

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   | 1770300380     |            |           |
| 法人名     | 社会福祉法人 共友会     |            |           |
| 事業所名    | グループホームやたの のどか |            |           |
| 所在地     | 石川県小松市矢田野町イ8番地 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和6年3月5日       | 評価結果市町村受理日 | 令和6年4月16日 |

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

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 評価機関名 | (有)エイワイエイ研究所              |
| 所在地   | 金沢市無量寺5丁目45番地2 サンライズⅢ106号 |
| 訪問調査日 | 令和6年3月21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)】

住み慣れた地域の中で、これまで通りの暮らしが送り続けられるように一人ひとりとの「出会い」を大切にしています。地域で暮らす一員として、本人の思いに沿い、願いが叶えられる暮らしの実現を目指し、個々の大切にしている人や場所とを「繋ぐ支援」を行っています。利用されている方一人ひとりの生きがい作りとして、今まで大切にしていた習慣や役割を日々の暮らしの中で続けられる支援、働くことの支援などに取り組んでいます。看取りについても、医療機関との連携、ご家族の協力を得ながら、本人を中心としたチームとして「最後まで自分らしさ」が出せるよう丁寧に取り組んでいます。地域においては、認知症介護の拠点として、年齢に関係なく交流の場面を通じて認知症についての理解を深める取り組みを行っています。また、併設している小規模多機能ホームやたのと連携し、地域の相談窓口として、地域のニーズに応えられる事業所となるよう努めています。スタッフの育成については、法人全体で実施している学習会や階層別の研修などに参加しています。スタッフが働きやすい職場を目指し、スタッフの意見や希望を確認しながら職場環境を整えています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

|  |
|--|
|  |
|--|

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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 60<br>職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 67<br>職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 61<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,42)             | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 68<br>通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 62<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:42)                   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 69<br>運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 63<br>利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:40,41)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 70<br>職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 64<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:53)                  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 71<br>職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 65<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 72<br>職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 66<br>利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |   |  |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です

| 自己                 | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|--------------------|-----|--|--|------|-------------------|
|                    |     |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |  |      |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている   | 理念は玄関に掲示してあり、スタッフが確認できる環境がある。法人や事業所の理念は分かりやすく、「かかわりの4原則」も具体的で実践しやすい。<br>ミーティングや学習会等、理念を確認する機会や実践と比較する機会を定期的に作り、も意識が継続できる環境や実践につなげていく話し合いを行っている。<br>法人理事長による理念や法人の考え方を盛り込んだ「基礎研修」を年1回開催しており、できる限りスタッフが参加できるように環境を整えている。<br>コロナが5類となり、少しずつ理念にある社会参加に向けた取り組みを意識して進めている。 |      |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している   | いきいきサロンや防犯隊の参加等、継続的に取り組み、地域交流につなげている。<br>町内で開催されている祭りや行事への参加、ホーム内での法話が再開できている。回覧板を持って行くことが近隣の方との交流につながっている。<br>地域の方がホームの前の花の世話や食事作りに来ている。町内を散歩することで、地域の方と交流できる機会となっている。  |      |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | わが町防犯隊に利用者、スタッフが参加し、子供たちの下校の見守りを継続して行っており、子供たちとの触れ合う機会となっている。<br>認知症サポーター養成講座などについてはコロナ禍以降、地域に向けた活動に取り組めていない。  |      |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|-----|---|--|------|-------------------|
|    |     |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 4  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている           | 地域の方や行政の方、利用者、家族が参加しており、活発な意見が出ている。スタッフも順番に会議に参加できるように調整している。会議の内容については、議事録を回覧しているが、スタッフに周知されておらず、スタッフ全員が確認できている状況に至っていない。そのため、開催していることは知っているが、どのようなことが話し合われているのかが分からないという意見があった。  |      |                   |
| 5  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる                     | 運営推進会議に必ず小松市の長寿介護課の職員、南部高齢者総合相談センターの職員が参加し、事業所の取り組みやケアの実践等について意見交換を行っている。<br>また、長寿介護課の職員も参加している小松市のグループホーム連絡会に参加し、当事業所の現状を伝えることや相談することができている。<br>小松市に報告すべき事故報告は速やかに行っている。必要に応じて市の長寿介護課に相談している。<br>介護相談員も令和5年度から受け入れている。                                  |      |                   |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介護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 | 法人として身体拘束の基本方針を定め、スタッフはそれを意識できている。<br>ミーティング等で、身体拘束について定期的に確認する機会を持ち、スタッフ間で話し合うことができている。<br>職場外研修として身体拘束廃止推進員養成研修に毎年参加している。<br>権利擁護委員を定め、法人内の委員会に参加し、当事業所の現状を伝えることや相談する機会としている。<br>身体拘束をしないことを意識しているが、状況によって仕事が優先となり、利用者の気持ちから来る行動への支援に十分に支援できていない場合がある。 |      |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|-----|---|--|------|-------------------|
|    |     |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている     | 虐待防止マニュアルや法人の基本方針を定め、スタッフはそれを意識して日頃のケアを行っている。毎年、権利擁護・個人情報保護委員が中心となり、事業所の現状の振り返る学習会を実施している。学習会やミーティング等で話し合い、取り組んでいることの経過を定期的に確認する機会が持っていない。   |      |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 成年後見制度を利用している方が1名おられ、後見人と情報交換や連携をしている。事業所内でのミーティングや勉強会などで成年後見制度等について学ぶ機会や話し合う機会は十分に持っていない。   |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                      | 契約時は時間を十分にとり、重要事項説明書で説明を行い、利用者や家族の心配事を確認することや質問を受けている。納得を得た上で契約を行っている。   |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                  | 家族と関わる時は心配事や要望を聞くように心がけている。日頃からの関わりの中で要望が伝えやすい関係づくりにも努めている。利用者や家族から要望や意見を聞いた時は、タイムリーに反映できるように上司に報告したり、日々の申し送りやミーティングなどでチームのスタッフと共有し、検討している。運営推進会議に利用者や家族が参加し、意見を伝える機会を作っている。そこで出た意見を取り組みに反映させている。全ての利用者ではないが、本人や家族を交えたカンファレンスを開催し、意見や要望を確認する場を作っている。 |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                   | 1年に1回の個別面談を実施し、スタッフ個々の現状の確認や心配事や意見の確認を行っている。ミーティングも定期的に開催しており、スタッフ一人ひとりの意見や提案を聞く機会としている。そこで出た内容を日々の支援や働き方に反映させている。   |      |                   |

| 自己                           | 外部 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------------------------------|----|--|---|------|-------------------|
|                              |    |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 12                           |    | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 管理者はスタッフ個々と面談を行い、一人ひとりの現状や課題、今後に向けて取り組みたいことを確認している。希望した休日や有休休暇の取得、勤務の要望など、働きやすい環境がある。管理者は必要に応じて、スタッフの状況や意見を法人に報告している。   |      |                   |
| 13                           |    | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | スタッフとの個々の面談の中で学びたいことの確認や向上して欲しい力を管理者とスタッフ個々が共有し、職場内外の研修の提案を行っている。また、案内があった研修などをスタッフが見やすい場所に回覧している。研修に参加後は、研修報告書や資料を回覧し、他のスタッフと共有できる環境を整えている。必要に応じてミーティングなどで研修の内容を話す機会も設けている。  |      |                   |
| 14                           |    | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 小松市内のグループホームとの連絡会を継続して実施している。その中で各グループホームの悩みや課題について話し合う機会や取り組みの向上に向けた意見交換・情報交換を行っている。   |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |   |      |                   |
| 15                           |    | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている           | 利用前に自宅や利用しているサービス事業所を訪問するなど、本人と会う機会を設けている。また、利用前にグループホームで過ごす時間を作ることで、スタッフや他の利用者との関係づくりの機会につなげている。本人の情報も利用前に回覧を行い、職員間で共有している。その情報を参考にミーティングなどで本人が安心して過ごせる環境やサービスのあり方について話し合う機会も作っている。本人が入居に当たり、本当に思っていることまでは把握できていないことがある。 |      |                   |
| 16                           |    | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                      | 利用前に家族に会う機会を作り、本人の情報を得ている。また、実際に住む部屋を見てもらう機会も設けている。家族に会うタイミングで利用に当たっての心配事などの確認を行っている。   |      |                   |
| 17                           |    | ○初期対応の見極めと支援   | 本人や家族と会った時の意見や情報、入居前  |      |                   |

| 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 |
|    |     | 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                | に担当していたケアマネジャーや入居前に利用していたサービス事業所からの情報を参考に、入居当初の段階で必要な支援やかかわりをスタッフ間で話し合っている。  |      |                   |
| 18 |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                | 本人と一緒にすることを大切にしている。また、出来ることは任せる環境も作っている。同じ家で過ごす家族の様な雰囲気と一緒にお茶をしたり、食事をする環境を作っている。その中で利用者から教えてもらう姿勢も大切にしている。「ただいま」「お帰り」と家庭と同じ言葉を使っている。その日の状況によって、スタッフからの一方的なかかわりとなってしまう場合もある。          |      |                   |
| 19 |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている | 家族が来訪された時や家族に電話する時に本人の様子を伝えている。家族と一緒に出かける時間や部屋などで一緒に過ごす時間を持っている方、家族の付き添いで受診に出ている方がおられる。<br>本人の暮らしの様子が分かるように、定期的に利用者の写真や事業所の新聞を家族に送っている。家族や本人を交えて話をする機会が少ない。                          |      |                   |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている             | 利用者本人や家族から本人のこれまでの暮らしなどの情報を得て、地域のいきいきサロンの参加や住み慣れた家や町に行く、馴染みの美容院を利用するなど、できる限り馴染みある人や場所との関係が途切れない様に支援している。取り組み状況は利用者によって差があり、今後どのような工夫が必要か検討する必要がある。<br>軒下マップの作成に努めているが、詳細な情報が記載されてない。 |      |                   |

| 自己                                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------------|-----|---|--|------|-------------------|
|                                    |     |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 21                                 |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず<br>に利用者同士が関わり合い、支え合えるような<br>支援に努めている                | 利用者一人ひとりの性格や特性を把握し、関<br>係が作りやすい方と同じテーブルで過ごすこと<br>や一緒に出かけるなどの配慮をしている。状況<br>に応じてスタッフがその場で一緒に過したり、<br>関係性ができるように支援している。利用者同<br>士が支え合っている場面や解決しようとしてい<br>る場面があれば、安易に中に入らず見守る姿<br>勢を大切にしている。  |      |                   |
| 22                                 |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関<br>係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族<br>の経過をフォローし、相談や支援に努めている | サービス利用が終了しても家族が来訪しやす<br>いように声をかけたり、地域で会った時に挨拶<br>や話をする関係性がある。家族から電話が掛<br>かってくる時もある。<br>それ以外に継続的にかかわりを持つ機会や行<br>事などを案内する機会は持っていない。  |      |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |     |   |  |      |                   |
| 23                                 | (9) | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握<br>に努めている。困難な場合は、本人本位に検討し<br>ている                        | 日々の申し送りやミーティングなどで利用者<br>個々の言葉や行動の意味を考えるための話し<br>合いを行っている。<br>普段の利用者との関わりの中で「どんな思いで<br>いるのか」「何を望まれているのか」など、意識<br>しながら接している。もう少し利用者やゆくり<br>話ができる時間をが作れるような工夫や体制<br>があるとより利用者個々の思いや気持ちの理<br>解につながる。<br>利用者本人の言葉や表情、しぐさなどをそのま<br>ま記録に記入している。<br>日々の中で利用者本人が自分で選ぶこと、決<br>めることができるように、確認する姿勢を持っ<br>ている。<br>本人の意向や思いを本人本位で考え、ケアプ<br>ランに反映できるように努めている。 |      |                   |
| 24                                 |     | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環<br>境、これまでのサービス利用の経過等の把握に<br>努めている                    | 利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし<br>方などが分かるアセスメントシートや本人がこ<br>れまで培ってきた関係性が分かるシートを活用<br>することで把握、スタッフ間の共有に努めてい<br>る。利用者と一緒に過ごすことを意識して、か<br>かわりの中から利用者個々が行ってきた仕事<br>の事や馴染みある唄など、本人のこれまでの<br>ことを教えていただけるきっかけを作っている。   |      |                   |
| 25                                 |     | ○暮らしの現状の把握  | 朝・夕のスタッフ間での申し送りや月1回のミー   |      |                   |

