

## 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   | 1073100347            |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 同仁会            |            |  |
| 事業所名    | グループホーム愛 さくら棟 チューリップ棟 |            |  |
| 所在地     | 群馬県邑楽郡大泉町西小泉5-9-1     |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和元年 5月 日             | 評価結果市町村受理日 |  |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | サービス評価センターはあとらんど  |  |  |
| 所在地   | 群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和元年 6月 17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)】

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 毎月の茶道Ⅴ、傾聴Ⅴの受入、2か月に1回の美容Ⅴの受入を行っている。<br>毎年8月の納涼祭ではグループホーム、ショートステイ、デイサービスセンター他、利用者、家族、地域の方々、全職員参加<br>の行事として盛大に行っている。 年4回施設便り「サルビア」を発行している。 毎月、家族に近況報告を送付している。<br>医療連携体制を取り、併設ショートの看護師による週1回及び随時の巡回を実施し、かかりつけ医とも緊密に連携を取っている。また、重度化した場合には、希望により看取り介護も実施している。<br>大泉町と福祉避難所の締結をしている。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご家族様に利用者の生活の様子や体調等の近況を報告する「毎月のお便り」や3か月に1度事業所の状況や活動を載せて、発行する「サルビア」便りを出している。なかなか面会に来られない家族には日頃の様子が分かり、頻回に面会に来られる家族には面会時の話題になり、そこから意見等も出されることもあり、家族や利用者にとって安心と共有が図られている。また、できる限り、利用者の持っている力を発揮してもらうために、各人のできるこへの継続支援に努めている。洗濯物たたみや、外出、地域行事への参加、茶道教室や書道教室の開催、傾聴ボランティアの来訪等なじみの人たちの定期的な訪問も利用者の励みに繋がっている。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 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  | 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くらいが |     |                                                                     |                             | 2. 家族の2/3くらいと  |
|     |                                                    |                             | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                             | 3. 家族の1/3くらいと  |
|     |                                                    |                             | 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    |
|     |                                                    |                             | 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、活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、安心して暮らせている<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     |     |                                                                     |                             |                |

# 自己評価表

〔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 |  |
| Ⅰ.理念に基づく運営 |     |                                                                                                                             |                                                                                                                                          |                                                                                         |                   |  |
| 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                                                          | 「私たちは、地域の一員として、安心、安全に暮らし続けることができるよう支援します。(1)人権を尊重する (2)プライバシーの尊重 (3)買い物や外出など自由な生活 (4)家庭的な生活 (5)穏やかで安心でき、いきがいのある生活」を理念とし、毎日唱和し意識付けを行っている。 | 入職者及び全職員を対象に年1回理念の研修を実施している。また、毎日唱和して確認している。生きがいのある生活を実践するために介護計画に盛り込み、今できることの支援に繋げている。 |                   |  |
| 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                                                          | 日常的な交流は実施していないが、年4回発行するサルビア通信の近隣への配布、納涼祭への招待、しめ縄作りへの招待、育成会の餅つきへの参加、グリーン作戦、防災訓練への参加などを実施している。                                             | サルビア通信を地域に配布し日頃の様子を知ってもらい、事業所理解に役立てている。地域の行事は区長等から案内があり、地元の祭り等に出かけて交流を図っている。            |                   |  |
| 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                                                        | 地域密着型サービス連協主催の相談窓口研修を受講し、平成28年より認知症相談窓口を開設した。                                                                                            |                                                                                         |                   |  |
| 4          | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 運営推進会議では利用者状況説明、活動サービス内容報告、ヒヤリハット及び事故事例等の報告、意見交換等を行っている。                                                                                 | 定期的に開催され、地区代表、民生委員、行政関係者、家族等が出席している。事業所からは日頃の活動等が報告され、地域役員から地域情報が寄せられ、意見交換がされている。       |                   |  |
| 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                                               | 町担当者へ運営推進会議の開催通知、議事録などの提出は職員が行っている。その際施設の状況を伝えたり、必要に応じ問い合わせをし、指導を仰いでいる。                                                                  | 必要時には連絡や報告を行い、わからない事については相談にのってもらっている。介護保険の更新代行や認定調査には、ご家族の希望で立ち会っている。                  |                   |  |
| 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 | 身体拘束をしないケアを職員は認識し、身体拘束のないケアを実施している。玄関の施錠については無外の危険性のある方もいるため、状況に応じて施錠する場合もある。グループホームが4階にあるため、エレベーターの利用は暗証番号である。                          | 身体拘束廃止委員会を3か月に1度開催し、職員会議の議題に毎月上げている。スピーチロックに関しての意識はまだ低いと感じている。内部研修を行って共有している。           |                   |  |
| 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                                     | 昨年度法人で虐待防止マニュアルを作成した。利用者対応については、やさしさと思いやりという基本方針を職員一人ひとりが意識し、施設長も処遇会議に毎回出席し、意識付けを行ったり、毎日現場を巡回するなど予防に努めている。                               |                                                                                         |                   |  |

