

# 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                            |            |            |
|---------|----------------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 1690900046                 |            |            |
| 法人名     | ユニバーサル株式会社                 |            |            |
| 事業所名    | ケアホーム小矢部あいの風(認知症対応型共同生活介護) |            |            |
| 所在地     | 富山県小矢部市茄子島226番地            |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年1月20日                 | 評価結果市町村受理日 | 平成29年3月22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 |  |
|----------|--|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                       |  |  |
|-------|---------------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 一般社団法人 富山県介護福祉士会                      |  |  |
| 所在地   | 939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年1月30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)】

『一人ひとりにとって最高のパートナーです』を理念に、利用者様にとってより良い生活を提供できるよう又、一人ひとりが思い思いに過ごして頂けるよう、職員の寄り添うケアに力を入れ、日々の暮らしの中で共に過ごし笑い同じ思いを共有できるように努めています。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

法人理念「一人ひとりにとって最高のパートナーです。」を掲げ、利用者はもちろん、事業所を中心に関わる全ての人に満足して頂ける、幸せを運ぶパートナーとなれるよう努めている。理念の実践のため、根幹となる職員の人材育成にも力を注ぎ、法人内研修の実施などを通して「最高の人づくりと最高の職場づくり」に努めている。  
開設から8年経つ事業所は、地域と顔が見える関係づくりを心掛けており、様々な活動を通して地域の一人となっている。さらに、ご利用者が終の棲家として、地域での暮らしが継続できるように、今後、事業所での看取りを検討していく予定や新たな事業所の開設などの取り組みが行われている。

## 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<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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、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<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                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |  |
|--------------------|-----|---|---|---|--|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| <b>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  | あいの風全体の理念を各フロアや事務所に掲示し共有を心掛けている。  | 理念「一人ひとりにとって最高のパートナーです。」は、フロアや事務所に掲示し来訪者や職員など誰もが確認できるようにし、さらに、利用者一人ひとりの個人ファイルにも理念を挟みこみ職員間の意識強化を図り、理念に基づいたサービス提供に努めている。                  |  |
| 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  | 近所の方との交流を通し、地域の一員とされるよう心掛けている(挨拶や野菜等頂いている)又、あいの風の納涼祭では近所の方々に来所して頂けるよう回覧にて呼びかけている。 | 事業所は、地域住民とは顔の見える関係づくりを目指しており、日常的にも挨拶や一言話しをするなど心掛け地域の一員とされるよう努めている。来年度には事業所を増設する予定であるが、説明会を開催し地域の方々に理解を得ており、地域の中の認知症ケアの拠点となっている。         |  |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 認知症相談窓口になっており、随時相談や見学にも応じている。   |   |  |
| 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                                     | 2か月に1回運営推進会議を行い、地域の方や家族へ行事予定等の報告をし意見を伺いサービス向上に努めている。                              | 2ヶ月に1回(奇数月、19時から)開催している。家族代表、市の健康福祉課、町内会長、事業所側の出席のもと、事業活動報告、意見交換を行い、そこから出た意見をサービスの向上に活かしている。  | 運営推進会議の結果について、家族全員や地域の方にも会議議事録などを開示し事業所の実情を知っていただくことで、新たな意見の表出や、事業所への理解を深め連携強化につながることに期待したい。 |
| 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   | 健康福祉課との連携を図っている(運営推進会議への参加・連絡し関係性を築いている)又、研修会に参加し情報を得ている。                         | 市の健康福祉課とは運営推進会議を通して事業所の実状を知っていただいております。困難事例や家族への対応、在宅、医療との連携についてなど、いつでも相談助言を得られる関係が築かれています。市主催の研修会にも積極的に参加しています。                        |  |
| 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 | 玄関の施錠時間が決められているが(夜間の20時～朝6時)家族より連絡があれば面会して頂いている。又、身体拘束を行わないようにケアに取り組んでいる。         | 身体拘束をしないケアについて法人内や事業所で研修会を開催し職員間で学びを深め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。家族が希望している場合であっても、家族に身体拘束によって本人が受ける身体的あるいは精神的弊害について説明をし、身体拘束をしないことに理解をいただいている。 |  |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている                                      | 日々のケアに取り組む中で精神的、肉体的虐待に繋がらないようにミーティングや職員間で注意している。                                  |   |  |

| 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 |
| 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    | 必要な方に活用できるよう、研修等で学んでいる。  |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<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                         | 契約の際に説明しており不安や疑問点を聞いている。又、改定の際も家族様へ説明し納得して頂けるよう努めている。                |   |                   |
| 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                     | 玄関に意見箱を設置し、苦情担当者も説明している。又、家族様の面会時にはコミュニケーションを図り意見や要望を伺い解決できるよう努めている。 | 利用者やご家族からの意見・要望については、職員やホーム長が積極的に聞くよう努めたり、場面づくりをしている。また、出された意見や要望は、ホーム長が中心となって話しあい、それらをサービスに反映している。 |                   |
| 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                                      | 年1回ヒヤリングを行っている。又、ミーティングや個別に意見や思いを聞く場を設け、反映できるよう努めている。                | 毎月1回のフロアミーティング時に各ユニットリーダーから意見を吸い上げ、ホーム長会議や全体会議につなげている。また、ホーム長は、年1回職員と個別面談をして、要望や意見を聞きサービスに活かしている。   |                   |
| 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      | 年2回人事考査を行い職員の実績や勤務状況の把握に努めている。又、向上心が持てるよう個々に話し合いをしている。               |   |                   |
| 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         | 法人主催の初任者研修や実践者研修への受講を促しスキルアップできるよう努めている。市や外部への研修も能力に合わせ勧めている。        |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 年2回同種の事業者が集まる連絡調整会に参加し情報収集に努めている。                                    |   |                   |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----------------------------|-----|--|--|---|-------------------|
|                            |     |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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 | 利用前には必ず本人に会い、心身の状態の確認や意見・要望を聞いている。又、利用開始後は家族さんとの会話や生活する中で本人さんの困った事や不安な事を聞けるよう、関係作りに努めている。      |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、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            | 本人や家族の要望や状況、これまでの経緯を聞き、どのように支援ができるか、提案を示し関係を築けるよう努めている。  |   |                   |
| 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        | 本人や家族と話し合いを行い、要望や不安等の把握に努めている。計画作成担当者も同席しているので、他のサービス検討など必要な支援を見極めるよう努めている。                    |   |                   |
| 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                        | 一緒に生活することで調理や洗い物等の手伝いを通し、一人ひとりに合った活躍の場を設け、互いに協力しながら生活している。                                     |   |                   |
| 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         | 面会時や定期的に連絡を取り合い本人の状態を伝えている。家族との外出・外泊や交流をして頂き、ともに利用者を支えていけるよう努めている。又、急変時にすぐに連絡が取れるように関係性を築いている。 |   |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 家族との連携を図りながら家への外出や外泊、又職員と近所への買い物や行事に出かけたりと馴染みの場や人との関係を継続できるよう努めている。                            | 家族の協力を得て、外泊や外出、行きつけの美容院へ出掛けたり、職員と出身地区の公民館へお茶会に参加するなど馴染みの人や場所との関係が途切れないように努めている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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                 | 仲の良い関係が個々に作られていく中で、孤立しがちな利用者には、職員がさりげなく間に入り一緒にレクリエーションやドライブ・散歩等し、良い関係を築けるよう支援している。             |   |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |  |
|------------------------------------|------|--|--|--|--|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| 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                    | 入院により契約が終了しても本人の身体状況を確認し、地域連携室と連絡を取り合い、本人や家族の希望があれば再入居の相談に乗っている。                   |  |  |
| <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   | 一人ひとりの思いや希望を把握できるように、日々の会話や表情を記録に残している。また、ミーティングや申し送り時に、ご本人の思いや要望に沿える様、話し合い周知している。 | 一人ひとりの思いを職員全員が関心を払い日々の関わりの中から聞き取っている。聞き取った内容は記録に残し共有している。それらの記録が職員にとって利用者の思いや意向を把握しやすいように記録の様式の見直しをしている。 |  |
| 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                                       | 入所前に本人と家族にこれまでの生活歴や暮らし方、生活環境を聞き情報収集に努めている。   |  |  |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 日々の記録より一人ひとりの心身の状態や生活の様子を把握するように努めている。また、ミーティングにて何か変化があれば話し合い周知している。               |  |  |
| 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 | 職員間で各利用者様の課題、適切なケアなどについて話し合いを持ち、ケアプランに反映させている。<br>□                                | 職員は、ケアプランに沿った適切な介護を実践するためにケアプランを日々の介護記録簿に挟み、情報を共有しながらサービス提供を行っている。また、チームでケアの在り方等について話し合い、介護計画の見直しを行っている。 | 今後、ケアプランの作成を担当制にする予定とのことであり、家族も含めチームで作るより良い介護計画への取り組みに期待したい。 |
| 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                        | 個別記録を記入し、職員間で気づき等の情報共有に努めている。又、ミーティング等にて話し合った内容をケアプランに反映している。                      |  |  |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 医療連携体制をとり、日々の健康管理に努めている。状況に応じて本人や家族と話し合い、受診等対応している。                                |  |  |

| 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   |
| 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                                      | 事業所の行事には、地域のボランティアの方を招いたり地域の学校の就業体験や地域との交流を図りながら、共に暮らしていける関係性を築いていけるよう努めている。      |  |   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 入居する際に、かかりつけ医の変更の有無を確認し希望に沿っている。連携医とは往診前に情報提供書を送り、その他かかりつけ医とは、必要時に書面にて状態報告を行っている。 | 本人、家族の希望するかかりつけ医となっており、個々のかかりつけ医での受診継続を支援している。また、適切な医療が受けられるよう、書面での情報提供や、必要時には事業所の看護師が受診同行し日頃の様子を伝えている。協力医とは連携を密にし、往診や送迎、薬も届けてもらえるなど、良好な関係が築かれている。 |   |
| 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                          | 小さな気づきでもお互いに意見交換し情報を共有し、必要ならば看護師より指示をしている。また、申し送りや介護記録に記入し職員が把握できるよう努めている。        |  |   |
| 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。 | 看護・介護サマリーを通して病院へ情報提供を行い、適宜地域連携室と連絡を取っている。   |  |   |
| 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  | 契約時に重度化した場合の対応方針を説明している。又、本人・家族の希望を聞きながら事業所で出来る支援を行うよう努めている。                      | 利用契約時に、本人や家族に看取りについて事業所ができることとできないことを説明し、了解を得ている。重度化した場合には話し合いを持ち本人および家族の希望に沿ったサービス提供に努めている。現在看取りは行っていないが、今後、看取りに向けた体制を整えて行く予定である。                 |   |
| 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  | 緊急対応マニュアルを整備し、緊急時の対応をスムーズに行えるよう、ミーティング等にて話し合いを行っている。                              |  |   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 年2回の避難訓練を行っており、運営推進会議にて報告し地域の方々にも協力をお願いしている。                                      | 年2回、避難訓練(火災)を行っている。運営推進会議や回覧板でも報告し、地域の方にも協力をお願いしている。また、今年は、事業所から地域の防災訓練へ参加し地域の避難場所や避難経路などを確認するなど、非常災害時の支援体制の整備に取り組む予定である。                          | 今後も運営推進会議等で、町内会や地元消防団に災害時の応援要請や訓練への参加依頼を呼び掛け、更に実践的な協力体制を築く取り組みに期待したい。 |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>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                   | 新人研修やミーティングにてプライバシーの尊重やコミュニケーション技術について話し合いを行っている。又、日々のケアの中でも職員間で気を付けるよう配慮している。 | 尊厳やプライバシー、接遇について法人内研修を行い、理解を深めている。日常での言葉遣いをはじめ、本人のそばで話しかけるなど接し方に留意し、馴れ親しんだ関係から粗雑な対応にならないよう職員間でも注意し合いながら、一人一人の尊厳を守るケアの実践に努めている。 |                   |
| 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                     | 日常の生活において本人の訴えに耳を傾け、その時の周りの状況と本人の思いを伺い希望を引き出すように努めている。                         |  |                   |
| 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、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 一人ひとりのペースに合わせ日々、本人にとって無理のない過ごし方をしている。  |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 起床や入浴後等、自分で髪を整えて頂いたり、洗顔等して頂いている。行為の際も本人の意向を聞くよう支援している。                         |  |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食事の下準備や盛り付け・後片付け等、一緒に行っている。又、季節に合わせた料理を提供したり、一緒に食事をし会話を交えながら楽しく食事ができるよう努めている。  | 食材の調達は業者に依頼している。下ごしらえや後かたづけなどは利用者と職員で行い、会話をしながら一緒に食事を楽しんでいる。四季に応じて特別食を提供し季節を味わったり、誕生日には個々の好きなもので準備するなど、食を楽しめる工夫をしている。          |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 栄養バランスを考え作成された献立に基づき調理している。個々の方の食事と水分摂取量を毎食後、記入している。摂取量の少ない方には補助食を提供し栄養補助している。 |  |                   |
| 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、口腔状態に合わせた歯磨き、口腔ケアを実施している。できるところはなるべくして頂き、必要に応じて介助も行っている。                   |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                              | 夜間、一部の必要とされるかたのみオムツを使用しているが、それ以外の方は夜間もトイレ介助、トイレ誘導を行っている。個々の排泄パターンに応じ、自立支援を行っている。                      | 個々の排泄パターンを把握し、時間ごとの誘導や声掛けを行い、トイレ誘導を行っている。職員はトイレでの排泄が本人の自尊心と自信につながることを理解し、本人の仕草や行動を見極め少しでも失禁回数を減らすよう努めたり、夜間でもトイレでの排泄を支援している。 |                   |
| 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  | 水分摂取量を記録し、把握している。また、便秘がちな方には乳製品や個々に応じた対策をとっている。体操、散歩など運動を促している。                                       |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 最低週2回を目安に入浴して頂いている。入浴の際は身体状況の確認や体調・希望に合わせてゆったりと入浴できるように努めている。   | 最低週2回の入浴を原則に、個々の身体状況や希望に応じて、いつでも入浴できるよう柔軟に対応している。しょうぶ、ゆず湯など季節風呂を提供したり、入浴剤を利用し香りや色を演出するなど、入浴の時間や空間を楽しんでいただけるよう工夫している。        |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 個々のペースや体調に合わせ、職員が声掛けし好きな時に居室で休息して頂いている。日中の活動を通し安眠に繋がるようレクリエーション活動や手洗い・体操をし、又居室の温度設定等配慮しています。          |   |                   |
| 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  | 服薬される際は名前・日付の確認をし服用して頂いています。服用の際の気を付けること等職員がわかるよう掲示させて頂いています。又、ムセがみられる方には水分にトロミをつけ飲み込みやすくなるよう配慮しています。 |   |                   |
| 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                             | 本人、家族より、生活歴や趣味など伺い、個々に応じた作業、趣味活動を楽しみながら過ごして頂いている。   |   |                   |
| 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 | 自宅や普段いけないような場所は、ご家族に協力を仰ぎ、行って頂いている。また施設でも、協力医への受診時の付添い、散歩、ドライブなど支援している。                               | 家族の協力を得て、本人の希望する場所に行ったり、自宅へ外泊するなど、外出の機会を通して家族との交流がある。また、事業所でも季節ごとにドライブに出掛け花見などの楽しみを支援している。日常的にも近隣を散歩するなど気軽な気分転換を図っている。      |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 個々のおこずかい金をお預かりし、外出時に希望の物を購入していただいたり、個人持ちの日用品購入に充てている。一緒に買いに行けない場合は希望の物を代わりに購入している。 |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 制限せず、手紙や電話のやり取りをして頂いている。手紙を出してほしいと言われたらポストに入れる支援をしている。                             |  |                   |
| 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 | 各フロアの台所で毎食調理をして、生活感を出している。季節感が感じられるよう、季節に応じた花や掲示物を飾っている。ソファやウッドデッキでも寛いで頂けるようにしている。 | リビングにある食事するテーブルは、利用者の状態を考慮し席が決めてあり、ゆっくりと食事や会話が楽しめるよう配慮している。また、季節に応じた掲示物や利用者の作品は、利用者の目線に合わせた配置にしてあるなど、細かな配慮が見られた。 |                   |
| 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  | 気の合う方同士の交流を大事にできるよう、席の配置など配慮している。好きな時に居室や、自席以外のところで寛げるようにしている。                     |  |                   |
| 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  | 収納や家具、お気に入りの品は個人で自由に持ち込んで頂き、馴染みの物を傍に置き居心地良く過ごして頂いている。                              | 家族と相談しながら、本人が使い慣れた家具やテレビ、思い出の品などを持ち込んでいただき、本人が安心して居心地よく過ごせるよう工夫している。   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | バリアフリーになっている。居室内、フロア内に手すりを設置し、見守りのもと、安全かつ出来るだけ自立して移動できるようにしている。                    |  |                   |

(別紙4(2))

事業所名 ケアホーム小矢部あいの風GH

作成日: 平成 29年 3月 1日

## 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        | 4    | 運営推進会議の議事録を家族様に開示し、事業所の実情を知って頂くとともに、新たな意見や理解を深めていく。 | 運営推進会議を開催した際には、家族様に議事録の開示をするよう努める。                     | 議事録を同封し開示する。又、家族様来所の際には説明をし、新たな意見・事業所への理解を深めていく。              | 12ヶ月       |
| 2        | 26   | ケアプランの作成を行っているが、チームにて作成していけるように介護計画の見直し。            | チームケアにて行っていけるように、日々の関りを通しケアプランに反映し、より良い生活を送って頂けるよう努める。 | 職員一人一人が利用者様のモニタリングや担当者会議の計画をし、皆さんで意見を出しながらケアプランの作成を行っていく。     | 12ヶ月       |
| 3        | 35   | 地域の防災訓練へ参加できていない為、地域の避難経路等の把握が出来ていない。               | 地域の方々にも訓練時等の応援体制を築いていけるよう取り組んでいく。                      | 地域の防災訓練への参加をし、運営推進会議にて防災訓練への参加依頼を呼びかけ、実践的な協力体制を築いていけるよう努めていく。 | 12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、行を挿入して下さい。