

### 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   | 3170400182         |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 境港福祉会       |            |  |
| 事業所名    | グループホーム夕日ヶ丘(さくら棟)  |            |  |
| 所在地     | 鳥取県境港市夕日ヶ丘二丁目100番地 |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和3年12月2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/31/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigvovy_oCd=3170400182-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigvovy_oCd=3170400182-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                 |  |  |
|-------|-----------------|--|--|
| 評価機関名 | 有限会社 保健情報サービス   |  |  |
| 所在地   | 鳥取県米子市米原2丁目7番7号 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和3年12月8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)】**

夕日ヶ丘二丁目自治会が発足され、地域性が増し、引き続き事業所や地域行事(主として子供会)に相互協力、参加をしており事業所が地域の一員であるところは増している。  
 役割という点においては、不足している部分もあり、当施設の取り組みや、重要性は直接伝え、他事業所と協力しながら、認知症の症状など、基本・応用を伝えられるよう働きかけていきたい。  
 また周辺にスーパーなども出来て、利用者様の要望、状況に応じて、自由に外出して、より一層生活感のある支援をすることが出来ている。変わらず、外の景色、裏の丘で遊んだる方を眺め、子供の元気な声をきくことなど、落ち着いた、安心した環境が続いている。

**【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)】**

地域の住宅が多く建設されるより早くから、夕日ヶ丘グループホームは開設されており、地域の自治会館が完成するまではスペースの貸出しもされ、地域の方々に認識されたグループホームです。  
 理事長の交代があり、管理者を通しての職員の要望・意見も話しやすくなり、より風通しの良い職場環境作りが整ってきました。  
 ケアプランの作成もチームで行われており、入所者一人ひとりの情報共有ができる仕組み作りができています。  
 利用者の方には、環境変化に伴う不穏になられないよう、職員一人ひとりが、関係性が構築出来るよう日々寄り添いながらのケアに付けておられます。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取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 さくら

[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                            | 現在は、ユニットごとに別々で申し送りをしており理念の復唱は、出来ていない。理念とは別に曜日ごとに7つの目標を掲示している。それぞれ常に意識しているが、実践できていない場面もある。  | 理念を基に、曜日ごとの7つの目標を持ち、職員は常に意識を持ちながら日々の支援が行なわれています。同じ目標に向かって進めるようにしております。  |  |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                            | コロナウイルス感染拡大の影響で、外部との接触を出来るだけ自粛しているため、地域とのふれあいは出来ていない。それ以前は機会は少ないが自治会、施設の行事にお互い参加したり、近所への外出等で交流していた。  | 開設来、地域交流を積極的に行ってこられました。が、コロナ対策の為、従来からの関わりは中断しています。自治会、子供会、周辺福祉施設との交流についてはコロナの状況を見つつ、再開される予定です。                                |  |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                          | 他事業所が出前講習を開いておられるが、協力には至っていない。法人代表や施設長が主となり、開催に向けての協議や各委員会でも、すべきことはないか検討を行い、進めていく必要がある。  |   |  |
| 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       | 引き続き奇数月に会議を行っているが、コロナ禍で今年度末までは、書類による協議を行う。H29年9月より市役所から、運営推進会議の報告書の統一があり、その書式に準じたものを中心に、その他外部評価・実地指導の報告、施設状況と報告事項が多いことは変わらず、会議で意見が出るような内容を再考したい。 | 2ヶ月に一回併設のGH夕ヶ丘2番館と合同で運営推進会議が行なわれていましたが、コロナ対策の為、今年度末まで書面による開催となっております。平成29年9月より市への報告書式の統一化が図られ報告されています。ご意見についても書面で頂くようにされています。 | 各開催時毎にテーマを決め、都度テーマに合った参加者にご参加頂く事も良いと思います。      |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる                 | 運営推進会議でも継続して市役所の方に参加していただいている。管理者や職員は不定期ながら市役所に出向き、様々な方法で連携や協力、相談が行えている。   | 運営推進会議にも市職員の方に参加頂きご意見を頂かれています。不定期ですが、市役所と連携や相談が行なわれています。  |  |
| 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 | 運営推進会議でも、意見を頂き、それらを基に、身体拘束に関する事業所内での研修を定期的に行っている。危険を回避する為に仕方なく行動を制限することはある。声掛けや説明の方法には利用者を不快にさせない工夫が必要と考える。                                      | 運営推進会議と同時に身体拘束等の適正のための対策を検討する委員会が開催されています。委員会を基にホーム内で研修等が定期的に行なわれており、職員に周知が図られています。   | 身体拘束についての研修の際にも、身体拘束に関わる接遇についてより徹底されることに期待します。 |

