

### 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   | 0291000040                |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 柏友会                |            |  |
| 事業所名    | グループホームからたけ               |            |  |
| 所在地     | 〒036-0132 青森県平川市唐竹苺原71番地2 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年11月20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 |  |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                       |  |  |
|-------|---------------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 公益社団法人青森県老人福祉協会                       |  |  |
| 所在地   | 〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年12月15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)】

開設して2年半の施設です。自然の環境に恵まれ、ホールからは岩木山が一望できます。公共施設がある市内までは10分ほどで、買い物や食事などにも気軽に外出でき、地域の中で生活できることを生き甲斐にし、入居者、家族の希望に添えることを第一に考え、安心して、ゆったりと笑顔で過ごしていただくよう努めています。午前中は体操、午後は個々に合わせた活動を行い、毎日入浴できる環境であり、希望者が入浴されています。新聞を読んだり、おしぼりをたたんだり、編み物をしている入居者など、それぞれに過ごされています。入居者それぞれに自分の得意な役割ができ、それが自信となることで、入居者同士お互いに気遣ったり、助け合ったりすることができるように支援しています。

【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)】

山の麓のリンゴ園に囲まれた、自然豊かな環境の事業所で、リビングからは山が一望でき、地域で生活してきた方は同じ姿の山を眺めることができ、馴染みの景色を見られることで、安心感を持てる環境である。また、入居者がいつも笑顔で好きなように暮らしていけるように、職員は持っている資格や性格等に合わせながら、入居者主体で自由に過ごせるように努めている。

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. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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拡がりや深まりがあり、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、活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 |
| 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  | 理念を「豊かな自然の中で地域に愛されながら、生き甲斐を感じてゆったりと笑顔で過ごせるように、明るく優しいスタッフが支援します。」と開設時に職員で決めている。毎日、朝の申し送りで唱和し、共有することで実践につなげている。                              | 理念は介護室に掲げられている他、職員の名札の裏にも記載されており、毎朝全員で唱和し共有されている。職員は理念を踏まえた上で半年ごとに自己目標を設定し、半期ごとに評価しながら実践に繋げている。   |                   |
| 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  | 地域のねぶた祭りに参加し、近くの保育園の訪問も定期的にある。また、独自の祭りには町会から椅子やテーブルを借りて地域の皆さんを招待し、交流を深めるとともに施設内を解放して、グループホームに理解を頂くように努めている。消防団との交流のため消防訓練にも参加、協力していただいている。 | 入居者の出身地にあるねぶた祭りに、それぞれ参加できるよう職員が外出に付き添っている。事業所の夏祭り際には、町会から椅子などの資源をお借りし、村の掲示板や町内の電気屋の広報などの協力もあって、150名程の地域住民の参加がある。町会長から助言を頂き、万が一火災が起きた場合は消防団長へメール連絡が届くようになっている。 |                   |
| 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  | 事業所を開放的な雰囲気にし、地域の方の施設見学の受け入れや認知症の相談に乗り、認知症を理解していただくように努めている。職員は「認知症介護者の集い」等の研修に参加し情報の共有や意見交換を図っている。  |   |                   |
| 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                                     | 2か月に1回運営推進会議を開催している。運営推進会議では、グループホームのサービスについて理解して頂くように説明し、問題があればいち早く改善するようにしている。食事会でのスライドショー上映や敬老会等の行事に参加もしていただいている。                       | 2ヶ月に1回運営推進会議が開催されている。会議出席者より、昔の遊びを教えている地域の方がいるとの情報を得た際には、ボランティアとしてその方を呼び、新しいレクリエーション活動を行っており、職員にとっては取り組み方や声掛けの勉強になり、サービスの向上に繋がっている。                           |                   |
| 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取り組んでいる  | 運営推進会議には、市の職員が毎回出席し、情報の交換をしている。運営やサービスについて、質問や相談をし、課題解決に取り組んでいる。また、市へも積極的に足を運び、情報伝達することで協力関係を深めている。  | 運営推進会議には市役所の職員が毎回出席している。また毎月市役所に行く際には、必ず担当者と顔を合わせて挨拶し、情報交換を行っている。その結果、市役所や地域包括支援センターから認知症の方の相談を受け、入居に繋がった事もあり、協力関係が出来ている。                                     |                   |
| 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 | 身体拘束についてのマニュアルを掲示し、職員に周知している。環境整備や見守り、ヒヤリハットの検討等で事故防止に努めている。   | 玄関の鍵は7時～19時まで常時解錠されている。身体拘束について内部研修を設け、周知に努めている。離床センサーを設置している他、センサーが当たり前にならないように日々ケアを振り返り、ケアの実践と事故防止に努めている。   |                   |
| 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逃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                                      | 高齢者虐待については、申し送り、会議等で頻繁に話し合われており、研修でも学ぶ機会を設けている。身体的にはもちろんの事、精神的なものも見逃すことのないように努めている。虐待は、職員のストレス等からもあり得るため、職員間での連携、助け合いを重要視し、小さな事でも報告しあっている。 |   |                   |

| 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 |
| 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    | 日常生活自立支援事業や成年後見制度をファイルにまとめて閲覧できるようにしている。また、園内研修や外部研修に参加し、学ぶ機会があり、制度については職員が把握している。                               |  |                   |
| 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                         | 本人・家族の不安、疑問点をじっくり聞き、グループホームの支援に対する考え方を十分に説明し、理解納得していただいている。特に事業所の出来ること出来ないことを明確にし、理解していただいている。                   |  |                   |
| 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                      | 普段から管理者・職員は入居者の言葉に耳を傾け良く聞き、苦情は早期解決に努め、個別ケアにも反映させている。入居者と信頼関係を築き、普段から意見が自由に言える環境作りに努めている。                         | 普段から入居者の意見を良く聞くようにしている。また毎月の利用料支払時や行事参加の為に家族が来所された時に、意見を聞きとるようにしている。家族からの意見で、行事の時の入居者の様子を知りたいとの要望が聞かれた為、夏祭りの時に日常生活の様子を映写会を設けて対応している。 |                   |
| 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                                      | 月1回の職員会議では、職員の意見や要望を聞く機会をもうけている。また、普段から、コミュニケーションをとるように心がけ、問いかけたり聞き出ししたりしている。個別の面談で悩みや業務上の改善して欲しいことなどの聞き取りもしている。 | 「自己・他者評価表」を作成し、管理者と課題を話し合うようにしている。月1回の職員会議では意見を聞く機会を設けており、行事で必要な機器などの改善が出された際には、理事長へ話を通して対応し、職員の意見を反映させている。                          |                   |
| 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      | 職員の資格取得に向けた支援を行い、取得後は本人の意向を重視しながら職場内で活かせる労働環境作りに努めている。   |  |                   |
| 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         | 月1回のグループホーム内研修(勉強会)を始め、積極的に外部研修にも参加する機会を設けている。   |  |                   |
| 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 | 外部の研修に参加する機会があり、そのときは地域の同業者と一緒に勉強する機会がある。また、入居者の担当のケアマネージャーとの情報交換等で、交流が広がっている。                                   |  |                   |

| 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 |
| 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 | 担当ケアマネージャーから情報を収集するとともに、本人と面談し、困っている事や不安な事、要望を聞き、気兼ねなく話していただけるように努めている。                        |   |                   |
| 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            | 入居申し込みの際、入居者との面談の際、施設見学の際、入居時など、その都度家族と面談し、困っている事や不安な事、要望に耳を傾けるようにしている。                        |   |                   |
| 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        | 本人・家族には事前に施設見学を進め、施設の雰囲気を見ていただき、不安の軽減に努めている。見学出来ないご本人には、パンフレットを持参し、訪問している。                     |   |                   |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                           | 入居者は人生の先輩であり、地域の行事や生活習慣を教えてもらっている。また、職員も家族の一員として、困ったことを相談したり、入居者の悲しみを受け止めたり、喜怒哀楽を共にする関係を築いている。 |   |                   |
| 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            | 入居者の生き生きとした表情や健康状態の変化、生活状況など些細なことでも近況を報告している。家族・本人がお互いを心配する気持ちをくみとり、双方の橋渡しをしている。               |   |                   |
| 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                        | 病院の帰りに以前利用されていたスーパーに立ち寄りたり、友人の面会もあり、ゆっくり過ごしていただくように、面会時には居室でイスを出し、お茶を提供している。                   | 入居者は、馴染みの美容院や住んでいた地域の文化祭、歌謡ショーに職員の支援で出かけている。入居者の定期受診は外出の機会ととらえ、買い物や選挙の期日前投票など、好きな所に出かけるようにしている。入居者の友人等が面会に来られた際には、プライバシーに配慮し、居室でゆっくりと過ごして頂くようにしている。 |                   |
| 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                     | 気の合う者同士で過ごせる時間を作ったり、上手くコミュニケーションがとれない入居者に対しては、みんなで楽しく過ごせるように職員が仲介に入っている。                       |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 重度になり、特養などの住み替えが必要になった場合や在宅復帰が可能になった場合も次のサービスに引き継ぎ、ご家族が落ち着くまで、相談にのっていく。                                    |  |                   |
| 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   | 本人が何を求めているか、コミュニケーション等で日々アセスメントし、意向を聞き出すようにしている。また、毎月行われているケア会議やプラン更新時の担当者会議では、本人の意向を尊重し、希望に添ったプランを作成している。 | 入居者の意向は、ケアに入った職員が意向を把握した際ふせんに記入し、担当職員が意向を取りまとめ、アセスメントシートに記入している。記入後毎月の職員会議で職員全員で話し合っている。   |                   |
| 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                                       | 本人の生活歴やライフスタイルを把握するために、入居前のケアマネージャーや家族からの情報に加え、面会時なども情報の収集を継続している。   |  |                   |
| 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   | センター方式のアセスメントを使用して、生活・心理面の視点や出来ることに注目し、日々の過ごし方を観察し、入居者担当だけでなく全職員が一人ひとりの把握に努めている。                           |  |                   |
| 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 | 本人の課題とケアのあり方について、本人・家族の意見や希望はもとより、主治医・管理栄養士の助言を頂いて介護計画を作成している。   | 家族の毎月の面会時や、ケアプラン更新前には入居者や家族等の意見を確認している。主治医より食事療法の取り入れを助言された際には、栄養士と連携して介護計画を作成して体調管理を図るようにしており、本人の状態に変化がある際には、逐一主治医へ確認して助言を受け、現状に即した介護計画を作成している。 |                   |
| 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                        | 日々の様子を記録し、気づきや変化については申し送りをして情報を共有している。必要に応じて、家族への連絡・受診・介護計画の見直しを行っている。                                     |  |                   |
| 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・家族の要望は、直ちに聞き入れるようにしている。特に自宅への一時帰宅や買い物等、希望時に迅速に対応している。   |  |                   |

| 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 |
| 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                                       | 町内会長や民生委員と普段から交流を持って、様々な情報を頂いている。その情報を元に外出計画など作成している。   |  |                   |
| 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                                  | 在宅の時から主治医を継続しており、状態の変化があれば、早期に受診している。また、急変の場合は入院先、緊急受け入れの病院等を医師・家族と相談して決めている。                                 | 馴染みのかかりつけ医を希望された際は、入居者及び家族の希望に添い、職員が受診に同行して支援している。また、事業所では協力医もあり、緊急時も含めて適切な医療が受けられるよう体制が整っている。                           |                   |
| 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                        | 併設ではないが、近くに同法人の特養があり、その看護師にいつでも相談できる体制にある。  |  |                   |
| 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、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。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。 | 医療機関を退院し入居された入居者に対して、医療連携室のケアマネージャー、ワーカーや病棟の看護師と退院の時期などの情報交換や相談に努めている。  |  |                   |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる    | 入居時に本人やご家族の意向を伺うが、入居者の重度化に伴い、考えが変化することもあるため、本人・家族・主治医と何度も話し合いの場を設け、方針を決めている。                                  | 重度化した時や終末期の際の対応については、入居時に本人・家族と話し合いしている他、状態が変化した際には、何度も話し合い意向確認している。また、医療管理が必要な方はその方に合った事業所を提案するなどしている。                  |                   |
| 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   | AEDを設置し、使い方の研修を受けている。また、地域の研修として、応急手当や蘇生術の講習に参加している。  |  |                   |
| 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   | 消防署の協力を得て、消防訓練を実施している。また、災害発生時に備え、避難場所の経路確認や避難訓練、食料や飲料水、停電時の照明や暖房器具などを準備している。備蓄品については必要物品の検討を行い、都度買い足したりしている。 | ハザードマップで周辺の地盤を確認しており、土砂崩れ防止と入居者の事故防止の為、今年度中に外壁を作る予定である。災害時に備え備蓄品は管理者が定期的に確認している。消防署の協力を得て消防訓練や災害訓練、行方不明者の伝達訓練を年4回実施している。 |                   |

| 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 |
| 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                | 職員は本人の生活歴と性格を把握し、理解した上で本人の尊厳を傷つけないように、さり気ない介護と声掛けをしている。   | 入居者から居室の戸を常に開けておく希望があった時は、衝立をベットの脇に設置したり、下着の干し方を工夫して外部から見えないようにしたりと、プライバシーに配慮した対応を心がけている。職員は入居者に馴染みのある方言を用いて語りかけており、入居者の生活歴や性格の把握に努めたさりげない介護がされている。 |                   |
| 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                     | 日常の会話から、本人の希望を聞き取り、答えやすい質問を工夫して、本人が決定できるように支援している。  |   |                   |
| 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 | 日々の生活パターンは、全体で決まっているが、個々の生活リズムを重視し、参加・不参加は自由で、やりたいことを優先にした支援を行っている。また、外出や買い物にも本人の希望に添って出掛けている。                      |   |                   |
| 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                                  | 本人と一緒に買い物に出かけ、季節の衣類などを購入している。また、希望時にはホームで散髪が出来る理容師が来て、気軽に利用できるように支援している。身だしなみについて質問された際は、助言も行っている。                  |   |                   |
| 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     | 食事の盛りつけや後片付け等、入居者と一緒に行い、調理の仕方を聞き出したりして、満足感を得られることで、楽しく食事が出来ている。毎食のメニューを掲示することで、興味を持って食事をとることが出来ている。                 | 嗜好調査を入居者や家族に対し年2回行っており、意向が反映されたメニューになっている。管理栄養士が1日分の食材を準備し、毎日の食事メニューはホールに掲示されている。また、おやつ作りを職員と入居者で定期的に行っている。   |                   |
| 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          | 管理栄養士の献立により、バランスのとれた食事が提供されている。嗜好により、肉から魚に変更したり、嚥下困難の入居者にはミキサー食や水分にとろみを付け、むせ込みを防止している。食事量と水分量はすべて記録していて、不足分は補食している。 |   |                   |
| 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                   | 自分で出来る入居者は声掛けで見守りをし、他の入居者には、毎食後介助し、口腔内の清潔に努めている。口腔内を観察し、必要があればすぐに歯科受診をしている。   |   |                   |

