

# 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   | 3770103079      |           |            |
| 法人名     | (株)ハッピーライフ愛     |           |            |
| 事業所名    | グループホーム春風荘      |           |            |
| 所在地     | 香川県高松市円座町1300-2 |           |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年10月19日     | 評価結果市町受理日 | 平成30年1月15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)】

地域との結びつきを大切に考え、居場所作り事業として毎週「円座ふれあい元気教室」を開催、開かれた施設となるよう事業を行っている。また、職員として防災士を配置し、地域の自主防災の訓練にも参加する等、防災対策に力を入れている。(株)イオンの衛生顧問による食品衛生の保持を徹底し、入居者様が安心して暮らせる環境作りを行なっている。全居室にご家族様が24時間いつでも閲覧できる見守りカメラを設置し、遠方のご家族様にも安心して頂いていると共に、ヒヤリハット発生時の対策検討に活用している。その他全館床暖房や、広めの居室、リフト浴や最新型のリクライニングシャワーチェアなど快適に生活して頂ける設備が整っている

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

事業所が地域の老人の居場所づくり事業や、防災訓練・イベントなどに日頃から交流の輪を広げ、積極的に地域と連携がなされている。事業所では利用者は家族であり、職員も家族と思ひ介護する事、そしてみんな仲良く穏やかな暮らしを目指して、代表者は率先垂範リーダーシップを発揮し、職員は明るくいきいきと働いている。利用者は皆穏やかで、清潔で明るく暖かなリビングで集い、思い思いに過ごされている。安全な介護に注力して夜間の人員配置・見守りカメラ・介護衛生機器の導入などに取り組んでいる

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                    |  |  |
|-------|--------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社アストリーム・アライアンス  |  |  |
| 所在地   | 香川県さぬき市津田町2360-111 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年12月7日         |  |  |

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 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広がったり深まり、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、その時々々の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  |    |   |                       |   |

## 自己評価および外部評価結果

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |  |
|--------------------|-----|---|---|--|--|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |  |  |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                            | 理念の掲示と毎朝の唱和に加え、利用者やその家族、共に働く仲間にも目配り・気配り・心配りを、日々意識して行なっている   | 「目配り・気配り・心配りそして共に楽しい介護」の理念を掲示し、毎朝唱和されている。全員参加の月1回のカンファレンスでは理念に基づき、ケアの個人目標を見直すなど、理念が実践されていることが共に確認されている           |  |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している                            | 円座ふれあい元気教室を毎週日曜日に開催し、地域の方が明るく元気に暮らせるよう、交流している。入居後も、元気教室で過ごした方と会い、心身共に安定している                         | 地域のイベントに年間を通じて参加し交流されている。円座ふれあい元気教室は毎週開催され、地域の方の集まりとして皆楽しみに参加されている   |  |
| 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                          | 円座ふれあい元気教室において、認知症サポーター養成講座を行うなど、地域の人々に向けた情報発信、交流を行っている   |  |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている       | 地域運営推進会議では、四季の行事や利用者の日常生活状況、家族会の開催状況、施設内マンパワー委員会の実施状況等、春風荘での様々な取り組みを、分かり易く紹介し、ホームへの理解協力を得られるようにしている | 運営推進会議は、老人会代表や家族・包括支援センター職員が参加され、事業者の取り組みや各実行委員会の活動報告、感染症対策などパワーポイントなどを使い工夫して説明がなされている。参加者の反響も勉強になったと喜ばれている様子である | 日頃の交流の広さを活かし、様々な方に会議に参加してもらうなど、より多くの意見が集まる仕組みを通して、さらに会議が活性化することやサービスの向上につながることを期待します |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる                  | 入居に際して、利用者のケースから、介護保険課へ相談を行い連携してる   | 運営推進会議に包括支援センター職員が参加されていることに加え、わからないことや相談事は、市役所の介護保険課に出向き担当者と相談し、指示をもらうなど、協力関係が築かれている                            |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 社内研修でも身体拘束について研修し、知識をえた上で、利用者の日常生活動作や認知症状を踏まえた情報共有を行い、出来るだけ身体拘束を行なわないで、ケアできるようにしている                 | 研修計画に基づき年間を通じて身体拘束についての研修が行われている。ベッド柵や車いすのベルトなどは拘束と認識し、やむを得ない場合には、家族に説明し了解がとられている。できる限り拘束しないケアの実現への思いが共有されている    |  |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている       | 社内研修で高齢者虐待防止について学び、虐待防止についての意識付けを行なっている   |  |  |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 高齢者の権利擁護について、マニュアルを掲示し、社内研修内で学ぶ機会を設けている  |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約時には、重要事項説明書と医療連携体制について、ご家族に書面を確認してもらいながら、分かり易い説明を心がけ、質問等はその際に受けている                             |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 苦情受け付け体制について掲示、また、重要事項説明書にも記載している。ご意見箱を設置し、利用者・家族の要望を伺えるようにしている。面会や担当者会議の際にも、気軽に意見が伝えられる環境を作っている | 家族会が月1回開催され意見交換がなされている。また、面会時や担当者会議の時にも意見や要望が伺われている。意見等に対してはスピード感をもって代表者や管理者が対応されており、本人や家族・職員にもきちんと周知がなされている                                    |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 朝の申し送り時やユニットカンファレンスにおいて、全職員から意見を聞く機会を設け、必要に応じて、適宜個別の面談を実施している                                    | 管理者の下にスタッフマネージャーが配置され職員の意見が言いやすく風通しの良い環境となっている。また、申し送りやカンファレンス時に、全職員から意見を聞く機会が設けられており、適宜個別面談も行われている。午前午後と毎日代表者は巡回し、利用者や職員に声をかけ、気配り目配り心配りがなされている |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 代表者は、職員個別に日々の就業に関して労い、職場環境の整備を行っている  |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 社内研修を年間計画に基づき開催している。また、社外研修にも積極的な受講を勧め、研修で学んだ内容を、現場で実践し、スキルアップできるようにしている                         |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 2ヶ月に一度、同業者での食事会で情報交換を行ったり、他施設職員の研修の場としての受け入れ等も行なっている   |   |                   |

