
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	座位を保つのが困難な方には、リクライニングソファを用意し、リビングでも苦痛を感じさせない環境を作っている。コミュニケーションが苦手な方は一人のスペースを広くし、馴染みの利用者さん同士で会話が楽しめるように等、ソファの位置に配慮している		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	居室には自宅で使っていたタンスや仏壇など、使い慣れた家具を持ち込む事で、自宅での生活に近い環境作りを心掛けている。入居前から育てていた鉢植え等、馴染みの物を置き、過ごしやすい空間を作っている	使い慣れたタンスや寝具、思い出の写真等が持ち込まれて、自宅での生活に近い環境づくりを心がけて、本人が居心地よく過ごせ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 建物内部は一人ひとりの「できること」や「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	廊下やトイレには利用者さんの身体状況に合わ、手すりを設置したり、段差をなくしている事で、利用者さんの立位、歩行が安全に出来るようにしている。居室の入り口には表札を付けたリ、トイレにも目印があり一目で分かるよう配慮している		

## 目標達成計画

事業所名 グループホーム こうえい愛宕館

作成日: 平成 27年 3月 18日

## 【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	23	レビー小体型認知症等、認知症状の認知症学びを深め、それぞれの症状に合わせた対応の強化	職員は利用者さんそれぞれの症状に合わせ、実践、学びを元に冷静な対応をし、利用者さんのケアに繋がっていきたい	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員と共にさまざまな研修会、勉強会、書籍等でそれぞれの認知症状の特性を確認し、実際の現場で実践を元に、利用者さん一人一人に合わせた対応が出来るようにする</li> <li>職員全員で情報を共有し、同じ方向性で統一したケアを行う</li> </ul>	1年
2	20 48	バックグラウンドを再確認し、その方の生きてきた過程から現在までの過程を深く掘り下げケアに繋げる	さまざまな言動、行動とバックグラウンドに関連性はないか等、深く掘り下げ、その方のニーズをしっかりと捉え、ケアを行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご家族等からの情報まとめ、整理し職員間で情報を確認し合う</li> <li>バックグラウンドから、アセスメントを行う事でニーズを確認する</li> <li>アセスメント力をつけるため、アセスメントシートの再確認を行う</li> </ul>	1年
3	26	チームケアの強化	職員同士の円滑なチームワークにより、利用者さんの安全、安心な生活が維持できるようになる	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者さんの症状が変われば、業務の内容も変化し、曖昧な業務が発生しないよう、職員同士のコミュニケーション力、情報伝達力、チームの意思統一の強化等、利用者さんの状況が変化する度に細かい話し合いを重ね、職員間で意見の相違がある際は、職員が一致出来る解決策を探る。その為に必要なルールがないか等も常に模索する</li> </ul>	1年
4	29 49	個別外出の機会を多く持てるよう支援する	出来る限り外へ気持ちを向ける事で、利用者さん同士の様々なトラブルから一時気持ちを切り替えて頂けるように関わる	<ul style="list-style-type: none"> <li>出来る限り、全員がそれぞれの状況に合わせて外出する機会を多く持てるよう支援する</li> <li>外出が可能かどうか、社会資源をリサーチし(トイレの場所、バリアフリーか、ミキサー食対応可能か等)外出できる範囲を増やしていきたい</li> <li>臨時的な外出等、臨機応変な対応が出来る様努める</li> </ul>	1年
5	31	医療機関との連携の強化	円滑な医療機関との連携を通し、必要な助言を受けたり、早期医療へ結び付ける事で利用者さんの健康を守っていく	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関への情報伝達の手段の模索</li> <li>医療機関との関係性の強化</li> <li>可能な対応の確認等</li> </ul>	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。

### 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	0172900656		
法人名	NPO法人 こうえい会		
事業所名	こうえい愛宕館ユニットひかり館		
所在地	旭川市豊岡8条7丁目3-2		
自己評価作成日	平成27年3月5日	評価結果市町村受理日	平成27年3月26日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0172900656-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0172900656-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	タンジエント株式会社
所在地	北海道旭川市緑が丘東1条3丁目1-6 旭川リサーチセンター内
訪問調査日	平成27年3月17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)】

こうえい会の理念を元に、利用者さん一人一人のありのままを受け入れ、その人らしく生きる事、安心して穏やかに過ごすことが出来る様に、一人一人の状態に合わせて個別対応している。健康状態や認知症状の変化が見られるが、スタッフは情報を共有し、変化に対応する力を身につけるように努めている。カンファレンスではアセスメント力を身につけること、勉強会を通して、認知症ケアの知識と技術をアップすること、外部研修に積極的に参加することで研鑽を積むことなど、学ぶ機会を多く持っていて、スタッフがスキルアップ(資格取得)を目指す体制にある。

