

### 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   | 2271100791       |            |             |
| 法人名     | 有限会社ライフケアセンターよつば |            |             |
| 事業所名    | グループホームはづき       |            |             |
| 所在地     | 沼津市東間門616-1      |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成31年 2月 23日     | 評価結果市町村受理日 | 平成31年 4月 3日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosp/Top.do">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosp/Top.do</a> |
|----------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人静岡県介護福祉士会               |
| 所在地   | 静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階 |
| 訪問調査日 | 平成31年 3月 6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)】

ここ何年、90歳以上の人も多く、認知症、身体的と介助を要する人が殆んどになっている中、どんな小さな事でも何か出来る様[場作り]を大事にしている。介助することで本人の出来ることを取らない。レベルが下がってもその中で自立した部分は残していく。  
理念にもあるように、縁があって同じ空間、同じ時を過ごすのである。楽しい一日でありたい。会話を大切に、時にはケンカをし、でも笑顔の絶えないホームでありたい。

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

「縁あって共に過ごす この時間 笑顔だったらもっという」という事業所理念の基に、利用者一人ひとりに沿ったケアの実践を続けている。木材を多く使った内装は、温かみを感じられ、沢山の写真が飾られた共有スペースは家庭的で落ち着ける雰囲気がある。利用者がその空間の中で、思い思いに過ごす様子があつた。これまでの経験から、現在は女性利用者のみを受け入れている。各居室は、鏡台や化粧品など馴染みの家具が持ち込まれ、個人に合わせた落ち着きある環境が作られている。また、外部評価の結果も活かされており、改善に向けて前向きに取り組まれている。

#### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|----|--|---|----|---|---|
| 56 | 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)       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらい<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらい<br><input type="radio"/> 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)   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と<br><input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと<br><input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと<br><input type="radio"/> 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)             | <input type="radio"/> 1. 毎日ある<br><input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある<br><input type="radio"/> 3. たまにある<br><input type="radio"/> 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が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                      | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br><input type="radio"/> 2. 数日に1回程度<br><input type="radio"/> 3. たまに<br><input type="radio"/> 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)                   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている<br><input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている<br><input type="radio"/> 3. あまり増えていない<br><input type="radio"/> 4. 全くない            |
| 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)    | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き生きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が<br><input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)                  | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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                                       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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せている<br>(参考項目:30,31)         | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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                                   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が<br><input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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                            | 介護で大変になったり悩んだりしてもこの理念をいつも振り返り、思いを新たにしている。常に意識しながら一日一日を過ごしていきたい。  | 前回評価後に事業所独自の理念を職員で話し合い新たに考えた理念は、ホーム内に掲示して職員間で共有している。入所時に利用者、家族に対してこの理念を基本にしてサービスの説明を行っている。  |  |
| 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                            | 毎日の買い物、ガソリンスタンド、コインランドリー等は近くを意識して利用する様にしている。八百屋では座る椅子を用意してくれたり、近所の方は野菜果物を持って来てくれたりする。年末にはホームになっている柚子が欲しいと言ってきたり関係を作っている。                           | 買い物は地域の店舗を毎日利用している為、店員との馴染みの関係が築けている。また、近隣住民の安否確認や相談に応じる等、変わらぬ関係性が続いている。地域行事のお菓子配りは6年以上継続しており、定着している。                             |  |
| 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                          | 毎日行く八百屋などは認知症があることは分かかっており、その人に合わせた対応をしてくれる。そこに来たお客さんも気遣ってくれたりする。スーパーでは店員さんが声をかけてくれるようになった。  |   |  |
| 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       | あまり内容は変わっていないものの、町内のお祭りに子供達に向けたお菓子配りは恒例になり子供会の方から連絡をくれるようになった。その他、食事作りを通して報告、話し合いを行っている。   | 民生委員、包括支援センター、家族代表を交えた会議を定期的開催している。運営推進会議を通じて、事業所の存在が認知され、行事などの参加に繋がった。また、地域の情報交換を行う場として活用されている。                                  |  |
| 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取り組んでいる                  | 市は担当によりホームへの関わり方も違う。包括センターとの関わり方が強い。元々介護職員を経ている方もおり、気軽に尋ねることができる。ホームの中の事も運営推進会議から知っており入所に声をかけてくれたりする。相談員は人により大きく違う。                                | 市の担当者の変更以後、関わりが希薄になっている。運営推進会議の出席が得られず市との関わりも事故報告など必要最低限となっているが、必要な時は問い合わせをしている。地域のグループホーム協議会では、2ヶ月に1回担当者の出席がある為、その機会に意見交換を行っている。 |  |
| 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「介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 | 拘束については話し合いの義務化もあるが、具体的な行為については分からないこともある。一つ一つ拘束につながっていないか考えながら慎重に取り組んでいきたい。言葉の拘束も特に考えていきたい。玄関の施錠はしていないが職員がオムツ交換で居室に入ったり、休憩、人の少ない時間帯はセンサーをつけている。   | 身体拘束同意書を得て、夜間のみベッド4点柵対応している利用者が数名いる。身体拘束の実践についての検討は、開始時に行っている。身体拘束委員会を年3回、研修を年1回実施している。個別のケースについては、カンファレンスやミーティングの場で行っている。        | 身体拘束廃止に向けた取り組みを実践する上で、実施期間や実施状況を記録し、明確にされるとともに、廃止に向けたケアの方法を検討することを期待します。 |
| 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       | 絶対にあってはならない事であるし、ないと思っている。暴力は勿論であるが、言葉は特に自覚を持って行動したい。些細な事から発展しないように気をつけている。自分の心に余裕がないと利用者の心無い言葉などに必要以上に反応し強い言葉が出たりする。気をつけたい。同時に利用者からの暴力に困るとの意見もある。 |   |  |

| 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    | ホームで後見人制度を使っている利用者があり、それで分かっているつもりになっていることもあり、学ぶ機会を設けなければと<br>思っている。 内部研修だけでも取り入れたい。   |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 説明出来ていると認識している。不安な家族には時間をかけて説明している。  |  |                   |
| 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                     | コミュニケーションを図り、言い合える関係作りが大事だと日頃から来所した際には様子を話したり要望を聞くように努めている。家族によっては何年もかかる事もあるし意見を言う家族はあまりない   | 関係性は、積み重ねが大切であると考え、面会時に職員から日頃の様子を伝えるように心掛けている。利用者、家族から急な外出等の要望もあるが柔軟に対応している。意見は、申し送りノートに記録し、職員間でも周知している。 |                   |
| 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                                      | 申し送りノートなどの活用や、申し送りなど管理者がいる時は聞くようにし、小さな事でも話し合い決めている。言い易い場作りを努めたい。全体的に受け身になりがちなので気をつけたい。   | 職員からの意見は、日々の申し送りを通じて聞く機会を設けている。職員の処遇などに関する意見があげられた事もあり、管理者から代表者へ報告している。個別面談の機会は設けられていない。                 |                   |
| 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      | 定期的に顔を出し、職員に声をかけたりしている。管理者は職員の様子を報告。他困った時などもすぐに対応している。給料、賞与、退職金など他の職種と比べると低く、働く意欲をなくしている原因の殆どを占めているが、休みの希望に出来るだけ添ったり、現場が楽しくなるよう努めた |  |                   |
| 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         | 管理者との連絡の中で把握できるよう努めている。研修などへの参加は理解を示しているが勤務の中で時間を作るのが難しい。休みを研修には充てられず苦慮している。内部研修で資料を回覧はしている。資格を取ることを勧めるが中々受けようとならない。               |  |                   |
| 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 | している。GH協議会、地域ケア会議など出来るだけ参加する様にしている。  |  |                   |

| 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 |
| <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 | 本人が安心感を持つようにコミュニケーションを一番に考えている。同時に家族にも説明し、共に安心してもらい、細かい情報も得る様に努めている。   |  |                   |
| 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            | 本人同様安心感を持ってもらえるようコミュニケーションをとる。   |  |                   |
| 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        | 本人が判断出来ない事も多く、家族にはここの暮らしをよく説明し本人の意向に沿っているのか、本人の性格に合っているのかを考えてもらう事を重要としている。合わない時は無理せず他の利用も視野に入れている。                   |  |                   |
| 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                        | ここが自分の家でない事は大体の人は分かっている。常に(してもらう)という受け身の依頼心は強い。常に共に対等に生活をしていくんだという事の意識づけをし、一緒に考えたり決めたり教えてもらったり場づくりをしていく。             |  |                   |
| 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         | 家族は入所すると自由には出来ないと思っている人も多い。自由にどんどん連れ出したり、家に泊まりに帰ったりGHは本人の生活の一部分である事を伝え協力をお願いしている。会話の中でも家族の名前を意図的に出したりして忘れないう様に努めている。 |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 来所した時にまた来たいと思えるように、居心地の良い雰囲気作りに努めている。美容室、病院、その他、本人が希望したり、今迄通りの方が良いと思える時は出来る限り対応していきたい。                               | 人員体制の関係から支援出来る範囲は限られているが、家族の協力を得て外出等を行っている。家族の付き添いが困難な場合は、馴染みの理美容院への外出支援などを行っている。一部相談の上、外出支援を行っている。入所後も自宅への外泊ができるよう働きかけを行っている。 |                   |
| 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                 | 認知症の度合いもあり、一方的に嫌いになり不穏になる人もいる。自然な関わりが出来るよう席を考えたりするがあまり替える事は出来ない。職員が間に入ったりして対応している。孤立はしないが難しい。                        |  |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                    | 今でも連絡をくれたり、遊びに来てくれる家族もある。同系列の施設に移動した利用者には、会う事もある為、経過も分かるが、他に移動した利用者は、気にしているものの、現在のホームをみただけで精一杯なのが実情であるが相談がある時は出来るだけ応じていきたい。 |  |                   |
| <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   | 生活の中で本音を言える関係作りをし、本人の気持ちを把握できるよう努め、自分の意思(意志)を示すことが困難になっても本人本位になるよう努める   | 前回評価後より計画書の見直しを行う際、再アセスメントを実施するよう改善した。事前情報が殆どないケースもあり、入所後の行動や言動、表情などを記録し、アセスメントを行っている。 |                   |
| 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                                       | 入居の際の情報もだが、本人との会話の中から聞き出したり、家族からも情報を得てホームでの暮らしに慣れるよう努めている。最近は独り暮らしも多く、家族が殆ど分からない事も増えてきている。                                  |  |                   |
| 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   | 会話、行動、身体状況を職員全員で把握できるよう努めている。特変、気になる事、出来事、報告など共通の申し送りノートに書き入れ共有している。  |  |                   |
| 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 | 概ね1ヶ月に一度のカンファレンスで話し合いをしている。その他にも細々した話し合いは持つようにしている。家族にも来所時話したり、来ることがない時は電話で話している。   | 概ね6ヶ月に1回モニタリングを行っている。モニタリングや介護計画作成は、月1回のカンファレンスに全利用者のケース検討を行い、取りまとめた情報を基に策定している。       |                   |
| 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                        | 毎日の個別記録、申し送りノートは特に、些細な事でも書き入れるようにしている。決め事、特に問題がある時は、職員が同じ対応が必要になる時もある。忙しさの中、おざなりになる事もあるので気をつけたい。                            |  |                   |
| 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               | 出来る限り対応していきたいし、対応していると自負している。家族にはホームに入っても家族との時間も大切にしたいと話している。家に泊まりに帰ったり、姉妹の家に泊まりに行ったり子供や兄弟姉妹で夕食に出たりしている。                    |  |                   |

| 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                                      | 生活していく上で、出来るだけ外へ出し地域資源を活用するよう努めている。  |  |                   |
| 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                                  | かかりつけ医の継続は家族の協力が必須であるが続けている人もいる。協力医は2週間に一度のペースで診てくれ、急変にも24時間対応してくれている。                                   | 入所後、殆どの利用者は、かかりつけ医を協力医に変更している。2週間に1回往診があり、健康管理を行っている。その他専門医等の受診は、基本的に家族対応としている。緊急時は、施設対応となるケースもある。夜間も医師との連絡体制がある。                    |                   |
| 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                          | 同系列の看護師が概ね1週間に一度来てくれる。協力医と一緒に把握し相談にもなっている。   |  |                   |
| 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。 | 最近の大きな病院は看護師の担当や相談員が中に入っている事が多いので、相談しやすい。相談員が普段から病院関係者と情報交換などしてくれている。入院時は出来るだけ様子を見に行ったりして本人を安心させるよう努める。  |  |                   |
| 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、事業所です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   | 家族とは早い段階から話している。ただ職員が高齢化しており、重度化してくると入浴や移乗でみれなくなってきている。希望があれば出来る限り対応はしていきたい。現在は在宅酸素の人、老衰の人がいるが看取りの方向でいる。 | 入所時に終末期における意思確認と同意書の取り交わしを行っている。看取りマニュアルに沿って、かかりつけ医からの状態説明後、サービス担当者会議を行い、方針を決めている。事業所での看取り経験もあり、希望に合わせて対応している。内部研修で看取りケアについて学ぶ機会がある。 |                   |
| 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  | マニュアルを置いたり、現在の入居者の状態(病気)などを把握し対応している。起こった時はそれを経験とし、実践力を身につけている。AEDのある場所の確認や基本的な訓練をしていきたい。                |  |                   |
| 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  | 避難訓練を定期的に行っている。ホームの周りは高齢化が進み独り暮らしが多い。声掛けはしているがなかなか難しい。夜間の対応は一人になる為、今一度確認していきたい。                          | 通報訓練年1回、消火・避難訓練を年2回実施。今年度は、風水害を想定した訓練も計画しており、ライフジャケットの購入をした。備蓄は、食料やカセットコンロがある。近隣の協力は、高齢化しており困難な状況、基本的には施設で過ごす事を想定している。               |                   |



| 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   |
| 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                    | 認知症が進んできて出来ない事が増えてくると、上からいう様な指導者のような声掛けになっている時がある。言葉かけには気を付け、信頼関係を作っておく。   | 否定的な言葉や強い口調など気になるような発言には、管理者が直接指導を行っている。利用者の対応に悩んでいる時は、その都度ミーティングで話し合い、理解を深めるよう努めている。  | プライバシーや利用者の人格を尊重した対応については、職員間で共通認識を持つ事が大切です。研修の場をつくり、全体で学べる場を作られる事を期待します。 |
| 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                      | 自己決定の場面作りはどんな些細なことでも作る様に心掛けている。本人が何かをやるようとしている時はあまり制止せず見守る様にしていきたいが声をかけてしまうことが多い。  |  |   |
| 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 | ある程度一日のペースは決まっているが、その中で一人一人のペースを大切にしている。しかし今のメンバーは自分で時間を過ごすのが難しい人が殆ど。人を見ながら支援している。   |  |   |
| 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                                   | 化粧の習慣がある人で自分では出来ない人がいるが、する様にしている。習慣のある人は継続が出来る様支援している。ヘアカットは訪問美容を利用している。   |  |   |
| 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      | 何が食べたいと聞いても、料理名を答えられないものもあるかもしれないが何でもいよと消極的。家族からの情報や実際に食べている様子から伺える好き嫌い、会話から自然に出てくる好みを見逃さず献立を決めている。食事作りも利用者を巻き込み、どんなに小さな事でも参加出来る様場作りにも努めている。 | 調理補助や盛り付け、配膳を利用者と共に行っている。箸やコップは私物を使用し、献立は利用者の意見を反映させ作っている。刻み食等の対応も利用者の状態に合わせ食材によってはその場で刻むなど柔軟に対応している。外食の機会も活用し食べる楽しみを感じられる工夫がある。 |   |
| 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           | 水分は特に気を付けている。飲まない人でも声をかければ飲む人、指示が入らなくても置いておけば自然に飲むなど人により変えている。経口栄養を利用している人もいる。食べない人への促しに悩みはあるが考えていきたい。                                       |  |   |
| 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                    | 出来ない人には職員が入って援助している。一ヶ月に一度、訪問歯科を利用して検診してもらっている。治療が必要な時は連れていくが歯医者の方で来てくれる時もある。認知症が進んで診れなくなる前にと今迄診てくれていた歯医者に通っている人もいる。                         |  |   |

| 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                              | 布パンツの人、リハビリパンツの人、オムツの人それぞれの状態に合わせて支援している。自立した部分は残すよう努め、夜間トイレに出て来ていた人は起こしたり  | 基本的には、トイレで排泄出来るよう支援している。トイレの場所を分り易くする為、共有スペースから見える位置に表示したり、夜間はドアを開けて灯りをつける等工夫している。使用する物品も、個々の状態に合わせて選択している。                  |                   |
| 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  | 基本的に水分、食事であるが飲み物の砂糖をオリゴ糖に変えたり、ヨーグルトを毎日の食事に取り入れたり、朝起きたらトイレに座ってもらったり、薬も薬剤師に相談している。座り放しにならないよう買い物に行き歩いたり、立ち仕事にしたりしている。                                       |  |                   |
| 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                        | 時間帯は決まっているが、入浴剤を変えたり、柚子が採れる時期は柚子湯にしたり、その中で一人ゆったりと入浴出来る様努めている。拒否がある人には時間をおいて誘ったり、日を改めたりして無理強いないように努めている。   | 基本的には、3日に1回入浴できるよう支援している。夜間入浴希望者は現在おらず、午前中に実施している。拒否のある方に対しては、日にちを変更する等柔軟に対応している。湯の温度や同性介助とする等、対応は個々に合わせている。パラ湯を年1回楽しむ機会がある。 |                   |
| 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   | 夜はホーム全体を夜の雰囲気作りに努めている。居室でテレビを見ている人もいる。良い眠りにつけるよう、昼寝をする人もいるが、充実した日中を過ごすよう気を付けている。冬は湯たんぽを使用し加湿にも気を配っている。全員、薬は使わず眠れている。                                      |  |                   |
| 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  | 服薬中のファイルを作り皆で把握出来る様にしている。手渡しする人、袋から出して手にのせ飲み込みまで確認する人などそれぞれの状態に合わせて支援している。副作用など感じた時は医師、看護師に報告し相談している。   |  |                   |
| 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                             | 会話の時間を大切にし何気なく言った事も拾い上げ、できる限り支援し楽しい毎日になりたい。そのためにも職員の作る雰囲気作りが重要としている。本人がやろうとしている時は邪魔をせず継続できるよう努めたい。本人が自分は参加している、必要とされているという気持ちを感じられる生活にしたい。特技は利用させてもらっている。 |  |                   |
| 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 | 買い物、行事等で外に出る機会を多くする様に努めている。お茶の時間も出来るだけ日光浴も兼ね外でするようにしている。家族にも自由にしたいとお願いしている。今は家に泊まりに帰ったり、食事に出かけている人も増えている。本人の希望で買いたい物があると一緒に行っている。                         | 天気の良い日は、買い物や近所の散歩・外気浴などに出掛けている。毎月の外出イベントもあり、最近動物園へ出かけた。個別の外出は、家族の協力を得て実施している。年々長距離を歩くことは難しくなっていくが、外出機会を減らさないように努力している。       |                   |



| 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 |
| 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  | 基本的には管理は難しい人が殆どである。買い物時払ってもらったり、お金を使うことはしてもらっている。会話の中でもお金の話はよくする様に努めている。時々預かっているおこずかいを数えてもらったりしている。                         |   |                   |
| 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   | 携帯電話を持ち込んでいる人もいる。子供が遠方におり定期的にかけてくる人もいる。葉書をたまに送ってくる人もいる。以前は返事を書いていた事もあった。やっていきたい。  |   |                   |
| 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 | 共用部分は季節を意識して飾っている。写真は皆が見えるように大きくして貼り会話の中に入れている。テーブルの上は花やティッシュペーパー、ゴミ入れ、オルゴールなどを置き安心感が持てるよう心掛けている。新聞、カレンダー等で日が確認できるようになっている。 | 建物は木材が多く使用されており、温かみを感じる。廊下や共有スペースには、利用者の写真や絵が飾られており、季節毎の装飾も職員がアイデアを出し合って工夫している。各所にソファやベンチがあり、休息できる環境が整っている。さまざまな物が置かれていることが家庭的な雰囲気につながっている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 席は決め、出来るだけ替えない様に努めている。自分の席を皆大事にしている。フロアにはソファ、トイレの前は畳椅子、玄関には椅子が置いてあり思い思いに座っている。  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 自分の使い慣れた物を持ってきても良いとしているが持ってくる人は少ない。家族、職員が配置するのが殆どである。本人が分かる時は相談している。  | 共有スペースで飾られていた写真は、掲示が変わると個人の部屋に貼られている。居室内の家具は、全て私物である為どの部屋も個性的である。鏡台や化粧品など馴染みの道具に囲まれ、片付きすぎず、適度な落ち着きを感じる。                                     |                   |
| 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   | 建物全体はバリアフリーになっており、手摺がついている。歩きが不安になってきても歩く事が出来る。居室も必要に応じ、ついでに。居室には名前を付けている。家具の配置も本人の身体の状態を変えている。                             |   |                   |