

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1790600413		
法人名	医療法人 萌和会		
事業所名	グループホームつなぐる山中		
所在地	石川県加賀市山中温泉長谷田町リ386番地		
自己評価作成日	令和6年6月28日	評価結果市町村受理日	令和6年7月26日

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

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 emu
所在地	石川県金沢市窪7丁目364 伏見台ガーデンコート西尾ビル506
訪問調査日	令和6年7月11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)】

<p>【ハード面】</p> <p>建物の設計について、共用フロアに全居室が面しており集いやすい設計になっている。また、入居者の呼びかけにも迅速に対応できる。そのような設計のおかげで入居者が居室の戸を開けると馴染の顔が見れる安心感や困ったときに、すぐに手を差し伸べてもらえる安心感が得られている。スタッフも入居者の行動観察がしやすく適切なケアに繋がっている。</p> <p>【ソフト面】</p> <p>・記録システムを導入し、重複記録の改善により記録業務量の軽減が図れている。</p> <p>・同法人クリニックによる毎週水曜日の訪問診療と24時間医師との連絡体制により、入居者一人一人の健康管理や緊急時における早期治療が実現できている。</p>

【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)】

<p>木目調を基本とした居心地のよい共用空間でご利用者が過ごされている。認知度に合わせて、居室が分からなくならないように掲示がされていたり、トイレの標記がされている。</p> <p>季節感が感じられるように、その月々に書初めや菖蒲を東ね菖蒲湯にされたり、七夕飾りをつくるなど、四季折々を楽しまれている。スタッフとご利用者で畑をされており、じゃがいも、たまねぎ、長ネギ、サツマイモなど、種まきから水やり、草むしりを行い、収穫の時には収穫祭として収穫できた野菜を食する事を楽しみにされている。また、その畑は地域の方が耕運機をかけて下さり、地域連携で行われている。グループ内に訪問診療がある為、昼夜問わず、医師に問い合わせが出来るようになっており、ご利用者の体調変化に対し、早期対応できる体制を整えられている。</p>
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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		項目	取り組みの成果	
		↓該当するものに○印			↓該当するものに○印
60	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	67	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 (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 3. 家族の1/3くらい 4. ほとんどできていない
61	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:18,42)	○ 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	68	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
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	69	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. 全くない
63	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:40,41)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	70	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 3. 職員の1/3くらい 4. ほとんどいない
64	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:53)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	71	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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない
65	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	72	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 3. 家族等の1/3くらい 4. ほとんどできていない
66	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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ふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	<ul style="list-style-type: none"> ・当法人では、入職初日の職員研修で理念や運営方針について教育・指導していく。 ・職員は毎月実施のグループ全体研修(ZOOM、書面にて実施)において、基本理念、基本方針を唱和し、日常の振り返りの機会としている。 ・事業所管理者は年1回スタッフと面接し、基本理念の理解状況を確認していく。 ・職員研修におけるOJTや職員の行動規範は基本理念を基に実施していく。 ・職員が利用者の支援に迷った際は、基本理念や運営方針に立ち返ることを旨としていく。 	<p>基本理念「人をささえ、人をつくり、人をむすぶ」は一人一人に配布され、名札の裏や手帳などに挟み、基本方針と合わせて唱和されている。事業所の指針として「かわりが一番の仕事です。」を掲げており、常にそのことを意識し、支援をされている。何かあれば、その都度「かわりが一番の仕事だったよね」と声を掛けながら、支援に立ち返るようにされている。基本理念の共有についてはスタッフとの面談時にも理解状況を確認されており、しっかりと周知がされている。</p>	