| 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 |
|    |      | 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   | タイミングなどで利用者一人ひとりの情報や心身状態を共有し、現状の把握を行っている。  |      |                   |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 日々の申し送りなどでスタッフ間で話し合ったことを計画作成担当者に情報提供されている。全員ではないが利用者本人や家族に意見や意向を確認しながら、本人が望む暮らしに少しでも近づけることができるようにケアプランの内容に反映させている。カンファレンスの開催が遅れてしまう場合はあるが、ケアプランの内容を参考に実践状況の確認を行っている。                               |      |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 利用者個々の暮らしの様子や状態を個人記録に具体的に記入し、支援からの気づきや考察も記録に残している。利用者が発する言葉やその時の表情や様子などをありのままに記入することを意識している。その内容を参考にスタッフ間で話し合っている。話し合った内容をケアプランに反映させている。   |      |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 本人や家族との会話を大切に、その中から聞き取れたニーズについて、その達成に向けた環境づくりや協力体制をスタッフ間、または家族を交えて考えている。本人や友人の希望から訪問マッサージを利用されている方がおられる。最初から無理と考えずに、どうしたら実践できるかを話し合っている。スタッフ間での話し合いが本人が求めているタイミングとズれてしまう状況や取り組みまでに時間がかかってしまう場合がある。 |      |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                         | 利用者個々の地域資源を活用しながら本人らしく暮らすことができる取り組みを実践するために、利用者一人ひとりが培った地域資源を把握するためのシートを作成している。利用者によって個々の地域資源とのかかわりに差がある状況や個々が持つ地域資源が把握できていない状況がある。シートの内容をより充実させていく必要がある。地域の方が食事作りに来てくれたり、花壇の世話をしてくれるなどの協力がある。     |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援   | 利用者本人、家族の希望に応じた医療機関・   |      |                   |



| 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 |
|    |    | 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  | 方法で診察を受けている。入居前のかかりつけ医への受診を希望される場合は、家族と相談しながら必要に応じて受診を支援している。家族が受診の付き添いをする場合は、かかりつけ医に円滑な情報提供ができるように、書面での情報提供や三測表のコピーを渡している。受診することが難しくなった場合は、訪問診療への切り替えの相談を受けている。                           |      |                   |
| 31 |    | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 普段は職場内の看護職員と連携し、利用者一人ひとりの健康管理や体調などで気づいたことの共有、それに応じた環境づくりを行っている。利用者の体調に異変などがあっても看護職員に報告できている。訪問診療や受診時には利用者の情報を口頭や書面で医師や看護師に伝え、必要な相談を行っている。利用者本人の状態から必要な場合は、家族や医療関係者と相談しながら訪問看護などを利用する場合もある。 |      |                   |
| 32 |    | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時には本人の情報を提供している。情報提供する場合は事業所での暮らしの様子も書面で伝えている。入院期間中は入院先の担当者との情報交換し、本人の状態の把握に努めている。退院前の病院でのカンファレンスには必ず参加し、状態の把握や退院受け入れに向けた環境づくりのための情報を得ている。その情報をスタッフに回覧したり、申し送りなどで情報共有している。               |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|--|---|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 事業所として重度化や看とりの支援を実践している。重度化や看とりのマニュアルや指針を整備している。<br>利用者個々のその時々段階や状態に合わせて、家族や関係者と話す機会を作っている。利用者本人も出来る限り参加してもらっているが、重度化や看取りについて本人の気持ちや意向を十分に聞けていない場合が多い。重度化や看取りに向けた意向の確認やそれに応じた準備を整えるためにも、がかりつけ医や家族との連携をもう少し早い段階で行う必要がある。<br>本人の様子について、定期的に家族に伝えることも大切にしている。必要に応じてがかりつけ医に本人の状態を伝え、相談を行うことや外部の訪問看護などを利用している。 |      |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている   | 急変や事故発生に備えたマニュアルはあるが、それを参考にした訓練の実施までは十分に行えていない。1年に1回法人内で開催している救急救命講習にはスタッフが順番に参加している。   |      |                   |
| 35 | (13) | ○緊急時等の対応<br>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  | 事故対応マニュアルや急変時・緊急時対応マニュアル、緊急連絡網や連絡先一覧を整備しているが、全体的に設置している場所や内容が共有されていない。スタッフ全体で見直す機会も持っていない。<br>夜間の急変時などの備え、毎日のオンコールスタッフを配置し、対応できる体制を整えている。<br>救急搬送時の利用者個々の情報シートが作成できていない方や更新できていない方がいる。定期的に見直す方法を検討する必要がある。  |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|------|--|--|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 36 | (14) | ○バックアップ機関の充実<br>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             | 利用者個々のかかりつけ医や協力医療機関とは何かあった時に相談できる体制を整え、実際に相談し、助言を得ている。介護老人福祉施設のバックアップ機関を設けているが、支援体制について十分な話し合いまでは行っていない。<br>バックアップ機関との連携方法について、スタッフ間で確認する機会が持てておらず、どのような体制なのかが共有されていない。  |      |                   |
| 37 | (15) | ○夜間及び深夜における勤務体制<br>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                    | 夜勤者は全体で2名のスタッフ(各ユニット1名)が配置されており、緊急時などがあった場合は協力して対応に当たっている。2名での対応が困難な場合に備え、夜間のオンコールスタッフを配置している。また、小規模多機能ホームやたのと隣接しており、必要に応じてそのスタッフと連携が取れる体制を整えている。  |      |                   |
| 38 | (16) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている | 運営推進会議で地域の方と災害について話し合うことができている。その中でお互いどのような協力が必要なのかを確認している。また、事業所で行っている災害訓練に地域の方や消防署職員が参加し、意見をもらう機会を作っている。校下の災害訓練にも参加している。<br>訓練の回数が少ないことや毎年スタッフ全員が訓練に参加できている状況ではないため、スタッフ全員が災害時の対応方法・避難方法が身につけているまでの状況には至っていない。<br>今後、自主訓練の実施や実際に火災が起きやすい状況や可能性が高い災害を想定し、実践的な訓練を実施していく。 |      |                   |

| 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 |
| 39                               | (17) | ○災害対策<br>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  | 火災訓練は定期的に訓練を実施している。災害対策マニュアルを設置しているが、それに応じた訓練までは実践できていない。「マニュアルに応じた訓練→見直し」のサイクルを今後確立していく。スタッフへの周知も不足している。非常時の物品や備蓄品は整えているが、定期的に点検できているものとできていないものがある。また、備蓄場所や備蓄を運び方などの方法が周知されておらず、訓練に取り入れていく必要がある。 |      |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |      |                   |
| 40                               | (18) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 声の大きさや声をかける場所の配慮など、支援する時のプライバシーに配慮している。常に利用者を敬う気持ちを持ち、本人が安心できる言葉遣いや伝え方を意識している。尊厳やプライバシーについて、研修や学習会を毎年開催し、日々の関わりやケアの姿勢を振り返る機会を作っている。課題として、状況によって利用者の情報を大きな声で伝えるなど、プライバシーへの配慮が欠けてしまう場合がある。           |      |                   |
| 41                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 普段から利用者とのかかわりを大切にして、暮らしの中での思いや希望を知ろうとする姿勢を作っている。利用者が自分の気持ちや思いが伝えやすくなるように傍に座ってゆっくり話を聞く姿勢を大切にしている。利用者と一緒に考えることや自分で決める事が出来るように情報提供することや選びやすい環境づくりに努めているが、利用者全員に取り組んでいる状況には至っていない。                     |      |                   |
| 42                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 利用者一人ひとりのペースやその時々々の気持ちに合わせた支援が行えるように支援する前に本人に説明し、希望の確認や了解を得てから支援している。利用者個々の1日の流れが共有できるように介護計画書②を作成しているが、情報が少ない。また、「利用者一人ひとりにどのように過ごしたいのかを十分に聞けていない状況や聞けていても実践できていない状況がある。                          |      |                   |
| 43                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援   | 本人の今までのおしゃれが反映できるように、  |      |                   |

| 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 |
|    |      | 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  | 利用者と一緒に服を選ぶなどの支援をしている。起床時や就寝時の身だしなみも本人に確認しながら、出来る限り本人の力で行えるように支援している。<br>表現し難い利用者についてはスタッフが決めてしまう、行ってしまうなどの状況があり、利用者個々の以前のおしゃれなどの情報や支援のあり方がスタッフ間で共有されていない状況がある。         |      |                   |
| 44 | (19) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 利用者の食べたいもの、好みのものを献立を作る時に取り入れたり、希望があったタイミングで準備している。<br>盛り付けや食後の茶碗洗い、茶碗拭きができる環境を整え、スタッフと一緒に行う様子がある。行っている利用者には偏りがある。   |      |                   |
| 45 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている      | 1日の食事量や水分量が把握できるように、同じ様式の中で記載している。水分などは本人の習慣やその時々のお気持ちに応じた飲み物が飲めるように準備している。食べ物についても利用者個々の状態やその日の体調などによって食べやすい工夫を行っている。食べる気持ちにつながるように、栄養面の話を利用者として行っている。毎月1回体重測定も実施している。 |      |                   |
| 46 |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている               | 毎月1回訪問歯科を受け入れ、利用者個々の口腔内の状態を確認する機会を持っている。協力歯科から受けた助言を回覧している。本人の口腔内の状態に応じた物品も準備している。<br>ただ、スタッフ間で口腔ケアについて話し合うことやケアの状況を確認する機会が少なく、スタッフによって支援方法が違っているなど十分に取組めていない状況もある。     |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|--|---|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 47 | (20) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている       | 利用者個々の排泄について、申し送りや水分、食事摂取量と同じ様式になっている排泄チェックで情報共有している。日々の申し送りでも共有している。<br>羞恥心などに配慮し、できる限りトイレでの排泄・自分の力で行える環境を作っている。介助を行う場合も必要な部分だけの支援としている。プライバシーに配慮し、できる限り排泄中はトイレの外に出ることやドアを閉めることを意識している。<br>利用者個々の排泄状況や身体状況をアセスメントし、個々に応じた排泄用品・排泄用具を選定している。   |      |                   |
| 48 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                       | 安易に薬に頼らず、乳製品の活用や食事の工夫で、水分摂取量の把握などを行い、便秘解消に向けた取り組みを実践している。改善が難しい場合はかかりつけ家に相談し薬を処方してもらっている。   |      |                   |
| 49 | (21) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | その日、その時にお風呂に入りたいか、入りたくないかを確認し、その気持ちに応じた支援を行っている。入りたくない場合は無理に入ることとはせず、翌日以降に再び声をかけている。お風呂に入りたいと話された方の理由までを確認できていない場合がある<br>重度化された方でも浴槽に入りたい希望がある場合は、隣接する小規模多機能ホームやたのに設置してある機械浴を利用している。柚子湯や菖蒲湯など季節を感じることをすることができる機会を作っている。<br>課題として、スタッフ側の都合に合わせた時間設定となっていないか、利用者が本当に入りたいタイミングや時間での入浴となっているかを確認しながら支援を行っていく。利用者への声のかけ方など、スタッフそれぞれが工夫していることが共有できる場を作る必要がある。 |      |                   |
| 50 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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                       | 利用者一人ひとりのその日、その時の様子を確認し、本人の表情や身体の傾きなどの状態から部屋のベッドで横になる支援やソファなど安楽な場所で過ごせる支援を行っている。  |      |                   |
| 51 |      | ○服薬支援  | 利用者個々の個人記録に最新の服薬シートを  |      |                   |

| 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 |
|    |      | 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   | 狭み、すぐに確認できる環境を整えている。本人の状態を見ながら必要に応じてかかりつけ医に服薬の相談を行っている。薬が変更になった場合は、その後の変化を確認し、かかりつけ医に情報提供できるように記録に残している。   |      |                   |
| 52 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 役割については利用者個々に持って頂く環境はあるが、楽しみごとへの支援が十分でない。利用者一人ひとりの楽しみなことが把握できていない。個々の生活歴から役割をどのよう「支援していくのか話し合う機会も少ない。  |      |                   |
| 53 | (22) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 利用者から外出したい希望がある時やそのような気持ちを感じた場合は、できる限りそのタイミングで外出を支援している。また、日常的に買い物に出かけている。状況によってはすぐに支援できていない場合や普段の散歩などの支援が十分に行えていない。<br>利用者によって取り組み状況に差はあるが、家族と協力を得て、住み慣れた家や町、墓参りなどに出かけている方もおられる。外出することが困難な方には天気の良い日はウッドデッキに出て外気に触れるなどの機会を作っている。 |      |                   |
| 54 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                             | 自分でお金を管理されている方は少ない。買い物行ってもスタッフが代行で支払うことが多い。利用者が好きな物を買いきっかけたり、お金を使う機会は少ない。  |      |                   |
| 55 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている  | 本人から希望があった場合は家族や知り合いなどに電話できる環境は作っている。携帯電話を所持し、毎日家族と連絡を取り合っている方もおられる。手紙を書くなどの機会は持っていない。   |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|------|--|--|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 56 | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 季節を感じて頂くために、その季節に応じた花を飾ったり、装飾を行っている。近所の方からお花などを頂く機会もあり、それを利用者と一緒に飾っている。また、窓を開けて外の様子や外気に触れる機会も作っている。<br>利用者にとって落ち着ける場所を意識して、室温や音、光などに配慮している。温度調整はエアコンを活用し、利用者が過ごしやすい温度設定を行っている。<br>毎日、掃除を行っているが、行き届いていない部分がある。整理整頓についても乱雑になっている場所がある。<br>スタッフの動きが利用者個々の不快や混乱につながっている可能性もある。 |      |                   |
| 57 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 和室の利用やリビング、廊下などにソファや椅子を置き、その時々のお気持ちや状態に応じて過ごせる場所を作っている。自由に隣の家(ユニット)と行き来できるようにスタッフ間の連携も大切にしている。   |      |                   |
| 58 | (24) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 入居時に自宅で使っていた家具や装飾品などを持ち込んで頂き、本人と家族で配置してもらっている。<br>入居後は利用者の様子に応じて、本人や家族と相談しながら本人の生活の様子に合わせて、家具や装飾品の配置を変更している。<br>家族との写真や思い出の写真を飾ることや馴染みの家具や道具を持ち込まれるなど、一人ひとり個性がある部屋となっている。  |      |                   |
| 59 |      | ○身体機能を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している  | 必要な部分に手すりを設置したり、掴まれたり、疲れた時に座れることができるように椅子を置いてある。トイレや自分の部屋などは利用者が分かりやすい表示としている。利用者の身体状況によって、L字柵や置き型手すり、ポータブルトイレの設置など、自分の力で、安全に行える環境も整えている。  |      |                   |