

(様式2)

平成 29 年度

## 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                  |            |  |
|---------|------------------|------------|--|
| 事業所番号   | 1590200620       |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人長岡三古老人福祉会  |            |  |
| 事業所名    | グループホームわしま 海ユニット |            |  |
| 所在地     | 新潟県長岡市小島谷3399    |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成29年10月10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.kaiakensaku.mhlw.go.jp/15/">http://www.kaiakensaku.mhlw.go.jp/15/</a> |
|----------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 公益社団法人新潟県社会福祉士会                |  |  |
| 所在地   | 新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年11月15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)】

長岡市和島地域(旧和島村)は4,000人ほどの人口規模ながらJR越後線に2つの駅を持ち、国道沿いにある道の駅周辺には美術館や資料館、交流施設などが並び、歴史ある2つの酒蔵や見渡す限りの田園風景が緩やかな時の流れを感じさせてくれます。また、事業所は和島支所(旧役場)や公立体育館、郵便局、診療所、地域唯一の小学校が近接する区画にあり、旧和島村の多世代交流による人材育成を目的とした「共育の里構想」が今に活かされ、それらを有効に活用できる素地に恵まれた立地にあります。

利用者の暮らしへの支援や認知症ケアについては、当法人では9つ目のグループホームとなる運用経験と平素からの連携、長年積み重ねてきた実践を利用者と地域に還元していくことを基盤的指針としています。また、隣接する地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、デイサービスセンターと連携して、地域の在宅介護を支えつつ、必要に応じて入所系サービスへスムーズに移行できる体制を法人全体で整えています。

昨年度見直した事業所の理念をもとに、「このまちで生きていくために私たちに今、できること」を利用者の暮らしの中に職員自身が見出そうと、様々な取り組みに挑戦しています。時間を掛けることで生まれる変化を捉えていく過程で、利用者の自立を支えていくことのできる環境作りを社会との関係の中に見出し、地域との協働を積み重ねてきた事業所の歴史の一つひとつ還元していきたいと考えています。

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

長岡市との合併前の旧三島郡和島村の時に「子供と高齢者が共に支えていける地域を作ろう」という「共育の里」計画に基づき、地域からの要望を受けて和島地区に初めての入所機能を持つ複合施設が整備された。

運営母体は、長年認知症ケアに積極的に取り組み、長岡市内を中心に多様なサービスを展開している社会福祉法人である。この地域では以前からデイサービスセンターを運営しており、この地域の状況をよく理解した上で旧和島村時代から熱望されていた入所型の施設として、地域密着型特別養護老人ホーム、小規模多機能型居宅介護を併設する複合施設を整備し、この中に当グループホームを開設した。この複合施設は駅から近く、隣には長岡市役所の和島支所もあるこの地区の中心地にあり、近くの小学校とは「共育の里」の理念のもとに行事や普段の登下校の際の声掛けなどで交流がなされている。

母体法人は、研修にも力を入れており、法人全体をいくつかの地域に分けその地域ごとに就業時間内で同じカリキュラムを複数回実施し、できるだけ全職員が参加できるようにしている。研修もただ参加するだけでなく、研修参加後に科目ごとにレポートを提出し上司がコメントを付記するようにして、法人として研修した内容をきちんと職員が自分のものにできるようなシステムになっている。

事業所は、複合施設の中にある他の事業所とも連携しながら地域とのつながりを深めることに努めている。地域の人に来てもらうことも大事にしているが、その地域の生活者として積極的に地域の行事やお祭りに参加して、地域住民との交流にも力を入れている。防災面も地域住民や和島支所との連携して避難訓練や災害時の協力体制を構築している。管理者と職員は、利用者が自分らしく生活できる場になるように話し合いや実践を重ね、さらには、より自分たちが目指す事業所のあり方を明確にするために、開設3年目ではあるが理念を見直して新たに作成した。事業所は確実に地域との連携を深めており、行政の協力を得ながら、この地域になくはならない存在になってきている。

## 自己評価および外部評価結果

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|--------------------|-----|---|--|--|-------------------|
|                    |     |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                      | 開設から3年目を迎え、改めて理念を見直す取り組みを行ってきた。昨年度、利用者や家族からの聞き取りをもとに、すべての職員でグループワークを行い、新しい理念を完成させた。リビングやスタッフルームでの掲示、広報誌への記載など共有と浸透を図っている。        | 理念は開設時に職員間で話し合っって作ったが、実際に利用者を受け入れ生活をする中で、徐々にもっと現状に合った理念を作った方がよいのではないかとの意見が職員の間から出てきた。開設して2年目の昨年、職員の意見を取り入れて理念を見直し、職員の意見だけでなく、利用者や家族の意見も取り入れて「地域とのつながりを大切に」「一人ひとりが主役になれる」を新たな理念とした。 |                   |
| 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                      | 定期的に広報誌を発行したり、事業所の掲示板でも活動の様子を紹介している。事業所の行事に地域の方から参加していただいたり、地域の行事にも積極的に参加することで、地域と繋がる機会を増やしている。                                  | 自治会に事業所として加入し、広報誌を地域に回覧してもらっている。保育園、幼稚園、小学校とも交流しており、その様子を写した写真が事業所の廊下に掲示されている。地域の「わしま祭り」にも参加して地域の方々とも交流を持っている。   |                   |
| 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                    | 地域の方に感謝し、事業所を知って頂く機会として「秋の敬老・感謝ふれあい演奏会」を開催し、地域の方にも参加していただいている。今年度から認知症カフェ(オレンジカフェ)を毎月開催するにあたり、利用者からもスタッフとして参画していただいている。          |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 会議は利用者、家族、地域住民代表(学識経験者)、行政、地域包括支援センター職員で構成し、運営状況や活動報告などを行っている。文書や口頭だけでなく写真を交えて報告を行っている。会議で交わされた意見は議事録にまとめ、すべての部署に伝達し、運営に反映させている。 | 事業所は、運営推進会議を報告の場だけではなく、地域や行政との連携や情報発信の場としても捉えている。年に1回、事業所の取り組みをスライドで紹介したり、利用者との茶話会を行うなど、会議形式で事業所の状況を伝えるだけでなく、事業所の実情が委員にもわかりやすいよう工夫している。また、運営推進会議を利用して地域の方々とは防災面の連携を図っている。          |                   |

| 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 |
| 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                 | 地域と繋がる活動を行う際には助言を求めたり、地域として協力できることを紹介していただいている。今年度は認知症カフェの事業を受託・実施している他、行政職員と社協職員を招いて、地域行政と地域福祉について学び、事業所を含めた地域での連携の可能性について再確認した。 | 運営推進会議に市の支所と本庁の職員が参加しており、その際に情報をもらったり相談をしている。今年度は支所の職員と社会福祉協議会の職員を招いて地域行政と地域福祉についての研修会を行い、事業所として地域に何ができるかを考えるきっかけとした。市からの要請で認知症カフェを毎月1回実施し、認知症理解の啓発活動だけでなく、利用者にそこで提供するお菓子作りやお菓子や飲み物を提供する役で参加してもらうことで、認知症の方への理解をより深めてもらっている。 |                   |
| 6  | (5)   | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 法人内の複数の事業所で実施している合同研修に参加し、実績のある職員が講師となり、「介護技術」「身体拘束」について習得している。また、「魔の3ロック」「さしすせそ」などわかりやすい標語で周知している。                               | 法人内の複数事業所で介護技術や身体拘束などの合同研修会を複数回実施し、全職員が参加できるようにしている。参加できない職員にはDVDで学ぶ機会を確保している。事業所では、してはいけない「さしすせそ」の標語を使い、わかりやすく職員に伝わるようにしている、   |                   |
| 7  | (5-2) | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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       | 合同研修に参加し、「職業倫理」「高齢者虐待」「不適切ケア」について習得している。マニュアルはスタッフルームに保管し、いつでも確認できる状態になっている。  | 身体拘束と同様に法人内で研修が行われており、マニュアルも整備され職員がいつでも確認できるようスタッフルームに置かれている。特に不適切なケアに関しては、常に現場で話し合いを行いお互いに気を付けるようにしている。職員のストレスチェックを行い産業医に相談できる体制があり、また、医師、施設長、衛生管理者、職員からなる「安全衛生委員会」が毎月開催され、職員の状況も話し合われている。                                 |                   |
| 8  |       | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している   | 地域包括支援センターの社会福祉士らと協力して相談に応じることとしている。現在、成年後見制度を利用されている方がおり、制度について理解を深め、実践を重ねている。   |   |                   |
| 9  |       | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                        | 入居手続きの際は身元引受人となる家族と事業所内で面談して、重要事項や入居後の関わりについて説明を行っている。丁寧な説明を心掛け、不安なく納得して頂けるよう努めている。   |   |                   |

