

## 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

|                |                   |            |  |
|----------------|-------------------|------------|--|
| 【事業所概要(事業所記入)】 |                   |            |  |
| 事業所番号          | 4570600355        |            |  |
| 法人名            | 医療法人 杏林会 三股病院     |            |  |
| 事業所名           | グループホームみみつ(杏ユニット) |            |  |
| 所在地            | 宮崎県日向市美々津町3870番地  |            |  |
| 自己評価作成日        | 令和5年8月28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="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php</a> |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 宮崎県介護福祉士会               |
| 所在地   | 宮崎県宮崎市原町2-22 宮崎県福祉人材センター人材研修館内 |
| 訪問調査日 | 令和5年10月25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)】

①病院が併設している為、緊急時の連携、充実した看取りの体制が組めている。歯科衛生士、理学療法士、栄養士等、多職種との連携が図れ、必要時に助言や指導を受ける体制が整っている。

②毎月、職員で認知症についての勉強会を行い、認知症状を理解し情報の統一に努めている。また、職員の個人ファイルを作成し、情報の共有を行っている。

③感染拡大防止の為、面会に制限があり交流が減少しているが、毎月の通信に個人写真を入れ、ご家族様に近居報告を行っている。

④畑で帰結の野菜や花を育てることで、季節感を感じる事、食材として使用し食べる楽しみにつなげている。

## 【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)】

ホームは共用スペースが広く静かで落ち着いた雰囲気は保たれている。トイレや浴室など物品が整理整頓されスムーズに介助が行えるよう入居者を待たせない工夫がされている。医療機関が母体であることから衛生管理や健康管理が徹底され、栄養面や身体機能面など専門職のアドバイスが受けられる体制が整っている。入居者の重度化や緊急時の際は併設する医療機関から医師や看護師が訪問し、入居者や家族とともに対応する職員の安心にも繋がっている。看取りマニュアルを整備しており、希望があれば最期までホームで過ごすことができる。看取り実施後は職員のヒアリングを行い、収集した意見を活かして入居者が最期まで安心してホームで暮らせるよう取り組んでいる。

## 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<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<br>3. 家族の1/3くらい<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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                            | 1. 大いに増えている<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、生き生きと働いている<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 |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                  |                   |
| 1          | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                                                          | 新入職員へは入社時に伝えている。また、理念は玄関、職員休憩室に掲示して目につくようにしている。また、地域密着型サービスであるという認識は職員で共通認識できている、実践に繋げている。 | 理念は玄関や職員休憩室に掲示しており、毎月の職員会議で読み合わせを行っている。理念を作成してしばらく経過しているため、見直しを検討している。                           |                   |
| 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                                                          | 感染症拡大防止の為、日常的な交流はない。地域との継続的な関りとして商店からの野菜の配達を続けている。また、美容師や理容師による散髪も再開した。                    | 地域の理髪店に訪問してもらい、入居者の散髪を依頼している。また、地域の店舗に野菜を配達してもらうなど地域との繋がりができている。                                 |                   |
| 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                                                        | 6月より、運営推進会議を開催し、会議委員へ案内を送付し、参加出来ない時は資料を送付している。                                             |                                                                                                  |                   |
| 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                                     | 運営推進会議での意見や要望は検討し、サービスの向上に役立てている。                                                          | 運営推進会議には入居者の家族全員に案内を出し、多くの家族が出席している。家族からの意見が出にくいため、職員が声掛けを工夫し一人ずつ意見を出してもらうようにしている。               |                   |
| 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                                               | 市町村担当者や市の職員へ相談、報告を適時行っている。また、必要に応じて各書類の提出の際に相談を行うようにしている。                                  | 地域包括支援センターへは入居者家族についての相談を行ったり、避難訓練に関するアドバイスが受けられている。市役所へも書類関係の質問など相談しやすい関係が築かれている。               |                   |
| 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 | 日中の玄関の施錠は行っていない。定期的に身体拘束について勉強会を実施し、新入職員へは入職時に研修を行い、身体拘束をしないケアに取り組み、家族へも説明を行っている。          | 身体拘束や虐待防止委員会を設置し、年2回の研修会を実施している。また、職員の入社時や異動後にも研修を行っている。チェックリストを作成し、職員自身が自己のケアの振り返りを行える機会を設けている。 |                   |
| 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                                     | 虐待防止の勉強会を行い、チェックリストへの記入も行い、自己のケアを見直す機会を作っている。                                              |                                                                                                  |                   |

| 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 |
| 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    | 権利擁護に関する知識が不足している為、積極的に研修等、勉強する機会を作り、職員全体で知識を深める必要がある。                                                      |                                                                                            |                   |
| 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                         | 契約時に家族や利用者へ契約内容や重要事項の説明を行い、理解・納得頂いている。また、改定や加算変更時には電話で連絡を行い、文書にて報告している。                                     |                                                                                            |                   |
| 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                     | 運営推進委員会を開催し、意見や要望の確認を行っている。また、面会時や計画書の見直しの際にも意見や要望の確認を行っている。                                                | コロナ第5分類以降の面会規制への緩和を求める声が聞かれ、土曜日や日曜日の面会が可能になった。また、職員の対応を統一して欲しいという声があり、職員間で話し合いを行い統一を図っている。 |                   |
| 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                                      | 年2回、個人面談を実施しており、意見や提案を出してもらい、経営者へ相談や報告を行っている。                                                               | 年2回管理者と職員の面談を実施している。職員の希望から駐車場に自動販売機が設置された。業務内容に関することや希望休に関することなど意見を出しやすい雰囲気が作られている。       |                   |
| 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      | 法人目標の中に両立支援制度(子の看護休暇、育児休業取得、短時間労働制度)、男性の育児休暇・この看護休暇の取得の促進とあり、全職員へ勧めている。また、資格取得への補助もあり、取得した職員は給料や昇給に反映されている。 |                                                                                            |                   |
| 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         | 毎年4月に研修参加計画を作成し、全職員の許可をもらっている。今年の研修は主にリモートでの研修である。                                                          |                                                                                            |                   |
| 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 | 市の意見交換会等、積極的に参加し、同業者と交流する機会を作っている。                                                                          |                                                                                            |                   |



| 自己<br>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                                                                                  |  |
| 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 | 導入以前に担当ケアマネ、家族、関係医療機関から情報収集を行い、アセスメントを行っている。職員間では共有理解が出来るよう、申し送りノートを用いて情報の共有を行っている。                       |                                                                                                    |  |
| 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            | 入所前や入所時に家族の意向を確認を行っている。また、入所後、計画書の立て替え前、面会時にも確認を行っている。                                                    |                                                                                                    |  |
| 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        | サービス導入前は、本人と面談を行い、意向の確認を行っている。また、担当ケアマネ、医療機関、利用しているサービス事業所等から情報を集め、必要なサービスが提供できるようにしている。                  |                                                                                                    |  |
| 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                        | 女性利用者は主に洗濯物干し、洗濯物たたみ等、生活に基づいた経験を活かし、手伝いをお願いしている。また、また、担当職員が以前の生活歴から興味のある事等の意見を出し、本人の生きがいや楽しみをみつけるようにしている。 |                                                                                                    |  |
| 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         | コロナ感染症が第5類になり、面会が緩和されたことで希望者が多く、笑顔が増えた。また、毎月の写真付きの通信を楽しみにされており、合わせて近況報告を行っている。                            |                                                                                                    |  |
| 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                     | 外出の規制は継続しており、外出出来ないが、面会や家族、知人との電話での交流がもてるよう、支援している。                                                       | ホームは通所事業も行っており、通ってくる利用者との交流が図られている。また、病院のデイケアに通所される利用者の訪問があるなど規制がありながらもできるだけ馴染みの関係が継続できるよう取り組んでいる。 |  |
| 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                 | 利用者同士での会話や交流が持てる様、同性同士や、話が合う方同士等、席の配置を配慮している。                                                             |                                                                                                    |  |

| 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                    | 退去後、連絡があった場合は、各関係機関に繋ぐなど、対応している。                                         |                                                                                        |                   |
| <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                                           | 入居前からアセスメントを行い、本人や家族の意向を確認し、希望や意向を取り入れ、職員全体で共通認識を行っている。                  | 入居者へ直接思いを聞いている。本人の思いは言葉をそのまま記録に残し、職員間で共有し、介護計画へ繋げている。直接伝えることが困難な入居者に関しては家族から情報を収集している。 |                   |
| 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                                       | 入居前に家族、本人、担当ケアマネ、医療機関から情報収集を行い、アセスメントを実施し、必要時に確認している。                    |                                                                                        |                   |
| 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                                                     | 毎朝、バイタルサインを測定し、異常値があれば看護師へ報告している。毎日の心身状態を把握し観察、記録を行い、情報の共有を行っている。        |                                                                                        |                   |
| 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 | 毎月、計画に沿った評価を担当者が行い定期的に計画のみなが行われている。また、家族、本人の意向を確認し計画に反映している。             | 職員間で毎月モニタリングを行っている。入居者の状態に変化が生じた場合はその都度家族に意向を尋ねている。                                    |                   |
| 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                        | 利用者の日々の状態や言葉の内容、気付いた事を記録に残し、職員間での共有に努めている。重要なことは申し送りノートや朝礼、終礼で情報共有出来ている。 |                                                                                        |                   |
| 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               | 利用者一人ひとりに合ったサービス提供に心がけ、個々の希望に沿ったサービス提供に努めている。                            |                                                                                        |                   |

| 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                                      | コロナ感染症が第5類に分類されたが、高齢者への感染のリスクが高い為、地域との交流は出来ていない。民生委員や区長等への状況報告は運営推進会議等で伝えている。                      |                                                                                                               |                   |
| 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し、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                                 | 月1回の訪問診療や併設している病院へ連絡、相談の体制が取れている。また、併設している病院より専門的な治療が必要な際は紹介状を書いて頂き、受診をしたり、眼科、耳鼻科等状況に応じて受診対応出来ている。 | 入居の申し込みの段階で主治医変更を依頼している。病院間で連携を取りながら他科受診も勧めている。可能な家族へは受診付き添いを依頼し、困難な場合は職員で対応している。                             |                   |
| 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                          | 介護の中で気になった事、気付いた事を報告、相談できる環境が整っている。報告、相談されたことで利用者への状態把握が深まり、受診に繋げることが出来ている。                        |                                                                                                               |                   |
| 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。 | 入院時は、医療機関と連絡を取り合い、退院時、スムーズに受け入れが出来る環境を作っている。また、家族と連絡を取り合い、情報の共有を行っている。                             |                                                                                                               |                   |
| 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  | 状態に応じて家族へ連絡を取ったり、意向の確認を行っている。また、病院へ相談を行い、身体的ケアについて利用者に応じた介護、看護ケアが提供できるよう努めている。                     | 入居時または身体状況に合わせて家族へ意向確認を行っている。看取りのマニュアルを整備しており希望があれば最期までホームで過ごすことが出来る。ホーム看護師と病院看護師で連携を取って対応しており、職員の安心にも繋がっている。 |                   |
| 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                                              | 急変時の対応についてマニュアル作成が出来ており、職員が把握できている。                                                                |                                                                                                               |                   |
| 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                                              | 地震や、火災等の避難訓練を実施しており、職員が把握できている。新人職員への訓練は必ず行っている。                                                   | 2ヶ月に1度の防災訓練を計画し、避難訓練のほかコンセントの埃の確認などを行い災害防止に務めている。入居者の顔写真や名前を記したアクションカードを作成して首にかけ、安全を守る工夫がされている。               |                   |

| 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 |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                               |                   |
| 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、一人の人格を尊重し、その人の特徴、性格等を把握し、声かけや対応を行っている。                                                    | トイレの付き添いを拒否される入居者に対して一人ひとりに合わせた声掛けを行っている。歩行が不安定な入居者についてはプライバシーを確保しながら安全に排泄してもらうための工夫について職員間で都度話し合いを行っている。     |                   |
| 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                      | 利用者の言葉から思いを聞き逃さないように努め、計画作成担当者へ伝えるようにしている。また、計画作成者や各担当者が本人の意向を確認している。                        |                                                                                                               |                   |
| 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 | 利用者一人一人の体調や気分を伺い、本人の希望に沿った支援を心がけている。業務優先にならない様利用者の気持ちを優先している。                                |                                                                                                               |                   |
| 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                                   | 本人の好む服装や身だしなみが出来るよう、又、自己では困難な方には温かいタオルで顔を拭く等、職員が手伝っている。                                      |                                                                                                               |                   |
| 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      | 献立の中に旬の物を取り入れている。また、利用者の誕生日には本人希望のメニューを取り入れている。                                              | 毎食各ユニットで職員が調理し提供している。病院の栄養士に助言をもらいながら入居者個々に合わせた食材や食事形態が提供できている。畑の野菜を収穫して調理したり、希望のメニューを取り入れるなど食事を楽しめる工夫がされている。 |                   |
| 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           | 毎月、体重測定を行い確認し、食事量や補助食品を考慮している。主食は一人ずつ量を測って提供している。水分は麦茶や経口補水液でゼリーを作り、1日2回、状況に合わせて3回の提供を行っている。 |                                                                                                               |                   |
| 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、口腔ケアの声かけを行い、実施している。自己で出来ない方は介助を行い、毎月歯科衛生士による歯科指導を受けている。                                  |                                                                                                               |                   |



| 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 |
| 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                              | トイレで排泄が出来るよう支援している。排泄パターンを把握し、状況に合わせてポータブルトイレも使用している。また、介助でのパット交換が必要な方には定時で確認を行っている。 | オリゴ糖やヤクルト、ヨーグルトなどを使用して排便をコントロールするなど下剤を極力使用しない工夫を行っている。入院によっておむつ使用やリハビリパンツ使用になった入居者のおむつ外しが可能になった事例がある。 |                   |
| 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                                              | 内服薬、座薬で対応している。また、献立に便秘予防の食材を取り入れる等、工夫している。適度な運動も行っている。                               |                                                                                                       |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 入浴は週3回行っている。利用者の希望に合わせ、入浴が楽しめるよう配慮している。                                              | ホームには普通浴槽と特殊浴槽があり、入居者が希望の浴槽を使用できる。病院の理学療法士のアドバイスをもらうことで負担の無い動作で浴槽に浸かることができ、入居者の喜びに繋がっている。             |                   |
| 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                                               | 状況に応じた衣類、寝具の調整を行っている。また、夜間の睡眠状態の把握を行い、体位交換を行ったり排泄介助を行い、気持ちの良い睡眠の提供を行っている。            |                                                                                                       |                   |
| 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                                          | 個人の服薬内容を把握し、状態に応じて医師への相談を行っている。服薬時の誤薬予防の為、写真付きのファイルに薬を貼り、服薬介助を行っている。                 |                                                                                                       |                   |
| 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                             | 利用者が出来ることを見つけ、役割として得意な事で個々の力を発揮してもらい、感謝の気持ちを伝え信頼関係を構築している。                           |                                                                                                       |                   |
| 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 | コロナ禍になり、外出の規制があり、行っていない。玄関先での日光浴のみ行っている。                                             | コロナ禍以降外出の機会が減っているが、可能な限りホームの庭へ出たり、畑の野菜を収穫するなどできるだけ気分転換が図られるよう工夫している。                                  |                   |



| 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                                                  | 家族から預かったお小遣いはユニットリーダーが鍵付きのロッカーで保管、管理している。必要な物、本人希望の物は家族へ確認し担当者が購入している。 |                                                                                          |                   |
| 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                                                                           | 本人希望時に電話をしたり、職員が代わりに電話や連絡を行っている。また、iPadでテレビ電話で顔を見ながら話が出来る体制は整えている。     |                                                                                          |                   |
| 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 | 居室にはカレンダーやメッセージカード、家族との写真を飾っている。リビングには季節に合わせた壁画や飾りを飾っている。              | 壁には入居者と職員で作成した季節を感じられる飾りが掲示されている。リビングが広く清掃や整理整頓が行き届いている。テレビの音量が調整され会話を邪魔しない静かな空間が作られている。 |                   |
| 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                                                      | テレビ前にソファを置き、気の合う利用者同士、気に入った場所でゆっくり過ごせる様、配慮している。                        |                                                                                          |                   |
| 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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                           | 居室の家具は自宅から持って来てもらっている。使い慣れた物や写真を飾り、担当者が片付けや環境調整を行っている。                 | 入居者へは茶碗やコップ、布団やタンスなど自宅で使い慣れたものを持参してもらっている。入居者が作成した飾りや家族との写真の掲示もある。                       |                   |
| 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                                             | トイレや浴室は分かるように掲示し居室やトイレまでの動線に危険なものはないか、手すりにゆるみがないか確認、点検を行っている。          |                                                                                          |                   |