

(様式2)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 年 7 月 26 日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|------------|-----------|--|
| 事業所番号 | 3470700281 | | |
| 法人名 | 医療法人社団仁寿会 | | |
| 事業所名 | グループホームもみじ | | |
| 所在地 | 竹原市西野町184 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年6月1日 | 評価結果市町受理日 | |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

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

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | (社福) 広島県社会福祉協議会 |
| 所在地 | 広島県広島市南区比治山本町12-2 |
| 訪問調査日 | 平成25年7月2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>認知症の初期の方から高度の方までホームでは対応できます。感染症には細やかなマニュアルのもと対応しており入居者の生活を守っております。入居からご家族、本人様の希望にもよりますが、ターミナルまで対応できます。ホームの環境面では自然に囲まれ静かな場所にあり、春には窓から見事な桜を見物できます。全館には消防設備としてスプリンクラーを設置しております。隣接の施設との協力体制もあります。</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>グループホームもみじ（以下、ホーム）は、竹原市の地域医療に貢献する医療法人社団仁寿会が運営するホームです。敷地内には、法人が運営する介護老人保健施設や訪問看護ステーション、通所介護等が併設され、日頃から連携や交流を図っておられます。また、併設の訪問看護ステーションと24時間の医療連携体制を整え、ターミナルケア、夜間・緊急時の対応は、入居者や家族にとって安心感を提供されています。さらに、入居者のケアプランの実施状況など、誰が見ても分かりやすくするため、様式や書き方など記載内容を工夫し、一人ひとりに合わせた柔軟な対応ができるよう努力されています。</p> |
|---|

| 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 |
| I 理念に基づく運営(1ユニット) | | | | | |
| 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。 | 全体の朝礼後に法人の理念を唱和して理念の確認をしているため全職員は法人理念を認識しており、場面、場面に理念に沿うように介護、ケアをしています。また、事業所の独自の理念を詰め所内の見える所に掲示しておりこちらも、ケア、ケース会議の中で意識して実践しています。 | 法人理念の「自分や自分の家族にして欲しいケアサービスを実践する」を基本とし、ホーム独自の理念を掲げ実践に繋げておられます。また、ホームでは毎年3つの目標を立て、理念の具体化に取り組みられています。 | ホームは、開設13年目を迎え、入居者の状況やホームの状況も開設時から変化していると思われます。今後は、現在の状況を踏まえた理念となるよう、見直し等について検討されることを提案します。 |
| 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。 | 行事を行う際には地域ボランティアに参加をお願いしたり、近隣の中学校との交流(調理会など)を毎年行って交流を行っている。運営推進委員に地域の方も参加していただき地域の情報収集、交換を行っている。 | 地元の中学生との交流は4年前から行われています。法人が運営する同敷地内の施設では、毎年10月に「ゆさか祭り」を実施しています。祭りでは、地域住民も招待し、入居者や家族と一緒に交流されています。 | |
| 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。 | 認知症介護アドバイザーとしての相談対応、要請があればサポーター講座を開催し、推進会議では事業所の取り組み等を説明し理解を広げる努力をしている。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 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。 | 地域のボランティア、民生委員、入居者、家族を交え2か月に一回開催し、意見交換、交流の場としている。第三者の視点の見方を引出して業務に取り入れる | 会議のメンバーは、民生委員児童委員4人、市保険課、地域包括支援センター、ボランティア代表、家族、入居者2人、法人事務長、ホーム長です。会議では、入居者の現状や活動報告、意見交換が行われています。また、出席者から、会議メンバーに入居者の参加について提案が出され、今年3月から入居者もメンバーとして会議に参加されています。 | |
| 5 | 4 | ○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取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。 | 運営推進会議には市役所職員、包括支援センター職員の出席があり、市町の情報の収集、交流あり、市の介護相談員の訪問もあり外部から見えやすいホームとなるように取り組んでいます。 | 地域包括支援センター主催の地域ケア会議にホーム長が出席し、情報交換されています。また、ホーム長は、認知症アドバイザーの資格を持ち、9月には、市主催の高校生を対象にした講義に講師として要請を受けておられます。 | |

| 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 |
| 6 | 5 | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p> | <p>月一度の身体拘束会議にて法人内の状況を把握し、実例を検討したりして方向性の修正を図っている。可能な限り抑制を行わず環境を整え、危険を取り除き、本人の行動を見守る努力をしています。</p> | <p>日中は、玄関の施錠はされていません。職員は、法人が実施する研修会で、身体拘束の考え方について理解を深めておられます。言葉による拘束を行わないよう徹底されています。また、安全に配慮しつつ自由な暮らしの支援となるよう努力されています。</p> | |
| 7 | | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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。</p> | <p>個人、個人の認識に注意を払い、更に認識を深めるような機会に参加して行きたい。</p> | | |
| 8 | | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p> | <p>研修の機会があれば参加して職員に理解を深めていきたい。</p> | | |
| 9 | | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p> | <p>入居時に時間を設け、質問に対たいして説明し不透明な状態をなくしてからサインしてもらうようにしている。</p> | | |
| 10 | 6 | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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。</p> | <p>推進会議に入居者、家族の出席あり意見の収集の機会がある。ケアプランの変更時は本人、なるべく家族の要望を収集する機会を作っており。連絡ノート、カルテ記載にて職員間の情報の共有を図っている。</p> | <p>家族から入居者本人の日常の様子が知りたいとの意見が出され、4年前から3か月に1回、職員の手書きによる「もみじだより」を家族へ送付し、日々の生活や健康状態を伝えています。ホームでは、家族が面会に訪れた際に、意見や思いを言いやすくするために、職員から積極的に会話するよう努められています。</p> | |

| 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 |
| 11 | 7 | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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。</p> | <p>個人の面談にて行うこともある、不定期であるが業務会議にてユニット間の見直し検討、ホーム全体では主任者会議に意見をつのり見直し、検討する機会を設けています。</p> | <p>それぞれのユニットで毎日ミーティングを実施し、職員からの意見や提案を介護主任が聞かれています。法人では各種委員会を設置し、職員はいずれかの委員会に属しています。それぞれの分野で意見や提案を挙げやすい環境が整備されています。それぞれのユニットでの勤務時間の見直しについて職員から意見が出され、改善に反映されています。</p> | |
| 12 | | <p>○就業環境の整備</p> <p>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。</p> | <p>法人の目標に対してホームでの部門目標を作成、それに対して各職員の取り組みを職務行動記録にて評価しています。</p> | | |
| 13 | | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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。</p> | <p>外部研修、内部研修の機会を設けている。各研修に対しても参加できるように勤務を調整するなどのサポートをしています。</p> | | |
| 14 | | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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。</p> | <p>週一回の法人内の全体会議にて各部署と交流をはかり、可能な限り包括支援センター主催の地域ケア会議に参加して他の事業所とのネットワーク作りをしています。</p> | | |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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。</p> | <p>入居時に家族、本人様にサマリーにて情報の聞き取りにて情報の収集をして、特に入居時1週間は詳しいカルテ記載にて職員間の情報の共有を行い、本人様に対する適切なケアを検討して徐々にでもありますが関係を深めていくところから取り組んでいる。</p> | | |

| 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 |
| 16 | | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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。</p> | <p>入居時に家族、本人様にサマリーにて情報の聞き取り、それに対する事業所の対応を説明する。面会時は、あいさつをして本人様の状態を説明し、職員⇄家族の距離間をなくして気さくに言える関係作りに取り組んでいる。</p> | | |
| 17 | | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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。</p> | <p>入居時の聞き取った情報と本人様の行動、言動をよく見極めから、医療的な治療が必要な場合は主治医の指示を仰ぎ訪問看護のサービスを受け入れることもある。</p> | | |
| 18 | | <p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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。</p> | <p>共に生活している時間は長い、生活していく段階で本人様のどこから近づけるのかを見つけて一歩、一歩関係を深めていき関係を構築している。</p> | | |
| 19 | | <p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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。</p> | <p>面会時には本人様とご家族がゆっくり過ごせるように環境づくりに配慮している。</p> | | |
| 20 | 8 | <p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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。</p> | <p>入居時に面会者について聞き取りを行い面会者の情報共有、ご家族には外出、外泊の支援をお願いしている。またホームでも市内等、外出する機会を設けている。</p> | <p>家族や知人の訪問があります。日常生活の会話の中で、これまでの生活や習慣を把握されています。住み慣れた自宅への一時帰宅や馴染みの美容院に行く入居者もおられます。また、入居者数人で、行きつけのレストランでコーヒーを飲むなど楽しまれています。</p> | |

| 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 |
| 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。 | 同一ユニットのみならず、他のユニットとの交流ができ多数の中から知人が見つかる事もある。ユニット間では入居者の関係に留意しているが場合によっては他のユニットに移動する事もある。 | | |
| 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。 | 担当ケアマネジャーとの情報交換や相談があれば応じる体制をとっている。 | | |

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

| | | | | | |
|----|---|---|--|---|--|
| 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。 | 法人理念の『自分や自分の家族にして欲しいケアサービスを実践する』を基にケアを検討している。ケアプラン作成時や、日常生活の中で聞き取りなどの中で意向、聞き取りをしている。 | 入居者ごとに職員の担当を決め、本人の思いや希望を日常の会話や表情などから把握されています。意思表示の難しい入居者には、家族にも意見など話を聞き、本人の表情を見ながらその日その時の気持ちに沿えるよう支援されています。 | |
| 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。 | 本人様の行動やお話の中からご家族へ気になる行動、お話への聞き取りを行い把握します。相談員と連携をとり入居前のサービス状況や居宅支援事業に支援の状況を確認することもある。 | | |
| 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。 | 各個人、個人のケア記録にて本人様の1日の状態を把握しています。ケア記録は1日、1枚単位の時系列で記録するようになっており1日の状態を把握し易くなっています。 | | |
| | | ○チームでつくる介護計画とモニタリング | ケアプラン作成においては事前にユニット | 6か日ごとや状況によってはその都度エー | |

| 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 |
| 26 | 10 | 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。 | ケアプラン作成においては事前にユーザの全スタッフからの聞き取りにて課題、現状を把握する。本人、家族の希望を聞き取り可能な限り聞き入れプラン作成を行う。状態にもよりますが、専門的な意見を求めるのに他職種に意見を求めることもある。作成し完成したケアプランは、ご家族に説明し了解を得てサインを頂きます。 | おかげさまで、状況によっては一部リモータリングを行い、入居者に必要なケアが適切に提供できているか確認されています。介護計画は、担当職員や専門職の意見を取り入れて、計画作成担当者を中心に作成されています。介護計画書の様式や記載方法など、誰が見ても分かりやすい計画書となるよう工夫されています。 | |
| 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。 | ケースカンファレンスではユニット職員に情報の収集をしてもらう。日々のケア記録には入居者の行動等を1日単位で記録してケアプランの見直しを行っている。特記事項は赤字で囲み見落としのないようにして職員に申し送っている。 | | |
| 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。 | 同敷地内の法人施設の他職種にアドバイスを頂くこともある。また、医療面においては主治医、訪問看護のバックアップにて速やかに適切な処置を行うことができている。また、同系の社会福祉法人とも連絡体制をとっており、情報の共有しており何らかの支援体制を作っている。 | | |
| 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。 | 毎年10月に開かれるゆさか祭りには多数の地域ボランティアの皆様の協力により開催でき入居者の皆様に行事を楽しんでもらっています。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診診断 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。 | 主治医より月2回の往診を行っている。ただし緊急時にはその限りではない、他の医療機関の受診を希望する場合、他の専門性のある医療機関の受診が必要と判断した場合、主治医より紹介状を記入して速やかに受診できるように支援しています。 | これまでのかかりつけ医への受診は、家族の付き添いが原則となっています。必要時には、協力医療機関の往診が行われています。また、緊急時には、法人が運営する訪問看護と連携を図り、夜間にも対応できるよう支援されています。週2回、訪問歯科も行われています。 | |
| | | ○看護職員との協働 | | | |

| 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 | | 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。 | 訪問看護から担当の看護師1人在中して日々の状態を看護師は把握している。入居者の変化、事故時は24時間、365日連絡体制をとり指示をもらっている。 | | |
| 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。 | 主治医より紹介状を書いてもらい、緊急搬送の医療機関に連絡をとり受け入れをお願いしている。入院中には当ホームの施設相談員と入院先の相談員との連携にて本人様の状態や受け入れ状況を把握している。 | | |
| 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。 | 食事が取れない、水分が摂取できないなど本人様の状態が悪化してきた時、本人様、御家族に意向を確認する当ホームでの看取りを希望する場合は「重度化した場合の対応に関する指針」を説明してご理解して頂き必要な部署と体制をとり支援しています。 | 本人、家族の意向に沿って、最期までホームで看取りをする方針を持たれています。重度化の兆候が見られる場合には、早い段階で家族と相談されています。ホームでは、これまでに多くの看取りを経験されています。看護師と連携を図りながら、職員全体での支援に取り組まれています。 | |
| 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。 | 医療的な判断が必要なケースは担当の看護師と24時間、365日連絡取れる体制はとっています。一般家庭できる範囲の医療行為は看護師の指導のもと行っている。また、感染症流行時期には研修を行い入居者の生活の安静を維持しています。 | | |
| 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。 | 年2回の避難訓練を行っております。同一敷地内にも老人保健施設もあり協力体制もある。夜間には全職員に連絡簿もあり周知をしています。 | 隣接の法人施設と合同で、消防署立ち会いのもと避難訓練を実施されています。法人では、災害が起きた時に高齢者や障害者を受け入れる福祉避難所として市から要請を受け、協定を結ばれています。 | 地域密着型サービスでは、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施等においても協力を得られる体制づくりの構築を求められています。今後の取り組みとして、地域と一緒に避難方法・対策について地元消防団の協力を得るなど、運営推進会議の場を利用して検討されることを期待します。 |

| 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 |
| 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。 | 失禁などへの対応には自尊心を傷つけないように声掛けしています。また、ご本人がもっている誇りにしているものには敬意を払い、自信を持っているものには発揮できるように環境を整えるように支援しています。 | 法人が実施する接遇研修に職員が参加し、入居者一人ひとりの人格を尊重したケアの実践に努めておられます。名前を呼ぶ際には、入居者の生活歴を考慮しながら、基本は「さん」付けで呼ぶよう徹底されています。トイレでの失敗などには、本人のプライバシーを損ねないよう、他の入居者にわかりにくい言葉で職員は会話されています。また、浴場やトイレにカーテンを設置し、使用中外からいきなりドアを開けても見えない工夫もされています。 | |
| 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。 | すぐに物事を進めるのではなく、本人様の状態をしっかりと把握してから環境を整えて自己決定を促しています。時にはその場の勢いで行うこともあります。 | | |
| 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。 | 特に決まった日課はない、その日の天候や状態にて外出やホーム内で過ごしたりなど規制なく過ごしてもらうように支援しています。 | | |
| 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。 | 使い慣れた化粧品を自分で使用していつまでも女性を意識してもらっています。また、買物などの外出で身だしなみを行うを意識してもらうように働きかけています。 | | |
| 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。 | 御家族が持参された季節の野菜と一緒に調理したりして季節を感じてもらおう。週一回の調理の日は本人様の持っている能力を把握して調理、または補助と、その日の本人様の状態を見ながら勤めています。 | 昼食と夕食は法人の厨房で作られた食事を提供されていますが、毎食のご飯と味噌汁、朝食はホームで職員が手作りされています。また、週1回は、昼食もホームで手作りされています。職員は、入居者と同じものを食べながら、食材や調理について共通の話題で和やかに食事を摂られています。また、ホームの畑でできたさつま芋などを天ぷらにして食べたり、外食へ出かけたり食事が楽しみの一つとなるよう支援されています。 | |

| 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 |
| 41 | | <p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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。</p> | <p>各個人の水分摂取表にて水分摂取量を把握、個人の嗜好にあわせて飲み物を変更することもある。最後まで経口摂取が出来るように食事の形態を個々に合わせて変更している。</p> | | |
| 42 | | <p>○口腔内の清潔保持</p> <p>口の中の汚れや臭いが生じないように，毎食後，一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。</p> | <p>毎食後に口腔ケアを行う。また、往診にくる歯科医院に症状においてアドバイスをもらうこともあります。</p> | | |
| 43 | 16 | <p>○排泄の自立支援</p> <p>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向けた支援を行っている。</p> | <p>1人1人の排便パターンは職員は把握している。小さなサインも見逃さずに声掛けをおこなう。最後までトイレでの排泄を促し2人で介助するなどトイレでの排泄してもらう。</p> | <p>ケア記録で，入居者一人ひとりの排泄パターンを把握し，トイレ誘導されています。一目でトイレの場所が分かるよう，わかりやすい表示を設置して工夫されています。トイレには十分な介助スペースがあり，手すりが備え付けられています。</p> | |
| 44 | | <p>○便秘の予防と対応</p> <p>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。</p> | <p>個人の状態を把握して緩下剤の調整を看護師と行っている。水分、運動、食べ物についても個人の状態、嗜好に応じて検討しています。</p> | | |
| 45 | 17 | <p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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，個々に応じた入浴の支援をしている。</p> | <p>週2～3回の入浴となっており一人一人のタイミングに合わせての声掛けにて入浴を促したりしている。小規模なので入浴の時間もあせらずに、ゆっくりと入浴を楽しんでもらっている。また、ターミナルの方は週2回の清拭を行っている。</p> | <p>脱衣所にエアコンが完備され，室内外の温度差がないように配慮されています。家庭用の浴槽に，手すりを設置したり，介護用椅子を置いたり，転倒予防や負担軽減に努めておられます。入浴を好まない入居者には，タイミングなどを考慮しながら声かけされています。家族からゆずの差し入れがあり「ゆず湯」にするなど，季節を感じられる工夫もされています。</p> | |

