

### 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   | 1892000025         |            |  |
| 法人名     | (株)ケアネット越前         |            |  |
| 事業所名    | グループホームのどか (海の里)   |            |  |
| 所在地     | 福井県丹生郡越前町厨70-206-4 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月30日        | 評価結果市町村受理日 |  |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 福井県福井市光陽2丁目3番22号  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年11月14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)】

地域と共にを大切にして地産地消を取り入れた野菜・魚・他の食材を使用した料理作りを継続しております、また月に1度以上の行事を予定し外出・外食・特別メニュー等を取り入れ外出等で気分転換・ストレスの緩和に努めております。利用者も高齢にて筋力の低下もあり、リハビリ・体操・歩行練習・嚥下体操も継続し力をいれております。いつでも笑顔で利用者へ接し・支援をすることで利用者の笑顔が絶えないよう心掛けております。

【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)】

前回の外部評価結果を踏まえて支援の質の向上を目指し、全職員が取組んでいる。特に重度化、終末期の支援方法について取組み、マニュアルを作成し、家族と協力医、訪問看護と協議を重ねながら3名の看取りを行った。また、苦情解決の具体的なフローチャートの作成や身体拘束廃止・排除マニュアルの作成の他、「介護記録」から「介護計画」への記録の流れを明確化し、記録力の向上と利用者の意向の把握に取組んでいる。事業所の自己評価についても全職員で行い、一人ひとりが働き甲斐を持ち、自らの資質向上のために資格取得等にも取組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<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  | 介護に対する思いを皆で話し合い、それを反映した理念で毎朝申し送り時に確認し理解してもらう利用者に対しても笑顔、明るく楽しいを心掛けている  | 理念を「地域とともに」「住み慣れた土地で」と定め、運営方針では「利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立つ」ことを明示している。また、具体的な行動規範を定め、実践している。 |  |
| 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  | 祭り・正月・文化祭等に参加し荘年会・子供会との交流があり、外出時は地元の店での外食・食材の購入を行い地元の方と交流を深め連携を取っている  | 自治会に加入し、地域の清掃、祭り、敬老会、花火大会などに参加している。また、大学生のボランティアが訪れている。                                 |  |
| 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  | 民生委員の方を通して認知症の方独居の方との交流は続行している、また家族の方の相談、話し合いも行っている   |   |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 2か月1回行い、現状報告や活動内容をお便りを添えて報告し話し合っている、意見等はミーティングにて話し合い共有している  | 区長、老人会代表、民生委員、家族、町職員、地域包括支援センター職員が出席し、現状報告と意見交換を行っている。また事故につながりそうだった案件についても報告している。      |  |
| 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   | 月に数回は健康保険課に行き報告・連絡・相談を行い意見・アドバイスを頂いている  | 運営推進会議に、町職員、地域包括支援センター職員が毎回出席している他、町職員が事業所行事に参加するなど、連携を図っている。                           |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「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 | 身体拘束廃止マニュアルを作成。ミーティングにて身体拘束について理解を深めつつ身体拘束をしないケアの徹底、又は利用者によって拘束が必要な時もあるのではないかとカンファ・ミーティングにて職員、時には御家族とも話し合いながら身体拘束ゼロを目指している    | 玄関は午前7時から午後9時まで開錠している。身体拘束廃止・排除マニュアルを作成し、身体拘束ゼロを目指している。やむを得ない場合は、家族と話し合っているが、支援記録がない。   | やむを得ない場合の対応について、支援計画、モニタリング等の記録の整備、協議・決定体制が明確にされることを期待します。 |
| 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                                     | 入浴時の身体状況把握・異変に対応。ヒヤリハットにて徹底しながら月1回のミーティングにて情報の共有、高齢者虐待防止関連法についても理解を深める。又、利用者・職員間の異変や気づきにて虐待を見過ごすことのない様徹底している。今後、監視カメラの設置を検討中。 |   |  |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|-----|--|---|--|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 利用者1名成年後見制度を申請。それについて関係者と話し合いを行い活用している。                                       |  |                   |
| 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                         | 契約時、家族・利用者に十分に説明し、内容を理解していただいている。不安・疑問点をたずね、それらを解消できる様、サービス提供に努めている。          |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 月1回のミーティングにて、利用者・家族等の意見・要望等情報の共有を図り、運営に反映できる様努めている。                           | 利用者の生活や行事の様子を撮影した写真報告に利用者が書いた手紙を添え、毎月家族に送付している。運営推進会議に家族が参加し、意見や要望を聞いている。  |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 月1回のミーティングにて話し合いの機会を設け、検討・具体化し、業務に反映できる様努めている。                                | 毎朝の申送りや月1回のミーティングで報告や意見交換をしている。職員の要望により年2回親睦会を開催し、コミュニケーションを取りやすい環境作りを行った。 |                   |
| 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      | 管理者・リーダーによる就業状況・個々の努力や実績、勤務状況の把握の徹底。情報共有し給与水準・労働時間等向上心の持てるよう職場環境・条件の整備に努めている。 |  |                   |
| 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         | 研修への積極的な参加。又、ミーティング時の勉強会にてケアの向上に努める。資格取得や研修費用の一部負担をし、応援している。                  |  |                   |
| 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 | 長の連携会・グループホーム連絡会等の交流を持ち、サービスの質の向上させるよう努力している                                  |  |                   |

