

## 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要】

|         |                 |            |  |
|---------|-----------------|------------|--|
| 事業所番号   | 1271000232      |            |  |
| 法人名     | 株式会社ケアサービス・まきの実 |            |  |
| 事業所名    | グループホーム神明町ガーデン  |            |  |
| 所在地     | 千葉県館山市北条1173-6  |            |  |
| 自己評価作成日 | 2019年11月13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.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/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ACOPA |
| 所在地   | 我孫子市本町3-4-17   |
| 訪問調査日 | 2019年12月11日    |

## 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】

開設後17年が経過し、平均介護度3.6、平均年齢91.5歳と重度化、高齢化が進んでいるがその中でも残存能力を活かし家事作業を行うなど、できることに焦点を当てた自立支援を行っています。医療面では体調不良時には協力病院と医療連携が図られターミナルまで過ごせるグループホームとして入居者、ご家族に安心を提供しています。入居者のニーズは食事面では、常食からミキサー食まで対応し、季節行事では季節の食材で季節を感じる工夫をし誕生会では好みに合わせた献立にし食事を通して喜びを感じられるように支援をしている。生活面では体調に合わせて日々の生活が送れるように支援をしています。短期入居できる施設として実績があり、通常入居へのご利用が広がっています。館山市と協力し地域のニーズに合わせたサービスを提供しています。

利用者は全員が女性、認知症も進み高齢化・重度化の方が多い。この状態での支援のあり方を模索しながら、ホームの独自理念「その人らしく生活できるグループホームを作ります」の実現に取り組んでいる。特に食べる楽しみを支援する食事は、肉・魚・麺類・洋食・サンドウィッチ等の豊富なメニュー、行事食があり、家族・利用者にも大変好評である。管理者が常に考えている「利用者が少しでも笑顔を見せてくれる様に支援する」介護は穏やかな雰囲気のあるホームを作り上げ、家族の評価も高い。台風15号では2日間の停電、幸い水とガスは使用可能であった。しかし、自宅が被災した職員も多い中で、利用者支援を優先した取り組みは家族からも感謝されている。

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

| 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        | 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   | 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    |
|     |                                                      |                             | 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   |     |                                                                     |                             |                |
|     |                                                      |                             | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                             |                |
|     |                                                      |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             |                |
|     |                                                      |                             | 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 |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                                |                   |
| 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                            | その人らしく生活できるグループホームと言う理念の元、サービス提供している。家族と共に買い物や外出などを近くのスーパーや施設などを訪問している                                     | 法人目標、信条、経営理念とホーム独自理念が掲示されている。管理者は申し送り時や日常介護を通じて利用者の希望や思いに沿った支援が出来ているかを、職員と話し合っている。                             |                   |
| 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                            | 町内会の一員として地域の運動会や朝顔展への出品をしている。                                                                              | 町内会に加入し回覧板を届けることもある。近隣も高齢者が多く、近所との交流は少ないが、畑の隣の奥さんと話す方もいた。毎年ホームに立ち寄ってくれる鶴谷八幡宮の山車は台風のために中止となり、利用者・職員を含め残念であった。   |                   |
| 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                          | 運営推進会議で日ごろのケアに関して報告している。                                                                                   |                                                                                                                |                   |
| 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       | 定期的に開催し現状報告、アクシデント報告などを行い意見交換をしている                                                                         | 市高齢者福祉課、地域包括支援センター、家族、福祉美容師の参加を得て年6回開催する。行事、利用者状況、介護度の変化、アクシデントを報告、意見を伺い、運営に反映させている。身体拘束等適正化委員会も併せて開催している。     |                   |
| 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                 | 運営推進会議への参加や事故報告書を提出して実情を伝えている。台風災害時には館山市と協力してニーズに合ったサービスを提供している。                                           | 運営推進会議に高齢者福祉課が毎回参加いただく際に相談している。市との交渉は本部が担当するが、市役所も近く今回の台風などの際は、高齢者福祉課が来訪し、支援してくれた。今回は被災者の一時受入の要請もあり対応し感謝されている。 |                   |
| 6          | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | ビデオ視聴による勉強会を行って理解をできるようにしている。日々のケアの中でも身体拘束となる具体的な行為を理解している。玄関の施錠は夜間帯のみ、ベッドは低床にしベッド柵がなくても安全を確保できるように対策をしている | ホーム内研修は、取り組み指針を配布する他に、本部配布のビデオ視聴による内部研修がある。日頃より身体拘束なしで支援することを全員で話し合い、対応している。外部研修には管理者が参加し、ホーム内で伝達研修をして周知している。  |                   |
| 7          |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている       | ビデオ視聴による勉強会を行っている。日々の生活の中で早期発見できるように入浴、トイレ、更衣時の身体観察を行っている。                                                 |                                                                                                                |                   |

| 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    | 県主催の権利擁護の研修会に参加し研修報告を提出し関係者に活用できるようにしている。                                              |                                                                                                                   |                   |
| 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                         | 契約時には時間をかけての説明を実践している。改定の際には説明文を送付し同意が得られるときには同意書の提出をしている。                             |                                                                                                                   |                   |
| 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                     | 常に管理者は相談、要望等を聞く姿勢を示している。契約説明の際には苦情申し立て窓口の説明をしている。                                      | 来訪頻度にバラツキがあるが、来訪時には必ず家族と話し合い、意見・要望を確認している。来訪の少ない家族へは、電話等で聞いている。行事・顔写真入りのホームのお便り(笑顔)、利用者ごと健康状態暮らしぶりのお知らせを毎月送付している。 |                   |
| 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                                      | 人事考課面接で要望等を聞き出している。                                                                    | 管理者は職員と積極的に話合うように努力している。年2回の人事面接時以外や勤務時に職員に話しかけ、要望・意見を聞き、その実現を支援している。ホーム内で良き人間関係を作りあげ、働きやすい職場維持に努力している。           |                   |
| 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      | 職員は自ら目標設定をし努力、成果を上げたことをPRする機会がある。期ごとに人事考課制度があり評価により昇給、賞与を支給している。国家資格取得時には報奨金を支給する制度がある |                                                                                                                   |                   |
| 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         | 法人内で実務者研修、喀痰吸引研修を実践し就労しながらの資格取得ができる制度がある                                               |                                                                                                                   |                   |
| 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 | 月1回の会議を設け意見交換を行っている。管理者間で相互に事業所を行き来し、職員のスキルアップ、ケアについて相談しあう関係が出来ている                     |                                                                                                                   |                   |

| 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 |
| Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |                                                                                      |                                                                               |                                                                                                                           |                   |
| 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 | 導入前より本人の特性を理解できるように、自宅訪問を行い、本人、家族と面談を行い情報収集をしている                              |                                                                                                                           |                   |
| 16                   |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 同上                                                                            |                                                                                                                           |                   |
| 17                   |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | グループホーム入居後はグループ内の協力病院の訪問診察の受診や訪問リハビリによる専門職の評価を受けたり、協力歯科医院の訪問歯科を受診できるように対応している |                                                                                                                           |                   |
| 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                        | 本人の残存機能に応じてできる作業を見極め参加してもらっている                                                |                                                                                                                           |                   |
| 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         | 状態変化があった際には必ず報告をして情報共有をしている。受診同行や食事介助などをお願いする時もある                             |                                                                                                                           |                   |
| 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                     | 家族以外の面会希望時には家族の承諾をもらえれば支援をしている                                                | 利用者の平均年齢が91.5歳となり、知人等の面会も稀になっている。遠方の家族に返信する方には宛名書きや投函を支援している。兄弟のことや子どもの頃の話の繰り返す方も多く、都度職員は真摯に向き合っている。住み慣れたホームが馴染みの場になっている。 |                   |
| 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                 | 食堂の席順は関わり合いが出来る方は近くにするなど一人一人の能力に応じている                                         |                                                                                                                           |                   |

| 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                     | 本人、家族が不利益を被らないように相談に対応などしている                                    |                                                                                                                           |                   |
| <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                                           | 本人の意向を確認できるときは行いケアプランに反映している。意向の確認が難しい時は生活歴に照らし合わせ、表情観察をし検討している | 入居前に自宅を訪問し、意向等の把握に努めている。入居後は本人と向き合う時間を多くとり、会話の中から意向等を汲み取っている。困難な場合は、動作や表情等から検討している。アンケートでも、「本人の意向等を分ってくれている」と多くの方からの声がある。 |                   |
| 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                                       | 在宅ケアマネからの情報収集、家族からの聞き取りを行いこれまでの経過把握している。家庭訪問を行い環境確認をしている        |                                                                                                                           |                   |
| 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                                                     | 日々の状態を記録に残し定期的、臨機にモニタリングを行い現状把握している                             |                                                                                                                           |                   |
| 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 | 家族、主治医、看護師、管理者、ケアマネ、リハビリ専門職、介護職で構成する担当者会議を開催し意見交換を行い計画書を作成している  | 本人・家族の意向等を基に、居室担当・医師・看護師・ケアマネ、リハビリ専門職等多職種間で意見交換を行い介護計画を作成している。モニタリングは3か月毎に居室担当が行い、ケアマネと管理者が確認している。                        |                   |
| 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                        | 職員は記録を記入し、日々の生活の様子が確認できるように情報共有している。日々の記録をもとに介護計画の見直しなどに生かしている  |                                                                                                                           |                   |
| 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               | 一人一人の状態に合わせ訪問リハビリを受けたりや訪問歯科を受診している                              |                                                                                                                           |                   |

| 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 |
| 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                                      | 車いすや歩行器、体圧分散マットレスなどのレンタル品の紹介、説明をし持てる力を発揮して安全で豊かな暮らしを送れ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し、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                                 | 入居時には主治医の変更の説明をし納得された場合は、協力病院、赤門整形、佐々木歯科と提携し情報を提供し適切な医療を受けられるように支援している                           | 入居時に希望のかかりつけ医を確認して、全員がホームの担当医（法人代表及び認知症専門医）に変更している。看護師同行で医師の月2回、歯科医月1回の来診がある。看護師とは24Hオンコールである。眼科等の受診は家族が対応している。 |                   |
| 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                          | 体調確認を日々定期的に行いバイタル、排泄、食事など、いつもとの違いを看護師に報告し、主治医の診察を受けたり、特別訪問看護の利用につなげたりと支援している                     |                                                                                                                 |                   |
| 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。 | 入院時には、安心して治療を受けられるように同行をし情報発信することが多い。同行しない際には状態を記入した書類を持参してもらっている。退院相談は病院の医療相談員と直接相談をし情報交換をしている  |                                                                                                                 |                   |
| 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  | 入居時には看取りについての説明を行いGHでの生活はいつまで希望かを確認している。終末期の在り方については家族、主治医、看護師、管理者でカンファレンスを開催し方針の共有が出来るように支援している | 入居時に看取り介護についての事業所方針を説明し、医療的処置が発生しなければ最後までホームで過ごして頂けることの同意を得ている。本年度は職員3人が喀痰吸引等研修を修了、利用者の安心がより広がった。               |                   |
| 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                                              | 緊急時対応表を作成し職員は対応をできるように表示している。応急手当の方法を回覧し身につけている                                                  |                                                                                                                 |                   |
| 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                                              | 6か月ごとの総合訓練を実践し、消防からの指導事項を職員に公表し避難方法を周知している。避難時には地域の民家を利用するなど協力体制を築いている                           | 消防署指導で年2回の避難訓練を実施、今後は夜間想定での訓練を予定している。房総半島を直撃した台風15号の教訓から6日分の備蓄や発電機を用意、また災害時に皆の力が発揮され、続いて襲来した19号に備えることが出来た。      |                   |

| 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 |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                             |                   |
| 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                    | 入居時に希望する呼ばれ方を本人に決めてもらっている。排泄交換、更衣、トイレの介助時などは介助内容を伝え、意思の確認をしてから動作に移している                                         | 苗字や名前・ニックネームなど希望する名前の呼ばれ方を伺っている。排泄や入浴等次に行う介助内容も本人に分かるように伝え、確認をしている。                         |                   |
| 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                      | 本人に選択、決定をしてもらえるように問いかけをしている                                                                                    |                                                                                             |                   |
| 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、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 体調に合わせての生活が出来るように寝たいと希望があればお茶の時間をずらし、食事時間に入眠していれば覚醒まで待つて提供するなどして支援している                                         |                                                                                             |                   |
| 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                                   | 本人の好みの服が着用できるように衣類化粧品や乳液など家族に持ち込みをお願いしている                                                                      |                                                                                             |                   |
| 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      | 一人一人の好みを理解し誕生会で提供している。介護度が上がり準備を一緒に行うことは難しくなったが、片づけは日常的に一緒に行っている                                               | 誕生日当日に希望するメニューとケーキでお祝いしている。刻み食・ミキサー食や食事介助等状態に合わせた支援をしている。一緒に片付けを行える方が少数あり、本人の出来ることをお願いしている。 |                   |
| 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           | 常食摂取の困難な方には刻み食、ミキサー食を提供し摂取できるように支援し、自力摂取の難しい方には一部介助や全介助をして摂取量が確保できるように支援している。嚥下障害のある方にはトロミ付けで安全に摂取できるように支援している |                                                                                             |                   |
| 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                    | 食後の口腔ケアの声掛け、準備、介助など口腔内の状態や本人の力にあわせて支援をしている。夜間帯では義歯を洗浄剤で消毒して清潔に使用できるように支援している                                   |                                                                                             |                   |

| 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                              | トイレで排泄をと希望のある方、安全確保できる方には排泄パターンに合わせて誘導、介助をして支援している                                      | 立位が取れ安全確保が出来る方にはトイレでの排泄を支援し、排泄パターンに合わせ声掛け・誘導している。約半数の方はおむつを使用しておりベッド上で交換等を行っている。                                          |                   |
| 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                                              | 毎朝食時に牛乳、10時のおやつにはバナナを提供して便秘予防に取り組んでいる                                                   |                                                                                                                           |                   |
| 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                             | 気分良く楽しめる入浴となるように声掛けの際には一人一人にあった声掛けをして支援している<br>入浴後疲れがみられる方には早めの時間帯にし食事摂取に影響がないように支援している | ひとり週2回の入浴支援を行っている。浴槽の跨ぎが難しくなりリフト浴の方が多くなっている。入浴前にバイタルサインチェックを行うとともに全身チェックの機会と捉え視認している。何かあれば看護師に相談している。                     |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                                               | 食事時間、休息時間のベースとなる時間はあるがその日、その時の体調、気分により時間をずらし支援をしている                                     |                                                                                                                           |                   |
| 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                                          | 医師より処方薬は投薬内容、薬の説明書にて薬の理解をしている。服薬は一人一人の能力に合わせた支援をし日々のケアの中で変化がある際には記録や申し送りなどで確認するようにしている  |                                                                                                                           |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | サービス計画書で作業への参加などできるように支援をしている。外気浴等で気分転換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 | 高齢化、重度化により外出支援の難しい方がいるが、外気浴など取り入れている。外出希望の方には家族に協力を得て行けるように支援している                       | 重度化の方も増え、外出支援も難しい方も多いが、天気の良い時はできるだけ庭に出て外気浴をしている。地続きの隣家の庭を見せて貰ったり、花を眺めたりしている。また家族の協力を得て外出をする方もある。アンケートでは7割が時々出かけていると答えている。 |                   |



| 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                                                  | 家族の理解の元、お金の所持はしていないが、欲しい物はお小遣いから使えるように支援をしている                                              |                                                                                                   |                   |
| 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                                                                           | 返信のお手紙を書く支援を行っている。                                                                         |                                                                                                   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 共有空間は整理整頓を心がけいつも同じように環境を整え混乱を招かないようにしている。季節ごとの装飾を施し季節を感じてもらえるようにしている                       | 居間では各職員が生活音や声量に留意し、穏やかに過ごせるような空間作りに取り組んでいる。廊下等の共用スペースは家庭的な、落ち着いた雰囲気を意識した飾りつけを行っている。               |                   |
| 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                                                      | 廊下にソファを置き気が向いたときに使用できるようにしている                                                              |                                                                                                   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                          | 家具や装飾品は自宅からの持ち込みをお願いし使い慣れた物、好みのもので囲まれた環境で生活できるようにしている                                      | 自宅の環境にできるだけ近づけられるように使い慣れたものを取り入れている。居室内は整理整頓され、換気に心掛けている。特に冬場は加湿器の設置を家族に依頼するなど体調に配慮した環境整備が行われている。 |                   |
| 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                                             | 建物内はバリアフリーとなっており。歩行器、車いすで安全に移動できる。居室に名札を掲げ、トイレ、浴室の表示を行いわかりやすくし、自立歩行可能な方には自分で確認して行けるようにしている |                                                                                                   |                   |