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員として日常的に交流している	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣の保育所、小・中学校との交流を行っていく。 ・地域の避難防災訓練に参加していく。 ・清掃活動やお祭り、体育祭等各種町内行事に参加していく。 ・畑を通じて入居者や職員が近隣の方々との交流を図り顔なじみの関係を作りGH理解を求める。 	<p>開所時には今後交流が出来るように近隣の保育園、小学校、中学校などにチラシを持って挨拶に行かれている。小学校の校長先生が見学にごられ、子ども達がフロアごとに何が出来るか検討されている。地域のお祭りでは御神輿の休憩所としての役割を果たし、ジュースを提供することで地域との結びつきを深めている。ご利用者も御神輿が来るのを楽しみにされている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・キャラバンメイトによる認知症サポーター養成講座を各地区で開催していく。 ・河南小学校3年生対象に認知症の理解 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間火災発生時の備えや対応について意見があり、加賀市消防本部予防課にアドバイスを受け、夜間火災発生時のフローチャートを策定する。 ・冬季の除雪や駐車スペースの確保について提案いただき、協力を得る。 	<p>2ヶ月に一度、隣接する小規模多機能と合同に推進会議が行われている。民生委員や加賀市の職員、小学校の校長先生、ご家族などが参加されている。ご利用者の状況や事故、行事の報告を行い、参加された方々からも地域や学校の行事の案内があり、参加依頼されている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・人員配置や加算算定要件、事業所運営等で不明な事象が生じた場合、曖昧に処理せず、加賀市介護福祉課へ相談・確認を実施していく。 ・加賀市介護福祉課や高齢者こころまちセンターの担当職員と定期的に会議を開催し、事業活動や利用者状況等の報告を行い、必要な意見やアドバイスを受けていく。 ・積極的に加賀市主催の研修等に参加していく。 ・困難事例や虐待事例について高齢者こころまちセンターと連携を図りながら対応していく。 	<p>介護認定の更新などで市の介護保険課に伺うことが多い。介護保険法改正による加算については、随時問い合わせをしたり、グループホームでは対応が難しい方の相談を行っている。転倒などの事故の報告では細かいやり取りを行っている。今後は加賀市主催の研修にも参加出来るよう計画を立てている。</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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人権を尊重し、その人らしい暮らしの実現に向け、利用者の行動を制限するような身体拘束については、事業所開設当初から絶無である。 ・「身体拘束は身体機能や心理状態を悪化させ、高齢者のQOLを根本から損ねる恐れがある」ことを、職員会議やグループ内勉強会、外部研修により全職員に理解徹底を図っている。 ・グループにおいて身体拘束適正化委員会を1ヶ月に一度実施し、その結果をグループ内勉強会で代表者、全職員へ周知している。 《主な周知内容》 <ol style="list-style-type: none"> ① 身体拘束の具体的な行為(施錠・行動制限等) ② 身体拘束がもたらす弊害 ③ 身体拘束廃止のとらえ方 ④ 基本的ケアのありかた ⑤ 緊急止むを得ない場合の3要件 ⑥ 職員のことば遣い、関わりの振り返り等 	グループ会社全体で身体拘束適正化委員会が毎月実施されている。その内容は全職員へ周知されている。何気ない行動やお声かけが身体拘束や虐待に繋がることから、普段の支援の中でお互いに注意しなから、どうする事が良いのか、どう話せば良かったのかなど、その都度、検討されている。 特に初めてグループホームで働く方に対しては、認知症の理解やグループホームの特徴、役割についても日常の支援の中で理解を深めるよう研修されている。	グループホームとしての役割や認知症の各症状についての理解が必要であり、普段の一人一人の支援が身体拘束にならないように引き続き、研修と周知を継続する事を期待する。
7		○虐待の防止の徹底 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	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員は虐待防止について研修、職員会議、グループ内勉強会や外部研修により理解徹底を図り、実践していく。 ・自己の行ったケアや声掛けが虐待に当たらないかの確認を日々のミーティングで行っていく。 ・管理者は職員に対し、利用者や家族の言動の変化等は全て報告させていく。 ・虐待の疑いや虐待発生時は即時管理者が高齢者こころまちセンターにもれなく報告していく。 		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	<ul style="list-style-type: none"> ・グループ内勉強会や事業所勉強会の他、高齢者こころまちセンター、司法書士会や社会福祉士会等が主催する外部研修に参加していく。 ・全職員は、利用者の認知症が進行し、意思の伝達等が困難な場合でも、人としての尊厳を保ち、家庭や地域の中でのその人らしい自立した生活ができるような支援に努めていく。 ・管理者は利用者の状況や変化を把握し、日々の関わりの中で成年後見制度利用について本人や家族と話し合いを行っていく。 ・高齢者こころまちセンターや社会福祉協議会などの関係機関との連携を密にし、成年後見制度の活用につなげていく。 		

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
9		○契約に関する説明と納得 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	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所利用希望者に説明しなければならない重要な事項(事業所の運営理念や概要、提供されるサービスの内容、契約上の注意など)が記載された「重要事項説明書」は、理解しやすい記述となっているか検証し、修正していく。 ・説明に際し、利用する事業所のサービス内容を、本人や家族がどこまで理解しているかを確認しながら、パンフレットや料金表を用い、基本的な説明から順に話を進めていく。 ・「重要事項説明書」に沿い、事業所の概要、職員の配置状況、利用料金、苦情の受付、非常時・火災時の対応等、サービス選択に必要な事項を専門用語は用いず、わかりやすい言葉で説明し、その時々利用者や家族が不安や疑問を気軽に伝えられるよう一つひとつ確認を行い、手続きを進めていく。 		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	<ul style="list-style-type: none"> ・受容・傾聴・共感の姿勢を大切にし、利用者や家族が意見や要望をいつでも言えるよう、事業所と利用者、家族の双方向に風通しの良い関係構築に努めていく。 ・利用者や家族に運営推進会議への出席を依頼し、事業運営についての意見やアドバイスを得ていく。 ・利用者や家族から不満・苦情が寄せられた場合は、その真意を正確に把握し、その日のミーティングで原因・問題点・改善点の洗い出しと改善策の検討を行っていく。 ・検討した内容は記録及び回覧し、全職員で情報を共有できるようにしていく。 ・申出のあった利用者や家族に必ず改善状況を説明、報告していく。 ・利用者や家族からの意見等がサービス改善にどのように反映されたかを運営推進会議に報告していく。 	<p>ご利用者の要望で多いのは、食に関する事で、外食やお寿司、おやつなどの甘いものを好まれる事が多い。楽しみにされている外食は月に1度実施されている。施設では、一緒におやつを作ったり、畑の野菜を収穫し、それを調理し、食するには笑顔があふれている。</p> <p>ご家族の要望としては、「個別にリハビリを行ってほしい」「退屈していないか」などがあり、リハビリに関しては散歩や買い物、日常生活の中での掃除などで対応されている。退屈していないかについては、花の水やりや新聞を取りに行く、ジュースの補充など役割にし、共に日常生活を送られている。</p> <p>ご家族からの要望に対しては、訪問時に対応したことを説明したり、遠方の場合は郵送にて報告されている。</p>	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 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	<ul style="list-style-type: none"> ・代表者はグループ内の部長会議や運営会議で運営に関する意見や提案を聴いていく。 ・管理者は職員会議や日々のミーティング等で職員から運営に関する意見を聴く。 ・事業所内の会議内容は管理者から代表者に報告するとともに、当グループの部長会議で報告し、情報や課題をグループ全体で共有し、運営の改善を図っていく。 ・管理者は職員が共通の目標に向かって個々の能力を最大限に引き出せるよう、個別に意見や不満を聴いていく。 ・管理者は困りごとや課題を明らかにする事で自己覚知を促し、職員のストレスマネジメントやバーンアウトの対応を行う等の必要な支援を行っていく。(年1回ストレスチェック実施。必要時、産業医による面談) ・事業所開所前においては、他事業所での見学・現場実習を通じ、サービスや運営等について具体的に考え・意見する機会を設け、職員間での運営方針等の共有や意見の反映を図っていく。 	<p>職員からは支援に対する要望があげられている。例えば、浴槽で立ち上がる際にイスがあると自立支援しやすいなどがあり、危険防止のためにもイスを購入して対応されている。</p> <p>勤務に対しては事前に2日休みの希望を出せるため、満足されており、有給休暇の消化もきちんとされている。</p> <p>資格のない方については、今年度オンラインにて初任者研修の受講予定で施設側がしっかりと人材育成にも取れ組まれている。朝、晩の食事の時間は人手が必要な為、その時間はご近所パートさんに入って頂き、対応されている。昼休みに関しては個別に休憩できるように配慮されており、スタッフの休憩室も整備されている。</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		<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は代表者やグループ内各部署との連絡・連携を密にし、人員配置基準を遵守し、質の高いサービスの提供を確保する為の適切な人員配置及び勤務体制に努めていく。 ・1か月単位の勤務表を作成し、早番・日勤・遅番・夜勤に職員間の偏りが生じないようにローテーションの配慮していく。 ・管理者は、勤務表の作成に当たり、利用者の生活状況や職員の経験・スキル等を勘案し、質の高いサービス提供確保のため、職員の組み合わせや勤務時間について配慮していく。 ・欠員等により適切な勤務体制の確保が困難な場合、サービス低下を回避する為、遅滞なく他事業所からの応援、出向及び異動又は新規採用により適切な就業環境の確保に努めていく。 ・代表者、管理者は年1回実施の職員の悩みやストレス状態の確認の他、いつでも気軽に相談できる体制を整え、職員のメンタルヘルスの維持・向上を図っていく。個々の意欲を喚起し、人材の育成及び組織の活性化に努めていく。 			
13		<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者本位の個別ケアの提供や専門的知識・技術と高い倫理性の習得のため、事業所内研修、法人内研修、法人関連施設の研修、外部研修への参加を年間計画に基づいて実施していく。 ・職員の能力に応じた個別教育メニューによるOJTを実施していく。 ・質の高い個別ケア実現に向けた個人目標の設定と個々の到達目標に応じた能力開発メニューを策定していく。 ・管理職は人員不足を理由に外部研修等の受講機会の逸失がないよう、他事業所からの応援等適切な勤務体制の保持に努めていく。 			
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型サービス連絡会に参加し、業務の悩みや初任者研修、中堅職員研修、ケース検討会の運営について意見を交換し、業務改善のヒントとしていく。 ・他事業所との運営推進会議参加により、他事業所の長所を見習い、サービスの向上を図っていく。 ・他事業所行事等への参加により交流を図っていく。 ・市の中堅職員研修を受講し研修を通じてネットワークづくりを行う。 			

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	
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 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活歴や生活習慣、対人関係等の把握に努め、利用者の困っていることや不安なことを以下に配慮しお聴きしていく。 ・利用者との接触の機会を多くもつ。 ・利用者のありのままの思いを話せるよう場所や環境に配慮した雰囲気づくりを行っていく。 ・職員個々の価値観を押し付けず、利用者の価値観を受けとめ尊重していく。 ・利用者の困っていることや不安が解決できるよう、利用者と共に考え提案していく。 			
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の生活歴や生活習慣、対人関係等の把握に努め、家族の困っていることや不安なことを以下に配慮しお聴きしていく。 ・家族のありのままの思いを話せるよう場所や環境に配慮した雰囲気づくりを行う。 ・職員個々の価値観を押し付けず、家族の価値観を受けとめ尊重する。 ・家族の困っていることや不安が解決できるよう、利用者と共に考え提案していく。 			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態及び家族の介護ニーズを把握し、優先すべき支援を本人や家族と相互に確認していく。 ・利用者や家族に優先すべき支援の内容を理解・納得いただくよう、事業所の機能や役割をパンフレット等により分かり易く説明していく。 ・利用者及び家族の介護ニーズに応じ、当法人内の他施設や他機関等との協働や橋渡しを適切に実施していく。 			
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護する」「介護される」関係ではなく、日常生活を共にすることで、職員が一方的に、支える・教えるという立場に立つのではなく、支える・支えられる、教える・教えられるといった「お互いさま」「お世話さま」の関係を大切にしていく。 ・利用者の「できること」を把握し、その維持・継続に努めていく。 ・利用者の「したいこと」を把握し支援することで、楽しみや生きがいのある生活作りに努めていく。 			

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
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス提供により、利用者と家族との関係が遮断されないよう、家族の心配や不安を常に受けとめ、家族の望む暮らしの実現に向け支援を行っていく。 ・家族は介護を続ける中で精神的・身体的な介護負担を抱えており、職員は家族を共に利用者を支える仲間との認識を持ち、必要に応じ相応の支援を行っていく。 ・家族に利用者との絆を深めるため、事業所行事等への参加による利用者との触れ合いの機会を増やす取り組みを行っていく。 		
20	(8)	○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	<ul style="list-style-type: none"> ・今まで慣れ親しみ宮んできた暮らし(知人・友人・地域との関係)の把握に努め、その関係の維持・継続や再構築を図るため、以下の取り組みを行っていく。 ①☐アマネジメントのアセスメントや利用者との関わりから馴染みの暮らしを把握する。 ②入居後も知人や友人等の交流の機会を設ける。 ③入居後も商店や理美容室等行きつけの場所に出かける。 ・事業所の機能や役割を知っていただき、地域の誰もが自由に行き来できる事業所づくりに努める。 	<p>ご近所から入所された方は、お友達が訪問して下さり、馴染みの関係を継続されている。又、隣の小規模多機能のご利用者とも普段から交流されており、入所されてからの馴染みの関係も構築されている。商店や美容院など、現在も馴染みのお店をご家族と利用されている方もいたり、ご家族や姪御さんなどが施設にきて、髪を切って下さる方もいる。お正月には一時帰宅されて、ご家族や親せきと食事を楽しむ方も居り、馴染みの関係を継続されている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活歴や持っている力を把握し、役割を担える場を見出し、毎日の暮らしの場面でこれまでに培ってきた力を発揮できるように支援していく。 ・利用者同士が時には衝突があっても、徐々に仲間としての交流が深まるような支援を行っていく。 ・衝突があった際、その経緯・内容を十分に把握した上で、職員主導の解決ではなく利用者間での解決に導くように努めていく。 ・どちらかの負担になりすぎない利用者同士で助け合う関係作りに努めていく。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの終了や他のサービスへの移行後も、本人、家族や担当のケアマネジャーとの相談が可能となる関係の維持に努めていく。 ・サービス利用終了後も地域交流のお食事会等の行事参加の働きかけや事業所広報誌の配布等接点の維持・継続に努めていく。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者がその人らしくなじみの暮らしを生き生きと続けることができるよう、「認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式」や「ひもときシート」を活用していく。 	<p>入所の際に、ご本人やご家族の思いを確認している。又、支援の際にもご本人の思いを聞いたり、個別にはお風呂や就寝時のマンツーマンの介助の際に話される方もいる。「ひもときシート」や「軒下マップ」も活用されている。</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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族からこれまでの暮らしの情報取得が困難な場合、本人や家族の許可を得て、友人、知人、親戚や近所の人等からの情報収集に努めていく。 ・利用者の過去のサービス履歴について、担当のケアマネージャーに確認していく。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の暮らしの現状を把握する。 ・日々の利用者、家族が発する言動を本人の立場に立って理解し、現状の把握に努めていく。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントや介護計画の作成は、本人・家族・スタッフが協働し行っていく。 ・本人や家族からこれまでの暮らしの情報の取得が困難な場合、本人や家族の許可を得た上で、知人や親類、近所の人等から情報を収集していく。 ・介護計画の見直しを定期的に行い、利用者の状態や環境の変化に応じ、随時介護計画の見直し、変更を行っていく。 ・見直し、変更時は、本人、家族の意向や思いが反映されるようサービス担当者会議等を開催していく。 ・利用者、家族、介護者、地域、事業所が各々の果たす役割を明確にし、利用者が望む生活の実現に向けた介護計画を作成していく。介護だけを課題にするのではなく生活を把握する支援を心がけていく。 	<p>計画については計画担当者が作成しているが、通常の支援についての24時間シートやモニタリングはご利用者の担当職員が行っている。スタッフの意見を基にモニタリングにて変更の必要があれば、計画変更をされている。一人一人の状態に応じて、生活の中で役割を与えたり、孤立しないように配慮されている。週2回の買い物はご利用者と一緒に行かれたり、タオルたたみや、食事の準備、片付け、みそ汁を作ったり等されている。畑では鍬をもって作業する人や草むしりをする人、作業はしないが応援する人など、共に外に出る機会などをつくり、体を動かされている。作物の成長はとても楽しみにされている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の利用者や家族の言動やミーティングで明らかになった内容を利用者毎個別に記録していく。 ・ミーティングにおいて職員個々の情報の報告、協議、検討及びその内容精査を行い、ケア・介護計画の見直しに活かしていく。 		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の状況に応じ、サービスの提供時間や方法について柔軟な取り組みを行っていく。 <p>【主な対応例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心身不調時の夜間等、重点的に訪問し支援する。 ・利用者の希望による買い物、外出支援 ・これまでの生活ぶりを把握し、本人らしい暮らしの維持・継続を支援していく。 ・排泄パターンを把握し個別ケアに支援していく。 		

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
29		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族がこれまでの生活で培った資源や、支援してくれる地域の方、地域のボランティア、馴染みのお店などを確認する。 ・途切れそうな資源をつなぎ直したり、新たな資源とつないだりし、地域での生活を継続できるように支援していく。 ・事業所のみで支援するのではなく、把握した資源を活用し、馴染みの関係を絶たずに本人の望む暮らしを支援していく 		
30	(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、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	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談の段階で受診の状況、今後の希望等を把握し、かかりつけ医の継続的な受診を支援していく。 ・必要に応じ、かかりつけ医へサービス担当者会議への出席を依頼していく。 ・利用者の日々の健康管理、健康状態の把握に努め、主治医へ情報提供することで、介護・医療の緊密な連携を図っていく。 ・受診が困難な利用者には、医療機関への送迎、同行やかかりつけ医への往診依頼を行っていく。 ・必要に応じ、主治医の指示のもと協力医療機関との連携を図っていく。 	<p>かかりつけ医はグループ会社の太陽けんこうクリニックの医師が毎週水曜日に訪問診療されている。今まで通っていた病院に家族と行かれる方もおり、各自がかかりつけ医を選べるようになっている。精神科の受診で、現在の状況をお伝えするためにスタッフの説明が必要な場合は同行も行っている。急遽容態が悪化した場合は昼夜問わず訪問医に直接電話で確認し、指示を受け、必要な場合は緊急搬送するなど対応されている。搬送先の医療機関も連携がとれている。</p>	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の様態やバイタルサインの変化、家族からの情報を遅滞なく事業所の看護職や訪問看護師に報告していく。 ・主治医に利用者の状況を報告し、対応の指示を得、状況に応じ受診や往診の調整していく。 ・看護職は看護の職務に特化することなく、介護職の役割を担うことで介護・看護の連携の円滑化を図っていく。 		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時には、ADLや自宅・事業所での様子、入院に至った経緯を記載した経過報告書を遅滞なく医療連携室へ提出していく。 ・利用者への面会や看護師や相談員からの治療状況や退院時期等の情報を収集し、退院時の円滑な連携を図っていく。 ・退院の際はカンファレンスに参加し、利用者の在宅生活支援のための情報交換を行っていく。 ・医療機関に定期的に訪問し、利用者の近況等の報告を行い、病院関係者との関係づくりに努めていく。 		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・「軽体操」「レクリエーション」等運動機能を維持、強化による介護予防活動を通じ、重度化予防に努めていく。 ・看取りケアマニュアルを作成し、年に1回、職員を新規採用した時はその都度事業所内研修を行い、看取りケアについての理解を深めていく。 ・重度化した場合、できるだけ早期に本人、家族等に今後の対応について話し合いを行っていく。 ・終末期のあり方や事業所対応について、かかりつけ医や主治医、地域の医療機関及び当法人医療機関、事業所看護職員、ケア関係者と連絡を取り合い協議、検討していく。 ・本人の状態が変化するその時々、本人、家族の意向を確認し、対応方針を共有しながら本人が望む暮らしの継続を支援していく。 ・利用者が事業所での終末期ケアを希望された場合は、利用者や家族の意向を十分確認し、かかりつけ医や主治医と相談の上、事業所での支援が可能か検討していく。 	<p>終末期の看取りに対しては、入所時に説明をし、希望される方には承諾書を記入して頂いている。実際に終末期になった場合は、個別に状況を説明しており、今後の終末期における対応や急変時の要望をお聞きし確認している。終末期の在り方については、かかりつけ医、看護師、介護スタッフが連携をとり、ご家族の要望に対して、協議、検討し支援できる体制が整えられている。現在、1名のご利用者が終末期で、ご家族、医師、看護師、介護士とチームで連携し、支援に取り組まれている。</p>	
34		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状態の急変や事故発生時には、あわてずに適切な行動がとれるよう、加賀市消防本部による救命救急、応急手当の訓練を全職員が受講し、実践の場で活かせるようにしていく。 ・誤嚥・誤飲時の対応方法(タッピングや吸引ノズルの使用方法等)を事業所の看護師から毎年講習を受けていく。 ・利用者の容態急変時の応急手当等初期対応の訓練を毎年実施していく。 ・AEDを設置し、使用方法について加賀市消防本部予防課から指導を受けていく。 		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	<ul style="list-style-type: none"> ・当法人では緊急時発生の場合に備え、事故発生時の対応マニュアルを策定している。 ・管理職は事故発生時に適切かつ迅速に対応できるよう、職員に対し、職員会議や日々のミーティングで指導していく。 ・利用者名前、連絡先、主治医等を記載した緊急連絡ファイル又は、掲示。 ・行方不明者等の対応においては、家族や地域及び警察、加賀市介護サービス事業者協議会の検索ネットワークに報告し連携を図っていく。 ・離設等のおそれがある利用者には、本人、家族の同意を得て、顔写真や本人情報を記載したファイルを整備し、緊急時に備えていく。 	<p>緊急時発生に対しては事故発生時対応マニュアルがあり、それを基に対応されている。行方不明になった方はいないが、その場合はご家族、地域、警察など連携が取れるように体制を整えられている。事故については転倒のケースがある。居室でベッドから立ち上がる際やふらつきなどが原因で、危険な方にはセンサーマットを設置し、事故予防に取り組まれている。転倒した場合などもかかりつけ医に電話にて相談し、必要な場合は緊急搬送をしている。、医師が事前に搬送先に情報を共有するなど搬送先とも連携されている。</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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	<ul style="list-style-type: none"> ・当グループ内の医療機関や他事業所とは、休日・夜間を問わず緊急な応援連絡態勢をとっていく。 ・当法人内の他事業所やグループ内の事業所との合同研修会や困難事例の検討等により相談体制を確保していく。 ・利用者の介護ニーズの変化を把握し、必要に応じ当グループ内事業所や他事業者への紹介が常に可能な態勢を行っていく。 	<p>グループ内のクリニックや介護老人保健施設などと連携がとれている。他事業所では、特別養護老人ホームや緊急搬送時の病院と連携がとれている。ご利用者の状態やニーズに対して、各施設と連携をとり、ご紹介出来る体制を整えている。</p>	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤職員以外に夜間の自宅待機職員を毎日配置していく。 ・夜勤の適切な人員確保を行っていく。 ・事業所近く在住の職員を輪番制で緊急連絡先とする。状況によっては事業所に駆けつける。 	<p>夜勤は1ユニット1名で合計2名で行っている。緊急時など応援が必要な場合は自宅待機のスタッフに連絡し応援要請している。自宅待機のスタッフは待機手当があり、お互いに協力できる体制になっている。 夜間で発生した発熱などの場合は、緊急時を除いては朝、報告を行い、情報共有されている。</p>	
38	(16)	○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	<ul style="list-style-type: none"> ・当法人では災害に備えるため、地域の特性にあわせた防災マニュアルを事業所毎に作成していく。 ・地震や水害などの大規模災害の発生が起こった際に適切な対応を行い、その後も利用者に必要なサービスを継続的に提供できるための「業務継続計画」を作成していく。 ・管理者は職員に対し、防災意識の形骸化や風化防止の為、災害発生時の対応について継続的に職員会議等で周知していく。 ・災害発生時の連絡体制として「緊急連絡網」、「緊急連絡先一覧」を整備し、加賀市各担当課、加賀市消防本部、大聖寺警察署、地元町内会等への通報、支援要請を行うこととしていく。 ・火災発生を想定した「通報」、「初期消火」、「非難誘導」の総合訓練を加賀市消防本部又は消防設備予防担当の立会いのもと年2回実施し、評価、指導を受けていく。 ・避難訓練等の実施の他、日頃から地域の一次避難場所や防災マニュアルに沿った避難経路を利用者と実際に確認していく。 ・運営推進会議で協力を依頼し、地域の協力を得た防災訓練の実施や地域の防災訓練に参加し、協力体制の構築を図っていく。 ・地域との協力体制として福祉避難所として登録していく。 	<p>防災マニュアルやBCPを作成し、それに基づき訓練されている。年に2回は火災を想定した訓練されている。「通報」、「初期消火」、「避難誘導」を加賀市消防本部の立ち合いのもと訓練されている。しかし、「避難誘導」は避難口までにとどまっており、実際に訓練で屋外へ避難したことはない。雨が多い時期に避難指示が出た場合を想定し、実際に避難指示が出た場合には、2階へ避難するのか、それとも外に避難するのか、避難先はどこになるのか、何台の車でどのように移動するのかなど、具体的に実行できるように検討する必要がある。避難先での課題も含め、避難できる体制を整えることが必要である。</p>	<p>火災、地震、水害、雪害など災害に対して、安全に避難できるように、避難方法や避難先の課題も含め検討し、各々の災害に対して安全に避難できる体制を整える必要がある。</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
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	<ul style="list-style-type: none"> ・地震や水害などの大規模災害の発生が起こった際に適切な対応を行い、その後も利用者に必要なサービスを継続的に提供できるための「業務継続計画」を基に対応する。 ・利用者が市や町が指定する避難所を明確に認識できるよう避難誘導訓練を定期的に行っていく。 ・事業所では防災マニュアルに基づき、登録者全員の最低3日間分の非常食等の備蓄及びその期限管理を行っていく。 ・地域見守りネットワークと連携した安否確認体制を確保していく。 ・緊急連絡訓練を予告なしで毎年実施していく。 	施設自体はオール電化であり、火災の訓練も必要ではあるが、雪害に対して課題がある。大雪による食材の配送が止まった場合など、安全に生活できるようにするためには備蓄が必要である。備蓄に関しては、現在グループ会社と検討しているが、自施設に必要な数量や品目を検討し、緊急時に対応できるものを備蓄する必要がある。	緊急時の備蓄に対して、検討し、物流が止まった場合に対応できる備蓄をする事が必要である。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○一人ひとり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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人権の尊重、プライバシー保護の重要性の認識をグループ内研修や事業所内勉強会で徹底していく。 ・グループ内研修等では、ケーススタディを中心に具体例をあげ、日常の取り組みの振り返りを行っていく。 ・画一的な対応ではなく、一人ひとり、利用者に応じた言葉かけや対応を行っていく。 	一人一人の支援の中で、プライバシーに配慮しケアを行っている。排泄のタイミングでのお声かけ、排泄介助時ケア、入浴時の着脱や介助についてもプライバシーに配慮されている。グループ内研修でも人権の尊重やプライバシーについてケーススタディし、知識も習得できるように継続している。	
41		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活に対する思いや望みを受け止める為、利用者の生活歴や生活習慣、対人関係等の把握や利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを図り、思いや希望を表出しやすい雰囲気作りを行っていく。 ・思いや希望の表出が難しい方には、本人の言動や家族・知人から聞いた情報から「～したい」をいくつも推測し、その一つひとつを日々の関わりやミーティングにて検証し、利用者の「～したい」を見出していく。 ・利用者いくつかの選択肢を分かり易く説明し、自己決定しやすいように支援していく。 		
42		○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、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	<ul style="list-style-type: none"> ・よりよく暮らせるための手がかりを以下のように見出し、その人らしい暮らしの支援に生かしていく。 ・管理者は、日々のその人らしい暮らしとその実現に向けた柔軟な対応の重要性について事業所内に浸透させる為、職員会議や日々のミーティングで繰り返し周知、指導を行っていく。 		
43		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・介護状態にかかわらず、おしゃれや本人の好みに合ったその人らしい身だしなみを支援していく。 ・着たい衣服を利用者が自ら選ぶ支援をしていく。 ・身だしなみが生きがいや楽しみとなるよう、通いなれた衣料店や理美容室等の利用継続を支援していく。 		

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	(19)	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	<ul style="list-style-type: none"> ・食事が楽しみといつまでも利用者が実感できるよう、長年馴染んだ食事の習慣や好みを把握し、献立に活かし食べる楽しみを支援していく。 ・利用者が「できること」や「したいこと」を分担、共同して調理することで、食事を作る楽しみを実感してもらっていく。 ・利用者に音と匂い等五感を意識させることで食欲を増進させ、食事の楽しみにつながるよう努めていく。 ・好みの食事の場所で気の合う人と食事をとにし、食事と会話を楽しめるような環境づくりを行っていく。 ・日常生活の中での食事の支援の他、祝い膳、外食、出前など非日常性が楽しめる機会を確保していく。 ・食器や箸を工夫して食事の自立支援を行い、自分で好きなものが食べられる喜びを実感してもらおう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の楽しみの一つ、「食」については、施設全体で楽しむことができるよう、要望などを取り入れられている。外食は一番の希望であり、昼食以外にもカフェなどにも行かれている。お寿司も好きで、芝寿司なども購入したり、お弁当やハンバーガーのテイクアウトも楽しみにされている。又、ピザの宅配も楽しみにされている。 ・甘いものも好きで、お誕生日などはご本人の希望のおやつでお祝いされている。 ・食事が楽しめるように、食べやすい各自の箸や器などを使い、食べれる喜びを感じられている。 	
45		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の食習慣の把握や体重管理等により、食事の摂取量や栄養バランスに配慮していく。 ・当グループの管理栄養士のアドバイスによる栄養バランスの取れた食事を提供していく。 ・個々の利用者で献立中に嫌いな物がある場合、別の献立を用意していく。 ・利用者のアレルギーによる飲食不可の食品一覧を、献立、調理、配膳の際に確認し、アレルギー食品が提供されないよう徹底していく。 ・食事制限のある利用者には、医療機関の指示に基づき対応していく。 ・水分摂取の意思表示が困難な利用者や水分補給の自覚がない利用者には、職員が定期的に摂取を促していく。 ・嚥下機能の低下がみられても、口から摂取できる工夫をしていく。ゼリー飲料やとろみ剤の使用等、主治医等にも相談しながら進めていく。 		
46		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に誤嚥性肺炎予防における口腔ケアの有効性を説明し、毎食後の口腔ケアの重要性の認識と実践を徹底していく。 ・毎食後のうがい、歯磨きやの支援や歯磨きが困難な利用者、磨き残しがある利用者への介助を行っていく。 ・利用者の口腔状態に応じたブラシ等のケア用品を紹介していく。 ・必要に応じ、当グループ内の歯科医院や馴染みの歯科医院へ受診同行していく。 		

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
47	(20)	○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むけた支援を行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとりひとりの排泄パターン(尿意、便意のサイン、排泄感覚、排泄記録)を把握し、トイレでの排泄ができるよう支援していく。 ・利用者一人ひとりの状態に応じて排泄の自立を目指し、利用者が自らトイレで排泄できるようにトイレの位置・様式・手すりなどを工夫し支援していく。 ・入浴時でも尿意・便意を感じた時はすぐに対応できるように、脱衣場の横にトイレを設置していく。 ・常時オムツ使用の利用者でも、尿意や便意の訴えがあれば、トイレでの排泄を促していく。 ・失敗したときでも、他の利用者には気づかれないように手早く対応するなど、利用者のプライドを傷つけないよう配慮していく。 ・紙オムツ、紙パンツ、パットなど排泄用品が必要な方には利用者に応じた用品の紹介や装着方法のアドバイスをすすめていく。 ・常時オムツ交換介助が必要な利用者にも、腰を浮かせる動作や側臥位になる動作等を促し、排泄の自立に向けた支援をすすめていく。 	<p>一人一人の排泄のパターンを把握し、トイレで排泄が出来るように支援されている。</p> <p>オムツの方は3名ほどで、夜も排泄のケアをされている。昼間は、尿意や便意があれば、トイレで排泄できるように支援されている。</p> <p>ポータブルトイレを使用されている方もいて、その方に合わせ、配置なども使用しやすいように設置し、個別に支援されている。</p> <p>入浴の前に尿意を催す場合もある事から、脱衣所の横にトイレがあり、そのままトイレに行けるように設計時より工夫されている。</p> <p>失禁などもあるが、他の方に気づかれないように配慮し、支援されている。</p>	
48		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・下剤や浣腸等にむやみに頼ることなく、利用者の暮らしの中で、食事の内容や摂取量、水分の摂取状況や排泄習慣を把握し、自然排便につながるよう個別に対応していく。 ・排便状況や排便の間隔を利用者、職員が情報共有していく。 ・個々に応じた適度な運動により便秘の改善を図っていく。 		
49	(21)	○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、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に合わせた支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりのこれまでの生活習慣、希望を大切に、羞恥心や心身の負担等に配慮しながら、入浴が楽しめるように支援していく。 ・足の不自由な方でも安心して入浴ができるようリフト浴を設置していく。 ・基本的には、一人ずつゆっくり入ってもらえるよう支援していく。 ・利用者の希望があれば、家で使っていた馴染みの石鹸やシャンプー、タオルを使用していく。 ・体温測定や心疾患のある人には入浴前の血圧測定を行い体調の確認をすすめていく。 ・入浴が困難な時は清拭等で清潔を保っていく。 	<p>個浴になっており、一人一人が自分のペースで入浴が楽しめるようになっている。</p> <p>リフトも設置されており、必要な方にはリフトを使い、安全に入浴ができるようになっている。</p> <p>浴槽のシステムの関係で入浴剤は使用出来ないが、しょうぶ湯やゆず湯などで楽しまれている。菖蒲はご利用者と共にお風呂に入れやすいように束ねたりして、その作業から楽しみにされている。</p> <p>入浴を拒む人もいるが、無理やりではなく、声をかけるタイミングを変えてみたり、時間を変えてお声かけをしたりすることで気分よく入浴されている。</p> <p>体調不良などで入浴が困難な場合は清拭等で対応されている。</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
50		○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	<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとりの生活習慣にあわせ、昼食後、休息される方も居る。寝すぎてしまったり、孤立しないように、お茶にお誘いしたりしている。 夜、眠れず、居室から出てこられる方などでお腹がすいている場合は、おにぎりなどを食べてから寝られる方もいる。 		
51		○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	<ul style="list-style-type: none"> 家族やかかりつけ医との連絡を密にとりながら、主に看護師による服薬の支援を行うとともに、薬の安全な保管、誤薬防止を徹底していく。 利用者の薬剤情報を把握し、その情報を職員間で共有し、服薬の目的や用法や用量、副作用等の理解を徹底していく。 利用者本人による服薬管理が困難な場合は、家族の協力を得ながら薬剤の管理を事業所、薬剤師による療養管理指導を受けながら管理していく。 看護師が疾患の状態を日々観察し、家族や医療機関との連携を図っていく。 		
52		○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	<ul style="list-style-type: none"> 毎日の暮らしの場面で、利用者一人ひとりについてこれまで培ってきた力の発揮や担える役割とともに発揮できる場所を見出し、参加できるように配慮していく。 利用者同士あるいは地域の人とのかかわりを持ち、仲間としての交流が深まるような支援に努めていく。 利用者の「出来ること」、「したいこと」に注目し、楽しい気持ちや生きがいを引き出すように働きかけていく。 利用者の持っている力を活かしながら、これまでの習慣や「～したい」を実現できるように支援していく。 どちらかの負担になりすぎない程度で利用者同士が助け合う「お互いさま」の関わりを大切にしていく。 <p>【主な取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> 洗濯物干し・洗濯物たたみ、食事の準備、草むしり等の共同作業 花、野菜づくり、料理、カラオケ等趣味、特技の披露・指導 利用者の作品展 地域交流室での地域の人との交流 近所への外出 		

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
53	(22)	○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。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	<ul style="list-style-type: none"> ・馴染みの人や地域とのかかわりを大切にし、その関係が途絶えることのないよう、利用者の日常的な外出(近隣の商店への買い物や郵便局、美容院、飲食店等への外出等)を支援していく。入居後も住み慣れた地域との関わりが持てるよう支援する。 ・趣味や習い事の継続を支援していく。 ・近隣の人や商店などから見守りの協力が得られるよう、地域行事への参加等を通じ、地域との信頼関係の構築に努めていく。 ・春には花見、秋には近隣保育園や小学校の運動会等季節を味わい年中行事が楽しめるよう外出の支援をしていく。 ・これまで参加してきた地域の行事や催し物(地元の神社の祭り、町内防災訓練、サロン、交通安全教室、町内一斉清掃等)への参加が今後も継続できるように支援していく。 		
54		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭管理は財布の保持を含め、利用者、家族とよく話し合い、利用者本人の状態に応じた対応をしていく。 ・外出行事などお出かけの際、支払いやお釣りの計算、小銭の使用等利用者の金銭管理能力を把握し、一人での対応が困難な場合、必要な支援していく。 		
55		○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している	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者自身で電話(携帯電話含む)をすることが困難な場合には、電話番号の短縮登録や明瞭で簡潔な操作方法を明示していく。 ・電話の操作ができない場合には、操作介助を行っている。 ・手紙や年賀状等の作成介助では、利用者の希望に沿うよう必要に応じ代筆を行っている。 		
56	(23)	○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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事や会話、休息などの多様な行為が可能となるよう十分な広さとバリエーションの確保に努めていく。 ・「ソファでゆったり腰かける」、「横になる」、「畳の部屋でこたつに入る」、「横になってお昼寝する」等クッションや座布団、枕なども使いながら、自宅と同じ姿勢が取れる場所を用意していく。 ・収納ロッカーやクローゼットの設置等個別の収納スペースの確保により利用者の安心に配慮していく。 ・共有空間は常に清潔が保てるよう、職員と利用者が共同して清掃し、清潔の保持に努めていく。 ・室温や湿度がいつでも把握できるよう計測器を各共用スペースや個室に設置し、空調管理していく。 ・季節に応じた生花や作品を掲示し、季節感が得られるように工夫していく。 	<p>リビングは木目調で落ち着いた雰囲気になっている。一人一人がくつろげるようにソファなどが設けられている。温度や湿度に関してもしっかりと管理されていて、心地よい空間となっている。季節に合わせてお花を飾ったり、季節感のあるものを制作して飾ったりしている。今月は七夕飾りも喜ばれていた。</p> <p>くつろぎながらもタオルを畳んだり、一緒に掃除をしたりと役割を持つことで居場所作りをしながら、共同生活をおこなわれている。</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
57		○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	<ul style="list-style-type: none"> ・居間や畳コーナー、和室、休憩コーナー等を利用して、一人であるいは気の合った人とリラックスして好きな場所で過ごせるような環境を整えていく。 ・セミパブリックスペースなどでトランプ、囲碁、将棋、ゲーム等の趣味を気兼ねなく楽しめる空間を用意していく。 ・認知症等で不安が高まり他の利用者と馴染めない時や仲間の輪に入りにくい時の居場所として、他の利用者から距離を保つスペースを確保していく。 		
58	(24)	○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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者がどのような生活を望み、どのような気持ちでいるかを丁寧にアセスメントし、安心して過ごせるように自宅や事業所の環境づくりを利用者や家族と共に話し合っていく。 ・利用者の自宅での環境を把握し、使い慣れた物や好みの物を可能な範囲で持ってきてもらい、自宅に近い環境になる工夫をしていく。 ・ベッドやポータブルトイレの位置を自宅と同様にし、利用者が安心して過ごせるようにしていく。 	<p>入所時に今までの使い慣れたものをお持ち頂いている。各部屋に電気メータがあり、使用料も分かる為、テレビや冷蔵庫などの家電を持ち込まれ、自宅にいた時と同様な状態で暮らせるようにしている。必要な方はポータブルトイレやセンサーマットを使用し、安全に暮らせるようにしている。</p> <p>写真なども飾られ、心地よく過ごせるようになっている。</p> <p>認知症が進むとご自身の部屋が分からない方もおり、状態に合わせてドアに大きく名前を記入するなど工夫されている。</p>	
59		○身体機能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」「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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の「できること」、「わかること」を本人や家族への確認や日常生活状況より把握していく。 ・「できること」や「わかること」を事業所内で共有し、「できること」、「わかること」を利用者から奪わないよう過剰な介護を行わないようにしていく。 ・安全に不安がある場合は、利用者の傍で見守りながら必要な介助を行っていく。 ・利用者一人ひとりの状態に合わせ、福祉用具の利用を含め多様な対応が可能となるよう配慮していく。 <p>【事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キッチンでは、調理しやすいよう必要に応じて高さの調整可能な補高台を準備していく。 ・トイレ等では、立位保持がしやすいよう可動式手すりを設置し動作の自立を促していく。 ・浴槽では、福祉簡易手すりの利用や手すりの位置に配慮し、動作の自立を促していく。 ・馴染みの物を置くことで居室の位置が容易にわかるようにしていく。 		