

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   | 0172901134         |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 美瑛慈光会       |            |            |
| 事業所名    | グループホーム虹           |            |            |
| 所在地     | 北海道上川郡美瑛町南町3丁目3番8号 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年1月10日         | 評価結果市町村受理日 | 平成30年3月14日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL [mhlw.go.jp/01/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_2017\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=0172901134-00&F](http://mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=0172901134-00&F)

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                  |
|-------|------------------|
| 評価機関名 | 有限会社 NAVIRE      |
| 所在地   | 北海道北見市とん田東町453-3 |
| 訪問調査日 | 平成30年2月9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)】

家庭的な雰囲気の中で、決められた日課や時間にとらわれず、入居者それぞれのペースで生活していただいている。併設している小規模多機能事業所からの住み替えで入居された方が殆どで、利用開始当初から馴染みの環境や人の中で暮らすことができる。

【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)】

美瑛町内南地区ありますグループホーム虹は平成14年社会福祉法人美瑛慈光会によって小規模多機能事業所を併設して1ユニット7名の定員で開設されています。医師により設立された母体の法人は町と一体となって高齢者福祉事業を展開しており「希望や願いを持って生きている。なんと多くの人たちが立ち直る能力を持っているのが驚きほどである。…老いて病んで死ぬことは敗北ではない。共に歩んでいきたい」と言う運営理念をもとに、所長、管理者、職員全員で話し合い「本人の暮らしが豊かになるような支援をめざします」と言う6項目の事業所理念を定め丸となって実践に努めています。近隣には母体の特別養護老人ホームが立地しており、全体での職員会議や災害対策、地域共催のお祭り、盆踊り等の季節の行事開催、看護師や栄養士等の助言、指導と多くの協力体制が構築されており安心に繋がっています。また、開設時から加入しています町内会とは回覧板で火災の避難訓練の案内を依頼しており、毎回10名前後の多くの住民の協力を得ています。総会や複数回の清掃活動等には職員が参加したり、お祭り等には利用者と住民の交流がなされています。利用者は併設の小規模多機能事業所からの住み替えが多く職員との馴染みの関係が出来ており安心して生活できるグループホームと成っています。

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 | 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ます<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:18,38)             | ○                     | 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) | ○                     | 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、生き活きと働けている<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<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    |    |   |                       |   |