| 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>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |  |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | フェイスシートにて事前確認。各利用者への理解を深めることの出来るよう、更に継続してコミュニケーションを図る中で、寄り添い、助け合いながら信頼関係の構築を図り、本人の安心を確保できる様努めている。 |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 推進会議のみならず、面会時や電話対応時等で家族等から吸い上げた意見・要望等を職員間にて共有。また、困っている・不安な事柄についてはホーム長・職員と相談しサービス提供に繋げている。         |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | フェイスシート作成に加え、入所時の本人・家族の要望・状況や介護支援専門員の意見プラスその他の要素や役場等地域機関の情報・同居していない家族の意見等も取り入れ、サービス提供に繋げている       |  |                   |
| 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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 各利用者に合わせて、洗濯・おしぼりたたみ等「暮らし」に関わる作業や、野菜の始末、収穫の手伝い等もしていただく。又、利用者同士の支え合いなども見守り・介助しながら行っている。            |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 本人に必要な支援の一部を無理のないよう家族に負担していただき、それにより本人に安心していただける様協力していただく。又、その様な環境を作ることが出来るようお手伝いさせていただきます。       |  |                   |
| 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                     | 以前関わった介護支援専門員や同郷の方が来所される機会には積極的に声掛けしていただいている。越前地区の方にはいつでも来所いただける様宣伝している。                          | 町内のコミュニティーバスを利用し、友人が訪問したり、家族が面会に訪れたりする等、馴染みの人との交流が継続されている。 |                   |
| 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                 | 作業等に合わせて利用者が関わり合いながら作業されている。円滑にコミュニケーションが取れる様、職員見守り・介助を行う。又、利用者同士の見守りや介助も職員見守りの中で行っている。           |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 契約終了した方への訪問を続行し状況把握している。又、他施設へ移られた方も訪設時に様子を伺っている。  |   |                   |
| <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   | 利用者の生活歴を把握、本人の言葉・表情・声のトーン等を良く見て、希望に添ったサービスの提供に努めている。又、継続して家族や知人の方から聞いた過去のエピソード等からもヒントを得て、職員間で情報の共有を図っている。        | 介護記録から介護計画までの記録の流れを明確化し、職員の記録力の向上と介護の質の向上の取組も行いながら、利用者の思いや意向の把握を行っている。                    |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入所時のキーパーソンによるセンター方式用紙の生活歴記入、在宅時の担当ケアマネへの確認。入所時から徐々に慣れていただけの様無理解なく声掛けし会話していく中で継続的に生活歴・馴染みの暮らし・生活環境等を把握できるよう努めている。 |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 時系列による行動・食事(残量)・水分・排泄・バイタルチェックを個々に記録、変化や異常等申し送り、それへの対応等毎朝礼にて検討し職員間で把握・共有している。又、全体ミーティングにて海・花両利用者の現状報告を行う。        |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人・家族の意向・主治医の意見をふまえ、介護・看護職で介護計画作成。基本3か月毎のモニタリングだが、利用者の心身の状態に合わせ、変更が必要な場合には現状に即した介護計画となるよう、随時見直し変更している。           | 事業所独自のチェック項目を作成し、月1回のモニタリング、3か月に1回のケースカンファレンスを全職員が行っている。全体ミーティングで一人ひとりの状況報告とケース検討が行われている。 |                   |
| 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                        | 時系列による行動記録。申し送りにて重要事項共有しながら、個々への気づき→その後のケアへ落とし込み・実践というように流れを組んで生かしている。些細な事柄についても介護記録へ記入、申し送りの徹底をしている。            |   |                   |
| 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               | 本人のニーズに合わせて理容・美容や家族の希望にてホーム長がボランティアで散髪を行っている。又、本人必要と訴えのあるものを家族が用意できない場合も施設購入し請求させていただく等柔軟なサービス提供に努める。            |   |                   |

| 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                                      | 地元の朝取れ魚、底引き魚、野菜などを提供している。地域のお祭りでは、子供太鼓や神輿、神楽まわし等来ていただき楽しんでいただける様取り組んでいる。   |   |  |
| 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                                  | 家族・本人が希望した医師による往診、協力医・訪問看護・スタッフ間で利用者の状態を共有し病状把握を図っている。   | 月1回、協力医の訪問診療と訪問看護ステーションのアドバイスを受けている。利用者の状況に応じ、歯科医の訪問診療も実施している。医療機関を受診する場合は、看護師が付き添っている。                             |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | スタッフは利用者の変化や異常、気づきを看護職に報告。訪問看護師と相談し適切な受診が出来るよう支援している。  |   |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 利用者が入院した際はスタッフと管理者が相談し、面会・利用者が必要な物等持っていく等退院後もスムーズに戻れるよう支援している。   |   |  |
| 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  | 重度化した方、終末期の方への対応は早めに家族と連絡を取って話し合い、状況説明・当施設でできる事を十分に説明、方針を決め共有し、支援に取り組む。全職員にもその方針等共有し、「看取り介護について」のマニュアル作成し、全員で支援に取り組んでいる。 | 利用者や家族の意志を尊重し、協力医、訪問看護師との協議を重ね、看護職員・介護職員が密に連携して看取りを行っている。看取り介護マニュアルを作成し、それに基づきカンファレンスを重ね、看護師である管理者が職員のメンタルケアも行っている。 |  |
| 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  | 全体ミーティングにて応急時の研修をし、実践力を身に付けてもらう。又、急変・事故発生時は看護職に指導を受けている。   |   |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 年2回実践さながらの訓練を行っている。地域との連携も図り、津波・地震・火災時の対応として小学校への避難訓練も実施している。  | 年2回、地震、津波、火災等を想定した避難訓練を実施している。津波を想定した訓練では、高台にある小学校への避難を行った。事業所には、水、お茶、毛布等が備蓄されている。しかし、避難訓練に地域住民の参加がない。              | 避難訓練時に地元関係者への参加協力を依頼する等、協力体制が築かれることを期待します。 |

| 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>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 本人本意を重視し、申し送りやミーティングにて全職員間で個々のケースを共有、話し合い配慮して言葉かけ・対応している。  | ミーティングで命令口調、叱る、上からの目、威圧的な発言をやめるよう周知を図るほか、外部からの利用者の個人情報の問い合わせ等には応じないよう、具体的な対応方法を指導している。                    |                   |
| 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                     | 軽作業・脳トレ等なるべく自主的に行っていたり、個々に合わせて提供。また、その時の表情・態度にて思いをくみ取り、無理なく本人に合わせた自己決定を働きかける                     |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 個々のやりたい事を聞きながら拒否される方にも他の物を提供するなど、様々にアプローチし手作業や脳トレを提供している。  |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 個々の好みや季節・気温に合わせて着衣提供。女性は朝の整容介助や髪型を好みにアレンジしたり、肌荒れにも配慮。男性の髭剃りも定期的に声掛け、介助を行っている。                    |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 普段の食事は地場産の野菜・魚を豊富に利用している。誕生日には本人のリクエストにて好きな物を提供。納涼祭は職員と一緒に涼しくなった夕方、屋外にて海を見ながら露店を楽しんでいただいている。     | 地域住民から提供された野菜や地元の魚介類をふんだんに活用し、調理している。利用者はおしぼりたたみや野菜の下処理、配膳、後始末など出来ることを手伝っている。誕生日は、本人から希望メニューを聞き、献立を作っている。 |                   |
| 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          | 個々に合わせ、食事の全量摂取できる量を把握し提供。水分量の足りない方は好みの物を栄養面に配慮し提供している。   |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 毎食後、声掛け～誘導まで個々に合わせた支援を行い、口腔ケア実施(義歯洗浄・セッティング・介助等)離床のできない利用者も口腔スポンジや口腔ウェットティッシュ等個々に合わせて口腔ケアを行っている。 |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|--|---|---|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                             | チェック表など活用し排泄パターンを把握してトイレ誘導を行う。ケアプランに排泄の自立支援を取り込んでいる。又、利用者の体調に合わせて無理なくトイレ誘導等を行っている。  | 一人ひとりの排泄パターンを把握して、さりげなく支援している。利用者は失敗を心配し、紙パンツをはいているが、多くの方はトイレで排泄している。                 |                   |
| 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   | 未排便日数を職員が把握し、食事・水分補給・運動の調整、又未排便の状態に合わせて服薬し排便コントロールを行っている。   |   |                   |
| 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、個々にそった支援をしている                            | 夏:3回、冬:2回/週 AMに実施。本人希望・体調・失禁の有無・散髪・予定に応じて曜日・時間や女性・男性の順番等配慮して実施。又、本人希望にてシャワー浴・洗体のみ・清拭・更衣のみと気分に合わせて実施。                          | 利用者の入浴したいという気持ちを優先し、支援している。本人の尊厳に配慮した入浴介助を心掛け、出来る事は利用者に行ってもらい、職員は、転倒など特に安全に配慮し支援している。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している  | 個人の体調・気分に合わせて自室・ホール・ソファ等で過ごしていただく。日勤帯・夜勤帯の状況等申し送り徹底して個々の心身状態に合わせて休息したり逆に夜間気持ち良く眠れるよう日勤帯を活動的にするなど支援している。                       |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている   | 毎日の服薬チェックを申送り表に記入。配薬～服薬までに3回のチェックを入れ間違いのない様管理。病状変化時等NSに即報告、主治医に連絡・相談し指示を仰ぎ、申し送りにて情報共有。又、薬種表をカルテに添付し担当に閲覧徹底。                   |   |                   |
| 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                            | 入浴後の洗濯たみは本人でしていただいている。その他、ADL等能力や嗜好に合う「暮らし」の中の仕事もして頂く。又、家族が嗜好品を持参されれば召し上がって頂く他、誕生会でのリクエストによるメニュー、利用者に合わせて多様なレクリエーションの提供等行っている |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している | 利用者の体調や希望に応じ菊人形など遠出には車椅子確保。近隣のうおいち・道の駅等はスタッフ増員し見守り、歩行器等使用し屋外散歩実施。   | 菊人形祭りや陶芸村、近隣の店などに出かけるほか、墓参り等の外出支援を行っている。帰宅願望の強い利用者には、気持ちに寄り添い外出している。                  |                   |

| 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 |
| 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  | 基本的な個人の金銭所持は禁止。家族・本人希望により低額で所持していただき金額・用途・使用は管理・見守り・介助を行っている。また、外出時の使用も見守り・介助している。   |   |                   |
| 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   | 本人希望にて手紙や電話のやりとりを職員一部介助にて対応。又、月末には家族宛にお手紙を書いていたいただき請求に添えてお送りしている。                    |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | ホーム内保清し温度・湿度に配慮。イベント・季節等に応じ利用者と一緒にホーム内の飾りや貼り絵など制作。基本的にホーム内アースカラーを使用し居心地良く過ごせる様工夫している | 共用空間には、利用者が制作した飾りや折り紙作品等が置かれている。また、天井からは空が見え、日中の天候の移り変わりを感じる事が出来る。          |                   |
| 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  | ホール内にソファやテーブル席を置き、利用者同士自由に過ごしていただける場所を提供している。時には海・花ユニット間を歩き来して思い思いに過ごしていただく。         |   |                   |
| 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  | 家族にも協力いただき、季節や好みに合わせて衣替えを行う。(寝具含む)又、本人の好みの物、自宅で使い慣れたもの、手作り品を置き、居心地良く過ごせる様に工夫している。    | 居室には、利用者自身が制作した作品や家族の写真が飾られている。使い慣れた家具が持ち込まれ、衣服が整頓して掛けられており、居心地の良い空間となっている。 |                   |
| 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」「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   | 個々に合わせ歩行器具の使用。又、トイレ・居室に認識プレート・名札(写真付)を貼り、認識しやすい様配慮している。浴室安全に使用できるおゆメンテナンス・器具を設置している。 |   |                   |

### 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   | 1892000025         |            |  |
| 法人名     | (株)ケアネット越前         |            |  |
| 事業所名    | グループホームのどか (花の里)   |            |  |
| 所在地     | 福井県丹生郡越前町厨70-206-4 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月30日        | 評価結果市町村受理日 |  |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 福井県福井市光陽2丁目3番22号  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年11月14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)】

地域と共にを大切にして地産地消を取り入れた野菜・魚・他の食材を使用した料理作りを継続しております。また月に1度以上の行事を予定し外出・外食・特別メニュー等を取り入れ外出等で気分転換・ストレスの緩和に努めております。利用者も高齢にて筋力の低下もあり、リハビリ・体操・歩行練習・嚥下体操も継続し力をいれております。いつでも笑顔で利用者へ接し・支援をすることで利用者の笑顔が絶えないよう心掛けております。

【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)】

海の里ユニットと同じ

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<br>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)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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)   | ○<br>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<br>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)             | ○<br>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<br>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)                     | ○<br>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<br>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)                   | ○<br>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<br>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) | ○<br>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<br>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)     | ○<br>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<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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<br>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)                  | ○<br>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<br>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                                       | ○<br>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<br>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)         | ○<br>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<br>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                                   | ○<br>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<br>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) | ○<br>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  | 介護に対する思いを皆で話し合い、それを反映した理念で毎朝申し送り時に確認し理解してもらおう利用者に対しても笑顔、明るく楽しいを心掛けている                     | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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  | 祭り・正月・文化祭等に参加し荘年会・子供会との交流があり、外出時は地元の店での外食・食材の購入を行い地元の方と交流を深め連携を取っている                      | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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  | 民生委員の方を通して認知症の方独居の方との交流は続行している、また家族の方の相談、話し合いも行っている                                       |            |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 2か月1回行い、現状報告や活動内容をお便りを添えて報告し話し合っている、意見等はミーティングにて話し合い共有している                                | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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   | 月に数回は健康保険課に行き報告・連絡・相談を行い意見・アドバイスを頂いている  | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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 | 全職員にて身体拘束について月1ミーティング・毎日の申し送り等にて把握する。身体拘束についての正しい理解に努め、身体拘束ゼロを目指す。又、身体拘束廃止マニュアルを作成。       | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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                                     | 全体ミーティング、申し送り等機会あるごとに虐待防止について確認・理解を努める。身体状況、異変に気付ける様、利用者の身体観察。異変等あれば即座に報告・指導・改善できる様努めている。 |            |                   |

| 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 |
| 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    | 利用者1名成年後見制度を申請。それについて関係者と話し合いを行い活用している。                                       |            |                   |
| 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                         | 契約時、家族・利用者に十分に説明し、内容を理解していただいている。不安・疑問点をたずね、それらを解消できる様、サービス提供に努めている。          |            |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 月1回のミーティングにて、利用者・家族等の意見・要望等情報の共有を図り、運営に反映できる様努めている。                           | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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                                      | 月1回のミーティングにて話し合いの機会を設け、検討・具体化し、業務に反映できる様努めている。                                | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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      | 管理者・リーダーによる就業状況・個々の努力や実績、勤務状況の把握の徹底。情報共有し給与水準・労働時間等向上心の持てるよう職場環境・条件の整備に努めている。 |            |                   |
| 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         | 研修への積極的な参加。又、ミーティング時の勉強会にてケアの向上に努める。資格取得や研修費用の一部負担をし、応援している。                  |            |                   |
| 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 | 長の連携会・グループホーム連絡会等の交流を持ち、サービスの質の向上させるよう努力している                                  |            |                   |

| 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>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |            |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 利用者との対話の中で、様々なサインを見落とさず、本人・家族の意見を拾い支援に繋げる。安心して意見や相談できる様、又、誤解されることで信頼を得られないことにならない様注意している。                 |            |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 家族との連絡を密にし、推進会議等意見交換しながら、家族の思いをくみとり、要望等検討し応えるよう努める。県外の家族にも月1回のお手紙にて利用者の様子や本人からのメッセージを届けている。               |            |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 本人・家族の状況は在宅時の介護支援専門員の意見等参考にし、馴染の暮らしに近づけるよう努め、他のサービスや当ホームにおいても多様なサービスを選択していただける様選択肢を持たせる。                  |            |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 各利用者の得意分野を聞き、又は観察して把握、共同生活の一部と一緒に担う事で他の利用者とのコミュニケーションに繋ぐ。又、利用者に生活の知恵を教えていただき、更に充実した家事作業・調理の参考となっている。      |            |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 家族に本人の生活状況等詳細を報告し、個々に合わせて通院・外出・外泊の機会確保、散歩、話し相手等、可能な限りの支援をお願いしている。又、施設内での本人の家族を思う様子や来られた時の表情や状態の好転等もお伝えする。 |            |                   |
| 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                     | 旧知の方、同郷の方、友人等気軽に来所・面会していただけるよう努めている。又、地域の方にもいつでも見学・面会いただける事をお伝えしている。                                      | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 気の合う利用者同士、居室の行き来をして話していただいている。トラブルの際、職員が間に入り、相互の意見を聞き解決できる様支援。いい関係が築ける様配慮している。                            |            |                   |

| 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 |
| 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                    | 契約終了した方への訪問を続行し状況把握している。又、他施設へ移られた方も訪設時に様子を伺っている。  |            |                   |
| <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   | 利用者の生活歴を把握、本人の言葉・表情・声のトーン等を良く見て、希望に添ったサービスの提供に努めている。又、継続して家族や知人の方から聞いた過去のエピソード等からもヒントを得て、職員間で情報の共有を図っている。      | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入所時のキーパーソンによるセンター方式用紙の生活歴記入、在宅時の担当ケアマネへの確認。入所時から徐々に慣れていただけ様無礼なく声掛けし会話していく中で継続的に生活歴・馴染みの暮らし・生活環境等を把握できるよう努めている。 |            |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 時系列による行動・長事(残事)・水分・排泄・バイタルチェックを個々に記録、変化や異常等申し送り、それへの対応等毎朝礼にて検討し職員間で把握・共有している。又、全体ミーティングにて海・花両利用者の現状報告を行う。      |            |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人・家族の意向・主治医の意見をふまえ、介護・看護職で介護計画作成。基本3か月毎のモニタリングだが、利用者の心身の状態に合わせ、変更が必要な場合には現状に即した介護計画となるよう、随時見直し変更している。         | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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                        | 時系列による行動記録し、本人のニーズに添ったプランによるケアの記録をすることで変化・課題を見つけ、介護計画の改善に繋げている。  |            |                   |
| 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               | 本人希望で美容室の出張・又は家族の方に連れて行っていただく等している。又、面会時間を家族の都合に合わせる等、個々のニーズに対応している。   |            |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価       |                   |
|----|------|---|--|------------|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況       | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 地元の朝取れ・底引き魚や野菜など地産地消している。また地域の祭り時のお神輿・お神楽・子供太鼓等見て楽しんでいただける様取り組んでいる。  |            |                   |
| 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                                  | 家族・本人が希望した医師による往診、協力医・訪問看護・スタッフ間で利用者の状態を共有し病状把握を図っている。   | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | スタッフは利用者の変化や異常、気づきを看護職に報告。訪問看護師と相談し適切な受診が出来るよう支援している。  |            |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 利用者が入院した際はスタッフと管理者が相談し、面会・利用者が必要な物等持っていく等退院後もスムーズに戻れるよう支援している。   |            |                   |
| 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  | 重度化した方、終末期の方への対応は早めに家族と連絡を取って話し合い、状況説明・当施設でできる事を十分に説明、方針を決め共有し、支援に取り組む。全職員にもその方針等共有し、「看取り介護について」のマニュアル作成し、全員で支援に取り組んでいる。 | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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  | 全体ミーティングにて応急時の研修をし、実践力を身に付けてもらう。又、急変・事故発生時は看護職に指導を受けている。   |            |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 年2回定期的に避難・防災訓練を実施し、地域と共に連携を。又、避難・誘導方法・時間等、様々なケースを想定し、実施後は反省点を全職員で検討・確認する   | 海の里ユニットと同じ |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価       |                   |
|----------------------------------|------|--|--|------------|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況       | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |            |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 一人ひとりの気持ちのあり様やその場の状況を判断しプライドを立て、プライバシーに配慮した言葉かけとなるよう留意している、申し送り・ミーティングにて個々のケースについて配慮不足への反省や意識付けを行っている。 | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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                     | 言葉の基本は「してください」ではなく「しませんか」の表現を用いて自己決定の場を多く持てるようにし、利用者の表情や態度を見て思いをくみ取り意思に確認をしている。                        |            |                   |
| 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、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 | 利用者一人ひとりにその日にやりたい事・希望を聞いてマイペースに行ってもらい、ストレスのかからない様過ごしてもらう支援をしている。                                       |            |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 季節・室温に合わせ利用者の好みの洋服の組み合わせをしたり、アドバイスをし支援する、希望時にカット・毛染めも行っている、外出時は色々組み合わせせてみて好みの物を着ている。                   |            |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 普段の食事は地場産の野菜・魚を豊富に利用している。誕生日には本人のリクエストにて好きな物を提供。納涼祭は職員と一緒に涼くなった夕方、屋外にて海を見ながら露店を楽しんでいただいている。            | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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          | 個々に合わせ、食事の全量摂取できる量を把握し提供。水分量の足りない方は好みの物を栄養面に配慮し提供している。   |            |                   |
| 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                   | 歩行できる利用者は毎食後声掛けをし洗面所に誘導しセッティングして、歯磨き、義歯洗浄、口腔状態を見る等個人別に支援をしている。   |            |                   |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 利用者よりの尿意・便意の訴えにその都度トイレ誘導を行っている、訴えない方は排泄パターンを把握して時間毎にトイレ誘導・排泄介助を実施、夜間も同様である。   | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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  | 便秘の原因を把握し排便のない日数を共有し食事・水分等を調整し排便を促している、リハビリ・体操・歩行練習にて身体を動かして予防に努めている。   |            |                   |
| 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、個々にそった支援をしている                             | 基本的には週2回～3回実施しているが本人の希望時・行事予定・失禁にての汚染時等に応じて時間・曜日を変更している、入浴時の介助は女性利用には女性スタッフが1対1介助で対応している。   | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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   | 一人ひとりの体調・気持ちのあり方に合わせ自室・ホールでと希望に応じて快適に過ごせる様支援する、夜間は21時消灯とするが、入眠できないときは、自室・ホールのテレビを見る事もあるが声を小さくする、大きな音を出さない様にし、自室の電気を豆電気にし危険防止に努める。 |            |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 薬の説明書をカルテ・管理表につずりスタッフが把握できるようにしている、服薬確認は3回行い各利用者ごとに内服確認を行う、副作用・病状変化がある時はナース・主治医に報告・相談し指示受けをして申し送り等で情報の共有をしている。                    |            |                   |
| 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                             | 食事のセッティング・片づけ・洗濯物たたみ・おしぼりたたみ等皆で分担し楽しみながら行う、包丁の持てる方は魚・野菜の始末もしてもらう、家族より好きな物を持って来た時は自室で一緒に召し上がって頂く事もある、刺身時は飲酒することもある。                |            |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 毎月1回は皆で外出を予定したいが出来ない月もある、利用者の体調・希望に合わせて、菊人形・花見・外食等の外出行事に参加してもらう又散歩や近隣への買い物へも出かける。   | 海の里ユニットと同じ |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価       |                   |
|----|------|--|--|------------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況       | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 基本的には個人の金銭所持は遠慮してもらうが希望のある方は低額を所持し個人管理をしてもらう、使用時は見守り・介助をし管理をする。  |            |                   |
| 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   | 毎月家族に手紙を書いてもらっている、高齢者なので書くことが苦手であるがスタッフ指導の下一言で良いからと頑張ってもらう、電話は希望時かけている。  |            |                   |
| 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 | 常にホール・居室・トイレ・浴室・台所等清潔に保ち、温度・湿度・採光を随時確認しながら調整している、納涼祭・クリスマス等季節に応じた行事やホール内に利用者と一緒に季節に応じた作品・貼り絵作り飾る事で季節を感じる事ができる。 | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 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  | ホール内7人掛けのソファ・テーブルがあり、気の合った利用者が思い思いに座られ語り合いの場となっている、又海の里より遊びに来られることもある。   |            |                   |
| 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  | 居室の温度は好みの温度で過ごしてもらい、衣類も家族の協力のもと衣替えをもらい、馴染みの物を持ってきてもらい快適に過ごせる様工夫している。   | 海の里ユニットと同じ |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 個々の希望を取り入れその人に合った歩行器具の使用をし、居室内の家具・ベッドの位置も安全性を考え設置する、居室の戸には写真入りの名札を貼り認識しやすいようにする等メンテナンスも行っている。                  |            |                   |