| 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                   |
| 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     | 長期利用の方が多く、また利用者様の性格やGHの特性から、馴れ合いの関係になりがち。信頼関係構築、コミュニケーションツールとして必要であるが、過度な関わり、ボディタッチが利用者様への不快や虐待とみられることもあり、冷静かつ客観的判断を徹底していきたい。                 | 身体拘束と虐待防止に関する委員会は、運営推進会議において同時に行なわれています。以前より身体拘束、虐待につながる行為等の研修が行われています。  |                                     |
| 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 | 専門家を呼んでの権利擁護の研修、勉強会を以前行ってから実施できておらず、今後、権利擁護制度を利用した利用希望者も増える事を想定して、職員個々の知識となるよう、研修機会を持って行きたい。  |  |                                     |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                      | 管理者や施設長が利用開始契約時に、重要事項説明書をもって契約内容の説明を行い理解と同意を得ている。特に今年度は法改正で4月以降になったが、文書で介護保険の制度等の説明を行い、書面を持って同意を得ている。   |  |                                     |
| 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                  | 利用者の意見は出来るだけ速やかに反映するようにしている。ご家族の意見、要望を職員が直接聞く事で可能な限りケアプランに反映させ、実践につなげている。   | 家族の方には、面会時に意見、要望等を伺っておられましたが、コロナ対策の為、面会は現在中断しておられる事から、担当が近況報告を電話で行う際に意見等を伺う機会が持たれています。コロナウイルス、インフルエンザの状況を確認しながら、来年1月からGHでの面会の再開予定です。頂いた意見等はケアプラン等に活かされ支援が行なわれています。 | Eメールを活用して、行事の写真をタイムリーに送ることも良いと思います。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                   | R2.10月より理事長が変わり、管理者が適宜職員に意見を聴取し、運営側と協議を行い、ケアに関しての意見が伝えやすくなり、全体会議にも参加して頂き、理事長の話や、考えを聞く機会も増え、その中で出た事に対して、改善・説明を行って頂き、少しずつ改善出来ている事もある。           | 職員は日々の申し送りや職員会で運営に関する意見等を述べる機会があります。全体会議に理事長が参加され、理事長が自分の考えを述べられ、管理者会で職員からの意見を伝え回答をされます。併設の夕日ヶ丘と二番館の管理者の交流もスムーズになり、より風通しのよい職場になりました。                               |                                     |
| 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   | 理事長変更により、規則も一部変更、また人員不足により勤務体制が厳しい状況もある。希望の休みはできる限り反映されているが、満足した就業環境には足りないものの、個々で理解をして、協力姿勢はあり、職員から求人紹介があれば、評価をする体制もあり、わずかであるが、向上心を持てる環境にはある。 | 組織変更に伴い、就業規則等の見直しが行われ就業環境の皆師が行なわれました。管理者とユニットリーダーとの話し合いもスムーズになり、人員不足の中工夫を行いチームで行うケアについて話し合われています。  |                                     |

