

### 1 自己評価及び第三者評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

|         |                  |            |            |
|---------|------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2871300535       |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 五輪福祉会     |            |            |
| 事業所名    | グループホームのさか       |            |            |
| 所在地     | 兵庫県丹波市山南町野坂209番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年12月1日       | 評価結果市町村受理日 | 平成31年3月15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.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/index.php">http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/index.php</a> |
|----------|---|

**【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 福祉市民ネット・川西 |
| 所在地   | 兵庫県川西市中央町8-8-104     |
| 訪問調査日 | 平成31年2月8日            |

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>* 基本理念の下にご利用者一人ひとりに寄り添い、その人らしい生活ができるよう支援します。</li> <li>* ご利用者が有する能力をいつまでも維持できるよう日常生活に適度な生活リハビリを取り入れます。</li> <li>* 併設の養護老人ホームと連携し、行事やレクリエーション活動に参加します。</li> <li>* 施設の周辺は緑あふれる自然に囲まれたところにあります。この環境を大切に健康で心穏やかな生活を送れるよう支援します。また四季に応じた行事を計画し、ゆったりとした日々を楽しんでいただくよう取組みます。</li> </ul> |
|--|

**【第三者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)】**

|   |
|---|
| <p>事業所は、複数の法人の事業所が点在する「福祉ゾーン」の一角に建っている。定員50名の併設事業所と隣接しており、地域に開かれた催し物の開催、委員会活動、研修、災害時の避難訓練を通して職員間の交流がある。1ユニットという規模は、家族的な雰囲気を育てるのに適しており、利用者と職員はリビングで穏やかに歓談している。介護計画に記載された利用者へのサービス内容に沿って日々の介護日誌を記録することによって、正確なモニタリングにつなげるように工夫をした書式は、大いに評価できる。利用者の重度化に伴い、安全で安心な入浴が出来る機械浴槽を新たに導入し、毎月のリハビリ研修によって職員の腰痛防止にも力を入れている。理念に基づく基本方針の5項目を宇宙の5大要素である「五輪」になぞらえ、今後とも地域の貴重な福祉資源として切磋琢磨されるよう期待している。</p> |
|---|

**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ます<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    |    |   |                       |   |

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 第三者 | 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                            | 事務所内に掲示いつでも見れるようにしている。ケア会議や部署会議の前には必ず職員全員で基本理念を唱和している。また日頃からケアプラン検討時やご利用者対応について話し合う時には基本理念を踏まえ一人ひとりのケアにつなげている。 | 法人の基本理念である「利用者の人間性や自主性を尊重し、健康で心穏やかな生活を大切にします」と、理念を実践する5項目の基本方針を掲げている。年度初めの事業所便りにも記載して対外発信している。具体的には、利用者の想いを理解した個別支援計画の策定などで実践している。               |  |
| 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                            | この地域は近隣の民家からは距離があり、直接交流することは難しいので、併設の施設と交流できる行事や日常生活の中で地域への外出を行っている。   | 併設事業所と合同で開催する夏祭りには、毎年200名近い来訪者が有る。地域の祭りには、子供神輿や神楽が玄関先までやってきて、毎年利用者の楽しみとなっている。保育園の交流会には全利用者が参加し、園児とハグをするなど楽しいひと時を楽しんでいる。                          |  |
| 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                          | 丹波市社会福祉法人連絡協議会に参加し、地域に向けた「よろずおせっかい相談所」を開設しており、その際に認知症の相談があれば適切なアドバイスをすることとしている。                                | /  | /  |
| 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       | 運営推進会議は3ヶ月に1回開催しており、最初に行事報告や利用者の近況報告を行い、意見や新たな取組みなどを伺っている。その中の1回は茶話会形式でご利用者様に参加していただいている。                      | 利用者、家族、自治会代表、市担当部署、地域包括支援センター、知見者が参加しているが、民生委員の参加が無い。会議の中で、ヒヤリハットについて報告していない。家族から、近況報告に動画を入れて欲しいとの希望が有り、目下検討中である。議事録を全家族と市に郵送している。               | ヒヤリハットと事故についての報告と、講じた防止策について報告されたらどうだろうか。                                      |
| 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                  | 運営推進会議には市の担当者が参加され日頃より緊密に連携が取れている。また市より各種研修会の情報も提供されており良好な関係が取れている。  | 隣接する事業所の面接室で開催しているが、年1回は茶話会形式にしてリビングで開催しており、市の担当者が利用者と触れ合う機会を作っている。市の担当部署、地域包括支援センターとも密な関係性を築いており、電話で相談した際でも、お互いに顔が見える関係である。                     |  |
| 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併設施設と合同で身体拘束廃止委員会を設置し、委員会や勉強会を実施している。常日頃より身体拘束とは何かを考え身体拘束に繋がらないよう取り組んでいる。                             | 従来より身体拘束排除の方針で臨んでおり、法人として適正化委員が活動している。玄関のドアは7時から19時頃まで開錠している。センサーマットを置いている居室が一室あるが、センサーが反応した際には、職員が利用者の意向を尋ねて付き添うという対応をしており、身体拘束に該当しないように注意している。 | 身体拘束排除の方針を「身体拘束適正化に関する事業所の方針」という観点でまとめ、その中で適正化委員会の活動内容などを記載する形式に再編集されたらどうだろうか。 |

| 自己 | 者第三  | 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  | (6)  | ○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        | 併設施設と合同で虐待防止委員会を設置し、委員会や勉強会を実施している。また外部の研修会にも積極的に参加し、参加した職員より虐待防止について報告を行い問題を共有している。             | 委員会を年3回以上開催している。スピーチロク的な対応をしないように利用者の想いに向き合い、「2分程まってね」などと、納得を得られるような対応を指導している。利用者の身体状況や服薬情報を職員間で共有し、内出血をしないようなケアを心掛けている。             |  |
| 8  | (7)  | ○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    | 権利擁護の研修を行い、職員間で制度を周知できるよう取り組んでいる。  | 成年後見制度などを活用している利用者はいないが、毎年研修を行っており職員は一定の知識を持っていると管理者は考えている。契約時に、制度に関する説明は特にしていないが、必要に応じて概説資料を取り寄せる準備はしている。                           |  |
| 9  | (8)  | ○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                         | 重要事項説明書、契約書などでわかりやすく明示し、契約時等に十分な時間を使って説明することで理解、同意を得ている。質問等があった場合には理解されるまで丁寧に説明を行っている。           | 説明時に質問が多いのは、面会時間、外出・外泊、費用面などであるが、それぞれ丁寧に説明して納得を得ている。事業所として看取りには対応していない事を説明し、緊急時の対応に関する意向を確認する書類を添付している。                              | 緊急搬送時の対応については、現行の胃穿孔手術時の輸血に限定せず、心肺蘇生術の施行の是非(DNAR)についても意向を確認する文面にされたらどうか。 |
| 10 | (9)  | ○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                     | 家族面会時にはご利用者の最近の様子を伝え、その中で要望や意見を聴く機会を設けている。苦情(意見)があった場合は施設便りにより報告をしている。年1回調査をし、家族の意見を反映できるようにしている | 家族の意見や要望は、来訪の都度や毎秋のアンケートで聴く機会を作っている。アンケートは8項目とフリーコメントであり、結果は運営推進会議で報告している。利用者の日々の様子を撮り「まいにち」という写真集にしてリビングに置いているが、家族の殆どが見ていないと回答している。 | 家族が来訪した際、居室に「まいにち」を届ければ、利用者との話題を提供する良い材料になるのではないだろうか。                    |
| 11 | (10) | ○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                                      | 月1回部署会議を開催し、職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。日頃より必要に応じて個別に職員より意見を聞き柔軟に対応している。                               | 毎月1回、利用者個々のケアに関するケア会議と、事業所共通の課題に関する部署会議を開催している。提案は利用者の重度化に伴うリフト式の機械浴槽の導入につながったり、転倒防止への注意喚起とケアの統一、洗濯物の取り違い防止策などで活発に意見を交換している。         |  |
| 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      | 夜勤専門の職員を配置し、日中の職員をできる限り多く配置することでゆとりをもって支援することにつながればと考えている。今後もできる限りゆとりのある職員配置を継続し、職場環境の改善に努めたい。   |  |  |
| 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         | 月1回施設内研修や各職員に応じた外部研修を受ける機会がある。リハビリ研修については理学療法士が施設に来られ直接指導を受けることができ職員のスキルアップにつながっている。             |  |  |
| 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 | 3か月に1回市内のGHネットワーク会議があり情報交換、施設見学の機会がある。また、たよりも送付し合うことで他施設の近況を見て行事を参考にさせていただくこともある。                |  |  |

