

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   | 0193200060          |            |             |
| 法人名     | 有限会社 和              |            |             |
| 事業所名    | グループホーム和2号棟         |            |             |
| 所在地     | 士別市東1条2丁目440番地90-91 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成24年10月28日         | 評価結果市町村受理日 | 平成24年12月26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)】

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>心や体の変化の把握に努め、安心して生活できるよう支援致します。</li> <li>ご本人の「できること」「大切にしていること」を支えます。</li> <li>力を発揮できる場面づくりを考えて対応致します。</li> <li>ご家族との繋がりを大切にし対応致します。</li> <li>地域の中で暮らしている事を実感できるよう個々に合わせた外出支援を致します。</li> <li>利用者間の関係性の把握に努め、関係づくりへの支援をさせていただきます。</li> </ul> |
|--|

※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 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0193200060-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0193200060-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a> |
|-------------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 評価機関名 | 有限会社 ふるさとネットサービス      |
| 所在地   | 札幌市中央区北1条西7丁目1番あいビル7階 |
| 訪問調査日 | 平成 24 年 11 月 22 日     |

【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>グループホーム和の2号棟としてオープンし、2年を経過しています。グループホーム和の8年の実践成果を当グループホームに反映し、安定感のある運営やケアが行われています。また、地域の一員として利用者や地域住民との交流は定着しており、町内会への加入や町内会行事への参加、幼稚園児の訪問、火災訓練への地域住民の参加など地域との連携を密に行なっています。利用者の暮らしが、施設長を中心に担当職員が作成するケアプランにより、利用者が「できる自分を感じる生活」を基本とし、個別性を尊重したケアの提供体制が整備されており、家族的雰囲気の中で明るく穏やかな表情で暮らしています。</p> |
|--|

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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) | ○                     | 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 | 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している<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   | 常に事務所に理念を掲示しており、5月からはその理念に基づきポイントを絞ったサブ理念を2カ月ごとに作って、より理念に沿ったケアの認識をもって実践に繋げられるよう朝のカンファレンス時に共有している。              | 理念を掲示するとともに、事業所独自のサブ理念をつくり日々のケアの中で理念を具体化できるよう取り組んでいます。また、利用者個々に配慮したケアを徹底するために、毎朝の引継ぎやカンファレンスを重視し、職員間の意思統一を図っています。   |                   |
| 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   | 自治会行事の案内を頂き参加したり、ホームでの行事の際にもお誘いの案内をしている。また3ヶ月に一度ホームの新聞を発行し、自治会の回覧板で回して頂き、市の広報をホーム内でも回覧している。                    | 敬老会などの町内会行事へ参加したり、グループホームの行事に招待するなど相互交流の機会を積極的につくっています。また、地域の幼稚園児との交流も継続して行ない利用者の楽しみとなっており、地域の方々との交流が幅広く活発に行われています。 |                   |
| 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   | 必要性は感じているが実践には至っていない。  |   |                   |
| 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、市職員・民生委員・自治会長・家族代表の方たちに案内・開催をし、ホームの近況報告をして疑問点の解決や意見を参考に取り入れている。会議後にはその内容をまとめ家族に送付する形で報告させて頂いている。        | 会議は市の介護保険担当者、地域包括支援センター職員、町内会役員、家族が参加して2ヵ月毎に開催され、施設の取り組み、利用者の健康状態や暮らしを報告したり、防災に関する協力体制などに関する意見交換や協議を行い運営に活かされています。  |                   |
| 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  | 地域包括支援センター主催のケア会議に参加し、各事業所の情報交換や実態把握する機会としている。   | 市の介護保険担当者や地域包括支援センター職員には、運営推進会議のメンバーとして参加していただき意見を聞いたり、運営上の課題などを随時相談しています。また、ケア会議に参加し、各事業所情報を共有し連携しています。            |                   |
| 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 | 裏口は階段状になっているため常に施錠しているが、その他は日中は開放している。転落の危険がある人や起居動作のために必要な人にはベッド柵を使用している。                                     | 職員研修会では身体拘束をしないケアについて検討するとともに「身体拘束は行わない」という職員としての基本姿勢が醸成される学びを行っています。事業所の玄関は日中は鍵をかけず、20:00～7:00まで施錠しています。           |                   |
| 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                                       | 研修には積極的に参加しカンファレンス時に報告したり、まとめを業務日誌にしばらく入れておいて目を通しながら再認識・再確認するようにしている。また日頃の言動・行動等で気になる時があった場合、声かけし合い細心の注意をしている。 |   |                   |

