

## 1. 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和4年3月20日

## 【事業所概要(事業所記入)】

|         |   |
|---------|---|
| 事業所番号   | 4690100831                              |
| 法人名     | 社会福祉法人 寿康会                              |
| 事業所名    | 寿康園グループホーム飯山                            |
| 所在地     | 鹿児島県鹿児島市本名町2196番地1<br>(電話) 099-293-7008 |
| 自己評価作成日 | 令和3年11月19日                              |

※事業所の基本情報は、WAMNETのホームページで閲覧してください。

|             |   |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.wam.go.jp/">http://www.wam.go.jp/</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NPOさつま     |
| 所在地   | 鹿児島市新屋敷町16番A棟3F302号 |
| 訪問調査日 | 令和4年3月19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)】

鹿児島市郊外の緑豊かな場所に平成24年に設立された施設です。建物については鹿児島県の木材を活用し屋根瓦式となっており、鹿児島市が実施している「鹿児島市景観まちづくり賞」に於いて建築部門で表彰を受け新聞にも掲載されました。施設見学に来られる方々とも建物を観られてとても落ち着いた雰囲気でも木材の匂いがとても良いと評価頂いております。また、小規模特養と併設されており、建物内には託児所もあり子育て世代の職員も安心して働ける環境となっております。寿康会には複数の事業所があり、利用者の状態に応じて対応し、各関係機関とも連携しながら安心して生活が送れるように対応させて頂いております。ここ数年、グループホームにおいても重度化や医療度が上がっている状況の中、当施設では幅広いニーズに対応できるようにと、訪問診療と訪問看護との契約を結び24時間、365日様々な状況にも対応出来るようになりました。地域との関係性においても行事(鬼火炊き、運動会、清掃等)や話し合いにも積極的に参加して交流を図るよう取り組んでおります。ケアへの取り組みについては、寿康会の理念に基づきグループホーム飯山運営理念を常に意識し、自立支援と家庭的雰囲気を取り入れ、常に高い顧客満足度を目標に取り組んでおります。自然に囲まれた環境の中、季節的な行事などを通して日々、楽しんで頂ければと考えております。

## 【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)】

ホームは九州自動車道の薩摩吉田インターから車で7~8分ほど離れた緑豊かで静かな環境に、小規模特別養護老人ホーム・養護老人ホームと共に建てられ、近くには法人施設である特別養護老人ホーム・ケアハウス・その他複数の介護事業所があり、地域の高齢者福祉の重要な役割を担い、施設間での協力体制も構築されている。また、託児所が設けられていることから、子供達の声も聞こえ、職員にとっても働きやすい職場環境となっている。

わかりやすく簡潔な理念を掲げ、家庭や地域との関わりの中で利用者個人を尊重し、自立支援を目指して楽しみながら家庭的な日常生活を送れるような支援に取り組んでいる。利用者は医療ニーズが高くなってきており、入居後は主治医の往診と訪問看護を通して医療連携のもとに健康管理が充実し、夜間は訪問看護を通して主治医からメールで指示をもらい24時間連携体制が整っており、家族からの信頼を得ている。

外出はコロナウイルス感染予防に配慮しながらではあるが、ホーム周辺の散歩や病院受診、少人数で車に乗って自宅周辺・神社・花見・墓参り等に出かけており、できるだけ利用者の希望を取り入れながら外出できるような支援に努めている。テイクアウトを取り入れたりと、ホーム内ではレクリエーションや趣味活動を充実させて、ホーム内に留まることでストレスにならないようにリフレッシュを図っている。

| 自己評価               | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|--------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                    |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 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踏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                       | 家庭やスタッフの目が届くところに運営理念を掲示している。職員会議等で運営規定、理念について内部研修をしている。                           | 理念はわかりやすく簡潔な表現になるよう見直し、いつでも見られるようにホール・玄関・事務室に掲示し、毎月のユニット会議で唱和している。職員に対しては、年2回の考課面談で理念に沿ったケアができていないか確認し、年度初めには研修を実施して周知を図っている。                                      |                   |
| 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                      | 運営推進会議を活用して取り組んでおり、地域の行事等にも積極的に参加し、交流を図っている。ボランティアの受け入れも行い交流している。                 | 現在はコロナ禍のためこれまで実施してきた地域との交流は難しくなっているが、利用者の近隣の散歩時に挨拶を交わしたり、総合消防訓練で地域住民の参加をいただいたり、野菜・ケア用新聞紙等の差し入れもある。ホーム便りの代わりにホームページを開設し、インスタグラムへの投稿も行い地域との交流に努めている。                 |                   |
| 3                  |      | ○事業所の力を生かした地域貢献<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生かしている                    | 法人で地域支援に取り組んでおり、近隣の関係事業所ともネットワーク作りをしている。また、年間行事で高齢者サロン等へ参加し、認知症へのご理解を深める活動も行っている。 |  |                   |
| 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 | 運営推進会議で活動や取り組みなどについて報告を行い、評価や指導を頂いております。また、地域での話し合いも計画的に参加している。                   | 運営推進会議は自治会長・民生委員・家族代表・コミュニティ協議会代表・地域包括支援センター等が出席して小規模特養と合同で2か月毎に18時から開催し、事業所の近況報告・ヒヤリハット・虐待等について意見交換を行い、サービスの向上に反映させている。実施できない時は書面で報告し、家族には利用料請求と一緒に要約した文書を郵送している。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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   | 鹿児島市との各課(介護保険課や高齢者福祉、長寿支援、指導監査等)に相談や連携を図っている。また、包括支援センター所長(他職員)にも運営推進会議に参加頂いている。 | 市担当者とは主に電話やメールでホームの運営やケアに関する相談・確認・報告等を行って指導・助言をいただき、運営推進会議へも出席してもらっている。研修案内はLINEを通して情報等が送られてくるため、職員間で協力して閲覧できるように連携を図っている。            |                   |
| 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 | 年1回、身体拘束廃止改善計画書を作成し確認を行うと同時に定期的内部研修を行い、身体拘束の意味、意義等について学んでいる。                     | 法人で「身体拘束廃止に関する指針」を整備し、ホームでは権利擁護や虐待防止と共に研修を行い、職員の認識を深めている。運営推進会議でも定期的に報告・検討し、基本的に日中は施錠せず、散歩に同行するなど利用者の見守りや寄り添いに努めて安定を図り、自由な暮らしを支援している。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                      | 高齢者虐待防止について定期的に職員会議等で勉強会を実施している。また、虐待の内容(身体的、経済的、精神的、放棄、放任等)なぜ起こるのかなど勉強している。     |   |                   |
| 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                                 | 利用者、ご家族様で必要なケースについてパンフレットを配布したり、相談支援を随時行っている。また、権利擁護や成年後見制度等について定期的に勉強会を実施学んでいる。 |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br><br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族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                     | 入居時に重要事項、契約内容等について説明を行っています。また、問い合わせや見学にもしっかり対応しており、退去される場合でも次のサポートをしっかり行っている。        |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br><br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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                 | 会議録の内容や事業所の取り組みについて入居者様やご家族様がいつでも回覧できるように玄関入口に設置している。また、家族会等でもアンケート調査を行いサービス向上に努めている。 | 利用者からは日頃のケアを通して、家族からは面会・電話等から意見や要望等を把握するように努めている。年1回は利用者・家族に対してアンケートと嗜好調査を実施し、特に利用者分は本人が回答したか職員が聴取したかわかるようにしている。家族から預かり金の請求書・領収書のみでなく、残高証明書も提示してほしいとの要望に対応するなど、運営に反映できるように取り組んでいる。 |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br><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                                 | 職員の意見や提案は職員会議等で協議したり、その都度管理者が提案や問題点について話し合いを行っている。各期ごとに人事考課を行い評価している。                 | 管理者と各ユニット主任は緊密な連携体制を構築しており、職員は主任を通して意見・提案・相談等を管理者に伝え、管理者は必要に応じて個別での面談を行っている。人事考課面談を実施し、資格取得に対するバックアップや希望休の取得にも柔軟に対応し、託児所もあり働きやすい職場環境作りに取り組んでいる。                                    |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br><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 | 年に2回、スタッフへ考課者面談を行い、その中で各自の目標や達成度、評価を実施する。また、メンタルケアにも力を入れ、日々の体調管理を行うとともに環境整備にも努めている。   |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13   |      | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>          | <p>法人総務が中心となり、各事業所の人選を行っています。また新人マニュアルを基に採用当初の対応をしっかり取り組んでおり、指導する側へも研修等を含めた教育を徹底している。</p> |      |                   |
| 14   |      | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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</p> | <p>法人内で他職種が集まる勉強会や研修などを開催しており、意識向上を目的に職員同士の交流も図っている。</p>                                  |      |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|-----------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                             |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 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                          |      | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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</p> | <p>入居前の申込書、関係事業所からの情報を基にアセスメントを行い、スタッフへ情報共有を行っている。また、状態変化についても観察し、ケアプランの意向に反映させている。</p> |      |                   |
| 16                          |      | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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</p>            | <p>入居時に見られる本人の意思と家族の意向の違いに生じるトラブルなどもしっかり間に入りお互いの意見を尊重しながら解決できるよう取り組んでいる。</p>            |      |                   |
| 17                          |      | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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</p>        | <p>出来るだけ在宅で生活されている方は受け入れていくように考えているが、現場スタッフや担当医にも相談し慎重に対応している。(特に医療度の高い方)</p>           |      |                   |
| 18                          |      | <p>○本人と共に過ごし支え合う関係</p> <p>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている</p>                           | <p>基本的には自立支援を目標に過度の介護にならないよう取り組んでいる。また、料理など手伝って頂けるところは協力を頂いている。</p>                     |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を介護される一方の立場に置かず、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         | 入居の段階でご家族には協力についてご理解を頂いている。また、面会時や入居者様への変化（事故等を含む）時には連絡、報告を行い情報共有している。           |  |                   |
| 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                     | 来園者には本人との関係をお聞きしたり、また来園をお願いしたりしている。外出行事を通して自宅を訪問したり、馴染みの場所へお連れしたりしている。           | 家族の面会はガラス越しに実施しているが、知人・友人等の面会は予約制で、身元引受人に連絡して対応できる範囲で支援している。電話・手紙の取り次ぎ・代筆・車中からの墓参り等を行い、訪問理美容は現在中止して職員が行っているが、馴染みの関係が途切れないように取り組んでいる。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の関係性や特徴などを十分に考慮して食事位置や居室の変更など個人と集団との関係性について配慮している。                          |  |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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 | 重度化や長期入院により退去がなった場合でも出来るだけ環境の変化を防ぐため、同事業所の受け入れを考慮している。入院中の方に関しては、定期的に病院受診を行っている。 |  |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                    |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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   | 利用開始前に本人、家族、関係者からどのように暮らしてきたかなど聞き取りを行い出来るだけ希望に沿った対応が出来るように取り組んでいる。           | 利用者の思いや意向を日頃の会話・表情・仕草等で把握し、生活歴を重視して家族・前利用施設等からも聞き取っている。希望を伝えられない利用者の場合は、利用者の視点から考えてユニット会議でも思いを共有して検討し、本人の思いに寄り添う支援となるように努めている。                          |                   |
| 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                                       | 担当ケアマネや関係機関などから情報共有やアセスメント時に本人やご家族から聞き取りや情報収集を行っている。                         |   |                   |
| 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   | 一日の過ごし方については個々に対応している。また、ケアプランを作成するに当たっては、アセスメントを行い個別サービスに努めている。             |   |                   |
| 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 | ケアプランの内容については少なくとも半年に一回見直しを行い状態に変化が見られた方については、プランの変更を行っている。(リハビリ、薬の変更、他科受診等) | 本人・家族の思いや希望に沿えるように、主治医・訪問看護師・職員等から意見を得て、2～3か月毎にモニタリングを行って計画を見直し、6か月毎に作成している。2ユニット各々にケアマネが勤務しており、利用者の状況を十分把握して心身の状態変化に合わせて、本人らしく暮らせるための介護計画を目指して取り組んでいる。 |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br><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          | 支援経過は出勤職員が1名に対して2名以上の記録が残るようにしている。また、利用者の言葉をそのまま記録に残し、対応策を考慮し介護計画に反映している。         |   |                   |
|      |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br><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 | 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて支援している。(訪問理容、訪問歯科、訪問リハ、眼科など)介護保険サービスだけではなく、介護保険外でも柔軟に対応している。 |   |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br><br>一人ひとりの暮らし方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          | 消防へは救急ボランティア登録をしている。他にも民生委員の方の協力や学校関係者に協力を頂き、行事に参加したり、ボランティアの受け入れ要請を行っている。        |   |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br><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      | 原則として、訪問医が担当医となるが専門分野においては、本人及びご家族様の希望を考慮し病院受診を行って頂いています。                         | 利用者全員が協力医療機関をかかりつけ医としており、月2回の往診と医療連携による訪問看護を利用して健康管理が行われている。専門的な診療科目で家族同行の場合は、家族が受診2週間前に「病院受診外出申請書」を記入して検温等の体調管理を行い、一覧表で提出している。夜間は訪問看護を通して主治医からメールで指示をもらい、24時間連携体制が構築されている。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | <p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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</p>                      | <p>当園は看護師の配置が無いが、医療連携体制にて他訪問看護事業所との契約により週5回の訪問を実施してる。また、体調不良者が出た場合は、状態を伝え訪問し対応している。</p> |  |                   |
| 32   |      | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。または、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</p> | <p>医療連携により速やかに入院できる体制が出来ている。また、長期入院にならないように特別指示を活用し、早期退院と治療を行い出来るだけ退去しないように努めている。</p>   |  |                   |
| 33   | 12   | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人や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</p> | <p>終末期の対応については、医療連携によりご家族様から要望があれば受け入れる体制を取っている。入居時にご家族様には、延命治療について同意書を取っている。</p>       | <p>「重度化した場合における対応と看取りに関する指針」を整備し、入居時に「延命治療に関する要望書」と共に説明し、同意を得ている。看取りの事例はないが、訪問看護との連携により看取りの研修を実施し、ホームで可能な支援が行える体制が構築されている。重度化した場合、特養寿康園か小規模特養寿康園へ入所する利用者も多い。</p> |                   |
| 34   |      | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備えて、すべ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</p>  | <p>事故防止マニュアルの確認、連絡方法を指示、ヒヤリや事故が生じた場合は、対応策について話し合いを行い事故再発防止に努めている。</p>                   |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 35   | 13   | <p>○災害対策</p> <p>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</p> | <p>防火管理者を中心に近隣住民と合同での消防訓練を実施している。他事業所など声掛けを行い訓練に取り組んでいる。消防署主催の会議や法人内防火管理者会議等への参加を行っている。</p> | <p>「防災マニュアル」を作成し、火災・風水害に対する避難訓練を消防署の立ち会いなしで、ユニット毎に年2回小規模特養と合同で実施している。スプリンクラー・自動通報装置も設置され、大雨の際には地域の消防分遣隊に巡回を依頼したり、グループホーム・小規模特養・養護老人ホームで構成される消防署主催の防災ネットワークに防火管理者が参加して、併施設との協力体制が構築されている。小規模特養と一緒に水・米・レトルト食品・缶詰・容器等が備蓄され、カセットコンロ・懐中電灯・ヘルメット等も準備されている。</p> |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                  |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 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   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br><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                | 玄関に個人情報保護の方針を掲示し、記録等は外部の方に目に触れないように鍵のある棚に保管している。年間計画でマニュアルを基に職員会議等で研修会を行っている。誇りやプライバシーに配慮した声掛けや対応を行っている。 | 情報開示マニュアルと個人情報に関する同意書を作成し、職員に対しては年間計画で理念や運営規程を基に研修を実施している。排泄支援ではトイレ誘導が必要な利用者もあるが自立している方も多く、付き添い見守りは十分に行いつつ、尊厳やプライドを損ねるような言葉かけや対応には十分注意して支援に臨んでいる。                |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br><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                     | 本人の思いを伝えられない利用者は言葉だけではなく、仕草や表情を読み取り、スタッフには気づきや気配りを大切にするように指導している。  |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br><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 | 食事やお茶の時間、入浴・食事等時間を定めているが、一人一人の状態に合わせて可能な限り個々に合わせたサービスを提供するように心がけている。                                     |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br><br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している                                   | 定期的に訪問散髪を利用したり、季節の行事に合わせて化粧や衣装を着たりしている。また、日常の中でも顔そりや化粧など希望に応じて対応している。                                    |  |                   |
| 40                               | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><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     | 一緒に季節ごとの献立を考えてもらったり、下ごしらえや準備、盛り付け、下膳の協力をお願いしたりしている。また、食後の掃除をお願いする場合もある。                                  | 食事は特養の栄養士と一緒に献立を考えて、粗刻みやミキサーなど利用者の食事形態に合わせてホームで調理し、年1回は嗜好調査を実施して希望のメニューを献立に取り込んだり、誕生日には希望に沿ったものを提供している。訪問歯科医が来訪して嚥下・咀嚼の状態を確認し、指導・助言を受け、食事を楽しんで食べることができるよう支援している。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 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        | 水分、摂取量については記録している。食事の摂取量が少ない方については、訪問医に相談し高濃度カロリー食を提供する場合もある。  |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の臭いや汚れが生じないように、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                | 夕食後は義歯洗浄剤を使用して口腔ケアを実施している。また、うがいに必要なイソジンやお茶を使用する場合もある。必要に応じて歯科受診時に指導も受けている。  |  |                   |
| 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向けた支援を行っている | トイレでの排泄を基本としている。自立排尿を大切にしている。できない方にはPWCなども活用するなど環境整理にも努めています。夜間帯のオムツ使用を行わず、紙パンツの使用についても安易に使用する事での弊害を本人、ご家族へ説明している。 | 排泄支援ではトイレ誘導が必要な利用者もあるが自立している方も多く、さり気ない見守りや言葉かけに努め、排泄チェック表も活用して日中はなるべくトイレでの排泄を支援している。個々の身体状況等に合わせて排泄用品を使い分け、定期的な訪問看護で看護師が腹圧チェックや内服確認等を行い、適切な支援に努めている。 |                   |
| 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                 | なるべく自然排便が出来るように植物繊維の多い食べ物を提供している。便秘の方については、訪問看護に相談し、腹部マッサージや摘便対応を行いそれでも出ない場合のみ主治医に相談し服薬調整を行う。                      |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br><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、個々に応じた入浴の支援している | 入浴日は週2回提供できるように調整している。毎朝、バイタル測定を行っており、体調不良の方については訪問看護の際に確認を行っている。浴室や更衣室の温度管理を行っている。        | 入浴は週2回、午前中に個浴で実施している。体調・病院受診・汚染等の状況によっては随時柔軟に対応している。入浴剤を使用し、ゆず湯等も工夫して入浴を楽しめるように支援している。シャンプーや保湿剤は共用も個人用も可能であり、入浴後には水分補給を行い、皮膚疾患への対応も行っている。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br><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                          | 就寝時間はほぼ決めているが、眠くなった時点で居室誘導を心掛けている。極力眠剤は使用せず日中の活動を促している。但し、体調がすぐれない方や高齢な方については個々に合わせた対応を行う。 |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br><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                     | ケース記録に薬表を綴り、いつでも直ぐに確認できるように対応をしている。医療連携により指定薬局が対応しており、その都度説明を受けている。                        |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br><br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活暦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        | 一人一人の役割や楽しみごとを大事にしており、個別と集団のバランスを考え取り組んでいる。特技や生活歴から発揮できる場を提供する機会を設けている。                    |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 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に支援に努めている。また、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                   | 天候にもよるが、外出、散歩などの機会を設け季節感を感じて頂けるよう行事計画を立てている。また、定期的に自宅周辺などなじみのある場所へお連れするなど回想法を取り入れる事で脳の活性化を行っている。                     | 緑に囲まれたホームの近隣を散歩したり、コロナ感染予防に留意しながら少人数で車に乗って自宅周辺・神社・花見・墓参り等に出かけている。家族には外出の写真や担当職員からのコメント等を郵送し、テイクアウトも取り入れてホーム内に留まることでストレスにならないようにリフレッシュを図っている。   |                   |
| 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   | 社会活動の一環として買い物の希望がある方については、一緒に出掛けるようにしています。全体では、外出行事の中で買い物をする機会を作っています。お金の自己管理については金額を決め対応し、誓約書を頂いている。                |  |                   |
| 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している   | 携帯電話を所有している方については、特に時間制限など決めていない。その他の入居者については、希望時に対応している。  |  |                   |
| 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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）がないように配慮し、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 季節感のある花々や飾り物がある。車いすや歩行器が自由に移動できるスペースを確保している。トイレ使用后にはその都度、汚れていないか確認し次に利用される方が不快に思わないようにしている。自動洗浄機能も設置しており、消臭剤も活用している。 | ホームの建物は木造で明るく、ゆったりとして開放感に満ちている。廊下には写真・干支飾り・作品・季節の花等が飾られ、地域ホールと呼ばれる共有ホールには手作りの神社や季節の飾り物が置かれ、平行棒でリハビリが実施可能となっている。換気は日中2時間おきに実施し、リビングは利用者が居室に戻った後換気している。空気清浄機も設置して空調管理され、利用者は好みの場所で居心地よく過ごしている。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 53   |      | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>             | <p>共同場所については、利用者への気配りが出来るようにテーブルや椅子の高さの調整、利用者同士の関係性やコミュニケーションが取りやすい環境作りなど考慮している。食事の際はテレビを消し、音楽をつける等雰囲気づくりを取り入れている。</p> |   |                   |
| 54   | 20   | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p> | <p>居室については、本人が生活しやすいように状態に合わせた居室づくりを行っている。また、なじみの家具などを持ち込んで出来るだけ自宅に近い環境づくりに取り組んでいる。</p>                                | <p>居室はフローリング仕様の掃き出し窓で、エアコン・クローゼットが備えられており、希望があれば和室対応も可能である。利用者は馴染みの寝具・テーブル・いす・時計・写真・テレビ・仏壇・神棚・遺影等を持ち込み、落ち着いて家庭同様に暮らせるように支援している。</p> |                   |
| 55   |      | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>   | <p>全体的に認知症の方が多く、居室やトイレが分かりにくいとの事で入口に名前を大きく表示したり、誘導表示を行うなどの工夫をしている。また、居室入口は引き戸なので動作の間違いがないように繰り返し説明と見守り対応を行っている。</p>    |   |                   |



## V アウトカム項目

|    |   |   |               |
|----|---|---|---------------|
| 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   |
|    |   | ○ | 2 利用者の2/3くらいの |
|    |   |   | 3 利用者の1/3くらいの |
|    |   |   | 4 ほとんど掴んでいない  |
| 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        |
|    |   |   | 2 数日に1回程度ある   |
|    |   |   | 3 たまにある       |
|    |   |   | 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   |
|    |   | ○ | 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     |
| 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見られている。<br>(参考項目：36, 37) |   | 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     |
| 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   |
|    |   |   | 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     |

|    |  |                       |               |
|----|--|-----------------------|---------------|
| 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)                         | <input type="radio"/> | 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     |
| 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   |
|    |  | <input type="radio"/> | 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     |
| 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    |
|    |  | <input type="radio"/> | 2 家族の2/3くらいと  |
|    |  |                       | 3 家族の1/3くらいと  |
|    |  |                       | 4 ほとんどできていない  |
| 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：9, 10, 19)                  |                       | 1 ほぼ毎日のように    |
|    |  | <input type="radio"/> | 2 数日に1回程度ある   |
|    |  |                       | 3 たまに         |
|    |  |                       | 4 ほとんどない      |
| 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の拡がりや深まりがあり、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    |
|    |  | <input type="radio"/> | 2 少しずつ増えている   |
|    |  |                       | 3 あまり増えていない   |
|    |  |                       | 4 全くいない       |

|    |                                    |                       |               |
|----|------------------------------------|-----------------------|---------------|
| 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    |
|    |                                    | <input type="radio"/> | 2 職員の2/3くらいが  |
|    |                                    |                       | 3 職員の1/3くらいが  |
|    |                                    |                       | 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   |
|    |                                    | <input type="radio"/> | 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     |
| 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   |
|    |                                    | <input type="radio"/> | 2 家族等の2/3くらいが |
|    |                                    |                       | 3 家族等の1/3くらいが |
|    |                                    |                       | 4 ほとんどいない     |