

## 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   | 0193600210             |            |            |
| 法人名     | NPO法人 ゆうあいネットあつま       |            |            |
| 事業所名    | グループホーム えがおの家 ユニット のど家 |            |            |
| 所在地     | 勇払郡厚真町京町31番地1          |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年12月25日            | 評価結果市町村受理日 | 平成26年2月10日 |

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

|             |   |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0193600210-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0193600210-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a> |
|-------------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 評価機関名 | タンジエント株式会社                     |
| 所在地   | 北海道旭川市緑が丘東1条3丁目1-6 旭川リサーチセンター内 |
| 訪問調査日 | 平成26年1月29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)】

利用者様との関わりを一番に大切に、個々の関わりを持つ中でスタッフと利用者様が信頼関係を築きながら日々の生活を、笑顔でのんびり、自分らしく安らかに生活を送って頂けるよう努力しています。

## 【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><b>&lt;便秘の予防と対応&gt;</b><br/>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、薬剤を使わずに自然排便ができるように食物繊維の多い食材を全ての職員が内部研修を通じて学び、献立への反映や飲食物の工夫、水分量の把握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。また、排便管理表を職員間で共有し、看護職員との連携を図っている。</p> <p><b>&lt;理念の実践&gt;</b><br/>理念の実践や達成の為に、個々の職員が具体的な目標を掲げ、その達成度を評価し、サービスの向上に活かしている。また、月2回実施の職員会議やケア会議で一人ひとりの利用者の状況や運営に関する話し合いが行われ、意見や要望等を聞く機会を設けて、そこでの意見を運営に反映できるよう努めている。</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

| 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  | 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|---|--|--|--|
| 56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<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)             | ○<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) | ○<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している<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) | ○<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    |  |  |

## 自己評価及び外部評価結果

| 自己評価              | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|-------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                   |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I.理念に基づく運営</b> |      |  |   |  |                   |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>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   | えがおの家基本理念・ケア理念を定め、採用時研修や月2回のケア会議において適宜確認している。玄関・事務所・ケアステーション・休憩室に提示し、日常的な啓発に努めている。        | 事業所独自の理念を作り上げ、新規採用時研修や職員会議、ケア会議で話し合い、職員間で共有し、その実践につなげている。                      |                   |
| 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   | 町内行事には積極的に参加し、ホームのイベントには近隣の方達や保育園の子供達との交流の場を設けている。  | 地域の人たちに夏祭り開催の参加案内や保育園児との交流、中学生の体験学習や読み聞かせ等のボランティアの受け入れで地元の人々との連携・交流促進に取り組んでいる。 |                   |
| 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   | 町内の中学校の職場体験の場の提供や町内在住の職員は地域の「安心ネット」会員となり地域貢献に努めている。                                       |  |                   |
| 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                                      | 二か月に一回地域包括・近隣住民の方や商店の方に参加して頂き、利用者様の状況、ヒヤリハットや活動報告等を行い情報交換が出来るよう、運営推進会議を開きサービス向上の努力を行っている。 | 年6回を目安に運営推進会議開催に努め、地域との連携や利用状況、行事案内等を具体的内容について話し合い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。       |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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  | 運営推進会議やホーム行事にもできるだけ参加して頂き、実情を把握して頂きながら意見交換等で協力関係を築けるよう努力を行っている。                           | 町担当者とは、日常的に情報交換や地域のニーズ等具体的に情報交換しながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。                          |                   |
| 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「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 | 採用時研修や内部・外部研修を行い職員全員が理解し、拘束のないケアに取り組んでいる。玄関の施錠は職員体制と外部からの安全性も含め夜間時のみ行っている。                | 内部研修や事例研究等を通じて指定基準における具体的な禁止の対象となる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。    |                   |
| 7                 |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                       | 内部・外部研修や事業所独自の虐待防止自己評価チェック表で職員全員が自分のケアを振り返る事で虐待防止の意識を強く持ち全職員が防止に努めている。                    |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<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    | 内部研修等で学んではいるが現状では全職員の理解は不十分と思われ今後は全職員が理解できる機会を設けたい。                              |   |                   |
| 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・重要事項説明書・パンフレットにより十分な説明を行い不安や疑問点には理解・納得を得られるよう説明している。                         |   |                   |
| 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                      | 「苦情・相談窓口」を玄関に掲示し、日頃より利用者、ご家族とのコミュニケーションを図りご家族の訪問時等にはご意見やご不満を伺えるよう、都度、改善に努めている。   | 家族や地域の人達が困りごとや相談など気軽にできるようにサロンを併設している。また、利用者・家族等が意見や要望等を言い表せるように苦情・相談窓口の掲示をしている。    |                   |
| 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2回の全体会議やユニット会議を開催して意見を出し合い業務改善に反映させている。   | 月2回実施の職員会議やケア会議で一人ひとりの利用者の状況や運営に関する話し合いが行われ、意見や要望等を聞く機会を設けて、そこでの意見を運営に反映できるよう努めている。 |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 代表者は管理者や職員個々の努力を認めより一層努力しようと思うよう声かけしている。給与水準、特別休暇等考えてくれており現状において今の環境条件は妥当を考えられる。 |   |                   |
| 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         | 職員一人ひとりの力量に応じ内外の研修などに積極的に参加させ資格修得のための財政的支援を実施しスキルアップに努めている。                      |   |                   |
| 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 | 近隣のGHの催事においてお互いに入居者様と一緒に参加したり同業者との情報交換や意見交換が出来るよう努めている。                          |   |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|-----------------------------|------|---|--|---|-------------------|
|                             |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居前に本人と面接をしアセスメントを行うとともに今までの生活歴や本人の思考、趣味等可能な限り家族や入居前の担当ケアマネより情報を収集し本人の望む生活を支援できるよう努めている。 |   |                   |
| 16                          |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 入居前にはご本人とご家族と一緒に見学して頂いたり、ホームの雰囲気や日々の生活の写真を見て頂くなど不安な事や要望などに目を傾けながら関係づくりに努めている。            |   |                   |
| 17                          |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 入居前や入居初日にご本人とご家族の意向をしっかりと把握し安心してサービスを受けれるよう努めている。  |   |                   |
| 18                          |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | 介護者は入居者のできる事と出来るがしない事等を見極め、共に暮らす者同士の関係を築けるよう努めている。                                       |   |                   |
| 19                          |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている            | ご家族の面会時には近況報告を含めご本人の思いを伝えるようにしたり電話にて報告・相談をしたりしながら関係を築いている。町外の通院などには協力をお願いしている。           |   |                   |
| 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                        | ご家族や友人の面会は自由に過ごして頂ける環境作りに努め馴染みの場所への外出希望は極力対応できるよう努めている。                                  | 地域の人たちが気軽に見学や相談等で訪問する機会が多く、散歩や買い物、地元の行事参加等で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。 |                   |
| 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                     | 日々、入居者同士の心身状況を把握し良い関係が築けるよう職員も介入し入居者同士が支え合えるよう環境作りに努めている                                 |   |                   |



| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                    |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                     | 退居後の移住先まで訪問する事はないが入院での退居は退居後のお見舞いや亡くなられた時などはお参りに伺ったりしている                   |   |                   |
| <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   | 入居時のアセスメントの他、日々の関わりの中で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家族からも聞くように心がけている。   | 毎月のアセスメントの実施や本人の意向の把握に努め、紅葉ドライブや菜園づくり、散歩や買い物等本人本位に検討している。                                     |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入居前、入居時に本人・家族・ケアマネジャーからの情報収集したり、日々の関わりの中で昔話を聞くなどしながら、これまでの生活環境などの把握に努めている。 |   |                   |
| 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   | 日々の関わりの中で常に一人ひとりの見守り観察を行い現状把握に努め、介護記録や申し送り等で全職員が情報の共有を出来るよう努めている           |   |                   |
| 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 | 日々の申し送りや気づきを全体会議やユニット会議で検討し介護計画の作成に反映できるよう努めたい。                            | 本人・家族の希望や意向の把握、職員会議やケア会議を通じて職員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。                                 |                   |
| 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                        | 利用者個々の記録にバイタル・水分・排尿排便等記録し全職員が情報共有でき、ケアにいかす事ができ、介護計画の見直しにも活かされている。          |   |                   |
| 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               | 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズには職員の共通認識のもとで柔軟な対応が出来るよう努めたい。                          |   |                   |
| 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                         | 地域の行事には積極的に参加し、ボランティアのライブや踊り、手品等ホームに来て頂き沢山の交流を楽しむ事が出来るよう支援している。            |   |                   |
| 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、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                     | ほとんどの方が入居前からの主治医であり緊急時や往診にも対応して頂けている。診療所の理事長は法人の顧問でもあり、日々の関わりがあり関係は築けている。  | 受診は、本人や家族の希望するかかりつけ医となっていて通院への支援もしている。また、クリニックの医師・看護師との連携により、往診・訪問看護の利用で適切な医療を受けられるように支援している。 |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                  |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31                               |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 協力医療機関から週2回看護師の訪問があり身体状況・体調変化などを相談しながら受診の必要性や対応等を検討している。夜間の緊急時は電話連絡にて対応できる         |   |                   |
| 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、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院になった場合の医療機関への情報提供や入院の状況や退院についての話し合い、早期退院に向け情報交換の関係づくりを築いている。                     |   |                   |
| 33                               | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居契約説明時に「重度化した場合の見とり指針」の説明を行っている。家族と相談しながら指針に沿った対応を行うことにしている。                      | 早い段階から重度化した場合や終末期のあり方について、本人・家族等と話し合い、事業所でできることを十分に説明しながら指針を職員間で共有している。                     |                   |
| 34                               |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている   | 対応マニュアルはいつでも閲覧出来るようになっている。内部・外部研修等を利用しながら全職員がAEDの操作方法などを周知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   | 厚真消防署の方達と火災訓練を行い、全職員が連絡体制等を確認しているが今後も定期的なけんしゅうを行っていきたい。協力体制としては、隣人に緊急時の応援をお願いしている。 | AEDの配備や救急救命訓練、消防署の協力を得て火災避難訓練を実施し、地元の人々に協力を呼びかけている。また、スプリンクラーや通報装置、報知機等の設備を完備し、定期点検も実施している。 |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 36                               | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<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  | 一人ひとりの人格と尊厳を損なわないよう常に注意しながら声かけを行うよう心がけている。   | 外部研修参加や不適切なケアに関する研修を実施し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉がないように周知している。                                     |                   |
| 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   | 日々の関わりの中で本人の思いや希望を汲み取れるよう心がけ飲み物やその日に着る服を選んで頂くなど自己決定出来るよう心がけている。                    |   |                   |
| 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し、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                                  | 一人ひとりのペースに合わせてその日の体調や気分配慮しながら希望に沿いながら入浴や外出が出来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  | その方の尊厳を守りながら、その人らしい身だしなみやおしゃれが出来るよう、声かけやお手伝い出来るよう心がけている。                           |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<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    | 入居者の意見を尊重しながら、献立・準備調理補助・片付けなど一緒に行っている。   | 調理の準備や盛り付け、味付けや後片付け等職員と一緒にいき、食事が楽しみなものになるよう支援している。  |                   |
| 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         | 個々のチェックシートに食事量・水分量など記入することで全職員が把握できる。便秘の方が多いので食物繊維の摂取に気を付けメニューを考えている。  |   |                   |
| 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                  | 自立している入居者への見守りと、介助が必要な入居者への声かけ、介助を行っているが、毎食後出来ている方は少なく、定期的な研修を開き、職員が口腔ケアの重要性を理解し全入居者が毎食後実践できるよう取り組んでいきたい。          |   |                   |
| 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  | 個々の排泄パターンを把握しその人に合った声かけやりハパン・パットの検討を行い出来るだけトイレでの排泄が継続できるよう支援している。  | 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、自然排便ができるように食物繊維の多い食材を全ての職員が内部研修を通じて学び、献立への反映や水分量の把握、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。 |                   |
| 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                  | 薬剤を使わず自然排便が出来るよう食物繊維の多い食材を全職員が学習し、水分量等把握しながら献立を工夫してはいるが薬剤で調整すること事も多い。排便管理表を確認しながら看護師と連携を図っている                      |   |                   |
| 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 | 毎日午前・午後と入浴できるため本人の希望に合わせて無理強ひすることなく清潔が保てるよう努めている。拒否が多い方にもタイミングを見ながら声かけし、入浴して頂けるよう支援している。                           | 重度化しても安心して入浴できるようにリフトを設置している。また、一人ひとりの希望やタイミング、生活習慣に応じて入浴支援をしている。                               |                   |
| 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                   | 個々の生活習慣を把握しその時の体調や希望に応じ自由に休めるよう支援し、各居室の温度等の環境整備にも気をつけている。  |   |                   |
| 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              | 薬ファイルを作成し個々の服薬内容を把握し、目的・副作用などを理解しながら薬の変更時には記録・申し送り連携を図っている。服薬時誤配・誤薬のないよう、その場のスタッフ全員で確認を行い自分で飲める方でも飲み込むまでの確認を行っている。 |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | 個々の好きな事を把握し、手芸・調理・家事カラオケなど入居者のその日の体調、気分に合わせて声かけしながら支援している。   |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<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。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                     | 買い物や散歩、その他の外出には極力添えるよう努めている。花見や紅葉見物、外食などでも外出機会を設けている。ホームでの外出行事以外の、町外の外出はご家族の協力を頂いている。       | 紅葉見物へのドライブやお寿司屋さんでの外食など普段では行けないような場所へも出かけられるように支援をしている。また、菜園での野菜の手入れや収穫、前庭でのバーベキューや日光浴など戸外に出かけられるよう支援している。                     |                   |
| 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  | 入居時に本人、家族と相談しながら希望があれば本人が所持し買い物時に自分で支払う等の支援を行っている。  |  |                   |
| 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   | 希望に応じ自由に電話を使えるようになっていく。自分でかけられない方には職員がお手伝いしている。家族あての年賀状作りの支援も行っている。                         |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 共有の空間、各居室の湿度・温度の管理については湿温度計で確認し快適に過ごせるよう配慮している。季節毎に共有スペースの飾りを変え季節感を出しホームの外玄関などにも飾り付けを行っている。 | 共用空間では、気になる音の大きさや臭い、光の強さは感じられない。また、リビングや廊下には、ソファやテーブルが配置され、ひとりになったり談笑ができるようなスペースの確保や季節感が感じられるような手作りの掲示物が飾られ、居心地良く過ごせるよう工夫している。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | リビングの他に「離れ」があり一人で過ごしたり、気の合った人同士で過ごせるように工夫している。  |  |                   |
| 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  | 入居前の事前面接には出来る限りご自分の使いなれたものを持ってきて頂けるよう伝え、自分に馴染みのあるもので少しでも安心した生活環境で過ごせるように工夫している。             | 居室には、家具や仏壇等が持ち込まれたり、家族の写真等が飾られて本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。   |                   |
| 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」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  | 各居室入り口には個々の表札を掲げ浴室には暖簾を掲げるなど一人でも分かるよう配慮している。  |  |                   |



### 目標達成計画

#### 【目標達成計画】

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題                  | 目標  | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容  | 目標達成に要する期間 |
|------|------|-------------------------------|---|---|------------|
| 1    | 44   | 排便に薬を服薬している人が数人いる。            | <ul style="list-style-type: none"><li>・自然排便が出来るよう食事のバランスに気をつける。</li><li>・楽しんで運動してもらう。</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>・食物繊維の摂取に特に配慮した献立への取り組み。</li><li>・ホーム内を歩いたり、エアロバイク等の運動の取り組み。</li></ul>                  | 1年         |
| 2    | 48   | 部屋で過ごす利用者が多く、楽しみや気分転換が出来ていない。 | <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者への役割支援の実施。</li><li>・利用者が楽しみをもてる支援。</li><li>・外出等の気分転換。</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者の好みに合わせ家事や手芸などの声かけ。</li><li>・カラオケ等みんなで楽しめる事への声かけ。</li><li>・天気の良い日の外出の声かけ。</li></ul> | 1年         |
| 3    |      |                               |   |   |            |
| 4    |      |                               |   |   |            |
| 5    |      |                               |   |   |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。

### 自己評価及び外部評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                        |            |            |
|---------|------------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 0193600210             |            |            |
| 法人名     | NPO法人 ゆうあいネットあつま       |            |            |
| 事業所名    | グループホーム えがおの家 ユニット ほの家 |            |            |
| 所在地     | 勇払郡厚真町京町31番地1          |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年12月25日            | 評価結果市町村受理日 | 平成26年2月10日 |

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

|             |   |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0193600210-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0193600210-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a> |
|-------------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 評価機関名 | タンジエント株式会社                     |
| 所在地   | 北海道旭川市緑が丘東1条3丁目1-6 旭川リサーチセンター内 |
| 訪問調査日 | 平成26年1月29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)】

利用者様がいつも笑顔で笑い声が響くホームを目指して、職員全員が一丸となって日々の生活を盛り上げていけるよう努力しています。また、ご家族様が「えがおの家」に入居したことが本当に良かったと思って頂けるよう、ご家族様も一緒に楽しんで参加できる行事を企画し実践しています。  
町の行事には利用者様・職員が積極的に参加し、グループホームや認知症の方の理解を深めて頂けるよう努めています。  
ユニット「ほの家」が開設して10ヶ月で、まだまだ問題点、課題が多くありますが、一つ一つ解決・改善していきながら信頼されるホームの土台作りを焦らずに行っています。

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

|  |
|--|
|  |
|--|

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   | 項目 | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |   |
|----|--|---|----|---|---|
| 56 | 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 | 通い場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている<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    |    |   |   |

## 自己評価及び外部評価結果

| 自己評価              | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|-------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                   |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I.理念に基づく運営</b> |      |  |  |      |                   |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>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   | 玄関・事務室・ケアステーション・休憩室等に掲示し、職員全員が常に意識して日々意見交換したり会議等で話し合いその人らしく安心した生活が送れるよう心がけている。   |      |                   |
| 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   | 町内行事には積極的に参加し、ホームイベントは案内を商店などに協力頂き掲示し、地域の方にも参加して頂けるよう発信している。買い物や散歩の際は挨拶を積極的に行っている。   |      |                   |
| 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   | 「介護お気軽相談何処」の看板を掲げ地域の人たちの相談窓口を設けている。学生にインターシップの場を提供し、認知症の方の理解に努めている。茶話処「カタローネ」を一般開放し自由に使ってもらっている。   |      |                   |
| 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                                      | 概ね二ヶ月に一回の会議を開き、地域包括・近隣の方や商店の方に参加頂き、利用者様の生活の様子・ヒヤリハットや活動報告を行い、意見交換をしたり、実際のホーム行事に参加や、利用者と食事を一緒にとって頂くなどし、サービス向上に生かしていく努力を行っている。               |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる  | 運営推進会議や認定調査終了後に実情や取り組みを伝えるように心がけている。   |      |                   |
| 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「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 | 会議や日常の業務の中で職員同士が話し合う機会を設けているが、全職員が正しい理解できる研修の機会が少ない。   |      |                   |
| 7                 |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                       | 外部の研修に参加し、伝達講習や内部研修でも虐待防止について学ぶ機会を多くしている。また、事業所独自の虐待防止自己評価チェック表を作成し、職員全員で自分のケアを振り返ることで、虐待防止の意識を強く持ち、場面ごとに職員の行動が虐待にならないか話し合いながらサービスを提供している。 |      |                   |

| 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 |
| 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    | 個人的に資料を読んだり情報収集を起こなってはいるが、職員全員の制度理解としては不十分であるため、できていない。今後の課題としたい。                               |      |                   |
| 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・重要事項説明書の説明を十分に行い、不安や疑問を一つ一つ解決しながら理解していただいている。制度改正や利用料変更については、家族の方にあつまっていただき、説明を行い理解いただいている。 |      |                   |
| 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                      | 「苦情・相談窓口」を玄関に掲示している。家族には行事や面会の際に管理者のみならず職員も積極的に意見・要望を伺い、都度改善に努めている。                             |      |                   |
| 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                                      | 全体会議や申し送りで意見を聞く機会を設けている。また、個人面談でも意見を言える機会がある。   |      |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 代表者は職員との関わりも多く、管理者からの意見を聞く機会も設けており、働きやすい環境整備につとめている。  |      |                   |
| 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         | 力量を考えながら本人に合った研修に職員全員が受けられるよう、年間計画をたて参加している。毎月一人の職員が内部研修講師を担当し、勉強会を行い研修で得た知識を実践に生かしている。         |      |                   |
| 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 | 年を通して町内及び近隣町のGHの催事に入居者様と参加し、互いにGHを訪問する機会を設けている。同業者との交流会の機会もあり、意見交換を行っている。                       |      |                   |



| 自己評価                         | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------|------|---|--|------|-------------------|
|                              |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |  |      |                   |
| 15                           |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居前面談で、今までの生活歴や本人の思考・趣味、また入居に当たり不安な部分をを把握し職員間で話し合い、本人の望む生活を支援出来る様 努力している。                            |      |                   |
| 16                           |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 事前に担当ケアマネ等に話を聞き、困りごとと要望を把握して、家族の思いを聞き取りケアの方向性を話し合うことで良い関係が築けるよう心がけている。                               |      |                   |
| 17                           |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 事前面接や入居初日に本人様ご家族様の意向をしっかり把握し、安心してサービスを受けることのできる様努めている。   |      |                   |
| 18                           |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | する側・される側という意識を持たないよう、常に会議等で話し合い、家事・調理等を一緒に行う中で本人が自分も役に立っていると思っ頂ける場の提供を多くしている                         |      |                   |
| 19                           |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている            | ご家族も一緒に参加できる行事の機会を増やしたり、食事時間やおやつ時間に面会に来られたときは、気軽に一緒に食べてもらえるよう声がけし良い関係を築いている。町外の通院については家族の協力をいただいている。 |      |                   |
| 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                        | 今まで利用した床屋や美容室、買い物、楽しみだった山菜採りなど本人の要望に対応している。また、入居前に利用していたサークルの方達が気軽に訪問してお茶を飲んでいくなど関係の継続はできている。        |      |                   |
| 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                     | 気の合う人合わない人、日々の利用者の心身状況の把握に努め、より良い関係が気づけるように職員が介入し、孤立することのないよう出来るだけ一緒に過ごす空間で生活やアクティビティーが出来るよう支援している。  |      |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                                    |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                     | 退居後に入院先にお見舞いに行ったり、亡くなった場合には家族の相談に乗り、葬儀社の手配や葬儀に参列している。  |      |                   |
| <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   | 本人の言葉を大切に、その人らしいとは何かを考えながら、日々の暮らしの中で、表情・動作・しぐさ・家族の情報から本人の意思意向の把握に努めている。                                      |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入居前に本人家族から十分にお話を聞き生活歴を把握し、本人の会話から地名や名前を把握するよう心がけている。   |      |                   |
| 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   | 日々の関わりの中で、言動や行動・表情をよく観察し、介護記録にはその情景がわかるよう記載して、申し送りを通して職員が情報を共有できるよう努めている。                                    |      |                   |
| 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 | 日常支援の中での気づきや本人・家族の思い要望を聞きながら、会議や申し送りの中で意見を出し合い、計画書を作るように心がけている。  |      |                   |
| 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                        | 身体状況・認知症状等の把握に努め、申し送りやケア会議の中で、ケア方法の工夫や新しい試み等の意見を出し合い実践に移し、その後の状況・変化・結果を個人記録に残すことで、職員全員が情報共有でき、計画書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               | 代表者やその他地域の方にも協力を頂き、様々なニーズに臨機応変に対応できるよう努めている。   |      |                   |
| 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                         | 地域の行事には積極的に参加し、また閉ざされた空間の生活にならないよう、ボランティアの方や友人が気軽に訪問して頂ける環境を作り、利用者様が一緒に楽しめる場を提供するよう努めている。                    |      |                   |
| 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、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・家族の希望するかかりつけ医となっており、通院困難や緊急時などには往診して頂いたり、休診日には週二回の医療連携をとっている看護師からかかりつけ医師に連絡・相談し指示をもらえる。                   |      |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                                  |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31                               |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                      | 週二回派遣看護師の訪問があり、身体状況・体調変化等を報告し、相談しながら受診の必要性や対応を検討している。看護師不在日は医療面での気づきや利用者の訴えなどを「看護師連絡ノート」に記載し、情報が伝わるようになっており、緊急の場合や夜間は電話連絡が取れる体制である。 |      |                   |
| 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、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院になった場合は医療機関に情報提供し、入院中の状況や退院についての話し合いの場をつくり、早期の退院になるよう情報交換や相談するよう努めている。  |      |                   |
| 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 | 入居契約説明時に「重度化した場合の看とり指針」の説明を行い、ご家族の協力と理解をお願いしている。現状では対象者がいないが、指針に沿った対応を行うこととしている。  |      |                   |
| 34                               |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている   | AEDの設置、緊急時マニュアルはあるが、応急手当などの定期的な訓練の場が少ないため、全職員が実践を身につけているとは言えない。   |      |                   |
| 35                               | 13   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている   | 避難訓練に職員全員が参加し、誘導方法や避難場所・連絡体制を確認している。消防署の訓練にホームを提供し、実際の119番通報、避難誘導を実践した。地域との協力体制が確立されていないため、今後の課題としていきたい。                            |      |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 36                               | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<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  | 理念に基づき、場面場面の声のかけ方や本人を呼ぶときの呼び方、命令口調・子供扱いにならないよう、会議の中や日々のケアの中で常に意識して行くよう話し合って対応している。  |      |                   |
| 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   | 日々の関わりの中の何気ない会話の中から、本人の想いや希望を汲みとるよう心がけ、答えやすい様な声がけ、働きかけに努めている。メニュー表等を作り、自分で選び決定を出来る様な場面の提供を多く取り入れる心がけている。                            |      |                   |
| 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                                   | 個々のペースに合わせて、その日の体調や気持ちに配慮しながら、希望に沿って入浴や外出が出来る様努めている。  |      |                   |
| 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  | 自分で整髪やひげそり・洗面が出来る方にも、身だしなみを気にかけて、乱れがあればさりげなく手直しし、外出などの際にはよそいきの服装を声がけしたり、一緒に選んだりしておしゃれが出来る様支援している。                                   |      |                   |

| 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 |
| 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    | 食べたいものの希望を聞きメニューに取り入れられたり、買い物と一緒に好き好きな食材を選んでもらったりしている。本人の能力、その日の気分などを見極め強制にならないよう注意して準備・片づけを一緒に行っている。  |      |                   |
| 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         | 食事量・水分量を記録し、食事量が減ってきたり水分がとれていないときには、申し送りで情報共有しながら、対応を考えている。体重の増減にも注意し提供する量を調節している。   |      |                   |
| 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                  | 自己で出来るように支援しながら、職員の手直しを行い清潔保持に努めている。半年に一度歯科医に往診頂き、全員が口腔内の検診を受け、状況に合わせて治療している。  |      |                   |
| 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  | 排泄チェック表で排泄パターンを把握し、時間や行動を見て声かけ誘導し、出来る限りトイレでの排泄に努めている。  |      |                   |
| 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                  | 薬剤を使わずに自然排便出来る取り組みを行っている。勉強会を開き、便秘の原因、予防について理解し、便秘解消できる食材を意識して毎食に取り入れる様に努めている。   |      |                   |
| 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 | 毎日の午前・午後入浴できる体制になっている。希望やタイミングを見ながら、入浴拒否が強い方にも強制にならないよう声かけを工夫し、時には職員も一緒に入るなどして楽しんでもらえるよう努力している。就寝前入浴の希望があれば、希望に添えるよう職員間で話し合っている。               |      |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                   | 体調や希望に応じ自由に休めるように努めている。夜間寝付けない時には、お茶のみをしたり、添い寝をしたりしながら生活リズムが崩れないように注意して支援している。   |      |                   |
| 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              | 薬ファイルを作成し個々の内服している薬の情報をいつでも確認出来るようにしてある。服薬時は誤配・誤薬のないよう、その場のスタッフ全員で確認を行い自分で飲める方でも落とさないよう飲み込むまで確認している。薬の変更、状態変化はしっかり記録し申し送りをつなぎ、連携をはかれるよう心がけている。 |      |                   |
| 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 | 季節の行事を大切に、個々に楽しめる遊びや大勢で行うレク等も多く取り入れて、一人一人の出来ることややりたいことを把握し、掃除や調理 畑仕事など役割を持つことで、意欲を持って生活できるよう支援している。  |      |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<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。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                     | 本人の希望に添って、買い物・ドライブ・散歩を実施している。地域の方のご協力の下、シタケ狩りやブドウ狩りを行っている。季節に合わせて外出行事(花見・紅葉・流しソーメン・バーベキュー等)を多く企画し、外出の機会を確保している。車いすの方にも出かけてもらえるよう、社協よりリフト車を貸して頂き対応している。 |      |                   |
| 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  | 家族と相談し希望があれば本人が所持し、好きなものを買う様支援し、買い物時に自分で支払っている。  |      |                   |
| 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   | 希望時に自由に電話を使えるようになっている。自分でかけられない方には職員が援助する。ご家族あての年賀状の支援も行っている。  |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 季節感を感じられる様季節に合わせた装飾を利用者様と一緒に作り、飾っている。音・光等にも注意し冬期間については共有スペース・各居室に加湿器を使用し、湿度管理にも気をつけて風邪対策を行っている。  |      |                   |
| 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  | 独りや少人数で過ごせる「離れ」がありそのときの気分で思い思いに過ごせるようになっている。テレビ前は広くスペースをとり集まりやすい空間を作っている。そのほかに各所に椅子があり自由な場所で過ごせる配慮をしている。   |      |                   |
| 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  | なじみのもの・生活環境の重要性をご家族に説明し、ご理解いただき、使い慣れたものや仏壇・写真などを飾って、生活感のある居室環境を作るよう努めている。  |      |                   |
| 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」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  | 居室入り口には表札を掲げ、浴室には暖簾を掲げるなどして一人でもわかるように配慮している。各所には手すりがあるが、日々の生活の中で追加して手すりが必要と思われるところには対応し、自分で出来る力を継続していける様努めている。   |      |                   |

### 目標達成計画

#### 【目標達成計画】

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題                                  | 目標                                 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容  | 目標達成に要する期間 |
|------|------|---|------------------------------------|---|------------|
| 1    | 27   | 記録方法を統一し、ケアする上で有効な記録になるようにしていきたい              | 記録方法のルールを整備し、より良いケアに繋がる記録が書ける      | ・有効な記録方法・ルール作りを進めていくと同時に記録委員会を設け、定期的な勉強会を開く<br>・記入漏れ、ミスを職員間で気づき、話し合い直していく。      | 1年         |
| 2    | 34   | 急変・事故発生時の対応、応急処置等の訓練の機会が少なく、職員全員の実践力が身に付いていない | 急変、事故発生時に冷静に正しい判断と知識、初期対応が出来るようにする | ・わかりやすいマニュアル・手順書を整備する<br>・定期的な勉強会を開く<br>・急変・事故発生後、時間を空けず話し合いの場を設け検討し、対応方法を次に生かす | 1年         |
| 3    |      |   |                                    |   |            |
| 4    |      |   |                                    |   |            |
| 5    |      |   |                                    |   |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。