

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 | 4077300194 | | |
| 法人名 | 医療法人 聖峰会 | | |
| 事業所名 | グループホームひまわり3号館 | | |
| 所在地 | 福岡県うきは市吉井町福益121-2 (電話)0943-76-4520 | | |
| 自己評価作成日 | 令和4年1月7日 | 評価結果確定日 | 令和4年3月8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）】

事業所は耳納連山の麓に立地していて周囲には柿畑が広がっている。広々とした窓からは室内からでも四季の移り変わりを感じることができる。入所前からのかかりつけ医と連携を大切にしながら、夜間や緊急時には母体の医療機関との連携体制がとれる。また例年2回（夏・冬）地域との交流行事を開催し、地域の行事にも積極的に参加している。研修関係においてはうきはブロック会（GH部会）をはじめ法人内外の様々な研修機会を確保し、スタッフの資格取得とスキルアップに努めている。法人の理念である「地域のために・地域とともに」のもと、地域との交流、地域の方々との関わりを大切にしている。

※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 | http://www.kai gokensaku.jp/ |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | | | |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 福岡県春日市原町3-1-7 | | |
| 訪問調査日 | 令和4年1月26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）】

周りは柿農園に囲まれ、施設からは耳納連山を眺めることができ、静かな環境にあるガラス張りに木のぬくもりとコンクリートの斬新なデザインの平屋建に、広いテラスがある2ユニットの事業所である。医療法人で地域密着型事業所（小規模多機能型事業所・グループホームを6ユニット）を運営している。訪問診療も対応ができ、病床も多く利用者はその病院も利用する事が出来る。

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|---------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 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 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 地域密着型サービスとしての意義を理解し事業所独自の理念を全職員で作成し、毎日の申し送りの際に全員で唱和している。 | 地域密着型を踏まえた理念を掲げている。事業所入口・各ユニットに掲示し、毎日朝礼で唱和している。「地域のために 地域とともに」を念頭に、その理念を共有して実践につなげている。 | |
| 2 | 2 | ○事業所と地域とのつきあい 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 | 利用者は自ら地域との付き合いをすることは難しく、職員が地域の一員として地域の活動（道路愛護・敬老会）に参加して交流を深めている。コロナ禍で本年度は、道路愛護のみの参加であった。 | 町内会に加入して町内で行われる総会も参加して、回覧板は地域住民の方が事業所の持って来てくれている。新型コロナワクチン接種会場としても市と連携し、地域との繋がりに力を入れている。 | |
| 3 | — | ○事業所の力を活かした地域貢献 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 | 近辺の一人暮らしの高齢者に対し自然災害時の一時避難場所として受け入れたり、近隣の小学校との交流やボランティアの受け入れ等を行い理解してもらえるよう努めている。本年度は地域の勉強会や学生ボランティア、短期パートは受け入れ出来ていない。 | / | / |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 入居状況や行事予定、協力依頼等を行いながら、民生委員の方のアドバイスや行政の方の意見を聞き入れてサービスの向上に努めている。 | 運営推進会議は2か月に1度開催し、構成員は区長・民生委員・市役所職員・包括支援センター職員・職員である。コロナ禍のため、利用者・家族の参加は現在はなく、運営推進記録は自由に回覧出来る仕組みとしている。利用者の感染予防のため、事業所内で開催するのではなく「福祉センター」内で会議を開催している。 | |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる | 区長、民生委員、うきは市保険課と地域包括支援センターへ運営推進会議に参加してもらい相談や助言をもらっている。 | | |
| 6 | 5 | ○身体拘束をしないケアの実践 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 | 身体拘束に関しては全職員が高い意識をもっている。チャイムや簡易センサーで対応し、ベッドや車椅子への抑制もしていない。 | 事業所内は施錠されていない。年間研修計画を作成し、主に内部研修を開催し、WEBを利用する等工夫されている。身体拘束等適正化委員会を設置し、2か月に1度開催されている。館長はじめ職員も「身体拘束をしない」ケアを目指して取り組んでいる。 | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 7 | — | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 研修や勉強会の機会を定期的に確保している。虐待については継続的な勉強と復習が必要であり、職員同士もお互いに注意し合えるようにしている。 | | |
| 8 | 6 | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 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 | 権利擁護と成年後見制度については、外部の研修会へ参加してミーティングの際に伝達を行っている。 | 今年度は管理者が権利擁護に関する研修に参加し、全職員に伝達研修を実施している。入居契約時にパンフレットを活用し、家族に説明をしている。包括支援センターに相談できる環境もある。 | |
| 9 | — | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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 | 事前に見学をしてもらい、概要や料金の説明を行っている。また入居時には改めて説明を行い、制度改正、報酬改定時にはその都度文書で説明、同意をとっている。 | | |
| 10 | 7 | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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 | 家族の面会時に説明をしたり、相談や要望を言ってもらいやすい環境作りを行っている。また玄関には意見箱を設置、苦情相談ポスターを掲示している。 | 各ユニット玄関に意見箱を設置している。年に1度「利用者様満足度アンケート」を郵送し、意見を伺っている。意見などがある場合は個別で対応し、運営に反映している。意見を職員に共有するため「申し送りノート」に記入し、回覧をしている。 | |