| 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向けた支援を行っている                               | 本人の訴え時は、速やかに誘導している。また、訴えの聞かれない入居者に対しては、時間を決め、排泄介助を行っている。排泄は全員記録し、排泄用品も本人にあった物を使用している。   | 入居時に排泄パターンを把握する事に努め、定時にトイレ誘導する事で、オムツからリハビリパンツ等に変更した方が多くおり、自立に向けた支援がされている。毎日の排泄は全員記録され、体調の変化が分かりやすく、細やかな支援に繋がっている。 |                   |
| 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   | 積極的に水分補給に努めている。便秘症の入居者に対しては腹部マッサージを行っている。また、毎朝の体操や歩行運動を行い、予防に努めている。   |   |                   |
| 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、個々に応じた支援をしている                         | 毎日入浴が出来る準備が出来ている。現在は入浴時間の希望が無いため、毎日午後に入浴時間を設け、週に2~3回入浴されている。着替えの準備から入浴を終えて水分補給まで、同一職員が行い、本人のペースに合わせて満足出来るよう支援している。希望された入居者には同姓介護を行っている。 | 入浴は同性介護で対応している。毎日自分の希望で入浴できる他、行事に合わせて入浴の回数も増減ができています。お風呂に入浴剤を入れて温泉気分を味わっていただく事もできる。                               |                   |
| 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  | 本人のペースに合わせて、午睡している。夜間の睡眠状態を把握し、不眠の入居者に対しては、日中の活動に配慮している。  |   |                   |
| 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   | 薬剤情報がいつでも閲覧出来る状態にしている。また、薬の処方に変更があったときは職員全員が把握できるよう申し送りを徹底し、観察を強化している。  |   |                   |
| 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                              | 個々の能力を生かせるように、レクリエーション等は各自の希望または好むことを行っている。また、生活歴や趣味の聞き取りから、一人ひとり楽しめること(洗濯たみ・食器拭き・チラシたたみ・裁縫等)を手伝っていただくことで自然と役割が持てるように支援している。            |   |                   |
| 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。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 | 入居者の希望に添って、遠足を企画したり、買い物等を楽しんでいただくよう支援している。また、近隣にリンゴ畑や公園等があり、散歩にも出掛けられている。また、入退院の準備や送迎も行っている。  | 周辺はリンゴ園や公園、畑など自然豊かな為、夏場は公園の散策や軽度の農作業を行っており、入居者の希望を聞きながら外出している。寺社への参詣希望がある入居者には、月に2、3回は友人や職員が付き添い出かける機会を設けている。     |                   |



| 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 |
| 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  | お金を管理できる入居者や、所持することで安心する入居者に対しては少額を所持して頂いている。管理している入居者に対しても、預かっている事を随時声掛けし、安心していただいている。 |  |                   |
| 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   | 入居者の希望に応じて、いつでも電話が出来る環境にある。また、クラブ活動で年賀はがきを手作りする予定があり、入居者の希望に応じて住所代筆等の支援も行っている。          |  |                   |
| 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 | 入居者と一緒に作った作品や行事・外出の思い出の写真を飾り振り、返りの時間を共有出来るような環境作りを行っている。また、観葉植物や花を置き、心地よい雰囲気作りを心がけている。  | 共用空間や居室は木材の落ち着いた色合いで統一されている。廊下には所々ソファが置かれ、観葉植物や季節感のある飾り、行事の写真が見られるよう配置されており、居心地良く過ごせる工夫がされている。   |                   |
| 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  | 各自ホールに来られ、職員と共に会話を楽しまれたり、自室にて気の合う入居者同士で会話をされたり、テレビを見たり、本人のペースで過ごされている。                  |  |                   |
| 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  | 使い慣れた家具や家電、写真を持ち込んでいただき、それを配置することで、居心地の良い空間になるようにしている。また、本人の希望で居室に観葉植物を鑑賞出来るスペースを整えている。 | 共用空間や居室には温度計・湿度計が掛けられており、すだれで日光が入りすぎないように調整している。居室には位牌や使い慣れた家具、家族の写真などの持ち込みが出来ている。居室には転倒につながるような物はなるべく置かないように配慮しており、ベット下に滑り止めマットを設置して転倒予防に努めている。 |                   |
| 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」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  | 入居者の身体状況から、生活動線や転倒防止を考え、家具等の配置に配慮しているが本人の不安感が生じた場合は、その都度話し合い、環境整備をしている。                 |  |                   |