

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	3590800169		
法人名	サンキ・ウエルビ株式会社		
事業所名	サンキ・ウエルビグループホーム岩国		
所在地	山口県岩国市牛野谷町二丁目16番32号		
自己評価作成日	令和元年10月14日	評価結果市町受理日	令和2年3月12日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	令和元年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)】

利用者個々の能力や特性に合わせて、認知症の利用者がその人らしく穏やかに過ごせるように、介護職員は常に家族的な関わりを持つことで信頼関係の維持に努めています。また、利用者の日頃の生活状況について、面会に来られたご家族に介護職員から報告を行ない、ご家族と職員とのコミュニケーションを深めています。利用者の体調管理については、協力医療機関の訪問診療を受けることで、体調変化が見られる場合はすぐに報告を行ない、適切な治療を受けられるように支援を行なっています。在宅からの主治医を継続希望の利用者に対しては、ご家族と協力して通院介助を行ない、可能な限りご家族の希望に添えるように対応しています。認知症等の病気の進行により状態が重度化した利用者に対しては、ご家族と十分に相談した上で最期まで住み慣れた環境で安心して過ごせるように、協力医療機関との連携によりグループホームでの看取り介護を実践しています。

【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)】

入居時には事業所独自のアセスメント表を用いられ、基本情報や健康状態、これまでの暮らし方や環境、要望などの23項目についての情報を得られ活用しておられる他、日々の関りの中での利用者の生活状況や行動、言葉などを記録された「サービス提供記録」や「介護支援経過記録」で思いや意向の把握に努められ、日々のケアに活かしておられます。毎日、食事介助のために来訪される家族や就寝までの時間を寄り添われる家族を快く受け入れておられるなど、普段から家族とのつながりを大切にされています。家族の面会時には利用者の部屋に案内され、お茶の接待をして利用者の日頃の様子を詳しく伝えられるなど、家族が意見を出しやすい関係づくりに努めておられます。災害対策では消防署や運営推進会議メンバーの協力を得られて、年2回の火災時の防災訓練をされている他、地震や水害時の避難訓練を行っておられるなど、地域ぐるみの防災における協力体制を築いておられます。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～56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 ↓該当するものに○印		項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印	
57	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	○	1. ほぼ全ての利用者の	64	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	○	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない
58	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	1. 毎日ある	65	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	○	1. ほぼ毎日のように
			2. 数日に1回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				4. ほとんどない
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	1. ほぼ全ての利用者が	66	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	○	1. 大いに増えている
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くいない
60	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	○	1. ほぼ全ての利用者が	67	職員は、生き活きと働けている	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
61	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている		1. ほぼ全ての利用者が	68	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
		○	2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
62	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	○	1. ほぼ全ての利用者が	69	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
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
63	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	○	1. ほぼ全ての利用者が				
			2. 利用者の2/3くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				
			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
I.理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 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	毎日の申し送り時に企業理念と事業所理念を唱和することで、職員全員が理念を共有し、日常業務の中で理念を意識した業務の実践を心がけています。	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示し、職員は毎日の申し送り時に唱和して共有している。管理者と職員はサービスを提供する中で、常に、「利用者の笑顔を引き出せているか」を話し合い、理念の実践につなげている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 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	職員は地域の方と積極的に挨拶を行ない、事業所が地域の方から信頼されることで、利用者が地域の方からの支援を受けられるように、事業所の職員も地域活動に参加協力しています。	職員は、地域の溝掃除や盆踊り大会の準備に自主的に参加し、協力している。管理者は、認知症サポーター養成講座や中学生の職業紹介の講師、保健福祉計画の策定委員等を担当して認知症や介護職についての理解が深まる活動をしているとともに、地域の防災危険箇所マップづくりに協力している。利用者は、地域の盆踊り大会に参加している。併設の小規模多機能型居宅介護事業所と共催で「収穫祭」を開催し、地域の人を対象に介護予防教室や安全運転講習会、交流祭り等、多くのイベントを実施し、地域からは子どもから大人まで約100名が参加している。利用者は、家族と一緒に参加して、芋ご飯や豚汁を食べたり、紙飛行機を飛ばす、ボランティアによるバンド演奏、歌、踊りなどを楽しみながら交流している。事業所は「子ども110番の家」として、トイレの解放や不審者等の防犯の見守りをしている。散歩時には地域の人と挨拶を交わし、野菜の差し入れがあるなど、交流をしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	主に管理者が地域で開催される認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとして協力し、認知症の正しい理解者が増えるように積極的に活動を行っています。		

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
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価の及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	管理者及び職員は自己評価・外部評価の意義を理解し、自分たちが実践している日頃の介護業務について反省し、互いに意見を出し合う機会を持つことで、業務改善を図っています。	管理者は、月1回の全体会議の中で、職員に評価の意義を説明し、ガイド集と前年度の自己評価を渡して、ユニット毎に意見を聞き取った後、まとめている。職員は、自己評価を日々のケアの振り返りと捉えており、利用者の重度化が進む中で(医療と密着したケアが多くなる)、利用者とのコミュニケーションの取り方や清潔保持、身体拘束をしないケアの実践、事故防止の方法等を課題としている。前回の外部評価結果を受けて、利用者を共に支え合う家族との関係や個別の記録と実践への反映、応急手当や初期対応の方法の習得、自然災害に対する防災意識の高揚を掲げて、具体的な改善に取り組んでいる。	
5	(4)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	運営推進会議を2か月毎に確実に開催し、利用者の変化やサービスの実践状況を報告し、委員の方から出た意見を真摯に受け止めて、サービスの質の向上に活かしています。	新たに交番職員(警察署員)の参加を得て、会議は年6回開催している。利用者や職員の状況、行事予定、事故・ヒヤリハット報告、自己評価、外部評価報告を行った後に話し合いをしている。事業所は複合施設で、玄関が一つであることから直ぐに対応できるようチャイムの設置や、玄関入口の花壇の設置についての提案があり、対応している。防災訓練の実施や身体拘束適正化委員会の開催を同日に行うなどの工夫をしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町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	管理者が市の介護保険課や高齢者支援課及び地域包括支援センターと連携を図り、地域ケア会議等に積極的に参加することで、事業所のサービスの取り組み状況について報告を行ない、市町担当者和との信頼関係を深めています。	市担当者とは、市主催の会議時(保健福祉計画、高齢者虐待防止ネットワーク会議、地域ケア会議等)や直接出向いて、情報交換を行い、申請手続きや運営上の疑義について相談して助言を得ているなど、協力関係を築くように取り組んでいる。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議時や地域ケア会議時、電話等で情報交換や事例相談を行い、連携を図っている。	

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
7	(6)	○身体拘束をしないケアの実践 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	運営推進会議と同時に身体的拘束等適正化委員会を開催し、職員の身体拘束をしないケアの研修及び業務の中での意見交換を行ない、利用者の安全確保を優先しつつ身体介護をしないケアの実践に努めています。	職員は、身体拘束に関する指針とマニュアルを基に内部研修で学び、身体拘束の内容や弊害について正しく理解している。玄関には施錠をしないで、外出したい利用者とは職員が一緒に出かけている。「身体拘束適正化委員会」を設置し、運営推進会議メンバーを委員として、年6回開催している。委員会で検討した事例はない。重度化する中で身体拘束と安心安全について、職員間で話し合い、身体拘束のないケアに取り組んでいる。スピーチロックに気づいた時には、管理者が指導し、職員間でも注意し合っている。	
8		○虐待の防止の徹底 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	事業所は市の高齢者虐待防止ネットワークの一員としての活動を継続し、管理者が実務者会議に参加して関係事業所との情報交換を行ない、職員に対して研修を通して高齢者虐待防止の意識が高まるように支援しています。		
9		○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	管理者は成年後見制度を利用している利用者の成年後見人との情報交換を行ない、他の利用者に対しても日常生活自立支援事業等の利用が必要な場合は、活用に向けての支援を行ないます。		
10		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時に契約書及び重要事項について、契約を行なう家族等の理解が得られるように丁寧な説明を行ない、利用者や家族の不安や疑問があれば十分な説明を行ない、納得が得られるように対応しています。		

