

### 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   | 1090100247          |            |  |
| 法人名     | 群馬中央医療生活協同組合        |            |  |
| 事業所名    | 小規模多機能型居宅介護ふれあいの家六供 |            |  |
| 所在地     | 前橋市六供町813-1         |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年3月11日          | 評価結果市町村受理日 |  |

※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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | サービス評価センターはあとらんど  |  |  |
| 所在地   | 群馬県前橋市高崎市八千代町9番8号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年4月13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)】**

通いサービスを中心に宿泊サービスや訪問サービスを実施することで独居の利用者や高齢者のみの世帯を中心に利用者の在宅生活の支援をおこなっている。現在登録者の半数15名がそのような状況。緊急の訪問や宿泊にも対応することで利用者のみならず介護しているご家族の都合や負担軽減にも応えるようにしている。そのことで在宅生活が継続できることを目指している。小規模多機能の機能を出来る限り活用できるように利用者一人ひとりの状況に合わせた介護計画を作成、計画に基づきながら訪問や配食をおこなうことで利用者の生活をサポートしている。小規模多機能で全てをサポートすること以外に医療系サービスやインフォーマルサービスと連携して利用者の生活サポートができるようにしている。今年7月より登録を29名に拡大し通い利用者の18名/日とした。

**【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)】**

基本的には在宅での生活を希望する利用者支援のために、利用者個別のニーズをしっかりと把握し、職員の勤務体制を工夫しながら、管理者と職員は共に小規模多機能型居宅介護の基本的な機能である「通い」「訪問」「宿泊」の支援提供に努めている。管理者・主任の業務に対しての思いは深く、常に現状を見つめ、より良いサービス実現のために、前向きな姿勢で日々業務に取り組んでいる態度が伺える。在宅で最後を迎えたいとの利用者の希望を受け止め、食事提供や見守り等の訪問支援により利用者の思いにそった対応の経験をしている。この事例は職員の今後にとって大きな財産になったと思われる。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 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. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 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  | 理念に掲げているその日その瞬間を大切に、その人らしく自宅での生活が送れるようカンファレンスや職場会議などで共有するようにしている。  | 理念に掲げている「その人が望む自分らしい生活」実践のため、カンファレンスや職場会議等で話し合っている。利用者の要望に応じて、急な泊りや訪問回数を増やす等の対応に努めている。                   |                   |
| 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  | 地域交流会の開催、地域への訪問行動などで近隣の住民の方々交流を図っている。近所の公園に散歩する際に近隣の方と交流できるときもある。  | 法人関係者と一緒に地域の住民宅を訪問して、広報活動を行い、交流の輪を広げている。散歩時に言葉を交わしたり、事業所行事に参加を呼びかけている。近隣の方が草取りや食事の手伝いに来たり、野菜を持って来てくれている。 |                   |
| 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  | 七夕地域交流まつりを開催して近隣住民の方々に参加していただき、施設の取り組みを写真パネルにして玄関先や室内に掲示し見ていただいた。利用者が裏口から一人で外にでしまったとき近所の方が声かけてくれた。                           |  |                   |
| 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                                     | 利用状況や利用者の様子などを報告。運営について地域との協力方法についてアドバイスももらえるようにしている。地域の実情などもお互いに把握し合い必要な時の協力関係ができるよう話している。家族の都合がつきにくい状況がある。                 | 行政・自治会長・民生委員・家族・利用者・事業所関係者等の参加で2ヶ月に1回開催している。事業所から利用者の様子・行事内容・外部評価結果等の報告があり、参加者で意見交換を行い、サービス向上に活かしている。    |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 事業所の運営に関する事で法令順守のために確認が必要な内容について、また、基準省令だけでは確認できないことなどについては遠慮なく質問、市の見解を確認するようにしている。  | 介護保険申請の代行、不明な点の確認、事業所の状況報告、相談事等で市の担当者を訪ね、意見交換をしている。  |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 玄関の施錠は行っていない(夜間は防犯のため実施)。4点ベッド柵、Y字ベルトなども使用していない。行動制限などの声掛けも身体拘束になること意識を職員で共有している。ただ、転倒リスクの高い方にセンサーを使用していることはある。職場会議でも学習している。 | 日中は玄関の鍵をかけず自由な生活を支援している。言葉掛け、特にスピーチロックには注意している。利用者の状況によりセンサーを使用することがある。身体拘束をしないケアの実践についての学習会を行っている。      |                   |
| 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                                     | 身体拘束とともに虐待についても職員と意識を共有して、「絶対にあってはならないことである」ことを徹底するようにしている。職場会議でも定期的に学習している。   |  |                   |

| 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 |
| 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    | 管理者や主任は研修などを受ける機会があるが、その他の職員は学習機会がもてていない。法人の制度教育や事例検討会に参加を促している。認知症介護実践者研修に1名参加。                            |   |                   |
| 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                         | 契約時に契約書と重要事項説明書をお互いに見ながら、丁寧に説明するよう気をつけている。  |   |                   |
| 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                     | 苦情処理窓口を掲示。管理者・介護支援専門員に直接お話しもしていただいている。事業所側の不手際については謝罪。苦情については調査が必要であれば調査し改善をはかる。それをもとに説明をおこなう。苦情相談ボックスも設置。  | 連絡ノート、送迎・月1回の訪問時に家族・利用者から思いや要望を聞いている。家族と本人との間に要望に違いのある時には話し合ったりすり合わせ、支援につないでいる。法人関係の全国組織のアンケート調査結果を参考にしている。 |                   |
| 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                                      | 職場会議を月に一度開催。職員から運営に関する意見を話し合い、必要なことなどを決定していくようにしている。また、それ以外にも日常で気が付いたことなどは主任や管理者に報告してもらい対応していくようにしている。      | 月に1回の職場会議で直接職員の意見や提案を聞いたり、意見等を書面にて記してもらい議題として話し合っている。年に1～2回、管理者が職員と面談を行い話を聞く機会を持っている。職員の希望休を受けて勤務体制を組んでいる。  |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 定期的に職員面談を実施。働き中や疲労感や精神的な負担など把握するようにしている。労働時間や休日取得などの状況も管理者が把握、できるだけ偏りのないよう配慮して勤務表を作成している。職員体制は基準を満たすことで精一杯。 |   |                   |
| 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         | 毎月の職場会議で学習の時間を設けてさまざまなテーマの学習を行っている。法人の制度教育や事例検討会に参加を促している。認知症介護実践者研修に1名参加。                                  |   |                   |
| 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 | 群馬県地域密着型サービス連絡協議会に加入。様々な研修の情報を集めたり、運営についての相談などを行っている。実際に研修会などへの参加はできていないため今後は参加できるようにしていきたい。                |   |                   |

| 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 |
| <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 | サービスを利用する前のアセスメントの時に何に困っていて何をサポートすれば安心して生活できるのかを利用者や家族とともに考えていくようにしている。  |   |                   |
| 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            | 利用希望時、契約時、利用開始日などで段階的にご家族の思いを確し、何でも相談できるような関係になれるよう声かけしている。利用後も毎月の訪問時やサービス利用時に本人を含めて定期的に話をするようにしている。             |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | その利用者本人と家族が自宅での生活を継続するために必要としていること、希望していること、思いを聞き取り、実際のサービス利用や介護計画に生かしていくようにしている。                                |   |                   |
| 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                        | 介護者が介護するだけの関係ではなく、利用者のできることを見つけ、利用者が得意なことを介護者側がお願いして行ってもらうことで、頼りにしていることや役割を持ってもらえるような支援を心掛けている。カンファレンスで共有も図っている。 |   |                   |
| 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         | 自宅での生活をサポートしていく中でそれぞれの利用者のご家族の状況に合わせて、ご家族の協力も得られるようお話ししながら、ご家族が支援するところとサービスで支援するところのバランスを考えながら本人を支えられるよう努めている。   |   |                   |
| 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                     | サービスによる支援やご家族による支援だけでなく、近所の人、友人なども気軽に交流できる場となるよう門戸を開いている。またその場に行くことを希望されたときは送迎などの対応をしている。毎週なじみの商店で過ごす方もいる。       | 友人宅、行きつけの入浴施設、居住地域の馴染みのサロン等への送迎をしており、これまでの関係継続に努めている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 利用者職員が一对一で関わる機会だけでなく職員が紹介し利用者同士の会話で談笑する機会やレクリエーションや作業などの中で利用者同士が交流できるようにしている。利用者同士で会話していることでおだやかに過ごせるときもある。      |   |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | 様々な事情で利用終了となった方のその後の様子については、その様子を確認するため面会に行ったり、ご家族からお話を聞くなどしている。看取りをおこなった利用者家族には後日自宅訪問し、その時のことを振り返ることをおこなった。   |   |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 本人との会話やご家族からの情報などから、その人の生活への思いを把握、日常生活に生かせるよう介護支援専門員を中心にほとんど毎日実施しているカンファレンスで職員が共有できるようにしている。                   | 利用開始時に家族や本人から生活暦や希望を聞いている。連絡ノート・送迎時・日頃の言動から要望を把握し支援に努めている。自宅での入浴希望があり対応につないでいる。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | これまでの生活歴などを申し込み時の事前アセスメントや契約時や利用時に本人やご家族から聞き取り、把握できるようにしている。また、カンファレンスで把握が必要な情報があればその都度確認するようにしている。            |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 介護支援専門員を中心に定期的にモニタリングし、その内容をカンファレンスで話し、職員全体が現状を把握、共有するようにしている。   |   |                   |
| 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 | モニタリング、介護計画の見直しを3ヶ月に1回で行っている。それのもととなる情報などもモニタリング以外にも本人、家族、職員などから聞き取り、ほとんど毎日カンファレンスをおこない情報共有や介護計画の見直しにつなげている。   | 毎月、サービス担当者会議とモニタリングを行い、その結果を基に3ヶ月に1度、介護計画の見直しを行っている。状態に変化が見られた時には随時の見直しをしている。   |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 排泄、食事状況、内服薬チェック、その他必要なケアについて一目でわかるような日誌とともに個別介護記録でわくわく夜間の様子を記録、それを職員間で共有できるようにしている。カンファレンス時には記録を参考に介護計画を考えている。 |   |                   |
| 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               | 地域の知り合いと毎日会っていた方はその場所まで送迎している。行きつけの病院への送迎もおこなっている。本人の希望があれば床屋への送迎などもおこなっている。                                   |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |  |
|----|------|---|--|--|--|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容                        |
| 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                                      | 近所の美容室からの出張理美容サービス、利用者が毎日行っていた商店に行くことを継続できるよう商店の方と協力、自宅に帰ったときは近所の方と食事できるよう協力するなどしている。  |  |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 本人と家族の希望があれば今までのかかりつけ医と連携。何か状態の変化があれば協力医療機関に速やかに受診することで安心して生活できるよう支援している。また受診が困難な方は協力医療機関の往診をうけることも勧めている。                        | 従来のかかりつけ医を受診しており基本的に家族同行となっている。家族の都合によっては職員が病院への送迎をしている。歯科、皮膚科は家族対応である。  |  |
| 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                          | 看護師は2名でほぼ毎日勤務している。その際に介護職だけでは判断できないことの確認等をおこない、職員間で共有している。また、夜間も利用者の状態等について判断を仰ぐ、必要によっては施設に来て処置してもらうなどしている。                      |  |  |
| 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。 | 入院の際には管理者や介護支援専門員から入院先の病院に利用者の情報提供をおこなっている。また、退院後のサービス利用受け入れもできることを病院に伝えるようにしている。退院前には病院や家族と相談しながら退院後のサービス利用を含めた生活を決めていくようにしている。 |  |  |
| 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  | 重度化した際の方針などの家族への確認は全利用者には確認できていない。確認をすすめていきたい。個別に確認した利用者はいる。また、本人と家族と相談しながら看取りをおこなった。  | 重度化や終末期対応の指針が作成されている。現在は全利用者への説明はしていないが、状況を見ながら随時説明を行っている。利用者・家族から自宅で終末期を迎えたいとの希望があり、職員が見守りや食事提供等の支援を行い、希望に沿った対応を経験している。 |  |
| 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  | 緊急時や急変時の対応基準などを作成。フローチャート形式のものも作成し、職員が常に同じように対応できるようにしている。   |  |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 非常災害時対応基準を作成。実際にどう動くのかを職場会議でシュミレーションしている。避難訓練は実施している。地域の住民とは話はしているが、地域住民合同の訓練はまだおこなえていない。  | 消防署の協力を得ての総合避難訓練を年に1回、事業所独自の自主訓練を3回(夜間、大雪想定等)行っている。備蓄として飲料水、食料品を3日分用意している。   | 災害時に適切な避難誘導をするために、自主訓練の機会を出来るだけ多く持って欲しい。 |

| 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                               |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 認知症によりできないことも多くなっている利用者だが、人生の先輩であり、尊敬の念を持って接することは日常的に確認している。親しみの中にも目上の人への配慮された言動を行うよう努めている。職場会議でも確認している。 | 馴れ合いの中で利用者の尊厳を傷つけるような対応、特に呼称を～ちゃんにしないよう、会議やカンファレンスで話し合っている。排泄時や入浴時の着替えの時には特に配慮した対応に努めている。            |   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 上手くできないこともあるが、本人の意思を尊重し、こちらからの働きかけだけでなく、声かけなどをおこない、自発的な行動を援助するよう心がけている。                                  |  |   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 職員の都合や業務の都合に合わせてではなく、利用者の意思や思いに職員や業務を合わせていくことを基本として職員と共有しているが、施設の都合や決まった一日の流れを過ごすことが多くなっている。             |  |   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 衣服の選択は本人の意思を尊重し、声かけや援助が必要な場合でも、本人の意思確認をするようにしている。  |  |   |
| 40                               | (15) | ○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 朝食と夕食はご飯を炊き、おかずはクックチルで温め盛り付けして提供している。昼食はご飯を炊きおかずは業者を変更し配食してもらっている。配膳も職員が行っている。おやつは手作りのものを提供し楽しめるようにしている。 | 主食の御飯やパンは事業所で用意し、副食は宅配を利用している。菜園で収穫された野菜類を味噌汁やお浸しにして提供している。食事介助者が多く職員と一緒に食べていない。飲み物は事業所の考えにより提供している。 | 飲み物を幾つか用意し、そのメニューを掲示して、利用者が好きなものを選択する機会を作って欲しい。 |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 利用者一人ひとりにご飯の量の希望を聞いている。疾患や好き嫌いに応じてできる限りの工夫(肉禁、主食少なめなど)をしている。水分が必要な利用者には水分摂取を促すようにしている。                   |  |   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 自力で歯磨きできる利用者にも声かけをしている。援助が必要な利用者にも状態に応じた口腔ケアをおこなっている。利用者全員に食後の口腔ケアをおこなっている。                              |  |   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                                  |
|----|------|---|--|--|----------------------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容                |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 排泄パターンやタイミングの把握はあまりできていない。状態に応じて必要な援助ができるようにしている。状態の変化があればカンファレンス等で排泄介助の方法を職員全体で考え対応していく。                                | 利用者の様子を見ながら排泄支援を行っている。宿泊者の夜間のパターンは把握している。家族の都合で朝と昼の2回、自宅に排泄支援に訪問している。個別対応により、リハビリパンツからパット使用になる等の成果が見られている。 |                                  |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 排便状況の確認を申し送りで行っている。便秘の状態によって、緩下剤の使用などを看護師や主治医と相談しながら実施して、排便コントロールできるようにしている。   |  |                                  |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている                             | できる限り利用者の希望に沿っていきたいが、入浴日はある程度こちらで決めてしまっている。入浴の際はできるだけ気持ちよく入浴できるように配慮を心掛けている。入浴を楽しんでもらえるよう入浴剤を使用する週を決めた。                  | 曜日は特定せず、本人や家族の希望での入浴支援を行っている。入浴剤の使用、柚子湯や菖蒲湯、利用者希望の温度調節等、入浴を楽しめるよう配慮している。                                   | 宿泊の場合には利用者に入浴の言葉かけをして支援につないで欲しい。 |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 消灯時間などは定めてあるが、あくまで目安であり、その人のその日の状況で眠りたいときや眠くなっている様子のときに休めるようにしている。日中の休息時間も同様に行っている。                                      |  |                                  |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 薬は職員が管理している。内服薬の管理基準を見直し、内服薬の内服の時は間違えないようダブルチェックするように徹底して、焦らず、確実に内服できるようにしている。また、内服後の空き袋をとっておき確認できるようにしている。              |  |                                  |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 利用者一人ひとりの趣味などを日々の生活に生かしていきたいと考えているが、絵葉書が趣味の利用者には塗り絵をおこなってもらい、掃除が好きな利用者には掃除を職員と共同でおこなっていただくなどしている。                        |  |                                  |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 季節ごとの外出や日曜日に買い物に行くなど気分転換の外出をできる時にはおこなうようにしている。天気によっては玄関先で全員で談笑やレクリエーションをしている。個別の希望による外出やドライブもおこなっている。2～3ヶ月に1回はランチ外出している。 | 近隣の散歩・買物・花見・外食・玄関前での外気浴等と出来るだけ屋外に出る機会を作り、気分転換やストレス解消に配慮している。   |                                  |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|--|---|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○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  | 金銭の所持は金銭トラブル防止の観点から基本的に行ってもらっていない。ただ、財布を持っていることが安心感になる利用者もいるため、その利用者の家族と相談し、施設で金銭を預かり、少しずつ本人に渡している。     |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 希望があれば本人と家族が電話で話ができるようにしている。(宿泊時に帰宅願望があるときなど)   |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 季節ごとの飾り物などへの配慮をしている。天気によって室温、湿度、採光、換気などにも配慮するように心がけている。様々な場面でそれに合わせた音楽をかけるようにもしている。                     | 壁面にカレンダー、食事のメニューが掲示され、共用空間にはテレビ・テーブルと椅子・ソファがある。テーブルに季節の花を飾り、室温の管理も行き届き、特有の臭気も無く、居心地よく過ごせる空間となっている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 共用空間でも様々な利用者と過ごせたり個別になれるようテーブルやイスの場所をその時々で考えながら配置。利用者同士その時の認知症状などによってトラブルになることがあるため防止の意味もあって定期的に席替えを実施。 |  |                   |
| 54 | (20) | ○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  | 主に宿泊時になっているが、居室は使用する利用者に自由に活用してもらっている。また、その利用者に合ったベッドやタンスの配置などの環境整備を考えている。                              | ベットと箆笥は事業所の設置となっている。宿泊時には日用品や身の回り品などを持ち込んでおり、落ち着いて過ごすための工夫が見られる。                                   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 浴室にはつかまりやすいように手すりを追加。建物の不具合についてはその都度業者に連絡するなど早期補修などの対応をして安全に配慮している。                                     |  |                   |