

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   | 0272701095             |            |           |
| 法人名     | 医療法人 仁泉会               |            |           |
| 事業所名    | グループホーム 小春びより2号館       |            |           |
| 所在地     | 青森県三戸郡新郷村大字戸来字金ヶ沢坂ノ下10 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成30年9月10日             | 評価結果市町村受理日 | 平成31年3月5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)】

|  |
|--|
| <p>理念である地域との交流を図るため、地域の行事やイベントに参加して、利用者や職員と一緒に楽しんだり、利用者の方や顔馴染みの方に声をかけていただき、交流できる機会となっている。また、子供の会の資源ゴミ回収や町内会の花植えに職員が参加することで、地域住民と顔馴染みになり、ホームを知ってもらう機会と考え、継続して参加している。</p> <p>利用者にとってホームが利用者の第二の我が家となるよう、これまでの生活や習慣、家族関係を継続できるように配慮している。また、利用者の持っている力やできる事を見極めて、役割や楽しみを提供し、日常生活において生き甲斐を持ち、一緒に生活することを目標に支援している。</p> |
|--|

※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 |  |
|----------|--|

【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)】

|  |
|--|
| <p>ホームは穏やか家庭的な環境であり、利用者はゆったりと過ごしている。</p> <p>運営推進会議は同法人の事業所と合同で、年6回開催しており、定期的な状況報告等のほか、テーマを設定し、職員が作成した資料を基に意見を交換して、理解を深めている。</p> <p>また、職員が管理者に提出した「目標管理シート」をホールに掲示しており、職員は互いの目標を理解し、達成を応援すると共に啓発し合いながら、日々の仕事に励んでいる。</p> |
|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 青森県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 青森県青森市中央3丁目20番30号 |
| 訪問調査日 | 平成30年11月8日        |

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る<br>(参考項目:9,10,19)     | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                       | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

## 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|--------------------|-----|---|--|---|-------------------|
|                    |     |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                      | 「地域との交流を図り、家庭的な環境の中で、その人らしくありのままに、安心して生活できる第二のわが家」という理念を朝礼で唱和し、全職員で共有しながら、サービスに反映できるように努めている。      | 地域密着型サービスの役割を理解し、ホーム独自の理念を作成しており、ホーム内に掲示している。また、朝礼で理念を唱和しており、職員は理念の実践・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人として日常的に交流している                      | 利用者が地域と繋がりながら生活できるように地域の行事を見学したり、職員がボランティアで花植えや子供会の資源ゴミ回収に参加している。                                  | 年2回、ホーム開放デーを開催し、地域住民にも参加を呼びかけている。ホームの広報誌を村内全世帯に配布し、ホームの存在と事業への理解に繋げているほか、保育園や小・中学校の運動会、文化祭の見学、村の文化祭に利用者の作品展示を行う等、地域の行事に関りながら交流を図っている。 |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                    | 認知症実践者研修のファシリテーターとして参加し、中間報告をホームで行っている。また、研修生を受け入れる際には、利用者のプライバシーに配慮している。                          |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 運営推進会議は年6回開催し、ホームの活動報告や情報を公開して、委員から意見や感想を聞き、サービス向上に努めている。また、自己評価及び外部評価の結果の報告や目標達成計画を説明し、資料を配布している。 | 同法人の事業所と合同で年6回、運営推進会議を開催している。会議ではホームの現状等の報告や説明のほか、委員から地域の高齢者の現状、家族代表から率直な疑問・要望が出される等、様々な意見交換の場となっており、子供会の資源ゴミ回収に協力するきっかけにもなっている。      |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる           | 運営推進会議に村担当者が参加しており、情報を交換している。また、月1回、待機者情報の確認を行い、必要があれば利用者の近況を報告する等、相談・連携に努めている。                    | 運営推進会議には村担当職員が参加しており、最新の情報をもらっているほか、月末にホームの空き情報を伝えており、良好な関係を築いている。また、毎年度監査があり、様々な指導を受けている。  |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|-----|---|---|--|-------------------|
|    |     |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 身体拘束の内容、その弊害について理解し、ドアにカギをかけない、行動を制止する際の声かけに注意する等、身体拘束をしないケアに努めている。また、マニュアルによる定期的な勉強会を部署会議で実施しており、やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族への説明と同意、書類の整備が必要であることも併せて職員へ説明している。 | ホームや法人で研修を行い、理解を深め、日常の声かけについても注意し合っている。玄関や居室に施錠はせず、自由に出入りできるようになっている。また、ホーム内は死角が少なく、見守りやすい環境にあり、利用者の落ち着いた様子があれば、一緒に散歩をして気分転換を図ったり、思いを聞く等、対応している。 |                   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止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                                      | 定期的に部署会議で虐待防止法について勉強会を実施し、理解を深め、ホーム内で虐待等が発生しないように努めている。   |  |                   |
| 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                                 | 定期的に部署会議で権利擁護に関する制度について勉強会を実施し、該当する利用者はいないが、必要な方へ情報を提供できるように努めている。  |  |                   |
| 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  | 入居時には契約書や重要事項説明書、料金等を資料に基づいて説明し、同意を得ている。また、料金等の改正時にはその都度説明し、同意を得ている。退居時には家族に同意を得て、退居先に情報を提供している。  |  |                   |
| 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   | 玄関にご意見箱を設置し、重要事項説明書に苦情受付窓口を明示して、契約時に家族へ説明している。また、苦情処理記録票を作成し、再発防止に努めている。月1回、利用者の受診状況や健康状態、利用者預かり金出納帳を書類で報告している。   | 日頃から利用者とコミュニケーションを多く取り、遠慮なく意見等を出せる関係づくりに努めている。また、運営推進会議には家族代表が出席しており、意見や疑問を出すことができるほか、毎月の便りで利用者の健康状態や暮らしぶり等を伝え、家族が意見等を出せるきっかけにしている。              |                   |

| 自己                           | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------------------------|-----|--|---|--|-------------------|
|                              |     |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                      | 利用者の入居希望や入居の際には、職員に情報を提供し、ケア等について話し合っている。ホームの運営方針に関しては部署会議で、利用者のケアや業務等に関してはユニット会議で話し合い、ケアの向上に努めている。また、職員の異動がある時は、利用者にしっかり挨拶をしている。 | 月1回、部署会議で利用者のケア内容の確認等を行い、職員から意見が出されている。それとは別に全体会議でホーム全体の報告と学習会を開催し、終了後に習熟度テストを実施している。また、年2回、管理者と職員で個人面談を行い、職員の意見等を聞くと共に「目標管理シート」を提出してもらい、ホールに掲示して、利用者や家族も目にすることができる。 |                   |
| 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       | 労働基準法に基づいた就業規則となっている。年2回の健康診断や職員の人事考課、業績考課を年2回実施し、適切な給与となるように努めている。また、各職員がやりがいを有るように個人目標を設定し、評価したり、資格を取得できるように支援している。             |  |                   |
| 13                           |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 全職員が外部の研修に参加する環境が整っていないため、グループ内の定例勉強会や部署会議で勉強会を実施している。また、研修を受ける場合には勤務を調整し、業務に支障がないように配慮して、研修後は報告書の作成と伝達講習を行い、全職員に周知している。          |  |                   |
| 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 | グループの部会や勉強会があり、意見交換や情報交換を行い、各ホームの取り組みを通じて、サービスの質の向上に努めている。  |  |                   |
| <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        | 入居希望があった際は、利用者や家族と面談を行い、利用者の身体状況やニーズを把握し、思いを聞きながら、話しやすいように配慮している。   |  |                   |
| 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                   | 利用者や家族との面談時に、家族の思いや希望等を聞き、ホームの概要や料金等の説明をしながら、信頼関係を築けるように配慮している。   |  |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|-----|---|--|--|-------------------|
|    |     |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 利用者や家族のニーズがホームのサービスで適切であるかを見極め、対応できない時には丁寧に説明し、他の関連事業所の紹介や地域包括支援センターに繋げている。                              |  |                   |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                       | 利用者の趣味や好きな物を把握し、職員と一緒に楽しめるように努めている。また、作業をしたり、教えてもらった時には「ありがとう」と礼を言い、共に支え合いながら生活していることを認識できるように配慮している。    |  |                   |
| 19 |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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        | 利用者の生活の様子や身体状況を報告したり、家族から話を聞き、職員と家族で情報を交換して、気づきや思いを共有できるようにしている。   |  |                   |
| 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                    | 利用者の馴染みの方や場所等を把握するように努めている。また、利用者や家族に支障がなければ、馴染みの場所に出かけたり、手紙や電話等の希望があれば、必要に応じて連絡を取り持つように支援している。          | 入居時の聞き取りや日頃の利用者や家族との会話の中から、馴染みの方や場所等を把握して、希望があれば応えている。また、知人の来訪や電話の取り次ぎ、家族との連絡調整等、これまでの関係を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                | 利用者同士の関係を把握し、トラブルになりそうな時には職員が間に入り、フォローしている。また、居室で過ごすことが多い利用者にはホールへ来ることを誘ったり、随時、居室を訪問して、声かけを多くするように努めている。 |  |                   |
| 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 | 退居時には家族にいつでも相談に応じることを説明している。また、退居先には利用者の状況や生活、ケアの方法等を家族の同意を得て、文書で情報提供している。                               |  |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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   | 日々の暮らしの中で利用者の言葉だけでなく、行動や仕草から利用者の思いや意向を把握するように努めている。また、必要に応じて家族等から情報を収集し、職員間で話し合い、利用者の立場で考えるように努めている。          | 入居時のアセスメントや日頃の会話の中から、利用者の思いや意向を引き出している。意向等の把握が難しい場合には、利用者の表情や動作から意思を汲み取れるように配慮し、利用者の視点に立って考えている。   |                   |
| 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                                       | これまでの生活や暮らしぶり、サービスに至る経過を把握するように努めている。また、家族等から生活習慣等の情報も収集している。   |  |                   |
| 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   | 利用者一人ひとりの過ごし方や生活リズムを把握している。また、できる事や分かる事、できない事、分からない事を把握し、利用者の有する力を発揮できるように支援している。                             |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 家族の意向や利用者の言動等から思いを汲み取り、ユニット会議で職員の気づきや意見を基に話し合い、介護計画に反映させ、定期的に見直している。また、利用者の状態に変化がある時はその都度、介護計画の見直しをするようにしている。 | 利用者がその方らしく暮らし続けることができるよう、利用者や家族等の意見・要望を十分に聞き、職員間で話し合い、問題提起や解決策を記載した具体的な介護計画を立てている。また、利用者の状態や希望等に変化がないか常に観察して、変化時には随時、見直しを行い、利用者の状況に合った介護計画を作成している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 介護記録は介護計画に沿った記録となっており、実践や結果を個別に記録している。また、職員の工夫や気づき等は申し送りノートへ記録し、職員間で共有して、見直し等に活用している。                         |  |                   |
| 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               | 一人暮らしの利用者や家族等が遠方等の理由により、新たなニーズが発生した場合、利用者や家族の暮らしが継続できるよう、柔軟な対応に努めている。   |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|--|---|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                       | 民生委員や町内会長、消防署、警察等を把握し、必要な時には活用できるように働きかけている。また、外部のケアマネジャーや地域包括支援センターの職員と連携を図り、社会資源を活用し、利用者が安心して生活でき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                                   | これまでのかかりつけ医や既往歴を把握し、利用者や家族の希望する医療機関を受診している。必要に応じて眼科や歯科等も受診できるように支援している。また、家族による受診の場合は連絡票を用意し、かかりつけ医や家族等に利用者の身体状況をお知らせしながら、受診結果についても情報を共有できるようにしている。 | アセスメントより利用者の状態等を把握し、希望する医療機関の受診を支援しており、ホームで受診介助をしている。必要に応じて専門医の受診をしているが、地域に専門医がいないため、その際は家族が受診対応し、通院後は結果を確認している。                     |                   |
| 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                        | 訪問看護ステーションと契約しており、週1回、看護師が来所し、介護職員が利用者の身体状況を報告している。また、状態等に変化があった場合、報告や相談をして助言やアドバイスを受け、受診する等によって健康を保っている。   |  |                   |
| 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、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。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。 | 入院した場合には、医療連携室や担当の看護師と退院の目度等について情報交換を行う体制を整備している。また、家族との情報交換も行い、安心して入退院ができるように支援している。   |  |                   |
| 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   | 重度化及び看取り介護に関する指針を入居時に説明している。また、重度化や看取りとなった場合には医療機関や利用者、家族、職員と随時、相談や話し合いを行いながら対応し、支援している。  | 入居時に重要事項説明書の「重度化及び看取りに関する指針」を説明しており、利用者や家族から同意を得ている。村内に往診できる医療機関がないため、看取りの実施は困難であるが、できる限りホームで過ごしてもらい、状態の変化に応じて入院し、病院で最期を迎えることとなっている。 |                   |
| 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   | 緊急時対応マニュアルに沿って、全職員が対応できるようにしている。また、応急手当や救急救命訓練を定期的に行っている。   |  |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|------|---|--|---|-------------------|
|                                  |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 35                               | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている            | 年2回、消防署の協力を得て、夜間の想定を含めた避難訓練を利用者や職員と一緒に実施している。また、避難経路や消火器等の設備点検をしているほか、非常食や飲料水、毛布等を用意して、定期的に点検している。   | 消防署の立ち会いのもと、年2回、昼夜を想定した避難訓練を実施している。利用者や職員のほか、消防団にも参加してもらい、避難誘導時間の目標を設定した訓練を行っている。また、災害発生時に備えて飲料水や食料、衛生用品、毛布等を用意している。  |                   |
| <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                 | 利用者は姓や名前に「さん」をつけて呼んでおり、利用者の言動を否定したり、拒否するような声がけをしないように努め、トイレ介助や入浴の着脱時は羞恥心に配慮しながら介助している。また、個人情報の取扱いは入居時に書面で説明し、同意を得ているほか、プライバシーについても部署会議で勉強会を実施している。 | 利用者の言動を否定したり、拒否することなく、理念にある「その人らしくありのままに」を大切にしている。広報誌への写真掲載時には、利用者や家族の確認を得る等、プライバシーや個人情報の取り扱いに配慮している。また、職員は利用者への声がけや対応について学習し、テストで確認しているほか、スピーチロックについても気付いた時は互いに注意し合っている。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                      | 利用者一人ひとりの力量に応じて、意思決定ができるような声がけやセッティングをしている。また、意思決定ができない利用者には表情や反応を読み取り、対応している。   |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 利用者のその日の希望や心身の状態に合わせて支援するように努めている。また、利用者の意向やペースに合わせるできない場合には説明し、了解を得ている。   |   |                   |
| 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                                   | 利用者の好みやTPO(時・場所・場合)に合わせた衣類やおしゃれができるように支援している。衣類の乱れがある場合は、さりげなく声がけして直している。馴染みの理・美容室に行く利用者はいないが、希望がある場合は家族等と相談して、柔軟に対応するように努めている。                    |   |                   |



| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|---|---|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 利用者の好き嫌いを把握し、食べやすいような調理や盛り付け、代用品を用意する等の対応をしている。また、ホームの畑で採れた野菜や季節の食材を使用することもあるほか、職員も一緒に会話しながら食事している。                     | 法人の管理栄養士が献立を作成し、食材が配送されて職員が利用者の状態に合わせた食事形態(刻み食等)に調理して提供している。また、介助を必要とする方は少ないが、利用者のペースに配慮し、見守り、会話を交えながら、和やかで楽しい食事の時間を過ごしている。  |                   |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている         | 1日の水分量や食事量を把握し、利用者個々に記録している。同グループの管理栄養士が献立を立てており、利用者の好みや嗜好に合わせて食材を用意しているほか、栄養摂取の状況等について相談できる。                           |  |                   |
| 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                  | 職員は口腔内ケアの必要性を理解し、毎食後、利用者の力量に合わせて口腔ケアや義歯洗浄が行えるよう、声かけや介助を行っている。   |  |                   |
| 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向けた支援を行っている  | 利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、記録している。紙オムツや尿取りパッドを併用している方もトイレ誘導し、トイレで排泄できるように支援している。また、排泄介助では羞恥心やプライバシーに配慮した支援に努めている。              | 排泄パターンに応じて事前誘導をして、日中はトイレでの排泄を目標にしているほか、利用者の排泄状況や皮膚の状態等も踏まえて、紙オムツの使用について見直している。また、体調不良等で失敗した時は、他の利用者に気づかれぬよう、さりげなく速やかに対応している。 |                   |
| 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                  | 職員は便秘の原因や及ぼす影響を理解している。便秘の原因を探り、食事量や水分量、運動量を検討し、個別に対応している。また、下剤を使用している場合は医師や訪問看護師に相談し、利用者個々に合わせた使用量や頻度となっている。            |  |                   |
| 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、個々に応じた支援をしている | 利用者の入浴習慣や好みを把握し、利用者の意向を取り入れている。入浴を好まない利用者には、無理強いしないよう、声かけや入浴日を変更する等、工夫している。また、入浴の際にはできる部分は洗身してもらう等、利用者の力量に合ったケアを心がけている。 | 入浴日は週2回としているが、利用者の希望を聞きながら1日3、4人の入浴介助として、ゆっくり入浴してもらっている。また、利用者の入浴習慣や好みを聞きながら、負担感なく、安全に気持ち良い入浴となるように心がけている。                   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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   | 利用者の生活リズムを把握し、体調に合わせて休息できるように支援している。また、睡眠状態や日中の活動量を観察し、申し送り等で報告しており、利用者が安心して眠れるような声がけや飲み物の提供等の支援をしている。                        |   |                   |
| 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  | 全職員が利用者の薬の内容を把握できるよう、処方箋をカルテに綴じている。内服薬に変更がある時は申し送りノートにて全職員に周知し、記録して、家族にも報告している。また、誤薬や飲み忘れがないようにルールを決め、実践している。                 |   |                   |
| 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                             | 利用者個々の生活歴や習慣、希望を把握するように努めている。日々の生活の中で、利用者の力量に応じた役割や楽しい時間を過ごせるように支援している。また、利用者の嗜好を把握し、他の利用者にも配慮・検討した上で取り入れている。                 |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行か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支援している | 月1回程度、花見や買い物等、外出の行事を計画している。また、天気の良い日には散歩したり、畑を見て気分転換ができるように支援している。  | 天気の良い日には散歩に出かけたり、畑の草取りや収穫を行い、利用者の楽しみや気分転換に繋がるよう、日常的に外に出る機会を作っている。また、季節を感じる事ができる花見やお祭り等、年間の行事計画を立てて外出するようにしている。家族には行事の参加について案内を出しているほか、年2回のホーム開放デーには家族や地域住民の参加を得ている。 |                   |
| 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                             | 利用者の力量や利用者や家族の希望があれば、少額を自己管理してもらっている。普段、お金を使わない利用者には買い物時に意識して支払いを声かけたり、促している。また、ホームでは預り金は3万円以内として、用途を記録し、領収書を付け、書類で家族に報告している。 |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている  | 電話や手紙を希望する時は、利用者に合わせて支援を行っている。また、手紙を読めない利用者には了解を得て代読し、内容を知らせている。  |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|--|---|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 掃除や整理・整頓を常に行い、季節に合った装飾を心がけており、ソファや畳を配置して、家庭的で居心地の良い空間となるように努めている。また、職員の立てる音やテレビの音量、室内の明るさ、空調は適切であり、利用者が快適に過ごせる環境となるように心がけている。 | ホールや廊下は広く、天井は高く、ゆったりとして開放感があり、ホールのソファや畳、食卓では、利用者が思い思いにくつろぐことができる。また、加湿器等を設置しながら空調管理を適切に行っているほか、大きなガラス窓からは日差しが入り込み、利用者が居心地良く過ごせる環境となっている。 |                   |
| 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  | ホールにはソファや畳を置き、座ったり横になってくつろぐことができる。廊下に椅子を置き、利用者同士で会話したり、休めるように配置している。また、利用者同士の関係性に配慮して、位置を変える等、随時検討している。                       |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 入居時には使い慣れた物を持って来て欲しいと説明しているが、茶わんやコップ等の身の回りの小さい物の持ち込みとなっている。また、居室は使いやすいように利用者と相談し、配置の変更や家族との写真を貼る等、利用者が居心地良く過ごしてもらえるように工夫している。 | その方らしい居室で安心、快適に暮らせるように、自宅で使い慣れた物の持ち込みを働きかけており、ホームのパンフレットにもその旨を記載している。持ち込みが少ない場合は職員が利用者の意向や希望を聞きながら、一緒に居室づくりを行っている。                       |                   |
| 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」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  | 居室やトイレ、風呂等を分かりやすく表示し、場所を間違えないように工夫している。また、利用者の日常の動線を観察し、職員同士で情報交換しながら、利用者が自立した生活を送れるような環境づくりに努めている。                           |  |                   |