

(調査様式1)

## 1. 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和6年12月18日

### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                                          |
|---------|------------------------------------------|
| 事業所番号   | 4699200020                               |
| 法人名     | 株式会社 ヘルスネット徳洲会                           |
| 事業所名    | グループホーム ゆいの家                             |
| 所在地     | 鹿児島県大島郡天城町岡前1380番地2<br>(電話) 0997-85-6006 |
| 自己評価作成日 | 令和6年11月19日                               |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度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/content/wamnet/pcpub/top/">http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/</a> |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 評価機関名 | NPO法人自立支援センター福祉サービス評価機構 |
| 所在地   | 鹿児島県鹿児島市星ヶ峯四丁目2番6号      |
| 訪問調査日 | 令和6年12月9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)】

・ご家族様、知人との繋がりを大切にしています。  
①毎月、ホームでの生活状況を写真付きでご家族様にお便りをだして、安心して頂くと共に繋がりを深くできるように努めています。  
②3か月に1度「ゆいの家だより」を発行して、施設全体の様子をお知らせしています。  
③現在、新型コロナウイルス感染症対策の為、ホームでの行事を通しての地域の方との交流が出来ない状態ですが、ご家族様・知人との交流は、玄関先・事務所ではありますが面会を実施しています。ご家族様の協力を得ながら一緒に外出も実施しています。  
・自立支援  
①基本的な生活習慣の維持…出来ることを増やしていく。  
②入居者様の力を借りる機会を作り、生活に生き甲斐が持つことで活動の拡大に繋がっています。(お盆ふき、洗濯物たたみ、野菜の下ごしらえなど)  
・職員が認知症の理解を深め、介護技術を学ぶ研修を定期的に行い、また、地域の研修会へ積極的に参加し、より良い支援に繋がるように努めています。  
・ご利用者様の終の棲家になれるように努めます。  
①ご家族様、主治医、訪問看護との連携を深め、看取りを実施しています。  
②コロナ化で家族・地域の方を含めた行事が出来ませんか、職員と一緒に季節の行事を行い、楽しい生活となれるように努めます。

### 【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)】

・管理者・職員は、理念と実行方法について朝礼時に唱和し確認しながら日々のケアに取り組んでいる。年度初めには職員が理念達成目標を掲げ利用者がよりよく暮らせる為に話し合いを行っている。  
・小中学生の交流会や三味線のボランティア受け入れを行っている。ゆいゆいサロン参加も検討中である。近くの障害者施設からの差し入れや散歩時の挨拶や野菜の差し入れ等もあり地域との交流を図っている。  
・運営推進会議では、事業所の状況や行事等を報告したり、地域の行事への参加のお誘い等があったり、職員とも話し合いをしながらサービスの向上に活かしている。  
・3ヶ月毎に「ゆいの家便り」を発行して家族に送ったり、個人別にも毎月写真付きでお便りを届けている。  
・管理者は、職員と連携を図りながらケアに取り組み、資格取得への協力体制も出来ている。  
・面会も玄関ホールや事務所を開放して行い、家族と外出やドライブ等にも出かけている。

| 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 |
| I．理念に基づく運営 |      |                                                                                             |                                                                                                                          |                                                                                                          |                   |
| 1          | 1    | ○理念の共有と実践<br><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                       | 朝礼時に理念と理念の実行方法を唱和し共有しています。年度初めに職員全員で理念達成の目標を掲げ、利用者様自身が“私らしく“生活出来るように話し合い、実践に努めています。                                      | 理念はパンフレットに掲載し事務所と各棟のリビングに掲示している。朝礼時に理念と実行方法について唱和し毎日のケアに取り組んでいる。年度初めに個々の理念目標も掲げケアの向上に努めている。              |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br><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                      | ホーム行事に地域のボランティアの方々に参加して頂いたり、地域のゆいゆいサロンへ出掛けるなど交流を深めていますが、新型コロナウイルス感染症対策で交流が出来ていない状態です。状況が落ち着き次第、交流を開始していきたいと考えています。       | 小中学生との交流会や毎月三味線のボランティアの受け入れを行っている。ゆいゆいサロンへの参加も検討中である。近くの障害者施設からの差し知れや散歩時の挨拶・近隣からの野菜の差し入れ等もあり、日常的に交流している。 |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を生かした地域貢献<br><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。                   | 中学校からの職場体験依頼や小学校からの交流会の依頼がある場合は、受け入れを行い、ご利用者様と交流して頂いています。                                                                |                                                                                                          |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br><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ヶ月毎に運営推進会議を行い、利用者様の活動状況、職員の交代状況、行事などについて意見交換を行い、今後のサービス向上に活かしています。新型コロナウイルス感染症対策で開催が困難な場合は、定期的に資料を送付し、ホームの状況をお知らせしています。 | 会議では、事業所の状況や行事等について報告し、相談したり意見をもらうようにしている。ゆいゆいサロン・地域のグランドゴルフ・交流会等へも参加の誘いがあり職員で話し合いを行い感染対策をしながら参加している。    |                   |

| 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><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。                                               | 地域包括ケア会の委員として毎月町のケア会議、運営推進会議に参加し、ホーム内での取り組みを発信したり、判断に迷うことなどは随時連絡相談しています。また、行政からの相談なども対応できる事案は積極的に協力しています。      | 町の担当職員とは報告や相談を電話やメールで行っている。毎月町のケア会議にも参加し、地域包括支援センターからの相談・依頼にも対応している。町主催の研修会に参加して協力関係が出来ている。                     |                   |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br><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。 | 身体拘束委員会を3か月に1回開催し、年2回職員会議の中で身体拘束廃止に向けての研修を行い、知識・理解を深めます。もしも、拘束に繋がる事案が発生しそうな時は、早期に職員間で話し合い、改善案がないか検討し拘束防止に努めます。 | 職員会議にて研修を年2回実施、身体拘束廃止委員会を3ヶ月毎に開催している。言葉かけ等についても会議の中で話し合ったり個別に注意している。外に出たい場合は職員と一緒に散歩や庭の手入れ等をしている。玄関は夜間のみ施錠している。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br><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                                       | 虐待防止委員会を3か月に1回開催し、年2回職員会議の中で精神的、身体的虐待防止に繋がる研修を定期的に行います。認知症の研修も行い、職員の理解が乏しくならないように注意を払っています。                    |                                                                                                                 |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br><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。                                 | 権利擁護に関する制度については学びの機会が乏しい状態です。今後、町内外の研修が開催される場合は、積極的に参加し理解を深めるように努めます。                                          |                                                                                                                 |                   |

| 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。                     | 契約時には、話しやすい雰囲気作りに努めて、質問しやすい環境になるように心掛けています。専門用語などは解りやすい言葉で説明を行い、利用者様、家族様が理解して、同意して頂くようにしています。                                                  |                                                                                                              |                   |
| 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。                 | 3か月に1度「ゆいの家だより」を発行し、ご家族へゆいの家全体の状況報告をしています。現在、家族を交えての交流が乏しいので、ご意見などは、入居料の支払い時や不定期ですが遠方のご家族へは電話連絡をしながら伺っています。利用者様に関しては日常生活の会話からニーズを計りケアに結び付けています | 便りを3ヶ月毎に発行し家族に、個別に毎月写真入りの便りも届けている。家族からの意見・要望は面会時や電話で聞いている。家族からは外出希望や外の行事参加等の要望があり、感染状況を見ながら、その都度取り組みを検討している。 |                   |
| 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。                                 | 毎月の職員会議や各棟の会議から自由に意見を出し合い、良い意見は十分に検討し運営に反映されるように取り組んでいます。言いづらい意見や職員には、匿名でだせる意見箱を設置して、出来る限り意見がだせる環境に心掛けています。                                    | 毎月の職員会議や各棟の話し合いの中で職員の意見を聞いている。排便時の転倒防止のために福祉用具の使用や夜間にポータブルトイレを使用する場合の人の感センサーの設置等の安全面についての意見が多くあり、運営に反映している。  |                   |
| 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。 | 処遇改善加算の申請は元より、職員のストレスの軽減や体調面のフォローする為に有給消化にむけての取り組みを強化し、介護保険よりもゆとりのある勤務体制で運営しています。長期休暇、入院等がある場合は勤務体制を組み、希望に沿うようにして働きやすい職場を目指しております。             |                                                                                                              |                   |

| 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>          | 施設研修を行っています。動画研修を交えながら職員の印象に残る研修に努めています。コロナ化で施設外の研修が乏しい状況です。感染状況が落ち着いている時期には、町内外の研修へ1人でも多くの参加に努めます。 |      |                   |
| 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> | グループホーム同士の協会主催の職員研修会が難しい状況の為、介護支援専門会、行政会議等に参加し、意見交換・情報収集し、ホームでのサービスの向上に努めています。                      |      |                   |

| 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 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |                                                                                             |                                                                                                                                         |      |                   |
| 15                  |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br><br>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 | 申込時に、傾聴に努めて、話しやすい関係を保ちながら本人さんの要望（やりたい事、悩み事など）を伺う中で、時間をかけて信頼関係を築くように努めています。サービス内容や医療の事などを説明、質問に答える時は、その利用者様に合わせた方法で解りやすく伝えています。（方言や筆記など） |      |                   |
| 16                  |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><br>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            | 面談は、ご家族様の時間に合わせて行い、悩み事、不安な事、要望を傾聴し、関係を築けるように努めています。別途。相談事が発生した場合は、管理者、計画作成担当者が、いつでも相談できる体制をとります。                                        |      |                   |
| 17                  |      | ○初期対応の見極めと支援<br><br>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        | 最善の方向に支援出来るように、居宅のケアマネや地域包括センター、利用されていた施設、社協、病院とネットワークを活かして対応しています。                                                                     |      |                   |
| 18                  |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br><br>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                           | 介護されるだけにならないように、本人さんの出来ること（洗濯物たたみ、野菜の皮むき、皿洗いなど）を職員と一緒にしながら、自立支援を促しながら、共に生活する関係性を築いています。                                                 |      |                   |

| 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><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         | コロナウイルス感染症対策で居室での面会が困難ですが、玄関、事務所での面会・外出・電話でのコミュニケーションを通して、リモートでの面会などで絆が深められるように配慮しています。月に1度は、近況報告の手紙（写真付き）も送付しております。     |                                                                                                                           |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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                     | 顔馴染みの方や家族の方がホームへ来られ時は、新型コロナウイルスの感染状況に直面して頂き、関係の継続に努めています。                                                                | 面会は、家族・親戚・友人等が来所し、玄関ホールや事務所で行っている。家族と外出し馴染みの美容室に行ったり自宅訪問やドライブにも出かけている。カットは訪問美容を利用している。電話対応や年賀状等も対応し馴染みの関係継続ができるように支援している。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br><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                 | お茶、テレビ鑑賞、食事と過ごされる中で、ご利用者様同士で会話をされ交流されています。口数が少ない方は、職員が間に入り、共通の話題を提供しながら支援しています。歌の時間、歌詞カードをめくる時は、お互いに教えあったり、助け合ったりされています。 |                                                                                                                           |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取り組み<br><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 | 契約終了されたご家族様とも交流を行い、相談や依頼事にできる限り対応出来るように体制を整えています。                                                                        |                                                                                                                           |                   |

| 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 |  |
| 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 |      |                                                                                                            |                                                                                                                                                    |                                                                                                            |                   |  |
| 23                          | 9    | ○思いや意向の把握<br><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。                                          | ご利用者様のペースに合わせて傾聴しながら日々の様子や表情を大切にし「思い・希望・困り事」を引き出し、寄り添ったケアに心掛けています。困難な場合は、ご利用者様の思いに立ち返り、再検討に努めます。                                                   | 職員から声掛けしたり、散歩時・入浴時・夜勤時に思いや意向を聞き、会いたい人や食べたい物等を聴き、困難な場合は、家族等に聞いたりアセスメントから本人中心に検討し支援している。                     |                   |  |
| 24                          |      | ○これまでの暮らしの把握<br><br>一人ひとりの生活暦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                                       | ご本人、ご家族、ご近所の方、担当されていたケアマネの話をもとに出来るだけ情報収集し総合的にまとめて把握してケアに役立てています。                                                                                   |                                                                                                            |                   |  |
| 25                          |      | ○暮らしの現状の把握<br><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                                                     | 毎日の健康観察、職員間の申し送り、介護記録などから把握すると共に主治医の申し送りでご利用者様の心身状態の把握に努めています。必要に応じてバイタルチェックの回数を増やし対応しています。                                                        |                                                                                                            |                   |  |
| 26                          | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br><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 | ご本人ご家族の希望・思い、主治医からの身体の情報、他の必要機関との連携を行い、モニタリングを継続しながら、介護計画が、ご本人の状況やより良い生活に繋がっているか心掛けています。入院（病気・骨折など）で状態変化があった場合は再度、ご本人ご家族、主治医、関係機関に意見を伺い、変更を行っています。 | モニタリングは3ヶ月、介護計画の見直しは1年で行っているが、状態変化に応じて随時計画の見直しを行っている。本人・家族・職員、主治医からの情報を基に、本人がよりよく暮らせるように現状に即した介護計画を作成している。 |                   |  |



