

### 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   | 129060038         |            |           |
| 法人名     | 医療法人社団 明生会        |            |           |
| 事業所名    | グループホーム 明生苑       |            |           |
| 所在地     | 千葉県千葉市美浜区高浜1-11-4 |            |           |
| 自己評価作成日 | 2019年1月24日        | 評価結果市町村受理日 | 平成31年4月9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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所 |
| 所在地   | 千葉県千葉市稲毛区園生1107-7        |
| 訪問調査日 | 平成31年2月20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)】**

当ホームは、家庭により近い環境の中、入居者・ご家族の個々の想いを大切に、「相手の気持ちに寄り添う介護」を理念に掲げています。本人・ご家族の意向のもと、「出来る事」を大切に、料理や掃除など個々の能力に応じた介護や、季節感や地域性を感じられる行事に力を入れています。いちご狩りやブドウ狩り、回転ずしなどの外出行事、塗り絵・手芸・読書といった趣味活動、レクリエーションや体操や散歩など、入居者同士の交流や楽しみの機会を多く作っています。又、地域との関わりも大切にしており、地元自治会のお祭り参加や・認知症カフェの開催など、ボランティアさんにもご協力頂きながら交流を図っています。医療面は、母体が医療法人の為、協力病院や専門病院への受診、認知症主治医への相談、医療連携看護師による訪問や24時間オンコール対応など急変時対応も行っていきます。

**【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)】**

「相手の気持ちに寄り添う介護」は開設前に職員が話し合って生まれた理念であり、職員は理念を共有して実践につなげている。毎月の会議では理念を読み上げて確認し、日々利用者に寄り添って不安な思いや寂しさに耳を傾けながら、安心して過ごすことができるよう取り組んでいる。また、ホームでは地域との関わりを大切にしており、開設前から地域の社会資源などの情報を把握し、計画的に地域との交流に取り組んでいる。自治会にも働きかけ、祭りや清掃活動などに積極的に参加している。社会福祉協議会とも連携してボランティアの協力を得ながら、認知症カフェを開催するなどさまざまな取り組みを通して地域との交流を深めている。

**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くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています<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拡がったり深まり、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. 全くない            |
| 59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○ 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |  |   |

自己評価および外部評価結果

| 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                            | 「相手の気持ちに寄り添う介護」という、入居者、家族にもわかりやすい理念を掲げ、施設内に掲示している。常に目に触れる事で、職員が意識して実践+D6:F88できるようにしている。                                    | 開設に向け職員で話し合い「寄り添いながら利用者の想いを大切に」という理念が生まれた。毎月の職員会議では理念を読み上げ確認している。日々の関わりの中で利用者の声に耳を傾けながら、利用者の気持ちに寄り添う支援に取り組んでいる。                       |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                            | 美浜区社協と協力しあい、計画的にボランティアを受け入れ認知症カフェや清掃・制作物作りなど行っている。又、自治会のお祭りなどの行事にも参加し、地域住民とのふれあいや交流を行っている。日常生活面では近隣散歩や地元スーパーへの買い物等も実施している。 | 開設前に、社会福祉協議会の協力を得て地域の社会資源の情報を把握し、計画的に地域との交流に取り組んでいる。自治会のお祭りへの参加や認知症カフェの開催、清掃活動などを通して交流を深めている。   |                   |
| 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                          | 電話で相談を受ける事も多く、必要なサービスに繋がるよう地域包括等とも連携し対応している。又、施設見学も自由に行っており、その都度介護保険の説明や事業所機能の説明など行っている。                                   |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている       | 地域包括支援センター、民生委員、自治会会長、利用者、ご家族、知見者、法人代表が出席し、日頃の取り組みについて写真を交えて報告している。参加者からの意見・要望をもとに改善や工夫をしサービス向上に取り組んでいる。                   | 運営推進会議には地域包括支援センター、民生委員、自治会長、利用者家族などが参加しており、ホームの活動状況、ヒヤリハット事例、職員の研修状況などの報告をしている。参加者からの要望や意見などについては必ずフィードバックしており、サービスの向上に活かすよう取り組んでいる。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる                  | 市町村とは、開設準備の際からご協力を頂いているが、実地指導の際にも日ごろの取り組みなど報告し、職員の研修や行事など大変よく取り組まれているとの評価も受けている。又、事故報告なども市町村へ報告し説明を行っている                   | 開設準備の段階から市の担当者と連絡を取って地域の情報を得るなど、協力関係構築に取り組んでいる。運営推進会議には地域包括支援センターからの参加があり、また、ホームで開いている認知症カフェには市の生活支援コーディネーターも来訪して交流を図っている。            |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介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 | 身体拘束廃止リスクマネジメント委員会を中心に、委員会の開催を定期的に行い、全職員に対し「身体拘束廃止に関する指針」に基づいたケアを行い、勉強会や身体拘束確認表を繰り返し行う事で拘束のないケアの徹底に努めている。                  | 3か月に1度身体拘束廃止委員会を開催している。委員会では「身体拘束廃止に関する指針」を読み合わせ、確認している。研修への参加やチェックシートを用いた振り返りなど、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。                               |                   |

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

| 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 |
| 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        | 高齢者権利擁護・身体拘束廃止推進研修を施設職員が受講できるよう計画し、職員に外部研修に参加して頂き、内部研修でフォローしている。年に2回は職員との個別面談を適宜実施し、ケアにおけるストレスやプライベートでの問題等を聞き、軽減できるよう助言や対応に努めている。  |   |                   |
| 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    | 高齢者権利擁護の外部研修に職員を計画的に参加させている。実際に任意成年後見制度を利用している入居者もいる為、そのしくみ等についてもケース会議などで説明を行っている。   |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | 入居契約前に何度か本人・家族との面接や話し合いの場を設け、不安や疑問な点、受けられるサービス内容等について十分説明を行い納得頂いた上で契約している。契約後も、介護報酬改定等変更があった場合には重要事項変更点を説明の上、同意書を頂いている。            |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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                     | 入居者とは寛げるよう居室で1対1で話す機会を設け、意見・要望・不安等を傾聴している。ご家族とは、面会時や受診後の報告の際に、都度家族の意見や意向等を伺っている。又、ケアプランの評価時期には、必ず本人やご家族へ要望や意向を確認しケアプラン上に記載し実践している。 | 利用者とは居室など落ち着いた環境で、コミュニケーションを取るよう心がけ、意見を引き出している。家族とは来訪時やケアプラン更新時に、要望や意向などを聞き取っており、運営に反映するよう努めている。                      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 業務改善会議を定期的開催し、職員からの意見や要望などをまとめ、代表者に稟議を含め上程報告しながら改善を図っている。職員からの活発な意見や提案もあり、物品の購入や施設の修繕、入居者に対するケア全般に反映されている。                         | 業務改善委員会を開催して、職員からの要望や意見などを聞き取り、改善を図っている。会議では施設内の不備や購入してほしい物品など活発な意見、提案がある。職員間のコミュニケーションは良好で、会議においても職員は積極的に意見交換を行っている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 人事評価制度が整備されており、客観的な評価基準のもと評価が行われている。年2回、自己評価が実施され、個々に努力した事や施設の貢献度をアピールする機会が設けられており、上司、施設長からの評価もフィードバックされ、評価は給与にも反映されるシステムが構築されている。 |   |                   |
| 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         | 個々の能力、経験に見合った研修計画を立て、受講について費用や勤務調整等法人のバックアップが得られている。資格取得のためのフォローやケア向上のための勉強会も施設内で開催され職員の資質向上に努めている。                                |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 地域包括支援センター主催の地域ケア会議やちば地域密着ケア会議に加入し、地域の他事業所との交流や情報交換・共有・連携を図り、ケアに活かしている。認知症カフェの際に、千葉市生活支援コーディネータにもご来苑頂き交流を図っている。                    |   |                   |

【評価機関】

| 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 | 入居前に必ず、本人・家族と面接を実施し現状の把握に努めるとともに、入居に対する不安・要望・意向等の聞き取りを行っている。入居前に、必ず自宅・施設・病院等へ出向き施設での生活や金額、医療の情報や内容を伝え、施設見学をして頂くことで入居に対する安心に繋げている。  |   |                   |
| 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            | 入居にあたっては、本人・家族に大きな不安がある為、1つ1つ丁寧に聞き取りを行い、解決策や可能な対応を提示し、安心して入居して頂けるよう努めている。特に入居後のお金や受診や入院・ターミナル・退去後の対応など説明している。                      |   |                   |
| 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・家族からの聞き取りの他、担当ケアマネや医療機関からの情報等を基に、現状を把握し必要な支援の提供に努めている。医療ニーズについては協力病院はもとより医療連携看護師・精神科医療機関との連携を密に対応している。                          |   |                   |
| 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                        | 個々の持っている能力や意欲を大切に、できる事、したい事を継続していけるよう入居者同士が協力し合いながら対応している。家事や洗濯物の他、おやつ作り、テレビ体操・歌唱、制作などの趣味活動、外出、レクリエーション、リハビリ等、尊重し職員・利用者と共に取り組んでいる。 |   |                   |
| 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、外出、外泊等、家族と過ごす時間を持つよう家族に働きかけその為の支援も行っている。又、夏祭り・クリスマス会・外出行事など家族参加の機会も設けている。又、ターミナルの方に関しては、医療機関とも連携をはかりながら、状態の把握や、情報の共有に努めている。     |   |                   |
| 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                     | 馴染みの店への買物、友人や親せきとの面会、地域の祭りへの参加、近所の公園への散歩、馴染みの店での家族との外食など、家族の協力も得ながら継続的な支援に努めている。   | 地域で生活していた利用者が多く、馴染みの店に買い物に行ったり、お正月には昔から行っていた神社へ初詣に出かけている。近隣に住む仕事仲間だった知人が面会に来ることもあり、馴染みの人や場所との関係が継続できるように支援している。 |                   |
| 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                 | 気の合う利用者同士が交流を持ちやすいよう席に配慮したり寛げる場所を提供している。多くの人に参加できるレクリエーションの実施や、隣のユニットや1階併設の小規模多機能と共同での行事など交流を楽しんで頂いている。                            |   |                   |

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

| 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                    | 入居後、疾病の悪化の為、入院し他界(死去)された方が1名おり、退所後もご家族と連絡を取り合い、本人の妻が老健施設より当ホームへ入居希望の意向がご家族側よりありフォローした。亡くなった方については写真のデータを提供したり家族へのグリーフケアも行っている。 |   |                   |  |
| <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   | 本人の思いや暮らし方は、日々確認しケアプラン上でもケア項目に掲げて実践している。意思確認が困難な方は、ご家族より情報や意向を確認し進めている。又、毎月のケース会議にて個々の職員へ聞きとりケア内容に反映している。                      | ホームでの生活が楽しいものになるように、個性を尊重した接し方や言葉のかけ方を心がけている。一人ひとりの想いに寄り添い、個別に接するためにケアプランに反映させて支援している。                        |                   |  |
| 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                                       | 本人・ご家族からの聞き取りの他、親類・友人・入居前の施設や在宅のケアマネ・主治医などからできるだけ多くの情報を集めケアに反映させている。サービス利用の過程も聞き取るが、介護保険認定調査の資料も参考にしている。                       |   |                   |  |
| 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   | 日々の申し送りの中で、些細な気付きであっても報告し合い心身状態の変化を見逃さないよう努めている。本人の意向、潜在能力、ストレンクス等についても会議や日誌等で申し送りし、情報を共有しながら、できる事に着目して活気ある生活の支援に力を注いでいる。      |   |                   |  |
| 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 | 本人の意向や希望についての聞き取りや、家族、現場職員からの聞き取りの他、医療連携看護師、主治医から助言を頂くなどして介護計画の作成にあたっている。毎月の実践状況や結果をケース会議で評価し、見直し等も行っている。                      | 月1回のケース会議にほとんどの職員が参加し、モニタリングをしている。短期目標終了時にも家族の意見を把握し、看護師、担当医とも情報を共有しながら、ケアプランを更新している。ケアプランは直接家族に説明をして同意を得ている。 |                   |  |
| 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                        | 個人記録・業務日誌・申し送りノート等に記載し、必ず目を通す事を義務付けている。朝礼・日勤帯申し送り・夜間帯申し送りで口頭でも伝え情報共有に努めている。月1回のケース会議では実践した事を報告しケアの振り返りや見直しを行い介護計画作成に活かしている。    |   |                   |  |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | グループホームへ入所しても、1階の小規模多機能へ遊びにいたりお茶をしたり食事と一緒にしたりなど臨機応変に対応している。ご家族と一緒に外出や外泊時は、車いすの貸し出しや利用者の送迎などもお手伝いしている。                          |   |                   |  |