| 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 |
| 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         | 職員の自己研鑽に任せている部分があるが、以前と同様に、必要な外部研修には参加させてもらい、施設内研修も2~3ヶ月/回ありそれらを通して、分散教育を後からしてもらっている。管理者等からは、スキルに応じた研修の勧めを増やしてもらいたい。                          | 階層別の研修を受けられ、PC内には職員の研修履歴を施設長が管理されています。内外必要な研修については機会が持てるようにしておられます。 |                   |
| 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 | 個人的に同業者の方と交流を作れているスタッフもいるが、事業所として同業者との交流会が、他施設の状態が把握できていない為と、行えていない。今後も調整が出来るよう、管理者等で調整を図っていきたい。  |   |                   |
| <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           | 入所前にケアマネージャーや管理者が心身状況の不安・困っていることを伺い、主訴としている。入所して生活が変わる不安もあり、今まで出来ていたこと、していたことを活かす提案を行い、入所後は1週間状態を詳細に記録し、スタッフが共通認識して、利用者の方が安心して生活が出来るように努めている。 |   |                   |
| 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                      | 管理者が入所前の面談、契約時点で家族の方に困っていることを伺い、その後ユニット職員に報告や相談を行いながら関係が作れるよう努めている。   |   |                   |
| 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                  | 入所確定から入所されるまでの時間が早く、自己評価15・16番の情報からスタッフとのカンファレンスが以前より少しは増えたが、不足する事がある。主訴を軸にして『その時』『今』必要な支援が出来る様にして、暫定プランとして同意して頂いている。                         |   |                   |
| 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                                  | 介護以外でも、コミュニケーション、日課活動、レクリエーション等での関わりの中で、楽しみや、仕事を共有し、共同生活をする人としての関係性が構築できている。  |   |                   |

| 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、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        | コロナ以前は利用者の方によっては差はあるが、面会時、居室や玄関先などで家族と話をされていることがある。コロナ以降はタブレット面会を勧めているが、希望者はなく、窓越しで顔を見る程度になってしまっている。<br>面会が少ない方は、電話や広報誌にて現状報告を行い協力し合いながら支援している。 |  |                                   |
| 20                                 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                    | 19と同じくコロナ前は個人差はあるが、家族の方の協力もあり、外泊・墓参り・外食など、馴染みの場所への支援は出来ていた。   | コロナ対策の為、外出の制限も行われていました。その中でも、ドライブを兼ねて自宅を見に行かれたり、お墓参りにも出かけておられます。年末年始の市内の自宅への外泊して頂けるようになりました。 | 写真などを見ながら、昔話をされる機会を持たれる事も良いと思います。 |
| 21                                 |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 利用者同士では会話が成立しなかったり、趣味、嗜好の違い等で良い関係が保てないことが目立つが、職員が適宜間に入ることである程度良好な関係は保っている。  |  |                                   |
| 22                                 |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | ケアマネージャーや管理者は、出来る限り退所者の様子を把握するようにしているが、個人情報の事もあり、間接的に情報を得る事が多い。退所された方へ会いに行くことは互いが希望された場合は行っている。   |  |                                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |     |   |   |  |                                   |
| 23                                 | (9) | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している                        | 基本的に利用者、ご家族の意向はケアプランに反映させ、日常的に支援を行っている。帰宅希望や明らかに利用者の生活上不利益になるような事に関しては職員の説明で行動を制限している。  | 日頃から話しかけ、利用者の意向の聞き取りを心掛けておられます。ケアプランに繋げていけるような思いや意向の把握を目指しておられます。                            |                                   |
| 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                    | 入所前後に今までの生活状況や意向・嗜好を本人や家族の方に伺い、その情報を基にして、暫定プランを作成している。日頃はカルテ等に実施状況を記録している。環境が変わっても継続して生活出来るよう努め、様々な要因で変化があっても振り返りや早急な対応をするための資料として活かしている。       |  |                                   |

