

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   | 2091500070     |            |            |
| 法人名     | 株式会社 ニチイ学館     |            |            |
| 事業所名    | ニチイケアセンター塩尻    |            |            |
| 所在地     | 長野県塩尻市大門三番町2-3 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年11月19日    | 評価結果市町村受理日 | 平成24年5月10日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                      |  |  |
|-------|----------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部 |  |  |
| 所在地   | 長野県松本市巾上13-6         |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年12月22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)】

|   |
|---|
| <p>入居者様が安心して過ごせる環境作りと、一人一人に寄り添ったサービス提供を行っている。又、地域との関係を大切に、地域の行事に積極的に参加している。</p> |
|---|

【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)】

|  |
|--|
| <p>グループホームニチイのほほえみ塩尻は開所して2年が経過し、地区長、民生委員の理解と協力のもと、地域密着型サービスとしての基盤づくりに取り組まれてきた。散歩支援をはじめ災害時の避難訓練には、地域住民や商店街の参加と協力を得られるなど、徐々に地域とのなじみの関係が構築されている。利用者と家族の不安のひとつでもある看取りについては、事業所としての指針が打ち出され、協力医療機関との連携のもと利用者の希望に添えるよう取り組まれている。今後もケアの質の向上のために、「本人の気持ちはどうか」という視点でチームでの検討を行い、検討課題については前向きに取り組まれる旨をうかがった。</p> |
|--|

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

| ユニット名(ひまわり) |  |                       |   |    |   |                       |   |
|-------------|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 項目          |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当する項目に○印 |   |
| 56          | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57          | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58          | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59          | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60          | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61          | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<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    |    |   |                       |   |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します |  |  |    |   |  |
|--|--|--|----|---|--|
| ユニット名(たんぽぽ)  |  |  |    |   |  |
| 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)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>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)            | ○<br>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)                     | ○<br>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)                 | ○<br>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) | ○<br>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)  | ○<br>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)                                      | ○<br>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)                | ○<br>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                                       | ○<br>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)       | ○<br>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                                   | ○<br>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) | ○<br>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                      | 定期的に理念の唱和を行い、職員一人一人が日々の介護の中でも実践していけるように、心がけている。                                 | 母体法人の経営理念のほかホーム独自の指針を創り事務所に掲げ、朝礼やミーティングの際に唱和されている。   |   |
| 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                      | 地区の行事に積極的に参加させていただくことで、入居者様の生活の充実を意図とし、近隣の住民の皆様との交流も同時に行なっている。                  | 地区長、民生委員の働きかけにより、毎月地区の元気教室への参加をはじめ、地域の方々の見守りのもと地区行事へも積極的に参加されている。保育園との交流は行われているが、小・中学校などの交流は今後の課題となっている。 |   |
| 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                    | ホームとユニットごとの会議での話し合いや研修を通して、職員の介護技術の向上を目指すとともに、行事に参加することで、近隣の方への理解も得られるよう努力している。 | /  | /   |
| 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 | ホームでの取り組みや生活状況の報告などを通して、ご意見や提案を参考にさせていただき、常に入居者様の日々の生活の向上に繋がっていくよう努力している。       | 運営推進会議は、利用者家族をはじめ、地区長、民生委員、市役所職員など多彩なメンバーで開催され、取り組み状況の報告などが行われていた。                                       | 運営推進会議は、地域や行政の理解と支援を得るための貴重な機会である。検討事項の話し合いや現状報告のほか、事業所が次のステップに向けた目標を実現するための意見が得られえうよう、メンバーが積極的に関わるといった働きかけを期待する。 |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる            | 担当行政との連絡をかかさず、よりよい協力関係を築けるよう努力している。   | 運営主審会議には市職員が参加し、ホームの報告を把握してもらっているほか、必要に応じて連絡をとり協力関係を築いている。   |   |

| 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  |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | ホーム会議などの中で研修を行い、職員一人一人に浸透するよう定期的に確認している。                                     | 職員は、ホーム会議や事業所内の研修を通じ、身体拘束をしないケアの重要性を認識している。玄関の施錠はしているが、帰宅願望のある時には、一緒に外に出て気を紛らわせるなど、安全面に配慮した取り組みを行っていた。 | 今後も研修等を重ね、身体拘束による弊害を理解し拘束のないケアの実践を継続するとともに、鍵をかけない安全な暮らしの工夫について、職員全員で検討されることを望む。  |
| 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      | 会議内での研修や勉強会で実例などを参考にした資料を読み合わせ、どんな事が虐待にあたるのか、確認し、それに対する意見交換なども行なっている。        |  |  |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している  | 今後の事も見据えて、これから研修や勉強会などを開き、職員全員で共有できるよう心がけている。                                |  |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                       | 契約される入居者様やご家族に対する説明を事前に十分にし、納得されてから行なえるよう努めている。                              |  |  |
| 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                   | 面会時などに常に今の状況をお伝えし、入居者様の望まれていることも同時にお伝えすることで、よりよいホームでの生活に繋げていけるよう職員間でも共有している。 | 家族との窓口は、ユニットリーダーである。運営推進会議や家族会、面会等で家族の意見や要望を聞き、出された意見はミーティングで話し合い、日々のケアに反映されている旨を伺った。                  | 家族は、要望を言い出し難いということを理解し、事業所での運営に関する取り組みや様子などの便りの送付や、利用者や家族の立場に立ち意見や要望等を表せる機会づくりを検討されることを望む。                               |
| 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                                    | ホーム会議やユニット会議で、職員からの意見や提案を聞き、ホーム自体の運営がスムーズに行なえるよう努めている。                       | ホーム会議で職員から出された意見は話し合い、運営に反映されている。事務職員が相談役になることが多く、管理者は必要に応じてスキルアップ面談等を行なっている。                          | 管理者はユニットリーダーも兼務しているため、現場のケアの実情は把握しやすい反面、職員の個々の相談を聞きにくい状況にあると思われる。職員の働く意欲の向上が質の確保に繋がることから、職員と管理者は日頃からのコミュニケーションを図られるよう望む。 |

| 自己                           | 外部 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------------------------------|----|--|---|------|-------------------|
|                              |    |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 12                           |    | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 各自の勤務状況を把握し、日々の業務の中や面談の中で、聞き取りも行い、よりよい就業環境となるよう努めている。       |      |                   |
| 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         | 研修や講習会などの開催を伝え、参加を促し。一人一人の介護スキルのアップに繋がるよう、各自に指導している。        |      |                   |
| 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 | 研修や講習会などの開催を伝え、同業者と交流の機会を持ち、よりよいサービスの向上に努めている。              |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |   |      |                   |
| 15                           |    | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている           | 入居者様の生活歴などを把握し、本人からの意見も取り入れられるよう、日々のコミュニケーションも欠かさぬよう努力している。 |      |                   |
| 16                           |    | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                      | 事前の説明や面接時に不安な点などもしっかりと聞きし、ホームの現状なども踏まえた上で、よりよい信頼関係作りに努めている。 |      |                   |
| 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                  | 本人にとってその時、最善のサービスが行なえるよう、他のサービスの利用も提案できる体制で運営している。          |      |                   |

| 自己                                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|-----|---|---|--|-------------------|
|                                    |     |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 18                                 |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                       | 介護従事者として業務にあたることはもちろん、一人の人としても、入居者様に関わっていくよう職員に指導している。          |  |                   |
| 19                                 |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている        | 家族の間接的な介護力も活かしていけるような、信頼関係を築けるよう努めている。                          |  |                   |
| 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                    | 家族以外の友人や、近隣の住民の方でも気軽においでいただけるような環境作りに努めている。                     | 職員は、利用者がこれまで培ってきた人間関係を把握し、家族の協力を得ながらの墓参りや買い物など、つながりを継続できるような支援に取り組まれていた。 |                   |
| 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                | 共同生活の良さを活かし、一人ひとりが充実した生活を送れるよう、個々のADLを考慮しながらサービスを提供している。        |  |                   |
| 22                                 |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 契約が終了してもいつでも相談、提案が出来るよう、フォローを行なっている。                            |  |                   |
| <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                        | 日々のホームでの暮らしや聞き取りから、その時に本人の望まれている要望を把握し、よりよいサービスの提供が出来るよう、努めている。 | 職員は一人ひとりの思いや意向について、本人の表情から汲み取るとともに、家族の意見やカンファレンスの意見交換により、意向の把握に努められている。  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 24 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 本人や家族からの聞き取りや、記録から生活歴を把握できるように努めている。                               |  |                   |
| 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   | 日々の介護の記録をしっかりと記載し、職員間での情報の共有などから、お一人お一人の現在のADLを把握するよう努めている。        |  |                   |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<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 | カンファレンスを定期的に行なうことで、その後の介護に活かせるよう、計画書を作成している。                       | 職員は日頃より入居者や家族の関わりの中で思いや意向を把握し、ユニット会議で情報提供が行われている。計画作成担当者が立案した計画はカンファレンスで話し合われ、現状に即した計画になるよう取り組まれていた。 |                   |
| 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                        | 介護記録の記載を徹底し、今後の介護に活かせるよう、ユニット単位での会議などにカンファレンスを行い、職員間での情報の共有に努めている。 |  |                   |
| 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               | 単一的な対応にならないよう、本人やご家族からのニーズを聞き取りし、柔軟に対応するよう努めている。                   |  |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 地域資源の円滑な利用の為に、どのような資源があるか把握し、必要な時に必要な資源利用が出来るよう努めている。              |  |                   |

| 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  |
| 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                                 | 本人やご家族が納得された医療機関を利用できるような環境の構築に努め、適切な支援が出来るよう日々努力している。             | 事業所の協力医による往診や、訪問看護師による健康チェックが行われている。本人、家族の希望したかかりつけ医での受診支援が行われている旨をうかがった。                  |  |
| 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                          | 定期的な訪問看護の受診時に心身状態を伝えることで、適切な指導や看護を受けられるよう努め、経過報告も行なっている。           |  |  |
| 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。 | 入院時適切な情報提供が出来るよう、日々の生活状況を把握し、医療関係者との連携もスムーズに行なえるよう、日頃から心がけている。     |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | ご本人や御家族と相談し、地域、医療関係者と協力しながら、本人の希望に沿った安楽な終末期に向けた支援を行っていきけるよう努めている。  | ホームで対応しうる看取り支援にむけ、重度化の際の指針を作成し本人、家族の希望を確認するとともに、医師、訪問看護師に連携のもと、安心した最期を迎えられるよう前向きに取り組まれている。 | 重度化や終末期の対応のあり方は、利用者と家族の不安のひとつである。個々の利用者と家族のニーズをくみ取り、事業所でできる最大限の支援方法をチームで話し合うことが大切である。他の事業所での取り組みを参考にしたり、研修を重ねるなど、職員の心理面への影響も配慮して体制を整えられることが望まれる。 |
| 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  | 研修や勉強会を定期的に関き、地域での講習会などにも積極的に参加する事で、緊急時の対応に対し職員がスムーズに行動出来るよう努めている。 |  |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 年間行事の中に定期的な防災訓練を取り入れ、地域の方と協力してスムーズな避難が出来る体制作りを目指している。              | 年に2回の防災訓練が行われている。消防団をはじめ近隣住民の協力支援体制が整ってきた。   | 火災ばかりでなく、地震、水害、大雪など様々な災害が予想される。入居者の高齢化、身体機能の低下や重度化が予想され、外階段を使っでの避難は困難が多いと思われる。ホーム会議をはじめ、運営推進会議などで話し合い、災害時に適確に誘導できる方法を検討されることを望む。                 |



| 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                   | ホーム内での会議時などに研修や勉強会を開き、常に介護員一人一人が意識して介護業務に従事できるよう努めている。                   | プライバシーの保護と人格の尊重は、対人援助の基本原則であり、研修や勉強会を通して職員は認識してケアされている。日頃の職員の言動については、管理者によるチェックが行われている。 |   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 日常の会話やしぐさの中から本人の思いを汲み取るように努め、研修や会議の中で介護者本位の介護や選択になってしまわないよう、職員へも働きかけている。 |   |   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 一人ひとりの生活のペースなどにも配慮しながら、希望に沿ったゆとりある生活を支援して行けるよう心がけている。                    |   |   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 毎日の生活の中で気軽におしゃれを楽しめるような環境を作るとともに、その人らしさを失わないような支援を行って行く努力をしている。          |   |   |
| 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     | その方の好み、食べ方を職員一人一人が把握しながら介護業務にあたるよう、ユニット毎の会議やカンファレンス時にその情報を共有している。        | 管理者は、利用者と職員と一緒に同じ食事を楽しむことの重要性を理解されているが、母体法人の方針や利用者の食事サポートなどのために、同じ献立の食事は行われいない。         | 職員と利用者が同じ食事を一緒に楽しむことは、家庭的な生活環境の中で日常生活を送る上では重要な事である。職員による話し合いや、他施設での取り組みを参考にするなど、ケアの現場から法人に働きかけ前向きに検討されることを期待する。 |
| 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          | 常日頃の介護記録をしっかりと記載することはもちろん、会議やカンファレンス時に、よりその方にあった食事を提供出来るよう話し合っている。       |   |   |

| 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 |
| 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                       | 入居者様一人ひとりの口腔ケアを職員が把握でき実践できるよう、会議やカンファレンスでの情報を共有している。                                    |   |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている       | 常に最新の心身状態を把握し、問題があればその都度最適な排泄方法を検討し、実践しているよう情報を共有している。                                  | トイレは車椅子対応のスペースが確保され、清潔に整備されていた。職員は、トイレでの排泄やオムツをしないですむ暮らしの大切さを理解し、さりげないトイレ誘導が行われていた。 |                   |
| 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                       | ユニット毎の会議や研修などで職員が理解を深め、便秘になりにくい食事の提供や、運動を勧められるよう努めている。                                  |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 入居者様の希望に添えるよう、一人ひとりにその都度声掛けし、入浴の時間帯などをお勧めしている。  | 職員は、入浴時の羞恥心や負担感を理解し、利用者に無理強いすることなく、言葉掛けやタイミング、対応の工夫をしながら、ひとりひとりに合わせた支援に取り組まれている。    |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                        | 安楽な睡眠を得られるよう、日々の介護記録や本人からの聞き取り、また研修や勉強会などを行い、その方に合った睡眠をとっていただけるよう努めている。                 |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                   | 研修やユニット毎の会議、日々の申し送りなどから職員が薬について把握できるよう情報を共有し、体調の変化にも気を配っている。新しく処方が出た薬についても同様に情報を共有している。 |   |                   |

| 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 |
| 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  | レクリエーション時や日常の会話から、その方の楽しみや嗜好を職員が把握し、日々の暮らしの中で余暇を楽しむ時間が持てるよう配慮している。       |   |                   |
| 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                      | 地域の方やご家族に協力をお願いしながら、本人の希望にそった外出の機会を確保できるよう配慮している。                        | 散歩コースは特に決められていないが、民生委員や近隣の住民の見守りのもと、天気の良い日には散歩支援が行われている旨をうかがった。 |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 金銭の管理は事務が行っているが、本人のご希望で、いつでも必要な時に使用できるよう配慮している。                          |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | ご本人の意向に沿い、ご家族や友人への電話や手紙でのやり取りが自由に出来るように配慮している。                           |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居者様が落ち着いて日常生活をおくれる住環境整備を心がけ、心身共に健康を保てるような温度や採光に努めている。                   | ホールからは廊下、台所、食堂が見渡せる構造となっている。壁には利用者とともに作られた季節感ある飾り付けがされていた。      |                   |
| 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  | 一人ひとりのホームでの生活で望まれていることを把握し、リビングでの席の配置なども考慮し、和室も共用空間として有効利用していけるように努めている。 |   |                   |

| 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 |
| 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 | 居室の家具など、私物の構成は本人やご家族と相談し、その方の嗜好に沿った部屋作りができるように心がけている。 | 居室はプライバシーを保てる個室であり、タンスや写真、テレビなどの希望に応じた持ち込みのほか、畳に布団を敷くなど本人がその人らしく過ごせるように整えられていた。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している    | 入居者様のADLを職員が把握し、より使いやすく、安全な生活が送れるような環境作りを目指している。      | /   | /                 |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |   |
|-------------------|-----|---|--|--|---|
|                   |     |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                      | ニチイ学館の経営理念の唱和を定期的に行うとともに、ホーム独自の目標も職員のいつも目につく場所へ掲示し、実践へつなげている。          | 母体法人の経営理念のほかホーム独自の指針を創り事務所に掲げ、朝礼やミーティングの際に唱和されている。   |   |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している                      | 地域へのイベント参加はもちろん、ボランティアも導入している。散歩やイベント参加などの機会に近隣住民との交流も出来ている。           | 地区長、民生委員の働きかけにより、毎月地区の元気教室への参加をはじめ、地域の方々の見守りのもと地区行事へも積極的に参加されている。保育園との交流は行われているが、小・中学校などの交流は今後の課題となっている。 |   |
| 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                    | 事業所としての地域貢献に取り組んでいる。又、行事の参加や交流の中で、地域の方々へも認知症の人の理解や支援の方法を伝えていけるよう努めている。 | /  | /   |
| 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 | ホームの取り組み状況の報告・意見交換を通し、サービスの向上に活かすとともに、地域参加へも大きく反映されている。                | 運営推進会議は、利用者家族をはじめ、地区長、民生委員、市役所職員など多彩なメンバーで開催され、取り組み状況の報告などが行われていた。                                       | 運営推進会議は、地域や行政の理解と支援を得るための貴重な機会である。検討事項の話し合いや現状報告のほか、事業所が次のステップに向けた目標を実現するための意見が得られようよう、メンバーが積極的に関わるとの働きかけを期待する。 |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる            | 市町村担当者への相談はもちろん、アドバイスもいただきながら、協力関係を築いていけるよう努めている。                      | 運営主審会議には市職員が参加し、ホームの報告を把握してもらっているほか、必要に応じて連絡をとり協力関係を築いている。   |   |

| 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  |
| 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 | マニュアルの読み合わせ、研修会の開催により、職員全員の身体拘束への理解を深め、身体拘束のないケアに向けて取り組んでいる。                                    | 職員は、ホーム会議や事業所内の研修を通じ、身体拘束をしないケアの重要性を認識している。玄関の施錠はしているが、帰宅願望のある時には、一緒に外に出て気を紛らわせるなど、安全面に配慮した取り組みを行っていた。 | 今後も研修等を重ね、身体拘束による弊害を理解し拘束のないケアの実践を継続するとともに、鍵をかけない安全な暮らしの工夫について、職員全員で検討されることを望む。  |
| 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       | マニュアルの読み合わせ、研修会の開催により、虐待に当たるものが何なのかを理解し、虐待行為がないのはもちろん虐待が見過ごされることなく、小さなことでもすぐ相談できる環境であるように努めている。 |  |  |
| 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   | 現在、対象となる入居者はいないが、勉強会などの機会を設け、今後活用できるように考えている。   |  |  |
| 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                        | 契約・解約には、十分な時間をかけて説明し、質問・疑問を聞き、入居者と家族が納得して契約を締結できるよう努めている。                                       |  |  |
| 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                    | 面会時に意見・要望の言いやすい環境・関係作りを努めている。又、意見箱の設置・苦情窓口も設け、運営へ反映させている。                                       | 家族との窓口は、ユニットリーダーである。運営推進会議や家族会、面会等で家族の意見や要望を聞き、出された意見はミーティングで話し合い、日々のケアに反映されている旨を伺った。                  | 家族は、要望を言い出し難いということを理解し、事業所での運営に関する取り組みや様子などの便りの送付や、利用者や家族の立場に立ち意見や要望等を表せる機会づくりを検討されることを望む。                               |
| 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                                     | 日頃から職員の意見・提案に耳を傾けるよう努めるとともに、会議などを通して運営に反映させている。   | ホーム会議で職員から出された意見は話し合い、運営に反映されている。事務職員が相談役になることが多く、管理者は必要に応じてスキルアップ面談等を行なっている。                          | 管理者はユニットリーダーも兼務しているため、現場のケアの実情は把握しやすい反面、職員の個々の相談を聞きにくい状況にあると思われる。職員の働く意欲の向上が質の確保に繋がることから、職員と管理者は日頃からのコミュニケーションを図られるよう望む。 |

| 自己                          | 外部 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|-----------------------------|----|--|--|------|-------------------|
|                             |    |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 12                          |    | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 各自が向上心を持って働けるよう、スキルアップ制度の利用や面談の実施など、コミュニケーションを密にとり、職場環境・条件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         | 職員一人一人の力量を考慮し、研修会や講習会への参加を促し、働きながらトレーニングしていただけるように努めている。             |      |                   |
| 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 | 研修会や講習会へ参加し、同業者との交流を通してサービスの向上に反映できるよう努めている。                         |      |                   |
| <b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |  |      |                   |
| 15                          |    | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている           | コミュニケーションを1番に考え、会話の中から本人の不安や訴えを探りだし、要望にそって安心を確保するための環境作りに努めている。      |      |                   |
| 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                      | 施設見学・事前面談時など、家族との会話から不安点・要望をじっくり聞き、信頼関係に努めている。                       |      |                   |
| 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                  | 本人の状況や家族の要望などから、より望ましいサービスが必要であれば、他のサービスも提案し、支援に努めている。               |      |                   |

| 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 |
| 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                       | 一人一人の能力を発揮できる自立支援を促しながら、共同で生活する立場としての関係を築けるように努めている。                     |  |                   |
| 19                                 |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている        | 家族が気軽に面会でき、面会時は家庭の雰囲気でも過ごせ、時には家族で外出・外泊する機会を作って家族の絆を大切に出来る環境作りに努めている。     |  |                   |
| 20                                 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<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                    | 親類はもちろん、近所の友人・昔馴染みの友人など、今まで大切にしてきたなじみの関係が壊れず、いつでも誰でも面会・外出の出来る環境作りに努めている。 | 職員は、利用者がこれまで培ってきた人間関係を把握し、家族の協力を得ながらの墓参りや買い物など、つながりを継続できるような支援に取り組まれていた。 |                   |
| 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                | 利用者同士がお互い支えあって生活できるよう、コミュニケーションの手助けや関係作りの架け橋となるよう努めている。                  |  |                   |
| 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 | 契約が終了しても、何かあれば相談に応じ、それまでの関係性も大切にしながら支援できるよう努めている。                        |  |                   |
| <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                        | 利用者それぞれの思いや暮らしの希望・意向を把握できるようにコミュニケーションに努め、困難な場合は話し合いや定期的な会議の場などで検討している。  | 職員は一人ひとりの思いや意向について、本人の表情から汲み取るとともに、家族の意見やカンファレンスの意見交換により、意向の把握に努められている。  |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----|------|--|--|---|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 24 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 家族からの情報や、本人の思い出話・行動をもとに、センター方式の記録を通して、把握に努めている。            |   |                   |
| 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   | 生活状況や心身状況など、センター方式の記録を通し、変化や現状の把握に努めている。                   |   |                   |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<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 | 定期的なカンファレンスの実施により、それぞれの関係者の意見やアイデアを反映させた計画書の作成に努めている。      | 職員は日頃より入居者や家族の関わりの中で思いや意向を把握し、ユニット会議で情報提供が行われている。計画作成担当者が立案した計画はカンファレンスで話し合われ、現状に即した計画になるように取り組まれていた。 |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個別に日々の様子やケアの状況を介護記録へ記入し、職員間で共有しながら、実践や計画書の見直しに活かしている。      |   |                   |
| 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               | その時々生まれるニーズに対し、一つの考えにとらわれず、いろいろな意見を聞いて柔軟な支援が行えるように努めている。   |   |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 身近な地域資源の把握と、本人の参加・地域の関わりにより、地域の中で本人が安全に楽しく暮らせるような支援に努めている。 |   |                   |

| 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  |
| 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                                 | 本人・家族が希望しているかかりつけ医と事業所の関係の構築に努め、適切な医療を受けられるよう支援に努めている。             | 事業所の協力医による往診や、訪問看護師による健康チェックが行われている。本人、家族の希望したかかりつけ医での受診支援が行われている旨をうかがった。                  |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 月4回の訪問看護で、健康に関する相談や情報の交換を行い、適切な受診や看護を受けられるように努めている。                |  |  |
| 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。 | 入退院時は、病院関係者と連絡を密に取り、早期退院に向け情報交換や相談に努めているが、それ以外でも病院関係者との関係作りに努めている。 |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 本人・家族との話し合いにより、意向を踏まえた方針を共有し、関係者の協力のもと安楽な終末期生活を過ごせるような支援に取り組んでいる。  | ホームで対応しうる看取り支援にむけ、重度化の際の指針を作成し本人、家族の希望を確認するとともに、医師、訪問看護師に連携のもと、安心した最期を迎えられるよう前向きに取り組まれている。 | 重度化や終末期の対応のあり方は、利用者と家族の不安のひとつである。個々の利用者と家族のニーズをくみ取り、事業所のできる最大限の支援方法をチームで話し合うことが大切である。他の事業所での取り組みを参考にしたり、研修を重ねるなど、職員の心理面への影響も配慮して体制を整えられることが望まれる。 |
| 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  | マニュアルの読み合わせ、定期的な研修や訓練の実施により、急変や事故発生時の対応がスムーズに行える実践力を付けている。         |  |  |
| 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  | 定期的に避難訓練を実施している。時には地域の方にも訓練に参加していただくことにより、地域との協力体制の構築に努めている。       | 年に2回の防災訓練が行われている。消防団をはじめ近隣住民の協力支援体制が整ってきた。   | 火災ばかりでなく、地震、水害、大雪など様々な災害が予想される。入居者の高齢化、身体機能の低下や重度化が予想され、外階段をを使っての避難は困難が多いと思われる。ホーム会議をはじめ、運営推進会議などで話し合い、災害時に適確に誘導できる方法を検討されることを望む。                |

| 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                   | その方の人格を尊重し、プライバシーを損ねることのないよう、言葉の一つ一つを大切にした声かけや対応に努めている。                         | プライバシーの保護と人格の尊重は、対人援助の基本原則であり、研修や勉強会を通して職員は認識してケアされている。日頃の職員の言動については、管理者によるチェックが行われている。 |   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 利用者が思いや希望を言いやすい環境作りに努め、自己決定できるような声かけや促し方を心がけている。                                |   |   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 利用者一人一人のペースを大事にし、その方の希望を聞きながら、その人らしい一日を過ごせるように努めている。                            |   |   |
| 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                                  | 外出の機会や、地域の方との交流など、人と接する機会を持つことにより、おしゃれの意欲をなくさないような環境作りと、その人らしい身だしなみへの支援に心がけている。 |   |   |
| 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     | その方の好みや力を活かし、それぞれが役割を持って食事の準備から片付けまでの流れに参加し、食事が楽しみなものになるような支援を心がけている。           | 管理者は、利用者と職員と一緒に同じ食事を楽しむことの重要性を理解されているが、母体法人の方針や利用者の食事サポートなどのために、同じ献立の食事は行われにくい。         | 職員と利用者が同じ食事を一緒に楽しむことは、家庭的な生活環境の中で日常生活を送る上では重要な事である。職員による話し合いや、他施設での取り組みを参考にするなど、ケアの現場から法人に働きかけ前向きに検討されることを期待する。 |
| 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          | 個々の身体状況や習慣を理解し、必要な栄養摂取や水分の確保ができるよう、それぞれに応じた対応を心がけている。                           |   |   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----|------|---|--|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                  | 個々の口腔状態を把握し、それぞれの身体状況や能力に応じた口腔ケアを毎食後に実施している。                               |   |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている  | 排泄行為の自立へ向け、それぞれの排泄パターンや習慣に合わせたトイレ誘導や声かけなどを行い、排泄の失敗やおむつの使用を減らせるような支援に努めている。 | トイレは車椅子対応のスペースが確保され、清潔に整備されていた。職員は、トイレでの排泄やオムツをしないですむ暮らしの大切さを理解し、さりげないトイレ誘導が行われていた。 |                   |
| 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                  | バランスの良い食事、野菜や乳製品の摂取や水分の摂取、適度な運動を促すなど、個々に応じた便秘予防に努めている。                     |   |                   |
| 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 | その方の体調や希望に合わせて、楽しめる入浴となるような配慮と、個々の身体状況や能力に応じた支援に努めている。                     | 職員は、入浴時の羞恥心や負担感を理解し、利用者に無理強いすることなく、言葉掛けやタイミング、対応の工夫をしながら、ひとりひとりに合わせた支援に取り組まれている。    |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                   | その方の生活習慣や体調、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な支援を心がけている。                     |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|--|---|---|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている   | 個々の内服薬について全職員が理解し、服薬の支援や体調・症状の変化の確認に努めている。  |   |                   |
| 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  | 一人一人の生活歴や特技・能力を活かした役割を見つけ、それぞれに合った楽しみや気分転換の支援に努め、張り合いや喜びのある生活ができるように心がけている。                 |   |                   |
| 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                      | 家族・地域の方の協力も得ながら、本人が外に出たい時に出れる、希望に合わせた外出の機会が作れるように努めている。                                     | 散歩コースは特に決められていないが、民生委員や近隣の住民の見守りのもと、天気の良い日には散歩支援が行われている旨をうかがった。 |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | お金の管理は事務所ではあるが、本人の希望や能力に応じ、使いたい時に使えるよう支援している。   |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 個々の希望や意向を尊重し、家族や大切な人との電話や手紙のやり取りができるように支援している。  |   |                   |
| 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 | 生活環境が利用者の不安や混乱を招く刺激とならないよう、清潔の保持・温度や湿度の管理などさまざまな角度から配慮を行うとともに、季節感や生活観を感じ、過ごしやすい空間作りを心がけている。 | ホールからは廊下、台所、食堂が見渡せる構造となっている。壁には利用者とともに作られた季節感ある飾り付けがされていた。      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている             | 一人の時間・共有での時間を、自分に合った空間で思い思いに過ごせるような居場所の工夫に努めている。                |   |                   |
| 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 | 自分の居室は、今まで住み慣れた生活に近い空間で、馴染みの物があり、安心して心地よく過ごせる場所であるように工夫している。    | 居室はプライバシーを保てる個室であり、タンスや写真、テレビなどの希望に応じた持ち込みのほか、畳に布団を敷くなど本人がその人らしく過ごせるように整えられていた。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している    | 建物内部は、利用者の「できること」「わかること」を活かして、それが安全に継続して行え、自立した生活が送れるように工夫している。 |   |                   |

## 目標達成計画

作成日: 平成24年3月28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        | 11(7)  | 管理者がユニットリーダーを兼務しており、介護業務についてしまうことが多い為、スタッフ個々の相談を聞きにくい状況である。         | 管理者がスタッフ個々の相談を聞ける時間が取れるような環境作りに努める。  | 介護スタッフの人数を充実させ、管理者の兼務を控えるシフト作りをする。<br>管理者は、日頃から個々のスタッフとのコミュニケーションを図るよう努める。                       | 3ヶ月        |
| 2        | 10(6)  | 利用者や家族が意見や要望等を表せる機会づくり。   | 利用者や家族が、意見や要望等をいえる機会を持つ。             | 運営推進会議とは別に家族会の場を設ける。<br>新聞・お便りの送付やアンケートの実施等、意見・要望を表せる機会作りに努める。                                   | 2ヶ月        |
| 3        | 35(13) | 入居者の高齢化・身体機能の低下・重度化により、災害時の避難に困難が多い。                                | こまめな避難訓練の実施。                         | 火災のみならず、いろいろな災害を想定し、年2回の定期開催に加え、こまめに訓練を実施する。<br>地域の協力支援の強化にむけ、近隣住民の訓練への参加と協力の依頼に努める。             | 3ヶ月        |
| 4        | 4(3)   | 運営推進会議を、検討事項の話し合いや現状報告のほか、事業所が次のステップに向けた目標を実現するための意見が得られるような機会にしたい。 | 運営推進会議での話し合いを、より良いサービスの向上へ活かせるものにする。 | ホームの問題点・課題など、積極的に議題に盛りこみ、より多くの意見が得られ、サービスの向上や次のステップに向けた目標の実現につながるものにする。                          | 2ヶ月        |
| 5        | 33(12) | 重度化・終末期のあり方について事業所で出来る最大限の支援に取り組めるよう、研修の場を作り、体制を整える。                | 事業所として最大限の支援方法で重度化・終末期に対応出来るように努める。  | 重度化・終末期についての研修を重ね、スタッフ個々の知識を深める。<br>ホーム全体で連携をとって取り組めるよう、日頃からチームケアを図る。<br>日頃から、家族・医療関係者との関係作りを大切に | 12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。