

### 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   | 1070501240        |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 愛光会        |            |  |
| 事業所名    | グループホーム愛の里にった     |            |  |
| 所在地     | 群馬県太田市新田市野井町145-1 |            |  |
| 自己評価作成日 |                   | 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 | 特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構 |  |  |
| 所在地   | 群馬県前橋市新前橋町13-12     |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年10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)】**

|   |
|---|
| <p>1、その人らしさの実現をまず重視しています。<br/>                 2、理念にもあるように、地域とともに過ごせるよう、入居者と共に地域のスーパーや近所の方との挨拶や保育園の子どもたちとのふれあいを大切にしています。<br/>                 3、事業所から関連施設への慰問見学やイベント参加など行っています。</p> |
|---|

**【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)】**

|   |
|---|
| <p>事業所は、敷地内にある法人の特別養護老人ホームと医療面の支援や栄養・食事面の支援を共有し、祭りの開催、地域ボランティアの受け入れ、災害時・緊急時の協力、避難訓練の実施など共同して実施している。また特にHQM活動といった人材育成や業務改善の課題克服を、無駄なく実行するシステムを取り入れ、問題点を解決していく体制となっている。各種の研修も法人で定期的開催され、全職員参加で行っている。災害対策活動においては、事業所独自で避難訓練を実施し、有事への備えと防災意識の高揚を図っている。このように事業所の体制も整っているが、利用者に対する介護の面でも、利用者一人に担当職員を一名決め、その利用者の言動を「サイン」として捉え、そのような「気づき」を大事にした記録と共有により、利用者の「思い」を把握する努力を行っている。結果きめこまやかな個別支援がなされ、個々の満足に繋がる介護の提供に努めている。</p> |
|---|

**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<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) | ○<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) | ○<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  | 法人理念の社内研修を行い、法人理念に基づいたグループホームの理念を共有して、実践している。  | 「ご利用者、ご家族、地域の皆さんに、信頼し安心してもらえるケアをする。」を理念とし、管理者から毎年4月の全体会議で説明がある。理念が実践された結果として、地元の方々とも顔馴染みになり会話が增え、家族から利用者の笑顔が見れたなどの声もきかれています。      |                   |
| 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  | 保育園に散歩の途中で遊びに寄ったり、ご近所の農家の方に農作物を分けて頂いたり、ご近所の花がきれいに咲いている庭を散策させて頂いたり、ご利用者と一緒を楽しんだりしている。ご利用者が散歩に出たときに近所の方と会ったときなど、挨拶をきちんとし、世間話ができるようにしている。 | 事業所周辺は住宅が少ないが、散歩やホームだより配付など日常的な交流を持っている。地域の納涼祭は、高齢な利用者の健康に配慮して参加していないが、事業所のお祭りには、近所の方や地域の防災委員を招待している。                             |                   |
| 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  | 運営推進会議の中で、区長さんや民生委員さんにグループホームの活動や、認知症の基礎知識を理解してもらったり、職員が研修で学んだことの伝達報告したりし、地域の方々にも繋げてもらっている。  |   |                   |
| 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                                     | 運営推進会議は、区長、民生委員、市の担当者、家族代表と家族が出席し、2ヶ月に1回開催している。日頃の活動報告を始め、認知症に関する勉強会、家族との意見交換、また実地指導や外部評価の結果を伝え、参考意見を聴取したりしている。                        | 会議は日頃の活動報告中心に行われるが、その時々での事業所の課題や次回の予定も説明している。避難訓練報告では、区長から地域の防災委員に避難訓練参加依頼の発言があり、当日、立会い見学が実現した。認知症ケアの勉強会や外部評価結果の報告を行い、参考意見を聞いている。 |                   |
| 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  | 運営推進会議には必ず市の職員にも参加してもらい、必要に応じて意見を述べてもらっている。また、市から依頼の調査にも積極的に返答するようにしている。   | 運営推進会議参加の担当職員とは、介護保険などわからないことや疑問点をすすんで聞き、理解できるよう努めている。介護認定の申請や認定更新の時に行くほか、市からの依頼によりグループホームの待機者情報(人数)を毎月の初めに報告している。                |                   |
| 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 | 身体拘束に関する社内研修や伝達講習を行い、またホームの方針として、鍵をかけないケアを行っている。玄関は日中施錠せず、ホーム外への徘徊のある利用者には職員と一緒に出かけ、気の済むまで付き添って歩くように支援している。また、併設の施設職員とも連携し、見守りを実施している。 | 職員は全員参加の研修により、身体拘束の法令を理解している。事業所では身体拘束はないが、玄関は日中施錠せず要所にセンサーが設置され職員の見守りを補完している。利用者には不穏や動揺が見られた時や徘徊される方には、付き添って対応している。              |                   |
| 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                                     | 人権擁護・虐待防止に関する社内研修や伝達講習を行い、日々の支援の中ではその行為が虐待にあたるか常に考えながら、支援にあたっている。  |   |                   |

| 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    | 管理者やケアマネが資料を提供し、今後は職員全体に理解を広め、必要に応じ、家族や相談者にアドバイスしていきたい。   |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 可能な限り、事前に本人や家族に施設見学をしてもらい、料金説明、グループホームの趣旨を理解していただいている。契約時の説明は60～90分かけて管理者が行っており、契約書や重要事項の説明を行っている。また、改定時等は書面で説明し、同意してもらっている。                              |   |                   |
| 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                     | 接遇改善の提案をグループホーム会議で話し合い、検討して知識、対応の統一化を図っている。苦情箱を玄関に設置し「どんなことでも意見をもらいたい」としている。意見や要望は家族が個々に職員に伝えているが、運営に関する意見などは特になく、利用者についてがほとんどで、伝えられた内容を会議で検討し、早期に対応している。 | 玄関に設置した苦情箱は利用されていないが、「接遇改善書」の書式に家族等からの要望・意見を職員が記録している。その内容は全員で検討し、日誌に記入し周知させている。介護主任は日頃から話を聞き信頼関係を築いているが、更に家族から意見が出やすくなる仕組みを模索している。 |                   |
| 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                                      | 1年に3回の面接を行い、個々の職員の希望や悩みを聞き、運営者へ上げている。   | 年3回の個人面談を行い、本人の要望をできる範囲で取り上げて実施している。昼の休憩時間を1時間取得したいとの要望を実現している。   |                   |
| 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      | 法人内の人事考課制度を活用し、個々の努力、実績等を把握して、上司が評価できるようにしている。  |   |                   |
| 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         | 人事考課制度を活用し、個々の職員の能力に応じて、目標を設定し育成している。また、毎月1回法人内研修を開催し、職員全員が出席して倫理、法令、プライバシー等の研修を行っている。また、法人内で研修委員会を立ち上げ、メール等で情報を共有でき、法人内外研修にも積極的に参加できている。                 |   |                   |
| 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 | 施設見学や施設職員交換研修等で同業者と交流し、その成果をケアスタッフ会議等で報告・発表している。水平展開することで、職員の知識向上に繋がっている。   |   |                   |

| 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 |
| <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 | 事前のアセスメントをもとに、職員がご利用者と向き合い、不安なことや要望に応えられるように努力している。   |   |                   |
| 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            | 施設を見学していただき、説明によって入居の生活をイメージした上で、不安や質問に1時間ほどかけて対応している。  |   |                   |
| 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        | 共同生活が適しているのか、別の施設が合っているのかも対応に努め、必要に応じて他のサービスの紹介もさせてもらう。   |   |                   |
| 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                        | 昔のことや経験のないことを利用者から教えていただいたり、言葉遣いにも注意しながら共に作業を行っている。お茶や食事の時間は、一緒におしゃべりをしながらゆったりとくつろいで過ごしている。おやつ作りやモップがけ、洗濯物たたみ等「一緒にして頂いていいですか」「お願いします」「助かります」と声をかけている。 |   |                   |
| 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         | 最初の説明で、認知症のケアは家族の協力が不可欠であるということを説明して、利用者の精神状態を見ながら面会や外出をお願いしている。面会時には利用者を交えて会話ができるように配慮している。  |   |                   |
| 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                     | 近隣の町で育ち移ってきた方には、その町へ花見やドライブ、買い物等にも出かけ昔の記憶に繋げている。また、利用者の友人や親類の方の面会時にも、職員が間に入り、次回の面会へ繋げられるようにしている。  | 利用者の関係を把握し、お祭り等特別の日には、新しい服を着て外出したり、妻の13回忌を気にかける眩きを聞き、出席の手配をして職員を付き添わせたり等、その人が生活する中で大切な関係を積極的に継続できるよう支援している。 |                   |
| 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                  | ホールにあるテーブルやソファで、隣に座ったり、お互いの顔を見ながら歌をうたったり、アルバムを見たり、肩もみをしたりしている。距離が近すぎて口論となってしまうときは、職員が間に入り、気分を切り替えられるように支援している。また、できる方には花壇や畑など草むしりや土いじりを職員と一緒にしている。    |   |                   |

| 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                    | ご本人は亡くなられたが、そのご家族でホームの行事に積極的にボランティアに来て頂き、職員との良好な関係を維持できている方もある。  |  |                   |
| <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   | 一人ひとりの思いや希望を把握し尊重するケアに努め、見守りや声かけをしている。聴力や言語に問題のある利用者、意思表示が困難な利用者には、一緒に時間を過ごしながら意向を把握するように努めている。担当職員がいることで、常にアセスメントを見直すことができ、会議や申し送り等で迅速に検討し実践に繋げている。               | 特に意思表示が困難な利用者には、担当職員がちょっとしたしぐさや一言も大切な「サイン」として捉え、「気づいたこと」を他の職員にも伝えて共有している。管理者は認知症の利用者が示す様々な言動の裏にある思いに気づける力がつくよう職員と話し合い、具体的な介護に反映できるよう実践している。      |                   |
| 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                                       | 家族からのききとりと利用者とのコミュニケーションをより多く図ることで、把握し、アセスメントに反映させて、個別のケアを目指している。  |  |                   |
| 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   | ケース記録に1日の過ごし方を記録し、生活の流れを把握したり、日誌で申し送る事で利用者の現状(心身状況や力量)を知り、それぞれの役割りをお願いしている。  |  |                   |
| 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 | 家族の面会時に利用者の日頃の生活の様子を伝え、家族の意見や希望を伺っている。内容は掲示板や日誌で回覧している。また、介護計画は定期的および随時に本人・家族と相談しながら、作成している。   | 利用者の情報をセンター方式や事業所独自のアセスメントで整理し、家族の意見・希望、健康状況を勘案した上、初回の計画はケアマネージャーが素案を作り、会議で確認して立案している。以降は担当職員が中心となり意見を聞き、介護計画を作成している。3ヶ月・6ヶ月を目安に実情に合わせた見直しをしている。 |                   |
| 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                        | ケアプランに基づくケース記録は毎月、全員で目をとおして個々のケアの方向性を共有し対応している。  |  |                   |
| 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               | 以前併設していた通所サービスのホールを活用して、利用者と家族と一緒に食事をとれるスペースにしている。和室には家族の宿泊ができるようになっている。新聞等の情報から、要望に応じて季節の花を見に出かけたり、2~3ヶ月に1回程度外食など、希望に合わせて外出も支援している。利用者の身体状況の重度化により実施できない場合も増えている。 |  |                   |

| 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                                      | 以前は歌や演奏の慰問や散髪ボランティア等の受け入れも行っていたが、現在は特養の慰問時に参加させてもらっている。書くことの好きなご利用者は行政センターのボールペン字講座へ参加したこともある。本の好きな方と一緒に図書館へ行ったり、子どもが好きな方と保育園に遊びに行ったりしている。      |  |  |
| 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                                  | かかりつけ医は家族と相談して決めている。専門医に受診する際にも、家族の意向を確認している。現在8名のご利用者がかかりつけとなっているホーム協力医療機関からの往診時は、職員が付き添い状態の報告を行い、その他の医療機関への受診は基本的に家族が付き添っている。                 | かかりつけ医は家族と相談して決めているが、ホームの協力医療機関に、現在ほとんどの利用者が受診している。1ヶ月2回の往診があり職員が立会い、結果を個人記録に記録している。専門医受診は家族が送迎し、職員が付き添っている。   |  |
| 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                          | 併設の特別養護老人ホームの看護職が利用者の様子をうかがいに来てくれる。医療面だけでなく食事面を含め、アドバイスをもらいながら、ケアの方向性を決めている。また、医師の指示により訪問看護利用される場合は、様子の変化等報告し、相談しながら、アドバイスをもらっている。              |  |  |
| 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。 | 入院の際は、家族の同意を得て、できるかぎり立会いできるようにしている。また、入院中は職員が訪問して、ホームでの生活の様子を伝えたり、利用者の状態を確認させてもらい、家族や看護師、必要に応じて担当医からも話を伺うようにしている。                               |  |  |
| 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  | ホームでの終末期ケアは、今まで1名の入居者に対応した。医療の必要度が増した時点で、療養方針を家族と相談している。協力医療機関から往診があり、家族に頻繁に情報を提供して、面会者を含めて職員全員で方針を共有して対応している。                                  | 契約時に家族の希望を伺い、経口摂取が困難になった場合には、今後の方針を家族・主治医と相談し、その都度対応を協議している。事業所の方針として、ターミナルケアの導入も考える時点にきているが、まだ明確な方針として固まっておらず、事例の積み重ねや医師の協力体制を構築して取り組みたいと考えている。             | これまでの課題を整理し、事業所の目指すべき理念をもとに方針を決定し、共有されることを期待したい。 |
| 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  | その時々で状態の変化を予測し、急変時の対応を日頃から話し合っている。また、社内研修の中でも緊急時の対応方法を学んだり、消防による救命救急の講習にも参加している。  |  |  |
| 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  | 災害対策マニュアルを作成し、ホーム内に掲示している。また、運営推進会議では区長や地域の方に避難の協力をお願いしている。年2回の避難訓練を隣接の特別養護老人ホームと合同で行っている。今年度は夜間を想定した個別の避難方法の検討、マニュアル化、避難訓練の実施等HQM活動の中で取り組んでいる。 | 災害対策マニュアルを、事業所内に掲示している。年2回の避難訓練は、隣接の特別養護老人ホームと合同で実施している。区長の呼びかけで地域の防災委員も参加した。また、HQM活動で夜間想定のある事業所個別の避難訓練を実施して、避難方法を検討し、課題として実際の移動時間や移乗技術の習得等身になる訓練を継続して行っている。 |  |

| 自己                               | 外部   | 項目  | 外部評価  |  |
|----------------------------------|------|---|---|--|
|                                  |      |   | 自己評価<br>実践状況  | 実践状況<br>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                    | 利用者のプライバシー確保に関する社内研修を行い、接遇研修にも参加し、知識と意識の向上に努めている。日頃から利用者に「…さん」と丁寧に呼びかけ、また、場面により利用者の聞きなれた馴染む呼び方使いながらも穏やかな言葉遣いで接している。                       | 職員は、法人の接遇研修に参加し、知識と意識の向上に取り組んでいる。言葉かけは名字に「さん」をつけて呼びかけている。利用者が自ら大切にしている「誇りあるもの」をはっきり伝えられない分、職員は各自のしぐさや行動から思いを考え、その方を尊重し穏やかな対応を心がけている。 |
| 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                      | できる限り選択肢を提案し、利用者を選んでいただくことによって前へ進むことを基本としている。   |  |
| 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し、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 | ホームの方針として、その人らしさを大切にしたい支援に心がけ、基本的な日課は定めているがそれに捉われることなく、その日の天候、利用者の体調や希望に沿った過ごし方をしている。   |  |
| 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                                   | 希望によりスタッフやボランティアが散髪している。常時、清潔を含め身だしなみを整えるように支援している。外出や行事の女性利用者にはお化粧の支援もすることもある。男性は無精ひげにも気をつけている。  |  |
| 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      | 食からの健康に留意し、基本的な献立は法人の栄養士が作成している。楽しくおいしく食べることをモットーに、料理に合わせた食器を選んで使用している。毎食職員と一緒に食事をしながら、必要に応じて介助を行っている。後片付けは、利用者が自分の仕事として無理なく協力できるようにしている。 | 基本的な献立は、法人の栄養士が作成している。ミキサー食や粥など、状態を考慮して提供している。食事は職員が必要により介助しながら、一緒にとっている。行事食が月1回、外食が2ヶ月に1回ある。後片付けは、職員と一緒にやっている。                      |
| 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           | 高リスクの方は日誌に記録し、スタッフ全員で情報の共有化を図っている。低リスクの方はケース記録へ記録し、変化を分析し対応している。安定している方は毎月の体重測定の推移で観察している。必要に応じて嗜好に合わせた代替食や粥食を提供している。                     |  |
| 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                    | 看護師や歯科医の研修・指導のもと、利用者の個々の能力に応じて、声かけを行い、必要によっては介助しながら、口腔ケアを行っている。   |  |

| 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                              | 各利用者の排泄パターンを把握して予測し、より良い状態を維持できるように支援している。本人の意志を尊重し、危険のないようにケアしている。   | できる限りトイレ排泄ができるよう、立位保持、座位保持ができるか、本人に意欲があるか等を考慮して支援している。また利用者の排泄パターンを把握した上で適宜トイレ誘導するといった他に、オムツをあてていることが利用者の安心感に繋がると判断できれば、意思を尊重した上で清潔保持も考えた排泄介助もしている。       |                   |
| 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  | かかりつけ医や看護師に相談し、連携を取りながら、食品を中心に運動やマッサージ、補助薬で排便コントロールすることを優先順位として支援している。  |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 利用者がそれぞれ週2～3回はゆっくりと入浴できるように、1日2～3名を目安として大まかに予定を立て、毎日午前と午後準備をして、利用者のその日の気分に合わせて対応している。季節に合わせた柚子湯や菖蒲湯などを楽しんだりしている。                                    | 浴室は2ヶ所あり、機械浴も設置されている。概ね週2～3回、ゆっくり入浴できるように支援している。入浴剤やゆず湯・菖蒲湯などを楽しんで頂いている。利用者のその日の気分に合わせ、毎日入浴もでき、その他、就寝前入浴・入浴チケット(入浴の時間を書き、予約して入れる気分になる)を活用して個々に合った支援をしている。 |                   |
| 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   | 夜間、良眠されることを基本において、食後の休憩や昼寝の時間等配慮して対応している。   |   |                   |
| 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  | 薬管理ファイルを作成し、全員で把握している。また、健康記録表があり、確認しやすいようスタッフルームで管理している。アセスメント見直し時に必ず確認することで、理解できている。  |   |                   |
| 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                             | 本人や家族からききとりを生活カルテやアセスメントシートに記入し、それを参考にして、ことわざで遊んだり、掃除をしたり、あんぱんを食べたり、花や巨木を見に行ったり飲んだり、それぞれが楽しみごとを持てるように支援している。利用者と一緒に畑で野菜を栽培し、収穫した野菜で季節感のある料理を楽しんでいる。 |   |                   |
| 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 | 気候の良い時期や時間を見計らって、職員から散歩や買い物に誘うなど外出の選択肢を提供している。通常の散歩以外にも、四季を通して季節を感じられるような外出の機会を支援している。急な希望であっても添えるように努めている。家族の面会や外出を希望される利用者には、家族にお願いしたりしている。       | 行事係を設けて、毎月の行事を予定している。また、日勤帯4人のうち1人は散歩係で、歩行が困難な方は個別もしくは分散して、重度の方は車椅子で散歩している。花見や遠方のお祭りへドライブすることもあり、時には家族の協力も得て出かけている。                                       |                   |

| 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  | 入所の契約の際、現金所持について本人と家族へプラス面とマイナス面の説明をして、納得のもと特に制限はなく所持していただいている。居室で数える楽しみやお買い物する楽しみ、購入することの想像力の維持等支援している。                      |   |                   |
| 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   | 事務室の電話は、本人の希望により使用でき、必要に応じてスタッフが支援している。居室に電話設置することも実費で可能である。携帯電話を持参している方もいる。  |   |                   |
| 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 | 花や人形、絵画、写真等、季節の模様替えを行い、利用者が生活者として心地よく暮らせるように工夫している。ホームの中庭には一年を通して様々な花が見られるように利用者と一緒に手入れしている。                                  | 絵画や風景写真、置物を飾り、季節の装いを改めている。ホームの中庭には、草花が楽しめるよう利用者と一緒に手入れをしている。テレビや家具の配置を時により変えるなど、気分転換にも配慮して過ごしやすい空間づくりをしている。       |                   |
| 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  | ウッドデッキや和室、デイのホール、ソファ、玄関のベンチなど、個々の状況に合わせ、いつもの居場所とは違った場所で過ごせるようになっている。天候不良の日でも身体を動かし、危険のないようにホーム内を回ることができるよう、なるべく広いスペースを確保している。 |   |                   |
| 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  | 家族には、使い慣れた家具や調度品等が認知症に効果のあるものであると理解いただき、基本的に持ち込み品に制限はしていない。また、帽子掛けには散歩用の帽子や上着が掛けられ、生活者としての安心した居場所となっている。                      | ベッド、整理ダンス、押し入れ、エアコンを備えた居室に、布団や空気清浄機、テレビ、携帯電話を持ち込み、家族写真を飾る方もいる。部屋担当の職員が環境整備をしており、思い出の写真や手作り作品を飾り、居心地の良い居室づくりをしている。 |                   |
| 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   | 居室ではベッドの位置やベッド柵の位置、タンスの配置等を考えている。また、ホールではテーブルの位置、椅子の高さ、使いやすさ、好みなど利用者の状況や動線等、安全であるようにも考慮して決めている。                               |   |                   |