

### 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   | 0790700090            |            |          |
| 法人名     | 特定非営利活動法人 豊心会         |            |          |
| 事業所名    | グループホーム すずらんあかり あかり I |            |          |
| 所在地     | 福島県須賀川市森宿字横見根66-7     |            |          |
| 自己評価作成日 | 令和4年2月8日              | 評価結果市町村受理日 | 令和4年5月2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.mhlw.go.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/07/index.php</a> |
|----------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人福島県福祉サービス振興会           |  |  |
| 所在地   | 〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和4年3月23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)】

「一緒に楽しむ」こと、一緒に役割を達成することを大切にしています。コロナ禍で面会が厳しい中でも、窓越しや日用品を届けて頂くときに離れての面会、健康管理されたご家族の自宅に行くなど、ご家族との絆を大切にしています。また団体での外出を避け、感染症対策を講じた上で、個別での外出を計画し行っています。近所を散歩したり、短時間での買い物も継続し、室内だけでは補えない支援も考え、創意工夫支援しています。研修も外部研修はオンラインで参加したり、内部研修も感染状況を観ながら集まって行ったり、オンラインで行ったりしています。

#### 【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)】

1. コロナ禍であっても、自分の足で楽しく外出することを目標に定め、毎日の散歩・近隣コンビニでの買い物・出身地や昔の職場・墓参りに出向く等、感染症対策を取りながら、利用者の要望に応じて日常的に外出支援を行っている。
2. 職員と一緒に季節ごとの展示物づくりをしたり、編み物の得意な利用者が職員にポシェットを作ってくれたり、利用者に米研ぎ・野菜の皮むき・盛り付け等を手伝ってもらう等、一人ひとりが役割を持ちながら楽しみのある生活ができるよう支援している。
3. 毎年、家族アンケート満足度調査を実施し、集計結果を共有しながら、サービスの向上や改善に努めている。

#### 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)     | ○<br>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 | 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)   | ○<br>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)           | ○<br>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)                     | ○<br>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)                 | ○<br>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) | ○<br>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)  | ○<br>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、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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)                | ○<br>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                                       | ○<br>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させている<br>(参考項目:30,31)      | ○<br>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                                   | ○<br>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) | ○<br>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

[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   |
| <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  | 職員会議や朝のミーティングに振り返りながら、毎日、今日大切にすることをユニット毎に話し合い実践、反省を行っています。   | 理念は、事務所内に掲示しており、業務に行き詰まった時等に振り返りながら実践に向けて取組んでいるが、職員間での理念の共有が不十分だと思われる。地域密着型サービスの意義を理解してサービス提供を行っているが、理念に地域との関わりが明示されていない。                      |
| 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  | 毎日散歩を日課にしています。地域交流はコロナ禍で難しかったですが、馴染みの床屋を予約し利用したり、訪問して頂いたりして、出来るだけ地域とつながることを意識してきました。また近所のコンビニに買い物に行くなども行いました。                    | コロナ禍であっても、天気の良い日は毎日、散歩を行い、近隣コンビニでの買い物・馴染みの理容室等を利用する等、地域とつながりながら暮らし続けられるよう支援している。コロナ禍前は、地域の食堂を借りて、パニックラーメンをオープンさせ、利用者が働ける場もあった。                 |
| 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  | 法人としては認知症カフェを感染状況を確認しながら開催してきました。また、他事業所が運営している認知症カフェでグループホームについての講話を行ったり、12月からは市の委託で伴走型支援事業を新設し、地域の方々に支援できるよう前向きに運営しています。       |  |
| 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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている                        | 感染症対策として会議メンバーに事業所の状況が分かるよう資料配布する開催もありました。外出することの重要性を話し合ったり、コロナ禍であっても外出する方法なども話し合いました。特に誕生日祝については大変喜ばれており、今後のあかりの大切にしていく基盤となりました | 運営推進会議は、定期的開催されており、事業所の取り組みや運営状況を報告し、課題等について意見や助言をいただき、サービス向上に活かしている。感染症対策で、書面開催の場合もある。  |
| 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  | 市と地域の認知症の方の支援について話し合う機会を設け、今年度は伴走型支援事業を、市より委託を受け開設することになりました。問い合わせの状況を毎月市へ報告しています。   | 事業所運営が評価され、今年度、須賀川市から委託を受けた『認知症伴走型支援事業』を開始し、毎月、状況報告を行っている。また、介護保険の代理申請や、事故報告・運営推進会議報告等を通して行政担当者と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<br>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 | 法人として倫理委員会を設置し、身体拘束廃止に関する指針を基に委員会への参加、研修会への参加しています。新入社員が入社したときは身体拘束について説明し、身体拘束がもたらす弊害の理解に努めています。また社内研修では新人ベテラン問わず学んでいます。        | 身体拘束廃止に関する指針をもとに倫理委員会は3ヶ月に1回以上開催している。職員は「振り返りチェックリスト」で日頃のケアを振り返り、法人内研修会で身体拘束のないケアについて職員全員で共通理解を深めている。日中玄関の施錠は行わず、見守り対応を行う等、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 |

| 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点 |
| 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     | 法人として倫理委員会を設置し、研修会を行ったり、委員会の中で虐待について話し合う機会を設けています。新入社員が入社したときは高齢者虐待について説明し、不適切なケアがないよう職員全員で考えています。また社内研修では新人ベテラン問わず学んでいます。                   |   |                  |
| 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 | 該当する方がいないこともあり、職員へは学ぶ機会がなく、理解が不十分であります。今後、後見制度を利用されるご利用者も予測されるため、研修計画に盛り込んでいきたいと思っております。   |   |                  |
| 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                      | 利用開始前に実態訪問調査を行い、その中で利用に向けての説明を行っています。また実際にご本人、ご家族に見学して頂き、設備やサービス内容についての説明しています。入居まで、ご本人とご家族が考える時間も考慮し、入居まで焦らず対応しています。                        |   |                  |
| 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                  | 年に1回ご家族にアンケート調査を実施し、事業所だけでなく法人として運営に反映しています。今年度はコロナ禍における面会についてのご意見が多く、自宅やご家族の家に外出したいという意見もあり、感染状況を観ながら、毎月面会の緩和や外出の決まり事をご家族に伝え、可能な限り反映してきました。 | コロナ禍になり、面会を制限したところ、利用者や家族から面会の希望があり、地域の感染者数やワクチンの接種状況に応じてお部屋・ZOOM・窓越し等での面会を実施している。毎年、家族アンケートを実施し、結果を運営に反映させている。                           |                  |
| 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                                   | 社内研修に理事長、副理事長も参加して頂き職員の意見や表情なども見て頂き、要望や提案を聞いてもらっています。月一回の職員会議や個人面談の際に聞き取りを行い、それ以外にも行事や業務内容なども職員の意見や提案を聞きながら反映しています。                          | 管理者は、職員会議やカンファレンスの中で意見や要望を聞き、業務の改善等につなげている。様々な機会に職員の不安や悩み等の把握にも努め、職員の希望を聞きながら勤務体制の変更等、柔軟に対応している。また、法人内研修に理事長や副理事長も参加し、職員の意見・要望等の把握に努めている。 |                  |
| 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   | 年1回、職員表彰を行っています。また事業所の特色と職員の相性なども考慮した異動や入職を調整しています。内部研修で職員が選んだ優秀な職員を表彰する機会も設けていただきました。職場環境の改善ではコロナ禍で、陰圧装置の設置や、抗原検査キットを購入し、職員へ使用できるようにしています。  |   |                  |
| 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      | 資格取得に向け勉強会の開催や、ZOOMを使用した内外の研修参加を出来るようにし、自事業所では補えない学びの場を確保しつつ、委員会や職員会議での絞った学びの場も確保しています。  |   |                  |

| 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点 |
| 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 | 法人内でのレベルアップ研修会で同法人内の他事業所職員との交流、意見交換ができる機会を設けています。また福島県認知症グループホーム協議会、日本認知症グループホーム協会に加盟し、ZOOMなどで繋がりながら、質の向上に努めています。   |  |                  |
| <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           | 入居前には説明や見学をご本人、ご家族にさせていただき、現状とグループホームに求める要望を聴きつつ、グループホームでの生活を少しでも理解していただいた上で、サービスのご利用を検討して頂いています。                   |  |                  |
| 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                      | 入居の際に「その人を知る生活史」という用紙を書いていただき、趣味やこだわり、ご家族の要望や不安等を記入していただき、職員間で共有し、ご本人のことをよく理解している職員がいるグループホームなるよう努めています。            |  |                  |
| 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                  | 環境の変化に戸惑うこともある為、慣れていたいただけるよう職員が説明したり、他の利用者と打ち解けられるよう共同作業を行うなどしています。慣れるまではコロナ禍であっても面会の重要性を説明し、感染対策、状況をみながら意見を伺っています。 |  |                  |
| 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                                  | お互いに「ありがとう」が言えるように、ご本人の趣味や嗜好、出来る事を役割とし、お互い居場所がある環境を意識し、共に暮らす関係性を築いています。   |  |                  |
| 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                   | 感染対策を毎月ご家族に説明し、日用品の買い物や面会をしていただき、コロナ禍前まではいかなかったが、共に支えられるよう誕生祝いを一緒に盛り上げて頂いたり、関係性を築いています。看取りの際は宿泊などもして、一緒に看取ることもしました。 |  |                  |
| 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                               | ご本人を支えてきた友人・知人を把握し、写真入りのハガキを送ったり、先方様からも電話・手紙・面会、テレビ電話を行っています。また、自宅やお墓への外出も感染状況、対策を講じながら支援しています。                     | コロナ禍でも利用者の思いを大切に、自宅や馴染みの場所(昔の職場)、利用者の思い出の場所(自分の生まれた家・兄弟の家等)へ出かけられるよう様々な企画をし、支援している。また、知人や友人へ写真入りのハガキを送り、馴染みの関係継続の支援に努めている。 |                  |

| 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点 |
| 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                                   | 散歩や買い物、食事づくりを通し、自然と孤立せず共に協力し合える支援を意識し関わっています。また外出も集団ではなく、数人ずつ分けてお互いが楽しみ、話せるようにしています。   |   |                  |
| 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                    | 契約終了後もご家族にお電話をしたり、サービス中の写真やお礼の手紙を送ったりし、今後も相談をしやすいように、意識しています。  |   |                  |
| <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   | アセスメントシート、日々の記録から思いや要望を把握し、職員会議で視野を広げて意向の把握をしています。言葉に出来ないご利用者へは表情やしぐさから推測しつつ、ご家族から以前の意向や嗜好を伺い把握に努めています。                            | 利用者との日頃の会話の中から、思いや意向の把握に努めている。また、困難な場合には、表情等から本人の意向を汲み取ったり、これまでの生活史等から読み解きながら、利用者本位に検討している。     |                  |
| 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                                       | 入居の際に「その人を知る生活史」という用紙を書いていただいています。また事前に自宅を訪問したり、以前に利用していたサービスの担当者にこれまでの様子を伺っています。入居後もご家族に聞きながら把握に努めています。出来るだけ馴染みの床屋や行きつけを大切にしています。 |   |                  |
| 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   | アセスメントシート、24時間シートの作成し現状の理解に努め、能力に応じたことを介助し大切にしていけるかを会議で話し合いチームで把握に努めています。  |   |                  |
| 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 | アセスメントした内容や、担当者、リーダーがご家族と話し合った内容をユニット会議で話し合い、それらをもとにチームで計画を作成し、ご利用者が役割ある意欲的な暮らしが出来るように支援しています。                                     | 利用者・家族の意向、利用者の身体状況、職員の意見をもとに作成した介護計画のサービス内容に即した支援を行っている。カンファレンスでは、日常的な利用者の変化や課題を出し合い対応策を検討している。 |                  |
| 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                        | 朝のミーティング時に話し合い、共有や見直し、実践につなげています。決まった記録だけでなく、必要に応じて書式を作成し、情報が途切れないよう、実践と結果が共有できるように努めています。   |   |                  |

| 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点 |
| 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                            | 柔軟に対応できるよう勤務変更をしたり、職員同士、ご家族の想いを話し合うことに努めています。食事形態も以前はミキサーにしていたものを、外部の配食サービスを取り入れ、より合う食品や、外部の管理栄養士に食事の内容や食べ方のアドバイスも頂いています。   |  |                  |
| 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                                      | 畑を利用した余暇、身体機能維持、活躍の場面づくりなどしています。また感染状況と対策を講じながら、馴染みの床屋や買い物に出かけています。   |  |                  |
| 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                                  | 入居時、本人と家族の意向を確認し受診先を決めています。コロナ禍により往診をして頂いたり、予約などして通院など、かかりつけ医へ連絡を取りながら、ご本人、ご家族が安心して望む医療を受けられるように連携を大切にしています。  | 入居時に看取りについて説明しており、その結果、往診をしてくれる協力医に変更する利用者が多い。従来のかかりつけ医受診の場合は家族対応をお願いしている。利用者の状態やバイタルを記載したメモにより家族を介して主治医へ伝達し、受診結果は家族から口頭で受けている。                            |                  |
| 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                          | 法人内の看護師が週1回から2回健康チェックや軽度な運動を行っています。また気付きや体調の変化を看護師に伝え、受診、往診時に医師へ相談する内容等アドバイスいただき、チームで利用者を支えられるように支援しています。   |  |                  |
| 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。 | 入院になった際は職員が病院へ付き添い、担当看護師へ利用者の日々の様子や認知症の症状等、必要な情報を提供しています。入院後も定期的に面会へ行き、状況の確認をしています。退院の許可が出た際はすぐに対応できるよう、ご家族と相談し早期に戻るようしています。退院時も職員が付き添い、医師や看護師より情報提供していただき、ホームで安心して生活が送れるように努めています。 |  |                  |
| 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  | 入居時や面会時などに説明し、同意を得ています。終末期に主治医から家族の意向を再確認し、医者・看護師・介護職員が連携しチームで支援できるように意識しています。死についての話し合いや、看取り後、職員一人ひとりの思いを共有した振り返りを行い、心のケアと次への支援へ向けた取り組みをしています。                                     | 入居時に、「重度化・看取りに関する指針」により説明し、「看取りの覚書」で本人や家族の意向を確認している。状態の変化等に従い、その都度、覚書により家族の意向を再確認し、看取りを行っている。コロナ禍でも、看取りの期間は感染対策を講じ家族の面会宿泊を認め、本人や家族の思いに寄り添った終末期のケアに取り組んでいる。 |                  |
| 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  | 急変時のマニュアルや連絡網を作成しています。初期対応等は、個別に起こりうる事故や急変に対しては個別の対応マニュアル等も作成しています。またご家族にも急変時の意向を確認しています。   |  |                  |

| 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点   |
| 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              | 災害対策委員会を中心に、災害時マニュアルの作成、見直しを行い、消防署立ち合い、自主訓練を行っています。法人全体で防災意識を高め、初期対応が身につくようにしていきます。雪の被害も想定し職員が除雪機の使用方法も学びました。  | 今年度は年6回の訓練を計画したが、4回の実施に終わっている。夜間の火災を想定した避難訓練が3回、災害時の停電を想定した訓練1回である。これまで、避難訓練等に運営推進会議委員や地域住民の参加はなく、避難訓練や災害時の協力に向けた働きかけは行っていない。  | 火災や停電を想定した訓練だけでなく、風水害や地震など様々な想定での避難訓練や通報・防災機器操作など、より多くの訓練の実施が望まれる。さらに、運営推進会議の委員などを通じて地域住民と協力関係を築くための取り組みが望まれる。 |
| <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                      | 法人内部研修等で全職員で共通理解を深め、排泄時に介助が必要なご利用者には、ひざ掛けをかけるなどしたり、排泄の声かけをする際も、他のご利用者に気付かれないよう、耳元でおこなうなど配慮しています。職員間で交換し合い、ご本人の羞恥心、プライドへも配慮することに努めています。                       | プライバシーに関連する「排泄ケアのマニュアル」を定め、トイレ誘導を小声で行い、便座に座った時には膝掛けをかけるなど利用者の羞恥心やプライドに配慮したケアに努めている。また、職員間における排泄等の会話などで、利用者のプライドを傷つけることがないように注意している。                                  |  |
| 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                        | 10時、15時のおやつの際や水分補給の際は、本人に何を飲むか確認し、ご自身で淹れて頂くなどしています。また買い物へ出かけた際なども何を買いたいか、お風呂はいつ入るか、自己決定を大切に支援しています。  |  |  |
| 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    | 入浴や散歩など毎日の日課はご本人と話しながら、一人ひとりのペースに合わせることに努めています。外出を希望される際は、業務を変更し可能な限り希望にそえる事を意識しています。  |  |  |
| 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                                     | 同じ服が続かないよう寝前にパジャマに着替えし、その日の衣類は洗濯し片付けるようにしています。衣類は一緒に選ぶようにしています。また女性は化粧なども行えるように準備しています。洗髪は行きつけの美容室に出かけることなどもご家族の協力を頂いて行っています。                                |  |  |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている | 今年度は業務改善も含め、配食サービスを利用し、献立と食材が届くようになりました。食材の調理や盛り付けはご利用者と共に行い、関わる時間を多くし、希望があった際や行事の際はそれにあつたものに変更するなどし、楽しむ時間を意識して支援してきました。                                     | 11月までは職員が食材を購入し食事を作っていたが、現在は配食会社のワンクック食を提供している。コロナ禍における食事提供の確保と調理に時間を要し介護が疎かになる課題解決のための暫定措置である。月1回の行事等での職員による手作り料理と誕生日では本人の希望のメニューを提供している。利用者の出来ることは手伝ってもらい一緒に行っている。 |  |
| 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             | 一人一人の盛り付けの量や形態に合わせて提供しています。食器の大きさや使いやすさ、座る姿勢なども意識し観察しています。月1回、管理栄養士による栄養指導を受け、食形態のアドバイスや食事以外で美味しくカロリーが取れる方法、トロミのつける度合いなどアドバイスいただき、食事、水分に関する学び、視野を広げる事ができました。 |  |  |

| 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点 |
| 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                  | 食後の口腔ケアや訪問歯科を定期的を受け、アドバイスいただきながら、口腔内の清潔保持に努めてきました。   |   |                  |
| 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  | 排泄記録、水分摂取をタブレットのアプリを利用し、チェックを行い、ご利用者の排泄パターンを把握しています。基本的にはご利用者の習慣に合わせていますが、間隔の状況に合わせて、声掛け案内しています。また、場所わかるよう表示し、排泄の自立を継続しています。                           | できるだけオムツを使用しないで、トイレでの排泄を支援することを基本方針としている。介護記録から排泄パターンや水分補給量を把握しトイレ誘導を行っている。現在、オムツ使用者はいない。オムツからリハパンへ、リハパンから綿パンへの移行者があり改善が見られている。         |                  |
| 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                  | 運動と水分量、薬の副作用など把握し、食物繊維のあるもの、乳製品を取りながら自然な排便を意識しています。便秘の方は主治医、管理栄養士と相談しながら下剤の服用をしています。便秘の間隔はチェック表を用いて把握しています。  |   |                  |
| 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 | 週2回を目安にしていますが、毎日全員に声掛けしそれぞれの生活習慣や希望に合わせて対応しています。断られる方へは時間や職員を変えたり、外出や役割の後などに声かけし、入りたくなるような環境づくりを意識しています。   | 入浴時間を定めず、本人が入りたい時に入浴してもらっている。夕食後の午後7～8時に入浴している利用者が1～2名いる。週に最低2回は入浴できるようにしているが、希望者は毎日の入浴も可能となっている。季節に応じ菖蒲や柚子、差し入れのりんご、入浴剤を入れて楽しんでもらっている。 |                  |
| 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                   | 居室の温度や湿度などの調整をしています。また照明も一人一人にあった暗さにしています。天気の良い日は布団を干すなどして気持ちよく休んでいただけるようにしています。特に消灯時間等もなく、居室で寝ること以外でも休める場所をつくっています。眠くない場合はリビングでテレビを見て過ごすなどしていただいています。 |   |                  |
| 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              | 個人の内服している説明書のファイルを置き、いつでも確認できるようにしています。また臨時薬や変更があれば申し送りや、事務所、薬のBOXに表記しています。何か気になることがあればご家族、主治医に相談し変更、調整しています。  |   |                  |
| 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 | 小さなことでも共同生活を意識し、役割を日課となるよう意識しています。誰かのためになり、生活の幅が広がることを目標に、役割や楽しみを職員も一緒に見つけ続けていく事に努めています。   |   |                  |

| 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点 |
| 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  | 職員と共に畑作りや草花への水やり、外気浴や散歩をし外に出る機会を持つように努めています。また、人の少ない場所への買い物、外出を行ったり、お取り寄せ商品などで出かけた雰囲気づくりに努めています。                                       | 以前と比較すれば外出は少なくなっているが、コロナ禍においても、感染対策を講じて毎日の散歩、コンビニでの買いものを行っている。ワクチン接種済みの家族の協力や、職員が同伴して家族と現地で待ち合わせを行い墓参りを支援している。また、人混みを避けて花見ドライブを行うなど可能な範囲で積極的に外出支援を行っている。 |                  |
| 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  | ご本人がお金を管理されている方もおり、外出時に自由に使っていただいています。多くはお菓子などが多いです。また管理が難しい方は事務所で預かり、必要時に使えるようにしています。   |  |                  |
| 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   | 面会が制限された中でも電話や手紙でのやり取り、ZOOMを使用したテレビ電話などで支援に努めています。個人的に携帯電話を持ってきていただいてもいます。   |  |                  |
| 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                   | 適切な温度湿度管理、新鮮な空気を取り入れ、外の匂いを意識した換気を行っています。共同空間の壁には、行事や利用者の生活を伝える写真や季節の飾りが貼られ、廊下にはソファを設置し、自由に集えるように工夫されています。玄関にも椅子を置き、個別で話ができる空間を意識しています。 | リビングには、大きなカレンダー、日めくりカレンダー、行事の張り紙、利用者と一緒に制作した季節ごとの貼り絵などの作品を掲示し、季節や月日を認識できるように工夫している。テレビの前にソファを置き、廊下の奥には畳敷のスペースを設けるなど利用者が好みの場所でくつろげるように配慮がなされている。          |                  |
| 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  | リビングにはソファを置き、食事の時とは別にくつろげる空間を設けています。また和室や廊下に椅子などを設け、また軒下にもベンチやテーブルを置き、気の合うご利用者同士が職員に気を使うことなく過ごせる空間づくりをしています。                           |  |                  |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている | ご利用者の使い慣れた家具やTV、家族写真や手芸品、位牌等をご本人やご家族と相談しながら持参して頂いています。各部屋には利用者が自分で書いた表札が見やすいようにかけられ、ご利用者が不安なく我が家の様に使用して頂けるよう、配慮しています。                  | 利用者は、自宅で使用してきたテレビ、マットレス、健康器具(ダンベル)、位牌などを持ち込み、壁には家族の写真や貼り絵などの自分の作品を飾り、その人らしい部屋づくりを行っている。また、趣味の編み物道具(編み針や毛糸)や事業所の許可を得て自己管理をしている酒を置いて趣味や嗜好品を楽しんでいる利用者もいる。   |                  |
| 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   | 目印や照明の工夫、車椅子の方や椅子に座ったままでも調理に参加しやすいテーブルを作成、購入など創意工夫を行いながら、一緒に楽しめる支援に努めています。   |  |                  |