

(様式第1号)

自己評価及び外部評価結果票

【事業所概要(事業所記入)】

| | | | |
|---------|-------------------|------------|--|
| 事業所番号 | 4190200495 | | |
| 法人名 | 株式会社 三栄 | | |
| 事業所名 | グループホームすぎの子成和 | | |
| 所在地 | 佐賀県唐津市和多田西山10番49号 | | |
| 自己評価作成日 | 令和6年1月10日 | 評価結果市町村受理日 | |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

| | |
|-------------|--|
| 基本情報リンク先URL | www.kaigokensaku.mhlw.go.jp |
|-------------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------|---------|----------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 佐賀県佐賀市天神一丁目4番15号 | | |
| 訪問調査日 | 令和6年1月18日 | 外部評価確定日 | 令和6年2月7日 |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

| |
|--|
| <p>介護理念である(その人らしく笑顔ある生活作り)の実現の為、利用者の意向や思いを把握し、一人一人の個性に応じた生活が穏やかに営めるように支援している。また生活リハビリを積極的に取り入れ、身体機能の低下を予防している。</p> |
|--|

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

| |
|---|
| <p>・心身機能低下の防止のために「リハビリ」に力を入れており、歩行訓練や立位訓練、可動域訓練など様々な運動を利用者の能力に応じて取り入れている。毎日、午前中はラジオ体操やDVDで体操を行い、中には職員手作りの滑車運動などもあり、利用者は「自発的に運動を行う」という日課ができています。リハビリはオープン当初から力を入れており、利用者の今できる事が少しでも長く継続できるようにという思いがある。重度化しても、その中でできる運動を職員は考えている。そのため、利用者の歩く力、トイレでの排泄、更衣、家事など日常生活動作の維持が保たれている。</p> <p>・利用者の字や絵を書く力を継続してもらえようと、リビングや居室にテーブルを購入し環境を整えられた。環境整備を行ったことで、利用者は日記を書いたり、ご飯のメニューを書いたり、年賀状を書いたりし、好きな事を継続できている。利用者の希望があれば叶えられるよう支援をしたいと思うグループホームの思いが伝わってくる。</p> |
|---|

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|--------------------|-----|---|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 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 | 施設の理念を作成し玄関・事務所に掲示し、毎朝職員で唱和している。1人1人が理解し実践できる様に努めている。 | オープン当初から変わっていない理念と6つの介護方針は、毎朝のミーティングで唱和されているため、職員に浸透している。方針の中には「利用者が地域社会の一員として生活できるよう支援する」と、地域密着型サービスの意義を踏まえた内容も盛り込まれている。部長・管理者は、毎月行う勉強会でも理念に立ち戻り、利用者の自立支援や能力の活用など話をされ、職員に考えてもらうよう促している。それを受けて、職員は実践に繋げていけるような話し合いを行っている。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい 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 | 大規模な交流は感染症対策の為行えないが、道で会えば挨拶を心掛け、交流が途切れない様にしている。2022、2023年は距離を置いたうえで小学生とハロウィン交流会を行った。家族の面会は玄関ホールで短時間で実施している。 | コロナ禍前は、大規模に夏祭りなどを行っていたが現在はできていない。できる事として児童クラブとの交流は続けており、最近ではハロウインの仮装やメッセージカードをもらったりし、利用者も喜ばれた。自治会にも加入している。公民館の方が定期的にイベントなどの声をかけてくれるため、行ける時は参加をし、地域へ出かける事もある。近所の方とは以前より交流があり、挨拶は良く交わしている。少しずつ以前のような交流が増えてきており、今後が楽しみである。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | 運営推進会議において認知症の症状や対応法について話し合いをしている。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 2023年4月から再開。家族、地域住民、唐津市介護相談員、唐津市担当者に出席いただき、運営状況の報告や意見交換を行っている。 | コロナ禍は書面での報告という形を取っていたが、今年度から集まって開催ができています。会議の内容に事故報告や身体拘束の検討があるが、出席者は認知症の方がどういう行動をするのか関心を持って聞かれ、会議を通して認知症の理解が深まっている。出席者の中には、専門的な知識や他施設の取り組みを知っている方もおられ、健康観察のポイントや注意点などサービスに活かせるアドバイスを頂く事もある。家族には、会議があることを広報誌で伝え、電話でも参加を呼びかけるなど、運営推進会議を広く知って欲しいと思うグループホームの姿勢が窺える。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|-----|---|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる | 市役所訪問時などの機会を利用し、良好な関係構築に努めている。運営上不明な点、施設で発生した事故については随時報告、相談をし、指示やアドバイスを受けている。 | 市の職員は運営推進会議のメンバーであり、関係はできている。給付や事務処理などの分からない時などは尋ねたり、電話で聞いたりしている。経営の事などアドバイスをもらうこともある。事故報告なども行っているが、報告の条件が変わり、以前より密に連絡を取ることが増えた。事故報告をする事で、職員の意識も変わり、対策が事故予防の効果に繋がるなど、市との関わりが良い方向に向かっている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 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 | 基本的に身体拘束は行わない事でサービス提供をしている。やむを得ず拘束が必要な場合、家族へ十分な説明を行い、書面での理解を得ている。またミーティングや研修などで身体拘束、身体拘束に繋がるケアへの理解を深めている。運営推進会議を身体拘束の適正化を図るための委員会として位置づけ、身体拘束実施の有無や実施事例の報告と意見交換を行っている。 | 基本は身体拘束をせず、カンファレンスなど職員間でケアの方法や対応の工夫を考えているが、それでもリスクがあり難しい場合は、家族に相談し同意を得て行う事もあった。現在は、身体拘束は行っていない。玄関の施錠も行わず、自由に出入りできるようになっている。職員は外部研修に参加することもあるが、年3回の研修や勉強会を行い意識づけをしている。スピーチロックなどを見かけた時は、その場で注意をしたり、勉強会で議題に挙げるなどし、考えてもらうよう促している。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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 | ミーティングや研修会などで高齢者虐待について理解を深めている。また不適切ケアが虐待に繋がる事をミーティング等で伝えている。また事務所に虐待防止・不適切ケアの資料を置き、いつでも閲覧できる様にしている。 | | |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 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 | ミーティングなどで学んでいるが、制度利用を検討した利用者の方は現在おられない。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 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 | 利用開始時や契約更新時は家族や利用者本人へ説明、納得して施設利用が出来る様に努めている。不安や疑問には、丁寧に説明し理解を得ている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|-----|---|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている | 面会時に口頭で報告したり、毎月送付する状況報告書で状況報告を行っている。