

## 評価結果概要表

### 【評価実施概要】

|      |                       |       |            |
|------|-----------------------|-------|------------|
| 事業所名 | グループホーム ぬくもり          |       |            |
| 所在地  | 山口県萩市大字江崎55番地         |       |            |
| 電話番号 | 0 8 3 7 - 3 - 2 5 6 5 | 事業所番号 | 3590400028 |
| 法人名  | 特定非営利活動法人 田万川地域サポート21 |       |            |

|                  |                                                                |       |                 |
|------------------|----------------------------------------------------------------|-------|-----------------|
| 訪問調査日            | 平成 21 年 10 月 26 日                                              | 評価確定日 | 平成 22 年 2 月 5 日 |
| 評価機関の<br>名称及び所在地 | 特定非営利活動法人 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク<br>山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内 |       |                 |

### 【情報提供票より】

#### (1)組織概要

|       |                  |                             |     |
|-------|------------------|-----------------------------|-----|
| 開設年月日 | 平成 18 年 12 月 1 日 |                             |     |
| ユニット数 | 1 ユニット           | 利用定員計                       | 9 人 |
| 職員数   | 9 人              | 常勤 8 人 非常勤 1 人 (常勤換算 7.3 人) |     |

#### (2)建物概要

|      |        |           |  |
|------|--------|-----------|--|
| 建物構造 | 木造 造り  |           |  |
|      | 2 階建ての | 1 ~ 2 階部分 |  |

#### (3)利用料等 (介護保険自己負担分を除く)

|        |    |          |       |       |   |
|--------|----|----------|-------|-------|---|
| 家 賃    | 月額 | 35,580 円 | 敷 金   | 無     | 円 |
| 保 証 金  | 無  | 円        | 償却の有無 | 無     |   |
| 食 費    | 朝食 | 200 円    | 昼食    | 400 円 |   |
|        | 夕食 | 300 円    | おやつ   | 100 円 |   |
| その他の費用 | 月額 | 15,000 円 |       |       |   |
|        | 内訳 | 管理費      |       |       |   |

#### (4)利用者の概要 ( 10 月 26 日現在 )

|      |           |         |         |    |     |
|------|-----------|---------|---------|----|-----|
| 利用者数 | 9 名       | 男性      | 名       | 女性 | 9 名 |
|      | 要介護 1     | 1       | 要介護 4   | 2  |     |
|      | 要介護 2     |         | 要介護 5   |    |     |
|      | 要介護 3     | 6       | 要支援 2   |    |     |
| 年齢   | 平均 84.4 歳 | 最低 67 歳 | 最高 93 歳 |    |     |

#### (5)協力医療機関

|               |                                     |
|---------------|-------------------------------------|
| 協力医療<br>機 関 名 | 内科 松井医院、松原医院、弥富診療センター<br>歯科 田万川歯科医院 |
|---------------|-------------------------------------|

### 【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

|           |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (優れている点)  | 地域に根ざした家庭的な雰囲気の中で、その人らしく生活できるよう、職員は利用者と向き合って支援されています。食事の献立や調理も工夫され、満足度調査結果でも、全員から食事が美味しいと評価されています。地域交流の場として東屋を設置され、利用者等と一緒に環境整備をされる地域住民グループが複数あり、作業後に昼食等を共にされたり、魚や野菜、果物の差し入れ、知人の面会等で地域の人々と交流されています。 |
| (特徴的な取組等) | 研修計画を作成され、毎月1回法人の内部研修を実施されています。外部研修も受講され、研修参加者は必ず復命研修を行ない、研修を生かして実践されています。毎月1回、必要な時間外手当も支給されて、全職員が参加する「反省検討会」を開催され、職員が自分自身のケアを振り返って作成したレポートをもとに、自己評価や意見交換・研修をおこなってサービスの質の向上に取り組んでおられます。             |

### 【重点項目への取組状況】

|                       |                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (前回の評価結果に対するその後の取組状況) | 全職員が参加する「反省検討会」で話し合い、地震・水害時の想定訓練、備蓄等については、既存の災害時対応マニュアルを再検討し、新たに、土砂崩れ・地震への対応マニュアルを追加され、運営推進会議に改善報告をしておられます。                                                     |
| (今回の自己評価の取組状況)        | 評価の意義について理解し、全職員がケアの振り返りの場として捉えています。自己評価は、管理者と主任が話し合って原案を作成し、全職員が参加する「反省検討会」に提出し、意見をまとめる作業を繰り返して作成され、サービスの質の向上に活かしておられます。                                       |
| (運営推進会議の取組状況)         | 社会福祉協議会支所長、自治会長2名、市地域包括支援センター職員、市防災担当職員、利用者、家族、管理者、職員等のメンバーで、概ね2ヶ月に1回開催し、状況報告や行事報告、災害対策、外部評価結果報告、家族や利用者の要望、地域の状況等について意見交換を行ない、サービスに活かすよう取り組まれています。              |
| (家族との連携状況)            | 毎月、事業所便りに写真や手紙、行事案内をそえて送付し、面会時や電話等で、暮らしぶりや健康状態などを報告し要望等を聞かれています。家族と一緒に食事・講演会を年2～3回開催し、利用者は、毎月ふみの日に、はがきや手紙を書いたり電話をされています。異動は来訪時や便りで報告されています。面会も多く、宿泊される家族もおられます。 |
| (地域との連携状況)            | 自治会に加入し、年3回広報誌を発行して地域全体に配布し、AED講習会に地域の人も参加し、貸し出しに応じる体制をとっています。小学校の運動会の玉入れや踊りに参加したり、地域のひとと事業所の東屋で過ごし、周辺の環境整備後に昼食を一緒にとったり、散歩などで地域のひとと交流し、季節の野菜、魚、果物等の差し入れもあります。   |

# 評価結果

| 項目                    |                                                                                                          | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                              | ○印（取り組みを期待したい項目） | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| 理念に基づく運営              |                                                                                                          |                                                                                                              |                  |                                   |
| 1. 理念の共有              |                                                                                                          |                                                                                                              |                  |                                   |
| 1<br>(1)              | <p>○<b>地域密着型サービスとしての理念</b></p> <p>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている。</p>                | 「ねばり強くおだやかにめくもりに満ちてともに生きていきます」という社会的責任を果たします」という事業所独自の理念をつくり、地域に根ざした介護サービスの充実等を重点目標に定め、地域との楽しい交流に努めている。      |                  |                                   |
| 2<br>(2)              | <p>○<b>理念の共有と日々の取り組み</b></p> <p>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる。</p>                                   | 玄関、食堂に理念を掲示し、管理日誌の表紙の裏に明示し、職員は理念や重点目標を理解し共有している。朝の引継ぎ時に唱和し、月1回反省検討会を開催して、理念の実践に向けて取り組んでいる。                   |                  |                                   |
| 2. 地域との支えあい           |                                                                                                          |                                                                                                              |                  |                                   |
| 3<br>(7)              | <p>○<b>地域とのつきあい</b></p> <p>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている。</p>             | 自治会に加入し、年3回広報誌を地域へ配布し、AED講習会に地域の人も参加し、小学校の運動会で玉入れや踊りに参加し、地域の人と東屋で過ごしたり、周辺の環境整備をしたり、季節の野菜、魚、果物の差し入れなどで交流している。 |                  |                                   |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用 |                                                                                                          |                                                                                                              |                  |                                   |
| 4<br>(9)              | <p>○<b>評価の意義の理解と活用</b></p> <p>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。</p>               | 評価の意義を理解し、全職員がケアの振り返りの場として捉えている。自己評価は、管理者と主任が話し合って原案を作成し、全職員が参加する「反省検討会」に提出し、意見をまとめる作業を繰り返して作成し、サービスに活かしている。 |                  |                                   |
| 5<br>(10)             | <p>○<b>運営推進会議を活かした取り組み</b></p> <p>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に活かしている。</p> | 社会福祉協議会支所長、自治会長、市職員、利用者、家族、管理者、職員等のメンバーで定期的開催し、状況報告や行事報告、災害対策、外部評価結果、要望等について意見交換をしサービスに活かしている。               |                  |                                   |
| 6<br>(11)             | <p>○<b>市町との連携</b></p> <p>事業所は、市町担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町と共にサービスの質の向上に取り組んでいる。</p>                    | 市地域包括支援センター主催の情報交換会に参加し、市から感染症の情報（新型インフルエンザの予防接種の順番）や、スプリングラウの取り付け等についての情報を得ている。                             |                  |                                   |

| 項目             | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                      | ○印（取り組みを期待したい項目）                                                                                                             | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 4. 理念を実践する為の体制 |                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                  |
| 7<br>(16)      | <b>○家族等への報告</b><br>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々に合わせた報告をしている。                                                      | 毎月、事業所便りに写真や手紙、行事案内を添えて送付し、面会時や電話等で、暮らしぶりや健康状態などを報告している。家族と一緒に食事・講演会を年2～3回開催し、利用者は毎月ふみの日に、はがきや手紙を書いて家族に送付し、異動は来訪時や便りで報告している。 |                                  |
| 8<br>(18)      | <b>○運営に関する家族等意見の反映</b><br>家族等が意見、不満、苦情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とともに、相談や苦情を受け付ける窓口及び職員、第三者委員や外部機関を明示し、苦情処理の手続きを明確に定めている。 | 面会時や電話、運営推進会議等で家族の意見や苦情を聞き運営に反映している。苦情相談窓口、担当者、外部機関を明示し、苦情処理の手続きを定めている。第三者委員を定めているが、明示や家族への周知はしていない。                         | ・定めている第三者委員の明示と家族への周知<br><br>○   |
| 9<br>(20)      | <b>○柔軟な対応に向けた勤務調整</b><br>利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう夜間を含め必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている。                                          | 常勤8名、非常勤1名を確保し、利用者の状況や要望に応じて勤務体制を組み、受診介助、ふる里訪問、墓参り等の同行など、柔軟に対応している。職員の急な休みには、勤務交代や運営者、管理者で対応できるよう体制をとっている。                   |                                  |
| 10<br>(21)     | <b>○職員の異動等による影響への配慮</b><br>運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、変わる場合は利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている。                          | 職員の異動は必要最小限に抑えるようにしている。やむを得ない離職もあるが、新採職員等の場合は、2日から1週間の重複勤務を設けて利用者へのダメージを防ぐよう配慮している。退職した職員が来訪し、大正琴の演奏を楽しむ利用者と一緒に演奏している。       |                                  |
| 5. 人材の育成と支援    |                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                  |
| 11<br>(22)     | <b>○職員を育てる取り組み</b><br>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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。                                      | 新人も含め、すべての職員を対象に段階に応じた研修を行なっている。月1回内部研修を行ない、外部研修は勤務の一環として参加している。研修内容は復命して共有している。介護福祉士等の資格取得に必要な経費を法人が負担し、職員の育成に取り組んでいる。      |                                  |
| 12<br>(24)     | <b>○同業者との交流を通じた向上</b><br>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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。                            | 山口県宅老所・グループホーム連絡会に加入し、下関ブロック連絡会議にも参加して情報交換をしている。月1回、市地域包括支援センター主催の情報交換会に参加し交流している。                                           |                                  |

| 項目                                               | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                 | ○印（取り組みを期待したい項目）                                                                                                                  | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| . 安心と信頼に向けた関係づくりと支援<br>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応 |                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                  |
| 13<br>(31)                                       | ○ <b>馴染みながらのサービス利用</b><br>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している。 | 利用前に本人と家族に施設見学をもらい、利用者や職員と一緒に茶を飲みながら馴染みの関係づくりをしている。併設の小規模多機能施設の利用者とも日頃から職員や利用者が交流し、馴染みの関係づくりに努めている。家族と相談しながら、職員が家庭訪問をしてケアに活かしている。 |                                  |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援                        |                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                  |
| 14<br>(32)                                       | ○ <b>本人と共に過ごし支えあう関係</b><br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている。                       | 「ねばり強くおだやかにめくもりに満ちてともに生きていきます」という理念のもとで、職員は利用者の生きる力を支えつつ、一緒に過ごすことを大切にし、農作業のやり方や調理の仕方などを利用者から学んだり、支えあう関係を築いている。                    |                                  |
| . その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント<br>1. 一人ひとりの把握        |                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                  |
| 15<br>(38)                                       | ○ <b>思いや意向の把握</b><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。                                           | 日々の関わりの中で、会話や行動、表情、態度などから利用者の思いや意向の把握に努め、介護記録や支援経過記録にその都度記録して介護計画に活かしている。困難な場合は、家族と相談したり職員間で話し合い検討している。                           |                                  |
| 2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し                   |                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                  |
| 16<br>(41)                                       | ○ <b>チームで作る利用者本位の介護計画</b><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た介護計画を作成している。          | 本人、家族、かかりつけ医、職員、管理者、計画作成担当者の参加でケア会議を開催し、介護計画を作成している。かかりつけ医等が不参加の場合は、かかりつけ医の意見書や本人・家族の意見や要望、思いなどを参考にして、利用者本位の介護計画を作成している。          |                                  |
| 17<br>(42)                                       | ○ <b>現状に即した介護計画の見直し</b><br>介護計画の期間に応じて見直しを行なうとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している。    | 期間に応じて見直しをしている。状態に変化が生じた場合は、家族や関係者と話し合い、現状に即した新たな介護計画を作成している。                                                                     |                                  |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援                                |                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                  |
| 18<br>(44)                                       | ○ <b>事業所の多機能性を活かした支援</b><br>本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている。                                      | 医療連携体制加算を活かして、日常、緊急時の医療対応や受診の送迎と付き添い、ふるさと訪問、墓参り、ふるさとの稲刈り、美容院への付き添い、買い物、ドライブ、外食など、その時々々の要望に応じて柔軟な支援をしている。                          |                                  |

| 項目                                                         | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                     | ○印（取り組みを期待したい項目）                                                                                                                | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働                                |                                                                                                     |                                                                                                                                 |                                  |
| 19<br>(49)                                                 | <b>○かかりつけ医の受診支援</b><br>本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。             | 本人や家族の希望を聞き、かかりつけ医への受診や医療連携体制加算を活かして協力医が隔週往診をしたり、看護師による日常の健康管理や緊急時の対応など、適切な医療を受けられるように支援している。精神科等への家族同伴受診には送迎、付き添いの支援をしている。     |                                  |
| 20<br>(53)                                                 | <b>○重度化や終末期に向けた方針の共有</b><br>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している。 | 契約時に方針を家族に説明し、ターミナルケアの希望を聞くとともに同意書もらっている。ターミナルケアについての内部研修を行っている。重度化した場合は、早い段階から本人や家族の希望を確認した上でかかりつけ医と話し合って支援し、職員も方針を共有している。     |                                  |
| . その人らしい暮らしを続けるための日々の支援<br>1. その人らしい暮らしの支援<br>(1) 一人ひとりの尊重 |                                                                                                     |                                                                                                                                 |                                  |
| 21<br>(56)                                                 | <b>○プライバシーの確保の徹底</b><br>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない。                          | プライバシー保護マニュアルがあり、内部研修で共有し、トイレ誘導など、自尊心を傷つけない言葉かけに留意し、尊厳と敬意をもって対応している。記録類は個人情報の取り扱いに注意している。                                       |                                  |
| 22<br>(59)                                                 | <b>○日々のその人らしい暮らし</b><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。           | 一日の大まかなスケジュールはあるが、一人ひとりの思いやペースを大切に、買い物、散歩、横になって休むなど、自由にその人らしい暮らしが出来るように支援している。                                                  |                                  |
| (2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援                              |                                                                                                     |                                                                                                                                 |                                  |
| 23<br>(61)                                                 | <b>○食事を楽しむことのできる支援</b><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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。                | 畑の野菜、差し入れの魚、野菜、果物などで利用者の希望の献立をたて、食事の準備や後片付けなどを一緒に行い、職員も同じ食事を一緒に食べながら支援している。晩酌のビール、月1回外食（レストラン、道の駅、すし屋、民宿）や出前をとり、家族会で食事会などをしている。 |                                  |
| 24<br>(64)                                                 | <b>○入浴を楽しむことができる支援</b><br>曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しむように支援している。                | 入浴は毎日14時から19時までとしているが、午前中の中入浴も可能で、利用者の希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように支援している。入浴したくない人には、時間を変えたり、職員が代わって声かけをして工夫している。ゆず風呂も楽しんでいる。         |                                  |

| 項目                            | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                              | ○印（取り組みを期待したい項目）                                                                                                                      | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| (3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援 |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                  |
| 25<br>(66)                    | <b>○役割、楽しみごと、気晴らしの支援</b><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活躍できる場面づくり、楽しみごと、気晴らしの支援をしている。                              | 月1回ボランティアの先生に習う俳画(展示会に出品し見学に行く)、歌、体操、散歩、大正琴、書、外食、ドライブ、野菜づくり、食事の準備、洗濯物干し、洗濯物たたみ、掃除など、楽しみごとや活躍できる場面をつくりをし、気晴らしや張り合いのある暮らしができるように支援している。 |                                  |
| 26<br>(68)                    | <b>○日常的な外出支援</b><br>事業所の中だけで過ごさずに、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している。                                                        | 散歩、買い物、ドライブ、野菜づくり、敷地内の東屋に行って地域の人と交流するなど、一人ひとりの希望に添って、できるだけ外出できるように支援している。                                                             |                                  |
| (4) 安心と安全を支える支援               |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                  |
| 27<br>(74)                    | <b>○身体拘束をしないケアの実践</b><br>運営者及び全ての職員が、「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」及び言葉や薬による拘束(スピーチロックやドラッグロック)を正しく理解しており、抑制や拘束のないケアに取り組んでいる。 | マニュアルがあり、身体拘束対策委員会や毎月の反省検討会で話し合い、抑制や拘束のないケアに取り組んでいる。                                                                                  |                                  |
| 28<br>(75)                    | <b>○鍵をかけないケアの実践</b><br>運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる。                                               | 職員は鍵をかけることの弊害を正しく理解しており、見守り体制をとって鍵をかけないケアに取り組んでいる。外出を察知したら職員が同伴している。                                                                  |                                  |
| 29<br>(78)                    | <b>○事故防止のための取り組み</b><br>転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。                                               | ヒヤリはつとや事故報告書に記録し、事業所の事故対策委員会や毎月の反省検討会で話し合い、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。嚥下体操や服薬支援、草履を履くことによる筋力アップなどで事故防止に備えている。                           |                                  |
| 30<br>(79)                    | <b>○急変や事故発生時の備え</b><br>利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている。                                                         | 緊急対応マニュアルを作成し、全職員が年1回消防署の協力を得てAED(救急救命装置)を用いた講習を受講し、定期的に看護師による内部研修で応急手当や初期対応の訓練を行なっている。                                               |                                  |
| 31<br>(81)                    | <b>○災害対策</b><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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている。                                           | 既存の災害時対応マニュアルを再検討し、新たに土砂崩れ・地震への対応マニュアルを作成している。年1回、消火・避難訓練を実施し、消防署や近隣4戸の住民と連携している。                                                     |                                  |

| 項目                         |                                                                                                                                            | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                     | ○印（取り組みを期待したい項目） | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|
| (5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援 |                                                                                                                                            |                                                                                                                                     |                  |                                  |
| 32<br>(84)                 | <b>○服薬支援</b><br>職員は、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とともに、必要な情報は医師や薬剤師にフィードバックしている。                                | 薬の処方や効用や副作用などの情報を介護記録の中に綴じており、職員は確認して理解している。薬はその都度手渡して服用を確認し、必要な情報は看護師や医師にフィードバックしている。                                              |                  |                                  |
| 33<br>(86)                 | <b>○口腔内の清潔保持</b><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力量に応じた支援をしているとともに、歯ブラシや義歯などの清掃、保管について支援している。                                           | 毎食後、一人ひとりの状態に応じた口腔ケアを実施し、歯ブラシや義歯の清掃・消毒をして支援している。                                                                                    |                  |                                  |
| 34<br>(87)                 | <b>○栄養摂取や水分確保の支援</b><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。                                                            | 食事や水分摂取量を記録し、外部の管理栄養士の助言を得て栄養バランスのとれた食事を提供している。刻み食や牛乳にコーヒーをいれるなどで工夫し、一人ひとりの力量や嗜好に応じて必要量が確保できるよう支援している。                              |                  |                                  |
| 35<br>(88)                 | <b>○感染症予防</b><br>感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)。                                                                  | 感染症予防に関する情報収集や勉強会を行い、食事の前や外出後等には手洗いうがいを励行している。毎日、便座や手すりなどの消毒を行っている。インフルエンザの予防接種は、利用者や職員が全員が受けている。                                   |                  |                                  |
|                            |                                                                                                                                            |                                                                                                                                     |                  |                                  |
| 36<br>(91)                 | <b>○居心地のよい共用空間づくり</b><br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮するとともに、生活感や季節感など五感に働きかける様々な刺激を採り入れて、居心地よく・能動的に過ごせるような工夫をしている。 | 共用空間には、利用者や職員で作った季節の作品やもんぺなどの懐かしいパッチワーク作品、季節の花が飾られ、畳のコーナーに炬燵、フロアーにテーブル、椅子、ソファ、テレビがあり、温度、明るさ、換気、音などに配慮して、家庭的な雰囲気、くつろいで過ごせるように工夫している。 |                  |                                  |
| 37<br>(93)                 | <b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b><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。                                            | 筆筒、炬燵、テーブル、椅子、テレビ、仏壇(花やご飯のお供えがある)、生活用品、家族の思い出の写真など、馴染みのものや好みのものを持ち込み、居心地よく過ごせるよう工夫している。                                             |                  |                                  |

# 自己評価書

## 【ホームの概要】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 事業所名  | 認知症対応型共同生活介護 めくもり |
| 所在地   | 山口県萩市大字江崎55番地     |
| 電話番号  | 08387-3-2565      |
| 開設年月日 | 平成 18 年 12 月 1 日  |

## 【実施ユニットの概要】（9月1日現在）

|           |             |         |         |   |
|-----------|-------------|---------|---------|---|
| ユニットの名称   | グループホームめくもり |         |         |   |
| ユニットの定員   | 9 名         |         |         |   |
| ユニットの利用者数 | 9 名         | 男性 0 名  | 女性 9 名  |   |
|           | 要介護1        | 1       | 要介護4    | 2 |
|           | 要介護2        | 0       | 要介護5    | 0 |
|           | 要介護3        | 6       | 要支援2    | 0 |
| 年齢構成      | 平均 84.4 歳   | 最低 67 歳 | 最高 93 歳 |   |

## 【自己評価の実施体制】

|       |                                                                                                           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 実施方法  | 1. 管理者が、職員から毎月の自己評価資料を提出させる<br>2. 毎月末にその資料を基に反省検討会を行い、反省点と改善方を確認する<br>3. 自己評価「案」を管理者、主任で作成し、同資料を再度全員で検討する |
| 評価確定日 | 平成 21 年 10 月 26 日                                                                                         |

## 【サービスの特徴】

- ・ 山口県北部のこの地区における人口は3,270人、高齢化率は43%であり、1ユニットのグループホームでは認知症高齢者のニーズへの対応が難しい状況にあります。
- ・ 私たちは、このような地域的背景のもとで平成18年12月にグループホームを開設し、今年末で3年目となります。この間、地域社会をはじめ、多くの関係者による支援を得、さらに自己評価と外部評価結果などをふまえ、理念の実現に向けて取り組んでいます。
- ・ 私たちの事業の運営理念には、「介護する」という一方的な援助は利用者を「弱者」に位置付けることになり、目標とする「家庭的な雰囲気の中でのその人らしい生き方」を損いかねないという考えから、職員も利用者と共に生きていくこと、そしてNPO法人としての「社会的責任を果たしていく」ことをその根幹に置いています。
- ・ 運営上の特徴としては、平成19年4月に開設した小規模多機能型居宅介護が同一建物内に併設されており、部門間で利用者同士の交流があり、提供するサービスの幅が広がりを持っていることが挙げられるでしょう。
- ・ しかし現在、経営・財務の面では何とか軌道に乗りつつありますが、利用者に対する介護サービスのノウハウの面においてはなお一層の検討余地があるように感じられます。すなわち、地域密着型介護サービスにおいては利用者個々人にとっての心身の健康状態の維持向上も重要な目標の一つと考えておりますが、利用者それぞれの介護度の進行を抑える、あるいは安定させるという点においては、なお一層の研究と努力が必要のように思われます。
- ・ このような観点から今年度は特に、職員の外部研修を充実して管理者や職員の一層高めるとともに、国の施策による4月からの介護報酬の一部加算や10月から実介護職員の処遇改善施策により、めくもり職員に対する処遇の改善を実行し人材の資することにしていきます。
- ・ さらに、今年度から実施される情報公開を通じてより客観的にこの事業所の運営なおし、一層の介護サービス充実にむけて職員一同取り組んでいきたいと考えております。

# 自己評価票

| 項目                                    | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                       | ○印（取り組んでいきたい項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                                                                                               |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. 理念に基づく運営</b><br><b>1. 理念の共有</b> |                                                                                       |                 |                                                                                                                                |
| 1                                     | <b>○地域密着型サービスとしての理念</b><br>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている。        |                 |                                                                                                                                |
| 2                                     | <b>○理念の共有と日々の取り組み</b><br>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる。                           | ○               | 理念が観念的にならないよう、重点目標と連携させて「実行規範」として位置づけている。                                                                                      |
| 3                                     | <b>○運営理念の明示</b><br>管理者は、職員に対し、事業所の運営理念を明確に示している。                                      | ○               | 重点目標は；<br>1. 家庭的な雰囲気の中でその人らしく 2. 尊厳と敬意をもって 3. 健康と安全に配慮 4. 介護技術を高める 5. 地域との楽しい交流 6. しっかりしたチームワークで                               |
| 4                                     | <b>○運営者や管理者の取り組み</b><br>運営者や管理者は、それぞれの権限や責任を踏まえて、サービスの質の向上に向け、職員全員と共に熱意をもって取り組んでいる。   | ○               | 本年の重点課題は 6. しっかりしたチームワーク チームワークの中身は；<br>1. 語り合う 2. 助け合う 3. 気配りをする 4. 励ましあう これらの点についても定期的に自己評価をする                               |
| 5                                     | <b>○家族や地域への理念の浸透</b><br>事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえるよう取り組んでいる。  |                 |                                                                                                                                |
| <b>2. 地域との支えあい</b>                    |                                                                                       |                 |                                                                                                                                |
| 6                                     | <b>○隣近所とのつきあい</b><br>管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ったりしてもらえるような日常的な付き合いができるよう努めている。 |                 |                                                                                                                                |
| 7                                     | <b>○地域とのつきあい</b><br>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている。     |                 | 自治会行事への参加（自治会総会、環境美化の日など）、愛鳥週間のイベント、敬老会（今年は参加中止）、地域の運動会などでの交流がある。また民生・児童委員や地元ボランティアによるぬくもりの環境整備活動を職員、利用者ともども一緒にし、お茶や昼食を共にしている。 |

| 項目                    |                                                                                                          | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                           | ○印（取り組んでいる項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------|
| 8                     | <u>○事業所の力を活かした地域貢献</u><br>利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる。                  | 相談窓口を設け、随時、地域住民からの相談を受け付けている。家族会に併せて、金谷天満宮宮司による「私の介護体験」の講話会を開催した。救急救命装置(AED)を設置したので、地域でも利用できるよう、近隣住民も参加して萩市消防本部の指導による研修会を開催した。            | ○             | 7月に中学生の体験学習(4名)を受け入れて、大変有意義であったとの評価を得たので、今後も継続したい。 |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用 |                                                                                                          |                                                                                                                                           |               |                                                    |
| 9                     | <u>○評価の意義の理解と活用</u><br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。                          | 毎月の反省検討会を含め、色々な場でも自己評価・外部評価の意義を伝えている。自己評価項目について職員の意見を求め、検討してきた。評価機関からの助言内容は検討会で示し、改善に取り組んだ(緊急避難食糧、用具など)。                                  |               |                                                    |
| 10                    | <u>○運営推進会議を活かした取り組み</u><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に活かしている。            | 家族の意見、関係機関からの意見・情報に参考にすべき点が多くある。関係機関から他の福祉施設の状況や情報など知ることができ参考になっている。                                                                      |               |                                                    |
| 11                    | <u>○市町との連携</u><br>事業所は、市町担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町と共にサービスの質の向上に取り組んでいる。                               | 管理者やケアマネジャーが参加する包括支援センター主催の情報交換会があり、また利用希望者についての細かい情報交換のために実際に行き来している。このことが利用者への適切なサービスの提供に結びついている。市からは新型コロナウイルスなどの詳しい情報がタイミングよく得られる。     |               |                                                    |
| 12                    | <u>○権利擁護に関する制度の理解と活用</u><br>管理者や職員は、地域福祉権利擁護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、必要な人にはそれらを活用するよう支援している。 | 成年後見制度が必要なケースがある。権利擁護や成年後見制度について研修会に2名の職員を参加させ、内部での勉強会を持った。また検討会でも職員の理解を深め、利用者の支援に結びつけるよう取り組んでいる。社協の地域支所長による地域福祉権利擁護制度や成年後見制度についての研修を受けた。 |               |                                                    |
| 13                    | <u>○虐待の防止の徹底</u><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。           | 職員には虐待の本質について学習会をもち、また毎月末の反省検討会の一つの議題にしている。職員は、自分の些細な言動が虐待ではないかと、率直に反省文に記述している。職員による虐待の事実や見聞についてアンケートをとり、検討会で学習した。                        |               |                                                    |
| 4. 理念を実践するための体制       |                                                                                                          |                                                                                                                                           |               |                                                    |
| 14                    | <u>○契約に関する説明と納得</u><br>契約を結んだり解約したりする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。                           | あらかじめ契約書案を渡している。契約時には契約内容、重要事項説明書、情報管理などについて管理者が時間をかけて説明し、質問には丁寧に回答している。内容について理解・納得をしてもらっている。解約時にも手続きを適切に行っている。                           |               |                                                    |
| 15                    | <u>○運営に関する利用者意見の反映</u><br>利用者が意見、不満、苦情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。                            | 日常、管理者や職員が利用者からいろいろな希望を聞きだすよう努めている。これまでのところ不満、苦情はほとんど無い。運営推進会議やケア会議には家族や利用者が参加し、要望、苦情などの意見を述べる機会をもっており、必要な対応をしている。                        | ○             | 今年は介護相談員制度を取り入れ、より一層地域密着型サービスを充実させたい。              |

| 項目          |                                                                                                                                      | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                   | ○印（取り組んでいる項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------|
| 16          | <b>○家族等への報告</b><br>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々に合わせた報告をしている。                                                      | 月一回、利用者の日常生活の写真を添付した「家族便り」を個々の担当職員が作成し、別に管理者がコメントや連絡事項などの文書を添えて家族へ送っている。また家族面会時にパソコンで生活状況の画像を見てもらい、適宜電話、メールでも様子を知らせている。職員の異動は運営推進会議でも公開している。                                      |               |                                                              |
| 17          | <b>○情報開示要求への対応</b><br>利用者及び家族等からの情報開示の要求に応じている(開示情報の整理、開示の実務等)。                                                                      | 開示情報をまとめて玄関に揃えている。情報を壁新聞のように公開することは、居宅の雰囲気を損なうために避けている。「ご家族が希望されれば、介護記録等をお見せできます」との連絡文書を出している。家族会でも、個人情報公開できる旨を説明している。ご家族の要望で介護記録をお見せしたこともある。                                     |               |                                                              |
| 18          | <b>○運営に関する家族等意見の反映</b><br>家族等が意見、不満、苦情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とともに、相談や苦情を受け付ける窓口及び職員、第三者委員や外部機関を明示し、苦情処理の手続きを明確に定めている。 | 家族へは「ぬくもり便り」、面会時、家族会等で常に問いかけ、不満、苦情、意見要望などを気軽に、何でも言える雰囲気づくりを心がけている。苦情相談窓口を公開し、地元での第三者委員(社協支所長)を定めている。外部機関は市高齢障害福祉課、県国民健康保険連合会、県社会福祉協議会としている。家族への文書には「ご意見」欄を設けることが多い。「お声」の箱を設置している。 | ○             | 地域密着型サービスにおいて、家族との良好な関係はその基盤となるものであり、十分配慮していかなければならないと考えている。 |
| 19          | <b>○運営に関する職員意見の反映</b><br>運営者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。                                                                    | 毎月末の反省検討会の議題の一つに「業務改善への提言」を設けており、意見をできるだけ聞きだせる雰囲気づくりに努力している。運営者、管理者が定期的に個人面談をし、公私にわたって要望、提言や悩み等を聞いている。主任以上での「運営委員会」をもっている。                                                        |               |                                                              |
| 20          | <b>○柔軟な対応に向けた勤務調整</b><br>利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、夜間を含め必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている。                                         | 利用者のペースに合わせた勤務時間帯を組んでいる。その都度、利用者の必要に応じ、受診介助、ふる里訪問や墓参り等へ同行している。夜間も含め、緊急時の援助や職員の急病などに対し、職員もふくめて柔軟に対応が出来る態勢がある。                                                                      |               |                                                              |
| 21          | <b>○職員の異動等による影響への配慮</b><br>運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている。                         | 職員の病気、家庭事情の発生等によるやむおえないケースを除き、職員の離職は大幅に減った。やむを得ない異動に際しては、その前後に職場への顔出しなどをしてもらい、スムーズな交代が出来るよう配慮している。退職した職員がボランティアとしての関わりもある。                                                        |               |                                                              |
| 5. 人材の育成と支援 |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |               |                                                              |
| 22          | <b>○職員を育てる取り組み</b><br>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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。                                      | 職員の採用後は職員の技量・経験レベルに応じた内外の研修およびOJTを実施している。ホームヘルパー、介護福祉士などの資格取得や研修に必要な経費を法人が負担し、能力の向上や資格取得への支援を強化している。認知症介護実践研修、管理者研修、人権研修など、山口県ひとづくり財団や市が主催する研修へ積極的に職員を派遣している。                     | ○             | 今年度は新たに介護福祉士の資格取得者4名を目標に取り組んでいる。                             |
| 23          | <b>○職員配置への取り組み</b><br>多様な資質(年代、性別、経験等)をもった職員を配置することにより、多様な利用者の暮らしに対応している。                                                            | 職員は30～60歳代の男女で、多様な利用者の暮らしへ対応している。                                                                                                                                                 | ○             | ここ1年は、職員の定着率が非常に高まってきているが、地元人材不足は依然として続いている。人材確保に努めたい。       |

| 項目                        |                                                                                                                | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                       | ○印（取り組んでいきたい項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                              |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------|
| 24                        | <u>○同業者との交流を通じた向上</u><br>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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。      | 現在、月一回の同業者を含む包括支援センター主催の情報交換会があり、これに参加している。管理者は、日頃同業の管理職と面談も含めた情報交換を行っている。職員間交流は各種研修を通じて知り合った県内の他事業所職員との交流がある。県内の同業者連絡協議会に加入している。     |                 |                                                              |
| 25                        | <u>○職員のストレス軽減に向けた取り組み</u><br>運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる。                                         | 運営者、管理者による職員面接で個人的な意見、悩みなどを聞き出している。職員と利用者を交えて、料理店などでの外食の機会を設けている。利用者の午後の休養時間帯に、職員は意見交換や談笑できる時間をもっている。年二回、役員、職員合同の懇談会を持っている。           |                 |                                                              |
| 26                        | <u>○向上心を持って働き続けるための取り組み</u><br>運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている。                             | 毎月「介護サービス改善へ向けて(自己評価、提言など)」をテーマとする反省・検討会を持っている。その中で自分の努力、実績を提出し、管理者が公平にコメントして向上心へ結びつけている。職員の資格取得を経費面でも支援している。すぐれた提言に対しては報償をしている。      |                 |                                                              |
| 27                        | <u>○職員の業務に対する適切な評価</u><br>運営者は、高い専門性やリスクを要求される管理者や職員の業務に対し、処遇等における適切な評価に努めている。                                 | 評価項目を定めて数値化し、全職員に事前に、どのように評価されるかを説明し、次に自己評価を提出させ、これを参考として加え公正に処遇(昇給、賞与)している。常勤者と短時間就業者とが、時間単価において接近するよう努めている。短時間就業者も公正に昇給させ、賞与も出している。 | ○               | 今年4月からの介護給付加算をふまえ、加算分の全額を基本給、パートの時給額のアップに振り向け、意欲向上に資することとした。 |
| Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援      |                                                                                                                |                                                                                                                                       |                 |                                                              |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応 |                                                                                                                |                                                                                                                                       |                 |                                                              |
| 28                        | <u>○初期に築く本人との信頼関係</u><br>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている。                  | 事前の面接のため、管理者が本人宅などへ赴き、家族同席で面談、本人の思い、家族の希望などを詳しく聴き取り、信頼して頂けるよう取り組んでいる。利用者本人と家族が来訪し、事前見学や面談を原則としており、十分納得してもらっている。                       |                 |                                                              |
| 29                        | <u>○初期に築く家族との信頼関係</u><br>相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている。                       | 家族の立場に立って、家族の不安や今困っていることは何か、希望などをよく聴き、先ず家族の現状やバックグラウンドを受け止めることから始めている。                                                                |                 |                                                              |
| 30                        | <u>○初期対応の見極めと支援</u><br>相談を受けた時に、本人と家族が「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。                               | 面談により、本人の思い、家族の希望などを傾聴し、具体的に何を望んでおられるのかの把握に努めている。場合によっては他のサービスとの連携をとることもある。                                                           |                 |                                                              |
| 31                        | <u>○馴染みながらのサービス利用</u><br>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している。 | 本人・家族による事前見学や利用体験を奨めている。見学時には質疑応答を丁寧に行い、職員の紹介なども行い、入所前には自宅を訪れるなどして馴染みの関係づくりに努め、安心感を持って利用開始が出来るよう工夫している。                               |                 |                                                              |

| 項目                                 |                                                                                          | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                           | ○印（取り組んでいきたい項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                                       |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b>   |                                                                                          |                                                                                                                                           |                 |                                                                        |
| 32                                 | <b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b><br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている。 | 一方的な介護は、本人を「絶対弱者」に置くことになるので、理念に掲げたとおり、ねばり強く、喜怒哀楽を共有し、「共に生きていく」態度で支援している。                                                                  |                 |                                                                        |
| 33                                 | <b>○本人を共に支えあう家族との関係</b><br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている。           | 家族会への積極的参加、日常の面会、電話、担当職員や管理者からの電話、さらに本人からの家族への便り(文の日、毎月23日)等で、利用者や職員の思いをきめ細かく伝えることで家族の協力を得られるように努めている。ちなみに家族・知人の面会の延べ人員は 7月、8月ともに24名であった。 | ○               | このことは、家族を通じて地域ともつながり、地域社会共々高齢者を支える意識の広がり期待できるので努力したい。                  |
| 34                                 | <b>○本人と家族のよりよい関係に向けた支援</b><br>これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している。               | 本人の家族への思いを受け止め、面会時に管理者や担当者も交え、食事、お茶を囲み家族と過ごせるように配慮している。外出、外泊で一緒に過ごされることを奨め、利用者には家族への電話やお便りを書いてもらっている。 本人居室に家族の宿泊を奨めており、宿泊される家族もおられる。      |                 |                                                                        |
| 35                                 | <b>○馴染みの人や場との関係継続の支援</b><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。                 | かつての友人・知人がよく面会に来られる。地域のイベントの見学や参加(運動会文化行事等)、ふる里訪問や墓参り、馴染みの地域へのドライブへは職員も含め、数人で同行している。入居間もない利用者さんを、ご希望により留守であっても実家を訪問するなどしている。              |                 |                                                                        |
| 36                                 | <b>○利用者同士の関係の支援</b><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、支え合えるように努めている。                | 利用者間での馴染みの関係、反目の関係、孤立等もある。それらをよく見極めて良好な関係が成立するよう調整支援をしている。良い関係が成立しにくい人には、スタッフが個別に良好な利用者同士の関係が持てるようさりげなく支援している。                            | ○               | 利用者の生きがいにもつながる重要な点であるので、孤立を見逃さないよう留意したい。                               |
| 37                                 | <b>○関係を断ち切らない取り組み</b><br>サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている。   | 契約終了後の様子は情報交換会から入手している。また、入院先に面会に行くこともある。こちらから家族と連絡を取り合うことや家族が来訪され、お茶を囲んで近況を話されることもある。                                                    |                 |                                                                        |
| <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> |                                                                                          |                                                                                                                                           |                 |                                                                        |
| <b>1. 一人ひとりの把握</b>                 |                                                                                          |                                                                                                                                           |                 |                                                                        |
| 38                                 | <b>○思いや意向の把握</b><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。                     | 日常の会話、表情・態度の中からも本人の思いをつかみ、ケアプランに生かしている。また、本人から直接、思いや意向を言葉として表せない時は、日々の行動や表情からくみ取り、家族等からの情報も得ている。                                          |                 |                                                                        |
| 39                                 | <b>○これまでの暮らしの把握</b><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。                 | 利用開始時、これまでの暮らしの情報やバックグラウンドを家族から聴き取り、これに加え入居後も本人や家族からの様々な情報の積み重ねにより、本人の全体像の把握に努めている。                                                       | ○               | 職員が利用者とともに人生を語り合い、傾聴することでバックグラウンドも把握でき、またこれが利用者の活力維持にもつながるので地道に取り組みたい。 |

| 項目                                    |                                                                                                             | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                | ○印（取り組んでいる項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                                                                    |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40                                    | <b>○暮らしの現状の把握</b><br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている。                                          | 利用者一人一人の生活リズムを理解するとともに、出来ること、出来ないこと、わかること・わからないことの把握、本人の言動等を通して本人の今の思いや真意の把握に努めケアプランに生かしている。                                                   |               |                                                                                                    |
| <b>2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し</b> |                                                                                                             |                                                                                                                                                |               |                                                                                                    |
| 41                                    | <b>○チームで作る利用者本位の介護計画</b><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た介護計画を作成している。       | 本人、家族、かかりつけ医師、職員、管理者と計画作成担当者を交えてケア会議を持つことを原則としている。かかりつけ医師が不参加の場合は、意見書をあらかじめもらっている。家族や本人が不参加の場合は予め意見・希望を伺い、本人本位のケアプランを立てている。                    |               |                                                                                                    |
| 42                                    | <b>○現状に即した介護計画の見直し</b><br>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している。 | 日常生活の中から変化を見出し、定期的な見直しをするとともに、必要に応じて家族とも連携してあらためてケアプランの見直しをすることになっている。計画作成担当者・職員はケアプランを本人の状態変化に即して見直す必要性を意識し、情報把握に努めている。                       | ○             | 日々の安全、健康管理以外に、利用者の心の内をも推し量り、介護計画へ反映することが大切である。                                                     |
| 43                                    | <b>○個別の記録と実践への反映</b><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、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。                         | 個別の介護記録ファイルを職員が常に見やすい場所に置き、必要に応じて確認できるようにしている。別に、「申し送り簿」、「気づきメモ」を生かし、情報を共有し、実践やケアプランの見直しへ反映している。観察は感情を廃し、極力客観的な観察と内面的な変化を汲取るよう努力している。          |               |                                                                                                    |
| <b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>              |                                                                                                             |                                                                                                                                                |               |                                                                                                    |
| 44                                    | <b>○事業所の多機能性を活かした支援</b><br>本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている。                                   | 医療連携体制のもとで、緊急的・日常的医療対応(受診、通院介助)を、家族と情報を共有しつつ行い、また家族の要望に添って同行するなどの診療支援も行っている。小規模多機能ホーム利用者との交流が支援の幅を広げている。                                       |               |                                                                                                    |
| <b>4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働</b>    |                                                                                                             |                                                                                                                                                |               |                                                                                                    |
| 45                                    | <b>○地域資源との協働</b><br>本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している。                                  | 民生・児童委員による継続的なボランティア、地元のボランティアによる環境整備、理容など、本人の意向や必要に応じて多様な支援を受けている。警察や消防機関に依頼して不明者捜索、防災・救急救命研修の支援を受けている。地域のコミュニティーセンターを災害緊急避難場所に提供などの協力を受けている。 | ○             | 無断外出者の捜索には地域住民の協力も不可欠である。捜索のためにも出入り業者を地域資源として重要視していきたい。地元駐在所警察官による健康体操のボランティアをして頂いたが、今後もお願いしていきたい。 |
| 46                                    | <b>○事業所の地域への開放</b><br>事業所の機能を、利用者のケアに配慮しつつ地域に開放している(認知症の理解や関わり方についての相談対応・教室の開催、家族・ボランティア等の見学・研修の受け入れ等)。     | 利用者の状態を考慮しつつ、これまで一般見学者や、中学生の研修受け入れ、家族会では地元住民も招いて講師による認知症や介護体験等の講話会、救急救命研修会を開催している。地域へのAED貸し出しもできることをPRしている。介護相談窓口を設置している。                      |               |                                                                                                    |

| 項目 |                                                                                                                                        | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                              | ○印（取り組んでいる項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------|
| 47 | <b>○他のサービスの活用支援</b><br>本人の意向や必要性に応じて、地域の他の介護支援専門員やサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている。                                                  | ボランティアによる支援、道の駅や料理店などの利用について先方の理解を求め、日常的な買い物や毎月一回程度の食事会などの外出をしている。移動図書館の利用、情報交換会（介護支援専門員も参加）、地元の社協などからの情報収集を行っている。社協視所長による成年後見制度等の講話をしてもらった。 |               |                                                         |
| 48 | <b>○地域包括支援センターとの協働</b><br>本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している。                                                 | 地域包括支援センターを通じて、地域の居宅介護支援事業所、民生・児童委員、他の関係機関・団体との関係が強化された。また同センターから介護上の助言をもらっており非常に役立っている。地域包括支援センター主催の情報交換会に参加している。                           |               |                                                         |
| 49 | <b>○かかりつけ医の受診支援</b><br>本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                                                | 本人や家族の意向を尊重して、入居後のかかりつけ医を決定。家族が遠隔地に居住のケースもあり、基本的に当事業所が代行で受診介助しているが、できるだけ家族同行の受診をお願いしている。隔週の訪問診療もある。利用契約時に、受診介助について説明している。                    | ○             | 受診は、あらかじめ本人の意志を確認し、要望に応じて職員同伴の受診をしている。今後ともこのやり方の継続となろう。 |
| 50 | <b>○認知症の専門医等の受診支援</b><br>専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している。                                               | かかりつけの医院には、認知症に詳しい医師がおられるので受診治療を支援している。認知症や認知症介護についての勉強会への講師としての参加や助言・指導を頂くようにしている。                                                          |               |                                                         |
| 51 | <b>○看護職との協働</b><br>利用者をよく知る看護職員（母体施設の看護師等）あるいは地域の看護職（かかりつけ医の看護職、保健センターの保険師等）と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている。                           | 看護師1名を配置しており、日頃の健康管理や状態変化に応じた支援をしている。介護職員からの電話連絡等を受け、夜間対応も可能である。看護師と医療機関は常に連絡が取れる体制をとっている。                                                   | ○             | 看護職の採用が非常に困難である。関係者との情報交換に努めたい。                         |
| 52 | <b>○早期退院に向けた医療機関との協働</b><br>利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、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。あるいは、そうした場合に備えて連携している。                       | 入院という事態のダメージを最小にするため、職員と家族が同伴するとともに、医師と情報交換する機会を持つように努めている。入院中はなるべくお見舞いに行き、病院側や家族とも連絡を密にして、事業所で受け入れられるよう、早い段階での退院に向けて支援している。                 |               |                                                         |
| 53 | <b>○重度化や終末期に向けた方針の共有</b><br>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している。                                    | 契約に当たり、重要事項説明書に明記している内容を説明し、重度化した場合やターミナルケアにおける家族の希望を聞くとともに、対応に関する同意書を頂いている。また、本人の状態変化に応じて家族・本人の希望を確認している。                                   |               |                                                         |
| 54 | <b>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</b><br>重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医等とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている。 | 現在は、その事態に対応するための事前手続きとして、重度化や終末期に向けた事業所の対応について家族へ説明し、同意書をもらっている。重度化対応のマニュアル・対応のためのチームをつくっている。                                                |               |                                                         |

| 項目                           |                                                                                                                 | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                      | ○印（取り組んでいきたい項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                                            |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 55                           | <u>○住み替え時の協働によるダメージの防止</u><br>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている | 高齢者にとって、他施設への入所または入院等による住み替えダメージは重大な事態である。住み替えの場合は、家族、本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや文書での情報交換を行い、ダメージの最小化に努めている。                                               |                 |                                                                            |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援    |                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |                 |                                                                            |
| 1. その人らしい暮らしの支援              |                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |                 |                                                                            |
| (1)一人ひとりの尊重                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |                 |                                                                            |
| 56                           | <u>○プライバシーの確保の徹底</u><br>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない。                                      | 介護目標の第一にその人らしさを尊重し、その人本位の介護。尊厳と尊敬の念を掲げている。うっかり、あるいは群集心理から不用意な言動が出かねないことなど、あらゆる場で強調している。個人情報の取扱には細心の注意を払っている。来訪者、ボランティアへも注意を喚起している。プライバシーの保護マニュアルがある。 |                 |                                                                            |
| 57                           | <u>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</u><br>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている。                  | 表現力の弱い利用者には、介護者はボディランゲージも加え、意志表出を誘導し、表情や動作から個々の意向を読みとり、話しかけるようにしている。本人による自己決定、利用者本位の介護が基本であり、本人の意思、自己決定の無視は虐待の一要素であることについて注意を喚起している。                 | ○               | 利用者の意思表示や意向が把握でき、自己決定につなげられるよう、言葉かけや雰囲気づくりに心掛けている。                         |
| 58                           | <u>○“できる力”を大切にしたい家事への支援</u><br>家事(調理、配膳、掃除、洗濯、持ち物の整理や補充、日用品や好みの物などの買い物等)は、利用者の“できる力”を大切にしながら支援している。             | 日常生活の中で、調理、配膳、掃除、洗濯物干しや取り込み、名前のついた持ち物の分別・整理、来客の出迎え、お茶だし、食後の片づけ、ペットの世話、植木類への水やりなど、多くの選択肢から楽しみながら出来ることを選択されるよう支援している。                                  |                 |                                                                            |
| 59                           | <u>○日々のその人らしい暮らし</u><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。                        | 基本的な一日のリズムはあるが、その日のスケジュールは利用者本位で考えている。買い物、散歩、横になって休む、部屋で休むなど、一人一人の状態や思いを大切に、また自己決定が困難な利用者には、幅広い選択肢の提供や本人の思いの把握に努めている。                                | ○               | その季節らしい柏餅、ぼたもち、正月餅づくりなどもしている。                                              |
| (2)その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援 |                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |                 |                                                                            |
| 60                           | <u>○身だしなみやおしゃれの支援</u><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、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。                                   | 朝の着替え、寒暖に合わせた服装、外出時の身だしなみや化粧、履き物などは自分で選択。特に、健康や体面上の支障がなければ、多少のちぐはぐな服装もOKで、その人の好みを尊重している。好みの理美容店で、自分の好みのカットをし、パーマ、毛染めもしてもらっている。                       |                 |                                                                            |
| 61                           | <u>○食事を楽しむことのできる支援</u><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。                            | 食事準備、片づけは協働で、が原則。ほぼ毎月、職員ともども料理店、レストラン、道の駅、すし屋、民宿や時にはお弁当の出前での食事会をしている。家族会では、家族とともに調理・食事を楽しんでいる。給・配食サービスは受けていない。祝日には一緒に好みのご馳走をつくることとしている。自前の無農薬菜園がある。  | ○               | 自家菜園で共に作業し、無農薬野菜を自給しているので、季節感のある食材を提供していきたい。インフルエンザ感染防止のため、今年は外出を見合わせるが多い。 |

| 項目                                   |                                                                                                 | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                   | ○印（取り組んでいる項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                                                             |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 62                                   | <b>○本人の嗜好の支援</b><br>本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのものを一人ひとりの状況に合わせて、日常的に楽しめるよう支援している。                  | 職員は利用者個々人の嗜好を知っていて、それを楽しめるよう支援している。好みに合わせて個別に調理することもある。ビール好きの人には希望に応じて適量飲んでもらっている。食材や、おやつには季節感を取り入れている。                                           |               |                                                                                             |
| 63                                   | <b>○気持ちのよい排泄の支援</b><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、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している。              | その人の排泄パターンや習慣に合わせ、さりげない誘導をしている。排尿失敗があれば、周囲に気づかれないよう、また本人の心理的ダメージを最小にするため、さりげなく、手早く対応することになっている。                                                   |               |                                                                                             |
| 64                                   | <b>○入浴を楽しむことができる支援</b><br>曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している。           | 一人一人の希望や体調により入浴の間隔・時間を知り、またその日の体調や希望を本人に確認している。入浴を拒む人には声かけのタイミング、どのような声かけをするかをチームプレイにより自発的な入浴が出来るよう工夫している。柚風呂など、季節に応じた入浴もして頂いている。                 |               |                                                                                             |
| 65                                   | <b>○安眠休息の支援</b><br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり、眠れるよう支援している。                            | 日中の活動を促し、夕食後は居間での談話、くつろぐ人、居室での祈りなど、その人の生活リズムが整えられ、気持ちよく眠られるよう努めている。寝付けない人には添い寝、話相手などの対応もしている。歯磨き、寝具準備、更衣など、就寝へのリズムづくりに心掛けている。                     |               |                                                                                             |
| <b>(3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援</b> |                                                                                                 |                                                                                                                                                   |               |                                                                                             |
| 66                                   | <b>○役割、楽しみごと、気晴らしの支援</b><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活躍できる場面づくり、楽しみごと、気晴らしの支援をしている。 | 往年の賄いの腕を調理に生かしたり、下ごしらえの包丁さばきが非常に上手い人にはそれを生かした参加をお願いしている。大正琴、書、読書などの得意な人には、ボランティアとの合奏、自分の作品集づくり、移動図書館の利用などを支援している。役割や楽しみごとが行動に移せる利用者が多くなるよう心掛けている。 | ○             | 役割、楽しみごと、気晴らしが行動に移せるのは比較的軽介護度の利用者である。重度化した場合の工夫が必要である。新しい利用者で、自宅から連れてきた猫の世話をしてもらっているケースもある。 |
| 67                                   | <b>○お金の所持や使うことの支援</b><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状態に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。        | 本人が金銭管理を希望される場合には「同意書」を作成し、「所持金管理への支援規則」に則って支援している。買い物の希望があれば職員が同行し、できるだけ自力で買い物を完結できるよう、さりげなく介助している。ドライブの途中ではふれ合い広場などで買い物を楽しむこともある。               |               |                                                                                             |
| 68                                   | <b>○日常的な外出支援</b><br>事業所の中だけで過ごさずに、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している。                           | 天気状況、本人の体調や希望に応じ、友人宅、ふる里訪問、墓参り、景勝地へのドライブ、また季節を感じてもらえるよう「つくし摘み」「農作業見物」などに出かけている。時には実家へ職員と同行帰省し、田植えや稲刈りをすることがある。回顧や発見は心身への良い刺激になると思われる。             |               |                                                                                             |
| 69                                   | <b>○普段行けない場所への外出支援</b><br>一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している。        | 行ってみたいところの希望を常々聞いている。当事業所が対応出来ない場合には家族と連絡を取り、希望される墓参りや祭祀、住み慣れた地域での敬老会、温泉行き、身内の婚礼や葬儀などへの家族同行を働きかけている。                                              |               |                                                                                             |

| 項目              |                                                                                                                             | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                  | ○印（取り組んでいる項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|
| 70              | <b>○電話や手紙の支援</b><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。                                                              | 職員の介助で、家族へ電話するケースが多い。普段、手紙が書けない利用者のため「文の日」(毎月23日)を設け、家族への便り書きをされるよう声かけをし、書き方などの支援をしている。毎週末には必ず電話してこられる息子さん兄弟もおられる。                               |               |                                         |
| 71              | <b>○家族や馴染みの人の訪問支援</b><br>家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している。                                               | 家族、友人・知人が頻繁に訪問され、本人や職員がお茶や茶菓子サービスをしている。面会は自室で、が原則だが、場合により居間も利用して貰っている。家族会、「家族への便り」で、家族、友人・知人の訪問をお願いしている。訪問に関しての取り決めは無い。                          | ○             | 特になじみの人の訪問を大変喜ばれるので、今後とも機会が増えるようお誘いしたい。 |
| 72              | <b>○家族の付き添いへの支援</b><br>利用者や家族が家族の付き添いを希望したときは、居室への宿泊も含め適切に対応している。                                                           | 各居室の広さは基準以上あり(旧ペンションの個室)、家族数人が宿泊できる。寝具は用意しており、いつでも宿泊利用可能で、実際に宿泊されている。                                                                            |               |                                         |
| 73              | <b>○家族が参加しやすい行事の実践</b><br>年間の行事計画の中に、家族が参加しやすい行事を取り入れ、家族の参加を呼びかけている。                                                        | 一緒に食事を準備し、昼食を共にする家族会や、その後で家族・近隣住民を含めた学習会、例えば外部講師による「私の介護体験」などの学習会や萩市消防本部の指導によるAEDによる救急救命研修を行っている。月分の誕生会をしているが、利用者家族の参加も呼びかけたい。                   |               |                                         |
| (4) 安心と安全を支える支援 |                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |               |                                         |
| 74              | <b>○身体拘束をしないケアの実践</b><br>運営者及び全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」及び言葉や薬による拘束(スピーチロックやドラッグロック)を正しく理解しており、抑制や拘束のないケアに取り組んでいる。 | 高齢者の権利擁護や身体拘束に関する勉強会をしている。毎月の反省検討会のテーマの一つとしている。「身体拘束ゼロを目指して」のマニュアルがあり、職員は入居者が拘束によって受ける心身のダメージを理解し、意識して取り組んでいる。これまで身体拘束の事態はない。                    |               |                                         |
| 75              | <b>○鍵をかけないケアの実践</b><br>運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる。                                              | 日中はどの出入り口にも鍵を懸けていない。無断外出のサインを見落とさない見守りに努め、サインのある人とは一緒に散歩へ出かけている。近隣住民や配達業者などに理解を求め、無断外出者があった場合の声かけや連絡をお願いしている。                                    |               |                                         |
| 76              | <b>○利用者の安全確認</b><br>職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している。                                                       | 昼間、職員はほとんど利用者と同居間兼食堂を中心に介護支援に当たりまた食事の準備、記録をしながら、さりげなく全員を見守っている。夜間は居間を根拠に入口ドアを開け放って居室、トイレの音などを聞き取り、また数時間毎に居室などの見回りをしている。夜間に行動特性がある利用者には安全を確認している。 |               |                                         |
| 77              | <b>○注意の必要な物品の保管・管理</b><br>注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている。                                                 | 包丁、裁縫用具、湯沸かしポット、洗剤などは通常家庭の状態で扱っている。常用薬は特定の場所に収納し、ハイターや消毒薬は利用者の目に入らない所に収納している。事故は起こりうるものとして、日常の「慣れ」に陥らないよう注意を喚起している。                              |               |                                         |

| 項目                        |                                                                                                             | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                            | 〇印（取り組んでいきたい項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| 78                        | <b>〇事故防止のための取り組み</b><br>転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。                              | 利用者一人ひとりの心身特性を把握して、日常生活の中で取り組んでいる。誤嚥リスクの高い利用者の食事や服薬支援、毎月一回事業所内の安全点検をしている。階段の昇降や草履をはくこと(ともに脚力増進)を奨励し、個人的に対応している。夕方の無断外出には充分注意し、見守りを強化している。                  |                 |                                  |
| 79                        | <b>〇急変や事故発生時の備え</b><br>利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている。                                        | 全職員が年一回、消防署の協力を得て救急救命の研修で知識、技術を習得し、また、警察署の協力を得て無断外出者捜索訓練を実施し、事態へ備えている(それぞれのマニュアルあり)。夜間の急変に注意し、即応できる心構えや職員の注意力を喚起していきたい(夜間急変の事例あり)。                         |                 |                                  |
| 80                        | <b>〇再発防止への取り組み</b><br>緊急事態が発生した場合や、発生の可能性が見られた時には、事故報告書や”ヒヤリはっと報告書”等をまとめるとともに、発生防止のための改善策を講じている。            | ヒヤリハット報告書をまとめ、検討会で再発防止に備えるとともに、発生した事態の背景、直接的原因を究明することとしている。考えられる対策、実行できる改善事項を検討し、検討会で確認している。今のところ事故に至っていない。日頃の心構えが重要であるという意識を喚起していきたい。緊急事態への対応マニュアルを備えている。 |                 |                                  |
| 81                        | <b>〇災害対策</b><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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている。                          | 利用者とともにマニュアルに沿って避難訓練をしている(一回は消防署の協力で)。近隣の4戸にあらかじめ緊急時の支援を依頼し、消火器の置き場所、避難経路の図面を提示してある。消火器や避難経路の確保等の定期点検を行っている。土砂崩れ・地震への対応マニュアルを新設した。                         |                 |                                  |
| 82                        | <b>〇リスク対応に関する家族等との話し合い</b><br>一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている。                        | 管理者が家族との面談の際やケア会議等で、かかりつけ医からの意見書も参考に、リスクについて家族とも意見交換し、介護計画を立て、また介護計画の見直しを行っている。当事業所は基本的に開放型介護サービスを目指しており、抑圧感はないと思う。                                        |                 |                                  |
| (5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援 |                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                 |                                  |
| 83                        | <b>〇体調変化の早期発見と対応</b><br>一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている。                                  | 一人ひとりの普段の状況や持病、服薬、体調のリズムを職員が把握し、毎日のバイタルチェックやちょっとした心身の変化の気付きを重要視し、管理者・看護師に報告、記録するとともに家族へ連絡し、必要に応じて医療受診につないでいる。                                              |                 |                                  |
| 84                        | <b>〇服薬支援</b><br>職員は、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とともに、必要な情報は医師や薬剤師にフィードバックしている。 | 全職員が服薬の効果、副作用等の内容をいつでも見て理解できるように介護記録の中にとじてある。医師による処方箋の変更があれば、その都度全職員に申し送る。さりげなく、かつ注意深く観察して変化があれば記録し、必要に応じて医師に報告している。利用者への実際の服薬支援は特定の職員が行っている。              |                 |                                  |
| 85                        | <b>〇便秘の予防と対応</b><br>職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる。                                | 利用者には日常生活の中で出来るだけ体を動かすよう掃除、洗濯物干し、散歩、階段の昇降などを勧めている。繊維質の食材を使うとともに、2回のおやつの内、一回は必ず果物として牛乳やヨーグルトも添えたり、必要に応じて起床時にコップ一杯の冷水をすすめ自然排便に留意している。                        |                 |                                  |

