

(別紙2) 平成 22 年度

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成22年9月9日

### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                          |                |            |
|---------|--------------------------|----------------|------------|
| 事業所番号   | 3970600239               |                |            |
| 法人名     | 医療法人 五月会                 |                |            |
| 事業所名    | グループホーム むっく須崎            |                |            |
| 所在地     | 〒784-0043 高知県須崎市妙見町11番6号 |                |            |
| 自己評価作成日 | 平成22年6月25日               | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成22年9月21日 |

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

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://kaigo.pippikochi.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3970600239&amp;SCD=320">http://kaigo.pippikochi.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3970600239&amp;SCD=320</a> |
|----------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |
|-------|--|
| 評価機関名 | 高知県社会福祉協議会                               |
| 所在地   | 〒780-8567<br>高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ |
| 訪問調査日 | 平成22年7月16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)】

利用者ご本人やご家族の思いを大切に、一人ひとりが持っている能力を活かして、地域の中でその人らしく、明るく、ゆったりとした生活を送っていただくよう努めており、日々の散歩や買い物時の挨拶や地域の行事への参加など、地域とのつながりを大切にされた支援に取り組んでいる。建物に隣接する広い畑までスロープと手摺りを設置しており、歩行が不安定な方や車椅子を使用している方でも畑に行くことが出来るので、利用者全員で、花や野菜づくりに参加している。また、医療・看護体制は、母体法人の救急病院や訪問看護ステーション、認知症専門の医療機関との連携を密にしている。

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は閑静な住宅地域にあり、近くに量販店やコンビニエンスストア、良心病など、人との触れ合いや利便性の良い環境にある。地域行事への参加、保育所、学校との交流、歌や踊りなど多彩なボランティアの継続的な訪問を受けるなど、地域に溶け込んで相互に交流を深めている。また、管理者が看護師であり、母体法人の医療機関と連携し、訪問診療や訪問看護など安心できる医療体制が整っている。日々、事業所の掲げる基本理念や基本方針の実践とともに、前回評価の課題については目標達成計画に沿って改善に取り組んでおり、今後ますます地域に根ざして発展することが期待される。

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名： 2 階

| 自己評価               | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |   |
|--------------------|------|--|---|---|---|
|                    |      |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                                       |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |      |  |   |   |   |
| 1                  | (1)  | <b>○理念の共有と実践</b><br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | 地域密着型サービスの事業所独自の理念を職員全員で考え、各ユニットに掲示し、職員採用時には理念を周知し、スタッフ会や申し送り時、日々の関わりの中で理念に沿ったケアが出来ているか振り返り、実践につなげている。              | 毎朝の申し送り時に理念を暗唱して職員に意識づけている。利用者一人ひとりの日々の出来事について細かいことでも対応を協議して共有し、ケアに活かしている。  |   |
| 2                  | (2)  | <b>○事業所と地域とのつきあい</b><br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 公園への散歩や買い物時に近隣の方々に挨拶し、地域のお祭りや盆踊りに参加するとともに、事業所の夕涼み会などの行事に住民の参加を呼びかけている。また、保育園との相互訪問など、地域との交流を図っている。                  | 地区会に加入し、清掃活動や防災訓練、夏祭りなどの行事に参加している。また、保育園との交流や学校行事の見学のほか、歌や演奏などのボランティアの訪問を受けたり、近隣住民から花や野菜の苗を分けてもらうなど、日常的に交流している。                                     |   |
| 3                  |      | <b>○事業所の力を活かした地域貢献</b><br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 地域包括支援センターの依頼を受けて、事業所の行事に地域の高齢者を招待し交流するなど、介護予防の視点で貢献している。また、管理者は徘徊ネットワーク模擬訓練にサポート役として参加したり、職員は認知症キャラバンメイトとして活動している。 |   |   |
| 4                  | (3)  | <b>○運営推進会議を活かした取り組み</b><br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 生活状況や運営状況を報告し、出席者からの質問や率直な意見を頂き、サービス向上に活かしている。  | 事業所の状況や評価結果について報告し、目標達成計画に基づく取り組みについても話し合われている。参加委員から地域交流や災害対策などの意見や助言があり、地域の支え合いにつながっている。  |   |
| 5                  | (4)  | <b>○市町村との連携</b><br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる  | 地域ケア会議への出席など、市役所の担当者とは連携を取り、積極的に情報交換や事例発表を行うなど、協力関係を築いている。  | ケアに関する具体的な対応等について地域包括支援センターと情報を共有したり、制度の運用等については市の担当課に相談するなど連携している。また、研修実習生を受け入れたり、徘徊ネットワークのオブザーバーなど、協力関係を築いている。                                    |   |
| 6                  | (5)  | <b>○身体拘束をしないケアの実践</b><br>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 | 職員は毎年、身体拘束に関する研修を受講し、スタッフ会等で周知徹底を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。   | 身体拘束をしないケアに向けて職員に周知し、言葉による拘束についても、日々のケアのなかで職員同士で注意し合っており取り組んでいる。外出傾向のある利用者を把握し、外出時には職員がさりげなく付き添うようになっているが、2階ユニットの入り口扉は内外どちらからも開閉できるロック機能があり施錠されている。 | 2階ユニット入口は、利用者の状況や職員体制等に応じて日中は施錠しないようにするなど、検討されるよう期待したい。 |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |  |
|------|------|--|---|---|--|
|      |      |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| 7    |      | <b>○虐待の防止の徹底</b><br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている     | 管理者や職員は虐待防止関連の研修を受講しており、勉強会、スタッフ会で高齢者虐待防止に関する理解浸透に向けた取り組みを徹底している。   |   |  |
| 8    |      | <b>○権利擁護に関する制度の理解と活用</b><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 | 管理者研修で権利擁護の勉強している。対応が必要な場合は、随時職員に説明し、アドバイスをしながら利用者の支援に結びつけている。  |   |  |
| 9    |      | <b>○契約に関する説明と納得</b><br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                      | 契約時には、細かな情報収集を行うとともに、重要事項説明書や協力医療機関の体制など、詳しく丁寧に説明し、理解と納得をしてもらうようにしている。  |   |  |
| 10   | (6)  | <b>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</b><br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                  | 利用者の日々の生活態度等に変化を察したら、個別の相談にのっている。家族には、来訪時や家族会、運営推進会議等で常に呼び掛け、何でも言って頂ける雰囲気づくりに努めている。また、年に3回、市の介護相談員による相談や、契約時に、意見箱の設置や公的苦情の窓口について説明している。 | 家族会は年2回開催しているが、家族同士の話し合いの場は設けていない。年3回、介護相談員の訪問を受け入れたり、苦情箱を設置しているが、特に意見はない。            | 利用者家族からの苦情や要望は表面には出にくいことを理解し、家族会の際には家族だけで気軽に話し合う機会を設けるなど、工夫することを期待したい。 |
| 11   | (7)  | <b>○運営に関する職員意見の反映</b><br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                   | 月1回のスタッフ会や、日々の申し送り時等には意見交換を行っている。   | 毎日の申し送りや毎月のスタッフ会での話し合いの場で、職員の意見や提案を聞くようにしている。内容に応じて法人スタッフも話し合いに参加し、できることから運営に反映させている。 |  |
| 12   |      | <b>○就業環境の整備</b><br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている   | 代表者も現場に入り、入居者と過ごしたり、職員の業務状況を個別に把握している。月1回のスタッフ会や、日々の申し送り時等に業務内容について意見交換を行い、改善すべきことは見直し、向上心を持って働けるように職能評価を行なっている。                        |   |  |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------------------------------|------|---|---|------|-------------------|
|                              |      |   | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13                           |      | <b>○職員を育てる取り組み</b><br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 職員の質の向上のため、法人内外の研修に多くの職員が受講するよう取り組んでいる。また、出席した職員はスタッフ会で伝達講習を行い、資料は掲示したりファイルに綴じするなど、全員が共有できるようにしている。 |      |                   |
| 14                           |      | <b>○同業者との交流を通じた向上</b><br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 地域のグループホーム連絡会に加入している。また、3カ月に1回管理者が地域ケア会議に出席し、市内のグループホームの管理者と意見交換を行いサービスの質の向上に努めている。                 |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |   |      |                   |
| 15                           |      | <b>○初期に築く本人との信頼関係</b><br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている           | 面談で困っていること、不安に思っていることなど把握し、職員で話し合い、ご本人に受け入れられ安心されるような関係づくりに努めている。                                   |      |                   |
| 16                           |      | <b>○初期に築く家族等との信頼関係</b><br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                      | ご家族が求めていることや思いを理解し、事業所としての最善のケアができるよう話し合っている。   |      |                   |
| 17                           |      | <b>○初期対応の見極めと支援</b><br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている                  | 今までのサービス利用状況や、これまでの経緯について話を聴き、本人、家族が困っていること、悩んでいることを把握し、事業所としてどのような対応ができるかを事前に話し合っている。              |      |                   |
| 18                           |      | <b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b><br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | 職員は常に利用者が人生の先輩であることを念頭に置き、調理や生活全般について教わりながら、洗濯物の整理や野菜の収穫、歌を唄って楽しむなど、日々の生活を共にしている。                   |      |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|---|---|---|-------------------|
|                                    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19                                 |      | <p><b>○本人を共に支えあう家族との関係</b></p> <p>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている</p>        | <p>利用者の近況報告や職員の思い、気づきなどの情報を双方で共有し、家族と同じ思いで支援していることを伝えている。</p>   |   |                   |
| 20                                 | (8)  | <p><b>○馴染みの人や場との関係継続の支援</b></p> <p>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている</p>                    | <p>本人の希望に応じて知人、友人に電話をかけたたり、ホーム内で昔馴染の方と交流する場を設けている。また、昔から利用している美容院に行ったり、行事等で外出する際は、馴染みの場所を通るようにしている。</p> | <p>馴染みの理美容店に行ったり、ドライブがてら自宅周辺に出かけている。また、買い物に出かけた際には良心市や量販店で知人と会話を交わすなど、関係が継続するよう支援している。</p>      |                   |
| 21                                 |      | <p><b>○利用者同士の関係の支援</b></p> <p>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに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</p>                | <p>利用者同士の相性も考慮し、一人で過ごす時は孤立しないよう、スタッフが寄り添いコミュニケーションを図るなど、日々穏やかに過ごしていただくように配慮している。</p>                    |   |                   |
| 22                                 |      | <p><b>○関係を断ち切らない取組み</b></p> <p>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている</p> | <p>退居後の入院先や他の施設等に面会に行くなど、関係を継続するよう努めている。</p>  |   |                   |
| <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)  | <p><b>○思いや意向の把握</b></p> <p>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している</p>                        | <p>日々の関りの中で、行動や表情から本人の思いや希望を把握している。また、送り等必要な情報を共有している。</p>  | <p>言葉で伝えられる利用者には聞き取り、思いや希望の把握をしている。うまく伝達できない利用者には行動や表情で把握するとともに、家族や関係者からもできるだけ情報を得るようにしている。</p> |                   |
| 24                                 |      | <p><b>○これまでの暮らしの把握</b></p> <p>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている</p>                    | <p>入居前に本人や家族から今までの生活の情報収集や職業歴、生れ育った環境の把握に努めている。また、入居後も日々の会話等から情報の把握に努めている。</p>                          |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 25   |      | <b>○暮らしの現状の把握</b><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   | 日常のケアの中で、利用者一人ひとりの生活リズムや得意分野を理解し、その人全体を把握するように努めている。   |   |                   |
| 26   | (10) | <b>○チームでつくる介護計画とモニタリング</b><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 | 毎月モニタリングを行い、アセスメントを含め全職員で意見交換をしている。利用者が自分らしく暮らせるように本人や家族の要望を聞き、介護計画の作成に活かしている。状況に変化があれば随時話し合い、家族に連絡してプランの見直しを行なっている。 | 家族の意見や要望も取り入れながら職員全員で話し合い介護計画を作成している。担当者によるアセスメントとモニタリングを毎月行い、介護計画は基本的に3カ月毎に見直している。また、利用者の状態の変化等に応じてその都度見直している。       |                   |
| 27   |      | <b>○個別の記録と実践への反映</b><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                        | 日々の暮らしの様子や身体状況など記録し、職員間で情報を共有している。また、個別記録やカンファレンスの結果を介護計画の見直しや評価に活かしている。   |   |                   |
| 28   |      | <b>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</b><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               | 協力病院と連携しながら、事業所での生活が継続できる体制づくりに努めている。また、家族の希望や利用者の状況に応じて故郷訪問を実施している。   |   |                   |
| 29   |      | <b>○地域資源との協働</b><br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 本人の意思や必要性に応じて、地域の社会資源を利用するようにしている。民生委員や町内会の方とは、運営推進会議や町内会の催しの機会に意見交換を行い、利用者の暮らしの支援につなげている。                           |   |                   |
| 30   | (11) | <b>○かかりつけ医の受診支援</b><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                     | 日々の生活の中で、体調等に異変があれば早めに受診するよう家族等に連絡している。病状の安定している方は、訪問診療や家族の協力がかかりつけ医に受診するよう支援している。                                   | 病状の安定している利用者は月一回の訪問診療で受診し、訪問看護と医療連携を図っている。検査や他科への受診、通院は家族や職員が対応している。受診結果は付き添った家族や職員、訪問看護師から情報を得てケース記録や日誌、申送りでも共有している。 |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                                  |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31                               |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 常勤の准看護師を配置するとともに、医療連携の訪問看護師と24時間連絡が取れる体制が確保されており、いつでも看護や助言が受けられるよう支援している。   |  |                   |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時には付添い、介護要約で情報提供するとともに、頻繁に病床訪問を行い身体状況を確認している。また、家族や医療機関と連携を取りながら早期退院に向けて話し合っている。  |  |                   |
| 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  | 契約時に重度化した場合の対応指針に基づき、事業所で対応し得るケアや法人の医療体制、訪問看護等の医療連携について説明している。また、入居後も家族の意向を確認し、終末期のケアを望まれる場合は、家族の協力も得ながら職員体制などを含め、その都度検討していく。 | 入居時に、重度化した場合の対応指針に沿って家族に説明するとともに、その後の意向も聞いている。重度化した場合には本人、家族の希望に沿って母体法人の医療機関と連携して終末期のケアに取り組む体制が確立している。 |                   |
| 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  | 事故発生時に備え、法人内外の講習会への参加や、年1回応急手当の訓練を行なっている。また、事故や緊急時受診マニュアルを作成し、連絡体制等の確認を徹底している。  |  |                   |
| 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  | 災害時対応マニュアルに沿って、年2回(昼間・夜間想定)消防署の協力を得ながら利用者と共に避難や消火器の使い方などの訓練をしている。また、地域の方には運営推進会議で協力を呼びかけ、支援体制を築いている。                          | 年2回、消防署や近隣の方の参加協力を得て避難防火訓練を実施している。その際、近隣の方と一緒に消火器の取扱訓練も行っている。非常用の備蓄食品も確保している。                          |                   |
| <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  | 入居者を人生の先輩として敬い、ケア面においても尊厳を保つよう接している。また、丁寧な声かけに心がけ、プライバシーの保護について、研修会やスタッフ会を通じて徹底している。  | 排泄や入浴時には利用者の誇りやプライバシーを傷つけないよう対応に留意したり、個人的な話は居室で話すなど、個人情報の保護に努めている。                                     |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                   | 日々生活の中で本人の意思を尊重し、自己決定ができるよう、利用者の好みや得意とすることを念頭に選択して提供したり働きかけるなど支援している。   |  |                   |
| 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、その日の体調や気分に合わせて臨機応変に対応している。 | 基本的なスケジュールはあるが、本人のペースを大切に、その日の体調や気分に合わせて臨機応変に対応している。  |  |                   |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                | 一人ひとりの個性を大切に、衣類を決めたり、馴染みの美容院と連携しておしゃれができるようにするなど支援している。   |  |                   |
| 40   | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている   | 畑で収穫した野菜や旬の食材を使って調理し、盛り付けや配膳、後片付けなどを一緒に、職員も同じテーブルを囲んで食事している。  | 食材の買い出しや、畑で収穫した野菜の下ごしらえ、食器洗いなど、利用者の残存能力に応じて食事の準備から片づけを職員と一緒にしている。職員も利用者と同じものを楽しく食べている。                             |                   |
| 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        | 法人内の管理栄養士の献立により栄養バランスに配慮し、食材や個別に応じて刻み・一口・トロミ食等、咀嚼や誤嚥をしないよう対応している。水分摂取も、少ない時には高カロリー飲料や野菜ジュース等で補充している。また、個別のBMI測定をしている。 |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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                | 日中は口腔体操などで唾液分泌を促進し、食後のお茶飲用や口腔ケア、義歯の手入れを行なっている。口腔内のケアについて、事業所の歯科衛生士に指導を受けたり、状況に応じてかかりつけの歯科医を受診している。                    |  |                   |
| 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 | 個々の習慣、排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行うとともに、本人からの申し出にはすぐに対応するなど、排泄の自立に向けて支援している。  | 利用者それぞれの排泄状態に合わせてパッドや紙パンツを使用したり、夜間のみおむつを使用するなど、個別に支援している。また、日中はできるだけトイレで排泄するよう声かけ誘導したり、自立している利用者の排泄状況も確認するようにしている。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 44   |      | <b>○便秘の予防と対応</b><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  | 起床時の水分摂取に努め、おやつ以外でもヨーグルト、バナナ、食物繊維の多い食材の摂取をしている。また、散歩などの運動や便秘時には適宜腹部マッサージなどを行なっている。                     |  |                   |
| 45   | (17) | <b>○入浴を楽しむことができる支援</b><br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 本人の希望に合わせて、午後から就寝まで入浴ができるようにしている。また、気持ちよく入浴してもらうよう、状況を見ながら声かけをしている。                                    | 利用者の希望に合わせて、午後の時間帯に入浴支援をしており、概ね2日に1回は入浴している。入浴を拒否する利用者には、時間を置いたり、職員が交代して声かけするなどして支援している。 |                   |
| 46   |      | <b>○安眠や休息の支援</b><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   | 一人ひとりのその日の体調や疲れ具合などに応じて、ゆっくり休息が取れるいうにしている。自らの訴えが無い場合は、職員が顔色などで判断し、休息を促している。                            |  |                   |
| 47   |      | <b>○服薬支援</b><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  | 職員は入居者の病歴や薬の目的を把握し、受診時や内服などの用法、用量に変化があった時には、毎日の申送り時や援助記録に記載し、職員間で共有できるようにしている。また、服薬時には本人確認の声かけを励行している。 |  |                   |
| 48   |      | <b>○役割、楽しみごとの支援</b><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                             | 野菜の皮むきや装飾用の折り紙の作成など、本人の得意分野を活かし、役割や楽しみごとの場面づくりに配慮している。   |  |                   |
| 49   | (18) | <b>○日常的な外出支援</b><br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 天気の良い日には気分転換も兼ね、散歩やドライブに出かけている。また、玄関の草花の手入れや畑の花摘みなど、自由に世話してもらうようにしている。                                 | 日常的に事業所近辺の散歩に出かけている。ドライブを兼ねた季節ごとの花見や行楽等にも出かけており、車椅子使用の利用者も法人の車で一緒に出かけている。                |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50   |      | <b>○お金の所持や使うことの支援</b><br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | お金を所持することで安心感、楽しみがあることをよく理解しており、事業所で管理している方でも、本人の希望があれば預かり金の中から外出時に買い物ができるよう見守っている。                                |  |                   |
| 51   |      | <b>○電話や手紙の支援</b><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   | 希望に応じて家族等と電話ができるようにしている。誕生日には家族の協力でメッセージを届けてもらうなど支援している。   |  |                   |
| 52   | (19) | <b>○居心地のよい共用空間づくり</b><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 | 玄関は広く開放し、人の出入りがし易い工夫をしている。ワット調整が可能な照明器具の設置やテレビの音、職員の会話が騒がしくならないよう配慮している。また、季節に合わせた共同作品(ひな壇・七夕飾り等)をフロアに掲示している。      | 玄関や居間には季節の花が活けられている。居間は台所と対面しており、職員は利用者に気配りしながら準備し、利用者は居間で調理の音や匂いを感じながら暮らしている。また、ベランダから畑に降りることができるなど、ゆったりした空間となっている。 |                   |
| 53   |      | <b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b><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  | 廊下やベランダ、和室に椅子やテーブルを置き一人で過ごしたり、仲の良い入居者同志でくつろげるスペースを作っている。   |  |                   |
| 54   | (20) | <b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b><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  | 個々の居室に小物や写真、ラジオカセット、家で使用していた寝具など、利用者それぞれの馴染みの物を持ってきてもらっている。  | 馴染みの装飾品や写真、表彰状、使い慣れたタンスや家具などがあり、それぞれの部屋が本人や家族の意向に沿った居室となっている。  |                   |
| 55   |      | <b>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</b><br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 入居者の身体状況に合わせて手すりを設置(廊下・トイレ・浴室など)したり、利用者と一緒に炊事ができる広さの確保など、安全面に配慮している。また、衣類等の場所が分からない方のタンスには、目印を貼り一人で整理ができるよう配慮している。 |  |                   |

| 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   | 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  |
|  |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいの |    |   | 2. 家族の2/3くらいと         |              |
|  |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいの |    |   | 3. 家族の1/3くらいと         |              |
|  |  |                       | 4. ほとんど掴んでいない  |    |   | 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        | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように  |
|  |  |                       | 2. 数日に1回程度ある   |    |   | 2. 数日に1回程度            |              |
|  |  |                       | 3. たまにある       |    |   | 3. たまに                |              |
|  |  |                       | 4. ほとんどない      |    |   | 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   | 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) | ○                     | 1. 大いに増えている  |
|  |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   | 2. 少しずつ増えている          |              |
|  |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   | 3. あまり増えていない          |              |
|  |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   | 4. 全くいない              |              |
| 59   | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が   | 66 | 職員は、生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  |
|  |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   | 2. 職員の2/3くらいが         |              |
|  |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   | 3. 職員の1/3くらいが         |              |
|  |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   | 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   | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が |
|  |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   | 2. 利用者の2/3くらいが        |              |
|  |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   | 3. 利用者の1/3くらいが        |              |
|  |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   | 4. ほとんどいない            |              |
| 61   | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が   | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が |
|  |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   | 2. 家族等の2/3くらいが        |              |
|  |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   | 3. 家族等の1/3くらいが        |              |
|  |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   | 4. ほとんどできていない         |              |
| 62   | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が   |    |   |                       | 1. ほぼ全ての利用者が |
|  |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   | 2. 利用者の2/3くらいが        |              |
|  |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   | 3. 利用者の1/3くらいが        |              |
|  |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   | 4. ほとんどいない            |              |

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名： 1 階

| 自己評価               | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|--------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                    |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |      |  |   |      |                   |
| 1                  | (1)  | <b>○理念の共有と実践</b><br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | 地域密着型サービスの意義を全員で確認し地域生活の継続支援と地域に密着した生活を目指す理念を作り上げ、毎朝申送り後理念を暗唱している。また、カンファレンス時等に理念に沿ったプランやケアができていますか話し合っている。 |      |                   |
| 2                  | (2)  | <b>○事業所と地域とのつきあい</b><br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 地域の盆踊り、花見等の行事に利用者と一緒に参加している。ホームの行事には地域の方の参加もあり、また、ボランティアの訪問や、近くの保育園とも交流している。                                |      |                   |
| 3                  |      | <b>○事業所の力を活かした地域貢献</b><br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 管理者が徘徊ネットワーク模擬訓練のサポート役として参加したり、職員は認知症キャラバンメイト養成講座を受講し活かせるようにしている。また、地域の交流会館の鍵を預かり、地域での役割の一端を担っている。          |      |                   |
| 4                  | (3)  | <b>○運営推進会議を活かした取り組み</b><br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 近況報告、検討事項、取り組んでいる内容等について率直な意見や助言を頂いてサービス向上に活かしている。  |      |                   |
| 5                  | (4)  | <b>○市町村との連携</b><br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる  | 市町村担当者とは気になることがあればすぐに相談し助言や指導が受けられるようにしている。地域ケア会で事業所の取り組みの発表や意見交換を行ったり、介護職員対象の研修会を開いてもらう等協力関係を築いている。        |      |                   |
| 6                  | (5)  | <b>○身体拘束をしないケアの実践</b><br>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 | 職員は毎年研修会へ交替で参加し伝達講習を行っている。「禁止の対象となる具体的な行為」について確認、スピーチロックを含め日常のケアで自覚しない拘束が行なわれていないか注意し合っている。                 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 7    |      | <b>○虐待の防止の徹底</b><br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている     | 管理者、職員は虐待防止関連の研修を受け、勉強会やスタッフ会で伝達し、理解浸透や遵守に向けた取り組みを徹底している。   |      |                   |
| 8    |      | <b>○権利擁護に関する制度の理解と活用</b><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 | 管理者は制度についての研修を受けており対象の利用者がいる場合は関係機関と連携をとり、随時職員に説明、アドバイスを行ないながら、利用者の支援に結びつけている。  |      |                   |
| 9    |      | <b>○契約に関する説明と納得</b><br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                      | 契約時や改定の際には不安や疑問点を尋ねながら詳しく説明している。  |      |                   |
| 10   | (6)  | <b>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</b><br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                  | 家族の面会時には本人の思いや気になることがあれば知らせてもらうようにしている。また、日々の言葉や態度から不満を抱えているように察したら、その都度、対応策を話し合っている。家族の意見要望は面談時や意見箱で伺い、年3回、市の介護相談員に入ってもらい相談に応じてもらっている。 |      |                   |
| 11   | (7)  | <b>○運営に関する職員意見の反映</b><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                                   | 職場内の意見については毎月のスタッフ会や、日々の業務の中でその都度意見や要望を聞き、一緒に解決策を考えている。職場全体として意見交換の場が法人内に設けられている。   |      |                   |
| 12   |      | <b>○就業環境の整備</b><br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている   | 代表者は、現場で利用者と話す機会を持ち、職員の業務を把握するとともに、職員が向上心を持って働けるように職能評価を行っている。  |      |                   |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------------------------------|------|---|---|------|-------------------|
|                              |      |   | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13                           |      | <b>○職員を育てる取り組み</b><br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 法人内外の研修には自己研鑽や質の向上を図るため多くの職員の受講を推進している。経験や習熟度に応じて段階的に研修計画を立て、働きながらトレーニングできるようにしている。また、研修報告を行い資料は全員が閲覧、共有できるようにしている。 |      |                   |
| 14                           |      | <b>○同業者との交流を通じた向上</b><br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 県域の連絡会に加入、地域ケア会議、勉強会、相互訪問等を通じ交流の機会を持ち、サービスの質の向上を目指している。   |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |   |      |                   |
| 15                           |      | <b>○初期に築く本人との信頼関係</b><br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている           | 入居までに本人との面談は最低でも3回は自宅や病院、施設を訪問して行い、身体状況や生活状態を把握し、本人の思いを聴き、顔見知りの関係を作り職員に伝達し受け入れ態勢を整えている。                             |      |                   |
| 16                           |      | <b>○初期に築く家族等との信頼関係</b><br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                      | 家族が困っていること、求めていることを良く聴き、事業所としてどのような対応ができるか事前に話し合いをしている。   |      |                   |
| 17                           |      | <b>○初期対応の見極めと支援</b><br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている                  | 相談時に本人や家族の思い、状況等を確認し、場合によっては、地域包括支援センターや他の事業所のサービスに繋げる等の対応をしている。  |      |                   |
| 18                           |      | <b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b><br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | 年長者である利用者から季節の行事や調理法等、生活の技や文化の大事さを教えてもらうことが多い。また、そうした場面が多く持てるように配慮している。   |      |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------------|------|---|--|------|-------------------|
|                                    |      |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19                                 |      | <p><b>○本人を共に支えあう家族との関係</b></p> <p>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている</p>        | <p>日々の出来事や身体状況等の情報を伝え、相談を受けたり、意見を聞く等、家族と同じ思いで支援していることを伝えている。また、家族会等で家族間の悩みも共有できている。</p>                      |      |                   |
| 20                                 | (8)  | <p><b>○馴染みの人や場との関係継続の支援</b></p> <p>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている</p>                    | <p>行きつけの美容院の利用、地域の氏神様へのお参り等、馴染みの場所、人との交流が途切れないよう外出したり、事業所に会いに来てもらうように支援している。</p>                             |      |                   |
| 21                                 |      | <p><b>○利用者同士の関係の支援</b></p> <p>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに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</p>                | <p>利用者一人ひとりの情報を把握し、本人の意向も確認しながら、利用者同士の関係の橋渡しをするなど、気配りをしながら支援している。</p>  |      |                   |
| 22                                 |      | <p><b>○関係を断ち切らない取組み</b></p> <p>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている</p> | <p>他の事業所に移られた方、入院された方についても面会に行き継続的な付き合いができるように支援している。</p>  |      |                   |
| <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)  | <p><b>○思いや意向の把握</b></p> <p>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している</p>                        | <p>日々の関わりの中で本人の思いや希望をを聴いたり、言葉や表情から真意を推し測ったりして把握している。</p>   |      |                   |
| 24                                 |      | <p><b>○これまでの暮らしの把握</b></p> <p>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている</p>                    | <p>入居前にできるだけ自宅訪問を行い生活環境を把握し、本人や家族、ケアマネジャー等関係者から生活歴やライフスタイルの情報収集を行なっている。入居後も本人や面会者とのコミュニケーションの中で把握に努めている。</p> |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 25   |      | <b>○暮らしの現状の把握</b><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   | 利用者一人ひとりの生活リズムを理解するとともに、行動や小さな動作から感じ取り、生活、心理面の視点や、できないことよりできることに注目し、その人全体の把握に努めている。                              |      |                   |
| 26   | (10) | <b>○チームでつくる介護計画とモニタリング</b><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 | 本人、家族からの意見や要望を聞き、本人が少しでも暮らしやすいようにアセスメントを含め、全職員で意見を出し合いカンファレンスを行い、介護計画を作成し、モニタリングを行なっている。状態が変化した際にはその都度検討し見直している。 |      |                   |
| 27   |      | <b>○個別の記録と実践への反映</b><br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個別ファイルに、食事、排泄、身体状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソード等を生活援助記録に記載し、いつでも全職員が情報共有できるようにして、ケアの実践や介護計画の見直しに繋げている。                 |      |                   |
| 28   |      | <b>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</b><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               | 医療連携体制加算を活かして利用者にとって負担となる受診や入院の回避、早期退院の支援、医療処置を受けながら生活の継続ができるように支援している。本人、家族の状況に応じて受診介助等も柔軟に対応している。              |      |                   |
| 29   |      | <b>○地域資源との協働</b><br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 本人と地域のさまざまな接点を見出し、周辺施設への働きかけやボランティアへの協力を呼びかけている。民生委員や町内会の方とは運営推進会議や町内の催し物の機会等に意見交換している。                          |      |                   |
| 30   | (11) | <b>○かかりつけ医の受診支援</b><br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                   | 入居前に本人、家族、主治医と相談し病状の安定している方は訪問診療へ移行、その他の方は家族と協力しながら希望の医療機関で受診できるようにしている。   |      |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----------------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31                               |      | <b>○看護職との協働</b><br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 常勤の准看護師を配置するとともに、法人内の医師や看護師、訪問看護師とも24時間連携が取れる体制が確保されており、職員は相談や助言を受けている。  |      |                   |
| 32                               |      | <b>○入退院時の医療機関との協働</b><br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時には付添い、介護要約で情報提供するとともに、頻繁に病床訪問を行い身体状況を確認している。また、家族や医療機関と連携をとりながら早期退院に向けて話し合っている。   |      |                   |
| 33                               | (12) | <b>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b><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  | 契約時に重度化した場合の対応指針に基づき、事業所で対応し得るケアや法人の医療体制、訪問看護等の医療連携について説明している。また、入居後も家族の意向も確認している。終末期のケアを望まれる場合は、家族の協力も得ながら職員体制などを含め、その都度検討していく。 |      |                   |
| 34                               |      | <b>○急変や事故発生時の備え</b><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  | 事故対策、緊急時受診マニュアルを作成し、職員に緊急連絡網等を徹底している。また、職員は毎年応急手当の講習を受け伝達、共有して実践に備えている。  |      |                   |
| 35                               | (13) | <b>○災害対策</b><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  | 災害対策マニュアルを作成し年2回消防署の協力を得て避難、防火訓練を行なっている、また、その際には地域の方にも参加を呼びかけ協力体制を築いている。   |      |                   |
| <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) | <b>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</b><br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている  | 職員採用時や勉強会、スタッフ会の折に職員の意識向上を図っている。日々の業務の中でスタッフ間で気づいたことを話し合い、利用者の誇りやプライバシーを損ねない対応の徹底を図っている。   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                     | 個々の利用者に合わせて声かけし、本人の思いを汲み取り、些細なことでも説明して自分で選んだり決めてもらうようにしている。   |      |                   |
| 38   |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 一日の流れの目安はあるが、その時の本人の体調や気持ちを尊重しながら柔軟に対応している。   |      |                   |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 自分で選べない方には本人の希望や好みに配慮して対応している。行き付けの美容院へ行ったり、本人の要望があれば簡単なカットやおしゃれ染めを職員がすることもある。  |      |                   |
| 40   | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食べたい物を聞いたり、旬の食材を取り入れて調理し、職員も同じ食事を一緒に食べている。身体的に調理、配前、洗い物等できる方が限られるのが現状だが、畑の野菜の下ごしらえ等は殆どの方が一緒に行っている。                      |      |                   |
