

### 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   | 2171300649         |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 慈恵会         |            |            |
| 事業所名    | さわやかグループホーム川辺      |            |            |
| 所在地     | 岐阜県加茂郡川辺町上川辺1033-3 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年8月26日         | 評価結果市町村受理日 | 平成28年11月4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.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2171300649-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2171300649-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

【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 ぎふ福祉サービス利用者センター ぴーすけっと |  |  |
| 所在地   | 岐阜県各務原市三井北町3丁目7番地 尾関ビル           |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年9月15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)】

当事業所では、多方面から情報を入手しサービスの質の向上、職員の自己研鑽を働き掛けている。法人内・外研修など実施。職員要望に応じ可能な限り勤務調整している。地域ボランティアの受け入れの定着や併設施設の利用者との交流、地域の子供たちとの交流などインフォーマルな資源との継続的な関わりを通じて、利用者の強みの発揮、地域発信・地域貢献の構築を目指している。また、利用者の「出来る事」に着目し、ホームでの役割作りを心掛けている。他に、総合福祉施設の特質を生かし、利用者の重度化に出来る限り対応すべく、各サービスへの受け入れ調整する体制の構築がある。その人らしく暮らせるグループホーム作りを目指している。

【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)】

平成28年度は、法人として地域貢献に力を入れて運営している。事業所も、地域交流の一環として、「さわやか喫茶」をオープンし、利用者自身も楽しみながら、できる人が接客も行っている。デイサービスや特別養護老人ホームの利用者、地域の民生児童委員が参加している。今後は、地域の独居者や、認知症の家族の参加も視野に入れ、繰り返しの来訪により、馴染みの関係への繋がりを目指している。職員は、法人内外の研修会に積極的に参加し、自己研鑽を重ね、利用者の生活の自立、安全、さらには心身状態の安定に向け、切れ目のないケアに丸となって取り組んでいる

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>↓該当する項目に○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)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<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ます<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 | 利用者職員が、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 | 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 | 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 | 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)  | ○<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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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、安心して暮らしている<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票

[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  | 法人全体で『利用者の立場に立った保健福祉サービス、地域に対する専門技術の提供』の基本方針を基礎とし、『地域でその人らしく生活する事を支援する』ことを理念に掲げている。職員に配布、ホーム内に目標を掲げ、朝礼時に唱和する等で、確認し、実践への工夫をしている。 | 管理者及び職員は、理念を運営やケアの柱と位置づけ、理念に基づいた支援になっているかを常に確認し、工夫しながら実践している。また、利用者の暮らしが閉鎖的にならないよう、地域と積極的に関わり、希望に沿った日常生活を支援している。       |   |
| 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  | 毎日の買い物に出掛けている。隣接する保育園や小学校との交流や、ボランティア事業を通して知人となった方、隣人から季節の野菜等の交換など継続的な交流がある。  | 周辺には、保育園、小学校、観音堂等があり、日常の散歩コースになっている。畑仕事をしている隣人と挨拶を交わし、馴染みの関係となっている。スタートした「さわやか喫茶」には、民生委員や併設事業所の利用者を招いて交流している。          | 事業所は「さわやか喫茶」に、地域の独居者、認知症の家族の人達の参加も視野に入れており、その具体的取り組みに期待したい。 |
| 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  | ボランティア交流会で、認知症のミニ講座を開催している。さわやか喫茶によって地域交流・貢献の足掛かりを始めた。川辺町地域ネットワーク会議に専門職として参加している。   |  |   |
| 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                                     | 委員の方には各行事への参加やホームの様子を見ていただき、その都度、会議の中で意見を求めている。また、近況報告や事故・ひやりはつとに関する報告をはじめとする情報の公開、情報収集にも心掛けている。                                | 会議は、隔月に開催し、議事録を作成して次回に報告している。会議では、地域交流の場となってる「結広場」再開の経緯や、そこへ参加した子供や利用者の表情等について、質問や意見があり、事業所が丁寧な説明をするなど、活発な話し合いを行っている。  |   |
| 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取り組んでいる  | 川辺町包括支援センターは川辺町役場内にあり、町職員でもある。行事案内、参加もあり、また、利用者の入退所の連絡、入院、重大な事故が発生した場合には連絡を取っているなど、遠慮なく相談でき協力いただいている。                           | 運営推進会議には、行政から毎回参加があり、現在作成している認知症ケアパスについて、具体的な説明を受け、連携を密に取っている。また、川辺町地域ネットワーク会議への参加依頼があり、管理者が参加している。                    |   |
| 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 | 法人には『身体拘束廃止マニュアル』があり、研修等に参加し、職員に周知している。玄関やベランダ等の施錠は夜勤等安全が確保できない時以外は、常に、自由に入出入りできるよう開放している。また、言葉の拘束にも注意し心掛けている。                  | 法人の「身体拘束廃止マニュアル」で研修を受け、実際にグループホームでの対応に置き換えて、研修を活かせるようにフィードバックしている。また、何気なく使っている言葉が拘束につながっていないか、職員同士で気がついた時に伝え、改善に繋げている。 |   |
| 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                                     | 法人内の各研修や勉強会、県居宅介護支援事業協会等主催の研修会等の研修に参加し、職員に周知している。また、入浴時の身体チェックや言葉使いにも注意し、言葉による虐待防止にも努めている。                                      |  |   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|-----|--|---|---|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 県が主催する研修、岐阜県居宅支援事業協会等主催の研修へ参加、法人研修で学ぶ機会を持ち、家族会などでも説明機会を持っている。いつでも相談に応じる旨を伝えている。                                     |   |                   |
| 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                         | 「契約書」「重要事項説明書」の取り交わしについては、事前面接、入所時にも十分な説明時間を設けている。家族会、ケア会議等にも機会を設け説明をしている。利用者、家族には、家庭で十分考慮して頂いた上で、理解、納得を頂いている。      |   |                   |
| 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                     | 近況報告書等でいつでも意見や要望を言える環境作りをしている。家族の面会時や家族会、アンケートの実施で、常に意見や要望を聞いている。要望等は職員会議や上司と検討し、希望に沿うように改善、工夫をしている。                | 家族への近況報告書では、ケアプランの実施状況や最近の様子を詳しく伝え、家族からの意見や希望の記入欄も設けている。満足度調査アンケートは、今年度から記名式にし、結果は集計して家族会や運営推進会議の中で報告し、サービスの向上に反映させている。 |                   |
| 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                                      | 毎月の職員会議を開催し、職員からの意見提案をホームの運営に活かしている。普段から職員の提案を受け入れ、管理者独断による決定事項は避けるようにしている。   | 日常業務の中で、個々の職員から出た意見や提案を、一人の職員が取りまとめ、管理者に報告している。何事も、まず、職員が自らやってみて、工夫点を話し合い、改善に繋げるよう努めている。                                |                   |
| 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      | エリア長・管理者は職員の個人目標を把握し、常に職員の努力、実績、勤務状況の確認に努め、また、個々の健康、環境にも目を向けた上で、向上心、勤労を奨励している。                                      |   |                   |
| 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         | 法人研修員会を構築し、「新人」「中堅」「中堅フォローアップ」「リーダー」「スーパーバイザー管理職」とコースが設定、新たな研修取組を構築中である。該当コース以外にも、各種法人外研修、エリア内学習会など必要に応じた受講を奨励している。 |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 当法人にはグループホームが7か所有り、サービス向上委員会を開催、サービス提供やコンプライアンスに関する情報交換や学習会、統一マニュアル作りなどを行っている。                                      |   |                   |