| 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 |
| <b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |   |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | サービス導入時は、担当ケアマネージャーやご家族をはじめ、なじみの職員から情報収集を行い、初回プランの作成に反映している         |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | サービス導入する段階での、ご家族の不安等については、事前に聞き取り、導入後、電話で状況をお知らせしている                |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 本人と家族の望むサービスが、当グループホーム内でできる支援以外のものであると判断された場合は、他のサービス利用ができるよう支援している |   |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 食材の下ごしらえや洗濯など、家事の一部を職員と共に、または、入居者様同士で話をしながら、支えあう関係の構築ができるようにしている    |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 入居後も、ご家族の面会をお願いし、本人の不安や心配が最小限になるように配慮している                           |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 馴染みの方や親戚の面会があり、本人の活気や生活意欲にも繋がっている                                   | 近くに老人の集会所があり、老人会の方が事業所にも立ち寄られている。地域のイベントや交流事業にも参加し合い、近所の神社や公園に散歩に出かけたりもなされている |                   |
| 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                 | 一人一人の性格や認知症状等で、席やソファの配置を考え、関わりが持ちやすいようにしている                         |   |                   |
| 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  | サービス終了後も、ご家族と連絡を取り、近況等の話をし、相談・支援ができるようにしている                         |   |                   |

| 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 |
| <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   | 入居者様の生活に関する意向や、日中の過ごし方についての希望等を、日々のケアの中から汲み取り、ご家族に伝え、ケアプランや関わり方の改善に活用している | 回想法による家族会(入所者の会)では、利用者の希望や意向が聞かれることもあり、毎日の記録などから思いを汲み取ったり、利用者担当の職員が理解したことなどから希望や意向の把握に努められている |                   |
| 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                                       | 本人やご家族、担当ケアマネージャーから情報収集、情報共有を行い、各職員がそれらの情報を元に支援し、新たに得られる情報把握に努めている        |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 日々の申し送りや各種の記録を活用した情報共有しを行い、適宜職員間でのケア方法の検討を行なっている                          |   |                   |
| 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 | 日常生活や本人の訴えなどから、適切に意向を汲み取り、ご家族からの情報等も得て、関わり方の工夫に反映している                     | モニタリングは3か月ごとに行われ、本人・、家族・職員・ドクターなどの意見やアイデアが話し合われており、みんなで協力して介護計画が作成されている                       |                   |
| 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                        | 個別記録にケアの実践、気づき等を記録している。また、職員間での情報共有は、申し送りノートと看護介護間で情報共有がしやすいようにしている       |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 急な通院や遠方のご家族(海外)の面会時の外出支援を行なっている   |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | 海外で暮らすご家族や遠方で暮らすご家族との面会、地域住民の方の面会があり、安心して暮らすことができる  |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 溝口クリニック 溝口先生の往診を、個々の健康状態に応じて、1回/月、1回/週、1回/2週受けて頂いている。状況に応じて、循環器内科医の往診や精神科受診を継続できるよう支援している   | ほとんどの方が近医の往診を希望されている。往診の回数は個別であるが、夜間や緊急時の往診も対応がなされている。また、他の医療機関への受診の支援もなされている   |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 医療看護情報共有シートからの情報交換、また、直接看護師に報告・相談があり、受診の必要性は、その都度判断し、溝口クリニックへの受診や適切な専門医への受診が受けられるようにしている  |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院した際、本人の不安緩和のため、職員が面会に行き、治療に専念できるようにしている。また、地域医療連携室師長や病棟師長との情報交換を行なっている  |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 重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、家族と話し合いを行い、事業所で出来ることを説明している。重度化時や看取り期には、最期まで人間らしく生きて頂くため、看護師から気になる症状などは、前もってご家族に受け入れてもらえるように説明をしている | 入所時より、重度化した場合の支援について話す機会が持たれ、意向の確認がなされている。状態の変化時などには、医師の説明を交え本人や家族と話し合い事業所のできることを説明しながら方針が決定されている。本人がその人らしく、最後まで看取れるように職員全員で支援できる体制が作られている              |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 急変時のマニュアルを定め、職員は日頃からシュミレーションをしている。また、応急処置ができるよう、ガーゼ、カットバン、包帯等を規定の場所に保管している  |   |                   |