| 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 |
| 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   | 自己評価24と同様、ケアプランの記録と合わせ、認知面、言動、それらを要因とする精神面など動きの記録を共有している。緊急性・重要性のある事柄は、その時のスタッフで暫定的に決め、担当職員より棟リーダーに報告しながら意見をまとめ、把握に努めている。   |   |                   |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | モニタリングを基にして、チーム内で利用者に必要な課題やケアの内容について日々コミュニケーションが来ている。主治医には看護師が管理者意見を聴取し、ご家族とのサービス担当者会議を行い、介護計画の作成、見直しを行っている。  | 利用者・家族等に意向等伺い、担当が素案、計画作成が原案を作成しチーム内で話し合わせ介護計画が作成されます。特に見て欲しい事に気をつけてもらっています。6ヶ月ごとに評価・見直しが行われ、体調を崩された時は随時見直されています。                        |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 利用者の体調変化、喜ばれた事、嫌がられた事等特に重要な事項に関しては赤印をつけ、詳細に記録することで情報を共有し、最終的にケアプランに反映させ、実践している。   | 介護計画の留意点のポイントを中心に、日々の記録が行われています。職員連絡ノートは、全体用、各ユニット用の3冊あり全員が確認し、情報共有も図られています。  |                   |
| 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               | 他の介護サービスを利用する点では多機能的ではないが、運営推進会議で相談したり、主治医やかかりつけている神経内科医、専門的な精神科医に相談し、多方面からアドバイスを受けることで支援に活かしている。   |   |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 根本的な『地域資源とは』何か、勉強会が必要と思う事があるが、コロナ前は現状は自治会等や福祉科高校生のボランティアで子供との交流は喜ばれている。近くのスーパーへ、利用者の方が買いたいものを買いに出来る事が、有効な地域資源の活用と考えるが、希望や身体状況から実際の所は頻度は少なく、職員同士で連携を図り、買い物に利用者の方が関われるように取り組んでいる。 |   |                   |
| 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                     | 利用者の方や家族様の負担を考慮した上で、入所時に往診可能な提携医がある事を伝え判断して頂いている。今まで通りのかかりつけ医や専門医(泌尿器や整形外科など)に受診される時は、家族様に同行して頂き、継続して情報提供を行っており、どの家族様からの不満の声は挙がっていない。   | 利用者・家族等の希望を基にかかりつけ医を決定して頂いています。協力医の往診は2週間に1回あります。従来からのかかりつけ医の場合は家族に同行受診を依頼されます。皮膚科の医師は連絡をしたら来て頂けます。歯科についてはそれぞれの希望に応じて、家族の方に連れて行って頂かれます。 |                   |

| 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                                      |
| 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                          | 利用者の方の体調急変時や排便がない方への腹部確認など、施設看護師に相談・報告を行っている。職員とも話す機会を持ち、必要な場合受診の判断をして頂く。看護師の業務遂行の為、職員や家族が受診対応に行くケースもあるが、速やかに行えるように努めている。  |   |  |
| 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。 | 入院時は各施設ともサマリー等で情報を共有し、適切な医療機関で対応を行っている。管理者や看護師、それぞれの役割や業務に応じて、医療機関との連携を図り、関係は保たれている。   | 病院との連携は看護師や管理者を中心に行われています。入退院時には地域連携室等とサマリー等行い情報共有されます。医療機関との連携を図り、関係が保たれています。                    |  |
| 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  | 医療機関により対応が難しいこと、事業所・看護師を含めた職員の『死生観』の差、利用者主体として、その時の身体状況により、最適な環境での生活を考えると、総合的な要因により、体制が整えきれず、今後も研修等を行い、どう取り組むか課題とした上で、ご家族へは重度化・終末期の方針については、入所前に、重要事項説明書や終末期等の指針と一緒に説明し確認して頂いている。 | 利用開始時に重度化、終末期に向けた方針について説明が行なわれています。現在看取り対応可能な医療機関が市内に居られませんので、看取り対応の可能な医療機関が見つければ、今後対応を検討していけます。  | 医師の指示のもと医療の訪問看護との連携で対応して行くことも検討されても良いと思います。            |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | AEDや誤嚥時の吸引対応出来る物品は整えているが、定期的・具体的な研修が不足し、不安な部分がある日頃から意識を持つよう、管理者や看護師からの指導や、定期的に救急救命の訓練等、年1回の指導が必要と思う。   |   |  |
| 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  | 避難訓練は定期に実施している。火災に関しては建物の外に出るということである程度職員が対応できると思うが、地震、水害に関しては一時避難場所の非現実性や経験不足で実践力を身に付けているとは言えない。自治会の参加も減ってきており、今後の課題である。  | 年2回の避難訓練を実施し、うち1回は消防署の立ち会いのもと行われています。どなたが入所者か分かるようゼッケンの用意もされています。自治会への協力の依頼もされています。食料備蓄も用意されています。 | 令和3年度介護報酬改訂に於いて事業継続計画(BCP)の策定が義務づけされましたので、早期の策定に期待します。 |