| 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          | 利用者の嗜好や希望、法人の管理栄養士の指導も受けて栄養バランスを考慮した献立を作成している。食事量や水分の摂取量をチェック表に記録し職員間で共有している。また、毎月BMIを計り、一人ひとりの身体状況に応じて摂取量や形態等の工夫をしている。 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 毎食後、一人ひとりの能力に応じて声かけや介助を行ないながら口腔ケアを徹底している。また、ホームに歯科衛生士が在職しており専門的な見地から支援している。   |      |                   |
| 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   | 入居時に、本人の排泄動作や尿便意の見極めを行い、排泄チェック表で排泄パターンを把握して一人ひとりの状態に応じて声かけや誘導を行なっている。昼間は殆どの方がトイレで排泄している。                                |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 44   |      | <b>○便秘の予防と対応</b><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   | 繊維質の多い食材、適度な運動、水分摂取量に注意している。排泄チェック表に記載、便秘傾向の方は適宜食後にトイレでゆっくり座ってもらい腹部マッサージ等を行い、自然排便を促している。下剤や座薬の使用は最小限に調節している。                    |      |                   |
| 45   | (17) | <b>○入浴を楽しむことができる支援</b><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                            | 個々の希望や体調により週3~4回の割合で午後から就寝前までの間に入浴ができるようにしている。本人が納得して気持ちよく入浴していただけるように状況やタイミングを見ながら声かけをしている。                                    |      |                   |
| 46   |      | <b>○安眠や休息の支援</b><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  | なるべく日中の活動性を促し生活リズムを整えるようにしている。体調や希望を考慮して休息の支援もしている。夜間目が覚めたり眠れない時には一緒に話をしたり温かい飲み物を飲んだり、一人で不安な時にはスタッフの見える所で休んでもらったり状況に応じた支援をしている。 |      |                   |
| 47   |      | <b>○服薬支援</b><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   | 服薬マニュアルに沿って薬の説明書を薬袋に入れ、職員が内容を把握できるようにしている。受診時の記録、本人の状態により変更や注意事項があれば伝達、申送りノートにも記載し全員が情報共有し病状の観察を行っている。                          |      |                   |
| 48   |      | <b>○役割、楽しみごとの支援</b><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                            | 家事や季節の祭りごとの準備、歌、踊り等本人の得意なこと、できることを把握して潜在能力が発揮できるよう、日々声かけに心がけている。気晴らしの外出や買い物は時間の許す限り本人と相談して行っている。                                |      |                   |
| 49   | (18) | <b>○日常的な外出支援</b><br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している | 外気浴、散歩、ドライブ等利用者の希望や身体状況に合わせて、日常的に外出するように努めている。また、家族にも外出の付添いなど協力をお願いしている。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50   |      | <b>○お金の所持や使うことの支援</b><br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | お金を所持することで、安心感や楽しみがあることをよく理解しており、本人の希望があれば家族と話し合い小額のお金を本人が管理している。また、外出時自分で買い物をされる利用者もいる。   |      |                   |
| 51   |      | <b>○電話や手紙の支援</b><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   | 電話を希望する時は、いつでもかけられるようにしている。手紙のやり取りも、希望に応じてその都度支援している。                                      |      |                   |
| 52   | (19) | <b>○居心地のよい共用空間づくり</b><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 | 家庭的な家具を使用したり、季節の花や飾りつけなど、共有スペースの雰囲気づくりに努めている。また、光や音、匂いに関しては職員がこまめに調節し居心地良く時間が流れるように配慮している。 |      |                   |
| 53   |      | <b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b><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  | 玄関前やベランダ、和室に椅子やテーブルを置き、一人で過ごしたり仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。                                  |      |                   |
| 54   | (20) | <b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b><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  | 入居に際してベッド、タンス生活用品等は使い慣れた物を自宅から持ち込んでもらうように説明し、居室内の環境においては本人、家族の意向を尊重している。                   |      |                   |
| 55   |      | <b>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</b><br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 廊下や浴室トイレ等、要所要所に手すりを設置し、個々の身体機能に応じて滑り止めや家具の配置を行なう等、工夫をしている。                                 |      |                   |

| 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)     | ○                     | 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)           | ○                     | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○ | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
| 58   | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 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) | ○ | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
| 59   | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 66 | 職員は、生き活きと働けている<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)                | ○                     | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
| 61   | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○ | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
| 62   | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |
|  |  |                       |    |   |   |   |