

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット共通/ひのき・いちょう)

|         |                |            |           |
|---------|----------------|------------|-----------|
| 事業所番号   | 2790900738     |            |           |
| 法人名     | 社会福祉法人 春樹会     |            |           |
| 事業所名    | グループホーム今城の杜    |            |           |
| 所在地     | 大阪府高槻市郡家本町8番5号 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和5年12月20日     | 評価結果市町村受理日 | 令和6年2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 |  |
|----------|--|

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪府中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階               |  |  |
| 訪問調査日 | 令和6年1月25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)】

入居者様には決められた1日のタイムスケジュールに沿った生活ではなく、一人ひとりの意思を尊重しながら居心地の良い環境づくりを目指しています。入居者様との信頼関係の構築を優先し、レクリエーションや散歩・家事を職員とともに行う等、楽しみや遣り甲斐を持って過ごしていただけるようなケアの実践に努めています。健康管理に関しては、毎朝のバイタル測定や月2回の往診で対応しており、急に体調変化がみられた場合でも往診医に相談できる体制をとっています。コロナ禍で中止していた法人主催の「夏祭り」や「おもつき大会」を、5類に移行した令和5年度から再開したことで家族様との交流の機会が増えてきました。また、入居者様の様子を報告する、職員の手作りによるアルバムを作成する等、家族様とも信頼関係が構築できるようにも努めています。

【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)】

特別養護老人ホーム・小規模多機能型施設・グループホーム等の福祉施設を運営する社会福祉法人春樹会を冠とする当事業所は、2021年4月に開設された。事業所周辺は田園風景が広がり緑豊かな環境下に位置し、近隣には法人関連の各種の福祉施設が点在し地域との相互関係が維持されている。一人ひとりの生活のリズムや思い・意向を大切に個々に沿ったケアと心身の安定を目指し、管理者・職員は一体となり取り組んでいる。生活リハビリ(食器洗い・掃除等)で役割を担っての充実ある生活を支援し、施設内での歩行訓練やごぼう体操(椅子に座っての介護体操)を行い、ADLの低下防止と認知症の緩和及び悪化防止に取り組んでいる。法人関連施設と合同の“夏まつり”“もちつき大会”には家族・地域住民に参加を呼びかけ、幅広い人達との交流の機会を設けている。

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

| 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)     | ○<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 | 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 | 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、生き活きと働いている<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  |    |   |  |

【本評価結果は、2ユニット総合の外部評価結果である】

# 自己評価および外部評価結果【2ユニット総合外部評価結果】

[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                      | 地域密着型として、当施設独自の理念を職員会議で話し合い作成した。作成後は実践に繋がるよう職員会議を通じて共有に努めている。また、理念は目に付きやすい3階のエレベーターホールに掲示している。             | 理念は「寄り添いながらそのひとらしい生活の支援、尊厳を大切に穏やかな生活の支援地域に開かれた施設及びサービスの提供」で、これは事業所設立時に職員全体で創っている。3階のユニット出入り口のフロアに理念を掲げ、家族・第三者への周知と職員の意識徹底を図るよう努めている。                        |                   |
| 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                      | 地域ボランティアの受け入れは、コロナの収束がみられない為中止している。今年度、規模を縮小した法人主催の夏祭りやおもちつき大会が開催され、家族とともに参加されるよう呼びかけ、地域の方との交流も図れるよう努めている。 | 運営推進会議で自治会長・民生委員から地域の情報を得ている。事業所周围は法人関連施設が点在し、合同の夏まつり、もちつき大会(もち米は近隣の方から頂いたもの)には家族・地域住民が参加し交流を深めている。地域の有志団体による“ぬり絵大会”に出展している。今後ボランティアや体験学習の受け入れを推し進めたいとしている。 |                   |
| 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                    | 運営推進会議にてホームの事例等から、地域の方や家族と認知症ケアについて話し合っている。  |   |                   |
| 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 | コロナが5類感染症に移行され、中止していた運営推進会議を再開している。その際、ホームでの状況報告や情報交換を行っている。   | 新型コロナが第5類に移行する前の1回は書面会議、移行後は運営推進会議メンバー参加の下で対面会議を5回開催している。会議では事業所の現状、活動内容、研修、事故・ヒヤリハット報告を行い、参加メンバーから意見や助言を貰いサービス向上に活かして、双方向的な会議となっている。議事録は家族を含め関係者全員に送付している。 |                   |
| 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            | 高槻市の担当者や、地域包括支援センター、社会福祉協議会とは、その都度相談しながら協働関係を図っている。  | 市の長寿介護課、福祉指導課とは電話や郵便物の送・受信で連携を取り合い、協力関係を築いている。地域ケア会議(2ヶ月に1度)に参加し、福祉関連情報や取り組み内容の意見交換を行っている。毎月の介護相談員(2名)の受け入れの再開を検討している。                                      |                   |