家族とコミュニケーションを取る事で意見・要望を言いやすい環境整備に努めている。意見、苦情等が出た場合は迅速な対応をする事で速やかに解決出来る様に努めている。玄関に意見、苦情BOXを設置し、相談窓口を重要事項説明書に明記している。唐津市の介護事業相談員制度を活用している。 | 家族とは状況報告や必要物品などでこまめに連絡をしており、話す機会を作っている。関係はできているため、〇〇してほしいなど要望と言われる事も多い。ケアプランの更新時にも、意見や要望などケアマネジャーが聞いている。介護相談員が月に1回訪問し、利用者の要望や意見を聞き、グループホームとの橋渡しをしたり、気になった事は気づきや改善として伝えられるため、できる事は反映している。 | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 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 | 朝の申し送り時、月1回のミーティング、カンファレンス時に業務で出た意見、提案を検討し受け入れる様に努めている。 | 月に1回のミーティングでは職員から業務に関して意見が出る事も多い。職員から出た意見は、1カ月試してみて、その後どうだったか聞くようにして決定している。必要があれば、物品などの購入も検討している。ケアについても、一人の意見で決めてしまうのではなく、全員で話し合うようにしている。管理者は言いたくても言えない環境は作らないように心がけている。言いやすい雰囲気があるため職員からの相談なども増えている。部長や管理者の「職員の意見を聞き、良い意見は反映させる」という思いや姿勢が伺える。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 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 | 職員個人の能力や実績、やる気に応じた労働条件を設定しているが、職員の満足度は不明である。今後個人面談等を行い職員の希望や不安を把握し対応していきたい。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 研修会や、勉強会の案内は職員全員に周知している。必要な場合は業務扱いで参加し、後日ミーティング等で他の職員に伝達している。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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 | 唐津市グループホーム連絡会に参加し、勉強会や意見交換を行う様に心掛けているが、充分な参加は出来ていない。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|-----------------------------|----|---|---|-------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 サービスの利用を開始する段階で、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 | 利用前に家族、医療機関、居宅介護支援事業所の担当者から情報提供頂いている。本人との面談を行い、不安や要望などを聞き、本人への理解を深め収集した情報やアセスメントに沿ってケアプランを作成する様努めている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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 | 利用前に家族や本人との面談を行い、困っている事や不安なこと、要望などの把握に努めている。ケアプランに関しても説明し納得の上でサービス提供している。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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、家族、居宅介護支援事業所の担当者、医療機関の情報をもとに施設生活に慣れて頂く事からはじめ、徐々に他の必要なサービスを取り入れていく様にしている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 本人の生活歴、好みを十分に把握し、得意な事を教えて頂いたり、手伝って頂いている。 | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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 | 月1回の文書での状況報告や電話・面会時の近況報告で家族との協力関係が構築出来る様努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|-----|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | コロナ以前のように行事に家族を誘ったり、ホーム内まで入って頂くことは出来ないが、いつでも玄関ホールで面会出来る様にしている。 | コロナ禍で関係の継続は難しくなったが、家族とは面会や電話の取次ぎなどの支援は行っている。また、家族との外出についても、飲食を行わないという条件で、できるようにしている。オンライン面会もできるようにと、タブレットを購入しZOOMを入れ、広報誌で伝えたが、利用までは至らなかった。 利用者の馴染みの場所への支援は人混みを避けて行っている。唐津市のお祭りの準備の様子を見学したり、展示場へお連れしたりと利用者も喜ばれている。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 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 | 入所当初のプランは馴染みの関係作りを上げ、職員がサポートしている。利用者の個性や相性を考慮して座席を決めたり、一緒に行動する際の組み合わせを考えている。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 退居後でも相談があった時は協力する様にしている。 | | |

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

| | | | | | |
|----|-----|--|--|---|--|
| 23 | (9) | ○思いや意向の把握 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。 | 会話や行動表情から各自の思いや希望を汲み取れる様に努めている。出来るだけ本人の希望に沿うようにしているが出来ない時は理由を説明し、納得して頂ける様に努めている。 | 就寝前の時間や入浴時などゆっくりした時間に思いを聞いている。言葉に出して思いや意向を言われる利用者にはその思いを支援をしているが、伝える事ができない利用者には、家族に相談をしながら支援している。それでも、簡単な内容や質問など答える事ができる利用者には、その思いを聞き対応している。意向や思いはケアプランにも反映し職員間で共有している。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 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 | 本人や家族、担当ケアマネジャーからの情報提供を受け、生活歴、病歴、好みなどの把握に努めている。得られた情報は職員間で共有出来る様にしている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 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 | おおまかな1日のスケジュールは決まっているが、利用者の体調不良や気分で臨機応変に対応している。バイタル測定や排泄チェック食事量の記録などで状態の確認を行っている。この情報は申し送りや経過記録などを使って職員間で共有出来る様にしている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | 利用者や家族の意向を聞きカンファレンスを行い、本人に合ったプランになる様に作成している。家族とは月1回の情報提供を行うと共に、面会時等に意見交換をしている。月1回のカンファレンス時に職員間で意見を出しプランに反映している。 | 利用者のケアについては、月に1回あるミーティングでカンファレンスを行い話し合っているため、職員全員の意見として反映できている。ケアプランの見直しは1ヵ月、3ヵ月の後は半年ごとに行い、状態変化時にも行っている。モニタリングは月に1回ケアマネージャーが行っている。 家族にはケアプランを郵送しているが、事前に意向を聞き、ケアの内容を伝えている。 ケアプランはリハビリの内容が明記されており、家事参加があったり、買い物支援があったりと個人の要望やサービスが明記されており、現状に即した計画になっている。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 個別記録のファイルにケアプランを綴じ込み常に確認できる様にし、プランに沿ったサービス提供とその記録が出来る様に努めている。また申し送りノートや回覧文書で情報共有に努めている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 体調や気持ちの変化に合わせ、医療機関と協力してサービス提供に努める様にしている。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働 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 | コロナウイルス蔓延防止の為、ほとんどの施設行事を中止している、もしくは縮小して行っていたが、2022、2023年は距離をおいて小学生とのハロウィン交流会を行った。また公民館で行われる演芸会の案内を頂き、可能な時は参加している。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診診断 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 | 協力医だけでなく利用者や家族の意向を確認して医療機関の受診を行っている。原則職員で対応しているが、必要時は家族での対応をお願いしている。協力医には往診にきて頂いている。(月2回) | 現在は協力医が全入居者のかかりつけとなっているが、希望をすれば協力医以外でもかかることは出来る。精神科などの専門医や緊急の受診は、職員が付き添い、結果を家族に伝えるようにしているが、状態によっては家族も同行してもらうなど連携を図りながら対応している。看護師が職員で在籍しているため、健康観察や往診の対応、服薬支援などを行っており、協力医との橋渡しの役割を担っている。協力医は月2回の往診であるが、病院も車で10分と近く、夜間も電話での指示を受ける事ができる。 | |
| 31 | | ○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している | 利用者の体調変化がある時は、ホーム看護師へ報告し対応を検討している。緊急時や判断に迷う時などは主治医の判断を仰いでいる。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時はホームでの生活状況や既往歴、内服薬等の情報提供し、円滑な治療を受けられる様に支援している。また病状説明の際には同席させていただき、状態把握に努めその情報は職員間で共有している。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居時に重度化の指針や、ターミナルケアの方針を書面にて説明し了承を得ている。状態が悪化した場合は随時家族と話し合いをもち、必要に応じて、医療機関と相談しながら今後の方針を決定している。 | 看取りの経験はある。看取りの時期が来たら、家族の希望を聞き、必要時には協力医にも説明をしてもらい、グループホームでできる対応などを伝え、一番良い方法を3者で話し合いながら進めている。感染症で面会に制限がある時も、看取りであれば居室での面会や宿泊ができるため、家族にとっては安心に繋がっている。また、管理者は職員のストレスケアにも力を入れており、連絡手段の確立やターミナルについての説明を行い、不安を取り除くように努めている。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 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 | コロナ対策のため、消防署から講師を招き救急蘇生の講習会を自粛していたが、来年度は開催を検討している。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----------------------------------|------|---|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 35 | (13) | ○災害対策 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 | 定期的に避難誘導訓練、防火訓練を実施している。地区の避難所までのルートは確認できているが、利用者を誘導しての避難所への訓練は実施できていない。今後実際の避難訓練を行う際に地域住民を加えた緊急連絡先などの連絡網の作成の必要がある。 | 年2回、昼と夜想定で避難訓練を行っている。地区の消防団にも協力を得たいと考えているが、コロナ禍で職員以外の参加ができなかった為、今後徐々に再開したいと考えている。避難訓練の様子はしっかりと分析されており、反省点など今後につなげる事も記録されている。 火災以外の自然災害は、ハザードマップではリスクがない地区となっており、系列のグループホームの避難先となっている。実際に避難で来られたこともあった。水・レトルト食品・缶詰などの備蓄品も準備している。 | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている | 利用者1人1人の人格を尊重し、丁寧な言葉遣いや対応を心掛けている。また居室やトイレに入る際には必ず声掛けやノックをする様心かかっている。 | 人格の尊重として、相手に嫌な思いをさせないよう、言葉遣いに気を付けている。スピーチロックなども含め、言葉遣いで気になることがあればその場で注意をするようにしている。排泄の場面でも大声で言わないように心がけており、見守りも羞恥心を考え遠目から行う事もある。入浴はマンツーマンで対応している。毎月の勉強会は接遇をテーマにする事もある。職員同士意見交換を行う事で職員の気持ちがまとまるため勉強会は有効であると考えている。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 利用者との関わりを密にして話を傾聴し、行動を観察する事で本人の思いや希望を汲み取れる様努めている。また利用者に問いかける事で利用者が自己決定出来る環境を作れる様努めている。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 主に午前中の各種体操や、筋力訓練などある程度のメニューに参加して頂いているが、疲れたときや、体調不良などの際には自室で休まれるなど、その場にあった生活をして頂いている。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 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 | 自立されている利用者に関しては、季節にあった範囲で自由にして頂いている。介助、支援が必要な方に関しては、本人の希望を聞きながら援助している。定期的に訪問理容がありパーマやヘアカラーをされる方もおられた。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援 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 | 献立は季節感を考慮し、栄養、彩りなどに気を付けて作成している。また誕生日には希望に沿う献立にしている。おやつにケーキ等も提供している。鉄板焼き、流しラーメン、鍋会なども行っている。 | 献立は職員が考え、買い物、調理と全て行っている。献立には利用者の要望を入れる事もあり、生ものが食べたいという要望で海鮮丼を提供したり、鉄板焼きなどを提供したり、利用者にも喜ばれている。おやつは手作りすることもある。家事をする利用者もいる。職員は見守りを行い、不十分でも手を出さずできるだけ自分で行ってもらうようにしている。これらの家事手伝いはケアプランに明記し、職員全員同じ支援ができるようにしている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 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 | 食事量の確認は毎食行っている。利用者の状態にあわせて、ミキサー食、補食などの提供も可能。水分量、排泄量の確認が必要な方に関しては日々チェックをしている。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 毎食後自力で出来る方、介助が必要な方それぞれに合わせ対応している。夜間は義歯を預かり洗浄剤を使用し消毒している。必要時歯科受診、往診で口腔ケアを受けている。 | | |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援 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向けた支援を行っている | 排泄チェック表を作成し、個々の排泄パターンの把握に努めている。またタイミングを見てトイレ誘導を行い失禁を防止しオムツ等の使用をなるべく少なくなるよう努めている。夜間にオムツの方も日中はリハビリパンツにしてトイレでの排泄維持出来る様促している。 | 排泄チェック表で声かけや誘導を行い、日中はほとんどの利用者がトイレでの排泄を行っている。日頃より、歩行訓練や立位訓練などを取り入れている成果もあり、長くトイレでの排泄が維持できている。夜間はふらつきが多くなるため、人感センサーなどを使い、スムーズにトイレへの誘導が出来るよう工夫されている。管理者は1ヶ月のパットやオムツ使用を確認し、適切な使い方ができているか、職員に確認することで、「無駄に使わない」という意識ができています。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 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 | 個々の排便状況の確認を行い。緩下剤等の調整で便秘の解消、防止に努めている。また水分補給、献立も便秘に良いものを取り入れている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援 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、個々に応じた入浴の支援をしている | 基本的に夏場(5月～9月)は週3回、冬場(10月～4月)は週2回の入浴を行い、入浴日以外には清拭をしている。また入浴の時間は大まかには決まっているが体調変化をみながら柔軟な対応をしている。また季節ごとのゆず湯や菖蒲湯も行っている。 | 季節によって異なるが、週に4日間お風呂を沸かし、週3日は予備日とし、冬は週に2回入浴を行っている。入るのを嫌がられたり、入浴日でない日に入りたいと言われた場合でも、入れるよう柔軟に対応している。脱衣所や浴室内は広くスペースがあり、ゆっくり入ることができ、季節を感じてもらえるような工夫もされている。利用者が入浴の準備をできる場合は、着脱も見届け、着たい服なども選んでもらうようにし、ドライヤーもできるだけ自分で行ってもらうなど、自立支援につなげている。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 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 | 夜間良眠される様に日中のリズム作りに努めている。昼食後は休息を促し自室でゆっくり過ごされる様になっている。夜間不眠が続いている場合は主治医などに相談して眠剤の調整をして頂いている。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 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 | 処方箋の説明で確認したり、看護師や薬剤師に相談する事で理解に努めている。状態に変化がある時は看護師に報告し、必要時には医師の指示を仰いでいる。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 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 | 歩行運動、家事作業などで本人の能力に応じた日課作りを行っている。また季節毎の行事やイベントドライブなどで気分転換を図っている。 | | |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援 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。また、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 | コロナ対策の為、人が多い場所への外出は避け、人が少ない場所へ行ったり、車中で景色を眺めて頂いている。 | コロナ禍で外出支援は難しかったが、桜や菜の花など花見に行ったり、秋頃までは日常的に近所のお散歩に行ったりしており、少しずつ活動を再会している。グループホーム内にはウッドデッキがあり、天気の良い日は外気浴も行っている。秋は利用者の希望に沿って、なじみの場所である市内のお祭りの下見や展示場などの外出支援も行った。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 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 | ホームで預かり金の管理を行っているが、本人の希望で自己管理されている方もおられる。週1回希望を聞き嗜好品などの購入も行っている。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 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 | 電話は自由に使用して取次ぎも行っている。市内、市外問わず1回10円とし、利用者のおやつに還元している。私信のやり取りも自由に行っている。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり 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 | ホーム内に季節感のある飾り物をしたり、その時々で季節感を演出している。冬場乾燥時は加湿器を使用。各居室では加湿器、または濡れタオルなどで乾燥予防に努めている。体調不良等居室で過ごされる時は加湿器を使用して乾燥防止している。 | 南向きの明るいリビングであり、小上がりの畳もありくつろげる空間となっている。午前中は可動域訓練などでリビングで過ごされる事が多いが、午後はソファやテーブル、居室など思い思いに過ごされる。24時間換気のシステムがあるため、嫌な臭いなどもない。職員がクリスマスやお正月など利用者に季節感を感じてもらえるよう、飾り物などで工夫している。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | デイルームでの席は希望や状況で決め、利用者が安心して過ごされる様にしている。また食事など以外は基本的に自由にソファで過ごされる方もおられる。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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 | 自宅からテレビやタンスなどを持ち込まれ、過ごしやすい環境整備に努めている。家族がシールなどで居室の壁を飾られたりもしている。また季節毎の衣類の入れ替えは家族に依頼したり、職員が利用者と一緒にしていたが、コロナウイルス蔓延防止の為、現在は家族には依頼していない。 | 基本的に危険なもの以外の持ち込みの制限はない。各居室には押入れの収納がついている他、タンス、布団、カレンダー、写真などの持ち込みがあり、自宅のお部屋のような設えができています。テレビの持ち込みも希望があればできるが、現在持ち込みはない。コロナ禍前は、家族は希望があれば居室での面会や宿泊もできていたが、現在は看取りの方のみ許可している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|----|---|---|-------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「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 | 各所に手すりを設置してバリアフリーにし、車椅子、シルバーカーがスムーズに使用できる様になっている。居室、トイレは目印、記名などで出来るだけ自立して生活が送れる様にしている。また転倒リスクの高い方にはセンサーを設置して見守り、誘導などを行っている。 | | |

V. サービスの成果に関する項目(目標指標項目)アウトカム項目)(事業所記入)
 ※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 ↓ 該当するものに○印をつけてください | |
|-----|--|--------------------------------------|----------------|
| 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。 (参考項目:23,24,25) | | 1. ほぼ全ての利用者の |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいの |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目:18,38) | | 1. 毎日ある |
| | | ○ | 2. 数日に1回程度ある |
| | | | 3. たまにある |
| | | | 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。 (参考項目:38) | | 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 |
| 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。 (参考項目:36,37) | | 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 |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目:49) | | 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 |
| 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。 (参考項目:30,31) | | 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 |

| 項 目 | | 取 り 組 み の 成 果 ↓ 該当するものに○印をつけてください | |
|-----|--|--------------------------------------|----------------|
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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 |
| 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ます。 (参考項目:9,10,19) | ○ | 1. ほぼ全ての家族と |
| | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんどできていない |
| 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。 (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 |
| | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない |
| 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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目:4) | ○ | 1. 大いに増えている |
| | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. 全くいない |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目:11,12) | ○ | 1. ほぼ全ての職員が |
| | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 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 |
| | | | 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 |
| 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. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |