

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   | 0175000041     |            |            |
| 法人名     | 株式会社ふれやか       |            |            |
| 事業所名    | グループホームふれやか    |            |            |
| 所在地     | 北海道北見市大正56番地52 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成22年9月1日      | 評価結果市町村受理日 | 平成23年1月24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://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosin/infomationPublic.do?JCD=0175000041&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosin/infomationPublic.do?JCD=0175000041&amp;SCD=320</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 評価機関名 | 有限会社 NAVIRE     |
| 所在地   | 北海道北見市本町5丁目2-38 |
| 訪問調査日 | 平成22年11月20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>・入居者が身体的に重度化していく中で、医療的なフォローが常に完備されるよう配慮している。</li> <li>・ご家族、利用者の身体的負担が少なく、安定して医療が受けられるように、医療機関との連携に力を入れておりその先をも見据え、万が一当ホームでの生活が困難な状態となっても行き先の無い様にならないよう、主治医との連携を大切にしている。</li> <li>・また、ヒヤリハット報告書においては、利用者、場所、リスク形態、時間帯等に分類して、傾向を把握して、対応方法等を検討し、モニタリング・担当者会議においてもアセスメント材料としている。</li> <li>・排泄介助において、できるだけトイレでの排泄が出来るよう支援している。</li> <li>・ひばり合唱団等の地域グループホームでの催し物への参加を行っている。</li> </ul> |
|---|

【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>グループホームふれやかは、北見市中心部より東部の住宅街に位置し洋風な三角屋根の2階建てと別棟2階建ての2ユニットになっています。当ホームは新築のグループホームとしては、北見市内で最初に開設されたグループホームであり、当法人はそのノウハウを多くのグループホーム開設に提供してきました。運営者、管理者は、職員の育成に積極的に取り組み、人事考課を実施し、スタッフとの意識の共有を図り意欲を持って仕事が出来よう取り組んでいます。職員は、電話対応や人との接し方等の接遇に関してのマニュアルを熟読しケアに活かしたり、ヒヤリハットについて分析シートを作成し会議で話し合いヒヤリハット再発防止に取り組む等、安心して心地良く過せるよう利用者一人ひとりの思いに寄り添ったケアに努めています。また、愛犬タロウは利用者の心を和ませる皆の人気者になっています。</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  | 新人スタッフの入社及び、ミーティング等において、理念についての意味合いをスタッフ、管理者間で、周知理解、共有して、支援に生かしている。また、支援に行きづまった時には再度理念に立ち返り実践に繋げている。             | 理念は、住み慣れた地域や環境の中で和やかに楽しく過ごせるよう『ふれあい・なごやか・おだやか・にぎやか』を掲げ、職員間で話し合い共有し、日々のケアで実践に繋げています。                  |  |
| 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  | 日常的に散歩等で、公園へ行ったり、冬垢一掃運動などへの参加、地域行事への参加を行なって地域交流で、地域の一員として交流している。   | 町内会に加入し、地域清掃・子供七夕祭りのお菓子配り等、利用者と職員は出来る限り参加しています。また、近隣の除雪を手伝うなど地域交流に努めています。                            |  |
| 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  | 特に主催するものは無いが、運営推進会議等で、ご家族様との対談や町内会の方とのお話の中で認知症高齢者への対応方法等をお伝えする機会がある。   |  |  |
| 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                                     | 運営推進会議では、外部評価、介護サービス情報公表制度等について、まだご存知ではない方へ、ホームページや、制度についての周知を行っている。   | 定期的に運営推進会議を開催し、議事録を作成し配布しています。行事や災害対策、ヒヤリハットについて報告し話し合いがもたれています。土日開催のため、参加出来ないメンバーがいる為、平日開催を検討しています。 | 会議は、家族・町内会役員・ホームスタッフで開催し、他の構成メンバーが不参加となっており、開催日時・参加メンバー等を検討し、更なるサービスの質の向上に期待します。 |
| 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取り組んでいる  | 適時、市町村担当者と連携により、生活保護者への対応や、車椅子の申請、消防等との連携によりアドバイスを頂いている。   | 市町村担当者とは、ケアサービスの疑問や質問等を随時相談し、日常的に連絡を取り共にサービスの質の向上に取り組んでいます。  |  |
| 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 | ミーティングにおいて、身体拘束に関する周知を行い、フィジカルロックだけではなく、スピーチロックや、精神的な抑制が無いように取り組んでいる。玄関のカギは常に開放しており、防犯的な部分にのみ限局して、夜間のみ施錠を実施している。 | 身体拘束についての研修やマニュアルの整備を行ない、身体拘束の無いケアを実施しています。毎月のミーティング時にも、身体拘束についての話し合いを繰り返して行い、職員の意識向上に取り組んでいます。      |  |
| 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                                     | ミーティングや研修において高齢者虐待防止法及び、身体拘束との関連付けも含めて、学習している。また、グレーゾーンについても日常的に高齢者虐待へ繋がるものがないか周知理解している。                         |  |  |

