

### 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   | 2590300311      |            |           |
| 法人名     | 株式会社サンガジャパン     |            |           |
| 事業所名    | 北ながはまグループホーム    |            |           |
| 所在地     | 滋賀県長浜市神照町460-10 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和4年12月10日      | 評価結果市町村受理日 | 令和5年2月24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 |  |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                  |
|-------|------------------|
| 評価機関名 | 公益社団法人 滋賀県社会福祉士会 |
| 所在地   | 滋賀県草津市笠山7丁目8-138 |
| 訪問調査日 | 令和5年1月16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)】

医療依存が高い状況でも、職員と医療が連携し、施設で見れる状態まで協力してグループホームで過ごしていただいています。ご家族にも、体調の変化や普段の様子をお伝えして、安心していただけるように、取り組んでいます。お一人お一人状態が異なるため、個別に対応することもあり、利用者様の状態を職員全員が把握して、連携を取っています。皆さん、認知症という病気をお持ちですが、その前に一人の人としての関わりを大切に、笑顔になっていただけるようにレクリエーションや作品作り、行事レクを企画しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

平成30年8月に北ながはま翔裕館1号館の1階に小規模多機能型事業所と併設してオープン、2階と3階にはサ高住があり、心身の状況に応じて選択可能な複合施設として誕生。隣地には2号館として看護小規模多機能型事業所と有料老人ホームがある。法人の理念である「家族主義」をモットーに利用者と一緒に笑顔で過ごせる関わり方を、職員全体で共有している。コロナ禍にあっても現在までクラスターは発生していない。身体拘束になるようなケースに対してもマンツーマンで対応するなど関わり方をGH全体で模索し実践に繋げている。管理者は日頃から声掛けを行い、自由に意見が言えるように心がけている。日頃から職員同士で話し合い、利用者のためになる取り組みを実践している。

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

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

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                | 外部  | 項目  | 外部評価   |  |  |
|-------------------|-----|---|--|--|--|
|                   |     |   | 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  | 家族主義をモットーに生きるを基本理念として利用者の満足と笑顔を励みに取り組んでいる。   | 法人の理念である「家族主義」をモットーに利用者に寄添う支援を目指している。具体的には利用者と一緒に笑顔で過ごせる関わりを職員全体で共有している。                                     |  |
| 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  | 自自会に加入し回覧版を通じて地域の情報交流をする機会を設けている。地域の文化祭に作品を出展したり、2か月に1回運営推進会議を実施している。                | コロナ禍ではあるが、地域の文化祭に出展したり、回覧板の情報を周知する等可能な範囲で繋がりを持っている。地域柄、雪かき作業はご近所さんと一緒にするなど日常的に交流を図っている。                      | 今後コロナが落ち着けば、地域からの情報提供を受けるだけでなく、GHの広報誌等を作成し地域に向けて情報発信するとともに、事業所と地域との相互交流が深まる工夫を期待したい。 |
| 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  | 見学に来る方や認知症についての相談を日頃の介護経験を通じて経験した事をアドバイスしている   |  |  |
| 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                                     | 日頃の利用状況や取り組みを行政や地域の方、包括の方々に集まっていたき意見や助言をいただき、サービスの向上に活かしている                          | 現状は併設や系列の小規模多機能事業所と合同開催している。コロナ禍のため、書面開催を続けていたが最近対面による開催を実施している。しかし利用者・家族の参加は見合わせている。                        | 合同開催では各事業所の持ち時間や比較などで、特色や活動が反映されない為、単独での開催を期待したい。また、利用者や家族の参加、地域住民の出席の工夫も検討して欲しい。    |
| 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に取り組んでいる   | 事業所の事情や取り組みを報告し日頃から助言や意見交換を行っている。些細なことでも相談できる関係を築いている。                               | 市担当者が運営推進会議のメンバーとして参画し、定期的に事業所を訪問する等連携が図られている。地域包括支援センターも運営推進会議のメンバーであり、空き情報などの共有が図られている。                    |  |
| 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 | 身体拘束排除について研修を行っている。身体拘束に関する自己点検シートを行い確認している。   | 自己点検シートの活用により、職員自身が身体拘束をしないケアを意識し、自身を見つめ直すきっかけになっている。身体拘束になるようなケースに対してもマンツーマンで対応するなど関わりの方法をGH全体で模索し実践に繋げている。 |  |
| 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                                     | 高齢者虐待防止委員会を設置し、「虐待の芽」アンケートを職員全員に実施している。ご利用者の介護や対応についても一人で問題を抱えないように相談しやすい環境作りを行っている。 |  |  |

| 自己 | 外部  | 項目   | 外部評価   |   |
|----|-----|--|--|---|
|    |     |  | 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    | 日常生活支援事業や成年後見制度について学ぶ機会が持てるように参考資料を設置している。                                       |   |
| 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                         | 契約時に十分に説明を行い不明な点がないか確認の上、サインを頂いている。料金等変更の場合は文章にて説明し、同意を得ている。                     |   |
| 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                     | 家族様の面会時に日常の様子を説明し、意見交換を行っている。又意見箱の設置を行うなど匿名での意見も知ることが出来るように取り組んでいる。              | 面会に来られた家族は面談で、来られない家族は電話で日頃の様子を伝える中で、意見や要望を吸い上げている。匿名の意見要望に対しては玄関に意見箱を設置しているが、反応は少ない。 |
| 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1回会議を行い、職員が気軽に発言できるように意見交換の時間を作っている。情報共有やケアの方法やケアの統一が出来るように職員の意見を取り入れながら対応している。 | 管理者は日頃から声掛けを行い、自由に意見が言えるように心がけている。会議はもちろんのこと、日頃から職員同士で話し合い、利用者のためになる取り組みを主体的に実践できている。 |
| 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      | 人事考査(一般職・管理者)の実施や面談を通じて、個々の目標設定や成果を確認している。                                       |   |
| 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         | 職員がスキルアップできるように内部研修等を受講する機会を設けている。又、資格取得に向けた情報共有や新人オリエンテーションを行うなど人員育成を行っている。     |   |
| 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 | 月1回のグループホームサービス向上会議を通じて他の自事業所職員と交流する機会があり、業務の事で相談できる場を設けている                      |   |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 外部評価  |   |
|----------------------------|-----|--|---|---|
|                            |     |  | 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 | 困りごとや不安なこと、要望など記録に残し情報の共有を行い安心したサービスの提供に繋げている。又、安心できる関係づくりに努めている。             |   |
| 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            | 入居前にご本人やご家族様から話を聞かせていただき、困りごとや不安、要望に耳を傾け安心したサービスが提供できるように努めている。               |   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 必要なケアを見極めながら専門職として提案できるように努めている。個々の生活に寄り添ったサービスが出来るように対応している。                 |   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | ご本人の「やりたい」「できる事」をに寄り添い一緒に生活を共にしている者同士関係を築いている。                                |   |
| 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         | 生活されている様子を電話で家族に伝えたり、面会に来られた時に状態を報告し家族と本人の絆を大切にしています。家族と一緒に本人を支えていく関係を築いています。 |   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 家にあった馴染みのものを持ってきていただいたり、写真を持ってきていただくなど本人が大切にされていたもの・場所との関係が途切れないように支援に努めている   | 感染防止により外出や一時帰宅、来訪などは中止されている為、馴染みの人や場との関係継続は難しい状況にあるが、GHに共有の電話機があり、関係が途切れないよう家族に電話するよう促している。 |
| 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                 | 利用者同士の関係を把握し関わり、支えられるように支援に努めている  |   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   |   | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                                    |      |  |   | 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                    | 入院されている方の様子を見に伺ったり退居されてからも、ご相談に乗るなど、今までの関係を大切にしている                            |  |                   |
| <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   | うまく意思を伝えられない方については本人の生活歴やご家族様にお聞きする事により、意向が反映出来るように取り組んでいる                    | 本人の「やりたいこと」「食べたいもの」など、希望に添えるような関わりを意識している。自分の意思をうまく表現できない場合でも、言動などから感じ取れるよう、職員が観察する視点を持ち関わっている。  |                   |
| 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                                       | サービスを利用する前に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境を知りサービス利用に向けて把握している                               |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 日々の状態を記録に残しご本人のやりたいこと出来る事を把握し残存機能をフルに活用して生きがいを感じてもらえるように取り組んでいる               |  |                   |
| 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 | ご本人や家族の要望に応じて個々に寄り添ったケアが実践できるように多職種間で連携し取り組んでいる。                              | 本人の希望や要望を聞き取り、家族には電話で利用者の現状報告と説明を行い、計画書の同意を得ている。作成にあたり、課題がある場合は、家族・ケアマネジャー・看護師などと連携し、計画に反映させている。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 日々の様子やケアの実践・結果について介護記録に記入し、職員間で情報共有している。                                      |  |                   |
| 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               | ご本人やご家族の意向に添えるように柔軟に対応できるように努めている。面会については居室の窓越しで対応するなどご家族の要望にも対応できるように取り組んでいる |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  |  | 外部評価   |  |
|----|------|---|--|--|--|
|    |      |   |  | 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                                      | 地域との交流が出来るように自治会からの催しの情報提供を受けている。                                      |  |  |
| 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                                  | ご本人やご家族の意向に任せてかかりつけ医の診断が受けられるようにしている。医療機関との協力体制を築き、緊急時には受診や往診対応も可能である。 | 協力医の往診は月に二回、往診に合わせて看護師が出勤し情報共有している。主治医は協力医が7名、入居前からの主治医は2名。専門医の受診は家族又は職員が同行し相互に情報共有している。 |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 体調の変化があれば、看護職に相談している。  |  |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時には情報提供し退院時には退院カンファレンスに参加しサマリーを依頼するなど継続して支援出来るように関係構築している。           |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入所時に重度化した場合の対応に係る指針を説明している。状態が悪い場合は多職種と連携を取って今後の対応について相談している           | 現在、体制が取れていないため看取りは行っていない。入居時に本人や家族に説明している。ケアできない判断目安として、口から食事を摂取できなくなれば、病院へ移る方針。         |  |
| 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  | 急変時や事故発生時に備えて定期的に研修や訓練を行っている。緊急時マニュアルを設置して手順を提示している。                   |  |  |
| 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  | 年2回の消防訓練の実施と災害時の訓練も実施している。非常食として飲料水・α化米も備蓄もっている。自家発電もフロアに設置している        | 年2回の避難訓練は併設事業所との合同訓練とGH単独での訓練があり、今年度は初めてGHで夜間想定による避難訓練を実施した。避難場所を定め、緊急時の避難対応は周知している。     | GHの建物は併設事業所との複合施設であり、夜間想定訓練については合同による避難訓練が望まれる。また地域との協力体制についても運営推進会議等で検討して欲しい。 |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 外部評価  |   |
|----------------------------------|------|--|---|---|
|                                  |      |  | 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                   | プライバシーの保護についての研修を行い、一人一人の人格を尊重し誇りやプライバシーを損ねないように気を付けている | 定例研修で職員の意識を高めている。具体的には、基本的な言葉遣いや排泄時及び入浴時の対応等マンツーマンになる場面において、利用者が不快な気持ちにならないよう特に注意している。      |
| 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                     | 趣味や嗜好の考慮し言葉かけを行うことにより思いや希望を表現できるように心がけている。              |   |
| 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 | 職員の決まりや都合を優先するのではなく個々の状態に対応し希望に応じて支援している                |   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 数着の中から着たい服を選んでいただいている。散髪を希望される時は定期的に散髪していただくようにしている。    |   |
| 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     | 個々の能力に応じて食器の後片付けや食器拭きを行っていただくように取り組んでいる。                | あらかじめ食事の写真やメニュー表を準備し、利用者に献立を周知している。また食事形態に合わせて、普通食・やわらか食などが提供されている。食器拭き等は職員と一緒に取り組んでいる人もいる。 |
| 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          | 食事量や水分量を記録して個々の状態を把握している。カロリー計算された食事の提供を行っている。          |   |
| 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                   | 食事の後は口腔ケアを行っている。状態に応じて、スポンジを使い口腔内を清潔に保てるように取り組んでいる      |   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 外部評価  |   |  |
|----|------|---|---|---|--|
|    |      |   | 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                              | 能力に応じた対応を行っている。排泄のパターンや行動を見てトイレ誘導を行いトイレで排泄できるように支援している                              | 排便のチェック表があり、便秘の場合それを目安に下剤を使用するなど、体調面を管理している。食事前・就寝前など、積極的に排泄の声掛けを行っている。                   |  |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 水分補給や食事をしっかり食べて頂き、排便の確認を行っている。体操や散歩などで体を動かしていただき、排便がない時は医療と相談して薬の調整を行い対応している。       |   |  |
| 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                        | 入浴日の予定は決めているが、ご本人の状態や希望に応じて日を変更したり柔軟に対応している。  | 立位の取れる利用者はGHの個浴を利用し、立位の取れない利用者は併設事業所にある特浴を利用している。原則入浴日は決まっているが、利用者の体調や希望に合わせて臨機応変に対応している。 |  |
| 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   | 個々の生活パターンを把握し、睡眠できるように促している。夜間にまとまった睡眠が出来るように日中に程良い昼寝の促しをしている。安眠できるように照明の調整を行っている。  |   |  |
| 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  | 看護師の下、薬情報やお薬手帳を確認して薬の目的等把握している。服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。                                |   |  |
| 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                             | 個々の特性を趣味や嗜好に合わせて取り組んでいる。ご利用者の日々の表情を観察しながら気分転換ができるように外気浴に出たり取り組んでいる。                 |   |  |
| 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 | ご利用者の「やりたい」に答えられるように食レクや行事レクを実施しご本人の希望に沿えるように取り組んでいる。ご家族と相談しながら外出や散歩に出かけられるようにしている。 | 現在コロナ禍のため、利用者の希望に沿った外出支援は実施していないが、天気の良い時には、近くを散歩したりドライブにでかけたりと、今できる範囲の外出支援をしている。          |  |



| 自己 | 外部   | 項目   |   | 外部評価  |                   |
|----|------|--|---|---|-------------------|
|    |      |  |   | 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  | ご自身で管理されている方はおられない。家族に必要な品の購入依頼をしているか、希望があれば買い物支援で行っている           |   |                   |
| 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   | ご本人の希望があれば電話を取り次いでいる。携帯電話を持っている方に関してはかけ方がわからない時に一緒にかけさせていただいている。  |   |                   |
| 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 | 共用の空間を清潔に保つようになっている。ご利用者が混乱されないように、環境整備を行い、季節に応じた貼り絵や作品を作り展示している。 | 共用空間に、季節に応じたはり絵などの作品を展示している。テレビの前にはソファを置いて、利用者がゆったりくつろげる環境作りをしている。窓を開けるなど換気したり、人が集まりやすい場でも感染対策を徹底している。      |                   |
| 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  | フロア内にソファを設置しゆっくりくつろげる環境作りをしている。                                   |   |                   |
| 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  | 入居時には馴染みの物を持ってきていただいたり、写真やアルバムを持ってきていただいている。                      | ベットと家具とエアコンはGHが設置しているが、家具の持ち込みが可能であり、自室を自分好みの空間にすることができる。衣替えなど、入居後も家族にご協力をもとめることもある。室温も快適に感じられるよう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   | 日々の生活パターンを把握している。トイレに頻回に行かれる方はトイレの近い座席に座っていただくなど工夫をしている。          |   |                   |

## 2 目標達成計画

作成日 : 令和 5年 2月 12日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |  |   |                            |            |
|----------|------|--|---|----------------------------|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題   | 目標                                      | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容         | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 2    | GHの広報誌等を作成し地域に向けて情報発信するとともに事業所と地域との相互交流を深める必要がある。          | 地域からの情報を受けるだけでなく、事業所から発信できる広報誌の作成を検討する。 | 2カ月に1回の広報誌を作成し地域と交流を深める。   | 2ヶ月        |
| 2        | 4    | 運営推進会議を施設合同開催にせず、単独開催にしていく必要がある。感染予防のために家族や利用者の参加を見合わせていた。 | ご家族やご利用者様にも参加して頂けるようにする。                | 次回2月の運営推進会議にご利用者の参加を促す。    | 1ヶ月        |
| 3        | 35   | 複合型施設であるが、合同で避難訓練ができていない。                                  | サ高住・小規模多機能・グループホーム全体での避難訓練を実施する。        | 消防にも相談し施設全体の訓練を実施できるようにする。 | 3ヶ月        |
| 4        |      |  |   |                            | ヶ月         |
| 5        |      |  |   |                            | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

| 【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】 |                    | 取 り 組 ん だ 内 容         |   |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| 実施段階                      |                    | ( ↓ 該当するものすべてに○印)     |   |
| 1                         | サービス評価の事前準備        | <input type="radio"/> | ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②利用者へサービス評価について説明した                                 |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした              |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 2                         | 自己評価の実施            | <input type="radio"/> | ①自己評価を職員全員が実施した                                     |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った                |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った    |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った         |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 3                         | 外部評価(訪問調査当日)       | <input type="radio"/> | ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった             |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④その他( )   |
| 4                         | 評価結果(自己評価、外部評価)の公開 | <input type="radio"/> | ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った                          |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った                       |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った                          |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 5                         | サービス評価の活用          | <input type="radio"/> | ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した               |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)                           |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)                     |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |