

### 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   | 2393000092        |            |  |
| 法人名     | 株式会社さちコーポレーション    |            |  |
| 事業所名    | グループホームさち(うめユニット) |            |  |
| 所在地     | 愛知県豊田市栄生町3丁目58番地  |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月5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 [opl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JN0=239300009](http://opl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JN0=239300009)

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人なごみ(和)の会 |  |  |
| 所在地   | 名古屋市千種区小松町五丁目2番5  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成31年2月26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)】

日課やスケジュールにとらわれず、自宅のように入居者が生活できるように雰囲気を作っている。日中の施設を行わず、帰りたい気持ち・外へ散歩したい気持ち等、その時その時の思いに寄り添って傾聴や気分転換、やりたいことの達成をどの職員も行っている。法人内の訪問看護ステーションや協力医と連携し、重度化や看取りへの対応し、本人・家族が願う最期の過ごし方のお手伝いを長年実施してきている。20代～60代の職員が男女まんべんなく在籍し、どの職員も明るく協力し合って入居者の生活の支援を行っているチームである。

【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)】

閑静な住宅街にあるホームは開設より10年が経過しようとしている。「自分らしく生きる」ための居場所作りや地域に根差したホームの運営を目指し、安心して幸せに生活できる環境づくりに努めている。1ユニットでは5月より認知症デイサービスを開始しグループホームの生活に様々な良い影響が出てきており、その一つに「皆で運動・体操」がある。両ユニットの利用者とデイの利用者で円になり体操を一生懸命やったり、大笑いしてお互いを知ったり・・・と利用者層の拡大が新しい風を吹き込み、充実した日々が増えてきている。家族や地域関係者との絆も強く各種のボランティアの力を借りながら職員は利用者のその人らしい生活ができるよう個々の得意分野も活かしながら優しく寄り添った支援に取り組んでいる。地域にしっかりと根付き、訪問日も多くの人々が自由に入出入りする環境を利用者も明るく受け入れ、趣味や会話、季節感に富んだ内容が盛りだくさんの生活を楽しんでいる。2年後新たな感動が期待され、訪問が楽しみなホームである。

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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<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

[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  | 玄関に掲示し、いつでも確認できるようにしている。会議などの時間で確認をすることもある。理念に基づき、毎年ユニット目標を考え、理念に基づいたサービスが行えるように実践している。                        | ホームの理念実践に向け毎年職員とユニット目標を作成し「のんびりと穏やかに」生活して頂くことを心掛け行動指針に沿って日々介護に努めている。会議や日常業務の話し合い、冷蔵庫や日報に添付して意識付けを図っている。開設10年が経過し理念の見直しも視野に入れている。  |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している  | 近所のパン屋や喫茶店、地域行事などへ出かけている。散歩時は行きかう人にあいさつや会釈などしている。朝市を開催し、地域の方と交流が図れるようにしている。地域の方や高専・大学等の学生によるボランティアの受け入れもやっている。 | 自治会に加入し、運営推進会議や区だよりで地域情報を得、お祭り等に参加している。そば打ちやオカリナ、ウクレレのボランティアが定期的に訪問している。4～12月まで月1回開催の「さち市」では利用者が無農薬野菜や手作り品等の販売を通じて地域住民と交流している。また、家事ボランティアとして地域住民の訪問もある。   |                   |
| 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  | 包括と共に地域の徘徊模擬訓練を実施したり、包括・市の主催する介護家族会や大学・高専等で認知症介護の講義・イベント等を行っている。共用型認知デイを地域の方に利用いただいている。                        |   |                   |
| 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                                     | 2か月に一度開催を行い、毎回参加された方々にも様々な立場から意見を頂戴している。今年度は同じ自治区の地域密着型サービスと共同開催し、多くの地域住民や家族に参加いただき、それぞれのサービスの特徴や活動の説明を行った。    | 家族・区長・民生委員・地域包括支援センター職員等の参加を得て偶数月に、特に10月は同自治区内の特養との合同で開催している。ホームの運営や日常生活状況報告に加え、参加者と活発に意見交換がされている。身体拘束適正化や看取り介護への考え方や指針を詳しく説明し、ホームの取り組みへの理解へ繋げている。  |                   |
| 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   | 月1回市の介護相談員が訪問し現状の報告や意見をいただいている。内容は職員全員に回覧し、改善につとめている。わからないことや困ったことなどがあれば、その都度市の担当者に報告・相談を行っている。                | 開設10年が経過し、行政からホーム見学の際に情報交換等をしている。介護相談員の訪問が毎月あり、利用者や時には家族との会話から情報交換や助言をもらい、サービス向上に活かしている。市・県社協主催の研修に職員も都度参加している。   |                   |
| 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 | 会議や事業所内研修等で学びの場を設けている。また3か月に一度身体拘束適正化委員会を実施し、身体拘束が行われていないか、不適切なケアがないかの確認を行っている。日中は施錠を行っていない。                   | 身体拘束等の適正化を図るための指針整備や検討委員会定期開催が義務化されたことを受け、研修会を2回実施している。職員が個々にセルフチェックを行い、不適切ケアについて再度確認している。スピーチロックに関しては家族対応も含め職員間で「なれ合い」にならないよう努めており、重篤な場合は個別に指導している。日中玄関は施錠せず、ユニット間も自由に行き来できるようオープンにしており、離脱訓練も実施している。 |                   |
| 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                                     | 会議や研修などを通じて学んでいる。3か月に一度身体拘束適正化委員会を開き、不適切なケアがないか確認を行っている。   |   |                   |