| 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                   | 人格は尊重するよう常に心掛けている。特に入浴や排泄介助には羞恥心や不快感を与えないような声掛けに配慮し、強い拒否がある時は時間を空けることで対応している。  | 利用者の方の人格早朝については法人全体でも取組まれています。接遇についても、定期的に研修を行なう等職員間に周知が行なわれています。ケアの場面に於いても、介護マニュアル内にプライバシーについての記載があり注意しておられます。 |  |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 意思を表出出来にくい方には、職員が選択肢を与えたり、非言語表現を活用し意思決定につなげている。  |   |  |
| 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 | 自己決定出来ない方が多く、食事や就寝、起床、入浴等の生活行為に関しては職員が働きかけている。食欲のない方は時間をずらしたり、入浴拒否が強い方は清拭で終わらせたりとペースに合わせ、日常生活に不利益が及ばないよう支援している。                                  |   |  |
| 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                                  | 衣類の選択が出来ていない・出来ない事、荷物をまとめて、老人車に入れ込むなどで、半分以上の方が管理や段取り・声掛けが必要で、本人様にも確認して頂き対応を行っている。起床時には、職員の声掛けや温タオルなど段取りが必要も、温タオルでの顔拭きや寝癖を直しも、て身だしなみを整えて出られる方が多い。 |   |  |
| 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     | ある程度自立の特定の利用者としか準備が行えていない。片づけも同様である。食事中は職員1対利用者9になることもあり、また食事介助が必要な方もいて、決して全員が楽しんで頂けるような働きかけは出来ていない。   | おかずの盛り付けや米研ぎ、お汁に入れる野菜を切ってもらう等出来る事を出来る利用者の方に手伝って頂いています。現在は、配食利用ですが行事食やお誕生日のお楽しみで希望のメニューが届きます。おやつ作りも行われています。      | 食事の全ての利用者が見渡せるような職員のポジションを状況に応じて再度検討されても良いと思います。 |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食事量や水分量が少ない方は、時間を見ながら、急がせないように注意して適宜気が向くような声掛けを心がけている。また摂取量少ない時は体調確認を必ず行い以後の支援につなげている。   |   |  |



| 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 |
| 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                  | 8から9割方毎食後の口腔ケアは行えている。自力では歯磨き不十分な方は職員が介助している。定期的に歯科衛生士に口腔内確認してもらっている。   | 毎食後には、歯磨きをして頂いています。必要な方には仕上げ磨きもされています。併設の二番館の職員の歯科衛生士よりアドバイスを受けられることもあります。                 |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている  | 8割の方が声掛けで排泄の支援が必要で排泄の失敗も多い。排便は一部便秘による下剤の追加服用等で失敗があるが、頻度は少なく、ある程度のコントロールは出来ている。   | 排泄チェック表を利用者個々の排泄パターンを把握して支援にあたられています。声掛け、誘導等の支援が必要が行なわれており、トイレに行っでの排泄の継続を心掛けておられます。        |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                  | 便秘時の下剤の調整は出来ているが、運動や水分摂取等自然排便に向けての支援は今後の課題である。   |  |                   |
| 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 | 利用者が入浴を希望されることはごくわずかで、職員の決めた時間帯に入浴して頂いている。その時間帯で拒否のある方は、中止したり、時間をずらして入浴してもらっている。皆様、長い間入浴されない事は無いです。                    | 週2～3回入浴して頂けるようにしておられます。身体状況によってはシャワー浴での対応方もおられます。拒否のある方でも、時間をずらすなどの工夫を行い、週1回は入浴して頂いておられます。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                   | 不眠で服薬コントロールをしている方や声掛けがあるが活動、外気浴で生活リズムを整えメリハリをつけ、昼夜逆転気味なら好きな所(マッサージチェア等)で短時間休むようにして、体調不良にならないように支援している。                 |  |                   |
| 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              | 具体的な事を伝えると、返って不安になる方を除き、拒否や不安があった場合は、適宜薬の内容を伝えるようにし、職員は少しずつ薬の内容・重要性、必要性の理解は出来ている。                                      | 個人ファイルにお薬ファイルが入れてあり、職員は効能や内容の把握をされています。薬の変更があれば様子を見ながら、記録も残しておられます。薬が飲みにくい方の為の工夫も行わっています。  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | 利用者個々に合わせて、ある程度の活動支援は出来ている。現状にとどまらずご家族から情報を得たり、職員の工夫で新たな活動の提供も行っている。帰宅希望やその他の周辺症状で落ち着かない方も、活動に集中していただくことで落ち着かれるケースもある。 |  |                   |

| 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 |
| 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                      | 今年度はコロナウイルス感染拡大の影響で外出支援はあまり出来ていない。6月以降は散髪や自宅外出等半日単位で数名ご家族と外出していただいている。また職員とは気分転換のため、少人数ずつ外気浴や散歩を行っている。 | コロナ対策の為、従来のような外出支援が出来ないのが現状ですが、出来る範囲で季節の移り変わりを感じて頂けるように、外気浴、散歩、ドライブ等が行われています。また、お天気が良ければ外でお茶を楽しめることもあります。 |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 自己管理できる方が少なく、金銭紛失の危険性が高い為、手持ち金はない方が多い。持ちたい方は一定の場所に保管してもらい、定期的に職員が確認している。                               |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 電話希望はほとんどなく、手紙のやり取りも出来ていない。今後の課題と考える。  |   |                   |
| 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 | 四季に合わせた作品や、カレンダー、中庭の草花等ある程度季節感は保っている。個人差があり、ホールの温度に一時的に不快を訴えられる方はいるが、その他は不快や混乱はない。                     | 温度、湿度、換気にも気をつけておられます。季節を感じて頂ける様、飾り付けや季節のお花等が飾られています。回廊式の廊下には休めるコーナーもありゆったりとして頂く事もできます。                    |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | ホールでは出来る限り相性の良い方向士でテーブル分けしている。適宜居室、廊下ベンチ、和室等、利用者の心身の状況に合わせて支援している。                                     |   |                   |
| 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  | ご家族の写真、じゅうたん、その他思い出の品等、利用者、ご家族と相談し、なるべく安心出来る空間になるよう配慮している。転倒のリスク高い方は行動範囲を想定し、持ち手の設置やマットの設置で予防させて頂いてる。  | 利用開始時には、利用者の方が、自宅に近い環境で暮らして頂ける様、使い慣れた物や思い出の品等を持市こんで頂けるようお願いしておられます。ベッドの向きは各々の身体の状況等に合わせた位置を替えておられます。      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 居室、トイレには表札や張り紙で場所の明示をしている。2~3割の方は常に行く場所が判断できない為、都度付き添い説明を行っている。  |   |                   |