

### 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   | 1291000055       |            |            |
| 法人名     | 株式会社 ケアサービス まきの実 |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 広瀬ガーデン   |            |            |
| 所在地     | 千葉県館山市広瀬368-1    |            |            |
| 自己評価作成日 | 令和3年9月20日        | 評価結果市町村受理日 | 令和3年11月26日 |

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

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php</a> |
|----------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 ACOBA   |
| 所在地   | 千葉県我孫子市本町3-4-17   |
| 訪問調査日 | 平成33年11月11日(文書評価) |

#### 【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)】

会社の理念、目標に沿って各ユニットでも目標を立て毎月評価をしながら入居者様が自分らしく持てる力を発揮できる場面作りを支援しています。職員が同じ目標を持ち、チームで取り組む事で職員も自分の得意分野を生かしながら利用者様との関わり方を考え更なる知識の習得をするなど職員のスキルアップにも繋がる経験を重ねています。医療、リハビリ、栄養など多角的な視点で認知症状を捉えながら、今ある健康や暮らしの継続が出来るように一人ひとりの入居者様の課題についてケアプランを基に家族との情報共有や意向の把握を行ないながら多職種との連携体制をとる事が出来ています。外出だけではなく行食事や菜園での野菜作りホーム内の装飾や花を生け四季の移ろいを感じられるよう取り組んでいます。一人一人を大切に誕生日や記念日を皆で祝い人との繋がりの中で安心して暮らせるホーム作りを行なっています。

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

「個性を理解し一人ひとりに合った関りをPDCAサイクルで繰り返し行っていく」というホームの理念を掲げ、個々の入居者の状況に応じて職員間で日々振り返り、話し合っって個別ケアを実践している。コロナ渦中の面会制限や面会不可が続き家族や、地域との連携も大きく制約を受けたが、丁寧な説明や報告を行い関係者の理解を深めてきた。利用者家族アンケートには多くのコメントをいただいております、制約の多い状況の中でも職員の温かく行き届いたケアの取り組みが、広瀬ガーデンの雰囲気として家族にも伝わっている様子が読み取れる。  
職員の育成にも力を注いでおり、施設長のマネージメントの下で各職員が個々に目標をもってスキルアップに努めている。今年は新卒職員2人を迎え、その育成にも力を注いでいる。

### 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<br>↓該当するものに○印   | 項目 | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|----|--|---|----|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 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る<br>(参考項目:9,10,19)   |
| 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                | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     |
| 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<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    | 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が拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) |
| 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<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 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<br>3. 利用者の1/3くらい<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                                       |
| 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<br>3. 利用者の1/3くらい<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                                   |
| 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<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<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    |    |   |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                | 外部  | 項目   | 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   |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |  |   |   |   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                             | まきの実の理念、事業所目標、スタッフ自身の目標、地域密着型としてのグループホームのあり方を常に念頭に置きながら活動していけるように毎月の取り組みを纏めています。纏めを共有をし翌月に取り組むべき事柄が無いか取り組み方が間違っていないか等々を評価しながらPDCAサイクルで取り組んでいます。 | 「個別性を理解し一人ひとりに合った関りをP DCAサイクルで繰り返し行っていく」との理念を掲げ、実践に向けての具体的なホームの取り組みを示し、日々振り返り職員間で共有している。                      | コロナ禍での評価であり、文書(書面)評価とした。事業所より提出いただいた①自己評価②追加提出資料③家族アンケート結果④介護計画・記録⑤会議・研修計画⑥その他資料を基に実施した評価である。 |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                             | 町内会の班に所属し回覧板なども回ってきます。入居者様と散歩しながら次のお宅に回覧板を回しに行きます。近くの商店に行き地域の方が育てた野菜や花などの買い物をする環境もありますが現在は感染症の流行に伴い実施できていません。                                   | ホームは農村地区にあり、地域との交流はそれほど多くはないが、散歩や商店での買い物時などに交流を図ってきた。コロナ禍中はほとんど交流出来てない。                                       |   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                           | 地域行事や日常的な関わりを通して、認知症の方でも適切な支援があれば地域の中で暮らしていける事を実践を通して示している。また、地域の方から相談等があった場合にも相談窓口や対処方法などについてを説明や案内できる状態です。                                    |   |   |
| 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        | 感染症の影響により顔を合わせたの会議開催は行なえていない。書面開催という方法を取り、参加者へ回覧。ホームでの様子を周知する機会として継続しています。  | ホーム関係者のみで年6回開催し、議事録で会議メンバーに報告し、ホームの様子を伝えている。  |   |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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取り組んでいる                  | 書面開催ではありますが運営推進会議録を通じてホームの現状をお伝えしたり、事故発生時には報告書の提出、必要時には詳細確認やアドバイスをもらえる仕組みがある。また、必要な研修の開催をメールで案内がもらえます。  | 時節柄、市との面談は極力自粛しており、必要に応じて連携をとっている。書面での運営推進会議の内容は議事録で報告している。   |   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束等を行なわない介護を皆で検討している。また年2回全職員、新人職員入社時に研修を実施しレポート作成などから一人一人の考え方を確認し指導に活かしています。   | 身体拘束適正化の指針があり、運営推進会議時に適正化委員会を開催している(書面)。年2回職員研修を実施し、レポートを提出させ、職員の意識を高めている。ベッド柵利用者1名の対応や転倒防止の対応策についても検討を重ねている。 |   |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている        | 指針の確認や研修への参加により職員の知識向上倫理向上を図っている。また、虐待や抑制などに繋がってしまいやすい環境がないか職員間の連携やケアの状況の確認を行ない適時カンファレンスを行なっています。   |   |   |

