

### 1 自己評価及び外部評価結果

|         |                          |            |            |
|---------|--------------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 1292200019               |            |            |
| 法人名     | 有限会社ホットライン               |            |            |
| 事業所名    | グループホームぬくもりの家            |            |            |
| 所在地     | 〒277-0813 千葉県柏市大室244番地の1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月23日               | 評価結果市町村受理日 | 平成31年4月22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.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</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ACOPA |
| 所在地   | 我孫子市本町3-4-17   |
| 訪問調査日 | 平成31年3月11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)】

ぬくもりの家では、近隣や地域の方々との繋がりを大切にしている。2ヶ月に1回の運営推進会議では、近隣の方々との交流を設けている。口腔ケア講習や感染症予防講習など行い、日々の日常生活に役立ったと好評を得ている。消防訓練や町会の祭、小学校の運動会や敬老会も参加している。日常生活では、料理、配膳、掃除などのお手伝いをさせていただくことで利用者様それぞれの残存能力を十分に発揮すると同時に、達成感や充実感を得ていただいている。朝の体操では身体を動かすとともに脳のトレーニングも意識しているが、難しすぎず楽しんで出来るメニューを考え、気軽に参加していただける雰囲気作りにも努めている。ご利用者様それぞれの体調や状態に応じて支援し、ご家族様との連絡を密に取る事で信頼関係を築く事に力を入れている。又24時間体制で訪問医や看護師との連携も出来ており、安心の声を頂いている。

#### 【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)】

ホーム玄関に入ると、額装され手書きの太字で書かれた理念が目につく掲示や、毎日の朝礼での理念の唱和など理念の理解を深めようとする姿勢がうかがわれる。また、ホーム内の掲示物は広報機能に留まらず、ホーム内の彩にもなっている。町会に加入し、法人の代表は、町会の役員として積極的に地域交流を図っている。地域の行事に参加することで、外出支援の機会が増えたことや、災害時には自動通報装置により協力世帯からの支援体制も構築できている。また、講師を呼んでの手洗い講習や食事前の嚥下体操にもビデオを積極的に活用することで、参加する利用者の理解の手助けとなっている。家族会は利用者と家族と一緒に楽しむ場として開催され、毎回多くの家族が参加し、自由に意見を交わす場ともなっている。

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

| 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くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生き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、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<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 |
| <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                           | 朝礼時に職員全員で利用者の前で施設の理念の唱和を行っている。職員全員が理念の理解を深めている。質の高いケアを目指し、ご利用者様一人ひとりに沿った支援を行っている。                               | 平成15年7月の開設以来、朝礼時にホーム理念の唱和を継続して実施しており、職員全員に浸透している。職員は、日常活動において、判断に迷ったときは、理念に立ち戻るようにしている。                 |                   |
| 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                           | 地域の皆様との交流を持ち、常に開かれた施設を目指している。地区のイベント(運動会、風揚げ大会、敬老会等)やお祭に参加し顔馴染になり、施設の理解を深めている。地区町会組合員であり、役員にもなっている。             | 町会へ加入しており、地区のイベントに積極的に参加している。法人社長は、町会役員を務めており、町会で開催する介護勉強会の講師も務めている。ホームで提供する食材を地元店舗で購入の際、利用者も一緒に出かけている。 |                   |
| 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                         | 2ヶ月に一度の運営推進会議を通し、地域の方々に施設に来訪して頂き、施設でのイベントや訪問歯科の口腔ケア講習などを開き、地域の皆様にも役立つ施設を目指している。                                 |   |                   |
| 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      | 運営推進会議では、柏北部地域包括支援センター、町会長、民生委員、近隣住民、利用者及びご家族様、薬局代表、消防設備会社に参加されており、意見交換を行っている。外部評価報告の結果も発表し、改善点についての話し合いも行っている。 | 年6回開催し、毎回のように柏北部包括支援センターから職員の参加があり、議事録を作成し、家族にも配布している。参加した住民の情報が利用者入所に繋がることもあった。                        |                   |
| 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                | ご利用者様の市役所担当ワーカーと密に連絡を取り、包括支援センター主催の研修も毎回参加している。包括支援センターには施設の運営推進会議に参加して頂き、施設での年間行事や予定、研修報告、現状報告も行っている。          | 柏市北部包括支援センターの他、市の担当窓口は、法人指導課、生活支援課、障害者支援課と多岐にわたる。生活保護受給者との入所者とのバランスをとった生活支援などについても協議しながら対応している。         |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 本年度より職員に対し、身体拘束などの適正化のための研修を年二回以上実施する事となっている為、施設では運営推進会議や職員会議を利用し、周知するよう努めている。                                  | 職員は、柏市と事業者団体主催の身体拘束に関わる研修に、それぞれ年2回参加している。ホーム内では、研修参加者を講師として、身体拘束廃止委員会を兼ねる運営推進会議や職員会議で周知を図っている。          |                   |
| 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      | 職員会議で高齢者虐待防止の研修内容を職員に周知し、日頃のケアの中での何気ない言葉や態度なども虐待に繋がる事を意識しながら、ケアに努めている。施設内に虐待の防止を掲示し、施設で取り組んでいる。                 |   |                   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|-----|--|---|--|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 成年後見制度のご利用者様が二名入所されている。研修に参加し職員会議で内容の報告をしている。意思決定が困難な方への支援等理解を深めている。<br>柏市高齢者権利擁護ネットワーク運営会議及び柏市成年後見制度利用促進基本計画策定検討会議に参加している。   |  |                   |
| 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                         | 入所契約時には、全文を読み上げ、十分な説明と質疑応答を行っている。   |  |                   |
| 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                     | ご家族様の意見、要望については、面会時や家族会の時に意見交換の場を設け、課題があれば一つ一つ話し合い解決出来る様にしている。また、施設内の玄関に意見箱を設置している。   | 年2回開催の家族会は、家族・利用者が一緒に食事とともに、楽しいひと時を過ごしている。一家族が6、7名で参加することもあり、参加者は多い。介護日誌や半年間の写真などの資料を閲覧しながら、和やかな中での、意見交換が行われている。 |                   |
| 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                                      | 職員会議時に、職員の意見や提案などを話し合い、反映している。また、代表者や管理者が個人面談を行い、意見や要望を聞き、施設運営に反映している。<br>一般常勤職員と一般非常勤職員から各一名ずつ選挙にて選出し代表職員とし、入職間もない職員などの方が、意見提案等が言いづらい場合は、代表職員が代わりに意見具申等を行える体制を整えている。 | 毎月の職員会議の他、個人面接は、年4回程度実施される処遇加算手当支給に合わせ、実施し、意見を聴取する場としている。また、選挙で選出された代表職員経由での意見具申のルートも用意されている。                    |                   |
| 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      | 職員一人ひとりと面談を行い、評価をしている。また、時間外の研修などに関しては、時間外手当をつけている。資格取得や講習等にかかる費用を全額若しくは一部負担を行っている。   |  |                   |
| 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         | 職員面談時に健康状態を確認し、悩みや意見を聞きながら実践や能力の把握に努めている。また、研修に積極的に参加し、ケアの質を高めている。講習研修は勤務時間とし、資格取得の一部若しくは全額補助も行っている。  |  |                   |
| 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 | 柏市グループホーム主催のスタッフ交流会やグループホーム見学会に参加し、他の同業者と意見交換などして、サービスの質を向上させている。   |  |                   |

| 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 | 入所時から、職員が入所前の生活状況を理解し入所時の不安や混乱に留意しながら一人ひとりの生活リズムを確立出来る様に努めている。  |   |                   |
| 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            | 入所時にご家族様と話し合いを設け、入所前の生活状況、過去の生活歴の情報を伺い、意見や要望に沿ったサービスを提供している。家族への手紙、ぬくもり新聞。予定表をお送りし、ご家族様との関係作りに努めている。    |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 入所前にアセスメントを行い、ご利用者様の不安を取り除くため、他のサービス利用も含めご家族と話し合いをしている。ご利用者様の心の安定のためご家族といつでも会話出来るよう携帯電話を利用しているご利用者様もいる。 |   |                   |
| 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                        | 朝の掃除や、昼夜の食事のお手伝い、洗濯物干しなど、職員と一緒にやっている。職員は感謝の言葉を述べ信頼関係を得ている。  |   |                   |
| 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         | 遠方や来訪が少ない家族には、定期的に電話をしている。電話ではご家族様の健康状態を伺い、そして、ご利用者様の状態や日頃の様子をお伝えしている。また、毎月お手紙や新聞を送り気になる場合は、その都度対応している。 |   |                   |
| 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                     | ご家族と相談し、入所前に通っている病院や美容院等、馴染みのある場所との関わりを切らないよう支援を行っている。施設内での電話をいつでも利用可能(基本的には無料)にし、馴染みの方との会話出来るようにしている。  | 面会や電話連絡など家族との繋がりが維持されるよう取り組んでいる。面会の途絶えている家族には写真満載の「ぬくもり便り」で様子を伝えている。また毎月の「法話の会」では法人の2つの事業所の利用者が集まり、住職を囲み、茶話会を開き利用者同士の馴染みの関係も生まれている。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | リビングや食堂は共有スペースとなっており、体操やカラオケ、レクリエーションなどを行う場としている。お手伝いを協力して行っていただいたり、共通の会話が増えるようご利用者様同士のコミュニケーションに努めている。 |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 年賀状等を送り関係が切れないように努めている。以前入所されていたご利用者様の奥様がフラダンスのボランティアで来て下さり、音楽好きな方の好評を得ている。野菜作りを行っている退居ご家族からは、野菜を頂いたり低価格での仕入れなども行っている。その際現在その方は独居生活なので、体調不具合がないか、困っていることはないかの確認も行っている。 |   |                   |
| <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   | 入所時にアセスメントを行い、ご利用者様一人ひとりの気持ちを理解し希望に沿ったケアをしたいと心がけている。意思決定が困難な方のケアは、ご家族の思いを伺い、職員会議や担当者会議で意見を出し合い、日々のケアを共有している。   | 「私の姿と気持ちシート」を活用し本人の希望や意向、今、必要なことは何かを把握している。日々の支援の中では「話を聞くこと」を大事にしている。意思表示が困難な方は、表情や動作から、思いを推測し支援し、表現しきれない部分は家族からの情報収集で補完している。 |                   |
| 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                                       | 生活歴の把握の為、ご家族様や入所前の居宅サービス等の担当者と連絡を密に取り、事前に情報を共有している。ご利用者様との会話の中から思いや望みなど、職員間で情報共有し、より良いケアが提供出来るように努めている。  |   |                   |
| 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   | 日々の生活状況を朝、夕の申し送りや職員ノート、生活記録で確認し情報を共有している。職員会議でご利用者様全員の出来る事への支援に努めている。  |   |                   |
| 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 | 状況の変化に素早く対応できるように常にご利用者様と会話し、モニタリングに職員の意見を反映し、ケアプランを作成している。面会時にプランの説明をし、遠方のご家族様には電話で意見や要望を聞いている。現状に合った介護計画になるよう心掛けている。   | 日常生活の様子を個別に記録し、ケアマネジャー・担当職員が中心になり、本人・家族の意向や要望を取り入れ、利用者の生活面での活動を重視した計画の作成に当たっている。モニタリングは3ヶ月ごと及び状態の変化のある時にその都度行い、家族の同意を得ている。    |                   |
| 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                        | 生活支援記録に食事、排泄、生活支援内容、目標を設定しケアプランに沿った記録を記入している。担当者会議や職員ノートを活用し、職員間で気づきや情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。   |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 訪問診療医院以外の内科や眼科、精神内科の受診も行っている。状態の変化に速やかに対応し、緊急時は総合病院等への受診も行っている。また、個別に買い物支援や送迎支援なども柔軟に対応している。   |   |                   |

| 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                                      | 運営推進会議で地域住民の方々や民生委員、包括支援センター、薬局代表、町会長、ご利用者家族を交え認知症の理解を深め催し物を開催したり、ボランティアの方とダンスを踊ったりしながら暮らしを楽しむ支援を行っている。  |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 訪問医の往診は月に2回、訪問歯科は週1回行っている。必要に応じて入所前のかかりつけ医への同行受診も行っている。訪問診療医院と各総合病院等とは後方支援関係にあり、訪問医院で対応不可の精密検査や入院加療が必要な場合は、訪問医院から情報提供を行っていただき、スムーズな対応が行えている。訪問診療医院とかかりつけ医の選択は、いつでも変更可能である。 | 訪問診療医の月2回の往診、訪問看護師が週2回来訪し健康チェック、医師と情報の共有をしている。入所前からのかかりつけ医へ職員の同行受診も行っている。訪問看護師と診療医との24時間オンコールの連携があり安心である。希望者は訪問歯科医による治療、口腔ケア指導が受けられる。 |                   |
| 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                          | 訪問診療医院の24時間訪問医療と連携しており、状況に応じて医師や看護師が緊急対応も行っている。常に細かい助言も受けられる体制にあり顔見知りの看護師の訪問で信頼関係が出来ている。   |   |                   |
| 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、ご家族様同意の上一緒に担当医からのお話を聞き、今後の方針や退院に向けての情報収集を行っている。入院中のご家族様の負担を軽減する為、定期的に病院に通い、病院関係者との信頼関係に努めている。入退院時の送迎も可能な限り行っている。   |   |                   |
| 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  | 施設は看取りを行っている(看取り加算は算定していない)。入所時にご本人様、ご家族様に終末期の説明を行っている。終末期には訪問診療医院と連携を取りご本人様、ご家族様の希望に添えるように支援している。   | 契約時に重度化や終末期における対応について説明し同意を得ている。利用者の状態に応じて家族・主治医・関係者を交え話し合いを重ねている。適応施設、訪問診療医院と連携を取り、本人・家族の思いを尊重した最善の選択が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  | 緊急時のマニュアルに沿った対応が出来るように緊急時ファイルを作成し、職員間で確認している。朝礼時や職員会議で定期的実践力を身に付けている。消防署立会いの非難訓練では、毎回ではないが、施設内で心肺蘇生講習も行っている。   |   |                   |

| 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 |
| 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            | 近隣世帯参加の避難訓練を年2回行っている。1回は消防署立会いのもと、1回は消防用設備業者の立会いのもとで自主訓練を行っている(自動通報装置による協力世帯への自動通報設備あり)。自主訓練時は、消防設備士による、火災報知機・火災自動通報装置・スプリンクラーの説明も行っている。<br>水害においては、非該当地域になっている。<br>非常食備蓄(飲料水は本社井戸)・30アンペア発電機(発電機燃料40L・専門職員が月1回点検済)、暖房・料理用カセットコンロ及びガス・燃料等の準備あり。地震において、建物は震度7まで倒壊の恐れなし(建築業者での認証)、ヘルメット準備あり。 | 年2回消防署指導の下で消防訓練が行われている。夜間帯の避難、入居者の安全な避難誘導、避難経路の確認を行っている。近隣の住民と防火協定を結び、自動通報装置を6軒に設置している。自主訓練では消防設備士による設備の使用法の研修が行われ、非常食・備蓄については発電機はじめガスなどの燃料も用意し万全を期している。 |                   |
| <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                    | ご本人様の意思を尊重し声掛けを行っている。排泄時への声掛けに対して大声で対応しないように努めている。また、拒否がある際は、時間を置き再度声掛けするなどしている。   | 親しい中にも馴れ合いの関係にならないよう気遣いがされている。入所者と職員が同等の立場に立った人格を尊重した支援を心掛けている。イヤな気持ちになるような言葉は使わないなど、気配りし、排泄介助は、特にプライドやプライバシーに配慮した支援に努めている。                              |                   |
| 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                      | ご利用者様一人ひとりとコミュニケーションを図り、ご本人様の想いを尊重して自己決定出来るように支援を行っている。自己決定が困難な方も日々の生活の中での表情、動作、以前の嗜好等に留意しながら気持ちの把握に努めている。   |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 一日の生活の流れはあるが、ご本人様の生活のリズムに合わせて無理せず希望に沿った支援を行っている。   |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                   | 自己決定が出来る場合は、その方の趣味等を尊重し季節に合ったおしゃれを支援している。自己決定が困難な方も、以前の嗜好等を留意しながら季節に合った清潔な服装を心掛けている。外出時には職員がメイクのお手伝いをし、ご利用者様からご好評をいただいている。   |  |                   |
| 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      | 野菜の下準備が得意な方、洗い物が好きな方、それぞれの力を活かしながら会話の中から食事を楽しみ、手順や匂いを通し五感を感じるように支援している。  | 職員手作りの家庭料理が提供されている。利用者は野菜の下ゆえの得意な方、洗い物が好きな方と自分の役割として食事作りに参加している。おせちやひな祭りなどの行事食、家族と一緒に誕生日祝い、外食など食事を楽しむ工夫をしている。嚥下体操、口腔ケアでオーラルフレイルの予防に取り組んでいる。              |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|---|--|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている         | 個人個人の体調や口腔嚥下機能の状況により、常食やお粥、刻みなど対応している。水分摂取も記録しながら、脱水や栄養不足などが起こらないように支援している。  |  |                   |
| 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、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                  | 必ず、食事の前に嚥下体操を行っている。口腔内の状態や身体機能、認知機能に応じて介助を行い、仕上げ磨きも行っている。今年度より認知症口腔衛生管理体制加算を算定しており、歯科医師による職員への指導を月1回行っている。口腔衛生管理に対する施設目標を定め、職員全員の意識を高めている。 |  |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている  | 生活支援記録をもとに、ご本人様の排泄リズムを把握し、トイレで排泄出来るよう努めている。清潔保持に努め、可能であれば、パットやリハビリパンツを外せることを目標としている。   | 生活支援記録から排泄パターン、習慣を把握し、排泄意思を仕草や表情からくみ取り、トイレで排泄ができるよう支援している。毎朝の『ラジオ体操 リハビリ体操、室内の清掃』の生活リハビリで下肢筋力低下を防ぎトイレの自立に繋がっている。                 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                  | 食事内容の工夫や水分補給、適度な運動(ラジオ体操、リハビリ体操、施設内歩行訓練)を通して、便秘の予防に努めている。  |  |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 週3回入浴を行っている。入浴剤を入れ、香りや色を楽しんでいただいている。皮膚の状態観察や体重測定など体調管理も行っている。体調不良時は、後日(場合によっては入浴予定日外でも対応可)に入浴を行うなど臨機応変に対応している。                             | 入浴は週3回、本人の希望やタイミングに合わせ、柚子湯、菖蒲湯、入浴剤などで、ゆっくり入浴を楽しんでいる。バイタルチェック、体重測定、皮膚の状態などを観察し、保湿クリームを塗布するなど手当てをしている。入浴拒否の方は無理強いせずシャワー浴などで対応している。 |                   |
| 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                   | 体調や状況により、休息や午睡が必要な場合には声掛けや誘導を行い、安心して気持ちよく休息出来る環境作りに努めている。  |  |                   |
| 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              | 個別にケースに保管して職員が管理している。体調変化に伴い、服薬内容に変更があった場合は職員ノートに記入し、全員が把握出来るようにしている。投薬ミスがないよう飲み終わるまで確認している。   |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | 掃除や食事、洗濯など職員と一緒にしている。コンサートや買い物に出掛けたり、季節の行事などにも参加している。公園で草花の観賞をしたり、福祉専門校の文化祭や近隣の運動会に参加している。   |  |                   |

| 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 |
| 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                      | ご本人様の希望により、散歩やドライブ、買い物など外出機会が多くなるよう心掛けている。ご家族様との外出や宿泊は自由に出掛けられるように支援している。                         | 自然が残る環境を利用して、天気の良い日は散歩や外気浴など、外の空気に触れることを心掛けています。初詣で、お花見、凧揚げ大会など季節毎に外出行事を楽しみ、今年度は筑波山にドライブに出かけている。家族との外出を楽しみに、日頃体調管理に気を付けている。           |                   |
| 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  | 現在自分で金銭管理を行っているご利用者様はいない。管理者がご家族から預かり金銭を管理し、購入物品や残金等、ご家族来訪時に確認している。職員と利用者様と一緒に買い物をしている。           |   |                   |
| 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   | ご家族様には、いつでも電話でご本人様と会話出来るかと伝えている。ご家族様からの電話も時々あり、ご本人様から喜びの報告を得ている。                                  |   |                   |
| 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 | 生活の場として、家庭に近い環境づくりに努めている。リビングにはいつも季節の花を飾り、季節ごとに装飾や写真、新聞などが展示されており、テレビを観たり、音楽を聴いたり自由に過ごせるように努めている。 | 南向きのリビングは大きな窓から雑木林が眺められ、明るく開放的で利用者は穏やかに過ごしている。福祉大学の実習生と作成した折り紙の壁飾りは、色彩豊かで圧巻である。毎月行われる、住職さんの法話は利用者の心の安らぎで楽しみにしている。利用者同士も仲が良く馴染みの関係ができて |                   |
| 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  | リビングでは、ソファでテレビを観ながら、雑誌を読んだり、カラオケをしたり、食堂のテーブルでは折り紙で飾りを作ったりと思い思いに過ごせる空間をつくり、楽しむ居場所づくりに努めている。        |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 居室には入所以前にご本人様が使用されていた物を取り入れている。写真やタンスなど思い思いの家具や品が置いてあり、その人らしさや居心地良く過ごせるようにしている。                   | 本人が自宅で使っていた家具や、時計、仏壇などを持ち込まれている。家にいた時と変わらない好きなものに囲まれ居心地よく過ごせている。不穏時には職員が落ち着くまで付き添い、お腹がすいたときは軽く飲食し、穏やかに静養できるよう努めている。                   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | ご利用者様が分りやすいように居室にご氏名札をつけたり、トイレやお風呂の入り口には、のれんをかけている。ご利用者様それぞれの能力を把握し出来る活動が維持出来るように努めている。           |   |                   |