| 11 | 8 | ○運営に関する職員意見の反映 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 | 運営に関する職員の意見や提案を管理者は、日頃から話しやすい雰囲気作りを行い、毎月のミーティング時には聞く機会を設け反映させている。 | 「館長ノート・各ユニットノート」を活用している。管理者は各職員の状況を把握し、ケアについて不安を感じる事などある場合は直接面談をする事もある。様々なノートを活用し、情報を共有している。 | |
| 12 | — | ○就業環境の整備 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2回人事考課を行い評価している。また業務に必要な資格などは、積極的に取得するよう勧めている。キャリア段位制度や夜勤手当の見直し、特定介護職員処遇改善を取り入れ、職員個々の意欲向上に繋げている。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13 | 9 | ○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。 また、事業所で働く職員についても、その能力を発揮していき生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保障されるよう配慮している | 職員の採用は法人本部が行っているが面接には所属長も出席して職場のことを話している。採用後はユニットリーダーを中心に全職員で指導をしている。また法人の研修に参加して、他部署や他職種との連携を深めている。資格取得については法人からの助成もある。 | 職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。未資格者は入職後に資格を取得したり、職員がスキルアップできるよう配慮している。管理者は働きやすい環境作りに努めている。 | |
| 14 | 10 | ○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、利用者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる | 自己研鑽を行ったりミーティングの時に注意し合い検討をしている。また、法人内や外部の研修にも参加を促している。 | 人権教育については、事業所内で年間計画予定を立て実施している。接遇等についての指導は「申し送りノート」に記入し、全職員に回覧を行っている。 | |
| 15 | — | ○職員を育てる取り組み 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 | 代表者は法人内外の研修へ積極的な参加を促している。管理者はこれを周知し勤務の調整を行ってできるだけ外部の研修にも参加できる機会を設けている。 | | |
| 16 | — | ○同業者との交流を通じた向上 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 | グループホーム部会の交流会に参加し理解を深めたり、法人の介護部研修に参加して他事業所との交流や意見交換を行っているが本年度はコロナ禍で出来ていない。 | | |
| 【Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援】 | | | | | |
| 17 | — | ○初期に築く本人との信頼関係 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 | 相談と見学は入居前に行い、生活歴、出来る事、出来ない事、本人と家族の希望を聴き、ホームでの生活がスムーズに行えるよう努めている。 | | |
| 18 | — | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 入居前の説明で納得いくまで説明し理解を得ている。家族の思いに耳を傾け寄り添う姿勢で対応している。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19 | — | ○初期対応の見極めと支援 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 | 見学や相談の時、本人と家族の要望等を聴き、現在の状態を尋ね、ホームに適しているか、利用方法や施設の種類なども紹介している。入居希望があれば申込書を記入してもらい対応している。 | | |
| 20 | — | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | 介護する、されるといった関係ではなく一緒に過ごし支え合うように努めている。また本人を良く知ろうという姿勢で関わることを大切にしている。 | | |
| 21 | — | ○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている | 家族の思いも受け止め、両者の関係が上手く築かれていくように調整し、お互いの要望を聞きながら援助を行っている。 | | |
| 22 | 11 | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | 友人や近所の方々とは時々面会に来られている。また本人の行きつけの場所（美容室等）には家族への協力依頼や職員が連れていけるようにしている。本年度はコロナ禍で出来ていない。 | コロナ禍のため、外出しての交流は制限されているが、テレビ電話を活用した面会等を通して、馴染みの人との関係が途切れないよう支援している。 | |
| 23 | — | ○利用者同士の関係の支援 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 | 孤立しないよう、入居者同士の関係づくりに努めている。洗濯物干し、たみや配膳の準備、後片付け、テーブル拭き等してもらい関係づくりと役割づくりを行っている。 | | |
| 24 | — | ○関係を断ち切らない取り組み 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 | 退所が決まった後も本人が安心して暮らせるよう、相談にのったり助言を行っている。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|-------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 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】 | | | | | |
| 25 | 12 | ○思いや意向の把握 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。 | 日頃の会話を傾聴し表情や身体的変化の観察を行い本人の思いの把握に努めている。また電話連絡と毎月の事業所便り、面会時等に密に情報交換を行うことで本人の思いや意向を確認している。 | 職員は日々の関わりの中で、利用者に声をかけ、思いや希望、意向の把握に努めている。職員が共通して周知しておくべき事はユニットノートや全体ノートに明記している。 | |
| 26 | — | ○これまでの暮らしの把握 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 | 入居時に家族より本人の生活歴、生活状況を聞き取っている。また本人が以前関わっていた介護施設や医療機関より情報提供をお願いしている。本人との会話からの情報収集も大切にしている。 | | |
| 27 | — | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 個々の入居者の観察に努め、本人の出来ること、出来ないことを職員全体で検討し、日常生活の中で支援できるように努めている。 | | |
| 28 | 13 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | 本人の状態や家族からの情報からアセスメントを行い、定期的な担当者会議をもとに個々の介護計画書を作成している。状態に変化があった場合には速やかに見直し変更をしている。 | ケアプランの実践と共に担当やケアマネジャーがモニタリングを行い、見直し月の1月前に担当者会議を行っている。担当者会議前に家族から聴き取りをし、担当者会議に家族の意向を提示している。モニタリング結果や家族の意向や医療面からの情報など重ね合わせ、担当者会議で検討し、ケアプランを作成している。 | |
| 29 | — | ○個別の記録と実践への反映 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 | 個別に日常生活の記録を行っている。職員全員が情報の共有を行い、統一したケアが行えるようにしている。また介護計画書の見直しや変更にも活用している。令和4年1月からはタブレット入力へと移行準備を進めている。 | | |
| 30 | — | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 一人一人のニーズにあったサービスの提供を心がけている。必要に応じ医療保険のデイケアを利用されている方もおられる。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | — | ○地域資源との協働 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 | 例年ホームの餅つき会、交流会には地域の方々、民生委員、区長、子供会、ボランティアの方々に協力を得ている。また2ヶ月に1回出張美容室に来てもらっている。年2回実施している避難訓練は消防署と協力して行っている。 | | |
| 32 | 14 | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 入居前のかかりつけ医に継続して受診している。また受診の際には職員が同伴し主治医へ適切な状態の報告を行っている。近隣のかかりつけ医より往診を受けている方もおられる。 | 今までのかかりつけ医や希望する医療機関による受診を支援している。車で片道15分圏であれば、施設が送迎も含め受診を支援している。急変時や治療方針について説明を受けたり、相談をする場合には家族に連絡し、同行を依頼している。 | |
| 33 | — | ○看護職との協働 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 | 医療面で不明なことがあれば看護師や主治医に相談し、指示を受け異常の早期発見と早期受診を行っている。ケースによっては、主治医の指示で医療保険による訪問看護を利用される方もおられる。 | | |
| 34 | — | ○入退院時の医療機関との協働 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。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 | かかりつけ医療機関の看護師や医療相談員と日頃から密に連絡を取り合っている。入院中に安心して治療が受けられるよう数日おきに情報収集を行っている。 | | |
| 35 | 15 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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 | 家族の意向に添った介護を行い要望があれば看取りまでの介護を行なっている。看取りを行う場合は、主治医より終末期の病状説明と館でできることの説明、必要に応じて訪問看護等の説明も行い了解を得ている。 | 入所時に、緊急時の対応について家族の意向を確認し、同意書を作成している。本人の状態が変化した時や家族から同意内容を見直したいと申し出を受けた際には、改めて意向を確認している。看取り介護を始める際には、訪問の可能な地域医療機関に協力を依頼している。 | |
| 36 | — | ○急変や事故発生時の備え 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 | 入職時の新人研修で救命講習を行っている。また外部での研修では消防隊から直接指導を受け、緊急時に適切な対応ができるようにしている。本年度はコロナ禍で実施出来ない。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|-----------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 37 | 16 | ○災害対策 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 | 年2回の火災訓練を行っているが、地域との合同訓練は実施できていない。自然災害に関しては、運営推進会議の時に関係者への協力依頼を行っている。又、避難確保計画についてミーティング時に情報伝達訓練を実施した。 | 年2回、避難訓練と防災設備点検を行っている。施設のある市には自主防災組織があり、施設所在地区の担当者について氏名、連絡先など把握している。備蓄品も準備されている。 | |
| 【IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援】 | | | | | |
| 38 | 17 | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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 | 日頃から一人一人を尊重した声かけや対応ができるよう努めている。言葉遣いの悪い場面を確認した時は管理者、ユニットリーダーが個別で指導を行っている。 | 居室ドアに取り付けられている窓は幅の狭い縦長のスリガラスであり、外から中の様子は窺えない。浴室やトイレはリビングの利用者の視野には入りにくい場所に設けられている。プライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。 | |
| 39 | — | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 本人の希望に添って関わっている。自己決定が出来ない方については、表情や態度をよく観察し関わりをもっている。 | | |
| 40 | — | ○日々のその人らしい暮らし 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 | 個々のペースにあった介護を行なうように努めている。 | | |
| 41 | — | ○身だしなみやおしゃれの支援 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 | 毎朝洗面と整容を行い、起床時と入浴時の衣類交換の時には本人の好みの服を着てもらい、身だしなみも整えている。 | | |
| 42 | 18 | ○食事を楽しむことのできる支援 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 | 食べやすい様に軟らかめに調理した手作りの食事を提供している。嚥下状態の悪い方にはトロミ剤を使用、ミキサーやキザミの形態にしている。テーブル拭きや配膳、下膳などは職員と一緒にやっている。 | 食事は自施設で職員が調理しているため、翌週の献立を利用者と一緒に話題にしながら計画している。誕生者のある月は誕生会、誕生者のない月はお楽しみ会として毎月食事会を行い、食事を楽しむことができるよう支援している。 | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | — | ○栄養摂取や水分確保の支援 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、水分摂取量は毎回確認して記録をしている。食欲が低下した時は、主治医と相談し高カロリーの補助食品や飲料の提供を行っている。 | | |