| 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    | 市町村で行う権利擁護研修に、年1回参加している。                                                                        |                                                                                                    |                   |
| 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                         | 左記のような実践を心がけている。特に解約については、事前に十分な説明を行い、退所後の不安がないよう努めている。                                         |                                                                                                    |                   |
| 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                     | 担当職員が、利用者の生活状況等を毎月「近況報告」で家族に報告し、意見や要望を言いやすいように努めている。                                            | 家族には1か月に1度日頃の状況をお便りで報告し、面会時等で意見や要望を聞いている。本人からは買い物に行きたい等の意見が出ており、職員会議や申し送りで共有している。                  |                   |
| 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                                      | 施設長は毎月の寮母会議に出席したり、毎日の巡回を行う中で、職員から出された意見や提案を運営に反映させている。代表者に対し、意見、提案を受け付ける体制はできている。               | 施設長が朝職員に声をかけ、気にかかるようなら個別に声をかけている。職員会議では食事形態や外食等の意見が出されプラン変更に繋げることもある。年に1度理事長アンケートも実施され、管理者との面談もある。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 人事考課制度を導入し、自己評価及び幹部による合議を経て給与水準、昇給が決定される。代表者は人事考課により、個々の勤務状況の把握とやりがいにつながるよう努めている。               |                                                                                                    |                   |
| 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         | 県の認知症研修(基礎研修・実践者研修)に経験年数に応じて参加。また連協主催の県単位、ブロック単位の研修に参加し、職員会議で報告している。法人内研修(理念研修は毎年実施、講演会もほぼ毎年実施) |                                                                                                    |                   |
| 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 | 連協主催によるレベルアップ研修やブロック研修に参加し、情報交換したり、ネットワーク作りを図っている。                                              |                                                                                                    |                   |

| 自己<br>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                                                                         |  |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                           |  |
| 15                  |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 左記のと通りの対応を心がけている。利用開始前に得られた情報により、暫定ケアプランを作成している。また利用開始より観察を行い、その人のできること、できないことをアセスメントシートを活用した上で見極め、ケアプランへとつなげている。 |                                                                                           |  |
| 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            | 左記のと通りの対応に努め、家族の要望を十分聞く機会を作っている。                                                                                  |                                                                                           |  |
| 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        | 必要があれば居宅のケアマネに同席を求めるなどして相談に応じ、的確なサービスが利用できるようつとめている。                                                              |                                                                                           |  |
| 18                  |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 利用者との関わりを日頃から重視し、その時々々の考えや意向を踏まえ、それに沿った対応をこころがけている。また、掃除、洗濯物たたみ、食器ふきなど、できる方には役割を持っていただけるよう努めている。                  |                                                                                           |  |
| 19                  |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 家族の面会の際には本人の近況を報告し、今後の施設の方針を説明したり、家族の意向を聞くなどしている。また、近況報告を毎月送付し、あまり面会に来られない家族に対しても生活状況等を把握しやすいようにしている。             |                                                                                           |  |
| 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                     | 家族との外出、通院が可能な方には協力していただいている。お盆や年末年始の家族との外出を実施している。                                                                | 面会や外泊の支援を実践している。入居前に利用していたデイサービスやショートステイ事業所に遊びに行っている。趣味の塗り絵を続けたり友人が訪問している。自動販売機を利用する人もいる。 |  |
| 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                 | 気の合う人同士で行動できるような機会や場の提供を行っている。                                                                                    |                                                                                           |  |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | 契約解除後、不安のないよう必要に応じた情報提供をし、支援を心掛けている。                                                                      |                                                                                                         |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |                                                                                                        |                                                                                                           |                                                                                                         |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している                                           | 日頃からコミュニケーションを図りながら、本人の意向を聞き、希望する日用品、おやつ、洋服があれば買い物にでかけている。                                                | 利用者の意向については、日常のケアや会話等通して確認している。家族からは、面会時や電話等で希望を聞き、出された意見は介護計画に反映させている。                                 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 左記の内容については、利用開始の際、家族から詳しく聞いている。また、利用開始後も、本人や家族から随時聞くこともある。                                                |                                                                                                         |                   |
| 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                                                     | 心身状態については、申し送りにより一人ひとりが確認している。有する力に応じた手伝いや活動ができるように、一日の過ごし方を支援している。                                       |                                                                                                         |                   |
| 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 | 担当職員が毎月モニタリングを行い、3か月毎にアセスメントした上で、寮母会議で話し合いを行いケアプランを作成している。家族に対しては、面会の際に状況報告を行い、家族の意向を聞くなどしてケアプランに反映させている。 | モニタリングは担当職員が1か月毎に実施。3か月毎にアセスメント(センター方式の一部活用)及び担当者会議を実施し、介護計画の見直しを行い、家族等に説明・同意を得ている。その際、意見が出れば差替えを行っている。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 毎日の様子を、個別の日誌に記入している。申し送りが必要な情報については、申し送りノートで全職員が確認できるようにしている。ケアプラン更新の際には、担当職員がアセスメントを行い、見直しを行っている。        |                                                                                                         |                   |
| 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               | 通院、地域のスーパー等での買い物、併設のデイとの交流などの支援を行っている。                                                                    |                                                                                                         |                   |

| 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                                  |
| 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                                      | 行事の際、地域の演芸ボランティアや模擬店ボランティアに協力していただいている。また防災訓練では消防に立ち会っていただいている。他に書道、茶道、傾聴、美容ボランティアなどを受入れている。                       |                                                                                                          |                                                    |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                                 | 契約時に、特にかかりつけ医の希望がなければ、協力医療機関である、みづほクリニックをかかりつけ医としている。(全利用者) 歯科や眼科、整形外科等の受診は職員が対応し、随時または面会時に受診状況を伝え毎月の「お便り」で報告している。 | 契約時にかかりつけ医の継続や協力医に変更できることを説明し選択により、現在は全員が協力医の支援を受けている。協力医には職員支援で受診に出かけている。訪問歯科の受診支援もある。                  |                                                    |
| 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                          | 併設ショートステイの看護師及びかかりつけ医との医療連携体制を摂っており、体調に異常があれば相談したり、週1回の定期巡回及び随時巡回により、健康管理に努めている。                                   |                                                                                                          |                                                    |
| 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。 | 入院後は面会に行き、経過や状態について、病院関係者に聞く機会を持つようになっている。                                                                         |                                                                                                          |                                                    |
| 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  | 入所時に医療連携体制(看取り)に関する指針を家族に説明し、重度化した場合には家族の意向を第一に考え、希望に沿った対応を心掛けている。                                                 | 指針に沿って看取りに関する説明を段階的に行っている。看取りを希望された場合は同意書で共有している。看取りに入った際は、看護師が職員研修を実施する等の申し合わせがある。                      |                                                    |
| 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                                              | 定期的な訓練は実施していないが、ブロック研修の救命講習会があれば参加している。                                                                            |                                                                                                          |                                                    |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を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回の防災総合訓練及び避難訓練を実施している。地域との協力体制については、運営推進会議で区長や民生委員に訓練参加をお願いしている。具体的な進展は見られないが、12月の救助袋訓練、3月の防災総合訓練では区長に参加していただけた。 | 31年3月消防署立会い夜間想定、ショートステイと合同で、通報・避難誘導・消火訓練を実施。30年9月に昼想定、消防署立会いの下、避難誘導訓練を実施している。備蓄は法人で食料・水・缶詰・排泄用品等を用意している。 | 非常事態に備え、立地条件からも事業所独自の訓練を実施して、職員と利用者が避難技術等身に付けてほしい。 |

| 自己<br>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                                                                               |  |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                  |                                                                                                          |                                                                                                 |  |
| 36                       | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 言葉遣いについては丁寧語を基本としており、トイレ誘導や入浴の際には、特にプライバシーに配慮し言葉遣いや対応に気を付けている。入室の際には必ずノックを行っている。                         | 呼称は苗字や名前にさんを付けている。利用者同士の相性には気を付けており、新入居者の席には配慮している。トイレ等の誘導時には他の利用者に聞こえないように気を付けている。             |  |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 利用者の意思表示を大切にして、散歩、買い物、通院、理美容など、できるだけ希望に沿えるよう支援している。                                                      |                                                                                                 |  |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 日課に沿った支援を基本としているが、できるだけ利用者が自分のペースで過ごせるよう支援している。                                                          |                                                                                                 |  |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 衣服の選択ができる方については、その方の意向を尊重している。自分で整髪、洗顔ができない方については、毎朝おしぼり洗顔や整髪の支援を行っている。                                  |                                                                                                 |  |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食器の片付けなど、できる方には手伝っていただいている。朝、夕食は夜勤者、昼は当日勤務者全員で一緒に食事を食べている。新年会、敬老会等の行事食、年2回の昼食バイキングなど季節感を感じていただけるようにしている。 | 法人の厨房で用意したものが届けられ、ご飯とみそ汁はキッチンで作っている。月に1度は利用者の好物であるお刺身等の提供がある。職員は希望者が一緒に同じ物を食べている。飲み物は数種類用意している。 |  |
| 41                       |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 献立は法人内の栄養士が作成した、バランスの取れた食事を提供している。食事摂取量、水分量は毎食把握できるよう努めており、摂取量が少ない場合などは日誌に記入し、申し送りを行っている。                |                                                                                                 |  |
| 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                   | 自分でできない方については、職員が一部介助などの支援を行っている。自分でできる方については、毎食後の歯磨きがほぼ習慣化している。                                         |                                                                                                 |  |

| 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                              | 利用者の排泄状況(失禁の有無、昼夜の違い)に合わせて、紙オムツを選択している。昼夜可能な方はトイレ誘導を行い、夜間歩行不安定な方にはポータブルトイレを使用したり、おむつ対応を行っている。                            | 日中はトイレでの排泄を基本に、チェック表を利用し誘導している。夜間は自ら起きてくる人は誘導している。夜間のみオムツの人もいる。自立の人にも確認させてもらっている。清拭や洗浄・シャワー浴で清潔を保っている。 |                                                                   |
| 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                                              | 日中はできるだけ、体を動かす働きかけ(掃除などの手伝い、体操、散歩)を行っている。献立については、法人内施設の栄養士が作った、バランスの取れた献立となっている。                                         |                                                                                                        |                                                                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 曜日、時間帯とも決めて実施しているが、入浴の際はゆっくり入浴していただけるよう支援している。グループホームの浴槽に入ることが困難な方は、週1回2階でリフト浴も行っている。                                    | 週に3回の入浴支援となっており、入浴日と入浴者、入浴時間が決められている。当日の予定者には声をかけている。                                                  | 事業所の決められた回数ではなく、今日入浴できるという情報を知らせ、希望があれば、週に3回の支援にこだわらず、支援してはいいかがか。 |
| 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                                               | 夜間安眠できるよう、日中は利用者個々のできることを行っていたりなど、適度に体を動かしていただけるよう支援している。                                                                |                                                                                                        |                                                                   |
| 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                                          | 個別の処方薬の説明書をケース記録にファイルし、確認しやすくしてある。心身の変化が見られた場合には、速やかにかかりつけ医に通院し、服薬支援を行っている。薬の副作用の十分な理解はできていない。                           |                                                                                                        |                                                                   |
| 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                             | 生活歴を生かした取り組みは十分ではないが、買い物、おやつ外出など実施している。近所の緑道への散歩は、年間を通じて実施している。また月1回の書道、茶道、傾聴ボランティア、隔月の美容vの来所、行事の際の演芸ボランティアの慰問などを実施している。 |                                                                                                        |                                                                   |
| 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 | 余暇時間にはできるだけ、近所の緑道に散歩に出られるよう支援している。また、文化むらでの愛好会の絵画展、地域公民館での山野草展、喫茶にも出かける。                                                 | 気候の良い時期に近くの遊歩道に散歩に出かけている。年間計画の中に買い物や外食、お茶に出かけることを入れていたり、個別で出かけている。家族と外出し、外泊に出かけている人もいる。                |                                                                   |

| 自己 | 外部   | 項 目                                                                                                                              | 自己評価                                                                                                    | 外部評価                                                                                               |                   |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|    |      |                                                                                                                                  | 実践状況                                                                                                    | 実践状況                                                                                               | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                                  | 現在、少額の管理可能な方1名(チューリップ棟)があり、1階自販機での買い物の際には職員の補助により、支払いを行っていたいいる。                                         |                                                                                                    |                   |
| 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                                                                           | 電話の希望がある場合には、寮母室にある電話を自由に利用していただけるよう支援している。<br>携帯電話を4名の方が所持している(使用可能な方はそのうち2名)。                         |                                                                                                    |                   |
| 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 | 食堂には日差しの強弱により、カーテンを開閉し調整している。また、テレビをつけっぱなしにせず、まったく何も流さない時間を作るなど配慮している。廊下、トイレなどは明るさに応じて照明を調整し、安全に配慮している。 | 建物の4階に2ユニットがある。各ユニットは利用者の書道の作品や塗り絵、献立が掲示されている。趣味の料理や雑誌、新聞が置かれている。居ながらにしてなじみの見慣れた景色がよく見える。不快な臭いはない。 |                   |
| 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                                                      | さくら棟談話室にはテーブル、椅子、ソファがあり、利用者同士でくつろぐことができる。<br>チューリップ棟には特に設けてはいない。                                        |                                                                                                    |                   |
| 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、家族に対して使い慣れた物品の持ち込みをお願いしているが、衣類やテレビなど種類は少なく、十分とは言えない状況である。                                         | 個性的な居室作りがされている。テレビや椅子、テーブル、仏壇や植木が置かれている。日頃の手作り品が飾られている。家族からの手紙が分かるところに置かれている。不快な臭いはしない。            |                   |
| 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                                             | 施設内の共有空間及び居室は、十分なスペースを確保してあるとともに、必要な場所には手すりを設置し、できるだけ自立した生活ができるよう工夫している。                                |                                                                                                    |                   |