

## 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         | 1471900678        | 事業の開始年月日       | 平成10年1月1日 |
|               |                   | 指定年月日          | 平成12年3月1日 |
| 法人名           | 有限会社ライフサポートいずみ    |                |           |
| 事業所名          | グループホームいずみ        |                |           |
| 所在地           | (238-0032 )       |                |           |
|               | 神奈川県横須賀市平作8-20-20 |                |           |
| サービス種別<br>定員等 | ■ 認知症対応型共同生活介護    | 定員計            | 18名       |
|               |                   | ユニット数          | 2 ユニット    |
| 自己評価作成日       | 2023. 9. 20       | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和6年1月17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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

### 【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）】

・介護理念に「笑いと穏やかさの中で自由にありのままに過ごす」と掲げ、実践にはバリデーション法を取り入れ、ごく自然な日常の営みの中で、不安、葛藤に真摯に向き合い、傾聴、共感し混乱を和らげる利用者中心のケアを目指している。また、看取りケアはごく当たり前のケアであり、24時間体制で医療連携を密に行い、希望に応じて実施している。

・運営推進会議等において行政、地域包括支援センター、民生委員と連携し、委員の構成は幅広い人材に協力いただいている。

・コロナで開催見合わせ中ではあるが、通常では、地域との交流も多く、様々な行事に参加したり、当ホームのイベント（バザー、コンサート、餅つき等）には年々、多くの住民参加を頂いている。町内の皆様との集い「平作カフェ」も8年目を迎えているもののコロナ禍で開催は見合わせており、再開の時を心待ちにしている。また、日々の暮らしは多くのボランティア（音楽、茶道、紙芝居、買い物等）に支えられ、豊かな暮らしが営まれている。

・職員は認知症ケアのエキスパートを目指し、スキル取得（認知症の専門的資格）、自己研鑽に努力し、会社はその育成を強力にバックアップしている。

・県立保健福祉大学の実習や地元中学生の職業体験実習の受け入れにも一役を担い、互いに学び合っている。

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                                     |               |           |
|-------|-------------------------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 株式会社フィールズ                           |               |           |
| 所在地   | 251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 |               |           |
| 訪問調査日 | 令和5年10月20日                          | 評価機関<br>評価決定日 | 令和6年1月10日 |

### 【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、京浜急行「汐入」駅からバスで約10分の木造2階建てのグループホームです。広い駐車場に面している建物は日当たりが良く、近くに「ふれあい下水道公園」があり、藤を見たり、蛍を見たり四季が感じられる地域です。

<優れている点>  
職員は、利用者のあるがままの姿を認め、利用者の本当の思いを知る事により、利用者が楽しく、落ち着いて生活できるよう支援しています。「ありがとうございます」「よかったです」「嬉しいです」などの言葉がけを行うことにより、職員と利用者が信頼関係を構築しています。職員は利用者をお客様として接し、ダイルームを公共の場、居室を家庭と考え常に敬語を使いながら介護にあたっています。また、地域との交流が充実しています。コロナ禍により中断されていたイベントが、今年度より徐々に緩和しています。ホームイベントであるバザーには、地域の人々から再開を望む声が挙がっています。「平作カフェ」の参加者からはコロナ過中も干支のぬいぐるみの提供を受けています。新聞のごみ袋を届けてくれる人、営繕を行ってくれる人、毎週の買い物に付き合ってくれる人等、多くのボランティアに支えられています。

<工夫点>  
職員のステップアップへの支援が整っています。職員は介護福祉士→ケアマネージャー等、職員自身のライフスタイルに合わせてステップアップしています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域                      | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|------------------------------|---------|---------|
| I 理念に基づく運営                   | 1 ～ 14  | 1 ～ 10  |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15 ～ 22 | 11      |
| 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 ～ 35 | 12 ～ 16 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | 36 ～ 55 | 17 ～ 23 |
| V アウトカム項目                    | 56 ～ 68 |         |

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | グループホームいずみ |
| ユニット名 |            |

| V アウトカム項目 |   |   |   |
|-----------|---|---|---|
| 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 |
| 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<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                  |
| 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    |
| 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    |
| 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    |
| 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    |
| 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    |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 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。<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 |
| 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：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<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. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<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    |
| 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 |
| 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. ほとんどいない |

| 自己評価              | 外部評価 | 項 目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|-------------------|------|---|--|--|-------------------|
|                   |      |   | 実施状況   | 外部評価   | 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踏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。                     | 介護理念は平成21年、利用者、家族、職員と意見をまとめ、事業所の介護理念を作成、見直しを重ねている。また、バリデーションの「ケアの基本的態度」も介護理念における重要な位置づけとして研鑽している。更に、職員交代で毎月の介護目標を立案しており、介護理念と介護目標を毎朝唱和している。                      | 職員の話し合い、利用者インタビューを基に作られた介護理念は、主語は利用者の言葉、望みとなっています。職員は、カンファレンス等で利用者の思いを理解することに努めながら振り返りを重ねています。   |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。                     | 町内会に加入し、コロナ禍で一部見合わせているが、通常では、町内の福祉運営会議、防災訓練、カフェ、保育園との交流（行事参加、園児の訪問を受ける）、ホーム主催のバザー、餅つき、コンサート（年2回程度）、大学の実習や中学の職業体験の受入等を行い、さらに地域の皆様より新聞紙や布等を届けていただく等、交流が深まっている。     | 地域とのつき合いを活発に行っています。事業所主催の「平作カフェ」ではホームの強みを活かし認知症についての相談や、お茶を飲んだりと交流の場所となっています。職員だけでは難しい、換気扇の掃除や大型の物を動かす宮繕や、利用者の買い物の際に車での送迎や荷物を持ってくれるなどの付き添い、野菜や新聞のごみ入れの差し入れ等、様々な形で地域の人たちとの交流が根付いています。 |                   |
| 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。                   | 事業者は神奈川県認知症介護指導者を拝命し、関係機関からの依頼や要望に対応。（県主催の研修、多方面の依頼、認知症サポーター養成講座等）。現在開催見合わせているが、平作カフェも継続し、「認知症」に焦点を当てた研修を実施。町内の方々の自由な来所ができており、他の活動に発展（町内会の旅行に参加、ボランティア等に参加）      |  |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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か月毎の事業報告と業務検討等、幅広い委員（行政、町内、家族、包括、民生委員、大学関係者、地域有志等）の方々の知見が生かされている。身体拘束適正化、高齢者虐待防止、感染症対策の各委員会も同時開催。行事関連は多くの画像・動画を準備し、事業所への理解促進に努めるとともに、委員の意見を反映し、利用者／家族／職員に還元している | 運営推進会議には、高齢者や虐待について研究している大学関係者や地域代表等の参加者を得ています。虐待、身体拘束、感染症対策の会議も一体に行い、新たな知識等を互いに勉強する場となっています。運営推進委員からは、バザーの再開、町内会館の設備の利用などの意見が出ています。   |                   |
| 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。           | 市の職員や包括支援センター職員に運営推進会議に参加いただき、貴重なご意見を運営に反映すべく努めている。また、行政窓口にも出向くよう努めている。コロナ禍での衛生物品や抗原キット等の支援、物価高騰での経済支援支援では大変感謝している。  | 神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会の研修講師を受けたり、その他様々な情報も得ています。来年4月から義務化される介護現場に関わるBCP、委員会、研修などの情報を得ています。   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 外部評価  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。 | 身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、月1回委員会を開催。研修は年2回以上、自己点検も実施し他者評価も受けている、行政主催の研修は伝達研修を実施。また、日常ケアにおいて身体拘束禁止意識を共有。委員会では、身体拘束をしないケアの実践について具体的に意見交換に努めている。日中の玄関は開錠しており、自由な出入りの中でのケアを通して互いに学んでいる。 | 身体拘束をしないケアを実践するため、研修目的をはっきりさせた研修を年2回行っています。自己点検表を使い、自己確認を行っています。事例検討の中では、結論を出すのではなく、利用者の立場に立って考え、介護者個々の工夫に視点をあてるよう心掛けています。                  |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>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。  | 年2回以上は、ホーム内外の必須研修として実施している。小さな変化にも目を向け、朝のミーティング時に職員間で共有・検討続け、月1回の定例カンファレンスで振り返り、ことの重要性の認識を互いに深め、予防に努めている。職員の疲労やストレスについてもこまめに声をかけるなど表出しやすい環境を心がけている。                            | 日々のミーティングやカンファレンスを通して利用者の小さな変化にも気が付くように努めています。職員の疲労が虐待に繋がることと捉え、職員のストレス緩和に努めています。夜勤者同士、夜間2回安否確認をしたり、朝の申し送り時、職員が工夫した良い点にスポットをあて、互いに学び合っています。 |                   |
| 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に支援している。  | 利用者の超高齢化とホーム利用年数の延長、重度化により、事業開始20年以上で、利用者の背景は様変わりしている。成年後見制度利用者も複数あり、他事業所での事例も踏まえて学んでいる。利用者の希望を中心に、日中は臥床、デイルーム時間を適正に見守りながら「持っている力を最大限に生かす」支援に努力している。                           |   |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、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。  | 入居前の見学時から始まり、契約時や変更時（法令によるもの、ホーム側によるもの）は利用者、家族に口頭、書面（家族便り等）等で説明に努力している。利用者の変化によっては面談重視で親族まとめて実施する等、誤解、意見の相違が生じないように努めている。  |   |                   |
| 10   | 7    | ○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。   | 家族との個別面談実施、苦情窓口の案内表示、ご意見箱等にて意見聴取・意見交換に努めている。定期的なケアプランの説明時も大切な意見交換の場と位置づけている。面会時は様々な心身両面の変化について家族と語り合うよう努力し、コロナ禍で来所困難時は、便り、電話、メール等を活用し、意見聴取に努めている。                              | 管理者は家族面談を実施し、利用者の様子を家族に伝えるため手紙も添えています。ケアプランの作成時は家族に利用者の状況、様子を伝え、家族からの意見も聞いています。家族からは介護度の区分変更をする理由などの質問を受け、回答しています。                          |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|-----------------------------|------|---|---|---|-------------------|
|                             |      |   | 実施状況  | 外部評価  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 11                          | 8    | ○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。                                      | 年間の事業計画、実績は職員に報告し、意見を計っている。毎月定例の管理者会議や職員カンファレンスでも経営に関する意見交換を行い、処遇改善費の配分等も職員の意向を踏まえて決定している。職員の声から大型洗濯乾燥機や電子カルテを導入するなど、必要物品の大小に関わらず意見を反映できるよう努めている。行事の企画運営は素晴らしい。       | 毎月の定例会議、職員カンファレンス等で、職員から運営に関する意見を聞いています。職員からは大型洗濯乾燥機、電子カルテの導入の提案が出ています。職員の意見を反映し、業務の軽減により入居者と寄り添う時間が増えることから両者を導入しています。電子カルテは誰もが使いやすい機器を導入しています。 |                   |
| 12                          | 9    | ○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。      | 有給休暇は概ね100%取得、資格取得支援の強化。介護職員全てに公平に給与ベアアップするとともに、キャリアパス、介護技術チェックリストの活用、日々の勤務実績を客観的に判断して手当配分に反映。それぞれの持ち味を大切に、やりがいをもって働ける環境や条件を整備している。                                   | 職員のモチベーションを上げるためにも、職員の休みの希望は理由のいかんにかかわらず取得できるようにしています。職員全員で話し合い、日々の勤務実績、休日代行出勤者、介護技術等を客観的に判断し、手当に反映できるようにしています。                                 |                   |
| 13                          | 10   | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。          | 資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらに毎年職員の施設内研修の充実を図り、外部講師も適宜導入、職員が講師を担う等キャリアに即し能力の向上に努めている。介護実践能力を向上のため、日々のMTやCFで活発に意見交換できる体制を整え、実際のケア場面を共有し振り返る機会を作っている。 | 資格取得支援を積極的に行っています。職員全員が自分のライフステージに合わせて資格取得に務めています。事業所は外部研修に職員を出すだけでなく、事業所で研修を受け入れ「グループホームいずみ」の介護の在り方の振り返りを行っています。                               |                   |
| 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組みをしている。 | 上記13以外に、市のGH協議会の研修、GH間の実践交流研修、エリア毎のブロック交流等互いに交流を深め学び合っている。必要に応じて経営者の意見交換会も有志間で実施している。コロナ禍ではリモートでの交流に努めているが、交流機会の減少は否めない   |   |                   |
| <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。        | 見学・入居申込の段階からよくお話を伺い、入居時には、ケア等との情報共有に加え、可能な限り事前訪問で生活状況の把握に努め、本人、家族と心を繋ぎ、入居後の急激な生活変化の緩和に配慮している。「自由に、ありのままに」をモットーに不安、要望により添い、概ね1か月後、家族面談し、入居後の変化、対応をケアプランに反映している。        |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 外部評価   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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。     | 見学・入居申込時など利用開始前～開始後も家族の思い、不安や、葛藤、抱える課題等に深く傾聴し、受け止める努力をしている。家族、介護側双方より必要性に応じて面談を重ねるが、常に利用者中心目線で「あたたかい家族間の絆の深まり」を大切にしている。   |  |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | 相談時、利用者、家族の意向を良く聴き、今何が課題か、何を求めているか等の見極めに努め、話し合っている。命のかたちを語り合う中で、経済的負担等も踏まえ、利用者、家族の状況に耳を傾けている。   |  |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | 老いを受け入れて生きる姿に敬意を表し、人生の大先輩の毅然として生きる姿勢、介護側に向けられる利用者の笑顔、姿、励ましの言葉に支えられ、日々業務に励んでいる。利用者間の様々な日常関係も「当たり前前の社会の姿」と捉え接している。  |  |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<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。     | 家族会や家族面談、毎月の行事通信等を通して、利用者中心ケアの相互理解に努めている。コロナ前は、誕生日は家族の日程に合わせ、居室で実施。身の回り品や季節の衣類等ご家族に依頼し共に支えていく関係作りにも努めている。ターミナル期は「家族で送る大切な時間」を共有し、悔いの無い日々を支援し、介護側も深く学ばせていただいている。 |  |                   |
| 20   | 11   | ○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。                 | ご家族等より人間関係や大切にしていることなどを伺いながら、ご希望に即し個人電話設置等、コロナ禍で大切にしてきたTEL、手紙等でのやり取りを大切に市、関係継続に努めている。利用者、家族の希望、了解のもと、友人、知人の自由な面会を受け入れているかかりつけ医への家族同行受診等も実施している。                 | コロナ禍で見合わせていた外出、外食を可能として、家族との関係継続の一助としています。利用者の希望により、個人携帯電話を所持している人もいます。利用者が手紙を出す場合には、ハガキを用意したり住所を書くなど、馴染みの関係を継続できるよう支援を行っています。 |                   |

| 自己評価                              | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|-----------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                   |      |  | 実施状況   | 外部評価   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                | パーソナリティを大切に、利用者同士のコミュニケーションを見守り、必要以上の介入は控え、利用者間の不調和は当たり前前との姿と受け止めている。利用者の希望、保持している力、その日の気持ちに合わせ、家事作業（台所、調理、盛り付け、洗濯物、清掃等）や壁ポスター作成、行事飾り付け等、共同作業に励み、達成感を共有している。 |  |                   |
| 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。 | 「最期までいずみで」という希望を受け入れており、看取りケアを当たり前前として実施してきたが、看取り後、家族から、ボランティアを申し出戴き、毎週の買い物、紙芝居、運営推進委員や、様々な行事参加等、計り知れないご縁の恩恵を戴いている。  |  |                   |
| <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                                | 12   | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                        | 利用者個々の興味、得意なこと、関心事の把握に努め、日々の感情にも目を向けてアクティビティを取り入れている。決して無理強いせず、その日の思いを重視し、寄り添いながら進めている。言語化が難しい希望や思いについて、非言語的情報からどう捉えられるかについて、具体的な場面を通して討議し、検討を進めている。         | 認知症の人のマイナスの感情にもふたをせず、表出を促して共感していくバリデーション法や、非言語的情報等により、利用者の日々の感情の把握に努めています。歌を歌ったり、刺し子をしたり、共作の貼り絵など利用者それぞれの関心をアクティビティに結びつけるようにしています。無理強いせず、その日その日の思いを大切にしています。 |                   |
| 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。                    | 入居時のアセスメントシートを基に家族の提言、医療情報、他施設情報の把握に努め面談している。馴染みの小物、家具の持込み、生活習慣の継続等、入居による環境の変化を最小限に出来るよう家族と連携し、協力を得ている。  |  |                   |
| 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。                                  | 利用者の言動に表現されている思いや苦痛の把握に努め、「今何を望み、今何をしたいのか」を察知し、傾聴しながら意味を探るよう努力している。朝のミニカンファレンスや定例カンファレンスで意見交換、共有しケアに生かすよう日々研鑽と捉え対応している。                                      |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 外部評価  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 26   | 13   | ○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。 | 利用者や家族状況，希望を中心におき、職員の日々の観察、医療情報等をADL表に生かし、朝のミニCF、定例CF、臨時CF等で「本人の思いや状況」に即したケアを職員間で討議し、ケアプラン作成、モニタリングに反映している。作成したケアプランへの意見交換も適宜MTやCFにて実施。入居時の初期計画と1か月後の面談、3か月の再評価を基本としている | 入居時に利用者・家族と話し合いアセスメントに基づき仮プランを作成しています。カンファレンスし、医師の意見と「課題及びケアの実際」によりモニタリングしています。見直しは通常1ヶ月後に行い、その後は定期的に見直し現状に即した計画を作成しています。 |                   |
| 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。                        | 「フォーカス記録法」を採用し、職員それぞれの視点を通し、観察内容の記録、ケアの変更時はその根拠を理解、共有、介護計画の見直しに生かしている。職員の悩みや思い、苦痛も自由に表現するように努めている。職員の赤裸々な思いの表現は介護の苦痛の克服やスキルアップには重要と位置づけ実践に繋げるよう努力している。                  |   |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。               | 利用者の希望は「個別性」が当たり前であるがそれに少しでも対応するために職員の個性、特技を生かすように努めている。介護側の個別スキルに注目：レク、おやつ作り、高齢者食調理の特性、介護用品の手作り、優れた介護技能等、チームで共有し輝きがある。家族が抱える様々な相談は個別に対応し、利用者のみならず家族の病気相談などもある。         |   |                   |
| 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。                         | 可能な限り、町内行事や学校行事、保育園行事にも参加し、ホーム内の行事（コンサート、バザー、りんご販売会等）には地域住民の参加が年々多く、茶道、音楽療法、絵画、習字、紙芝居等のボランティア参加も多く感謝している。コロナ禍にて協働の場数が減少していることは否めず大変残念に思う。                               |   |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<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。                     | ホーム提携訪問診療医（内科、精神科、歯科）を決めているが、内科は24時間対応である。入居時にかかりつけ医からのきめ細かい情報が訪問診療医に伝えられ、過不足なく医療が継続できている。利用者、家族希望でかかりつけ医の継続も可能である。個別のかかりつけ医は家族同行だが、必要時は職員が同行している。                      | 家族希望時には入居前のかかりつけ医に継続して受診できるように支援しています。ほとんどの利用者が協力医療機関の訪問診療医が月に1～2回、歯科医は必要の都度受診しています。医療情報は「訪問診療時利用者情報提供書」に記録して職員間で共有しています。 |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価  | 外部評価  |  |
|------|------|---|---|---|--|
|      |      |   | 実施状況  | 外部評価  | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中であ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。                      | 医療連携体制加算Ⅲを取得しており、医療連携看護師を常勤で配置し、職員からの24時間報告、相談体制を整えている。24時間ホーム内の看護師から医療機関に連絡し、必要時、医師、看護師の往診を受けている。又、ホーム内看護師判断で緊急搬送も実施している。  |   |  |
| 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、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。又は、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。  | 初診より、担当医と面談し、診断、経過等の説明を家族と共に受け、早期退院と退院後の受け入れを伝えている。入院時は「介護サマリー」で利用者の日常生活の実際を伝え、担当看護師と連携を密にし、入院による戸惑いの緩和に努力している。   |   |  |
| 33   | 15   | ○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。 | 入居時に、重度化・看取りの指針に基づき、説明し、同意を得ている。また、家族面接を反復し、「家族で送る看取り」になるよう支援を工夫している。他利用者様も居室に出入りされ、慰めたり励ましたり感謝をお伝えになられており、その場面から職員も多くを学んでいる。具体的な事例をCF等で振り返ったり、職員研修での事例検討につなげている。 | 入居時に重度化した場合における対応及び看取りケアのための指針を利用者・家族に説明しています。終末期には家族の意向を最大限に尊重する支援に取り組んでいます。職員は看取り介護を多数経験し、看取りケアの実際を学んでいます。  |  |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。   | 「緊急時の対応」は毎年、職員全員、必須研修として学んでいる。さらに新人等研修で前段階レベルは押さえている。利用者個々の「起こりやすい緊急時は・・・」をおさえ、日々のケアで防止すべく注意点や具体的な支援を共有し早期対応、悪化予防に努めている。これで十分ということは決してないことを肝に命じ、反復に努めている。         |   |  |
| 35   | 16   | ○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。   | 毎月11日を「防災訓練」の日として取り組んでいる。訓練時に利用者の反応から課題が明確になっている。町内会の防災訓練に参加したり、ホーム主催で消防を招いての防災訓練を開催する等、実践力の向上と地域との協力体制の構築に努めている。防災計画のもと、職員連絡や地域との協力体制、災害時備蓄品等を明確にし、最低必要分保管している。  | 防災・避難訓練は年2回、日中と夜間を想定した訓練を実施しています。避難誘導の際には、利用者が歩行可能、歩行介助または布団搬送などに区分して有事に備えています。非常災害用の食料・飲料水は3日以上備蓄し、リストもあります。 | 防災避難訓練には、近隣の方に利用者の見守り役をお願いするなど、運営推進会議などを通じて地域の協力を得られるように工夫し、一層充実した訓練が期待されます。 |

| 自己評価                            | 外部評価 | 項 目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|---------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                 |      |  | 実施状況   | 外部評価  | 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                              | 17   | ○一人ひとりの人格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。                 | 当ホームの介護理念に基づき、「人格の尊厳、プライバシー保護」等の実践の具体的方法として、コミュニケーションツールとしては「バリデーション」を学び実践し成果を上げている。社会人マナーの徹底とプライバシー保護にも留意している。敬語は基本であり、デイルームは公の場、居室は私的な場と位置づけ、配慮に努めている。 | 職員は人生の先輩である利用者の気持ちに寄り添い、敬意を持って日常接するように心掛けています。また、利用者はお客様という意識で対応し、敬語を使うことを基本としています。人として当然の感情を察知するバリデーションの基本を常に念頭に置き日頃の介護介助に当たっています。 |                   |
| 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。                      | 利用者が主役であり、個人の力を信じ、自己決定が出来ることを大切に「待つこと」の重要性を合意している。小さなサインを見逃さないよう、個別のかかわりを多く持ちながら、「自由にあるがまま」をもとに起床、更衣、食事、入浴、アクティビティ等、常に利用者の意志決定を促すような言葉の進め方に努力している。       |   |                   |
| 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。 | 利用者のその日、その時の心身の変化を捉え「生きている時間は本人のものである」と深く認識し、話を良く聴く、気持ちの変化を待つ等、ゆったり対応し、どうにもならない思いにも心から誠実に付き合う努力をしている。  |   |                   |
| 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。                                   | 常に清潔に心がけ、クローゼットの整理と共に、家族協力の下、日々の洋服選びやおしゃれが楽しめるよう配慮している。衣服や寝具の汚染時の速やかな交換や補充、ほころびのつくろい等気配りをしている。2か月毎の美容師の訪問は楽しみの一つである。                                     |   |                   |
| 40                              | 18   | ○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。      | 利用者の好みや希望、持っている力を生かし、食事の準備、盛り付けや食器洗い、食器拭き等、共に係わる場を大切にしている。メニューの希望や好みなど、会話を通して語り合い互いに豊かな繋がりを深めている。「味見」でご意見を伺うこともある。八百屋から届く新鮮な旬食材を見ていただきながら、食についての話題にしている。 | 職員が献立、食材の調達、調理を行い美味しい料理の提供に努めています。利用者は職員と一緒に野菜の刻み、皮むきなどの下ごしらえ、お茶入れを行っています。敬老の日や誕生会には赤飯や利用者の好きな食べ物とケーキを食べて祝っています。                    |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 外部評価   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                 | 飲食状況、排泄状況は日々、細かく観察し、どのような形で体に表れているか意見交換しながら学び続けている。変化が見られたら個別の観察記録に移行し、24時間の食事変化の把握や形態工夫に努めている。口渇も飲食希望も伝えられない精神状況の利用者の場合は介護側の専門知識と確実に実行するスキルが重要で必要時、医師と連携し対応している。 |  |                   |
| 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。                         | 自立度に応じて、毎食後の口腔ケアを支援している。口腔の状態に即し用具を工夫し、口腔内や義歯の状態に合わせ、速やかに歯科医に繋ぎ「高齢者は口から食べられることが何よりの喜び！」と即、駆け付ける歯科医の姿勢に感謝し、健康の元は口が基本と口腔ケアを大切にしている。                                 |  |                   |
| 43   | 19   | ○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向けた支援を行っている。          | 尿意の有無や排泄パターンの把握に努め、尿意あいまい時にはトイレ誘導を第一基本にしている。言葉での誘いではなく、非言語的手段を活用している。おむつ使用時には、利用者個々の排泄サインや誘導での排泄状況を鑑み、おむつ使用時には、おむつ製品の最新の進歩に合わせた考え方と褥瘡予防に重点を置いた学習に基づき、商品選択に努めている。  | 日常の介護記録はタブレットに記録し、その排泄記録により、排泄パターンの把握に努めています。利用者がそわそわ立ち上がったたり、顔を下に向けたりする様子からトイレへの非言語による誘導をしています。入居時に排泄拒否により放尿していた人が、根気よく行ったトイレ誘導により放尿行為が激減した人がいます。 |                   |
| 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。                          | 老いと共に変化する体の生理的な姿を学びながら、食事量、水分量、排泄状況等をミーティングで確認し、自然排便への方法として毎朝のヨーグルト、十分な水分補給、体の動きの増進、腹部マッサージ、体に合った緩下剤の使用等、排便困難に陥らないよう、さらには重篤なイレウス予防に留意して対応している。                    |  |                   |
| 45   | 20   | ○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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 基本的に週の入浴予定表は決めているが、日々の状況に応じて適宜変更し、希望、安全、方法等工夫している。入浴を好まない場合は無理をせず、誘導方法話し合い、背景に何があるのか、見出す努力を重ねながら、実践を試みて進めている。   | 入浴は週2回を基本とし、入浴の時間帯などは利用者の希望に沿っています。入浴を好まない利用者には無理強いすることなく、利用者が自然に入浴できるよう声掛けしたり、誘導したりしています。入浴中には気持ちがよくなり昔懐かしい歌謡曲を歌う利用者もいます。                         |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 外部評価  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。  | 室内環境を季節に応じて整え（温度、湿度、換気）、居室の整理整頓に心掛けている。寝衣、寝具の調節、安楽用の様々なグッズ（安楽枕各種、テレビ、音楽等）を揃える手助けと職員の穏やかな語りかけが最重要ポイントであることを共有し、実践に努力している。                                       |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりを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。   | 全ての服薬は介護側の管理ですすめ、飲み込むまでを確認している。向精神薬の場合は、適正な使用を目指し、チェックリストを作成、主治医と定期的に検討を重ね家族への説明をきめ細かに実施している。  |   |                   |
| 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。                              | 生活歴、家族の助言、日々の様子から好きなこと、得意なこと、やりたいことを察知して今日のアクティビティに繋げている。座席の配置は職員間で常に話し合い、利用者間の負担軽減に努めている。   |   |                   |
| 49   | 21   | ○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。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。 | 看取りケアまで当たり前に行っている場合、人員基準よりも多い配置の中でも、外出は最も困難である。超高齢、重度化する実態の中で外出支援の意味を考えながら、模索を続けている。ベランダに出て草花の手入れをされたり、玄関に出て花壇を愛でたりということが自由にできるよう支援している。ご家族との外出等のご希望に即して自由に実施。 | 年令、介護度等から定期的な外出は難しくなっていますが、駐車場で散歩したり、玄関前の草花のプランターの水やりをする人もいます。ベランダで外気浴もしています。車いす使用の人は家族と一緒に外出しています。 |                   |
| 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。                              | 原則的に金銭は所持していない。コロナまで例年開催のホームのバザーでは利用者それぞれにお小遣いを用意し、利用者の買い物時間を定め、自由に買い物を楽しむイベントにしている。   |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 外部評価  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。   | ご希望に即し、携帯電話を所持。ご本人の意向で自由にやり取りしている。自由に手紙を書かれる利用者にはエールを送りながら必要時お手伝いしている。字を読むことが困難な場合にはご家族からのお手紙を代読したり、手紙を書くことが困難である方の場合には塗り絵等を返送するなど支援している。                                |   |                   |
| 52   | 22   | ○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。 | 広い廊下を活用して、習字、絵画、手芸等の作品を掲示したり、皆で作った作品で季節感が出るよう工夫した内容になっている。出入り口やダイルールの生花は絶やさないう、花屋と契約している。聴覚の不自由な人に配慮して、常にマイクの活用に心掛け、楽しめるように働きかけている。円背の方も多く、クッションや背もたれに工夫している。行事写真の掲示は好評。 | 明るいきりびんぐは温・湿度や換気に配慮し、家庭的な暖かい雰囲気になるように環境を整えています。床暖房を設置し、手足の末端まで血が巡り体全体が温まるようにしています。壁面には職員と利用者が共同で作成したもみじや富士山、お月見の貼り絵やぬりえを飾っています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<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。   | 利用者のADLの変化を受け、テーブルの配置、座席を検討し、話し合いを重ねながら必要時変更している。テーブルがユニークな形であり、組み合わせを工夫することによって、利用者間の快、不快に配慮している。居心地の良さを大切に居室、ダイルームを往来している。   |   |                   |
| 54   | 23   | ○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。  | 利用者、家族が望む、入居時の物の持込みは自由としている。その後も何を補充するかもそれぞれの意向を大切に家族に協力を戴いている。テレビ、時計、書籍類、飾り物など、その人らしい雰囲気で「ここは私の部屋」を表現している。  | 居室はベット、防災カーテン、エアコンが備えられています。利用者は使い慣れた茶箆、机やイス、テレビなどの家具を置き、ぬいぐるみやクレヨンの絵や家族の写真などを飾り居心地よく過ごせる居室となっています。                             |                   |
| 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」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。  | 家族の希望を取り入れ、居室の名前表示、トイレ表示等、字のみでなく記号や絵で見やすくわかりやすい工夫を続けている。反面、行事の写真等は望まない家族へ配慮して廊下の展示等は行っていない（ひとり写真のみは家族にプレゼントしている）。  |   |                   |

|       |            |
|-------|------------|
| 事業所名  | グループホームいずみ |
| ユニット名 |            |

| V アウトカム項目   |                  |
|---|------------------|
| 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)     | ○ 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<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)             | ○ 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<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)                   | ○ 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<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)   | ○ 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<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)                  | 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<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。<br>(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       |
| 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) | ○ 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<br>職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。<br>(参考項目：9, 10, 19)   | ○ 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<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：9, 10, 19)                   | 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<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ます。<br>(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<br>職員は、生き活きと働いている。<br>(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<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。  | ○ 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<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。                                      | ○ 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     |

| 自己評価              | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|-------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                   |      |  | 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 |
| <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踏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。                      | 介護理念は平成21年、利用者、家族、職員と意見をまとめ、事業所の介護理念を作成、見直しを重ねている。また、バリデーションの「ケアの基本的態度」も介護理念における重要な位置づけとして研鑽している。更に、職員交代で毎月の介護目標を立案しており、介護理念と介護目標を毎朝唱和している。                      |      |                   |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。                      | 町内会に加入し、コロナ禍で一部見合わせているが、通常では、町内の福祉運営会議、防災訓練、カフェ、保育園との交流（行事参加、園児の訪問を受ける）、ホーム主催のバザー、餅つき、コンサート（年2回程度）、大学の実習や中学の職業体験の受入等を行い、さらに地域の皆様より新聞紙や布等を届けていただく等、交流が深まっている。     |      |                   |
| 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。                    | 事業者は神奈川県認知症介護指導者を拝命し、関係機関からの依頼や要望に対応。（県主催の研修、多方面の依頼、認知症サポーター養成講座等）。現在開催見合わせているが、平作カフェも継続し、「認知症」に焦点を当てた研修を実施。町内の方々の自由な来所ができており、他の活動に発展（町内会の旅行に参加、ボランティア等に参加）      |      |                   |
| 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か月毎の事業報告と業務検討等、幅広い委員（行政、町内、家族、包括、民生委員、大学関係者、地域有志等）の方々の知見が生かされている。身体拘束適正化、高齢者虐待防止、感染症対策の各委員会も同時開催。行事関連は多くの画像・動画を準備し、事業所への理解促進に努めるとともに、委員の意見を反映し、利用者／家族／職員に還元している |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取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。            | 市の職員や包括支援センター職員に運営推進会議に参加いただき、貴重なご意見を運営に反映すべく努めている。また、行政窓口にも出向くよう努めている。コロナ禍での衛生物品や抗原キット等の支援、物価高騰での経済支援では大変感謝している。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 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 |
| 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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。 | 身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、月1回委員会を開催。研修は年2回以上、自己点検も実施し他者評価も受けている、行政主催の研修は伝達研修を実施。また、日常ケアにおいて身体拘束禁止意識を共有。委員会では、身体拘束をしないケアの実践について具体的に意見交換に努めている。日中の玄関は開錠しており、自由な出入りの中でのケアを通して互いに学んでいる。 |      |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>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逃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。  | 年2回以上は、ホーム内外の必須研修として実施している。小さな変化にも目を向け、朝のミーティング時に職員間で共有・検討続け、月1回の定例カンファレンスで振り返り、ことの重要性の認識を互いに深め、予防に努めている。職員の疲労やストレスについてもこまめに声をかけるなど表出しやすい環境を心がけている。                            |      |                   |
| 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。   | 利用者の超高齢化とホーム利用年数の延長、重度化により、事業開始20年以上で、利用者の背景は様変わりしている。成年後見制度利用者も複数あり、他事業所での事例も踏まえて学んでいる。利用者の希望を中心に、日中は臥床、デイルーム時間を適正に見守りながら「持っている力を最大限に生かす」支援に努力している。                           |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、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。  | 入居前の見学時から始まり、契約時や変更時（法令によるもの、ホーム側によるもの）は利用者、家族に口頭、書面（家族便り等）等で説明に努力している。利用者の変化によっては面談重視で親族まとめて実施する等、誤解、意見の相違が生じないように努めている。  |      |                   |
| 10   | 7    | ○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。   | 家族との個別面談実施、苦情窓口の案内表示、ご意見箱等にて意見聴取・意見交換に努めている。定期的なケアプランの説明時も大切な意見交換の場と位置づけている。面会時は様々な心身両面の変化について家族と語り合うよう努力し、コロナ禍で来所困難時は、便り、電話、メール等を活用し、意見聴取に努めている。                              |      |                   |



| 自己評価                        | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|-----------------------------|------|---|---|------|-------------------|
|                             |      |   | 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 |
| 11                          | 8    | ○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。                                      | 年間の事業計画、実績は職員に報告し、意見を計っている。毎月定例の管理者会議や職員カンファレンスでも経営に関する意見交換を行い、処遇改善費の配分等も職員の意向を踏まえて決定している。職員の声から大型洗濯乾燥機や電子カルテを導入するなど、必要物品の大小に関わらず意見を反映できるよう努めている。行事の企画運営は素晴らしい。       |      |                   |
| 12                          | 9    | ○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。      | 有給休暇は概ね100%取得、資格取得支援の強化。介護職員全てに公平に給与アップするとともに、キャリアパス、介護技術チェックリストの活用、日々の勤務実績を客観的に判断して手当配分に反映。それぞれの持ち味を大切に、やりがいをもって働ける環境や条件を整備している。                                     |      |                   |
| 13                          | 10   | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。          | 資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらに毎年職員の施設内研修の充実を図り、外部講師も適宜導入、職員が講師を担う等キャリアに即し能力の向上に努めている。介護実践能力を向上のため、日々のMTやCFで活発に意見交換できる体制を整え、実際のケア場面を共有し振り返る機会を作っている。 |      |                   |
| 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組みをしている。 | 上記13以外に、市のGH協議会の研修、GH間の実践交流研修、エリア毎のブロック交流等互いに交流を深め学び合っている。必要に応じて経営者の意見交換会も有志間で実施している。コロナ禍ではリモートでの交流に努めているが、交流機会の減少は否めない   |      |                   |
| <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。        | 見学・入居申込の段階からよくお話を伺い、入居時には、ケア等との情報共有に加え、可能な限り事前訪問で生活状況の把握に努め、本人、家族と心を繋ぎ、入居後の急激な生活変化の緩和に配慮している。「自由に、ありのままに」をモットーに不安、要望により添い、概ね1か月後、家族面談し、入居後の変化、対応をケアプランに反映している。        |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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。     | 見学・入居申込時など利用開始前～開始後も家族の思い、不安や、葛藤、抱える課題等に深く傾聴し、受け止める努力をしている。家族、介護側双方より必要性に応じて面談を重ねるが、常に利用者中心目線で「あたたかい家族間の絆の深まり」を大切にしている。  |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | 相談時、利用者、家族の意向を良く聴き、今何が課題か、何を求めているか等の見極めに努め、話し合っている。命のかたちを語り合う中で、経済的負担等も踏まえ、利用者、家族の状況に耳を傾けている。  |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | 老いを受け入れて生きる姿に敬意を表し、人生の大先輩の毅然として生きる姿勢、介護側に向けられる利用者の笑顔、姿、励ましの言葉に支えられ、日々業務に励んでいる。利用者間の様々な日常関係も「当たり前」の社会の姿」と捉え接している。   |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<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。     | 家族会や家族面談、毎月の行事通信等を通して、利用者中心ケアの相互理解に努めている。コロナ前は、誕生日は家族の日程に合わせ、居室で実施。身の回り品や季節の衣類等ご家族に依頼し共に支えていく関係作りに努めている。ターミナル期は「家族で送る大切な時間」を共有し、悔いの無い日々を支援し、介護側も深く学ばせていただいている。 |      |                   |
| 20   | 11   | ○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。                 | ご家族等より人間関係や大切にしていることなどを伺いながら、ご希望に即し個人電話設置等、コロナ禍で大切にしてきたTEL、手紙等でのやり取りを大切に、関係継続に努めている。利用者、家族の希望、了解のもと、友人、知人の自由な面会を受け入れている。かかりつけ医への家族同行受診等も実施している。                |      |                   |

| 自己評価                              | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|-----------------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                                   |      |  | 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 |
| 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。                | パーソナリティを大切に、利用者同士のコミュニケーションを見守り、必要以上の介入は控え、利用者間の不調和は当たり前前と受け止めている。利用者の希望、保持している力、その日の気持ちに合わせ、家事作業（台所、調理、盛り付け、洗濯物、清掃等）や壁ポスター作成、行事飾り付け等、共同作業に励み、達成感を共有している。 |      |                   |
| 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。 | 「最期までいずみで」という希望を受け入れており、看取りケアを当たり前として実施してきたが、看取り後、家族から、ボランティアを申し出戴き、毎週の買い物、紙芝居、運営推進委員や、様々な行事参加等、計り知れないご縁の恩恵を戴いている。  |      |                   |
| <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                                | 12   | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                        | 利用者個々の興味、得意なこと、関心事の把握に努め、日々の感情にも目を向けてアクティビティを取り入れている。決して無理強いせず、その日の思いを重視し、寄り添いながら進めている。言語化が難しい希望や思いについて、非言語的情報からどう捉えられるかについて、具体的な場面を通して討議し、検討を進めている。      |      |                   |
| 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。                    | 入居時のアセスメントシートを基に家族の提言、医療情報、他施設情報の把握に努め面談している。馴染みの小物、家具の持込み、生活習慣の継続等、入居による環境の変化を最小限に出来るよう家族と連携し、協力を得ている。   |      |                   |
| 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。                                  | 利用者の言動に表現されている思いや苦痛の把握に努め、「今何を望み、今何をしたいのか」を察知し、傾聴しながら意味を探るよう努力している。朝のミニカンファレンスや定例カンファレンスで意見交換、共有しケアに生かすよう日々研鑽と捉え対応している。                                   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 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 |
| 26   | 13   | ○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。 | 利用者や家族状況、希望を中心におき、職員の日々の観察、医療情報等をADL表に生かし、朝のミニCF、定例CF、臨時CF等で「本人の思いや状況」に即したケアを職員間で討議し、ケアプラン作成、モニタリングに反映している。作成したケアプランへの意見交換も適宜MTやCFにて実施。入居時の初期計画と1か月後の面談、3か月の再評価を基本としている |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。                        | 「フォーカス記録法」を採用し、職員それぞれの視点を通し、観察内容の記録、ケアの変更時はその根拠を理解、共有、介護計画の見直しに生かしている。職員の悩みや思い、苦痛も自由に表現するように努めている。職員の赤裸々な思いの表現は介護の苦痛の克服やスキルアップには重要と位置づけ実践に繋げるよう努力している。                  |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。               | 利用者の希望は「個別性」が当たり前であるがそれに少しでも対応するために職員の個性、特技を生かすように努めている。介護側の個別スキルに注目：レク、おやつ作り、高齢者食調理の特性、介護用品の手作り、優れた介護技能等、チームで共有し輝きがある。家族が抱える様々な相談は個別に対応し、利用者のみならず家族の病気相談などもある。         |      |                   |
| 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。                         | 可能な限り、町内行事や学校行事、保育園行事にも参加し、ホーム内の行事（コンサート、バザー、りんご販売会等）には地域住民の参加が年々多く、茶道、音楽療法、絵画、習字、紙芝居等のボランティア参加も多く感謝している。コロナ禍にて協働の場が減少していることは否めず大変残念に思う。                                |      |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<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。                    | ホーム提携訪問診療医（内科、精神科、歯科）を決めているが、内科は24時間対応である。入居時にかかりつけ医からのきめ細かい情報が訪問診療医に伝えられ、過不足なく医療が継続できている。利用者、家族希望でかかりつけ医の継続も可能である。個別のかかりつけ医は家族同行だが、必要時は職員が同行している。                      |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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。                     | 医療連携体制加算Ⅲを取得しており、医療連携看護師を常勤で配置し、職員からの24時間報告、相談体制を整えている。24時間ホーム内の看護師から医療機関に連絡し、必要時、医師、看護師の往診を受けている。又、ホーム内看護師判断で緊急搬送も実施している。  |      |                   |
| 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、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。又は、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。 | 初診より、担当医と面談し、診断、経過等の説明を家族と共に受け、早期退院と退院後の受け入れを伝えている。入院時は「介護サマリー」で利用者の日常生活の実際を伝え、担当看護師と連携を密にし、入院による戸惑いの緩和に努力している。   |      |                   |
| 33   | 15   | ○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、事業所です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・看取りの指針に基づき、説明し、同意を得ている。また、家族面接を反復し、「家族で送る看取り」になるよう支援を工夫している。他利用者様も居室に出入りされ、慰めたり励ましたり感謝をお伝えになられており、その場面から職員も多くを学んでいる。具体的な事例をCF等で振り返ったり、職員研修での事例検討につなげている。 |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。  | 「緊急時の対応」は毎年、職員全員、必須研修として学んでいる。さらに新人等研修で前段階レベルは押さえている。利用者個々の「起こりやすい緊急時は・・・」をおさえ、日々のケアで防止すべく注意点や具体的な支援を共有し早期対応、悪化予防に努めている。これで十分ということは決してないことを肝に命じ、反復に努めている。         |      |                   |
| 35   | 16   | ○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。  | 毎月11日を「防災訓練」の日として取り組んでいる。訓練時に利用者の反応から課題が明確になっている。町内会の防災訓練に参加したり、ホーム主催で消防を招いての防災訓練を開催する等、実践力の向上と地域との協力体制の構築に努めている。防災計画のもと、職員連絡や地域との協力体制、災害時備蓄品等を明確にし、最低必要分保管している。  |      |                   |

| 自己評価                            | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|---------------------------------|------|---|--|------|-------------------|
|                                 |      |   | 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 |
| <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                              | 17   | ○一人ひとりの人格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。                | 当ホームの介護理念に基づき、「人格の尊厳、プライバシー保護」等の実践の具体的方法として、コミュニケーションツールとしては「バリデーション」を学び実践し成果を上げている。社会人マナーの徹底とプライバシー保護にも留意している。敬語は基本であり、ダイアログは公の場、居室は私的な場と位置づけ、配慮に努めている。 |      |                   |
| 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。                     | 利用者が主役であり、個人力を信じ、自己決定が出来ることを大切に「待つこと」の重要性を合意している。小さなサインを見逃さないよう、個別のかかわりを多く持ちながら、「自由にあるがまま」をもとに起床、更衣、食事、入浴、アクティビティ等、常に利用者の意志決定を促すような言葉の進め方に努力している。        |      |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。 | 利用者のその日、その時の心身の変化を捉え「生きている時間は本人のものである」と深く認識し、話を良く聴く、気持ちの変化を待つ等、ゆったり対応し、どうにもならない思いにも心から誠実に付き合う努力をしている。  |      |                   |
| 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。                                  | 常に清潔に心がけ、クローゼットの整理と共に、家族協力の下、日々の洋服選びやおしゃれが楽しめるよう配慮している。衣服や寝具の汚染時の速やかな交換や補充、ほころびのつくろい等気配りをしている。2か月毎の美容師の訪問は楽しみの一つである。                                     |      |                   |
| 40                              | 18   | ○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。     | 利用者の好みや希望、持っている力を生かし、食事の準備、盛り付けや食器洗い、食器拭き等、共に係わる場を大切にしている。メニューの希望や好みなど、会話を通して語り合い互いに豊かな繋がりを深めている。「味見」でご意見を伺うこともある。八百屋から届く新鮮な旬食材を見ていただきながら、食についての話題にしている。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 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 |
| 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。                 | 飲食状況、排泄状況は日々、細かく観察し、どのような形で体に表れているか意見交換しながら学び続けている。変化が見られたら個別の観察記録に移行し、24時間の食事変化の把握や形態工夫に努めている。口渇も飲食希望も伝えられない精神状況の利用者の場合は介護側の専門知識と確実に実行するスキルが重要で必要時、医師と連携し対応している。 |      |                   |
| 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。                         | 自立度に応じて、毎食後の口腔ケアを支援している。口腔の状態に即し用具を工夫し、口腔内や義歯の状態に合わせて、速やかに歯科医に繋ぎ「高齢者は口から食べられることが何よりの喜び！」と即、駆け付ける歯科医の姿勢に感謝し、健康の元は口が基本と口腔ケアを大切にしている。                                |      |                   |
| 43   | 19   | ○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向けた支援を行っている。          | 尿意の有無や排泄パターンの把握に努め、尿意あまい時にはトイレ誘導を第一基本にしている。言葉での誘いではなく、非言語的手段を活用している。おむつ使用時には、利用者個々の排泄サインや誘導での排泄状況を鑑み、おむつ使用時には、おむつ製品の最新の進歩に合わせた考え方や褥瘡予防に重点を置いた学習に基づき、商品選択に努めている。   |      |                   |
| 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。                          | 老いと共に変化する体の生理的な姿を学びながら、食事量、水分量、排泄状況等をミーティングで確認し、自然排便への方法として毎朝のヨーグルト、十分な水分補給、体の動きの増進、腹部マッサージ、体に合った緩下剤の使用等、排便困難に陥らないよう、さらには重篤なイレウス予防に留意して対応している。                    |      |                   |
| 45   | 20   | ○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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 基本的に週の入浴予定表は決めているが、日々の状況に応じて適宜変更し、希望、安全、方法等工夫している。入浴を好まない場合は無理をせず、誘導方法を話し合い、背景に何があるのか、見い出す努力を重ねながら、実践を試みて進めている。   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 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 |
| 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。  | 室内環境を季節に応じて整え（温度、湿度、換気）、居室の整理整頓に心掛けている。寝衣、寝具の調節、安楽用の様々なグッズ（安楽枕各種、テレビ、音楽等）を揃える手助けと職員の穏やかな語りかけが最重要ポイントであることを共有し、実践に努力している。                                       |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとり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。  | 全ての服薬は介護側の管理ですすめ、飲み込むまでを確認している。向精神薬の場合は、適正な使用を目指し、チェックリストを作成、主治医と定期的に検討を重ね家族への説明をきめ細かに実施している。  |      |                   |
| 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。                              | 生活歴、家族の助言、日々の様子から好きなこと、得意なこと、やりたいことを察知して今日のアクティビティに繋げている。座席の配置は職員間で常に話し合い、利用者間の負担軽減に努めている。   |      |                   |
| 49   | 21   | ○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。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。 | 看取りケアまで当たり前に行っている場合、人員基準よりも多い配置の中でも、外出は最も困難である。超高齢、重度化する実態の中で外出支援の意味を考えながら、模索を続けている。ベランダに出て草花の手入れをされたり、玄関に出て花壇を愛でたりということが自由にできるよう支援している。ご家族との外出等のご希望に即して自由に実施。 |      |                   |
| 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。                              | 原則的に金銭は所持していない。コロナまで例年開催のホームのバザーでは利用者それぞれにお小遣いを用意し、利用者の買い物時間を定め、自由に買い物を楽しむイベントにしている。   |      |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 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 |
| 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。   | ご希望に即し、携帯電話を所持。ご本人の意向で自由にやり取りしている。自由に手紙を書かれる利用者にはエールを送りながら必要時お手伝いしている。字を読むことが困難な場合にはご家族からのお手紙を代読したり、手紙を書くことが困難である方の場合には塗り絵等を返送するなど支援している。                                 |      |                   |
| 52   | 22   | ○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。 | 広い廊下を活用して、習字、絵画、手芸等の作品を掲示したり、皆で作った作品で季節感が出るよう工夫した内容になっている。出入り口やダイルールの生花は絶やさないう、花屋と契約している。聴覚の不自由な人に配慮して、常にマイクの活用に関心掛け、楽しめるように働きかけている。円背の方も多く、クッションや背もたれに工夫している。行事写真の掲示は好評。 |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<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。   | 利用者のADLの変化を受け、テーブルの配置、座席を検討し、話し合いを重ねながら必要時変更している。テーブルがユニークな形であり、組み合わせを工夫することによって、利用者間の快、不快に配慮している。居心地の良さを大切に居室、ダイルームを往来している。  |      |                   |
| 54   | 23   | ○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。  | 利用者、家族が望む、入居時の物の持込みは自由としている。その後も何を補充するかもそれぞれの意向を大切に家族に協力を戴いている。テレビ、時計、書籍類、飾り物など、その人らしい雰囲気や「ここは私の部屋」を表現している。   |      |                   |
| 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」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。  | 家族の希望を取り入れ、居室の名前表示、トイレ表示等、字のみでなく記号や絵で見やすくわかりやすいよう工夫を続けている。反面、行事の写真等は望まない家族へ配慮して廊下の展示等は行っていない（ひとり写真のみは家族にプレゼントしている）。   |      |                   |

2023年度

事業所名 グループホームいずみ

作成日： 令和6年1月12日

| 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    | 35   | 防災・避難訓練は年2回実施している。コロナ禍以前は、施設の訓練に町内皆様や運営推進委員をお招きしたり、町内会の訓練に参加できたこともあったが、現在は施設職員のみでの開催となっている。（消防職員は参加） | 災害時に地域の協力が得られるよう、共同での訓練、運営推進会議での働きかけを行う。 | ・防災避難訓練時、地域の皆様、運営推進委員皆様に参加いただく。<br>・訓練状況、地域にご協力いただきたい事柄について運営推進会議にて議論する | 6ヶ月        |
| 2    |      |  |  |   | ヶ月         |
| 3    |      |  |  |   | ヶ月         |
| 4    |      |  |  |   | ヶ月         |
| 5    |      |  |  |   | ヶ月         |