|    |     |  |   |   |  |
|----|-----|--|---|---|--|
| 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支援している    | 成年後見制度利用している利用者様もおり必要に応じ連絡、相談を行ないながら利用者様の権利や尊厳が守られる暮らしについて共に考えています。   |   |  |
| 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                         | 入居前には総合相談窓口と連携をとりながら料金や暮らし、サービスについての情報を十分ご家族やケアマネに提供しています。介護保険改正・契約内容変更などの際には、同意書を取り直すなど、説明と理解を十分にして頂けるような対応を会社として行なっています。  |   |  |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | モバイル面会・電話連絡・手紙・メールにて様子を伝えと共にご家族の意向を確認、日々のケアや業務体制に反映している。ご家族の意見の聞き取りの場として苦情窓口の設置がある事を契約時に説明。ご家族、入居者様からの意見はケアの変更や食事内容、行事計画に反映させ職員研修にも活かしています。                           | 感染症の状況に応じて、家族の面会の制約を設けており、家族と面談の機会は減っているが、電話、メール、手紙、写真などにより従来以上に説明や報告を丁寧に行い、アンケートからも家族の満足度は高いが、面会再開の切実な希望が多い。 |  |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 各職員は毎月の取り組み評価の纏めや担当者会議を通じてケアに対しての意見をあげチームで考え実践に繋げる取り組みを行なっています。   | 毎月職員会議や担当者会議を通じて各自の意見を出し合い、チームで実践につなげている。本年度は高校新卒職員2名が仲間に入り、育成に努めている。   |  |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 人事考課時にアドバイス・評価を行ない次の目標の設定と広瀬の中での役割を伝えると共に職員の希望ややりがいの確認を行っている。休み希望の要望にも応えられるよう勤務表を作成している。ストレスチェックや検診など心身の状態把握をしながら職員配置などにも配慮しています。                                     |   |  |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 個々の力量にあった役割と施設内の組織づくりを行なう事で、様々な事にチャレンジする場の提供とアドバイスを進めています。新人職員には中堅クラスの担当を付け、アドバイスや質問がしやすい人間関係を作る事と、定期的に評価をしながら新人育成を行なっています。外部研修開催の情報提供や希望した研修への参加ができるように勤務作りを行なっています。 |   |  |
| 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 | ペアリング事業所管理者に自事業所の課題や初めて取り組むことについては協力を得ながら様々な視点からアドバイスや支援が出来る様に孤立しやすい管理者間の連携も強化されています。   |   |  |

## II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

|    |     |  |   |  |  |
|----|-----|--|---|--|--|
| 15 |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居前施設・病院・ご家族からの情報収集や事前連絡の中で、今後の方向性・どんな生活を希望しているのかを本人やご家族に確認をしています。また、入居後の様子についての情報提供もグループでどのタイミングで行うのか目安を決め都度家族の意見や意向を確認しながらケアの方向性を決めながらケアプランの作成に活かしています。 |  |  |
| 16 |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 入居前の暮らしや病状についての情報収集を行ないながら家族の困りごとやこれまでの苦労などにも共感を示しながら家族のレスパイトについても話を十分に聞きながら本人、家族のこれまでの暮らしをイメージしながら今後の要望についても細かく確認を行なっています。                               |  |  |
| 17 |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | ご本人様の情報収集とご家族の要望をお聞きし、入居時にまず何を支援していくのか方向性を共有します。都度、状況報告を行ないながら、状態の変化に合わせた支援を行なえるように相談、連絡の体制を強化、また考えられるリスクについても説明を行なっています。                                 |  |  |
| 18 |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 介護職として基本的態度や認知症への理解を深められるよう職員指導をし、認知症があっても生活の中で活躍できる場の提供、自己肯定感や満足感が得られる生活、利用者様が望む関わりをイメージしながら関わられるようにコミュニケーションを大切にしています。                                  |  |  |
| 19 |     | ○本人と共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 日々の暮らしの様子や認知症状、考えられる危険など手紙や電話で情報を共有しています。ご家族から生活歴や性格など情報を頂きながらケアや関わりの方角性を決め家族の意見を確認する場や目標や目的を共有しよりよい暮らしの支援を共に考えています。                                      |  |  |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 感染症の影響により外出や面会、地域行事への参加が無くなってしまいました。代替えとしてホーム内での季節行事や地域行事を楽しむ計画をたてています。お祭り行事では、地域の見慣れた半被や装飾、懐かしい味に馴染んだ行事を思い出し楽しむことが出来ています。代替えとなるものを考え計画をしています。            | 面会や交流が大幅に制限されたが、ホーム内で古くから地元につながる行事を計画する等の工夫を重ねている。家族とも対面での面会ができなためSkypeでの会話や、状況報告をこれまで以上に丁寧に行い、関係継続に努めている。 |  |
| 21 |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 入居者様の個々の特徴や認知症の進行具合・相性などを観察し、テーブル席の配置などを検討しています。合う仲間と過ごせるように支援しています。  |  |  |

|                                    |      |  |   |  |  |
|------------------------------------|------|--|---|--|--|
| 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                     | 他施設への移動による退所などがあつた場合にも、移動先での様子確認や移動前の情報提供を行ないながらより良い暮らしに繋がる連携をご家族、移動先施設や病院ととっています。  |  |  |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |  |  |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 認知症により自分の事や気持ちを言葉として表現できにくい状況がある中で入居前の暮らしや家族からの情報をもとにその人らしさや望むもの読み取り、日々の中でちょっとした発言や希望、場面場面での表情を参考に思いや意向の把握を行っています。  | 家族やケアマネージャーの話・生活歴等から概要を把握し、入居後はコミュニケーションに努め普段の会話の中から、思い等のヒントになる言葉を摘み上げている。困難な場合は表情や動作から推察し職員間で共有している。  |  |
| 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                                       | 入居時にご家族・入居前に使用していたサービス事業所から情報提供して頂いている。場面場面で、ご家族から聞き取り等を行ない生活歴や暮らしの状況の把握を行なってい、ケアにいかせるようにしている。  |  |  |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 日々の関りの中での観察から得た気づきをモニタリングによって評価、または担当者会議を行い情報の整理、ケアの方向性の変更を行っています。必要時は医療やリハビリ専門職とも情報を共有しアドバイスもらいながら多くの視点でその人の状態を分析し整理しています。                                   |  |  |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | モニタリング、担当者会議、アセスメントから導き出した問題を家族と共有しながら、ケアの方向性を決めていく。アセスメントの作成には居室担当も加わり、作成したプランの内容と生活上の課題とのズレが生じていないかを確認してもらいます。医療、リハビリ、薬局などの専門職から専門的視点でのアドバイスをもらいながら作成しています。 | 家族の希望を基に居室担当の意見、また医療・リハビリ、薬剤師等のアドバイスを組み入れ作成している。モニタリングは3か月毎及び都度行い、その中のニーズを共有しケアの方向性を決めて新たな介護計画を作成している。 |  |
| 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                        | グループ内の施設各パソコンより閲覧も出来るため、関連職種との連携も図りやすく、課題に対しての意見や支援経過を専門職に確認してもらう事が出来ています。評価やアドバイスを都度貰いながらプランの作成と専門職からの意見をケアスタッフ間でも共有しています。                                   |  |  |
| 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、その時々にも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             | 受診の支援や衣類・日用品の購入の代行など家族からの要望にも応えています。また、グループ内のすりえす事業部において、介護用品のレンタルや購入、購入の際の専門的なアドバイスができる仕組みづくりがあり、外出支援など都度の要望に応えられる体制を会社としても整えています。                           |  |  |

|    |      |   |   |   |  |
|----|------|---|---|---|--|
| 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                                      | 感染症の影響により地域行事への参加、地域住民との交流は無くなってしまいました。しかし書面開催ではありますが運営推進会議議事録を通じて入居している方々の状況について発信しています。   |   |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 月に2回主治医の訪問診療がある。心身の状態変化、急変などが生じた場合には速やかに主治医、協力医療機関に連絡を取り、救急医療、緊急入院が受けられるような体制を整えています。また、歯科に関しても協力医療機関をも設けています。  | 入居に際しホームの主治医への変更をお願いしている。主治医の月2回往診・看護師の24時間コール対応・協力歯科医院や緊急時の入院先協力医療機関等が整備されている。家族アンケートでも9割強が医療面等であまり心配は無いと答えている。    |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 24時間365日看護師と連絡が取れる体制を整え、緊急時だけでなく日々のちょっとした変化、不安事の相談や医療的な視点からのアドバイスが得られる環境があります。経過の報告、連絡を行ないながら利用者様の健康を支える仕組みがあり、速やかな受診に繋がれる体制を整えています。                              |   |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入退院時には病院の相談員と情報の提供や共有を行なっています。入院中の病状について共有をしながら環境の変化による認知症の進行についても配慮し必要な医療が終了した時点で退院しています。元の暮らしに戻れるように退院後の暮らしを支える仕組みとして訪問看護や訪問リハビリが受けられます。                        |   |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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・入居後定期的に看取りに関しての指針のご説明やメンテナンスなどを通じ医療職からの説明やご家族の希望確認を行っています。後悔のない終末期ケアが提供できるように医療との連携、治療の方向性をご家族と医師、看護師とともに密に情報共有を行っています。必要時には訪問看護を利用しながら医療的なサポートを受けられる体制があります。 | 入居時等に看取りに関する方針を家族へ説明している。重度化した場合、医師から説明を行い、家族の希望に添ったケアの提供を目指し、医師の指示のもと、看護師・職員等が情報を共有しチームケアで支援している。今期も2名の方の看取りをしている。 |  |
| 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  | 症状別ケアマニュアルに沿った対応がとれるようにマニュアルの確認、消防訓練などを行っています。事故発生時にはアクシデントレポートの共有・振り返りを行い原因と対策を明確にしています。新人職員には必ず事故発生時の対応マニュアルの確認や吸引機の保管場所などを説明。定期的に連絡網訓練などを実施しています。              |   |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 消防訓練の実施、運営推進会議録で避難状況の報告をしています。過去の地域の被災状況などの情報提供も受けながら、避難場所の変更や協力体制作りを随時行なっています。実際に避難した際の反省をまとめ次の訓練や日々の災害準備に反映しています。   | 過去の地域の被災状況などの情報提供も得て、避難場所の変更や協力体制作りを行い、毎年自主避難訓練を実施して災害時に備えている。実施後は気づきや反省をまとめ見直しを行い、日々の災害準備や次の訓練に反映させている。            |  |

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

|    |      |   |  |  |  |
|----|------|---|--|--|--|
| 36 | (14) | <p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br/>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている</p>                  | <p>入居時に在宅での様子やこれまでの生活歴などを家族、担当ケアマネより聞き取りし、その方の情報を多く持つことで相手の立場にたった思考や伝え方が出来るようにしています。その人の理解を深めていけるようにコミュニケーションを重ねています。</p>                                  | <p>個々の人格を尊重した会話や対応に努めている。職員による不適切な場面に気付いた時は職員間で注意し合う。利用者一人ひとりが安心して過ごせるよう、全職員で共有している。</p>                                 |  |
| 37 |      | <p>○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</p>                    | <p>認知症の進行に伴い気持ちを言葉として表現できなくなっている中で、表情や行動などから気持ちを察する事ができるよう、またゆったりと関わる事で気持ちや言葉を引き出せるように支援しています。選択肢をあらかじめ準備し自己決定がしやすいような場面を作る事もあります。</p>                     |  |  |
| 38 |      | <p>○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か、希望にそって支援している</p> | <p>その日の体調や気分、他入居者との相性にも配慮をしながら過ごす場所や提供するケアの時間を調整をしています。皆と過ごす時間、一人でゆっくり出来る時間やスペースの整備を行ない生活や気分の状態に合わせて食事や入浴の提供を行なっています。</p>                                  |  |  |
| 39 |      | <p>○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</p>                                 | <p>訪問美容なども利用し、気分転換・喜びの場面作りを行なっています。ADLや身体状態に合わせ過ごしやすい衣類の選択、これまでの好みなどの情報に沿い、自分らしく気分よく過ごせるように衣類など選択を行う事を大切にしています。これまでの習慣として化粧や肌の手入れなどが行えるように支援しています。</p>     |  |  |
| 40 | (15) | <p>○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</p>    | <p>その方にあった形態での食事の提供が行え経口摂取が継続していけるよう専門職の評価をもらいながら提供を行なっています。季節の行事食も取り入れながら季節感のある食事を提供したり、誕生日ケーキ作りや調理、片付けは役割としての認識もあり、職員と共に日常的に行ないながらやりがいにも繋げる事ができています。</p> | <p>季節の行事食の提供や、日常的な調理・片付けや誕生日のケーキ作り等では利用者で役割分担し、職員と共に行ない、やりがいにも繋げる支援を行っている。また「口から食べる」を大切に、咀嚼や嚥下状態等個々に応じた食形態の提供を行っている。</p> |  |
| 41 |      | <p>○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</p>         | <p>毎月栄養士から技術的助言や指導をもらう事ができています。経口摂取が継続できるように指導を受けながら個々の、平均体重や疾患、口腔内の状態、認知状態も考慮しながら調理スタッフと共に安全でおいしい、季節感のある食事を提供しています。</p>                                   |  |  |
| 42 |      | <p>○口腔内の清潔保持<br/>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている</p>                  | <p>毎食後口腔ケアを実施。提携している歯科より毎月口腔ケアに関するアドバイスをもらい職員間で共有。口腔ケアについての知識向上や技術の取得に役立てながら清潔保持、体調管理、美味しい食事がとれることを目的とし訪問歯科と情報共有し取り組んでいます。</p>                             |  |  |

|    |      |   |   |   |  |
|----|------|---|---|---|--|
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 個々の排泄パターンの把握をし、個人の身体状況や認知症の状態に応じた介護用品の選定と排泄動作をしやすくように環境の整備を行ないます。プライバシーに配慮しながら声掛け誘導や失敗時の交換を行っています。  | 利用者個々の排泄パターンを把握し、プライバシーに配慮した声掛け・誘導を行い、気持ちの良い排泄に繋げている。また個々の状態に応じた排泄用品の選定や排泄動作をしやすくように環境の整備を行っている。                                  |  |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 下剤だけのコントロールにならないよう野菜や水分をしっかり摂って頂けるような調理の工夫や乳製品の提供・腹部マッサージ・トイレ誘導の時間の検討や落ち着いて排泄できる環境の整備を行っています。   |   |  |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている                             | 最低週2回の基本の入浴日は決まっていますが、汚染や皮膚の状態、本人の希望、体調に沿って入浴を実施している。また、代替えのケア(足浴や清拭)なども実施している。これまでの習慣から夕方に入浴希望がある方には希望の時間に入って頂けるように業務改善を行ない支援できる環境を整えています。                     | 週2回の入浴を支援してる。汚染や本人の体調に応じてシャワー、足浴や清拭なども行っている。夕方入浴の希望の方には、業務見直しで対応するなど本人の希望を尊重し、入浴を楽しんで頂ける様工夫している。                                  |  |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 落ち着ける環境作りや入眠を促す声掛け・誘導方法など個々にあった支援をしています。日中は夜間の睡眠状況や浮腫み等の体の状態に応じ休息を随時取り入れています。活動と休息のバランスが取れるように体力や日々の状態に於て個別に検討しています。  |   |  |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | まきの実グループホーム内では薬の管理方法や服薬方法などが統一化されています。薬の変更があった際には家族にも報告を行ない副作用や変更により考えられるリスクについても説明を行っています。服薬変更後にはバイタル確認や体調、認知症状の観察を行ない医療職へ報告。医療、薬局、介護と連携をとり安全な服薬ができるよう支援しています。 |   |  |
| 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                             | 人生歴、個人の残存機能・認知症の症状にあった関わりをしながら、生活の中で出来る事を支援している。役割や家事作業など自信を持って行える仕事を通して自己肯定感を高め安心や自信につながる取り組みを行なっています。   |   |  |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 陽気や気分・本人の訴えや状態に応じて買い物支援や気分転換の散歩ドライブを実施。ホーム裏の散歩や日光浴を通し、空気の変化、日差しなどから季節の移り変わりが感じられる様に支援している。買い物や散歩を通じ地域で暮らす人や店員など様々な方との交流の場が生まれています。                              | 外出についても制約が多いが、感染防止対策の上で本人の希望や状況に応じホーム周辺の農道の散歩や商店での買い物、ドライブ等を継続している。面会や行事への参加を制限している中であるが、少しでも季節の変化を感じて頂くと共に、地域の方との交流が図れるように努めている。 |  |



|    |      |  |   |  |  |
|----|------|--|---|--|--|
| 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  | 金銭の所持に関し基本的にはトラブルや紛失の無いように個人での所持はしていません。しかし、入居後の不安の強い時期や金銭を持つことで安心感が生まれるような状況がある場合には家族と相談し所持していただいています。金銭だけでなく携帯や家の鍵なども同様の対応をとっています。                        |  |  |
| 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   | 季節の挨拶、誕生日、敬老の日などには手紙やプレゼントが届いたり、ご家族との電話支援も随時行なっている。また感染症の流行により面会が制限されている為、モバイルでの面会を実施しテレビ電話による家族面会、通話を行なっています。  |  |  |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 気の合う仲間作りや安全・清潔な環境作りを行なっています。季節の花を飾ったり、庭には野菜を育てるなど季節の移り変わりや、成長、収穫を楽しめるような取り組みを計画しています。居室とフロア、浴室などの温度差、感染症流行している現在は、換気や湿度管理、消毒など感染予防にも努めています。                 | コロナ禍の現在は、居室とフロア・浴室・トイレなどの温度差や、換気や湿度管理・消毒など感染予防に注力している。皆の集う居間は、一層の安全・清潔な環境作りに努めている。菜園では季節毎の野菜を育て、成長・収穫を楽しめるような取り組みを計画・実施している。 |  |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 誰とどこで過ごす時間が安心し落ち着き、居心地がよいのかを観察し支援しています。職員も介入しながら、利用者間のコミュニケーションの円滑化、自分も一員であると所属の欲求が満たされる人間関係が築けるような場面作りと環境の整備を行っています。                                       |  |  |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | ご家族からの情報を基に、家具の位置やベッドの方向など自宅での生活に近い状態で配置。家具だけではなく、衣類や使い慣れた備品で居心地の良さや安心感、これまでの生活の継続が行えるように自立に向けて支援を行なっています。AD人感センサーや足元灯を活用し居室内でのリスク軽減に役立てています。               | 入居に際し、家具の位置やベッドの方向など従前の生活に近い状態に配置し混乱防止に配慮している。小物等の備品の工夫等で居心地良く過ごせるよう支援している。またAD人感センサーや足元灯を活用し居室内でのリスク軽減に役立てている。              |  |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | プランに沿ったケア、評価を繰り返しながら課題の解決や今できている事が継続していけるように環境の整備を行っている。安全に不安なく行える作業や家事の内容を考えチームで支援、毎月評価を行いながら自立した生活が送れるように常に考えている。評価、結果をチームで共有しながらの取り組みはスタッフのやりがいにも繋がっている。 |  |  |