

# 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   | 4592000048         |            |            |
| 法人名     | 医療法人 山仁会           |            |            |
| 事業所名    | グループホーム メゾン・こもれび   |            |            |
| 所在地     | 宮崎県児湯郡高鍋町北高鍋4775番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年12月20日        | 評価結果市町村受理日 | 平成30年2月27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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kihon=true&amp;JisyosyoCd=4592000048-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kihon=true&amp;JisyosyoCd=4592000048-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会          |
| 所在地   | 宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階 |
| 訪問調査日 | 平成30年1月19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)】

併設医療機関があり医師が24時間対応できる。また、医師である理事長による回診を1回/2ヶ月に実施し、入居者様の健康維持、管理ができています。法人内には、介護老人保健施設・通所リハビリテーション・通所介護があり、毎月の法人全体の会議では様々な研修を取り入れている。職員による研修(感染・接遇・高齢者虐待防止・認知症ケア・プライバシーの保護)の他に、外部講師を招き法令遵守・感染・接遇マナー等の研修を行い研鑽を重ねている。また、西都・児湯地区のグループホームブロック研修にも積極的に参加し、スキルアップに努めている。同法人内のグループホームと合同でクリスマス会・餅つき大会を行い、家族・地域の方々を招待し大きな楽しみになっている。地域との交流を大切に考え、町内のボランティアに訪問して頂き交流を図っている。また、防災訓練にも地域の方々に参加して頂くことで協力体制が整っている。

## 【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)】

代表者が現在地に医療機関を開業後、地域の信頼、期待、ニーズに応じて、介護保険事業を漸次展開している。地域住民として地域活動や地域の方達と交流を図ることにより、法人施設へのボランティア活動や主催する納涼祭や防災訓練に地域住民の参加協力が得られている。ホームや介護施設は公道沿いにあり、屋外歩行訓練やホーム利用者の散歩時は、徐行運転やあいさつ、声掛けが日常的に見られている。ホーム職員は、「利用者が今を幸せに感じてもらう」ことを目標にしているが、常時見守りが必要な利用者があるため、玄関等に施錠をしたりホームで調理をすることがなくなっているが、できるだけ今までどおりの対応ができるよう、検討しながら目指すホームづくりに努めている。

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<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している<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |    |   |                       |   |

## 自己評価および外部評価結果

| 自己                 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|--------------------|-----|--|---|---|-------------------|
|                    |     |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |   |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                             | 開設以来、「今を大切に、1日を幸せに」を継続して理念に掲げている。ホーム内に理念を掲示し、全職員で共有している。また、入居者様と一緒に過ごす時間を大切に、1日を幸せに暮らせるように支援している。                             | 開設時に職員で検討した理念を掲げ、年1回は具体的なケアの指針を職員で話し合っている。全体会議や運営会議などで理念や指針に沿ったケアが実践できているか確認を行っている。                                       |                   |
| 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                             | 町内の祭りや、文化祭に参加している。また、ホームでの行事(敬老会・クリスマス会・餅つき大会)に地域の方を招待したり、定期的にボランティアグループにも来て頂き交流を図っている。認知症カフェにも数回、出向いている。                     | 法人は地域とのつきあも長く、法人合同の祭りや防災訓練、施設やホームのニーズに対応したボランティア訪問がある。その他、利用者は散歩圏内にある店舗での買い物や外食などでも地域の方と触れ合う機会となっている。                     |                   |
| 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                           | 運営推進会議にて認知症の研修内容を報告、広報している。また、ホームでの認知症の方の困難事例、支援方法を報告している。<br>見学者への相談にも乗り、アドバイスを行っている。  |   |                   |
| 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        | 会議ではホームの現状・行事・取り組み・災害対策等を報告している。参加メンバーからは活発な意見が多く、有意義な会議になっている。また、地域の方よりアドバイスを頂き餅つき大会を成功できた。<br>行政からは町での取り組み報告があり、よい刺激になっている。 | 法人の2つのホーム合同で定例開催し、家族会長、地域住民代表者、行政が毎回出席している。会議では利用者の状況や運営上の課題、行事計画や実施報告を行い意見交換を図っている。夜間の防災訓練実施の提案があり検討している。                |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                  | 運営推進会議に毎回参加して頂き、ホームの実情を報告、広報している。また、役場にも出向きアドバイス、相談を行い協力体制を築いている。   | 町の担当者とは、毎回の運営推進会議や町内のホーム合同会議で情報や意見を交換している。その他、必要時には報告や相談できる関係が構築されている。  |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介護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 | 身体拘束はありえない。身体拘束防止の研修に参加し、全職員が理解している。しかし、離設の可能性が高い方がいらっしやるので玄関、窓を施錠している。声かけ、見守り、所在確認を実施し、少しずつ施錠解除に努めている。                       | 毎年、研修を実施し身体拘束となる行為やその弊害を理解し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。現在、常時見守りの必要な利用者がいるが職員が対応できない時間帯など玄関等の施錠を実施しているが状態を確認し少しでも開錠する時間を増やすよう努めている。 |                   |