## 自己評価及び外部評価結果

| 自己評価               | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |   |
|--------------------|------|--|--|--|---|
|                    |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 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踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている   | 法人理念の他にも事業所の理念があり、職員間で共有しながら、随時振り返り、自己評価している。                                    | 法人設立者の言葉を法人理念にし、事業所独自の介護理念を管理者、職員で話し合いながら定め、玄関や事務室、休憩室と目に付くところに掲示しながら日々の介護に繋げています。                             |   |
| 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   | 地域の集いには職員は参加しているが、入居者の参加機会はない。運営推進会議等でも情報交換や交流をしている。法人の行事についても、地域住民や関係者を対象としている。 | 町内会には開設時から加入しており、総会や清掃活動、花見等の行事には職員が参加しグループホームの理解が得られる様努めています。母体の法人と町内会の共催でお祭りや盆踊りが開催され、地域住民と利用者の交流する場と成っています。 |   |
| 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   | 事業所所長はキャラバンメイトであり、地域に認知症サポーターを増やす活動をしている。  |  |   |
| 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践、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                                      | 事業所の取り組みを報告し、運営に対し理解は得られたが、掘り下げた議論はなかなかできていない。今後の課題。                             | 運営推進会議は併設の小規模多機能事業所と合同で、利用者、家族、町内会役員、民生委員、地域包括支援センター職員、行政担当者等の出席を得て開催され、各事業所の運営状況報告や避難訓練を開催しています。              | グループホームの運営やサービス向上につなげられる会議内容と利用者家族の情報共有体制の構築を期待します。 |
| 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  | 必要に応じて事業所の実情を伝えるようにしている。困難ケースに対しては、相談し、連携しながら関わっている。地域ケア会議ではケース検討の事例を提供させてもらった。  | 多機能型グループホーム事業所の所長は町からの依頼で認知症サポーター講座の講師を務めたり認知症カフェ開催等連携をしている他、法人は町と一体になって介護福祉事業を行っており密接な関係が築かれています。             |   |
| 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「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 | 夜間のみ玄関の施錠をしている。身体拘束ケースはないが、身体拘束に関しての正確な理解度としては全体的に低いため、勉強会を行ったがまだまだ勉強が必要。        | 身体拘束をしないケアや高齢者虐待防止については研修で取り組んでおり身体拘束が及ぼす弊害や具体的禁止行為、高齢者虐待の事例、言葉による行動抑制等を事例で学びながら正しく理解しています。                    |   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 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、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている         | 虐待のケースは現在ないが、日常業務の中で、気をつけている。特にスピーチロックに関しては振り返りや確認の必要性を感じている。                      |   |                   |
| 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    | 管理者は、研修等で学んでいるが、もっと理解が必要。  |   |                   |
| 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                         | その都度問題なくできている。   |   |                   |
| 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並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                      | 機会が乏しく、家族会をつくりたいが多忙な家族が多く、実現が難しい。  | 利用者の意見や要望は日常の会話の中で把握しており、また家族とは面会時の会話や電話でコミュニケーションを取る様心掛けています。2ヶ月に一度「虹通信」を発行して行事や様子をお知らせし理解を得るよう取り組んでいます。 |                   |
| 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                                      | 年に何度か個人面談を行っている。年度開始前に、各スタッフからプランニングシートを提出してもらっている。                                | 職員との会議は法人全体会議や月1、2回程のカンファレンスを兼ねた運営会議を開催しその中で意見や提案を把握したり、個人面談を行いその中で意見を聞く様にし運営に活かしています。                    |                   |
| 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      | 内・外部研修の機会や企画を担当させるなど、目標や課題を与えて取り組んできた。労働時間やシフトに関してはできるだけ負担の少ないようにスタッフに相談しながら組んでいる。 |   |                   |
| 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         | 人事考課表を取り入れているが、なかなか職員との個人面談の時間を作ることができていない。  |   |                   |
| 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 | 研修の機会があれば管理者・職員は参加している。今年度は内部研修を殆どの職員が、外部研修は一部の職員が参加することができている。                    |   |                   |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                              |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 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>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 利用開始後は環境や状況の変化に対する負担を配慮し、気にかけて関わっている。日々のミーティングの中で、きちんと振り返りを行い、共有や関わりの統一を図っている。                                      |  |                   |
| 16                           |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 利用開始当初は、本人の様子を伝えながら、気になることを話し合い関わりに生かすということを慣れるまで何度か繰り返しこなしている。   |  |                   |
| 17                           |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | サービス開始前に、本人・家族との面接により、課題やニーズを整理し、他の選択肢を紹介した上で利用を決めてもらっている。  |  |                   |
| 18                           |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                           | ライフサポートプランを基に本人を主体に、家族や地域、事業所との関係を整理した上での支援を考えている。  |  |                   |
| 19                           |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている            | ライフサポートプランの作成や更新時には、必ず家族と話し合い、その中で家族の役割を明確にし、了解を得た上でプランを実行するようにしている。  |  |                   |
| 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                        | 入居者の友人が遊びに来ることはあるが、こちらから出向く機会はほとんど作れていない。   | 利用者が昔から行っている裁縫や編み物を行ったり、これまで利用している美容室やお店を訪問しています。知人の訪問があり関係が途切れないように支援しています。 |                   |
| 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                    | 入居者同士の関係に関しては、日頃のケアや関わりから評価し、入居者のストレスにならないような配慮をしている。場合によってはトラブルを回避する為に、スタッフが間に入るなどしている。気の合う仲間同士を見極め、座る位置なども配慮している。 |  |                   |
| 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、これまでの関係を大切にしながら、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      | 情報提供や、状況が落ち着くまでの経過を把握することに努めたり、契約が終了しても、いつでも連絡してもらえるような関係を継続できるよう伝えていく。   |  |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                                    |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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   | 本人の視点を意識してライフサポートワークを作成し、実行している。健康管理や役割の部分について議論しプラン化することが多い。                                     | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の意向は日常の会話の中で把握し、支援記録や介護計画に反映し実現出来るよう取り組んでいます。   |                   |
| 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                                       | 家族や本人、利用していたサービス事業者から情報を収集し、シートにまとめ共有している。また、日頃の会話の中からも情報収集できるように意識しながら関わることもある。                  |   |                   |
| 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   | 主にライフサポートワークを活用し把握に努めている。ほかにもアセスメントシートを活用している。  |   |                   |
| 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 | 本人、家族、担当スタッフを中心に、介護計画を作成し、ケースによっては随時カンファレンスを開催しているが、基本的には更新時に定期的なカンファレンスを開催している。                  | 介護計画の見直しは基本的には6ヶ月毎に、利用者、家族の要望を把握しケース会議でのカンファレンスで職員間で話し合い現状に即したサービス提供が出来るよう取り組んでいます。支援記録や個別ケアチェック表で心理面の状態をも把握し職員間で共有し均一なサービスに繋げています。 |                   |
| 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                        | 記録に関しては、客観的事実と、主観を分けて記載できるような工夫をし、スタッフ個々のアイデアを自由に記載できるようにしている。また、気づき、振り返りノートというものを活用し、気づきを共有している。 |   |                   |
| 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               | 行事や外出など、併設している小規模多機能と連携しながら協同行うことが多い。   |   |                   |
| 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                         | 本人のこれまでと現在の人間関係や地域とのつながりを把握し、途切れないように支援する方針はあるが、もっと情報があれば豊かになると思っている。                             |   |                   |
| 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                    | 事業所では対応する際において、診察の結果については随時家族に報告しており、今後の対応についても、その都度相談しながら行っている。必要に応じて家族と共に付き添うこともある。             | 利用者、家族の希望する医療機関と連携し、家族の協力も得ながら支援しています。併設の小規模多機能事業所の看護師のアドバイスや整形外科医の往診が有り適切な医療が受けられる様に支援しています。                                       |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                  |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31                               |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                      | 必要に応じて報告、連絡、相談し、指示を仰いでいる。  |   |                   |
| 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、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、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。 | 入院中の経過に関しては訪問、連絡等で随時把握に努め、情報交換や今後の方針についての話し合いも行っている。                                   |   |                   |
| 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、事業所です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  | 必要に応じて随時、話し合っている。その中で事業所ですることについても伝えている。   | 入居時に重要事項説明書の追加事項として「重度化した場合における指針」を説明し、署名捺印を頂いています。利用者、家族の意向に沿い出来るだけ事業所で暮らせる様に取り組んでいます。                         |                   |
| 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   | 何人かの職員は研修や勉強会を通じて学んでいるが、経験年数の少ない職員に関してはスキルが乏しく、今後研修や訓練が必要。                             |   |                   |
| 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   | 火災における訓練に関しては、運営推進会議を活用し、地域との連携について話し合っている。地域住民が参加した形での避難訓練も実施でき、質も上がっているがマンネリ化も否めない。  | 年2回の火災避難訓練を地域住民、消防署の協力を得て行っています。近隣にある同法人の特別養護老人ホームの協力も得られる様になっています。停電対策等その他の災害の対策も取られており、現在、行政と水害対策の検討も行なっています。 |                   |
| <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   | ○一人ひとりの人格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  | スタッフとの個人面談の中で振り返りシートを活用して再認識している。  | トイレへの誘導、衛生用品の収納等、羞恥心に配慮した声掛けや対応に努めています。法人のブログ等でも個人情報の取り扱いに注意を払っています。  |                   |
| 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   | 重度の認知症の利用者の本心や希望を適切に察することができないことがある。日々の関わりから「なぜ？」という疑問から本人の立場に立って考えるということを意識していく必要がある。 |   |                   |
| 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                                   | 入居者の体調や気分に合わせてながら過ごしていただいているが、昼夜逆転しないように、こちらが配慮することも多い。                                |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                 | 日々気をつけているが、状況によっては行き届かないことがあり、意識を強化する必要がある。   |  |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている    | 動作に関してはアセスメントを基に、その日の状態に合わせた支援をこころ掛けている。準備、片付けは協働で行ない、職員も同じメニューと一緒に食べている。           | 法人の特別養護老人ホーム栄養士の指導を受け、利用者の嗜好を取り入れた献立を職員が作成し、昼食のみ小規模多機能事業所の調理職員が調理を担当しています。外食に旭川まで出掛けたり誕生日には好みのおやつを楽しんでいます。 |                   |
| 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         | 摂取量に関してはケアチェック表を活用し、モニタリングした上で支援している。体重をチェックしカンファレンス時には参考にしている。                     |  |                   |
| 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                  | 毎食後行っており、その人に合わせ、必要な部分や不十分な部分を支援している。   |  |                   |
| 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  | ケアチェック表の活用により、日々のモニタリングを活かしながらパターンを把握し、失敗を減らすよう努めている。ADLに合わせて、見守りと介助を使い分けている。       | 排泄記録を作成しパターンを把握して利用者の状況に合わせ、羞恥心に配慮した声掛け誘導に取り組み、排泄の自立に向けた取り組みを行っています。                                       |                   |
| 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                  | 下剤に頼っていることが多く、今後の目標として下剤をなるべく使用しないということが挙げられている。飲食物での工夫に関して各職員が考えており、うまくいくこともある。    |  |                   |
| 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 | 午後に入浴していただいている方が多い。体調や気分に応じて配慮するよう努めている。  | 利用者の希望や体調に合わせて、週2~3回は入浴出来る様に支援しています。浴室は広く、浴槽も大きな造りで、のんびりと入浴出来る様に成っています。利用者の状況により浴槽内が仕切れる様工夫されています。         |                   |
| 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                   | 表情や姿勢などから本人の体調を察し、必要に応じて休むよう促しているが、夜間のことも考え、離床時間を配慮するようになっている。                      |  |                   |
| 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              | 薬の内容については、担当職員を中心にいつでも確認できるように個人ファイルに薬の説明書を綴ってある。処方内容が変更された場合は、理由や内容等引継ぎをし周知に努めている。 |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | ライフサポートプランで暮らしのこだわりなどまとめているが、情報としてはまだまだ乏しく、課題になっている。   |   |                   |
| 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。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している                     | その日の希望にタイムリーに応えることは職員の数から難しいことが多いが、可能な限り対応するようにしている。事前に希望を訊いてから日程を調整し、個別に対応することが多い。          | 気候の良い季節にはドライブに出掛け花見を楽しんだり、アイスやたい焼きを食したりと外出を楽しんでいます。日常的に散歩に出掛けたりリビングのウッドデッキでは日光浴をして外気に触れる機会を提供しています。 |                   |
| 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  | 小遣い程度のお金を事業所で預かっている。現在、ADLが全員重度で、買物をするのが困難で買物の希望もない。職員が家族と相談し必要なものは職員が代行で買物対応している。           |   |                   |
| 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   | 電話は希望時にいつでもできるようにしている。   |   |                   |
| 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 | 職員全員で居心地が良く、利用者にとって使いやすい環境づくりを目指している。現在も思考・実施中。  | 明るく広いスペースのリビングにはウッドデッキが備え付けられ開放的な空間に成っています。暖炉風のストーブが安全に配慮して設置しており、温湿度にも注意を払い家庭的で寛げるように成っています。       |                   |
| 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  | 共用空間のしつらえやレイアウトについては、課題になっている。現在も思考・実施中。   |   |                   |
| 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   | 担当職員を中心に、入居者が安心して過ごせるような環境を考えている。その時に状態に合わせた環境づくりが必要なため、随時必要時に見直している。自宅にある馴染みのものは持ってきてもらいたい。 | 居室にはクローゼットが設置されて、利用者の好みにや安全に配慮した設えとなっており、家族の写真を飾ったり、その人らしく安心して居心地よく過ごせる様に工夫されています。                  |                   |
| 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」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している  | ものの配置など、安全面を考慮しているが、定期的に見直ししていく必要がある。  |   |                   |