

### 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   | 2570400263        |            |           |
| 法人名     | 社会法人ほのぼの会         |            |           |
| 事業所名    | グループホーム花ごよみ       |            |           |
| 所在地     | 滋賀県近江八幡市上田町1315-1 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和4年 8月18日        | 評価結果市町村受理日 | 令和4年11月2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)】

法人として掲げている「あなたらしく生きる」を基本とし、各利用者のペースに合わせた生活が送れるように支援しています。認知症により、色々な面で今まで出来ていたことが出来なくなっていくことに利用者自身が不安を感じたり、不安から混乱された時はその気持ちに寄り添い、何が不安なのか何をしたいか困っているのか、探りながら安心して過ごせるように努めています。花ごよみが利用者にとって心地の良い居場所であるようにはどのようにして行けば良いか、その都度考えながら職員間での情報共有を随時、行っています。ホーム内には季節の飾りを掲示しており、その作品は個々の利用者の出来る範囲で一緒に作成し、季節を感じてもらえるように心がけています。朝夕には筋力の低下防止や頭の体操も行っており、体を動かす機会を日常生活の中で自然な形で取り入れられるよう引き続き、実施しています。

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

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

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                   |  |  |
|-------|-----------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 一般社団法人 滋賀県介護福祉士会                  |  |  |
| 所在地   | 滋賀県草津市笠山七丁目8番138号 滋賀県立長寿社会福祉センター内 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和4年9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)】

「グループホーム花ごよみ」は、同法人が運営する特別養護老人ホームの敷地内にあり、職員研修や各種委員会・防災・等について協力体制がある。「あなたらしく生きる」を基本理念として利用者、一人ひとりの習慣や思いを知り支援することに職員は努めている。この2~3年は、コロナ禍のため地域との交流や外出は思うように出来なかったが施設周りの散歩や施設内での季節の行事を計画し楽しんでもらったり、筋力低下予防を意識した運動レクリエーションが行われていた。感染防止のため家族等は、ドア越しやリモートでの制限付き面会であったが、花ごよみ便りを通じて利用者の暮らしの様子が伝えられていた。体力低下や体調悪化の場合は本人・家族等意向を確認しながら支援する体制がある。

### 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<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   | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と    |
|    |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 家族の2/3くらいと  |
|    |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 家族の1/3くらいと  |
|    |  |                       | 4. ほとんど掴んでいない  |    |   |                       | 4. ほとんどできていない  |
| 57 | 利用者や職員が、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        | 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    |
|    |  |                       | 2. 数日に1回程度ある   |    |   |                       | 2. 数日に1回程度     |
|    |  |                       | 3. たまにある       |    |   |                       | 3. たまに         |
|    |  |                       | 4. ほとんどない      |    |   |                       | 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   | 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    |
|    |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 少しずつ増えている   |
|    |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. あまり増えていない   |
|    |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 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   | 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    |
|    |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 職員の2/3くらいが  |
|    |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 職員の1/3くらいが  |
|    |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 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   | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|    |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |
|    |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |
|    |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 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   | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が   |
|    |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 家族等の2/3くらいが |
|    |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 家族等の1/3くらいが |
|    |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 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   |    |   |                       | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|    |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |
|    |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |
|    |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 4. ほとんどできていない  |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|--------------------|-----|---|--|---|-------------------|
|                    |     |   | 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  | 「あなたらしく生きる」という理念を職員の目に見える所に掲示し、各利用者に向けた関わりや支援が出来るように職員間で情報を共有している。   | 職員研修では、具体的なかかわり方や利用者一人ひとりをよく知り寄り添うことから始めることを伝えている「あなたらしく生きる」を根幹に暮らしのケアの実践に努めている。課内会議や個々のケアプラン、モニタリング時に振り返っている |                   |
| 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  | 毎年行われている地域の行事(コスモス鑑賞会)には感染予防のため参加できなかったが地域住民から野菜などをいただきコミュニケーションを図っている。  | コロナ禍で自治会行事が目減らされており今年度は、直接的なふれあいはなかったが職員は、地域の方と顔を合わせたら意識的に挨拶や言葉を交わしている。コロナ収束後は、買い物外出や日常な散歩時に地域の方と交流したいと考えている  |                   |
| 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  | 毎月お便りを地域の方に回覧し日常の様子を見ていただいている。   |   |                   |
| 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                                     | コロナウイルスにより、集団での運営推進会議は開催していないが書面を配布にて状況の報告は行っている。意見を頂いた時は反映できるように努めている。  | 現在は感染予防のため書面報告となっている。「花ごよみ」の近況を書面で運営推進会議のメンバーに手渡しで配布している。その際出来るだけ話をして情報交換をしている。家族へは、花ごよみ便りにて伝えている。            |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる  | 花ごよみだよりや法人の広報誌を運営推進会議の書面を配布時に同封している。配布時にお会いした場合は様子を簡易に伝えている。   | 運営推進会議録、花ごよみ便りや広報誌を配布し事業所の現状を伝えている。必要時はいつでも相談、情報交換が出来る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 | 毎年行われている施設内の研修を受講し、身体拘束について、職員個々で理解を深めている。玄関の施錠は防犯の関係もあり、夜19時～翌朝7時のみ行っている。現在は施設内で不審者の訪問があったため施錠対応をしている。利用者が外に出たい場合は出来るようにしている。 | 法人全体で身体拘束廃止委員会を設け研修会を定期的に行っている。全職員が繰り返し正しい理解を確認して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。  |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底   | 全職員、毎年行われる施設内研修を受講し  |   |                   |

| 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 |
|    |    | 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 | 主職員、毎年行われる施設内研修を受講している。普段の関わりのささいなことから虐待に繋がらないように常日頃から努めている。 |      |                   |

| 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 |
| 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    | 全職員、毎年行われている施設内の研修を受講している。   |   |                   |
| 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                         | 契約時にはしっかりと説明を行い、家族会や面会時等でも職員とも気軽に話せるような関係作りに努めている。                                     |   |                   |
| 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                     | 目安箱を玄関に設置し、年に1回ご家族からアンケートを頂戴している。また、普段の利用者の言葉や思い、ご家族の言葉などを受け止め、日頃の関わりなどに反映できるように努めている。 | 年1回、法人全体で家族へのアンケートを行い意見や要望等を伺っている。出された意見や要望等は役職会議や課内会議で話し合い反映出来るように努めている。 |                   |
| 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                                      | 毎月行っている課内会議にてお互いに意見を出し合っている。また、申し送りのノートを活用し意見や相談事も書けるようにし、日々の関わりについて反映できるようにしている。      | 毎月の課内会議で意見や提案を話合う機会がある。会議前に書面でも意見や提案が出せる様にして日々の暮らしのケアに反映できるように努めている。      |                   |
| 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      | 各職員の良いところを見つけ、与えられた役割や日々の自分の行動に責任を持てるように促し、働き甲斐のある職場になるように努めている。                       |   |                   |
| 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         | 法人内の研修は全員が受講できるようにしている。資格取得については積極的に取り組むように法人全体でプロジェクトを立ち上げ、勤めている。                     |   |                   |
| 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 | 法人内にあるグループホームと連携し、情報交換や交流をしている。また、月1回程度のグループホーム会議を実施している。                              |   |                   |

| 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>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 | 今までとの環境が変わり、不安になられた際は特に寄り添い、少しでも早く安心して過ごしていただけるようにご家族とも連携を取れるよう努めている。                 |   |                   |
| 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            | 入所の申し込みに来られた時から困り事や不安な事、心配事等を伺い、要望も承りながら提案させていただいている。                                 |   |                   |
| 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        | ご利用者本人やご家族の意見を十分に伺い、職員間で細かな情報も共有し、個別ケアに繋がるように努めている。                                   |   |                   |
| 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                        | 利用者様の経験や知識から教わることも多くある。それを基にお互いに支えたり、支えられたりの関係を大切にしている。                               |   |                   |
| 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         | 家族様には毎月、花ごよみだよりや各個人のお便りを郵送し日常の様子をお知らせしている。また、現在コロナウイルスの為、ZOOMでの面会と制限付きの直接面会の両方を行っている。 |   |                   |
| 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                     | 友人や親戚の方との良い関係は、利用者様のこれまでの人生の財産として考え、入所したことによりその関係が途切れないような支援を心がけている。                  | コロナ禍で現在は、玄関のドア越しやリモート面会となっており、親戚や友人の訪問は自粛されているがプレゼントや手紙での交流は継続されている利用者もいる。リモートで本人の声便りやお礼の手紙を送る支援を行っている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の様子を観察しさりげなく会話に入れるように配慮したりしている。  |   |                   |

| 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  |
| 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                    | 退所後もご縁を大切にということで可能な限り様子を見に面会に行けるよう努めている。  |   |  |
| <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   | 日々の会話の中で、希望されることや不安に思うことなどを汲み取り、把握できるように努めている。  | 「あなたらしく生きる」を一人ひとりのケアプランに反映させ支援できるよう、日々の暮らしの中でのさりげない会話やしぐさを汲み取り思いや意向の把握に努めている。               |  |
| 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                                       | 入居前に面談を行い、情報を出来るだけ把握している。また、ご家族が面会に来られた時にも情報収集ができるように努めている。                             |   |  |
| 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   | その日の健康状態や元からある潜在能力を全職員が把握し、日によって変わる気分や体調に合わせた一日が過ごせるように支援している。                          |   |  |
| 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 | 毎月の課内会議で話し合い、ケアプランに沿ってモニタリングを行っている。また、サービス担当者会議では今後の支援のあり方について利用者様と家族様の意見を元にチームで検討している。 | 本人には、日々の暮らしのかかわりの中で本音を汲み取り、家族の意向や希望は主にケアマネジャーが電話で聞き介護計画に反映させている。モニタリングは、課内会議で職員が話し合い見直している。 | モニタリング・再アセスメントについても本人・家族等と情報や意見交換をすることで新たな課題が見えて来ると思われます。検討されてはいかがでしょうか。 |
| 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                        | 介護保険システムにて個別に記録をし、申し送りノートで職員間の情報共有を行っている。また、課内会議でも意見交換をして情報交換を行っている。                    |   |  |
| 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               | 各利用者様の今までの暮らし方や、その時の様々な思いに合わせたケアを基本としている。何かあれば臨機応変な対応ができるように心がけている。                     |   |  |

| 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                                      | 訪問鍼灸師のマッサージの施術と交流を楽しまれている。  |  |  |
| 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                                  | 入居時に希望される主治医の意向を聞き、希望通りにしている。主治医には往診に来ていただいたり、ご家族様の付き添いのもと受診に行かれています。臨時の場合のみ、受診の付き添いも随時行っている。                     | 現在は、ほとんどの利用者が事業所のかかりつけ医を希望されていて、往診や訪問看護で健康管理をされている。専門医や科目外の診療については、基本は家族同伴にて通院されている。必要な情報については関係機関で共有している。 |  |
| 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                          | 医療連携の体制をとっており、週に1回の訪問看護を定期的に受けている。体調等に変化があった際は看護師へ連絡や相談をし、対応をしている。  |  |  |
| 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。 | 入院時は家族様了解のもと情報を提供している。退院時は、こちらから病院に出向き情報をいただいている。   |  |  |
| 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  | 体調に変化があったときは、主治医に相談し家族様と話し合っている。医療と連携した中で、本人にとって適した場所を検討し最後まで支援している。また、看取り体制を整え、ご本人あるいはご家族様には意向確認書にて現在の意向を確認している。 | 入居時に、重度化した場合の意向確認を行っている。体調の変化があった場合は本人・家族等・医療関係者・事業所で話し合いケアプランの見直し方針を共有している。ケア職員に対してもフローチャートを作成し体制を整えている。  | 本人・家族等の思いは変化して当然として捉え定期的に意向確認の機会があるといいですね。                             |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | AEDを備え付け、消防署が実施している救命講習を全職員が受講済みである。また施設内でも高齢者を想定した実践的な救命に対する研修を実施しており、急変時には訪問看護師や主治医と連携している。                     |  |  |
| 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  | 年に2回(日中想定・夜間想定)、避難訓練を実施している。  | コロナ禍で感染対策に留意して消火器や備蓄の確認、利用者の動きの確認を行った。法人全体で協力する体制マニュアルが作成されている。  | 地域との協力関係や家族等への連絡方法(電話が使えない時等)様々な困難を想定した対策を運営推進会議等で継続して情報交換されることを期待します。 |

| 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>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                   | 各利用者様にあった声かけや言葉かけを行ない、ご本人の意思等を尊重するように心がけている。   | 新人研修で接遇について学び、日常のケアの中で先輩の言葉かけを見て学んでいる。尊厳を損ねずに、その人に届く言葉かけをすることを基本とし、気になった時には注意しあっている。 |                   |
| 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                     | 各利用者様が分かりやすく、伝わりやすい言葉で説明を行うように心がけ、自己決定ができるように支援している。   |  |                   |
| 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 | 基本の生活ペースは大まかに決まっているものの、その中で自分なりのペースで生活できるように支援している。  |  |                   |
| 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                                  | 訪問散髪を月に1回利用している。   |  |                   |
| 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     | 準備や盛りつけなど出来ることを職員と一緒にに行っている。配膳時は、その日のメニューを口頭で伝えている。  | 法人全体で栄養管理された食事を提供しており、キッチンで盛り付けている。週1回日曜日の夕食はお楽しみメニューをキッチンで作って提供し、行事ではおやつを工夫し楽しんでいる。 |                   |
| 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          | 特養併設の事業所の為、法人で契約している給食業者による、量やバランスを考えた献立を作成している。摂取量に関しては記録し、情報を共有している。必要に応じて、主治医や栄養士に相談している。 |  |                   |
| 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、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                   | 各利用者様にあった声かけをしている。介助が必要な方には必要な介助を行っている。また、一部の利用者は定期的に歯科衛生士による指導を受けている。                       |  |                   |

| 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                              | 排泄記録を確認し出来るだけトイレで排泄出来るように誘導や声かけを行っている。                       | トイレでの排泄を支援している。排泄記録に基づき適切なタイミングで声掛けを行っている。夏に布パンツに変えて紙パンツの使用量を減らすことができた例もある。                   |                   |
| 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  | 便秘気味の方についてはトイレ内での腹部マッサージや主治医と相談し、処方されている下剤も服用にて改善している。       |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 基本的に入浴日はご利用者ごとに決まっているが、希望が強い方についてはその都度対応し、出来るだけ希望に添うようにしている。 | 一日おきの入浴を基本に、拒否の方には毎日の声掛けで体調や気分が良いタイミングを見て入浴できるよう配慮している。歌が好きな方は歌ってみたり、介助者と話をしながら入浴を楽しんでいる。     |                   |
| 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   | 快適に過ごせるように室温の管理や寝具類の清潔を心がけている。                               |   |                   |
| 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  | 服薬管理は職員が行っており、説明書はいつでも目が通せるようにしている。薬の変更があれば、変化がないか様子観察をしている。 |   |                   |
| 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                             | 生活にメリハリをつけるために家事などをさりげなく分担し、達成感を感じていただけるような支援をしている。          |   |                   |
| 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 | 新型コロナウイルス感染予防の為外出は自粛している。施設内の散歩を行い、季節を感じていただいている。            | 建物に囲まれた施設であるが、間から田んぼが見えたり、ディサービスのお花を眺めたりして季節を感じ、玄関で日光浴をして外気に触れる機会を作っている。家族との外出は希望に応じて支援をしている。 |                   |

| 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 |
| 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  | 基本的にお金は紛失等トラブルになる為所持していただいていないが自己管理が可能な方は所持されている。  |   |                   |
| 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   | 希望があれば電話ができるように支援している。年賀状については毎年家族様に出せるように支援している。  |   |                   |
| 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 | 壁には利用者様と作った季節の飾り、レクリエーションの作品(主に塗り絵)を掲示している。また、随時室温、温度調節を行っている。   | 吹き抜けの天井から天気のいい日は明るい日差しが入り、雨の日は雨の音を楽しむことができる。常時窓を少し開けて換気を行い、室温、湿度も規定値を守り、徹底して感染症対策を行っている。      |                   |
| 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  | リビングでは、波長が合う方同士と座れるように席を決めている。また、ゆっくり過ごしてもらえるようソファを設置している。   |   |                   |
| 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  | 以前から使っていたものや馴染みのあるものを家から持ってきてもらえるように家族様へ伝えている。   | 障子や木製の蛍光灯、壁に炭箆など和風の作りに、洗面所と奥行きのあるクローゼットが備え付けられたすっきりとした居室に、その方が混乱せず落ち着いて過ごせるようなものを持ち込んでもらっている。 |                   |
| 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   | お風呂などの場所が分かるように表示している。床等はバリアフリーで老人車や歩行器等を使用してもスムーズに移動が自力で行えるようになっている。自分の部屋が分かりにくい方や新しい方の部屋には名前を大きめに表示している。 |   |                   |

## 2 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |   |   |  |            |
|----------|------|---|---|--|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題  | 目標  | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容   | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 18   | 課題: 引き続き、利用者様の重度化が進み、グループホーム本来の共同生活が介護中心となってきた。利用者ご本人が持つ能力を「認知症だから」と職員が把握しきれていない部分がある。利用者様の潜在能力を少しでも見つけ出し、自立支援に繋げていくにはどうすべきか。 | 利用者ご本人の潜在能力を見つけて出すことで、やりがいや生きがいを感じてもらえる一瞬一瞬を少しでも増やしていく。 | 職員個々で、意識的に利用者との関わりを少しずつでも増やす。それにより、知り得た情報を元に職員各自で支援内容を考え、他職員と協力の元で事前準備や実行する。過程や結果などを含め、情報共有を行い、日頃のケアに取り込むように努める。 | 12ヶ月       |
| 2        |      |   |   |  | ヶ月         |
| 3        |      |   |   |  | ヶ月         |
| 4        |      |   |   |  | ヶ月         |
| 5        |      |   |   |  | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

| 【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】 |                    | 取り組んだ内容               |   |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| 実施段階                      |                    | ( ↓該当するものすべてに○印)      |   |
| 1                         | サービス評価の事前準備        | <input type="radio"/> | ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②利用者へサービス評価について説明した                                 |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした              |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 2                         | 自己評価の実施            | <input type="radio"/> | ①自己評価を職員全員が実施した                                     |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った                |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った    |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った         |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( 作成した自己評価を職員に確認してもらい、意見を求めた )                  |
| 3                         | 外部評価(訪問調査当日)       | <input type="radio"/> | ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった             |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④その他( )   |
| 4                         | 評価結果(自己評価、外部評価)の公開 | <input type="radio"/> | ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った                          |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った                       |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った                          |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 5                         | サービス評価の活用          | <input type="radio"/> | ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した               |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)                           |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)                     |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |