

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 | 3992000012 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 緑風会 | | |
| 事業所名 | グループホーム 慎太郎 | | |
| 所在地 | 高知県安芸郡東洋町大字河内字王子田353-1番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成29年10月12日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成30年2月16日 |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

事業所では、地域密着型施設としての特徴を活かして、少人数で生活することにより家庭的な雰囲気と安らぎを提供するとともに、認知症予防の取り組みとして家事活動の支援(調理、掃除、洗濯、菜園など)やレクリエーション支援(学習療法、音楽療法、個別・グループワーク、保育園児との交流など)、地域行事への参加、余暇の充実に努めている。ハード面では、オール電化によるシステムキッチン、個別の浴槽、自動センサーのトイレ、洗面台、各個室冷暖房を完備し、クールピッチ対応などの充実を図っている。敷地内各所にベンチを設置し、外気浴を楽しんだり散歩の際の休憩所としている。口腔ケアの取り組みとして口腔内の清潔保持、義歯や歯茎の状態把握、必要に応じての歯科受診や訪問歯科の依頼を行うとともに、食前体操、口腔ケア時のマッサージ等、口腔機能の維持と向上に努めている。

専門スタッフによる個別ケアを取り入れ、自己選択、自己決定ができる環境を提供して、可能な限りの自立支援を目指している。

※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 | http://www.kajigokensaaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action=kouhyou_detail_2017_02_kihontrue&ji_gyosyoCd=3992000012-00&PrefCd=39&VersionCd=022 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|--|
| 評価機関名 | 高知県社会福祉協議会 |
| 所在地 | 〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ |
| 訪問調査日 | 平成29年11月24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)】

「ぬくもり介護」を基本に家庭的な雰囲気とやすらぎを提供し、自己選択、自己決定ができる環境をつくり、好きなことができるという理念のもとに、利用者の自立支援を目指した事業所で、地域とのつながりを大切に、地域に密着している。敬老会には毎年東洋町内の各地区の高齢者を順番に招待して一緒に祝宴をしたり、防災訓練でも地域住民の協力が得られている。隣接しているデイサービス事業所と共同で、4月から「よりあいサロン」を月1回開催し、子供からお年寄りまで参加を呼びかけ、歌やゲームを楽しんでいる。

目の前には森と川が広がり、野鳥の餌付けも利用者の楽しみの一つとなっている。前回課題となっていた「重度化した場合や終末期に向けた支援」についても、医療機関との連携を果たし、職員も研修を重ねて知識や技術を習得し、体制が整えられた。

職員と管理者との関係、職員同士のチームワークも良好で、「地域に受け入れられ、安心した暮らしができるように」という思いで、日々のケアに常に前向きに取り組んでいる。

自己評価および外部評価結果

ユニット名:1

| 自己評価 | 外部評価 | 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 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 | 朝礼や職員会議などで事業所基本理念を唱和し、理念を意識しながらサービスの提供ができるよう努めている。入所時のアセスメント・プランから始まり、一連の支援の流れが理念に沿ったものになるよう努めている。 | 理念を玄関など目のつくところに掲示し、朝礼や職員会で唱和している。「ぬくもり介護」を基本に、家庭的な雰囲気と安らぎが提供できるように努めている。理念に沿って、自立支援を目指した日々の生活、ケアが提供されている。 | |
| 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 | 地域行事や催し物に可能な限り出かけ、また、地域のボランティア活動にも利用者が職員とともに参加している。近隣宅の菊の鑑賞や近隣住民の事業所行事への飛び入り参加、保育園児がふらりと立ち寄るなど、日常的に交流している。 | 駅前の花の植え替えに5、6名の利用者が参加したり、近隣からの野菜や、果物などの差し入れがある。歌や踊りのボランティア訪問、近隣住民や保育園児が立ち寄ってくれたり、日常的に地域との交流ができています。 | |
| 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 | 地域認知症家族の会の開催場所を提供して職員が参加するなど、地域住民と認知症を学び、支援方法等の共有ができています。また、寄り合いサロンを開催し、地域の集いの場の提供を行っている。 | / | / |
| 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践、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 | 事業所でのサービス、行事、取組み等の実施報告に合わせて、その時期にあった熱中症などの研修を盛り込みながら、意見交換を行うことにより、意見や情報を活かして、サービスの向上につとめている。 | 会議には、海部町、東洋町両福祉課、地域包括支援センター、町社会福祉協議会、民生委員、家族代表、利用者など、幅広い参加があり、事業所取組み等が報告されている。会議録も詳細に記録され、閲覧は可能だが、欠席家族への送付まではされていない。 | 詳細な会議録までの必要はないので、協議内容の要旨をとりまとめて家族に送付することで、家族の運営推進会議と事業所運営への意識を高め、より多くの意見が出てサービスに活かされることを期待する。 |
| 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 | 運営やケアの現状報告をしながら、協力関係を築いている。地域包括支援センター開催の連携会議や研修会にも参加し、意見交換を行っている。また、東洋町の認知症相談窓口として、市町村担当者への情報の提供と共有化を図っている。 | 町担当者には、運営に関することや、ケアの実情などの報告、相談を行っている。地域の情報をもらう一方、地域包括支援センター主催の研修に参加したり、運営推進会議に参加してもらったりと、日頃から連絡を密にして、協力関係を築いている。 | |
| 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 | 利用者の安全面に配慮し、玄関にセンサーを設置しているが、センサーに依存することなく職員の配置体制を整え、施錠しない環境を作って自由にベランダや中庭へ出ることができるよう取り組んでいる。また、事業所の指針・マニュアルに基づき全職員が身体拘束のないサービスの提供に取り組んでいる。 | 研修に参加したり、伝達研修、事業内研修を重ね、職員全員で理解できるよう取り組んでいる。日中は鍵をかけず自由に入出りできるようにし、状態の把握、居場所の確認、職員同士の声掛け、見守り等で対応している。言葉の拘束があった場合には、その場で注意し合うようにしている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 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 | 事業所内研修や事業所外研修を通して職員の認識を高め、日々のサービス提供に関しては、声かけや表情、動作に着目し、指導を行うようにしている。また、利用者の心情を観察、理解しながら、虐待防止に努めている。 | | |
| 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 | 管理者や職員は、権利擁護に関する研修を受講しており、現在は、成年後見人制度を利用している利用者はいないが、関係者と話し合いながら、必要な利用者には活用できるよう支援している。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約時には理解と納得を得るよう説明しているが、特に利用料については、理解できているか確認しながら説明している。また、サービス提供時の個々のリスクを明確にし、緊急時の対応も話し合い、質問事項にはその都度対応して、理解と納得を得ている。 | | |
| 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 | 各ユニット入口に意見箱を設置し、苦情申し出窓口を設けている。運営推進会議、第三者委員から意見、要望を聞いたり、家族への報告、相談を密にすることで意見を聞き、運営に反映している。また、地域住民からアドバイスをもらうこともある。 | 家族会や運営推進会議で意見を聞くようにしているほか、意見箱を設置し、出た意見には迅速に対応できるようにしている。利用者から喫茶店に行きたいと希望あれば計画し、食べたい物があれば調理の日の献立に入れて、要望に応えている。 | |
| 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 | 毎朝の朝礼や月1回の職員会議や給与支給時のほか、その都度意見や提案を聞き、内容に応じては職員全員で検討会を行って、事業所運営、サービスの向上につなげている。 | 朝礼や職員会で行事やケアについて出された意見を取り上げ、利用者についての気づきなど話し合い、検討のうえ日々のケアに反映している。職員の勤務についても、休みの希望や交代等に応じて、無理のいかない勤務調整をしている。 | |
| 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 | 職員個々の能力に応じた職務分掌の作成と、個々の条件に考慮した勤務形態をとっている。管理者が職員個々を把握することで、向上心を持って働けるよう正規、非正規職員に関わらず話し合い、支え合う職場環境づくりに努めている。ストレスチェックも行い、メンタルケアに関する環境の整備も行っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 事業所外研修においては伝達研修を実施して、全職員への周知を図っている。職員は、研修で得た知識や事例体験を必ず事業所サービスに活かすように努め、資質向上を図っており、キャリアアップのできる環境となっている。 | | |
| 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 | 県、市町村、母体法人の研修に参加することで他事業所の職員と交流を持ち、情報交換することで、サービスの質の向上と運営に関する取り組みに活かしている。また、職員個々の知識向上にもつながっている。 | | |
| 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 | 事業所を見学してもらい、本人との面談を通して意向などを確認するとともに、自宅訪問の実施で家庭環境や個々の生活習慣を理解することに努め、事業所生活を送る中でのサービス提供に活かすようにしている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 家族と面談を繰り返し行い、要望等を聞きながら在宅での生活状況を把握し、家族介護の軽減やより良い支援の方法などを一緒に検討して、理解と納得を得たうえで、サービスの提供ができるように努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 本人、家族の要望を理解し、医療（健康）面の不安を緩和する対応を含め、リスクに関する事項について十分に話し合う中で、本人、家族のニーズに応じたサービスの提供ができるように努めている。事業所利用開始時は暫定プランを作成し、家族及び本人の了承のもとにサービスを開始している。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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 | 利用者の好きなことやできることを把握し、継続できるよう支援するほか、調理などで利用者から学ぶことも多く、家事活動や菜園作りなどの役割分担を持って、利用者と職員がともに施設生活を支え合う環境作りに努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|---|--|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 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 | 日頃から家族に利用者の状態を詳細に報告し、家族の協力を得ながら、ともに利用者を支えていく関係を築いている。また、県外在住の家族とは、電話連絡や行事等の写真を送付するなど情報提供することに努めており、緊急時の対応も決めている。 | | |
| 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 | 馴染みの商店や美容室、医療機関の利用継続など、これまでの関係が途絶えないよう支援を行っている。また、知人の面会や来訪の依頼、電話や郵便での支援も行っている。本人より希望があれば外出支援できるよう、日常的な外出の取り組みも行っている。 | 馴染みの美容院や商店に通うことが、家族の協力も得ながら継続できている。地域の行事に参加することで、馴染みの場所や知人に会う機会が作られたり、友人との面会や、自宅周辺へのドライブなどで馴染みの関係が続けられるよう支援している。 | |
| 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 | 利用者同士、ともに支え合い、励まし合いながらよい関係が保たれてはいるが、トラブルが起きることもあり、利用者間の関係が壊れないように職員が仲立ちしている。場合によっては、家族にも手助けを依頼している。 | | |
| 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 | 長期入院後に退所する利用者には、体調に応じた他施設への紹介や相談に応じており、家族の不安や介護軽減に努めている。また、母体法人他施設からの支援も得ることができ、本人の状態に合った施設紹介ができる体制を整えている。 | | |
| 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 | 事業所生活を送る中で、行動や発言の内容から本人の気持ちを汲み取り、希望や意向に沿えるように支援している。意向の実現が困難な場合には、利用者、家族、職員が話し合い、本人にとって一番良い方法を選択しながら、ケアにつなげている。 | 入所前の生活歴などの、家族や関係者からの情報をもとに、日常生活の中での利用者の言動から感じたことなどを総合的に判断し、個々の状態に応じて、一人ひとりの思いや、希望、意向が把握できるよう努めている。 | |
| 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 | 在宅生活中の情報を、本人、家族、担当ケアマネージャーから聞き、総合的に把握している。また、入所準備の際にも、新しいものではなく自宅での使用物品の持ち込みを依頼し、生活環境の変化を軽減するように努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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 | 日々の生活を一緒に送る中で、利用者個々の生活リズムや残存機能、趣味、特技などを把握し、個々の能力を活かして、安全な生活と安定した精神面に配慮した日常生活が送れるよう、努めている。 | | |
| 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 | 本人、家族の要望を聞きながら、残存機能、趣味、特技を活かし、伸ばすことで、ストレスを感じさせない支援を検討して、介護計画を作成している。医療面に関しては、主治医、専門医と相談しながら、病状の緩和と安定に配慮した介護計画としている。 | 利用者、家族の意見や要望を聞き、アセスメントなどを職員間で話し合い、モニタリング、カンファレンスを行って介護計画を作成している。職員間で共有し、6ヶ月毎に評価、見直しを行い、変化が生じた場合には、その都度カンファレンスと見直しを行っている。 | |
| 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 | 日々の個別活動記録の特記内容や、日誌の生活相談事項、ヒヤリハットや事故報告書からサービス内容を検討し、家族の意向も聞きながら対応策を決めて、介護計画の見直しに活かしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 入所希望や相談に応じながら、入所前に併設のデイサービス事業所の利用や、利用者のニーズに適した母体法人内の関連施設（老人保健施設、特別養護老人ホーム）を紹介し、本人、家族が選択できる取り組みを行っている。 | | |
| 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 | 婦人会、老人会、民生委員、ボランティア、保育園児等の事業所訪問や消防署員を招いての防災訓練ほか、地域行事や文化館での催し物の見学などを実施し、利用者の豊かな暮らしの一助となるよう支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 入所契約時に主治医について確認し、本人、家族の希望を尊重する一方で、必要に応じて事業所協力医院への受診も可能としている。 | 入所時に本人、家族にかかりつけ医の希望を確認しているが、現在は全員が協力医をかかりつけ医として、月2回の往診を受けている。専門医（精神科、泌尿器科）の受診付き添いは、家族、職員間で柔軟に対応し、受診結果は、記録して共有している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 31 | | ○看護職との協働 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 | 月2回の往診やその都度の受診などで利用者の状態の把握もしており、夜間や緊急時の利用者支援への取り組みが可能である。看護職員の配置ができていないため、看取りまではできないが、医師、家族と相談して、看取りのできる施設の紹介を行っている。 | | |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている | 入院時に事業所での状態と服薬、既往歴などを詳細に報告できるように、緊急時の個別ファイルを準備している。入院中も主治医、看護師、家族から状況を聞きながら、退院後の受け入れ準備をしたり、退院後の治療内容、事業所対応と注意事項の指示等を確認している。 | | |
| 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 | 入所契約時に本人、家族の意向を聞いているが、現時点では病院での治療希望となっている。看取りケアの指針やマニュアルを作成しており、看護師の配置確保後には、希望に沿って協力医と連携を図り、支援していく準備を行っている。 | 入所時に終末期の意向を聞き、重度化した場合は再度家族と話し合って意向を確認している。今年度は一事例の看取り希望があり、家族の協力を得て終末ケアを行っていたが、幸い回復し、看取りには至らなかった。この間職員は研修を続け、学ぶことの多い体験となった。 | |
| 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 | 研修(座学・実習)で知識の向上に努めるとともに、職員自らが学習できるように学習書やビデオも用意している。応急手当に必要な物品も準備している。 | | |
| 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 | 消防署員、地域ボランティア、利用者、職員が参加し、年2回事業所の防災訓練を実施するとともに、毎月職員による地震津波避難訓練も行っている。これまで4回実際の避難を経験しており、役場関係、地域住民、母体法人関係者の協力を得ている。母体法人の避難援助の協力体制がある。 | 年2回消防署立会いのもと、地域住民の協力で防災訓練を実施している。毎月、地震、津波に備えた自主訓練も行われている。水害について母体法人他施設の避難援助の協力体制や、役場、地域住民の協力も得られ、実際の避難経験もある。 | |
| 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 | 個人を尊重し、排泄や入浴時等のプライバシー保護や、ケア場面での言葉かけ等について職員で注意し合っている。また、プライバシーに関わる物品の管理に細心の配慮を行っているほか、個人情報関係の書類の取り扱いにも留意している。 | 排泄の失敗時や誘導、声掛けは、さりげなく小声で行い、排泄時はトイレ外で待つなど、利用者の羞恥心を傷つけないように気を付けている。個人情報に関わる書類の取扱いや、問い合わせにも、プライバシーの保護に配慮して対応している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 利用者の意向や要望を引き出せるような声かけに努め、自己選択、自己決定ができるように支援している。支障があれば本人、家族と相談しながら、可能な限り本人の意思を尊重している。 | | |
| 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、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 | 日々の暮らしの中で、大まかな1日の流れはあるが、利用者個々のリズムやペースを大切に、本人の意向を優先しながら、支援している。行事への参加も、本人の意向を尊重している。 | | |
| 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 | 月1回の訪問理美容室を利用し、買い物の際には、利用者自ら洋服や化粧品等を選んで購入している。身だしなみについては職員の意識も高く、毎朝の整容支援は徹底している。 | | |
| 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 | 一緒に育てた家庭菜園の野菜を利用者、職員自らが収穫したり、手作りの干し物(つるし柿・切り干し大根等)、自家製のぬか漬け等も提供している。食材を育てることから調理の下ごしらえ、配膳、後片づけまで、利用者ができる範囲で行っている。 | 調理は併設のデイサービス事業所が行うが、土、日は事業所で調理をしており、利用者の希望するものや、利用者と一緒に育てた野菜や差し入れのものを一緒に作ったり、テーブル拭きや食後の片づけなど、それぞれができることをしている。 | |
| 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 | 毎食後食事摂取量をチェックし、記録している。水分摂取量は、個人の状態にもよるが、1,800ccを目安として、飲料水も嗜好を配慮し、こまめな水分補給に心がけている。 | | |
| 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、個々の状態に合わせて口腔ケアの支援を行っている。唾液の分泌を促す口腔体操や、口腔マッサージに取り組んでいる。訪問歯科診療等も依頼し、随時残菌の治療や、義歯の修理等を受けている。 | | |
| 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むけた支援を行っている | 排尿、排便能力低下の対策として、定時誘導や声かけにより一部介助している。また、個々の排泄サインを見逃さないように観察し、排泄の自立に努めており、紙パンツから布パンツへの移行や、夜間トイレ誘導が困難な場合のポータブルトイレ使用など、個々の状態に応じて支援している。 | 日中はトイレでの排泄を促し、排泄パターンを把握して定期的に声掛けや誘導を行い、利用者の様子からも察知して、失敗を少なくしている。紙パンツ、パッドも個々にあったものを使用し、布パンツの利用者も2名いる。気づきの中から見直しや工夫をしながら、支援している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 水分補給に努め、繊維質の多い食材を調理したり、軽度の運動や腹部マッサージなどを心がけている。ビフィズス菌入り飲料の飲用や、排便困難者は疾患に応じて主治医に相談し、内服薬の服用も行っている。 | | |
| 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、個々にそった支援をしている | 毎日入浴ができる環境としている。午前中、午後とも入浴支援を行っており、夜間でも希望者には入浴できる体制を整えている。入浴拒否の利用者には、時間を置いて声掛け行うほか、状況により入浴日の変更を行っている。 | いつでも入浴できる体制を整え、ほぼ毎日入浴する利用者も2、3名いる。夏場は夜間にシャワーを使う利用者もあり、個々の希望に沿った支援ができています。入浴拒否の利用者には、無理強いせず、時間を見計らって再度の声掛けを行っている。 | |
| 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 | 昼夜逆転防止対策として、日中の生活充実のために、個々の役割分担を提供し、午前、午後のミニレクリエーションを強化している。また、軽度な運動を勧め、歩行運動、散歩、菜園活動等も行い、就寝時間は利用者のリズム、ペースに合わせて支援している。 | | |
| 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 | 薬品管理は事業所管理を基本としており、個々に服用、使用している内服薬、点眼薬等を把握し、全職員が薬の必要性を理解したうえで支援している。誤薬予防のため、内服薬は一包化してもらい、調剤票を保管している。また、症状に変化のある場合には、医師に相談している。 | | |
| 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 | モップ掛けや台拭き、調理、配膳等、できる範囲の家事活動を担ってもらいようにし、嗜好に応じた間食を購入したり、読書にカラオケ、天気の良い日は鴨やトンビのえさやりをし、屋外ベンチに座って雑談したり、お茶を飲んだりして楽しんでいる。 | | |
| 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。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支援している | 買物や美容室、病院受診が主となっているが、日常生活の中で散歩の機会を設けたり、外出行事を可能な限り多く企画して、外出、外食に努めている。また、本人の急な外出希望にも、できるだけ対応できるよう取り組んでいる。 | 外出行事を企画し、外食やドライブを楽しんだり、毎土曜日は家族と外出する人、日課として歩行運動のため散歩をしたり、買い物や美容院に行ったり、地域の行事に出かけたりと、その時々利用者の目的、希望に応じた支援ができています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 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 | 自己管理の利用者は現在5名おり、他の利用者は家族の判断で所持金はないが、近隣の商店で好きなものを月末払いで購入できるようにしている。外出行事の出費は、事前に家族に報告し用意してもらっている。また、外出時には、自分で買ったものの支払いができるよう支援している。 | | |
| 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 | 電話の取り次ぎや対応をしたり、はがきやレターセット、切手の購入や代筆、投函などの支援をしている。 | | |
| 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 | 事業所内の清潔と安全に考慮している。また、施設的环境づくりを、利用者、職員がともに、季節や行事を実感してもらえるよう取り組んでいる。室内を明るくし、冬期には加湿器を使用して、温度、湿度にも配慮している。 | リビングは明るさと、清潔さに包まれ、家庭的な雰囲気に満たされている。畳のスペースにはこたつ、ソファが置かれ、居心地の良い空間である。廊下の壁には洋画、写真、職員と利用者で折り紙で製作した柿の木などが貼られ、季節を感じさせる。 | |
| 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 | リビングや和室でテレビを観たり、ラジカセで音楽を聴いたり、一部空間に応接セットを設置して、読書や自分のしたいことができるスペースを確保している。また、和室スペースでは、冬は自由にこたつに入り、テレビを観たりできるようにしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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 | 入所時に、利用者が実際に使用していた物品を持参してもらうよう家族に依頼し、自宅生活と大きく変化を感じさせない居室環境に努めている。認知症に必要な物品として、最低でもカレンダーと時計、家族写真などの準備をお願いしている。 | 居室には写真、カレンダー、家族からの絵手紙や歌手の写真、自作の俳句などが飾られ、それぞれ好みの部屋となっている。各居室には収納スペースが備えられて整理整頓されており、広いスペースに椅子、テーブルなども置かれ、ゆっくりと安心して過ごせる工夫がされている。 | |
| 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」「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 | 認知症高齢者に安全なオール電化その他のハード設備と、バリアフリー化し、要所に手摺の設置をして、可能な限りの自立支援に努めている。表示方法も個々に応じて見えやすくし、居室についても、個々の状態に合わせて、ベッドの高さとテーブル等の物品の配置を配慮している。 | | |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|----------------|----|---|-----------------------|----------------|
| 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | | 項目 | | 取り組みの成果 ↓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 (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 (参考項目:9,10,19) | ○ | 1. ほぼ全ての家族と |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 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 (参考項目:18,38) | ○ | 1. 毎日ある | 64 | 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 | | | | 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 (参考項目:38) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) | ○ | 1. 大いに増えている |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. 全くいない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が | 66 | 職員は、生き活きと働いている (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 (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 (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 (参考項目:28) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が | | | | |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | |

自己評価および外部評価結果

ユニット名:2

| 自己評価 | 外部評価 | 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 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 | 朝礼や職員会議などで事業所基本理念を唱和し、理念を意識しながらサービスの提供ができるよう努めている。入所時のアセスメント・プランから始まり、一連の支援の流れが理念に沿ったものになるよう努めている。 | | |
| 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 | 地域行事や催し物に可能な限り出かけ、また、地域のボランティア活動にも利用者が職員とともに参加している。近隣宅の菊の鑑賞や近隣住民の事業所行事への飛び入り参加、保育園児がふらりと立ち寄るなど、日常的に交流している。 | | |
| 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 | 地域認知症家族の会の開催場所を提供して職員が参加するなど、地域住民と認知症を学び、支援方法等の共有ができています。また、寄り合いサロンを開催し、地域の集いの場の提供を行っている。 | | |
| 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践、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 | 事業所でのサービス、行事、取り組み等の実施報告に合わせて、その時期にあった熱中症などの研修を盛り込みながら、意見交換を行うことにより、意見や情報を活かして、サービスの向上につとめている。 | | |
| 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 | 運営やケアの現状報告をしながら、協力関係を築いている。地域包括支援センター開催の連携会議や研修会にも参加し、意見交換を行っている。また、東洋町の認知症相談窓口として、市町村担当者への情報の提供と共有化を図っている。 | | |
| 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 | 利用者の安全面に配慮し、玄関にセンサーを設置しているが、センサーに依存することなく職員の配置体制を整え、施錠しない環境を作って自由にベランダや中庭へ出ることができるよう取り組んでいる。また、事業所の指針・マニュアルに基づき全職員が身体拘束のないサービスの提供に取り組んでいる。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 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 | 事業所内研修や事業所外研修を通して職員の認識を高め、日々のサービス提供に関しては、声かけや表情、動作に着目し、指導を行うようにしている。また、利用者の心情を観察、理解しながら、虐待防止に努めている。 | | |
| 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 | 管理者や職員は、権利擁護に関する研修を受講しており、現在は、成年後見人制度を利用している利用者はいないが、関係者と話し合いながら、必要な利用者には活用できるよう支援している。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約時には理解と納得を得るよう説明しているが、特に利用料については、理解できているか確認しながら説明している。また、サービス提供時の個々のリスクを明確にし、緊急時の対応も話し合い、質問事項にはその都度対応して、理解と納得を得ている。 | | |
| 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 | 各ユニット入口に意見箱を設置し、苦情申し出窓口を設けている。運営推進会議、第三者委員から意見、要望を聞いたり、家族への報告、相談を密にすることで意見を聞き、運営に反映している。また、地域住民からアドバイスをもらうこともある。 | | |
| 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 | 毎朝の朝礼や月1回の職員会議や給与支給時のほか、その都度意見や提案を聞き、内容に応じては職員全員で検討会を行って、事業所運営、サービスの向上につなげている。 | | |
| 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 | 職員個々の能力に応じた職務分掌の作成と、個々の条件に考慮した勤務形態をとっている。管理者が職員個々を把握することで、向上心を持って働けるよう正規、非正規職員に関わらず話し合い、支え合う職場環境づくりに努めている。ストレスチェックも行い、メンタルケアに関する環境の整備も行っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 事業所外研修においては伝達研修を実施して、全職員への周知を図っている。職員は、研修で得た知識や事例体験を必ず事業所サービスに活かすように努め、資質向上を図っており、キャリアアップのできる環境となっている。 | | |
| 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 | 県、市町村、母体法人の研修に参加することで他事業所の職員と交流を持ち、情報交換することで、サービスの質の向上と運営に関する取り組みに活かしている。また、職員個々の知識向上にもつながっている。 | | |
| 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 | 事業所を見学してもらい、本人との面談を通して意向などを確認するとともに、自宅訪問の実施で家庭環境や個々の生活習慣を理解することに努め、事業所生活を送る中でのサービス提供に活かすようにしている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 家族と面談を繰り返し行い、要望等を聞きながら在宅での生活状況を把握し、家族介護の軽減やより良い支援の方法などを一緒に検討して、理解と納得を得たうえで、サービスの提供ができるように努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 本人、家族の要望を理解し、医療（健康）面の不安を緩和する対応を含め、リスクに関する事項について十分に話し合う中で、本人、家族のニーズに応じたサービスの提供ができるように努めている。事業所利用開始時は暫定プランを作成し、家族及び本人の了承のもとにサービスを開始している。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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 | 利用者の好きなことやできることを把握し、継続できるよう支援するほか、調理などで利用者から学ぶことも多く、家事活動や菜園作りなどの役割分担を持って、利用者と職員がともに施設生活を支え合う環境作りに努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|---|--|------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 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 | 日頃から家族に利用者の状態を詳細に報告し、家族の協力を得ながら、ともに利用者を支えていく関係を築いている。また、県外在住の家族とは、電話連絡や行事等の写真を送付するなど情報提供することに努めており、緊急時の対応も決めている。 | | |
| 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 | 馴染みの商店や美容室、医療機関の利用継続など、これまでの関係が途絶えないよう支援を行っている。また、知人の面会や来訪の依頼、電話や郵便での支援も行っている。本人より希望があれば外出支援できるよう、日常的な外出の取り組みも行っている。 | | |
| 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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 利用者同士、ともに支え合い、励まし合いながらよい関係が保たれてはいるが、トラブルが起きることもあり、利用者間の関係が壊れないように職員が仲立ちしている。場合によっては、家族にも手助けを依頼している。 | | |
| 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 | 長期入院後に退所する利用者には、体調に応じた他施設への紹介や相談に応じており、家族の不安や介護軽減に努めている。また、母体法人他施設からの支援も得ることができ、本人の状態に合った施設紹介ができる体制を整えている。 | | |
| 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 | 事業所生活を送る中で、行動や発言の内容から本人の気持ちを汲み取り、希望や意向に沿えるように支援している。意向の実現が困難な場合には、利用者、家族、職員が話し合い、本人にとって一番良い方法を選択しながら、ケアにつなげている。 | | |
| 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 | 在宅生活中の情報を、本人、家族、担当ケアマネージャーから聞き、総合的に把握している。また、入所準備の際にも、新しいものではなく自宅での使用物品の持ち込みを依頼し、生活環境の変化を軽減するように努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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 | 日々の生活を一緒に送る中で、利用者個々の生活リズムや残存機能、趣味、特技などを把握し、個々の能力を活かして、安全な生活と安定した精神面に配慮した日常生活が送れるよう、努めている。 | | |
| 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 | 本人、家族の要望を聞きながら、残存機能、趣味、特技を活かし、伸ばすことで、ストレスを感じさせない支援を検討して、介護計画を作成している。医療面に関しては、主治医、専門医と相談しながら、病状の緩和と安定に配慮した介護計画としている。 | | |
| 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 | 日々の個別活動記録の特記内容や、日誌の生活相談事項、ヒヤリハットや事故報告書からサービス内容を検討し、家族の意向も聞きながら対応策を決めて、介護計画の見直しに活かしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 入所希望や相談に応じながら、入所前に併設のデイサービス事業所の利用や、利用者のニーズに適した母体法人内の関連施設（老人保健施設、特別養護老人ホーム）を紹介し、本人、家族が選択できる取り組みを行っている。 | | |
| 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 | 婦人会、老人会、民生委員、ボランティア、保育園児等の事業所訪問や消防署員を招いての防災訓練ほか、地域行事や文化館での催し物の見学などを実施し、利用者の豊かな暮らしの一助となるよう支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 入所契約時に主治医について確認し、本人、家族の希望を尊重する一方で、必要に応じて事業所協力医院への受診も可能としている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 31 | | ○看護職との協働 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 | 月2回の往診やその都度の受診などで利用者の状態の把握もしており、夜間や緊急時の利用者支援への取り組みが可能である。看護職員の配置ができていないため、看取りまではできないが、医師、家族と相談して、看取りのできる施設の紹介を行っている。 | | |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている | 入院時に事業所での状態と服薬、既往歴などを詳細に報告できるように、緊急時の個別ファイルを準備している。入院中も主治医、看護師、家族から状況を聞きながら、退院後の受け入れ準備をしたり、退院後の治療内容、事業所対応と注意事項の指示等を確認している。 | | |
| 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 | 入所契約時に本人、家族の意向を聞いているが、現時点では病院での治療希望となっている。看取りケアの指針やマニュアルを作成しており、看護師の配置確保後には、希望に沿って協力医と連携を図り、支援していく準備を行っている。 | | |
| 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 | 研修(座学・実習)で知識の向上に努めるとともに、職員自らが学習できるように学習書やビデオも用意している。応急手当に必要な物品も準備している。 | | |
| 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 | 消防署員、地域ボランティア、利用者、職員が参加し、年2回事業所の防災訓練を実施するとともに、毎月職員による地震津波避難訓練も行っている。これまで4回実際の避難を経験しており、役場関係、地域住民、母体法人関係者の協力を得ている。母体法人の避難援助の協力体制がある。 | | |
| 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 | 個人を尊重し、排泄や入浴時等のプライバシー保護や、ケア場面での言葉かけ等について職員で注意し合っている。また、プライバシーに関わる物品の管理に細心の配慮を行っているほか、個人情報関係の書類の取り扱いにも留意している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 利用者の意向や要望を引き出せるような声かけに努め、自己選択、自己決定ができるように支援している。支障があれば本人、家族と相談しながら、可能な限り本人の意思を尊重している。 | | |
| 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、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 | 日々の暮らしの中で、大まかな1日の流れはあるが、利用者個々のリズムやペースを大切に、本人の意向を優先しながら、支援している。行事への参加も、本人の意向を尊重している。 | | |
| 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 | 月1回の訪問理美容室を利用し、買い物の際には、利用者自ら洋服や化粧品等を選んで購入している。身だしなみについては職員の意識も高く、毎朝の整容支援は徹底している。 | | |
| 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 | 一緒に育てた家庭菜園の野菜を利用者、職員自らが収穫したり、手作りの干し物(つるし柿・切り干し大根等)、自家製のぬか漬け等も提供している。食材を育てることから調理の下ごしらえ、配膳、後片づけまで、利用者ができる範囲で行っている。 | | |
| 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 | 毎食後食事摂取量をチェックし、記録している。水分摂取量は、個人の状態にもよるが、1,800ccを目安として、飲料水も嗜好を配慮し、こまめな水分補給に心がけている。 | | |
| 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、個々の状態に合わせて口腔ケアの支援を行っている。唾液の分泌を促す口腔体操や、口腔マッサージに取り組んでいる。訪問歯科診療等も依頼し、随時残菌の治療や、義歯の修理等を受けている。 | | |
| 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むけた支援を行っている | 排尿、排便能力低下の対策として、定時誘導や声かけにより一部介助している。また、個々の排泄サインを見逃さないように観察し、排泄の自立に努めており、紙パンツから布パンツへの移行や、夜間トイレ誘導が困難な場合のポータブルトイレ使用など、個々の状態に応じて支援している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 水分補給に努め、繊維質の多い食材を調理したり、軽度の運動や腹部マッサージなどを心がけている。ビフィズス菌入り飲料の飲用や、排便困難者は疾患に応じて主治医に相談し、内服薬の服用も行っている。 | | |
| 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、個々にそった支援をしている | 毎日入浴ができる環境としている。午前中、午後とも入浴支援を行っており、夜間でも希望者には入浴できる体制を整えている。入浴拒否の利用者には、時間を置いて声掛け行うほか、状況により入浴日の変更を行っている。 | | |
| 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 | 昼夜逆転防止対策として、日中の生活充実のために、個々の役割分担を提供し、午前、午後のミニレクリエーションを強化している。また、軽度な運動を勧め、歩行運動、散歩、菜園活動等も行い、就寝時間は利用者のリズム、ペースに合わせて支援している。 | | |
| 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 | 薬品管理は事業所管理を基本としており、個々に服用、使用している内服薬、点眼薬等を把握し、全職員が薬の必要性を理解したうえで支援している。誤薬予防のため、内服薬は一包装してもらい、調剤票を保管している。また、症状に変化のある場合には、医師に相談している。 | | |
| 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 | モップ掛けや台拭き、調理、配膳等、できる範囲の家事活動を担ってもらうようにし、嗜好に応じた間食を購入したり、読書にカラオケ、天気の良い日は鴨やトンビのえさやりをし、屋外ベンチに座って雑談したり、お茶を飲んだりして楽しんでいる。 | | |
| 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。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 | 買物や美容室、病院受診が主となっているが、日常生活の中で散歩の機会を設けたり、外出行事を可能な限り多く企画して、外出、外食に努めている。また、本人の急な外出希望にも、できるだけ対応できるよう取り組んでいる。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 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 | 自己管理の利用者は現在5名おり、他の利用者は家族の判断で所持金はないが、近隣の商店で好きなものを月末払いで購入できるようにしている。外出行事の出費は、事前に家族に報告し用意してもらっている。また、外出時には、自分で買ったものの支払いができるよう支援している。 | | |
| 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 | 電話の取り次ぎや対応をしたり、はがきやレターセット、切手の購入や代筆、投函などの支援をしている。 | | |
| 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 | 事業所内の清潔と安全に考慮している。また、施設的环境づくりを、利用者、職員がともに、季節や行事を実感してもらえるよう取り組んでいる。室内を明るくし、冬期には加湿器を使用して、温度、湿度にも配慮している。 | | |
| 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 | リビングや和室でテレビを観たり、ラジカセで音楽を聴いたり、一部空間に応接セットを設置して、読書や自分のしたいことができるスペースを確保している。また、和室スペースでは、冬は自由にこたつに入り、テレビを観たりできるようにしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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 | 入所時に、利用者が実際に使用していた物品を持参してもらうよう家族に依頼し、自宅生活と大きく変化を感じさせない居室環境に努めている。認知症に必要な物品として、最低でもカレンダーと時計、家族写真などの準備をお願いしている。 | | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 認知症高齢者に安全なオール電化その他のハード設備と、バリアフリー化し、要所に手摺の設置をして、可能な限りの自立支援に努めている。表示方法も個々に応じて見えやすくし、居室についても、個々の状態に合わせて、ベッドの高さとテーブル等の物品の配置を配慮している。 | | |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|----------------|----|---|-----------------------|----------------|
| 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | | 項目 | | 取り組みの成果 ↓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 (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 (参考項目:9,10,19) | ○ | 1. ほぼ全ての家族と |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 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 (参考項目:18,38) | ○ | 1. 毎日ある | 64 | 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 | | | | 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 (参考項目:38) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) | ○ | 1. 大いに増えている |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. 全くいない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が | 66 | 職員は、生き活きと働いている (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 (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 (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 (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 | | | | |