

### 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   | 3190400048           |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 境港福祉会         |            |  |
| 事業所名    | グループホーム夕日ヶ丘二番館(もみじ棟) |            |  |
| 所在地     | 鳥取県境港市夕日ヶ丘二丁目92番地    |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成30年7月10日           | 評価結果市町村受理日 |  |

※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.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_2_017_022_kani=true&amp;Ji_gvosvoCd=3190400048-00&amp;PrefCd=31&amp;Ver_si_onCd=022">http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_2_017_022_kani=true&amp;Ji_gvosvoCd=3190400048-00&amp;PrefCd=31&amp;Ver_si_onCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                 |  |  |
|-------|-----------------|--|--|
| 評価機関名 | 有限会社 保健情報サービス   |  |  |
| 所在地   | 鳥取県米子市米原2丁目7番7号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成30年7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)】**

夕日ヶ丘二丁目自治会が発足され、地域性が増し、引き続き事業所や地域行事(主として子供会)に相互協力、参加をしており事業所が地域の一員であるところは増している。  
 役割という点においては、不足している部分もあり、当施設の取り組みや、重要性は直接伝え、他事業所と協力しながら、認知症の症状など、基本・応用を伝えられるよう働きかけていきたい。  
 また周辺にスーパーなども出来て、利用者様の要望、状況に応じて、自由に外出して、より一層生活感のある支援をすることが出来ている。変わらず、外の景色、裏の丘で遊んだる方を眺め、子供の元気な声をきくことなど、落ち着いた、安心した環境が続いている。

**【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)】**

境港市郊外の新興住宅街にあり、ホーム近隣に住宅、アパートや障がい者施設が年々増えています。自治会に集会所が出来たため、デイサービスのリビングを集会に利用されなくなり交流が少なくなってきましたが、地域の清掃に利用者や職員の参加や施設の夏祭りには子ども会や地域住民の参加があり交流は継続されています。利用者の重度化には職員会議等で検討され状態にあったケアが行われています。外出希望者が少なくなりましたが、声掛けを行い週1回はドライブや散歩に出かけて楽しめる支援が行われています。管理者、職員はチームワークが良く家族的な暖かい支援が行われています。

**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<br>3. 利用者の1/3くらい<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 もみじ

[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  | 次のステップに向けて期待したい内容                  |
|--------------------|-----|---|--|---|------------------------------------|
|                    |     |   | 実践状況   | 実践状況  |                                    |
| <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                            | 継続して理念の復唱を行い、理念とは別に曜日ごとに7つの目標と年次改善目標を掲示している。それぞれを意識して変えるように努めるが、まだ不足の部分もある。  | 地域密着理念、グループホーム二番館運営理念、七つの目標、年次改善目標を掲示してあります。利用者の認知症の程度や職員の対応が理念に沿っているか振り返りをされています。理念について施設内研修も行われ理念の共有の意識付けもできてきています。                                     |                                    |
| 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                            | 自治会に集会所が出来た為、以前と比べ、地域の方が来る機会が減り、利用者様と地域の関わりが子供会中心。自治会とは法人代表を中心に連携が図れている。自治会の行事には利用者の方が参加出来るよう、働きかけと職員・地域に働きかけていきたい。      | 自治会に集会所ができたため以前より地域の方が来られる機会が減ってきましたが、ホームの文化祭や七夕祭り、クリスマス会等に子供会、ボランティアの方も参加され交流は継続をされています。自治会とは法人代表を中心に連携が図られています。中・高校生の職場体験も受け入れが行なわれています。                |                                    |
| 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                          | 他事業所が出前講習を開いておられるが、協力には至っていない。法人代表や施設長が主となり、開催に向けての協議や各委員会でも、すべきことはないか検討を行い、進めていく必要がある。                                  |   |                                    |
| 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       | 引き続き奇数月に会議を行っている。H29年9月より市役所から、運営推進会議の報告書の統一があり、その書式に準じたものを中心に、その他外部評価・実地指導の報告、施設状況と報告事項が多いことは変わらず、会議で意見が出るような内容を再考したい。  | 2ヶ月に1回開催されています。利用者情報、行事、家族会、事例報告、防災訓練、感染予防研修など報告されます。「身体拘束に関する指針」を配布、事故・ヒヤリハットの報告、インシデントは申し送りや日々の話し合いからケアの実践に取り組みられています。委員よりの意見、要望はホームで検討されサービスに活かされています。 |                                    |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                | 運営推進会議でも継続して市役所の方に参加していただいている。管理者や職員は不定期ながら市役所に出向き、様々な方法で連携や協力、相談が行えている。   | 運営推進会議にも担当職員が参加頂いています。管理者、職員は月に1から2回市役所を訪問し担当職員等と介護状況、手続き、研修予定等の相談、協力等連携されています。市からの介護相談員年2回ホームを訪問され利用者や相談等行われています。  | 保険者に推進会議の共通報告書式の作成の提案をされても良いと思います。 |
| 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 | H30年法改正において、身体拘束廃止実施の指針の公表となり認知症のケアマニュアル見直しや、接遇の研修を行い、間接的に身体拘束がないようどう関わるかを話し合っている。今後はスピーチロックを減らす取り組みなど短期の目標で見直しを行う必要がある。 | 身体拘束廃止委員会を起ち上げ、年4回開催されます。認知症ケアマニュアルの見直し、接遇研修を開催し間接的に身体拘束が無いようどう関わるか話し合いスピーチロックを減らす取り組みや短期目標から見直しをする等を感じておられ、身体拘束をしないケアの実践に取り組まれています。                      |                                    |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価   | 次のステップに向けて期待したい内容                                   |
|----|-----|---|--|--|---|
|    |     |   | 実践状況   | 実践状況   |   |
| 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     | 長期利用の方が多く、また利用者様の性格やGHの特性から、馴れ合いの関係になりがち。信頼関係構築、コミュニケーションツールとして必要であるが、過度な関わり、自己評価6番からも、声のかけ方などに注意し、冷静かつ客観的判断を徹底していきたい。   |  |   |
| 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 | 専門家を呼んでの権利擁護の研修、勉強会を以前行ってから実施できておらず、今後、権利擁護制度を利用した利用希望者も増える事を想定して、職員個々の知識となるよう、研修機会を持って行きたい。   |  |   |
| 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                      | 管理者は、利用開始契約時に、重要事項説明書をもって契約内容の説明を行い理解と同意を得ている。特に今年度は法改正で4月以降になったが、家族会でも、介護保険の制度等の説明を行い、質問や不安内容には納得していただけた。大きな問題になっていない。  |  |   |
| 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                  | 職員の写真を玄関に掲示した工夫もあり、以前よりご家族様も名前など職員の事を理解されている方も多くなっている。利用者様も名前までは難しいが、職員の個々の認識も出来ている方も増えているが、入り口にある意見箱を設けているが意見はない。家族の方と少し気軽に会話が出来る様になっており、その為日々の面会などで意見聴取、相談等が行えて、意見からプラン変更や、即時ケア(対応)の変更を行い、改善に繋がっている。 | 職員の写真を玄関に掲示した事により、職員の名前やケアの理解をされる家族が多くなってきています。意見箱も用意されています。面会に来られた家族には意見・要望を聞くようにされています。意見・要望等によりプランやケアの変更に繋がっております。利用者担当職員より月1回情報誌「幸せ発信・・・夕日ヶ丘二番館」を送付し、外出、誕生会、レクリエーション等日々の様子など報告記載され、家族等に喜んでもらっています。 |   |