#### 【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 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓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 (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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 (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通い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 (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の間 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 (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
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 (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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 (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 く過ごしている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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 (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

## 自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 地域密着型サービスの意義を踏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	事業所内に理念を掲示し、各職員も携帯サイズを持って意識を高めている。また、定期的に行われるカンファレンスや勉強会でも理念を生かし話し合いが成され、職員は共有している。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 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	近所のスーパーに買物に行ったり、散歩中、庭の花を見せてもらうことや、日常的に外で出会うと挨拶を交わしている。また町内会の花植え、清掃、消防訓練等に参加し会話を交わしている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	定期的に運営推進会議を開いて具体的なケアの方法、実践、事例等を報告し、意見交換をして認知症の方の理解を求めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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か月に1回、年6回開催し、ご家族、行政、地域の方から意見を頂いたことを、日々のケアに活かせるよう努めている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	手続き等で分からない事は直ぐに介護高齢課、福祉課に連絡を取り、協力を頂いている。家族への支援にもアドバイスを頂いている。		
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	研修会に参加して理解を深め、勉強会では職員全員で身体拘束に関する事柄を学んで知識を深め、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 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	研修会に交代でスタッフは参加している。勉強会で報告、共有し、職員が意識を深めることが出来る様に学ぶ機会を設けている。学びの際には自分たちのケアを振り返り虐待に繋がらない様確認し合い、防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 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	外部研修や勉強会で学んでいる。外部研修後は他の職員にも報告して制度の理解に努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 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、解約の際には丁寧な説明を時間をかけて行っている。必ず説明後は不安や疑問を尋ね、相談を受け、理解、納得をして頂ける様努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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	折々に利用者さんからの意見を聞く、また引き出せるように関わりを持っている。ご家族の意見、要望も、電話でのやり取りや、来館時に話しやすいように関係作りに努めている。		
11	7	○運営に関する職員意見の反映 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	日々の業務の中で職員からの意見、提案を随時聞き、管理者は吸い上げた意見を主任会議の場に持って行き、検討し運営に反映させている。		
12		○就業環境の整備 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	職員のスキルアップのために資格取得を応援している。資格取得のための研修には一部助成がある。外部研修等にも積極的に参加を促し、向上心を持って働けるように努めている。また休暇を取りやすく調整し、働きやすい環境作りに努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	職員一人一人力量に合った研修を受ける機会を確保し、参加することを勧めている。また勉強会では介護技術、認知症について等テーマを決めて学び、資格取得だけでなく、日々のケアの質の向上を目指している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 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	外部研修で他の施設の方と交流を持っている。勉強会でも他の施設の方、他業種の方の講演を企画している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始前には自宅などを訪問し、面談を行って聞き取り、情報収集しており、本人の希望を探りながら関係づくりに努めている。事前に見学をしてもらい、少しでも不安なく入居出来る様に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	事前に見学して頂くことや自宅を訪問する事で、面談、聞き取りをして情報収集し、本人、家族の不安を受け止め、必要に応じて連絡を取り、信頼して頂ける様関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前には見学して頂き、家庭訪問して状況を見極めるためにアセスメントしている。それに基づき必要な支援を確認しケアプランに反映し行っている。訪問看護、訪問歯科等のサービスも状況に合わせ利用できる説明もしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	それぞれ利用者さんの出来る事に合わせ、洗濯物片付け、寝具の交換、掃除、台所片付け、調理の下ごしらえなど、本人の自立を支えながら共に行っている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族会、推進会議、各行事に参加して頂いている。定期的な電話連絡と面会時には本人の状況を伝え、ご家族と共に支えて行けるように関係づくりに努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	加齢、認知症状の進行により、分からなくなって不安になることが多くなっているため、本人の現状に合わせ対応している。		
21		○利用者同士の関係の支援 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	利用者さん同士の関係を把握し、良好な関係が築ける様に、職員が仲立ちとなって話題提供をしている。行き違いがあってもトラブルにならない様に配慮し、支え合えるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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	亡くなられた利用者さんのご家族も、顔馴染みになった利用者さんの為に、顔出しする事や、野菜などを持って来て下さること、介護サービスの相談を頂く事もある。		
<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 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	日常生活における利用者同士の会話や職員との会話から得られる発言を把握し、カンファレンス等で情報を共有し検討して、希望や意向に沿ったケアの実現に努めている。		
24		○これまでの暮らしの把握 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	家族、利用していた介護サービス事業所からの情報提供して頂き、本人の発言、行動からその背景をアセスメントして、ケアに反映出来る様に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 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	それぞれが一日をどのように過ごすか、心身の状態、認知症状など現状を把握し、職員は情報を共有してその人のペースで過ごせるよう努めている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	毎月カンファレンスを行っており、本人の現状課題の把握とより良い暮らしの為に職員は意見を出し合い、家族からの要望、関係者からの意見、提案なども協議して、ケアプラン作成に生かしている。		
27		○個別の記録と実践への反映 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	本人の日々の様子、発言内容、ケアの実践その結果、気づきなどを個別記録に記入し、また連絡ノートなども活用して職員は情報を共有している。カンファレンス等で見直し、ケアの工夫に繋がっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	個々の外出したいニーズに対応し、日常的な買物、散歩の他、外食、ドライブなど施設外でも楽しんで頂ける様に努めている。利用者さんの必要に応じて個別に訪問看護によるリハビリの利用もしている。		
29		○地域資源との協働 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	町内の花壇作り、清掃に参加し近所の方々と顔馴染みになっている。ショッピング、外食、喫茶店利用、花見、りんご狩りなど楽しめる機会を設け、生活を楽しめるよう支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	かかりつけ医は本人と家族の希望を聞き、定期受診もしくは往診を受けやすい体制をとり、医療機関との連携を築いている。週1回の医療連携体制により日々の体調確認と、看護師による健康チェックにより変化がある時にはアドバイスを頂いてかかりつけ医に繋げている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	週1回医療連携を実施して、日々のケアの中で得た本人の体調の変化、気づきを相談し、医療の観点からアドバイスをもらっている。適切な処置、受診へとつなげ、利用者の健康管理を行っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。	入退院時において、病院と利用者の家族と連絡体制を整えて、必要な情報交換を行っている。入院生活の様子、治療の経過など実際訪問することや医療関係者より情報を得て、安心して治療が出来る様に、早期に退院へとつなげる様に医療との関係づくりに努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、事業所の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	医療関係者や利用者、家族と話し合いを設け、本人、家族の希望を確認し、医療関係者の意見、事業所で出来る事を確認し合っている。重度化した場合のケアの体制を整え、ターミナルに移行する場合には対応出来る様に準備している。		
34		○急変や事故発生時の備え 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	勉強会では救命救急の受講を定期的に行うことや、急変時や事故発生時に対応出来る様にシミュレーションを定期的に繰り返し行い、実践力を身に付けている。		
35	13	○災害対策 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	定期的(年2回)に避難訓練を行い、事業所の避難経路や消火器の場所の確認、チェックを行っている。運営推進会議時に訓練を行って、訓練の状況を地域の方に見て頂き、意見をもらい、協力を得る様に努めている。		

#### IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 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	一人一人の人格やプライバシーを尊重し、その人らしさを受け止め、安心して生活できるように、言葉使い等ケアの内容に不適切なものはないかスタッフは確認し合っている。その人らしく生活出来る様努めている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	自己選択、自己決定する場面ではそれが出来る様に働きかけ、本人の思いを尊重し、希望に沿えるように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 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	入浴時、入りたい時間帯を希望に添えるように時間の調整を行っていることや、朝ゆっくり起きたい方は、食事時間を遅らせる等、出来るだけ一人一人のペースを大切に努力をしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 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	定期的に訪問理容や地域の理髪店を利用して、利用者さんに喜んでもらっている。外出時には外出着に着替え、ご本人らしい装いで外出を楽しんでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食器の片付け、調理の下ごしらえ、味見をしてもらうなど、利用者との関わりの中で食事に対する楽しみを一緒に持っている。好物の確認、各自に合わせた提供方法、盛り付けの工夫で更に食欲を刺激している。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 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	チェック表などを利用し、一人一人に対して状態を確認し、ケアを行っている。個々に合わせた食事量、具材の形態を整えて、栄養、水分摂取が確保出来る様に支援している		
42		○口腔内の清潔保持 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	朝、晩の口腔ケアを各自の状態に合わせて行っているが、人により拒否が強い時には毎回行えないときは、時間をずらすなど工夫して行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 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	出来る限りトイレで排泄出来る様に誘導などのケアを行っている。時間排泄、リハビリパンツ、パットの使用をしている方もいて、利用者さん一人一人の状態に合わせて対応している。手すりなどの環境を整え、トイレでの排泄に繋げている。		
44		○便秘の予防と対応 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	食物繊維の多い食材、ヨーグルトなど取り入れている。排便サイクルをチェック表で把握し、下剤を調整をして各自の状態に合わせて便秘の予防に努めている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 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	温泉気分を味わえる入浴剤や暖簾を用いて雰囲気を作り、環境を整えている。利用者との関わりを大切に、体調や気分などを考慮しながら、個々のタイミングを計り、入浴を楽しめるように行っている。		
46		○安眠や休息の支援 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、年齢も考慮して日中昼寝をして頂く方や、昼夜逆転しない様に適切な日中の活動量を増やす等個々に合わせた関わりをしている。一人一人の気持ち思いを大切に、就寝準備にはゆっくり関わって安心して入眠できるように努めている。		
47		○服薬支援 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	薬の内容表をチェックし、目的、副作用を確認。錠剤が多く飲みづらい方には医師に相談し、粉碎する、服薬ゼリーを使用するなど飲みやすくして服用。また誤飲が無い様、変化した時には確認し合いチェックしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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	日々の生活の中で台所仕事、洗濯物たたみ、雑巾づくりなどを本人の得意な事や持っている力を活かせるように支援している。パズルや花札、トランプ、ゲーム等でも楽しみ、張り合いのある生活を支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	18	○日常的な外出支援 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。また、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	月々可能な限り、外出支援をしている。また果樹園や空港等遠出のドライブ、興味のあるイベント観覧など計画し実施している。認知症状の進行により、訪問理容の利用が多くなっているが、地域の理容院利用が可能な方は、利用している。受診時に食事や喫茶店を利用する等、各々の希望に合わせて個別対応している		
50		○お金の所持や使うことの支援 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	それぞれの力に応じて数千円程度、自ら管理している方もいるが、大きな金額は事務所管理している。買い物時は個々の状態に合わせて自ら支払いして頂ける様に支援している。		
51		○電話や手紙の支援 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している	希望があれば、いつでも電話を使えるようにしており、ご家族からの電話も取り次いでいる。家族や友人との手紙のやり取りも出来る様に支援しており、ポストに投函に出たり、職員が代わりに投函して、絆を繋げている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 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	日差しが強い時には遮光し、夜は光の明るさ、色を調整できる蛍光灯を使用している。また湿度の調整も行っている。季節ごとに皆で作成した作品なども装飾し、季節感を感じ、居心地良く過ごせるように工夫している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	それぞれの気分や状態に合わせてご自分で移動したり、職員が誘導している。それぞれが安心できる居場所になるように職員は工夫している。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	居室には本人が使っていた馴染みの家具や思い出の品、写真などがあり、居心地良く過ごして頂ける様配慮している。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「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	利用者の歩行、利用するところには手すりがあり、床は段差、しきりはなく、分かりやすいように場所の表示をしたり、一人一人が安全に過ごせるよう工夫している。		

## 目標達成計画

## 【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	38	利用者さん一人一人、体調や認知症状に変化がある。	一人一人の状態を把握し、対応する力を持つため、チームケアを強化する。	利用者さん一人一人への観察力を高め、アセスメント力を向上させ、情報を共有する。一人一人に必要なケアをスタッフは統一させて行うため、確実に伝わる情報の共有の工夫を行う。カンファレンス等で課題を検討し、見直しが必要な所は状況に応じて対応していく。	1年
2	52	安心して生活する。	利用者さんの思い、気持ちを探り寄り添うケアの実践。安心してきて快適な生活を送れる環境を整える。	認知症の方にとって、スタッフ自身も環境であることを意識する。声かけのトーン、言葉遣い、動きに気をつけて利用者さんにとって、ゆったりとした焦らせない心地よい環境を作る。認知症の方の内的世界に寄り添い、思いを汲み取れることの出来るケアを実践する。その為、その人の生活歴など掘り起し、アセスメントを強化して情報を共有しケアに活かしていく。	1年
3	48	自分で出来ることは続けたい。	自分の持つ力を維持する	本人の持つ力を発揮できる場を作る。日常の営みの中で、本人の意欲を引き出し、それぞれの力に応じて、調理、掃除など職員とともに行なう。本人が続けている趣味活動は継続できるように支援していく。	1年
4	48 49	アクティビティを確保する。	レクリエーションの充実	年間、月間のレクリエーションを企画する。日々の生活の中で複数で楽しめるもの、個人で楽しめるものを考え、スタッフは出し合い、実践し楽しい時間を作る。外出は、事前に計画の必要な大きな外出、その日の状況に合わせて臨機応変に対応できる外出など個々の状態に合わせて個別対応する。(外食、イベント参加、喫茶店利用、理髪店利用など地域資源を利用する)	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。