| 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   |
| 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    | 現在利用が必要な利用者はいないため支援には至っていないが、研修に参加し学ぶ機会を作り、職員全員で理解できるよう努力している。   |   |   |
| 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                         | 契約の際には十分な説明をしたあと、不安点・疑問点についても話ができる時間を作り、理解と納得頂いている。また、それ以後もいつでも聞いてもらえるよう説明を行っている。                      |   |   |
| 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                      | 利用者からの意見・要望はその都度職員間で共有し、出来る限り反映させている。家族の来設時に利用の近況等話をしながら意見要望を聞いたり、4月にはアンケートを実施し、その結果を受けて反映・改善に取り組んでいる。 | 家族への報告は、来訪時に口頭で伝えたり、担当職員が写真つきの手書きのお便りを毎月発送するなど一人ひとりの生活状況を詳細に伝えています。利用者・家族の意見や要望、アンケート結果などは、職員間で共有し、毎朝の引継ぎやカンファレンスで協議しながら改善に向けて取り組んでいます。 |   |
| 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                                      | 毎朝の申し送り時やケースカンファ時に話し合う時間を設け、意見交換や提案、実践を行っている。  | 管理者は日常的に困りごとや相談に応じ随時面談をしていますが、全職員との個別面談はしていません。定例の職員会議は設定せず、毎朝の引継ぎ、カンファレンスでケア上の課題だけではなく業務に関する課題なども検討しています。                              | 管理者は、就業環境の適正化を図ることや、職員個々が目標を設定しキャリア形成を促進する人材育成を推進するためにも、職員との個別面談を実施するなど職員の要望や提案を聞く機会をつくることを期待します。 |
| 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      | 資格取得のための勤務体制を優遇し、向上心を持って働けるようにしている。また、取得後には賃金に反映している。  |   |   |
| 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         | 講習会や研修など順次参加できるように勤務調整し、費用も会社負担として取り組んでいる。   |   |   |
| 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 | 研修を通じて情報交換や交流の場となっている。   |   |   |

| 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 | 会話など関わる時間を多く作って耳を傾け、職員間で話し合いをしながら共有し、安心して過ごせるよう努めている。                                    |  |                   |
| 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            | 利用者様同様ゆっくり話をできる機会を作って情報収集したり、思いを傾聴するよう努めている。   |  |                   |
| 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        | ほとんどのケースが他事業所からの紹介で入居相談となるため、担当ケアマネと連絡を取り、情報の共有と相談をさせて頂いている。                             |  |                   |
| 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                           | 経験や得意な事を教えて頂きながら生活上の行動を一緒に行ったり、嬉しい事・悲しい事など様々な感情を共有し合い支え合えることが出来るよう関係作りに努めている。            |  |                   |
| 19                          |      | ○本人と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            | 面会時には本人の近況をお話したり昔話をしたりなど、必ず関わりをもつようになっている。また、ホームの行事の際には、案内以外にも声かけし、一緒に過ごして欲しい事をお願いしている。  |  |                   |
| 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                        | 気軽に面会できる雰囲気作りに努め、馴染みの店や理美容に同行している。また、本人の話や希望を聞きながら外出の声かけや同行したり、時には家族の協力を要請したりしている。       | 外出は利用者に行きたい場所を聞いて思い出の場所に行ったり、馴染みの理・美容室やお店に行ったり、市内のイベントに参加するなど、時には家族の協力を得て利用者のこれまでのつき合いや馴染みの人や場所との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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                    | 共同生活する中で、それぞれの個性や不満はあり口論になることもあるが、普段のコミュニケーション時から職員が見守り・仲介役となり、共に支え合いながら楽しく過ごせるように努めている。 |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 入院後に亡くなって退去となる以外の退去は現在ないが、街中で会った時には挨拶や雑談などの会話をして繋がりを続けている。                    |   |                   |
| <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   | 普段の会話や様子から把握に努め、思いに添えるよう努力しており、その都度職員間で話し合いと検討をしている。                          | 利用者の言動・表情や家族からの聞き取りから本人の望んでいることや困っていること把握しています。併せて朝の引継ぎ・カンファレンスなどで職員間の情報交換を密に行い利用者の意向を尊重したケアについて協議しています。  |                   |
| 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                                       | 本人との会話や家族から情報を得ながら把握努力している。   |   |                   |
| 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   | 常に現状把握に努め、個々に合わせた過ごし方が出来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 | 担当による6カ月ごとのアセスメントと、3ヶ月ごとに職員間で話し合いをし、その後家族に説明しながら話し合って作成している。                  | ケアマネジャー・計画作成担当者・担当職員が利用者・家族の意向に添って作成し、カンファレンスの協議を経て実施しています。6カ月毎のアセスメント、3カ月毎のモニタリングで最新情報や状態変化に応じて随時見直します。また、毎朝の引継ぎやカンファレンスでケアプランを確認しながら日常のケアを行い、状態を記録し、介護計画に反映しています。 |                   |
| 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                        | 介護計画に沿って日常の記録を残し、いつもと違う様子や問題が発生した時は別シートに詳細を記入し、その都度職員間で話し合いをしながら検討と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               | その都度本人や家族の希望に応じられるよう柔軟な対応に努めている。  |   |                   |
| 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                         | 市内で行われる行事やイベントなどに出掛けたり、町内の花の苗植えなどの行事に参加したりなど楽しめるよう支援している。                     |   |                   |
| 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                    | 本人や家族の意思を尊重し、同意を得てかかりつけ医の受診を支援している。また、面会時や電話等で受診後の報告を行っている。                   | 利用者・家族の希望でかかりつけ医を決めています。受診支援として、家族が付き添えない場合は職員が同行し受診結果を報告しています。専従看護師を配置し健康管理や医療機関との連携を行ない適切な医療が受けられるよう支援しています。  |                   |

| 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                      | 日常の健康管理や受診の相談をしている。  |  |  |
| 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、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。 | 入院時に添書を添えて情報提供し、定期的に面会に行って状態把握と情報交換を行っている。                                   |  |  |
| 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 | 重度化に伴う同意書や事前指定書を作成・説明している。また、医療機関と相談しながら、本人や家族の意向を尊重できるよう対応している。             | 重度化に伴う同意書や事前指定書を説明し、意向を聞いています。グループホームの専従職員として看護職員を配置し、本人・家族の意向を尊重した対応ができるよう医療機関と連携していますが看取りの経験はありません。  |  |
| 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   | マニュアルを常に目の届く場所に置いている。年1回消防協力の元救命救急講習を行い、全職員参加で対応を学んでいる。                      |  |  |
| 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   | 消防署と設備会社協力の元、入居者・職員全員参加での防火訓練を年3回行っている。そのうち1回は近隣の方にも呼びかけをし、避難誘導など参加・協力頂いている。 | 緊急通報システム、スプリンクラー設置、災害時備蓄品の確保しています。年3回の防災訓練では、地域住民の参加、夜間想定、家族の意見を取り入れたスロープでの利用者移送の実演など積極的に取組んでいます。しかし、課題として、災害時に職員が円滑に対応できるための訓練の必要性を再認識されています。 | 防災訓練を実践的に試行することで、現状の対応能力や体制が不十分なことが明確化でき、今後の防災対策の整備に向けての課題解決の手がかりを得る貴重な学びの機会となっています。さらなるステップアップに向けて職員の訓練の機会や体制を確保することを期待します。 |
| <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  | 個性を尊重しながら、自尊心を傷つけないよう心がけて日々のケアを行っている。  | 利用者一人ひとりの生活のペースを尊重し、入浴や排泄介助では羞恥心に配慮しながら声かけをしています。また、職員の守秘義務を徹底することや施設だよりへの写真、氏名の掲示・掲載をすることなどの同意書を得るなど、個人情報保護に努めています。                           |  |
| 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   | 何気ない会話の中や直接話し合いをしながら、出来る限り自己決定できるよう支援している。                                   |  |  |
| 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                                   | ホームとしての基本的な一日の流れはあるが、本人のペースを大事にしながら希望に沿って過ごせるよう支援している。                       |  |  |
| 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  | 本人の意思を尊重し任せ、出来ない人には声かけしながら一緒に行っている。また、個々の希望を取り入れながら定期的に理美容に同行している。           |  |  |

| 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 |  |
| 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    | 個々の力に合わせながら配膳や片付け、季節の野菜の下準備など行えるよう支援している。また、食事中は音楽を流し、明るい雰囲気の中で楽しんで食事が出来るようにしている。               | 食材の下準備や調理、食器の後片付けなど利用者の「出来る力」を発揮する機会にしています。また、利用者の誕生日には希望を献立に取り入れたり、バーベキューなど家族とともに楽しむ季節の行事なども行っています。   |                   |  |
| 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         | 1人1人の食事量・水分量を把握し、形状や量も個々に合わせ対応している。また、それぞれの嗜好品も把握し、本人の希望を取り入れながら支援している。                         |  |                   |  |
| 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                  | 食後や就寝時に声かけまたは介助にて支援している。  |  |                   |  |
| 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  | 個々の排泄パターンを把握し、それぞれに合わせて声かけ・見守りや誘導を行い支援している。   | 暮らしのアセスメントシートに、毎日の排泄状況が記録され、利用者1人ひとりの排泄パターンを把握しています。居室にトイレが設置されており、トイレでの排泄を基本とし、個々の状態に合わせておむつを使用しています。 |                   |  |
| 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                  | 毎日の水分量や排泄チェックを行い、注意が必要な人には乳製品など摂取するよう促したり、歩行運動の声かけや腹部マッサージなどして対応している。                           |  |                   |  |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴日や時間帯はホームの都合に合わせてもらっている状況だが、入るタイミングに関しては希望を聞きながらできる限り個々に合わせるようにしている。                          | 週3回の入浴を目標に利用者の希望やタイミングを尊重し入浴できる体制とし、浴室の清潔や安全に配慮しゆっくり寛いで入浴できるよう支援しています。                                 |                   |  |
| 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                   | 個々の就寝や休息パターンを把握し支援している。   |  |                   |  |
| 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              | 受診時の薬品名カードのチェックと服薬シート板を作成し、職員二人体制でのWチェックをして服薬支援している。また、薬が変わった時には、日誌や高等にて伝達し、受診記録の確認と情報の共有をしている。 |  |                   |  |
| 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 | 個々に合わせホーム内の家事を一緒に行ったり、希望を聞いて嗜好品の購入を支援している。また、天気の良い日には散歩やドライブ、野菜や花の水やり、帰省など出来る限り気分転換できるよう支援している。 |  |                   |  |

| 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 |  |
| 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                     | 本人の希望を聞きながら、実家への帰省や外食・ドライブ・市内のイベントなど外出支援をしているが、今すぐと希望されたり、車の使用都合で待ってもらったり、希望に沿えない時もある。時々家族や友人の協力で外出されている方もいる。  | 日常的には、利用者の心身状態や天候に配慮して近所を散歩したり、買い物に出かけて地域の方と挨拶や会話を楽しんでいます。また、利用者の希望を聞きながら、実家への帰省・外食・ドライブ・市内のイベントなどの外出支援をしています。                 |                   |  |
| 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  | 本人・家族と相談した上で、現在手持ちのお金を持たずホームに預けている人がほとんどだが、希望時に本人に渡し外出先で使用される方もいる。   |  |                   |  |
| 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   | 希望時にはその都度対応している。   |  |                   |  |
| 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 | 共有空間に季節ごとの飾り物や行事の時などの写真の掲示、時々ジュータンを敷いて足を伸ばして座ったり、寝ころべるようにしたりなどの工夫をしている。また、温度・湿度のチェックをこまめに行い、居心地良く過ごせるよう努力している。 | 玄関を入るとすぐにある木目を活かした落ち着いた雰囲気のリビングには、明るい陽射しが注ぎこみ、全員が集って食事をしたり、時には床にじゅうたんを敷き利用者が寛ぐスペースとなっています。壁には、職員の手作りの装飾がなされ利用者は季節感を楽しんでいます。    |                   |  |
| 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  | 1人1人の場所が自然と決まってしまうため、自分の場所に他の人がい居たりすると時々口論になることもあるが、職員が仲介に入ることによって落ち着いており、テレビや新聞、お喋りと思い思いに過ごされている。             |  |                   |  |
| 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  | 家具など使い慣れた物を持ってきたり、写真や花を飾るなど、家族の協力もあり居心地良く過ごせるよう配慮している。   | 利用者が馴染んだベットや家具、本人にとって思い出深い作品、また大切にしている仏壇などを置き、落ち着いて暮らせるような工夫をしています。また、家具の配置は、利用者の「出来る力」を活かして、混乱や失敗を防ぎ、安全に自立して暮らせるように工夫を行っています。 |                   |  |
| 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  | 各居室に流し台とトイレがあり、自ら洗面や排泄が出来るようになってきている。歩行が不安定な人には鈴を利用し、自尊心を傷つけないよう配慮しながら見守りまたは介助を行っている。                          |  |                   |  |