| 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 |
| 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                     | 事業所に対するサービス評価を実施している。利用者には聞き取りを行い、家族にはアンケート用紙を送付して匿名で回収し、結果は事業所内に掲示・公開している。また、関係者がすべて出席する運営推進会議の場でも報告している。                                       | 法人のサービス評価制度により年1回他事業所の職員が直接利用者から意見を聞いており、家族からはアンケートにより意見を聞いている。結果は事業所内に掲示し、サービス担当者会議でも利用者や家族に伝えている。家族の面会時には職員が利用者の様子を伝えるとともに、意見や要望を聞く機会にしている。年に2回訪れる市の介護相談員に利用者が意見を言うこともできる。 |                   |
| 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                                      | 職員の意見は計画作成者を通して管理者へ報告・相談し、管理者は週に一度代表者と協議する機会があり、意見や提案を反映できる体制が取れている。必要に応じてミーティングを開き、利用者に関することや業務上の課題について検討している。                                  | 事業所内の会議の際は、計画作成担当者が職員に意見を求めるアンケートを行い、それを基に話し合いを行っている。複合施設の施設長が検食などで来訪した際に直接話すこともできる。業務の中の提案や意見は連絡ノートを通じて周知されており、職員間の意思疎通もよく、話しやすい雰囲気がある。                                     |                   |
| 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      | すべての職員は年に一度、就労全般に関する意向を文書で示す機会があり、勤務の配属や資格取得の希望、取り組みたいことなどを記載して、代表者に伝えることができる。   |  |                   |
| 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         | 認知症介護実践リーダー(実践者)研修の受講を始め、グループホーム協会主催の研修や、定期的な施設内研修、法人内の専門部会での研修会に参加している。その他、資格取得に向けた勉強が行えるよう取り組んでいる。新規採用職員には法人単位での研修を行い、採用後1年間は指導担当職員がついて指導している。 |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 法人内の専門部会(グループホーム部会)を毎月定例で開催している。現状報告や意見交換を行い、情報を共有している。認知症介護実践リーダー研修の運営協力を通じて、他のグループホーム職員とも交流し、サービスの質の向上を図り、スケールメリットを活かしたネットワークづくりを行っている。        |  |                   |

| 自己                         | 外部    | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------------------------|-------|--|---|--|-------------------|
|                            |       |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>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 | 入居前の暮らしや利用者の状態などの情報を、家族や介護支援専門員などの関係者から提供してもらい、職員間で情報共有している。自宅に訪問し、入居後も同じような生活を継続できるよう、環境を確認したり、不安や疑問等を解消できるよう説明を行っている。 |  |                   |
| 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            | 入居申し込みの際、要望や不安なことをお聞きしている。事前に自宅に訪問したり、入居後は個別担当職員を設け、計画作成者とともに、話しやすい関係づくりに努めている。   |  |                   |
| 17                         |       | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 入居後は在宅時の介護支援専門員に相談したり、併設の小規模多機能型居宅介護や法人内の他の事業所に協力を求めることとしている。   |  |                   |
| 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                        | 今年度は新しい理念に基づき、利用者それぞれが「主役」になれる場面について検討し、実践に繋げている。利用者それぞれのやりがいや役割について、振り返りを行いながら実践している。                                  |  |                   |
| 19                         | (7-2) | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 利用者の暮らしを共に支えていく為に、面会や行事への参加等の機会を活用して、家族に日々の生活の様子を伝えたり定期受診の付き添いへの協力も得ている。年4回発行する広報誌には個別担当職員が日頃の様子を記載する欄がある。              | 家族の面会時や電話連絡の際に利用者の様子を伝えたり、思いや希望を聞いたりしている。家族には通院の付き添いや行事への参加、居室の掃除など、それぞれができることをお願いして役割として介護計画に位置付け、ともに利用者を支え合う関係づくりをしている。  |                   |
| 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                     | 入居後も同じ地域で暮らしていくことを念頭に、引き続き地域の行事へ参加したり、行きつけの理美容店に通っていただいている。自宅がある利用者には、家族と相談しながら外出や外泊に協力している。                            | 利用者や家族、知人から生活歴や馴染みの場所などを聞き取り、把握に努めている。日常の外出時に馴染みの場所へ行けるようにしたり、家族の面会時や通院時などに連れて行ってもらえるようお願いしている。家族との外食や馴染みの理美容院の利用、地域の行事への参加など、できる限り地域や馴染みの場所との関係が途切れない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 |
| 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                | リビングでは気の合う方同士でくつろげるよう、利用者間の好む好まざる関係の座席に配慮したり、予め職員が間に入って大きなトラブルにならないようにさりげなく介入している。                                      |  |                   |
| 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 | 長期療養のために退居した場合には他の機会と併せて面会したり、併設の特養に入所した場合も面会に行くことで関係を途切れさせないように努めている。いずれ併設事業所へ入所することとなる場合は、担当者と協力して家族と連絡を取り合うこととしている。  |  |                   |
| <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                        | ともに生きていくことを意識しながら、利用者ごとに関わり、本人の意向に添えるよう努めている。センター方式を活用し、様々な角度から利用者の意向をまとめ、情報を共有している。                                    | 日常生活の中で利用者から思いや希望を聞き取るようにしており、家族には面会時の話の中で確認するようにしている。上手く言えない方の思いや希望は職員が普段の生活中で推察したり家族に聞くようにしている。センター方式のアセスメント様式を使って聞き取った情報を記載し、介護計画に活かしている。                     |                   |
| 24                                 | (9-2) | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                    | 入居の際は利用者や家族から話を聞くだけでなく、自宅を訪問して日頃の暮らし方を確認している。在宅時の介護支援専門員から生活機能や認知症の症状、ケアプラン等の情報も得ている。面会に来られた方からの情報も、センター方式の取り組みに活かしている。 | 入居時に法人統一のインタビュー様式を使用して本人や家族、知人から聞き取りを行い、情報の把握に努めている。併せて、居宅のケアマネージャーやそれまで利用していたサービス事業所、入院していた病院等からも情報を得ている。入居後に新たに得られた情報は業務日誌に記載して職員間で周知するとともに、利用者の個人記録にも反映させている。 |                   |
| 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                                  | センター方式の24時間生活変化シートを活用することで、一日の過ごし方や気分の変動等を細かく記録に残し、その上でどのようにしたら、その利用者の有する能力を引き出すことができるか検討を重ねている。                        |  |                   |

| 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 |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 介護計画を見直す時期や状態の変化に応じて担当者会議を開催し、計画作成者が個別担当職員と共に利用者、家族の意向を伺い、話し合いながら介護計画を作成している。モニタリング会議はすべての職員が関わられるようにし、評価と検討を行っている。         | 介護計画は、生活歴や利用者、家族の思い、事業所での生活の様子を把握したうえでアセスメントを行い、それを基に本人、家族に確認しながら作成している。モニタリングは3か月毎、見直しは1年毎に行っているが、状態の変化が大きいときは随時に見直しを行っている。介護計画の見直し時のサービス担当者会議には、本人と家族の参加をお願いしている。モニタリング会議は計画作成担当者と担当職員が中心となって実施し、1年間のモニタリング結果を基に他の職員の意見も参考に担当職員が介護計画を作成している。 |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 日々の様子については申送用のノートに記載して、すべての職員が確認していくことで共有し、ノートに記載した事項はその日のミーティングでも発信している。それらは計画作成者と個別担当職員を中心にモニタリングにも活かしている。                |  |                   |
| 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               | 買物や外出、畑活動等、他部署と連携した活動への参加などを通じ、利用者の生活意欲に働きかけながら、その意向に添った支援や活動を模索しながら取り組んでいる。利用者や家族の状況に応じて、受診の送迎、付き添い等にも臨機応変に行っている。          |  |                   |
| 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                         | スーパーや直売所へ買い物に出かけたり、馴染みの場所や季節感の感じられるところへ外出することが、暮らしの中の楽しみとなっている。地元の理容組合から出張理容に来てもらっており、理髪してもらおう利用者もいる。                       |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                     | 入居してもかかりつけ医の変更の必要はなく、必要な医療は家族の協力を得て継続している。受診する際には、かかりつけ医宛ての連絡票を作成している。必要に応じて電話で状態報告を行ったり、診察に立ち会うこともある。急を要する場合は職員が付き添うこともある。 | かかりつけ医は入居後も継続でき、基本的に受診対応は家族にお願いしており、家族で対応が難しい場合には、近くの開業医に変更したり、協力病院と連携して対応している。受診の際にはかかりつけ医宛に連絡票を作成して渡しており、緊急の場合には、事業所で受診の対応をしている。   |                   |

| 自己 | 外部     | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|--------|---|---|---|-------------------|
|    |        |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                          | 日々の様子で変わったことがあれば、看護師に報告し、助言をもらっている。必要であれば、看護師から医療機関へ状態報告し、受診の必要性や応急処置等の指示を受けられる。  |   |                   |
| 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。 | 入院時には医療機関に情報提供すると共に、担当ケースワーカーに連絡し、入院期間中は密に連絡を取り合っている。定期的に面会に行ったり、家族とも連絡を取り合うことで直近の情報を収集している。利用者、家族が安心して治療を受けられるように支援している。   |   |                   |
| 33 | (12)   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居時に、重度化していく過程やその場合の事業所の対応について説明している。特に併設事業所に入所することのメリットや、その際の手続きについても補足している。協力医療機関や法人内の各種事業所とは定期的に情報交換の機会を設けている。           | 入居時に利用者や家族の意向を確認するとともに、「重度化した場合の対応指針」に基づき事業所の基本的な方針を説明している。入居後も利用者の状態に変化があった場合には、その都度説明や相談を行っている。重度化した場合には、同じ建物内にある地域密着型の特別養護老人ホームや同一法人内の特別養護老人ホームに入所できることを説明し、要介護3になった段階で入所申請を勧めている。 |                   |
| 34 | (12-2) | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 「AEDの取扱い方法」や「感染症対策」について職員研修を実施し、その実践に心配や不安のある職員は、看護師に随時相談でき、助言をもらえる体制となっている。緊急時の対応マニュアルについても、定期的に全員で確認の機会を設けている。            | 職員は「AEDの取扱い方法」や「感染症対策」の実技を取り入れた緊急時対応の研修を受けている。また、週に半日勤務の看護職員から応急手当などの指導を随時受けている。  |                   |
| 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  | 災害マニュアルを見直すとともに、併設事業所を含めた建物全体の避難訓練を実施している。地域の方や消防署員の協力を得て実施し、訓練後のアドバイスもいただいた。車椅子の階段昇降訓練や防災設備の取扱、災害に備える様々な対応などの訓練を定期的に行っている。 | 災害マニュアルを整備し、それに基づいて複合施設内の事業所全体で避難訓練を実施している。地域の住民や消防団とも協力して防災にも取り組んでおり、今年から隣接する長岡市和島支所の職員にも見に来てもらい、具体的な連携に向けて話し合いを進めているところである。   |                   |

| 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                   | 合同研修に参加し、「プライバシー保護」「職業倫理」などについて習得している。また、「さしすせそ」等分かりやすい標語を掲示し、普段の言葉掛けには利用者の誇りやプライバシーを損ねないよう、互いに注意し合っている。事例検討会の際にも意見を交わしている。 | 法人の全職員を対象とした研修会で「プライバシー保護」や「職業倫理」を学んでいる。してはいけない「さしすせそ」などの標語を使って職員の普段の声掛け等で利用者が不快に思わないよう気を付けている。   |                   |
| 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                     | さまざまな場面で自己決定ができるようにその都度確認していくが、傾聴する姿勢を心掛けるとともに、説明する場面ではわかりやすく伝わるよう配慮している。   |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 共同生活であることにも配慮しながら、起床や就寝、入浴時間は入居前の暮らしにできるだけ合わせられるよう配慮している。日中はその方らしい過ごし方を重視し、個々の希望に添えるよう努めている。                                |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 利用者に好みをお聞きしたりも提案したりして、本人の希望に添ったものになるよう支援している。理美容も馴染みの店でカットしてもらったり、昔から好んで着ていた服をご家族に用意してもらうなどしている。                            |   |                   |
| 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     | 食事の準備や後片付けの際、嗜好や家庭の味、食べたい物などを会話の中で得られた情報をそのときに、または次の機会に活かしている。誕生日や祝い事のある日には、利用者の希望に合わせた特別な献立も用意して、ともに暮らす仲間同士で楽しい食卓を囲んでいる。   | メニューは法人内のグループホームが持ち回りで作っており、複合施設内の管理栄養士からチェックしてもらっている。週3回アイディア料理やリクエスト料理の日があり、事業所の畑で収穫した野菜や、近隣や家族からの差し入れを使って利用者の希望に合わせた料理を作っている。お弁当を作って外出し道の駅等でハイキング気分を食べたり、利用者の食べたい店屋物を取るなどして、気分を変えながら食事を楽しんでいる。下ごしらえや後片付けなど利用者にはできることは、全体に声を掛けながら協力をしてもらっている。 |                   |

| 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 |
| 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              | 管理栄養士のアドバイスを心得て作成した献立で食事を調理している。入居前の情報を心得て、食事量や水分量を調整している。月1回体重測定を行い、体重の増減に合わせた食事量の検討など看護師、管理栄養士にも相談し決めている。 |   |                   |
| 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                       | 毎食後歯磨きやうがいを働きかけ、口腔内の状態や本人の能力に合わせ必要な所は介助している。利用者の中には夜間に義歯を預かり洗浄している方もいる。状態によっては歯科受診や歯科往診に繋げている。              |   |                   |
| 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       | トイレで排泄できるよう、利用者ごとの排泄パターンを記録し、得られた傾向に合わせた声かけや誘導を行っている。また、自分でできることは行えるように見守ったり、トイレの場所が分かるよう表示を大きくしている。        | 排泄チェック表を活用して利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、その人に合わせて声かけや誘導を行い、失敗なく排泄ができるように支援している。  |                   |
| 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                       | こまめな水分補給を促すとともに牛乳等乳製品を1日1回以上提供している。食事は野菜を多く取り入れ食物繊維を摂取できるようにし、施設内の散歩など運動の機会も働きかけている。                        |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 曜日や時間を固定せず、利用者の入浴間隔や気分、体調に配慮して入浴して頂いている。入浴する気分になれない時は、時間を置いたり、日を延期するなどして対応している。                             | 少なくとも週2回は入浴できるように、入浴チェック表を確認しながらできるだけ利用者の希望に沿って支援している。入浴を楽しめるように入浴剤を使用したり、ハーブ湯や紅茶、柚子湯などの変わり湯も行っている。また、利用者の希望があれば入浴時にラジオや音楽を流すこともある。 |                   |
| 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                        | 照明や採光を調節し、昼、夜の感覚を大切にしている。また、入居前のその方の1日過ごし方やリズムに合わせていけるよう支援している。   |   |                   |

| 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 |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 処方薬は処方箋と併せて家族と職員で確認してお預かりし、指示通りに服薬できるよう毎日配薬ケースで保管している。飲み忘れのないよう2人の職員で確認し、確実な服薬に努めている。処方後の症状などについては、必用に応じてかかりつけ医に報告、相談している。                            |   |                   |
| 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                             | 利用者ごとに把握している趣味や嗜好を、毎日の生活の中に活かし、畑や料理、裁縫など役割を持ってできるよう支援している。利用者自身が自分の役割として習慣となっているものもあり、負担にならない範囲で提案している。   |   |                   |
| 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 | その日の天候や利用者の気分に合わせて、散歩や外出、買い物に出掛けている。敷地内の畑での農作業や収穫も戸外に出るきっかけになっている。併設事業所と協力してイベントやドライブに出掛けたり、昔からの友人の所へ会いに行くなど、希望に合わせて個別に支援している。地域のボランティアや家族の協力も得られている。 | 気候の良い時期は計画していた行事だけでなく、なるべく外出するように心がけている。グループホームだけでなく複合施設内の他の事業所とも連携して、地元のイベントや季節に合わせたドライブに出かけている。敷地内の畑で野菜を作ることも外出の機会を増やす良いきっかけとなっており、今年には伝統的な長岡野菜を作り、みんなでそれを食べることを楽しみにしている。 |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                             | 事業所では現金を預からないものの、買い物を楽しんだり財布を持っている安心感に繋がる利用者については、家族と協議した上で出納帳を使って管理し、必用に応じて使えるよう支援している。  |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている  | 事業所の電話を使い、利用者から家族に掛けたり、掛けてきた電話を取り次いでいる。年賀状等が届く方もいる。   |   |                   |

| 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 |
| 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 | 植物やメダカの成長を楽しんだり、一緒に製作した作品を飾ったり、日頃の思い出を回想できる写真を掲示することで、ゆっくり穏やかに過ごせるような環境づくりを心掛けている。また、季節感を損なわない範囲で随時適温となるよう空調等を活用している。併設事業所にも自由に出入りし、それぞれが落ち着けるところで過ごしている。 | 普段利用者が集うリビングはユニット毎に設えが違い、そのユニットの利用者と職員が一緒に作り上げた空間となっている。ソファや椅子、古民家風の家具を配置するなど、それぞれの利用者が過ごしやすく配慮されている。飾りつけは季節感を大切にして華美にならぬようにし、利用者の作品なども置いて居心地の良い空間づくりが行われている。 |                   |
| 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  | テレビを見てくつろぐ場所や洗濯物を畳んだり干したりする場所、食事をする場所等、利用者が落ち着いて過ごせるようテーブルやソファの配置にも配慮している。併設事業所への行き来も自由にでき、そこで一緒に過ごすこともできるように職員間で連携を図っている。                                |   |                   |
| 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のを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 自宅で使っていたものや、好みのものを持ち込んでもらい、利用者独自の生活環境になるよう、家族に協力をお願いしている。暖簾や家具や布団、アルバムなど持ち込んでいただくことで、本人が自分の部屋だとわかり、落ち着けるスペースとなるよう配慮している。                                  | 入居時に利用者や家族と話し合い、なるべく使い慣れた馴染みの物を持ち込んでもらうようにしている。各居室はそれぞれの利用者が居心地良く過ごせる空間となっており、その人らしい雰囲気が出ている。   |                   |
| 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   | 居室の表札に名前を入れ、持ち込んだのれんを掛けることで、自分だけの居場所がわかるように工夫し、自立を支援している。トイレの表示を大きくしたり、浴室に大きなのれんを掛けて分かりやすくしている。   |   |                   |

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当する項目に○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |