

# 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   | 0492700018                |            |  |
| 法人名     | 株式会社 ジェイバック               |            |  |
| 事業所名    | グループホームもも太郎さん(大郷) ユニット:1階 |            |  |
| 所在地     | 宮城県黒川郡大郷町中村字原町10-5        |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月3日                 | 評価結果市町村受理日 |  |

## ※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                               |  |  |
|-------|-------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ |  |  |
| 所在地   | 宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成31年2月12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)】

介護職員が不足しているため、現在募集をかけている状況です。それにより、より利用者の個別性の重視を図っていき、また職員の質の向上につながれるように、外部研修などへの積極的参加を図りたいと思います。不足している中で現状でも、なるべく利用者の生活をゆったりと送れるように努力しているところです。

## 【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)】

事業所は2009年に開設された、2階建て2ユニットで住宅街にある。周辺には町役場、文化会館など公共施設や道の駅、コンビニなどが点在している。運営法人「(株)ジェイバック」は、宮城・福島・山形でグループホーム・小規模多機能型居宅介護・高齢者住宅を運営している。法人運営理念「自由を尊重する」「家族の絆を大切に」と、事業所理念「ありがとうという感謝の気持ちと笑顔を忘れずに」を掲げ、利用者が笑顔で暮らせるよう取り組んでいる。「家族の絆」を大切にするため、家族と一緒に入居ができる家族部屋を備えている。運営推進会議では、事業運営についても意見交換を行い運営改善に向け話し合いを行っている。職員不足について相談し、役場の広報紙に職員募集の記事を掲載してもらった。児童クラブの子ども達と交流し、歌や踊りのボランティアも来訪している。月1回、職員は「業務改善書」を提出し、出された提案・要望が事業運営やケアの向上に繋がられている。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目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 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)              | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、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（事業所名 GHもも太郎さん(大郷)）「ユニット名 1階」

| 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  | 入職時に<br>1、「自由を尊重する」<br>2、「家族の絆を大切にする」<br>という運営理念を伝えている。  | 法人の運営理念を入職時に学んでいる。また、事業所理念『「ありがとう」という感謝の気持ちと笑顔を忘れずに』を各ユニットに掲げ、利用者が笑顔で過ごせるよう支援している。事業所理念は職員が毎年振り返っている。                                    |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している  | 日常的な付き合いとまではいかないが、月に一度程度、児童クラブのとの交流会が催されている。   | 自治会には加入していないが、区長が運営推進委員会に参加しており、地域との繋がりを強めている。利用者と地域の児童クラブの子ども達は一緒にゲームをしながら交流している。事業所の行事には、地域のボランティアが踊りなどを披露してくれる。                       |                   |
| 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  | 大郷町認知症初期集中支援チーム検討委員会の運営委員として参加している。  |  |                   |
| 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か月毎に開催している。提供されているサービスの内容について報告し、サービスに対して意見や要望を求め、サービスに繋がっている。  | 隔月に、町職員、民生委員、第三者委員、複数の家族と利用者が参加し開催している。会議は全家族に案内し、開催報告として利用者の近況と共に議事録を送っている。事業所の状況報告や町職員、民生委員の情報提供があり意見交換している。会議後には、家族毎に利用者の状態など話し合っている。 |                   |
| 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   | 大郷町保健福祉課にこまめに足を運んだり、企画財政課へ足を運び「広報おさと」へ求人広告の掲載を依頼し2月号から掲載されている。   | 町の保健福祉課とは、協力関係が築けるよう書類は持参し担当者に直接手渡している。生活保護や職員不足についても相談し、町の広報誌に求人情報が掲載されることになった。町職員から運営推進会議に区長の参加要請をしてはとのアドバイスがあった。                      |                   |
| 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 | 身体拘束廃止について研修会を定期的に行っており、「禁止されている具体的な行為」について学んでいる。また、「一時的」「非代替性」「切迫性」があることを原則とし記録をすることとしているが、身体拘束は行っていない。 | 身体拘束廃止委員会を設置し、研修は定期的に行っている。どのようなケアが拘束になるのか話し合い、共有している。外出要求が強い人には、話を聞きながら職員が同行して気分転換に出かけている。玄関の施錠は19時から7時までで、利用者の安全の為、ユニットの出入り口も施錠している。   |                   |
| 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                                     | 高齢者虐待防止についても定期的に研修会を行い、虐待が見過ごされることが無いように努めている。   |  |                   |