| 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 |
| 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 | 法令に基づき委員会を開催し、全職員に対して年二回の研修および定例会議等でマニュアルを基に身体拘束についての理解を深めている。当施設では原則身体拘束は行わない事を明示している。日中、玄関は施錠せず、天気の良い日は感染症予防対策を行った上で近所へ散歩に出掛けている。 | 身体拘束適正化指針文書を整え、身体拘束適正化検討委員会・研修(事例検討)を通して内容と弊害の理解に努め、研修後は職員全員が報告書を提出し、習熟度を振り返っている。不適切な言動の際には、管理者が個別で注意を促している。人感センサー使用の人(1名)には家族に説明し、同意を得ている。 |                   |
| 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                                     | 定例会議にて定期的に研修を行い、高齢者虐待について理解を深め、日常の声かけ・接し方でも虐待に値する言動があることを指導し、全職員が常に意識するよう心掛けている。  |   |                   |
| 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                                 | 権利擁護や後見人制度に関して、定例会議にて認知症ケアを通じて研修を行い、欠席者にも資料を配布し全職員に周知している。  |   |                   |
| 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  | 家族には入居説明時や契約時、また改定があった際には時間をかけて納得していただくまで分かり易く丁寧に説明するよう努めている。   |   |                   |
| 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  | 日頃から話かけやすい雰囲気づくりを心掛けている為、面会時や電話連絡時に、直接要望や意見として出されている。また、現在まで投書はないが、意見箱と用紙を受付に設置している。  | 入居者には日々の生活の中で、家族には訪問・電話連絡時に傾聴している。運営上の意見では入居者主体の生活改善の意見がほとんどで新聞愛読の入居者の購読手続きや食後の少量のおやつ・毎食後のコーヒーの所望にも応えている。                                   |                   |

| 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 |
| 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1回、定例職員会議を開催し、各職員と意見交換を行い、行事や業務の修正・支援についての見直し等を話し合っている。また、会議以外でも職員が相談しやすい雰囲気を作るよう心掛けている。         | 職員会議での意見の聞き取り、日頃の気づきの提案は管理者・ケアマネジャー・リーダーで対応している。また、申し送りノートに記入し全体で共有して、改善可能な事案は即取り入れ、検討課題は全体で話し合っている。言動が不安定な入居者がDVDの音楽を聴いて表情が和らぐ事に職員が気づき、音楽を聞く機会を増やし状態が緩和した例がある。 |                   |
| 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      | 社労士と顧問契約を行い、人事制度の見直しに取り組んでいる。常勤・非常勤職員の意見を聴き取り、より働き甲斐の職場になるよう努めている。                                 |   |                   |
| 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         | 定例会議での事例検討等を通じ、職員のスキルに応じた研修を行うよう努めている。また、ケアに対する相談には常時受け、共に考えている。新入職者には、数日間同行しながら職場に慣れ親めるように配慮している。 |   |                   |
| 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 | 地域ケア会議や外部研修(オンライン含む)などに参加し、交流する機会を設けている。また、外部研修を受けた者が内部研修を行い、情報の共有を図っている。                          |   |                   |
| <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           | 入居時は特に、環境に慣れてもらえるよう世間話を交え本人が話しやすいような雰囲気作りを心掛けている。本人から希望・要望等の聴き取りを行い、前任のケアマネジャーからも意見・助言をいただいている。    |   |                   |

| 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 |
| 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     | 入居前の面談や契約の際には、家族の思いを聴き入れ関係が築けるよう努めている。入居された翌日には必ず、入居後や夜間の様子を電話にて連絡している。また、それ以降も家族の来所時や物品依頼の連絡をした際等にも、日頃の様子を積極的に伝えている。 |   |                   |
| 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 | 入居前の面談時、家族から本人の状況や要望の聴き取りを行い、優先順位や必要性を見極め可能な限り対応できるよう努めている。   |   |                   |
| 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                 | 職員は介助を行うだけでなく本人の話を傾聴する時間を設け、本人と家族のように深く関わることで信頼関係を築き本人が安心して生活を送れるよう努めている。   |   |                   |
| 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  | 本人の状況は面会時や電話、お便りで伝えている。こまめに本人の情報交換を行うことで家族と共に支えあう関係づくりに努めている。   |   |                   |
| 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              | コロナ禍で制限していた面会・外出等を緩和していることで、家族や親戚、近隣の方と交流できる機会が増えている。   | 新型コロナ第5類移行前は面会や外出は自粛していたが、移行後は制限付き(場所・時間等)ではあるが、友人・知人(家族に了解を得ている)や家族の面会を、玄関フロアで午前・午後の一定時間枠内として再開している。今後居室での面会や時間枠を見直したいとしている。墓参り・外食・自宅への一時帰宅を家族同行で出かける人もいる。 |                   |

| 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 |
| 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                | 座席の配慮や職員が橋渡しをしたりと、関係性の構築ができるよう支援を行っている。日中は職員も交え、かるたやトランプ等をするなど、良い関係性ができている。   |   |                   |
| 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 | 契約終了後も、その後の経過について相談等があれば気兼ね無く、いつでも連絡してもらおうよう家族に伝えている。   |   |                   |
| <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                        | 面談や契約時に、本人や家族からニーズを聴き取り、前ケアマネからの情報も取り入れフェイスシートを作成している。また日々の関わりの中で本人の意向の把握に努め、本人を中心としたケアを定例会議や申し送りでのアセスメントを行っている。本人の言葉や仕草で得た生活歴や好みの情報を、常時職員間で共有している。 | 理念にある入居者に寄り添いその人らしい生活のケアの具現化として、今何をしたいか、どのように暮らしたいかの把握に努めている。日頃のケアで話しかけと問い掛けを繰り返し、表情や動作に関心をはらい個々のニーズを見出している。掴んだ情報は生活記録に記入して計画作成に活かしている。 |                   |
| 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                    | 前ケアマネや家族に情報提供を依頼し、本人の状況の把握に努めている。また、日頃のコミュニケーションの中でも生活環境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                                  | 定例会議や毎日の申し送りの中で、一人ひとりの心身の変化についての意見を出し合い情報を共有している。また、本人の気持ちに寄り添い、時間に縛られずに過ごしてもらうよう、職員の指導を行っている。  |   |                   |

| 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 |
| 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 | 入居者の変化や家族の要望、医師からの助言等を定例会議で話し合い集約後計画作成をしている。半年に1度介護計画の見直し、また状態変化がみられた場合も随時見直しを行い本人にあった介護計画を作成している。                                   | 毎月のカンファレンスと3ヶ月毎のモニタリングで課題と実績を分析し、生活記録・申し送りノート・主治医とケアマネジャー間の医療連絡表を参考に、短期6ヶ月、長期1年の計画作成を行っている。計画作成前には電話で家族の意見を聴き取り、関係者全体の意見が反映された計画作成となっている。心身状態変化時は随時見直している。      |                   |
| 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                        | 定例会議や申し送り、生活記録等で個別の情報を共有し意見交換を行っている。最新の介護計画のコピー1部を個別生活記録の各先頭にファイリングすることで、常時計画が確認できるようにしている。  |   |                   |
| 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               | 本人・家族から情報の聴き取りを行い、希望や要望に沿った柔軟な対応を心掛けている。   |   |                   |
| 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                         | 地域ケア会議等に参加し地域の情報収集に努めている。また、民生委員・社会福祉協議会と連携し必要に応じて地域資源を活用するよう心掛けている。   |   |                   |
| 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支援している                      | 認知症外来以外の受診に関しては、希望により従来のかかりつけ医から往診医に移行され、月に2度診療を受けている。治療方法等の変更がある場合は家族・往診医・職員とカンファレンスを開いている。歯科や施術は希望者のみ受けている。また、関係医師間においても情報を共有している。 | 入居時に入居者・家族と相談の上、全員が事業所の協力医(内科)をかかりつけ医とし月2回の訪問診療を受けている。歯科は希望に応じて事業所の協力医の訪問診療を受けている。診療内容は申し送り、生活記録により職員間で共有し、希望される家族へは電話で連絡している。認知症外来、循環器科、眼科へは家族同行で受診している入居者がいる。 |                   |

| 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 |
| 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                         | 看護師が在籍していない為、併設されている小規模特養ホームの看護師と当施設の介護職員の間で、入居者の情報を確認し共有できている。  |   |                   |
| 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 | 入居者が入院した際は、電話で状態確認を行い本人と家族に対して継続した支援を心掛けている。また、病院関係者や家族と適宜情報を共有している。また、必要に応じて退院前のカンファレンスを病院にて行っている。              |   |                   |
| 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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居契約時に、重度化した場合の対応について説明し家族の理解を得ている。退院後、当施設に戻れない状態であっても、関係医療期間・往診医・家族との連携を図りながら適切な終末期ケアとなるよう努めている。                | 入居時に重度化した場合の対応について利用者・家族に説明し、同意を得ている。重度化の際は、医師、家族、職員で話し合い、意向に沿った終末期が送れるよう法人施設とも連携を図り支援している。前年度は看護師を中心とした医療提供や看取りを行うナーシングホーム、医療ケアの充実した療養型病院、ケアハウスなどへの転居・転院がある。 |                   |
| 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   | 緊急対応時の研修を定期的に行い、急変や事故発生の際には的確な対応が行えるよう努めている。また、緊急時の対応マニュアルを作成し、見やすい場所に掲示し緊急用のファイルも作成している。                        |   |                   |
| 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   | 昼・夜間の想定で消防訓練を年2回、併設している小規模特養ホームと合同で行っている。また、災害訓練にて入居者にも参加してもらい、緊急時の誘導や搬送方法の研修を行っている。また、運営推進会議にて自治会長とも情報交換を行っている。 | 年2回、階下の小規模特別養護老人ホームと合同で避難訓練を行っている。職員は11月には消防署員による研修を受講し、写真に収め、レポートを提出している。敷地内には自家発電装置、法人関連施設の駐車場のベンチ内に非常コンロを収納している。水、食料品は3階に備蓄し、法人の管理栄養士が管理している。              |                   |

