

### 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   | 2390500185                  |            |            |
| 法人名     | 株式会社ハルス                     |            |            |
| 事業所名    | グループホームはるすのお家太閤             |            |            |
| 所在地     | 〒453-0808 名古屋市中村区郷前町1丁目20番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成26年12月25日                 | 評価結果市町村受理日 | 平成27年3月31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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;livyosyoCd=2390500185-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;livyosyoCd=2390500185-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 評価機関名 | 株式会社ユニバーサルリンク               |
| 所在地   | 〒463-0035 愛知県名古屋守山区森孝3-1010 |
| 訪問調査日 | 平成27年1月15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)】

(施設のようにあって施設でない、お家のようにあってお家でない)という視点を大切にしています。それは、グループホームはるすのお家の介護理念でもある(その人がその人として その人らしく生きるために 支え続けることを使命とします)の考えに基づきます。喜怒哀楽、ひとり一人、そのときその時で異なる様々な御気持ちに寄り添わせていただくことで、各入居者様、各御家族様に安らぎやくつろぎを感じていただけたらと考える次第です。

【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)】

開設してまだ一年少々。管理者とスタッフが協力してホームの基本・・・入居してきた人が自分の家で暮らしているような自由な環境を創る。ケアの中で判断に迷った時、自分の家族にならうしたいかを考える。等スタッフと入居者を含んだ大きな家族形態が出来上がりつつある。夫々の入居者には個人差もあり同じ様な対応はできないがその場その場で合わせた対応を心掛けている。地域内でのホームの存在の認識がまだ浸透しておらず子供110番の認定を受けたり、勉強会の内容によっては一般に公開する等、地域に浸透していく様努力している。

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)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています<br>(参考項目:9,10,19)  | ○ 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 利用者職員が、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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、活き活きと働けている<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させている<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<br>己             | 外<br>部 | 項<br>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                            | 事業所理念、法人の介護理念、※明るい職場を作る6つのルールを朝礼時にスタッフ個々に意識づけている。※①報告・連絡・相談はしっかりと！②明るく、笑顔で大きな声で挨拶を！③良い情報をたくさん共有しよう！④自分や自部門を見直そう！⑤人の成功を素直に喜ぼう！⑥助け合い、感謝、励ましの言葉をまずは自分から表現しよう！ | 事業所の理念・暖かくつづらげる居場所創り・共に生きる活動の場創り・地域の一員としての繋がり創り。に基づき6つのルールをスタッフ共々実践している。  |   |
| 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                            | 開所して1年程度の施設で、地域の一員としては認知されていないが、同町内の喫茶店に懇意にして頂き、日常的な交流を図っている。また近隣のお祭りに参加したり、施設の行事に招待している。  | 開設が平成25年とまだ新しく、地域の中で十分に存在が浸透していない。老人会に入会し、子供110番の受け入れ認定を受けているが利用件数はまだない。夏に空室を避暑シェルターとして開放したが近所にチラシを配布したのみで周知されなかった。近所の喫茶店店主の協力があり、地域住民との橋渡しをしてもらっている。 | 地域との繋がりをどう構築していくか思考錯誤している。協力者が窓口になってくれるが今後は行政やケアマネージャにも情報を提供したり、地域の他の住民の協力を得る事を期待したい。 |
| 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                          | 施設が提携している薬局さんや近隣のいきいきさんに来所していただき、お茶会を兼ねて認知症の勉強会やお薬の効能・副作用に関する勉強会を一般の方にもわかりやすい方法で提供している。  |   |   |
| 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       | 1回/2ヶ月一つのテーマに基づき、行っている。挙げた課題について、次回、ふり返りを行い、その対処法について参加者に相談・報告を行っている(詳細に関しては、運営推進会議議事録参照)。   | 二ヶ月に一度開催されている。生き生き支援センター職員の他に他事業所の管理者や地域の住民、入居者家族の参加があり助言、提言を受けている。内容によっては一般に開放したり、会議後は食事会や行事を催し家族が参加しやすい様工夫している。                                     |   |
| 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、報告書の作成は行っているが、近況報告がその都度、市町村担当者の方で行っていない。日頃から連絡を密にとれていない。市町村担当者の方との協力関係が築けていない。いきいきさん主催の勉強会に参加し、近隣のケアマネさんとの交流を深めている。                                 | 生き生き支援センターや他のケアマネージャーとの交流はあるが、市町村との交流は少ない。今後の課題としている。   | 推進会議や行事開催時、市町村担当者や消防署等にも積極的な声かけが望まれる。   |
| 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 | 1回/月ペースの事業所のミーティングを通して「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」のテーマを掲げ、学び、自事業所での日常のケアを踏まえた、理解と防止に努めている。  | 新人オリエンテーション時当ホームの理念を説明し、毎月のミーティング時事例をあげ検討し、理解を深めケアに反映している。玄関は夜間のみ施錠している。  |   |
| 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       | 1回/月ミーティングで高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設け、具体事例として、最近のニュースでどんなことがあったのか？挙げ、自施設における理解と防止に努めている。  |   |   |

| 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    | 入居者様の中にも何人かの方が権利擁護を利用されているので、そうした具体的な自施設の利用者様の事例に基づき、大まかな権利擁護の役割と理解に努めている。                |   |                   |
| 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                         | 入居契約時において、解約または、改定等についての説明を行っているが、その後、実際、改定等があった場合には、御理解・納得していただけるように、その都度再度、説明を行っている。    |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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                     | 運営推進会議では勿論、御家族様を交えた御食事会、お茶会や日々の来訪時にその都度、御意見を頂戴し、できるだけその都度、その御意見に応えられるように努めている。            | 運営推進会議の参加時の発言で課題を見つけたり、普段の面会時会話の中から要望や課題を見つけることが多い。ホーム自体開放的な雰囲気誰でも気軽に来訪し、スタッフと話せる様心がけている。 |                   |
| 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                                      | 1回/月ミーティング時には勿論、管理者から、スタッフに対し、日々仕事以外の話も交えて、交流を図っている。その都度、課題に取り組みやすい環境づくりに努めている。           | 毎月のミーティング時の他に常時必要があれば話し合いをしている。管理者とスタッフの間には信頼関係があり何事も話し合える                                |                   |
| 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      | 認知症ケアにおいて、課題は、仕事の成果が感じづらいという点にある。仕事のやりがいは給与であり、労働時間であり、見える化された成果(廊下壁の写真等)と思われ、その整備に努めている。 |   |                   |
| 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         | 職員教育の取り組みは1回/月ミーティングを通しての勉強会を始め、定期的に行えてきてはいるものの、法人外での職員教育や勉強会への参加に関しては、まだまだ不十分と言える。       |   |                   |
| 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 | 管理者はいきいき主催の勉強会に積極的に参加し、近隣ケアマネとの交流に努めている。得た情報を日々のケアに生かしている。報告は近隣のケアマネに発信している(職員に関しては13参照)。 |   |                   |

| 自<br>己                       | 外<br>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 | サービス導入前に得るアセスメントで傾聴し、個々のスタッフに把握を図ることは勿論、何故本人がそのように感じるのかに留意し、個別性の探求から、柔軟に対応できるように努めている。    |   |                   |
| 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            | 初期段階でアセスメントを入念に行い、柔軟に対応している。そのなかで、何故、御利用者様がそのように感じるのかの把握を行い、その個別性から人間的な心の通った絆づくりに配慮している。  |   |                   |
| 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        | 初期段階で、アセスメントを入念に行い、柔軟に対応している。自事業所と提携している医療機関であったり、他事業所の紹介を行う等、その後の継続した絆づくりに努めている。         |   |                   |
| 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                        | (施設のものであって、施設ではない、お家のものであってお家ではないという視点のもと、個々の職員に自分の家族のような関わりをする教育に努め、絆づくりの構築を図っている。       |   |                   |
| 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         | 御家族様が側にいない生活でも、御家族様を側に感じられるケアに努めている(月1回の手紙や写真を通して状況報告を行う、電話で実際話して頂く等)。                    |   |                   |
| 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                     | (施設のものであって、施設ではない、お家のものであってお家ではないという視点のもと、外出や来訪、宿泊を御利用者様の希望に応じて、その都度していただけるよう、その支援に努めている。 | 今まで暮らしていた社会との繋がりが切れてしまわないよう心掛けている。家族、友人の訪問や外出も出来るだけ心に沿う様支援している。 |                   |
| 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                  | 同じ自宅で暮らす家族であり、共同生活をしている仲間であるという感覚を持っていただけるよう、入居者様は勿論、スタッフ個々の支援にも努めている。                    |   |                   |

| 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 |
| 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                     | 仮に亡くなられた場合でも、その御家族様との関係は終わらないため、グリーンケアに努めたり、他施設に移動された場合も支援が滞らないよう、他施設の職員や相談員に情報提供している。    |  |                   |
| <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   | 1回/3ヶ月更新するケアプランとは別に1回/月ふりかえりを行っているサービス提供内容で、今のニーズや心象にできるだけ近いケア内容になるよう、本人本位のケア探求に努めている。    | 入居時のアセスメントや日々の暮らしの中から個人の意向を把握確認し、その時々に変化する事柄に対応していく様、全員が情報を共有しケアの方針を確認している。            |                   |
| 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                                       | 入居時には勿論、御家族様や以前のケアマネさん・相談員さん等御本人様をとりまく社会資源の方からの情報収集を行い、入居後に変わるケア方針の参考につなげられるように努めている。     |  |                   |
| 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   | 1回/3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表の更新を1回/月で行っている。修正は1回/月のミーティングのモニタリングで行い現状の把握から日々のケアに生かしている。   |  |                   |
| 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 | 1回/3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表の更新を1回/月で行っている。この更新には主治医や御家族様・薬局さんにも書面参加頂き、多方面から作成している。       | 定時のケアプラン見直しの他に、毎月のモニタリング時に、スタッフと入居者に関わる主治医、薬剤師、の意見や家族の希望等を参考に検討し、現状に適応したケアが行える様努力している。 |                   |
| 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                        | 1回/3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表の更新を1回/月で行っている。このチェック表を日々夜勤者がチェックし、1回/3ヶ月のプラン更新時の意見集約に生かしている。 |  |                   |
| 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               | (施設のものであって施設でない、お家のものであってお家でない)という視点で、自宅同様の暮らしを提供している。個性を追求し、御家族様や身元保証人の方から情報収集に留意している。   |  |                   |

| 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                                     | (施設のようにあって施設でない、お家のようにあってお家でない)という視点で、自宅同様の暮らしを提供している。スタッフとの双方向の絆で要望を気楽に伝え、暮らしを楽しんで頂いている。 |   |                   |
| 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                                 | 入居時に提携先の往診専門の医師の紹介をさせて頂くが、これまでの主治医を希望された場合、御家族様の付き添いのもと、これまで通りの医療を受けることができることをお伝えする。      | 提携医療機関の往診を受けているが、従来のかかりつけ医をこれまで通り受診されている入居者様もいる。提携医療機関は24時間対応の往診専門機関で医療面での安心感がある。             |                   |
| 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                         | 1回/2週間の往診で、その前日までの2週間分のバイタルと、体調の変化、入院の有無等の報告を行う。ケアプラン更新も医療面からのアプローチを頂くべく、書面参加して頂いている。     |   |                   |
| 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 | 支援に滞りが生まれないように、日常生活面と医療面のサマリーを管理者と主治医の双方から医療機関に対して提供している。この情報提供で足りない面は電話連絡等で情報を補足している。    |   |                   |
| 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  | 重度化した場合や終末期の診断を主治医がした場合、身元保証人と話し合いの場を設け、お互いの納得のもと、これまでと同様の生活が送れるように余生についての要望の確認を行っている。    | 今のところホームでの看取り経験は無いが、重度化した場合等はご家族等との話し合いの機会をつくり、要望を伺う事としている。看取りまで対応できるホームとしての準備をしている。          |                   |
| 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   | 1回/月のミーティングで急変や事故発生時のマニュアルに従い、全スタッフに浸透するまで、実践を繰り返している(初期対応から電話連絡、記録や準備すべき物に関する事まで)。       |   |                   |
| 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   | 夏場に施設の2階部分を避暑地シェルターとして地域の方に開放する等、地域に開かれた環境整備をしている。1回/半年、夜勤者中心に災害時における初期対応の基本訓練を行っている。     | 避難訓練を実施した際には防災システム管理会社の防災専門スタッフにも参加してもらい昼間想定で消火器使用等の訓練を行なった。地域住民の協力も得ながら、今後は消防署との連携も図ろうとしている。 |                   |

| 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>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                   | ひとり一人のケアにおける留意点や注意事項が簡潔に把握できるように、プランチェックシートを活用している。そこから人生の先輩として敬う上での個々の留意点の把握に努めている。       | スタッフに対する教育では、入居者を「好き」になることを最も大切にしている。新任スタッフ等、言葉で伝えにくいニュアンスもOJTで理解してもらえるように取り組んでいる。                  |                   |
| 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                     | 自宅で健康な生活をしていれば、自然と叶えられるであろうひとつ一つの要望にできる限り、応えることが自施設が大切にしている視点であり、そのために要望を実行につなげるように努めている。  |   |                   |
| 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 | 年齢もこれまでの生活背景も御入居に至った暮らしぶりもそれぞれ異なる、その個性に注目及び把握することから、個々の要望の傾聴に努めている。                        |   |                   |
| 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                                  | ウィンドウショッピングや定期的に来訪して頂いている訪問美容師さんとのやりとりを通じて、季節や過去の趣味趣向に従い、これまでの生活同様に(その人らしさ)を楽しめる支援を心がけている。 |   |                   |
| 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     | 食材の買出しから献立の検討、後片付けに至るまで、個々人ができる範囲内でお手伝いいただくように努めている。このケアから個々人が共に暮らしを楽しむ意識が育まれるよう努めている。     | おひとりおひとりのできる事を活かして食事に関する買い物から準備、片付けまであらゆることに参加していただくようにしている。希望とご家族の協力で晩酌される方もいる。個別の希望で外食に出かけることもある。 |                   |
| 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          | 摂取量が確保されない場合でも、主治医・薬局さんとの連携やスタッフ個々・御家族様との意見交換を行う。ゼリーや栄養補助食品、菓子等により、様々な食事形体の検討に努めている。       |   |                   |
| 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                   | 毎食後の徹底は行えていないが、夕食後から眼前においての口腔ケアの徹底は図れている。歯磨きが難しい人はうがい等を促す等、身体レベルや心象に応じて介入やケア方法を変えている。      |   |                   |

| 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                              | トイレでの排泄や排泄の自立・自然排便を促すうえで、特に羞恥心に配慮したケアを心がけるように努めている(排泄パターンや排泄コントロールの把握はケア記録上にて行っている)。     | 排泄パターンを把握しトイレ誘導するなどしているが、それだけにとらわれず入居者の今の状態をよく感じ取って、より良いケアにつなげる努力をしている。             |                   |
| 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  | 適度な運動を日常生活を通して取り入れている(洗濯物干しや散歩等)。便意に従い、その都度トイレ誘導したり、便意が不確かな場合も排泄間隔に従い誘導することに努めている。       |   |                   |
| 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                             | 曜日も時間も特に決めていないが、14時～18時頃、入浴の声をかけている。外出支援の一つとしてスーパー銭湯に行くこともあり、保清目的だけでなく、楽しさを提供することに努めている。 | なるべく希望に沿ったかたちで入浴を楽しんでもらえるよう曜日や時間帯も決めていない。地域のスーパー銭湯へ行くなど、楽しみとしての入浴に努力を惜しまずチャレンジしている。 |                   |
| 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   | 心象や体調で、睡眠の質に差異がある。昼夜逆転する場合でも、本人様が健康を維持する上で、薬コントロールをしたり、眠前に足湯する等して不安な状態が長続きしないように努めている。   |   |                   |
| 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  | 2回/月の往診で内服内容に変更があった場合、起こりうる副作用と副作用からの留意点について、薬管理をするスタッフ全てに周知徹底を図る(連絡ファイルを通じて、往診日当日中に)。   |   |                   |
| 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                             | お家のものであって、お家でないという視点から、自宅で生活されていた頃とできるだけ同様の趣味趣向を楽しんで頂けるよう(～したい)という要望をできる限り実行するように努めている。  |   |                   |
| 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 | 東海ウォーカーやテレビで得た情報・web情報の個人個人の(～行きたい・～見たい・～食べたい)要望を把握し、その実行に努めている。外出は、御家族様の御協力を得る場合もある。    | ホームでの日常的な散歩やイベント的な外出の他、誕生日やお墓参りなど家族にも協力をお願いし積極的に外へ出ていただけるように努めている。                  |                   |

| 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  | 自宅で生活していた頃とできるだけ同様な生活をして頂けるように努めている。金銭管理に関しても同じで御家族様の確認のもと、日常の金銭管理の支援に努めている。                |   |                   |
| 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   | 一緒に暮らしていなくても、家族や大切な人の存在を感じながら暮らし続けていただけるよう、電話は勿論、手紙、外出・外泊・宿泊等入居前同様の生活が途切れないように支援している。       |   |                   |
| 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 | 季節に応じた花や緑を飾り、その雰囲気を楽しむと共に、水やり等の世話も促している。また季節に外出した場所や日常写真を廊下に飾り、御家族様や入居者様のくつろぎの空間づくりに努めている。  | 落ち着いた雰囲気の共用空間を目指して、あまり派手な飾り付けは避けるなど工夫している。空気の入替えや温度管理などにも気を遣い、季節ごとの花を飾るなど居心地の良い空間づくりの努力をしている。 |                   |
| 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  | 各居室で、馴染みの他入居者様と語らいの場を設けたり、リビングからは和えて、死角になっている個々人の居室内でプライベートな時間が確保されるように心がけている。              |   |                   |
| 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  | 基本的には各居室はその方のお家である。これまで同様の暮らしができるように、馴染みの物(畳・仏壇・冷蔵庫等)を持ち込んで頂き、和みとくつろぎの空間づくりができるように努めている。    | 共用空間とはあえて分けて、おひとりおひとりが気兼ねなくくつろげるプライベート空間を確保できるようにしている。ご家族に協力してもらい使い慣れた家具などを持ち込んでいただいている。      |                   |
| 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   | 「できること」「わかること」を活かした暮らしが継続できるように、プランチェック表から個々人の留意点を簡潔に把握できるよう努めている。また把握した情報から課題のふりかえりに努めている。 |   |                   |