| 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                                   | 全体会議・職員会議必要に応じて朝礼にてケアや発生したリスク再発防止の検討、管理者会議での決定事項の報告を行い、速やかに反映しているが、管理者と協議、意見を聞いて頂ける時間も以前よりやや減っており、時間の確保やフィードバックをしてもらいたい。   | 全体会議や職員会議、必要時に朝礼でケアや発生したリスクの再発防止の検討、管理者会議での決定事項報告後、速やかにケアに取り組みされています。職員と管理者は協議、意見等の話し合いの時間を取っております。が、以前よりやや減ってきている為、時間の確保やフィードバックを希望している。  | 話し合いの機会が以前よりやや減ってきているようですので、申し送りの工夫等を行なわれると良いと思います。 |
| 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   | 人員不足や勤務体制上、有給休暇が取れないことが続いているが、希望の休みはできる限り反映されている。夜勤2名体制となり夜間帯の不安解消や休憩が取れるような体制となり日々のストレスや疲労を考えた勤務を作っている。業務内容やその評価に関して、あまりフィードバックしてもらえていないこともあり、それにより、向上心が上がる、持てると思う。                                   |  |   |

| 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 |
| 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         | 管理者等が、必要な外部研修には参加させてもらい、施設内研修も2～3ヶ月/回ありそれらを通して、分散教育を後からしてもらっている。管理者等からは、スキルに応じた研修の勧めを増やしてもらいたい。   |      |                   |
| 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 | 個人的に同業者の方と交流を作れているスタッフもいるが、事業所として同業者との交流会が、他施設の状態が把握できていない為と、行えていない。今後も調整が出来るよう、管理者等で調整を図ってきたい。   |      |                   |
| <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           | 入所前にケアマネージャーや管理者が心身状況の不安・困っていることを伺い、主訴としている。入所して生活が変わる不安もあり、今まで出来ていたこと、していたことを活かす提案を行い、入所後は1週間状態を詳細に記録し、スタッフが共通認識して、利用者の方が安心して生活出来るように努めている。        |      |                   |
| 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                      | 管理者が入所前の面談、契約時点で家族の方に困っていることを伺い、その後ユニット職員に報告や相談を行いながら関係が作れるよう努めている。   |      |                   |
| 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                  | 入所確定から入所されるまでの時間が早く、自己評価15・16番の情報からスタッフとのカンファレンスが以前より少しは増えたが、不足する事がある。主訴を軸にして『その時』『今』必要な支援が出来る様にして、暫定プランとして同意して頂いている。                               |      |                   |
| 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                                  | グループホームの共同生活という考えや、人生の先輩として、敬いの気持ちを持ち、共に生活活動を行い、知識を得る、学ぶ、協力する姿勢で、家族の一員のように関わり、良い関係は築けている。   |      |                   |
| 19                           |    | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている                   | 利用者の方によっては差はあるが、面会時、居室などでお茶をしながら談笑して、家族との関わりを保って頂けるようにしており、面会時に現状報告・ケアの相談、要望も行い、家族の方とスタッフとも協力して、よい関係が出来ている。<br>また面会が少ない方も、スタッフより電話や広報誌にて現状報告を行っている。 |      |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価  | 次のステップに向けて期待したい内容                                 |
|------------------------------------|------|--|---|---|---|
|                                    |      |  | 実践状況  | 実践状況  |   |
| 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                                       | 独居、身元引受人の高齢化で個人差はあるが、家族の方の協力もあり、外泊・墓参り・外食など、馴染みの場所への支援は出来ている。面会では家族様の協力もあり、馴染みの方も来られている。これからも積極的に働きかけて関係性を保てるよう努めたい。  | 家族や身元引受人の高齢化、独居等で家族との関係が薄れてきていますが、墓参りや医療機関の受診等職員で代行できることの支援が行なわれています。元気な家族の方は墓参りやかかりつけ医受診、外出、一時帰宅等、馴染みの関係継続が行われています。  | 馴染みの人や場所との関係を継続することにより回想法に繋げ、認知症対策をされていくと良いと思います。 |
| 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                                   | 認知症の症状の進行により、互いに理解がたい部分があり、スタッフが間に入るもの、一方は不満が残るケースがある。それでもテーブルの近い方と談笑を通して、互いに良好な関係を築き、困っている方に声をかけあい、職員を介して、話しを聞くなど、信頼関係が上手く出来ている方が多い。                                   |   |   |
| 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                     | ケアマネージャーや管理者は、出来る限り退所者の様子を把握するようにしているが、個人情報のある事もあり、間接的に情報を得る事が多い。退所された方へ会いに行くことは互いが希望された場合は行っている。   |   |   |
| <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   | 日常的な会話から希望や意向を引き出せるよう努め、家族様にも面会や連絡で聞き取り、必要は方はケアプランに反映している。また必要な支援として『今』の気持ちの優先と、タイミングを図り不快のないように支援出来ている。  | 日常の会話から希望や意向を伺えるよう努めています。家族からも、面会時や連絡を取るなど行い、希望や意向を伺いケアプランに繋げています。利用者の『今』の気持ちの優先し、タイミングを図り思いや意向の支援が行われています。   |   |
| 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                                       | 入所前後に今までの生活状況や意向・嗜好を本人や家族の方に伺い、その情報を基にして、暫定プランを作成している。日頃はカルテ等を実施状況を記録している。環境が変わっても継続して生活が出来るよう努め、様々な要因で変化があっても振り返りや早急な対応をするための資料として活かしている。                              |   |   |
| 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   | 自己評価24と同様、ケアプランの記録と合わせ、認知面、言動、それらを要因とする精神面など動きの記録を共有している。緊急性・重要性のある事柄は、その時のスタッフで暫定的に決め、担当職員より主任に報告しながら意見をまとめ、把握に努めている。  |   |   |
| 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 | すいぶんとモニタリング・アセスメントの方法が定着して朝礼後、職員会議で別ユニット職員からの意見を参考にして、課題やケアについてカンファレンスの場が持たれている。事前に家族様への連絡で以降を伺い、主治医は参加が難しい為、受診や往診でそれぞれの意向を伝え、意見を頂き、カンファレンス・サービス担当者会議を行いケアプランの作成を行っている。 | 改善されたモニタリング、アセスメント用紙の使用方も職員に浸透し、定着しています。家族から意見や意向、主治医にも往診時等に意見を頂き、カンファレンス・担当者会議が開催され、計画作成者が介護計画を作成されています。モニタリング・毎月、評価は6ヶ月に1回実施されています。状態変化等あれば随時計画の変更が行われます。 |   |
| 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                        | 自己評価24、25と同様、ケアプランと生活状況を24時間の時系列で記録し、事柄により午前・午後でまとめて記録することはある。特変があれば詳細を記入することにしており、その内容に応じて複数回あるいは身体面での緊急性があれば、プラン変更するようになっていく。   |   |   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
|----|------|---|--|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況  |                   |
| 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                            | 他の介護サービスを利用する点では多機能ではないが、運営推進会議で相談したり、主治医やかかりつけている神経内科医、専門的な精神科医に相談し、多方面からアドバイスを受け、生かせることを実践している。  |   |                   |
| 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                                      | 地域資源の活用で、自治会等や福祉科高校生のボランティアで子供との交流は行って、とても喜ばれている。今は近くのスーパーへ、利用者の方が買いたいものを買いに出かける事が、有効な地域資源の活用と考える。実際の所は頻度は少なく、職員同士で連携を図り、買い物に利用者の方が関わられるよう指導は必要。また引き続き根本的に『地域資源とは』何かという事が把握しきれない為、勉強会が必要と思う事もある。 |   |                   |
| 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                                  | 利用者の方や家族様の負担を考慮した上で、入所時に往診可能な提携医がある事を伝え判断して頂いている。今まで通りのかかりつけ医や専門医(泌尿器や整形外科など)に受診される時は、家族様と同行して頂き、継続して情報提供を行っており、どの家族様からの不満の声は挙がっていない。  | 入所時に利用者、家族にかかりつけ医についての説明が行なわれ、利用者全員ホームの協力医療機関をかかりつけ医とされています。協力医療機関は2週間に1回往診頂かれています。泌尿器科、整形外科等の他科受診は原則家族が同行をお願いし、ホームから情報提供が行なわれています。                       |                   |
| 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                          | 利用者の方の体調急変時や排便がない方への腹部確認など、施設看護師に相談・報告を行っている。職員とも話す機会を持ち、必要な場合受診の判断をして頂く。看護師の業務遂行の為、職員や家族が受診対応に行くケースもあるが、速やかに行えるように努めている。  |   |                   |
| 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。 | 入院時は各施設ともサマリー等で情報を共有し、適切な医療機関で対応を行っている。管理者やケアマネージャー、看護師、それぞれの役割や業務に応じて、医療機関との連携を図り、関係は保たれている。  |   |                   |
| 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  | 医療機関により対応が難しいこと、事業所・看護師を含めた職員の『死生観』の差、利用者主体として、その時の身体状況により、最適な環境での生活を考えると、総合的な要因により、体制が整えきれず、今後も研修等を行い、どう取り組むか課題とした上で、ご家族へは重度化・終末期の方針については、入所前に、重要事項説明書や終末期等の指針と一緒に説明し確認して頂いている。                 | 入所時に重要事項説明書や重度化や終末期の指針を説明し同意頂いています。看取り等に対応頂ける医療機関がホーム周辺の地域に無い事もあり対応が難しい現状です。現在の体制で対応できる出来る事を家族にも説明されています。体制が整えば対応するべく死生観や重度化や終末期のケアの体制について今後も研修等を継続されます。  |                   |
| 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  | AEDや誤嚥時の吸引対応出来る物品は整えているが、定期的・具体的な研修が不足し、不安な部分がある日頃から意識を持つよう、管理者や看護師からの指導や、定期的に救急救命の訓練等、年1回の指導が必要と思う。   |   |                   |
| 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  | 数年前に自治会と緊急時の協力体制の調停は行っているが、年2回の避難訓練実施時、自治会へ参加の案内をしているが、訓練内容が大きく変わっていないこともあり、回を追うごとに、自治会の方の参加が減ってきており、実際に協力が得られるか不安がある。それでもH29年度内に地域の地震・津波の避難訓練に参加し、互いに必要性は感じている。                                 | 年2回避難訓練を実施されています。自治会に参加の案内され、自治会長他数名で参加頂いています。地域の地震・津波の避難訓練に参加されています。互いに必要性は感じられています。AEDもホーム玄関に設置されており、今年度講習会を予定されています。来年度自治防災組織を作られる予定です。備蓄は施設全体で備えています。 |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
|----------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況  | 実践状況   |                   |
| <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                   | 入浴では、入所時に同性対応等の希望があったが、現在は職員との関係も良好で、異性対応でも可能になっている。但し排泄に関しては、汚染があっても羞恥心により対応が困難、同性対応でも出来ず苦慮しているが、出来る能力と入浴時に確認するなど、プライバシーの配慮や本人様ベースを保っている。  | 内部研修で接遇研修を年1回行い、人格の尊重、プライバシーの確保について理解できています。利用者の気持ちを理解し入浴、排泄介助には同性介助も対応されます。介助時トイレや浴室等の入り口のドアを閉める等、プライバシー保護の対応が行なわれています。スピーチロック等を含め言葉遣いについては日々管理者の指導や職員間相互により気が配られています。              |                   |
| 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                     | 日頃の関わりの中で、職員も利用者の方の気持ちや考えを理解して個別あるいは他者と会話の中で積極的に聞き出すよう、働きかけている。   |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 日課の流れは声掛けさせて頂きながら、体調や気分・意向に合わせて行っている。但し、意向に合わせて、その状況になれ、離床拒否や居室で食事など、閉鎖的になり、認知症の症状進行の予防からも日課の説明は必要と考える。<br>今は一人の方が本人様の意向で、午前入浴している。   |  |                   |
| 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                                  | 冬は単純な寒さ、夏は冷房での寒さで、季節に適した衣類の選択が出来ず、極端な厚着、夏に長袖3枚着用されることがある。説明して脱いで頂きながらも、本人様にとって、最適な更衣をして頂いている。起床時には、温タオルでの顔拭きや寝癖を直してと、声掛けは必要であるが、身だしなみを整えられている。  |  |                   |
| 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     | 実際の摂取状況を見て、好き嫌いや、口腔内の状態を把握して、形態や量を調節して、食べられるものはたくさん食べて頂けるようにしている。<br>また食事形態を変更したが、常食を希望されたり、献立により配慮して、形態を変えることで、食べたりするなど、その時の対応も行っている。  | 摂取状況や好みを把握し、口腔内の状態を加味し、普通食、キザミ、ミキサー食等、利用者に合わせた内容、量を調整する等、利用者に合った支援が行われています。週1回職員と一緒に食事作りの日を設けられており、食事作りの楽しさを継続できるよう支援されています。盛り付けや下膳、テーブル拭き等できることはして頂いています。職員は利用者と一緒に会話をしながら食べられています。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食事量や水分量が少ない方は、時間を見ながらゆっくりと丁寧に声を掛けている。それでも少ない時は、個別に購入した物や、好まれるものを提供するなどして少しでも多く摂取できるように努めている。<br>今後は利用者様や職員に水分の必要性をしっかりと理解して、意識して摂って頂く必要がある。   |  |                   |
| 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                   | 歯科受診がしたり、必要な方がいるが、対応後は大きな悪化をされていない。<br>口腔ケア介助は半分以下であるが、殆どの方が、声掛けは必要である。出来る方も、チェックして口腔内に残渣物がないか、出血等異常がないかの確認は、その時の状況に応じて行っている。義歯漬けおきも最低10分は何とか説明して、基本は夜に行っている。<br>またH29年度中は西部歯科医師会の高齢者施設における口腔機能向上推進事業に参加し、口腔衛生・技術指導を行って頂き、現在実践している。 |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
|----|------|---|--|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   |                   |
| 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                              | 個別の排泄パターンはある程度把握しつつも、声下記の拒否があり、基本的には利用者様ペースで行っている。その為、パッドをされていない、汚れた下着等がタンス内にあるなど、自立対応を行いつつも、プライバシーの配慮や気持ちの点からも、確認に苦慮している。   | プライバシーの配慮をし排泄パターンや時間帯、排泄状態を把握され、利用者に合わせて声掛け、トイレの排泄継続の支援が行われています。声掛けに対して拒否の方はおられません。個々に合わせた対応方法を検討し、排泄介助の支援が行なわれています。   |                   |
| 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  | 牛乳やヨーグルトなど食事面や運動を働きかけておこなっているも、食事摂取状態等でなかなか出ないことがあり、それによる不穏や腸の疾患もあるので必要最低限であるが、薬で調整をさせてもらっている。   |  |                   |
| 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                        | 自己評価38より一人は本人様の希望で午前中に入浴をされて、大変満足されている。基本は入浴前に血圧測定し、直前の意向を伺い利用者様の良いタイミングで入ってもらっている。一旦向かわれるが、拒否されることもあり、再度説明で意向に合わせるが、入浴の間隔が空いている方は、意向に合わないが、保清面の支援として、説明して入って頂く事もある。 | ホーム側の都合に合わせて頂くような形ではあるが、週3回は入浴頂いています。血圧測定を行い午後の時間で希望にあわせた支援が行われています。1名本人希望で午前入浴の方の対応をされています。拒否傾向の方は、説明を行い本人意向に合わせるようにされていますが、入浴の間隔が空いている方は保清面を考慮し説明を行い入浴頂かれる事もあります。                    |                   |
| 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   | 自己評価38番と反対になるが、生活リズムを整え、メリハリをつける支援をする為の支援(離床)も必要と考えるが、半日近く休む方もあり、体調不良にならないように支援している。   |  |                   |
| 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  | 具体的な事を伝えると、返って不安になる方を除き、拒否や不安があった場合は、適宜薬の内容を伝えるようにし、職員は少しずつ薬の内容・重要性、必要性の理解は出来ている。  |  |                   |
| 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                             | 個々の能力に応じて、出来る事を行っているが、個々のペースでされない・出来ない方もあり、トラブルになる事もある。その方にしか出来ないという役割を感じる声掛けをして対応を行っている   |  |                   |
| 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 | ドライブや散歩が中心で、何とか1回/週は出掛けているが、希望者は少なく、声掛けして参加している。それでも出掛けると車中は笑顔で、『ここは〇〇だ』と町名や住まれていたところを見てじっくりみていることがある。施設へ戻ると『家に戻った』と話され、個別では消耗品等の購入で出かけており、出かけると笑顔や驚きもあり、続けていきたい。    | 季節1回希望者は少ないが、声掛けを行いドライブや散歩に出かけるようにされています。季節にあわせた行事で花見等へ出掛け等、楽しめる支援が行われています。出掛けられると笑顔になられたり、町名や住まわれていた所等じっくり見ておられる方もあります。外出は笑顔や驚きもあり継続できるよう心掛けておられます。希望により家族や職員の支援で墓参りや受診外出をされる方もおられます。 |                   |



| 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 |
| 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  | お金に対するこだわりを話す方が少ない為、しっかりと支援が出来ていない。自己評価49番からも、自由の出掛ける為にも、スタッフとしては金銭預かりを事務所で、使えるお金がある事で、外出・楽しみと合わせ関心が持てる支援も必要。                          |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 家族の都合を考慮しながら希望に沿う支援は対応可能。また認知症の症状の進行の予防により、家族の方が近所や家の近況報告を、はがきを通してされている。喜ばれているが、『字はよう書かん』と拒否され、返信の支援に至っていない。                           |  |                   |
| 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 | 自己評価39より半分くらいの利用者様は、夏でも冷房で寒さより厚着をされる方がおられ、利用者様それぞれにて温度や光の調整はするが、どちらに寄せるのが苦慮している。<br>季節の飾り、レクリエーションでの作品作りと季節感や飾りによる華やかさでよい雰囲気である。       | 季節に合わせた展示物、行事、外出、日々の様子等の写真がホールや廊下の壁に飾られおり、面会に来られた家族も様子が分かるようにされています。リビングの調光は利用者や職員がカーテン等で調整されています。リビング、居室は利用者に合わせ温度管理されて過ごしやすいです。  |                   |
| 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  | 廊下にあるベンチで談笑したり、食堂の畳みやマッサージチェアで座ったりして、共同の空間でも自由に利用できる環境がある。   |  |                   |
| 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  | 部屋にテレビがない方もおられ、その為ホールのテレビを利用されるが、常時音楽番組が良いと希望がある。他の利用者の方はこだわりなく、一緒に共有されている。<br>自己評価52の影響はありながらも、適度にザワザワとしたホールの雰囲気、ほとんどの方がホールで1日を過ごされる。 | 家族の協力もあり使い慣れたタンス、テレビや写真等を持ち込んで頂いています。入所前の自室と同じように持ち物を配置をされる等使い勝手が良い工夫をされています。反対に転倒しやすい利用者に対しては持ち込みを減らして頂いたり、レイアウトを工夫し転倒予防に繋がっています。 |                   |
| 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   | 表札や目印をつけ居室を間違えない工夫や貼り紙で分かるようにして安心、安全に生活出来るようにしている。   |  |                   |