

## 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   | 4090800162       |         |           |
| 法人名     | 株式会社 アガペ         |         |           |
| 事業所名    | グループホーム アソシエ和白   |         |           |
| 所在地     | 福岡市東区和白丘1丁目25-11 |         |           |
| 自己評価作成日 | 令和3年1月           | 評価結果確定日 | 令和3年3月30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。

|          |                                                                                                               |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/40/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/40/index.php</a> |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                      |                  |                                                             |
|-------|----------------------|------------------|-------------------------------------------------------------|
| 評価機関名 | 株式会社アール・ツーエス         |                  |                                                             |
| 所在地   | 福岡県福岡市南区井尻4-2-1関ビル1F | TEL:092-589-5680 | HP: <a href="http://www.r2s.co.jp">http://www.r2s.co.jp</a> |
| 訪問調査日 | 令和3年2月12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)】(Altキー+enterで改行出来ます)

新人スタッフが迷子にならないよう、育成担当者を各ユニットに一人置き、相談役になることで不安などを取り除き働きやすい職場を目指している。今年度は施設行事・外部研修参加がほとんど出来なかったが、会社内にて医療の基礎知識・救急救命の講習を行った。入居者1人1人に寄り添ったケアが出来るよう、ミーティングを月1回実施しこまめに意見交換しケアの向上に努めている。今後は、外部研修への参加・地域交流などに更に力を入れ、地域に根ざいた施設になれるよう努力していきたい。

## 【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)】

近隣に、医療機関やスーパーマーケット、コンビニエンスストア、パン屋等、日常生活を送るうえで必要なものが身近にある。また、事業所の裏側は公園と繋がっており、玄関前の道路は通学路となっており、子どもの声が聞こえる環境に「グループホーム アソシエ和白」は建っている。事業所としては人材育成に取り組んでおり、新人職員には育成担当者をつけている。マッピングシート(業務を箇条書きに記載して、業務内容を明確にし、業務がどれくらいできるようになったかを評価するシート)を基に、職員が業務内容や、どの業務がどの程度まで習得できたかが分かりやすい、「見える化」出来る取り組みをしている。今後は、子どもたちの居場所の確保や、地域貢献事業の一環として「子ども食堂」を実施する予定をしている等、今後も高齢者だけでなく、様々な年代の人を積極的に受け入れる姿勢が感じられ、今後も地域での役割が期待できる事業所である。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～57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 |                |
|-----|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------|-----|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|
| 58  | 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:25,26,27)     | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者の   | 65  | 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:9,10,21)   | ○                            | 1. ほぼ全ての家族と    |
|     |                                                    |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                              | 2. 家族の2/3くらいと  |
|     |                                                    |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                              | 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  |
| 59  | 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:20,40)           | ○                            | 1. 毎日ある        | 66  | 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:2,22)                     | ○                            | 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      |
| 60  | 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:40)                 | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 67  | 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       |
| 61  | 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:38,39)   | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 68  | 職員は、活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    |
|     |                                                    |                              | 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     |
| 62  | 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:51)                | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 69  | 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     |
| 63  | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:32,33)       | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 70  | 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  |
| 64  | 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:30) | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   |     |                                                                     |                              |                |
|     |                                                    |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                              |                |
|     |                                                    |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                              |                |
|     |                                                    |                              | 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 |  |
| 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                                                          | 朝礼時、各フロアのスタッフにて施設の理念を唱和し確認・共有している。各フロアに目標・スローガンを掲示し目の付く所にあることにより、意識している。                                                             | 朝礼は、各ユニット1名ずつと小規模多機能型居宅介護の職員の計3名で実施し、事業所の理念を唱和している。理念は各ユニットの入口、事務所内に掲示してある。理念は事業所創設時からの理念である。皆様のお役に立つという社是もあり、それに基づいたケアを実施している。理念については、施設長、グループホーム管理者、小規模多機能型居宅介護管理者で話し合ったり、月1回のミーティング時にも話し合いをしている。 |                   |  |
| 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                                                          | 事業所より町内会費を納めていることで、台風の時など声を掛けて下さる。近隣の理髪店や公民館のカフェなど定期的に参加。そうめん流しやもちつき行事を行い、近隣の方々にお配りしている。                                             | 町内会に加入をしている。台風が来た際は、公民館に相談に行き、利用者の人数や利用者の特徴等の情報共有をして、必要時に公民館に避難出来る様に地域の協力が得られるようにした事例がある。コロナ禍で今年度は地域との交流が出来なかったが、例年であれば餅つきをして、作った餅は近隣に配布している。                                                       |                   |  |
| 3          |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                                                        | 徘徊の多くみられる方には、地域のお店や交番・郵便局に行き、困ってる様子が見られたら、アソシエに連絡して頂けるようお願いしている。また認知症サポーター養成講座に講師役として行ったことがある。                                       |                                                                                                                                                                                                     |                   |  |
| 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                                     | 今年度は、コロナウイルス感染症予防の為、議事録送付のみとなるが、ご家族とのこまめなやり取り(電話・面会)により意見交換を行っている。また小規模が併設されていることもあり、民生委員との繋がりが有り、意見を伺うようにしている。                      | 今年度はコロナ禍により運営推進会議を開催できていないが、2か月に1回、利用者家族のみに議事録を送付している。家族からどうしたら、お互い安全に面会できるかとのお問い合わせが多く、検討した。その結果、面会する2週間前から毎日検温をして、その検温表を持参して頂き面会を玄関先で10分間面会出来る様に工夫する等、運営推進会議を活かした取り組みを実施している。                     |                   |  |
| 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に取り組んでいる                                               | 生活保護の方が3名入居されており、ケアプラン更新の際は必ず担当者に送るようにしている。また、ケースワーカーの方が年1回訪問し、ご本人の近況報告・相談を行っている。<br>また、要介護3以上の方は、福岡市のおむつサービスを受けられるように区役所窓口相談に行っている。 | 生活保護の利用者のケアプラン更新時期や必要時等にケースワーカーにケアプランを郵送している。事故が起きた際には市町村に報告をしている。市町村から新型コロナ・ウイルス感染対策防止の研修案内や、アンケート等にも回答して必要時市町村と連携を図っている。生活保護の方の備品や栄養補助食品等、生活保護で支給できるのかの相談をした事がある。                                 |                   |  |
| 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 | 正面玄関は、建設時より電子錠であり、常時開放は難しいが、リビングなど屋外に通じる窓は常時開放しており、いつでも屋外に出られるようにしている。徘徊の多い利用者の方の場合、近隣の住民や店舗などに事前にお知らせし協力をお願いする。                     | 徘徊がある方が1名おり、その方の情報を事前に地域住民や店舗に利用者情報を提供して、必要時は協力して頂ける様にしている。事業所から出て行った時も戻る様に強制はせずに、利用者の後ろをついて行くようにしている。昼夜センサーを10名前後利用されている。センサーの利用については、ケアプランに盛り込んだり、居室担当者から家族に説明をして同意を得ている。                         |                   |  |

## R3.2自己・外部評価表(アソシエ和白)

| 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                                            | 研修係による勉強会の実施・資料の配布。全身状態の確認ができる入浴時や更衣時に異常があれば施設看護師に報告し指示を仰ぐ。また、ヒヤリハットなどその都度作成し、再発防止・情報の共有に務めている。        |                                                                                                                                                                                   |                   |
| 8  | (6) | ○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                                        | 成年後見制度を利用している利用者があり、後見人(社会福祉士・弁護士)に分らないことがあれば相談・説明を受けることができる。                                          | 成年後見制度を利用されている方が3名いる。入居されて金銭管理が難しい方については、入居後に成年後見制度を紹介して利用に繋げた事例もある。成年後見制度のパンフレットを事業所入口に置いて、いつでも相談に乗れるようにしている。心身状態の変化があった際や、金銭についての相談がある際は、こまめに成年後見人に報告をしている。                     |                   |
| 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                                                             | 利用契約時には、利用者・家族への説明を十分に行い、不明な点がないかの確認を行う。また法改正時には、口頭を書面にし説明を行っている。                                      |                                                                                                                                                                                   |                   |
| 10 | (7) | ○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                                                         | 施設正面玄関に意見箱を設置している。会議に来られない方や面会に来られない遠方の家族へは社内誌を送付している。また各利用者に担当スタッフを置き家族とこまめに意見・情報交換できるように努めている。       | 月に1回、社内誌を作成して家族に郵送をしている。家族も高齢になり面会も難しい事も多いため、本人の写真を送るなどして、少しでも利用者の生活状況が分かる様に工夫をしている。コロナ禍の面会も、事業所と家族が双方にとって良い形をとれるために面会の方法についての検討をしている。                                            |                   |
| 11 | (8) | ○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                                                                          | 月1回ミーティングを実施している。(他ユニットのミーティングは議事録にて回覧している)また申し送りノートを活用し、現場スタッフの意見集約を行っている。また、年2回施設長との個人面談をおこなっている。    | コロナ禍で、行事がなかなか出来なかったため、職員からクリスマス会が開催したいとの希望が出た。その際、施設長に相談をして実施出来た事があった。法人として人事評価シートを使用した職員面談、自己評価は年2回実施している。スタッフ間で良い点を確認し合うために、「ありがとうカード」を作成して、職員同士で感謝の気持ちを持てる様にしている。              |                   |
| 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                                          | 資格取得による昇給や介護処遇改善交付金の取得等、やる気のあるスタッフがしっかり評価されるように「キャリアシート・人事評価シート」が活用されている。全スタッフ間での「ありがとうカード」の配布も定着している。 |                                                                                                                                                                                   |                   |
| 13 | (9) | ○人権の尊重<br>法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している | 募集にあたり、特に条件を定めていない。障害者雇用も積極的である。研修参加や社内研修にてスキルアップにつながるよう取り組んでる。スタッフの特性を把握し、各係の任命をおこなっている。              | 20歳代から70歳代の方が勤務している。男性職員も数名いるがほとんどが女性職員である。音楽レクリエーションを得意としている職員がおり、体を使いながら実施するレクリエーションも実施している。研修は業務内で参加でき、交通費は会社負担である。人事評価シートの中に「社会活動の有無」という欄があり、その中で職員自身の活動等の自己アピールできる欄が設けられている。 |                   |

### R3.2自己・外部評価表(アソシエ和白)

| 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                           |
| 14                  | (10) | ○人権教育・啓発活動<br>法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる                           | 内部研修にて「高齢者虐待」について勉強会を実施。自己チェックリストにて質疑応答を行った。また、法人として障がい者雇用を進めている。                             | 福岡県人権擁護委員連合会の資料を内部資料として使用して、内部研修を実施している。全職員が回覧をした事が分かる様に、回覧表を作成している。人権教育研修の参加については、まずは全職員に回覧して研修参加者を募り、極力、職員の自発性で研修に参加するようにしている。また、法人として障がい者雇用をすすめている。 | 福岡県が実施している、「講師団講師あつせん事業」の活用やDVD研修を活用してはどうか。 |
| 15                  |      | ○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         | 入社研修時、中途採用研修・全体研修(救急の研修)等、本部にて実施している。外部研修の案内は、スタッフへ都度案内している。年2回個人面談や人事評価シートの活用を行う。            |                                                                                                                                                        |                                             |
| 16                  |      | ○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 | 圏域のケアマネ会の参加や包括主催の地域会議に参加している。認知症キャラバンメイトの交流会に参加し、多職種との面談を行っている。                               |                                                                                                                                                        |                                             |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |                                                                                                |                                                                                               |                                                                                                                                                        |                                             |
| 17                  |      | ○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           | 利用開始前に、十分なアセスメントを行い(スタッフ2名で面談)まずは当施設でのサービスが本人に会っているか見極めている。入居決定までには、ご本人・ご家族との面談を行っている。        |                                                                                                                                                        |                                             |
| 18                  |      | ○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                      | 利用開始前には、ご家族と面談を行っている。「施設に任せっきり・預けっぱなし」にならないよう、こまめに連絡を取り現状報告を行う。行事案内や2カ月に1回担当職員より家族へ手紙を送付している。 |                                                                                                                                                        |                                             |
| 19                  |      | ○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                  | 相談・見学・担当者会議を経て、ケアプラン作成に着手する。本人及び家族の要望をしっかりと把握する。また、当施設でのサービスが困難と判断された場合、他事業所、包括支援センターへの連携を図る。 |                                                                                                                                                        |                                             |
| 20                  |      | ○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                                  | 利用者と過ごす時間を多く設け、「今、どう思っているのか」常に自分がその立場・場面に立って考えられるように指導にあたっている。                                |                                                                                                                                                        |                                             |
| 21                  |      | ○本人と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                   | ご家族がいつでも面会できるよう配慮している。(早朝や夜中でない限り、柔軟に対応している)外出や外泊など対応方法などもその都度説明を行う。                          |                                                                                                                                                        |                                             |

R3.2自己・外部評価表(アソシエ和白)

| 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                          | (11) | ○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                                       | ご家族の協力もあり、なじみの美容院や買い物など、外出される方も多い。ご家族が遠方の場合は、社内誌の送付や電話でのやり取りにて近況を伝えている。また知人・友人(親族以外)の面会もご家族に確認後、受け入れている。                        | 例年であれば、家族と外出をしたり美容院に行ったり外食に行ったりしている。事業所の近くに住んでいる利用者がおり、自宅の鍵を事業所で預かって、希望時に自宅に戻れるように支援している。在宅で生活をしていた頃の近所の方と手紙のやりとりをしている。家族だけではなく知人、友人も面会に来ており、関係性が途切れないように支援している。             |                   |
| 23                          |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                                   | 利用者の性格・生活歴を十分に考慮して、集団レクや個別レクを選び支援している。各ユニットの行き来や入居者同士・居室の行き来も自由に行っている。                                                          |                                                                                                                                                                              |                   |
| 24                          |      | ○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                    | 契約終了後も、いつでも相談や面会が可能である旨伝えている。必要に応じて、その方の家族や知人の相談にのることもある。運営推進会議の案内も適宜行っている。                                                     |                                                                                                                                                                              |                   |
| Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |                                                                                                        |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                              |                   |
| 25                          | (12) | ○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                                           | 居室担当者により月1回モニタリングを行い、フロアミーティング・計画作成・アセスメントを行いケアチェックを行っている。半年に1回見直しを行い、情報を追記・更新している。意思疎通の図れない場合は、家族からの情報を得てその利用者の代弁者となるよう対応している。 | 入居時のアセスメントは管理者が実施し、その後の更新や心身状態変化時等のアセスメントは居室担当者が実施している。家族にも極力面会に来ていただき、実際に利用者本人を見て頂いてケアについての要望をお聞きしている。自宅に外出が出来る様に介護用品の事業所と連携を図って、自宅に帰りたいとの本人の希望を極力応えられるようにしている。             |                   |
| 26                          |      | ○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                                       | 利用者との会話のなかで、何気ない一言など、思い出話を広げ、主訴(真意)を探る。特に、ご家族などへ情報収集を行い、その方の生活歴の把握に努めている。                                                       |                                                                                                                                                                              |                   |
| 27                          |      | ○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                                                     | 主に日々の介護記録の充実に努めている。事実行為を記録するのではなく、その時の心理・表情など利用者の心情を記録に残している。                                                                   |                                                                                                                                                                              |                   |
| 28                          | (13) | ○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 | プラン作成は、最終的に各ユニットの計画作成が行っているが、モニタリングは担当職員が行っている。担当者会議ではスタッフ全員の意見を反映させている。主治医や訪問歯科医からの意見も確認している。                                  | 訪問歯科を利用して、嚥下困難になりつつある方の嚥下評価を受けて、トロミ調整等連携を図っている。以前は訪問マッサージの利用をしていた方もいた。ケアプラン第2表は、日々の介護記録に貼って、記録をする際にケアプランの内容が把握しやすいように工夫をしている。第2表のサービス内容については、居室担当者や本人、家族等の意見を聞いて、具体的に作成している。 |                   |

## R3.2自己・外部評価表(アソシエ和白)

| 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 |      | ○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                                     | 介護記録では支援に対しての反応を具体的に記録している。本人の発言には☆、いつもと違うところにはレ点をつけ共有している。支援の変更や、介護拒否、うまくいった点などは申し送りノートに記入している。             |                                                                                                                                                                        |                   |
| 30 |      | ○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                            | 対応困難な入居者に対して、事業所全体で情報共有を行い、協力体制を整える。かこ、重度認知症デイケアと併用することがあった。                                                 |                                                                                                                                                                        |                   |
| 31 |      | ○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                                      | 以前からなじみのある地域活動を把握し、本人が地域住民の一員として、地域で活躍できるように努めている。                                                           |                                                                                                                                                                        |                   |
| 32 | (14) | ○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                                 | 希望があれば、今までのかかりつけ医の継続も可能であるが、月2回の往診、24時間体制の提携医に変更されるご家族が多い。不安や疑問・相談等は電話や直接行き、医師に話を聞くことができる。また、訪問歯科も受けることができる。 | 入居前から、長年かかっていた主治医に受診に行かれている方がいるが、ほとんどの利用者が嘱託医に変更をしているのが現状である。嘱託医に医療的な事を聞きたい時は、職員が間に入らずに、家族から直接、嘱託医に電話連絡や受診してもらっている。皮膚科や精神科等の他科受診は、職員が受診介助している。                         |                   |
| 33 |      | ○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                          | 施設看護師とは、適時情報交換を行っており、過去の往診記録をいつでも見られるようにしている。(訪問診療ファイル)日々のバイタルは、一目で分かるようにグラフ化している。                           |                                                                                                                                                                        |                   |
| 34 |      | ○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。 | 入院時は、速やかに主治医の紹介状等を、用意し、経緯や今後の加療のについて説明を行う。また、退院時は主治医の施設での加療が可能か確認し、また小規模の看護師の協力により早期受け入れに努める。                |                                                                                                                                                                        |                   |
| 35 | (15) | ○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  | 以前、終末期の迎え方についてご家族にアンケートを取ったが、これから起こりうる状況が想像できない家族が多く、回答が少なかった。看取りを開始するにあたって、当施設では指針を提示している。                  | 看取り期に近づいている利用者や利用者家族に対して、嘱託医と家族が看取りの話をする機会がある。嘱託医の往診時に家族が来所されて看取りの話をしている。看取り加算を算定して「重度化した場合の対応に係る指針」も作成をしている。看取り期は家族も付き添いながら最期が看取れるようにしている。必要があれば布団の提供や食事の提供も可能な体制である。 |                   |

### R3.2自己・外部評価表(アソシエ和白)

| 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                   |
| 36                               |      | ○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           | 各フロアに緊急時対応マニュアルを設置。法人研修では「普通救急救命」の講習を全職員対象としている。施設には、AEDを設置している。                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |                                     |
| 37                               | (16) | ○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           | 新人を中心に、夜間想定し年回防災訓練を行っている。併設の小規模多機能と合同で行っている。法人研修では「救急救命」を実施し、施設ではスプリンクラー・自動通報装置を設置している。                            | 年2回、小規模多機能型居宅介護と一緒に、夜間火災を想定した防災訓練を実施している。高潮浸水の地域に該当するため、近隣の事業所との避難体制を構築している。水、トロミ剤、カセットコンロを備蓄している。本社ではAEDを使用した研修も実施している。                                                                                                    | 火災だけではなく、地震や風水害に対しての訓練も実施してはどうだろうか。 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |                                                                                  |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                             |                                     |
| 38                               | (17) | ○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                   | 職員の発言を暗号化し、排泄については番号で伝えている。おむつやポータブルトイレも人目につかないように保管している。                                                          | 自尿があった場合は「1番」、排便があった場合は「2番」等、排泄に関しては他利用者が排泄があったことが分からないように工夫している。入浴中は浴室の入口に「入浴中」の札をかけている。排泄したかどうかの確認の時に、利用者の名前を呼ぶと、利用者が不審に思うことがあるため、利用者名ではなく部屋番号を呼んでいる。ポータブルトイレは使用しない時はカバーをかけている。                                           |                                     |
| 39                               |      | ○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                     | 自己決定が困難な入居者や自分の思いを言えない寡黙な方に対しては、入浴や散歩等、マンツーマン対応の際に、真意の確認を行う。                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                                     |
| 40                               |      | ○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 | 基本的な業務(一日の流れ)は決まっているが、あくまでも利用者本位であり、その方のペースを尊重し、希望に沿って柔軟に対応している。利用者の言動により、「今、その時」を大切にしている。                         |                                                                                                                                                                                                                             |                                     |
| 41                               |      | ○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                                  | 整髪や衣類の乱れ。汚れ等目配りをしている。訪問理美容ではなく、なるべく馴染みの美容院や理髪店に行くようにしている。誕生日等、洋服をプレゼントすることもある。                                     |                                                                                                                                                                                                                             |                                     |
| 42                               | (18) | ○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     | 基本、業者から調理済みの食材配達であり、白飯・汁物は事業所に対応している。おやつは利用者と一緒に作ることもある。誕生日やクリスマスなど、手作りメニューを取り入れている。盛り付けや下膳・食器洗い・拭きなど出来る方をお願いしている。 | 日頃の食事は業者から配食してもらって温めて提供をしている。コロナ禍で現在は外食を控えているが、例年であれば利用者と一緒に行事食の買い物に行ったり、パン屋に行ってパンを買いに行ったり等していた。利用者とその日のメニューをホワイトボードに書いてもらい、食への楽しみが少しでも持てる様に工夫されている。利用者に食べたい物をお聞きして誕生日会等行事の際に、可能な限り提供している。庭にサツマイモを植えて、収穫をして、味噌汁やおやつに使用している。 |                                     |

## R3.2自己・外部評価表(アソシエ和白)

| 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 |      | ○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              | 食事量や水分摂取量が低下している方へは、主治医の見解やご家族の意向を確認し、ペースト・ムース・代替食や栄養補助食品等を使用し、経口摂取に努めている。水分摂取の低下している方へは、お茶・ジュース等のゼリーを提供している。                                  |                                                                                                                                                                                 |                   |
| 44 |      | ○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、必ず声掛けし習慣化できるよう支援している。訪問歯科の担当医と相談し、その方にあつた口腔ケアを支援している。歯間ブラシやスポンジも活用している。歯ブラシや義歯ケース・コップ等、定期的に消毒している。                                         |                                                                                                                                                                                 |                   |
| 45 | (19) | ○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       | トイレでの排泄が継続できるよう、起立訓練・定時の誘導を行っている。排泄チェック表にて誘導時間の変更やパットの変更を考えている。またトイレの場所が分からない方には、タイミングを見て声掛けし誘導している。                                           | 排尿確認表がユニットごとに作成されており、排尿と排便、水分チェックをして記録している。業務日誌には排便チェックを記録している。排泄確認表をチェックする事によってパットの汚れが少なくなった事例はないが、チェック表を観察して排尿間隔を把握して、トイレ誘導をしている。                                             |                   |
| 46 |      | ○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                       | 午前の体操、午後より個別レクにて運動・散歩を取り入れている。適宜ヨーグルトや牛乳・カルピスの提供を行っている。また、起床時に冷水提供行い、便秘解消につとめている。                                                              |                                                                                                                                                                                 |                   |
| 47 | (20) | ○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 | ユニットにより造りが違い、身体状況に応じて対応している。基本的に週2回の入浴を支援しているが、本人の希望に寄り添い柔軟に対応している。シャンプーやせっけんなど個人での使用も可能であり、入浴剤などで楽しんでいただいている。入浴拒否が強い方は、ご家族に協力頂き、温泉などお連れして頂いた。 | 同性介助を希望される利用者に対しては、同性介助をするようにしている。夜の入浴を希望される場合は、遅出職員が20時まで勤務しているため、19時に入浴介助をしている利用者もいる。洗身タオルは本人の好みの物を使用したり、入浴剤も何種類か用意してあり利用者を選んでもらっている。週2回入浴されているが、入りたいと希望された利用者には、都度入浴介助をしている。 |                   |
| 48 |      | ○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                        | 起床・食事・消灯等、時間設定はあるが、柔軟に対応している。特に午後からの時間は、無理強いせず個々人の希望に添うようにしている。居室には馴染みのあるもの、使い慣れたものをもちこんで頂き、少しでもくつろげる環境の整備を行う。                                 |                                                                                                                                                                                 |                   |
| 49 |      | ○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                   | 処方箋は薬局より何部か印刷してもらい、回覧できるようにしている。また、処方箋の変更時は主治医の見解や経緯がわかるように「訪問診療ファイル」を作成している。                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                   |
| 50 |      | ○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      | 施設内は禁煙であるが、過去には喫煙に対応した。また、お酒が好きな方にはノンアルコールビールの提供や、施設行事ではいつもと違う飲料を提供した。                                                                         |                                                                                                                                                                                 |                   |

## R3.2自己・外部評価表(アソシエ和白)

| 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 |
| 51 | (21) | ○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                      | 今年はコロナの為ほとんど外出レクはできず、近所の散歩や中庭でおやつを楽しんで頂いた。ご家族との外出・外食も徐々に減少した。その中で、近所の神社に初詣に行くことができた。                                                | 今年度はコロナ禍で外出はほとんど出来ていない。例年であれば、事業所として海ノ中道や宮地嶽神社、コスモス鑑賞に行ったりしていた。また家族と一緒に外出したり外食をしたりしていた。今年度は、近隣の公園の散歩や庭を散歩したりしている。コロナ禍でありながら感染対策を十分に実施して、近所の神社に初詣に行っている。    |                   |
| 52 |      | ○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                                                  | ご家族の理解があり、「紛失してもいいから」と現金を所有している入居者が数名いる。また、買い物レクや散髪では、本人に支払いをお願いしている。                                                               |                                                                                                                                                            |                   |
| 53 |      | ○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                                                                           | 利用者の自主性を尊重し、要望があれば適宜対応している。ご家族から電話があった時は、ご本人に代わることもしている。今年は利用者からご家族へ年賀状を送ることもあった。                                                   |                                                                                                                                                            |                   |
| 54 | (22) | ○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 | 毎月のカレンダーを利用者と共に作成し季節が目に見えて分かるように工夫している。日光浴が出来るよう家具の配置(ソファや座席)を変えたり、中庭のカーテンを開け自然光を取り入れたりし天気など実感できるように工夫している。また、加湿器・空気除菌器の導入も取り入れている。 | 共有空間には、手作りで作成したカレンダーや行事をした際の写真、毎月発行している通信等が貼ってあり、採光も十分にあり、明るい雰囲気である。床も明るい色で共有空間全体が明るく感じるつくりとなっている。カウンターキッチンで、職員が台所仕事をしている時でも、利用者とコミュニケーションが図りやすいつくりとなっている。 |                   |
| 55 |      | ○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                                                      | フロア内に畳やソファを配置しているが、季節の変化や利用者の希望により適宜配置換えを行う。また利用者同士で気軽に庭先に出ることが出来るようにしている。居室の行き来も自由にして頂いている。                                        |                                                                                                                                                            |                   |
| 56 | (23) | ○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                                          | 危険でない限り、持ち込みに制限はしていない。使い慣れた家具や化粧台など持ち込んで頂いている。またタンスや家具など掴めるものをあえて設置することで、本人がなるべく自立した生活(自由に歩くことが出来る)を送ることが出来るようにしている。                | 事業所の設備として、カーテン、介護用ベッド、エアコンが備え付けられている。家族との写真やレクリエーションで作った作品、誕生日の時の写真等、利用者が落ち着けるようなものを、居室内に貼っている。中には自宅で使っていた家具を持ち込んで、その人らしい雰囲気の居室となっている。                     |                   |
| 57 |      | ○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                                             | 建物内がバリアフリーで段差がなく、車椅子の方や歩行困難な方が自由に動きやすいような環境である。また、手すりが多く、なるべくご自身で行きたい場所に行くことができるように配慮している。                                          |                                                                                                                                                            |                   |