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
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や 処理手続きを定め周知するとともに、意見や要望 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	管理者と職員が協力し、利用者や家族が ホームの運営に関する意見を出しやすいよう に、日頃からコミュニケーションを図りなが ら、介護サービスに関する情報交換に努め ています。	相談、苦情、要望の相談窓口や対応の基本 手順、第三者委員、外部機関を明示し、契約 時に家族に説明をしている。面会時や運営推 進会議参加時、行事(収穫祭)参加時、諸費 用支払い時、電話等で、家族からの意見や 要望を聞いている。意見や要望は業務日 誌や介護記録に記録して職員間で共有して いる。家族の面会時には利用者の居室に案 内し湯茶の接待をし、日頃の様子を詳しく話 して、意見が言いやすい関係づくりに努めて いる。入居後3ヶ月間は家族に頻繁に連絡し て不安や心配ごとに対応している。利用者の 状況変化についての意見が多く、その都度、 丁寧に対応している。家族から、食事介助や 就寝するまで寄り添う等の希望があり、快く受 け入れている。	
12	(8)	○運営に関する職員意見の反映 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	全体会議やユニット会議の中で、職員が事 業所の運営に関する意見交換を行なう場を 設けて、改善が必要な意見については管理 者が本社へ報告及び稟議申請を行なうこと で、運営に反映させています。	管理者は、月1回の全体会議時やユニット会 議時、年1回の個人面談時に職員の意見や 提案を聞いている他、日頃から話しやすい雰 囲気づくりに努めている。職員からは重度化 に関するケアや身体拘束廃止に向けた居室 環境の改善、個別ケアの徹底、加湿器の購 入、勤務変更等についての意見や提案があ り、運営に反映している。	
13		○就業環境の整備 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	代表者は管理者や個々の職員についての 人事考課を行ない、職員の労働状況や研修 への参加状況を把握して、適正な評価を行 ない、職員の労働意欲の向上を図れるよう に支援を行なっています。		

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
14	(9)	○職員を育てる取り組み 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	代表者は職種ごとの定期的な社内研修の機会を確保し、法人内でのスキルアップを図ることで職員個人の自己啓発を図るために支援を行なっています。また、外部研修の情報提供及び経費等の支援も行なっています。	外部研修は、職員に情報を伝えて、希望や段階に応じて勤務の一環として受講の機会を提供している。今年度は「実践者研修」に1名参加している。法人研修は、職種別や新任者、経験別等、計画的に実施があり、該当者が受講している。内部研修は、年間計画を立て、毎月、管理者や外部講師(警察署、消防署)による、非常時、災害時の対応や認知症及び認知症ケア、身体拘束排除と虐待、感染症、食中毒の発生と蔓延防止、倫理と法令遵守、看取りと医療ケア、コンプライアンス、接遇、プライバシー保護、事故発生とリスクマネジメントなどを実施している。職員個々の研修受講記録を保管している。新人職員は、管理者や先輩職員が指導者となって、介護の知識や技術を働きながら学べるように支援している。	
15		○同業者との交流を通じた向上 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	代表者は管理者や職員が地域の同業者との連携が図れるように、地域の専門職種が集まる連絡協議会等の参加活動を通して、サービスの質の向上意識を高める支援を行なっています。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○初期に築く本人との信頼関係 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	入居当初は計画作成担当者が本人の要望の聞き取りを行ないながら、全体のアセスメントを行ない、ホームで不安なく生活して頂けるように職員間で情報を共有し、本人と積極的に関わることで信頼関係の構築に努めています。		
17		○初期に築く家族等との信頼関係 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	サービス導入時に家族等の介護に対する要望や本人に対する思いなどを丁寧に聞き取り、ホームでの生活に対する不安が軽減できるように、十分な説明を行ない同意を得るようにしています。		
18		○初期対応の見極めと支援 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	サービス導入を決める際に、本人の生活状況を確認し、ホームでの生活が適切か否かを見極めた上で、在宅介護継続が適切な場合は家族に他のサービス利用の検討を勧めています。		

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
19		○本人と共に過ごし支えあう関係 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	職員は本人と共に生活する家族と同じような対応を心がけており、本人の心に寄り添った声かけを行なうことで、本人と職員が共に生活する者同士としての関係づくりに努めています。		
20		○本人を共に支えあう家族との関係 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	職員は本人の様子に変化があれば、面会に来られた時に伝えたり、必要に応じて管理者が電話で報告するなどの対応を行ない、本人の様子を家族が共有できるように支援しています。		
21	(10)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	本人が大切にしている趣味に関する物や家族や友人の写真等を部屋に飾ると共に、家族が面会に来られた際は本人の部屋でゆっくりと過ごせるように支援しています。	家族の面会、毎日の食事介助や就寝までの寄り添いでの家族の来訪、親戚の人、友人（同級生、同僚）、教え子、知人の来訪がある他、手紙や電話での交流を支援している。家族の協力を得て、馴染みの美容院の利用や葬儀や法事への参加、墓参、外出、外泊、一時帰宅など、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。	
22		○利用者同士の関係の支援 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	利用者の認知症の状態を考慮して、利用者同士の関係が互いのストレスにならないように、リビングでの席の配置を工夫する、一緒に参加できるレクリエーションを提供するなどの対応に努めています。		
23		○関係を断ち切らない取組み 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	サービス契約の終了後は、家族の意向に配慮しながら、施設内行事への案内をしたり、電話での相談に応じるなどの対応を行ない、これまでの関係性を大切にしています。		

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
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					
24	(11)	○思いや意向の把握 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	一人ひとりの思いを少しでもくみ取れるように、日常の会話を通して理解し、本人の意思表示が難しい利用者に対しては、その時の状況に応じて本人の気持ちを尊重した対応を心がけています。	入居時には独自のアセスメント表を活用して、基本情報、かかりつけ医、健康状態、社会との関わり、これまでの暮らし方や環境、要望等、23項目にわたって、細かく収集して、利用者と家族の思いや意向の把握をしている。日々の関りの中での、利用者の状態、表情、言葉等を「介護支援経過記録」に記録して、本人の思いや意向の把握に努めている。困難な場合は表情や行動について職員間で話し合い、本人本位に検討している。	
25		○これまでの暮らしの把握 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	一人ひとりの生活歴について家族からの聞き取りを行ない、家族からの情報収集が難しい場合は、面会に来られる友人知人からの聞き取りも行ない、これまでの生活状況の把握に努めています。		
26		○暮らしの現状の把握 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	本人の身体状況や能力などのアセスメントを十分に行ない、本人が出来ることと支援が必要なことを判断し、日常生活で本人が行なえることが維持できるように支援に努めています。		
27	(12)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	本人や家族の意向に沿った生活ができるように、職員間での情報共有と介護計画に沿ったモニタリングを行ない、本人の状態変化に応じて介護計画の見直しを行なっています。	計画作成担当者と利用者を担当している職員を中心に、毎月1回、カンファレンスを開催し、本人や家族の思い、主治医、看護師の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。月1回モニタリングを実施し、3ヶ月に1回、見直しをしている他、6か月毎に担当者会議を開催し、計画の見直しをしている。利用者の状態に変化が生じた場合はその都度話し合い、現状に即した介護計画を作成している。	
28		○個別の記録と実践への反映 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	本人の様子やケアの実践状況等を個別のサービス提供記録に記録し、重要なことは申し送りや連絡ノートを活用して職員全員に伝達し、本人の体調管理及びその人らしい生活の支援に反映しています。		

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
29		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	本人の状態変化及び日常生活動作の変化に合わせて、必要な福祉用具の導入、臨機応変なケアの工夫を行ない、利用者が苦痛の少ない生活ができるように柔軟な対応を行っています。		
30		○地域資源との協働 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	身近に利用できる地域資源を把握し、掛かりつけの医療機関や薬局等の利用、本人が馴染みの美容院の利用など、本人の生活と地域資源の活用が途切れないように支援しています。		
31	(13)	○かかりつけ医の受診支援 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	受診は本人の状態変化に応じて、家族の同意を得た上で訪問診療の利用、家族の協力を得て掛かりつけ医の通院介助を支援し、可能な限り掛かりつけ医との関係が維持できるように支援しています。	本人や家族の希望するかかりつけ医としている、協力医療機関がかかりつけ医の場合は、2週間に1回、訪問診療があり、夜間や緊急時の対応もしている。その他のかかりつけ医の場合は、家族の協力を得て事業所が受診支援をしている。他科受診は事業所が支援している。歯科は必要に応じて往診がある。受診結果は「在宅療養計画書」と「業務日誌」に記録して職員間で共有し、家族には電話や面会時に報告をしている。定期的に来訪の薬剤師による薬学的管理が行われている。緊急時には管理者から協力医療機関に連絡をして適切な医療を受けられるように支援している。	
32		○看護職との協働 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	介護職は、本人の日常生活における観察からの気づきや情報を、掛かりつけ医や協力医療機関の看護職に報告し、適切に訪問診療や外来受診が受けられるように支援しています。		
33		○入退院時の医療機関との協働 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、日頃の身体状況及び病状変化の様子などを記録した介護サマリーを医療機関に提供し、入院中に必要な情報交換を行ない、退院前のカンファレンスに参加して退院後の生活支援に必要な情報収集を行なうことで、早期の退院に向けた支援を行っています。		

