

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 月山)

| | | | |
|---------|-----------------|-------|--------------|
| 事業所番号 | 0691600068 | | |
| 法人名 | 株式会社つるかめ | | |
| 事業所名 | グループホームつるかめ | | |
| 所在地 | 山形県天童市小関一丁目2-37 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 4年 2月 28日 | 開設年月日 | 平成 26年 4月 8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)】

介護度・認知機能の低下防止の為にリハビリを積極的に取り入れ一人ひとりの状態や課題に合わせて個別メニューを実施したり、日常の暮らしの中でもリハビリができるよう支援しております。介護計画に掲げている一人ひとりの目標達成へ向けてお客様・ご家族に満足していただけるようモニタリング・評価を繰り返し行って支援しチーム一丸となり「その人らしい暮らしと人生の最期まで尊厳のある暮らしができるように」を目指して取り組んでおります。また職員のスキル向上の為にキャリア段位のレベル2の技術の習得。

【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)】

利用者・家族等の思いを大切にしながら、職員は一人ひとりに合わせた声かけで笑顔で関わり趣味や楽しみ、家事活動などの役割を持って過ごせるよう支援しています。利用者は個別に合わせた運動やリハビリを前向きに行い機能維持に努め、定期的に茶会を催しお点前を披露したり短歌や俳句を作って掲示し、同好会へ出席するなど、趣味を持つことが喜びとなり「生きがい」を持って生活しています。事業所の理念を基に今年度は「基本に戻ろう」の年間目標を掲げ、全職員は半年毎に個人目標を設定し、評価しながら達成出来るよう、更に技術の習得にも力を入れスキルアップを図っています。家族等との信頼関係構築に心がけ地域との繋がりを大切に安心して過ごせるよう取り組んでいる事業所です。

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

基本情報リンク先 <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

【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 エール・フォーユー | | |
| 所在地 | 山形県山形市小白川町二丁目3番31号 | | |
| 訪問調査日 | 令和 4年 3月 23日 | 評価結果決定日 | 令和 4年 4月 12日 |

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~54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 ↓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 | |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 55 | 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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない | 62 | 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. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 56 | 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:18,37) | ○ | 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない | 63 | 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 (参考項目:2,20) | ○ | 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない |
| 57 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:37) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 64 | 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. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない |
| 58 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:35,36) | ○ | 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 | 65 | 職員は、活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. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 59 | 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:48) | ○ | 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 | 66 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 60 | 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 (参考項目:29,30) | ○ | 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 | 67 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 61 | 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 | ○ | 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 | | | | |

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

| 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踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 事業所の基本理念に基づき事業所ビジョンと半期目標を設定し、職員一人ひとりが目標に対しての個人目標と行動計画を掲げ半年ごとに評価を行っている。事業所目標達成の為にチームを編成しチームごとに毎月勉強会を開催し実践へつなげている。 | 基本理念を踏まえ年間目標を掲げ、更に半年毎に全職員で身近な個人目標を立て毎月の職員会議で振り返り実践に繋げている。声かけにも工夫しながら笑顔で接し、利用者一人ひとりに合わせた関わりで、趣味や運動など生きがいを持って暮らせるよう支援している。 | | |
| 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人として日常的に交流している | 事業所の防災訓練などへ地域の方に参加していただいたが他の交流に関しては、現状難しく実現することができなかった。しかし、地域住民の方々へ内部で行っている取り組み等を資料を用い紹介し地域との繋がりが絶えないようにしている。 | 地域からの情報は運営推進会議や市報で得ており、事業所の取り組みは運営推進会議の中で暮らしぶりを写真でみてもらうなどの発信をしている。近隣からの差し入れなどの温かい支援をもらい地域との繋がりを大切にしている。 | | |
| 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 | 運営推進会議などを通じて活動の様子を写真等を活用し実践状況の報告をしている。「グループホームとは」「目的は何か」などの説明や「認知症について」「支援の方法」なども説明し理解していただいている。 | | | |
| 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際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 2カ月に1回開催し事業所の状況や事故報告・ヒヤリハット報告、写真や動画を用いて取り組みについてや活動の様子を報告している。事故内容についてなど様々な意見をいただきサービス向上へ活かしている。 | 会議はコロナ禍の影響で対面で数回実施し、その後は書面での開催となっている。写真などを添付した活動報告や事業報告を行い、参加者からはヒヤリハットなどについての意見があり職員会議で共有し業務に反映させている。会議は地域・事業所と双方向的にコミュニケーションの取れる場と受け止めている。 | | |
| 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 | 運営推進会議を通じて事業所の実情やケアサービスの取り組みなどを理解してもらい指導や助言をいただいている。 | 市担当者からは運営推進会議へ出席してもらい事業所の取り組みを伝え、電話でのやりとりや直接出向く事も多く日頃から連携を取っている。社会福祉制度利用の方も増えているので相談や助言をもらい協力関係を築いている。 | | |

| 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 |
| 6 | (5) | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる</p> | <p>身体拘束をしない取り組みするために「身体拘束防止委員会」を設置している。玄関の施錠については、何度も検討を行いリスクを考慮し開錠せずに現状を維持している。外出したい希望があれば止めることなく開錠し外へ出ていただく取り組みを行っている。</p> | <p>身体拘束廃止委員会を設置して3ヶ月毎に開催し、月に一度の勉強会では言葉遣いや不適切なケアなど無いかの確認を行い取り組んでいる。外出傾向の強い方には声かけの工夫や付き添って散歩したり、また行動背景について職員会議で話し合い対応を統一し、不安なく過ごせるよう支援している。リスク等については契約時に家族等へ説明している。</p> | |
| 7 | | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている</p> | <p>虐待についての勉強会を行っているが「認知症について」の理解も学ぶ機会を設けたりし虐待防止につなげている。また、一人が同じ方のケアに偏るのでなく声を掛け合い交代するなどし虐待防止に努めている。</p> | | |
| 8 | | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p> | <p>成年後見制度を利用しているお客様もいるため勉強会など学ぶ機会を設けたり、関係者と必要時には話し合いをし活用できるようにしている。</p> | | |
| 9 | | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p> | <p>契約締結・解約、改正時に際しては十分な説明を行い、疑問点などもないか尋ね、ご理解いただいた上で署名・押印をいただいている。</p> | | |
| 10 | (6) | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている</p> | <p>利用者やご家族が意見・要望などないか面談や諸用の時などで連絡を取る際にお伺いし意見や要望が出た場合は、速やかに上長へ報告し見直し運営へ反映させている。</p> | <p>利用者からは半年毎のケアプランの見直し時に聞き取りをしている。家族等へは面会時に意見や要望を聞き、メールなどでも細目に連絡を行っている。生活の様子を写真に撮って毎月伝え感謝の声が聞かれている。食べ物などの要望はサービスに反映させている。</p> | |
| 11 | | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p> | <p>職員会議、リーダー会議、主任会議を開催し意見や要望、提案を聞く機会を設け、会議外での必要時は意見を聞く機会を作っている。また、意見や要望が出た場合は速やかに代表へ伝えている。</p> | | |

| 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 | |
| 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 | 事業所の年間目標に対して職員一人ひとりが具体的な個人目標を設定し年2回自己評価と人事考課での評価を行い、個人面談を実施している。 | | / | |
| 13 | (7) | ○職員を育てる取組み 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 | 一人ひとりの力量やケアの実践状況を把握した上で今年度は法人内研修を中心に行ってきた。働きながらトレーニングが行えるように内部研修の受講ばかりなく講師側になり勉強会を開催するなど行ってスキルアップに繋げている。 | | 「基本に戻ろう」の目標を掲げ内部研修で技術面に力を入れスキルアップを図り、資格取得の合格者も多く出ている。研修後は意識向上に繋がりケアに活かしている。職員のメンタル面は管理者が日頃の言動や行動を心にとめサポートしている。 | |
| 14 | (8) | ○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つくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 今年度は、外部で行われる交流の場がほとんど持てなかったが山形県グループホーム連絡協議会のメンバーなどと情報の交換を行いサービスの質の向上を目指した取組みをしている。 | | 山形県グループホーム連絡協議会の会議へは主に管理者がオンラインで参加している。新規の事業所とはコロナ禍での面会や通院介助の対応について情報交換を行いサービスの質向上を図り、互いの悩みなども話し合い交流している。 | |
| 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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居前に心配な事や困っている事など要望等を聞いて本人が出来る限り安心して希望に沿った生活ができるよう職員に周知し統一した支援ができるようにしている。また、入居後は居室担当者が中心となり本人へ不安な事や希望等を確認し安心していただける関係づくりに努めている。 | | / | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 入居前に心配な事や要望等を聞いて入居日までに解決できることはご家族と細目に連絡を取りながら相談し一緒に解決しご家族も安心して準備ができるようにしている。また、入居後も生活の様子などをお伝えし関係づくりに努めている。 | | / | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | ご本人・ご家族が何を必要としているか利用前によくお伺いしグループホームでの生活をどのように過ごしていただくか「その時」必要な支援内容を見極め目標と支援策を考え対応している。 | | / | |

| 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 | |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 日々、一方的な介護にならないよう、お客様のこれまでの生活スタイル・性格などをできる限り把握し自立支援を中心とし個々の役割を作り、他のお客様と家事を一緒に行い「共に生活している」という事を常々意識し持ちつ持たれつの関係性が築けるよう努めている。 | | | |
| 19 | | ○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている | 電話やメール、面会・リモート面会などの場を活用し随時、身体状況や生活状況について報告を行っている。また、支援の方法や内容を変更する際や今後の生活をどのようにしていただくか通院などでもできる限り付き添っていただき一方的に決定するのではなくご家族の意見も聞きながら決定し共にお客様を支えていく関係づくりに努めている。 | | | |
| 20 | | ○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 | 生活歴や生活習慣などご本人・ご家族からお聞きし、行きつけだったお店や美容室などへお連れしたり自宅に帰る機会を設けている。友人や親戚などとは、電話をしたり手紙を出したなど関係が途切れないよう支援している。 | | | |
| 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 | お客様の関係性を把握し、席の位置に配慮したり、共有スペースなどでもどのような環境を好むのかを把握し必要時、職員がさりげなく声を掛け橋渡し役となり孤立しないよう話題の提供や楽しめるような支援をし笑顔が見られ穏やかな関係づくりに努めている。 | | | |
| 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 | 契約終了後も気軽に相談できる相談窓口となれるよう努めている。必要に応じて、ご家族へ近況をお聞きしたりサービスや今後についての提案などを行い相談・支援に努めている。 | | | |
| 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 | お客様に寄り添い一人ひとりと会話する機会を多く持ち本人の思いや意向を引き出し本人の思いや願いに沿った支援ができるように努めている。また、自己表現が困難な方の心情を日々の行動や表情、言動から汲み取るように努め、本人の希望や意向に沿えるように努めている。 | 入居前に本人・家族等から情報収集を行い、表出の困難な方は表情や仕草から汲み取り意向の把握に努めている。日頃の気づきを記録に残し共有を図りプランに繋ぎ、大好きな歌を生き生きと歌い満足した姿も見られる。 | | |

| 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 | |
| 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 | 入居時にご本人・ご家族よりこれまでの生活歴などを聞き取りし趣味や性格・馴染みの関係などシートへ記入していただき入居後も本人との会話の中から情報収集し把握に努めている。 | | | |
| 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 | 日々の様子を観察し記録へ残し、現状の把握に努めている。定期的にあセスメントを行い有する能力や課題・生活へ対する意向について現状把握に努めている。 | | | |
| 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 | ご本人・ご家族から暮らしに対する意向を確認した上で担当者を中心に多職種からも意見を聞きICFを活用し介護支援専門員・管理者・担当者で事前カンファレンスを開催し介護計画を作成している。毎月、全職員でもカンファレンスを開催しモニタリングを経て計画の内容や課題の見直しを行い、現状に即した計画を作成している。 | 利用者・家族等の意向を基に全職員で支援方法を話し合い、その方の「生きがい」を大切にプランを立てている。日々の観察を毎月評価し、半年毎に家族等の参加を得て見直しを行っている。遠方の水族館へ行きたいとの望みに替えて、近くの動物園に行き満足感と大きな喜びに繋がった例もある。 | | |
| 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 | 経過記録をお客様の様子と職員の対応に分けて記入し記録の見返しにもスムーズに行えるようにしている。また、職員の気づきや本人との会話の内容も記入し日々のケアや申し送りなどへ活用している。介護計画の実施状況なども記入し担当者は、常にチェックし毎月のモニタリングにも反映している。 | | | |
| 28 | | ○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 | 地域資源を理解し、一人ひとりが安心して豊かな暮らしを楽しめるように今まで暮らしてきた地域へ出かけたり支援している。 | | | |
| 29 | (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、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 | 入居前と同じ医療機関を受診していただき、かかりつけ医との馴染みの関係性を継続している。受診は、ご家族と協力し状況に応じて職員が同行したり受診の対応をしている。情報提供書は必ず作成しご家族から医療機関へ正確な情報が伝わるようにし適切な医療が受けられるよう支援している。 | 入居前からのかかりつけ医に家族付き添い受診を基本としており、不可能な場合は職員が対応している。受診の際は情報提供書を家族等に持参してもらい、結果は家族等から説明を受けている。希望により歯科医・歯科衛生士の往診や訪問もあり、細やかな健康管理を行っている。 | | |
| 30 | | ○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している | 介護職員、看護職員と併設事業所の看護職員で毎日相談・記録を通じて申し送りをし連携している。また、必要に応じて病気についての勉強会を行い適切な受診や看護が受けられるよう支援している。 | | | |

| 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 | |
| 31 | | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、女心しく治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている | 介護支援専門員を中心に管理者・看護師と共に病院との連携・情報交換を行っている。入院時は、定期的に病院と情報交換を行い状態の把握に努め必要時は、訪問し病院関係者から情報提供を受けるようにし早期退院ができるよう努めている。 | | | |
| 32 | (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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる | 契約時に「重度化した場合における対応の指針」を説明している。また、終末期の意向確認を事前に行い状態変化に伴い早い段階から職員、ご家族と話し合いを行い事業所としてできる事を説明している。医療関係者とも連携を図り終末期に向けた支援にも取り組んでいる。 | 指針を基に重度化した場合の対応について本人や家族等に説明し、入居後も定期的に話し合い意向の確認をしている。重度化した場合は他施設の利用や入院、また家族とかかりつけ医の対応などの条件を満たした場合は看取りを行うなど、家族等の方針に沿って最大限の支援をしている。 | | |
| 33 | | ○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 | 急変時や事故発生時の対応についての勉強会を実施している。また、緊急時の連絡網も作成し事故発生時に備えて危機管理と実践力を身につけている。 | | | |
| 34 | (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 | 年6回の事業所内防災訓練と法人の勉強会にてAEDなどの訓練を実施している。地域の自主防災会と協定を結び施設での避難訓練へ消防団の方に参加していただき近隣住民の方にも協力していただいている。 | 隣接する小規模多機能型事業所と合同で想定を変え地域協定代表の参加も得て実施し、水害想定では実際に利用者から車に分乗してもらい避難訓練をしている。検証から見えてきた反省点は当事者意識を持って改善し、防災意識を高めている。 | | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | | |
| 35 | (14) | ○一人ひとりの人格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 | 接遇に力を入れ、マニュアルの読み上げを行ったり勉強会を開催し一人ひとりの尊厳を守りプライドやプライバシーを損うような言葉遣いをしないように努めている。 | 入居時の情報収集でできる事・できない事を把握し、短歌や俳句・茶道などの趣味や家事などを継続し心豊かに生活できるよう支援している。また排泄時のズボンの上げ下げなど、時間がかかってもできることはしてもらい「待つ介護」を実践している。 | | |
| 36 | | ○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 | お客様の思いや希望を発信しやすい環境作りや関わりを行っている。本人の言葉や表情から思いを読み取り、常に自己決定できるように支援している。表現が難しい方には、選択肢をいくつか作り自己決定できるように支援している。 | | | |

| 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 | |
| 37 | | ○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 | お客様本位であることを第一に職員優先の介護にならないよう「待つ介護」を大切にしている。一人ひとりのペースに合わせた対応を心掛け支援している。 | | | |
| 38 | | ○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 | 季節に合った衣服や外出時のオシャレなど本人・ご家族様へ相談して衣類を整えている。訪問理美容や行きつけの美容院など行き好みのサービスが受けられるように支援している。 | | | |
| 39 | (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 | 一人ひとりが役割を持ち、食事の準備や片付けを分担して行っている。本人の食べたい物を準備したり持ち込みの食事を食べるなどの機会を設け、生活や食の楽しみに繋げている。 | 副食は配食サービスを利用し、ご飯と汁物は利用者に手伝ってもらいながら調理し、温かいものは温かく提供している。毎月の手作り夕食の日には料理が得意な利用者を中心に、希望のメニューや季節料理などを生き生きと調理する姿が見られている。 | | |
| 40 | | ○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 | 個々に合わせた食事形態や量・水分量を把握し栄養バランスの整った食事を提供している。食事量の減少が見られる方は、栄養補助食品などを準備し必要な栄養が確保されるように努めている。水分量は、チェック表を活用し一日1200ml以上を目指して細目に声かけを行いながら摂取できるよう支援している。 | | | |
| 41 | | ○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 | 一日4回の口腔ケアを実施している。自分で磨ける方も口腔内を観察し、必要時には仕上げ磨きを行っている。歯科医師や衛生士と連携を図り状態にあったケアができるように努めている。 | | | |
| 42 | (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向けた支援を行っている | 排泄リズムを把握し排泄チェック表を用いて声掛けや誘導を行い、自尊心を傷つけないように配慮した支援を行っている。自立に向けてトイレ内では自分でできる所は行っていただいている。また、排泄状況の検討を行いオムツからリハビリパンツへの変更やリハビリパンツから綿パンツへの変更も行っている。 | トイレの時間や回数、失敗などから一人ひとりのパターンを詳しく把握し、声掛けや誘導のタイミングを調整している。また筋力が低下した場合は本人の意欲を促して積極的に運動を取り入れ排泄用品の使用も減らし、不快なく生活できるよう取り組んでいる。 | | |
| 43 | | ○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 | 規則正しい食生活と水分補給を行い、便秘予防に努めている。かかりつけ医や看護師と相談しながら排便コントロールを行い、下剤にて調整も行っている。 | | | |

| 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 | |
| 44 | (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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている | 週2～3回の入浴を実施しているがご本人やご家族の希望により入浴回数を増やしたりその日の体調に応じて安全に配慮した入浴支援を行っている。体調に応じて個別浴や機械浴を使用している。状態が良好となった場合は、個別浴へ変更したりすることもある。体調不良時は、全身清拭での対応も行っている。 | 身体状況に合わせて機械浴と一般浴を使い分け、転倒などの事故防止に細心の注意を払いながら浴槽に入り温まってもらっている。拒否する方にはタイミングや担当を変えるなど工夫して入ってもらい、1対1で話が聞ける貴重な時間となっている。 | | |
| 45 | | ○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 | 一人ひとりの生活習慣を大切に、体調や希望に沿って自由に休息していただいている。テレビ鑑賞や本・新聞などを読んだりと思いの時間を過ごされ、日中適度な運動と活動を行い生活リズムを整え安眠へ繋がる支援をしている。「見守りシステム」を活用し夜間の睡眠状況の把握に努め昼夜逆転傾向などが見られた場合は、過ごし方や就寝時間の検討を行い改善できるように工夫している。 | | | |
| 46 | | ○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 | 「服薬システム」を活用し服薬介助や管理を行っている。一人ひとりの使用している薬や目的を理解し副作用等の確認も行うようにし、必要時は、かかりつけ医や薬局の薬剤師へ相談したりし状況の変化や観察に努めている。 | | | |
| 47 | | ○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 | 生活歴やご家族様からの情報を基に得意な事を把握し、力量に応じて役割を持ち生活への張り合いが持てるよう支援している。また、昔から行ってきた趣味や得意な事の継続を図り、楽しみや気分転換ができるように努めている。 | | | |
| 48 | (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。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 個別の外出や食材の買い物、外出行事などは感染予防の為に控えているが本人からの希望があった場合は、希望の物を購入し提供している。天気の良い日などは、大勢との接触がない場所に散歩などへ出かけ戸がいにいけるように支援している。 | 感染防止対策をしながら定期的なドライブや近隣の散歩など、可能な限り外出の機会を多くして開放感を味わってもらい「楽しかった」の声が聞かれている。また一時帰宅して食事を楽しむ方もおり、家族との絆を大切にしている。 | | |
| 49 | | ○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 | 欲しい物や必要品の買い物は、預り金を利用している。外出の機会が得られた場合は、一人ひとりの能力に応じて財布を持ち、欲しい物を選び支払いもしていただくよう支援している。 | | | |

| 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 | |
| 50 | | ○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 | いつでも電話できるように自由に使用していただいたり携帯電話の持ち込みも自由にいただいている。手紙やはがき、年賀状などの宛名書きを送るなどの支援もしている。 | | | |
| 51 | (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 | 季節を感じられるような壁飾りや小物を毎月替えたり観葉植物や花なども飾ったりしている。照明や室温などにも気に掛け柔らかい清潔感のある空間作りに努めている。 | 季節感のある装飾や植物に囲まれたリビングでは、みんなで賑やかにおやつ作りや体操をしたり、一人になりたい時はセミパブリックスペースで外を眺めたり思い思いに過ごしている。利用者同士の関係や一人ひとりの好みを考慮して食席を配置し、穏やかに過ごせるよう努めている。 | | |
| 52 | | ○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 | テーブル席以外にもソファや居間など場所を替えて気の合う方いつでもお茶のみなどが出来るよう準備している。また、窓際にセミパブリックスペースを作り、外を眺めたりして過ごせるようにしている。 | | | |
| 53 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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 | 居室へ自宅で使っていた家具やテレビなどを持ち込み写真なども飾ったり、亡くなられたご家族の遺影や位牌を持参し毎日水をあげたりと自宅と同じ雰囲気「居場所」として居心地よく過ごせるよう工夫している。 | 居室には自由に家具や大切なものを持ち込み、自宅での生活と同じような環境で暮らせるように配慮している。居室入り口には名札や写真、トイレにはわかりやすく目印を貼って迷ったり戸惑わないようにしている。「眠りスキャン」の設置で離床の感知や、睡眠状態を把握し、健康状態チェックや転倒防止に役立てている。 | | |
| 54 | | ○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」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している | 全館バリアフリーとなっており居室をでると直ぐにリビングがあり安心して過ごせる造りとなっている。「できる事」や「わかる事」を生活の中から探し一人ひとりができる限り自立した生活が送れるよう支援している。 | | | |