

## 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   | 4392700235        |            |           |
| 法人名     | 社会福祉法人 小国町社会福祉協議会 |            |           |
| 事業所名    | グループホーム なごみ       |            |           |
| 所在地     | 熊本県阿蘇郡小国町宮原425-8  |            |           |
| 自己評価作成日 | R2.1.13           | 評価結果市町村受理日 | 令和2年2月21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="http://www.kaigokensaku.jp/43/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/43/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 あすなる福祉サービス評価機構 |
| 所在地   | 熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205    |
| 訪問調査日 | 令和2年1月24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)】

3つの介護理念を軸にして、利用者の皆さんと一緒に野菜を切ったり、お洗濯物のお世話をしたり、家庭的な雰囲気の中でお過ごし頂けるようにしています。ご本人の「こうして過ごしたい」という気持ちを大切に、のんびりと穏やかな暮らしが安全にできる様に心がけています。常にご本人の思いに寄り添いながら、馴染みの暮らしの中人生の最期までその人らしく過ごせるように努めています。

### 【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)】

今年度は運営体制が変わるといふ変革期にあるが、管理者の変更はあるものの職員体制に大きな変更もなく、和やかに、「ありがとう」の感謝の言葉が響きあう日常である。入居者の“気持ちに寄り添う、笑って過ごせる環境作り、縁を大切に”とする介護理念の実現に向けた取り組みが、家族との食事や昔話に花が咲く食事時間、臥床中心の生活から食事(3食)が入るまでに快復された入居者へのケアにご縁を大切にされた真摯なケアの賜物であることが表れている。管理者を中心に、リーダーや多様な委員会活動等役割を明確にした中でも職員同士が協力し合いながら、入居者視点でのケアに努め、小国郷という山間地の中で最期までこのホームの生活を希望される家族の思いに向きあう姿勢に敬意を表したい。今後も、馴染みの職員と家族の協力により入居者の最終章に寄り添われることと大いに期待されるホームである。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当する項目に○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)   | ○                     | 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    |
| 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)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<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  | 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<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           |
| 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  | 66 | 職員は、活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       |
| 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  | 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    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<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  | 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. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |    |   |                       |   |

### 自己評価および外部評価結果

| 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                      | 3つの介護理念を基に、管理者、職員は毎日業務に入る前に理念の唱和を行い、ケアに疑問が生じた時は理念に照らし合わせ振り返りを行っている  | 開設時からの理念を掲示及び唱和による意識強化とともに、今年度は理念の具現化に向け、気持ちに寄り添い、笑って過ごせる環境を作ること等理念を想起しながら全員で検討している。“縁”を大切にしていることも、入居者へ届いた年賀状等への対応に表れている。理念を日々のケアに直結すべく、毎月入居者一人ひとりについて検討する等ケア規範として捉える理念は、全職員に浸透している。 |   |
| 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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                      | 地域とのつながりが継続できるよう、地域で活動されている方達等の慰問をお願いしたりしているが、事業所の方から参加する事が少なくなっている | 101歳を筆頭に高齢化傾向に、地域に出ることは難しい現状にあるが、これまでの地域との関係性は継続している。ボランティアの訪問や、長年の交流として年末の餅を届ける子ども会、神輿や獅子舞の訪問等による交流が行われている。また、ふるさと祭りの一環としてチンドン屋の来所は入居者の楽しみに繋げている。                                   | 民家も少ない現状もある中で、ケーブルテレビの情報を活用し地域住民との交流促進に努めたいとしており、入居者と一緒に出かける事ができる情報をリサーチされることが望まれる。入居者が地域に出ることで活性化に繋げていただきたい。           |
| 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                    | 地域の認知症カフェに講師の派遣を行い活動を行っている  | /  | /   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 運営推進会議では施設の取り組みや利用者の状況について報告し、そこでの意見をサービス向上に活かしている                  | 定期的開催する運営推進会議は、今年度は新体制についての説明からスタートしている。入居者の現状や、ヒヤリハット事例、看取りケア等を説明し、意見交換等により出された事項にホーム側も対策を検討する等この会議の意義を明確に捉えている。夜間時に行った避難訓練への意見等有意義な会議が行われている。                                      | 行政や民生委員、各ユニット代表家族や統括施設長等メンバー構成に問題はないが、入居者の外出はままならない現状のようであり、老人会等へ運営推進会議への参加を依頼する事を検討いただき、更にホームに出向かれる地域の人々が多くなることを期待したい。 |

| 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 |
| 5  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる                  | 役場福祉課の運営推進会議への参加の際に運営や現場の実情等を伝える機会がある  | 運営推進会議を通じた情報の共有や、小国郷安心ネットワークの一員として話し合いへの参加、認知症カフェ等に参画している。家族には審議員等もおられることで行政の情報が得られている。   |                   |
| 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「介護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 | 管理者、職員は身体拘束による弊害について考え、利用者視点で生活を支えるケアを心がけ、また安全への配慮を怠らないようにし、繰り返しの勉強会、研修への参加が欠かせないと認識している | 母体法人のスキルアップ研修の一環として身体拘束・虐待について学び、ホーム内では拘束廃止委員会として事例検討や県が開催した権利擁護の研修に参加し、ホーム内での復讐により情報を共有している。入居者を中心とした視点でケアを行うこととして、入居者が立ちあがろうとされる理由を検討したり、センサーマット利用も抑制する目的では使用しない事としてセンサーが鳴ったあとのケア方法等全員が話し合いを重ねている。また、離設等が無いように、所在確認や見守りを徹底している。 |                   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている        | 管理者と職員は、虐待防止に努める為、日頃のケアの言葉使いや態度など、基本的姿勢を意識するよう心がけ、繰り返しの勉強会、研修への参加が必要と認識している              |   |                   |
| 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    | 管理者と職員は権利擁護に関する制度の理解と活用について学ぶ機会を持っているが、個々の必要性を関係者と話し合い活用するまでには至っていない                     |   |                   |
| 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                         | 契約、または改定等の際は料金体系や加算の内容について説明しており、また利用中に負担が生じる際は事前に相談し納得、了承を得て進めていくようにしている                |   |                   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |   |
|----|-----|--|---|---|---|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 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                     | 運営推進会議の中でご家族の代表よりご意見を頂戴する事はあり、その他のご家族にも機会がある度にお尋ねしたり、心情を察知して意見箱の設置もしている               | 家族の訪問時に“何かないでしょうか”と聞き取りをしている。また、毎月、看護・介護両面からの報告書により情報を発信し、敬老会兼家族会として交流会が開催されている。運営推進会議も問題提起の場として生かされている他、“なごみ新聞”を活用し職員の紹介や行事等を報告し家族との共有化としている。  | 家族が一堂に会する機会としての敬老会時に、ホームの現体制の説明や意見交換等を行うことを検討いただきたい。今後も、家族の忌憚の無い意見をホーム運営に反映されることが期待される。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 代表者と管理者は、現場の職員の意見の聴取を定期的に行いながら働きやすい職場作りを心がけている  | 運営体制が変わり、働きやすい環境作りの一環としてアンケートにより職員の意見や要望を収集し、個別面談を行っている。また、ユニット毎のリーダー制として問題の話し合いや、リーダー会議によりホームとしての意思の統一を図っている。管理者、リーダーを中心として、業務改善分析検討チームの他、多様な委員会で役割を担う等職員の意見や提案を出す機会を多く、チーム力を発揮している。 |   |
| 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      | 4月より運営が社会福祉協議会となり資格取得のための支援制度を活用できたり、希望する研修等への参加が出来る事で向上心を持って働ける職場環境に努めている            |   |   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 代表者はチームケアにおいて一人ひとりの質の向上のために職員育成の重要性を認識しており、すべての職員のスキルアップに向けた内外研修の機会の確保に努めOJTの支援も行っている |   |   |
| 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 | 代表者は、地域や県内の同業者のネットワークに加入し、同業者との意見交換会などの交流、連携を図り、事業者同士の協働により質向上に取り組んでいる                |   |   |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------------|-----|--|--|--|-------------------|
|                            |     |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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 | 相談から入所の初期は、アセスメントはもとより、ご本人の気持ちを受け止める為、職員全員が安心できる環境作りを工夫しながら行っている         |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | ご家族の立場に立って、思いを傾聴し、受け止めて入所後のご本人の思いをその後相談しながら、一緒に支援している姿勢で取り組んでいる          |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 初期の対応が適切に行えているかどうか、担当者、ケアマネ、ご家族と相談しながら、今のサービス内容で充足できているか確認している           |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | お一人おひとりの個性や、力の発揮ができるよう本人との関わりやご家族からの情報収集を行い、施設に入所しても意向に添った暮らしを支援している     |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | ご家族とのコミュニケーションを密に行い、ご本人の状況は相談、報告し一緒に支援を行っている                             |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | ご本人のご要望があればこれまで培ってきた馴染みの関係が継続出来る様にしている                                   | 自宅での法要参列に送迎したり、自宅周辺の銀杏がきれい等の話しにより出かけたり(職員が傾聴する中での聞き取り)、迎え団子・おくりだんご等風習等も馴染みとして捉え支援している。 |                   |
| 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                 | 利用者同士が気遣いあったり、挨拶を交わしたりのコミュニケーションがしやすいように配慮したり、また関係性の理解にも配慮して席の配置なども行っている |  |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | サービスの利用が終了した後も、その後の相談や支援に応じる姿勢を示しながら、経過を見守ったり、必要に応じてお尋ねしたりしている                             |   |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 日頃より利用者の思いや意向を把握する為に、会話やちょっとした時の言葉や表情から気持ちを理解するように努めている                                    | 自分の思いを発する入居者は少なくなってきた状況もある中で、○○を食べたい等の要望には家族と相談し家族との食事会を行っている。意思疎通が難しい方には、職員が表情による推察や笑顔をバロメーターとして捉え、職員からの年賀状を見られる体勢からベッド位置を変える等気づきのケアが生かされる等職員の観察力をプランニングに反映させている。  |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入所されてから継続してご家族との会話の機会をご本人の事を知るいい機会と職員は理解しており情報収集に努めている                                     |   |                   |
| 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   | 職員間でお一人おひとりの状況についての情報共有し、断片的な情報に陥らずに、総合的に理解する視点で接するよう努めている                                 |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<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 | 介護計画は、介護する側の視点にならず、本人がよりよく暮らす為の課題やケアのあり方について作成するようしており、毎月モニタリングを行い職員の気づき、本人の意向を反映するよう努めている | 新しい入居者には暫定プランを基に1か月程度は本人を良く見て正式なプランを作成している。課題整理表によりニーズを引き出し、毎月のケア会議での検討、ケアマネージャーによる3ヶ月ごとの見直し、半年毎に再作成している。入退院を繰り返される方には病院看護師の指導を受ける等入居者個々の現状を把握し、詳細かつ具体的なプランを作成している。 |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                     | ご本人の思いや意向に添ったケアの為に、日々の記録が大切と職員は理解しているが、現状では職員のコマやかな気づきが記録に反映出来ていない事もある  |   |                   |
| 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                            | ご本人やご家族のご意向がある時は臨機応変に展開し、冠婚葬祭や家族の行事へのご同行や送迎も行い、その時に生まれるニーズに対応するようにしている  |   |                   |
| 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                                      | ご利用者がより豊かに暮らしていけるよう、本人を支える地域資源と協働する事に留意しており、地域の学生の体験学習の場や、ボランティアの受け入れ等を積極的に行っている                              |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたか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                                 | ご本人が馴染みの医師による継続的な医療が受けられるよう、また、状況に応じて、認知症専門医や歯科・眼科・泌尿器科などご本人・ご家族の希望の医師による医療が受けられるよう支援している                     | 本人・家族の希望するかかりつけ医を継続して支援しており、現在、殆どの方が地域の医療機関による受診と訪問診療が行われている。訪問診療時には、毎日のバイタルチェック、食事・排泄・清潔などを記入し、主治医に報告している。歯科についても、希望による訪問と受診支援が行われている。 |                   |
| 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                          | 日々のケアを通じて本人と最も近い介護職が看護職との連携に努め、早い段階で状態変化や異常に気づき、いち早く医療に繋ぐ事が出来るようにしている   |   |                   |
| 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、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。 | 地域安心ネットワークのケア情報シートにより入退院時の情報共有を行い、入院中の毎日の面会による情報収集をしている。長期入院によるご本人、ご家、事業所の負担増大を理解しており、医療機関との話し合いにより退院計画を立てている |   |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |   |
|----------------------------------|------|---|--|--|---|
|                                  |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 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、事業所ですることが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 | 重度化した場合や終末期支援のあり方を段階ごとに、家族、医療機関と相談し、現段階で出来る施設の支援について理解いただく様に努め、ご本人やご家族に安心していただくよう心がけている。 | 重度化・終末期支援に関する指針、同意書を作成し、本人・家族の意向を確認しながら終末期支援が行われている。職員は必要な研修を重ねながら終末期に取り組み、家族の泊まりでの付き添いによる最期を迎えられている。デスクカンファレンスを開催し、家族からのアンケートを共有している。 | 前法人から支援されてきた看取り支援へ対する家族からの不安視する声があったようである。今後の終末期体制等について家族へ説明頂き、不安の払しょくに繋げていただきたい。                                 |
| 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  | 急変や事故発生時に備えて介護職員が慌てず且つ適切な行動が取れるよう理解している。緊急時のマニュアル作成は出来ているが、模擬訓練までには至っていない                |  |   |
| 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  | 災害時に備え、具体的な避難策を昼夜を通して検討を行っており、いざという時に備えた備蓄品の確保の方法が共有できている。                               | 今年度は地元消防団や消防署の参加による訓練と、夜間帯の実時間で訓練を実施している。災害時の食備蓄として水・缶詰・レトルト食及びガスボンベを備え有事に備えている。運営推進会議の中で、夜間火災発生時の応援体制について、近隣の他の介護施設との相互協力への提案が上がっている。 | 今後も、地域との協力体制や自然災害についての対応策を検討いただき、有事へ備えていただきたい。家族から安全管理への意見等を踏まえ、訓練時には家族への参加を呼びかけることでホームでの危機管理意識の高さを知って頂くと良いと思われる。 |
| <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                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている  | 全ての職員は利用者の誇りを尊重し、プライバシーの確保が出来ている。言葉かけや対応等アンケート等を通して意識調査を行い、日々振り返りとしている。                  | 入居者の尊厳やプライバシー等徹底したケアに努めている。また、虐待を含めチェックリストをもとに言葉使いなど接遇に関する内容について振り返っており、ノックでの居室への入室等今後も在室の有無にかかわらず徹底されることと期待される。                       |   |
| 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  | その方々に合わせた思いを表出し易い質問を行い、表情や全身での反応を読み取る努力が出来ている。   |  |   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |   |
|----|------|--|--|--|---|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 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 | その方のペースに合わせた暮らしの支援を動きや状態に合わせて適切なかわり方をし、一日の過ごし方を柔軟に変えている。         |  |   |
| 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                                  | 一人ひとりの個性や希望、生活歴に応じた身だしなみやおしゃれの支援が来ている。要望があれば定期的な髪染等の支援も来ている。     |  |   |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 職員は利用者と一緒に同じ食事を取る事によって、会話に繋げ季節のものを味わいながら食事が美味しく楽しいものであるよう支援している。 | 系列施設の栄養士による献立を使用し、昼・夜は専任者を中心に調理されている。普段入居者が台所に立つことは殆どないが、体験学習の中学生とのどら焼き作りや、ギョーザ、かき氷、手作りおやつの日など、一緒に取り組む機会を作っている。席の配置も食形態や支援状況に応じて、本人が楽しく食事を摂れるように配慮している。職員も介助や見守りを行いながら、同じものを摂っている。 | 昼・夕食には汁物がついていないことが多く、高齢者にとって喉ごしや、一品としての楽しみからも汁物の検討を望みたい。今後は法人全体で食事に関する委員会を設け、入居者の代弁者として栄養面に加え、楽しい食事支援の提供について意見交換の機会を持つことも良いと思われる。 |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 好みの味の物を提供したり、お一人お一人に合わせた使い勝手の良い食器を準備するなどチーム全員で話し合いながらできている       |  |   |
| 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                  | 毎食後の口腔ケアは欠かさず行っており、歯科医師会主催の口腔ケア研修にも参加し、施設に持ち帰り職員全体への周知も行っている     |  |   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |   |
|----|------|--|--|---|---|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 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       | 出来る限りトイレでの排泄を行えるようにしており排泄パターンを把握し、タイミングを図って声かけ氏意向を伺いながら支援が出来ている。日中の紙おむつ使用が無くなった方もおられる。 | 日中は可能な限りトイレでの排泄を支援している。夜間オムツを使用される方も、トイレへ誘導している。ポータブルトイレは夜間が主であるが、中には安心感から居室に戻り使用される方もおられる。個々に応じた排泄支援により、リハビリパンツから布パンツに移行された方等自立に向けた支援に努めている。                       |   |
| 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                       | 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おり、牛乳や食物繊維を取り入れ自然な排便に繋げている。             |   |   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 一人ひとりの意向を第一にくつろいだ気分で入浴できるよう、無理強いせず負担感のない入浴支援を行っている。状態変化もあり浴槽に入れない方もいるため機械浴の導入も決まっている。  | 入浴は週3回支援しており、1対1の時間をゆっくり寛いでもらえるようにしている。シャワー浴の支援が中心になられた方には、足浴とかかり湯により温まってもらっている。シャワー浴でも湯を入れ、浴室を温めたり入浴剤で香りを楽しんでもらうなど工夫している。冬至前後は職員が持参した柚子を使用し、“ゆず湯週間”として1週間ほど実施している。 | 入居者の高齢化などにより、機械浴が1ユニット設置される予定である。これまでシャワー浴が中心だった方も安全に楽しむことができるであろうと、実現に期待したい。 |
| 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                        | 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。湯たんぽの使用や、眠れない時のお茶の提供などその時々に応じて行えている。   |   |   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                   | 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職員は理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に看護師と共に努め医療機関との連携を行うことが出来ている。    |   |   |
| 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      | 職員は利用者の役割、楽しみ事が張り合いや楽しみに繋がる事を理解できており、それを日課として行えるように支援できている。                            |   |   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |   |
|----|------|--|---|--|---|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 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                      | ご家族で協力できる方に関しては外出支援を行い、そうでない方は周辺の散歩や季節ごとのドライブ等を行っている。                                 | 山々に囲まれたホームであり、山桜や紅葉など近隣への散歩に出かけている。また、地元のイチョウの名所などドライブ等の外出を企画しているが、地域のイベントへの参加は、少なくなっている現状である。自宅での家族との食事等家族の協力も得ている。                             | 身体的な状況により外出の機会が少なくなられた入居者が外気浴ができるようにと、ウッドデッキの設置を法人に上申している。ウッドデッキができる事でお茶の時間など入居者の楽しみが更に広がることと期待される。 |
| 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  | 本人がお金を持つ事大切さは職員は理解できているが、ご意向があり、ご家族と相談できている方は自身で金銭管理を行っている。                           |  |   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 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ができており、年賀状が届き返事を書きたい利用者は葉書を用意する支援を行った。            |  |   |
| 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 | 季節を感じる掲示物や、個別の空間が取りやすい配置を行っている。トイレや浴室に関しては場所がわかるよう目印(看板)を利用したりし、わかりやすくしている。           | 共有スペースには、季節の飾り物や尋常小学校時の本などが置かれている。また、それぞれのユニットも職員が掲示物など共用空間を工夫している。職員は入居者の希望を捉えてプランターに花を植えたり、水やりなど一緒に行っている。立地的に冬場は特に寒いことから、室温には十分配慮しながら換気に努めている。 |   |
| 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  | 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がなされている。椅子等を動かしやすいように配置し、日向ぼっこを行う利用者もいる。 |  |   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |  |
|----|------|---|--|--|--|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| 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 | 本人様の安全に配慮した居室空間作りを心がけ、利用者の安心感や居心地良く過ごせるような飾りや家具の配置を行っている。  | 理念の具現化として「ストレスを感じた時に、安心して帰れる自分の部屋」が職員より提案されている。居室にはタンスや椅子、ソファなどの家具や、化粧品・家族の写真など馴染みや必要品が持ち込まれている。ベッドも掲示物が見やすい位置や、居室での生活が中心の方にはラジカセいより好きな音楽を流すなど個々に応じた居室環境である。室温も居室の場所に応じた温度設定を行い、希望者には湯たんぽが準備されている。また、空き部屋が発生した場合は、身体状況(トイレに近い方が安全であるなど)により、家族に意向を確認し移動も行われている。 | 広めのクロゼットが設置され、季節外の衣類や寝具、排泄用品などを収納し、室内には歩行や車いすの妨げにならないよう必要なもののみを置くよう心掛けている。また、思い出の写真の掲示、尋常高等小学校時の唱歌をCDにし持参されるなど家族の思いが伝わってくる。今後も、一人ひとりにとって居心地よく過ごせる居室環境を家族と一緒に取組まれることを期待したい。 |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している    | 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、本人がしたいという思いに添いながら安全の確保が出来る。 |  |  |

### 自己評価および外部評価結果

| 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                             | 3つの介護理念を基に、管理者、職員は毎日業務に入る前に理念の唱和を行い、ケアに疑問が生じた時は理念に照らし合わせ振り返りを行っている                       |      |                   |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                             | 地域とのつながりが継続できるよう、地域で活動されている方達等の慰問をお願いしたりしているが、事業所の方から参加する事が少なくなっている                      |      |                   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                           | 地域の認知症カフェに講師の派遣を行い活動を行っている   |      |                   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている        | 運営推進会議では施設の取り組みや利用者の状況について報告し、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                       |      |                   |
| 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                   | 役場福祉課の運営推進会議への参加の際に運営や現場の実情等を伝える機会がある  |      |                   |
| 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「介護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 | 管理者、職員は身体拘束による弊害について考え、利用者視点で生活を支えるケアを心がけ、また安全への配慮を怠らないようにし、繰り返しの勉強会、研修への参加が欠かせないと認識している |      |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|-----|---|---|------|-------------------|
|    |     |   | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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     | 管理者と職員は、虐待防止に努める為、日頃のケアの言葉使いや態度など、基本的姿勢を意識するよう心がけ、繰り返しの勉強会、研修への参加が必要と認識している           |      |                   |
| 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 | 管理者と職員は権利擁護に関する制度の理解と活用について学ぶ機会を持っているが、個々の必要性を関係者と話し合い活用するまでには至っていない                  |      |                   |
| 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                      | 契約、または改定等の際は料金体系や加算の内容について説明しており、また利用中に負担が生じる際は事前に相談し納得、了承を得て進めていくようにしている             |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                  | 運営推進会議の中でご家族の代表よりご意見を頂戴する事はあり、その他のご家族にも機会がある度にお尋ねしたり、心情を察知して意見箱の設置もしている               |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                   | 代表者と管理者は、現場の職員の意見の聴取を定期的に行いながら働きやすい職場作りを心がけている  |      |                   |
| 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   | 4月より運営が社会福祉協議会となり資格取得のための支援制度を活用できたり、希望する研修等への参加が出来る事で向上心を持って働ける職場環境に努めている            |      |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている      | 代表者はチームケアにおいて一人ひとりの質の向上のために職員育成の重要性を認識しており、すべての職員のスキルアップに向けた内外研修の機会の確保に努めOJTの支援も行っている |      |                   |

| 自己                           | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------|-----|--|--|------|-------------------|
|                              |     |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 代表者は、地域や県内の同業者のネットワークに加入し、同業者との意見交換会などの交流、連携を図り、事業者同士の協働により質向上に取り組んでいる |      |                   |
| <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           | 相談から入所の初期は、アセスメントはもとより、ご本人の気持ちを受け止める為、職員全員が安心できる環境作りを工夫しながら行っている       |      |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                      | ご家族の立場に立って、思いを傾聴し、受け止めて入所後のご本人の思いをその後相談しながら、一緒に支援している姿勢で取り組んでいる        |      |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている                  | 初期の対応が適切に行えているかどうか、担当者、ケアマネ、ご家族と相談しながら、今のサービス内容で充足できているか確認している         |      |                   |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | お一人おひとりの個性や、力の発揮ができるよう本人との関わりやご家族からの情報収集を行い、施設に入所しても意向に添った暮らしを支援している   |      |                   |
| 19                           |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている                   | ご家族とのコミュニケーションを密に行い、ご本人の状況は相談、報告し一緒に支援を行っている                           |      |                   |
| 20                           | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                               | ご本人のご要望があればこれまで培ってきた馴染みの関係が継続出来る様にしている                                 |      |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                    | 利用者同士が気遣いあったり、挨拶を交わしたりのコミュニケーションがしやすいように配慮したり、また関係性の理解にも配慮して席の配置なども行っている                   |      |                   |
| 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                    | サービスの利用が終了した後も、その後の相談や支援に応じる姿勢を示しながら、経過を見守ったり、必要に応じてお尋ねしたりしている                             |      |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |      |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 日頃より利用者の思いや意向を把握する為に、会話やちょっとした時の言葉や表情から気持ちを理解するように努めている                                    |      |                   |
| 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                                       | 入所されてから継続してご家族との会話の機会をご本人の事を知るいい機会と職員は理解しており情報収集に努めている                                     |      |                   |
| 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   | 職員間でお一人おひとりの状況についての情報共有し、断片的な情報に陥らずに、総合的に理解する視点で接するよう努めている                                 |      |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<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 | 介護計画は、介護する側の視点にならず、本人がよりよく暮らす為の課題やケアのあり方について作成するようしており、毎月モニタリングを行い職員の気づき、本人の意向を反映するよう努めている |      |                   |
| 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                        | ご本人の思いや意向に添ったケアの為に、日々の記録が大切と職員は理解しているが、現状では職員のこまやかな気づきが記録に反映出来ていない事もある                     |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|------|---|--|------|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                          | ご本人やご家族のご意向がある時は臨機応変に展開し、冠婚葬祭や家族の行事へのご同行や送迎も行い、その時に生まれるニーズに対応するようにしている   |      |                   |
| 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                                      | ご利用者がより豊かに暮らしていけるよう、本人を支える地域資源と協働する事に留意しており、地域の学生の体験学習の場や、ボランティアの受け入れ等を積極的に行っている                               |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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                                  | ご本人が馴染みの医師による継続的な医療が受けられるよう、また、状況に応じて、認知症専門医や歯科・眼科・泌尿器科などご本人・ご家族の希望の医師による医療が受けられるよう支援している                      |      |                   |
| 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                          | 日々のケアを通じて本人と最も近い介護職が看護職との連携に努め、早い段階で状態変化や異常に気づき、いち早く医療に繋ぐ事が出来るようにしている  |      |                   |
| 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、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。 | 地域安心ネットワークのケア情報シートにより入退院時の情報共有を行い、入院中の毎日の面会による情報収集をしている。長期入院によるご本人、ご家族、事業所の負担増大を理解しており、医療機関との話し合いにより退院計画を立てている |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・ご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 | 重度化した場合や終末期支援のあり方を段階ごとに、ご家族、医療機関と相談し、現段階で出来る施設の支援について理解いただく様に努め、ご本人やご家族に安心していただくよう心がけている。                      |      |                   |
| 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  | 急変や事故発生時に備えて介護職員が慌てず且つ適切な行動が取れるよう理解している。緊急時のマニュアル作成は出来ているが、模擬訓練までには至っていない                                      |      |                   |

| 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 |
| 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            | 災害時に備え、具体的な避難策を昼夜を通して検討を行っており、いざという時に備えた備蓄品の確保の方法が共有できている。              |      |                   |
| <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                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                    | 全ての職員は利用者の誇りを尊重し、プライバシーの確保が出来ている。言葉かけや対応等アンケート等を通して意識調査を行い、日々振り返りとしている。 |      |                   |
| 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                      | その方々に合わせた思いを表出し易い質問を行い、表情や全身での反応を読み取る努力が出来ている。                          |      |                   |
| 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 | その方のペースに合わせた暮らしの支援を動きや状態に合わせて適切なかわり方をし、一日の過ごし方を柔軟に変えている。                |      |                   |
| 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                                   | 一人ひとりの個性や希望、生活歴に応じた身だしなみやおしゃれの支援が出来ている。要望があれば定期的な髪染等の支援も出来ている           |      |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている      | 職員は利用者と一緒に同じ食事を取る事によって、会話に繋げ季節のものを味わいながら食事が美味しく楽しいものであるよう支援している。        |      |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている           | 好みの味の物を提供したり、お一人お一人に合わせた使い勝手の良い食器を準備するなどチーム全員で話し合いながらできている              |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|---|---|------|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                  | 毎食後の口腔ケアは欠かさず行っており、歯科医師会主催の口腔ケア研修にも参加し、施設に持ち帰り職員全体への周知も行っている                          |      |                   |
| 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  | 出来る限りトイレでの排泄を行えるようにしており排泄パターンを把握し、タイミングを図って声かけ氏意向を伺いながら支援が出来る。日中の紙おむつ使用が無くなった方もおられる。  |      |                   |
| 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                  | 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おり、牛乳や食物繊維を取り入れ自然な排便に繋げている。            |      |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている | 一人ひとりの意向を第一にくつろいだ気分で入浴できるよう、無理強いせず負担感のない入浴支援を行っている。状態変化もあり浴槽に入れない方もいるため機械浴の導入も決まっている。 |      |                   |
| 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                   | 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。湯たんぽの使用や、眠れない時のお茶の提供などその時々に応じて行えている。  |      |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている              | 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職員は理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に看護師と共に努め医療機関との連携を行うことが出来る。     |      |                   |
| 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 | 職員は利用者の役割、楽しみ事が張り合いや楽しみに繋がる事を理解できており、それを日課として行えるように支援できている。                           |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|--|---|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                      | ご家族で協力できる方に関しては外出支援を行い、そうでない方は周辺の散歩や季節ごとのドライブ等を行っている。                                 |      |                   |
| 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  | 本人がお金を持つ事大切さは職員は理解できているが、ご意向があり、ご家族と相談できている方は自身で金銭管理を行っている。                           |      |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 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ができており、年賀状が届き返事を書きたい利用者は葉書を用意する支援を行った。            |      |                   |
| 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 | 季節を感じる掲示物や、個別の空間が取りやすい配置を行っている。トイレや浴室に関しては場所がわかるよう目印(看板)を利用したりし、わかりやすくしている。           |      |                   |
| 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  | 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がなされている。椅子等を動かしやすいように配置し、日向ぼっこを行う利用者もいる。 |      |                   |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 本人様の安全に配慮した居室空間作りを心がけ、利用者の安心感や居心地良く過ごせるような飾りや家具の配置を行っている。                             |      |                   |
| 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   | 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、本人がしたいという思いに添いながら安全の確保が出来ている。                          |      |                   |