| 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 |
| 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           | 管理日誌（裏面にレクレーション・活動の記録）個別の介護記録日誌は毎日記録を行い、ケアの実践・結果・気づき・工夫を職員間で共有しています。記録の内容と介護計画を照らし合わせながら見直しに繋げている。                       |                                                                                                           |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br><br>本人や家族の状況、その時々によ生ず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 | 必要に応じて家族様からの要望や利用者様の状態で他の医療機関（歯科、眼科、などの）受診付き添いを行っています。                                                                   |                                                                                                           |                   |
| 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           | 地区の区長さん、民生委員の方に運営推進委員になって頂き、ホームの行事への参加の協力、地域行事の情報を頂いて参加し交流を行い、利用者が豊かな暮らしが出来るように支援頂いています。地域包括支援センターには、随時相談し、助言、支援を頂いています。 |                                                                                                           |                   |
| 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       | かかりつけ医院の受診を支援しています。訪問看護とも連携を得ながら、利用者様の体調に変化があれば連絡・相談でき、すぐに主治医へ連絡を取り、指示を仰ぐ体制を整え、必要な医療が受けられるように支援しています。                    | かかりつけ医が1ヶ月に1回訪問診察に来訪。訪問看護もいつでも対応してくれる。他科受診は家族と連携を取りながら職員が付き添うこともある。主治医・訪問看護師と連携を取りながら適切な医療が受けられる支援を行っている。 |                   |

| 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 |
| 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>介護職員は、利用者様との日々の関わり合いの中での変化（体調、身体機能など）を記録観察を行うと共に訪問看護へ相談しアドバイスを頂きケアに生かしたり、医療機関の受診を行っています。急変時には、即電話で訪問看護・主治医へ状態を伝え、受診、適切な処置の指示が受けられるように支援しています。</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>医療機関へ介護状態の伝達やご家族様との連絡を行い、速やかに入院出来るように支援しています。入院中は、医療機関の相談員やご家族様と連絡をとり、退院に向けての調整、カンファレンスにもご家族様と参加し、ご利用者様の現在の状態とホームでの生活の留意事項を相談しています。</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>ターミナルケアについては、事前に、ご家族様と話し合う機会を持ち、意向を伺い、本人様やご家族様の不安を少しでも和らげるように支援しています。週末ケアが発生する場合は、ご家族様・主治医・訪問看護との連携を図り、話し合いを重ね、終の棲家となるように努めています。</p>              | <p>重度化や終末期に向けた方針は利用開始時に説明し、契約書ももらっている。本人の状態に応じて本人・家族・職員・主治医・訪問看護師と話をしながら家族の協力を得て看取りも行っている。</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>急変時の応急手当は、繰り返し研修を行い身に付けています。避難訓練（火災・水害）を消防署の指導や自主訓練として実施しています。</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>消防署の指導のもと、災害時の避難訓練を行い、全職員で、避難経路、避難場所、人数確認などを共有認識し、利用者様の安全確保に努めています。現在、避難訓練時は、新型コロナウイルス感染症対策の為、家族や地域住民の方の協力を得る事が難しいですが、感染が落ち着きましたら、家族や地域住民の方を交えて行いたいと思います。</p> | <p>年2回の災害訓練を行っている。1回は消防署参加のもとで1回は自主訓練を火災夜間想定で行っている。避難経路や避難場所・人数確認等、時間を計りながら全職員で共有認識を持って取り組んでいる。コロナ感染が落ち着いてきたら再度、家族や地域住民の協力への声掛けを行う計画である。備蓄は水・米・レトルト食品等、カセットコンロも準備している。</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 |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                                                                         |                   |
| 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                 | 利用者様の個々の性格を把握し、お一人おひとりの尊厳を守る対応に努めています。言葉かけ・対応に馴れ合いが生じないように研修を行い、その方の思いを尊重できる対応に心掛けています。排泄の失敗時は利用者様の人格を傷つけない対応に配慮しプライバシーを確保しています。 | 名前はさん付けで呼んでいるが島では尊敬したり目上の人に姉をつけて呼ぶ風習があるのでそちらで呼ぶ場合もある。方言での会話もプライバシーへの配慮をしながら対応している。職員会議の中で声掛けへの研修も行っている。 |                   |
| 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                      | 方言での会話を行いながら話しやすい関係を築き、思いや希望を聞き、自己決定できるように支援しています。難聴の方へは筆記での会話を行い、表現出来にくい方へは、表情や状態をみながら、時間をかけて働きかけています。                          |                                                                                                         |                   |
| 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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 基本的な日常の流れはありますが、お一人おひとりのペースを大事にし、園外散歩、入浴、食事時間など希望に沿ったケアの実践を心掛けています。                                                              |                                                                                                         |                   |
| 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                                    | ご利用者様が好きな服装が楽しめるように支援を行い、男性の方へは髭そり（シェバー）、女性の方へはヘアブラシを用意し、自ら身だしなみ出来るように努めています。                                                    |                                                                                                         |                   |

| 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 |
| 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   | 旬の野菜で料理を作り、行事食（正月、敬老会、お誕生日、クリスマスなど）で変化を持たせた食事提供を行い、季節を感じ楽しい時間が過ごせるように心掛けています。ご利用者様にも、野菜の皮むきや下処理を手伝って頂いています。昔話を聞かせて下さる時間にもなっています。       | 食事は職員が食事ノートから献立を作成している。旬の野菜を使つての料理や行事食も作っている。食事形態も考慮している。出来る利用者には、野菜の皮むき・下ごしらえ・お盆拭き等を一緒にしながら食事が楽しめる支援を行っている。                  |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br><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        | 食欲の落ちる方へは、食事の形態を変えたり、補助食を準備し、栄養バランスに偏りがでないように努めています。水分摂取の苦手な方は、好みの飲み物で対応したり、ご利用者様に合わせた支援をおこなっています。                                     |                                                                                                                               |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br><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                | 毎食後に声かけをし、お一人おひとりに合わせた口腔ケアの介助を行い、口腔内の清潔保持に努めています。必要に応じて、歯科受診の支援を行っています。                                                                |                                                                                                                               |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br><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 | 排泄時間をチェックしトイレ誘導を行ったり、夜間、排泄の失敗がある方には、夜のみハリバリパンツを使用し、日中は、布パンツで対応する方法や夜間共同トイレまでの歩行が不安な方は、Pトイレを居室へ設置する方法など個々に合わせた方法を考慮し、自立に向けた支援に取り組んでいます。 | 排泄チェック表から声掛けやトイレ誘導を行っている。日中は布パンツで自分でトイレに行く場合もある。夜間排泄に不安の場合はリハビリパンツ使用や歩行が不安な場合は夜間のみ居室にポータブルトイレを使用。個々の排泄パターンを把握し自立に向けた支援を行っている。 |                   |

| 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 |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br><br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                         | 食事面では、毎朝、オリゴ糖入りの飲み物やおやつの時間に定期的に乳製品を出したり、食物繊維の多い料理（野菜料理）を提供、運動は個々の状態にあわせて園庭散歩・平行棒を使用し、歩行訓練に取り組んでいます。また、便秘薬はかかりつけ医に相談し服用を行い、便秘の予防に努めています。 |                                                                                                                          |                   |
| 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 | 入浴日は曜日を決めています。が、ご利用者様の状態（体調面、不穏状態など）を考慮して、曜日・時間の変更を臨機応変に対応し、気持ち良く入浴して頂けるように支援しています。                                                     | 週3回は入浴できるように声掛けを行っている。嫌がる場合は無理強いせず曜日や時間を変えたり声掛けの工夫を行っている。着替えのみの時もある。入浴は浴槽に入ったりストレッチャー浴・シャワー浴等、個々に合わせて入浴が楽しめるように支援を行っている。 |                   |
| 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                          | 夜の睡眠時間に影響しない範囲内で、個々のお好きな場所（ベット・ソファなど）へ案内して安心して休息できるように支援しています。                                                                          |                                                                                                                          |                   |
| 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                     | 全職員で薬の把握をし、薬の手渡し服薬確認を行っています。水分での服薬が困難な方は、とろみをつけたり、個々に対応しております。毎日バイタルチェックを行い、症状の変化は、主治医・訪問看護へ連絡を取り、全員で体調管理に努めています。                       |                                                                                                                          |                   |

| 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 |
| 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                                | ご利用者様の力を借りる場面を作り（洗濯物たたみ、食事の下ごしらえ、など）張り合いのある生活が過ごせるように取り組んでいます。また、職員と一緒に季節の行事を行い、気分転換が出来るように支援しています。    |                                                                                              |                   |
| 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。 | 職員と一緒に園内園外散歩を日常生活に取り入れたり、天候をみて職員と一緒にドライブに出かけます。ご家族の協力を得て法事に参加できるように支援しています。                            | 家族と外出したり、職員とドライブにも出かけている。天気を見て花見に行ったり、マラソンの応援にも出かけている。天気のいい日には園庭でお茶会をしたり日常的に戸外に出るよう支援を行っている。 |                   |
| 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                                | ご利用者様の状態に応じて、地域のお店にでかけ、好きな物が購入できるように支援しています。（お金の所持は、安心感を与えると共に不安感も与える事がある為、支援が難しい一面があります。）             |                                                                                              |                   |
| 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                                                          | ご家族の方などへ電話をかけたりできるように、関わりのある方の電話番号を把握し支援を行っています。手紙を書く方には、やり取りが出来るように援助を行い、また、ご家族から返信をもらえるように協力を頂いています。 |                                                                                              |                   |

| 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 |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br><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、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 浴室での歩行が不安な方へは、移動式のシャワーチェアや浴室用のストレッチャーを設置し安心して入浴できるように整えています。リビングに畳・ソファを置き、使いやすように工夫し、温度湿度管理や光量にも配慮し、過ごし易い空間になるように心掛けています。壁面には、ご利用者様が作成した毎月のカレンダー（塗り絵）を貼り季節感を取り入れています。 | リビングは明るくて広く換気を十分行っている。温湿度の管理もして、冬場は加湿器もあり快適に過ごせる空間になっている。利用者の作ったカレンダーや季節がわかる様な飾りつけがある。テーブルには塗り絵や折り紙等、利用者のお気に入りの物が置かれ、ソファはゆっくりくつろげる工夫がされている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br><br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている                                                     | リビングには、テレビをゆっくり鑑賞できるソファを置き、また、複数の方が座れるテーブルも設置しています。ご利用者様が好きな場所でくつろげるように心掛けています。                                                                                       |                                                                                                                                             |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br><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                                         | 入居される時に、ご利用者様が使っていた物やお好きな物を1つでも持参頂くようお願いしています。ご家族様の協力を得ながら住み慣れた空間に近づくように心掛けています。                                                                                      | エアコン・ベッド・マットレスは事業所が提供しているが、寝具や筆筒・テレビ・椅子・仏壇・位牌等、本人の使い慣れた物等を家族と相談しながら持参し、居心地よく過ごせる工夫をしている。                                                    |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br><br>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                                           |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                             |                   |



## 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)                       | ○ | 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   |
|    |                                                                      |   | 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    |
|    |                                                                      | ○ | 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    |
|    |                                                                        |   | 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    |
|    |                                                                        | ○ | 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    |
|    |                                                                        |   | 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   |
|    |                                                                        | ○ | 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   |
|    |                                                                        | ○ | 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     |