| 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 |
| 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。 | 自宅で過ごす延長線上であるように一人ひとり、しっかりとアセスメント、コミュニケーションをとり関係や環境を整えています。 | | |
| 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。 | 担当しているケア担当は、その人が何の薬を飲んでいるのか把握している。指示のもと内服ができれば様子についてケア記録に詳しく記載して症状を看護師に報告して主治医と相談し内服調整することもある。 | | |
| 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。 | 事前の聞き取りにて本人様の情報をアセスメントして作業を促す。また日常生活においても小さな作業もあり状態をみて促しています。また小さな変化(食事では外で弁当を食べる)を入れ日常生活にアクセントを加えています。 | | |
| 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。 | 気候の良い日は玄関をオープンにしており開放感はある。本人様の状態により外出、外泊を柔軟に対応している。(キーパーソンに確認済みの方に限り)また、気分転換を兼ねた外出をこちらからお願いすることもある。 | 外出行事の計画を立て、実施されています。5月には、東広島市にあるダムへドライブに出かけておられます。また、家族の協力も得ながら、自宅に帰ったり、墓参りに出かけたりする入居者もおられます。職員と一緒にスーパーマーケットへ買い物に出かけたり、ホームの周辺を散歩したりする入居者もおられます。 | 毎日の散歩や買い物など、外出が日常の楽しみごと、気分転換につながるよう、さらなる取り組みに期待します。 |
| 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。 | 金銭は個人のファイルにて管理している。本人様のご希望があれば買い物当の支援をしています。 | | |

| 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 |
| 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。 | 家族からの手紙は本人様に渡し、返信を希望される方は手紙を出せるように環境を整えるようにしている。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地の良い共用空間づくり 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。 | 入居者の作品を展示したり、季節の花を生けたりして季節感を出している。居室、共同スペース、トイレ掃除は毎日行って清潔を維持している。 | 3階建てで、それぞれの階ごとでユニットが分かれています。共有スペースに背面キッチンがあり、一体的な造りとなっています。テーブルや椅子はゆとりのある配置となっています。ゆったりとしたソファでテレビ鑑賞や会話を楽しむなど、入居者は思い思いに自由に過ごされています。また、小あがりの畳スペースで、洗濯物を畳む入居者もおられます。 | |
| 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。 | 入居者同士でリビングにてお話や作業している光景が良く見られる。自室にて自分の思う様な時間の過ごし方としている方もいる。職員は入居者同士、距離が近い分、関係や体調をみてストレスをためないように過ごしてもらうように気を配っています。 | | |
| 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。 | 自室内への家具の持ち込みは自由です。使い慣れた机、家具、花瓶、電化製品を持参され自由に自室で過ごされています。また自分で作成された作品を飾られている方もいます。 | 居室は、ベッド、布団、エアコン、クローゼット、洗面台が備えつけられています。入居者の状況や希望に合わせて配置を変えることができ、安心して生活できるよう工夫されています。 | |
| 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。 | バリアフリーにて段差のない建物である。入居者の出来る事、主に掃除、調理、洗濯など家事を無理のない程度で見守り、力が発揮できる環境づくりを職員は行っています。 | | |

| V アウトカム項目(1ユニット) | | | |
|------------------|--|---|---|
| 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。 | ○ | ①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある | ○ | 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 |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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ます | ○ | ①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 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 | ○ | 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 |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている | ○ | 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全くいない |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている | ○ | ①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない |

| 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 |
| I 理念に基づく運営(2ユニット) | | | | | |
| 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。 | 全体の朝礼後に法人の理念を唱和して理念の確認をしているため全職員は法人理念を認識しており、場面、場面に理念に沿うように介護、ケアをしています。また、事業所の独自の理念を詰め所内の見える所に掲示しておりこちらも、ケア、ケース会議の中で意識して実践しています。 | | |
| 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。 | 行事を行う際には地域ボランティアに参加をお願いしたり、近隣の中学校との交流(調理会など)を毎年行って交流を行っている。運営推進委員に地域の方も参加していただき地域の情報収集、交換を行っている。 | | |
| 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。 | 認知症介護アドバイザーとしての相談対応、要請があればサポーター講座を開催し、推進会議では事業所の取り組み等を説明し理解を広げる努力をしている。 | | |
| 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。 | 地域のボランティア、民生委員、入居者、家族を交え2か月に一回開催し、意見交換、交流の場としている。第三者の視点の見方を引出して業務に取り入れる | | |
| 5 | 4 | ○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取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。 | 運営推進会議には市役所職員、包括支援センター職員の出席があり、市町の情報の収集、交流あり、市の介護相談員の訪問もあり外部から見やすいホームとなるように取り組んでいます。 | | |
| | | ○身体拘束をしないケアの実践 | | | |

| 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 |
| 6 | 5 | 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。 | 月一度の身体拘束会議にて法人内の状況を把握し、実例を検討したりして方向性の修正を図っている。可能な限り抑制を行わず環境を整え、危険を取り除き、本人の行動を見守る努力をしています。 | | |
| 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。 | 個人、個人の認識に注意を払い、更に認識を深めるような機会に参加して行きたい。 | | |
| 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。 | 研修の機会があれば参加して職員に理解を深めていきたい。 | | |
| 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。 | 入居時に時間を設け、質問に対たいして説明し不透明な状態をなくしてからサインしてもらうようにしている。 | | |
| 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。 | 推進会議に入居者、家族の出席あり意見の収集の機会がある。ケアプランの変更時は本人、なるべく家族の要望を収集する機会を作っており。連絡ノート、カルテ記載にて職員間の情報の共有を図っている。 | | |
| | | ○運営に関する職員意見の反映 | | | |

| 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 |
| 11 | 7 | 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。 | 個人の面談にて行うこともある、不定期であるが業務会議にてユニット間の見直し検討、ホーム全体では主任者会議に意見をつのり見直し、検討する機会を設けています。 | | |
| 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。 | 法人の目標に対してホームでの部門目標を作成、それに対して各職員の取り組みを職務行動記録にて評価しています。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取組み 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。 | 外部研修、内部研修の機会を設けている。各研修に対しても参加できるように勤務を調整するなどのサポートをしています。 | | |
| 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つくり、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組みをしている。 | 週一回の法人内の全体会議にて各部署と交流をはかり、可能な限り包括支援センター主催の地域ケア会議に参加して他の事業所とのネットワーク作りをしています。 | | |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 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。 | 入居時に家族、本人様にサマリーにて情報の聞き取りにて情報の収集をして、特に入居時1週間は詳しいカルテ記載にて職員間の情報の共有を行い、本人様に対する適切なケアを検討して徐々にでもありますが関係を深めていくところから取り組んでいる。 | | |
| | | ○初期に築く家族等との信頼関係 | 入居時に家族、本人様にサマリーにて情 | | |

| 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 |
| 16 | | 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。 | 報の聞き取り、それに対する事業所の対応を説明する。面会時は、あいさつをして本人様の状態を説明し、職員⇔家族の距離間をなくして気さくに言える関係作りに取り組んでいる。 | | |
| 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。 | 入居時の聞き取った情報と本人様の行動、言動をよく見極め、医療的な治療が必要な場合は主治医の指示を仰ぎ訪問看護のサービスを受け入れることもある。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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。 | 共に生活している時間は長い、生活していく段階で本人様のどこから近づけるのかを見つけて一歩、一歩関係を深めていき関係を構築している。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 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。 | 面会時には本人様とご家族がゆっくり過ごせるように環境づくりに配慮している。 | | |
| 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。 | 入居時に面会者について聞き取りを行い面会者の情報共有、ご家族には外出、外泊の支援をお願いしている。またホームでも市内等、外出する機会を設けている。 | | |
| | | ○利用者同士の関係の支援 | | | |

| 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 |
| 21 | | 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。 | 同一ユニットのみならず、他のユニットとの交流ができ多数の中から知人が見つかる事もある。ユニット間では入居者の関係に留意しているが場合によっては他のユニットに移動する事もある。 | | |
| 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。 | 担当ケアマネジャーとの情報交換や相談があれば応じる体制をとっている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 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。 | 法人理念の『自分や自分の家族にして欲しいケアサービスを実践する』を基にケアを検討している。ケアプラン作成時や、日常生活の中で聞き取りなどの中で意向、聞き取りをしている。 | | |
| 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。 | 本人様の行動やお話の中からお話へ気になる行動、お話への聞き取りを行い把握します。相談員と連携をとり入居前のサービス状況や居宅支援事業に支援の状況を確認することもある。 | | |
| 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。 | 各個人、個人のケア記録にて本人様の1日の状態を把握しています。ケア記録は1日、1枚単位の時系列で記録するようになっており1日の状態を把握し易くなっています。 | | |
| | | ○チームでつくる介護計画とモニタリング | ケアプラン作成においては事前にユニット | | |

| 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 |
| 26 | 10 | 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。 | の全スタッフからの聞き取りにて課題、現状を把握する。本人、家族の希望を聞き取り可能な限り聞き入れプラン作成を行う。状態にもよりますが、専門的な意見を求めるのに他職種に意見を求めることもある。作成し完成したケアプランは、ご家族に説明し了解を得てサインを頂きます。 | | |
| 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。 | ケースカンファレンスではユニット職員に情報の収集をしてもらう。日々のケア記録には入居者の行動等を1日単位で記録してケアプランの見直しを行っている。特記事項は赤字で困み見落としのないようにして職員に申し送っている。 | | |
| 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、その時々にも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。 | 同敷地内の法人施設の他職種にアドバイスを頂くこともある。また、医療面においては主治医、訪問看護のバックアップにて速やかに適切な処置を行うことができている。また、同系の社会福祉法人とも連絡体制をとっており、情報の共有しており何らかの支援体制を作っている。 | | |
| 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。 | 毎年10月に開かれるゆさか祭りには多数の地域ボランティアの皆様の協力により開催でき入居者の皆様に行事を楽しんでもらっています。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診診断 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。 | 主治医より月2回の往診を行っている。ただし緊急時にはその限りではない、他の医療機関の受診を希望する場合、他の専門性のある医療機関の受診が必要と判断した場合、主治医より紹介状を記入して速やかに受診できるように支援しています。 | | |
| | | ○看護職員との協働 | | | |

| 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 | | 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。 | 訪問看護から担当の看護師1人在中して日々の状態を看護師は把握している。入居者の変化、事故時は24時間、365日連絡体制をとり指示をもらっている。 | | |
| 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。 | 主治医より紹介状を書いてもらい、緊急搬送の医療機関に連絡をとり受け入れをお願いしている。入院中には当ホームの施設相談員と入院先の相談員との連携にて本人様の状態や受け入れ状況を把握している。 | | |
| 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。 | 食事が取れない、水分が摂取できないなど本人様の状態が悪化してきた時、本人様、御家族に意向を確認する当ホームでの看取りを希望する場合は「重度化した場合の対応に関する指針」を説明してご理解して頂き必要な部署と体制をとり支援しています。 | | |
| 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。 | 医療的な判断が必要なケースは担当の看護師と24時間、365日連絡取れる体勢はとっています。一般家庭できる範囲の医療行為は看護師の指導のもと行っている。また、感染症流行時期には研修を行い入居者の生活の安静を維持しています。 | | |
| 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。 | 年2回の避難訓練を行っております。同一敷地内にも老人保健施設もあり協力体制もある。夜間には全職員に連絡簿もあり周知をしています。 | | |

IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

| 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 |
| 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。 | 失禁などへの対応には自尊心を傷つけないように声掛けしています。また、ご本人がもっている誇りにしているものには敬意を払い、自信を持っているものには発揮できるように環境を整えるように支援しています。 | | |
| 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。 | すぐに物事を進めるのではなく、本人様の状態をしっかりと把握してから環境を整えて自己決定を促しています。時にはその場の勢いで行うこともあります。 | | |
| 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。 | 特に決まった日課はない、その日の天候や状態にて外出やホーム内で過ごしたりなど規制なく過ごしてもらうように支援しています。 | | |
| 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。 | 使い慣れた化粧品を自分で使用していつまでも女性を意識してもらっています。また、買物などの外出で身だしなみを行うを意識してもらうように働きかけています。 | | |
| 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。 | 御家族が持参された季節の野菜と一緒に調理したりして季節を感じてもらう。週一回の調理の日は本人様の持っている能力を把握して調理、または補助と、その日の本人様の状態を見ながら勧めています。 | | |
| | | ○栄養摂取や水分確保の支援 | | | |

| 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 |
| 41 | | 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。 | 各個人の水分摂取表にて水分摂取量を把握、個人の嗜好にあわせて飲み物を変更することもある。最後まで経口摂取が出来るように食事の形態を個々に合わせて変更している。 | | |
| 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に、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。 | 毎食後に口腔ケアを行う。また、往診にくる歯科医院に症状においてアドバイスをもらうこともあります。 | | |
| 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向けた支援を行っている。 | 1人1人の排便パターンは職員は把握している。小さなサインも見逃さずに声掛けをおこなう。最後までトイレでの排泄を促し2人で介助するなどトイレでの排泄してもらう。 | | |
| 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。 | 個人の状態を把握して緩下剤の調整を看護師と行っている。水分、運動、食べ物についても個人の状態、嗜好に応じて検討しています。 | | |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 週2~3回の入浴となっており一人一人のタイミングに合わせての声掛けにて入浴を促したりしている。小規模なので入浴の時間もありあせらずに、ゆっくりと入浴を楽しんでもらっている。また、ターミナルの方は週2回の清拭を行っている。 | | |
| | | ○安眠や休息の支援 | | | |

| 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 |
| 46 | | 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。 | 自宅で過ごす延長線上であるように一人ひとり、しっかりとアセスメント、コミュニケーションをとり関係や環境を整えています。 | | |
| 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。 | 担当しているケア担当は、その人が何の薬を飲んでいるのか把握している。指示のもと内服ができれば様子についてケア記録に詳しく記載して症状を看護師に報告して主治医と相談し内服調整することもある。 | | |
| 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。 | 事前の聞き取りにて本人様の情報をアセスメントして作業を促す。また日常生活においても小さな作業もあり状態をみて促しています。また小さな変化(食事では外で弁当を食べる)を入れ日常生活にアクセントを加えています。 | | |
| 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。 | 気候の良い日は玄関をオープンにしており開放感はある。本人様の状態により外出、外泊を柔軟に対応している。(キーパーソンに確認済みの方に限り)また、気分転換を兼ねた外出をこちらからお願いすることもある。 | | |
| 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。 | 金銭は個人のファイルにて管理している。本人様のご希望があれば買い物当の支援をしています。 | | |
| | | ○電話や手紙の支援 | | | |

| 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 |
| 51 | | 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。 | 家族からの手紙は本人様に渡し、返信を希望される方は手紙を出せるように環境を整えるようにしている。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地の良い共用空間づくり 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。 | 入居者の作品を展示したり、季節の花を生けたりして季節感を出している。居室、共同スペース、トイレ掃除は毎日行って清潔を維持している。 | | |
| 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。 | 入居者同士でリビングにてお話や作業している光景が良く見られる。自室にて自分の思う様な時間の過ごし方としている方もいる。職員は入居者同士、距離が近い分、関係や体調をみてストレスをためないように過ごしてもらうように気を配っています。 | | |
| 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。 | 自室内への家具の持ち込みは自由です。使い慣れた机、家具、花瓶、電化製品を持参され自由に自室で過ごされています。また自分で作成された作品を飾られている方もいます。 | | |
| 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。 | バリアフリーにて段差のない建物である。入居者の出来る事、主に掃除、調理、洗濯など家事を無理のない程度で見守り、力が発揮できる環境づくりを職員は行っています。 | | |

| V アウトカム項目(2ユニット) | | | |
|------------------|--|---|---|
| 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。 | ○ | ①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある | ○ | 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 |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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ます | ○ | ①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 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 | ○ | 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 |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている | ○ | 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全くいない |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている | ○ | ①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない |

| 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 |
| I 理念に基づく運営(3ユニット) | | | | | |
| 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。 | 全体の朝礼後に法人の理念を唱和して理念の確認をしているため全職員は法人理念を認識しており、場面、場面で理念に沿うように介護、ケアをしています。また、事業所の独自の理念を詰め所内の見える所に掲示しておりこちらも、ケア、ケース会議の中で意識して実践しています。 | | |
| 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。 | 行事を行う際には地域ボランティアに参加をお願いしたり、近隣の中学校との交流(調理会など)を毎年行って交流を行っている。運営推進委員に地域の方も参加していただき地域の情報収集、交換を行っている。 | | |
| 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。 | 認知症介護アドバイザーとしての相談対応、要請があればサポーター講座を開催し、推進会議では事業所の取り組み等を説明し理解を広げる努力をしている。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 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。 | 地域のボランティア、民生委員、入居者、家族を交え2か月に一回開催し、意見交換、交流の場としている。第三者の視点の見方を引出して業務に取り入れる | | |
| 5 | 4 | ○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取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。 | 運営推進会議には市役所職員、包括支援センター職員の出席があり、市町の情報の収集、交流あり、市の介護相談員の訪問もあり外部から見えやすいホームとなるように取り組んでいます。 | | |
| | | ○身体拘束をしないケアの実践 | | | |

| 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 |
| 6 | 5 | 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。 | 月一度の身体拘束会議にて法人内の状況を把握し、実例を検討したりして方向性の修正を図っている。可能な限り抑制を行わず環境を整え、危険を取り除き、本人の行動を見守る努力をしています。 | | |
| 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。 | 個人、個人の認識に注意を払い、更に認識を深めるような機会に参加して行きたい。 | | |
| 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。 | 研修の機会があれば参加して職員に理解を深めていきたい。 | | |
| 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。 | 入居時に時間を設け、質問に対たいして説明し不透明な状態をなくしてからサインしてもらうようにしている。 | | |
| 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。 | 推進会議に入居者、家族の出席あり意見の収集の機会がある。ケアプランの変更時は本人、なるべく家族の要望を収集する機会を作っており。連絡ノート、カルテ記載にて職員間の情報の共有を図っている。 | | |
| | | ○運営に関する職員意見の反映 | | | |

| 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 |
| 11 | 7 | 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。 | 個人の面談にて行うこともある、不定期であるが業務会議にてユニット間の見直し検討、ホーム全体では主任者会議に意見をつのり見直し、検討する機会を設けています。 | | |
| 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。 | 法人の目標に対してホームでの部門目標を作成、それに対して各職員の取り組みを職務行動記録にて評価しています。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取組み 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。 | 外部研修、内部研修の機会を設けている。各研修に対しても参加できるように勤務を調整するなどのサポートをしています。 | | |
| 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つくり、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組みをしている。 | 週一回の法人内の全体会議にて各部署と交流をはかり、可能な限り包括支援センター主催の地域ケア会議に参加して他の事業所とのネットワーク作りをしています。 | | |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 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。 | 入居時に家族、本人様にサマリーにて情報の聞き取りにて情報の収集をして、特に入居時1週間は詳しいカルテ記載にて職員間の情報の共有を行い、本人様に対する適切なケアを検討して徐々にでもありますが関係を深めていくところから取り組んでいる。 | | |
| | | ○初期に築く家族等との信頼関係 | 入居時に家族、本人様にサマリーにて情 | | |

| 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 |
| 16 | | 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。 | 報の聞き取り、それに対しての事業所の対応を説明する。面会時は、あいさつをして本人様の状態を説明し、職員⇄家族の距離間をなくして気さくに言える関係作りに取り組んでいる。 | | |
| 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。 | 入居時の聞き取った情報と本人様の行動、言動をよく見極め、医療的な治療が必要な場合は主治医の指示を仰ぎ訪問看護のサービスを受け入れることもある。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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。 | 共に生活している時間は長い、生活していく段階で本人様のどこから近づけるのかを見つけて一歩、一歩関係を深めていき関係を構築している。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 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。 | 面会時には本人様とご家族がゆっくり過ごせるように環境づくりに配慮している。 | | |
| 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う、支援に努めている。 | 入居時に面会者について聞き取りを行い面会者の情報共有、ご家族には外出、外泊の支援をお願いしている。またホームでも市内等、外出する機会を設けている。 | | |
| | | ○利用者同士の関係の支援 | | | |

| 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 |
| 21 | | 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。 | 同一ユニットのみならず、他のユニットとの交流ができ多数の中から知人が見つかる事もある。ユニット間では入居者の関係に留意しているが場合によっては他のユニットに移動する事もある。 | | |
| 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。 | 担当ケアマネジャーとの情報交換や相談があれば応じる体制をとっている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 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。 | 法人理念の『自分や自分の家族にして欲しいケアサービスを実践する』を基にケアを検討している。ケアプラン作成時や、日常生活の中で聞き取りなどの中で意向、聞き取りをしている。 | | |
| 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。 | 本人様の行動やお話の中からご家族へ気になる行動、お話への聞き取りを行い把握します。相談員と連携をとり入居前のサービス状況や居宅支援事業に支援の状況を確認することもある。 | | |
| 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。 | 各個人、個人のケア記録にて本人様の1日の状態を把握しています。ケア記録は1日、1枚単位の時系列で記録するようになっており1日の状態を把握し易くなっています。 | | |
| | | ○チームでつくる介護計画とモニタリング | ケアプラン作成においては事前にユニット | | |

| 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 |
| 26 | 10 | 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。 | の全スタッフからの聞き取りにて課題、現状を把握する。本人、家族の希望を聞き取り可能な限り聞き入れプラン作成を行う。状態にもよりますが、専門的な意見を求めるのに他職種に意見を求めることもある。作成し完成したケアプランは、ご家族に説明し了解を得てサインを頂きます。 | | |
| 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。 | ケースカンファレンスではユニット職員に情報の収集をしてもらう。日々のケア記録には入居者の行動等を1日単位で記録してケアプランの見直しを行っている。特記事項は赤字で囲み見落としのないようにして職員に申し送っている。 | | |
| 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。 | 同敷地内の法人施設の他職種にアドバイスを頂くこともある。また、医療面においては主治医、訪問看護のバックアップにて速やかに適切な処置を行うことができている。また、同系の社会福祉法人とも連絡体制をとっており、情報の共有しており何らかの支援体制を作っている。 | | |
| 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。 | 毎年10月に開かれるゆさか祭りには多数の地域ボランティアの皆様の協力により開催でき入居者の皆様に行事を楽しんでもらっています。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診診断 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。 | 主治医より月2回の往診を行っている。ただし緊急時にはその限りではない、他の医療機関の受診を希望する場合、他の専門性のある医療機関の受診が必要と判断した場合、主治医より紹介状を記入して速やかに受診できるように支援しています。 | | |
| | | ○看護職員との協働 | | | |

| 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 | | 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。 | 訪問看護から担当の看護師1人在中して日々の状態を看護師は把握している。入居者の変化、事故時は24時間、365日連絡体制をとり指示をもらっている。 | | |
| 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。 | 主治医より紹介状を書いてもらい、緊急搬送の医療機関に連絡をとり受け入れをお願いしている。入院中には当ホームの施設相談員と入院先の相談員との連携にて本人様の状態や受け入れ状況を把握している。 | | |
| 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。 | 食事が取れない、水分が摂取できないなど本人様の状態が悪化してきた時、本人様、御家族に意向を確認する当ホームでの看取りを希望する場合は「重度化した場合の対応に関する指針」を説明してご理解して頂き必要な部署と体制をとり支援しています。 | | |
| 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。 | 医療的な判断が必要なケースは担当の看護師と24時間、365日連絡取れる体制はとっています。一般家庭できる範囲の医療行為は看護師の指導のもと行っている。また、感染症流行時期には研修を行い入居者の生活の安静を維持しています。 | | |
| 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。 | 年2回の避難訓練を行っております。同一敷地内にも老人保健施設もあり協力体制もある。夜間には全職員に連絡簿もあり周知をしています。 | | |

IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

| | | | | | |
|--|--|------------------------|---------------------|--|--|
| | | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 | 失禁などへの対応には自尊心を傷つけない | | |
|--|--|------------------------|---------------------|--|--|

| 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 |
| 36 | 14 | 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。 | いように声掛けしています。また、ご本人がもっている誇りにしているものには敬意を払い、自信を持っているものには発揮できるように環境を整えるように支援しています。 | | |
| 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。 | すぐに物事を進めるのではなく、本人様の状態をしっかりと把握してから環境を整えて自己決定を促しています。時にはその場の勢いで行うこともあります。 | | |
| 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。 | 特に決まった日課はない、その日の天候や状態にて外出やホーム内で過ごしたりなど規制なく過ごしてもらうように支援しています。 | | |
| 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。 | 使い慣れた化粧品を自分で使用していつまでも女性を意識してもらっています。また、買物などの外出で身だしなみを行うを意識してもらうように働きかけています。 | | |
| 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。 | 御家族が持参された季節の野菜と一緒に調理したりして季節を感じてもらう。週一回の調理の日は本人様の持っている能力を把握して調理、または補助と、その日の本人様の状態を見ながら勧めています。 | | |
| | | ○栄養摂取や水分確保の支援 | 各個人の状況に応じて栄養士や看護師と連携して支援している。 | | |

| 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 |
| 41 | | 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。 | 各個人の水分摂取表にて水分摂取量を把握、個人の嗜好にあわせて飲み物を変更することもある。最後まで経口摂取が出来るように食事の形態を個々に合わせて変更している。 | | |
| 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に、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。 | 毎食後に口腔ケアを行う。また、往診にくる歯科医院に症状においてアドバイスをもらうこともあります。 | | |
| 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向けた支援を行っている。 | 1人1人の排便パターンは職員は把握している。小さなサインも見逃さずに声掛けをおこなう。最後までトイレでの排泄を促し2人で介助するなどトイレでの排泄してもらう。 | | |
| 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。 | 個人の状態を把握して緩下剤の調整を看護師と行っている。水分、運動、食べ物についても個人の状態、嗜好に応じて検討しています。 | | |
| 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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 週2~3回の入浴となっており一人一人のタイミングに合わせての声掛けにて入浴を促したりしている。小規模なので入浴の時間もありあせらずに、ゆっくりと入浴を楽しんでもらっている。また、ターミナルの方は週2回の清拭を行っている。 | | |
| | | ○安眠や休息の支援 | | | |

| 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 |
| 46 | | 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。 | 自宅で過ごす延長線上であるように一人ひとり、しっかりとアセスメント、コミュニケーションをとり関係や環境を整えています。 | | |
| 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。 | 担当しているケア担当は、その人が何の薬を飲んでいるのか把握している。指示のもと内服ができれば様子についてケア記録に詳しく記載して症状を看護師に報告して主治医と相談し内服調整することもある。 | | |
| 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。 | 事前の聞き取りにて本人様の情報をアセスメントして作業を促す。また日常生活においても小さな作業もあり状態をみて促しています。また小さな変化(食事では外で弁当を食べる)を入れ日常生活にアクセントを加えています。 | | |
| 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。 | 気候の良い日は玄関をオープンにしており開放感はある。本人様の状態により外出、外泊を柔軟に対応している。(キーパーソンに確認済みの方に限り)また、気分転換を兼ねた外出をこちらからお願いすることもある。 | | |
| 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。 | 金銭は個人のファイルにて管理している。本人様のご希望があれば買い物当の支援をしています。 | | |
| | | ○電話や手紙の支援 | | | |

| 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 |
| 51 | | 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。 | 家族からの手紙は本人様に渡し、返信を希望される方は手紙を出せるように環境を整えるようにしている。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地の良い共用空間づくり 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。 | 入居者の作品を展示したり、季節の花を生けたりして季節感を出している。居室、共同スペース、トイレ掃除は毎日行って清潔を維持している。 | | |
| 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。 | 入居者同士でリビングにてお話や作業している光景が良く見られる。自室にて自分の思う様な時間の過ごし方としている方もいる。職員は入居者同士、距離が近い分、関係や体調をみてストレスをためないように過ごしてもらうように気を配っています。 | | |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 自室内への家具の持ち込みは自由です。使い慣れた机、家具、花瓶、電化製品を持参され自由に自室で過ごされています。また自分で作成された作品を飾られている方もいます。 | | |
| 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。 | バリアフリーにて段差のない建物である。入居者の出来る事、主に掃除、調理、洗濯など家事を無理のない程度で見守り、力が発揮できる環境づくりを職員は行っています。 | | |

| V アウトカム項目(3ユニット) | | | |
|------------------|--|---|---|
| 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。 | ○ | ①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある | ○ | 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 |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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ます | ○ | ①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 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 | ○ | 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 |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている | ○ | 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全くいない |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている | ○ | ①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない |

(様式3)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームもみじ

作成日 平成 25 年 8 月 23 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 | 35 | 災害対策。 | ホームの地域への理解を深める。 | 地域への理解を深め、協力体制を築く。 | 1年間 |
| 2 | 49 | 日常的な外出支援。 | 小さな日常の外出を行う。年に1回程度のバスハイキングを計画する。 | 日常生活の中で、気軽に外出する。年に1回程度のバスハイキングを計画し実施する。 | 1年間 |
| 3 | 1 | 理念の共有と実践。 | 再度理念について考える。 | ホームの理念について考える機会をもつ。 | 1年間 |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。