| 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                   | 職員には入職時、個人情報保護に関する契約を交わしている。また、一人ひとりを尊重しながら対応すること、プライバシーの確保は重要であること等を職員会議や研修にて周知している。   | 年間研修計画に基づき7月に接遇研修を行っている。特に言葉掛けに注意し、親しみと馴れ馴れしさに留意し、節度ある言葉掛けを心掛けている。排便確認は手洗い直後にさりげなく聞くなど細やかに対応している。不適切対応には管理者、ケアマネジャー、リーダーから注意するようにしている。個人情報関連書類は鍵付きの書庫に保管している。 |                   |
| 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                     | 日常生活の中で話しやすい雰囲気づくりを心掛け、本人の気持ちに寄り添いながら思いや希望を傾聴している。  |   |                   |
| 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 | 決められたタイムスケジュールでの生活を避け、本人のその日の体調・心身状況を勘案し、本人のペースに合わせ希望に沿った柔軟な支援を心掛けている。  |   |                   |
| 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                                  | 自身で服の選定をされている方もいる。また選定が難しい入居者に対しては職員が選定している。その際、本人が好まない衣類であると別の衣類に交換するなど、本人の意向を尊重している。また、髪の毛が伸びたと職員が感じた際、訪問理美容への申し込みを促し、髪型に関しても本人の意向を聞く等、本人らしいおしゃれが出来るよう支援している。 |   |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食事はぐんげ今城の丘にて、管理栄養士の作成による献立で調理され提供している。毎月1日・敬老の日・お正月には松花堂弁当を提供している。また、出来る入居者には下膳や食器を洗ってもらっている。また、おやつレクリエーションを行う際は入居者にも参加してもらっている。                                | 近隣の同法人の運営する特別養護老人ホームで調理した食事を提供し、米飯はユニットのキッチンで準備している。昨年末には駐車場で法人全体のもちつき大会を開催した。たこ焼き・おでん・カレーライスも用意し、入居者・家族、孫、近隣住民も一緒に楽しいひと時を過ごした。                               |                   |

| 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              | 食事・水分摂取量は、チェック表にて記録し把握に努めている。食事量の少ない方に関しては本人の意向を聞き、管理栄養士と家族と相談しながら摂取量の増加に繋がるよう支援している。水分量の少ない方に関しては、少しずつこまめに摂取を促している。また本人の好みの飲み物を聞き、家族に持参してもらい提供している。       |  |                   |
| 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                       | 毎食前に口腔体操の実施、毎食後は口腔ケアを声かけにて促す若しくは介助にて実施している。また、不具合があれば歯科往診医から指導を受けることとなっている。  |  |                   |
| 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       | 入居者の排泄を把握する為、個別の排泄表に記入している。殆どの入居者は自己にてトイレに行くか排泄の訴えがある。本人希望により、リハビリパンツを使用されている入居者もいる。また、布パンツを使用されている入居者の中に、尿汚染が増えてくると尿取りシートの使用を提案するなど、トイレでの排泄が持続するよう支援している。 | 布パンツ6名、夜間のみ紙パンツ1名、その他はリハビリパンツにパッドを使用している。新入居者は別として前回調査時の状態を維持している。利用者への状態把握とこまめな声掛け、出来る限りトイレでの排泄を支援するという職員の思いによるものである。夜間は2時間ごとに見回り、声掛けするが、睡眠を妨げないようにしている。    |                   |
| 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                       | 主治医や家族と連携を取りながら、日々の排泄パターンの把握に努めている。また、往診委に相談しながら服薬や下剤の管理も行っている。  |  |                   |
| 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 | 入浴は週2回が基本ではあるが、本人の体調や希望に沿って時間や曜日の変更など、柔軟な対応をしている。家庭的な個浴で、職員と1対1の会話が楽しめるようゆっくりとくつろいでいただけるよう支援している。  | 入浴は週2回としているが、入居者の意向に沿うようにしている。3方向介助が可能な個浴槽である。浴槽に浸かりたくないという入居者1名を除き、全員が湯船に浸かることができる。入浴中は職員は洗髪は介助するが、入居者自身で出来ることは見守りのみを心掛けている。歌を歌う・会話を楽しむなど、くつろぎの時間となる様にしている。 |                   |

| 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   |
| 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   | タイムスケジュールに拘らず、その日の体調や個々の生活習慣に合わせ、本人の希望に沿った休息や睡眠が取れるよう努めている。   |   |   |
| 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  | 一人ひとりが服用されている薬剤情報提供書を管理し、目的や副作用、用法、用量等がすぐに確認が出来るようファイリングしている。また、薬剤情報提供書は処方される度に差し替えている。本人の状態に著しい変化があれば、主治医に相談し家族に連絡している。必要であれば、専門の病院受診を家族に依頼している。 |   |   |
| 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                             | 段ボールで木の幹や枝を作り壁に貼り付け、その時期の花や果物等を職員とともに入居者に作ってもらい貼り替えていただいている。そのどちらも、楽しみ喜んでいただいている。また入居者には、無理強いせず食器洗いや手すり拭きをお願いしている。                                |   |   |
| 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 | 感染対策を行った上で、暖かく天気のいい日に近隣を散歩している。2時間という制限はあるが、家族とともに外出している。   | 日常の外出は夏は虫採り、秋は紅葉狩りなど近隣散歩であるが、随時出かけている。2階の広いベランダにテーブル・椅子を用意し、お茶を飲んだり日光浴をすることもある。遠出は難しいが、近隣の障がい者施設が運営しているカフェに出かけることを検討中である。 | 昨年7月から家族との外出も行っているが、月1回2時間と決められており、ゆつくりと楽しみながらの外出ができていない。また年末年始は外出禁止としている。インフルエンザの流行も考慮しての事ではあるが、協力医とも相談し個別対応で良いので外出支援のルール見直しが望まれる。 |
| 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                             | 財布を所持することで安心感があると本人や家族からの希望があった場合は、金銭を所持してもらっている。また、外出時に家族と買い物をしている入居者もいる。  |   |   |

| 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 |
| 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   | 施設に届いた本人宛のはがきや手紙は、直接手渡している。また、入居者から家族宛にはがきを書かれた場合は投函している。電話に関しては、入居者や家族から希望があればホームの電話を使用している。自己管理のできる入居者は、個人の携帯電話にて家族と連絡を取っている。 |   |                   |
| 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 | 共有ホールでは、室温・湿度・音・光の入り具合等、入居者に確認しながら調整を行い、居心地よく過ごしていただくよう支援している。天井にはオゾン発生器を設置し、換気をする際には入居者に外気を浴びてもらおう等季節感を感じてもらっている。              | ホール兼食堂は、中庭を囲む吹き抜けの窓から光が届き、とても明るい。壁面にはイベント写真や今月の事業所便り、献立メニュー、塗り絵作品が飾られている。テーブル横には毎食前の口腔体操に使用している大きな歌詞カードがある。清掃は介護補助職員が行い、快適な共用空間となっている。                                |                   |
| 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  | 自由に居室で休んでいただいたり、共有ホールでは同じテーブルの方以外でも、気の合う方と話ができるよう席を移動してもらおう等の配慮をしている。   |   |                   |
| 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  | 本人・家族に了承を得て、居室の入口に表札を掲げている。また、本人や家族と相談しながら、馴染みの家具や写真や本人が作った作品を持ってきてもらい、居室に置いたり飾ることで、居心地のよい環境づくりに努めている。                          | 居室入り口には折り紙細工をあしらった表札があり、洗面台、電動ベッド、エアコン、防災カーテンが備え付けである。壁面には塗り絵作品、家族写真、趣味の登山の写真等を飾っている。リーダーを中心にした危険予知トレーニングで居室内に潜む危険要因のある飾りや置物の配置の事例写真をもとに事故の未然防止を徹底し、より安全な居室の維持に努めている。 |                   |
| 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   | 生活動線を意識して環境整備を行い、見守りにて事故なく安全に移動できるよう配慮している。また、職員には定例会議にて施設内の環境を写真に撮り、危険予知トレーニング(KYT)を適宜行っている。                                   |   |                   |