

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23 年 8 月 31日

【事業所概要（事業所記入）】

|         |                                     |           |  |
|---------|-------------------------------------|-----------|--|
| 事業所番号   | 3490200270                          |           |  |
| 法人名     | ニチイ学館                               |           |  |
| 事業所名    | ニチイケアセンター南観音                        |           |  |
| 所在地     | 広島市西区南観音2-9-19<br>(電話) 082-532-1801 |           |  |
| 自己評価作成日 | 平成23年8月31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UR | <a href="http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3490200270&amp;SCD=320">http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3490200270&amp;SCD=320</a> |
|------------|---|

【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | 社団法人広島県シルバーサービス振興会 |
| 所在地   | 広島市南区皆実町一丁目6-29    |
| 訪問調査日 | 平成23年9月14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>笑顔の介護を目指す。<br/>利用者様の状態に合わせた介護方法の統一を目指し、ケースカンファレンスに力を入れている。<br/>スタッフのモチベーションアップの取り組みとして、ユニット会議にて積極的な意見交換が出来る環境作りに努力している。</p> |
|--|

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

|   |
|---|
| <p>▶全国組織・有名ブランドとしての高い信頼性＝ヘルスケア事業において最大手ニチイ学館の運営するグループホーム。3階建てのビル（3ユニット）で運営。専門家のデザインによる洗練された構築物で、内装も機能性に優れた設計デザインである。<br/>▶最適な立地条件＝このホームは、利便性の良い市街地に位置（広島駅よりバスで30分・バス停より徒歩3分）し、田園地帯の名残りのある平坦地。近隣にはスーパー、ドラッグストア、公園、向かいには保育園など活気あふれる街並み、入居者の日常活動に最適の環境にある。<br/>▶福祉向上の先進的役割＝ホームの開設は、この地区ではホームの開設が最も古く8年を経過。最近では同地区に多くの通所介護・小規模多機能・有料老人ホーム等の各種福祉施設が進出。全国的組織としての知名度、実績と設置から経過も、この地区の福祉向上の旗手の役割を担っている。</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  |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |  |  |   |  |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br><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。                    | 社是である“誠意・誇り・情熱”を基本理念とし、“入居者の心に寄り添ったケア”をかかげ日々理念の実践に取り組んでいる。                                       | 法人の基本理念が記されたコンプライアンスカード（携帯用）を、全職員が所持し、朝のミーティングで唱和しサービスに結び付けている。社是を踏まえたホーム独自の理念“入居者の心に寄り添ったケアを行いましょ”を全職員が実践し、体得していく取り組みが続けられている。                   |  |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br><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。                    | 町内会に入り、イベントにも積極的に参加している。また、地域住民による飛び込み見学、ボランティアによる催事の開催の機会を持つなど地域とのつながりを深めるよう努力している。             | 町内会の資源回収活動には、多量の紙資源等の抛出で協力。町内会の今夏の盆踊りには、全職員と車椅子の利用者と家族等（20余名）で祭りの輪に加わり、主催者より参加者の紹介を受けている。今秋11月には、新しく地域住民を招いての「ニチイまつり」を計画、地域住民との関係づくり強化を目指している。    | 近隣はマンション、企業関連の事務所等が多く、地域住民との日常的な交流の関係づくりに難点も見られる。しかし、地域住民を交えた運営推進会議等を通じての積極的な交流、全国ブランドとしての情報発信など、地域交流の更なる取組強化が望まれます。 |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br><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。                  | 地域の高齢者に対する取り組みは実施出来ていない。   |   |  |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br><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。 | 家族、民生委員、町内会長、地域包括支援センター職員をメンバーとして、2カ月に1度開催している。主にはホーム行事や取組み状況を説明し、また出席者の意見などを聞き、運営に活かすよう取り組んでいる。 | 運営推進会議を定期的開催。ホームの運営状況、行事、情報公表・外部評価の結果も合わせて報告し、意見交換による会議の充実を図っている。出席者から地域行政の情報、町の情報、行事等説明もあり、討議内容を参考にしながら、サービスの質の向上に活かしている。家族には運営推進会議の議事録が送付されている。 | ご家族への「運営推進会議」議事録の送付に際して、家族の目線（読み手の立場）に沿った、臨場感のある議事録の記述を期待します。  |
| 5                 | 4    | ○市町との連携<br><br>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。            | 定期的な運営推進会議の開催、町内会長への挨拶、地域包括支援センターなどへ訪問し、ご意見を聞き、改善に取り組んでいる。                                       | 現状では、事業所として必要書類の提出や報告をしているものの、市担当者との直接的な連携活動はとれていない。地域包括支援センターとの連携については、運営推進会議をはじめ、事業所の実情等を積極的に伝えるなど、協力関係を築く取組みが見られる。                             |  |

| 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   |
| 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>転倒防止のための身体拘束ケースがあったがケースカンファレンスにて検討し、拘束の周知徹底と改善を行い、現在は身体拘束しないケアに取り組んでいる。</p>                               | <p>ホーム内に身体拘束防止の標語を掲示。関連の委員会も設置され、全職員の意思の統一を図っている。職員は利用者の尊厳を大切にし、見守りと気配りに努めている。玄関の施錠については、利用者の安全を考慮して、防犯赤外線センサーを設置して出入りのチェックを行い、防犯と安全確保に努めている。</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逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。</p>                                      | <p>毎月のユニット会議にて利用者状況の情報の共有を図り、ホーム会議でも高齢者虐待防止法の研修を行っている。虐待をしない・させない・見逃さないを高齢者虐待防止スローガンとして掲げ、スタッフに周知徹底している。</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>ホーム会議にて研修実施。</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>入居前には家族、利用者担当ホームの契約の説明を行い、解約時の対応も含め、疑問などにも答えている。</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>利用者、家族には出来るだけ運営推進会議に出席していただき、意見要望等を発言してもらっている。意見要望は真摯に受け止め改善に努めている。</p>                                   | <p>管理者および職員は、家族来訪時の機会を利用し、必要に応じ電話での報告や意見、要望を聞き、運営改善に組み入れている。運営推進会議に出席の家族の代表者からの意見要望等もホーム運営に活かしている。</p>  | <p>家族への利用者の日々の生活状況の報告においては、家族ケア・利用者満足の視点を大切にされたい。3ユニットで、入居者も多く、よりきめ細かく、職員の心の温もりの伝わる方策と家族の情感に響く交流が望まれます。</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    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。                                      | ホーム会議・ユニット会議を意見の場とし、意見を述べられる体制を作っている。   | 毎月定期的開催されるユニット会議およびホーム全体会議（3ユニット・合同）において職員の意見、要望、提案を吸い上げる場を設け、ホームの運営改善に取り入れている。一方、日々のミーティングにおいても自由に意見、提案を交わす体制となっている。 |                   |
| 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。      | 処遇改善手当・キャリアアップ制度で給与に反映させる制度がある。   |   |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<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。          | 自治体、グループホーム協会、シルバー振興会主催の案内を全員に知らせ、必要な研修は業務での対応も行っている。ホーム会議では毎回研修を行っている。会社内ではホーム長、ケアマネ、ユニットリーダーの当該職務の研修も行っている。 |   |                   |
| 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。 | 同会社の他ホームとの交流を行い情報交換を行っているが、他同業者との交流は現在行っていない。   |   |                   |
| <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。        | 初回面談（入院先・ホーム内）だけでなく、自宅訪問などアセスメントの中で、本人の気持ちを受け止める努力をしている。入居されて1、2ヶ月はアセスメントをスタッフで共有し、会話を多く持つよう心がけている。           |   |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><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。     | 入所前のアセスメントは自宅、入院先などを事前に訪問し、家族との面談の時間を持っている。<br>入居後も必要時、相互で連絡を取り合い関係作りを行っている。             |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br><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。 | 入所時の担当ケアマネによる情報収集、入院先のDr, Ns, OT, PT, 相談員との面談により、必要なアセスメントを行っている。                        |   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br><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。                    | 本人を介護されるだけの立場におかず、掃除、整理整頓など出来ることは一緒にやってもらいながら、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。                      |   |                   |
| 19   |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<br><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。     | 家族来所持には、利用者の状況を伝えさせていただき、情報共有を行って御本人にとって良い方法を模索している。<br>また、ホームの行事はお知らせし参加していただくよう配慮している。 |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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。                 | 友人や知人が来所されたり、電話などで関係を続けておられるが、利用者と友人の会話を聞かせていただき、大切な人との関係が途切れないよう、支援に努めている。              | 家族や友人、知人の来訪時には、職員が気軽に交流できるよう気配りをしている。家族や、知人からの電話は、会話状況を見ながら臨機応変の対応をとっている。家族対応で、馴染みの人との外出、食事、数時間の帰宅、墓参等に出かけられる時は、関係継続に繋がるよう配慮を重ねている。 |                   |

| 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 |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br><br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。                | 利用者同士の関係を把握し、孤立しないようにテーブル席の位置の工夫、職員を間に入れた会話など関係の改善に努めている。  |      |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br><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。 | 退所される利用者、家族には困り事があれば声をかけていただくよう退所時に声をかけを行い必要に応じ相談支援に努めている。 |      |                   |

### 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 | ○思いやりや意向の把握<br><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。   | 入所にいたるまでの家族歴・生活歴等様々な角度で確実なアセスメントを行っている。また入所されてすぐのプラン、1ヶ月後には日々の様子をみさせていただいた上で、新たなプランを提示している。 | 「センター方式」シートを活用し、利用者、家族、関係者等から幅広く情報収集を行い、思いや意向の把握に努めている。日々の生活においても、利用者の心に寄り添っての関わりの中から、思いや潜在能力を汲みとり、情報シートに書き加え、全職員で情報の共有を図っている。 |  |
| 24 |   | ○これまでの暮らしの把握<br><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。 | 入所までに本人、家族、居宅介護支援事業所ケアマネジャー、病院相談員、看護師から聞き取りを行い把握に努めている。                                     |  |  |
| 25 |   | ○暮らしの現状の把握<br><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。               | 心身の状況等は日々の申し送り、ケアカンファレンス等で、スタッフ間で情報共有し現状の把握に努めている。  |  |  |

| 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 |
| 26   | 10   | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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>利用者本位のプラン作りを目指し、本人、家族の意見を聞いた上で、ケアカンファレンスを目標期間に合わせて行っているが、状況の変化やより良いケア方法が出された時は、随時カンファレンスを行い活きた介護計画の作成に取り組んでいる。</p> | <p>「センター方式」のアセスメントシートを活用。幅広い本人情報や家族の意見、直接関するスタッフからの関連情報等を集約のうえケアプランに組み込んでいる。さらに、状況に応じて、必要な関係者と討議し、本人の現状に即した介護計画へのモニタリングを実施している。</p> |                   |
| 27   |      | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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>介護記録、管理日誌、受診記録、日常生活支援シートなど様々な帳票を利用し、スタッフ全員で情報共有を行い、これらをカンファレンスで検討するシステムを作っている。</p>                                 |   |                   |
| 28   |      | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>               | <p>ADL、IADLの状況に応じて、必要と思われるサービスの導入、またケア方法を変更し、スタッフ間で統一出来るよう努めている。</p>  |   |                   |
| 29   |      | <p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>                         | <p>必要に応じて協力要請、支援は受けている。</p>   |   |                   |
| 30   | 11   | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>                    | <p>主治医は利用者の希望のまま入居していただいている。<br/>提携医は週1回往診、皮膚科月1回、必要時訪問歯科なども利用している。<br/>3月より医療連携体制も始まり、訪問看護も利用している。</p>               | <p>週1回の提携医の往診と週1回の訪問看護を利用している。必要時および希望者は訪問歯科の受診を得ている。<br/>また、本人や家族の希望に応じ、家族の付添により、かかりつけ医による受診が出来るよう支援体制をとっている。</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 |
| 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。                      | 平成23年3月より医療連携体制開始し、週1回看護師の訪問でスタッフ、看護師と情報共有出来る帳票を利用している。必要時は主治医との連携も行って、個々に対応している。                    |   |                   |
| 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、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。  | 入院時は介護サマリーを提出し、日常生活の様子や処方薬などの情報提供を行っている。退院時には必要に応じて病院と連携を取っている。                                      |   |                   |
| 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。 | 入所時に重度化した場合や終末期のあり方について説明を行っている。重度化した場合、本人、家族の意向を大切にしホームで出来ること、出来ないことをはっきりさせ、その中で最良の支援が出来るよう取り組んでいる。 | 入居時に、重度化した場合や終末期のあり方について明記された説明書により、ホームとして出来る事、できない事項について話し合いを持ち、家族と本人に最適の支援ができるよう情報共有を図っている。   |                   |
| 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。   | ホーム会議にて初期対応等の研修は行っている。   |   |                   |
| 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。   | 災害時の避難場所、避難経路の把握、避難訓練を行いスタッフに周知している。災害時に備えて非常食を常備している。町内会の方へ災害時に協力をさせていただくよう依頼している。                  | 災害時対応のマニュアルが整備され、年2回消防署立会の訓練を実施。特に夜間の避難誘導訓練に重点を置き、事業所内の自衛消防組織での訓練も行っている。運営推進会議に消防署員の出席依頼をし、町内会、地域住民の協力体制作りに取り組んでいる。災害時に備え、(30人・3日分)の非常食がホーム内に備蓄されている。 |                   |



| 自己評価                     | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|--------------------------|------|---|---|---|-------------------|
|                          |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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<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。                | 誇りやプライドを傷つけるような言葉遣いや対応にならないように努めている。また、排泄や入浴等は本人のプライバシーが確保出来るよう配慮している。  | 職員は一人ひとりの人格を尊重し、ケアサービスにおいても利用者にやさしく目線を合せ、相手のペースに合ったゆるやかなケアを実践している。入浴、排泄には特にプライバシーに配慮した対応をしている。  |                   |
| 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。                     | 利用者の訴えはゆっくりしっかり聞く努力を行っている。また自己の主張をしっかりされる方に関しては、ケアプランにも位置づけている。   |   |                   |
| 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。 | ホームでの基本的な生活のペースはあるものの御本人の意向を尊重し、状況に応じた柔軟な対応が出来るよう心掛けている。  |   |                   |
| 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。                                  | 現在行きつけの美容院に行かれる方はいらっしゃらないが、2ヶ月に1度の頻度で出張理容に来てもらい本人家族の希望に沿って行っている。  |   |                   |
| 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。     | 利用者の希望を聞きながらも偏った食事にならない様配慮している。旬な食材を使用し、個々に食べやすい工夫も行っている。季節の行事に合わせて行事食等も取り入れている。利用者にはテーブル拭き、下膳等出来る範囲でお手伝いはしていただいている。食材選びの為に一緒に買い物に出かけている。 | 個々の食習慣に合わせ、ご飯食、パン食の希望に応じ、献立には、旬の新鮮な食材を取り入れ、好き嫌いに応じた配膳に配慮している。食事介助も一口の量や嚥下を確認しながら、職員の笑顔の声かけによる明るい食卓の情景である。食材の準備には、ホーム近くのスーパーに利用者と一緒に買い出しに出かけている。 |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br><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。                 | 利用者に合わせた食事量、食事形態（ミキサー食・刻み食）にし、栄養バランスを考え提供している。<br>水分摂取量、食事量、排便、排尿、体重等記録して、スタッフ間で情報共有し、ひとりひとりの状態に応じて支援出来るようにしている。 |  |                   |
| 42   |      | 触感をそそるような<br><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。                         | 毎食後口腔ケアは行っており、出来ない方はスタッフが声かけ介助している。<br>必要に応じて訪問歯科にて治療を受けている。   |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br><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向けた支援を行っている。          | 利用者一人ひとりの排泄パターン、習慣を把握し、なるべくトイレで排泄出来るように心掛けている。   | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、パターンに応じた声掛けによりトイレ誘導を行っている、その取組の効果で、一部の利用者のオムツやパットの消費量が減少した事例もある。                              |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br><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。                          | 食事量、水分摂取量、運動量の把握を行い、水分を促したり、繊維の多い食物を摂取していただいたり、日常生活の中で身体を動かすよう働きかけている。<br>また排便コントロールのため、医師の指示の元、適宜服薬を行うこともある。    |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br><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，個々に応じた入浴の支援をしている。 | 最低2,3日に1回は入浴していただいている。<br>その他にも、出来るだけ本人の要望に合わせて気持ちよく入浴出来るよう支援している。   | 2～3日に1回程度の入浴のリズムで、入浴を嫌う利用者には、タイミングを見ての声掛けなど多様な動機づけで入浴を促している。体調不良で入浴できない利用者には、足浴や清拭を行っている。入浴時には身体のチェックにも留意している。 |                   |

| 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  |
| 46   |      | <p>○安眠や休息の支援</p> <p>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。</p>  | <p>利用者の生活パターンを把握し状況の変化に対応しケアしている。<br/>安心して安眠、休息がとれるよう支援している。</p>  |  |  |
| 47   |      | <p>○服薬支援</p> <p>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。</p>   | <p>一人ひとりの薬の説明書を個人ファイルにはさんで、スタッフが薬の目的や副作用は用法用量について周知できるようにしている。<br/>服薬ファイルシートを活用し、服薬支援を行い、症状の変化は介護記録にて確認、把握に努めている。</p> |  |  |
| 48   |      | <p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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。</p>                              | <p>一人ひとりの生活や趣味嗜好を前もって把握しておき、張り合いや喜びがある日々が送れるように出来る事を目標とし行ってもらっている。<br/>(例えば洗濯物たたみ、掃除など)</p>                           |  |  |
| 49   | 18   | <p>○日常的な外出支援</p> <p>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。</p> | <p>利用者の体調、天気をみながら、散歩や買物、行事への参加など、ホーム内だけですまらず、出来るだけ外気を肌で感じ活性につながるように支援している。</p>  | <p>季節による利用者の外出機会を配慮、とくに、夏季の外出頻度は少なく外出先もスーパー、ドラッグストア等と限られている。現在、利用者の個々の要望に即した外出支援の改善を検討中。</p> | <p>利便性の良い市街地の中にあつて、近くの公園への道沿いは交通量も少なく、利用者の心身機能の維持、気分転換、ストレス発散、五感の刺激、地域住民との交流の場として最適なお散歩コース。季節に応じた外出支援を望みます。身近な事業所内の広い花壇の活用も一案です。</p> |
| 50   |      | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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。</p>                              | <p>金銭（お小遣い）はホームでお預かりしているが、要望があった時にはスタッフ同行で買い物に出かけている。<br/>本人の力に応じてお金を使えるように支援している。</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 |
| 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。   | 自分で電話される方や、手紙のやり取りをされる方はおられないが、支援体制は出来ている。  |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地の良い共用空間づくり<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。 | リビング兼食堂は明るく風通しの良い開放感のある室内となっている。和室もあり、落ち着いて休め過ごしやすいスペースになっている。<br>ホール内は季節により飾り付け等取り替えており家庭的で和める工夫をしている。 | リビングは、木目調のフローリングで統一。リビングの一角にはリビングソファの設置と畳の和室コーナーも設け、和洋の多様な寛ぎの場に供している。室温湿度も換気も良好。対面式の台所も広く機能的である。     |                   |
| 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。  | リビング兼食堂は食卓と椅子が置いてあり、自由に座って話ができるスペースとなっている。<br>また、ソファが窓側に置いてあり腰掛けられるようになっており、独りになることも出来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。  | 御本人の馴染みの家具や、生活用品を使用している。<br>また作品や写真の飾りつけがされており、居心地良く安心して過ごせる居室となっている。                                   | 居室のエアコン、カーテン以外は、本人の使い慣れたベット、ふとん、整理ダンス、テレビ等好みの人形、縫ぐるみ、家族写真や使い慣れた小物類を配置。利用者の生活歴・生活感覚に即した空間づくりに工夫が見られる。 |                   |
| 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。  | 建物内部は手すり（トイレ・廊下・浴室）等で自立出来るよう整備されており、安全に生活できるようにまた、自室やトイレは場所がわかるよう表示等して工夫している。                           |  |                   |

| V アウトカム項目 |   |  |
|-----------|---|--|
| 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>①ほぼ全ての利用者の<br>②利用者の3分の2くらいの<br>③利用者の3分の1くらいの<br>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                        | ○<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                    |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                           | ○<br>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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               | ○<br>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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                         | ○<br>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1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>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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、安心して暮らせている           | ○<br>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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る | ○<br>①ほぼ全ての家族と<br>②家族の3分の2くらいと<br>③家族の3分の1くらいと<br>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<br>②数日に1回程度<br>③たまに<br>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<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             |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている  | ○ | ①ほぼ全ての職員が<br>②職員の3分の2くらいが<br>③職員の3分の1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3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1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3分の2くらいが<br>③家族等の3分の1くらいが<br>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 |
| <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。                    | 社是である“誠意・誇り・情熱”を基本理念とし、“入居者の心に寄り添ったケア”をかかげ日々理念の実践に取り組んでいる。                                       |      |                   |
| 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。                    | 町内会に入り、イベントにも積極的に参加している。また、地域住民による飛び込み見学、ボランティアによる催事の開催の機会を持つなど地域とのつながりを深めるよう努力している。             |      |                   |
| 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。                  | 地域の高齢者に対する取り組みは実施出来ていない。   |      |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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。 | 家族、民生委員、町内会長、地域包括支援センター職員をメンバーとして、2カ月に1度開催している。主にはホーム行事や取組み状況を説明し、また出席者の意見などを聞き、運営に活かすよう取り組んでいる。 |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町との連携<br>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。            | 定期的な運営推進会議の開催、町内会長への挨拶、地域包括支援センターなどへ訪問し、ご意見を聞き、改善に取り組んでいる。                                       |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>転倒防止のための身体拘束ケースがあったがケースカンファレンスにて検討し、拘束の周知徹底と改善を行い、現在は身体拘束しないケアに取り組んでいる。</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逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。</p>                                      | <p>毎月のユニット会議にて利用者状況の情報の共有を図り、ホーム会議でも高齢者虐待防止法の研修を行っている。虐待をしない・させない・見逃さないを高齢者虐待防止スローガンとして掲げ、スタッフに周知徹底している。</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>ホーム会議にて研修実施。</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>入居前には家族、利用者担当ホームの契約の説明を行い、解約時の対応も含め、疑問などにも答えている。</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>利用者、家族には出来るだけ運営推進会議に出席していただき、意見要望等を発言してもらっている。意見要望は真摯に受け止め改善に努めている。</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 |
| 11                          | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。                                      | ホーム会議・ユニット会議を意見の場とし、意見を述べられる体制を作っている。   |      |                   |
| 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。      | 処遇改善手当・キャリアアップ制度で給与に反映させる制度がある。   |      |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<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。          | 自治体、グループホーム協会、シルバー振興会主催の案内を全員に知らせ、必要な研修は業務での対応も行っている。ホーム会議では毎回研修を行っている。会社内ではホーム長、ケアマネ、ユニットリーダーの当該職務の研修も行っている。 |      |                   |
| 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。 | 同会社の他ホームとの交流を行い情報交換を行っているが、他同業者との交流は現在行っていない。   |      |                   |
| <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。        | 初回面談（入院先・ホーム内）だけでなく、自宅訪問などアセスメントの中で、本人の気持ちを受け止める努力をしている。入居されて1, 2ヶ月はアセスメントをスタッフで共有し、会話を多く持つよう心がけている。          |      |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><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。     | 入所前のアセスメントは自宅、入院先などを事前に訪問し、家族との面談の時間を持っている。<br>入居後も必要時、相互で連絡を取り合い関係作りを行っている。             |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br><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。 | 入所時の担当ケアマネによる情報収集、入院先のDr, Ns, OT, PT, 相談員との面談により、必要なアセスメントを行っている。                        |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br><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。                    | 本人を介護されるだけの立場におかず、掃除、整理整頓など出来ることは一緒にやってもらいながら、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。                      |      |                   |
| 19   |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<br><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。     | 家族来所持には、利用者の状況を伝えさせていただき、情報共有を行って御本人にとって良い方法を模索している。<br>また、ホームの行事はお知らせし参加していただくよう配慮している。 |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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。                 | 友人や知人が来所されたり、電話などで関係を続けておられるが、利用者と友人の会話を聞かせていただき、大切な人との関係が途切れないよう、支援に努めている。              |      |                   |

| 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 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。                | 利用者同士の関係を把握し、孤立しないようにテーブル席の位置の工夫、職員を間に入れた会話など関係の改善に努めている。                                   |      |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。 | 退所される利用者、家族には困り事があれば声をかけていただくよう退所時に声かけを行い必要に応じ相談支援に努めている。                                   |      |                   |
| <b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |      |                   |
| 23                                | 9    | ○思いやりや意向の把握<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。                      | 入所にいたるまでの家族暦・生活暦等様々な角度で確実なアセスメントを行っている。また入所されてすぐのプラン、1ヶ月後には日々の様子をみさせていただいた上で、新たなプランを提示している。 |      |                   |
| 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。                    | 入所までに本人、家族、居宅介護支援事業所ケアマネジャー、病院相談員、看護師から聞き取りを行い把握に努めている。                                     |      |                   |
| 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。                                  | 心身の状況等は日々の申し送り、ケアカンファレンス等で、スタッフ間で情報共有し現状の把握に努めている。  |      |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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>利用者本位のプラン作りを目指し、本人、家族の意見を聞いた上で、ケアカンファレンスを目標期間に合わせて行っているが、状況の変化やより良いケア方法が出された時は、随時カンファレンスを行い活きた介護計画の作成に取り組んでいる。</p> |      |                   |
| 27   |      | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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>介護記録、管理日誌、受診記録、日常生活支援シートなど様々な帳票を利用し、スタッフ全員で情報共有を行い、これらをカンファレンスで検討するシステムを作っている。</p>                                 |      |                   |
| 28   |      | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>               | <p>ADL、IADLの状況に応じて、必要と思われるサービスの導入、またケア方法を変更し、スタッフ間で統一出来るよう努めている。</p>  |      |                   |
| 29   |      | <p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>                         | <p>必要に応じて協力要請、支援は受けている。</p>   |      |                   |
| 30   | 11   | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>                    | <p>主治医は利用者の希望のまま入居している。<br/>         提携医は週1回往診、皮膚科月1回、必要時訪問歯科なども利用している。<br/>         3月より医療連携体制も始まり、訪問看護も利用している。</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 |
| 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。                      | 平成23年3月より医療連携体制開始し、週1回看護師の訪問でスタッフ、看護師と情報共有出来る帳票を利用している。必要時は主治医との連携も行って、個々に対応している。                    |      |                   |
| 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、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。  | 入院時は介護サマリーを提出し、日常生活の様子や処方薬などの情報提供を行っている。退院時には必要に応じて病院と連携を取っている。                                      |      |                   |
| 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。 | 入所時に重度化した場合や終末期のあり方について説明を行っている。重度化した場合、本人、家族の意向を大切にしホームで出来ること、出来ないことをはっきりさせ、その中で最良の支援が出来るよう取り組んでいる。 |      |                   |
| 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。   | ホーム会議にて初期対応等の研修を行っている。   |      |                   |
| 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。   | 災害時の避難場所、避難経路の把握、避難訓練を行いスタッフに周知している。災害時に備えて非常食を常備している。町内会の方へ災害時に協力をさせていただくよう依頼している。                  |      |                   |

| 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 |
| 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<br><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。                | 誇りやプライドを傷つけるような言葉遣いや対応にならないように努めている。また、排泄や入浴等は本人のプライバシーが確保出来るよう配慮している。   |      |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br><br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。                     | 利用者の訴えはゆっくりしっかり聞く努力を行っている。また自己の主張をしっかりされる方に関しては、ケアプランにも位置づけている。  |      |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br><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。 | ホームでの基本的な生活のペースはあるものの御本人の意向を尊重し、状況に応じた柔軟な対応が出来るよう心掛けている。   |      |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br><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。                                  | 現在行きつけの美容院に行かれる方はいらっしゃらないが、2ヶ月に1度の頻度で出張理容に来てもらい本人家族の希望に沿って行っている。   |      |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><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。     | 利用者の希望を聞きながらも偏った食事にならない様配慮している。旬な食材を使用し、個々に食べやすい工夫も行っている。季節の行事に合わせ行事食等も取り入れている。利用者にはテーブル拭き、下膳等出来る範囲でお手伝いはしていただいている。食材選びの為に一緒に買い物に出かけている。 |      |                   |

| 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 |
| 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>利用者に合わせた食事量、食事形態（ミキサー食・刻み食）にし、栄養バランスを考え提供している。</p> <p>水分摂取量、食事量、排便、排尿、体重等記録して、スタッフ間で情報共有し、ひとりひとりの状態に応じて支援出来るようにしている。</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>毎食後口腔ケアは行っており、出来ない方はスタッフが声かけ介助している。</p> <p>必要に応じて訪問歯科にて治療を受けている。</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>利用者一人ひとりの排泄パターン、習慣を把握し、なるべくトイレで排泄出来るように心掛けている。</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>食事量、水分摂取量、運動量の把握を行い、水分を促したり、繊維の多い食物を摂取していただいたり、日常生活の中で身体を動かすよう働きかけている。</p> <p>また排便コントロールのため、医師の指示の元、適宜服薬を行うこともある。</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>最低2,3日に1回は入浴していただいている。</p> <p>その他にも、出来るだけ本人の要望に合わせて気持ちよく入浴出来るよう支援している。</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 |
| 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<br>の状況に応じて、休息したり、<br>安心して気持ちよく眠れるよう<br>支援している。   | 利用者の生活パターンを把握し<br>状況の変化に対応しケアして<br>いる。<br>安心して安眠、休息がとれる<br>よう支援している。  |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の<br>目的や副作用、用法や用量につ<br>いて理解しており、服薬の支援<br>と症状の変化の確認に努めて<br>いる。   | 一人ひとりの薬の説明書を個人<br>ファイルにはさんで、スタッフが<br>薬の目的や副作用は用法用量に<br>ついて周知できるようにして<br>いる。<br>服薬ファイルシートを活用し、<br>服薬支援を行い、症状の変化は<br>介護記録にて確認、把握に努<br>めている。 |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過<br>ごせるように、一人ひとりの生<br>活歴や力を活かした役割、嗜好<br>品、楽しみごと、気分転換等の<br>支援をしている。                                      | 一人ひとりの生活や趣味嗜好を<br>前もって把握しておき、張り合<br>いや喜びがある日々が送れる<br>ように出来る事を目標として<br>行ってもらっている。<br>(例えば洗濯物たたみ、掃除<br>など)                                  |      |                   |
| 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<br>って、戸外に出かけられるよう<br>支援に努めている。また、普段<br>は行けないような場所でも、本<br>人の希望を把握し、家族や地<br>域の人々と協力しながら出かけ<br>られるように支援している。 | 利用者の体調、天気をみなが<br>ら、散歩や買物、行事への参加<br>など、ホーム内だけでなくす<br>まわず、出来るだけ外気を肌<br>で感じ活性につながるように<br>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<br>の大切さを理解しており、一人<br>ひとりの希望や力に応じて、お<br>金を所持したり使えるように<br>支援している。                                      | 金銭（お小遣い）はホームで<br>お預かりしているが、要望があ<br>った時にはスタッフ同行で買い<br>物に出かけている。<br>本人の力に応じてお金を<br>使えるように支援している。  |      |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。   | 自分で電話される方や、手紙のやり取りをされる方はおられないが、支援体制は出来ている。  |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地の良い共用空間づくり<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。 | リビング兼食堂は明るく風通しの良い開放感のある室内となっている。和室もあり、落ち着いて休め過ごしやすいスペースになっている。<br>ホール内は季節により飾り付け等取り替えており家庭的で和める工夫をしている。 |      |                   |
| 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。  | リビング兼食堂は食卓と椅子が置いてあり、自由に座って話ができるスペースとなっている。<br>また、ソファが窓側に置いてあり腰掛けられるようになっており、独りになることも出来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。  | 御本人の馴染みの家具や、生活用品を使用している。<br>また作品や写真の飾りつけがされており、居心地良く安心して過ごせる居室となっている。                                   |      |                   |
| 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」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。  | 建物内部は手すり（トイレ・廊下・浴室）等で自立出来るよう整備されており、安全に生活できるようにまた、自室やトイレは場所がわかるよう表示等して工夫している。                           |      |                   |

| V アウトカム項目 |   |  |
|-----------|---|--|
| 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>①ほぼ全ての利用者の<br>②利用者の3分の2くらいの<br>③利用者の3分の1くらいの<br>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                        | ○<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                    |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                           | ○<br>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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               | ○<br>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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                         | ○<br>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1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>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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、安心して暮らせている           | ○<br>①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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る | ○<br>①ほぼ全ての家族と<br>②家族の3分の2くらいと<br>③家族の3分の1くらいと<br>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                          | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように<br><input type="radio"/> ②数日に1回程度<br><input type="radio"/> ③たまに<br><input type="radio"/> 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 | ○ | <input type="radio"/> ①大いに増えている<br><input type="radio"/> ②少しずつ増えている<br><input type="radio"/> ③あまり増えていない<br><input type="radio"/> ④全くいない             |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている  | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が<br><input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> 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                             | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> 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                         | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が<br><input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> 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 |
| <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。                    | 社是である“誠意・誇り・情熱”を基本理念とし、“入居者の心に寄り添ったケア”をかかげ日々理念の実践に取り組んでいる。                                       |      |                   |
| 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。                    | 町内会に入り、イベントにも積極的に参加している。また、地域住民による飛び込み見学、ボランティアによる催事の開催の機会を持つなど地域とのつながりを深めるよう努力している。             |      |                   |
| 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。                  | 地域の高齢者に対する取り組みは実施出来ていない。   |      |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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。 | 家族、民生委員、町内会長、地域包括支援センター職員をメンバーとして、2カ月に1度開催している。主にはホーム行事や取組み状況を説明し、また出席者の意見などを聞き、運営に活かすよう取り組んでいる。 |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町との連携<br>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。            | 定期的な運営推進会議の開催、町内会長への挨拶、地域包括支援センターなどへ訪問し、ご意見を聞き、改善に取り組んでいる。                                       |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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> | 転倒防止のための身体拘束ケースがあったがケースカンファレンスにて検討し、拘束の周知徹底と改善を行い、現在は身体拘束しないケアに取り組んでいる。                               |      |                   |
| 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逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。</p>                                      | 毎月のユニット会議にて利用者状況の情報の共有を図り、ホーム会議でも高齢者虐待防止法の研修を行っている。虐待をしない・させない・見逃さないを高齢者虐待防止スローガンとして掲げ、スタッフに周知徹底している。 |      |                   |
| 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>                                 | ホーム会議にて研修実施。  |      |                   |
| 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>  | 入居前には家族、利用者担当ホームの契約の説明を行い、解約時の対応も含め、疑問などにも答えている。  |      |                   |
| 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>   | 利用者、家族には出来るだけ運営推進会議に出席していただき、意見要望等を発言してもらっている。意見要望は真摯に受け止め改善に努めている。                                   |      |                   |

| 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 |
| 11                          | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。                                      | ホーム会議・ユニット会議を意見の場とし、意見を述べられる体制を作っている。   |      |                   |
| 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。      | 処遇改善手当・キャリアアップ制度で給与に反映させる制度がある。   |      |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<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。          | 自治体、グループホーム協会、シルバー振興会主催の案内を全員に知らせ、必要な研修は業務での対応も行っている。ホーム会議では毎回研修を行っている。会社内ではホーム長、ケアマネ、ユニットリーダーの当該職務の研修も行っている。 |      |                   |
| 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。 | 同会社の他ホームとの交流を行い情報交換を行っているが、他同業者との交流は現在行っていない。   |      |                   |
| <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。        | 初回面談（入院先・ホーム内）だけでなく、自宅訪問などアセスメントの中で、本人の気持ちを受け止める努力をしている。入居されて1、2ヶ月はアセスメントをスタッフで共有し、会話を多く持つよう心がけている。           |      |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><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。     | 入所前のアセスメントは自宅、入院先などを事前に訪問し、家族との面談の時間を持っている。<br>入居後も必要時、相互で連絡を取り合い関係作りを行っている。             |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br><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。 | 入所時の担当ケアマネによる情報収集、入院先のDr, Ns, OT, PT, 相談員との面談により、必要なアセスメントを行っている。                        |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br><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。                    | 本人を介護されるだけの立場におかず、掃除、整理整頓など出来ることは一緒にやってもらいながら、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。                      |      |                   |
| 19   |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<br><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。     | 家族来所持には、利用者の状況を伝えさせていただき、情報共有を行って御本人にとって良い方法を模索している。<br>また、ホームの行事はお知らせし参加していただくよう配慮している。 |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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。                 | 友人や知人が来所されたり、電話などで関係を続けておられるが、利用者と友人の会話を聞かせていただき、大切な人との関係が途切れないよう、支援に努めている。              |      |                   |

| 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 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。                | 利用者同士の関係を把握し、孤立しないようにテーブル席の位置の工夫、職員を間に入れた会話など関係の改善に努めている。                                   |      |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。 | 退所される利用者、家族には困り事があれば声をかけていただくよう退所時に声かけを行い必要に応じ相談支援に努めている。                                   |      |                   |
| <b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |      |                   |
| 23                                | 9    | ○思いやりや意向の把握<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。                      | 入所にいたるまでの家族暦・生活暦等様々な角度で確実なアセスメントを行っている。また入所されてすぐのプラン、1ヶ月後には日々の様子をみさせていただいた上で、新たなプランを提示している。 |      |                   |
| 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。                    | 入所までに本人、家族、居宅介護支援事業所ケアマネジャー、病院相談員、看護師から聞き取りを行い把握に努めている。                                     |      |                   |
| 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。                                  | 心身の状況等は日々の申し送り、ケアカンファレンス等で、スタッフ間で情報共有し現状の把握に努めている。  |      |                   |



| 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 |
| 26   | 10   | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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>利用者本位のプラン作りを目指し、本人、家族の意見を聞いた上で、ケアカンファレンスを目標期間に合わせて行っているが、状況の変化やより良いケア方法が出された時は、随時カンファレンスを行い活かした介護計画の作成に取り組んでいる。</p> |      |                   |
| 27   |      | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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>介護記録、管理日誌、受診記録、日常生活支援シートなど様々な帳票を利用し、スタッフ全員で情報共有を行い、これらをカンファレンスで検討するシステムを作っている。</p>                                  |      |                   |
| 28   |      | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>               | <p>ADL、IADLの状況に応じて、必要と思われるサービスの導入、またケア方法を変更し、スタッフ間で統一出来るよう努めている。</p>   |      |                   |
| 29   |      | <p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>                         | <p>必要に応じて協力要請、支援は受けている。</p>  |      |                   |
| 30   | 11   | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>                    | <p>主治医は利用者の希望のまま入居している。<br/>         提携医は週1回往診、皮膚科月1回、必要時訪問歯科なども利用している。<br/>         3月より医療連携体制も始まり、訪問看護も利用している。</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 |
| 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。                      | 平成23年3月より医療連携体制開始し、週1回看護師の訪問でスタッフ、看護師と情報共有出来る帳票を利用している。必要時は主治医との連携も行って、個々に対応している。                    |      |                   |
| 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、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。  | 入院時は介護サマリーを提出し、日常生活の様子や処方薬などの情報提供を行っている。退院時には必要に応じて病院と連携を取っている。                                      |      |                   |
| 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。 | 入所時に重度化した場合や終末期のあり方について説明を行っている。重度化した場合、本人、家族の意向を大切にしホームで出来ること、出来ないことをはっきりさせ、その中で最良の支援が出来るよう取り組んでいる。 |      |                   |
| 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。   | ホーム会議にて初期対応等の研修を行っている。   |      |                   |
| 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。   | 災害時の避難場所、避難経路の把握、避難訓練を行いスタッフに周知している。災害時に備えて非常食を常備している。町内会の方へ災害時に協力をさせていただくよう依頼している。                  |      |                   |

| 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 |
| 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<br><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。                | 誇りやプライドを傷つけるような言葉遣いや対応にならないように努めている。また、排泄や入浴等は本人のプライバシーが確保出来るよう配慮している。   |      |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br><br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。                     | 利用者の訴えはゆっくりしっかり聞く努力を行っている。また自己の主張をしっかりされる方に関しては、ケアプランにも位置づけている。  |      |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br><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。 | ホームでの基本的な生活のペースはあるものの御本人の意向を尊重し、状況に応じた柔軟な対応が出来るよう心掛けている。   |      |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br><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。                                  | 現在行きつけの美容院に行かれる方はいらっしゃらないが、2ヶ月に1度の頻度で出張理容に来てもらい本人家族の希望に沿って行っている。   |      |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><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。     | 利用者の希望を聞きながらも偏った食事にならない様配慮している。旬な食材を使用し、個々に食べやすい工夫も行っている。季節の行事に合わせ行事食等も取り入れている。利用者にはテーブル拭き、下膳等出来る範囲でお手伝いはしていただいている。食材選びの為に一緒に買い物に出かけている。 |      |                   |

| 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 |
| 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>利用者に合わせた食事量、食事形態（ミキサー食・刻み食）にし、栄養バランスを考え提供している。</p> <p>水分摂取量、食事量、排便、排尿、体重等記録して、スタッフ間で情報共有し、ひとりひとりの状態に応じて支援出来るようにしている。</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>毎食後口腔ケアは行っており、出来ない方はスタッフが声かけ介助している。</p> <p>必要に応じて訪問歯科にて治療を受けている。</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>利用者一人ひとりの排泄パターン、習慣を把握し、なるべくトイレで排泄出来るように心掛けている。</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>食事量、水分摂取量、運動量の把握を行い、水分を促したり、繊維の多い食物を摂取していただいたり、日常生活の中で身体を動かすよう働きかけている。</p> <p>また排便コントロールのため、医師の指示の元、適宜服薬を行うこともある。</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>最低2,3日に1回は入浴していただいている。</p> <p>その他にも、出来るだけ本人の要望に合わせて気持ちよく入浴出来るよう支援している。</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 |
| 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<br>の状況に応じて、休息したり、<br>安心して気持ちよく眠れるよう<br>支援している。   | 利用者の生活パターンを把握し<br>状況の変化に対応しケアして<br>いる。<br>安心して安眠、休息がとれる<br>よう支援している。  |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の<br>目的や副作用、用法や用量につ<br>いて理解しており、服薬の支援<br>と症状の変化の確認に努めて<br>いる。   | 一人ひとりの薬の説明書を個人<br>ファイルにはさんで、スタッフが<br>薬の目的や副作用は用法用量に<br>ついて周知できるようにして<br>いる。<br>服薬ファイルシートを活用し、<br>服薬支援を行い、症状の変化は<br>介護記録にて確認、把握に努<br>めている。 |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過<br>ごせるように、一人ひとりの生<br>活歴や力を活かした役割、嗜好<br>品、楽しみごと、気分転換等の<br>支援をしている。  | 一人ひとりの生活や趣味嗜好を<br>前もって把握しておき、張り合<br>いや喜びがある日々が送れる<br>ように出来る事を目標として<br>行ってもらっている。<br>(例えば洗濯物たたみ、掃除<br>など)                                  |      |                   |
| 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<br>って、戸外に出かけられるよう<br>支援に努めている。また、普段<br>は行けないような場所でも、<br>本人の希望を把握し、家族や<br>地域の人々と協力しながら出<br>かけられるように支援して<br>いる。 | 利用者の体調、天気をみなが<br>ら、散歩や買物、行事への参<br>加など、ホーム内だけでなく<br>すまざず、出来るだけ外気を<br>肌で感じ活性につながるよう<br>に支援している。   |      |                   |
| 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<br>の大切さを理解しており、一<br>人ひとりの希望や力に応じて、<br>お金を所持したり使えるよう<br>に支援している。  | 金銭（お小遣い）はホームで<br>お預かりしているが、要望が<br>あった時にはスタッフ同行で<br>買い物に出かけている。<br>本人の力に応じてお金の使<br>えるように支援している。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。   | 本人希望により支援している。  |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地の良い共用空間づくり<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。 | リビング兼食堂は明るく風通しの良い開放感のある室内となっている。和室もあり、落ち着いて休め過ごしやすいスペースになっている。<br>ホール内は季節により飾り付け等取り替えており家庭的で和める工夫をしている。 |      |                   |
| 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。  | リビング兼食堂は食卓と椅子が置いてあり、自由に座って話ができるスペースとなっている。<br>また、ソファが窓側に置いてあり腰掛けられるようになっており、独りになることも出来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。  | 御本人の馴染みの家具や、生活用品を使用している。<br>また作品や写真の飾りつけがされており、居心地良く安心して過ごせる居室となっている。                                   |      |                   |
| 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」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。  | 建物内部は手すり（トイレ・廊下・浴室）等で自立出来るよう整備されており、安全に生活できるようにまた、自室やトイレは場所がわかるよう表示等して工夫している。                           |      |                   |

| V アウトカム項目 |   |   |   |
|-----------|---|---|---|
| 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<br>②利用者の3分の2くらいの<br>③利用者の3分の1くらいの<br>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<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                    |
| 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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1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させている                   | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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、安心して暮らせている           | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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る | ○ | ①ほぼ全ての家族と<br>②家族の3分の2くらいと<br>③家族の3分の1くらいと<br>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                          | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように<br><input type="radio"/> ②数日に1回程度<br><input type="radio"/> ③たまに<br><input type="radio"/> 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 | ○ | <input type="radio"/> ①大いに増えている<br><input type="radio"/> ②少しずつ増えている<br><input type="radio"/> ③あまり増えていない<br><input type="radio"/> ④全くいない             |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている  | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が<br><input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> 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                             | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> 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                         | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が<br><input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> ④ほとんどできていない |



(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 ニチイケアセンター南観音

作成日 平成 23年 10月 31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組み内容  | 目標達成に要する期間 |
|------|------|------------------------|------------------------|--|------------|
| 1    | 49   | 利用者の外出機会が少なく外出先も限られている | 利用者に合わせた外出機会と外出先を提供する  | 花壇の手入れを行い事業所の設備を整え一つの外出先とする。<br>体調の良い方等はいくつかのコースを設定し外出の機会を作る | 3ヶ月        |
| 2    | 10   | 家族意見を充分引き出せていない        | 家族意見を引き出し事業所運営に活かす     | 家族来訪時や必要に応じて電話での報告を継続し状況報告を密にし、家族との関係を深め、意見要望を引き出していく        | 6ヶ月        |
| 3    | 2    | 地域住民とのつながりが弱い          | 地域住民との交流が活発になる         | 運営推進会議等で意見を求め、町内のイベント等へ参加し交流を図る                              | 6ヶ月        |
| 4    | 4    | 議事録に臨場感が無い             | 会議不参加者にもわかりやすい議事録を送付する | 議事録の記述を読みやすいものにし、会議不参加者にもわかりやすいものにする                         | 6ヶ月        |
| 5    |      |                        |                        |  |            |
| 6    |      |                        |                        |  |            |
| 7    |      |                        |                        |  |            |

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。