

### 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   | 2274202429     |            |           |
| 法人名     | 有限会社ドルフィン      |            |           |
| 事業所名    | グループホームドルフィン   |            |           |
| 所在地     | 静岡市葵区桜町1丁目9-34 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和3年2月10日      | 評価結果市町村受理日 | 令和3年5月10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 [https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_022\\_kani=true&JigyouCd=2274202429-00&ServiceCd=320&Type=search](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyouCd=2274202429-00&ServiceCd=320&Type=search)

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 評価機関名 | 株式会社 静岡タイム・エージェント   |
| 所在地   | 静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階 |
| 訪問調査日 | 令和 3年 3月 3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)】

入居前にご本人様及びご家族様と可能な限りお話をし、入居前に施設生活への不安が軽減するよう努め、入居後は利用者様が生活に馴染むまでご家族様と情報共有し、生活の質の向上の為のヒントを頂いたり、ご家族様の不安の軽減に努めます。また、入居相談に来られた方には、他の介護サービス利用の可否も含め、在宅介護の可能性も併せて検討させて頂いています。

24時間対応の協力医療機関、提携薬局と医療連携図り、予防的ケアに重点をおき重度化を防ぐよう支援しています。また看取り介護では、ご家族様とともに最期を迎えられるよう支援しています。職員の在籍年数が長く、町内の方との顔見知りも多く地域とのつながりを大切にしています。

住宅地の中にある事業所は、利用者だけでなく、利用者の家族・職員全員を含めた大家族という考えのもと、事業所での生活を楽んでもらうことを心掛け、利用者の生活を支援している。長期入居の利用者が多く、施設長・管理者を中心にベテラン職員は、利用者の希望や状態を把握して穏やかな支援を実践している。協力病院や提携薬局との医療連携を図り、予防的ケアに注力して、終の棲家として長く暮らしてもらうことを目指している。看取り介護が必要となった場合は、家族と密に連絡を取り、家族の意向に沿って支援している。コロナ禍により地域との交流制限をしているが、ごみ収集場所の提供、災害時に利用できる井戸の整備など、できる限りの地域との関係継続を心掛けている。管理者は、事業所入口での短時間面会や手紙・こまめな電話連絡を心掛け、利用者と家族との関係継続を支援している。感染症対策として、定期的な換気・消毒に努め、清潔で居心地の良い環境作りを図っている。

#### 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

| 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<br>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<br>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<br>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)           | ○<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<br>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<br>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<br>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. 全くいない           |
| 59<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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) | ○<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 |
| <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  | 事業所の理念を掲示している。<br>毎月のミーティング時に研修を実施するのでその時に共有再確認を行い、介護のプロ意識への自覚と実践に繋がられるようにしている。                              | 事業所の理念を掲示し、施設長・管理者は、都度職員に声掛けを心掛け、理念に沿った支援の実践に繋げている。職員は、交代でリーダー業務を担当することで、「プロの介護者としての責任」ある対応を心掛けている。                               |                   |
| 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人として日常的に交流している  | 近隣の町内会に加入している。<br>回覧板の利用や町内会行事へ可能な限り参加している。  | 町内会に加入し、ごみ置き場の提供など、地域との交流を図っている。コロナ禍により、事業所訪問や行事参加を制限しているが、散歩時の挨拶や介護保険利用の相談など、現状でできる交流を行って、地域住民との関係継続を図っている。                      |                   |
| 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  | 入居希望の相談だけでなく、近隣の方が介護保険サービスについて相談に見えることもあり対応している。   |   |                   |
| 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                                     | 2か月に1度開催している。町内会の方や主治医などにも参加してもらっている。  | 平時での運営推進会議は、町内会役員、地域包括支援センター所長や家族が参加し、2か月に1回開催している。コロナ禍により書面開催として資料を送り、意見抽出を図っている。協力医の往診日を利用した開催により、家族・医師・訪問看護師の参加が得られた。          |                   |
| 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   | 必要に応じ各課と連絡をとっている。<br>市の担当者からは、入居についての問い合わせも多い。   | 施設長は、介護保険担当課だけでなく、市内各区の生活支援課など、関係各課と常に連絡が取れる協力関係を継続している。市担当者と電話による相談・問い合わせを受け、情報共有を図っている。   |                   |
| 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 | 重要事項説明書に「身体的拘束等適正化のための指針について」を記載し入居前にご家族様に説明している。<br>身体的拘束適正化委員会による適正化対策検討会議を実施している。年2回の研修のほか朝礼でも職員間で共有している。 | 重要事項説明書に「身体的拘束等適正化のための指針について」を掲載し、入居時に利用者・家族に説明している。「適正化対策検討会議」を3か月に1回開催し、ミーティングや年2回の研修により職員との情報共有を図り、身体拘束をしないケアについて自発的な対応を促している。 |                   |

静岡県( )

| 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  |     | ○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逃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     | 虐待防止マニュアルを使用し健康状態を実施している。<br>朝礼等で周知し、職員同士で声を掛け合い注意を払っている。                        |   |                   |
| 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 | 入居前や入居時に日常生活自立支援や成年後見制度が必要か検討している。社会福祉協議会に相談をしている。                               |   |                   |
| 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                      | 契約の際には、ご家族様に十分な時間を取り説明をしている。不安や疑問にはすぐ応えられるよう対応している。                              |   |                   |
| 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                  | 利用者には直接、またご家族様には電話や面談時に要望があればうかがっている。  | 月1回の手紙や月2回の往診時の連絡等の電話により、利用者の日々の様子を知らせている。定期的な電話連絡だけでなく、玄関先での面会を実施して、家族からの要望に沿った対応を心掛けている。  |                   |
| 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                                   | ミーティングや朝礼だけでなく、日々の業務中でも職員が発言しやすい環境に努めている。全体ではなく個別に意見を聞くなど努めている。                  | 朝・夕の申し送りや月例ミーティング、法人代表の面談により、職員との情報共有と意見抽出を心掛けている。施設長・管理者は経験に基づき、都度、意見や要望の聴き取りに努めている。管理者業務の内、感染症・身体拘束・災害対策について委員会を作り、担当する職員の意識向上を図っている。 |                   |
| 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   | 職員の体調管理や家庭環境を含め個々の勤務状況の把握に努めている。<br>個々が向上心を持てるよう交代でリーダー業務を担い、気づきを職場環境の整備に活かしている。 |   |                   |
| 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      | 個々の職員が日々の介護支援になかで、技術と知識の確認と共有を図っている。また代表はそれを把握している。                              |   |                   |

| 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 |
| 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 | 職員各自が外部の研修を案内したり参加している。   |  |                   |
| <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           | 入居初期は不安の軽減の為に、各職員が話す時間を作り自己紹介するなど信頼関係を築くよう努めている。                  |  |                   |
| 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                      | 入居前よりご家族様とは連絡を取りまた入居後も連絡を密に取り、関係系作りに努めている。                        |  |                   |
| 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                  | 入居希望の聞き取りの際に、他の居宅介護サービス利用により在宅生活の継続についてのけんどうも含め対応している。            |  |                   |
| 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、利用者とともに生活をする家族という目線でも接し、信頼関係を構築できるよう努めている。                    |  |                   |
| 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                   | 家族の面会以外でも、家族親族または知人などいつでも電話対応している。面会の際には、個々の職員が家族と雑談もできるような関係である。 |  |                   |
| 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                               | 面会の制限はなく、利用者また家族知人の要望に沿えるようしている。電話や手紙も希望時に実施し支援している。              | 利用者・家族は、職員も含めて「一つの大家族」であることを目指し、事業所や職員が馴染みの関係となるように、利用者・家族との信頼関係を築いている。コロナ禍で外出制限がある中、訪問美容の利用の支援や、手紙・電話を積極的に利用して関係を継続できる支援に努めている。 |                   |

静岡県()

| 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                                   | 個々の利用者の性格や生活背景、利用者同士の相性などの把握に努め、職員も含めた関係作りと役割作りの支援に努めている。  |   |                   |
| 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、必要があれば家族の相談を受けて支援している。                              |   |                   |
| <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   | 利用者には、入居生活への意向の確認を都度行い、家族には面談や電話の際に意向を再確認し検討している。          | 利用者や家族の思いや希望は、入居時に確認して情報を共有している。管理者と職員は、利用者の日々の様子や会話の中から、都度、希望や意向を聴き取り、申し送りで情報を共有しながら、現場での対応に速やかに反映させている。                       |                   |
| 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                                       | 利用者と家族、居宅ケアマネ等から入居前の情報収集を行い、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   | 個々の生活状況、言動、認知症状等の記録を実施し、伝達と共有をしている。                        |   |                   |
| 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 | 記録と申し送りノートの活用を行い課題の抽出を行っている。家族に現状を伝え意向を確認したうえで、介護計画作成している。 | 「申し送りノート」「課題整理統括表」「日勤・夜勤ユニット報告書」を活用して、日々の支援内容と課題を記録し、職員全員で情報を共有している。定期的なモニタリングやアセスメントだけでなく、日々の職員の対応から課題や支援策を吸い上げて、介護計画に結び付けている。 |                   |
| 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                        | 記録だけでなく、申し送りノートの活用や日々の気づきはその日のうちに職員で共有し、あ介護計画書の見直しに活かしている。 |   |                   |

静岡県( )

| 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 |
| 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                           | 利用者及び家族の要望があれば、可能な限り対応できるようにしている。  |   |                   |
| 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                                     | 地域内の行事等、利用者が参加可能な場合は職員と共に参加している。   |   |                   |
| 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、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                                 | 利用者と家族の希望があれば、提携往診医を主治医に変更して頂き、入居前のかかりつけ医を継続の場合は、家族の協力のもと職員で通院支援を実施している。             | 利用者や家族の要望を確認し、かかりつけ医を決めている。通院の場合は、家族と連携して職員が対応している。看護師の資格を持つ管理者は、協力医による月2回の往診、訪問看護師との連絡、緊急時対応について、積極的な医療連携を図り、職員と情報を共有している。   |                   |
| 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                         | 看護師が常勤勤務しているため、24時間体制で、介護職と看護職が連携を図り支援している。  |   |                   |
| 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 | 入退院時は、病院の医療連携室と情報共有を図り、退院後の支援に向けて早めに対応支援している。  |   |                   |
| 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 | 重要事項説明書に重度化した場合の対応と看取り介護についての指針を載せ、入居前より家族に説明し同意を得ている。実際の終末期含め必要があれば家族と何度も話し合いをしている。 | 重要事項説明書に掲載の「重度化した場合における(看取り)指針」とイラスト付きのマニュアルを整備し、入居前に利用者や家族に説明している。マニュアルを利用した職員研修を行うとともに、施設長・管理者の指導のもと、ターミナルケアについても実際に経験している。 |                   |
| 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   | 急変時の対応や医師及び看護師への連絡は全ての職員が実践し対応している。  |   |                   |

| 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 |
| 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           | 防災マニュアルの作成と年2回の防災訓練の実施している。災害時の備蓄や敷地内の井戸の整備などを実施している。町内会へ加入し地域住民への応援も協力依頼している。 | 運営法人作成の「防災マニュアル」を整備して、年2回防災訓練を行っている。近隣在住の職員と地域住民の協力や、敷地内井戸の整備など、避難活動での地域住民との協力体制を整えている。災害対応として、発電機と食料3日分を目途に備え、法人倉庫にて保管・管理している。 |                   |
| <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                   | 個々の人格、性格を尊重し、職員は言動に十分配慮し支援している。ミーティングや朝礼以外でも職員同士で気付きを申し送りノートや声掛けなどで共有している。     | 理念に基づく「自由と尊厳を保つ」ケアを心掛け、日々の気付きは「申し送りノート」に記載し、朝礼時および職員同士による注意喚起を図っている。管理者は、課題が散見された場合は、ミーティングや朝礼を待たず、都度声掛けをして解決している。              |                   |
| 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                     | 利用者が話をしやすいよう、共有スペースではなく職員と1対1で話せるよう時間を作る等し支援している。                              |   |                   |
| 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 | 利用者個々の性格や生活ペースや体調変化の把握に努め、利用者と職員と相談し過ごし方を決定支援している。                             |   |                   |
| 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                                  | 毎日の整容支援と希望があれば化粧も支援する。地域の美容院に訪問理美容に2か月に1度きてもらったり、馴染の美容院へ行く支援も実施している。           |   |                   |
| 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     | 入居者個々の嗜好とアレルギーの有無を確認し対応支援している。テーブル拭きや食事の配下膳、食器拭き等個々にできることを職員と一緒に実施支援している。      | 日頃の会話から、利用者の好みを聴き取り、献立作りに活かしている。テーブル拭きや食後の皿拭きの手伝いや、おやつや行事食(お正月、雛祭り、クリスマスなど)の実施など、食事に楽しく関わってもらうことを心掛けている。                        |                   |
| 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          | 利用者個々の水分や食事の摂取状況の把握及び嚥下状態の把握に努め、支援している。  |   |                   |

静岡県( )

| 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 |      | ○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                  | 個々の能力に応じた方法で、毎食後の口腔ケアを実施している。ご自身で実施できる方も職員が確認と仕上げを実施している。                   |  |                   |
| 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  | 個々の排泄パターンの把握に努め、排泄の失敗を減らせるよう支援している。   | 職員は24時間排泄パターンを記録し、利用者個々の排泄パターンや状況を把握して、早めの声掛けを心掛け、自立でのトイレ利用を支援している。夜間は睡眠や安全の面からオムツ利用者であっても、日中はできる限りトイレの利用を心掛けている。  |                   |
| 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                  | 個々の排便パターンの把握に努め、「生活習慣の改善及び内服調整により支援している。                                    |  |                   |
| 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 | 入浴は週2回午前中に実施。身体状況によりシャワー浴や清拭に変更もする。利用者の希望があれば入浴時間帯の調整を実施。                   | 週2回、午前入浴を基本としているが、利用者の希望や身体状況により、柔軟に対応している。併設するデイサービスの大きなお風呂を利用して、重度の方の機械入浴にも対応できる。衛生面だけでなく、楽しく入浴してもらうことを、大切にしている。 |                   |
| 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                   | 利用者個々の睡眠パターンの把握に努め、夜間だけでなく昼間の休息についても個別に支援している。                              |  |                   |
| 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              | 定期往診時に担当薬剤師も同席し、内服について利用者に説明をし、利用者の嚥下状況に合わせて調剤処方している。服薬方法も利用者個々に合わせて実施している。 |  |                   |
| 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 | 職員と利用者がその日に何をするか一緒に決定している。レクリエーションだけでなく洗濯物を畳んだりできることを見つけ一緒に実施する。            |  |                   |

静岡県( )

| 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                      | 家族の協力のもと、映画や外食や買い物等へ外出される方もいる。車いすの方は近隣を散歩したり屋上を利用する等している                               | 家族の協力のもと、買い物や外食などの外出を支援している。現在はコロナ禍により、外出は制限しているが、屋上や中庭を利用した外気浴や事業所周辺の散歩などにより、外気浴・日光浴を心掛けている。                          |                   |
| 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  | 金銭トラブルを未然に防ぐため、家族と相談のもと金銭は所持していない。預り金または立て替えにて買い物支援を実施している。                            |  |                   |
| 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   | 職員付き添いにて、可能な限り家族や知人に電話したり、季節の手紙を書くなど実施している。  |  |                   |
| 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 | 共有空間は、カウンターキッチンと併設した居間兼食堂である。車いすの方も安全に使用できるよう整頓し、利用者と職員で作成した季節の飾りなどがある。                | 共有フロアは、車椅子の動きに配慮して、安全に利用できるよう整理・整頓されている。日頃から、季節ごとの飾りつけや清掃に注力しているが、感染症対策として、定期的な換気・消毒に努め、清潔な環境で居心地よく過ごせる空間作りを心掛けている。    |                   |
| 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  | 居場所や座席を職員が決めるのではなく、個々に過ごしたい場所で過ごせるよう、安全に配慮して支援する。                                      |  |                   |
| 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  | 入居前に居室の見学説明をし、入居時に家庭で使用していた馴染の家具などあれば持参して頂く。居室は、電動ベッド、洗面台、エアコン、クローゼットまたはベンチ型木箱が備え付けあり。 | エアコン・洗面台を造り付けた居室は、クローゼットタイプ・置き型の収納ボックスタイプと2種類用意されている。入居前見学時に持参できるものを説明し、入居時に馴染みの家具や小物・衣類を持ち込み、利用者好みの居心地のよい居室作りを支援している。 |                   |
| 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   | 入居時及び入居後に、家族や本人と相談しながら居室内の持ち物小野配置を決定したり変更している。自立への配慮だけでなく、個々の認知症上に応じて安全にも配慮できるよう支援する。  |  |                   |

### 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   | 2274202429     |            |           |
| 法人名     | 有限会社ドルフィン      |            |           |
| 事業所名    | グループホームドルフィン   |            |           |
| 所在地     | 静岡県葵区桜町1丁目9-34 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和3年2月10日      | 評価結果市町村受理日 | 令和3年5月10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)】

入居前にご本人様及びご家族様と可能な限りお話しし、入居前に施設生活への不安が軽減するよう努め、入居後は利用者様が生活に馴染むまでご家族様と情報共有し、生活の質の向上の為のヒントを頂いたり、ご家族様の不安の軽減に努めます。また、入居相談に来られた方には、他の介護サービス利用の可否も含め、在宅介護の可能性も併せて検討させて頂いています。  
24時間対応の協力医療機関、提携薬局と医療連携図り、予防的ケアに重点をおき重度化を防ぐよう支援しています。また看取り介護では、ご家族様とともに最期を迎えられるよう支援しています。  
職員の在籍年数が長く、町内の方との顔見知りも多く地域とのつながりを大切にしています。

※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 [https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=2274202429-00&ServiceCd=320&Type=search](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2274202429-00&ServiceCd=320&Type=search)

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                     |  |  |
|-------|---------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 静岡タイム・エージェント   |  |  |
| 所在地   | 静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和 3年 3月 3日         |  |  |

#### 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)     | <input type="radio"/> | 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)   | <input type="radio"/> | 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)            | <input type="radio"/> | 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)                     | <input type="radio"/> | 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)                 | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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)  | <input type="radio"/> | 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)                                      | <input type="radio"/> | 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)                | <input type="radio"/> | 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                                       | <input type="radio"/> | 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)       | <input type="radio"/> | 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                                   | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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

| 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  | 事業所の理念を掲示している。<br>毎月のミーティング時に研修を実施するのでその時に共有再確認を行い、介護のプロ意識への自覚と実践に繋がられるようにしている。                              |      |                   |
| 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  | 近隣の町内会に加入している。<br>回覧板の利用や町内会行事へ可能な限り参加している。  |      |                   |
| 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  | 入居希望の相談だけでなく、近隣の方が介護保険サービスについて相談に見えることもあり対応している。   |      |                   |
| 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                                     | 2か月に1度開催している。町内会の方や主治医などにも参加してもらっている。  |      |                   |
| 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に取り組んでいる   | 必要に応じ各課と連絡をとっている。<br>市の担当者からは、入居についての問い合わせも多い。   |      |                   |
| 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 | 重要事項説明書に「身体的拘束等適正化のための指針について」を記載し入居前にご家族様に説明している。<br>身体的拘束適正化委員会による適正化対策検討会議を実施している。年2回の研修のほか朝礼でも職員間で共有している。 |      |                   |

静岡県( )

| 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  |     | ○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逃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     | 虐待防止マニュアルを使用し健康状態を実施している。<br>朝礼等で周知し、職員同士で声を掛け合い注意を払っている。                        |      |                   |
| 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 | 入居前や入居時に日常生活自立支援や成年後見制度が必要か検討している。社会福祉協議会に相談をしている。                               |      |                   |
| 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                      | 契約の際には、ご家族様に十分な時間を取り説明をしている。不安や疑問にはすぐ応えられるよう対応している。                              |      |                   |
| 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                  | 利用者には直接、またご家族様には電話や面談時に要望があればうかがっている。  |      |                   |
| 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                                   | ミーティングや朝礼だけでなく、日々の業務中でも職員が発言しやすい環境に努めている。全体ではなく個別に意見を聞くなど努めている。                  |      |                   |
| 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   | 職員の体調管理や家庭環境を含め個々の勤務状況の把握に努めている。<br>個々が向上心を持てるよう交代でリーダー業務を担い、気づきを職場環境の整備に活かしている。 |      |                   |
| 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      | 個々の職員が日々の介護支援になかで、技術と知識の確認と共有を図っている。また代表はそれを把握している。                              |      |                   |

| 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 |
| 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 | 職員各自が外部の研修を案内したり参加している。   |      |                   |
| <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           | 入居初期は不安の軽減の為に、各職員が話す時間を作り自己紹介するなど信頼関係を築くよう努めている。                  |      |                   |
| 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                      | 入居前よりご家族様とは連絡を取りまた入居後も連絡を密に取り、関係系作りに努めている。                        |      |                   |
| 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                  | 入居希望の聞き取りの際に、他の居宅介護サービス利用により在宅生活の継続についてのけんどうも含め対応している。            |      |                   |
| 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、利用者とともに生活をする家族という目線でも接し、信頼関係を構築できるよう努めている。                    |      |                   |
| 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                   | 家族の面会以外でも、家族親族または知人などいつでも電話対応している。面会の際には、個々の職員が家族と雑談もできるような関係である。 |      |                   |
| 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                               | 面会の制限はなく、利用者また家族知人の要望に沿えるようしている。電話や手紙も希望時に実施し支援している。              |      |                   |

静岡県( )

| 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                                   | 個々の利用者の性格や生活背景、利用者同士の相性などの把握に努め、職員も含めた関係作りと役割作りの支援に努めている。  |      |                   |
| 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、必要があれば家族の相談を受けて支援している。                              |      |                   |
| <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   | 利用者には、入居生活への意向の確認を都度行い、家族には面談や電話の際に意向を再確認し検討している。          |      |                   |
| 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                                       | 利用者と家族、居宅ケアマネ等から入居前の情報収集を行い、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   | 個々の生活状況、言動、認知症状等の記録を実施し、伝達と共有をしている。                        |      |                   |
| 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 | 記録と申し送りノートの活用を行い課題の抽出を行っている。家族に現状を伝え意向を確認したうえで、介護計画作成している。 |      |                   |
| 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                        | 記録だけでなく、申し送りノートの活用や日々の気づきはその日のうちに職員で共有し、あ介護計画書の見直しに活かしている。 |      |                   |

静岡県( )

| 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 |
| 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                           | 利用者及び家族の要望があれば、可能な限り対応できるようにしている。  |      |                   |
| 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                                     | 地域内の行事等、利用者が参加可能な場合は職員と共に参加している。   |      |                   |
| 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                                | 利用者と家族の希望があれば、提携往診医を主治医に変更して頂き、入居前のかかりつけ医を継続の場合は、家族の協力のもと職員で通院支援を実施している。             |      |                   |
| 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                         | 看護師が常勤勤務しているため、24時間体制で、介護職と看護職が連携を図り支援している。  |      |                   |
| 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 | 入退院時は、病院の医療連携室と情報共有を図り、退院後の支援に向けて早めに対応支援している。  |      |                   |
| 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 | 重要事項説明書に重度化した場合の対応と看取り介護についての指針を載せ、入居前より家族に説明し同意を得ている。実際の終末期含め必要があれば家族と何度も話し合いをしている。 |      |                   |
| 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   | 急変時の対応や医師及び看護師への連絡は全ての職員が実践し対応している。  |      |                   |

