

## 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   | 2271200178        |            |            |
| 法人名     | 有限会社 グリーン・フォレスト   |            |            |
| 事業所名    | グループホーム萩          | ユニット名      | 1階         |
| 所在地     | 静岡県御殿場市東田中1431-14 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月15日        | 評価結果市町村受理日 | 平成31年3月25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/22/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2271200178-00&amp;PrefCd=22&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2271200178-00&amp;PrefCd=22&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 評価機関名 | セリオコーポレーション有限会社 福祉第三者評価 調査事業部 |
| 所在地   | 静岡県静岡市清水区迎山町4-1               |
| 訪問調査日 | 平成31年2月6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)】

ご利用者ご家族、地域の方々など色々な方に支えられ開設15年目を迎えることが出来ました。15年という年月の中で出会いと別れを繰り返し、職員は少しずつですが成長していると思います。とくにターミナルケアを経験することで、人生の最期に立ち会うことの重さを職員一人ひとりが考えるようになりました。これからも主治医、ご家族と協力して「良かった」と思っているケアを目指していきたいと思っております。

### 【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)】

職員は気さくで明るく、家庭的な雰囲気のある事業所である。24時間対応の協力医が隣接しており、医療面は安心感がある。栄養士の献立により食事はすべて手作りでおり、家族の突然の来訪でも同じメニューを用意することが可能で、利用者と一緒に食卓を囲むこともある。1日の中で利用者が主役になれる時間を作り、人に褒めてもらうことで本人の気持ちが高まるように工夫している。介護に携わる者に対して資格以上に職員の人柄を重視する代表の考え通り、職員はともて穏やかで優しく利用者寄り添っている。16年の長期勤務者の退職により職員が入れ替わったが、利用者本位の姿勢は現在の職員に引き継がれている。利用者の事を最優先に考え、明日でも支障のない業務は明日に延ばす等して職員の負担も軽減させている。利用者や家族のみならず、職員にとっても居心地の良い事業所であることに努めている。

## 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)       | ○<br>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)   | ○<br>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)             | ○<br>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)                     | ○<br>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)                   | ○<br>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) | ○<br>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)    | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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)                  | ○<br>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                                       | ○<br>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)         | ○<br>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                                   | ○<br>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) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |  |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|--------------------|-----|--|--|---|-------------------|
|                    |     |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |  |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                           | 理念である「自立と尊厳」について、カンファレンスや申し送り時などに話し合い、共有・確認し、利用者それぞれの個性を尊重しながらケアを実践している。           | 理念「自立と尊厳」をモットーに優しさを持って一人ひとりに寄り添い、楽しく暮らすための支援をしている。介護施設ではなく一つの家庭としての暮らしを目標に、1日1回その人の笑顔が見られるように心がけている。      |                   |
| 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                           | 地域の行事(さくら祭り・文化祭・さいと焼き)に地域の一員として参加している。またホーム周辺の雪かきや清掃など一緒に行っている。                    | 自治会に加入し、地域の行事に参加している。桜祭りに出店して手作りおやつを販売したり、年2回の介護相談や中学生の職場体験を受け入れたりしている。寄り合い所「さんぽ路」にボランティアで参加して地域交流を図っている。 |                   |
| 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                         | 地域の行事参加や運営推進会議などを通して、認知症の方に対する理解・支援の仕方をお話している。                                     |   |                   |
| 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践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている      | 2ヶ月に1度開催し、ホームの様子や取り組みを報告し、意見や助言をいただき、サービスの向上に活かしている。                               | 2か月に1度の開催で、民生委員や区長が毎回出席している。出席者とは顔なじみの関係で、雑談したりアドバイスを受けたりして情報交換の場となっている。開催が平日のため、家族の参加が難しい。               |                   |
| 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                 | 市主催の会議や研修に参加し事業所の実情など伝えている。年2回介護相談員の受け入れをしている。                                     | 寄り合い所が実現するまで、法人代表は頻りに市に足を運んでいた。現在は年に1回ではあるが、介護福祉課に出向いている。社会福祉協議会で話し合いが行われ、会議には市職員が参加している。                 |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「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 | 職員は、利用者ひとり一人のその時の状態を把握し、その方に合わせたケアを提供し、落ち着くまで寄り添うようにしている。                          | 身体拘束ゼロ宣言をしている。内部研修や毎月のカンファレンスで管理者が話をしたり、研修を受けた職員が発表するなどして勉強の場としている。                                       |                   |
| 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      | 外部研修・内部研修で学び、話し合い、虐待防止を徹底している。また、利用者の精神的な状態把握に努め、ケース記録への記入、申し送りなどで情報を共有し、防止に努めている。 |   |                   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|-----|--|---|---|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 内部研修で学ぶ機会を設けている。  |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | 契約書と重要事項説明書に明記し、契約時に説明を行い、理解・納得を図っている。  |   |                   |
| 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                     | ご意見箱を設置している。利用者の要望などは日常的に聞くようにしている。また家族からの要望などは、面会時や電話にて聞いている。その内容についてはカンファレンスなどで話し合っている。 | 利用者ごとに担当を決め、責任を持って関わるようにしている。毎月家族の来訪があり、要望等は直接聞いて確認しているが、今のところ苦情はない。月に1回家に帰る利用者もいるが、家族に訪ねてもらえるように支払いは現金のみとしている。       |                   |
| 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                                      | いつでも意見や提案などが言える環境づくりをしている。意見や提案についてはカンファレンスや申し送り時に話し合っている。                                | 3か月から半年に1回の頻度で、職員の様子を見ながら法人代表と個別面談を行っている。カンファレンスで意見を出し合ったり、日常勤務の中で管理者が意見や要望を聞き取っている。外出支援を増やしたいという職員の要望を取り入れ、計画を立てている。 |                   |
| 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      | 日勤帯は基本的には3名体制だが、利用者の状況などに応じて、必要なときには職員を増やすなど調整している。                                       |   |                   |
| 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         | 資格取得希望者には、助言や指導、勤務の調整などしている。外部研修については、本人の希望を聞いたり、個々のレベルを見ながら研修について助言している。                 |   |                   |
| 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 | 市主催の会議などで意見交換などしている。  |   |                   |