| 自己                         | 者    | 第三 | 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 | 入居前に施設見学をしていただき施設を理解していただく。ご本人の困っていることや悩み等を確認する。必要に応じて入居前のケアマネなどにご本人の様子なども確認してご本人の思いをくみ取り信頼関係を築けるよう取り組んでいる。           |   |                   |
| 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            | 見学時や面談時にご家族の意見や思いを聴き、ご本人の対応につなげている。相談事や疑問点があればいつでも声をかけていただくよう伝えている。   |   |                   |
| 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        | 相談を受けた時にご本人やご家族が一番困っていたことを確認する。まずそのことへのサービスを提案します。必要に応じて入居前の担当ケアマネに様子を伺いより良いサービスを提案します。                               |   |                   |
| 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                        | 家事、作業等は職員からお願いすることもあるができるだけ自主性が出るように働きかけている。作業の後には丁寧にお礼をいう事によりご利用者の笑顔も見られ意欲にもつながっている。                                 |   |                   |
| 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         | ご家族に行事表を送付している。行事によってはご家族にも声をかけ参加していただいている。日頃からできるだけ面会を促したり外出の機会をとっていただいている。また受診時にはできるだけご家族に付き添っていただきご利用者を支えていただいている。 |   |                   |
| 20                         | (11) |    | ○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                     | 入所以前からの人間関係や地域との関係が施設に入所することで途切れないようにご家族に詳しい情報を提供していただいたり、時には車で送迎をお願いするなどして、関係の継続に努めている。                              | 家族が来訪する頻度は、毎日や2か月に一度などと様々であるが、友人の訪問も多い。墓参、法事、年末年始の帰宅など、馴染みの関係性が続くよう事業所として支援している。年度初めに行事の年間計画を家族に送り、内容によっては家族にも参加を呼び掛けている。 |                   |
| 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                 | ご利用者の認知症のレベルや個性などで難しい点もあるがその都度、良い関係が保たれるように支援している。  |   |                   |
| 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  | 転居される施設にご本人の状況やケアの対応についての情報提供を行っている。サービス終了後は継続的なかわりには行っていないがご家族より相談があれば応じるようにしている。                                    |   |                   |

