

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   | 0270600570                   |            |         |
| 法人名     | 有限会社 とわだサンライフ企画              |            |         |
| 事業所名    | 沢田のグループホーム 和っふる              |            |         |
| 所在地     | 〒034-0302 青森県十和田市大字沢田字田屋10-4 |            |         |
| 自己評価作成日 | 平成29年1月10日                   | 評価結果市町村受理日 | 平成29年3月 |

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

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 青森県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 青森県青森市中央3丁目20番30号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年2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)】

|   |
|---|
| <p>※和っふるのこだわりである、優しい目と和ませる笑顔で温かい家庭的な環境での支援に努めています。<br/>                 ※気づきを大切に、「今、望む」ケアで、個々のその人らしさを尊重しています。<br/>                 ※全スタッフが本人や家族との信頼関係を築き、共に支える家族でありたいと考えています。<br/>                 ※地域住民とのふれあいを大切に、互いに支え合う関係を大事にしていきます。</p> |
|---|

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

|  |
|--|
| <p>利用者一人ひとりに合った「今、望む」介護の提供を理念とし、利用者の個性や習慣を尊重して、何気ない言動や所作等を「気づきノート」に書き留め、「どのように過ごしたいのか」、「今必要な事は何か」等を確認めながら、日々の介護に活かしている。職員は、家族が安心できるよう、毎月、利用者のホームでの暮らしぶり等を手書きの手紙で伝え、意見・要望を聞いている。<br/>                 ホームでは地域の一人として、町内会や小学校・高校の行事へ参加したり、ボランティアの受け入れや認知症の理解に向けた講演の開催等を行い、日頃から交流を図っている。</p> |
|--|

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 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拡がりや深まりがあり、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、生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せている<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    |    |   |                       |   |

# 自己評価および外部評価結果

| 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                      | 毎朝の申し送りでホーム理念と地域理念を唱和することで、高い意識を持ち、ケアに臨んでいる。他に、毎月、短期目標を掲げて取り組み、毎月の会議にて反省もしている。   | 利用者一人ひとりに合った「今、望む」介護の提供を掲げた独自の理念を作成し、ケア場面や会議、学習会等で、利用者へ「今」何が必要かを確認しながら、日々の支援に取り組んでいる。ホームでは毎月、実践しやすい短期目標を立て、あらゆる事を話し合いながら、楽しくケアを実践している。  |                   |
| 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                      | 町内会の祭りに参加をしたり、近くにある高校や小学校の行事での交流(運動会、文化祭、廃品回収への協力)を続けている。市主催のマラソンを街路沿いで応援したり、散歩をしながらごみ拾いをして、日常的に地域と繋がりを持つことを意識しながら過ごしている。                                | 近隣には公民館や小学校、高校があり、それぞれの行事に招待されて参加している他、小学生の鷄舞の披露や高校生のボランティアも定期的に受け入れている。また、市が開催している認知症講座や徘徊模擬訓練に、利用者役やアドバイザーとして参加して、認知症の理解に向けた取り組みも行い、地域の一員としてのつながりを大切にしている。                              |                   |
| 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                    | 近隣の高校生のボランティアや中学生の職場体験の受け入れは勿論、地域包括支援センターの担当者と中学校に出向いて認知症講座を開き、接し方等を伝えている。また、認知症徘徊模擬訓練に参加し、一般参加者へ対応のアドバイスをし、認知症理解へ努めている。                                 |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 認知症施設の理解を深めるための議案を挙げ、メンバーの方から意見を聞き、運営やケアの見直しに繋げている。外部評価の取り組みや結果についても何度も説明を行い、助言もいただいている。2ヶ月に1回設け、意見交換ができ、助言、見直しに繋げている。軽体操や救命救急講座、利用者交流等、参加型のテーマも取り入れている。 | 2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、行事や研修内容等、ホームの取り組み状況を報告している他、メンバーと一緒に避難訓練を実施し、意見をいただいている。また、軽体操や救命救急講座、福祉用具のリスク等の体験型の学習会も設け、意見交換がなされている。ホームでは全家族に開催案内を送付し、数名の参加を得ている他、話し合われた内容はホールに掲示して、いつでも見られるようにしている。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる            | 運営推進会議への出席や福祉に関する市の情報を提供していただき、アドバイスもいただいている。外部評価の結果も報告して、ホームの実態を把握していただいている。最近では事業所向けだけでなく、一般の方も参加できる、認知症をテーマとした研修を多く開催していただき、勉強になっている。                 | 地域包括支援センター職員が毎回、運営推進会議に出席しており、ホームの現状を伝えている。また、利用者への対応についてアドバイスをいただいたり、徘徊模擬訓練や認知症サポーター養成講座等、様々な機会に連携が取られている。   |                   |

| 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 |
| 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 | マニュアルを作成し、全職員が身体拘束をしない、させないことの理解に努めている。玄関前は交通量が多いことから、事故防止として、スイッチで開くように設定し、ドアが開くとチャイムで知らせるようになっていたことを家族へ説明し、了解を得ている。ホール窓は施錠せず、洗濯干しや花の水やり、庭へ自由に出入りできるように配慮している。                  | マニュアルを作成し、言葉での拘束も含めて研修で理解を深め、身体拘束は行わない姿勢で日々のケアに取り組んでいる。ホーム前は交通量が多いため、危険防止のために、玄関は中からスイッチで開け、チャイムがなる仕組みとなっており、家族の同意を得て行っている。また、外出傾向の方には散歩したり、話を聞きながら一緒に行動し、気分転換を図っている。 |                   |
| 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                                      | 外部研修や内部の勉強会にて日々のケア方法を見直し、虐待防止への意識を高めている。法令遵守の説明の際も、疑問に感じた時は声に出し、見過ごしてはいけない問題と認識させている。  |   |                   |
| 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                                 | 社会福祉士で運営推進会議担当者でもある市の職員を講師に招いた勉強会では、参加した家族や推進委員の方が制度を知る良い機会となっている。今後も、定期的に虐待等の勉強会も実施する予定である。   |   |                   |
| 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  | 契約、解約時には、代表や管理者が必ず立ち会い、十分な説明を行い、不安や誤解のないよう配慮し、同意を得ている。運営内容変更時も説明し、同意を得ている。その他、必要に応じて説明をしている。   |   |                   |
| 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   | 利用者の日常の言動から気づけるよう観察し、家族の面会時には意見や要望をさりげなく聞き出せるよう、話しやすい雰囲気づくりを心がけ、信頼関係を築けるようにしている。意見箱も設置しており、家族が運営推進会議や担当者会議に出席した際も、率直な意見を聞くことができる。また、本人の認知症状についても家族へ説明することで、認知症への理解、ケアの向上に繋がっている。 | 面会時に、利用者のホームでの様子を伝えながら、家族から話が聞けるように働きかけている他、運営推進会議や担当者会議等の機会にも、家族に思いを話してもらえるように配慮している。また、居室担当職員が毎月の様子や予定を手書きの手紙で送付し、利用者の暮らしぶりを伝えている。                                  |                   |
| 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   | スタッフ会議には代表者も出席し、職員の声を聞く機会がある。また、日常の業務の把握もした上で、職員からの意見や要望に対してきちんと向き合い、話ができる環境がある。   | 職員会議は参加しやすい時間帯に行っており、研修報告や行事の計画・反省、短期目標の立案・評価、避難訓練、ケアの検討等について、全職員が意見を出し合い、共有する場として大切に、出された意見を日々の場面に反映させている。   |                   |

| 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 |
| 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       | 代表者は職員個々の能力や得意分野、不得意分野を把握し、やりがいのある現場づくりに努めている。家庭環境を考慮し、希望に沿った勤務体制をとっている。福利厚生にて、年1回の健康診断の他、整体師が来所して、整体を受けられる機会も設けている。また、職員の誕生日にはケーキでお祝いしている。 |      |                   |
| 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         | 外部研修や内部研修の計画を立てて参加させ、個々のレベルアップを図っている。研修後は資料や報告書で振り返り、人前で話す発表の場として内部の勉強会を行い、質の向上へ向けて取り組んでいる。会議等の進行役も毎回変えて、スムーズにまとめながら進行させるための機会も設けている。       |      |                   |
| 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 | 市内に系列施設のショートステイがあり、その他にも交流しているグループホームが2ヶ所あり、双方を行き来できる良好な関係ができています。利用者が一緒に出かけたり、職員同士も情報交換の場になり、スキルアップの機会にもなっています。                            |      |                   |
| <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        | 入所前には本人と面談をしており、さりげない会話から緊張をほぐし、思いや要望を引き出している。コミュニケーションを大事にし、信頼関係を築くように心がけている。  |      |                   |
| 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                   | 入所前には必ずホームの見学や説明をしており、家族との面談や連絡を十分に行っている。家族の身体的、精神的負担を理解し、信頼関係づくりに努めている。  |      |                   |
| 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               | 十分な面談をした上で、必要とされる支援が受けられるよう、担当ケアマネや他の関係機関と連携をとり、対応している。車椅子が必要な時は改めて購入せずとも、社会福祉協議会での貸し出し制度も伝え、使用されている方もいる。                                   |      |                   |

| 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 |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                       | 本人のできる事、やりたいができない事等を見極めて、掃除や料理の下拵え、創作活動を一緒にしながら、日常生活に寄り添い、支え合い、職員は利用者に対して、尊敬と感謝の気持ちで日々過ごしている。  |   |                   |
| 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        | 本人の暮らしぶりを面会時や毎月の手紙でお伝えし、状況に応じて面談を持ちながら意見交換を行い、日々の生活を共に支えている。家族参加の行事で一緒に過ごす時間を作ったり、たまに外出して、昼食や自宅での時間を楽しませている。居室には家族の写真を飾る等、一番の身近な人であることがわかるように工夫している。 |   |                   |
| 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                    | 昔の知人の面会があったり、在宅時にお世話になった民生委員からの電話が定期的にある等、継続した関係がとれている。外出支援にて自宅を訪問したり、長年行きつけの美容院に家族が連れて行かれたり、友人宅に連れて行く等、個々の関係支援に努めている。                               | 入居時のアセスメントや日頃の利用者や家族との会話から、これまで関わってきた人や馴染みの場所を把握している。自宅や知人宅を訪問したり、馴染みの美容室に行く等の支援を行っている他、利用者の症状が進み、会話が成立しなくても、関わりある民生委員や家族からの電話を取り次ぎ、これまでのつながりを継続できるように支援している。 |                   |
| 21                                 |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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                | 個々の生活歴や性格、日々の生活リズムを把握し、気の合った利用者同士が話しやすいよう、席の配置を工夫している。トラブルが起こり得る利用者同士においても孤立しないよう、職員が配慮している。居室でおしゃべりを楽しんだり、共同作業を行うことで良好な関係ができ、下膳をしてくださる方もいる。         |   |                   |
| 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 | 退居後も、家族や関係施設の職員の方等から健康状態や状況の把握に努め、快適な生活を送れるよう、必要に応じて相談や情報提供を行っている。   |   |                   |
| <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                        | 一人ひとりに寄り添い、本人の立場に立ち、何気ない言動に目を配り、本人の思いや意向に気づけるよう心がけている。気づきは「気づきノート」へ書き、全職員で検討し、その人らしく過ごせるように対応している。居室でゆっくり過ごしたい方は好きな花を飾ったり、本人の意向を大切にしている。             | 入居後もその人らしい暮らしが継続できるよう、利用者の個性や習慣を尊重し、声かけを大切にしている。また、利用者の何気ない言動や日常の所作等を「気づきノート」に記載し、「どのように過ごしたいのか」等を確認し合いながら、職員間で共有している。  |                   |

| 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 |
| 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                                       | センター方式を活用し、生活歴や環境等を把握するよう努めている。家族や知人の面会時にも、プライバシーに配慮してさりげなく聞き、これまでの暮らしに近い生活ができるよう努めている。一人暮らしで殆ど身寄りが居ない場合や、家族も生活史を把握していないことが現状としてあるが、言動等から汲み取り、ケアに繋げることもある。 |  |                   |
| 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   | 24時間シートを使い、日々、心身の状態を把握している。スタッフ会議にて、できる事は現状維持、できない事へは支援をとということで共通理解をし、個々の言葉を大切に、日々の生活のケアに努めている。  |  |                   |
| 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 | 毎日の実践記録、月1回のモニタリングを通じ、ケア会議を行っている。担当者会議では、本人や家族の意向、職員の気づきを取り入れ、現状に伴ったプランを6ヶ月に1回作成している。毎月のスタッフ会議でも、個々の対策を統一してケアに繋げるようにしている。状態変化があれば、その都度、見直しをしている。           | 家族や関係機関から情報収集し、センター方式でアセスメントをしており、ケア会議で全職員の意見を出し合い、現状を反映させた個別具体的な介護計画を作成している。また、担当職員が担う毎月のアセスメントや「気づきノート」が見直しの際に活かされている他、「家ではこんな風だった」等の家族の意向・情報も大切にしている。 |                   |
| 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                        | 一日の生活状況がわかるよう、24時間記録している。個別ファイルには項目で色別し(受診記録は別項目で更にわかり易く)、生活、受診、服薬内容のあらゆる様子わかるように、行動や会話を記録して、全職員が情報を共有できるよう工夫している。   |  |                   |
| 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               | 個々のニーズに合わせ、受診の付き添いや送迎等、柔軟に対応している。また、行事としてはなく、買い物や自宅への送迎、天気の良い時等は気の合った利用者同士で外食やドライブに行けるよう、嗜好に合わせて対応している。  |  |                   |
| 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                         | 近隣高校から定期的にボランティアの学生が来ており、行事の協力や交流を図っている。災害時や緊急時には協力が得られるよう、近隣の方や推進委員へ働きかけ、消防署や消防団との連携も取っている。   |  |                   |

| 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 |
| 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                                   | できるだけ入所前からのかかりつけ医の受診を継続している。病状により、他の医療機関を受診する場合には、かかりつけ医や本人、家族と相談を行い、適切な治療が受けられるよう支援している。受診結果は家族にも報告して、時には家族も職員と同行し、状況を把握して下さっている。訪問歯科で対応できることにより、利用者も環境の変化なく、診察することができている。  | 入居後も、利用者のかかりつけ医を継続して受診できるように支援している。ホームでは看護師が3名配置されており、利用者の健康管理や状態変化時に対応でき、緊急時の協力医療機関との連携体制も整えられている。必要に応じて、認知症専門医や眼科、整形外科にも受診し、結果や服薬変化等は電話や面会時、毎月の通信で家族に伝え、共有している。 |                   |
| 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                        | 看護職員が3名おり、日々の健康観察での状態変化にいつでも相談できる体制にあり、緊急時にはすぐに対応できる連絡体制を取っているため、勤務者も家族も安心している。  |   |                   |
| 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。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。 | 入院治療が必要になった場合に備え、定期受診時より常に本人の状態を報告し、適切な治療ができるよう、連携を図っている。入院時は認知行動を細かく伝え、また、面会に出向き、速やかな治療、回復、退院に向けて医療機関と情報交換を行い、本人が安心できるよう声がけをしている。家族が入院時の対応ができない場合、洗濯物も病院に取りに行き、洗濯サービスもしている。 |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる   | 現在、終末期の対応をしていないことを、入所前の契約時に、本人、家族へ説明している。また、重度化した場合のホームで可能な対応についても家族と話し合いを持ち、意向を確認している。終末期のあり方については、内外の研修を通じて、全職員で話し合いを持っている。  | 重度化や終末期の対応については現在行っておらず、ホームとして対応していない事や緊急時の対応も含め、利用者や家族に説明し、同意が得られている。  |                   |
| 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   | マニュアルの作成や見直しを行い、緊急時の対応に備えた訓練や応急処置についての普通救命講習の受講をしている。消防署員を講師に招き、施設内で起こり得る事故を想定した勉強会も実施している。  |   |                   |

| 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 |
| 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           | マニュアルの作成や見直しを行い、月1回、あらゆる想定で避難訓練を実施し、結果、反省を基に体制づくりの強化を図っている。消防署員が立ち会い、地域の方参加の火災訓練も行き、問題点についても話し合いをしている。緊急時の連絡体制や地域の協力体制、備蓄の確認をしている。最近では、冬場・夏場時の停電、断水も想定して、発電機も使用して訓練を行っている。 | 年1回の消防署立ち合いの総合訓練には、運営推進会議メンバーや近隣住民の参加も得られ、避難した利用者を見守る役割を担っていただいている。ホームでは月1回の自主訓練も実施し、日中・夜間、火災、自然災害等を想定して取り組み、利用者の誘導に職員が自然と動けるように訓練を重ねている。また、災害発生時に備えて、食料・水・暖房器具・発電機等も用意している。 |                   |
| <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                | 個々を尊重し、羞恥心に配慮した声かけや、さりげないサポートを心がけている。失敗した事に対して、決して傷つけないような対応を心がけている。   | 利用者の言動を否定せず、本人がどうしたいのかを大切にし、尊厳を守るケアを心がけている。また、生活の中で、利用者のできない事や失敗で傷つけることがないように、職員は配慮をしている。  |                   |
| 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                     | 日常会話から思いや希望を引き出せるよう、コミュニケーションを図っている。言葉で表現できない方でも、アイコンタクトや表情を汲み取り、自己決定できるよう、選択肢を用意して、利用者が自分で選べるように工夫している。   |  |                   |
| 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 | 一人ひとりの生活リズムを全職員が把握しており、その日の天候や利用者の状態で、利用者の希望を聞き、散歩やドライブ、栗拾いに出かける等、業務優先ではなく、利用者の希望に沿えるよう努めている。  |  |                   |
| 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                                  | 家族面会時に居室で散髪されたり、行きつけの美容院へ出かけたり、家族が散髪に訪れたり、施設の理髪サービスを利用する等、個々に支援している。自分で衣服交換を思い思いに行ったり、好みの色の衣服を購入したり、クリームやお化粧道具の購入支援も行っている。   |  |                   |
| 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     | 気の合った利用者同士や職員が会話を楽しみながら食事ができるよう、座る位置を工夫し、天気の良い日は気分を変えて、庭での食事も行っている。個々の好物、苦手な物の把握は勿論のこと、バイキング形式で行ったり、おやつ作りも一緒に行うようにして、食事への楽しみにも繋げている。食事の準備や片付けは、個々の力量に合わせて、助け合いながら行っている。    | 旬の食材を取り入れた献立作成を心がけ、好物や苦手な物に配慮して、季節感が得られるような工夫を行い、利用者の状態に合わせた食事を提供している。また、利用者の力量に合わせて、調理の下拵えや後片付け等を職員と一緒にやっている他、職員も同席して会話を楽しみながら、和やかな食事時間を過ごしている。                             |                   |



| 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 |
| 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              | 食事や水分摂取の記録、観察をし、一人ひとりの嗜好や食べられる量を把握している。おかゆや刻み、塩分制限者には薄味等、個々に合わせた調理方法で提供している。食事が進まない方も居るので、食器の大きさや色、盛り付けにより工夫をしている。食が細い方は医療機関とも相談し、高カロリーゼリー等で対応している。    |  |                   |
| 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、一人ひとりに応じて、声がけや誘導、仕上げ磨きを行いながら、口腔内の観察に努めている。歯科医の往診にて、検診と口腔内ケアについて指導をいただいている。口腔内体操を行い、誤嚥防止に努めている。うがい行動を認識できない方には専用のウェットティッシュを使用して、また、定期的に義歯消毒も実施している。 |  |                   |
| 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向けた支援を行っている       | 観察、記録にて排泄パターンを把握し、事前誘導を行い、トイレで急かさず、気持ち良く排泄できるよう努めている。羞恥心が強い方には行動を察し、さりげなく対応している。自立の利用者の排泄後はさりげなく確認し、次にトイレ利用した方が気持ち良く使用できるように心がけている。                    | 排泄パターンを把握し、事前誘導によるトイレでの排泄を目標にしており、声がけや確認もさりげない対応を心がけている。職員は研修で学んだ、一人ひとりに合った排泄ケアについて話し合い、家族の負担も考慮し、オムツ使用の見直しを重ねている。 |                   |
| 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                       | 一人ひとりの排便状況を観察、記録している。運動や水分の種類、また、食事の工夫(乳製品や食物繊維の多い食材の取り入れ)をし、予防に努めたり、家族がサプリメントを用意してくれる方もいる。どうしても便秘が続く場合は主治医へ相談し、整腸剤や下剤にて調整している。                        |  |                   |
| 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、個々に応じた支援をしている | 午前に入浴し、午後はゆっくり休む生活リズムがある。個々のペースに合わせ、1対1で対応し、ゆったりと入浴ができるよう配慮している。入浴拒否や体調不良時には、無理に勧めず、足浴や着替えのみとしたり、本人の希望やタイミングに合わせている。                                   | 基本的に週2回のペースで、熱め、温め、長湯、シャワーのみ等、利用者の希望を聞きながら、入浴の支援を行っている。入浴の拒否がある場合には、声がけや時間を工夫して対応し、利用者が安全に入浴を楽しめるように支援している。        |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                        | 日中は居室や和室にて昼寝をしたり、ソファで横になる等、それぞれに居心地の良い、過ごしやすい場所がある。寝る前に読書をしたり、テレビを見て過ごす方もいる。夜間は個々に合わせた照明にしている。上手く睡眠をとれない方については医師と相談して、眠剤を服用している方もいる。                   |  |                   |

| 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 |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている   | 薬の内容を理解し、主治医の指示通り服薬支援をしている。誤薬ミスのないよう、氏名シートを使い、職員同士で確認した上で、個々の力量に合った手渡しや、口に入れる、飲み込むまでの確認をしている。服薬後の症状変化を観察し、受診時に報告している。また、在宅から入所になった方の薬の種類等を医師に相談することで、状態が安定された方もいる。 |   |                   |
| 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                              | 日常生活での習慣を把握し、趣味、楽しみ事を活かし、個々の能力に合わせた支援をしている（家事、掃除、花の手入れ、読書、ゴミ出し、創作作業等）。誕生日には好物でお祝いをしたり、満足していただけるように努めている。好きな民謡や盆踊りを取り入れて、レクリエーションを行っている。                            |   |                   |
| 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。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 | その日の利用者の状態を見て、できるだけ散歩やゴミ拾い、栗拾い等で季節を感じられるよう、戸外へ出るように支援している。ボランティアの協力で、地域の祭りや学校行事に出かけたり、家族の協力で、祭りや墓参り等、外出・外泊ができています。   | ホーム周辺の散歩や敷地内の畑、時には周辺の草取り等、利用者の楽しみや気分転換につながるよう、外に出る機会を設けている。また、季節が感じられる花見や祭り、ドライブ、外食等の年間行事も立てられている他、家族の協力も得て、お墓参りや外出・外泊等も行われている。 |                   |
| 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                              | ドライブや買い物に出かける時は、家族と相談の上、本人の力量に合った額を所持していただいているが、なかなか購入まで至らないのが殆どである。小学校の運動会を見学に行った際にアイス販売があり、所持金で一緒に行った人数分を購入して振る舞う利用者もおられる。                                       |   |                   |
| 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   | 入所時から、週に一度、遠方に住む娘さんからの電話を心待ちにしている利用者があり、今では意思疎通もままならないが、それでも継続して、途絶えない交流を支援している。日常的に電話をかけられる体制にもしている。家族からの手紙（電報含む）や贈り物に対して、電話やお手紙でお礼を伝える等、良好な関係支援をしている。            |   |                   |

| 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 |
| 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 | 各場所に、季節を感じられる花や装飾品でまとめるようにして、利用者手作りの暦を月毎に工夫をし、壁には行事写真等を掲示している。天窓からは明るい日差しがあり、ホールは利用者が集まってくる空間となっている。時に、眩しさに対してはロールカーテンや座る位置の配慮をして、湿度、温度も定時に測り、快適に過ごせるよう努めている。職員の会話のトーンにも気をつけ、食事の際はテレビを消して、季節や美味しさを感じられる音楽を選曲する等、工夫をしている。 | 天窓からの自然光が明るく、建物の木の造りが目にも気持ちにも優しく、大きな窓からは周辺の四季の移り変わりが見渡せる。ホールには、ソファや組み合わせ自由な食卓、畳敷きの小上がりがあり、利用者は思い思いにゆったりと過ごしている。また、冬期の加湿にも留意し、温度や湿度を調整している他、利用者と一緒に作った今年の干支や雛飾りも飾られ、居心地よく過ごせる空間となっている。 |                   |
| 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  | ソファを置き、家族との談話を楽しむ方や、利用者を招き入れて会話を楽しまれる方、テレビを鑑賞する方等、自分のペースで過ごせるようにしている。  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 居室の間違いがなく、個々に工夫した、手作りの表札を目線の高さに付けている。また、思い出の写真(遺影も含む)や創作品、鉢花を置いてお世話をしたり、テレビやカセットテープを持参して、自分の好きな時間に鑑賞できるようにする等、自宅に居た時のような、安心できる居室づくりに努めている。   | その人らしい居室となるよう、愛用していた物の持ち込みを働きかけており、遺影やアルバム、寝具等が持参されている。また、利用者の状態や意向を聞きながら、家族写真や作品等を一緒に飾り、安心して過ごせる居室づくりを支援している。  |                   |
| 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」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  | ホーム内にて歩行や車椅子も自走できるよう、危険な物を置かないようにし、個々のその時々で変化する力量を発揮できるよう、環境づくりをしており、自立に向けて支援をしている。常に危険個所や事故の起こり得る環境を予測して(浴室、トイレ等)整備に努めている。  |   |                   |