| 自己                          | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|-----------------------------|-----|--|---|---|-------------------|
|                             |     |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |   |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 利用に当たっては、担当ケアマネジャーからの基本情報を基に、直接利用者・家族から心身状況・生活史、趣味等、可能な限り情報収集するよう努めている。前サービス提供事業所の担当者からも情報収集し、安心確保の環境に努めている。  |   |                   |
| 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            | 本人から頂いた情報確認や家族にしか分からない利用者の性格、家系、生活史、環境、病歴、主治医、認知症の状況等出来る限り丁寧に伺い、アセスメントへ反映している。特に身体状況・家族の思いについては確認し直すようにしている。  |   |                   |
| 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        | 常に利用者・家族の立場に立ち、近況の把握と傾聴等により、「その時」のニーズを見極め、何が今一番必要か、利用者・家族に方向性が見出さるよう助言している。選択に当たっては、それぞれメリット・デメリットの提示を心掛けている。 |   |                   |
| 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                        | 利用者の生活歴や心身の状況を観察・把握し、生活のあらゆる所で、出来る事の維持・向上と出来ない事へのさりげない介護を行うように努めている。利用者が自身の役割を持つこと、やりがいの発見が出来るようにと心掛けている。     |   |                   |
| 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         | 日頃の面会、外出・外泊に制限を作らず、緊急時以外の受診対応の調整、家族会・行事参加の案内、衣替えなど「近況報告書」の利用、ケアプラン内で役割分担し、利用者や家族の関係が希薄にならないよう、連絡調整を行っている。     |   |                   |
| 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                     | ケアハウスに知人のいる方はケアハウスでの喫茶参加、デイサービスやショートステイ利用者の参加によるさわやか喫茶の開催、町内のスーパーへの買い物、友人の面会など、友人・知人との交流が継続出来るよう心掛けている。       | 利用者一人ひとりの、これまでの馴染みの人や場所を大切にしていくとともに、現在の生活の中で、身近な人達との新たな関係作りを支援している。併設事業所の利用者、各種ボランティアとの交流、さわやか喫茶等、様々な方法で支援に取り組んでいる。 |                   |
| 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                  | 体調不良者への心遣いや散歩時の車椅子を押す、不穏者への優しい言葉掛けや気遣いなど利用者が自主的に支え合う光景が見られる。職員は利用者の個別性に配慮し、孤立しないよう場面場面に合わせ言葉掛けをしている。          |   |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                    | 病院ソーシャルワーカーとの連絡調整、法人「サービスセンター」へ早急に情報提供し、ケアマネジャー調整など、本人・家族へ支援している。退居者の家族の気持ちの受容や励ましも行っている。退居後の施設問合せは詳しく対応している。                  |  |                   |
| <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   | 日常の会話の中や利用者個々に意向を伺い、行事計画、献立など出来る範囲の実現をしている。また、家族の意向は、電話やケア会議、面会時や家族会の際聞き取り、その方の状況と希望に合わせて対応している。                               | 利用者の思いや意向を、職員との信頼関係を築いていく中で把握している。困難な場合は、表情、息遣い、目線、口調等、様々な観点から利用者を見ることで、「したいこと」を推測したり、楽しかった思いが聴けた時には、「今したいこと」として、その実現に向けて支援している。 |                   |
| 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                                       | 利用者本人との会話を中心に、家族や面会の知人等から情報の把握に努めている。入居の際、生活歴等の把握が難しい利用者も居られるが、ときどきに対応して、出来る限りの把握に努めている。                                       |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 日頃の観察により、普段との違いへの気付きに努め、小さな変化にも対応できるよう心掛けています。加齢に伴う体調変化に留意する事を基本に、必要に応じてバイタルチェック、食事・排泄チェックし、利用者の情報の共有とケアの統一をしています。             |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人・家族の参加を第1に考え、家族の希望日時に合わせてケア会議を開催している。事前に必要に応じて専門職(主治医、歯科医師、管理栄養士、社会福祉士、保健師、在宅のケアマネジャー、介護長等)の意見収集を図っている。                      | ケア会議には必ず家族が参加し、意見を聴いている。日常生活から知り得た利用者個々の情報を反映し、出来ること、解ることを活かし、その人らしく生活できるような計画を作成している。家族には、近況報告の中で、ケアプランの実施状況を詳しく伝えている。          |                   |
| 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                        | 新記録システムの導入により、情報量も多くなり、記録の検索や整理が安易になった。機能を活かし、情報共有しながら、アセスメントを深めることで、ケアプランに活かす努力をしている。   |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 総合老人福祉施設の機能を活かしハード面の共有は勿論、デイサービスのレクリエーション参加、ケアハウス利用者との体操、特別養護老人ホームの夜間緊急対応、介護支援専門員の福祉用具選定指導、関係医療法人(急性期総合病院、精神科病院)との連携を適時調整している。 |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                     | 多数のボランティアの受け入れ、併設利用者との交流、地域への買い物やお祭り、行事、消防署指導の火災訓練に2回参加、小学校・保育園との交流等の他、民生児童委員や地域の方を交えた交流場所としてさわやか喫茶の開催をしている。                         |  |                   |
| 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                                | 利用者、家族希望のかかりつけ医への家族受診を基本としている。その内、5名が往診を受けている。緊急時や家族の都合によっては、職員が同行し受診している。家族受診時には、必要に応じて状況報告書を制作し、主治医との連携を図っている。                     | 希望により全員が、それぞれのかかりつけ医を持ち、家族による受診を基本としている。利用者が不穏な時の受診や緊急時、また、家族の都合が悪い場合には職員が同行している。  |                   |
| 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                         | 併設事業所の介護長や看護師と連携し迅速な対応を心掛けている。往診時、利用者の健康状態を主治医、看護師に質問・応答を受け、家族受診時には、情報共有を図り、適切な受診への対応を心掛けている。  |  |                   |
| 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 | 入院先の病院内の担当ソーシャルワーカー、主治医、看護師との連携を取り、入退院をスムーズに行う他、定期的に面接に行き、近況を把握している。   |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 利用者の状態変化には、家族、主治医との連絡を密に取り、今後の対応方針、緊急時の対応を相談している。家族、エリア長、生活相談員を交え何度も話し合いの場を持ち、利用者・家族の意思確認に努め、利用者の希望優先の対応を心掛け、生活支援をしている。              | 事業所としての重度化への方針や、緊急時の対応は契約時に説明している。状態の変化に応じ、家族と話し合い、意向を踏まえ、事業所として最大限に対応できる段階まで支援している。看取りの段階では、家族、かかりつけ医と協力し、経験を生かして、利用者や家族が安心できるよう支援している。 |                   |
| 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   | 消防署主催の救命救急講習に参加し、AEDの講習も受けている。また、消防訓練も年2回実施。利用者の急変・事故発生時の緊急対応はマニュアル化している。  |  |                   |
| 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回の防災訓練の実施、数回の緊急連絡網訓練をしている。また、日頃より各職員が災害防止に努めると共に、緊急時に迅速に対応できるように心掛けている。また、川辺町との災害時緊急避難協定を結んでいる他、近隣企業(エム・エス・ティー佐伯)と災害活動応援協定書を結んでいる。 | 全国で起きている災害を教訓に、法人全体で災害マニュアルの見直しに取り掛かっている。ヘルメット、車椅子、3日分の備蓄等を準備、確認し、昼夜を想定して、利用者が安全かつ迅速に避難出来るよう訓練している。                                      |                   |

| 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                   | 介護援助の際は、丁寧に分かり易い言葉を使い、誘導等が他の利用者に気付かれない様に対応、気兼ねしないで排泄や入浴の実践、各個人情報の管理に努めている。  | 全職員が、利用者個々の身体機能レベルを理解し、それに合わせた介助法等を共有し、一人ひとりの状態に応じたケアを実践している。羞恥心や、プライバシーに配慮した日々の関わりの中から、職員の新たな気づきも生まれている。                      | 統一されたケアを目指し、職員の新たな気づきの共有がさらに標準化され、その人らしい暮らしの継続、さらなるケアの充実へと深まっていくことが期待される。 |
| 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                     | 利用者の個別介護、残存機能の維持・発見に努め、本人の意思確認を常に念頭に置き働き掛けている。個人の状態に合わせた質問方法を工夫し、出来る限り希望に沿った日常生活の実現の為の支援を心掛けている。                                |  |   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 利用者には行動に移る前に、本人に選択、意思確認し、利用者の身体状況に合わせて対応している。一人で屋外に出て行かれる利用者にも、出来るだけ制限なく、職員がさりげなく付き添うようにしている。                                   |  |   |
| 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                                  | 理美容は、本人・家族の希望により行って頂いている。移動美容室を利用される利用者には、理美容師が本人に直接希望を確認し行っている。普段の整容は、本人の希望を確認し、職員が配慮しながら支援している。                               |  |   |
| 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     | 利用者の意見を反映し献立を考え、外食先も決めている。郷土料理や季節の食材の使用、利用者が希望するテイクアウトの料理も取り入れた機会を設けている。食事の下ごしらえや調理に利用者が関わりを持つ他に、利用者が献立を考え、全て料理する自分ごはんの日を設けている。 | 食事の準備や片付け等を、利用者も一緒に行っている。広告を見た利用者が「これが食べたい」とつぶやいたことを大切にして、一緒に食材を買いに行き、美味しい食事となるようチームで取り組んでいる。食事形状は、とろみ、お粥等、利用者の体調に合わせて提供をしている。 |   |
| 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          | 食事量・水分量の確認・確保、体重増減の防止など、利用者の個々の状態に応じ、食事形状の工夫等の対応に努めている。必要時には、主治医、管理栄養士からの助言を得るなど支援している。   |  |   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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、利用者の身体能力に合わせた口腔ケアを実施している。自立の為、自己管理出来る方も、見守り、確認をしている。必要に応じて、歯科衛生士の口腔ケアを利用している。   |  |   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 排せつ記録を元に、尿量や尿間隔を考察し、個々の状態に合わせた排泄方法を職員間で話し合っている。パット等の変更時には、家族に連絡、了承を得るようにしている。さりげない言葉掛け誘導に努めている。                                 | 自分で排泄用品の自己管理ができる利用者には、職員が見守りながら、トイレでの排泄と自立を支援している。夜間は、ポータブルトイレを使用している人もあるが、利用者の体調に応じて個別の対応を行い、紙パンツから布パンツに改善出来た利用者もある。 |                   |
| 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  | 排泄記録の確認や本人の訴えに耳を傾ける、入浴時の身体観察、食事摂取状況等により、便秘の気付きを早く出来るようにしている。また、水分摂取、散歩・運動の奨励、食物繊維の多い食材の摂取で予防に努めている。                             |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 一日おきの入浴を基本としているが、利用者の希望によっては体調を考慮し、毎日入浴を行っている。本人の身体機能に合わせて、見守り介護し、ゆっくり、ゆったり入浴できるよう心掛けている。併設施設の大風呂へ『温泉ツアー』と称し出掛ける事も楽しみの一つとなっている。 | 入浴日や回数は、利用者の希望に合わせている。入浴剤を使用したり、菖蒲、柚子等、季節感を取り入れ、安全、安楽に配慮しながら、リラックスできる入浴を支援している。また、特養の大風呂での入浴も、利用者の楽しみのひとつになっている。      |                   |
| 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   | 居室には馴染みの家具等備え、本人の生活空間を大切にしている。夏場はのれんやよしずを使用。また、室温・湿度に気を配り、エアコンや加湿器の調整を小まめに行っている。  |   |                   |
| 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  | 薬剤の処方箋は、個別ケースに保管し、職員が確認できるようにしている。処方薬の変更時には申し送り、ケース等に記載し情報の共有に努めている。  |   |                   |
| 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                             | 利用者の身体機能や意向に合わせ、洗濯干し・たたみ、掃除等を行って下さる。食事作り等調理は生き活きと対応している。個別の塗り絵や書き写し等余暇時間を楽しんでいる。  |   |                   |
| 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 | 天気や気候に配慮しながら、ほぼ毎日、散歩や買い物に出掛けている。個別の外出も実施している。家族との外出もおおく、家族参加の行事も定期的に行っている。  | 事業所周辺の散歩や外気浴、食材の買い物等を日課としている。家族の協力による誕生日の夕食、彼岸や盆の墓参、定期受診を兼ねての外泊等も行っている。年に1度は、職員が情報収集して家族風呂があるサービスエリア等へ、日帰りツアーを楽しんでいる。 |                   |



| 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 |
| 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  | 金銭管理は1名の利用者が自己管理している。その他の方は、特別養護老人ホームの金庫で保管し、買い物、外出の際に本人の欲しいものを購入して頂いている。  |   |                   |
| 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   | 家族、知人への電話の希望がある時は、都度対応している。また、家族や知人からの電話にも取り次ぎ、お話しして頂いている。利用者の中には携帯電話を所有されている方もいる。要望や促しにより、年賀状や暑中見舞い、手紙の投函をしている。 |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | お風呂には入浴剤、菖蒲湯、ゆず湯など季節感を取り入れている。共有の空間には季節の花を飾る事や作品等を壁に掛け、生活感をや季節感を心掛けている。また、照明の明るさの調整など居心地良く暮らせる環境に心掛けている。         | 広いリビングから、安全に外に出て、洗濯物干し、取り込み等ができる。ホームベーカリーやフードプロセッサが、目に付く場所に置いてあり、生活感がある。飾られた習字、写真、季節の花には、季節感があり、加湿器やエアコン、自然換気等できめ細やかに空調管理が行われ、居心地の良い環境となっている。 |                   |
| 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  | 居間や食堂では他利用者と過ごしたり、新聞を読む事や趣味などして過ごされている。共有空間の畳コーナーで横になられたり、玄関先の長椅子に座るなど、本人の思い思いに過ごされている。                          |   |                   |
| 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  | 入居時から、居室へは本人の大切な物、馴染みの物、家族が希望される物をお持ちいただくようお願いしている。原則、居室への持ち込みの制限はない。家具の配置も本人が使いやすいように配置している。                    | 居室の掃除は利用者も行い、離床後、出来る人は寝具をきちんとたたんでいる。職員は、利用者と一緒に布団カバーの洗濯や、寝具の日光消毒等を行い、清潔で居心地の良い環境作りに取り組んでいる。   |                   |
| 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   | ホーム内はバリアフリーとなっている。トイレは車椅子でも対応可能。浴室は、手すり、入浴補助具を備え、必要に応じた福祉用具も導入する事で、安心かつ、出来る限り自立した生活ができるように支援している。                |   |                   |