| 項目                                                      |                                                                                                                                            | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                                          | ○印（取り組んでいる項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                                                           |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 86                                                      | <b>○口腔内の清潔保持</b><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力に応じた支援をしているとともに、歯ブラシや義歯などの清掃、保管について支援している。                                            | 毎食後、利用者の習慣や意向に配慮しつつ、一人ひとりの力量に応じた歯磨き、義歯の洗浄等、口腔ケアの支援をしている。口腔ケアは感染症予防、食事の継続、健康や安全の維持上、非常に重要な事項であることを認識し、日常の介護の重点として取り組んでいる。誤嚥予防に嚥下体操をしている。                                                                  |               |                                                                                            |
| 87                                                      | <b>○栄養摂取や水分確保の支援</b><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。                                                            | 利用者一人ひとりの水分や食事摂取量をチェックし、記録している。管理栄養士に献立をみてもらって専門的なアドバイスをもらっている。牛乳の嫌いな人にはコーヒー牛乳、偏食の人には刻み込んだり、大皿に盛り付けて見た目の変化をつけるなどの工夫をしている。                                                                                |               |                                                                                            |
| 88                                                      | <b>○感染症予防</b><br>感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)。                                                                  | 感染症予防や対応の取り決めがあり、定期的あるいは流行期に備えて情報収集し、勉強会を持ち予防、早期発見、早期対応に努めている。感染症は予期できない特徴があることから、日常関係機関からの情報も早期につかみ、対応していきたい。市は情報提供に積極的である。                                                                             | ○             | 新型インフルエンザ予防のために関係機関等から速やかに情報を得て、職員自体も消毒などの決まりを徹底し 万全を期したい。玄関や通用口には消毒液を置き、便座や手すりなどの消毒をしている。 |
| 89                                                      | <b>○食材の管理</b><br>食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている。                                                                 | まな板、ふきん、食器等は定期的に漂白し、冷蔵庫や流し台周辺の清潔に心がけている。冷蔵庫内の在庫品を極力少なくし、新鮮で安全な食材使用のため、ほぼ毎日買い物をしている。食のより一層の安全のため生産者の顔がわかる地産地消を心がけている。自前の無農薬菜園を活用している。                                                                     |               |                                                                                            |
| <b>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</b><br><b>(1)居心地のよい環境づくり</b> |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                            |
| 90                                                      | <b>○安心して出入りできる玄関まわりの工夫</b><br>利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている。                                                       | 建物は旧ペンションなので、玄関は広く開放的である。少し高台に位置しているのでアプローチには手すりを取り付けて安全を図っている。玄関のわずかな段差をなくし、上がりかまちの角をなくした。改修時に建物塗装を親しみやすいカラーに変更している。玄関には季節の花や植木鉢を置いている。                                                                 |               |                                                                                            |
| 91                                                      | <b>○居心地のよい共用空間づくり</b><br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮するとともに、生活感や季節感など五感に働きかける様々な刺激を採り入れて、居心地よく・能動的に過ごせるような工夫をしている。 | 玄関、居間、食堂、トイレなどは、日常頻繁に利用する中心的空間なので、家庭的で落ち着いた雰囲気を出し出す工夫が必要であり、改修時に出来るだけの工夫をした。玄関には利用者との協働作業で季節の風物(桜、雛人形、ススキ、掛け軸など)を飾っている。祝祭日にはベランダに利用者と一緒に国旗を掲げ、5月には鯉のぼりをあげている。玄関ロビーには季節の花を生け、掛け軸をかけるなど季節感が味わえるような工夫をしている。 |               |                                                                                            |
| 92                                                      | <b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b><br>共用空間の中には、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。                                                       | 食堂兼居間には食事テーブル・椅子、ソファベッド、こたつ・ソファ、テレビなどを、また玄関・廊下・エレベーター入り口には座りやすい椅子などを置き、一人でも過ごせる空間を作っている。                                                                                                                 |               |                                                                                            |

| 項目                     |                                                                                                 | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                       | ○印（取り組んでいきたい項目） | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)    |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| 93                     | <u>○居心地よく過ごせる居室の配慮</u><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。 | 居室は十分広く、家族ともども団欒や宿泊出来るスペースがある。利用者の馴染みの物、家族や思い出の写真を出来るだけ持ち込み、安心して居心地良い部屋になるよう配慮している。仏壇を居室に置いている利用者にはぬくもり農園の季節の花や野菜、朝のご飯などのお供えをして頂いている。                 |                 |                                    |
| 94                     | <u>○換気・空調の配慮</u><br>気になるにおいや空気のよどみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。        | 部屋の温湿度、換気、清潔については季節による寒暖・乾湿も考慮して、十分な注意のもとで空調程度を調節し、設備任せにしないよう注意を払っている。一階の玄関、居間、二階のトイレ付近には寒暖計を設置し、温度変化に注意している。                                         |                 |                                    |
| (2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり |                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                 |                                    |
| 95                     | <u>○身体機能を活かした安全な環境づくり</u><br>建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送ることができるように工夫している。            | 出来るだけ自力での階段の昇降を奨めている。転倒に備え、階段には滑り止めをつけた。足が弱い人はエレベーターの利用(介助つきも)をお勧めしている。身体機能の変化に応じ、段差ヶ所には手すりの設置で対応している。布草履を勧め、下肢筋力の増強に取り組んでいる。                         | ○               | 身体機能の変化と安全で自立できる環境づくりは今後とも重要課題である。 |
| 96                     | <u>○わかる力を活かした環境づくり</u><br>一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している。                           | 一人ひとりの力量の把握に努め、極力失敗や混乱が生じないよう、さりげない介助または誘導により自立した生活が出来るよう工夫している(無断外出に気づいたら、しばらくは後からそっと随行し、タイミングをみて声かけをするなど)。混乱や失敗の原因となるものを取り除いたり、トイレの位置の表示などの工夫をしている。 |                 |                                    |
| 97                     | <u>○建物の外周や空間の活用</u><br>建物の外周やベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている。                                     | 建物周囲にはベランダ、テラスや広場、自家菜園などがあり、ひなたぼっこ、テラスでの食事やお茶、広場での草取り、花の世話、野菜作りなどができる環境にしている。東屋を活用してボランティアとの休息、お弁当、談話などを行っている。                                        |                 |                                    |

| 項目             |                                                          | 取り組みの成果<br>(該当する箇所を○印で囲むこと)             |                                |
|----------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| ・サービスの成果に関する項目 |                                                          |                                         |                                |
| 98             | 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。                             | <div>ほぼ全ての利用者の<br/>利用者の1 / 3 くらいの</div> | 利用者の2 / 3 くらいの<br>ほとんど掴んでいない   |
| 99             | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある。                                | <div>毎日ある<br/>たまにある</div>               | 数日に1 回程度ある<br>ほとんどない           |
| 100            | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。                                   | <div>ほぼ全ての利用者が<br/>利用者の1 / 3 くらいが</div> | 利用者の2 / 3 くらいが<br>ほとんどいない      |
| 101            | 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見られている。                        | <div>ほぼ全ての利用者が<br/>利用者の1 / 3 くらいが</div> | 利用者の2 / 3 くらいが<br>ほとんどいない      |
| 102            | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。                                  | <div>ほぼ全ての利用者が<br/>利用者の1 / 3 くらいが</div> | 利用者の2 / 3 くらいが<br>ほとんどいない      |
| 103            | 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。                            | <div>ほぼ全ての利用者が<br/>利用者の1 / 3 くらいが</div> | 利用者の2 / 3 くらいが<br>ほとんどいない      |
| 104            | 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、安心して暮らせている。                   | <div>ほぼ全ての利用者が<br/>利用者の1 / 3 くらいが</div> | 利用者の2 / 3 くらいが<br>ほとんどいない      |
| 105            | 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ます。        | <div>ほぼ全ての家族等と<br/>家族の1 / 3 くらいと</div>  | 家族の2 / 3 くらいと<br>ほとんどできていない    |
| 106            | 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。                        | ほぼ毎日のように<br>たまに                         | <div>数日に1 回程度<br/>ほとんどない</div> |
| 107            | 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。 | 大いに増えている<br>あまり増えていない                   | <div>少しずつ増えている<br/>全くいない</div> |
| 108            | 職員は、生き活きと働けている。                                          | <div>ほぼ全ての職員が<br/>職員の1 / 3 くらいが</div>   | 職員の2 / 3 くらいが<br>ほとんどいない       |
| 109            | 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。                           | <div>ほぼ全ての利用者が<br/>利用者の1 / 3 くらいが</div> | 利用者の2 / 3 くらいが<br>ほとんどいない      |
| 110            | 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。                       | <div>ほぼ全ての家族等が<br/>家族等の1 / 3 くらいが</div> | 家族等の2 / 3 くらいが<br>ほとんどできていない   |