| 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 |
| 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    | 現在は対象者はいないが、研修などで学んでいる。  |  |                   |
| 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                         | 契約の締結や解約時、改定時には管理者が行い、随時確認している。利用後に契約内容の理解不十分により苦情があった場合は、改めて内容を説明し、理解・納得いただけるように努めている。                                |  |                   |
| 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                     | 利用者は月に一度市の介護相談員に話す機会があり、運営に反映させている。家族は随時職員や管理者が対応し、反映させている。状況によっては、サービス利用前の担当ケアマネ等に依頼し、意見・要望等を聞いていただき、フィードバックをもらう時もある。 | 家族は面会時に管理者や職員と意見交換したり要望を話している。内容は日常記録や日報に書留め、職員間で会議で話し合い反映している。緊急性の高い内容等は直ぐに検討し管理者より家族に伝える場合もある。家族会はないが訪問時に悩みや不安等を話しながら交流している。 |                   |
| 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                                      | 会議や定期面談などを通じて意見を聞く機会を設けている。普段からも必要に応じて改善等に反映させている。   | 職員はケア内容を話し合うケース会議や業務内容を話し合う中で研修も行い、意見や提案、希望を出し合い、サービスの向上に向け取り組んでいる。新人にはこまめに話を聴く機会を設け、年2回の面接で個人目標の進捗状況や達成度を確認し、資質向上に活かしている。     |                   |
| 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      | 面談を通じて行っている。また職員の状況に応じては突発的なことでもその都度相談にのり改善や環境整備を行っている。毎年職員の資質を高めるための個人目標を自分たちで設定し、その実施内容や達成度に合わせたの評価も行っている。           |  |                   |
| 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         | 社内外の研修に参加できるようにしている。スタッフルームに様々な研修の案内を掲示し、自己啓発につなげている。  |  |                   |
| 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 | 研修会や事業所同士の交流会等の行事に参加している。  |  |                   |

| 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 |
| <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 | 入居前に管理者等が生活している場を訪問し意向を確認している。入居後は職員が傾聴を主にやっている。   |  |                   |
| 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            | 入居前は管理者等が家族等から確認や提案などを行っている。入居後は家族からの意見要望などは来所された際にうかがい、要望に応じてできることの提案やできない場合の代替案など出しながら、信頼関係を築けるように努力している。        |  |                   |
| 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        | 入居前面談で家族・本人・担当ケアマネ等からの要望や留意点を確認し、他のサービス利用も含めたサービス内容を検討している。  |  |                   |
| 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                        | それぞれの能力に応じて家事を中止としたできる子とを他の利用者や職員と協力し合いながら行っていただき、役割をそれぞれが持ちながら共に生活する仲間の関係になるよう努めている。                              |  |                   |
| 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         | 家族の状況を理解した上で、利用者の想いを理解し良い関係が築けるように努めている。家族が来所された時は家族との時間が気持ちよく過ごせるように努めている。  |  |                   |
| 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                     | 居室に馴染みのある物(写真や仏壇、位牌など)を置き、いつまでも忘れずにいられるように生活環境を整えていただいている。来客については家族から接触禁止されていない限りはどの方でも交流できるようにし、家族にも来所者の報告を行っている。 | 個々の馴染みの場所や交友関係、友人等の情報、家族の要望も加味しながら友人や親せきの方の来訪や手紙のやりとり、電話の取次ぎを支援し馴染みの関係が途切れないよう支援している。墓参り等内容によっては家族に対応してもらい、父の日には外出支援で男性3名が矢作川のアユ料理を堪能した。入所後、障害施設や特養の喫茶店は馴染みと場所となり利用している。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の関係を理解し、お互いが不快な気持ちにならないよう見守り対応している。トラブルにならない限りは自由に関わり合っていたい。  |  |                   |

| 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                    | 退所後多くの方は関わりがほとんどないが、一部ではボランティア等で来所して下さるご家族もみえる。   |   |                   |
| <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   | 随時、本人の意向をうかがうようにしている。意思確認が困難な方は表情やしぐさなどからご本人の気持ちを読み取るようにしている。                                 | 利用者とのコミュニケーションを密に図り、意向を引き出すようにしている。また別室でゆっくり話をする時間を作り、利用者が思いを伝えやすい環境を作っている。起床や食事時間等は利用者の生活ベースを重視し、日常生活に個々の意向を取り入れている。             |                   |
| 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                                       | 入居前アセスメントの内容を職員も共有し、入居時にできるだけ今までの生活に近づけるように努めている。入居後も傾聴や会話の中からこれまでの生活の把握を行い、支援のヒントになるよう努めている。 |   |                   |
| 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   | 日ごろから利用者の様子を注意深く観察している。気づいたことは記録などで情報を共有している。   |   |                   |
| 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 | 計画作成担当者を中心に本人、家族、職員や訪問看護師などから意見を聞き、会議等で話し合い介護計画を作成している。                                       | 3か月毎のモニタリング、6か月毎の見直し検討を行うが、重度化や終末期には細かい単位で家族や主治医、看護師と話し合い、現状に合った介護計画を立てている。モニタリングは職員全員がチェック表に記入し、実践状況を全体で共有し、目標達成に向けた介護計画を提供している。 |                   |
| 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                        | 日々の様子を日報や支援記録などに記録し、送り等で共有し、日々改善に努めている。   |   |                   |
| 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               | 必要に応じて本人、家族、職員等と話し合いながら対応できるように努めている。   |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | 近隣の公共施設だけでなく、利用者それぞれの好みや馴染みの場所を調べ、必要に応じて事前確認を行うなどしてお出かけが出来るように支援している。                         |   |                   |
| 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                                  | 協力医の往診や場合によってはかかりつけ医の往診対応も行っていたりしている。また専門医の受診についても協力医や訪問看護師、本人、家族と相談しながら受診を行っている。             | 入居時に利用者の希望に応じ、かかりつけ医を選んでもらっている。かかりつけ医への受診は家族対応だが、通院支援も可能としている。かかりつけ医へサマリーや情報提供書を手配したり、家族には毎月の手紙や電話で詳細を伝える等の支援を行っている。協力医や訪問看護は24時間相談できる体制を整えている。協力医は2週間ごと、歯科は随時訪問診療している。 |                   |
| 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                          | 体調の変化には注意し、異変があれば管理者・訪問看護師へ報告、敵愾な処置が行えるように連携している。   |   |                   |
| 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。 | 管理者または計画作成担当者が対応している。面会時や電話等で入院先の担当者、家族などから情報交換や退院後の相談を行っている。得た情報は職員にも共有し、退院後の支援内容の検討につなげている。 |   |                   |
| 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  | 入居時から重度化や終末期に向けた方針の説明を行っている。ご利用者の状態に合わせて今後の生活の場所について本人・家族と随時意向確認を行い、支援を行っている。                 | 重度化や終末期ごとに利用者、家族と話し合いを行い、その時々々の意向や希望を把握し、少しでも今まで通りの生活が送れる様に職員が一団となり支援している。センサー式の介護ロボットを導入し、終末期の利用者のベッドに設置している。それにより些細な体調の変化を把握でき、24時間看護師や主治医と迅速に連携を図る体制を整えている。          |                   |
| 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  | 研修の受講を順次行っているが、すべての職員がまだ受講できていないため、手順に不安を感じている職員もいる。  |   |                   |
| 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  | リスクマネジメント委員会が中心となって災害時の対応の準備や訓練等を行っている。火災・地震訓練をそれぞれ年2回実施し、消防署職員にも立ち会い指導いただいている。               | 昼夜を想定した地震や火災の避難訓練を年4回行った。訓練は職員全員が実施し、反省会で話し合い改善に向け取り組んでいる。また推進会議で報告し、問題点を周知している。災害時の避難場所は、指定場所よりも包括支援センターへの避難が安全だと意見があり。防災意識を高め、地域との協同関係が築かれている。                        |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                                  |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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                    | 利用者一人一人の性格や気持ちに合わせながら、人生の先輩と敬い声掛け対応を行うように心がけている。  | 新人研修や接遇マナーの研修を実施し、言葉使いや接し方、態度に気を付ける様に指導している。管理者は馴れ合いな言動が見られた際は、その都度注意を促し意識付けをしている。失禁した際は、羞恥心に配慮した声掛けや対応に努めている。                                   |                   |
| 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                      | 職員と利用者だけでなく、利用者同士の会話等の中からも自分の想いが自然と出るような雰囲気がつくれるように努めている。また一方的に職員が決めるのではなく、意向を確認するように心がけている。                  |  |                   |
| 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 | 時間帯や状況によって完全に行うことは難しいが、なるべく希望に沿って生活できるように努めている。   |  |                   |
| 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                                   | 自分で整えることが難しい方は職員が服選びや髭剃りなど手伝い、清潔でその人らしい姿になるよう支援している。衣類等の不足や衣替えなどは事業所から家族へ依頼したり、代わって準備をし、季節にあった服装ができるように努めている。 |  |                   |
| 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      | 一人一人の能力や意欲に合わせて食事作りや片付けを行っていただいている。食事の好みもできる限り対応している。   | 利用者の食べたい物を聞き取り、献立に反映している。利用者各々の嗜好や摂取能力を考慮し、苦手な物は代替したり、食べ易い形態にして提供している。食事の準備や片付けは利用者と協力して行い、残存機能の維持向上に努めている。お節やおこしもの等のクッキングを行い、レクを通して食への関心を高めている。 |                   |
| 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           | 水分補給は食事や定期的なお茶の時間以外にも声をかけて補給していただくように心がけている。食事も利用者それぞれに合わせて本人にも確認しながら提供している。                                  |  |                   |
| 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                    | 朝・晩は職員からも促し実施している。昼食後は個々に任せている。   |  |                   |



| 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                              | それぞれの排泄間隔を確認しながら、促しの必要な方には声をかけたり誘導し、出来る限り紙パンツやパットが最小限で済むように心がけている。使用サイズもそれぞれに合わせてたものを随時検討、用意している。     | 排泄チェック表を確認しながら、一人ひとりの排泄状況に合わせて臨機応変に声掛けや誘導を行っている。退院後で紙パンツの使用していたが、声掛けを頻回にする事でトイレで排泄ができ、布パンツに戻った例もあり、自立に向けて支援している。  |                   |
| 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  | 食事や運動も行っているがそれでも排便がない場合はそれぞれに処方された薬を服用していたりときもある。   |   |                   |
| 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、個々にそうした支援をしている                       | 本人の希望を聞きながら、当日の朝に入浴予定者の名前をホワイトボードに記入したり、声掛けを行ったりして入浴への意識づけを行っている。                                     | 入浴は各々が入りたい時に入っており、希望があれば毎日でも入浴できる。機械浴を整備し、重度化した場合でも職員が二人で対応して安全に入浴できる環境である。希望があれば入浴剤を使用したり、仲の良い利用者同士で入る等、楽しく入浴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の状況に応じて、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  | それぞれの体調に合わせて静養の時間を取り入れたりしている。ソファ等でうとうとされている方には無理に起こさずそっと見守っている。昼夜逆転の傾向にある方は体調を見ながら日中の活動を促している。        |   |                   |
| 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  | 会議時に定期的に内服薬の内容の確認を行っている。服薬方法やタイミングは医療職と相談しながら必要に応じて検討し、状態にあった服薬が出来るように努めている。                          |   |                   |
| 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                             | それぞれの好みや習慣にあった活動(家事、パズル、散歩、運動など)や役割を提供できるように支援している。   |   |                   |
| 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 | 散歩や買い物、ドライブなどの外出支援を日ごろから行っている。季節行事(いちご・ぶどう狩り、日帰り旅行)は家族やボランティアの協力もいただいている。普段から自宅やお墓参りに連れて行ってくださる家族が多い。 | その日の希望に応じ、散歩や買い物、喫茶店やドライブ等、個別に支援している。父の日の企画では、ある利用者の生まれ故郷へ行き、昔なつかしいやな体験を実現した。日頃難しい場所への外出支援も叶えている。墓参りや帰省は家族と連携を図り実現している。日帰りバス旅行や花見、花火大会見物等、多彩な外出企画を提供している。 |                   |



| 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  | ご自分で管理している方、管理はできないので事務所で管理し、外出時にお渡ししている方、事業所で立て替える方と3つの中から本人・家族の希望と能力に合わせて対応している。                                  |   |                   |
| 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している  | 携帯電話の持ち込みを許可している。電話の掛け方がわからない場合は職員が変わって電話をかけている。また持っていない方は事業所の電話を使用している。年賀状などもやりとりしている。                             |   |                   |
| 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 | みんなで作った作品をフロアに飾ったり、写真をはったり、デッキでプランター菜園や庭の草木等から季節感や生活感を作っている。不快や混乱を招くような刺激はないように利用者に確認しながら対応している。                    | 各りビングはテラスに面し風通しが良く、自由に入出りでき庭の梅や桜等眺めながら外気浴を楽しむ事ができる。壁には季節ごとの貼り絵やイベント等の写真を飾りアットホームな雰囲気を作り努めている。掃除も行き届き、臭いもなく清潔さが感じられる。      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 食事以外の時間はテーブル席だけでなく自由にテレビ側・デッキ側とそれぞれの好みでゆったり過ごせるような空間づくりも行っている。関係の悪い利用者同士が近くで過ごす場合は様子を見守り、悪化しそうな場合は場所を移して気分転換を図っている。 |   |                   |
| 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  | ベッドとタンスは事業所の物が最初から用意されているが、布団や家具類など本人の使い慣れたものを持ち込んでいただき、過ごしやすい環境を家族にも協力いただきながら支援している。                               | 馴染みのあるタンスや机、椅子等を持ち込み、各々がくつろげる居室となっている。仏壇に毎日お供えする利用者や、自宅と同じ様にコタツやカーペットを敷いている利用者もおり、生活環境が変わっても以前と変わらず落ち着いて生活できる空間作りに配慮している。 |                   |
| 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   | トイレなどの場所の表示を行ったり、手すりを設置してなるべく自分で移動できる環境を作っている。  |   |                   |

### 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   | 2393000092         |            |            |
| 法人名     | 株式会社さちコーポレーション     |            |            |
| 事業所名    | グループホームさち(さくらユニット) |            |            |
| 所在地     | 愛知県豊田市栄生町3丁目58番地   |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月5日          | 評価結果市町村受理日 | 平成31年3月26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 [opl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JNO=239300009](http://opl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JNO=239300009)

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人なごみ(和)の会 |  |  |
| 所在地   | 名古屋市千種区小松町五丁目2番5  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成31年2月26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)】

日課やスケジュールにとらわれず、自宅のように入居者が生活できるように雰囲気を作っている。日中の施錠を行わず、帰りたい気持ち・外へ散歩したい気持ち等、その時その時の思いに寄り添って傾聴や気分転換、やりたいことの達成をどの職員もやっている。法人内の訪問看護ステーションや協力医と連携し、重度化や看取りへの対応し、本人・家族が願う最期の過ごし方のお手伝いを長年実施してきている。20代～60代の職員が男女まんべんなく在籍し、どの職員も明るく協力合って入居者の生活の支援を行っているチームである。

【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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

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<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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<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

[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  | 玄関に掲示し、いつでも確認できるようにしている。会議などの時間で確認をすることもある。理念に基づき、毎年ユニット目標を考え、理念に基づいたサービスが行えるように実践している。                        |      |                   |
| 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  | 近所のパン屋や喫茶店、地域行事などへ出かけている。散歩時は行きかう人にあいさつや会釈などしている。朝市を開催し、地域の方と交流が図れるようにしている。地域の方や高専・大学等の学生によるボランティアの受け入れも行っている。 |      |                   |
| 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  | 包括と共に地域の徘徊模擬訓練を実施したり、包括・市の主催する介護家族会や大学・高専等で認知症介護の講義・イベント等を行っている。共用型認知デイを地域の方に利用いただいている。                        |      |                   |
| 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                                     | 2か月に一度開催を行い、毎回参加された方々にも様々な立場から意見を頂戴している。今年度は同じ自治区の地域密着型サービスと共同開催し、多くの地域住民や家族に参加いただき、それぞれのサービスの特徴や活動の説明を行った。    |      |                   |
| 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   | 月1回市の介護相談員が訪問し現状の報告や意見をいただいている。内容は職員全員に回覧し、改善につとめている。わからないことや困ったことなどがあれば、その都度市の担当者に報告・相談を行っている。                |      |                   |
| 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 | 会議や事業所内研修等で学びの場を設けている。また3か月に一度身体拘束適正化委員会を実施し、身体拘束が行われていないか、不適切なケアがないかの確認を行っている。日中は施錠を行っていない。                   |      |                   |
| 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                                     | 会議や研修などを通じて学んでいる。3か月に一度身体拘束適正化委員会を開き、不適切なケアがないか確認を行っている。   |      |                   |

| 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 |
| 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    | 現在は対象者はいないが、研修などで学んでいる。  |      |                   |
| 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                         | 契約の締結や解約時、改定時には管理者が行い、随時確認している。利用後に契約内容の理解不十分により苦情があった場合は、改めて内容を説明し、理解・納得いただけるように努めている。                                |      |                   |
| 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                     | 利用者は月に一度市の介護相談員に話す機会があり、運営に反映させている。家族は随時職員や管理者が対応し、反映させている。状況によっては、サービス利用前の担当ケアマネ等に依頼し、意見・要望等を聞いていただき、フィードバックをもらう時もある。 |      |                   |
| 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                                      | 会議や定期面談などを通じて意見を聞く機会を設けている。普段からも必要に応じて改善等に反映させている。   |      |                   |
| 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      | 面談を通じて行っている。また職員の状況に応じては突発的なことでもその都度相談にのり改善や環境整備を行っている。毎年職員の資質を高めるための個人目標を自分たちで設定し、その実施内容や達成度に合わせた評価も行っている。            |      |                   |
| 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られる機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている       | 社内外の研修に参加できるようにしている。スタッフルームに様々な研修の案内を掲示し、自己啓発につなげている。  |      |                   |
| 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 | 研修会や事業所同士の交流会等の行事に参加している。  |      |                   |

| 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 |
| <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 | 入居前に管理者等が生活している場を訪問し意向を確認している。入居後は職員が傾聴を主に行っている。   |      |                   |
| 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            | 入居前は管理者等が家族等から確認や提案などを行っている。入居後は家族からの意見要望などは来所された際にうかがい、要望に応じてできることの提案やできない場合の代替え案など出しながら、信頼関係を築けるように努力している。       |      |                   |
| 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        | 入居前面談で家族・本人・担当ケアマネ等からの要望や留意点を確認し、他のサービス利用も含めたサービス内容を検討している。  |      |                   |
| 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                        | それぞれの能力に応じて家事を中止とすることができる子とを他の利用者や職員と協力しながら行っていただき、役割をそれぞれが持ちながら共に生活する仲間の関係になるよう努めている。                             |      |                   |
| 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         | 家族の状況を理解した上で、利用者の想いを理解し良い関係が築けるように努めている。家族が来所された時は家族との時間が気持ちよく過ごせるように努めている。  |      |                   |
| 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                     | 居室に馴染みのある物(写真や仏壇、位牌など)を置き、いつまでも忘れずにいられるように生活環境を整えていただいている。来客については家族から接触禁止されていない限りはどの方でも交流できるようにし、家族にも来所者の報告を行っている。 |      |                   |
| 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                 | 利用者同士の関係を理解し、お互いが不快な気持ちにならないように見守り対応している。トラブルにならない限りは自由に関わり合っている。  |      |                   |

| 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 |
| 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                    | 退所後多くの方は関わりがほとんどないが、一部ではボランティア等で来所してくださるご家族もみえる。  |      |                   |
| <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   | 随時、本人の意向をうかがうようにしている。意思確認が困難な方は表情やしぐさなどからご本人の気持ちを読み取るようにしている。                                 |      |                   |
| 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                                       | 入居前アセスメントの内容を職員も共有し、入居時にできるだけ今までの生活に近づけるように努めている。入居後も傾聴や会話の中からこれまでの生活の把握を行い、支援のヒントになるよう努めている。 |      |                   |
| 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   | 日ごろから利用者の様子を注意深く観察している。気づいたことは記録などで情報を共有している。   |      |                   |
| 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 | 計画作成担当者を中心に本人、家族、職員や訪問看護師などから意見を聞き、会議等で話し合い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                        | 日々の様子を日報や支援記録などに記録し、申送り等で共有し、日々改善に努めている。  |      |                   |
| 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               | 必要に応じて本人、家族、職員等と話し合いながら対応できるように努めている。   |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | 近隣の公共施設だけでなく、利用者それぞれの好みや馴染みの場所を調べ、必要に応じて事前確認を行うなどしてお出かけが出来るように支援している。                         |      |                   |
| 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                                  | 協力医の往診や場合によってはかかりつけ医の往診対応も行っていただいている。また専門医の受診についても協力医や訪問看護師、本人、家族と相談しながら受診を行っている。             |      |                   |
| 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                          | 体調の変化には注意し、異変があれば管理者・訪問看護師へ報告、敵愾な処置が行えるように連携している。   |      |                   |
| 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。 | 管理者または計画作成担当者が対応している。面会時や電話等で入院先の担当者、家族などから情報交換や退院後の相談を行っている。得た情報は職員にも共有し、退院後の支援内容の検討につなげている。 |      |                   |
| 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  | 入居時から重度化や終末期に向けた方針の説明を行っている。ご利用者の状態に合わせて今後の生活の場所について本人・家族と随時意向確認を行い、支援を行っている。                 |      |                   |
| 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  | 研修の受講を順次行っているが、すべての職員がまだ受講できていないため、手順に不安を感じている職員もいる。  |      |                   |
| 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  | リスクマネジメント委員会が中心となって災害時の対応の準備や訓練等を行っている。火災・地震訓練をそれぞれ年2回実施し、消防署職員にも立ち会い指導いただいている。               |      |                   |



| 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 |
| <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                   | 利用者一人一人の性格や気持ちに合わせてながら、人生の先輩と敬い声掛け対応を行っているように心がけている。  |      |                   |
| 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                     | 職員と利用者だけでなく、利用者同士の会話等の中からも自分の思いが自然と出るような雰囲気をつくられるように努めている。また一方的に職員が決めるのではなく、意向を確認するように心がけている。                 |      |                   |
| 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 | 時間帯や状況によって完全に行うことは難しいが、なるべく希望に沿って生活できるように努めている。   |      |                   |
| 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                                  | 自分で整えることが難しい方は職員が服選びや髭剃りなど手伝い、清潔でその人らしい姿になるよう支援している。衣類等の不足や衣替えなどは事業所から家族へ依頼したり、代わって準備をし、季節にあった服装ができるように努めている。 |      |                   |
| 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     | 一人一人の能力や意欲に合わせて食事作りや片付けを行っていただいている。食事の好みもできる限り対応している。   |      |                   |
| 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          | 水分補給は食事や定期的なお茶の時間以外にも声をかけて補給していただくように心がけている。食事量も利用者それぞれに合わせて本人にも確認しながら提供している。                                 |      |                   |
| 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                   | 朝・晩は職員からも促し実施している。昼食後は個々に任せている。   |      |                   |

| 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                              | それぞれの排泄間隔を確認しながら、促しの必要な方には声をかけたり誘導し、出来る限り紙パンツやパットが最小限で済むように心がけている。使用サイズもそれぞれに合わせてたものを随時検討、用意している。       |      |                   |
| 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  | 食事や運動も行っているがそれでも排便がない場合はそれぞれに処方された薬を服用していただくときもある。  |      |                   |
| 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                        | 本人の希望を聞きながら、当日の朝に入浴予定者の名前をホワイトボードに記入したり、声掛けを行ったりして入浴への意識づけを行っている。                                       |      |                   |
| 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   | それぞれの体調に合わせて静養の時間を取り入れたりしている。ソファ等でうとうとされている方には無理に起こさずそっと見守っている。昼夜逆転の傾向にある方は体調を見ながら日中の活動を促している。          |      |                   |
| 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  | 会議時に定期的に内服薬の内容の確認を行っている。服薬方法やタイミングは医療職と相談しながら必要に応じて検討し、状態にあった服薬が出来るように努めている。                            |      |                   |
| 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                             | それぞれの好みや習慣にあった活動(家事、パズル、散歩、運動など)や役割を提供できるように支援している。   |      |                   |
| 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 | 散歩や買い物、ドライブなどの外出支援を日ごろから行っている。季節行事(いちご・ぶどう狩り、日帰り旅行)は家族やボランティアの協力もいただいている。普段から自宅やお墓参りなどに連れて行ってくださる家族が多い。 |      |                   |

| 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  | ご自分で管理している方、管理はできないので事務所で管理し、外出時にお渡ししている方、事業所で立て替える方と3つの中から本人・家族の希望と能力に合わせて対応している。                                  |      |                   |
| 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している  | 携帯電話の持ち込みを許可している。電話の掛け方がわからない場合は職員が変わって電話をかけている。また持っていない方は事業所の電話を使用している。年賀状などもやりとりしている。                             |      |                   |
| 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 | みんなで作った作品をフロアに飾ったり、写真をはったり、デッキでプランター菜園や庭の草木等から季節感や生活感を作っている。不快や混乱を招くような刺激はないように利用者に確認しながら対応している。                    |      |                   |
| 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  | 食事以外の時間はテーブル席だけでなく自由にテレビ側・デッキ側とそれぞれの好みでゆったり過ごせるような空間づくりも行っている。関係の悪い利用者同士が近くで過ごす場合は様子を見守り、悪化しそうな場合は場所を移して気分転換を図っている。 |      |                   |
| 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  | ベッドとタンスは事業所の物が最初から用意されているが、布団や家具類など本人の使い慣れたものなどを持ち込んでいただき、過ごしやすい環境を家族にも協力いただきながら支援している。                             |      |                   |
| 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   | トイレなどの場所の表示を行ったり、手すりを設置してなるべく自分で移動できる環境を作っている。  |      |                   |