

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   | 0193500030       |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 幸清会       |            |            |
| 事業所名    | グループホームみたらの杜     |            |            |
| 所在地     | 北海道室蘭市絵鞆町2丁目22-3 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年11月16日      | 評価結果市町村受理日 | 平成29年4月20日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の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URL | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0193500030-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0193500030-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a> |
|-------------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                  |
|-------|------------------|
| 評価機関名 | 株式会社 マルシエ研究所     |
| 所在地   | 江別市幸町31番地9       |
| 訪問調査日 | 平成 29 年 3 月 31 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)】

法人理念である「穏やかに楽しい尊厳ある生活を保障する」「その人らしいあたり前の生活を保障する」をもとに事業所理念の「地域に根ざした、高齢者の笑顔あふれるケアを提供すること」の実現を目指し、会議やミーティングにおいて理念の確認を随時行っています。職員のスキルアップについては法人内研修や施設内研修を実施しており、職員の経験年数や専門職に合わせた研修を実施しています。また近年社会問題となっている高齢者の権利擁護や高齢者虐待防止についても学びを深めています。施設内の運営としてはリスクマネジメント委員会を設置し、事業所の行事等の企画や施設として抱えている様々なリスクに柔軟に対応し直接的な施設運営に職員一人一人が責任を持って担っています。また地域との繋がりを大切にし町内会との合同行事やボランティアにも積極的に参加し、災害時においても互いに協力できる関係性を築き、地域への貢献を積極的に推し進めています。ご家族様とは毎年恒例となっている季節の行事や日常生活の様子を随時報告することで信頼していただけるよう努めています。

【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)】

グループホームみたらの杜は室蘭市絵鞆町の小高い丘の住宅街に開設し9年が経過しています。晴れた日には室蘭港を行き交う船や遠く有珠山が望める景色のよい場所に位置しています。木造2階建ての赤い屋根と白い窓枠が特徴的な建物で、棟続きに小規模多機能型事業所が併設されています。事業所内は木材がふんだんに使われ落ち着いた雰囲気があります。室内のいたる所に観葉植物を置き、作り付けの大きな棚にはインテリア小物を飾って、家庭的で温かい雰囲気づくりをしています。職員は一人ひとりの思いに寄り添った丁寧なケアを心がけ、その人らしく穏やかな生活を支援しています。事業所は地域との関わりも深く職員は清掃ボランティアに積極的に参加したり、神社祭には運営に携わるなど地域の担い手として活躍しています。職員が資格を取得する際は法人で対策の講習会を開催したり、公休扱いにするなど資格取得を奨励する仕組みが整えられています。更に、内部・外部の研修の機会も多く、職員の知識と技術の向上への取り組みは利用者のより良いケアサービスの提供に反映しています。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

| 項目 | 取組の成果  |  | 項目 | 取組の成果   |   |
|----|--|--|----|---|---|
|    | ↓該当するものに○印   |  |    | ↓該当するものに○印  |   |
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる<br>(参考項目:23、24、25)      | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての利用者の<br><input type="radio"/> 2 利用者の2/3くらい<br><input type="radio"/> 3 利用者の1/3くらい<br><input type="radio"/> 4 ほとんどつかんでいない | 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)   | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての家族と<br><input type="radio"/> 2 家族の2/3くらいと<br><input type="radio"/> 3 家族の1/3くらいと<br><input type="radio"/> 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)             | <input type="radio"/> 1 毎日ある<br><input type="radio"/> 2 数日に1回程度ある<br><input type="radio"/> 3 たまにある<br><input type="radio"/> 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)                     | <input type="radio"/> 1 ほぼ毎日のように<br><input type="radio"/> 2 数日に1回程度<br><input type="radio"/> 3 たまに<br><input type="radio"/> 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)                   | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1 大いに増えている<br><input type="radio"/> 2 少しずつ増えている<br><input type="radio"/> 3 あまり増えていない<br><input type="radio"/> 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)    | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)                                      | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての職員が<br><input type="radio"/> 2 職員の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3 職員の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)                  | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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                                       | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)         | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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                                   | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての家族等が<br><input type="radio"/> 2 家族等の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3 家族等の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1 ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 4 ほとんどいない   |    |   |   |

| 自己評価              | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |   |
|-------------------|------|---|---|--|---|
|                   |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 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踏まえた事業所理念を作り、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   | 社会福祉法人職員として理念の共有と実現を目標にするとともに、事業所独自の理念を掲げ玄関や事務室に掲示し共有を図っている。業務中における理念カードの携帯はもとより、理念の唱和を励行し共有と実践につなげている。また、ユニット毎に目標を掲げケアを行う際の指針となっている。 | 法人共通理念と全職員で話し合っった事業所独自の理念があります。ユニット会議で理念がケアに活かされているかを確認し、具体的なケアについて意見交換を行い、年度ごとにユニット目標を作成し実践に繋げています。                   |   |
| 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人として日常的に交流している  | グループホーム独自の昼食会や近隣施設との合同縁日祭を開催し、地域の方々とのつながりを深めると共に、町内会開催の盆踊りの出店や芋ほりなどに参加し交流を深めています。   | 利用者と職員と一緒に町内のクリーン作戦や子供農園づくりや収穫に参加したり、祭りでは子供神輿が立ち寄り利用者と交流しています。ボランティアや専門学校の実習生受け入れも行っていきます。                             |   |
| 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  | ご家族の皆様を対象にケア交流講座を定期的開催し、認知症とその支援方法を理解していただく機会を設け地域貢献に努めており、介護ボランティアの受け入れを行う事で認知症についての理解を深める機会となっている。                                  |  |   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組状況等について報告や話し合いを行い、そこの意見をサービス向上に活かしている  | 2ヶ月に1回の運営推進会議では、行政関係者・町内会住民・ご家族・包括支援センター・消防支署長に参加を頂き、活動状況の報告や緊急災害時等の対応の話し合いを行い意見交換の場となりサービス向上に活かしている。また、会議結果については送付するとともに、玄関に掲示している。  | 行政、町内会、法人事業所関係者が出席し、年6回定期的に近隣の系列事業所と合同で開催しています。事業所の運営や活動報告をし、質疑応答・意見交換を行っています。   | 運営推進会議の意義を伝え、家族や事業所に関わる様々な立場の意見を取り入れ運営に活用できるよう、参加者の拡大を目指し取り組んでいくことを期待します。 |
| 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  | 利用者の入退去状況や運営推進会議等の報告を随時行うとともに、認定調査の実施報告等も併せて行ない、協力関係の構築に努めている。  | 行政担当者と空室の相談をし、研修会の情報交換や介護予防教室での情報共有や研修会講師の受託など協力関係を構築しています。  |   |
| 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 | 身体拘束廃止に関するマニュアルを整備するとともに、毎月行っている施設内研修において事例検討会を行い、身体拘束・スピーチロックを行わないケアの理解を深める場となっている。日中は、玄関の施錠はせず自由に入出りできる環境を整えている。身体拘束に該当するケースはない。    | 職員は、身体拘束廃止に関する法人内や外部研修を受講しています。事業所では毎月事例検討会を行い、身体拘束による精神的、身体的リスクの理解に繋がっています。マニュアルはいつでも見られる場所に設置して、身体拘束のないケアの実践に努めています。 |   |
| 7                 |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                       | 高齢者虐待防止に関するマニュアルの整備するとともに、毎月の施設内・法人内・外部研修に参加する事で理解を深め、虐待防止に取り組んでいる。虐待防止法については、事務所内に掲示・携帯カードの配布し常時携帯する事で意識向上に努めている。                    |  |   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 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  | 成年後見制度についてのマニュアルの整備や玄関内に掲示・連絡先等を記載したパンフレットを設置している。権利擁護に関する研修に参加し、研修に参加できない職員に関しては研修報告を行う事で理解を深めている。   |  |                   |
| 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                       | 契約の際には入居契約書とともに重要事項説明書を用いて説明を行っている。消費税増税に伴う料金改定の際には、ご家族に事前に電話連絡を行ない、さらに面会時再度説明を行うと共に面会記録簿に意見・要望欄を作成する事で理解、納得が得られるよう配慮している。  |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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                    | 苦情、相談、要望等受付ポストを設置し受付窓口や責任者、第三者委員会等明確にポスター掲示している。また、ご家族の面会時や利用者が日常生活を通じて意見や要望等をいつでも述べる事ができる環境作りに努めている。   | 年1回家族アンケートを行っています。面会時や電話などで些細な事でも気軽に話せるよう配慮しています。家族から居室の清掃に関する希望を受け、掃除方法や注意点を職員が共有し丁寧に掃除するように心掛けています。          |                   |
| 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                                    | 年間計画を策定し毎月第3水曜日を合同職員会議開催日と指定し定期的に会議を開催している。また緊急を要する案件については、その都度会議を開催し職員の意見や提案を述べる機会を設け反映させている。  | 施設長や管理者はユニット会議や申し送り時、個人面談で職員の意見や要望を丁寧に聴き、就業環境を整え働く意欲向上に繋げています。全職員がリスクマネジメント委員会や事故委員会など委員会に所属し、行事計画や運営に関わっています。 |                   |
| 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    | 法人就業規則を事務所内にファイルいつでも閲覧可能となっている。また、月に一度各管理者出席による会議において都度代表者への報告が行われている。  |  |                   |
| 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       | 法人内において独自の研修制度が設けられており、年間計画により勤務年数や役職に応じて細分化された内容となっている。研修参加に関しては管理者と職員との相互相談、また職員からの希望により受講を決定している。外部研修等への参加についても法人規定により定められている。またリスクマネジメント委員会に研修担当者を配置し研修参加体制の充実を図っている。 |  |                   |
| 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組をしている | 市内のグループホーム連絡会や広域地域のグループホーム連絡会に参加し、情報交換や各種研修等の勉強会を開催しサービスの質の向上に努めている。  |  |                   |

## II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

|    |  |   |   |  |  |
|----|--|---|---|--|--|
| 15 |  | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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 | 申込書等により事前に要望を受けるとともに、相談時点での状況について関係機関からの書類や担当者へ直接確認を行っている。また、本人の見学や面接によりニーズを探り安心して利用できる関係づくりに努めている。 |  |  |
|----|--|---|---|--|--|

| 自己評価                              | 外部評価 | 項目   | 自己評価   |   | 外部評価              |  |
|-----------------------------------|------|--|--|---|-------------------|--|
|                                   |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 16                                |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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       | 入居前の見学を受け入れや事前訪問の際にご家族に不安や要望等をさりげなくお聞きし関係づくりに努めている。  |   |                   |  |
| 17                                |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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   | 事前情報やご本人、ご家族との面談により状態を確認し、そのときに必要と思われる支援を判断して他のサービスを紹介する場合もある。                                     |   |                   |  |
| 18                                |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                      | 職員は受容的態度で利用者の方と接している。調理や清掃等の作業を通じて暮らしを共にする者同士としての関係が構築できるよう努めている。                                  |   |                   |  |
| 19                                |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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       | ご家族の気持ちや思いを確認し考慮しながら共に支え合う関係を築くよう努めている。面会時や電話連絡時には積極的に近況報告を行い、家族参加を含めた行事を行っている。                    |   |                   |  |
| 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                   | 大切な友人との面会や電話をする機会を設ける等の支援を継続して行っている。また、ご本人の馴染みのある場所へのドライブ等の機会を設け支援に努めている。                          | 毎年利用者が植えた桜の花を見に行ったり、正月に馴染みの美容院で希望の髪型に整える利用者には送迎をしています。初詣に出かけ今までの生活習慣が継続できるように支援しています。親族の結婚式に出席したり家族と温泉旅行に出かける利用者もいます。 |                   |  |
| 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               | 利用者同士の関係を把握したうえで、食事の席を決定し楽しく食事ができる環境を作っている他、作業や外出時の組み合わせも折り合いを考慮し、孤立することなくお互いに支えあえるような場面づくりを行っている。 |   |                   |  |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組<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 | 利用終了後も在宅サービス担当者や施設担当者との連携を図り、必要に応じて入居時の様子を連絡している。また、ご家族からの相談に合わせて助言を行っている。                         |   |                   |  |
| <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                       | ご本人の希望確認するとともにアセスメント・24時間シートの活用によりケアに反映させている。また、日々の関わりの中での変化に注意しご本人の思いを汲み取ることができるよう支援している。         | 職員は日常の何気ない会話の中から利用者の希望を把握したり、家族から聞き取りをして情報を蓄積しています。会話が困難な場合は些細な表情や行動を見逃さないように心掛け、意向を汲み取るようになっています。                    |                   |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                       | ご本人やご家族からこれまでの生活歴や暮らし方等お聞きし一人ひとりのライフストーリーの把握に努め、役割作りや趣味を生かした時間をケアに反映している。                                     |   |                   |
| 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   | 24時間シートを活用し起床時間や排泄パターンの把握に努めている他、食事量・水分量のチェック、ケース記録、できることできないこと、わかることわからないこと等、積極的な面だけでなく消極的な面を含めて状態の把握に努めている。 |   |                   |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ご本人、ご家族の希望や要望を必ず確認しカンファレンスを開催している。また、職員の気づきや意見を取り入れながら、一人ひとりの現状に合わせた介護計画を作成している。                              | 利用者担当職員が中心となってモニタリングを行い、ユニット会議で話し合っ3か月毎に見直しを行っています。家族の意見や思いを反映させて現状に即した介護計画を作成し、実施状況は日々の介護記録に記載しています。     |                   |
| 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                        | 個別にケース記録を作成し日々の生活の様子や計画についての実施状況を記録し、個別にファイル化し職員間で情報共有を図っている。   |   |                   |
| 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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる              | 入居者の通院についてご家族による送迎、付き添いが難しい場合には職員により行っている。買い物付き添いや美容室への送迎等計画的に車両手配を行い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。                |   |                   |
| 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                         | 近隣事業所と合同でSOSネットワークシステムを構築し町内会にも協力を得ている。また、町内会や法人施設と防災協定を結び相互に協力できる体制作りをしている。                                  |   |                   |
| 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                     | 事業所協力医の他、サービス利用前からのかかりつけ医への通院支援を行っている。また、症状に応じてご家族の要望をお聞きして適切な医療機関の診察を受けることができるよう支援を行っている。                    | 入居前のかかりつけ医への通院や受診が可能です。通院は家族と相談しながら行い、職員が対応した時は受診結果をその都度家族に報告しています。健康管理は系列事業所の看護師が週2回行い、夜間の緊急相談にも対応しています。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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          | 非常勤看護師を配置しており、日常的な健康管理や医療上の助言、指導に努めている。   |   |                   |

| 自己評価                            | 外部評価 | 項目  | 自己評価  |  | 外部評価              |  |
|---------------------------------|------|---|---|--|-------------------|--|
|                                 |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 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、また、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、又は、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。  | 利用者が入院した際には、担当者や職員がお見舞いに伺い、不安や寂しさを軽減できるよう努めている。また、ご家族の意向を踏まえながら病院担当者と連携し情報交換を行い早期退院を目指している。 |  |                   |  |
| 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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる | 重度化及び看取り指針のマニュアルを整備し、段階に応じて具体的な個々の対応方針を進めていけるよう体制を整えている。また、都度家族への説明を行い不安解消に努めている。           | 利用開始時に重度化・看取りに関する指針を説明し同意を得ています。利用者の状況変化や段階に応じて、家族と話し合い安心と納得を得られるように対応しています。今までに看取り事例はありませんが、職員に対し定期的にDVDを教材とした勉強会を行っています。 |                   |  |
| 34                              |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 緊急時対応マニュアルを整備し、研修会を開催するとともにすぐに閲覧できる場所に設置している。また、普通救命講習を受講し実践力の向上に努めている。                     |  |                   |  |
| 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  | 火災、地震を想定した自主避難訓練を毎月実施している他、年2回消防立会のもと避難訓練を実施している。また、近隣事業所や自治会等と災害協定を交わし、互いに協力し合える体制を整備している。 | 消防署の協力で定期的に避難訓練を実施し、毎月自然災害を想定した自主訓練も行っています。また、近隣の4事業所と防災協定を結んでいます。系列特別養護老人ホームと共同で悪天候時の避難場所や食糧・乾電池・発電機などの備蓄品も確保しています。       |                   |  |
| <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   | ○一人ひとりの人格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   | 日々のケアでは自尊心に配慮した声かけを行っている。特に排泄面での声掛けには特段の注意を払い、プライバシーに配慮したさりげない言葉かけや対応を心掛けている。               | 職員は接遇や人権擁護など内部、外部研修会に参加し報告会を行い、全職員で共有し日々のケアに活かしています。入浴やトイレ介助など羞恥心の伴うケアには細心の注意を払い誇りやプライバシーを損ねない対応を心掛けています。                  |                   |  |
| 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  | 食事の献立、場所、時間、入浴日、入浴時間等について入居者の希望を確認し利用者主体で考えとともに、選択できる機会を多く設けている。                            |  |                   |  |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望に沿って支援している                                   | 個々の生活歴や生活習慣を把握し、本人のペースで生活できる様支援している。季節の行事や誕生会のメニュー等の選択ができる機会を多く設けている。                       |  |                   |  |
| 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   | ご本人の意向を尊重しながら支援を行っている。また、整髪に関しては美容室と連携し、毎月定期的に訪問していただき整髪のを設け、その人らしい身だしなみができるよう支援している。       |  |                   |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 食事の席は入居者の関係性を考慮して決定しており、楽しく食事ができるよう配慮している。また、定期的に季節を感じて頂ける様な食事を提供し、調理・盛り付けを一緒に行う事で五感に働きかける様支援している。              | 栄養士が作成した献立を基本とし、利用者の希望や季節感を取り入れています。誕生日は本人の好みのものを用意し、また、家族を招いての屋外バーベキューや本人の希望で屋外で食事をするなど工夫をしています。       |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている         | 法人内管理栄養士による献立表を中心に調理を行い栄養バランスを考慮した食事を提供している。また、咀嚼力や嚥下状態、趣向をに合わせた支援を行っている。水分量はチェック表を活用し必要量が確保できるよう支援している。        |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                  | 食後は全入居者に歯磨きやうがいを行っていただき口腔衛生に努めている。また、状態に合わせた器具の考慮、協力歯科への通院支援を行っている。今年度は歯科医師・歯科助手等多職種との研修を行い一人一人にあった口腔ケアに努めています。 |   |                   |
| 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向けた支援を行っている  | 排泄チェック表により個々の排泄間隔を把握し、状態に合わせた声掛けや誘導を行いトイレで排泄できるよう支援している。また日中においては極力オムツの使用がないよう目指している。                           | 日中はオムツを使用する利用者はいませんが、夜間や外出時は体力や安心に配慮して使用しています。入院等によりオムツ使用となった場合でも、退院直後から声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄ができるよう支援しています。 |                   |
| 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                  | 排便間隔の把握をし、食事やお茶の時間には牛乳やヨーグルト等腸の働きが良くなる乳製品を提供し積極的に摂取して頂いている。また余暇時間には簡単な体操を行い便秘予防に努めている。                          |   |                   |
| 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、個々に沿った支援をしている | 入浴時間や回数は指定することなく個々の希望に応じている。また、希望を伝えることが困難な入居者は、以前からの習慣に配慮し週2回は入浴できるよう支援している。                                   | 入居前の習慣を大切に、午前、午後、夜と好きな時間帯に入浴ができるように支援しています。毎日の入浴希望にも対応し、スライドボードを使用して、全利用者が必ず浴槽で温まることを基本としています。          |                   |
| 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                   | その日その日の生活リズムに合わせて、日中であつても休息がとれるよう支援している。また体調やその日の入居者の状況に応じていつでも休息できるよう支援を行っている。                                 |   |                   |
| 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              | 個々の内服している薬情報をファイルしており、いつでも確認できるようになっている。通院付添時には直接医師から薬についての説明を受け、職員間で情報共有に努めている他、看護師からの助言、指導を受けている。             |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  |   | 外部評価              |  |
|------|------|--|---|---|-------------------|--|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 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  | 調理や掃除は役割を發揮できる絶好の機会となっている。また家事だけでなく趣味や趣向を披露したり、外出行事だけでなく散歩やゴミ出し等、日常的に外へ出て気分転換を図る機会を設けている。   |   |                   |  |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望に沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している                     | 天気の良い日の近隣の散歩はもとより、ドライブや大型客船見物等外出の機会を設け喜んでいただいている。また、春は桜、夏は盆踊り、秋は紅葉といった季節を感じていただけるよう外出支援に努めている。  | 体調に配慮し日常的に事業所周辺を散歩したり、道の駅や市内観光道路へドライブに出掛けています。春の花見や秋の紅葉狩りなど季節を意識した外出の機会もあり、外食なども含め気分転換やストレス発散ができるようにしています。  |                   |  |
| 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  | ご家族と相談、協力しお金を所持することで安心できる方に対しては少額を持っていただく対応をとっている。  |   |                   |  |
| 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   | 電話の設置場所はプライバシーの守られる状況で使用できる様対応している。年賀状や手紙を出す為の支援についても随時行っている。   |   |                   |  |
| 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 | 台所はリビングに面しており食事の支度の音や匂いが伝わりやすく、心地良い生活感を出している。トイレや浴室は玄関から奥の居室間にあり、場所の把握がしやすく、またプライバシー保護に努めている。リビングには観葉植物を置いたり、季節の花や利用者手作りの物を展示するなどの設えを行い、心地よい空間作りを行っている。 | 大きな窓から居間に注ぐ陽ざしをレースのカーテンで調節し、温度や湿度も適切に管理しています。職員は対面式のキッチンで食事の支度をしながら利用者を見守ることができます。炊飯や料理の匂い、調理の音で利用者の五感を刺激しています。大きな飾り棚には写真やインテリア小物を飾って家庭的な温かい雰囲気づくりをしています。 |                   |  |
| 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  | リビングには数名で過ごせるソファを置き、会話しやすい配置に努めている。また、リビングや居室から少々離れた場所にも単独や少人数でゆっくり過ごせる空間を用意している。   |   |                   |  |
| 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ものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている   | 入居者が心地よく過ごせるよう居室内にはなじみの家具を用意していただいている。また、ご家族の協力により、大切にしている小物や写真などを持参していただき、その人らしい居場所づくりを支援している。   | 各居室にクローゼットが設置されています。利用者は仏壇やベット、タンス、テレビ、冷蔵庫などを持ち込み使いやすく配置しています。家族の写真や思い出の品を飾って一人ひとり個性豊かな部屋づくりをしています。   |                   |  |
| 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」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している  | 廊下やトイレ、浴室の手すりの増設や障害となるような家具の移動等環境整備を行い常に安全に配慮している。また、ヒヤリハット等を活用し危険箇所には改善策をとっている。  |   |                   |  |