| 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 |
| 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     | 虐待に類似するものを見過ごさないよう、職員の精神の安定性と倫理を追求していく。法人全体で法令遵守、接遇、虐待防止に関する研修を行い、虐待、声かけを主とした関係法を学んでいる。                                     |  |                   |
| 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 | 現時点において活用事例はないが、将来的に必要があると考えられる為、ホーム内の会議等で勉強会を実施し学ぶ機会を持っている。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                     | 口頭、文章等で十分な説明を行っている。面談等を行い、家族の疑問、不安なことを伺い納得、了解を得て署名、捺印を頂いている。  |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                  | 家族の面会時に職員、家族、入居者様でゆっくり話す場を設け、意見や要望を聞いている。今年度は家族会を2回設け、アンケートを実施している。意見や要望を受け止め、早急にケアに反映している。また、入居者様の日常的な会話の中から意見や要望をくみとっている。 | ホーム便りで生活の様子を定期的に伝え家族面会時に利用者の状態や状況を詳しく説明し意見を聞くよう努めている。家族会を開催し家族からの意見や要望を聞く機会を作り、実際に餅つき会を開催するなど運営に反映している。            |                   |
| 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                                   | 経営者、管理者、職員は日頃より自由に意見交換のできる環境にある。経営者は毎月の運営会議に出席し、職員の意見や提案を受け入れ、それを反映している。  | 代表者が月1回会議に出席し各事業所からの意見や提案など把握に努めている。ホームには月2回訪問し職員から意見を聞く機会を設けている。管理者も職員の意見に耳を傾け業務内容(調理等)の変更など行い職員が働きやすい環境作りに努めている。 |                   |
| 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   | 代表者が毎月の運営会議に出席し、現状の問題点の理解に努めている。  |  |                   |

| 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 |
| 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         | 毎月の法人全体会議にて年間研修計画に沿い、タイムリーに行っている。各自のレベルアップに努めている。  |      |                   |
| 14                           |    | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 県レベル、地域レベルの研修会、交流会への参加を進めて実行している。  |      |                   |
| <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>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている           | 入居前から家族と連絡をとり、必ず本人の元を訪問し状態、要望等の把握に努めている。希望があれば事前にホーム内の雰囲気を見学して頂き、本人様が安心して過ごせるよう早い段階から関係作りに努めている。 |      |                   |
| 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                      | 事前にホームの様子を見て頂き、家族と話し合う場を設け不安な事や要望等に耳を傾け、親密な関係作りに努めている。   |      |                   |
| 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                  | 入居時にかかりつけ医の情報や本人、家族からの情報を踏まえ、今必要なサービスを検討し、他事業者や家族の協力を得ている。                                       |      |                   |
| 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                                  | ホーム内で共に時間を共有する仲間と思える時間と空間を物理的に作っていくよう心掛けている。<br>共感、声かけ、尊敬の気持ちを忘れず、共に過ごす関係を築いている。                 |      |                   |

| 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   |
| 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、<br>本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支<br>えていく関係を築いている        | 入居以来、時間の経過は確実に状態変化を<br>もたらしている。家族は精神的支柱であるこ<br>とから絶大なる協力を求めていく関係を築き<br>たい。<br>不安定な入居者様の面会には声かけを行<br>い、小まめに来て頂いている。          |  |   |
| 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<br>所との関係が途切れないよう、支援に努めている                        | 今までの生活習慣を継続できるよう、家族と<br>協力し支援している。馴染みの美容室、歯<br>科、病院受診、買い物、外食等に出かけら<br>れている。また、なじみの場所等にドライブ<br>がてら出かけ、思い出して頂けるよう支援し<br>ている。  | なじみの関係が途切れないようなじみの<br>美容院や食料品店等での買い物、うどん屋<br>やすし店での外食、かかりつけ医の受診、<br>墓参り等の支援を家族の協力も得ながら<br>実施し関係継続に努めている。   |   |
| 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<br>ずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような<br>支援に努めている                | 一人ひとりの個性を尊重し、理解した上で入<br>居者様が孤立せず、快適に過ごせる関係作<br>りを行っている。<br>入居者様同士のトラブルを未然に察知し、<br>職員が間に入り円満に過ごせるように努め<br>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<br>係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族<br>の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 退去先に面会に行ったり、必要に応じて相<br>談や支援を行っている。以前、入居されてい<br>た方の御家族がよみ聞かせのボランティア<br>に来て頂いている。   |  |   |
| <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<br>に努めている。困難な場合は、本人本位に検討し<br>ている                        | 本人の生活歴を大切に考え、日々の生活の<br>中での言葉や訴えをくみ取るようにしてい<br>る。困難な場合は、その方に寄り添い、思い<br>を把握するように努めている。また、家族か<br>ら昔の暮らしぶりや趣味を聞き出す機会を<br>持っている。 | 利用者や家族から思いや意向、暮らし方の<br>希望等を細かに聞き取り、情報の収集や把<br>握に努めている。職員間の共有を図り利用<br>者の希望に沿えるよう努めているが、共通<br>する記録様式をとっていない。 | 把握した情報や不足している情報のアセス<br>メント記録に、センター方式(認知症の人の<br>ためのケアマネジメントセンター方式)など<br>を用いて、さらに客観的に情報を共有する<br>ことを期待したい。 |
| 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<br>境、これまでのサービス利用の経過等の把握に<br>努めている                    | 入居前には必ず家族、本人と直接会い生活<br>環境の把握に努めている。また、前ケアマネ<br>ジャー、施設職員からもサービス利用の経<br>過を聞き取っている。  |  |   |

| 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 |
| 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   | 一人ひとりの残存機能を把握し、支援に努めている。また、心身状態を常に観察し、全職員で記録に残し把握している。入居者様が何を必要とし、何を望んでいるかを理解し希望に沿うことに努めている。   |  |                   |
| 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 | 本人、家族、担当職員で話す機会を持ち希望や要望を聞き、介護計画書に反映している。毎月、担当職員がモニタリングを行い、全職員で話し合い現状に即した介護計画を作成している。   | 介護計画は利用者担当が毎月モニタリングし本人、家族の意見を把握し、全職員で話し合い3か月毎に短期目標の評価と見直しを行っている。チームの合意と共有を確認し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                        | 介護計画に沿ったケアの実践及び、その結果を個別シートに日々記録している。記録は全職員で確認し、毎日のケアや介護計画の見直しにタイムリーに活かしている。  |  |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 入居者様のニーズに対して全職員で共有し、話し合っている。また、必要があれば家族の協力を頂き、柔軟に対応している。歯科往診、併設病院でのリハビリ等の支援を実施した。  |  |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 地域馴染みの美容室に行けるよう家族、美容室との連絡調整を実施したり、町内の飲食店へ外食に出かけている。年に数回、小学生、中学生、実習生の受け入れを行い入居者様との交流の場となっている。   |  |                   |
| 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                     | 入居前からのかかりつけ医を継続して頂いているが、本人及び家族の希望を聞きながら、かかりつけ医の変更にも柔軟に対応している。受診は基本的に家族にお願いしているが、困難な場合は職員が付き添い受診している。(付き添い費が発生)法人医師が定期的に回診し、入居者様の状況を把握している。 | 本人や家族の希望により入居前からのかかりつけ医を継続している。家族同行の受診時には情報を文書にして提供したり直接、医療機関に状態の連絡を行い適切な診療が受けられるように取り組んでいる。かかりつけ医不在の急変時の対応に備え、代表者(医師)も定期的に回診し健康状況を把握している。 |                   |

