

### 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   | 4270202080               |            |             |
| 法人名     | 医療法人わかば会                 |            |             |
| 事業所名    | グループホームわかば               |            |             |
| 所在地     | 〒857-0016 長崎県佐世保市俵町22番1号 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成29年8月20日               | 評価結果市町村受理日 | 平成29年10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 | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/42/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/42/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 ローカルネット日本評価支援機構 |
| 所在地   | 長崎県島原市南柏野町3118-1          |
| 訪問調査日 | 平成29年10月2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)】**

病院内にあるGHのため、利用者様の状態に合わせ医療と介護の連携がとれており、24H体制で対応できている。他のGHに比べ、利用者様の介護の重度化が顕著であるが、看取りまでの対応をしっかりしている。

**【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)】**

母体が医療法人で、病院の5階に位置する3ユニットのグループホームである。病院の上階ではあるが医療機関内にあるグループホームであることを感じさせない雰囲気である。近隣には昔ながらの商店街があり、精肉店・ストア・野菜専門の商店・食堂・薬店・商店街組合・弁当専門店等があり、商店街の先に交番があるなど、社会資源としての環境に恵まれている。母体病院の医師や看護師による入居者の健康管理が充実しており、職員だけでなく、入居者や家族にとって安心した日々を送ることができている。職員は医療面での研修等、知識を習得する機会があり、研鑽されていることが窺える。入居者の身体状況に見合ったホームでのサービスの選択ができ、母体内での円滑な循環が他にはない特色と言える。

**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、生き生きと働いている<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

ユニット名 わ

| 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</b> : 4270202080 |     |   |  |  |  |
| 1                         | (1) | 医療法人わかば会<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   | ユニット入り口に理念を掲げて日々確認を行いその理念の実践に繋げている。  | 事業所の基本理念の下、ユニットごとに年度初めの目標を決め、年度末に振り返りや達成度について話し合い、次年度の目標を作成、または継続の検討がなされている。   |  |
| 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員として日常的に交流している  | 利用者の高齢化や介護度上昇により商店街への買い物等は難しくなっているが商店街の夏祭りには毎年参加し地域との交流に努めている。                                   | 入居者の重度化に伴い、隣接する商店街に入居者と一緒に行く機会が激減したが、毎年の商店街夏祭りには入居者が参加することで商店街との繋がりが持つことができ、当ホームの理解を得る機会となっている。高校生の職場体験の受け入れや障害者施設からの研修を受け入れ、2名採用に繋がられた。 |  |
| 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  | 認知症の方への理解や支援の方法をちきの人々に向け活かすという所までには至っていない。   |  |  |
| 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                                     | 運営会議では利用者やサービスの状況についての報告を行い地域の方、御家族よりご意見を頂いたことは、検討実践しサービス向上に活かすよう努めている。                          | 運営推進会議メンバーに入居者家族の参加があり、直接家族の意見を聞くことができる。行事の予定・実施報告、事故等の報告、その他の報告を行い、その都度出席したメンバーより意見や指導を受けることができている。                                     |  |
| 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取り組んでいる  | GH協議会を通して必要な情報を得ている。又運営推進会議に出席してもらいGHの取り組み等伝えている。  | 市長寿社会課の職員が運営推進会議のメンバーであり、お互いの情報交換ができ、季節によつての感染症等の予防対策の情報を得ている。   |  |
| 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 | 身体拘束の研修等に参加して基本的には理解している。しかし危険行為や不潔行為に対してはモンやベッド柵など使用している。月1回のミーティングで拘束が必要か話し合いしており、現在玄関は開錠している。 | 止むを得ず身体拘束を実施する場合は、ケアプランに添えて同意を得ている。月1回のミーティングにて実施している身体拘束についての職員間の話し合いで少しずつ改善しようと努力している。   | ケアプランに同意を付記してありますが、同意書としての書式を作成し、期限を決めて署名捺印してもらい、終結が不可能であれば延長する旨の記載と更に期限を決め、その都度更新する旨の同意書を交わすことと身体拘束マニュアルの作成、整備を提案します。 |
| 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                                     | 勉強会には参加している。トイレの促しが苦痛である利用者に対しどのように対応すべきか家族に協力してもらいながら虐待にならないよう言葉を選びタイミングをみながら行っている。             |  |  |

|    |     |  |   |   |  |
|----|-----|--|---|---|--|
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 以前入所者に活用されてた方がいた。自立支援事業の方・後見人の方と連絡を取り合う事で学ぶ機会があり、協力もできた。                          |   |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 入所・退所の前に説明の時間を設け納得された上で契約・解約を行っている。   |   |  |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 意見箱の設置、当事業所以外の公的機関を重要事項説明書に記載している。要望等受けた際は代表者・職員で検討し出来る限り満足して頂けるように努力している。        | 家族の面会時に要望の聞き取り、意見や希望があれば可能な限り対応するように努められている。また、家族が運営推進会議メンバーとして会議に参加されており、直接会議の中での質疑応答も可能である。 |  |
| 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                                      | 月に一度職員のミーティングを実施しており、議事録を代表者に提出している。問題等があれば管理者は代表者・企画室長と相談しよりよい方向へと反映出来るよう努力している。 | 職員が職務中に気が付きがあった場合は、月1回のミーティングで意見を出し合い、改善に繋げる等、実践に努められている。法人の代表者や企画室長に意見を挙げて改善に繋げることもある。       |  |
| 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      | 年二回自己評価を行い、まとめに管理者が個々の評価をし企画室長へ提出している。まだ多くの改善すべき点があり、代表者は環境・条件の整備につとめている。         |   |  |
| 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         | 内外研修案内は全員に回覧し、個々のスキルアップに繋げていくような促し・機会を設けている。                                      |   |  |
| 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 | GH協議会主催の講習には交代で必ず参加している。同業者との意見交換をすることで他事業者の良い面を取り入れる様にし、サービスの向上に繋げる取り組みをしている。    |   |  |

## 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 | 当施設は病院内ということもあり入所時意思疎通出来る方が少ないが生活歴を職員が把握して言葉掛けを工夫しながら安心してもらえるよう努めている。 |   |  |
| 16 |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | これまでの生活歴や現状をゆっくり聞いてここでの生活の不安を取り除くよう努めている。面会時にはお話を傾聴している。              |   |  |
| 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        | 家族が求められるものが多様化していてその全てに対応するのは難しい。しかし要望には出来る限り柔軟に対応するよう心がけている。         |   |  |
| 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                        | 利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有していてその方の出来る仕事をお願いしながら和やかな生活を送っていただくよう努めている。    |   |  |
| 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         | 面会時には利用者の様子を伝えている。問題点に対して家族の助言を頂きながら解決でき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                     | 高齢で介護度が高い方が多く家族以外の方との接点は少ない。  | 入居者が入居する際に、これまで生きて来られた生活歴を記録し、把握に繋がられている。日頃の支援に結び付けたいが、入居者の重度化の傾向である。現在、身内の冠婚葬祭には家族の対応または職員の送迎の支援で対応されている |  |
| 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                 | 一日中寝たきりにせず経管栄養の方でも最低一日一回は離床してリビングで過ごす時間をもうけている。                       |   |  |

|                                    |      |  |   |  |  |
|------------------------------------|------|--|---|--|--|
| 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                    | 契約終了後他事業所に移られた方の経過フォローは行ってないが同法人内に入院、入居された方は定期的に面談し相談支援に努めている。                            |  |  |
| <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   | 入所時本人、家族に希望や意向を聞き取り介護サービス計画書の希望欄に記載している。困難な場合は聞いた時の本人の表情や、その人ならどうしたいかを考える。家族への聞き取り等行っている。 | 入居者や家族に意向の聞き取りを行い、変更があれば、ケアプランに本人の意向や家族の意向を反映させている。                                      |  |
| 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                                       | 入所時家族に生活歴を記入してもらいカルテに保管して把握行い今までの生活環境や暮らし方を本人、家族に尋ね把握に努めている。                              |  |  |
| 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   | 一日どのように過ごされているか心身状態はどうかどのような事ができるかカルテに記入し把握に努めている。  |  |  |
| 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 | 本人、家族の希望を聞き取り今、本人様にどのようにしたらより良い暮らしができるか話し合い現状にあった介護計画を作成している。                             | 入居者や家族の意向を聞き、職員間で話し合い、長期・短期目標の作成を行っている。介護計画担当者が各ユニットに配置され、職員で話し合った内容を基にケアプランを纏めて作成されている。 |  |
| 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                        | 日々どう過ごされているかやケアを行ってどうだったかカルテ、申し送りに記入し情報をスタッフで共有した上で実践や介護計画の見直しに活かしている。                    |  |  |
| 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               | 本人、家族のその時々ニーズに対してはなるべく要望を取り入れるように努めている。   |  |  |

|    |      |  |   |  |   |
|----|------|--|---|--|---|
| 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   | 毎年開催されている町内の夏祭りに数名ではあるが参加している。しかし、介護度が高く寝たきりの方もおり、個人の心身の力を発揮した地域資源との協働は出来ていない。          |  |   |
| 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  | 利用者全員、母体病院かかりつけ医であり、月2回の訪問診療をしてもらっている。他専門科に受診の際は家族で対応してもらったり、往診等も活用している。                | 法人母体が病院であり、直接病院の医師の往診対応を受けることができる。他科への受診は家族が対応し、家族対応ができない入居者には職員同行の受診支援を行っている。                                 |   |
| 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                                     | 利用者の状態の変化があればすぐ状態報告を行い、気づきがあれば連絡、相談する支援体制は整っている。  |  |   |
| 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。            | 入院時は病棟看護師へ利用者の状態を報告している。職員は気がけて面会に行くようにしており、入院に携わっている職員とは何かあればお互い情報交換や相談出来る関係づくりを築いている。 |  |   |
| 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             | 入居時の契約の際、「重度化した場合における対応に係る指針」について説明し、本人、家族に同意してもらっている。重度化、終末期の際には職員一丸となって支援するよう努めている。   | 終末期について入居時に指針等を説明し、看取りについて本人や家族に同意を得ている。ホームでの回復が困難となった場合は、法人病院医師による判断を受けている。全職員は看取り時期の入居者に対してできる限りの支援に努められている。 |   |
| 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   | 急変や事故発生時には、すぐ連絡ができるよう、体制は整っている。講習や研修、勉強会にも参加している。                                       |  |   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。<br>また、火災等を未然に防ぐための対策をしている | 年2回法人内で避難訓練を実施しており、参加している。実施した月のスタッフ会議で役割分担等周知徹底に努めている。                                 | 年2回法人全体での避難訓練を実施しており、有事の際に備えて避難訓練後の職員会議にて役割分担の確認や職員の意識付けを行っている。  | 備蓄に関しては1名に対して最低3日分程度の量と高齢者向きの食料の確保が望まれます。必要物品と量についての備蓄の整備及び備蓄一覧表の作成と備蓄の定期的点検を行い、充実を図ることに期待します。また、緊急持ち出し用の入居者一覧表の作成しておくことを提案します。 |

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                   | 利用者を人生の先輩として尊敬し対応している。本人の意思を尊重する事を心掛けています。接遇研修にも参加している。  | 入居者が以前活躍されていた頃の話をし、高齢となっても誇りをもって生きて行けるようなコミュニケーション技法を職員は身に付け、職員と入居者が一体となって笑顔で会話することができている。職員は接遇マナーの研修に参加されている。 | 接遇マナー研修、その他の研修には資料を事務室の引き出しに入れて他の職員が目を通していているが、確実な情報共有のために、月1回の会議で研修内容を全職員に周知することを提案します。 |
| 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                     | 介護度が高く、意思の表出が出来ない方が多くその場合は表情や仕草を見たり本人の思い、希望を推し図るようにしている。意思の表出が出来方には質問の仕方を工夫し利用者が自己決定出来るように働きかけている。 |  |  |
| 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 | 現状一人、ひとりのペースに合わせた対応は難しいが、なるべく希望に沿って生活を送って頂けるよう支援するようにしている。   |  |  |
| 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                                  | その人らしい身だしなみや、お洒落が自尊心を傷つけないよう支援している。又、定期的に美容師が訪問される。日々の整容に注意を払っている。                                 |  |  |
| 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     | 利用者の身体機能の低下により、準備や片付けは一緒に行う事は出来ないが、食事を楽しんでいただけるように盛り付けや温度に注意して提供している。                              | 食事は法人内の厨房にて調理されたものを提供されている。朝食はユニットごとに炊飯をしている。職員のペースではなく、各入居者の食事摂取の時間に応じた支援がなされている。食事形態も状態に応じた食事の提供がなされている。     |  |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 法人内に管理栄養士が在職しており、食事量や栄養バランスは確保出来ている。水分量に気を付け、脱水にならないように努めている。                                      |  |  |
| 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                   | 御自分で出来る方には言葉かけしながら行ってもらい、御自分で出来ない方については職員が介助している。口腔洗浄剤やウエットティッシュ等の口腔ケアグッズを活用し清潔に努めている。             |  |  |

|    |      |   |  |   |  |
|----|------|---|--|---|--|
| 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                              | ライフチャートを活用し、一人ひとりの状態を見ながら、トイレの声掛けやパット交換を行っている。   | 排泄の記録により、入居者の排泄パターンを把握されている。職員が決めた排泄誘導ではなく各入居者の排泄時間での声掛けや誘導が実施されている。                      |  |
| 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  | 体操や運動、歩行等行ってもらい、水分が足りない方には水分を摂ってもらうよう声掛けしたり、乳製品を飲んでもらっている。                             |   |  |
| 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                        | 入浴は週2回入ってもらうよう支援している。決められた範囲内ではあるが、変更出来るようにはしている。                                      | 週2回入浴日を決めているが、入居者の状態や希望に応じた入浴支援に努められている。寝たきりの重度化入居者は入浴が不可能であるため清拭・更衣を行っている。               |  |
| 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   | 利用者の希望を優先して、休息してもらっている。ある利用者は昔夜型の生活習慣があり、いつでも就寝してもらえるような環境作りは出来ている。                    |   |  |
| 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  | 利用者個々のカルテに、処方箋をはさめており、いつでも確認できるようにしている。服薬支援の際は、必ず2人でチェック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                             | 一人ひとりの能力に合わせた作業(タオルたたみ等)や活動(スポンジパズル等)をしてもらっている。たまに病院の屋上へ気分転換に行かれる方もいる。                 |   |  |
| 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 | 外出が出来る利用者が少ない。ある利用者は昔から馴染みのある美容室へ娘さんと行かれた。また外出が出来る方は、俵町商店街の夏祭りに行かれたり、近所の桜を見に行ったりされている。 | 重度化した入居者が大半であるため、外出の機会が少ないが、家族対応で馴染みの美容室に行ったり、春には車椅子にて近隣の高校に桜を見に出かけたり、商店街の夏祭りには必ず参加されている。 |  |

|    |      |  |  |   |  |
|----|------|--|--|---|--|
| 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  | 大半は金銭管理困難な為小口現金として管理させていただいている。必要な物は職員が買っている。                |   |  |
| 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   | 自ら電話をしたり手紙を書かれる方はほとんどいないが家族が橋渡しとなり電話をかけてやったりされている。           |   |  |
| 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 | 清潔保持を心掛けている。目に付く数カ所にカレンダーや時計を設置している。時々花を飾り季節を感じてもらえるようにしている。 | 3ユニットがつながっており、ユニットごとの特徴のある共用空間作りがなされている。臭気については、ポータブルトイレ使用後にすぐ後始末を行ったり消臭剤を使用してホーム内の臭気についての配慮が窺える。昼食後には入居者がフロアでゆっくり寛げるよう空間作りがなされている。 |  |
| 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  | 共用空間の中で気の合った利用者同士で職員も交え歌ったり、楽しく過ごせるようにしている。                  |   |  |
| 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  | 御家族やペットの写真や使い慣れた物を持ち込んでいただき居心地よく過ごしていただけるようにしている。            | 入居の際に持ち込み物品についての説明を行い、自宅から馴染みの物を持って来られている。居室には家族の写真を飾ったり、仏壇を持ち込まれている方もおり、その人らしい居室作りがなされている。   |  |
| 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   | お部屋を歩ける人は自由に歩いてもらいコールマット等で対策をとっている。長い距離は職員付き添っている。           |   |  |

# 自己評価および外部評価結果

ユニットか

| 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  | 理念としては「利用者の安心と尊厳ある生活」を柱として3つの項目を挙げているが、地域密着型サービスという意味での理念にはなっていない。                   |      |                   |
| 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  | 地域で開催される夏祭り等には、参加出来る状態の方をお連れしているが、重度の方が多いため、参加する機会は少ない。                              |      |                   |
| 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  | 運営推進会議を通じて、地域の自治会に向け、認知症の方の理解を持っている。   |      |                   |
| 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、民生委員、地域包括支援センター、家族に参加して頂き、取り組み状況の報告や意見交換を行っている。                              |      |                   |
| 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   | 佐世保グループホーム協議会に加入しており、協議会を通じて連絡や、情報を受けている。  |      |                   |
| 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 | 現在、玄関の施錠は、されていないが、帰宅願望や施設の恐れがある場合には施錠している。ベッド上での転落の危険などが考えられる方にはやむを得ず、ご家族の同意の上行っている。 |      |                   |
| 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                                     | 虐待防止の研修等に参加し、職員全体が個人を尊重したケアを行い、防止に努めている。   |      |                   |

|    |     |  |   |  |  |
|----|-----|--|---|--|--|
| 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    | 権利擁護に関する制度に関しては研修等に参加し学んでいるが現在必要とされている利用者がいない為、活用されていない。                                |  |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 契約に際しては契約書、重要事項説明書の内容をできるだけ理解し納得して頂けるように説明している。特に料金の説明には気を配っている。                        |  |  |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 家族からの意見に関しては、面会に来られた際に意見や要望など尋ねて実践している。   |  |  |
| 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                                      | 代表者と管理者は週に1度リーダー会議、診療会議の場を設け、意見や提案を開く機会があり、反映されている。                                     |  |  |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 代表者においては、施設全体の職員の把握は難しく、年に2回自己評価の提出を求められる。管理者は月1回のスタッフ会議の席で意見交換を行い環境整備也、やりがいを持てる様努めている。 |  |  |
| 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         | 院内での研修、又は外部研修に各々の職員が参加し、利用者のケアに役立てる様学んでいる。  |  |  |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 佐世保市のグループホーム協議会の研修等で同業者と交流を図りサービスの質の向上に取り組んでいる。相互訪問においては機会がなく、できていない。                   |  |  |

## 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 | サービス開始時に家族、本人等から希望を聞いて、ケアプラン等で挙げた事をよりよい対応、暮らしへとできるように取り組んでいる。 |  |  |
| 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            | 家族の話聞いた上で、その思いを共有し家族と同様に関係づくりに取り組んでいる。                        |  |  |
| 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        | 入所時に面談、主治医診断書、ケアマネ等によるアセスメントを行い必要な事を聞きよりよい支援が出来るよう努めている。      |  |  |
| 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                        | コミュニケーション等により人生の先輩であることを考えながら日常生活に不安等を与えない様努めている。             |  |  |
| 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         | 利用者の健康状態、様子等を把握し家族へ伝える事により、情報提供し本人を支える様心掛けている。                |  |  |
| 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う、支援に努めている                      | 生活習慣等を把握した上で援助を行い、無理のない様心掛け支援している。                            |  |  |
| 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                 | レクリエーション、歌を増やすなどして、スタッフとの会話がよりよく出来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                    | 転居の際はADL等の情報提供、連絡があれば対応もしている。退去後も家族が職員や他利用者に会いに来てくれる事もあり、その時に家族とのコミュニケーションもとっている。    |  |  |
| <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   | 日頃のコミュニケーションの中で、本人の意向の把握を心掛けている。言語障害等により、意思表示が困難な方でも、表情で察したり、家族に聞く等して、本人本位のケアに努めている。 |  |  |
| 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                                       | 入所時には必ず本人や家族に生活歴の確認や書面にしてもらおう事もある。併設のデイケアを利用されていた方などは、デイ職員やケアマネから話を聞いたりしている。         |  |  |
| 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   | 個々の1日の生活パターンや、行動、会話を見ながら、状態や好み、得意な事等小さな事でも気づき、把握する様心掛けている。                           |  |  |
| 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 | 本人とは日頃の会話から、家族には面会時に生活する上での思いを聞き介護計画に反映されるようにしている。また定期的なカンファレンスやモニタリングも行っている。        |  |  |
| 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                        | カードックスを使用し、それに1人ずつの毎日の記録を設けている。バイタル、食事、排泄、言動や表情等の記録、ケアプランチェックも出来るようにしている。            |  |  |
| 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               | 本人の希望があればその都度検討、対応を心掛け家族により外出希望があった場合、不安なく外出できるよう準備する等臨機応変な対応に努めている。                 |  |  |

|    |      |  |  |  |  |
|----|------|--|--|--|--|
| 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   | 地域の方とは協力している。夏祭り等にも参加出来る方には参加してもらっている。     |  |  |
| 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  | 母体が病院であり、24時間体制月2回の訪問診療をしてもらっている。          |  |  |
| 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                                     | 常に状態の変化があれば報告。看護師と情報を共有するようにしている。          |  |  |
| 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。            | 当院に入院された際、面会を心掛け、状態の確認を行う。                 |  |  |
| 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             | 医療と連携を取りながら、家族にも話し合いを行っている。状態に応じた対応を行う。    |  |  |
| 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   | 当病院医師より、救命講習あり。事故発生時にはマニュアルに沿った対応を行う。      |  |  |
| 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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。<br>また、火災等を未然に防ぐための対策をしている | 年2回の消防訓練。消化器等の点検もある。災害時に対応出来るマニュアルも作成している。 |  |  |

**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                    | 一人一人の誇りやプライバシーを尊重して、その方に合った言葉掛けを心掛けている。                      |  |  |
| 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                      | 本人様の希望に添えるように、その人その人の意見や訴えに傾聴し対応に努めている。                      |  |  |
| 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 | 日々の業務の中で多少もって頂く事もあるが、出来る限り一人一人のペースを大切にし個別に支援している。            |  |  |
| 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                                   | 散髪は業者へ依頼し、訪問サービスを利用している。髪をとかず事が出来る利用者には自分で行ってもらっている。         |  |  |
| 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      | 食事を楽しんで頂けるように献立の説明を行い、食べやすい様にカットしたり、温度や硬さに注意している。            |  |  |
| 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           | 病院の管理栄養士がいる為、栄養バランスはほぼ摂れている。食事量も毎食確認を行い、水分も定期的に飲水出来る様に促している。 |  |  |
| 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                    | 毎食後、介助を要する方には口腔ケア用品を使用し、ケアしている。                              |  |  |

|    |      |   |  |  |  |
|----|------|---|--|--|--|
| 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                              | ライフチャート等を活用し、個人一人一人の排泄パターンを職員で把握するようにしている。   |  |  |
| 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  | 便秘予防の為、毎朝10時に牛乳、ココア等の乳酸菌が入っている飲み物を提供している。便秘が慢性的になっている利用者の場合は、主治医に相談し、下剤等も利用したりしている。    |  |  |
| 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                        | 業務等の都合で、曜日や時間帯は個々の希望に沿っていないが、入浴直前にも利用者の体調、希望を聞きながら、必要あれば入浴日や順番を変えたりしている。               |  |  |
| 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   | 前日の睡眠状況、その日の日中活動量等を考慮し、夜間の睡眠に支障なく休息できるよう支援を行っている。                                      |  |  |
| 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  | 内服薬が変更になった場合は、お薬手帳を活用したり、薬剤師に尋ねたり、副作用についても詳しく教えてもらっている。変化があった場合、すぐに主治医に報告し、対応してもらっている。 |  |  |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 生活歴や本人様に聞いたりして、得意な事をして頂けるように支援を行っている。  |  |  |
| 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 | 介護度の重い方が多い為 本人様からの希望は無く外出の機会はほとんどない。地域での商店街の夏祭りには体調が良ければお連れしている。                       |  |  |

|    |      |  |  |  |  |
|----|------|--|--|--|--|
| 50 |      | <p>○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</p>  | <p>紛失の恐れや本人で使える方がおられず現在個人での所持はされていない。各利用者より小口現金として管理し、商品購入、ビューティーヘルパー申し込み等行い、毎月残金チェックを行っている。</p> |  |  |
| 51 |      | <p>○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</p>   | <p>利用者はほぼ手紙や電話でのやり取りを出来る状態ではなく、必要に応じ、スタッフにより連絡をとっている。</p>  |  |  |
| 52 | (19) | <p>○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</p> | <p>室温、温度のチェックを行い、季節によって対応行っている。</p>  |  |  |
| 53 |      | <p>○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</p>  | <p>食事、レクレーション等は、利用者の状態に合わせ、定位置が自然と決まっている。</p>  |  |  |
| 54 | (20) | <p>○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</p>  | <p>利用者の写真、メッセージボード等を飾り、寝巻き、寝具の事は家族と話し合っている。</p>  |  |  |
| 55 |      | <p>○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</p>   | <p>利用者の状態に応じ、ベッドの位置等考え、支障が出ない様努めている。</p>   |  |  |

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名 は

| 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  | 玄関入口に理念を掲示し、常に意識しながら利用者様に接するようにしている。                               |      |                   |
| 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  | 毎日、病院周りの掃除を行っている。夏祭りに参加したり、商店街を利用し交流を続けている。                        |      |                   |
| 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  | 地域との交流がほぼ無いので行えていない。運営推進会議で地域の民生委員さんと話したりはする。                      |      |                   |
| 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                                     | 運営推進会議で出た意見や改善点についてはスタッフ会議で話し合い、サービス向上に必要な物は取り入れるようにしている。          |      |                   |
| 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取り組んでいる  | 密にはいかないが、運営推進会議に出席してもらった際交流している。必要に応じ出向いている。                       |      |                   |
| 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 | 身体拘束について理解はしているが、経鼻チューブ抜去のおそれのある方に身体拘束を行っている。毎月状態を検討し、中止できるか話している。 |      |                   |
| 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                                     | 利用者様の様子に目を配り、職員同士でも話し合い虐待にならないように心掛けている。実施される勉強会にも参加している。          |      |                   |

|    |     |  |   |  |  |
|----|-----|--|---|--|--|
| 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    | 制度がある事は知っているが、今まで必要とされる方がいなかったので詳しくはわからない。今後勉強し活用出来るようにしたい。       |  |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 最初の契約時にきちんと説明しており、その後も何かあれば都度説明させてもらっている。改定時は書類をきちんと作り十分説明を行っている。 |  |  |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 面会時や運営推進会議、投書箱を利用し意見を聞き、会議で話し合い改善していく事で運営に反映させている。                |  |  |
| 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                                      | 各種会議があり、その場で意見提案出来ない事もないが、運営に関してまではあまり言えない。                       |  |  |
| 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      | 年2回、自己評価・考課はあっているが、給与水準は近隣施設より低いと思われるし、環境条件の整備に努めているとは思われない。      |  |  |
| 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         | 研修の情報は頻回に入ってくるが代表者が個々の力量を把握しトレーニングする所までは至っていない。                   |  |  |
| 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 | GH協議会に参加することで同業者と情報交換を行い、サービス向上に努めている。                            |  |  |

## 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 | 質問しやすい雰囲気作りをし、質問に対し本人が納得するまで説明を行い同じ質問にも繰り返し対応する事で安心して頂けるよう努めている。                    |  |  |
| 16 |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 職員から質問等ないか言葉掛けを行い、御家族から意見等言いやすい状況になるよう努めている。  |  |  |
| 17 |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 本人や家族と、日々のコミュニケーションに努め、不安や希望を読み取る努力を行っている。  |  |  |
| 18 |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | タオルたたみやゴミ箱作り、テーブル拭き、茶碗洗いなど出来る手伝いをさせていただき、お互いに感謝の気持ちを伝えながら良い関係を築いている                 |  |  |
| 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         | 家族と気楽に会話できる関係を築き、必要な意見は交わし、利用者が生活しやすい環境を家族と共に支援している。                                |  |  |
| 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                     | 特別な状況以外では、面会時間内にいつでも面会出来る様になっている。馴染みの場所へはなかなか出かける事ができないレベルの方が多い。                    |  |  |
| 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                 | 個々の認知レベルや性格の違いを充分把握し、交流がしやすいようにリビングでの座席の配置に気を使っている。又間に入り、個人でできる作業、複数でできる作業等もを行っている。 |  |  |

|                                    |      |  |   |  |  |
|------------------------------------|------|--|---|--|--|
| 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                    | サービス利用終了後であっても、顔を合わせた際は声を掛け良好な関係を継続できるように心掛けている。相談に来られた際には内容をきちんと聞き支援・対応している。 |  |  |
| <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   | 一人一人とゆったり話す時間を持ち、希望に添う様努めている。困難な場合にも出来るだけ希望に近づける様に努めている。                      |  |  |
| 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                                       | 入所時、情報提供書や家族、本人から生活歴を確認、入所に至るまでの経過を把握。コミュニケーションをとり会話の中から情報を得るようにしている。         |  |  |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 日々の介助にて、変化があれば他職員が分かるように伝え情報の共有を行っている。  |  |  |
| 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 | 月一回のスタッフ会議でケアプランの3ヶ月評価、6ヶ月評価を行い、サービスのプランを見直している。その際、家族・本人の希望も確認。プランに組み入れている。  |  |  |
| 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                        | 個別にケアプラン実施表にチェックしている。気づきや必要な事は記事や申し送りノートに書き残し共有。会議で話し合いプランの見直しに活かしている。        |  |  |
| 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               | 歯科や眼科等の受診希望の際の情報提供、入院時に家族が遠方の方等はこまめに様子を見に行ったり、独居の方の買い物等個々に合わせて必要なサービスを提供している。 |  |  |

|    |      |  |  |  |  |
|----|------|--|--|--|--|
| 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   | 夏祭りやバザー、商店街へ出かけられる状態ではあるが、本人の希望・身体状態により実施できていないが室内での活動に力を入れている。                |  |  |
| 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  | 母体が病院であり、主治医が入所前からのかかりつけ医であった方が多い。受診時は情報提供の支援を行っている。                           |  |  |
| 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                                     | 日常の気付きや変化は情報提供をこまめに行い適切な指示アドバイスを受ける事ができている。                                    |  |  |
| 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。            | 入退院時、病棟と情報提供を行い必要な連絡は取り合っている。こまめに面会に行き様子を見、声掛けを行っている。またその状態を書き記し全員で共有している。     |  |  |
| 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             | 最後まで医療を受けるのか、どこで最期を迎えたいのか、主治医やGH責任者が聞き取りを行い、取り組んでいる。                           |  |  |
| 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   | 当病院医師による救命講習があり参加している。事故発生時にはマニュアルに沿って対応をしている。                                 |  |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。<br>また、火災等を未然に防ぐための対策をしている | 病院全体で避難訓練が実施されており全職員が持ち回りで参加している。定期的に防火点検が実施されておりその都度改善している。地域との協力体制作りはできていない。 |  |  |

**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                   | 個々で注意しながら行っているが、悪い言葉掛け・対応があった場合は他スタッフが注意を行い改善していくようにしている。                      |  |  |
| 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                     | 本人の意思を尊重し、思うような生活ができるように支援している。自己表現できない方にも安心、安全を提供できるように支援している。                |  |  |
| 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、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 | 無理強いすることなく、本人の意向を聞き、個々のペースに合わせた生活ができ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                                  | 洗面所に、くしや保湿液を置き、自由に使えるようにしている。できない人にはスタッフが行っている。                                |  |  |
| 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     | 一人一人の好みを把握し対応している。片付けなど出来る方にも関わらせている。  |  |  |
| 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          | 一人一人の摂取量、水分量を把握し対応している。個々に合わせた補助食品も活用している。                                     |  |  |
| 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に、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                  | レベルに応じたケアを行っている。義歯洗浄はスタッフがしている。経管栄養の方も毎食前以外にも気になる時は行っている。家族希望ある時は歯科往診の支援もしている。 |  |  |

|    |      |   |  |  |  |
|----|------|---|--|--|--|
| 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                              | 排尿・排便のチェックを行い、レベルに応じたトイレ誘導している。全員ではないが、入所時オムツ使用だった方も、昼間のトイレ使用、リハパンへの移行支援ができています。 |  |  |
| 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  | 乳酸飲料の使用やトイレに座って排便を促したり、腹部マッサージを行ったりしている。   |  |  |
| 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                        | 人員、業務の都合上、午前中に決まっている。曜日にも決まっているが本人の希望や体調に合わせて変更している。                             |  |  |
| 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   | 意思が明確な利用者は自由にしてもらっている。意思表示できない利用者は体調を見たりして定期的に離床、入床をしてもらっている。                    |  |  |
| 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  | 個々の処方箋を確認し薬の把握を行っている。異常があれば報告し指示を受けている。  |  |  |
| 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                             | 個々の好みを把握し、手伝いや遊び等提供し過ごして頂いている。   |  |  |
| 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 | 希望がある人は家族にお願いしたり、スタッフが付き添うことで対応している。しかし外出希望される事がほとんどない。                          |  |  |

|    |      |   |  |  |  |
|----|------|---|--|--|--|
| 50 |      | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>  | <p>自分でお金を持っている人もいるが、買い物にはほとんど行かず、スタッフに頼まれることが多い。ほとんどの利用者は所持しておらず、事業所で預かって管理している。</p> |  |  |
| 51 |      | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>   | <p>本人の希望があれば対応出来るようにしているが、実際にはあまり希望はない。</p>  |  |  |
| 52 | (19) | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p> | <p>テーブルに花を飾ったり季節に応じた壁面飾りを利用者と共に作成。見える場所に飾っている。</p>                                   |  |  |
| 53 |      | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>  | <p>リビングにはソファや椅子が置いてあり好きな所に座ることができる。テーブル席は個々のレベル・性格に合わせ決めている。</p>                     |  |  |
| 54 | (20) | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>  | <p>テレビや写真立て、飾り物等自由に持ってきてもらっている。</p>  |  |  |
| 55 |      | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>   | <p>危険予知を行い、できるだけ障害にならないようにしている。また、トイレ等に張り紙をして分かるようにしている。</p>                         |  |  |