

(様式2)

令和元年 年度

## 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   | 1590200505       |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人長岡三古老人福祉会  |            |  |
| 事業所名    | グループホーム川崎東 東ユニット |            |  |
| 所在地     | 新潟県長岡市川崎町563番地1  |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和元年9月9日         | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 | <a href="http://www.kaignkensaku.mhlw.go.jp/15/">http://www.kaignkensaku.mhlw.go.jp/15/</a> |
|----------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 公益社団法人新潟県社会福祉士会                |  |  |
| 所在地   | 新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階 |  |  |
| 訪問調査日 | 2019年10月17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)】

高齢者総合福祉相談センター川崎は、平成24年5月に、介護保険制度における地域包括ケアの一端を担うべく、長岡市川崎地区に介護予防、地域の相談窓口の機能をベースに在宅支援センターとして新規開設され、グループホーム、デイサービスセンター、居宅介護支援事業所、パワーステーションが併設されております。

法人の基本的な考え方である「認知症ケアが高齢者ケアの原点」のもと、<家族愛・社会愛＝支え愛>をkeywordに、グループホーム川崎東ではひとりひとりの「思う心」、「感じる心」を大切に、その人らしい生活が送れるよう支援しております。

川崎地区の中心街に位置する利便性を活かした外出活動、地域行事への参加など地元に着した事業所を目指し取り組んでおります。

センター川崎全体行事では併設事業所と合同で企画運営を行い「元気体感」をモチーフにご利用者、ご家族、地域の方々、センター職員との親睦を深めるとともに、センター川崎を知っていただき活用していただけることで地域還元につながるよう取り組んでおります。

ご家族はご利用者を支えるケアパートナーとして、協働していきけるよう信頼関係を築き、ご家族アンケートを実施する中で、日頃感じている思いを確認させていただき取り組みも行ってまいります。

毎月第3日曜日には、「オレンジカフェin川崎」を開催し、地域住民が認知症や在宅介護、将来の不安等を気軽に語り合い、相談しやすい場の提供を実施しております。

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

グループホーム川崎東は、平成24年に既存の建物を改修し高齢者総合福祉相談センターとして開設された複合施設の2階に位置している。同センターにはほかに、居宅介護支援事業所、デイサービスセンター、パワーリハビリステーションが併設されている。事業所が住宅地区及び文教地区に位置することもあって、これまでのセンター挙げての積極的な取り組みにより地域住民や近在の小学校との交流が活発に行われている。

管理者は、利用者との関わりで不適切なケアとは何かを常に職員に問いかけており、「利用者の心情を感じる心、思う心、考える心」の育成に取り組んでいる。具体的には、利用者へのアセスメント(その人を知る)には認知症介護研究・研修センター方式のシートを用いており、半年ごとに記述・補足して情報を更新し、利用者一人ひとりがその人らしい生活が送れるように支援している。

長岡地域を中心に広く高齢者福祉事業を展開する社会福祉法人を母体としており、認知症ケアをはじめ高齢者福祉に関する職員研修が項目ごとに広く深く系統立てて実施されている。

## 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                             | センター川崎の<家族愛・社会愛＝支え愛>をkeywordにグループホームとしての理念を作成。常に職員が確認できるようにスタッフルームに掲示してある。介護計画書作成やケアの方向性を話し合う場面、適切なケア提供に向けて常に振り返り、共有している。                                      | 高齢者総合福祉相談センター川崎の理念を基に事業所独自の「一人一人の思いや感じる心を大切にし、その人らしい生活が送れるよう支援する」という理念を作成している。実践のための職員個別専用シートを設けてケアの振り返りを行い、理念を常に意識した職場環境を整えている。          |   |
| 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                             | 町内行事である、グリーン作戦や納涼会へご利用者と一緒に参加している。また、ご利用者と作ったちまきやおはぎ、笹団子など、ご近所の方にお裾分けに伺っている。ボランティア活動では、折り紙、大正琴、歌、オカリナ等、地域の方々が来所されている。近隣の美容室とはご利用者の状態によって訪問美容も行っていただく等関係を深めている。 | 開設時より交流活動に取り組んでおり、近隣の小学校との定期的な交流や中学校の職場体験の場を提供している。高齢者総合福祉相談センター川崎をもっと地域の方々に知ってもらうために広報紙を町内に回覧配布している。近所から行事食のお裾分けのお返しが届くなど地域交流が活発に行われている。 |   |
| 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                           | 「オレンジカフェin川崎」を毎月第3日曜日に開催している。認知症の人の関わり方や認知症予防等、毎月内容を変えて実施している。センター川崎行事(納涼会、デイキャンプ)とのコラボレーション企画もあり、グループホームご利用者とカフェに参加される地域の方々との交流場面も増えてきた。                      |   |   |
| 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        | グループホームの現状報告を行いながら意見交換を主にしている。年2回デイサービスとも合同で開催している。ご利用者の状態像、介護職員体制、待機者情報等のご質問が多く聞かれている。また、有給休暇の取得状況や職員が働きやすい職場環境についてご意見いただき取り組みに活かしている。                        | 会議は、利用者、家族、地域の役員、開業医、行政担当者、地域包括支援センター職員、事業所職員をメンバーとして2カ月毎に開催されている。その内2回は併設のデイサービス事業所とも合同で開催している。会議で防犯対策等の提言があり、日曜日には正面玄関の施錠が行われるようになった。   | 現在でも活発な意見交換が行われているが、あらかじめメンバーに議事内容を周知できるように会議の年間計画を作成するなど、今後さらなる会議の進展を図る取り組みに期待したい。 |
| 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                  | 運営推進会議に参加していただき、グループホームでの現状報告を踏まえた上で意見交換を行い、助言等をいただいている。また、いつでも電話やメールにて相談ができる関係ができている。また、市が開催する集団指導や意見交換会、懇親会にも参加している。   | 介護相談員の受け入れや、地域密着型サービス事業所管理者研修への参加、オレンジカフェ等の開催等で連携している。また、電話やメールを通して行政職員との顔の見える関係作りを積極的に行っている。   |   |
| 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、センター内の研修会を通じて学ぶ機会を設けている。また、身体拘束廃止委員会でマニュアルの作成と緊急やむを得ない時の対応を含めて整備している。  | 法人でマニュアルと指針が作成されており、法人内近隣の3つのセンター合同での研修会が行われている。また、法人に設置された身体拘束廃止委員会を中心に、身体拘束廃止に向けた取り組みが行われている。   |   |

| 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 |
| 7  | (5-2) | ○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        | 高齢者虐待については、PMCによる全体研修を通して学ぶ機会を設けている。日々の関わりの中で、不適切なケアに着目し、職員一人ひとりがチェックシートを元に振り返りを行っている。事業所の課題と要因を明らかにし、適切なケアに向けて取り組み内容を検討し実践している。                  | マニュアル等も整備されており、高齢者虐待に関する全体研修も実施されている。年2回「虐待の芽チェックリスト」での振り返りを実施するとともに、管理者は職員個々が不適切なケアについての危機感を持ち、それを職員間で話し合っって課題の共有ができるよう図っている。 |                   |
| 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    | 管理者は研修の場を通して学ぶ機会を設けている。日常生活自立支援事業、成年後見制度を利用される際には、制度利用開始に伴い、ご利用者、ご家族、長岡市社会福祉協議会の専門員と連携、相談を行っている。ご利用者、ご家族が不安を抱えることのないように支援している。                    |  |                   |
| 9  |       | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 入所の申し込みから契約や解約、改定等の際はゆくりと十分な説明を心がけている。また、疑問や質問事項に関して、その都度お聞きし不安や心配がないよう努めている。制度改定に伴う料金変更等が生じた際には説明文を送付し、同意書をとっている。                                |  |                   |
| 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                     | ご利用者に聞き取りアンケート調査を実施し、意見・要望を聞かせていただいている。外出時の行先等もアンケートを取りご利用者の希望を最優先できるように関わっている。また、ご家族向けアンケート調査も実施している。いただいた意見に対して回答したものをホーム内に閲覧するとともに、ご家族へ郵送している。 | 毎年、家族へのアンケート調査を実施しており、その集約結果は、全家族へコメントを付けて郵送している。そこに年間行事の日程等も同封して送り、早めに家族へ連絡するようにしている。利用者からは担当職員が日々の関わりの中で意見等を聞き出すよう心掛けている。    |                   |
| 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                                      | センター全体会議やグループホーム会議の中で、センター及び事業所としての理念や方向性を確認している。職員から業務改善に対する意見を共有し改善に努めている。管理者は毎日行われるミーティングにも参加しており、意見や提案を反映できる体制が取れている。                         | センターの全体会議及びグループホーム会議が年間3～4回程度開催され、各ユニット会議は必要に応じて開催されている。日々のミーティングやカンファレンスが重要視されており、皆で考えていく方向性が徹底されている。                         |                   |
| 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      | 法人が実施する職員の振り返りを実施。勤務の配属や資格取得の希望など記載できる項目もあり、個々のやる気や能力を活かせる体制作りに努めている。良い点は再確認し、改善すべき点をグループホーム会議にて検討し共有している。ストレスチェックも行い、職員個々の状態を把握している。             |  |                   |
| 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践と力量を把握し、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         | 定期的なセンター内研修や法人内グループホーム部会での研修会を実施。その他、資格取得に向けた支援・勉強が行えるよう取り組んでいる。  |  |                   |
| 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 | 法人内グループホーム部会を毎月開催している。各事業所の課題や現状報告を行い意見交換の場を通して情報を共有している。また、施設見学も実施し、各々の事業所の環境面も参考にしている。研修会への参加もあり、他のグループホーム職員との交流を図る機会にもなっている。                   |  |                   |

| 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 | 入所される前には自宅へ訪問し、本人と面接している。その中で本人の要望をお聞きし、不安や疑問に対しては十分な説明を行っている。また、どのような環境で生活されているのかを把握するとともに、職員でその情報を共有し、安心できる関わりができるよう努めている。                                    |  |                   |
| 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            | 入所申し込みの際、ご家族から要望をお聞きしている。入所前には自宅へ訪問し、改めてこれまでの生活状況や困っていること、不安なこと、要望をお聞きしている。ケアマネージャーが同席し訪問することも多く、ご家族が話しやすい環境となるよう努めている。   |  |                   |
| 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        | 本人の状態から今必要とされるサービスについて、他職種で相談、検討できる体制となっている。必要とされるサービスにつなげられるよう法人内施設を中心に適宜連絡を取り合っている。   |  |                   |
| 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                        | 本人の状態から何ができて、何ができないのか、どこまでの支援があるとできるようになるのかをアセスメントした上で、ご利用者が主体的に行えるように努めている。また、ご利用者から教わる場面をつくり、共に話し合い、考えながら生活する視点を大切に取り組んでいる。                                   |  |                   |
| 19                          | (7-2) | ○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         | ご家族にはご利用者の生活を支えるケアパートナーとして協働していただけるよう日々の関わりを通してお話ししている。定期受診の協力や、行事等にはご家族へ案内文を送付し、一緒に参加いただけるよう働きかけている。面会時には、職員からお声かけし、日頃の様子をお伝えすると同時に、ご家族の意向も伺いケアに反映できるように努めている。 | 良いこと悪いこと含めて家族に伝えるようにしている。受診対応は基本的に家族にお願いし、8月の納涼会、9月敬老会、10月デイキャンプ、12月忘年会、1月の駅前ホテルでの新年会等に家族の参加を促して事業所と家族との関係性を深めるように図っている。 |                   |
| 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                     | ご利用者の友人やご近所の方が面会に来られ、居室でゆっくり過ごせるように配慮している。また、ご利用者のご意向で自宅への外出支援を行い、ご家族と過ごす時間やご近所の方と交流できるよう努めている。   | 利用者の交友関係のリストを事前に作成し、本人の馴染みの関係の把握に努めている。さらに入居後に知り得た馴染みの情報については、専用書式に追加記入し情報の共有化を図っている。利用者は入居前から利用していた床屋や美容室を継続して利用している。   |                   |
| 21                          |       | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | リビングでは気の合う方同士でくつろげる環境に配慮している。同時にご利用者同士の関係性でストレスを抱え込まないよう、一人で過ごす時間も大事にしている。食事作りをはじめ、同じ目的で関わる場面を意図的に作ることで、ご利用者同士が声を掛け合い、協力しながら行えるよう努めている。                         |  |                   |
| 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  | 長期療養が必要となり契約を終了した方であっても、ご家族、病院と情報交換を行い、必要に応じてフォローできる体制作りを行っている。   |  |                   |

| 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>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   | グループホーム川崎東の理念でもある、ご利用者の思う心、感じる心を大事に受け止め、関わっている。職員間で情報共有できるように記録している。居室担当が中心となり、本人との関わりを深めるとともに、ご家族からもこれまでの生活の様子を含め本人の思いや意向を確認している。                           | センター方式のアセスメントシートを活用し半年毎の記入作成を繰り返し、本人の思いや意向を把握するよう努めている。思いや意向を表出することが難しい方については、行事や日々の関わりの中で本人の反応等を観察し、代弁している。             |                   |
| 24                                 | (9-2) | ○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                                       | その人らしく生活していくことを支援するにあたり、入居前には自宅を訪問し今までの暮らし、今ある暮らしを把握するように努めている。入居後も、ご利用者との日々の関わりでお聞きする話や、ご家族の面会の際に向った話を職員間で共有しケア実践に繋げている。アセスメントシートに新しい情報を追記し情報を共有できるようにしている。 | 入居前に居宅のケアマネージャーや家族及び本人から聞き取りを行なって、これまでの暮らし方について把握している。入居後に知り得た情報については専用書式に追加記入して共有できるようにしている。                            |                   |
| 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   | ご利用者一人一人の生活の様子を記録に残し、1日2回(10時、16時半)のミーティング時に報告し情報を共有している。また、検討課題が挙げられている場合にはカンファレンスを随時開催し状態確認及び、適切なケア実践に向け取り組んでいる。   |  |                   |
| 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 | 介護計画を作成するにあたり、本人と向き合い、お話しすることを第一に考えている。同時にご家族の意向を伺いケアに反映できるように努めている。検討課題は、他職員から情報収集を行い、カンファレンス時に意見交換を行いながら検討している。  | 職員一人ひとりが「気づく・考える・感じる」姿勢で本人と向き合い、介護計画作成に関わっている。半年ごとのアセスメントを基本とし、担当職員が毎月モニタリングを行い、カンファレンスにおいて複数の視点からの情報を基に検討して介護計画を作成している。 |                   |
| 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                        | 日々の様子については個別のケース記録、業務日誌を通して職員間で情報を共有している。また、1日2回(10時、16時半)のミーティングにて申し送りを実施。個別のケース記録をもとにケアプランのモニタリングを行い介護計画作成の見直しを行っている。                                      |  |                   |
| 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               | ご利用者と相談しながら外出先を決め活動を計画したり、その日、その時々意向を踏まえ買い物や散歩などに出掛けている。受診時はご利用者、ご家族の状況、状況に応じて送迎及び付き添いを行っている。介護保険外サービスでヘルパーを利用し受診しているご利用者もいる。                                |  |                   |
| 29                                 |       | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 歩いて行ける距離に美容室やスーパー、衣料品店などがあり、散歩や買い物の際、寄り道も楽しみの一つになっている。また、地域の方のボランティア協力も定期的な楽しみとなっている。  |  |                   |

| 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 |
| 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                                  | これまでのかかりつけ医を継続している。受診は基本的にはご家族の付き添いとなっている。緊急時、ご家族の付き添いが難しい場合は職員が付き添いを行うこともある。受診の際は、主治医連絡票やバイタル一覧表を作成し、日々の状態を主治医に伝えられるようにしており、ご家族も安心に繋がっている。 | 基本的にはこれまでのかかりつけ医を継続受診している。家族の付き添いを原則としているが、付き添いが難しい家族には介護保険外の付添ヘルパーの紹介を行うなど、家族の負担軽減を図っている。また、必要に応じて精神科受診等の際は職員の同行支援も行っている。   |                   |
| 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                          | 併設しているデイサービス看護師とはいつでも相談できる体制となっている。緊急受診の際、ご利用者の状態によっては看護師から医療機関へ状態報告し受診へと繋げるケースもある。   |  |                   |
| 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。 | 入院時には、ご利用者が入所されてからの経過や普段の生活の様子等を記載した介護連絡票を提供している。医療機関のケースワーカー、看護師と密に連絡を取ることで経過と入院期間、予後についてを随時確認し、ご利用者、ご家族が安心して治療を受けることができるよう支援している。         |  |                   |
| 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  | 入所時の契約の際、重度化に伴う指針を説明し、同意を得ている。ご利用者の状態が低下してきた場合等、特別介護老人ホームへの申し込みや、移られる時期、緊急時の対応等、適宜ご家族と相談している。同時に、法人内の各サービス事業所との連携を行っている。                    | これまでに、家族の希望と主治医の出来る範囲を勘案して対応し、複数の看取りの事例を経験している。だが、看取りについては基本的には実施しない方向である。身体機能が低下した場合は併設のデイサービスセンターの特殊浴槽で対応が可能であるが、早い段階から家族の希望を聞きながら適切な施設等を情報提供するなど、次のステップへの橋渡しを行っている。 |                   |
| 34 | (12-2) | ○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  | 救命講習、AEDの使用について、センター内研修にて学ぶ機会を設けている。また、医療の基礎知識の研修会を開催している。緊急時の動きをフローチャートにし適宜確認している。既往歴、疾病に対し、起こりうるリスクを医師の指示、看護師の助言から観察する視点をミーティングで確認し合っている。 | AED操作法の研修を含め定期的に研修を実施しており、緊急時対応のフローチャートも整備されている。ヒヤリハット及び事故報告書等は法人内の3つのセンター合同のリスクマネジメント委員会で分析し、再発防止に活かしている。   |                   |
| 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  | 消防計画に基づき地震想定での避難訓練や夜間想定での避難訓練を計画し実施。消防署立ち合いの訓練も実施している。また、車椅子を使用したの階段昇降訓練、救助袋を使用した訓練も実施し常に防災意識を持ち、迅速に行動できるよう努めている。                           | 「水害」「火災」「地震」についてセンター独自の防災マニュアルが整備されており、非常通報の連絡網には町内会長も含まれている。発電装置や食料及び水の備蓄も行って、災害時の備えに努めている。   |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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                   | ご利用者の尊厳やプライバシーが確保できるよう努めている。排泄介助の声掛けは他者に聞こえないような間わりや入浴場面では希望により同性介助での対応等、ご利用者に確認して行っている。ご利用者が行うことで失敗経験から自尊心を損なうことのないようさりげなくサポートできるよう配慮している。        | 3つのセンター合同で認知症研修及び倫理・法令順守の研修が行われている。また、管理者は不適切なケアとは何なのかを、自分に置き換え常に意識するよう職員に伝えている。年2回全職員を対象に不適切ケアの振り返りも行っており、利用者を尊重する姿勢が徹底されている。 |                   |
| 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                     | 一方的な言葉かけや押し付けにならないよう、本人の意思を確認し自己決定できる言葉かけを大事にしている。食事作りや洗濯物たたみといった場面でも願うだけではなく、ご利用者から声をかけてくれたり、一緒に行っていたりきかけ作りも大事にしている。                              |  |                   |
| 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 | 大まかな日課は設けているが、一人ひとりの生活のペースを大事にしている。朝はゆっくりと休んでいたいという方や居室で一人で過ごす時間を大事にしたい方、天気が良く散歩に出掛けたい方など、その時々々の意向を大切に、出来るだけ希望にそった生活が過ごせるよう努めている。                  |  |                   |
| 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                                  | 化粧品を持参されている方、ご家族から在宅で継続していた頭部マッサージや整髪料、ヘアスタイル等その人らしい身だしなみが行えるよう支援している。行事や、外出時には化粧やおしゃれをしていただいたりと生活にメリハリをつけることも大事にしている。                             |  |                   |
| 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     | ご利用者個々にできること、意欲を引き出すことができるような関わりを大事にしている。冷蔵庫の中身と相談しながら作るアイデア料理やその日に食べたい献立を一緒に考え買い物に出掛けるリクエスト料理など、ご利用者と一緒に準備から片付けまで行うようにしている。                       | 事業所独自にメニューを作成し、月・水・金曜日には近隣のスーパーへ利用者と食材の買出しに出掛けている。利用者と一緒にちまき作りや笹団子作り等の季節行事を楽しんだり、アイデア料理や利用者からのリクエストメニューなど、食事を楽しく取り組みが行われている。   |                   |
| 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          | 食事・水分量を毎回チェックしており、その日の体調や咀嚼、嚥下状態等の確認も行っている。ご利用者の体調に応じて食事形態の変更や、こまめな水分補給、補食の対応も行っている。献立は管理栄養士からアドバイスをいただき法人内グループホームで月交代で作成している。水分1日1,500mlを目標にしている。 |  |                   |
| 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                   | ご利用者個々の状態に応じ、毎食後の口腔ケアを行っている。義歯使用されている方で自己管理が難しい方は夕食後に洗浄・消毒を兼ねお預かりしている。口臭や歯の痛み、義歯調整、噛み合わせが悪い時などは、本人、ご家族と相談し歯科治療を検討している。                             |  |                   |

| 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 |
| 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                              | その日の排泄状況が見てわかりやすいよう排泄チェック表を使用し排泄パターンを把握している。失敗なくできるだけトイレで排泄できるよう、排泄状況や本人の状態を見ながらトイレへの声掛けを行っている。  | 排泄チェック表を作成し、利用者個々の排泄パターンの把握に努めている。出来る事や出来ていなかった事を捉え、その人の状態に応じてトイレ誘導の声掛けや介助を行っている。   |                   |
| 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  | 1日の水分摂取量を1,500ml以上を目標とし、できるだけトイレで自然な排便ができるように努めている。寒天を使用したゼリーや朝茶、夜間トイレ後の水分補給等、適宜水分を促し水分量のチェックを行っている。自然排便を働きかけるため、食事・水分・運動・排便といった高齢者の基本ケアを見直し取り組んでいる。           |   |                   |
| 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                             | 固定した曜日は決めておらず、個々の意向や体調を考慮した中で入浴を楽しめるよう支援している。1対1の関わりの中でゆったりとコミュニケーションを図れ、普段胸に抱えている思いを聞かせていただく場ともなっている。身体的な面で檜の浴槽に入るのが困難な方には1階デイサービスにあるチェアインバスに入浴することも可能となっている。 | 週2回を目標に入浴回数の設定を行っているが、それ以上の入浴希望にも対応している。身体状態により家庭浴槽に入るのが困難な利用者には、併設のデイサービスセンターの特殊浴槽にて入浴を行うなど、本人の希望や特性に応じて入浴を楽しめるように取り組んでいる。           |                   |
| 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   | ご利用者個々の生活習慣に合わせた支援を行っている。夜間眠れず起きて来られる方には一緒にお茶を飲みながらお話しをしたり、消灯後も部屋でテレビを見て過ごしたい方にはゆっくりと個々の時間を過ごしていただくなど配慮している。居室の照明、室温はご利用者の意向を確認し調整しながら安眠を促している。                |   |                   |
| 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  | 処方箋をファイルし、薬の目的、用量などいつも確認できるようにしている。薬の変更時には看護師に報告するとともに職員が情報共有できるよう記録し、臨時薬等は服薬チェック表にも表示している。ご利用者の状態は看護師に相談し主治医へも状態報告を行っている。                                     |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 一人ひとりのできることや得意なことを踏まえ、生活の中で役割を持っていただくことで個々の張り合いにも繋がっている。ご利用者の希望を伺って計画した外食や、散歩、買い物といった日常的な楽しみなど、ご利用者が楽しみ、気分転換を図れる機会を大事にしている。                                    |   |                   |
| 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 | ご利用者の希望に応じて出掛ける機会を作っている。外出活動では、ご利用者の意見をもとに外出先を決めている。また、新年会ではホテルを使用したり、普段あまり行けない場所をご家族と一緒に参加していただく機会を作り、生活のハリと楽しみに繋がるよう支援している。                                  | 週3回の食材の買い出しを含め、天気の良い日にはセンター周囲の散歩に出掛けている。また、利用者の希望を聞きながら、弁当持参での外出や、少人数での個別外出も行っている。センター全体の行事として新年会を行っており、駅前のホテルでの食事会には利用者は家族と共に参加している。 |                   |



| 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  | 事業所として金銭管理を行えないことを契約時に説明し同意を得ている。自己責任のもと金銭を持参されている方もおり、買物や外出先でご自分で支払われている方もいる。また、所持されていない方でも買い物の際、現金をお渡しし金額を見て支払いしてもらえるよう支援している。                    |   |   |
| 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   | ご利用者の希望に応じて日常的に電話をかけることができる状態となっている。また、ご家族や知人から電話があった場合など、子機を使用し居室でお話できるよう配慮している。年賀状の時期には、ご希望があった方でご家族、知人宛に出せるよう支援している。                             |   |   |
| 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 | 共有空間において1日4回温度、湿度をチェックしている。季節に合わせた装飾や、日々の生活の様子や外出した時の写真を掲示したり居心地の良さとともにご利用者間で会話が弾みきっかけとしての空間作りに努めている。   | 以前、産婦人科医院であった建物を改築して使用している。ユニットごとに華美にならない程度に季節の装飾が行われている。少人数で過ごせる空間に長椅子等を置き、居心地の良い生活空間を作り出している。               |   |
| 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  | リビングから離れた所にソファを設置し、仲の良いご利用者同士でゆっくりくつろげるスペースがあったり、自由にユニット間を行き来できる状況となっている。   |   |   |
| 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   | 入居時に自宅に慣れ親しんだ家具や置物、飾り等を持参いただくことで安心して過ごしていただくことができるよう説明している。ご家族に協力いただき持ち込んでいただける方もいるが、そうでない方もいる。更に居心地の良い居室となるよう居室担当を中心に利用者と一緒に自宅へ外出する企画など働きかけを行っている。 | 以前、産婦人科医院だった建物であるため、居室にはトイレが設置されていたり、カーペット敷きであったり、様々なタイプが用意されている。備え付けのテレビや机がある居室もあり、他の利用者と共に居室でテレビを楽しむこともできる。 | 馴染みの物品を持ち込んでいる方もいるが、利用者一人ひとりがより居心地よく過ごせる居室空間づくりに向けて、よりいっそうのアイデアや工夫を期待したい。 |
| 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   | 各居室には名札を掲示し、ご利用者個々に暖簾を下げている方もいる。居室によってはトイレが設置してある所もありご利用者が安全に使用しやすいよう、ご利用者、家族と相談し扉を撤去し暖簾に切り替えている。   |   |   |

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当する項目に○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<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、生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    |    |   |                       |   |