| 自己                                 | 者 第  | 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                                 | (12) | ○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   | 入居時にもご本人やご家族の希望を聞くことにより、ご本人の意向を大切にしている。また、意向が伺えない場合は日頃の生活状況から判断し職員全員がご本人の視点にたつて意見を出し合い取り組んでいる。 | 全ての利用者と、何らかの形でコミュニケーションがとれており、居室の中や入浴介助時の会話の中からも意向を聴くよう心掛けている。新しく確認できた内容は、利用者別連絡ノートに記載して職員間で情報共有し、内容によってはモニタリングや介護計画に反映させている。   |                   |
| 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                                       | 入居前からご本人やご家族から聞き取りを行った入居前の担当ケアマネより情報シートをいただき把握している。  |   |                   |
| 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   | 一人ひとりの一日の過ごし方や心身の状態などは日々の対応の中で観察し、重要な情報は職員間で共有することで現状把握に努めている。                                 |   |                   |
| 26                                 | (13) | ○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 | 介護計画作成にはご本人やご家族の意見、希望を伺い作成している。職員全員によりモニタリングを行いケア会議時に参考にしている。ご本人の状態が変化した時はその都度、介護計画を変更している。    | 職員は全利用者のケアに携わっている。ケアプランに沿ったニーズ・長短期目標、それぞれのサービス内容に番号(プロブレム番号)を記載した頁を全利用者分まとめて一冊にファイルし、ケアをする際に内容を参照している。介護日誌を、利用者ごとに一週間裏表一葉の書式にプロブレム番号に沿って記載しており、ケア会議の場で内容を全員で確認し、基本、半年ごとのモニタリングと担当者会議を経て、ケアマネによる介護計画の更新へとつないでいる。 |                   |
| 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                        | 日々の様子を個々の記録にしている。朝夕の申し送りやミーティング等で職員間で情報が共有できるようにしている。変化があればその都度介護計画を見直している。                    |   |                   |
| 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               | ご本人やご家族の状況やニーズに応じて新たなサービスが必要な時は新しいサービスが導入できるか検討している。   |   |                   |
| 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                         | 施設で生活しておられても、地域の方々と同様に家族と一緒に美容室を利用したり、病院受診や買い物など出来るよう支援している。                                   |   |                   |

| 自己 | 第三者  | 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 | (14) | ○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                                  | 入居時にご本人やご家族の希望を確認している。緊急時以外はご家族に利用者の状態、病状を伝え、受診伺いをする。また出来る限りご家族の付添いによる受診を促している。                                      | 大方の利用者は事業所の協力医療機関をかかりつけ医とし、週に1回訪問診療を受けており、その他の利用者は入所前からの病院に家族と通っている。全員が毎月1回、協力医療機関の訪問診療を受け、併設の事業所の看護師が必要に応じて対応できる体制である。歯科や眼科等の他科受診は基本家族の付き添いで行っている。    |  |
| 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                          | 併設施設の看護師と日常的に相談したり必要に応じて助言をしていただいている。また、状況に応じてご利用者の状態を診ていただくこともある。   |  |  |
| 32 | (15) | ○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。 | 入院時は医者、看護師、地域連携室と情報交換を密にしご利用者の状態把握に努め必要な場合は様子確認のため病院に出向いている。また出来る限り早期に退院できるよう家族や病院と連携している。                           | 入院時は地域連携室と密に連絡を取り、情報交換し連携を深めている。入院後2週間頃に家族や担当医師、事業所を含めたカンファレンスが行われ、今後の対応方針を話し合う機会が設けられる。入院が長期化したり、医療中心になる場合、家族と相談の上今後の方向性を決めている。                       |  |
| 33 | (16) | ○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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる   | 入居時に当施設でできる重度化した場合の対応について説明をしているが実際に重度化された場合は医師や家族を交えて話し合う機会を設けている。現状ではターミナルケアはできないが、職員間でも重要なケアととらえている。              | 契約時に事業所で出来る事と出来ない事を十分伝え理解を得ている。重度化した場合は主治医の判断に基づき、家族の意向を聴きながら利用者にとって、最良の方法を話し合っている。事業所として看取りは出来ないが、長期に入院していた利用者家族から、「グループホームに戻りたい」との強い希望が有り受け入れた事例もある。 |  |
| 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  | AEDを使用した救急救命訓練、応急手当など定期的実施している。  |  |  |
| 35 | (17) | ○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  | 火災時を想定した避難・消火訓練は消防署立会いの下に年3回併設施設と合同で実施している。その他の消防機器の取扱説明を受けている。地震に対しては耐震構造で安心できる施設です。土砂災害警戒区域には指定されていないが対応は必要と考えている。 | 避難訓練は、法人の合同避難訓練を年3回行なっている。1回は消防署立ち合いで、訓練内容を順次変更し実施している。建物は耐震性が有り、土砂災害や河川の氾濫の危険性も低い。利用者が居室から避難終了した事を示す表示はしていない。   | 併設の事業所で実施している、避難を終了した利用者の表札にテープを張る等、事業所間で共通の対策をされてはいかがか。 |

| 自己                               | 第三者  | 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                               | (18) | ○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                                 | 日頃からご利用者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に注意を払っている。部署会議やケア会議、施設内処遇研修等で話し合い職員全員で取り組んでいる。                                      | 利用者は名字に「さん」付けで呼び、声掛けや対応は丁寧にするよう心掛けている。多くの利用者は自己決定出来る為、職員は利用者の言葉や行動を見守っている。不穏状態の利用者には付き添い話を聴いている。さりげなく「お部屋に戻られますか」の声掛けで居室のトイレに誘導している。 |                   |
| 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                                   | 日常生活の中で自己表現できないこともあるがご本人の表情や反応により本人の希望に添え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し、その日のご利用者の体調や意欲に合わせた日課や楽しみを見つけられるよう支援している。 | ご利用者一人ひとりのペースを大切に、その日のご利用者の体調や意欲に合わせた日課や楽しみを見つけられ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  | お気に入りの色柄や季節に合った衣服をご本人に選んでもらえるよう支援している。また、理美容はご本人やご家族の希望に合わせて予約や送迎をしている。  |  |                   |
| 40                               | (19) | ○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                   | 食事作りの際は可能な限りご利用者の好みに添うよう希望を聞いたりして取り組んでいる。出来る事は一緒にしていただいている。  | 食事は法人全体で給食会社から配達され、事業所で自炊する日が月に10回以上ある。自炊の日には利用者の希望を聴きながらメニューを決め、食材の購入や下ごしらえ、盛り付けまで一緒にし、畑で収穫した野菜も取り入れ手作り食事を楽しみ、殆どの職員は同じ食事を一緒に食している。  |                   |
| 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                        | 食事量、水分量は毎日チェック表で確認しながら1日分が確保できるよう支援している。食事のメニューは併設施設の栄養士の協力を得ている。一人ひとりの状態に応じて副食を食べやすいサイズにカットしたり食べ方が分からない方には様子を見ながら声掛け支援している。 |  |                   |
| 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、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                                 | 起床時や就寝時は夜勤者、昼食後は日勤者により歯磨きの声掛け、介助を行っている。義歯洗浄は一人ひとりに応じて夜間に洗浄剤に浸け置きするなどして清潔を保つよう心掛けている。   |  |                   |

| 自己 | 者<br>第<br>三 | 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 | (20)        | ○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                              | 支援を要するご利用者に関しては排泄間隔を把握したり、ご利用者のしぐさや行動に目を向けトイレの声掛け、誘導することで失禁を減らし自立排尿につながるよう支援している。                                 | 半数以上の利用者が布パンツで、他は安心の為も含めりハビリパンツを使用している。居室にトイレが有りほとんどの利用者は自分でトイレに行っている。尿意を表出し難い利用者には、職員は状況を判断してさり気なく誘導している。夜間は巡回時等様子を伺い転倒に留意し見守っている。         |                   |
| 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  | チェック表に記入することで排便の間隔を把握している。特に便秘気味のご利用者には食事、水分で予防に取り組んでいる。便秘が改善できない場合は主治医に相談している。                                   |   |                   |
| 45 | (21)        | ○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                        | 業務の都合により曜日は決めているがご本人の血圧や体温測定を行い体調面を考慮しながら一人ひとり個浴で対応し、本人のペースに合わせた入浴を支援している。  | 入浴は週に3回を基本にしているが、状況により柔軟に対応している。下肢筋力が低下傾向の利用者が多い為、機械浴導入の準備中である。利用者は好みの石鹸やシャンプーを使用している。入浴を好まない利用者も入浴剤等を考慮し気分転換を図っている。                        |                   |
| 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   | 一人ひとりが安心して居室や居間で過ごせるよう支援し、ご本人の生活習慣を大切にストレスのない環境の中で休んでいただけるよう支援している。またご本人の体に合ったベッドの角度調整をすることで安眠につなげている。            |   |                   |
| 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  | ご利用者個々の薬の内容を理解しており正しく服薬できるように支援している。薬が変更した時は申し送り表に薬の情報提供書を添付し職員全員が周知しご本人の体調の変化に留意している。                            |   |                   |
| 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                             | ご利用者個々の今までの生活歴や趣味を把握し、日々の日課や作業に取り入れ参加していただいている。   |   |                   |
| 49 | (22)        | ○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 | 天候の良い日には散歩や日光浴をすることで体調を感じたり気分転換を図っていただいている。また日用品や食材の買い出しに出来る限り一緒に外出している。季節の花の散策等は出かけているが個別の行きたい所は家族と協力しながら支援している。 | 利用者は、桜や紫陽花、コスモスの見学等季節毎の外出や、近隣のスーパーに食材や日用品の買い物等交代で出かけている。事業所周辺の散歩や広い館内を1周したり、元気な利用者は2階や屋上まで出掛け気分転換している。近隣の理髪店に職員が送迎したり、家族が知り合いの理髪店に行く等様々である。 |                   |



| 自己 | 者第三  | 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  | お金を所持されているご利用者もおられる。また、在宅で住んでおられた時からお孫様やひ孫様に小遣いを渡される習慣がある方には事務所で財布を預かりその都度対応している。                       |  |                   |
| 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をしている   | ご利用者によってはご家族等に電話していただくように携帯電話を事務所で預かっている。年賀状や手紙のやりとりをされている方に対してはご家族の支援をいただいている。                         |  |                   |
| 52 | (23) | ○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 | 共用の食堂などはだれでもが気兼ねなく出入りできる場所となっています。空気清浄器やエアコンにより心地よい空間となっている。また、利用者の作品や日頃の様子を写した写真なども掲示してある              | リビングの窓は大きくて明るく、館内に居ながらに季節が感じられる。キッチンも自由に出入りでき、利用者も手伝いやすい造りである。掲示板に手作りカレンダーや利用者の写真、今日のメニュー等が貼られ、利用者は立ち止まって見入っている。廊下に椅子が並べられ、利用者はリビングや廊下の椅子で思い思いに過ごしている。 |                   |
| 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  | ご利用者それぞれに新聞や本を読んだり、色塗り、会話を楽しんだりと過ごされている。職員も雰囲気を見ながら声をかけている。   |  |                   |
| 54 | (24) | ○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  | できるだけ入居前に使用していたタンスや布団など使い慣れたものを持ち込んでいただいている。またご家族の写真や今までに趣味で作られた飾りや作品を居室内に置いたり飾ったりしている。                 | 事業所は、各居室にトイレがあり人感センサー付きエアコンや洗面台、ベッドやロッカー箆筒、下駄箱等を備え付けている。利用者は使い慣れた箆筒や机、椅子やテレビ等を持ち込み、整理整頓している利用者が多く清潔感がある。各居室に温湿度計を置き、洗面台等に水を溜め湿度管理をしている。                |                   |
| 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   | ご利用者によってはトイレの位置を示す張り紙をしたり、また夜間トイレ内のカーテンを半分開けてトイレをわかりやすくしている。居室に1日の日課を掲示することで時計を確認しながら行動をされているご利用者もおられる。 |  |                   |

### 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        | 8    | 入居契約時に事業所として看取りには対応していないことを説明している。従来から緊急時の対応に関する意向についての書面があるが時代とともに、もう少し手を加える必要がある。 | 緊急時の対応に関する意向についてを見直し受診時に家族の意向通りに処置ができるように対応する。 | ①外部評価員様より助言をいただいた心肺蘇生術の施行の是非を取り入れる。<br>②身元引受人様に郵送し再提出を願う。 | ①外部評価後に書類見直し作成した。<br>②3月請求書と同封し返信求める |
| 2        | 3    | 定期的に運営推進会議を開催しサービス向上に努めているが更に工夫が必要である。  | 運営推進会議を通じて委員様から率直な意見をいただき具体的にサービスに繋げていく。       | ①運営推進会議の議題の工夫   | ①3か月                                 |
| 3        |      |   |  |   | 月                                    |
| 4        |      |   |  |   | 月                                    |
| 5        |      |   |  |   | 月                                    |