

### 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   | 2090800026     |            |            |
| 法人名     | 株式会社エスポワール     |            |            |
| 事業所名    | のぞみの家          |            |            |
| 所在地     | 長野県小諸市和田840番地5 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年1月25日     | 評価結果市町村受理日 | 平成29年3月17日 |

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

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【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29年2月27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)】

小諸市南部佐久平の一角、佐久インターより車で5分の住宅地の入口に当ホームがあり、美しい浅間山が望める地に「のぞみの家」が建っている。地域との関係も良く地域に密着した生活を入居者、職員共に支え合いながら実践しているホームである。全職員がこの建物に負けないサービスの質の向上に対する熱意をもっている。法人代表の徹底した職員指導により、介護にあたる職員の底上げになっており、また、各研修に積極的に参加できる環境になっている。職員は常に入居者お一人お一人の思いに添って受け止め、思いに共感しながら共に暮らしている。毎年中学生の職業体験やボランティア学習を受け入れを行っており、また、数年前より信州短大の認知症介護実習の受け入れを開始し、施設としても共に学びの機会を持ち成長している。家族から法人代表の熱意や職員指導、職員への感謝の気持ちの手紙が届いた事があり、一同の励みになっている。

【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)】

朝夕浅間山を眺め生活してきた入居者さんにとって、のぞみの家は見慣れた風景の中で、生活できる環境にある。一人ひとりのペースや生活リズムを大切に、なじみの人間関係による支え合いを大切に、団らんのある家庭の雰囲気大切にという理念を大事に、職員は日々入居者さんと生活をしている。施設は中学生の職場体験の場、介護福祉士さんの実習の場、薬剤師さんの研修の場などに開放されている。職員は若い人たちと学び合える機会と捉え取り組んでいる。

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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(東ユニット) |  |    |   |
|--------------|--|----|---|
| 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)       | 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)   |
| 57           | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | 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)                     |
| 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)                   | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) |
| 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)    | 66 | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 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)                  | 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                                       |
| 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)         | 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                                   |
| 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<br>(参考項目:28) |    |   |

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

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-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>理念に基づく運営</b> |     |  |   |  |                   |
| 1               | (1) | 株式会社エスポワール<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                    | 地域密着型のサービスに伴いグループホームの役割を再度学び直し、地域住民との関わりを重視し積極的に取り組んでいる。朝の申し送り時に理念を唱和し常に意識を高めている。ケアカンファレンスや社内研修などでレポートを出し合ったりして具体化に努めている。 | 法人の理念の基に事業所の理念が作成され、毎朝唱和し、常に意識し各自が理念に沿った年間目標を発表し、学び合いながら日々取り組んでいる。 |                   |
| 2               | (2) | 事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                      | 隣組に参加して、今までに隣組長を2回行い、地域の行事にも参加して交流に努めている。ホームの夏祭りやクリスマス会などにも地域の方々をご招待している。   | 区に加入し順次回り番で隣組長も引き受け、地域の行事に参加、ごみステーション当番など一区民として地域の人と交流している。        |                   |
| 3               |     | 事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                    | 運営推進会議などでホームとして地域の方々に出ることをして行きたいと常にお話させて頂いている。市の見守り事業所として登録し、地域の行方不明者の発見に協力している。認知症対応型の指定も取っており、自主事業での緊急の一時宿泊も行っている。      |  |                   |
| 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 | 今年度も運営推進会議6回開催を目標に、運営推進会議を定期的開催し、利用者やサービスの実際、評価への取り組みなどに付いて報告や話し合いを行い、サービスの向上に活かしている。                                     | 運営推進会議は年6回開催し、区長・民生委員・高齢者福祉課・家族などが出席し、活発な話し合いが行われている。              |                   |
| 5               | (4) | 市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる           | 運営協議会や市町村の連絡調整会議、グループホーム部会などに参加し、市町村と共にサービスの質の向上に取り組んでいる。   | 市の連絡調整会議、グループホーム部会が月1回ずつ開かれ、情報交換、相談などが行われ、連絡もよくとれサービスの向上につながっている。  |                   |

| 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 |
| 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 | 一切していない。(玄関は前の道路の交通量も激しくなり、事故など回避する為、施錠しているが、中庭、畑には自由に出入りできるように開放している)   | 身体拘束をしないケアを提供するために、入居者に合わせたケア方法を話し合い、寄り添った支援を提供している。事業所の前の交通量が増え、交通事故防止のため玄関のみ施錠。 |                   |
| 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      | 各種研修、社内研修などで学んでいる。ケアカンファレンスなどで情報交換を行い虐待が見過ごされる事がないように注意を払い防止に努めている。  |   |                   |
| 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  | 各種研修、社内研修等で学んでいる。ケアカンファレンスなどで必要に応じて活用できるよう支援している。  |   |                   |
| 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                       | 契約書に添って丁寧な説明を行い利用者や家族の不安、疑問点などをうかがい十分な説明を行い、理解、納得を得ている。  |   |                   |
| 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                   | 苦情が寄せられた場合は会議を開いて検討、改善し入居者のご家族や運営推進会議などで報告している。利用者の言えない表せない思いなど関わりの中で常に入居者の立場になって思いを把握して反映させている。重要事項に市町村の相談窓口を載せてある。 | 苦情箱の設置、面会ノートへの記載などの方法をとっているが、多くは直接職員に話している。職員は面会時に声掛けに心掛け、コミュニケーションを深めるように努力している。 |                   |
| 11 | (7) | 運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                    | 月1回開設者、管理者、パートも含めた全職員参加の全体会議、カンファレンスを行っている。緊急時はその都度、ケアカンファレンスを行っている。   | 月1回開設者、管理者、パートを含む全職員が出席する全体会議やカンファレンスがある。意見要望を反映させる仕組みがある。日常意見を提案しやすい環境にある。       |                   |

| 自己                       | 外部 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|--------------------------|----|--|---|------|-------------------|
|                          |    |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 12                       |    | <b>就業環境の整備</b><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      | 食事会や会議などで交流を図り、不安や迷いを共有し解決できるようにしている。職員も入居者も楽しく伸び伸びと生活できるように、自主的に運営できるように支えている。困った時にいつでも連絡を取り合い相談できるように、管理者・ホーム・運営者同士が無料のソフトバンクの携帯電話を持っている。 |      |                   |
| 13                       |    | <b>職員を育てる取り組み</b><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         | 職員の質の向上を図るため計画的に研修や勉強の機会が設けられている。外部研修には個々のレベルに応じた研修に交代で出ている。研修後はパソコンに報告書を打ち込み系列事業所と独自のシステムで各事業所の報告が閲覧できる。常勤、非常勤に関わらず積極的に研修に参加している。          |      |                   |
| 14                       |    | <b>同業者との交流を通じた向上</b><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 | 市のグループホーム部会に加入し、積極的に交流の場を設けている。ネットワークづくりや勉強会、相互訪問などの活動を通してサービスの質の向上や職員の資質向上に役立っている。   |      |                   |
| <b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |   |      |                   |
| 15                       |    | <b>初期に築く本人との信頼関係</b><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           | 入居希望者には事前にホームに来て頂いたり訪問したりして、困っている事、不安な事、求めている事などゆっくりお話させて頂いて受け止める努力をしている。   |      |                   |
| 16                       |    | <b>初期に築く家族等との信頼関係</b><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                      | 入居希望者の家族にも困っている事、不安な事、求めている事などゆっくりお話させて頂いて受けとめる努力をしている。   |      |                   |
| 17                       |    | <b>初期対応の見極めと支援</b><br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている                  | 入居希望者、ご家族のお話をよく聞き、情報提供書、診断書なども参考にし、その時、まず必要としている支援を見極めた対応に努めている。  |      |                   |

| 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                       | 感情豊かな生活を送れるよう全職員が言葉掛や雰囲気づくりをしている。料理、畑仕事、遊び、漬物など職員に教えて下さり、助けて頂き、共に過ごし支え合う関係を築いている。                                       |   |                   |
| 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        | ホームでの入居者の様子を伝え、相談に乗って頂いたりしている。入居者の思いに家族、職員と共に寄り添っていくことができるよう連携を図っている。   |   |                   |
| 20                              | (8) | 馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                    | お一人お一人の人生の歴史や習慣などを大切にしている。遠方の親戚、知人からの電話を取り次いだり、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、個々に対応している。入居時はもちろん、入居後もご家族に相談しながら支援している。 | 馴染みの場所に出掛けるのは困難になってきている。友人、知人などは電話で継続できる支援をしている。行き付けの理、美容院は家族と相談しながら、双方で支援し外出困難時は来てもらっている。        |                   |
| 21                              |     | 利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 入居者同士が助け合い、励まし合う場面が日常生活の中で度々見られる。必要な場面では職員がさりげなく目立たないように橋渡しをしている。   |   |                   |
| 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 | 退居された後も、ご家族が見えて相談に乗ったりしている。   |   |                   |
| <b>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                        | 入居者の思いを受け止めるべく、また、信頼関係を築くためにも、たくさんのお話をうかがい入居者お一人お一人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は入居者の思いを職員間で情報交換している。                   | 日頃から入居者さんとの関係を大切にしながら、希望・意向の把握に努めている。意思疎通の困難な場合は、表情・言葉・行動観察をし、家族と話し合い、職員間で情報交換をし、生活課題を見出し支援をしている。 |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|---|---|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                       | ご家族に生活歴や生活環境、その方らしさを知るための調査に記入して頂き、折に触れて入居者やご家族のお話をゆっくりとかがい、お一人お一人のこれまでの人生の把握に努めている。介護支援専門員・医療機関からは必ず情報提供書を頂き、サービス利用の経過などを把握している。 |  |                   |
| 25 |      | 暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 毎日入居者お一人お一人のファイルに日々の様子を細かく記録し、お一人お一人の人生の歴史に合わせて、持てる力を見極めていく。また、ケアカンファレンスで状況交換し総合的に把握するように努めている。                                   |  |                   |
| 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 | 入居者、家族、職員などで話し合い、入居者お一人お一人の心に寄り添って目標を立て、個々の特徴を踏まえて地域でその人らしく暮らし続けるために具体的な介護計画を作成している。月に1度は必ずモニタリングを行い、状態が変わった時にはその都度見直しをしている。      | 本人家族の希望を聞き意見を出し合って担当者が介護計画を作成している。再度カンファレンスで検討し、入居者に合った計画になるようにしている。月1回モニタリングを行い、現状に適した計画であることを確認している。 |                   |
| 27 |      | 個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | ケアの実践、結果、気づき、工夫など毎日の様子は個別記録、温度板やKOMI場面記録に記入し、情報を共有しながら介護計画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               | 供用型認知症対応型通所介護の指定を受けている自主サービスである。在宅での生活が困難になった高齢者の緊急避難先となり一時的に受け入れている。医療連携体制を活かし、主治医による往診や受診を出来る限り回避し、苦痛や感染の危険がない限り看取りまで行っている。     |  |                   |
| 29 |      | 地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 本人の意向や必要に応じて、運営推進会議や市の調整会議などで検討し、地域全体で協力しながら支援している。   |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |   |
|----|------|---|--|---|---|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                                       |
| 30 | (11) | <p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>                                  | <p>入居時にかかりつけ医をうかがい、入居者、家族が希望する医療機関を受診して頂いている。必要があれば、自費になるが、介護タクシーなどを手配し、希望する医療機関を受診できるように支援し往診して頂ける主治医には往診をお願いしている。</p>  | <p>入居時にかかりつけ医を聞いている。現状は、内科系医療機関がかかりつけ医になっている人が多い。継続して医療が受けられている。専門科の場合は、家族による通院であるが、事業所の支援もあり、情報の共有もある。</p> |   |
| 31 |      | <p>看護職との協働</p> <p>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</p>                          | <p>訪問看護ステーションとの連携が取れている。いつでも相談できる医療機関もあり、恵まれている。</p>   |   |   |
| 32 |      | <p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>入退院に際して病院の地域連携室や医療相談室を通して医師や看護師長と密接に連絡を取り合い、ケアカンファレンスなどを必要に応じて行い病院関係者と連携している。</p>   |   |   |
| 33 | (12) | <p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>  | <p>入居時に入居者、家族と話し合っている。状況に応じて、揺れ動く入居者やご家族の気持ちに添って、その都度かかりつけ医などと話し合っている。また、重度化や終末期には変化を伝えながら、ご家族の気持ちに寄り添い、全員で方針を共有し、出来る限りの支援を行っている。訪問看護ステーションと医療連携体制が結ばれている。</p> | <p>終末期の指針ができており、入居時に本人、家族に説明し話し合われている。状態変化に応じて、訪問看護医師、家族など交え方向の統一が話し合われている。</p>                             |   |
| 34 |      | <p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>  | <p>全職員が年1回救命救急の講習を受けている。定期的に心肺蘇生の練習をしたり、研修を行っている。</p>  |   |   |
| 35 | (13) | <p>災害対策</p> <p>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</p>  | <p>年に2回避難訓練を行っている。地域の行事や運営推進会議において地域の方や隣組の方の協力をお願いしている。また、今年度は風水害を想定した訓練も行った。平成27年3月20日には和田区と『災害時相互援助協力協定書』が締結された。</p>   | <p>年3回避難訓練を実施し、本年の1回は風水害を想定し実施した。地域とは、和田区と災害時相互援助協力協定書が締結されている。</p>   | <p>入居者さんの個別避難誘導計画作成と、近隣住民の方が訓練に参加していただけるような機会を望みたい。</p> |



| 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>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                   | 職員は個人情報の保護に付いて理解し守秘義務に徹底している。お一人お一人の人格を受け止めプライドやプライバシーを損ねない声掛けや支援をしている。また、実習生やボランティア学習生にも守秘義務の徹底に付いて指導している。   | 一人ひとりの人格を尊重し、個人の尊厳を大切に言葉掛けや支援をしている。実習生には、人生の先輩として尊敬し守秘義務のあることを伝えている。            |                   |
| 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                     | 衣類を選んで頂いたり、献立を相談したり、外食時にメニューを見て好きな物を選んで頂いたり、出来るだけご自分で決めたり、意思表示できるように生活を送って頂いている。  |   |                   |
| 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 | 一日の大まかな予定はあるがその日の体調や気分などを見ながら柔軟に対応している。寒い朝ゆっくり寝ていたい人には朝食は起きた時に用意し、毎日入浴したい人には入浴して頂くなど日々お一人お一人のペースや希望に添った支援をしている。   |   |                   |
| 39                           |      | 身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | ご自分の好きな服を選んで着て頂いている。理容室や美容院は好きな所に行ってい頂いている。行かない方には美容師に来てもらっている。   |   |                   |
| 40                           | (15) | 食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 天気の良い日にはテラスでお茶を飲んでいただいたり、季節ごとの『梅漬け』『干し柿作り』『繭玉作り』などを一緒に作り、それを食卓に並べた。普段の食生活でも、入居者に相談しながらメニューを決めたり、食事作りを一緒に行っている。少しでも出来ることを見付けて関わって頂けるようにしている。昔作ったおやつや料理を教えて頂いて一緒に作っている。 | 法人の栄養士がバランスを考え、食材が決められている。メニューは入居者さんが決める。食事作りの一連の流れの中で、できることに参加している。完全に食べる人が多い。 |                   |
| 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          | 栄養士による勉強会や作成してもらった資料を基に、栄養バランスの整った献立になるよう心掛け、毎食の献立を記録し、栄養士に確認していただいている。お一人お一人の栄養バランスや摂取状況を全職員が記録し、把握し、習慣に応じた支援をしている。  |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|---|--|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                      | お一人お一人の状態に合わせて、毎食後、歯磨きや義歯のケアを誘導、見守り、介助をしながら支援している。必要に応じて歯科訪問診療を受けている。  |  |                   |
| 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       | 排泄パターンやサインを把握してさりげなくトイレ誘導、見守りを行い、オムツを出来るだけ使用しない様にケアの目標を立てている。失禁時の行為は必ずトイレ、居室でドアを閉め、本人の羞恥心に配慮しながらさりげなく行っている。                    | 排泄パターンチェックやサインからトイレ誘導、見守りを行っている。失禁時は他の入居者の目に触れないように、更衣しプライバシーに心掛けている。    |                   |
| 44 |      | 便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                       | 野菜をたくさん使った料理、繊維質を取れる素材を取り入れ、水分摂取に気を配り、可能な限り毎日散歩している。また、サインを見逃さず排便誘導をしている。  |  |                   |
| 45 | (17) | 入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | お一人お一人の希望に合わせてゆっくりと入浴して頂いている。お風呂の好きな方には毎日入浴が可能であり、嫌いな方には入って頂けるような対応を工夫している。  | いつでも入浴でき、自分に合ったスタイルで入浴している。最低でも週2回の入浴に心掛けている。仲良しの人との入浴、入浴剤などの使用の工夫をしている。 |                   |
| 46 |      | 安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                        | お一人お一人の睡眠パターン、生活リズムを把握し、日中は活動的に、夕方は穏やかに過ごして頂き、安眠できるように生活のリズムを整えるように工夫している。   |  |                   |
| 47 |      | 服薬支援<br>一人ひとり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                    | 薬については全職員で勉強会を行い理解している。薬が変わる都度、日報に記載、また、ケアカンファレンスで周知を図っており、症状の変化の確認を徹底している。個人のファイルに薬情書が添付され、いつでも見れる。服薬は喉がごっくんと動くまでさりげなく確認している。 |  |                   |

| 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  | お一人お一人が少しでも出来ることを見つけ、また、生活歴を活かした楽しみ、役割を持って頂き必要とされていると感じていただける場面を出来るだけ作るようにしている。  |  |                   |
| 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                      | 出来るだけ散歩に出たり、回覧板を一緒に持って行き、近所の方と交流したり季節の変化に気付いて頂いている。故郷の祭りなど可能な限りお連れしたり、家族にお願いして実現できるようにしている。お花見や紅葉ドライブなどで季節を感じて楽しんでいただける機会を作っている。 | 入居者さんの個人の外出希望は減ってきている。戸外の散歩、ごみ出しなど五感刺激や気分転換を積極的に行っている。事業所の行事として花見、紅葉狩りなど行っている。 |                   |
| 50 |      | お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 入居者の状況、力量、希望に応じて家族と相談しながら出来るだけご自分のお財布にお金を入れて管理して頂いている。買い物希望がある方には支援している。   |  |                   |
| 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   | 自由に電話を使って頂き必要な援助を行いながら、家族への電話の支援を行っている。現在は手紙を書ける方がいないため電話への支援となっている。   |  |                   |
| 52 | (19) | 居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 広さも雰囲気も広めの家という感じで和室には炬燵があり、床の間には人形や花などを飾っている。トイレは車椅子も入れる様に広めだが、ドアに鍵をかけることも出来、全てに家庭的雰囲気にするように心掛けている。                              | 共用空間はゆったりとしている。入居者さんは日中ほとんど共用の場で過ごしている。和室には炬燵、ひな壇など季節が感じられる。                   |                   |
| 53 |      | 共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 和室、廊下に置いたソファ、自由に出入りできるテラスや事務所、食堂のテーブルなど、気の合った人同士で話していたりテレビを見たり、自由に過ごしていっしょ。  |  |                   |

外部評価(のぞみの家)

| 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 | 入居される時に出来るだけ今まで使用していた寝具、家具、時計、カレンダー、アルバムなどをお持ち頂くようお願いしており、それぞれ個性のある自分の部屋で安心して過ごしている。                   | 入居前に自宅で使用していた家具、調度品を持ち込まれカレンダー、鏡台、お位牌、家族写真、趣味の碁盤など、その人らしい居室になっている。 |                   |
| 55 |      | 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している    | 建物内は全てバリアフリーとし、要所には全て手すりが付いている。ホームの全てがお年寄りに合わせて作られており、非常に使いやすく安全である。ホームの全てが認知症のあるお年寄りが暮らしやすいように作られている。 |  |                   |

## 自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Alt+ ) + (Enter+ )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>理念に基づく運営</b> |     |   |   |      |                   |
| 1               | (1) | <b>理念の共有と実践</b><br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                      | 地域密着型のサービスに伴いグループホームの役割を再度学び直し、地域住民との関わりを重視し積極的に取り組んでいる。朝の申し送り時に理念を唱和し常に意識を高めている。ケアカンファレンスや社内研修などでレポートを出し合ったりして具体化に努めている。 |      |                   |
| 2               | (2) | <b>事業所と地域とのつきあい</b><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                      | 隣組に参加して、今までに隣組長を2回行い、地域の行事にも参加して交流に努めている。ホームの夏祭りやクリスマス会などにも地域の方々をご招待している。   |      |                   |
| 3               |     | <b>事業所の力を活かした地域貢献</b><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                    | 運営推進会議などでホームとして地域の方々に出ることをして行きたいと常にお話させて頂いている。市の見守り事業所として登録し、地域の行方不明者の発見に協力している。認知症対応型の指定も取っており、自主事業での緊急の一時宿泊も行っている。      |      |                   |
| 4               | (3) | <b>運営推進会議を活かした取り組み</b><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 | 今年度も運営推進会議6回開催を目標に、運営推進会議を定期的に行い、利用者やサービスの実際、評価への取り組みなどに付いて報告や話し合いを行い、サービスの向上に活かしている。                                     |      |                   |
| 5               | (4) | <b>市町村との連携</b><br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる           | 運営協議会や市町村の連絡調整会議、グループホーム部会などに参加し、市町村と共にサービスの質の向上に取り組んでいる。   |      |                   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|-----|--|--|------|-------------------|
|    |     |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 一切していない。(玄関は前の道路の交通量も激しくなり、事故など回避する為、施錠しているが、中庭、畑には自由に出入りできるように開放している)   |      |                   |
| 7  |     | 虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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       | 各種研修、社内研修などで学んでいる。ケアカンファレンスなどで情報交換を行い虐待が見過ごされる事がないように注意を払い防止に努めている。  |      |                   |
| 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   | 各種研修、社内研修等で学んでいる。ケアカンファレンスなどで必要に応じて活用できるよう支援している。  |      |                   |
| 9  |     | 契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                       | 契約書に添って丁寧な説明を行い利用者や家族の不安、疑問点などをうかがい十分な説明を行い、理解、納得を得ている。  |      |                   |
| 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                    | 苦情が寄せられた場合は会議を開いて検討、改善し入居者のご家族や運営推進会議などで報告している。利用者の言えない表せない思いなど関わりの中で常に入居者の立場になって思いを把握して反映させている。重要事項に市町村の相談窓口を載せてある。 |      |                   |
| 11 | (7) | 運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                     | 月1回開設者、管理者、パートも含めた全職員参加の全体会議、カンファレンスを行っている。緊急時はその都度、ケアカンファレンスを行っている。   |      |                   |

| 自己                       | 外部 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|--------------------------|----|--|---|------|-------------------|
|                          |    |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 12                       |    | <b>就業環境の整備</b><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      | 食事会や会議などで交流を図り、不安や迷いを共有し解決できるようにしている。職員も入居者も楽しく伸び伸びと生活できるように、自主的に運営できるように支えている。困った時にいつでも連絡を取り合い相談できるように、管理者・ホーム・運営者同士が無料のソフトバンクの携帯電話を持っている。 |      |                   |
| 13                       |    | <b>職員を育てる取り組み</b><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         | 職員の質の向上を図るため計画的に研修や勉強の機会が設けられている。外部研修には個々のレベルに応じた研修に交代で出ている。研修後はパソコンに報告書を打ち込み系列事業所と独自のシステムで各事業所の報告が閲覧できる。常勤、非常勤に関わらず積極的に研修に参加している。          |      |                   |
| 14                       |    | <b>同業者との交流を通じた向上</b><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 | 市のグループホーム部会に加入し、積極的に交流の場を設けている。ネットワークづくりや勉強会、相互訪問などの活動を通してサービスの質の向上や職員の資質向上に役立っている。   |      |                   |
| <b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |   |      |                   |
| 15                       |    | <b>初期に築く本人との信頼関係</b><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           | 入居希望者には事前にホームに来て頂いたり訪問したりして、困っている事、不安な事、求めている事などゆっくりお話させて頂いて受け止める努力をしている。   |      |                   |
| 16                       |    | <b>初期に築く家族等との信頼関係</b><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                      | 入居希望者の家族にも困っている事、不安な事、求めている事などゆっくりお話させて頂いて受けとめる努力をしている。   |      |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|-----|---|--|------|-------------------|
|    |     |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 17 |     | <p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>       | <p>入居希望者、ご家族のお話をよく聞き、情報提供書、診断書なども参考にし、その時、まず必要としている支援を見極めた対応に努めている。</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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている</p>                       | <p>感情豊かな生活を送れるよう全職員が言葉掛や雰囲気づくりをしている。料理、畑仕事、遊び、漬物など職員に教えて下さり、助けて頂き、共に過ごし支え合う関係を築いている。</p>                                       |      |                   |
| 19 |     | <p>本人と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</p>        | <p>ホームでの入居者の様子を伝え、相談に乗って頂いたりしている。入居者の思いに家族、職員と共に寄り添っていきことができるよう連携を図っている。</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>お一人お一人の人生の歴史や習慣などを大切にしている。遠方の親戚、知人からの電話を取り次いだり、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、個々に対応している。入居時はもちろん、入居後もご家族に相談しながら支援している。</p> |      |                   |
| 21 |     | <p>利用者同士の関係の支援</p> <p>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずにご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている</p>                 | <p>入居者同士が助け合い、励まし合う場面が日常生活の中で度々見られる。必要な場面では職員がさりげなく目立たないように橋渡しをしている。</p>   |      |                   |
| 22 |     | <p>関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p> | <p>退居された後も、ご家族が見えて相談に乗ったりしている。</p>   |      |                   |



| 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>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)  | <p>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</p>   | <p>入居者の思いを受け止めるべく、また、信頼関係を築くためにも、たくさんのお話をうかがい入居者お一人お一人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は入居者の思いを職員間で情報交換している。</p>                              |      |                   |
| 24                              |      | <p>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</p>                                       | <p>ご家族に生活歴や生活環境、その方らしさを知るための調査に記入して頂き、折に触れて入居者やご家族のお話をゆっくりとうかがい、お一人お一人のこれまでの人生の把握に努めている。介護支援専門員・医療機関からは必ず情報提供書を頂き、サービス利用の経過などを把握している。</p> |      |                   |
| 25                              |      | <p>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</p>   | <p>毎日入居者お一人お一人のファイルに日々の様子を細かく記録し、お一人のお一人の人生の歴史に合わせて、持てる力を見極めている。また、ケアカンファレンスで状況交換し総合的に把握するように努めている。</p>                                   |      |                   |
| 26                              | (10) | <p>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</p> | <p>入居者、家族、職員などで話し合い、入居者お一人お一人の心に寄り添って目標を立て、個々の特徴を踏まえて地域でその人らしく暮らし続けるために具体的な介護計画を作成している。月に1度は必ずモニタリングを行い、状態が変わった時にはその都度見直しをしている。</p>       |      |                   |
| 27                              |      | <p>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</p>                        | <p>ケアの実践、結果、気づき、工夫など毎日の様子は個別記録、温度板やKOMI場面記録に記入し、情報を共有しながら介護計画の見直しに活かしている。</p>   |      |                   |

| 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 |
| 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                            | 供用型認知症対応型通所介護の指定を受けている自主サービスである。在宅での生活が困難になった高齢者の緊急避難先となり一時的に受け入れている。医療連携体制を活かし、主治医による往診や受診を出来る限り回避し、苦痛や感染の危険がない限り看取りまで行っている。 |      |                   |
| 29 |      | 地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 本人の意向や必要に応じて、運営推進会議や市の調整会議などで検討し、地域全体で協力しながら支援している。   |      |                   |
| 30 | (11) | かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                 | 入居時にかかりつけ医をうかがい、入居者、家族が希望する医療機関を受診して頂いている。必要があれば、自費になるが、介護タクシーなどを手配し、希望する医療機関を受診できるように支援し往診して頂ける主治医には往診をお願いしている。              |      |                   |
| 31 |      | 看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 訪問看護ステーションとの連携が取れている。いつでも相談できる医療機関もあり、恵まれている。   |      |                   |
| 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。 | 入退院に際して病院の地域連携室や医療相談室を通して医師や看護師長と密接に連絡を取り合い、ケアカンファレンスなどを必要に応じて行い病院関係者と連携している。   |      |                   |

| 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 |
| 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、事業所ですることが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 | 入居時に入居者、家族と話し合っている。状況に応じて、揺れ動く入居者やご家族の気持ちに添って、その都度かかりつけ医などと話し合っている。また、重度化や終末期には変化を伝えながら、ご家族の気持ちに寄り添い、全員で方針を共有し、出来る限りの支援を行っている。訪問看護ステーションと医療連携体制が結ばれている。 |      |                   |
| 34                           |      | 急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 全職員が年1回救命救急の講習を受けている。定期的に心肺蘇生の練習をしたり、研修を行っている。  |      |                   |
| 35                           | (13) | 災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 年に2回避難訓練を行っている。地域の行事や運営推進会議において地域の方や隣組の方の協力をお願いしている。また、今年度は風水害を想定した訓練も行った。平成27年3月20日には和田区と『災害時相互援助協力協定書』が締結された。   |      |                   |
| <b>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  | 職員は個人情報の保護に付いて理解し守秘義務に徹底している。お一人お一人の人格を受け止めプライドやプライバシーを損ねない声掛けや支援をしている。また、実習生やボランティア学習生にも守秘義務の徹底に付いて指導している。   |      |                   |
| 37                           |      | 利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている  | 衣類を選んで頂いたり、献立を相談したり、外食時にメニューを見て好きな物を選んで頂いたり、出来るだけご自分で決めたり、意思表示できるような生活を送って頂いている。  |      |                   |
| 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  | 一日の大まかな予定はあるがその日の体調や気分などを見ながら柔軟に対応している。寒い朝ゆっくり寝ていたい人には朝食は起きた時に用意し、毎日入浴したい人には入浴して頂くなど日々お一人お一人のペースや希望に添った支援をしている。   |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|---|---|------|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                | ご自分の好きな服を選んで着て頂いている。理容室や美容院は好きな所に行ってい頂いている。行かない方には美容師に来てもらっている。   |      |                   |
| 40 | (15) | 食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている   | 天気の良い日にはテラスでお茶を飲んでいただいたり、季節ごとの『梅漬け』『干し柿作り』『繭玉作り』などを一緒に行い、それを食卓に並べた。普段の食生活でも、入居者に相談しながらメニューを決めたり、食事作りを一緒に行っている。少しでも出来ることを見付けて関わって頂けるようにしている。昔作ったおやつや料理を教えて頂いて一緒に作っている。 |      |                   |
| 41 |      | 栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている        | 栄養士による勉強会や作成してもらった資料を基に、栄養バランスの整った献立になるよう心掛け、毎食の献立を記録し、栄養士に確認していただいている。お一人お一人の栄養バランスや摂取状況を全職員が記録し、把握し、習慣に応じた支援をしている。  |      |                   |
| 42 |      | 口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                 | お一人お一人の状態に合わせて、毎食後、歯磨きや義歯のケアを誘導、見守り、介助をしながら支援している。必要に応じて歯科訪問診療を受けている。   |      |                   |
| 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 | 排泄パターンやサインを把握してさりげなくトイレ誘導、見守りを行い、オムツを出来るだけ使用しない様にケアの目標を立てている。失禁時の行為は必ずトイレ、居室でドアを閉め、本人の羞恥心に配慮しながらさりげなく行っている。   |      |                   |
| 44 |      | 便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                 | 野菜をたくさん使った料理、繊維質を取れる素材を取り入れ、水分摂取に気を配り、可能な限り毎日散歩している。また、サインを見逃さず排便誘導をしている。   |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|------|--|--|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                        | お一人お一人の希望に合わせてゆっくりと入浴して頂いている。お風呂の好きな方には毎日入浴が可能であり、嫌いな方には入って頂けるような対応を工夫している。  |      |                   |
| 46 |      | 安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | お一人お一人の睡眠パターン、生活リズムを把握し、日中は活動的に、夕方は穏やかに過ごして頂き、安眠できるように生活のリズムを整えるように工夫している。   |      |                   |
| 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  | 薬に付いては全職員で勉強会を行い理解している。薬が変わる都度、日報に記載、また、ケアカンファレンスで周知を図っており、症状の変化の確認を徹底している。個人のファイルに薬情書が添付され、いつでも見れる。服薬は喉がごっくんと動くまでさりげなく確認している。       |      |                   |
| 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                             | お一人お一人が少しでも出来ることを見つけ、また、生活歴を活かした楽しみ、役割を持って頂き必要とされていると感じていただける場面を出来るだけ作るようにしている。  |      |                   |
| 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 | 出来るだけ散歩に出たり、回覧板と一緒に持って行き、近所の方と交流したり季節の変化に気付いて頂いている。故郷の祭りなど可能な限りお連れしたり、家族にお願いして実現できるようにしている。お花見や紅葉ドライブなどで季節を感じて楽しんでいただける機会を作るようにしている。 |      |                   |
| 50 |      | お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                             | 入居者の状況、力量、希望に応じて家族と相談しながら出来るだけご自分のお財布にお金を入れて管理して頂いている。買い物希望がある方には支援している。   |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|------|---|--|------|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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   | 自由に電話を使って頂き必要な援助を行いながら、家族への電話の支援を行っている。現在は手紙を書ける方がいないため電話への支援となっている。                                   |      |                   |
| 52 | (19) | 居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 広さも雰囲気も広めの家という感じで和室には炬燵があり、床の間には人形や花などを飾っている。トイレは車椅子も入れる様に広めだが、ドアに鍵をかけることも出来、全てに家庭的雰囲気にするように心掛けている。    |      |                   |
| 53 |      | 共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 和室、廊下に置いたソファ、自由に出入りできるテラスや事務所、食堂のテーブルなど、気の合った人同士で話していたりテレビを見たり、自由に過ごしていच्छ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  | 入居される時に出来るだけ今まで使用していた寝具、家具、時計、カレンダー、アルバムなどをお持ち頂くようお願いしており、それぞれ個性のある自分の部屋で安心して過ごしている。                   |      |                   |
| 55 |      | 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 建物内は全てバリアフリーとし、要所には全て手すりが付いている。ホームの全てがお年寄りに合わせて作られており、非常に使いやすく安全である。ホームの全てが認知症のあるお年寄りが暮らしやすいように作られている。 |      |                   |

### 目標達成計画

作成日:平成29年3月17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 | 株式会社エスポワール                                    | 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        | 13   | 入居者様の個別避難誘導計画作成と近隣住民の方が訓練に参加していただけるような機会をつくる。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者様が個々の身体状況に応じた避難を行う。</li> <li>・地域の方々に災害時に協力していただけるように避難訓練を計画する。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスを行い、入居者様個々の避難誘導や注意点など話し合い、計画作成し、それに基づいて訓練を実施する。</li> <li>・近隣区民の方々に呼びかけて避難訓練に参加していただく。</li> <li>・のぞみグループ施設が近くにあるので相互に協力できる体制を整える。</li> </ul> | 6ヶ月        |
| 2        |      |   |  |  |            |
| 3        |      |   |  |  |            |
| 4        |      |   |  |  |            |
| 5        |      |   |  |  |            |

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。