

## 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

|                |                   |            |            |
|----------------|-------------------|------------|------------|
| 【事業所概要（事業所記入）】 |                   |            |            |
| 事業所番号          | 1691700049        |            |            |
| 法人名            | 八光エステイト有限会社       |            |            |
| 事業所名           | グループホームあさひ        |            |            |
| 所在地            | 富山県下新川郡朝日町桜町104-3 |            |            |
| 自己評価作成日        | 平成29年2月10日        | 評価結果市町村受理日 | 平成29年5月16日 |

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

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaisokensaku.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kihon=true&amp;JigvosvoCd=1691700049-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kihon=true&amp;JigvosvoCd=1691700049-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 富山県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 富山県富山市安住町5-21     |
| 訪問調査日 | 平成29年2月27日        |

## 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

H26.7月より2ユニットになり、行事や外出等でユニット間の交流ができるようになり、賑やかな生活が送れている高齢施設ではあるが、皆さん外出をととても楽しみにしており、気候の良い時期は、近隣の名所めぐりや魚や海産物の海の駅へ買い物に出掛けたり、地域で行なわれているオレンジカフェを楽しみに活動的に行動できるようになっている。施設の小さな空き地に野菜を植え収穫したり、地域の方より季節の野菜をいただき、食材に使わせてもらっている。栄養士が献立を立てており、利用者の好みを聞きながら、栄養バランスを考慮した食事になっている。行事の際には、手作りおやつなども作っている。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

・利用者個々の生活歴や症状、人柄に合わせた対話を心がけ、利用者からの度々の欲求(～したい・～ほしい等)に興味をそそるような言葉の切り替えで対応し、人格を尊重したケアとなるよう努めている。  
 ・理念に忠実なケアを実施するため、一人ひとりの独断でケアに従事することなく、上司に判断を仰ぎ、職員全員が同じケアを行えるよう徹底している。  
 ・毎月のカンファレンスは、全職員で全利用者1人ずつの前月取り組んだ評価と当月以降の課題を検討し、情報共有をするとともに1人ずつのケアの在り方を検討し、その結果をケアプランに反映させている。  
 ・冬季以外は週1回以上は皆で繰り出す外出支援をし、また個々の求めに応じた個別外出にも取り組んでいる。

## 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<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63  | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                            | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57  | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                            | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64  | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                            | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58  | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65  | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、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した表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66  | 職員は、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)                | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67  | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61  | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68  | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                            | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62  | 利用者は、その時々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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |     |                                                                     |                              |                                                                   |