| 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 |
| 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           | 防災マニュアルの作成と年2回の防災訓練の実施している。災害時の備蓄や敷地内の井戸の整備などを実施している。町内会へ加入し地域住民への応援も協力依頼している。 |      |                   |
| <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                   | 個々の人格、性格を尊重し、職員は言動に十分配慮し支援している。ミーティングや朝礼以外でも職員同士で気付きを申し送りノートや声掛けなどで共有している。     |      |                   |
| 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                     | 利用者が話をしやすいよう、共有スペースではなく職員と1対1で話せるよう時間を作る等し支援している。                              |      |                   |
| 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 | 利用者個々の性格や生活ペースや体調変化の把握に努め、利用者と職員と相談し過ごし方を決定支援している。                             |      |                   |
| 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                                  | 毎日の整容支援と希望があれば化粧も支援する。地域の美容院に訪問理美容に2か月に1度きてもらったり、馴染の美容院へ行く支援も実施している。           |      |                   |
| 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     | 入居者個々の嗜好とアレルギーの有無を確認し対応支援している。テーブル拭きや食事の配下膳、食器拭き等個々にできることを職員と一緒に実施支援している。      |      |                   |
| 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          | 利用者個々の水分や食事の摂取状況の把握及び嚥下状態の把握に努め、支援している。  |      |                   |

静岡県( )

| 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 |      | ○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                       | 個々の能力に応じた方法で、毎食後の口腔ケアを実施している。ご自身で実施できる方も職員が確認と仕上げを実施している。                   |      |                   |
| 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       | 個々の排泄パターンの把握に努め、排泄の失敗を減らせるよう支援している。   |      |                   |
| 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                       | 個々の排便パターンの把握に努め、「生活習慣の改善及び内服調整により支援している。                                    |      |                   |
| 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回午前中に実施。身体状況によりシャワー浴や清拭に変更もする。利用者の希望があれば入浴時間帯の調整を実施。                   |      |                   |
| 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                        | 利用者個々の睡眠パターンの把握に努め、夜間だけでなく昼間の休息についても個別に支援している。                              |      |                   |
| 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                   | 定期往診時に担当薬剤師も同席し、内服について利用者に説明をし、利用者の嚥下状況に合わせて調剤処方している。服薬方法も利用者個々に合わせて実施している。 |      |                   |
| 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      | 職員と利用者がその日に何をするか一緒に決定している。レクリエーションだけでなく洗濯物を畳んだりできることを見つけ一緒に実施する。            |      |                   |

静岡県( )

| 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                      | 家族の協力のもと、映画や外食や買い物等へ外出される方もいる。車いすの方は近隣を散歩したり屋上を利用する等している                               |      |                   |
| 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  | 金銭トラブルを未然に防ぐため、家族と相談のもと金銭は所持していない。預り金または立て替えにて買い物支援を実施している。                            |      |                   |
| 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   | 職員付き添いにて、可能な限り家族や知人に電話したり、季節の手紙を書くなど実施している。  |      |                   |
| 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 | 共有空間は、カウンターキッチンと併設した居間兼食堂である。車いすの方も安全に使用できるよう整頓し、利用者と職員で作成した季節の飾りなどがある。                |      |                   |
| 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  | 居場所や座席を職員が決めるのではなく、個々に過ごしたい場所で過ごせるよう、安全に配慮して支援する。                                      |      |                   |
| 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  | 入居前に居室の見学説明をし、入居時に家庭で使用していた馴染の家具などあれば持参して頂く。居室は、電動ベッド、洗面台、えあこん、クローゼットまたはベンチ型木箱が備え付けあり。 |      |                   |
| 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   | 入居時及び入居後に、家族や本人と相談しながら居室内の持ち物小野配置を決定したり変更している。自立への配慮だけでなく、個々の認知症上に応じて安全にも配慮できるよう支援する。  |      |                   |