| 自己                          | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|-----------------------------|-----|--|--|---|-------------------|
|                             |     |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |   |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居前面接、入居時に日常生活の中で受容と共感の姿勢で積極的に関わりを持ちながら、気持ちや思いを受け止める努力をしている。                             |   |                   |
| 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            | 施設見学、申込み時に時間をかけて話しを聞いている。また、入居時にはホームへの希望・ターミナルケアなどについて話をしている。                            |   |                   |
| 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        | 見学時に状態を聞き、また事前面接時にご本人の状態を観察し、グループホームの対象であるかを検討し、難しい場合には他のサービスについて説明している。                 |   |                   |
| 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                        | ひとり一人の「できること」を見つけ、職員と一緒に(洗濯物たたみや掃除、簡単な調理など)行っている。  |   |                   |
| 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         | 利用者の希望や楽しみなどを家族と一緒に考え、面会時などを利用して外出する機会などを作っている。またターミナルケアでは主治医・家族と話し合い、付き添いなど協力していただいている。 |   |                   |
| 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                     | 利用者やその家族から馴染みの場所や人などをお聞きし、馴染みの場所へ行ったり、会いに行くことで、関係を継続できるように支援している。                        | 面会は昼夜を問わず何時でも可能で、家族や知人の来訪がある。突然の来訪でも食事の用意が可能で、利用者と一緒に食事を摂ることもある。毎週家族と墓参りに出かける人やカラオケに出かける利用者もいる。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 利用者の生活歴・生活・個性を把握し、食堂の席や外出のメンバーなどを考えている。また必要な時は職員が間に入り、コミュニケーションがとれ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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | 退所後もお話し相手のボランティアに来てくださったり、衣類やウエスを寄付してくださるご家族がいる。   |   |                   |
| <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   | 利用者との会話の中で、希望や思いなどを把握できるように努めている。困難な場合には家族に聞いたり、生活歴や本人を観察し検討している。  | 利用者と担当職員は話しやすい関係にあり、お互いを分かり合っている。その日の出来事は申し送り等で職員全員が共有し、家族には毎月の手紙で利用者の様子を伝えている。担当職員が本人に確認して「満足度チェック」に代理で記入し、実現に向けての検討をしている。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 利用者との会話や家族からの情報をもとに把握できるように努めている。また、入居時に生活歴などを家族に書いていただいている。   |   |                   |
| 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   | 毎日のバイタル・水分チェック、様子観察で変化があった場合には受診・往診を依頼するなど早期発見、対応している。また、必要な方には「水分・排泄チェック表」を使用し、常に把握できるように努めている。         |   |                   |
| 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 | 毎月のカンファレンスで個々の利用者について話し合い、また家族の面会時、電話にて本人の様子を報告、希望を聞き、介護計画を作成している。モニタリングは毎月、居室担当者が実施し、それをもとに介護計画を作成している。 | 3か月に1回の見直しで、ユニット会議や往診時の医師からのアドバイスを介護計画に反映させている。家族とは毎月来訪する支払いのタイミングで話をしている。  |                   |
| 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                        | 毎日の個別ケース記録や連絡ノート、バイタル表のより、情報を共有し、日々のケア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               | 利用者・家族の希望により、系列のホームなどと相談し、お互いに受け入れをしたり、他施設へ移動することなどを提案するなどしている。また系列のデイサービスを利用しながら、ホーム入居の待機などしている。        |   |                   |

| 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                                      | 積極的にボランティアの受け入れをしている。地域の方々(組長・民生委員)が運営推進会議に参加していただき、ホームの様子を報告し、助言をいただいたり、災害時などの協力をお願いしている。    |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 本人・家族の希望を聞き主治医を決めている。ターミナルケアなどは、家族と主治医と職員で何度も話し合いをしながら進めている。休日・夜間いつでも相談・受診(往診)できる協力病院を確保している。 | 事業所に隣接する協力医をかかりつけ医としており、24時間対応で週2回の往診がある。専門医への受診は、家族の了解を得た上で職員が付き添っている。訪問歯科を受診している利用者もいる。                             |                   |
| 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                          | 提携病院の看護師にいつでも相談でき、助言をいただいたり、指導していただいている。  |   |                   |
| 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。 | 職員がお見舞いや食事や食事介助などへ足を運び、本人の状態を確認し、また病院職員に状態を聞いたりしながら、主治医・家族と相談しながら退院にむけて調整している。                |   |                   |
| 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、事業所の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  | ターミナルケアについては入居時に話をしているが、主治医よりターミナルケアについて話があれば、もう一度、本人・家族に確認し、希望があればホームでの生活が継続できるよう支援している。     | 重度化や終末期に関する方針は、入居時に説明し確認している。利用者が重度化して主治医から話があった際には、改めて本人や家族に確認を取っている。ターミナルケアとなった場合は、職員は利用者の状態に応じた個別ケアについて勉強して支援している。 |                   |
| 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  | 緊急対応マニュアルがあり、申し送りや毎月のカンファレンスで確認している。  |   |                   |
| 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全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 火災・地震災害時を想定しての避難訓練を定期的の実施している。  | 年2回の防災訓練、また夜間想定訓練も行っている。備蓄は5日分用意され、階段には昇降機を備えている。近隣住民との関係性は良好で、いざという時の協力について声掛けもしている。                                 |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 利用者ひとり一人の生活歴や性格、身体の状態などを把握し、個々に合わせた声掛けや介助を行っている。特に排泄介助や入浴介助の際には、声掛けや同性介助にするなどプライバシーに配慮したケアを行っている。   | トイレ誘導や失禁の際にはさりげなく誘導する等、尊厳を損なわない声掛けを常に心がけている。毎月のカンファレンスでプライバシーに配慮したケアについて話をしており、写真の掲載に関しても家族に許可を得てから使用している。        |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 日常生活の中で一緒に「選ぶ」場面を多く持てるようにしている。  |   |                   |
| 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 | 利用者ひとりのペースを把握し、その方に合った生活が送れるよう支援している。買い物や散歩・ドライブなどの希望があれば、できるだけすぐに行けるようにしている。                       |   |                   |
| 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                                  | 利用者の好みを把握し、その方に合った身だしなみやおしゃれができるよう洋服などを選んでいる。また希望があれば髪染めやカット、顔そりを行っている。                             |   |                   |
| 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     | 個々の好みを把握し、希望を聞きながら献立に取り入れている。苦手な物などは代替えするなどしている。食事の準備、下膳などできる事は利用者と一緒にしている。                         | 栄養士が作成した献立を手作りし、職員も利用者と一緒に食事をしている。タケノコご飯や豆ご飯等の季節感あるメニューや行事食、おやつも手作りしている。希望する物を個別で食べに行ったり、利用者が豆から挽いてコーヒーを飲んだりしている。 |                   |
| 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          | 利用者の好みを考慮したバランスの良い献立を栄養士が作成している。入居者ひとり一人の病気や体重の増減などを把握し、メニューは変えず量・塩分などを調整したり対応している。毎日、水分チェックを行っている。 |   |                   |
| 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、口腔ケアを行い、必要に応じて見守り、介助している。また口腔ケアが難しい利用者に対しては、ガーゼで口腔内を清潔にしている。必要な方には歯科往診を行っている。                   |   |                   |

| 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   |
| 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                              | カンファレンスなどで排泄について話し合い、必要ならば排泄チェック表を使用しその人に合った排泄時間を予測し、様子を見ながらトイレ誘導している。   | 毎日のバイタルチェックは基本であり、欠かさず行っている。排泄チェック表から個々のリズムを把握して声掛けをしている。寝たきりの利用者を除き、ほとんどの利用者が自力でトイレに行き排泄している。                   |   |
| 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  | 排便チェックをしており、排便がない利用者については牛乳やヨーグルト、食事、下剤などで調整している。便秘が3日以上にならないよう気を付けている。  |  |   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 週に2回は入浴するようにしている。入浴日は決めてあるが、希望があればいつでも入浴できるようにしている。季節感を出すために、柚子湯や菖蒲湯など取り入れている。                                 | 週に2回午前中の中の入浴が基本であるが、希望があれば夕方の中の入浴などにも個別に対応している。入浴を拒む利用者には、無理強ひせず時間を要する等して入浴に至っている。やむを得ない場合は清拭を行い、水虫の場合は足浴を行っている。 |   |
| 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   | 日中に散歩や体操などで身体を動かし、夜間はゆっくり休めるよう、生活リズムを整えるように気を付けている。体調不良などの様子が見られたら、休むように声掛けしたりしている。                            |  |   |
| 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  | 個々のケース記録に、薬の処方内容などをいつでも確認できるようにしている。不明な場合などは、いつでも相談できる薬剤師がいる。  |  |   |
| 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「できること」を見つけ、掃除や食事の準備、洗濯物たたみなど、生活の中で習慣・役割にな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 | 天気の良い日には希望を聞き、ドライブや散歩へ行ったりしている。また外出が難しい方には、利用者とその家族の方々に希望を聞き、家族に協力していただきながら散歩や喫茶店などへ外出したり、好きな物を居室で一緒に食べたりしている。 | 天気の良い日に利用者と職員が1対1で順番に散歩をしている。職員の数に足りているため、利用者の急な外出希望にも対応している。県内外の観光地や景勝地にユニットごとでドライブに出かけたり、個々に家族と出かけたりにしている。     | 利用者の状態により、外出が困難な場合もある。職員からは「外出困難な利用者の外出支援を増やしたい」との意見が挙がっている。今後どこまでの支援ができるのか、積極的な話し合いを期待したい。 |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|--|---|---|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | ほとんどの方は本人・家族の希望により金銭の所持はしていない。  |   |                   |
| 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   | 家族や知人の方へ電話を掛けて良い時間などをあらかじめ確認をとっておき、希望時には子機を使用し、居室でゆっくり電話できるようにしている。   |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | キッチンが家庭的な広さになっており、利用者が集う食堂に接しており、調理の音や匂いなどを感じる事ができる。お風呂も浴槽の広さなど家庭と同様な作りになっており、一人でゆっくり入浴できるようになっている。また、廊下や食堂などに季節に合った貼り絵などを作り、飾っている。 | 共用空間は全体的に家庭的な雰囲気を整えられ、ゆったりと過ごせる工夫がされている。つるし雛など季節の飾りが施され、景色の写真も飾られている。利用者による折り紙の作品が飾られ、手作りする事で充実感を味わうこともできている。 |                   |
| 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  | リビングでお茶を飲んだり、話をしたり、のんびりできる空間を作っている。食堂の席は、気の合う方と楽しく過ごせるように工夫している。  |   |                   |
| 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  | 家族に協力していただき、今まで使用していた寝具やタンス、お気に入りの洋服などを持ってきていただき、なるべく自宅と同じ環境にできるよう、馴染みのある居心地の良い居室作りに努めている。  | 家族の写真や猫や犬の写真を飾る人、友人からの年賀状や絵手紙を大切にしている利用者もいる。今まで使い慣れた寝具を持ち込み、好みのカーテンを取り付けた居室もある。それぞれの居室には花の名前が付けられている。         |                   |
| 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   | 居室の入り口にはネームプレートを作り、自分の部屋が分かるようにしている。車椅子の利用者が多いため、居間が広く使えるよう机・イス・テレビの位置などを考慮し、利用者が安全に過ごせるようにしている。                                    |   |                   |

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                   |            |            |
|---------|-------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2271200178        |            |            |
| 法人名     | 有限会社 グリーン・フォレスト   |            |            |
| 事業所名    | グループホーム萩          | ユニット名      | 2階         |
| 所在地     | 静岡県御殿場市東田中1431-14 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成31年1月15日        | 評価結果市町村受理日 | 平成31年3月25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.kaiqokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kan1=true&amp;JiqvosyoCd=2271200178-00&amp;PrefCd=22&amp;VersionCd=022">http://www.kaiqokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kan1=true&amp;JiqvosyoCd=2271200178-00&amp;PrefCd=22&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 評価機関名 | セリオコーポレーション有限公司 福祉第三者評価 調査事業部 |
| 所在地   | 静岡県静岡市清水区迎山町4-1               |
| 訪問調査日 | 平成31年2月6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)】

|   |
|---|
| <p>ご利用者とご家族、地域の方々など色々な方に支えられ開設15年目を迎えることが出来ました。利用者の皆さんが一日の中で一瞬でも「良かった」と思って頂けるようなケアが出来るよう努めています。<br/>ご利用者ひとりひとりがホームでの生活の中で「役割」を見つけ習慣、継続出来るよう支援しています。喜怒哀楽のあるホームになれるよう職員一同頑張っています。</p> |
|---|

【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)】

|  |
|--|
| <p>※複数ユニットの外部評価結果は1ユニット目の評価票に記入されています。</p> |
|--|

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

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>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)     | ○<br>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<br>職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています<br>(参考項目:9,10,19)  | ○<br>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<br>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)           | ○<br>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<br>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)                     | ○<br>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<br>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)                 | ○<br>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<br>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) | ○<br>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<br>利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○<br>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<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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<br>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)                | ○<br>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<br>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                                       | ○<br>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<br>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)       | ○<br>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<br>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                                   | ○<br>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<br>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) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |   |  |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価                                |                   |
|--------------------|-----|--|---|-------------------------------------|-------------------|
|                    |     |  | 実践状況  | 実践状況                                | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |   |                                     |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                           | 理念である「自立と尊厳」について、カンファレンスや申し送り時などに話し合い、共有・確認し、利用者それぞれの個性を尊重しながらケアを実践している。                | ※複数ユニットの外部評価結果は1ユニット目の評価票に記入されています。 |                   |
| 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                           | 地域のお祭りでは「クッキーやパウンドケーキ」を出店し、地区の文化祭では作品を出展するなど地域の行事に参加している。                               |                                     |                   |
| 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                         | 地域の行事参加や運営推進会議などを通して、認知症の方に対する理解・支援の方法をお話している。  |                                     |                   |
| 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      | 2ヶ月に1度開催し、ホームの様子や取り組みを報告し、意見や助言をいただき、サービスの向上に活かしている。                                    |                                     |                   |
| 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                | 市主催の会議や研修に参加し事業所の実情など伝えている。また、事故などがあった場合には書面にて報告している。                                   |                                     |                   |
| 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「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 | 階段フェンスは転落等の危険防止のために施錠している。他の利用者が居室に入ってしまう困っている利用者に対しては、居室内に居ない場合には、外からかけられる簡易的なカギをしている。 |                                     |                   |
| 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      | 外部研修・内部研修で学び、話し合い、虐待防止を徹底している。また、利用者の精神的な状態把握に努め、ケース記録への記入、申し送りなどで情報を共有し、防止に努めている、      |                                     |                   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|-----|--|---|------|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 内部研修で学び共有するように努めている。  |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | 契約書と重要事項説明書に明記し、契約時に説明を行い、理解・納得を図っている。                                    |      |                   |
| 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                     | 面会時に家族からの意見や要望を聞いている。内容についてはカンファレンスで話し合い、実践できるよう具体化している。                  |      |                   |
| 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                                      | 日々、職員間で意見交換している。職員が意見を共有できるよう、連絡ノートに記入し、必要あるものはカンファレンスで話し合っている。           |      |                   |
| 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      | 通常、日勤帯3名体制だが、状況などに応じて職員を増員している。   |      |                   |
| 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         | 資格取得希望者には、助言や指導、勤務の調整などしている。外部研修については、本人の希望を聞いたり、個々のレベルを見ながら研修について助言している。 |      |                   |
| 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 | 市主催の会議などで意見交換などしている。  |      |                   |

| 自己                          | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|-----------------------------|-----|--|--|------|-------------------|
|                             |     |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |      |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居前面接、入居時に日常生活の中で受容と共感の姿勢で積極的に関わりを持ちながら、気持ちや思いを受け止める努力をしている。                       |      |                   |
| 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            | 施設見学、申込み時に時間をかけて話しを聞いている。また、入居時にはホームへの希望・ターミナルケアなどについて話をしている。                      |      |                   |
| 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        | 見学時に状態を聞き、また事前面接時にご本人の状態を観察し、グループホームの対象であるかを検討し、難しい場合には他のサービスについて説明している。           |      |                   |
| 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                        | ひとり一人の「できること」を見つけ、職員と一緒に(野菜の皮むき、洗濯物たたみや掃除など)行っている。                                 |      |                   |
| 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         | 利用者の希望や楽しみなどを家族と一緒に考え、面会時などを利用して外出する機会などを作っている。またターミナルケアでは主治医・家族と話し合い、協力していただいている。 |      |                   |
| 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                     | 利用者やその家族から馴染みの場所や人などをお聞きし、馴染みの場所へ行ったり、会いに行くことで、関係を継続できるように支援している。                  |      |                   |
| 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、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                 | 必要な時は職員が間に入り、支援し、利用者同士でレクリエーションを行ったりしている。  |      |                   |

| 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 |
| 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                     | 退所後もお話し相手のボランティアに来てくださったり、衣類やウエスを寄付して下さるご家族がいる。また、ホームの行事などにお誘いし、参加して下さるご家族もいる。                           |      |                   |
| <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、家族との会話や利用者の日々の行動から生活に対するこだわり、意向を収集し、把握している。   |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 利用者との会話や家族からの情報をもとに把握できるよう努めている。また、入居時に生活歴などを家族に書いていただいている。  |      |                   |
| 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   | バイタルチェックの際、心身の状態を確認し、声掛けをしながら状態を観察し、その日に必要なことを把握するよう努めている。   |      |                   |
| 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 | 毎月のカンファレンスで個々の利用者について話し合い、また家族の面会時、電話にて本人の様子を報告、希望を聞き、介護計画を作成している。モニタリングは毎月、居室担当者が実施し、それをもとに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                        | 毎日の個別ケース記録や連絡ノート、バイタル表のより、情報を共有し、日々のケア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               | 利用者の身体状況に応じ、適切な別ユニットへの移動を検討したり、その方の生活を尊重したケアを実践している。   |      |                   |

| 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                                      | 積極的にボランティアの受け入れをしている。地域の方々(組長・民生委員)が運営推進会議に参加していただき、ホームの様子を報告し、助言をいただいたり、災害時などの協力をお願いしている。    |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 本人・家族の希望を聞き主治医を決めている。ターミナルケアなどは、家族と主治医と職員で何度も話し合いをしながら進めている。休日・夜間いつでも相談・受診(往診)できる協力病院を確保している。 |      |                   |
| 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                          | 提携病院の看護師にいつでも相談でき、助言をいただいたり、指導いただいている。  |      |                   |
| 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。 | 職員がお見舞いや食事や食事介助などへ足を運び、本人の状態を確認し、また病院職員に状態を聞いたりしながら、主治医・家族と相談しながら退院にむけて調整している。                |      |                   |
| 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、事業所の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  | ターミナルケアについては入居時に話をしているが、主治医よりターミナルケアについて話があれば、もう一度、本人・家族に確認し、希望があればホームでの生活が継続できるよう支援している。     |      |                   |
| 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  | 緊急対応マニュアルがあり、申し送りや毎月のカンファレンスで確認している。  |      |                   |
| 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全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 火災・地震災害時を想定しての避難訓練を定期的実施している。   |      |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 利用者ひとり一人の生き立ちや性格、身体の状態などを把握し、個々に合わせた声掛けや介助を行っている。特に排泄介助や入浴介助の際には、声掛けや同性介助にするなどプライバシーに配慮したケアを行っている。  |      |                   |
| 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                     | 「どちらの洋服にする?」「コーヒーと紅茶とお茶のどれが良いですか?」など、日常生活の中で「選ぶ」場面を多く持てるようにしている。                                    |      |                   |
| 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 | 利用者ひとりのペースを把握し、その方に合った生活が送れるよう支援している。買い物や散歩・ドライブなどの希望があれば、できるだけすぐに行けるようにしている。                       |      |                   |
| 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                                  | 家族に協力していただき、行きつけの美容院へ行ったり、好みの洋服を持って来ていただき、着ていただいている。ホームでヘアカラーやカットが出来るよう支援している。                      |      |                   |
| 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     | 利用者ひとり一人の好みを把握し、希望を聞きながらメニューを決めている。片付けや食器拭きは一緒に行っている。   |      |                   |
| 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          | 利用者の好みを考慮したバランスの良い献立を栄養士が作成している。入居者ひとり一人の病気や体重の増減などを把握し、メニューは変えず量・塩分などを調整したり対応している。毎日、水分チェックを行っている。 |      |                   |
| 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、口腔ケアを行い、必要に応じて見守り、介助している。また口腔ケアが難しい利用者に対しては、ガーゼで口腔内を清潔にしている。冬場は風邪予防のため、口腔ケア後にお茶うがいをしている。        |      |                   |



| 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 |
| 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                              | カンファレンスなどで排泄について話し合い、必要ならば排泄チェック表を使用しその人に合った排泄時間を予測し、様子を見ながらトイレ誘導している。                          |      |                   |
| 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  | 排便チェックをしており、排便がない利用者については牛乳やヨーグルト、食事、下剤などで調整している。便秘が3日以上にならないよう気を付けている。体操や歩行訓練などで身体を動かすようにしている。 |      |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 入浴日は決めてあるが、その方のタイミングに合わせて入浴している。希望があれば、いつでも入浴できるように対応している。                                      |      |                   |
| 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   | 不眠の利用者に対しては、日中に散歩や体操などで身体を動かし、夜間はゆっくり休めるようにしている。体調不良などの様子が見られたら、休むように声掛けしたりしている。                |      |                   |
| 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  | 個々のケース記録に、薬の処方内容などをいつでも確認できるようにしている。不明な場合などは、いつでも相談できる薬剤師がいる。                                   |      |                   |
| 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                             | 生活歴を参考にし、一人ひとりの出来ることを把握し、買い物や食器拭き、掃除などを手伝っていただいている。   |      |                   |
| 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 | 天気の良い日には、散歩へ行ったり、ベランダで外気浴などしている。また買い物へ出掛けて満足していただくなど、本人の希望を把握し支援している。                           |      |                   |

| 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 |
| 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  | 少額の金銭を管理している利用者もいるが、ほとんどの方は本人・家族の希望により金銭の所持はしていない。   |      |                   |
| 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   | 家族や知人の方へ電話を掛けて良い時間などをあらかじめ確認をとっておき、希望時には子機を使用し、居室でゆっくり電話できるようにしている。  |      |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | キッチンが家庭的な広さになっており、利用者が集う食堂に接しており、調理の音や匂いなどを感じる事ができる。お風呂も浴槽の広さなど家庭と同ような作りになっており、一人でゆっくり入浴できるようになっている。また、廊下や食堂などに季節に合った貼り絵などを作り、飾っている。 |      |                   |
| 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  | 居間の席は気の合う利用者同士になるよう配慮している。いつでもゆっくり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  | 家族に協力していただき、今まで使用していた寝具やタンス、お気に入りの洋服などを持って来ていただき、なるべく自宅と同じ環境にできるよう、馴染みのある居心地の良い居室作りに努めている。   |      |                   |
| 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   | 居室の入り口にはネームプレートを作り、自分の部屋が分かるようにしている。車椅子の利用者が多いため、居間が広く使えるよう机・イス・テレビの位置などを考慮し、利用者が安全に過ごせるようにしている。                                     |      |                   |