| 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 |
| 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                          | 法人医師、かかりつけ医による診察結果を基に看護、介護が連携して、日々の健康管理や医療支援につなげている。   |  |                   |
| 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。 | 入院先の病院と情報交換を行い、治療計画を話し合っている。必要があれば病院へ出向き話し合うことがある。また、日頃より情報提供書や電話での情報交換を行い、関係作りに努めている。   |  |                   |
| 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  | 契約時に本人や家族に現時点での気持ちを確認できるよう文章化している。重度化、終末期が近づくこと家族、法人医師、職員で話し合い、かかりつけ医にも相談し、方針などを共有している。<br>今後も定期的に、本人、家族と話し合いながら終末期に向けた支援に取り組んでいきたい。 | ホームでの看取りの実績は無い。昨年度から看取りについて、事前確認書にて早い時期での意向を把握している。今後、終末期を迎える時期での話し合いや主治医及び法人医師との役割分担など検討している。                                       |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 全職員が急変時の対応手順やAEDの取り扱い方法、救急法の訓練を行い学んでいる。また、看護職員が中心になり吸引器の取り扱い方法や、急変時の対応方法の研修を実施している。  |  |                   |
| 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、日中・夜間想定防災訓練を消防機関参加の下実施している。今年度は地域住民、消防団の方々が訓練に参加して下さり、協力体制が整っている。<br>年1回、地震想定訓練を自主的に行っている。<br>災害に備え、3日分の食料を備蓄している。               | 法人合同で、消防団や地域住民も参加して防災訓練を実施している。住民は施設入所者の車椅子移動支援など協力内容が具体化している。施設は住民の避難所として地域に知らされており、住民も含めた食料を備蓄している。運営推進会議での夜間訓練の実施提案についても現在検討している。 |                   |

| 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>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                    | 人格を尊重し、自尊心を傷つけない言葉掛けを心掛けている。法人内の年間計画に接遇研修、プライバシー保護の研修を取り入れ、入居者様に対しての言葉遣い、職員同士が会話する際にも丁寧な言葉遣いに心掛けている。      | 定期的に接遇研修を行い、利用者の人格の尊重やプライバシーの保護について理解を深めている。利用者や職員同士でも丁寧な言葉遣いや表情にも心掛けている。  |                   |
| 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                      | 本人の話や訴えを傾聴し、自己決定を大切にしている。<br>また、訴えがない方でも思いや、希望を会話の中から理解するように努めている。  |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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 | その人らしい暮らしができるように、一人ひとりを尊重し利用者本位の支援を行っている。<br>本人のペースで過ごせるように、職員は集団生活であり限界もある中、見守り付き添いを行っている。               |  |                   |
| 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                                   | 本人好みの身だしなみになるよう心掛けている。<br>現在、衣類を選択できる方はいらっしゃらないが、入浴後に着たい衣類を選択できるように職員がお手伝いをしている。起床後、自分で身だしなみを整えている方がおられる。 |  |                   |
| 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      | 入居歴6年の入居者様をはじめとし、身体の衰えはゆがめず見守り、介助に多くの時間を取られている。<br>開設当初は入居者様と食事を一緒に考え作る、片付ける余裕はあったが、現在は困難になっている。          | 徘徊や介護量の増加により、12月より食事を法人の別施設に委託している。職員は可能な限りホームでの調理をしたいとの思いがあり、お好み焼きやたこ焼き等おやつを、利用者と共に手作りしたり外食に行くなど、少しでも食事が楽しめるように取り組んでいる。 |                   |



| 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 |
| 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         | 月1回の体重測定、毎日の食事、水分摂取量の記録を行い一人ひとりの栄養状態を把握している。特に水分は1日1000mlを目標に提供している。一人ひとりの摂取量、食事形態を検討し摂取量の少ない方には、家族に本人の好きな物を依頼したこともある。                                     |   |                   |
| 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                  | 一人ひとりに応じた口腔ケアを毎食後に実施している。<br>その方に合った口腔ケア用品(スポンジ・ウエットティッシュ)を使用し、気持ち良く生活して頂けるよう、健康状態の把握にも努めている。月1回、個別に歯科受診、歯科往診を実施している。                                      |   |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている  | 日中は全員がトイレで排泄している。その日その日で入居者様の状態が違う為、無理せず2人介助で誘導することもある。排泄チェック表を活用し、個人の排泄パターンの把握を行っており、その方に合わせた時間に誘導している。<br>訴えない方は表情、行動の変化も見逃さず誘導している。一人ひとりに合ったパッドを使用している。 | 自立は1～2名であるが、排せつの自立習慣が継続されるよう、チェック表を活用しパターンやサインに注意し、全員日中はトイレでの排せつを支援する取組によりリハビリパンツから布パンツへ排せつの改善が見られた利用者もいる。また、利用者ごとにパターンに合うパッドを家族に説明し選択して利用している。 |                   |
| 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                  | 食事に乳製品、食物繊維の多い食材を取り入れ、小まめに水分補給を行っている。また、散歩等の運動を取り入れたり、便秘傾向の方はかかりつけ医に相談し、本人に合った下剤、漢方薬の内服調整を行っている。   |   |                   |
| 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 | 入浴日は決まっているが入居者様の気分や体調面を考慮し柔軟に対応できる。リフトを導入しており体位が不安定な方でも、安全にゆっくり入浴して頂けるよう支援している。体位が不安定な方は、職員が2人で介助できるような体制を整えている。   | 冬季はおおむね週2回の入浴をしている。リフト付きの浴室であり、個々の介助方法やゆず湯などの工夫をし、全員が安全で安心して浴槽に浸かり、ゆっくり入浴が楽しめるよう支援している。   |                   |