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
34	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、事業所です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	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時に家族の意向を確認し、実際に本人の状態変化が見られる場合は、早めに家族の意向を再確認し、主治医からの病状説明が行なわれる際に、ホームで行なう看取り介護の方針説明と支援を行なっています。	重度化に関する指針をもとに事業所でする対応について、契約時に家族に説明をしている。実際に重度化した場合は、早い段階から本人や家族の意向をふまえた上で、主治医や職員と話し合い、医療機関や他施設への移設も含めて、方針を決めて共有し、支援に取り組んでいる。看取りの場合は「看取り介護についての同意書」を交わして、支援に取り組んでいる。看取りについての内部研修を実施している。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	介護事故を防止するために、職員はヒヤリハット報告書の記録、対策会議を開いて介護方法の見直しを検討することで、事故防止の意識を高めています。また、体調変化や事故発生時の対応についての研修を行ない、現場でのOJTを行なっています。	事例が発生した場合は、ヒヤリハット(気づき)シート、苦情・事故報告書に原因、対応、予防策等を記録し、申し送り時に周知している。各ユニット会議や月1回の全体会議の中で法人の他事業所の事故事例報告も併せて検討し、再発防止策を講じて、再発防止会議の議事録に記録し、一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。事故発生に備えて外傷や誤嚥、喉の詰まり、嘔吐、転倒等の処置について、管理者が実地指導をして実践力が身につくように取り組んでいる。	・全職員による応急手当や初期対応の定期的訓練の継続
36	(16)	○災害対策 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	日中・夜間想定消防避難訓練を年2回行ない、地域の方の参加や消防職員の指導を受けることで防火意識を高めています。また、地震・風水害等の災害時の対応訓練を年1回行ない、職員の防災意識の向上に努めています。	年2回(1回は消防署の協を得て)、昼夜の火災を想定した通報、避難、経路確認、消火訓練を運営推進会議メンバーも参加して、利用者と一緒に実施している。当該地域は水害地域でもあり、年1回、浸水区域大雨行動訓練として避難訓練を利用者と一緒に実施している。災害時の連絡網には地域の6名の人に連絡をして協力が得られるようになっており、地域との協力体制を築いている。非常用食品は水や食料(ご飯、乾パン、レトルト食品等)を備蓄している。	

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	
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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	一人ひとりの人格を尊重した言葉かけと対応を心がけ、認知症により意思表示の難しい利用者に対しては本人の表情や拒否の有無を確認しながら、本人の気持ちに寄り添った対応に努めています。	職員は内部研修(接遇、倫及び法令遵守等)で学ぶとともに、管理者による言葉づかい(親しみを込めた言葉、馴れ馴れしい言葉、タメ口など)の指導を通して、利用者の自尊心を傷つせず、プライバシーを損ねない対応をしている。個人情報の取り扱いに留意し、守秘義務を徹底している。	
38		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	日常生活の支援を通して利用者の表情や言動の変化を見て意向の把握に努め、言葉に表わせない利用者に対しても丁寧な声かけを行なうことで本人の同意が得られるように支援しています。		
39		○日々のその人らしい暮らし 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	職員側の業務を優先することなく、本人の生活リズムを尊重した対応を行ない、食事・排泄・入浴等の支援も本人のその時の状態に応じて、本人の希望に沿って柔軟な対応を心がけています。		
40		○身だしなみやおしゃれの支援 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	起床時と就寝時の着替えを習慣とし、起床時に顔拭きと整髪を行ない、本人が鏡の前で自分で身だしなみを整える意識が持てるように支援を行なっています。		
41	(18)	○食事を楽しむことのできる支援 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	職員と一緒に食事の準備や片づけを行なうことが難しい利用者が多いため、一人ひとりが食事を美味しく食べるために、個々の口腔内や嚥下状態に応じた形態で食事を提供し、自力摂取できない利用者には本人のペースで介助を行なっています。	食材は業者委託で、三食とも事業所で食事づくりをしている。調理担当職員が昼食と夕食をつくり、夜勤者が朝食をつくっている。食欲が高まるように食器の工夫や自力で食べることができるよう形態や自助具の工夫をして提供している。おやつづくり(フルーツゼリー、ぜんざい)や誕生日の寿司やケーキ、季節行事食(おせち料理、節句の寿司、土用の鰻、年越しそば、雑煮風、クリスマスケーキ)、戸外食(収穫祭で豚汁や芋ご飯)、家族の協力を得ての外食など、食事が楽しみなものになるように工夫して支援している。家族が食事の介助に来訪している。	

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
42		○栄養摂取や水分確保の支援 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	利用者毎の食事と水分摂取量を記録し、必要な栄養と水分が摂取できるように、栄養バランスの良い食事の提供及び本人の好みを取り入れた飲み物の提供を支援しています。		
43		○口腔内の清潔保持 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	起床時及び毎食後に歯みがきやうがいなどの介助を行ない、就寝時に義歯の洗浄消毒、起床時に清潔な義歯の装着支援を行なうことで、口の中の清潔が保てるように支援しています。		
44	(19)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄パターンを把握し、本人の尿意便意に合わせてトイレ介助を行ない、本人からの訴えない利用者には一定間隔でトイレ誘導を行ない、排泄の失敗を減らすと共にトイレでの排泄習慣維持に努めています。	排泄チェック表を参考にして、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、利用者一人ひとりに合った言葉かけや誘導をして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	
45		○便秘の予防と対応 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	ラジオ体操や簡単な運動により体を動かす機会を提供し、食事以外の時間に水分補給を行ない、一日の水分摂取量を増やすことで、便秘予防に努めています。また、食事は食物繊維の多い野菜を多く摂れるように配慮しています。		
46	(20)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴は全介助が必要な人が多くなったため、利用者全員が定期的に入浴できるように、職員の配置を工夫し、介助を行なう際は本人が気持ちよく入浴できるように、必要な支援を行なっています。また、本人からの入浴希望があれば、なるべく希望に添えるように対応します。	入浴は14時から15時30分までとして、利用者の体調に合わせて、少なくとも週2回は入浴できるように支援している。湯加減や入浴剤の利用、季節の柚子湯など、希望に合わせて、ゆったりと入浴できるように支援している。入浴したくない人には時間を変えたり、言葉かけの工夫をして対応している。利用者の状態に合わせて、清拭やシャワー浴、部分浴、複数での入浴介助等、個々に応じた入浴の支援をしている。	
47		○安眠や休息の支援 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	一人ひとりの部屋には、本人に適した寝具を用意し、室温等は常時エアコンで調整を行なうことで、本人が安眠できる環境づくりに努めています。また、夜間は常夜灯で対応し、利用者が安全に眠れるように留意しています。		

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
48		○服薬支援 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	一人ひとりが服用している薬の目的や用法、副作用等の情報について、職員が利用者の個人ファイルを見て確認できるようにし、医師による処方変更がある場合は、職員が正確に理解できるように伝達をしています。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、楽しみごとの支援 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	個々の利用者の生活歴を把握し、本人が出来ること出来ないことを見極めた上で、楽しく参加できる活動の支援を行なっています。また、本人が好きな活動を提供することで、笑顔が引き出せるように支援しています。	洗濯物たたみ、洗濯物の収納、カーテンの開閉、テレビやDVD(時代劇、歌番組)の視聴、本を読む、写真集を見る、歌を歌う、カラオケ、折り紙、ぬり絵、貼り絵、カラオケ、トランプ、オセロ、魚釣りゲーム、パズル(文字、点つなぎ)、風船バレー、ラジオ体操、テレビ体操、口腔体操、脳トレ(計算ドリル、間違い探し)、季節行事(敬老会、収穫祭、文化祭の見学、クリスマス)、家族との外出、外食等、利用者一人ひとりの楽しみごとを見つけて支援している。	
50	(22)	○日常的な外出支援 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	認知症や身体状況の重度化により、日常的な外出が難しい利用者以外は、家族の協力を得ながら、車いすでの散歩や掛かりつけ医の受診介助を行ない、本人が地域の人達と触れ合う機会の提供を支援しています。	事業所周辺の散歩や外気浴、日光浴、季節の花見(桜、菖蒲、紅葉)、ドライブ(運動公園、医療機関受診時)、家族の協力を得て、馴染みの美容院の利用や外出、外食等、日常的に出かけられるように支援している。	
51		○お金の所持や使うことの支援 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	職員は本人がお金を持つことの大切さを理解しているが、実際に本人がお金を持ちたいとの意向がない人が多く、自分でお金の管理を行なっている人は一人のみであり、その他の利用者は管理者が家族からお金を預かって、本人に必要な物があれば購入支援をしています。		
52		○電話や手紙の支援 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	家族や友人からの手紙は職員が本人に手渡す際に内容を伝えて、本人が手紙を受け取ることで嬉しいと感じてもらえるように支援しています。家族からホームの電話に掛かってきた場合は、職員が要件を聞き取って本人に伝えています。		

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
53	(23)	○居心地のよい共用空間づくり 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	共用の空間は常に清潔が保てるように掃除を行ない、季節を感じることが出来るように手作りカレンダーや壁飾り等で変化をつけています。また、テレビの音量、部屋の照明、温度湿度の管理を行ない、利用者が居心地よく過ごせるように配慮しています。	リビングには観葉植物や花の鉢が飾っており、自由に配置換えできるテーブルと椅子、ゆったりとしたソファが配置してある。利用者は外を眺めたり、テレビを見たりしてくつろいでいる。壁面には季節の貼り絵やイベント写真が飾ってある。厨房からは食事の準備の音やお茶の香りが漂い、家庭的な雰囲気を感じることができる。温度や湿度、明るさ、音楽も適切に調節し、換気にも配慮して居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
54		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	自分で安全に歩けない利用者には車いすを利用してもらい、自力で歩ける利用者には本人が好きな場所のソファでゆったりと過ごせるように、一人ひとりの希望や利用者同士の関係性に配慮して居場所の工夫を行なっています。		
55	(24)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	居室内は本人と家族の希望に沿って、本人の馴染みの家具や装飾品を配置し、衣類や寝具は本人が使い慣れた物を使用してもらうことで、本人が自宅と同じように安心して過ごせるように工夫しています。	寝具や箆筒、衣装箱、整理棚、テレビ、カセットラジオ、時計、空気清浄器、整容道具、安全のための床マットなど、使い慣れたものや好みのものを持ち込み、家族写真や誕生日の写真、ぬり絵作品、白寿のお祝いに家族から届いた胡蝶蘭や祝色紙を飾って、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
56		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	利用者の身体能力に応じて、歩行介助や車いす介助を行ない、本人の意思による行動が安全に行なえるように支援をしています。転倒リスクの高い利用者の部屋は、床に衝撃吸収マットを敷いて安全に歩行できるように配慮しています。		

2. 目標達成計画

事業所名 サンキ・ウエルビィグループ岩国

作成日: 令和 2 年 3 月 12 日

【目標達成計画】					
優先 順位	項目 番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に 要する期間
1	35	介護職員の入れ替わりがあり、転倒事故や軽い外傷等の発生時に応急手当や初期対応を十分に行なえない者があり、利用者の体調変化や事故発生時への不安がある。	利用者の事故発生時及び体調急変時に正しい初期対応や応急手当を職員全員が実践できるようにする。	ヒヤリハット報告及びリスク報告の内容を毎月のミーティングで検証し、予測される事故が起こった場合の初期対応や応急手当の方法についての実践研修を定期的に行なう。年に1回は、AEDを使った心肺蘇生法の訓練を行なう。	12ヶ月
2	7	身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいるが、介護職員が少ない中で認知症により理解力低下が強い利用者の行動を安全に見守るための対策が不十分である。	利用者の自発的な行動を尊重し、本人の意向に沿った支援や自立心を妨げないケアを実践する。	利用者の言葉に耳を傾け、本人の意向をくみ取れるようにコミュニケーションを図る。本人が歩行や車いすで移動する際は、本人の傍らに寄り添って声を掛けながら安全な移動を支援する。	12ヶ月
3	8	利用者の危険な行動を制止する際、介護職員の言葉がきつくなったり、行動を止める手に力が入ることがあるため、それが心理的虐待や身体的虐待に近いと感じられることがある。	利用者に心理的ストレスを与えない言葉を意識した対応及び不安感を与えないケアを実践する。	利用者に対する不適切な言葉やケアに対して職員同士で注意し合える環境をつくる。改善が難しい場合は、ミーティング等で情報を共有して改善策を検討する。	12ヶ月
4	20	職員と利用者家族とのコミュニケーションを大切にしているが、本人を家族と共に支え合う関係づくりが不十分である。	職員全員が利用者家族と良好な関係をつくり、本人を共に支えていける協力体制をつくる。	家族の面会時に利用者の日常の様子や最近の変化について職員から報告し、家族の不安を軽減しつつ、本人のために協力してもらえることを提案していく。	12ヶ月
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。