【評価機関】

| 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                                      | 地域のボランティアさんとの交流、地域のお祭りへの参加、馴染みの店への買物、認知症カフェの参加など地域の方々の協力のもと楽しく暮らせるよう支援している。地域の社会資源マップなども活用し楽しく生活が出来るように支援している。  |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 本人・家族の意向を尊重しながら定期的に受診し主治医への状態報告や、指導・助言を受けながら対応している。協力病院意外にも疾患に合わせた専門医や認知症専門医への受診なども行っている。又、夜間や日曜祭日の緊急時の受診などもご家族と相談し施設側で対応している。                              | 利用者全員が、入居時に24時間オンコールの医療連携看護師と契約をしている。利用者はそれぞれのかかりつけ医に受審しており、受診時は事業所が全て対応している。急変時等は家族に同席してもらうこともあり、医師からの情報を共有するようにしている。個別に訪問歯科を利用している利用者もいる。                                       |                   |
| 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                          | 週1回以上、医療連携看護師の訪問があり、入居者全員の状態を職員が報告し適切に受診の指示や対応をして頂いている。又、訪問時以外にも随時24時間オンコール対応が出来る体制をとっており相談や指示を仰いでいる。職員はもとより本人・家族にも安心して頂いている。                               |   |                   |
| 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。 | 基本、病院の受診は施設側で行っている為、入院が必要な場合は、ご家族への説明すると共に病院側へは、介護サマリー等の必要な情報を提供している。入院後についても主治医やMSW、看護師から状態確認を行いご家族へも都度報告している。退院時は、主治医からの留意事項や指示事項を確認し、施設職員に伝えている。         |   |                   |
| 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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居契約の段階で、「重度化した場合の対応に係る指針」を示し説明を行うとともに家族のご意向を確認している。終末期の在り方については適切な時期に、主治医・本人・ご家族・施設とで話し合い(サービス担当者会議等)を開催し、今後の方針含め、ケアプランの見直しや医療面での確認・同意など、ご家族の協力も得ながら進めている。 | 「重度化した場合の対応に関わる指針」を文書化し、契約時に説明して、同意を得ている。職員は施設での看取り支援に向けて外部研修に参加している。終末期については、医師、本人、家族、施設で話し合い方針を決めている。重度化し食事を摂ることが難しい利用者にも、職員間で何が食べられるのか何が飲めるのか意見を出し合い、一日一日を大切に過ごしてもらえよう支援をしている。 |                   |
| 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  | 新入職研修において、応急手当・心肺蘇生・緊急時の対応方法等の講義を受ける。施設内においても、緊急時の対応マニュアルの整備や、医療連携看護師への連絡、救急車搬送の際の緊急時ファイルの整備など行っており、職員会議などで周知徹底している。  |   |                   |

【評価機関】

| 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   |  |
| 35                               | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている           | 避難訓練を概ね年2回実施している。消防署の方々に来て頂き利用者や施設内の状況を把握し災害時の応援体制の確認を行っている。災害対策は、運営推進会議も議題に上程されており自治会長からも災害の際はお互いが協力しあうことで支援の同意を頂いている。                              | 消防署立ち合いの火災想定訓練を利用者も一緒に年2回実施している。初期消火訓練も行い、ヘルメット、懐中電灯、4日分の食料を備蓄している。火を出さない取り組みとして、「自主検査チェック表」で毎日確認し、避難経路の障害物チェックをしている。                | 運営推進会議の議題にあげて話し合いを行い、地域の協力関係を口頭でもらっているが、文書化しておいてもよいと思われる。また、職員全員が参加できるよう工夫すること、夜間想定訓練の実施が期待される。 |  |
| <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                   | 権利擁護の外部研修に参加した職員が学んだ事を施設内で報告し職員に周知している。特に、スピーチロックなどに注意し、言葉かけなどは適切な言葉かけについて繰り返し学び、日頃の対応や、プライバシー保護について振り返るとともに適切なケアの実践に努めている。                          | 管理者は排泄時、入浴時の支援の仕方について、職員に「自分だったらどうですか?」と問いかけている。そのため職員は自ら考えて支援できるようになってきている。一人ひとりの不安を除き、ここでの生活が楽しいものになるように接し方、言葉のかけ方に注意しながら取り組んでいる。  |   |  |
| 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                     | 自宅で過ごすのと同じように、その方のペースに合わせて好みの場所や時間を有効に使いお茶や余暇を楽しむといった生活が送れるよう支援している。入居者の希望を個別に傾聴し、洋服の購入や食料品の買い物、外食など家族の協力も得ながら対応している。又、本人の意思を尊重し本人の自己決定を優先して進めている。   |  |   |  |
| 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 | 決まった日課を定めておらず、入居者の希望、体調、その時の雰囲気や状況に応じ、個々の生活スタイルを大切にしながら必要な支援を提供している。   |  |   |  |
| 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                                  | おしゃれは、生活を送るうえで大切なもの。洋服と寝る前の着替えは拒否がない限り、全員毎日交換している。入居前の好みの服装・髪型についても情報を集め、毎日の洋服の選択が出来るようにご家族にご用意頂き、職員と入居者が一緒に洋服を選んで着て頂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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 普段は厨房で作っており、盛り付け、配膳、片付けを職員と入居者共同で行っている。おまかせクッキングという取り組みでは、入居者の要望でメニューを決め、買い物や調理を職員・利用者と一緒に楽しんでいる。  | 食事は外部と契約しており、ホームのキッチンで調理してもらっている。ホームではご飯を炊いて、利用者と一緒に盛り付けを行っている。また、月1回の「おまかせクッキング」の時にはユニットごとに買い出し、調理を行ったり、外食に出かけるなど、食事を楽しめるよう取り組んでいる。 |   |  |
| 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          | 水分・食事量は毎日確認している。それぞれの好みを把握し、美味しく楽しく必要量が摂れるよう食事形態や内容を工夫している。摂取量が少ない場合や拒否のある方に対しては、医療との連携やご家族協力のもと食べる事が継続できるよう支援している。食道がんで経口摂取が出来ない方には職員がスープを作り提供している。 |  |   |  |

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

| 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 |
| 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、状態に合わせた口腔ケアの支援を行っている。訪問歯科の定期診療を受けている方もおり、訪問歯科医からの指示通りのケアが継続できるように支援している。又、必要に応じて歯科受診も随時行っている。                                   |  |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている       | 排泄チェック表により排泄パターンの把握に努め、声掛けや誘導を実施しトイレでの排泄支援を行っている。夜間は巡回時の様子でタイミングをみて誘導し、失敗なく良眠できるよう支援している。   | 排泄の自立に向けて、本人の意思の確認をしながらトイレ誘導を行っている。個別に一番よい方法は何かを考えながら、ポータブルトイレ使用やおむつ対応など状況に応じて支援している。                    |                   |
| 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                       | 排便状況の確認を毎日チェックシートにて確認している。体調・体質・生活状況に合わせて、ヨーグルトの提供や、コーヒーやお茶などの水分摂取、テレビ体操・散歩などで運動を促すなど、医療連携看護師とも相談し便秘にならないよう対応している。                  |  |                   |
| 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 | 入浴については、2階に個浴があり、1階には、一般浴や特殊浴槽がある為、利用者の状態や希望に沿って希望する入浴を行っている。又、入居者の状態によっては、入浴が出来ない場合、清拭を実施するなどに対応を図っている。                            | 入浴はユニットの個浴に加え、併設する小規模多機能型居宅介護事業所の特殊浴槽、一般浴槽も状況に応じて使用している。入浴を嫌だと言う利用者もいるが、声かけの工夫や曜日を変更して支援するなど、清潔保持に努めている。 |                   |
| 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                        | リビングには、電動のリクライニングソファを設置しており、生活習慣や、本人の希望、その日の体調に応じ、個々に合った形で休息がとれるよう配慮している。夜間不眠になった場合は、お話を傾聴したり、飲み物を提供したりして一人で不安にならないように眠れるように支援している。 |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                   | 薬情報は個人ファイルに綴じ、職員が薬の目的、用法、副作用を理解できるようにしている。薬に変更があった場合は、管理者が変更点を伝え、介護職員が本人の状態を経過観察や記録を作成し、医師、医療連携看護師、家族への報告にて適切に対応が出来るよう支援している。       |  |                   |
| 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      | ホームの方針として、季節行事や外出行事、日々のレクリエーション活動を多く企画すると共に入居者に楽しみを持てるよう努めている。日常生活の中でも、得意な事を活かし繕いもの、料理、洗濯などを分担しながら、個々の目標のもと生活リハビリに取り組むなど支援している。     |  |                   |

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所



| 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 |
| 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                      | 近隣の店への買物、近隣への散歩、花見行事のドライブ、外食など個々のニーズに合わせて支援している。外泊、外食、お墓参りなどの特別な希望に対しても、送迎の手伝いや車いすなどの貸し出しなどを行い外出を支援している。   | 車いすの利用者も含め、買い物や散歩に出かけたり、外食などに個別対応で出かける支援もしている。また、季節ごとのお花見、いちご狩り、ブドウ狩りなどは計画を立てて実施している。外泊の希望があれば、送迎なども支援している。           |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 現在は殆どの入居者は現金を所持していないが、数人、小銭程度管理している方もいる。入居者が買い物を行う場合、現金を保持していない入居者は施設で立て替え、小銭を持っている入居者は、本人がお金をレジで支払う事によって社会性を維持する機会を作っている。                               |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 本人がご家族に電話をしたいと訴えがあった場合は、職員が家族へ電話を取り次いであげて会話が出来るようにしている。携帯電話を持っている利用者に関しては、携帯の所在の確認と充電をしている。手紙も入居者が書いたものは職員側で責任をもって宛先先に郵送している。                            |   |                   |
| 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 | 玄関は小規模と共有であり、下駄箱も用意されている。台所も対面キッチンで職員と入居者がコミュニケーションが取れやすいようにしている。浴室も個浴・一般浴・特浴と3種類あり、入居者に合わせた対応をしている。室温や湿度も、エアコンの温度や居室リビングの湿度など確認しながら快適に過ごして頂けるように支援している。 | 共用空間は温度、湿度などを利用者に確認しながら適切に管理している。リビングにはリクライニングソファを置いて、足を延ばして寛ぐこともできるようにしている。また、あちらこちらに季節を感じさせる作品を飾っており、毎月変更するようにしている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 入居者同士の関係性や支援の必要度合いによって共用スペースでの座席に配慮している。気の合う同士は自然と同じテーブルに集まり会話を楽しむ事も多く移動に介助が必要な方には声掛けし居場所を選択できるよう配慮している。   |   |                   |
| 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  | 本人・家族と相談し、リロケーションダメージ軽減の為、馴染の家具や生活道具を持ち込み寛げる居室作りを心がけている。テレビや椅子・クローゼットなどは自分の好きな物をご用意頂き、家族の写真や位牌なども飾って頂いたりして本人が過ごしやすいよう工夫している。                             | 契約時に馴染みの物を持ちこむ意図を説明しており、それぞれタンスや気に入っているイス、テレビ、携帯電話などを持ってきている。冷蔵庫を持っている利用者については、食品の賞味期限等を職員が確認し、安全にも配慮している。            |                   |
| 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   | 施設内はバリアフリーとなっている。見当識障害の方も自分で居室やトイレを認識できるよう、ネームプレートや標識を設置している。キッチンにはIHコンロなので安全に調理を楽しんでもらえている。   |   |                   |

【評価機関】