# 自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

| 自己<br>外部   | 項目  | 自己評価                                                                                                                        | 外部評価                                                                                                 |                                                                                                                                |                                                    |
|------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|            |     | 実践状況                                                                                                                        | 実践状況                                                                                                 | 次のステップに向けて期待したい内容                                                                                                              |                                                    |
| Ⅰ.理念に基づく運営 |     |                                                                                                                             |                                                                                                      |                                                                                                                                |                                                    |
| 1          | (1) | ○理念の共有と実践<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                                                          | 「意思・人格の尊重」「家庭的な環境の下での日常生活」「地域住民との交流」を掲げて、職員がその理念を念頭に置き支援に努めている。月1回のカンファレンスで理念に基づいた支援が実践されているか確認している。 | 理念を深く理解し、一人ひとりの独断でケアを行うことなく、疑問が発生した場合は上司に確認を取りながら、共有したケアになるよう取り組んでいる。理念とあわせて、毎年目標を掲げて掲示している。                                   |                                                    |
| 2          | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                                                          | 小学生との交流、地域ボランティアの受け入れ、地元商店への買い物や床屋の利用等、積極的に地域との交流を図っている。地域への知名度もあがり、地域行事への参加や呼びかけに協力者が増えている。         | 町内会に所属しているので回覧板が届く。地域行事の案内もあり、祭り・除草など参加できるものには出かけている。小学生の訪問、中学生の「14歳の挑戦」の受け入れがある。                                              |                                                    |
| 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                                                        | 地域包括ケア会議で事業所の紹介、認知症地域交流・相談会、14歳の挑戦、専門学校生の受け入れ等で認知症の理解への普及や人材の育成に協力している。                              |                                                                                                                                |                                                    |
| 4          | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 各年度の事業、活動報告、利用者の現状報告、外部評価の意義、改善等を説明し、意見・評価・要望等を頂き、サービスの質の向上に努めている。役員の改選により、事業所へかかわる方が増えている。          | 2カ月毎に行政・地域包括支援センター・家族代表等の参加で開催している。利用者の様子、ボランティアの活動状況、課題など報告している。会議録は事務所にあり、職員の閲覧を義務化していない。運営推進会議の役員の交代に伴い、地域での事業所の認知度が高まっている。 | 会議録には、重要事項や些細な内容の中にも気づきがあるかもしれないので、全員が確認することが望まれる。 |
| 5          | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる                                               | 運営推進会議でグループホームだよりを配布し、事業の取り組みや活動内容を伝えている。また、困難な問題があれば、助言や指導を得ている。                                    | 運営推進会議の場で情報交換をしたり、グループホームだよりを送付している。例えば福祉バスの無料利用や人手手配の制度など提案をいただいている。町主催の認知症の利用者・家族対象の「オレンジカフェ」に参加することがある。                     |                                                    |
| 6          | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<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 | 日々の申し送りやカンファレンスの中で、身体拘束が及ぼす影響について話し合い、認識している。人権の尊重を重視し、安全に配慮しつつ利用者の思いに寄り添いながら、気分転換ができるよう支援している。      | 道路に面しているため、安全面に配慮して施錠している。身体拘束防止マニュアルはあるが、研修は行っていない。                                                                           | 身体拘束防止に関する研修や勉強会の機会を設け、継続して実施されることを期待したい。          |
| 7          |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止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                                     | 虐待について、全職員が共通の認識を持つようにしている。日々のケアをカンファレンス時に振り返り評価。虐待が起きないように取り組んでいる。                                  |                                                                                                                                |                                                    |

| 自己 | 外部  | 項 目                                                                                            | 自己評価                                                                                                 | 外部評価                                                                                                    |                   |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |     |                                                                                                | 実践状況                                                                                                 | 実践状況                                                                                                    | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 現在制度の利用はないが、今後家族の要望があれば、必要に応じて、支援できるように体制を整えていく。                                                     |                                                                                                         |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約時には、家族に機能低下によるリスクや重度化により入院、退所に至ることの説明は十分にし、理解を得ている。また、退所になる場合は、家族の相談に応じ不安の解消につなげるよう協力している。         |                                                                                                         |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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                     | 施設行事や面会時の会話で、家族の苦情や要望、意見を汲み取り、運営やケアに生かしている。また、介護相談員の訪問で利用者の声の反映に努めている。                               | 家族の来訪時にコミュニケーションを図っている。話の中で苦情と思われる発言は「苦情受付ノート」に記入し共有している。家族への連絡事項ボードや持ち帰り品棚を設置し、家族の来訪にすぐに対応できるようにしている。  |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 毎月のユニットごとのミーティングやカンファレンスで職員の要望、意見提案などを話し合う機会がある。また、日頃から職員の声に耳を傾け、運営に生かしている。必要時に即召集をかけ、早目の解決策を検討している。 | 毎月1回職員会議を開催している。前半はユニット合同のミーティング、後半は各ユニットに分かれてのカンファレンスを行っている。課題が発生した場合はこれに限らずすぐにミーティングを開催し、早期解決を心がけている。 |                   |
| 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      | 研修に参加しやすいように、勤務体制に配慮している。希望休を受け入れ、休日の希望にも応じている。                                                      |                                                                                                         |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 職員の経験や習熟度に応じて、順次県や関連機関への研修に参加している。研修報告書を全職員が閲覧することで、スキルアップに繋げている。                                    |                                                                                                         |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 地域包括ケア会議やグループホーム連絡協議会の研修に参加し、同業者との交流を通じ、サービス向上に努めている。                                                |                                                                                                         |                   |

| 自己<br>外部            | 項目  | 自己評価                                                                                 | 外部評価                                                                                             |                                                                                                                   |  |
|---------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                     |     | 実践状況                                                                                 | 実践状況                                                                                             | 次のステップに向けて期待したい内容                                                                                                 |  |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |                                                                                      |                                                                                                  |                                                                                                                   |  |
| 15                  |     | ○初期に築く本人との信頼関係<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 | 本人や家族から生活状況を聞き、希望に応じた生活が送れるようにしている。施設に入所されている方は、本人の状態や家族の意向などを把握し、落ち着いた生活ができるようにしている。            |                                                                                                                   |  |
| 16                  |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<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            | 家族の要望、不安、困難な状況等を把握し、どのような支援が必要か見極め、提供できるサービスを説明し理解を得ている。面会時には生活状況を伝えとともに、新たな要望を聞き、信頼関係の構築に努めている。 |                                                                                                                   |  |
| 17                  |     | ○初期対応の見極めと支援<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        | 本人や家族からの相談や要望、実情を聞き、どのような支援が必要か全職員で検討。心身両面のサービスに努めている。                                           |                                                                                                                   |  |
| 18                  |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 暮らしを共にすることで、本人の感情に寄り添い、ともに分かち合える様な雰囲気づくりに努めている。得意分野の役割を担うことで、生活に実感や満足感を抱いていただけるように努めている。         |                                                                                                                   |  |
| 19                  |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | お盆の墓参りや年末年始の帰省等で家族の協力を得ている。また、面会時は共に過ごせる空間を設け、絆を深められるよう配慮している。趣味・嗜好等等思いに沿えるよう努めている。              |                                                                                                                   |  |
| 20                  | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 主治医への受診、外食に出かけたり、愛犬に会いに出かけたりと、馴染みの関係が途切れないようにしている。外出の際は、住んでいた近所に立ち寄り、四季の風景に親しめるようにしている。          | 利用者は地元の方がほとんどであり、町の名所にドライブで出かけている。ファミリーレストランに出かけることもある。近所の知人が訪ねて来られる方もいる。職員が助けながら利用者の思いを本人が短冊にしたため、家族に渡したところ喜ばれた。 |  |
| 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                 | 個々の力量に応じた活動を通して、お互いの関係が良好になるよう働きかけている。日々の会話の中でも、お互いを労いあえるように努めている。テーブルの席の配置に配慮している。              |                                                                                                                   |  |

| 自己                                 | 外部   | 項 目                                                                                                    | 自己評価                                                                                               | 外部評価                                                                                                                                        |                   |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                    |      |                                                                                                        | 実践状況                                                                                               | 実践状況                                                                                                                                        | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                    | 契約が終了しても次の施設や医療機関を訪問し、本人の状態をみたり、家族の相談や悩みを聞いて支援できるような関係を築いている。                                      |                                                                                                                                             |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                             |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している                                           | 生活歴や日々の言動から思いや意向の把握に努めている。把握困難な場合は、家族より情報を得て、本人の意向に沿える暮らしができるように努めている。                             | 日々の関わりの中で、本人がやりたい事や望んでいる事を聞くように心がけ、利用者個々の思いや意向の把握に努めている。具体的に要望が出れば、その場で業務調整を図ったり、予定変更を検討するなどして、思いを実現する事を前提とした取り組みを行っている。                    |                   |
| 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                                       | 前入所施設からのサマリーや家族からこれまでの暮らしぶり、嗜好・趣味等の情報を得ている。入所前には面談したり、ケアマネジャーからも生活歴の情報を得るようにしている。                  |                                                                                                                                             |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている                                                     | 個別記録により、バイタルチェック、食事量、心身状況等を把握している。カンファレンス時には、個々の持っている能力や引き出せる能力を話し合い、把握に努めている。                     |                                                                                                                                             |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 毎日の申し送りやカンファレンスにおいて、課題や問題点を話し合い、プラン作成に生かしている。また、家族とプランについて話し合ったり、意向を聞いたりして信頼関係の構築に努めている。           | 介護計画は、毎月のカンファレンスで全利用者一人ずつの前月の評価と当月以降の課題を全職員で検討し、健康維持・促進を主体に本人・家族の意向も踏まえてケアマネジャーが作成している。半年毎の見直しだが、途中3ヶ月で中間評価をすることで、次計画がより現状に即したものになるようにしている。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個別の記録により、睡眠、排泄パターン、服薬状況等を記録したり、申し送り帳でも本人の状況を記すことで全職員が情報を共有している。カンファレンスにおいても、評価、再アセスメントをしプランに繋げている。 |                                                                                                                                             |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 本人や家族の状況を把握し、その時々生まれる要望に対し、全職員で話し合い対応している。(例:外出、理容希望、愛犬に会いに行く等)                                    |                                                                                                                                             |                   |