| 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  | 災害対策・避難訓練マニュアル定め、年2回消防立会いのもと総合避難訓練を行っている。また、ユニットカンファレンス内で、防災クイズを行い、日頃より防災に対する意識付けをしている。地域の自主防災にも参加している                            | 事業所全体で災害対策の委員会があり、防災士の有資格者もおられる。委員会を中心に、マニュアルの策定や避難訓練の定期開催がなされている。防災意識や知識を高めるためにクイズ作りや、利用者個人の防災グッズが持ち出せる準備がなされるなど、各所に工夫がみられる。また地域の防災活動等にも参加し連携づくりがされている |                   |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 中学校の先生、医者のお様だった方、点字を教えていた方、茶道を教えていた方など、教養のある方が多く、人格や誇りを敬った声かけを心がけている   | 居室の入り口の表札に名前のみが書かれ、本人の顔写真が貼られている。ご家族も同意のうえでグループホームは皆家族で習慣として敬称さん付けで、名前を呼び合うルールとなっている。職員は優しく言葉かけされている様子である          |                   |
| 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                     | 本人の性格や精神状態を踏まえ、その人にあつた関わりをもつことで、思いや希望の表出、自己決定できるよう支援している   |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | ホールで入居者様全員が集まる時、食後に居室でテレビを見ている方、昼寝をしている方、おやつを準備と一緒にしてくれる方など、思い思いの時間を過ごして頂いている  |  |                   |
| 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                                  | 衣服はその人らしい色のものや、自分で編んだカーディガン等の持参があり、その日その日自分で選んで頂いている   |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食事の下ごしらえや、盛り付けを共に行い、自宅で生活していた頃と、ほぼ変わらない環境作りを心がけている   | ユニットで食事の準備として下ごしらえと盛り付けを行い、片付けも一緒に行われている。衛生面は賞味期限を容器に記載、缶詰等は密閉容器に移し替るなど配慮がされている。咀嚼能力の低下には実物そっくりのソフト食を開発して提供がなされている |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食べなくなるような食器、盛り付けを心がけ、日々健康状態の観察を行ないながら、自力摂取できるよう支援している  |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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                  | 口腔ケアは自力でできる方にも声かけを行い、見守りができる洗面所で行なっている。義歯を使用している方は、毎食後、義歯洗浄をしている。夕食後、義歯を除去し、義歯洗浄剤に侵食している。自力で口腔ケアができない方には、吸引歯ブラシを使用している。また、定期的に歯科往診に来て頂いている |  |                   |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 失禁回数の減少のため、排泄記録を見ながら、定期的にトイレ誘導を行ない、習慣化できるよう支援している。常時、オムツを使用している方には、陰部洗浄・清拭を行い、不快感のないようにしている | 排泄記録に基づき時間によるトイレ誘導が行われている。自室のトイレには、安全性に配慮した手すりや補助具が設置され、自立が促される環境がある。廊下には車いす専用のトイレも設置されている                      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 毎日継続している体操と水分摂取、旬の食材や繊維質の多い食材を使った食事をして頂き、便秘の予防を行なっている。また、排便状況を把握し、便秘日数が長期にならないよう配慮している      |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | その日の体調の申し送りを受け、精神状態も踏まえ、時間を問わずに柔軟に入浴できるようにしている  | 基本的には週3回の入浴日を定めているが、汚染時には何回でも対応し、本人の体調が良い日等には柔軟に対応されている。色や香りの良い入浴剤なども使用されている                                    |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 居室でテレビを見たり、ホールで入居者間で新聞記事の話題やテレビを見たり、職員と話したりして過ごし、安心して就寝できるように配慮している                         |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 一人一人の薬の内容について、看護介護情報共有シート内に入れ、見やすくしている。詳細な薬の注意点については、シート内に記入している                            |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | お盆拭きや洗濯物干し、洗濯物たたみ、食器の後片付けを、張り合いをもって行なっている   |   |                   |
| 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。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | その日その日の体調と、気候を考慮し、神社まで散歩に出かけ、外気に触れるようにしている  | 事業所近辺は自然に恵まれ、天気の良い日には散歩を楽しまれている。一人ひとりの希望に合わせて、家族や職員の支援により自宅に里帰りしたり、墓参りに出かけたりのされている。事業所でも季節ごとにお参りや外食など企画し実施されている |                   |

| 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 |
| 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  | 認知度に応じ、入居前と変わらず、お金を所持してもらい、安心感につなげている                                    |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 海外在住の家族様からの国際電話を継続しており、本人に家族の居場所が分かるようにしている                              |  |                   |
| 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 | それぞれの入居者様が不快感を感じないよう、一人掛けのソファや二人掛けできるソファを置いたり、観葉植物を置いて、居心地良く過ごせる空間を作っている | 建物が東向きで自然光により、床暖房だけでエアコンを使用しなくても暖かい環境にある。空気清浄機やプーキープロケアなど乾燥や感染症対策にも配慮されている。室内は木材が多く使われ暖かな雰囲気がある。ベランダを臨む大きな窓があり景色が一望され気持ちが良い。利用者も思い思いの椅子に座りのんびりと過ごされている |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 一人掛けのソファで、カラオケの歌を口ずさんだり、テーブルで新聞を読んだり、テレビを見たりと入居者様同士で交流できるようにしている         |  |                   |
| 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  | その人らしく使えるよう、思い出のアルバムやいつも使っていた鞆、神棚や家族の写真など、本人が心地よく過ごせるよう環境整備を行っている        | 居室は広く、ベッドとソファベッドが置かれ家族も宿泊できる環境で、のんびり過ごせるよう配慮されている。また誰の部屋か判断できるように利用者の写真で工夫がなされている。家族の写真やテーブルなど思い入れの深い私物の持ち込みも可能である                                     |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 個々のADLを把握し、転倒の危険性がある方には、トイレまでの距離を最短にし、安全にトイレにいけるよう工夫している                 |  |                   |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します |  |                       |   |    |   |                       |   |
|---|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 項目  |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
| 56  | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 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広がったり深まり、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. 全くいない           |
| 59  | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 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、活き活きと働けている<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している<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  |    |   |                       |   |