| 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 |
| 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    | 権利擁護を申請してる方はいるが、実際には対応していただける方が少なく、難しい状態がある。   |   |                   |
| 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                         | 介護保険法令に準じて、入居前及び、入居後において、十分な説明のもと、理解して入居していただいている。また、複雑な契約書内の条文を簡潔にわかり易く、理解し易いように説明を行なっている。                          |   |                   |
| 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                     | 運営推進会議や、ご家族の来訪時等において、意見や要望を自由に伝えていただけるような場面を設けている。   | 運営推進会議や、家族参加行事、来訪時に意見や要望の聴取に努め、必要に応じて運営に反映させています。   |                   |
| 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                                      | 毎月の会社全体の会議及び、概ね月2回実施しているミーティング、または、適時職員よりの要望や提案を代表者及び管理者は吸収し、検討反映している  | 月2回職員と管理者が話し合う機会と、年2回個人面談等によって話し合う機会が設けられています。また、日常的にも職員の意見・要望等が言い易い環境にあり代表者に報告し柔軟に対応しています。 |                   |
| 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      | 年2回の職員評価において、自己評価の部分も取り入れ、能力に応じた給与形態を実施している。個人面談により、能力や、個人の思いなどを反映できるようコミュニケーションを図っている。また、希望休についてはなるべく希望に沿うように配慮している |   |                   |
| 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         | 地域の認知症介護や、救急対応等についての研修会への参加や、内部研修を実施。また、同法人内において開催のホームヘルパー講習取得の研修へ無資格者を参加させて、資格取得が出来るようにしている。                        |   |                   |
| 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 | 北見地区グループホーム勉強会等への参加において、他事業所の職員との交流を持ち、共感や、他の手法の取り入れが出来るように配慮している。   |   |                   |

| 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 |
| <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 | 日常会話や、親しみやすい環境づくりをもって、ご本人の安心確保が出来るように配慮している。   |   |                   |
| 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            | サービス導入時の事前から、インテークして要望や、希望を伺い、ホームにおいて「できること」「できないこと」を明確にし、最大限できる部分に関しての支援を図ることをお伝えし、関係作りを図っている                         |   |                   |
| 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        | 在宅サービスでの対応が可能なのか、またはGH等の施設入居が必要なのかを、見極め、専門性を持ったアドバイスが必要であり、適時何が必要なのかを見極めて対応している。また、医療的サービスが必要な場合における選択や、提案をしながら実施している。 |   |                   |
| 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                        | 職員は、擬似家族としての共感の念をもって、業務の合間にも家族の様な語りができるような関係を築いている。また、日常的支援も、家族の一員のような位置で実施出来ている。                                      |   |                   |
| 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         | 様々な事情を抱えて入居されている方もありながら、緊急時や、日常の支援体制の中で、ご家族を交えて、入居者様個人個人をどのように支援して行けば良いか等を提案しながら関係を築いている。                              |   |                   |
| 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                     | 重度化も進み、なかなか移動することもままならない方も多し中、ホーム内で出来る支援として、ご家族のお名前を会話の中で出したり、若かりし頃の記憶を呼び起こすことが出来るような会話などを進めている。                       | 利用者が地域や地域住民との関係を継続できるよう、『ひばり合唱団』に参加したり、本人が大切にしてきた馴染みの関係が途切れないよう支援しています。 |                   |
| 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                 | 入居者様一人一人の性格や、状態も考慮し、スタッフが調整をしながら、関わりが持てるよう配慮している。また、日常生活内でのトラブル回避が出来るように、スタッフが調整役を行なっている。                              |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 事情により退去された方についても、その先で、再入居が出来る状態があれば、再度利用が可能であることをお伝えしている。また、再度入居申し込みをされるケース等見られる。                                       |  |                   |
| <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   | 個々の生活習慣・性格・個性等失われていない部分が多く個々に応じた対応に努めている。また、重度な状態により、希望などを表現できない場合についても、予想・予測により、ご家族の意見も取り入れながら実施している。                  | 日々のかかわりの中で声をかけ、言葉や表情などから真意を測るようにしています。また、思いや意向について職員間で話し合い、把握するよう努めています。 |                   |
| 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                                       | サービス利用導入時にはインテークアセスメントを実施し、概ねの情報を取り入れ、サービス開始時には、アセスメントを実施してより具体的な把握に努めている。  |  |                   |
| 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   | モニタリング・アセスメント等を通じて、日常の中からの身体状態、有する能力の把握に努め、管理者を交えたミーティングを実施している。  |  |                   |
| 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 | 日常生活の中での、ご本人の言葉や会話から、ご家族の考え方も合わせながら、モニタリング・担当者会議を開催して、状況に応じた介護計画書を作成している。   | 職員の情報や記録を通して月1回のモニタリングを行う中で、本人や家族の意向を取り入れ、その人らしい暮らしを支えるための介護計画を作成しています。  |                   |
| 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                        | 生活記録、申し送り簿、ヒヤリハット報告書等に記録することにより、スタッフ全員が状況の把握をすることが出来ている。  |  |                   |
| 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               | 他の介護保険サービスが使用できないこともあり、医療的場面において、医療保険を利用した、訪問看護師による、医療行為の実施や相談などを実施している。その他社会福祉制度を利用したサービス等を適時ニーズに応じて柔軟に対応できる姿勢を維持している。 |  |                   |

| 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                                      | 医療機関、在宅サービス、各種地域施設等の把握に努め、適時使用を実施して、安全、安心して楽しく生活できるよう努めている。  |   |   |
| 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                                  | ご家族の要望や、入居者様本人の特性などを把握した上で、大部分の方が、特定の医療機関の月一回の往診を受け、状態変化があった場合においては、その医療機関への受診を行なうことが出来ており、ご家族も安心されている。            | 利用者・家族の希望を尊重しながら、かかりつけ医と連携を保ち、変化があった場合など往診や受診・相談が出来る体制が築かれています。                           |   |
| 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                          | 定期的な、保健師の訪問があり、職員は状態の報告と、相談をすることが出来ている。  |   |   |
| 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。 | 適時、管理者と上記医療機関医師との情報交換、相談に勤めており、安定した関係作りが出来ている。また、医療的処置が必要で退院が、困難となった場合においてもその後の対応について、医師と相談し、ご家族に安心していただくことが出来ている。 |   |   |
| 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  | 重度化の指針を、ご家族へ配布しており、ご家族とも終末期のあり方について話をすることが出来ている。   | 重度化・終末期のあり方については、個々の利用者について関係者全員で今後の方針について話し合いがもたれ、同意書を交わしています。必要になった場合不安感を持たない様に対応しています。 |   |
| 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  | 救急救命講習への参加や、ミーティングにおけるの周知を図り、急変や、事故発生時に備えている。  |   |   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 消防訓練では、実際の夜間想定での訓練を実施しており、町内会連絡網にも「ふれやか」の連絡先を記載していただいている。  | 夜間想定避難訓練を年2回実施しています。運営推進会議で、訓練時の反省点など報告し、今後活かせるよう努めています。                                  | 避難時の協力体制は運営推進会議等を活用し、地域住民、家族への協力要請と地域への連絡体制等、具体的な体制の構築を期待します。 |

| 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>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                   | 本人ご家族へも説明の上、なじみの呼称で日常会話を図るとともに、それとは逆に、一人一人に対しての人格を尊重し、尊厳を守ることが出来るような言葉かけや対応を図っている。                                | 利用者・家族に個人情報の取扱いに関する説明を行い、同意を得ています。職員は常に利用者本位の目線に立ち、プライドやプライバシーを損ねることの無い対応を心掛け、記録の記入や保管等取扱いも適切に行っています。 |                   |
| 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                     | ご本人の希望を表現でき、自己決定が出来る方へは常にそうしていただくように配慮しているが、自己決定できない方もおられ、言葉かけや、予測等での対応を図っている。                                    |   |                   |
| 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 | 入居者様各個人のペースに沿って生活していただいているが、食事、入浴などにおいては、体調をみてご本人の状態をみて、体調に合わせて食事していただいたり、入浴していただいている。                            |   |                   |
| 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                                  | 自己決定できる方はお洒落を楽しんでいたような配慮を実施しており、出来ない方については、常に身だしなみや整容に配慮している。   |   |                   |
| 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     | 対象となる方が少なくなっている為、職員と一緒に食事準備をすることが出来なくなっているが、スープの味見をしていただいたり、箸を並べる、お茶を注いでいただくなどのことをしていただく役割をもってくださる方がいる。           | 職員も一緒に食事をし、話をしながら食事を楽しんでいます。また、利用者の状況や力量に応じ、準備や後片付けを職員の見守りの中行われています。                                  |                   |
| 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          | アセスメントや、モニタリングを通じ、検討対応している。また、日常的に食事量、水分摂取量等が把握されており、個別での対応が出来ている。  |   |                   |
| 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                   | 入居者様個々に出来ること出来ないことを把握できており、口腔ケアが出来る方には確認を行い、出来ない方については、毎食後に実施している。また、口腔ケアもブラッシングのみではなく口腔内の状態によりケア用品の使い分けもおこなっている。 |   |                   |

| 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                              | 日常的に排泄パターンの把握がなされており、毎日の運動を促したりしている。また、寝たきりの方や自力で移乗できない方についても、トイレへ移乗しトイレでの排泄が出来るように配慮している。                       | 利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間を見計らってトイレに誘導したり、出来る限り排泄の自立支援に努めています。                     |                   |
| 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  | 水分の摂取量や、内服薬の影響、便秘傾向などの把握により、冷水の飲用や、下剤の調整を行なっている。   |  |                   |
| 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                             | 入浴日は特に定めてはいないが、ご本人の希望や、個々の入浴時間などが違い、長湯を楽しまれている方もいる。  | 利用者の希望する曜日・時間に入浴できるよう週2回以上支援しています。必要に応じ足浴・シャワー浴も行っています。家庭的な雰囲気や入浴出来るよう配慮しています。 |                   |
| 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   | 重度者が多くなってきている中、体調や身体状況等に依りて、臥床と離床が繰り返せるように配慮している。また、夜間不眠や不穏となる方がいる場合においては、水分摂取を促してみたり、お話しなどをして、安心して眠れるように配慮している。 |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 内容の理解と副作用等について、ミーティングや、普段の業務の中での理解を周知するようにしている。また、その薬を服用したか、しないかにおいてどのような変化があるのかを理解している。                         |  |                   |
| 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                             | 日常生活や、生活歴から、モニタリング時においてそれぞれの楽しみや役割が何であるかを検討して、楽しみなどを理解し、実践している。  |  |                   |
| 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に支援している | 日常的な地域での散歩や、一品料理の買い物などでの外出、買い物などで外出機会を設けている。また、個人の希望により、買い物や外出をすることが出来る。車椅子使用者においても、屋外行事等へ出られるよう配慮している。          | 天候や体調に留意しながら、日常的に散歩や買い物などドライブに出掛けています。菊まつり等利用者の希望を大切に支援しています。                  |                   |



| 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 |
| 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  | 極一部の入居者様は自分で金銭管理をされていて、管理者が手続きの為の支援を行なっている。また、一品料理の際にはご本人用の財布を持っていたり、ご自分でお金を取り扱っている方もいる。  |  |                   |
| 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   | 状態は少ないが、手紙のやり取りをされる方の支援や、電話の取次ぎが出来るよう配慮している。また、希望があればホームの電話を利用して掛けることもでき、希望されることがある方もいる。  |  |                   |
| 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 | 廊下は回廊式となっており、車椅子で運動をされたり、自由に行き来することが出来る。また、リビングからはホームの畑や屋外の様子を見ることが出来るようになっており、室温も一定でつるげるソファやダイニングテーブルがある。より、家庭的な雰囲気が持てる様に配慮している。 | 居室は広めで、廊下は回廊式になっており足腰や車椅子の運動の場になっています。利用者の手作りの作品や行事の写真が飾られ、いたるところにベンチが置いてあり利用者が好きな場所で座れるよう配慮しています。 |                   |
| 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  | それぞれのポジションがほぼ決まっていたり、離れた所へ座ったりすることができ、和室があったりと、自由な空間がある。  |  |                   |
| 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  | 重度化によりご家族の希望により、介護ベッドをお持込になられたり、昔ながらのタンスや、ソファを持ち込まれたり、自由な空間として利用していただいている。  | 使い慣れた家具等自宅で使用している物を活かしながら居心地良く過ごせるよう工夫しています。   |                   |
| 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」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 入居者様が安心して安全に歩行、通行が出来るように、また、車椅子の方が通れるように、通路の確保がなされ、手すりを使用して移動ができるようになっている。  |  |                   |