| 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 |
| 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   | 一人ひとりの体力や体調、生活習慣を考慮し休息時間を設けている。フロアではリクライニングソファで休まれる方もおられる。夜間、寝つけない方にはかかりつけ医と相談し、本人にあった眠前薬の調整を行っている。                                 |  |                   |
| 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  | 薬の説明書をカルテに挟み、全職員で把握している。<br>症状に変化があった際には、かかりつけ医に連絡相談し変更があった場合には、申し送りノートに記載し全職員が周知できるようにしている。  |  |                   |
| 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                             | 生活歴や昔得意としていたことを取り入れた支援を行っている。編み物、クロスワード、野菜作りなど一人ひとりの力を活かした役割作りに心掛けている。食の楽しみとして個別に甘酒、梅干し、らっきよを提供している。また、入居者様にも料理ができるようクッキングの日を設けている。 |  |                   |
| 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 | ドライブや買い物、外食の機会を設けているが、家族にも協力を得てドライブや外食、知人に会いに行く機会をお願いしている。<br>なじみの美容室の方が行き帰りの送迎をして頂いている方もおられる。                                      | 散歩圏内にある本屋、食品店や回転寿司店があり、散歩や買い物、外食などで外出している。ホームのドライブ、行きつけの美容院からの送迎などの他に、家族同行を加えると外出の機会が多い。 |                   |
| 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                             | 入居者様全員のおこづかいを預かっている。<br>お金は職員が管理しているが、外出先での支払いは一緒に行っている。必要な物があれば購入している。<br>定期的に家族に確認して頂き、サインをもらっている。                                |  |                   |

| 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 |
| 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   | 入居時に電話の取りつきについては、個人情報保護に基づきアンケートを実施し対応している。<br>希望があれば、その都度対応できる。  |  |                   |
| 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 | ホーム内は日当たりの良い間取りになっており、ひなたぼっこをしながらくつろげる空間になっている。特に光、室温、湿度、音には細やかに気を配っている。<br>テレビ前にはパズルマットを敷き、座ってテレビが見れる空間を作っている。 | ホームはL字型に植栽のある中庭を囲んで落ち着いた雰囲気である。リビングは南向きで終日日当たりが良く加湿器にて湿度管理に留意している。利用者ごとに個別の椅子を定めソファの配置も有り居心地よく過ごせるように配慮している。玄関には手指消毒剤やマスクを置き感染症対策を講じている。 |                   |
| 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  | 一人ひとりの性格や相性を把握して共用の空間でゆっくり過ごせるように、テーブルやソファの位置を工夫している。   |  |                   |
| 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  | 居室には本人馴染みの布団、枕、家具、家族の写真、思い出の写真や飾り、本人が安心して過ごせる空間となっている。また、家族の希望もありテレビを設置されている方もおられ、自由なくつろげる空間になっている。             | 低床ベット、洗面台、クローゼット、整理タンスは設置済みであるが、家族と利用者との話し合いに職員も相談に乗りながら、なじみの寝具や小道具、写真や本などを置きゆっくり過ごせるよう工夫している。   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | ホーム内にはできるだけ障害物を置かないようにしている。また、一人ひとりの「できること」「わかること」を生かして、歩行訓練、車椅子の駆動練習をしている。<br>トイレの場所がわかりやすいように表記している。          |  |                   |