| 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    | 権利擁護に関する研修は行われているが制度に関する研修までには至っていないところである。外部研修などの機会があれば積極的に参加したい。                       |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約内容の説明時には、「よくある事柄」を自らの経験を通して、利用者・家族が困ることが無いように説明を行っている。また、疑問があれば電話などでお問い合わせ頂くようにお話している。 |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 意見箱を設置しているが投函はありません。ご家族の皆様から電話で意見や要望の連絡を頂いたり、面会時などに直接お伝えいただいています。                        | 職員は、来訪する家族を笑顔で迎え、利用者の状況をこまめに説明し、要望を聞くことを心がけている。全家族に運営推進会議を案内し、意見を表せる機会としている。家族から会計についての話があり、現在検討中である。 |                   |
| 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                                      | 毎月、業務改善書を職員一人ずつ作成している。ミーティングで話し合い改善に向けて取り組んだり、内容により保留となる事項もあるが職員の意見は反映されている。             | 職員は毎月「業務改善書」を提出しており、全体ミーティングでも話し合っている。管理者は職員から意見・要望を聞きながら、シフトや業務の分担などの要望に応え、働きやすい環境改善作りに取り組んでいる。      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 職員確保に力を入れているが、入職希望者が少ない状況が続いている。派遣業者に頼らざるを得ない厳しい状況だが代表者を筆頭に職場環境の改善に努めている。                |   |                   |
| 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         | 代表者はブロック長より管理者や職員の状況について報告を受けて把握している。研修の機会を確保するために人材の確保に力を入れている。                         |   |                   |
| 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 | 同業者との交流する機会を作るために職員数の確保に力を入れている。   |   |                   |

| 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 | 職員・他利用者様の自己紹介を行い、生活に慣れていけるように配慮している。   |   |                   |
| 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            | 契約説明する際に、要望や相手が思う事を傾聴しながら、話しやすい環境を作り出すように努力している。                               |   |                   |
| 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        | 本人の状況を把握し利用者や家族との話し合いの場を設け、生活になじむように心がけ、適切なサービスが提供できるよう取り組んでいる。                |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 本人の思いを尊重し、今までの生活と変わりなく過ごして頂けるよう努めている。家庭的な雰囲気の中でご利用者との関わりを多く持てるように行っている。        |   |                   |
| 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         | 家族のつながりが、入所とともに切れてしまうのではなく、介護スタッフでは補えない重要な役割を継続していただけるようお願いしている。               |   |                   |
| 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                     | いつでも家族ご近所の方々の面会や外出ができるよう環境を整えている。又馴染みの商店で買い物ができるように支援を行っている。                   | 馴染みの床屋に通えるよう、送り迎えをしたり、一緒に行きつけのお店に買い物に出かけたり、家族と外食に出かけたり、届いた手紙の代読をするなど一人ひとりに合わせた支援を行っている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 共同生活の中でそれぞれができる範囲でお手伝いをし、お互いに協力し合っている。コミュニケーションが困難な時は職員が仲介会話が出来るよう関係づくりに努めている。 |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 電話にてまたは、お会いした際には挨拶を行い、近況を報告受けることがあった。  |  |                   |
| <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   | 入居にあたりそれぞれの入居者の生活歴を知り、ご希望・ご意向を重視し対応している。意向の確認など情報収集が困難な時は家族を通して趣味や思いを出来るだけ近づけられるよう情報の把握に努める。 | 日常の関わりの中から利用者の好みやできることを把握している。一人ひとりの残存能力に合わせてながら、洗濯物たたみやテーブル拭き、食器洗いなど、分担して取り組んでいる。入浴時など一対一になる時には、昔の話を聞かせてくれる人もいる。思いの表現が困難な人には、生活歴を家族に聞いたり、表情や仕草から把握に努めている。 |                   |
| 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                                       | 入居にあたり家族様や他事業所からの情報を基に以前の生活歴やこれまでの居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの情報提供を受けている。                            |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 一人一人の生活リズムを把握しその方の有する能力を理解し活動状況・精神状態を把握、理解し必要に応じて支援を行っている。                                   |  |                   |
| 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 | 情報収集、アセスメントの状況から状態に沿ったプランを作成している。又本人の希望や訴えに対して職員によるカンファレンスを実施し3ヶ月毎にプランを作成している。               | 担当職員は来訪した家族から意見を聞き、毎月モニタリングを行い、3ヶ月ごとにアセスメントし介護計画を見直している。介護計画は家族に報告し、遠方の家族には郵送し、同意を得ている。  |                   |
| 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                        | 毎月モニタリングを実施し職員からの意見、気づきや心身状態の変化を共有しプランに活かしている。   |  |                   |
| 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               | 本人の状態の変化、取り巻く環境の変動などその時々で、柔軟な対応が出来るよう常に状況を把握し判断出来るように努めている。                                  |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | 児童クラブとの交流を定期的に行い地域とのかかわりを行っている。地域で買い物したり顔見知りの関係を築く事で、地域で安全な生活環境が作れる。   |  |                   |
| 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                                  | 定期的に医療機関に通院が出来るように配慮している。基本的に通院は家族にお願いしているが緊急時など必要に応じて職員が対応している。家族様通院時には日々の状況が分かるように利用者情報を主治医宛に書面にて情報提供している。 | 月1回、殆どの利用者は、家族が付き添い希望のかかりつけ医を受診している。医師には書面で情報提供している。家族が付き添えない利用者には職員が同行している。受診結果は家族から聞き取り、記録している。看護師が常勤しており、健康管理を行っている。緊急時には協力医療機関と連携している。希望者には、訪問歯科医を受診できる。 |                   |
| 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                          | 職場内の看護師には夜間オンコールでの相談ができるようにしている。   |  |                   |
| 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。 | 入院先の医療機関へ利用者情報を伝えるようにしている。退院時は退院時は、事前に医療機関に赴き、アセスメントを行っていたり、医療機関からの情報収集を行って、生活に反映する努力をしている。                  |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 主治医の先生と相談し、グループホームでの生活が困難になってきた際の連携を図っている。   | 「看取りに関する指針」を入居時に説明している。地域に看取りを依頼できる医師がいないため、利用者が重度化した時には、家族と話し合い、施設や病院と連携し取り組んでいる。   |                   |
| 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  | 救急救命講習を受講するようにしている。急変時は医療機関との連携を図っている。   |  |                   |
| 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  | 年2回の避難訓練を実施している。消防署や地域に声を掛けるものの協力体制が困難である。利用者様を安全に誘導する為に避難通路の確保等を職員間で共有している。                                 | 年2回、消防署員が立ち会い火災、地震など夜間想定で避難訓練を実施している。安全に避難するための通路の確保など、職員同士共有している。地域住民に避難訓練の案内をしているが、参加は得られていない。年1回消火設備点検を行っており、非常食の備蓄は3日分である。                               |                   |

| 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                   | 声掛けでつい強い口調になることも見受けられる。その都度接遇に対する指導を行っているが、外部研修などの機会が少なく、課題と思っている。                           | 声掛けの仕方が拘束になっていないか、ミーティングで振り返り、指導をしたり話し合いケアの向上に努めている。呼び名は利用者や家族に聞き「さん」付けで呼んでいる。居室や浴室にはトイレがあり、ケア時にプライバシーに配慮しやすくなっている。       |                   |
| 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                     | 本人が困っている事、不安な事、要望等を傾聴し、日常の生活で自立でき、思いが表現できる環境作りに努めている。  |   |                   |
| 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、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 | 一人ひとりの生活のリズムを把握し、ゆったりとした雰囲気の中で過ごして頂ける様心掛けています。思いや要望を取り入れ満足感や充実感を得られる様支援を行っている。               |   |                   |
| 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                                  | 整容についてはなるべくご自分で行って頂くが、困難なご利用者様には、季節や室温に見合った衣類を提供している。  |   |                   |
| 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     | 利用者の状態に合わせた食事形態になっている。季節に合わせたメニューやお誕生日メニュー等を出前などを活用し職員と一緒に楽しみながら食事をしている。下膳や片づけなどもお手伝いを頂いている。 | 食材は共同購入を利用し、献立作成や調理は職員が担当している。冬は出かける機会が少ないので「食を楽しむ」取り組みを行っている。利用者の好きな食べ物を聞き、出前をとったり、クリスマスやお正月などの行事食を楽しんでいる。職員と一緒に食事をしている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食事メニューは一緒だが食事形態を一人ひとり合わせて提供している。お茶の時間を設けて、積極的な水分補給も行っている。                                    |   |                   |
| 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                   | 食事メニューは一緒だが食事形態を一人ひとり合わせて提供している。お茶の時間を設けて、積極的な水分補給も行っている。                                    |   |                   |

| 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                              | ご利用者様に合わせた排泄リズムで、トイレ誘導・おむつ交換を行なっている。又見守りや声掛けで排泄できるよう自立排泄に向けて支援をしている。                            | 排泄パターンを把握して、トイレで排泄できるように支援している。一人ひとりの状態に合わせてリハパンやパッドなどを使用している。夜間のみおむつを使用する人やナースコールで居室のトイレに誘導する人もいる。便秘対策には、乳製品などをとるように配慮しているが、薬を服用する人もいる。 |                   |
| 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  | 便秘予防として食物摂取での自然排便を促している。適度な運動、水分補給なども取り入れているが、必要に応じて緩下剤などの処方受けている利用者もいる。                        |  |                   |
| 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                             | 生活のリズムの中で最も適した時間帯に実施している。入浴がお好きでない方には希望をお聞きし必要に応じて清拭対応や、足浴等の支援も行っている。                           | 基本週2回、午前中に入浴している。湯は都度交換し、利用者がくつろいで入浴できるよう取り組んでいる。拒否をする人には、無理強いをせず、職員を替えたり声かけなど工夫して対応している。車いすの人には、安全面に配慮しシャワー浴で対応している。                    |                   |
| 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   | 利用者様の生活リズムや体調に合わせて、ゆったりと休めるように室温調整を行っている。   |  |                   |
| 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  | 薬の作用を正しく理解し処方に合わせて内服を行う。手渡しをし飲み込むまで確認を行う。薬の変更があった時は症状の変化に留意し変化が見られた時は経過を記録して、緊急時は医療機関の受診や指示を仰ぐ。 |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | ご利用者様の趣味や生活歴に合わせた活動を行う。四季の行事や誕生会等を企画し全員で楽しむ事が出来るように支援をしている。                                     |  |                   |
| 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 | 季節に合わせた外出を心がけている(花見、紅葉狩り)   | 事業所には車いす対応の車両があり、年間計画を立て季節に合わせて花見や紅葉狩りなど、車いすの人も一緒に出かけている。日常的には通院時に家族と出かけたり、外泊する人もいる。暖かい日には職員と散歩もしている。                                    |                   |

| 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 |
| 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  | 所持されている利用者は、通院や日常の買い物の際に使用されている。小銭だけを持たれている方も、自動販売機で飲み物をご自分で購入する。使用しないが持っているだけで安心感を得ている方も見受けられる。       |   |                   |
| 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   | 利用者が希望にて家族等へ連絡する事も取次している。家族等より来た手紙を職員が代読することをしている。   |   |                   |
| 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 | 共有の空間は適温、適湿管理をし明るく家庭的な雰囲気の中で気持ちよく過ごせるよう工夫している。花を飾ったり、飾りを取り入れ季節感を出している。トイレ・浴室は自立できる空間で安全に利用できるよう配慮している。 | リビングは広々として陽が入り明るく、ベランダも広く洗濯物を干すスペースがある。時計やカレンダーも見やすく、手芸品や季節に合わせた工作物も飾っており、落ち着いた雰囲気づくりに努めている。利用者はテレビを見ながらくつろいでいる。温・湿度は職員が管理している。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 共有の空間で一人になれる場所は無いが、気の合った方々が過ごしやすいようにソファや椅子のセッティングを行っている。   |   |                   |
| 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  | 入居の際に使い慣れた物や馴染みのある物をお持ち頂くようお願いしている。ご自分の家と同じ雰囲気の中で過ごせるよう工夫をしている。  | ベッド、エアコン、洗面台、クローゼット、トイレ、浴室が備え付けられている。利用者は仏壇など思い思いの物を持ち込んでおり、居心地良く暮らせるように支援している。温・湿度も担当職員が管理している。                                |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 生活環境に慣れて、職員が見守りや声掛けすることにより、自分で行える事が拡大していく利用者もいる。   |   |                   |

# 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   | 0492700018                |            |  |
| 法人名     | 株式会社 ジェイパック               |            |  |
| 事業所名    | グループホームもも太郎さん(大郷) ユニット:2階 |            |  |
| 所在地     | 宮城県黒川郡大郷町中村字原町10-5        |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月3日                 | 評価結果市町村受理日 |  |

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                               |  |  |
|-------|-------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ |  |  |
| 所在地   | 宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成31年2月12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)】

介護職員が不足しているため、現在募集をかけている状況です。それにより、より利用者の個別性の重視を図っていき、また職員の質の向上につながるように、外部研修などへの積極的参加を図りたいと思います。不足している中での現状でも、なるべく利用者の生活をゆったりと送れるように努力しているところです。

## 【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)】

事業所は2009年に開設された、2階建て2ユニットで住宅街にある。周辺には町役場、文化会館など公共施設や道の駅、コンビニなどが点在している。運営法人「(株)ジェイパック」は、宮城・福島・山形でグループホーム・小規模多機能型居宅介護・高齢者住宅を運営している。法人運営理念「自由を尊重する」「家族の絆を大切に」と、事業所理念「ありがとうという感謝の気持ちと笑顔を忘れずに」を掲げ、利用者が笑顔で暮らせるよう取り組んでいる。「家族の絆」を大切にするため、家族と一緒に入居ができる家族部屋を備えている。運営推進会議では、事業運営についても意見交換を行い運営改善に向け話し合いを行っている。職員不足について相談し、役場の広報紙に職員募集の記事を掲載してもらった。児童クラブの子ども達と交流し、歌や踊りのボランティアも来訪している。月1回、職員は「業務改善書」を提出し、出された提案・要望が事業運営やケアの向上に繋がっている。

## 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<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<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広がったり深まり、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. 全くない            |
| 59<br>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<br>職員は、生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<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（事業所名 GHもも太郎さん(大郷)）「ユニット名 2階」

| 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  | 入職時に<br>1、「自由を尊重する」<br>2、「家族の絆を大切にする」<br>という運営理念を伝えている。  | 法人の運営理念を入職時に学んでいる。また、事業所理念『「ありがとう」という感謝の気持ちと笑顔を忘れずに』を各ユニットに掲げ、利用者が笑顔で過ごせるよう支援している。事業所理念は職員が毎年振り返っている。                                    |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している  | 日常的な付き合いとまではいかないが、月に一度程度、児童クラブのとの交流会が催されている。   | 自治会には加入していないが、区長が運営推進委員会に参加しており、地域との繋がりを強めている。利用者と地域の児童クラブの子ども達は一緒にゲームをしながら交流している。事業所の行事には、地域のボランティアが踊りなどを披露してくれる。                       |                   |
| 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  | 大郷町認知症初期集中支援チーム検討委員会の運営委員として参加している。  |  |                   |
| 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か月毎に開催している。提供されているサービスの内容について報告し、サービスに対して意見や要望を求め、サービスに繋がっている。  | 隔月に、町職員、民生委員、第三者委員、複数の家族と利用者が参加し開催している。会議は全家族に案内し、開催報告として利用者の近況と共に議事録を送っている。事業所の状況報告や町職員、民生委員の情報提供があり意見交換している。会議後には、家族毎に利用者の状態など話し合っている。 |                   |
| 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   | 大郷町保健福祉課にこまめに足を運んだり、企画財政課へ足を運び「広報おおさと」へ求人広告の掲載を依頼し2月号から掲載されている。  | 町の保健福祉課とは、協力関係が築けるよう書類は持参し担当者に直接手渡している。生活保護や職員不足についても相談し、町の広報誌に求人情報が掲載されることになった。町職員から運営推進会議に区長の参加要請をしてはとのアドバイスがあった。                      |                   |
| 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 | 身体拘束廃止について研修会を定期的に行っており、「禁止されている具体的な行為」について学んでいる。また、「一時的」「非代替性」「切迫性」があることを原則とし記録をすることとしているが、身体拘束は行っていない。 | 身体拘束廃止委員会を設置し、研修は定期的に行っている。どのようなケアが拘束になるのか話し合い、共有している。外出要求が強い人には、話を聞きながら職員が同行して気分転換に出かけている。玄関の施錠は19時から7時までで、利用者の安全の為、ユニットの出入り口も施錠している。   |                   |
| 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                                     | 高齢者虐待防止についても定期的に研修会を行い、虐待が見過ごされることが無いように努めている。   |  |                   |

| 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    | 権利擁護に関する研修は行われているが制度に関する研修までには至っていないところである。外部研修などの機会があれば積極的に参加したい。                       |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約内容の説明時には、「よくある事柄」を自らの経験を通して、利用者・家族が困ることが無いように説明を行っている。また、疑問があれば電話などでお問い合わせ頂くようにお話している。 |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 意見箱を設置しているが投函はありません。ご家族の皆様から電話で意見や要望の連絡を頂いたり、面会時などに直接お伝えいただいています。                        | 職員は、来訪する家族を笑顔で迎え、利用者の状況をこまめに説明し、要望を聞くことを心がけている。全家族に運営推進会議を案内し、意見を表せる機会としている。家族から会計についての話があり、現在検討中である。 |                   |
| 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                                      | 毎月、業務改善書を職員一人ずつ作成している。ミーティングで話し合い改善に向けて取り組んだり、内容により保留となる事項もあるが職員の意見は反映されている。             | 職員は毎月「業務改善書」を提出しており、全体ミーティングでも話し合っている。管理者は職員から意見・要望を聞きながら、シフトや業務の分担などの要望に応え、働きやすい環境改善作りに取り組んでいる。      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 職員確保に力を入れているが、入職希望者が少ない状況が続いている。派遣業者に頼らざるを得ない厳しい状況だが代表者を筆頭に職場環境の改善に努めている。                |   |                   |
| 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         | 代表者はブロック長より管理者や職員の状況について報告を受けて把握している。研修の機会を確保するために人材の確保に力を入れている。                         |   |                   |
| 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 | 同業者との交流する機会を作るために職員数の確保に力を入れている。   |   |                   |

| 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 | 職員・他利用者様の自己紹介を行い、生活に慣れていけるように配慮している。   |   |                   |
| 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            | 契約説明する際に、要望や相手が思う事を傾聴しながら、話しやすい環境を作り出すように努力している。                               |   |                   |
| 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        | ご本人の状況を把握しご利用者様や家族様との話し合いの場を設け、生活になじむように心がけ、適切なサービスが提供できるよう取り組んでいる。            |   |                   |
| 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                        | ご本人の思いを尊重し、今までの生活と変わりなく過ごして頂けるよう努めている。家庭的な雰囲気の中でご利用者様との関わりを多く持てるように行っている。      |   |                   |
| 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         | 家族のつながりが、入所とともに切れてしまうのではなく、介護スタッフでは補えない重要な役割を継続していただけるようお願いしている。               |   |                   |
| 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                     | いつでも家族ご近所の方々の面会や外出ができるよう環境を整えている。又馴染みの商店で買い物ができるように支援を行っている。                   | 馴染みの床屋に通えるよう、送り迎えをしたり、一緒に行きつけのお店に買い物に出かけたり、家族と外食に出かけたり、届いた手紙の代読をするなど一人ひとりに合わせた支援を行っている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 共同生活の中でそれぞれができる範囲でお手伝いをし、お互いに協力し合っている。コミュニケーションが困難な時は職員が仲介会話が出来るよう関係づくりに努めている。 |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 電話にてまたは、お会いした際には挨拶を行い、近況を報告受けることがあった。  |   |                   |
| <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   | 入居にあたりそれぞれの入居者様の生活歴を知り、ご希望・ご意向を重視し対応している。意向の確認など情報収集が困難な時は家族様を通して趣味や思いを出来るだけ近づけられるよう情報の把握に努める。 | 日常の関わりの中から利用者の好みやできることを把握している。一人ひとりの残存能力に合わせながら、洗濯物たたみやテーブル拭き、食器洗いなど、分担して取り組んでいる。入浴時など一対一になる時には、昔の話を聞かせてくれる人もいる。思いの表現が困難な人には、生活歴を家族に聞いたり、表情や仕草から把握に努めている。 |                   |
| 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                                       | 入居にあたり家族様や他事業所からの情報を基に以前の生活歴やこれまでの居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの情報提供を受けている。                              |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 一人一人の生活リズムを把握しその方の有する能力を理解し活動状況・精神状態を把握、理解し必要に応じて支援を行っている。                                     |   |                   |
| 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 | 情報収集、アセスメントの状況から状態に沿ったプランを作成している。又ご本人の希望や訴えに対して職員によるカンファレンスを実施し3ヶ月毎にプランを作成している。                | 担当職員は来訪した家族から意見を聞き、毎月モニタリングを行い、3ヶ月ごとにアセスメントし介護計画を見直している。介護計画は家族に報告し、遠方の家族には郵送し、同意を得ている。   |                   |
| 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                        | 毎月モニタリングを実施し職員からの意見、気づきや心身状態の変化を共有しプランに活かしている。   |   |                   |
| 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               | ご本人の状態の変化、取り巻く環境の変動などその時々で、柔軟な対応が出来るよう常に状況を把握し判断出来るように努めている。                                   |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | 児童クラブとの交流を定期的に行い地域とのかかわりを行っている。地域で買い物をしたり顔見知りの関係を築く事で、地域で安全な生活環境が作れる。  |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                 | 定期的に医療機関に通院が出来るように配慮している。基本的に通院は家族にお願いしているが緊急時など必要に応じて職員が対応している。家族様通院時には日々の状況が分かるように利用者情報を主治医宛に書面にて情報提供している。 | 月1回、殆どの利用者は、家族が付き添い希望のかかりつけ医を受診している。医師には書面で情報提供している。家族が付き添えない利用者には職員が同行している。受診結果は家族から聞き取り、記録している。看護師が常勤しており、健康管理を行っている。緊急時には協力医療機関と連携している。希望者には、訪問歯科医を受診できる。 |                   |
| 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                          | 職場内の看護師には夜間オンコールでの相談ができるようにしている。   |  |                   |
| 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。 | 入院先の医療機関へ利用者情報を伝えるようにしている。退院時は退院時は、事前に医療機関に赴き、アセスメントを行っていたり、医療機関からの情報収集を行って、生活に反映する努力をしている。                  |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んで    | 主治医の先生と相談し、グループホームでの生活が困難になってきた際の連携を図っている。   | 「看取りに関する指針」を入居時に説明している。地域に看取りを依頼できる医師がいないため、利用者が重度化した時には、家族と話し合い、施設や病院と連携し取り組んでいる。   |                   |
| 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  | 救急救命講習を受講するようにしている。急変時は医療機関との連携を図っている。   |  |                   |
| 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  | 年2回の避難訓練を実施している。消防署や地域に声を掛けるものの協力体制が困難である。利用者様を安全に誘導する為に避難通路の確保等を職員間で共有している。                                 | 年2回、消防署員が立ち会い火災、地震など夜間想定で避難訓練を実施している。安全に避難するための通路の確保など、職員同士共有している。地域住民に避難訓練の案内をしているが、参加は得られていない。年1回消火設備点検を行っており、非常食の備蓄は3日分である。                               |                   |

| 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                   | 声掛けでつい強い口調になることも見受けられる。その都度接遇に対する指導を行っているが、外部研修などの機会が少なく、課題と思っている。                              | 声掛けの仕方が拘束になっていないか、ミーティングで振り返り、指導をしたり話し合いケアの向上に努めている。呼び名は利用者や家族に聞き「さん」付けで呼んでいる。居室や浴室にはトイレがあり、ケア時にプライバシーに配慮しやすくなっている。       |                   |
| 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                     | 本人が困っている事、不安な事、要望等を傾聴し、日常の生活で自立でき、思いが表現できる環境作りに努めている。   |   |                   |
| 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、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 | 一人ひとりの生活のリズムを把握し、ゆったりとした雰囲気の中で過ごして頂ける様心掛けています。思いや要望を取り入れ満足感や充実感を得られる様支援を行っている。                  |   |                   |
| 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                                  | 整容についてはなるべくご自分で行って頂くが、困難なご利用者様には、季節や室温に見合った衣類を提供している。   |   |                   |
| 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     | 利用者の状態に合わせた食事形態になっている。季節に合わせたメニューやお誕生日メニュー等を出前などを活用し職員と一緒に楽しみながら食事をしている。下膳や片づけなどもお手伝いを頂いている。    | 食材は共同購入を利用し、献立作成や調理は職員が担当している。冬は出かける機会が少ないので「食を楽しむ」取り組みを行っている。利用者の好きな食べ物を聞き、出前をとったり、クリスマスやお正月などの行事食を楽しんでいる。職員と一緒に食事をしている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食事メニューは一緒だが食事形態を一人ひとり合わせて提供している。お茶の時間を設けて、積極的な水分補給も行っている。                                       |   |                   |
| 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                   | 毎食後の歯磨きや就寝前の義歯洗浄の声掛けを行っている。認知症状にて困難時は声掛けを工夫しながら、仕上げ磨きを行い習慣にし、口腔内の衛生に努めている。月1回訪問歯科往診があり指導を受けている。 |   |                   |

| 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                              | ご利用者に合わせた排泄リズムで、トイレ誘導・おむつ交換を行なっている。又見守りや声掛けで排泄できるよう自立排泄に向けて支援をしている。                             | 排泄パターンを把握して、トイレで排泄できるように支援している。一人ひとりの状態に合わせてリハパンやパッドなどを使用している。夜間のみおむつを使用する人やナースコールで居室のトイレに誘導する人もいる。便秘対策には、乳製品などをとるように配慮しているが、薬を服用する人もいる。 |                   |
| 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  | 便秘予防として食物摂取での自然排便を促している。適度な運動、水分補給なども取り入れているが、必要に応じて緩下剤などの処方を受けている利用者もいる。                       |  |                   |
| 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                             | 生活のリズムの中で最も適した時間帯に実施している。入浴がお好きでない方には希望をお聞きし必要に応じて清拭対応や、足浴等の支援も行っている。                           | 基本週2回、午前中に入浴している。湯は都度交換し、利用者がくつろいで入浴できるよう取り組んでいる。拒否をする人には、無理強いをせず、職員を替えたり声かけなど工夫して対応している。車いすの人には、安全面に配慮しシャワー浴で対応している。                    |                   |
| 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   | 利用者様の生活リズムや体調に合わせて、ゆったりと休めるように室温調整を行っている。   |  |                   |
| 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  | 薬の作用を正しく理解し処方に合わせて内服を行う。手渡しをし飲み込むまで確認を行う。薬の変更があった時は症状の変化に留意し変化が見られた時は経過を記録して、緊急時は医療機関の受診や指示を仰ぐ。 |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | ご利用者様の趣味や生活歴に合わせた活動を行う。四季の行事や誕生会等を企画し全員で楽しむ事が出来るように支援をしている。                                     |  |                   |
| 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 | 季節に合わせた外出を心がけている(花見、紅葉狩り)   | 事業所には車いす対応の車両があり、年間計画を立て季節に合わせて花見や紅葉狩りなど、車いすの人も一緒に出かけている。日常的には通院時に家族と出かけたり、外泊する人もいる。暖かい日には職員と散歩もしている。                                    |                   |

| 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 |
| 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  | 所持されている利用者は、通院や日常の買い物の際に使用されている。小銭だけを持たれている方も、自動販売機で飲み物をご自分で購入する。使用しないが持っているだけで安心感を得ている方も見受けられる。       |   |                   |
| 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   | 利用者が希望にて家族等へ連絡する事も取次している。家族等より来た手紙を職員が代読することをしている。   |   |                   |
| 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 | 共有の空間は適温、適湿管理をし明るく家庭的な雰囲気の中で気持ちよく過ごせるよう工夫している。花を飾ったり、飾りを取り入れ季節感を出している。トイレ・浴室は自立できる空間で安全に利用できるよう配慮している。 | リビングは広々として陽が入り明るく、ベランダも広く洗濯物を干すスペースがある。時計やカレンダーも見やすく、手芸品や季節に合わせた工作物も飾っており、落ち着いた雰囲気づくりに努めている。利用者はテレビを見ながらくつろいでいる。温・湿度は職員が管理している。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 共有の空間で一人になれる場所は無いが、気の合った方々が過ごしやすいようにソファや椅子のセッティングを行っている。   |   |                   |
| 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  | 入居の際に使い慣れた物や馴染みのある物をお持ち頂くようお願いしている。ご自分の家と同じ雰囲気の中で過ごせるよう工夫をしている。  | ベッド、エアコン、洗面台、クローゼット、トイレ、浴室が備え付けられている。利用者は仏壇など思い思いの物を持ち込んでおり、居心地良く暮らせるように支援している。温・湿度も担当職員が管理している。                                |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 生活環境に慣れて、職員が見守りや声掛けすることにより、自分で行える事が拡大していく利用者もいる。   |   |                   |