| 44 | — | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、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 | 毎食後には口腔ケアを行い、出来ない方には一部介助、又は介助をしている。義歯のある方は毎日夕食後に職員が洗浄剤につけ翌朝装着してもらっている。また法人の歯科より無料での歯科検診を依頼することができる。 | | |
| 45 | 19 | ○排泄の自立支援 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 | 一人一人の排泄パターンを把握して、トイレ誘導や介助を行っている。また尿量に応じて適切なサイズのパット等を使用している。 | トイレのドアは引き戸になっており、車椅子でも出入りし易い。おむつやパットを使用する時は、使用する時間帯や種類を利用者一人ひとりについて常に見直している。夜間、頻回にトイレに立つ利用者へはポータブルトイレを貸し出して、安眠へつなげている。 | |
| 46 | — | ○便秘の予防と対応 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 | 排便確認表を作り都度記入をしている。また食事量の観察とこまめな水分補給でできるだけ自力での自然排便に心がけている。必要があれば主治医と相談し、緩下剤を処方してもらい排便コントロールを行っている方もおられる。 | | |
| 47 | 20 | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった入浴の支援をしている | 週2回の入浴を行っている。汚染や個人の要望があればその都度対応している。夜間の入浴は行っていない。 | お風呂は毎日用意している。利用者は週に2～3回ほど入浴している。お湯は利用者ごとに入れ替えている。 | |
| 48 | — | ○安眠や休息の支援 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 | 夜間はゆっくり休んでもらえるようリネン類や照明の調整をしている。日中はできるだけ離床して活動的に過ごせるよう、リビングで過ごしてもらう時間を作っている。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 49 | — | ○服薬支援 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 | 主治医の指示に従い服薬している。薬の説明書はカルテに綴じいつでも確認できるようにしている。服薬時には、日付と名前を確認し間違いや誤薬がないようにしている。また気になる症状があれば受診時に主治医へ報告している。 | | |
| 50 | — | ○役割、楽しみごとの支援 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 | コロナ禍であるがホーム内で楽しんで頂けるような月間行事の計画を立て実行している。役割意識が持てるよう家事のお手伝いを日課とされてある方や軽作業に毎日取り組まれてある方もおられる。天気の良い日には中庭で外気浴を行い気分転換を図っている。 | | |
| 51 | 21 | ○日常的な外出支援 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 | 以前行っていたドライブや買い物への外出支援はコロナ禍で出来ていない。外来受診へは出られる為、その時に気分転換となつてある方もおられる。 | コロナ禍のため、現在は買い物や外食などは行っていない。その分、受診帰りに回り道をして利用者の自宅近くを通ったり、車から降りず窓から見物という形の花見ドライブを、月に一度ほど行っている。敷地内の散歩は、週に一回程度行っている。 | |
| 52 | — | ○お金の所持や使うことの支援 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 | 個人による金銭管理は難しいため、家族より小口預り金として金銭を預かっている。毎月出納帳を郵送し、使途を確認してもらっている。 | | |
| 53 | — | ○電話や手紙の支援 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 | 年賀状が届いた時は本人へお見せして部屋の本人が見えるところに飾っている。電話に関しては、職員が希望時にかけて会話されている。事業所携帯ではまだ整備出来ないが、管理者と家族でラインを通じて画像送信している方もおられる。 | | |
| 54 | 22 | ○居心地のよい共用空間づくり 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 | 玄関には季節感のあるものを掲示し、下駄箱には個人の履物がわかるように名前を張っている。リビングにはソファを置き自由に使えるようにしている。また中庭へは自由に出入りが出来るようにしている。 | 建物内は木の床でバリアフリーとなっている。リビングは天井が高く、開放感のある造りとなっている。ガラスを使った造りになっており、建物内は陽射しが行き渡っている。どちらのユニットからも中庭に面したテラスへ自由に出ることが出来る。このテラスから、中庭を横切つて園外の道路まで舗装した遊歩道が整備されている。 | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 55 | — | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | 館内は自由に過ごせるようにしている。また食事の時には、気の合う方同士の配席にしている。館内には季節に応じた飾りつけや掲示を行っている。 | | |
| 56 | 23 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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 | 居室には個人の使い慣れた家財や衣類など馴染みの物を持ち込めるようにしている。 | 居室のドアは引き戸になっており、車椅子でも出入りがし易い。ベッドは利用者の動線や身体状況に応じて配置されている。窓は掃き出しになっているため室内は広々と明るく感じる。居室は、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。 | |
| 57 | — | ○身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能やわかる力を活かして、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 | 廊下、浴室、トイレには手すりを設置し、自由に動けるようにしている。トイレは空間を広くし車椅子が入れるように、また職員が介助しやすいようにしている。 | | |

| 項目番号 | | 項 目 | 取 り 組 み の 成 果 | |
|---------------------------------|----|-----------------------------------------------------|------------------|--------------|
| 自己 | 外部 | | (該当する箇所を○印で囲むこと) | |
| V サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） | | | | |
| 58 | — | 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。 (参考項目：25, 26, 27) | ○ | 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 |
