

## 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   | 0372700716         |            |            |
| 法人名     | 有限会社チバコウ           |            |            |
| 事業所名    | グループホーム美葉アネックス     |            |            |
| 所在地     | 岩手県一関市千厩町千厩字岩間38-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成27年9月22日         | 評価結果市町村受理日 | 平成27年12月7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.kai.gokensaku.jp/03/i/index.php?act=on_kouhyou_detail_2014_022_ki_hon=true&amp;Ji_gyosyoCd=0372700716-00&amp;Pr_efCd=03&amp;Ver_si_onCd=022">http://www.kai.gokensaku.jp/03/i/index.php?act=on_kouhyou_detail_2014_022_ki_hon=true&amp;Ji_gyosyoCd=0372700716-00&amp;Pr_efCd=03&amp;Ver_si_onCd=022</a> |
|----------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| 評価機関名 | 公益財団法人いきいき岩手支援財団                |
| 所在地   | 岩手県盛岡市本町通3丁目19-1 岩手県福祉総合相談センター内 |
| 訪問調査日 | 平成27年10月7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)】

・ほぼバリアフリーの屋内の生活に慣れ過ぎることで、特に歩行力が低下しないように屋外での活動を多く取り入れ支援している。  
○散歩:地域の散歩では、住民に声を掛けて頂くことも多くあり、ホームの利用者であることが認識されている。  
○ドライブ:行きたい場所を利用者が決めることも多く、毎日が同じではない気分転換となっている。  
○買い物:職員と一緒に食材などの買い出しに出掛けることで、今までの生活を忘れないよう支援している。また、そのことによつて馴染の人と会うこともある。  
○畑作り:地域的に農業に携わった利用者も多いことからホームの敷地内に畑があり、苗植えから収穫までを利用者

### 【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)】

静かな郊外にあるグループホームは4年前に、2ユニット化(グループホーム美葉・美葉アネックス)し、運営理念「安らぎ」「穏やか」「健やか」「共生」の4本柱を基に、年毎に活発化されてきた地域との繋がりを大切に、地域の一員としての暮らしを維持されている。毎月、地域に配布している広報に「ちよこつと認知症コラム」を載せ、地域への認知症に関する知識と関心度を高めることに努力している。自治会の防災訓練をホームを拠点に実施し、グループホームへの関心度がさらに深まっている。地域の方々から利用者の安全を見守って頂き、温かい安全・安心を保っている。2ユニットの利を生かし、時には互いに交流し合い、互いに良い関係を作っている。

## 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票

[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                            | 2006年に「共生」を理念に加え「地域の中で地域と共に生きる」とした。支援対策に迷った時などは理念に戻ることで案が浮かぶこともある。そのため、ホームの見えやすい場所に掲示している。 | 「安らぎ」、「穏やか」、「健やか」の理念でスタートしたが、後に地域との繋がりを考慮し、「共生」を加え現在に至っている。ホーム全体が一丸となり、様々な苦難を乗り越え、迷った際には、全職員で理念を振り返り、共有し合い、日々のケア業務にあたっている。                                     |                   |  |
| 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                            | 散歩時に声を掛けて頂くことも多くある。屋外で単独行動をする利用者の情報を知らせてくれる住民もいる。地域の道路清掃などに事業所として参加している。                   | 管理者・職員の努力により、年毎に地域との繋がりが濃くなってきている。毎月配布する広報に「ちょっと認知症コラム」を載せ、認知症への理解度を深め、地域の防災訓練や夏祭りの際にも、ホームを中心に実施している。また利用者の野外での単独行動を近隣住民が見守り、連絡をしてくれたり、事業所にも関心を寄せて頂き、援助を頂いている。 |                   |  |
| 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                          | 毎月1回発行しているホーム広報を地域住民にも配布し、活動状況の写真を載せている。また「ちょっと認知症コラム」のコーナーでは認知症に関する情報を提供している。             |  |                   |  |
| 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       | 市職員、警察、家族、地域住民からの情報が多くあり、支援する際に役立っている。また、地域住民の参加者が多くなった。                                   | 自治会長の外、地域住民が3~4名出席し、ホームへ理解を寄せて頂いている。家族・利用者は、ほぼ同じ方が出席している。地域包括支援センター、民生委員、警察等の出席もあり、防災害についてや、認知症のこと、事業所利用のことなど、幅広く意見交換がなされ、有意義な会議となっている。                        |                   |  |
| 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                 | 運営推進会議や千厩地域支援会議を通し、利用状況や活動内容が伝わっている。また、業務上の相談にも対応して頂いている。                                  | 台風や大きな地震の後などに、安否確認の連絡をして頂いている。2ヶ月に一度の千厩地域支援会議や、運営推進会議で市の方から情報を頂いたり、業務上の相談をしたり、指導を頂いたりしている。また、認定更新時などで、直接役所に出向き、相談・提言を頂いたりして、連携を保っている。                          |                   |  |
| 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 | 日中帯は玄関の施錠も必要なく、利用者の自己決定で自由に屋外へ出られる。行動障がいのある利用者は身体拘束以外の方法で安全を確保するよう工夫している。                  | 日中は玄関の施錠はなく、ふいに庭に出る利用者もいるが、職員の見守りで、自由に活動していただいている。近隣住民の方より、(外出している)利用者について連絡して頂くこともある。管理者は、日中の利用者の状況を踏まえ、人員配置に余裕を持たせるように気配りし、安全を確保している。                        |                   |  |
| 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       | 施設内研修で虐待防止を科目に取り上げ行った。また、基準以上の職員を配置することで介護負担を軽減し、職員が余裕をもって対応できる環境をつくり、虐待防止に努めている。          |  |                   |  |

| 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    | 現在までに対象となる利用者の実例がないため学ぶ機会は少ない。利用希望の家族に制度の説明を行った例はある。                                 |  |                   |
| 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                         | 利用開始時に口頭で説明し押し印を頂いている。また、不明な点については利用開始後でも受け付け、説明をすることを伝えている。改定等の場合は文章で説明をし同意書を頂いている。 |  |                   |
| 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                     | 玄関に記入用紙とご意見箱を設置している。毎月発行しているホーム広報にも意見、要望、助言などを随時受け付ける姿勢で取り組んでいることを記載している。            | 意見箱を備えたり、広報で呼びかけたり、面会・運営推進会議に出席を促したりして(意見等を)聞くようにしているが、あまり意見・要望は出ていない。感謝の言葉を頂くことが多い。気楽に話し合えるような雰囲気づくりに努めている。   |                   |
| 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                                      | 毎月のスタッフ会議の中で職員からの意見を集う時間をとっている。出された意見に全職員が取り組めるきっかけになっている。                           | 職員が替わったことなどにより、意見など出してもらえよう啓発はしてるが、実際には意見が少ない状況である。徐々に意見が出てくることを期待している。最近の例で、職員の提案が活かされたものとしては、外で癒せるテーブルと長椅子の設置・花壇の整備・広報に「ちょっと認知症コラム」欄を設けて、認知症への理解度を深めて頂く等がある。 |                   |
| 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      | 消費税率の引き上げ、物価の高騰、介護報酬の引き下げが続き事業所の努力だけでは難しい問題である。                                      |  |                   |
| 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         | 毎月のスタッフ会議の中で科目、担当者を代え勉強会を行っている。また、資格取得のため自ら研修に参加する職員もいる。                             |  |                   |
| 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 | 以前、懇親会を行っていた近隣のグループホームから現場研修会の依頼があり、2名の職員を受け入れた。                                     |  |                   |

| 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 | 利用前に生活している場所(自宅、病院、施設など)を訪問することで情報収集し、顔馴染となり、利用開始時には安心できるよう努めている。                                   |   |                   |
| 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            | 利用者と家族がホーム利用時に希望することをケアプランに取り入れ、その内容に沿った支援を心掛けている。  |   |                   |
| 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        | 支援内容をひとつのパターンとせず、その人その人に必要なサービスの提供に取り組んでいる。共同生活の利用が困難な場合は医療機関や他の施設を紹介することもある。                       |   |                   |
| 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                        | 個人個人が好きなこと、落ち着けること、安心できることを把握し、不穏状態になる前に対応できている。また、できる軽作業を無理なく行うことで役割や責任と捉え、本人が自信をもって生活できるよう支援している。 |   |                   |
| 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         | 職員の思いだけでは、関係を築けない場合もあり、すべての家族と共に支えていく関係ができていくかとなると難しい場面もある。   |   |                   |
| 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                     | 在宅時から学んでいたことを週1回のペースで継続している方もおり、在宅時の担当者が来訪している。   | 地主さんからのご好意で、野菜を採りに来るように連絡があり、利用者と一緒に頂きに行ったり、(利用者が)息子さんと2人で外出に出かけたり、入居以前からの習い事を現在も継続して毎週続けている方もいる。また、馴染みの床屋に出かけたり、出張理容して頂いたり、両ユニット共に活発に関係継続支援に努めている。 |                   |
| 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                  | 折り合いの悪い利用者もいる。席替えにも苦労する場面も多々あるが、共同生活が継続できるよう工夫し支援している。トラブルになりそうな状況を把握し、職員が回避するよう心掛けている。             |   |                   |

| 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 |
| 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                     | 契約解除後の相談は中々ない。移設が決まっている場合など、契約解除後でも送迎の援助を行った例もある。  |  |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |  |                   |
| 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   | 共同生活の場であることを理解し、我慢する場面の利用者もいる。ある程度の危険のリスクもあるが、利用者の自己決定も尊重し可能な範囲で見守り、付き添い、対応の援助を行っている。                        | 風呂場での着脱や日頃の身だしなみや季節ごとの衣類の選択など、できるだけ本人の意向を尊重し、見守っている。日々の生活上の希望・意向は職員が丁寧に記録している連絡ノートを確認し合い、共有して支援している。七夕の短冊等も参考にしている。            |                   |
| 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、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 利用開始前に情報収集し、家、施設、医療機関などで直接本人に面会することから始めている。ホーム利用で環境が変わり、出来ること、出来ないことの情報共有に努め対応している。                          |  |                   |
| 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   | 本人の出来ていたことを継続できるよう支援することで日課や役割と捉え、本人が自信をもって生活できるよう支援している。また、本人が不安となる時間帯や内容を把握していることで、不穏状態になる前に回避することを心掛けている。 |  |                   |
| 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 | 本人の身体、言動等に変化が見られた場合は計画作成担当者、管理者に報告することでケアプランの見直しを行い、家族に説明を行っている。そのことで家族からの協力を頂くこともある。                        | 日々の関わりの中で気付いたことを、毎月計画担当者に情報提供し、プランに組み入れている。居室担当者は決めないで、変化があるときは随時、カンファレンスを行い、変更等を検討している。担当を決めないことで、各職員は利用者全員をよく観察し、連絡帳に記録している。 |                   |
| 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                        | 記録はケアプランに沿った内容の記入となっている。また、誰が見ても分かり易いように援助項目を記入し、内容を記録している。  |  |                   |
| 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               | 制度以上の職員数の配置となっており、緊急時等には柔軟な対応を行っている。隣接ユニットも活用することで相互の利用者が行き来し、交流ができる。  |  |                   |

| 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                                      | 近隣会社のイベントや神社の祭り、公園に移動しての散歩を通し、地域住民と会える機会を保っている。数年前に比べ、住民の認知症の理解が得られているためか話しかけられることも多くある。 |   |  |
| 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                                  | ほとんどの利用者が以前からの掛かりつけ医を受診している。事情により医療機関を変更する場合は町内の専門医を紹介することもある。また、訪問による歯科診療を受けている方もある。    | 訪問診療を受けている利用者は、内科1名と、歯科2名いる。他の利用者は、以前からのかかりつけ医で受診しており、診療の都度、利用者の情報提供票を提出し、対応している。ボランティアの歯科衛生士が毎月訪問し、口腔ケアを実施している。  |  |
| 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                          | 受診の際や訪問診療時に日頃の情報提供をすることで利用者の言動や健康状態が伝わっている。  |   |  |
| 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。 | 入院時には職員が同行し医師に情報提供する。入院経過の情報を観察し、医師、看護師、家族、職員で利用の継続について検討する。                             |   |  |
| 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  | 基本的には介助での食事摂取や水分摂取が可能な限りは支援して行く方向である。ただ、医療を伴う状態となられた場合には適切な施設利用が出来るよう支援している。             | 急変時のマニュアルは用意しているが、看取りの指針はない。食事・水分摂取が可能な限りは、支援をしていく方向である。主治医と家族との連携は欠かさない。医療依存度が高くなった際には、家族・主治医と相談の上、医療機関や老人保健施設へのスムーズな転院・転居について支援をしている。                                   |  |
| 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  | 体調急変時や事故の際のマニュアルに沿って行動することとなっている。避難訓練時に消防署員から応急処置などの指導を頂いている。                            |   |  |
| 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  | 避難場所を第1、第2と指定している。地域住民との防災訓練を行い、災害時には協力をお願いをしている。また、近隣職員が直ちに駆けつけて協力することを認識出来ている。         | 年2回(春・秋)の防災訓練を行い、秋には消防署立ち合いで実施している。また、2年に1度(秋)は、ホームで行う地域のイベントの際に、訓練を実施し、60名程の地域の応援隊に集まってくれなど、地域の関心も高まっている。外に倉庫を設け、非常食・介護用品もストックしてある。避難場所も、野外に2カ所設け、照明も取り付け、夜間想定訓練も実施済である。 | 非常時等の際に使用する、発電機(モーター)等の備えや、大地震時のとっさのとりべき基本避難行動や、地域応援隊の役割分担などについて、運営推進会議時やスタッフ会議時などで、意見交換をし、共有することを期待したい。 |

| 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>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                   | 例え認知症を患ったとしても、人生の先輩で方であると捉え、個人個人の行動や性格を把握し、否定しない言葉掛けや対応に努めている。                            | 利用者、職員のフラットな関係性を意識している管理者の思いを職員は受け、また、家庭的な雰囲気を大切にしている。食事介助中も、介助しながら同時に自分も語り合いながら食べていたことが、印象的である。穏やかで家庭的な空気が漂っている。  |                   |
| 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                     | 食事メニューの要望やドライブの行先、外に出て過ごしたい時、隣接ユニットの訪問、庭の散歩など自分の意志で行動が出来るよう、大きな事故が予想されない限り自由として見守りを行っている。 |  |                   |
| 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 | 業務優先としなければならない場面もあるが、それ以外は、その利用者の自由を基本としている。  |  |                   |
| 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                                  | 子供からプレゼントされた帽子、上着など好みの物が着用できるようにしている。   |  |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 利用者の要望でメニューが決まることもある。食材の買い出しや刻み、盛り付け、配膳など出来ることを手伝って頂きながら一緒に行っている。食器拭きは自分の担当と決めて行っている方もいる。 | 入居の時点で聞き取りは行うが、改めての嗜好調査等は、実施してない。近隣から、野菜や竹の子など差し入れも多い。時には、利用者の希望でメニューを決めることもある。食事は利用者と一緒に作るようにしている。作業が難しい方は、調理の音や匂いを感じて頂いている。年一度はスーパーで好みの食品の買い出しにも行っている。 |                   |
| 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          | 食事や水分摂取量については毎日の引継事項となっているため、個人の変化に気が付けることで体調管理の目安にもなっている。                                |  |                   |
| 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                   | 月1回、歯科衛生士のボランティア訪問があり、口腔ケアを実施頂いている。状態の報告があり、場合により歯科受診も行う。また、職員もケアの指導を受けて実施している。           |  |                   |

| 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 |
| 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                              | ホーム利用後にリハビリパンツを外した方や日常的だったものを夜間帯のみの使用となった方もいる。24時間、1時間ごとの排泄チェック表があり、個人個人の排泄パターンが把握でき、必要に応じた誘導ができる。   | 両ユニット併せて半数の方が、排泄は自立している。入居当時に、失敗される方がいたが、現在は改善されている。また、ホームに来てから、リハビリパンツ使用から状態が良くなった方や、日常的にリハビリパンツを使用されていた方が、夜間のみ使用となるなど、状態の改善に結び付いている。                      |                   |
| 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  | 服薬が多いことや運動不足による便秘症状の方も多い。個人の排便間隔を把握し、食べ物や水分の工夫、運動量を増やす支援をいっている。便秘薬を服用するパターンも個人個人の違いを把握できている。         |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 安全に行うことを第一に考え、職員配置の多い時間帯に実施しているため必ずしも利用者の希望や時間帯とはなっていない。このことによる利用者からの苦情は聞かれていない。入浴拒否の利用者も上手に誘導できている。 | 1日3名ずつ、午後の2～3時頃の入浴としている。入浴前には、バイタル測定をして、職員と利用者の1対1の入浴対応としている。入浴を嫌がる方には、ユニークな言葉かけや、タイミングを職員間で共有し、スムーズに対応している。  |                   |
| 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   | 中々眠りに就けない場合に静かな音楽を流したり、ホットミルクなどを提供し支援している。昼寝を強制することもなく本人の自由となっている。                                   |   |                   |
| 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  | 処方時の説明書を預かり、効能や効果、注意事項を確認している。服薬の管理は二重チェックとし誤薬防止に努めている。副作用の症状が表れ、家族や医師に情報提供することで服薬の変更や中止になった例もある。    |   |                   |
| 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                             | 本人の好むことや可能な軽作業を継続することで、本人の役割が日課となって自信をもつことができている。自分の好きな新聞を購読されている方もある。                               |   |                   |
| 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 | 家族や地域の協力は難しいが、食材の買い出しやドライブ、地域行事に出掛ける機会は多くある。外で自分の好きな物を注文し食べる昼食会を企画し実施した。                             | 近所の散歩は、車椅子利用の方も出掛けられるよう対応している。食材の買い出しや、ドライブも頻繁に実施している。スーパーで、かつての知り合いに会い、楽しそうに会話をしている方もいる。ホームでの畑作業は、利用者が積極的で、職員が逆に教えられることが多い。対面道路は車の交通量が少なく、利用者の散歩道には好環境である。 |                   |



| 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 |
| 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  | お金を所持していない不安を職員は理解し対応している。管理の難しい方には家族さんから預かっていることを説明し安心感を与えている。また、自分で所持し自動販売機で好きな飲み物を買うことを楽しみにしている方もいる。 |  |                   |
| 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   | 電話を掛けたいと言う要望には家族さんの了解を得て実施しなければならない場合もある。手紙や荷物が届いた時には電話をしたり手紙を書くことを勧めている。                               |  |                   |
| 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 | ホールと台所が対面式となっており、調理の音や匂いを感じ取れる。廊下は危険が予想される物は置かないこととし、安全に移動できる。玄関ホールは転倒からの怪我防止のため厚手のマットを敷いている。           | ホールと台所は対面式で、調理の音や匂いが感じやすく、利用者との会話も活発に出来ている。廊下には、はめ込み式の長椅子が備えてあり、余分なものは置かず、安全な住環境に気配りしている。浴室には悪天候時に備え、暖房と物干しが備えられ、ホールから自由に入出力可能なウッドデッキも様々活用している。ホールの壁に利用者の似顔絵がユニークに飾ってあるのが印象的である。 |                   |
| 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  | 廊下の奥側にベンチがあり、個人あるいは気の合う人同士になれる。また、靴に履き替えずに出られるデッキスペースがあり、いつでも出入りできる。                                    |  |                   |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | スペースに収まる範囲で使い慣れた物や本人が落ち着ける物の持ち込みは可能であることを利用前に伝えている。お気に入りのステレオや椅子の他、仏壇をもってこられた方もいる。                      | ベッド・小箆箭・洗面台が備え付けで、フローリングの居室には、それぞれ使い慣れた、椅子・ボックス・位牌・写真などが持ち込まれ、中には懐かしいステレオや仏壇まで持ち込み、思い思いの部屋で、居心地が良さそうな様子が感じられた。   |                   |
| 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   | 居室入口に名前を下げている方もいる。トイレや自室を認識できている方にはあえて表示しないことで自立を促している。このことで本人の変化にも気がつくことができる。                          |  |                   |