## 自己評価結果

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   |
|--------------------|-----|---|--|
|                    |     |   | 実践状況   |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                            | 理念を掲示、唱和し、年間を通した研修計画でも、理念をテーマに取り上げ、浸透と実現に向けて取り組んでいる                                    |
| 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                            | 隔月の地域運営推進会議の他、地域の自主防災にも参加し、関係作りを行っている。また居場所作り事業として介護保険外の方の憩いの場として事業所を活用し地域との関係作りを行っている |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                          | 居場所作り事業として毎週日曜日に「円座ふれあい元気教室」を開催。その中で認知症サポーター講習や交通安全教室を行うなど、地域の人々に向けた情報の発信や、交流を行っている    |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている       | 地域運営推進会議ではビデオ形式での施設行事や日常生活の紹介の他、施設内での防災や看護、ヒヤリハット等様々な活動についての報告を行い出席者の皆様からご意見を頂いている     |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる                 | 地域運営推進会議での地域包括支援センター職員の方との情報交換の他、様々なケースに置いてサービスが適切であるかどうか確認する為、適宜介護保険課に相談を行い業務を行っている   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束については、マニュアルを定める他、年間を通した研修計画の中にも取り入れ、全職員が正しい知識のもと、可能な限り身体拘束を行わないケアを提供している           |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている       | 虐待防止については、マニュアルを定める他、年間を通した研修計画の中にも取り入れ、全職員が正しい知識のもと業務にあたるよう、防止に努めている                  |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価   |
|----|-----|--|--|
|    |     |  | 実践状況   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 権利擁護については、マニュアルを定める他、年間を通じた研修計画の中にも取り入れ、全職員が正しい知識のもと業務にあたるよう、防止に努めている  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 入居時の説明は読み合わせを行いながら丁寧に行い、施設の利用にあたっての注意点や、事故発生時、災害発生時、入院退所等の場合についてなど、事前に説明を行っている                                     |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 玄関に意見箱を設置する他、年1回家族会を開催し、家族同士の交流の機会を設けている。また、3ヶ月に1度の担当者会議時にご意向を伺いサービスに反映できるようにしている                                  |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 毎月のカンファレンスの他、各職員からは随時業務に関する事を含め、相談がしやすい関係作りを行い、業務改善に繋がるよう努めている   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 代表者は各ユニットのカンファレンスに参加する他、日常的な介護も共に行い、業務方法についての助言の他、各職員の能力適正に応じた業務が行えるよう、業務の調整を随時行っている                               |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 社内研修を月1回開催する他、社外研修の受講を積極的に勧め、職場全体のスキルアップができるよう研修を活用している  |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 同業者での食事会を隔月で行い困難事例の検討や福祉用具の勉強会、介護保険の動向などについて意見交換を行なっている。また、地域その他グループホーム職員の研修の場として活用して頂くなど、同業者との交流を通してサービスの向上に努めている |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価  |
|----------------------------|-----|--|---|
|                            |     |  | 実践状況  |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | サービス導入前より必要に応じた回数の面接を行い、家族からの情報だけでなく本人のニーズについても把握し、ケア内容に反映させるように努めている                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 家族の要望や不安な点などについて聞き取りと対応を行うと共に、導入直後は特に小まめに連絡を行い、サービス開始時の不安が緩和できるよう努めている                  |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | グループホームのサービスの特性（夜間の対応の方法、医療ケアの脆弱性）等について十分説明した上で、本人の状態にあったサービスが選択できるよう情報提供を行っている         |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 重度化が進み、提供する側としての側面が強くなっているが、談話等生活の中で、家族のような関係が築けるよう接している                                |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | ケアプランの作成にあたっては、入居後も家族の介護力が活かせるように作成すると共に、外出やイベント時に参加しやすい関係作りを行っている                      |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | デイと合同で敬老会などを行い、デイ利用時の友人との交流の機会にしている。また、居場所作り事業で地域との交流の機会を設けている。墓参りの支援や、法事参加への支援などを行っている |
| 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                 | 性格や周辺症状に応じて、職員による個別の関わりや、入居者様同士の関わりが最も円滑に行えるよう、随時席順や、生活スペースの振り分けを考え支援を行っている             |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価  |
|------------------------------------|------|--|---|
|                                    |      |  | 実践状況  |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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                   | 夫婦で入居されていた方の死亡退居後に法要等の支援を行ったり、退居後の家族様にボランティアで来て頂くなど、直ちに関係が終了するのではなく、相談や支援が継続できるよう努めている                                      |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 重度化により意思の表示が困難な方が多いが、本人にとっての快不快や、欲している物を普段の生活の様子から推測し、ケア内容に反映できるよう支援している  |
| 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                                       | 家族や本人、前任のケアマネージャーから情報収集を行い、フェースシートにまとめる事で、職員とも情報の共有を行い、更に各職員がそれらの情報を元に談話の中で新たに得た事を把握し、十分に情報収集できるよう努めている                     |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | アセスメントは1回/3月のペースで行い、それ以外でも状態の変化があった場合には迅速にケア方法の変更ができるよう職員間で情報を共有しながら現状の把握に努めている   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人のニーズについては普段の生活から情報収集を、家族の要望は面会時や1回/3月のペースでの担当者会議の際にご意向を伺い、主治医、訪問歯科、訪問リハビリ等からも情報を受けた上でケアプランを作成している                         |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個別記録については、全ての職員が短時間で必要な情報を容易に残せるよう、随時書式を見直し、十分な記録が残るよう努めている。また、職員間での情報共有については申し送りノートと別に看護介護間で情報の共有がしやすいよう、情報共有シートを作成し活用している |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 法要の支援。代替食の準備。宿直者の加算設定前からの早期の導入、地域の自治防災への参加、居場所作り事業への参加、AEDの設置と開放など、利用者様、地域の皆様のニーズに合わせて様々な事に取り組んでいる                          |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  |
|----|------|---|---|
|    |      |   | 実践状況  |
| 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                                      | 円座小学校で毎年開かれる「ほほえみ集会」に参加したり、デイサービスと合同で地域の方と一緒に文化祭の作品作りを行うなど、施設外との交流の機会ができるよう努めている  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 基本的には提携医療機関である溝口クリニックの往診を受けて頂いているが、神経内科、脳外科等専門医の継続した受診が必要な方等については、継続して専門医の診察を受けられるよう、受診の支援を行っている  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 介護職員は、医療的ケアが必要と感じる事項については「医療看護情報共有シート」にその都度記入し、情報の伝達漏れがないようケアにあたっている。看護職員は収集した情報をもとに指示出しや、医師への報告。医師からの指示を介護職員へ伝える等、フィードバックを行なっている                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 地域医療連携室師長や病棟師長との情報交換を行なう他、職員が見舞いに行き状態の変化についての情報を共有し、退院後のケアの内容について検討できるようにしている   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所の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  | 入居時に重度化に関する意向を伺い、重度化した際には看取りに関する意向を聞き、見取りケアが始まってからも頻りに意向を伺う機会を設け、本人様、ご家族様にとって良い最期を迎えられるよう努めている  |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 急変時のマニュアルを定めると共に、外部から講師を招いて救急救命の講習、AEDの使用方法などについての講習を全職員が受ける機会を受け、実践力が身に付くよう図っている   |
| 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  | 日中はもちろん、夜間人員に限られた中で、初期消火・通報・避難誘導が適切に行われるようマニュアルを定め、消防立会いのもと避難訓練を行っている。また、水害時(施設横の香東川の氾濫等)についても、水位の段階ごと取るべき行動についてマニュアルにさだめ安全対策を行っている。地域の自治防災にも参加している |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価  |
|----------------------------------|------|--|---|
|                                  |      |  | 実践状況  |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 接遇についての研修も行い、各職員言葉遣いには気をつけるよう指導している。また、認知症の理解を深める事で、相手の心理状態に配慮したコミュニケーションがとれるよう努めている        |
| 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                     | ゆったりとした雰囲気の中で、日課にとらわれず生活できるよう、普段からその方の嗜好や能力を把握し、職員による安全が守られる範囲内で様々な事に取り組めるよう支援している          |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | ゆったりとした雰囲気の中で、日課にとらわれず生活できるよう、普段からその方の嗜好や能力を把握し、職員による安全が守られる範囲内で様々な事に取り組めるよう支援している          |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 更衣の際の声かけで希望を聞いたり、家族様から嗜好を聞いたりする事で、本人らしい服装で日中すごせるよう支援している                                    |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | イベントやレクなどで、利用者と共に調理を行ったり、調理に参加する事はできなくとも、調理をする場で一緒に過ごし、家事をしていた頃の話聞きながら支度をするなど、参加型での活動を行っている |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 口腔機能や、意欲、睡眠のパターンや嗜好など、様々な面から最も食べやすい方法を探り、食事形態の変更や代替食の準備、栄養補助食品の活用、提供時間の変更、提供頻度の提供など対応を行っている |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 残存能力に応じ、声かけ、ブラシでの口腔ケア介助、スポンジ使用、吸引ブラシ使用、ガーゼ使用等一人一人の状態にあった方法で口腔ケアを行い、記録に残している                 |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  |
|----|------|---|---|
|    |      |   | 実践状況  |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 排泄のパターンを把握し、頻回なトイレ誘導を行っている。紙オムツ、リハビリパンツ・尿とりパッドだけでなく、メディパホルダー（パット固定可能な布製パンツ）なども選択肢に入れ、最も本人にとってストレスのないものを着用して頂いている                      |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 排便の状態について記録し、内服薬によるアプローチだけでなく、お茶やオリゴ糖等、自然食品を活用した便秘ケアを行っている  |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 日替わりで「ラムネの湯」「チョコレートの湯」「花火の湯」など入浴剤を使いゆっくり温浴して頂いている。基本的な曜日と時間帯については業務上定めているが、本人の意向に合わせて適宜変更し、また、多量の発汗時や便失禁時などにも随時入浴して頂き清潔が保持できるよう支援している |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 夜遅くまで起きられる方や、早朝から活動的になる方、日中を通して起きておく事が体力的に難しい方など、それぞれの睡眠パターンに応じ、食事や活動が本人にとって必要量確保できる範囲内で自由に臥床して頂いている                                  |
| 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  | 内服薬の変更、軟膏塗布の指示等については看護師が情報共有シートに記入し書く職員が把握できるようにしている  |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | ぬり絵や料理、家事への参加等、日中の活力が持てるよう参加を支援しているが、重度化や本人の希望により日中の静養時間が長い方も多。体力に支障の無い範囲で離床を支援している   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 自宅への外出や、墓参りの支援、イベントでの外出など人員を調整し家族の協力のもと事前に計画する事で行っている。その日の希望にそった対応は、人員上困難な状態  |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  |
|----|------|--|---|
|    |      |  | 実践状況  |
| 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  | 移動販売のパンの購入などの為、家族との事前の取り決めのものと日常的に使用する範囲での現金の自己管理もして頂いている。病院代、日用品の購入については、預かり金についての規程のもと、職員が管理している  |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 入居者様の希望に応じて、電話連絡の支援を行っている   |
| 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 | 施設内は掲示物や生花、置物等で季節がわかるよう、その時々に応じたディスプレイを行っている。また、誤食の危険や動線の妨げにならないよう、安全への配慮もあわせて行っている   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 性格や周辺症状に応じて、職員による個別の関わりや、入居者様同士の関わりが最も円滑に行えるよう、随時席順や、生活スペースの振り分けを考え支援を行っている   |
| 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  | 入居の際は使い慣れたものを持ち込める旨を家族様に説明し、入居後も自室としてその方らしく使えるよう、家具、花、仏壇など、本人が心地よく過ごせるよう環境整備を行っている  |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 全居室にトイレがあり、ベッドから常に手すりを持って移動できるようになっている。また、立ち上がる際の手すりについてその方の持ちやすい位置に調整して設置したり、置き型の手すりを増設するなど、残存能力を活かして生活ができるよう設えている。安全の為にセンサーマットや赤外線センサー、センサーライトを併用している |