

# 1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 ー ー ー )

|         |                    |       |              |
|---------|--------------------|-------|--------------|
| 事業所番号   | 0670800465         |       |              |
| 法人名     | 医療法人 宏友会           |       |              |
| 事業所名    | 認知症対応型グループホーム「ほなみ」 |       |              |
| 所在地     | 酒田市本楯字前田127-2      |       |              |
| 自己評価作成日 | 平成27年 7月 27日       | 開設年月日 | 平成 12年 4月 1日 |

## 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

入居者が安心して楽しく生活できるように支援するために  
 ・入居者のできることは本人に行ってもらい、力が発揮できる。  
 ・家族・職員が入居者の希望を叶えられるように支援する。  
 ・地域の方と交流の機会を持ち、社会との繋がりを継続できる。  
 以上のことをふまえ、入居者と共に生活を楽しむ思考と姿勢で関わりをもっている。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先 <http://www.kaigokensaku.jp/06/index.php>

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |               |         |            |
|-------|---------------|---------|------------|
| 評価機関名 | 協同組合オール・イン・ワン |         |            |
| 所在地   | 山形市検町四丁目3-10  |         |            |
| 訪問調査日 | 平成27年8月26日    | 評価結果決定日 | 平成27年9月14日 |

## 【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)】

開設して15年、職員が認知症に精通し、「入居者が安心して楽しく生活できるように支援する」という理念が実践されている。食事の準備や後片付け、清掃等万般にわたって「入居者のできることは本人に行ってもらい、力が発揮」されている。また、毎月の「家族の日」の案内に意見要望欄を設けて家族の意見・要望を伺うなど、「家族・職員が入居者の希望を叶えられるように支援する」ことが徹底されている。さらに「社会との繋がりに」関しては、地域の様々な団体・年齢層の方々と多様で多くの相互交流を重ねており、地域の一人としての存在感がある。加えて、設置医療法人の診療所や高齢者保健・福祉施設との連携が密であるため、利用者や家族の安心感に繋がりが、信頼感が醸成されている。

## 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    |   | 項目   | 取り組みの成果    |   |
|---|------------|---|--|------------|---|
|   | ↓該当するものに○印 |   |  | ↓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)     | ○          | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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ます<br>(参考項目:9,10,19)  | ○          | 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<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)                     | ○          | 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)                 | ○          | 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) | ○          | 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)  | ○          | 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、活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<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)                | ○          | 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                                       | ○          | 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させている<br>(参考項目:30,31)      | ○          | 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                                   | ○          | 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) |            | 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    |  |            |   |

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します

| 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 |  |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |   |                   |  |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                    | 年度初めに理念の見直しを行い、事業所の年度方針にも具体的に盛り込み、実践に繋げている。部署会議で理念を復唱し、再確認を行い、全職員は内容を把握している。   | 前回の目標達成計画を踏まえて、年度初めに全員で理念の見直しを行い、27年度方針にも具体的に盛り込み、日頃の支援に繋げている。理念は「部署会議」で復唱して再確認を行い、職員は内容を把握している。また、理念・方針は居間にも掲示されている。   |                   |  |
| 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                    | 日常的な散歩・買い物・見守り隊・保育園ボランティアを通して、近隣の方々と挨拶や交流をしている。又、地域の方から当ホームに来て頂き、郷土料理や作品作りを通して交流が図られ、外出時には付き添って頂いたり、馴染みの関係が伺え、交流の効果が感じられる。 | 日常的な散歩・買い物の際に挨拶や会話を交わすほか、地区の運動会や文化祭に参加したり、地区内学校の運動会や文化祭に招待を受けたり、様々な相互交流がある。特に、定期的なボランティアの訪問を受けたり、ボランティアから、笹巻づくり・流しそうめん・梨狩りなど毎月の行事に入ってもらったり、有難い支援を受けている。また、二ヶ月毎に広報誌「ほがらか」を地域に配布している。 |                   |  |
| 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                  | 二ヶ月毎に広報誌「ほがらか」を地域に配布している。入居者の日常生活や地域の方との交流の様子を載せることで、認知症になっても地域で安心して暮らせることの理解に繋げている。                                       |   |                   |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取組み<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 | 日常の取組みを中心に入居者が安心して暮らせるための話し合いを行っている。その情報を地域との交流や個別ケアに繋げている。  | 2か月に1回、振興会会長・民生委員・市職員・包括職員・利用者・家族と役職員とで開催している。事業所の活動状況を報告し、学校等地域の行事の情報を頂いた後、率直な意見交換を行い、出された意見をサービス向上に活かしている。  |                   |  |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取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          | 法人の副施設長が常に市の窓口に行く機会を作ったり、メールで情報のやりとりを行い、協力・情報共有が出来ている。   | 市職員から運営推進会議に出席してもらい指導を受けるとともに、市の施策について情報提供を受けたり、意見交換を行ったりしている。また、役職員が市役所に折に触れ出かけるようにするなど、密接な連携協力関係が築かれている。  |                   |  |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|-----|---|---|---|-------------------|
|    |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6  | (5) | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる</p> | <p>管理者及び全職員は、身体拘束について年1回、部署会議で勉強会を行い、その弊害についての理解を深めている。入居者が自由に安全に過ごせるように、玄関等に鍵は日中掛けず、ドアに鈴を下げて開閉を把握出来るようにしている。</p>       | <p>身体拘束については、年1回は必ず部署会議で勉強会を行い、その弊害についての理解を深めている。職員も良く理解している。身体拘束の案件が出た場合は、管理者及び全職員で意見を出し合い、身体拘束をしないで支援する方法や工夫を検討している。外出したがる利用者についても、玄関等に鍵は日中掛けず、ドアに鈴を下げて開閉を把握出来るようにすること、そして見守りで対応している。</p> |                   |
| 7  |     | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>   | <p>管理者及び全職員は、虐待について年1回、部署会議で勉強会を行い、その理解を深めている。また、日常ケアを振り返り、職員一人一人がこうした支援は虐待に当たるのではないかと話し合い、その様な行為は行わないように支援を見直している。</p> | /   |                   |
| 8  |     | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>  | <p>管理者及び全職員は、権利擁護について年1回、部署会議で勉強会を行い、その理解を深めている。現在、制度を利用している入居者はいない。</p>  | /   |                   |
| 9  |     | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>   | <p>管理者や担当職員は、契約書・重要事項説明書に沿って十分な説明を行い、不安や疑問がないか尋ねて説明を行い、納得を得た上で同意を得るようにしている。また、介護報酬の加算の必要性について説明を行い、同意を得ている。</p>         | /   |                   |
| 10 | (6) | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>  | <p>入居者の不安や意見等は、日常的な関わりの中で汲み取るように努めている。毎月、家族の日を開催し、関係性を深め、家族の意見や要望を伺っている。また、玄関付近に意見箱の設置や毎月意見を記入する用紙を配布しているが、特に意見はない。</p> | <p>面会時や、日常的な会話・しぐさの中から家族や利用者の意見や要望を汲み取るように努めている。また、毎月、第3日曜を中心に「家族の日」を開催して家族との関係を密にし、開催通知には意見要望欄を設け、意見や要望を表し易い取り組みを行っている。また意見箱も設置している。</p>   |                   |
| 11 |     | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>  | <p>管理者は、日頃から職員の意見や提案を聞いている。</p>   | /   |                   |

| 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 |  |
| 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          | 年1回業績評価を実施している。上司は、業績評価を基に、職員の日頃の努力や具体的な実績、勤務状況等を把握した上でフィードバックを行い、頑張ったこと、挑戦したいことを明確にして向上心を持って働けるように指導している。 |  |                   |  |
| 13 | (7) | ○職員を育てる取組み<br><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          | 代表者は、1年を通して職員が法人内外の研修に参加し、サービスの向上に繋げる目的で意識づけをしている。又、資格取得に向けて勉強会の支援を行ったり、新人研修や中堅職員研修としてキャリアアップ研修を実施している。    | 設置法人で新人研修や中堅職員研修を実施し基本的なキャリアアップを図るとともに、所内の定期的な研修を実施している。また、年に1回以上は団体・行政主催の研修に派遣し、サービスの向上に繋げている。また、年1回の業績評価の際に管理者と面談して、目標の達成状況等について意見交換しながら、向上心の高揚を図っている。資格取得の支援も行っている。 |                   |  |
| 14 | (8) | ○同業者との交流を通じた向上<br><br>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組みをしている | 県グループホーム連絡協議会に加入し、交換実習や研修等に参加して、情報交換する機会を持ち、他事業所の良い所や支援方法を参考にし、サービスの質の向上に繋げるよう取り組んでいる。                     | 県グループホーム連絡協議会に加入し、研修や交換実習に参加させ、知識や他事業所の良い所を学び、また、人的ネットワークを広げてもらい、サービスの質の向上に繋げるよう取り組んでいる。   |                   |  |

**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>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 | 入居を希望される際には、本人・家族と面談し、本人の話をゆっくり聞き、不安な思い等を理解するよう心掛けている。また入居後も、入居者・職員と一緒に過ごす事で少しでも不安が軽減されるよう努める。 |  |  |
| 16 |  | ○初期に築く家族等との信頼関係<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            | 相談に訪れた時に家族の困っていることや不安なことをゆっくり聞き、家族の思いを受け止めるようにしている。また、家族が求めていることに対してどのような対応ができるか話し合いをしている。     |  |  |
| 17 |  | ○初期対応の見極めと支援<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        | 昨年度は2名の入居があり、サービス開始につながった。家族や入所情報をもとに必要なケアに努めている。  |  |  |

| 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 |  |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                       | 入居者一人ひとりが出来ることや好きなことを活かし、それぞれが出来る役割を担って生活されている。職員は普段の会話や家事・余暇活動において共に生活を楽めるように関わりや支援を心掛けている。                           |   |                   |  |
| 19                                 |     | ○本人を共に支え合う家族との関係<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        | 職員は、家族の面会時に入居者の日常の様子や家族を愛おしく思う気持ちを伝え、家族の存在感の大きいことを理解して頂くよう情報提供に努めている。さらに、家族と一緒に過ごし絆を深められるよう支援していることで、面会や外出が定期的に行われている。 |   |                   |  |
| 20                                 |     | ○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                    | 本人行きつけの美容院を利用している方がいる。また、当ホームに入居してからの地域の方との関係が顔なじみになっており、交流ができる機会を積極的に作っている。   |   |                   |  |
| 21                                 |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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                 | 入居者同士が関わり合えるようにホールのテーブルやソファの配置を工夫している。また、入居者同士の関わり合いが見られる際は職員はあえてその会話に入らずその関係性を尊重し、見守っている。                             |   |                   |  |
| 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 | 退居された方々は、殆どが隣接する介護老人保健施設に入所されている。職員間の情報で入居者の情報は得られるが、本人やご家族との関わりは少ない。  |   |                   |  |
| <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                        | 日常の入居者との会話の中から、本人の思いや希望・意向を汲み取るようにしている。困難な希望に対しても出来る限り家族の協力を得ながら対応して、自宅に外出や面会の機会に繋がった。                                 | 利用開始前に本人・家族と面談し、話を詳しく聞き、不安・思い等を理解するよう心掛けている。入居後は、日常の会話やしぐさの中から、また、毎月開催する家族会の際に家族の助言を受けながら、本人の思いや希望・意向を把握している。それを、センター方式のシート全てを活用し、記載している。 |                   |  |
| 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                    | 職員は入居者がこれまでの本人らしい生活が継続できるように日常会話の中でさり気なく情報を得るようにしている。家族や関係者の面会時にもこれまでの暮らしぶりを聞き、できる限り共同生活の中でそれができるよう支援している。             |   |                   |  |

| 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 |  |
| 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   | 職員は入居者一人ひとりの生活パターンを把握するうえで、過ごし方や好み、得意なこと、快や不快なこと、出来ることを常に意識して観察し、気づいたことを記録し、それを職員間で共有して本人の生活パターンとして日常生活で活かせるよう支援している。 |  |                   |  |
| 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           | 職員は入居者についての日頃の気付きを基に、事業所独自のアセスメント、カンファレンス、モニタリング、評価を行い、家族の意向を取り入れ介護計画を作成している。介護計画は3ヶ月ごとに見直しを行い、変化に応じて作成している。          | 職員はセンター方式のシートを使い、利用者の日頃の行動・言葉や気付きを詳細に記録している。業務日誌、個人毎「1行日誌」に加えて、話された言葉から「気付き」を整理している。これを基に、介護計画の評価を行い、カンファレンスやモニタリング、再アセスメントに活かしている。計画の見直しは、3か月毎に行い、家族の意向を取り入れ、全職員が意見を出し合い現状に即した介護計画を作成している。変化があれば随時計画を見直ししている。 |                   |  |
| 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                                  | 職員は日常の中で気づいたことを記録し、情報共有を図っている。それらは個別の気づき用紙に整理されている。気づきの記録を基に部署会議でカンファレンスを行い、介護計画の見直しに活かしている。                          |  |                   |  |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>(小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載)<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 |   |  |                   |  |
| 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                                   | 地域のスーパーに入居者が買い物に行き、支払いの際、店員は入居者が支払いが出来るように待つなどの配慮がある。また、地域の方は入居者が安全に移動できるよう声をかけてくれる事がある。                              |  |                   |  |



| 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 |  |
| 30 | (11) | <p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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</p>   | <p>主治医が月に1度、入居者全員に対して定期的な往診があり、健康状態が把握されている。主治医が指示した適切な医療機関を受診する場合は、家族に連絡し、早急に家族と受診できるような体制にあり、職員はそれに沿って動いている。</p>                       | <p>かかりつけ医となっている診療所の医師とは密接な連携が行われており、定期往診のほか随時の往診も受けられる。特別な治療や歯科医等の受診支援は家族対応としており、受診の際は日頃の様子を記載した書面を持参してもらい、受診結果はケース記録に記載し、職員及び家族とも情報の共有化を図っている。</p>                   |                   |  |
| 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>医療連携体制に基づき、隣接の介護老人保健施設の看護師が併任し、24時間対応できる体制になっている。常に入居者の健康管理や医療面での相談・助言・対応が出来ている。急変・事故対応マニュアルを作成し、すぐに主治医・看護師に連絡するよう徹底している。</p>         | /   |                   |  |
| 32 |      | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。</p> | <p>入院時には頻りに職員が見舞いに行き、安心して頂けるように配慮している。また、本人の心身の状態については家族と連絡を密に行うよう努めている。医療機関には、入居者が落ちついて過ごせるような関わり方などの情報を提供し連携を図っている。</p>                | /   |                   |  |
| 33 | (12) | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる</p>                    | <p>事業所の方針を入居時に説明するとともに、医療行為、歩行困難、嚥下障害等の状態の変化に合わせて、主治医・本人・家族・職員で話し合いの場を設けている。希望があれば後は隣接の介護老人保健施設に入所できるよう説明することで本人・家族の安心感が得られている。</p>      | <p>重度化等の対応については、重要事項説明の際に方針を詳しく説明するとともに、利用者の状態の変化に合わせて、随時、主治医・本人・家族・職員で話し合いの場を設けている。隣接の介護老人保健施設等と密接な連携があるため、本人・家族に安心感がみられるが、利用者の高齢化に対応して、看取りにかかる職員の研修の在り方を検討している。</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、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</p>  | <p>具体的な症状に合わせた対応のマニュアルに沿った勉強会を部署会議で年2回実施し、見直しを行い、適切な行動がとれるよう訓練している。夜間や外出時の急変時のマニュアルを作成し、その際は主治医の指示をもらう体制になっており、職員はそれを基に対応できるようにしている。</p> | /   |                   |  |

| 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           | 災害避難マニュアルを作成し、独自で避難訓練を計画し、職員全員が避難誘導を身に付けている。年2回消防署、地域の消防団の指導を頂いている。さらに災害の発生時に備えて毛布を人数分準備している。                                       | 2か月に1回程度、災害避難マニュアルに基づき避難訓練を計画し、職員全員が避難誘導を身に付けている。うち年2回は法人主催で敷地内全施設が参加し、消防署や地域消防団の参加を得ながら実施している。また、多様な災害の発生に備えて、食料・水・毛布等を法人が中心に準備している。      |                   |  |
| <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) | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                | 職員は3ヶ月毎に接遇チェック表を用いて自身の接遇を振り返り、意識を高く持つよう取り組んでいる。排泄誘導時には目立たないようにさりげなく声掛けするなど本人・周囲も不快と感ぜないようにしている。                                     | 人格の尊重には特に注意を払っている。前回評価の目標達成計画を踏まえ、今年度の方針にも掲げながら、毎月の部会で接遇チェック表を用い、接遇の自己評価を行っている。とりわけ排泄誘導時には、目立たないようにさりげなく声掛けするなど、本人・周囲も不快と感ぜないように配慮し支援している。 |                   |  |
| 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                     | 活動の前には、必ず意思確認を行っている。意思疎通困難な方には分かりやすく簡単な言葉かけやジェスチャーなどを行い、その人に合わせた声掛けを行っている。  |  |                   |  |
| 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 | 職員は朝の会で一日の過ごし方を一人ひとりに聞くようにし、事業所の予定も説明して参加の有無を確認している。業務優先でなく入居者の「～したい」を大切に考えることを意識して柔軟に対応している。積極的な意見はあまりないが、個人的に聞くなど意見を聞き出す様に配慮している。 |  |                   |  |
| 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                                  | 毎朝、衣服をその人の力に合わせて選択できるよう促している。皆で集まった時は、おしゃれや身だしなみの話題を振り、褒めあったり楽しんでいる。  |  |                   |  |



| 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 |
| 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          | 献立は食材を見て入居者と一緒に何を作るか決めている。調理・配膳・片付け・お茶入れは入居者が主体となり、できる力を発揮して頂き、労いの言葉を掛けることで楽しみながら料理されている。食事は作業や味付けなどを話題に職員と一緒に楽しく摂っている。 | 栄養士が作成した基本献立に利用者の希望を入れながら、職員と利用者が一緒になって調理・配膳・食事・片付け・お茶入れを行っている。家庭菜園や差し入れの野菜を使ったり、笹巻きを使ってみたりして季節感を出し、また、誕生日メニューを用意したり、外食を計画したり、食事を楽しめるよう多様な取組みをしている。 |                   |
| 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               | 食事は管理栄養士が準備した食材により栄養バランスが確保されている。状態に合わせて食事形態を変えたり、食事・水分量は一人一人チェックし補っている。毎月体重測定を実施し、増加・減少の確認をしている。                       |   |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br><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                        | 食後の歯磨き、義歯洗浄、うがいの徹底を行っている。又、磨き残しのある方は職員が仕上げの介助を行っている。  |   |                   |
| 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        | 排泄チェック表を用い、一人一人の排泄パターンを把握している。個別に声掛けや誘導を行うことで、パット外しの実施と失禁、放尿・放便が改善されトイレでの排泄が維持されている。                                    | 排泄チェック表や飲水記録を踏まえながら、一人ひとりの排泄パターンを把握している。これを基に、個別のさりげない声掛けや誘導を行うことで失禁等が改善され、トイレでの排泄、オムツを使用しない生活が維持されている。   |                   |
| 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                        | 自然排便を促すよう、運動や水分補給を中心に排便が習慣化するように取り組んでいる。便秘がちな入居者については本人の状況を主治医に報告し、現在6名の入居者が下剤を併用している。                                  |   |                   |
| 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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている | 入浴を楽しめるように入浴剤を使用したり、温度を調節したり、ゆっくりと入って頂けるようにしている。時間も希望を聞き対応している。入浴中は、歌や会話が弾みくつろいだ気分で入浴を楽しんでいる。                           | 概ね2日に1回、夕方に入浴を楽しめるように支援している。温度・時間や入浴剤の使用などの希望を聞きながら、ゆっくりと入って頂けるようにしている。入浴中は、歌や会話が弾み、くつろいだ気分で入浴を楽しんでいる。  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   |  | 外部評価              |  |
|----|------|--|--|--|-------------------|--|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している  | 昼寝をしたり、夜は早寝、遅寝のリズムがあり、本人の意思・体調に合わせた支援をしている。夕食後は、ゆっくりテレビを見てくつろぎ休息がとれるように配慮し、また寝付けない場合はゆっくりと話を聞いたり、お茶を飲んだりして安眠できるような関わりを行っている。 |  |                   |  |
| 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   | 処方箋をファイルに綴じ、職員がすぐに見られる場所に置いている。一人一人の能力に応じた服薬管理を行っている。  |  |                   |  |
| 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                              | 入居者は、家事(調理・洗濯物干し、掃除)等の役割を行う事で力を発揮されている。活動の際は一人ひとりの楽しめることを把握し、促すことで楽しみや気分転換となっている。  |  |                   |  |
| 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。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 | 朝の会で天気や考慮しながら、一人一人にその日の希望を聞き、職員が対応可能な限り外出に付き添っているが、日常的に入居者からの積極的な希望は少ない。ボランティアや家族の協力を得て希望する外食や観光などに出かける機会を設けている。             | 朝の会で利用者の希望を聞きながら、ベランダに出たり、菜園の見回りや散歩に出たりして外気に触れるように支援している。また、「家族の日」を含め毎月、ボランティアや家族の協力を得て、地域の祭りや運動会見学、近隣の花園や名所旧跡の観光、外食など日常的に外出支援を行っている。そのほか、お盆や正月に自宅に帰ったり、自宅へ帰り草取りをして満足する利用者もいる。 |                   |  |
| 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                              | 家族からお金を預かり、事務所で管理し、一人ひとりの力や希望に合わせて買い物を行っている。支払いが可能な方は買い物の際に力を発揮されている。  |  |                   |  |

| 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 |  |
| 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   | 本人より家族への電話の要望があったり、家族から小包が届いた際は電話が出来るよう支援している。年賀状は毎年入居者が書き、字を書くことが困難な方に対しては本人の言葉を代筆して色を塗ってもらったり工夫しながら作成している。   |   |                   |  |
| 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 | 家事の音・調理の匂い・洗濯物干し・こけし・植物等、馴染みの物から生活感が感じられるようにしている。又、ホールには季節の花やお雛様・七夕・クリスマスツリー等の飾りつけを入居者と一緒に行い一年中季節感が感じられるように工夫している。入居者の目に付きやすいところに2個の時計とカレンダーを設置し、日時の確認ができるように配慮している。 | 事務室やキッチンから全体が見える居間は、花・絵や押し花・開設時からの写真・書・賞状・理念などで上手に飾られており、また、そこは、家事の音・調理の匂いなどもしている。そこに集まった全利用者は、テーブルでゆったりしたり、野菜を切って調理に参加したり、思い思いの過ごし方をしており、ホームらしい生活感の中に居心地の良さが感じられる。 |                   |  |
| 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  | ホールの所々にソファが設置され、2、3人で談笑されたり、独りになったり、思い思いに過ごされている。気の合う方同士を近い席にすることで会話も弾んでいる。椅子に手作りのカバーを使用し、自分の居場所だと感じている方もいる。   |   |                   |  |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている   | 本人や家族と相談しながら、家族の写真・家具・作品・音楽・人形・装飾品等、馴染みの物を持ち込んでいる。馴染みの物が無い場合は、当ホームで生活していく中で作成したものや写真を飾ることで自分の居場所と認識できている。  | ホームで用意したベッドとチェスト以外は、本人が慣れ親しんだ家具・小物を持ち込んで生活している。また、壁面やベッドの枕元は利用者の作品や家族との写真等で飾りつけられている。清潔感があり居心地の良さが感じられる。  |                   |  |
| 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」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  | 職員は、入居者が考え、自分で取り出せるように台所の引きだしに入っている物を張り出したり、調味料を使いやすい容器に移したり工夫している。  |   |                   |  |