

### 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   | 4190200305      |            |            |
| 法人名     | 株式会社 三栄         |            |            |
| 事業所名    | グループホームすぎの子石志   |            |            |
| 所在地     | 佐賀県唐津市石志3310番地1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月13日     | 評価結果市町村受理日 | 平成29年2月10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 | 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会  |  |  |
| 所在地   | 佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年10月28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)】

介護理念である”その人らしく笑顔ある生活作り”の実現のため、利用者の思いや意向を把握し、一人ひとりの個性に応じた生活が穏やかに営めるように努めている。一人ひとりの意向を大切にしながらも、日々のレクリエーションやホーム行事を通して、入居者同士のコミュニケーションを図り、共同生活の良さが発揮できるような支援を心掛けている。地域行事への参加や地域住民との関わりを積極的に増やし、家族や関係機関との連携を深め、施設内を整備し、職員が丁寧な対応を心がけることで誰もが訪れやすい開放的で明るいホームとしたい。

【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)】

ホームは小高い丘や田園に囲まれ、四季の移りを眺めることができる。敷地も広く開放的で、病院やスーパーなども近く、恵まれた環境の中にある。室内は各部屋に大きな窓があり、収納スペースも多いなど機能的で、清掃も行き届いている。入居者は表情に活気があり、それぞれの個性を感じることができる。また、定期的に家族へ入居者の近況を伝えるなど、信頼関係の構築を図っている。地域住民との交流もあり、近所の方から野菜の差し入れや、ボランティア、近所の子供達の訪問等がある。職員は理念に基づいた介護を心掛けており、管理者・スタッフともに入居者中心の前向きな取り組みに努めている。

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<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<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    |
| 57<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:18,38)             | ○<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                  | 64<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                  |
| 58<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:38)                   | ○<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>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) | ○<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           |
| 59<br>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)    | ○<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    | 66<br>職員は、生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       |
| 60<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:49)                  | ○<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    | 67<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    |
| 61<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    | 68<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 |
| 62<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  | ホームの理念を作成し、玄関や事務所に掲示している。毎朝唱和し、一人ひとりが意識向上と実践につなげるように努めている。  | 「その人らしく、笑顔のある生活づくり」という、入居者中心の理念を作り、玄関や事務所に掲げている。朝の引継ぎやミーティング等で共通理解を深め、実践に努めている。                            |                   |
| 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  | 運営推進会議や地域交流会の開催、ボランティアの受け入れ等で地域との交流を深めている。又区長から地域行事の情報をいただき、参加するようにしている。散歩の時は挨拶をし、会話する事で顔なじみの関係が深くなって来ている。近所の親子様との交流は長く続いている。                 | 日々の挨拶の励行、年4回ホーム主催で交流会を開催している。また、幼稚園の行事や地域の神社のお祭り等に参加したり、ボランティアを受け入れたりと、地域の住民との繋がりを大切にしている。                 |                   |
| 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  | 運営推進会議や地域交流会の開催の開催でホームに来て頂き、利用者とはふれあう機会をもつ事で、認知症理解して頂くように努めている。又、運営推進会議では介護保険制度や葬儀事情など、高齢者に関わるテーマを取り上げている。                                    |  |                   |
| 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                                     | 2カ月に1回開催している。家族・地域住民(区長、民生委員、地権者)市担当者、介護相談委員等に参加して頂き、ホームの入居状況・活動の報告や災害時の対応・高齢者介護等に関する意見交換を行い、ホーム運営に役立っている。議事録は玄関に設置し、来所された方に公開し、サービス向上に努めている。 | 年6回開催し、地域の役員、行政、家族等の参加がある。状況報告や課題を提示し、参加者と協議し、サービス向上に努めている。会議の議事録はカラフルで見やすく、自由に閲覧できるように玄関に置くなど、情報共有に努めている。 |                   |
| 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  | 運営推進会議や役割訪問等の機会を利用して良好な協力関係の構築に努めている。運営上不明な事やホームで発生した事故については常に報告相談を行い、指示やアドバイスを頂いている。   | 行政より、毎回の運営推進会議の参加もあり、日々の業務についての相談なども行っている。行政からの入居受け入れ相談や、ホームからの利用状況報告や入居者の報告を行うなど、日頃より、協力関係を築いている。         |                   |
| 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 | 身体拘束はしないことを基本にサービスの提供を行っている。ミーティングや研修等で身体拘束への理解を深めている。安全の為ベッド柵を使用する時は、事前に本人や家族に説明し納得承諾を得ている。日中は玄関の施錠はしていない。                                   | 全員で身体拘束はしない介護に努めている。研修会等参加し、会議等で、身体拘束の内容理解に取り組んでいる。マニュアル整備や、安全の確保に必要な時の為に、同意書などの様式も備えている。                  |                   |
| 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                                     | ミーティングや研修会参加等で高齢者虐待についての理解を深めている。又、不適切なケアが虐待に繋がる事もOJTの中で伝えていく。  |  |                   |

| 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 |
| 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    | ミーティングや研修会で学んでいる。ホーム入居前からあんしんサポートのサービスを利用している方はいるが、ホームで利用開始を検討したことはない。   |   |                   |
| 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                         | 利用開始時や契約変更時は家族や利用者本人に説明を行い、納得してホームを利用して頂くように努めている。不安や疑問には丁寧に説明し理解を頂いている。   |   |                   |
| 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                     | 家族の面会時、生活状況を説明し、家族の意見や要望を聞く様になっている。利用者や家族とコミュニケーションを取ることで意見が言い易い関係作りに努めている。意見苦情が出た場合は迅速に対応し、速やかに解決するようにしている。玄関に苦情用紙を設置したり、相談窓を要事項説明書に明記している。唐津市の介護相談員事業を利用し、利用者の意見を聞いて頂いている。 | 運営推進会議や行事開催時、日頃の面会の時等、意向の聴き取りに努めている。必要時は上司に報告、迅速に対応し、運営改善に繋げている。内容により、サービス計画書の見直しも行っている。                |                   |
| 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                                      | あさの申し送り時、週1回のカンファレンス、月1回のミーティング時、毎日の業務のなかで出てきた意見や提案は必要かつ可能であれば反映するように努めている。  | 職員は有資格者が多く、知識向上意欲も高い。朝の申し送りや、定時のミーティングやカンファレンス時、活発に意見を出すことができている。代表者や管理者は前向きに受け入れ、協力的な姿勢で受け止め、反映に努めている。 |                   |
| 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      | 職員の能力や実績、やる気、希望に応じ労働条件を設定しているが、すべての職員が満足しているかは、定かではない。日々のかかわりの中で職員の意向を把握できるようにしている。個人面談を取り入れ、職員の不安や希望を把握したい。   |   |                   |
| 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         | 研修会や勉強会の案内は職員全員に知らせている。業務扱いで参加させたいが、職員数に余裕がなく、できていない。職員が充足すれば、積極的に研修に参加したい。実際のケアについてはOJTを行い、技術の向上に努めている。   |   |                   |
| 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 | 唐津市のグループホームで構成される連絡会に参加し、勉強会や意見交換を行っている。ホームのサービス向上に繋げて行ける様に努めている。  |   |                   |

| 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 |
| <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 | 利用前には、家族・医療関係・居宅介護支援事業所の担当ケアマネから情報を集めている。本人と面談を行い、不安や要望等を聞き、本人への理解を深めている。入居後は本人の話を傾聴する事で安心感を持って頂くよう努めている。                     |  |                   |
| 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            | 利用前に家族や本人と面談を行い、困っている事不安な事、要望等はないか尋ね、その把握に努めている。しっかり話を傾聴する事で安心され信頼関係が出来ているように思う。  |  |                   |
| 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        | 本人・家族・居宅介護支援事業所の担当ケアマネ・医療機関等の情報をもとに、関係機関に協力を仰ぎながら、必要なサービスが受けられる様支援している。   |  |                   |
| 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                        | 本人の生活歴や好まれる事、得意な事を十分把握し、得意な事を教えて頂いたり好きな事を手伝って頂いたりして、共に協力しながら毎日の生活を送っている。人生の先輩であることを念頭に置いて接している。                               |  |                   |
| 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         | 月1回の文書での状況報告や面会時の報告、電話での報告で互いに情報を共有できるようにしている。多くの家族が協力的で助かっている。面会時は本人と家族との時間を優先し、絆を大切にさせていただくように努めている。                        |  |                   |
| 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                     | 面会に制限はなく、自由に入居りができている。面会に来られてた時は椅子や飲み物を提供し、居室やデイルームでゆっくりして頂いている。家族へは毎月ホームから状況報告書、写真、ホーム便りを送付している。行事開催時は案内を送り、共有の時間を過ごして頂いている。 | 入居者の家族や友人に対し、積極的な声かけや居室へ通すなど、気軽に訪問出来る雰囲気作りに努めている。外出時は、本人が馴染んだ場所や店に立ち寄り、本人の大切な思い出の写真を居室に飾ったりしている。 |                   |
| 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                 | 利用者の相性や個性を考慮して座席を決めたり、朝のレクリエーション時は1つのテーブルに集まったり、家事作業を入居者間で協力したり、入居者同士の和ができるよう工夫している。お互いの居室を訪ねられる事があり、そんな時は見守りをしている。           |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 退去後も必要に応じ相談を受けている。退去し医療機関で治療していた方が、再び入居された事例もある。   |  |                   |
| <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   | 利用者とコミュニケーションをとり、一人ひとりの思いや希望を大切に、言葉に表現されない思いを汲み取れるように努めている。実現不可能な時はその方が和むものを見出し、ストレス解消に努めている。又、自ら表現できない方は、反応を見ながら本人の希望を把握するようにしている。          | 本人・家族より、入居前の情報や、意見の聞き取りに努め、表現出来ない人は表情や仕草から、思いや意向を汲み取っている。対応困難時、ドライブや散歩で気分転換を図るなど、個別に対応している。        |                   |
| 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                                       | 本人や家族からの聞き取りや担当ケアマネからの情報提供を受けて、生活歴・病歴・好み等の把握に努めている。把握した情報はフェイスシートにまとめ、スタッフ全員が見れて、情報共有が出来るようにしている。  |  |                   |
| 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   | おおまかな1日のスケジュールはあるが、押し付けず、その方の希望や状態に応じて過ごして頂いている。バイタル測定、表情や言動の観察、一緒に家事作業を行ったり、レクリエーションを行う中で、心身状態や有する力を把握するように努めている。                           |  |                   |
| 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 | カンファレンスを行い、本人の状態や希望に応じた計画を作成している。家族には面会時や月1回の状況報告書を通じて実情の説明や要望を聞く様に努めている。また、介護計画更新前には状態説明を行いご家族の意見を聞いている。モニタリングを月1回職員みんなでおこなっていて情報の共有ができていく。 | 入居時、計画更新時、家族、本人と話し合い、主治医の意見を踏まえてサービス計画書を作成している。毎月の会議の時スタッフと情報を共有し、プランに基づいた介護を行い、日々評価を記録し、改善に繋げている。 |                   |
| 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                        | 日々利用者ごとの記録を行い、申し送りや連絡ノートを活用しながら、情報を共有している。気づきについてはアセスメントに取り上げ、カンファレンスで検討のうえ、必要であれば介護計画変更を行っている。  |  |                   |
| 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               | 体調や気持ちの変化に合わせて、その時々に応じサービスを心がけている。   |  |                   |

| 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  |
| 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                                      | 地域の交流会やボランティアによる活動を通じて楽しんでもらっている。顔なじみの関係が出来つつある。顔見知りのボランティアが増え、再会を楽しみにされている。  |  |  |
| 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                                  | 協力医だけに偏らず、利用者・家族の意向を確認しながら医療機関を受診している。体調に変化がある時は主治医と密に連携をとり、適切な治療が受けられる様につとめている。歯科は定期的に訪問診療に来ていただいている。                            | 本人・家族が希望する、医療機関の受診が可能で、職員の送迎の協力もある。体調変化時等、医療機関との連携や訪問看護師の支援等、適切な受診支援を図っている。                  |  |
| 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                          | 法人内の別事業所から定期的に看護師の訪問を受け、利用者の状態の把握と対応に関するアドバイスを受けている。利用者の体調に変化がある時は、看護師に報告を行い、対応を検討している。看護師へ相談できることで介護職員が安心して対応できる。                |  |  |
| 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。 | 入院時はホームでの生活ぶりや既往歴、内服薬の情報を病院へ提供し、円滑に治療が受けられる様支援している。入院中は面会に行って本人を励ましたり、洗濯物のお世話をし、生活に困らないようにしている。又、時折医師や看護師に入院中の様子を確認し、状態の把握に努めている。 |  |  |
| 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、事業所の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  | 入居時には重度化の指針やターミナルケアの方針を書面にて説明し理解を得ている。状態が重度化した時は、随時家族と話し合い、又、必要に応じて医療機関に相談しながら、今後の過ごし方を決定している。                                    | 基本的に看取りは行っていない。重度化したときの対応についてマニュアルを作っており、入居時に説明と同意を得ている。ホームのできる限りの中で対応し、地域の医療機関と連携を取り支援している。 |  |
| 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  | 緊急時の対応マニュアルを作成、事務所の目につく場所に備えている。又、消防署から講師を招き、救急蘇生法の講習会を開催している。  |  |  |
| 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  | 定期的に避難訓練や消火訓練、避難所へのルート確認を行っている。地域住民も加えた緊急連絡網を作成し、速やかに応援を受けられるようにしている。地域消防団による施設確認も行って頂いていた。飲料水の備蓄もおこなっている。                        | 避難訓練は消防署などの指導を受け、年2回夜間想定で実施している。災害時や原発事故に対しては、実際に避難場所や移動経路の確認を行い、避難時の対応、問題点などを検討している。        | 災害時、地域の住民の協力は不可欠であり地域の住民とのこれまでの交流をさらに発展させ、避難訓練などの参加に繋が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                   | その人の人格を尊重し、プライバシーを損ねないよう、わかりやすく丁寧な言葉使いや対応を行っている。又、居室やトイレに入る際はノックをしている。支障のない限り居室の窓はレースのカーテンをしプライバシーを保っている。   | 言葉掛けは丁寧に行い、また、排泄時は耳元で声掛けを行う等、羞恥心にも配慮している。入居者の人格や誇りを損ねない対応をしている。個人の記録は事務所の人目に触れない所で保管している。          |                   |
| 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                     | 利用者と密に関わり、話を傾聴し、行動を観察する事で、思いや希望を汲み取れるように努めている。又、利用者に関心かけたり、確認する事で自己決定できる環境を作っている。   |  |                   |
| 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 | 本人の心身状態にあった生活実現の為、ホームの日課を押し付ける事なく、柔軟に対応するようにしている。   |  |                   |
| 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                                  | 身だしなみに関して自立されている方には自由にしていただき、介助が必要な方は、希望を聞きながら、身だしなみの介助を行っている。2ヶ月に1度訪問理容あり。   |  |                   |
| 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     | 献立は栄養・色どり・季節感を考慮し偏らないように作成している。又、食事時はテレビを消し、音楽を流しながら、職員も一緒に食べている。献立を毎日掲示板に表示し、読み上げて、食事に対する楽しみを感じて頂いている。利用者の希望もメニューに取り入れている。食器やお盆を拭いて片付けを手伝って頂いている | メニューは、入居者の好みを取入れ、本人の出来る手伝いをお願いしている。交流会等、特別な献立を提供し、入居者と共におはぎ作りや、テラスでの焼肉会等催し、職員と一緒に、食事を楽しめる工夫に努めている。 |                   |
| 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          | 食事量や飲水量を記録し、常に必要量が確保できているか確認している。体調や嚥下状態に合わせて、形態や献立を変えている。食事や水分が不足する時は、補食・補水をして頂くように努めている。又、利用者に応じて主食の量や、塩分の調整をおこなっている。                           |  |                   |
| 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                   | 毎食後声掛け誘導、介助と利用者の力量に合わせて対応している。夜間は義歯を預り洗浄液に浸けている。必要な方は歯科受診をしたり、定期的な訪問歯科で口腔ケアを受けて頂いている。   |  |                   |

| 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                             | 排泄チェック表を作成し、個別に排泄パターンを把握。その方にあったタイミングで排泄誘導を行っている。極力紙おむつを使わないで済むよう、ポータブルトイレの使用やパットの使用等の工夫をしている。                           | 高齢化も進んでおり、職員間で情報共有し、入居者個々の排泄状況に沿った対応を心掛けている。尿漏れ時など、そっと声をかけ、自立心に配慮した支援を行い、トイレ等での排泄誘導に努めている。          |                   |
| 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   | 個別に排便状況をチェックし、下剤の調整や腹部マッサージなどを行っている。便秘の方は水分補給や便通に良い食材を心がけている。  |   |                   |
| 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                            | ホームの都合で曜日・時間決まっているが、入浴を拒否される方や体調不良の方には、決まり通りではなく、入浴日や時間を変更して柔軟に対応している。週3回の入浴を行っている。5月の節句には菖蒲湯を楽しんでいた。                    | 入居者の体調に合わせて入浴日の変更をしたり、その時の気分を大事にした対話を行っている。時には、ゆず湯やしよぶ湯なども取り入れたっている。また、入浴拒否の方はなく、気分良く入浴出来るように努めている。 |                   |
| 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  | 夜間良眠できる様、日中のリズム作りに努めている。昼食後は休息を促し自室でゆっくり過ごして頂いているが、ほどよい時間に声をかけ休息が長くなりすぎないように注意している。夜間不眠が続く時は医師に相談し、眠剤の調整や服用時間の変更等を行っている。 |   |                   |
| 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   | 説明書を見たり、薬剤師や看護師に問い合わせたりして、理解に努めている。状態に変化がある時は、看護師に報告したり、病院へ相談している。与薬間違いが無いよう名前、日付、朝昼晩眠前などを声に出して確認している                    |   |                   |
| 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                            | 植木の世話、洗濯物干し・畳み、本人の好みや能力に応じた役割や日課を作っている。季節ごとの行事や誕生会・地域交流会・ドライブ等通じて楽しみを作り出している。晩酌・外食・買い物等の希望は本人と話合いながら安全に行えるよう支援している。      |   |                   |
| 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。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支援している | 季節ごとの花の鑑賞や地域行事への参加の他、ドライブや外食、ショッピング、近所の散歩などの外出支援を行っている。  | その日の職員の体制に合わせた、無理のない外出支援を行っている。月1回程度のドライブ、食材の買い物時の同行、朝の散歩、家族の支援による外出等、本人の希望に添えるよう努めている。             |                   |



| 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 |
| 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  | 殆どの方がホームで預り金を管理している。管理能力や本人の希望により、ご自分で管理されている方もあり、ご自分で買い物に行ったり、職員に買い物を買われる時がある。職員が付添い等の支援をしている。                              |  |                   |
| 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   | 希望に応じて電話を使って頂いたり、電話の取次ぎも行っている。届いた手紙は本人の同意の元読み上げている。必要に応じて、家族へ連絡をしている。  |  |                   |
| 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 | 草花を飾り季節感を出すようにしている。窓やカーテンの開閉で温度や光の調整をしている。空調は温め過ぎず、冷え過ぎず、乾燥に注意し調整している。居間の大きい窓からは景色が良く見え、四季の変化を感じられる。天気の良い日はウッドデッキにでて日光浴ができる。 | 室内は明るく静かで、空調設備も整っており、清掃も行き届いている。南側には広いテラスがあり、自由に入出入りすることができる。周囲の眺めも良く季節が感じられ、居心地の良い設えとなっている。 |                   |
| 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  | 食堂の席は希望や状況により決め、利用者それぞれが落ち着いて過ごせるように努めている。自席だけでなく、他の席にも座っても否定する事もなく自由にしてもらっている。  |  |                   |
| 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  | 自宅から箆笥・冷蔵庫・テレビ等を居室に持ち込まれている。それらを活用し自由に居心地よく生活できるように工夫している。衣類の入れ替えや模様替えは本人に相談しながら行っている。毎日清掃を行い清潔を保っている。                       | 居室は本人・家族の好みに合わせた家具の配置や、私物の持込など自由である。冷蔵庫の持ち込みも可能で、中身はそれとなく見守るなど、本人の意向や心身状態に合わせた配慮を行っている。      |                   |
| 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」「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   | 手摺設置・段差解消・補助器具の利用。居室・トイレの入り口には目印等できるだけ自立した行動が出来るように工夫している。又、安全確保の為、見守り観察を重視している。   |  |                   |