| 自己 | 外部   | 項 目                                                                                                                 | 自己評価                                                                                                | 外部評価                                                                                                                                                   |                                                                                 |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|    |      |                                                                                                                     | 実践状況                                                                                                | 実践状況                                                                                                                                                   | 次のステップに向けて期待したい内容                                                               |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 運営推進会議を通し、区長や地域住民の協力で豊かな暮らしができるよう支援している。また、社会福祉協議会登録のボランティアや、個人ボランティアの訪問を積極的に受け入れ、楽しく過ごせるようにしている。   |                                                                                                                                                        |                                                                                 |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                 | 入所前のかかりつけ医への受診を継続をする方は、情報を提供し支援している。本人・家族の要望に応じて、医療機関とは連携が取れるようにしている。また、近隣の医院より訪問診療を受けられるように支援している。 | 主治医は、入居前からの継続医か月2回往診のホーム医かを選択できる。ホーム医診療以外は家族付添いで、薬の残数や日頃の状態を伝え、受診後は薬種や内服方法等を確認している。遠方の医院に通院されている方もいる。家族が付添いできない場合は職員が付き添うこともあり、看護師職員を毎日配置し管理体制を充足している。 |                                                                                 |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 看護師は日頃から利用者の身体状況を把握し、家族と医療機関と連絡を密にし、服薬管理も行っている。また、介護職員の相談に応じたり、緊急時に指示を出したりして、利用者の健康管理に努めている。        |                                                                                                                                                        |                                                                                 |
| 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。 | 入院時には病院に介護サマリーで情報提供している。医療機関とは連絡を密に取り合い、早期に退院できるように支援している。また、退院後も安心して生活できるように情報の提供を受けている。           |                                                                                                                                                        |                                                                                 |
| 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  | 入所時に家族には、重度化した場合、医療機関や適切な介護施設に移行することを説明し了解を得ている。近くの病院より往診や緊急時の対応の指示を受けている。看取りについては検討中である。           | これまで看取り事例はなく医療設備も整っていないため、本人・家族へは、病院や福祉施設に移行していただく旨を説明し理解していただいているが、重度化となっても主治医の判断や施設でのケア継続に支障がなければ、引き続き可能な限り受け入れる姿勢である。                               |                                                                                 |
| 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                                              | 緊急時対応のマニュアルや連絡網は全職員に周知している。昼夜問わず看護師に連絡が可能で、相談・助言・指示を受けることができる。応急手当、心肺蘇生の講習は年1回実施計画している。             |                                                                                                                                                        |                                                                                 |
| 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                                              | 年2回避難訓練を実施している。消防署の立ち会いもあり、災害時にとるべき行動の指導を受けている。運営推進会議で、区長や地域の消防団の協力が得られるようお願いしている。                  | 年2回の避難訓練は消防署立ち会いのもと、駐車場への退避に利用者にも車いすを押していただいたり、避難済み居室は閉扉するなど、非常時の役割や段取り、消火器の使用法等を再確認している。緊急連絡網やライフラインリストも整え、飲料水や米・レトルト品等の備蓄品も、賞味期限付きのリスト化管理している。       | 備蓄品のほか、防災用品や生活必需品等の充足も望まれる。また、避難訓練にも地域住民の支援協力を得られるようにし、さらに地域密着を広め深められることを期待したい。 |

| 自己<br>外部                 | 項目   | 自己評価                                                                              | 外部評価                                                                                       |                                                                                                                                         |  |
|--------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                          |      | 実践状況                                                                              | 実践状況                                                                                       | 次のステップに向けて期待したい内容                                                                                                                       |  |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                   |                                                                                            |                                                                                                                                         |  |
| 36                       | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                    | 理念に掲げている「人格の尊重」を全職員が周知している。カンファレンス時に日頃のケアについて話し合い、見直す機会を設けている。接遇マニュアルに基づいた対応にとめている。        | 個々の症状、その日の体調に合わせて、否定をせずに傾聴を大事にしながら、以前されていた仕事や習慣、人柄に合わせた対話で、自尊心を損なわない対応となるよう努めている。また入浴や排泄介助においても、他の利用者の目にふれないケアを実践し羞恥心への配慮に努めている。        |  |
| 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                      | ホール以外にもくつろげるスペースを設け、個々にゆったりできる環境づくりに努め、利用者の声の実現に対応している。生活の場面においても自己決定できるように努めている。          |                                                                                                                                         |  |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | おおまかな1日の流れはあるが、1人1人の思いや体調に配慮している。1日の過ごし方も、希望・要望に応じられるように支援している。                            |                                                                                                                                         |  |
| 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                                   | 髭剃りや整髪を通して、気持ちよく1日の始まりが迎えられるように支援している。本人の要望にも沿えるように努めている。洗面台には、櫛や整髪料を置き、自由に利用できるようにになっている。 |                                                                                                                                         |  |
| 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      | 旬の食材や利用者の嗜好の要望に応え、食への楽しみに繋がるよう支援している。食材の下ごしらえや盛り付け、下膳等、できる方にはしてもらっている。                     | 献立は、栄養士が旬や利用者の嗜好も取り入れ作成している。食材は業者配達だが、生鮮物はスーパーへ利用者も一緒に買いに行くこともある。冬場には馴染みの鮮魚店から刺身も購入している。調理も、米とぎ・皮むき等を手伝ってもらう。外食や法人本部施設でのバーベキュー交流会などもある。 |  |
| 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           | 病気や体調にあった食事が摂れるように配慮している。水分も十分に摂れるようお茶タイムを設けたり、ポットをホールの定位置に置きいつでも飲めるようにしている。               |                                                                                                                                         |  |
| 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                    | 食事や健康面において、重要なケアであるということを認識し、毎食後1人1人に合った方法で口腔ケアを実施している。外出後もうがい・手洗いを励行している。                 |                                                                                                                                         |  |

| 自己 | 外部   | 項 目                                                                                                         | 自己評価                                                                                             | 外部評価                                                                                                                                               |                   |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |      |                                                                                                             | 実践状況                                                                                             | 実践状況                                                                                                                                               | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                              | 記録により個々の排泄パターンを把握し、気持ちよくトイレで排泄できるよう支援している。排泄状況も職員間で情報交換しながら自立に向けた対応をしている。                        | 排泄チェックは、回数とともに量や状態も管理し適切な見守りや誘導につなげ、夜間も、衛生面と安眠の両面から福祉用具や装備品、起こすタイミング等を考慮し、本人に合った支援をしている。紙パンツやパットの変更の際は様々な種類を試し、より快適な生活になるよう支援している。                 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                                              | 体操や腹部マッサージ等で自然に排便を促すようにしている。また、排便の状況に合わせて、果物や牛乳を提供している。便秘が続く場合は主治医の処方に対応している。                    |                                                                                                                                                    |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 体調や気分に合わせて入浴できるようにしている。入浴剤を日替わりにしたり、冬至にはゆずを入れ季節を感じてもらえるようにしている。入浴時間を大切なコミュニケーションの場と捉え支援している。     | 日曜を除く午前中に、週2回の入浴を目安に、その日の担当職員が3人の方を順に脱衣・入浴・着衣まで一貫して受け持っており、入浴剤や柚子湯等の工夫もある。入浴を嫌がる方は少ないが、その場合は順番や日を変えて勧めている。                                         |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                                               | 生活習慣や生活史を大切に、ゆったり、無理なく過ごせるよう支援している。夕食後は好みのDVDや歌番組などを流し、会話を楽しんだりと就寝まで穏やかに過ごし、良眠できるような環境づくりに努めている。 |                                                                                                                                                    |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                                          | 詳細については職員が周知している。変更時は個人ファイルや看護師の申し送りノートに記載し把握している。また、その都度看護師より助言・指導を受けている。                       |                                                                                                                                                    |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | どの方にも生活の中での役割や張り合い、責任を感じてもらえるよう支援している。生活歴から個々の趣味や、特技を見出し、生かせるよう努めている。                            |                                                                                                                                                    |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | ユニットごとの外出にとらわれず、合同で外出できる人、施設で過ごす人に別れ、職員も協力し合い、季節毎に合った外出を楽しめるよう努めている。                             | 冬季を除き週1回以上、行きつけの農協の店やファミリーレストラン等の外食、近隣の名所・観光地、花見・紅葉狩りなどへ、予めトイレ等のリサーチや外出向けの準備をして、皆で繰り出している。またホーム向いにある花屋や行きつけの理容院、日用品の買い出しなど、個々の求めに応じた個別外出にも取り組んでいる。 |                   |

| 自己 | 外部   | 項 目                                                                                                                              | 自己評価                                                                                              | 外部評価                                                                                                                                |                   |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |      |                                                                                                                                  | 実践状況                                                                                              | 実践状況                                                                                                                                | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                                                  | できる方には外出や外食時に支払いの支援をしている。近所の床屋での支払いも本人にしてもらこともある。                                                 |                                                                                                                                     |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                                                           | 希望の方には、家族や遠方の子供等に電話を掛けたり、取り次ぐ支援をしている。日頃の気持ちを短歌にして、家族に渡したりしている。                                    |                                                                                                                                     |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 天窓やホールの窓から心地よい風が入ってくる。ホーム内には四季の花を生けたり、季節を感じてもらえるようにしている。昔の歌謡曲のテープを流すなどして、ゆったりと心穏やかに過ごせる環境をつくっている。 | 木造建ての施設は、床暖房のリビングに吹き抜けの天窓があり、小上がりの畳間や廊下に長椅子もあり、過度な装飾もなく、大人が住む家として落ち着いた雰囲気がある。汚物処理も施設内に置かず、その都度、表のゴミ箱に廃棄処理をするなど、清潔で快適に過ごせる環境が保たれている。 |                   |
| 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                                                      | 一人になれる空間は限られているが、部屋に椅子を置いて対応。畳コーナーや廊下の長椅子では利用者が集い、話をしたり歌を唄ったりと、利用者の交流の場として活用している。                 |                                                                                                                                     |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                          | 入所時、家族には自宅に近い環境を整える事の重要性を説明し、慣れ親しんだ日用品を準備してもらっている。利用者の身体状況に合わせて家具を配置等し、安全面にも配慮している。               | 居室は全室床暖房で、クローゼットと新規入居者はベッドも備え付けになっている。家族写真やテレビなど持ち込みは自由で、小仏壇を置きお供えやお経をあげている方もいる。自分でモップがけをする方、毎夜、内鍵をかけて就寝されている方もいる。                  |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している                                             | 声のかけ方や関わり方を工夫し、利用者1人1人に合った支援を実践することで、自立支援に繋げている。また、職員間での情報交換をし、常に統一した支援が提供できるように努めている。            |                                                                                                                                     |                   |

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |                                                             |                                                                                    |                                                                                               |            |
|----------|------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題                                                | 目標                                                                                 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容                                                                            | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 6    | 身体拘束防止に関するマニュアルはあるが、禁止の対象となる具体的な行為を正しく理解し、身体拘束のケアに取り組んでいるか？ | 身体拘束廃止に取り組むことは、ケア全体の向上や生活環境の改善のきっかけになり、廃止していく過程で提起された様々な課題を受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいく。 | 身体拘束防止に関する研修や勉強会を具体的な事例をあげ、継続して実施していく。                                                        | 12ヶ月       |
| 2        | 35   | 防火訓練は、年2回繰り返し行っているが、自然災害に対する防災訓練については、もう一度見直しが必要ではないか。      | 種々の災害時に備え、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。避難訓練の実施及び検証を具体的にを行う。                         | 防災の種類(火事・風水害・地震等)によって対策に違いがでてくるため、種々の災害計画を具体的にたて、避難訓練の実施及び検証を行う。備蓄品や防災用品や生活必需品等の充足の確認を計画的に行う。 | 12ヶ月       |
| 3        |      |                                                             |                                                                                    |                                                                                               | ヶ月         |
| 4        |      |                                                             |                                                                                    |                                                                                               | ヶ月         |
| 5        |      |                                                             |                                                                                    |                                                                                               | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。