

## 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   | 0792730038         |            |            |
| 法人名     | 特定非営利活動法人エオス       |            |            |
| 事業所名    | グループホーム第2あけぼの      |            |            |
| 所在地     | 福島県大沼郡会津美里町下堀字中川46 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成26年1月30日         | 評価結果市町村受理日 | 平成26年4月23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 <http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php>

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 評価機関名 | NPO法人福島県シルバーサービス振興会         |
| 所在地   | 〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3 |
| 訪問調査日 | 平成26年3月17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)】

- 1.入居者の方の生活歴、能力を把握することにより、有意義で楽しい一日になるよう支援している。
- 2.地域に貢献している。
- 3.作業療法を通してADL低下の防止、ご本人の楽しみ意欲力のアップに努めている。
- 4.ノムダス表を使用し、入居者の体調管理を行いつつ、受診時にも利用出来る様にしている。
- 5.入居者の方とは目線を合わせ寄り添ったケアをするよう心がけている。
- 6.職員の家庭環境や事情に合わせ働き易い職場になるよう配慮し、このことについても職員の協力も大である。
- 7.家族との連携にも力をいれているので報告・連絡も密に行なっている。
- 8.毎年職員全員が最低年一回以上の研修に参加している。

## 【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)】

1. 運営推進会議は社会福祉協議会長、行政担当者、地区の区長、民生委員等が委員となり開催され、詳細に運営内容を開示し、意見や助言を得ながら利用者の生活の質の向上に反映している。
2. 定期的に作業療法が実施され(習字・ぬり絵)、利用者の心身の健康の保持に努めている。また、利用者が作成した「刺し子の布巾」を交通安全協会に寄贈し、交通安全の啓発活動時に配布され、事故防止の啓発に役立っている。
3. 職員間のコミュニケーションがよく、職員が連携して利用者に寄り添いながら生活できるよう、明るい笑顔で接しているため、事業所全体が穏やかな雰囲気である。

## 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>↓該当する項目に○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<br>3. 利用者の1/3くらい<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. 全くいない           |
| 59  | 利用者は、職員が支援することで生き生き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 |  |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                                                             |                                                                                                        |                                                                                                         |                   |  |
| 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                                                          | 「癒しと安心」を基本理念にまた基本姿勢を掲げ家庭的な環境の中で、地域の方行政、病院等の協力を頂きながら持てる力を維持し自分らしい生活をする。                                 | 「癒しと安全」との基本理念を掲げ、利用者が安心して生活できるように支援している。利用者がもてる力を維持し、楽しく生活でるケアになるよう、職員間で日々理念を共有し実践に繋げている。               |                   |  |
| 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                                                          | 町民運動会には職員と一緒に地区の一員として参加応援に出かけている。選挙の期日前投票町の文化祭GHの交流会に参加し、町内のボランティアの定期的な作業療法、行事、イベントにも参加していただき交流を深めている。 | 地域の一員として、町民運動会や文化祭等に参加している。また、ボランティアには定期的な作業療法、各種行事やイベントに参加して頂いている。利用者が作成した「刺し子布巾」は交通安全の啓発用に配布し活用されている。 |                   |  |
| 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                                                        | 地域で行われる行事には積極的に参加し、入居者が外に出る機会を増やし、地域の方と認知症の人が関わりを持つことで理解を深めていただくとともに認知症についての説明、相談にも応じている。              |                                                                                                         |                   |  |
| 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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている                        | 事業所の取り組みや入居状況、申し込み状況などを説明し、困難事例についてはそれぞれの立場から意見助言を頂き解決に向けて話し合いを設けサービスの向上に活かしている。                       | 運営推進会議は年6回定期的に開催されている。事業所の運営内容を詳細に開示し、参加した委員から活発に意見や提案が出されサービス向上に活かされている。                               |                   |  |
| 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                                               | 困難事例、疑問等運営上のことや法令に関することもすぐ連絡し指導、アドバイスを受けるようにしている。                                                      | 運営推進会議の際のアドバイスや、入居者決定時に町からも情報をいただいている。認知症への理解を深めるための情報の提供も受けている。                                        |                   |  |
| 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 | 身体拘束をしないケアについては、全職員に周知徹底し必要に応じカンファレンスを行ない、入居者の安全に関わる事例については、行政からのアドバイスを受けながら身体拘束のないケアに心がけている。          | 身体拘束をしないケアの方法を全職員に周知徹底している。介護度の高い利用者への安全に係わるケアについては、行政のアドバイスを受けながら、個々の利用者に応じた対応に努めている。                  |                   |  |
| 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                                     | 内外の研修には職員全員が参加できるように配慮し、一人一人が危機感を持って虐待のない事業所であるよう努めている。                                                |                                                                                                         |                   |  |

| 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 |
| 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    | 入居者の方には成年後見人制度を利用されてる方が数名居られ学ぶ機会があり、必要があれば関係者との話し合いの場を設けている。                                            |                                                                                              |                   |
| 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                         | 十分に時間をかけ補足説明を行ない、納得された後締結している。                                                                          |                                                                                              |                   |
| 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                     | 家族が面会に来られた際や電話で状況等の説明を行い意見要望についてもお尋ねしているが独自にご家族へ紙面にてアンケート調査を行い、計画書、サービスの見直しを行なっている。                     | 意見箱を設置し関係者の意見が反映されるように工夫している。また面会時や電話連絡時に直接意見や要望をいただいている。さらに家族アンケート調査を行いその結果を介護計画や運営に活かしている。 |                   |
| 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                                      | 職員会議の中ではなかなか自分の意見を発言する職員はいないため、時間を決めずに面談を行ったり紙面にて意見要望について提出してもらって理事長からの回答という形をとっている。さらにグループ毎に食事会を設けている。 | 職員の意見や要望を各会議時に聞く機会を設けているほか、書面でも聞く体制をとっている。提出された意見には、法人の理事長が丁寧に回答をしている。                       |                   |
| 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      | 職員の家庭環境、身体状況を考慮し、無理なく仕事が出来るよう配慮している。問題点は職員全員で意見を出し合い話し合いの出来る職場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         | 職員全員が最低年一回の外部研修に参加している。資格取得に関する情報も周知している。                                                               |                                                                                              |                   |
| 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 | 利用者同士の親睦や職員同士の交流を深めるため町内の3グループホームの交流会を毎年行い、行政のかたにも出席していただいている。来年度からはGHの交換交流会を予定している                     |                                                                                              |                   |

| 自己<br>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                                                                                 |  |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                   |  |
| 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 | 入居から暫くはまめに声掛け様子観察を行い本人の言葉に耳を傾け生活歴ADL家族関係なども考慮し家族からの聞き取り等いろいろな角度からここでの生活が安心できる場所であると思えるようケアに努めている。    |                                                                                                   |  |
| 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            | 申し込み時には特に時間をかけお話を聞きし労い入居にあたっての不安を取り除き要望に対しても出来る限りのことをさせていただくことを伝える。                                  |                                                                                                   |  |
| 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        | 本人や家族からの聞き取りを行い、優先順位や出きる事出来ないことを見極め在宅担当のケアマネージャーからの情報を得て、今どんな支援が必要なのかを含めた対応に努めている。                   |                                                                                                   |  |
| 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                        | 入居者の方には尊厳を持って接し、人生の先輩としていろいろな知恵をお借りし、助け合いながら一緒に暮らしていけ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         | 「ご家族への手紙」として月一回お便りを担当職員がその月の様子を報告している。ほかにも電話、面会時にも在宅時の様子ホームでの状況等の説明をし、家族と一緒に考え本人を支えていける関係を持つようにしている。 |                                                                                                   |  |
| 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                     | 馴染みの方、以前の職場の同僚、趣味の会の共通の知人、親戚の方の面会も多い。ただ面会に関しては問題点もある。                                                | 利用者の元同僚や趣味の会の方、知人や親せきの方等の面会があり、なじみの関係が継続できている。面会時、利用者への差し入れ等の提供については、利用者のリスクを考慮しながらきめ細かい支援に努めている。 |  |
| 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                 | 入居者の出身地、性格、ADL、生活環境などを考慮してホールでの席替えをしたり、職員が間に入っている関係が出来るよう配慮している。                                     |                                                                                                   |  |

| 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                    | 退居された後も面会に行ったり、訪問したりし、その後のご本人の様子を伺ったり、相談ののったりしている。                                             |                                                                                       |                   |
| <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                                           | 毎日の生活の中で会話、様子観察からご本人の思い、希望があると考えられるので耳を傾け表情、態度からも推察し、思いを汲み取れるよう努力し職員間でも検討している。                 | 日常的な関わりの中から、利用者の思いや意向を把握している。また職員が把握した情報を共有し検討しながら支援している。                             |                   |
| 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                                       | 在宅時の担当ケアマネから情報を得たり、家族からお話を伺うことにより馴染みの関係を築き、プライバシーに配慮し、本人の生活歴やサービスに至った経緯を聞いたり、書類をお渡しし記入いただいている。 |                                                                                       |                   |
| 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                                                     | 入居者の生活リズムを観察し、表情や声の様子にも注意をはらっている。手伝いを願ったり、レクリエーションの参加を促したり本人の出来る事出来ないことを把握するよう努めている。           |                                                                                       |                   |
| 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 | 本人には普段の生活の中で話を聞いたり見たりしている。職員からの聞き取り、報告や介護日誌から課題を見つけ、家族や職員には書面をもって情報意見要望等を視野にいれ介護計画を作成している。     | 利用者・家族の思いや要望を把握し、利用者の身体状況の変化や職員の気づきが細かに介護日誌に記録されており、これらをもとにモニタリングを行い現状に即した介護計画となっている。 |                   |
| 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                        | 介護日誌、業務日誌、ノムダス表、バイタル表を常時記入し、誰もが見れる状態になっており、必要に応じてカンファレンスを行い、重要事項については申し送りノートを全員で共有、活用している。     |                                                                                       |                   |
| 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               | 入居者一人ひとりのその場のニーズを見極めその時その人にあったサービスを提供できるよう心がけている。ホームとしてもその都度状況を鑑み柔軟に対応している。                    |                                                                                       |                   |

| 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                                      | 町内のボランティアの方々と相談しあい、入居者の方々が楽しく続けられるよう検討している。                                                        |                                                                                                            |                                                                   |
| 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                                  | 一人ひとりの受診記録を作成し、医師・看護師とも密に連絡を取り合い、ホームでの様子、家族の希望等も伝え、必要時には家族の同行も仰ぎ受診の結果も家族に報告している。                   | かかりつけ医の受診には職員が同行し医師に状態を伝え適切な医療を受けられるよう支援している。個々の受診記録を作成し家族や職員間の情報共有に役立てている。服薬管理は医師の指導を受けながら行っている。          |                                                                   |
| 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                          | 看護職は不在                                                                                             |                                                                                                            |                                                                   |
| 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。 | 入院時には入居者の情報、生活状況などを病院に提出している。面会時には状態等お聞きし、退院時期や退院後のケアについても看護し、ケアワーカーとも連絡を取り合い関係者との関係を築いている。        |                                                                                                            |                                                                   |
| 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  | 終末期の在り方については家族と話し合いをもうけている。家族の気持ちも充分にお聞きし、受診にも同行してもらい、医師と今後のことについて話し合いを行なっている。                     | 現在、重度化、終末期に向けての指針を作成し同意を得ている。看取りは行っていないが、常に家族や協力医と相談し、本人と家族の納得が得られるよう努めている。                                |                                                                   |
| 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                                              | 全職員が消防署が実施している救命講習を受講し事故発生時に備えている。救急情報カード(急変時チェック)を作成し、急変時の際の対応の仕方も勉強している。                         |                                                                                                            |                                                                   |
| 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                                              | 火災に備える設備については完備されており、避難場所、経路についても職員は周知している。避難訓練も担当者を決め、全員が行なう。火災に関連する、電化製品、消火器のチェック表を作成し、毎月行なっている。 | 緊急通報システムが完備され、近隣との協力体制も得られている。消防署の指導を受け避難訓練を実施し記録している。想定を変えて訓練をしているが利用者に実感がなく特に介護度の高い利用者の緊急時の避難の困難さが予測される。 | 避難経路や避難方法などの問題点を運営推進会議に図ると共に、会議に併せて訓練を実施するなどして、緊急時に備える体制の確立が望まれる。 |

| 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 |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                     |                                                                                                |                                                                                                             |                   |
| 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                      | 入居者の人格を尊重し、入浴、排泄、着替え等の介助の際には本人のプライバシー、プライドを傷つけないよう配慮し、言葉使いや接する態度にも注意をしている。                     | 不穏な時には落ち着くのを待ち無理せず誘導するなど、利用者の人格を尊重したケアに努めている。またプライバシーや個人情報の保護については研修内容を学びあい質の向上に努めている。                      |                   |
| 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                        | 入居者の関わりの中で本人が話し易い状況を作ったり、気持ちを表せる様な声掛け、働きかけを行い、本人が迷っているような時判断に困っているような時は具体的例をあげ自ら決定出来るよう対応している。 |                                                                                                             |                   |
| 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   | 一日の中である程度の決まり時間の流れはあるが、その時々入居者状態を把握し、時の過ごし方については、その方の意思に任せるよう対応している。                           |                                                                                                             |                   |
| 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                                     | ご自分で決定できる方以外は本人の希望を伺い助言をしつつ季節感のある身だしなみおしゃれが出来るよう配慮し、職員はその方がどのような身だしなみをされているか気づく気持ちを持つようにしている。  |                                                                                                             |                   |
| 40                       | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている | 食事の下ごしらえや、配膳の準備は無理にならないよう手伝っていただき、食事はみんなで会話をしながら、味の批評をしながら楽しい時間を過ごせるよう支援している。                  | 季節や行事に合わせて献立がたてられている。干し柿や笹巻などは利用者も楽しみながら一緒に作っている。近隣や家族からの食材の差し入れも献立に活かしている。食事内容はバランスや彩りもよく食器や盛り付けにも心くばりがある。 |                   |
| 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             | ノムダス表(食事、水分摂取量、排泄状況)を使用して一日の状況が個別に観察できるように記録して対応している。受診時にも参考にしている。                             |                                                                                                             |                   |
| 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                      | 毎食後の口腔ケアと就寝前の義歯洗浄、除菌を行い、義歯固定剤使用のかたの支援も行なっている。                                                  |                                                                                                             |                   |

| 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                              | ノムダス表を活用し、その方の排泄パターンの習慣などを把握し、自立して排泄が出来るよう声掛けし、尿意、便意のないかたでも日中帯はトイレ介助している。失禁の少ない方には、紙パンツではなく布パンツで対応している。    | 介護度の高い利用者も含め全員に対しトイレ誘導が行われている。排泄パターンを把握し職員同士が意見を出し合い個別の対応を心掛けている。布パンツの使用になるなど著しい改善がみられる。                    |                   |
| 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                                              | ノムダス表から水分摂取量や食事の摂取量を確認している。水分の摂取量の少ない方には代替の飲み物を追加したり、乳酸飲料(ヤクルト等)を本人の希望により購入し提供している。                        |                                                                                                             |                   |
| 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                             | 週3回入浴日を設けている。事情(体調不良、受診、外出等)により曜日の変更は柔軟に行い、入浴順については入居者の方々が相談しあっている。中には一番風呂でないと機嫌が悪くなる入居者男性職員の拒否もあり勤務を考慮する。 | 利用者の身体状況から、基本的に午前中に入浴支援をしている。入浴順は利用者同士和やかに相談して決めている。香り湯やしょうぶ湯等入浴を楽しめる工夫をしている。事故防止の為、車椅子式シャワーチェアの導入が検討されている。 |                   |
| 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                                               | 就寝時間は本人におまかせしている。午睡の際も本人におまかせしているが、短時間でも休息をとられよう声掛けも行なっている。居室ではテレビを観たり読書をしたり、と楽しまれておられるかたもいらっしゃる。          |                                                                                                             |                   |
| 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                                          | 服薬管理表、薬の説明書を保管し誰もが閲覧できるようにし、入居者の状態、誤薬、飲み忘れないよう常に確認し、変化があれば受診するよう心がけている。服薬拒否の方には、工夫をして服薬介助を行なっている。          |                                                                                                             |                   |
| 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                             | 生活歴や特技などを把握し、能力を活かした支援を行い、気分転換や達成感を味わってもらっている。ドライブをかねて隣町まで買い物に出かけとても助かっていることを強調して伝える。                      |                                                                                                             |                   |
| 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 | 行事計画をたて、外出の機会を設けている。外食:かっぱ寿司年2回ラーメン店、花見、あやめ見学、遠足、ドライブ等2ユニットでの外でのお茶会、家族と一緒に外泊、兄弟の家にお泊りに行かれる方もいらっしゃる。        | 行事のほかにも個別の希望に沿って職員が同行するなど外出の支援をしている。外出拒否の利用者にも丁寧に対応し改善に向けて努めている。                                            |                   |

| 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                                                                                                                    | お金の所持に関しては本人の希望もあり家族と相談のうえ支援をしているが、中には「盗まれた」と訴えられる方もおられますので家族の了解のもと金額、置き場所等は確認させていただいている。買い物支払いはご自分でされる。                                             |                                                                                                   |                   |
| 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                                                                                                                                             | 携帯電話を持参され、自由に使用されておられる。本人が希望されればホームの電話使用は可能である。暑中見舞いや、年賀状を家族に出せるよう支援している。                                                                            |                                                                                                   |                   |
| 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                                                                   | 季節感が感じられるように玄関やホールには季節の花や置物を飾ったり、廊下には行事の写真や入居者の作品を展示している。気温によってエアコン、カーテン、床暖房等で調整している。                                                                | 室温や採光など小まめな調節を心掛けている。全体が広々として明るく清潔感があり、季節を感じさせる鉢植えや利用者の作品が掲示されている。和やかで楽しそうに日中活動が行われている。           |                   |
| 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                                                                                                                        | 入居者の方の席はきまっているが、時間帯によっては席を替わって話をしたり、ゲームをしたり、和室で横になったりと思い思いに過ごせるよう職員が声掛けしている。                                                                         |                                                                                                   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている | 入居の際ベッドや、タンス、家具の位置については本人、家族の意向をお聞きする。馴染みの物をお持ちいただくよう説明はしているが、持込される方は少ない。生活される中で必要(写真、手作りのもの)になってきた場合には本人家族と相談のうえ配慮している。家族の希望があればいつでもお泊りできる準備はできている。 | 全居室にはベッドが設置されている。必要に応じて事故防止のためのセンサーをさりげなく工夫して使用している。整理整頓されており清掃が行き届いている。ケアの一環として消毒も小まめに行うようにしている。 |                   |
| 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                                                                                                               | 居室がわからなくなる方には、本人の目線に合わせた職員手作りのネームプレートを居室入り口に貼っている。                                                                                                   |                                                                                                   |                   |