| 59 | — | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：20, 40) | ○ | 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 |
| 60 | — | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：40) | ○ | 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、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 (参考項目：38, 39) | ○ | 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、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：51) | | 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 | — | 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。 (参考項目：32, 33) | ○ | 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 |
| 64 | — | 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。 (参考項目：30) | ○ | 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ほとんど掴んでいない |

| 項目番号 | | 項 目 | 取 り 組 み の 成 果 | | | |
|---------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|--|--|
| 自己 | 外部 | | (該当する箇所を○印で囲むこと) | | | |
| V サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） | | | | | | |
| 65 | — | 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。 (参考項目：9, 10, 21) | ○ | 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 | | |
| 66 | — | 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。 (参考項目：2, 22) | | ①ほぼ毎日のようにある | | |
| | | | | ②数日に1回程度ある | | |
| | | | | ③たまにある | | |
| | | | ○ | ④ほとんどない | | |
| 67 | — | 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。 (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 | | |
| 68 | — | 職員は、生き生きと働いている。 (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 | | |
| 69 | — | 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 | | |
| 70 | — | 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 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|---------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 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 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 地域密着型サービスとしての意義を理解し事業所独自の理念を全職員で作し、毎日の申し送りの際に全員で唱和している。 | | |
| 2 | 2 | ○事業所と地域とのつきあい 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 | 利用者は自ら地域との付き合いをすることは難しく、職員が地域の一員として地域の活動（道路愛護・敬老会）に参加して交流を深めている。コロナ禍で本年度は、道路愛護のみの参加であった。 | | |
| 3 | — | ○事業所の力を活かした地域貢献 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 | 近辺の一人暮らしの高齢者に対し自然災害時の一時避難場所として受け入れたり、近隣の小学校との交流やボランティアの受け入れ等を行い理解してもらえるよう努めている。本年度は地域の勉強会や学生ボランティア、短期パートは受け入れ出来ていない。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 入居状況や行事予定、協力依頼等を行いながら、民生委員の方のアドバイスや行政の方の意見を聞き入れてサービスの向上に努めている。 | | |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる | 区長、民生委員、うきは市保険課と地域包括支援センターへ運営推進会議に参加してもらい相談や助言をもらっている。 | | |
| 6 | 5 | ○身体拘束をしないケアの実践 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 | 身体拘束に関しては全職員が高い意識をもっている。チャイムや簡易センサーで対応し、ベッドや車椅子への抑制もしていない。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 7 | — | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待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ないよう注意を払い、防止に努めている | 研修や勉強会の機会を定期的に確保している。虐待については継続的な勉強と復習が必要であり、職員同士もお互いに注意し合えるようにしている。 | | |
| 8 | 6 | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 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 | 権利擁護と成年後見制度については、外部の研修会へ参加してミーティングの際に伝達を行っている。 | | |
| 9 | — | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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 | 事前に見学をしてもらい、概要や料金の説明を行っている。また入居時には改めて説明を行い、制度改正、報酬改定時にはその都度文書で説明、同意をとっている。 | | |
| 10 | 7 | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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 | 家族の面会時に説明をしたり、相談や要望を言ってもらいやすい環境作りを行っている。また玄関には意見箱を設置、苦情相談ポスターを掲示している。 | | |
| 11 | 8 | ○運営に関する職員意見の反映 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 | 運営に関する職員の意見や提案を管理者は、日頃から話しやすい雰囲気作りを行い、毎月のミーティング時には聞く機会を設け反映させている。 | | |
| 12 | — | ○就業環境の整備 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2回人事考課を行い評価している。また業務に必要な資格などは、積極的に取得するよう勧めている。キャリア段位制度や夜勤手当の見直し、特定介護職員処遇改善を取り入れ、職員個々の意欲向上に繋げている。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13 | 9 | ○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。 また、事業所で働く職員についても、その能力を発揮していき生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保障されるよう配慮している | 職員の採用は法人本部が行っているが面接には所属長も出席して職場のことを話している。採用後はユニットリーダーを中心に全職員で指導をしている。また法人の研修に参加して、他部署や他職種との連携を深めている。資格取得については法人からの助成もある。 | | |
| 14 | 10 | ○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、利用者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる | 自己研鑽を行ったりミーティングの時に注意し合い検討をしている。また、法人内や外部の研修にも参加を促している。 | | |
| 15 | — | ○職員を育てる取り組み 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 | 代表者は法人内外の研修へ積極的な参加を促している。管理者はこれを周知し勤務の調整を行ってできるだけ外部の研修にも参加できる機会を設けている。 | | |
| 16 | — | ○同業者との交流を通じた向上 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 | グループホーム部会の交流会に参加し理解を深めたり、法人の介護部研修に参加して他事業所との交流や意見交換を行っているが本年度はコロナ禍で出来ていない。 | | |
| 【Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援】 | | | | | |
| 17 | — | ○初期に築く本人との信頼関係 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 | 相談と見学は入居前に行い、生活歴、出来る事、出来ない事、本人と家族の希望を聴き、ホームでの生活がスムーズに行えるよう努めている。 | | |
| 18 | — | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 入居前の説明で納得いくまで説明し理解を得ている。家族の思いに耳を傾け寄り添う姿勢で対応している。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19 | — | ○初期対応の見極めと支援 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 | 見学や相談の時、本人と家族の要望等を聴き、現在の状態を尋ね、ホームに適しているか、利用方法や施設の種類なども紹介している。入居希望があれば申込書を記入してもらい対応している。 | | |
| 20 | — | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | 介護する、されるといった関係ではなく一緒に過ごし支え合うように努めている。また本人を良く知ろうという姿勢で関わることを大切にしている。 | | |
| 21 | — | ○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている | 家族の思いも受け止め、両者の関係が上手く築かれていくように調整し、お互いの要望を聞きながら援助を行っている。 | | |
| 22 | 11 | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | 友人や近所の方々とは時々面会に来られている。また本人の行きつけの場所（美容室等）には家族への協力依頼や職員が連れていけるようにしている。本年度はコロナ禍で出来ていない。 | | |
| 23 | — | ○利用者同士の関係の支援 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 | 孤立しないよう、入居者同士の関係づくりに努めている。洗濯物干し、たみや配膳の準備、後片付け、テーブル拭き等してもらい関係づくりと役割づくりを行っている。 | | |
| 24 | — | ○関係を断ち切らない取り組み 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 | 退所が決まった後も本人が安心して暮らせるよう、相談にのったり助言を行っている。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|-------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 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】 | | | | | |
| 25 | 12 | ○思いや意向の把握 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。 | 日頃の会話を傾聴し表情や身体的変化の観察を行い本人の思いの把握に努めている。また電話連絡と毎月の事業所便り、面会時等に密に情報交換を行うことで本人の思いや意向を確認している。 | | |
| 26 | — | ○これまでの暮らしの把握 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 | 入居時に家族より本人の生活歴、生活状況を聞き取っている。また本人が以前関わっていた介護施設や医療機関より情報提供をお願いしている。本人との会話からの情報収集も大切にしている。 | | |
| 27 | — | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 個々の入居者の観察に努め、本人の出来ること、出来ないことを職員全体で検討し、日常生活の中で支援できるように努めている。 | | |
| 28 | 13 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | 本人の状態や家族からの情報からアセスメントを行い、定期的な担当者会議をもとに個々の介護計画書を作成している。状態に変化があった場合には速やかに見直し変更をしている。 | | |
| 29 | — | ○個別の記録と実践への反映 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 | 個別に日常生活の記録を行っている。職員全員が情報の共有を行い、統一したケアが行えるようにしている。また介護計画書の見直しや変更にも活用している。令和4年1月からはタブレット入力へと移行準備を進めている。 | | |
| 30 | — | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 一人一人のニーズにあったサービスの提供を心がけている。必要に応じ医療保険のデイケアを利用されている方もおられる。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | — | ○地域資源との協働 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 | 例年ホームの餅つき会、交流会には地域の方々、民生委員、区長、子供会、ボランティアの方々に協力を得ている。また2ヶ月に1回出張美容室に来てもらっている。年2回実施している避難訓練は消防署と協力して行っている。 | | |
| 32 | 14 | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 入居前のかかりつけ医に継続して受診している。また受診の際には職員が同伴し主治医へ適切な状態の報告を行っている。近隣のかかりつけ医より往診を受けている方もおられる。 | | |
| 33 | — | ○看護職との協働 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 | 医療面で不明なことがあれば看護師や主治医に相談し、指示を受け異常の早期発見と早期受診を行っている。ケースによっては、主治医の指示で医療保険による訪問看護を利用される方もおられる。 | | |
| 34 | — | ○入退院時の医療機関との協働 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。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 | かかりつけ医療機関の看護師や医療相談員と日頃から密に連絡を取り合っている。入院中に安心して治療が受けられるよう数日おきに情報収集を行っている。 | | |
| 35 | 15 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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 | 家族の意向に添った介護を行い要望があれば看取りまでの介護を行なっている。看取りを行う場合は、主治医より終末期の病状説明と館でできることの説明、必要に応じて訪問看護等の説明も行い了解を得ている。 | | |
| 36 | — | ○急変や事故発生時の備え 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 | 入職時の新人研修で救命講習を行っている。また外部での研修では消防隊から直接指導を受け、緊急時に適切な対応ができるようにしている。本年度はコロナ禍で実施出来ていない。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|-----------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 37 | 16 | ○災害対策 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 | 年2回の火災訓練を行っているが、地域との合同訓練は実施できていない。自然災害に関しては、運営推進会議の時に関係者への協力依頼を行っている。又、避難確保計画についてミーティング時に情報伝達訓練を実施した。 | | |
| 【IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援】 | | | | | |
| 38 | 17 | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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 | 日頃から一人一人を尊重した声かけや対応ができるよう努めている。言葉遣いの悪い場面を確認した時は管理者、ユニットリーダーが個別で指導を行っている。 | | |
| 39 | — | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 本人の希望に添って関わっている。自己決定が出来ない方については、表情や態度をよく観察し関わりをもっている。 | | |
| 40 | — | ○日々のその人らしい暮らし 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 | 個々のペースにあった介護を行なうように努めている。 | | |
| 41 | — | ○身だしなみやおしゃれの支援 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 | 毎朝洗面と整容を行い、起床時と入浴時の衣類交換の時には本人の好みの服を着てもらい、身だしなみも整えている。 | | |
| 42 | 18 | ○食事を楽しむことのできる支援 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 | 食べやすい様に軟らかめに調理した手作りの食事を提供している。嚥下状態の悪い方にはトロミ剤を使用、ミキサーやキザミの形態にしている。テーブル拭きや配膳、下膳などは職員と一緒にしている。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | — | ○栄養摂取や水分確保の支援 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、水分摂取量は毎回確認して記録をしている。食欲が低下した時は、主治医と相談し高カロリーの補助食品や飲料の提供を行っている。 | | |
| 44 | — | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 毎食後には口腔ケアを行い、出来ない方には一部介助、又は介助をしている。義歯のある方は毎日夕食後に職員が洗浄剤につけ翌朝装着してもらっている。また法人の歯科より無料での歯科検診を依頼することができる。 | | |
| 45 | 19 | ○排泄の自立支援 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 | 一人一人の排泄パターンを把握して、トイレ誘導や介助を行っている。また尿量に応じて適切なサイズのパット等を使用している。 | | |
| 46 | — | ○便秘の予防と対応 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 | 排便確認表を作り都度記入をしている。また食事量の観察とこまめな水分補給でできるだけ自力での自然排便に心がけている。必要があれば主治医と相談し、緩下剤を処方してもらい排便コントロールを行っている方もおられる。 | | |
| 47 | 20 | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった入浴の支援をしている | 週2回の入浴を行っている。汚染や個人の要望があればその都度対応している。夜間の入浴は行っていない。 | | |
| 48 | — | ○安眠や休息の支援 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 | 夜間はゆっくり休んでもらえるようリネン類や照明の調整をしている。日中はできるだけ離床して活動的に過ごせるよう、リビングで過ごしてもらおう時間を作っている。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 49 | — | ○服薬支援 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 | 主治医の指示に従い服薬している。薬の説明書はカルテに綴じいつでも確認できるようにしている。服薬時には、日付と名前を確認し間違いや誤薬がないようにしている。また気になる症状があれば受診時に主治医へ報告している。 | | |
| 50 | — | ○役割、楽しみごとの支援 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 | コロナ禍であるがホーム内で楽しんで頂けるような月間行事の計画を立て実行している。役割意識が持てるよう家事のお手伝いを日課とされてある方や軽作業に毎日取り組まれてある方もおられる。天気の良い日には中庭で外気浴を行い気分転換を図っている。 | | |
| 51 | 21 | ○日常的な外出支援 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 | 以前行っていたドライブや買い物への外出支援はコロナ禍で出来ていない。外来受診へは出られる為、その時に気分転換となっております方もおられる。 | | |
| 52 | — | ○お金の所持や使うことの支援 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 | 個人による金銭管理は難しいため、家族より小口預り金として金銭を預かっている。毎月出納帳を郵送し、使途を確認してもらっている。 | | |
| 53 | — | ○電話や手紙の支援 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 | 年賀状が届いた時は本人へお見せして部屋の本人が見えるところに飾っている。電話に関しては、職員が希望時にかけて会話されている。事業所携帯ではまだ整備出来ないが、管理者と家族でラインを通じて画像送信している方もおられる。 | | |
| 54 | 22 | ○居心地のよい共用空間づくり 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 | 玄関には季節感のあるものを掲示し、下駄箱には個人の履物がわかるように名前を張っている。リビングにはソファを置き自由に使えるようにしている。また中庭へは自由に出入りが出来るようにしている。 | | |

| 項目番号 | | 項目 | 自己評価 実践状況 | 外部評価 | |
|------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| 自己 | 外部 | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 55 | — | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | 館内は自由に過ごせるようにしている。また食事の時には、気の合う方同士の配席にしている。館内には季節に応じた飾りつけや掲示を行っている。 | | |
| 56 | 23 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 居室には個人の使い慣れた家財や衣類など馴染みの物を持ち込めるようにしている。 | | |
| 57 | — | ○身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能やわかる力を活かして、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 | 廊下、浴室、トイレには手すりを設置し、自由に動けるようにしている。トイレは空間を広くし車椅子が入れるように、また職員が介助しやすいようにしている。 | | |

| 項目番号 | | 項 目 | 取 り 組 み の 成 果 | |
|---------------------------------|----|-----------------------------------------------------|------------------|--------------|
| 自己 | 外部 | | (該当する箇所を○印で囲むこと) | |
| V サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） | | | | |
| 58 | — | 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。 (参考項目：25, 26, 27) | ○ | 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 |
| 59 | — | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：20, 40) | ○ | 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 |
| 60 | — | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：40) | ○ | 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、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 (参考項目：38, 39) | ○ | 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、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：51) | | 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 | — | 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。 (参考項目：32, 33) | ○ | 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 |
| 64 | — | 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。 (参考項目：30) | ○ | 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ほとんど掴んでいない |

| 項目番号 | | 項 目 | 取 り 組 み の 成 果 | |
|---------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| 自己 | 外部 | | (該当する箇所を○印で囲むこと) | |
| V サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） | | | | |
| 65 | — | 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。 (参考項目：9, 10, 21) | ○ | 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 |
| 66 | — | 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。 (参考項目：2, 22) | | ①ほぼ毎日のようにある |
| | | | | ②数日に1回程度ある |
| | | | | ③たまにある |
| | | | ○ | ④ほとんどない |
| 67 | — | 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。 (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 |
| 68 | — | 職員は、生き生きと働いている。 (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 |
| 69 | — | 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 |
| 70 | — | 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 |