

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   | 0170201446         |            |             |
| 法人名     | 有限会社 コンフォール        |            |             |
| 事業所名    | グループホーム こんふおーる     |            |             |
| 所在地     | 札幌市北区新川西3条3丁目12-15 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成25年9月3日          | 評価結果市町村受理日 | 平成25年10月10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)】

手稲山が一望でき、季節ごとの景色が見られる。又、ホーム裏には畑があり、苗の成長過程や収穫を楽しんでいる。毎月行事があり、外食や外出行事を楽しんでいる。御家族様への参加を呼びかけ、入居者様と御家族のとの楽しいひと時を過ごして頂いている。天気の良い日は散歩等に出掛けている。ケアに対しては、御本人様にとってより良いケアを行えるよう、都度話し合いを行いスタッフ一丸となりケアを行っている。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL [http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_2012\\_022\\_kani=tue&JigyosyoCd=0170201446-00&PrefCd=01&VersionCd=022](http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=tue&JigyosyoCd=0170201446-00&PrefCd=01&VersionCd=022)

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                        |  |  |
|-------|------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 有限会社 ふるさとネットサービス       |  |  |
| 所在地   | 札幌市中央区北1条西7丁目1番あおいビル7階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成25年9月25日             |  |  |

【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)】

札幌市郊外の住環境に優れた住宅地に位置する2階建て1ユニットのグループホームです。バス通りに面し、コンビニエンスストアやバス停に近くて利便性が良く、徒歩圏に大きな公園やパークゴルフ場もあります。また、居室からは手稲山の景色が楽しめます。職員が利用者によりやさしく接し、外出や楽しみごとも多く、各利用者がいきいきと過ごすことができている。介護計画等の各種書類がきめ細かく作成され、ケアの充実につながられています。また、会議では新しい職員も進んで意見を出せるように工夫がなされています。地域との交流が活発で、行事での交流やボランティアの受け入れの他、救急救命訓練や避難訓練でも地域の方を招き、相互協力を図っています。年間を通して、花見やさくらんぼ狩り、希望に応じた外食など外出が豊富で、裏の畑も活用した屋外での活動が活発です。管理者を中心に職員全体でサービスの向上に努めています。

| 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 | 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) | ○                     | 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    |    |   |   |   |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価              | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |   |
|-------------------|------|--|--|---|---|
|                   |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 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踏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   | 理念は玄関に貼り常に確認している。入居者様がゆっくり過ごせるように業務改善を積極的に行っている。又、季節に合った行事や、入居者様の意見を取り入れ、意思を尊重できるように心掛けている。                              | 4項目からなる独自の理念があり、その中で「地域に根ざした生活」という文言を掲げ、地域密着型の理念として確立しています。理念は玄関に掲示したり、パンフレットに掲載し、職員間で共有していません。                     |   |
| 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   | 理念に基づきスタッフは地域の方へ日常的な挨拶や会話をし、入居者様が散歩に行った際も挨拶を心掛けています。又、行事の時にはボランティアの方に来て頂き、交流を深めている。                                      | 地域の方と日常的に挨拶を交わしています。地元の夏祭りに参加したり、ホームのクリスマス会に手品や踊りのボランティアの方が来ています。近くの児童デイサービスの利用者を招き、ホームの畑仕事を一緒に行っています。              |   |
| 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   | 運営推進会議にて、ホームの内容や認知症について地域の方々の質問に答える機会を設け、理解して頂いている。  |   |   |
| 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                                      | 2ヶ月に一度運営推進会議を行い、ホームについて報告をする事で参加者から良い意見を得る事が出来ている。会議の後は議事録を作成し、スタッフがいつでも見れるようにし、サービス向上に活かしている。                           | 会議は2ヵ月毎に開催され、地域包括支援センター職員、町内会長、福祉部長などが参加し、行事や災害対策、地域交流などをテーマに話し合っています。家族の参加が減っていますが、議事録を送り、意見を得るよう努めています。           |   |
| 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に取り組んでいる  | 担当者と日頃から連絡を取り、情報を共有する事で必要時すぐに連絡を取り合えるようにしている。  | 運営推進会議に地域包括支援センター職員の参加があり、意見や情報を得ています。何かあれば管理者が区役所に出向き、相談しています。市や区の管理者会議でも担当者と情報交換をしています。                           |   |
| 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「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 | 勉強会や外部の研修で、身体拘束をしないケアについて学んでいる。学んだ事を現場で活かし実践している。  | 身体拘束は行っておらず、禁止の対象となる具体的な行為を記したマニュアルを整備し、勉強会も計画していますが、具体的な行為に関する職員全員の理解は十分といえません。玄関は日中は施錠せず、出入りがあればセンサーで分かるようにしています。 | サービス指定基準における身体拘束の禁止の対象となる11項目の具体的な行為について、職員全員の理解が深まるよう、定期的な勉強会や内部研修の実施を期待します。 |
| 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                                       | 定期的に勉強会で学んでいる。入居者様にも変色等がある場合、「いつ出来たか」等原因追究し、記録に残している。スタッフの対応・口調等、第三者目線で見るとどう映し出されているか？どう感じるか？等、現場やミーティングを通し話し合い、防止に努めている |   |   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 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    | 外部研修や社内での勉強会等にて学ぶ機会を作り、個々の必要性に応じて活用し支援している。  |  |                   |
| 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                         | 契約、解約に関する説明は十分に行い、理解・納得を得られる様支援している。又、日々の不安や疑問点の把握と解決に向け対応している。                              |  |                   |
| 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                      | 意見箱を玄関に設置。入居者様・御家族様等とのコミュニケーションを図り、意見、要望をくみ取り支援に反映させている。又、意見や要望があった場合は、スタッフミーティング等にて話し合っている。 | 家族が来訪した際に様子を伝え、毎月のお便りでも利用者ごとに様子を記載して、家族の意見を引き出すように取り組んでいます。また、家族が多く参加するような行事を企画し、実施しています。                                  |                   |
| 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                                      | 社内ミーティングや現場を通してスタッフの意見や提案を聞き、反映させている。  | 毎月1回のミーティングの中で職員が活発に意見交換しています。事前に書面で意見を収集したり、新人から順番に意見を聞くなど、全員から効果的に意見が出るようにしています。管理者と職員との面談も随時行っています。毎月の行事は職員が交代で担当しています。 |                   |
| 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      | 向上心を持って働けるよう、必要時は業務改善等行っている。   |  |                   |
| 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         | ミーティングでの介護技術の向上や、管理者がスタッフの不安点等を聞き解決できるよう勧めている。又、外部研修や社内研修への参加呼びかけを行い、研修を受ける機会を取り持っている。       |  |                   |
| 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 | 同区グループホーム主催の研修や他グループホームの見学等にて、交流を図ったり意見交換をしたりとサービスの質の向上に繋げている。                               |  |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|-----------------------------|------|---|--|--|-------------------|
|                             |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 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 | サービス利用前に御本人様と面談を行い、不安な事や困っている事、要望等に耳を傾け、安心してもらえるよう十分に話し合いを行っている。耳を傾けるだけではなく、何気ない会話の中で気持ちを探る様心掛けている。                |  |                   |
| 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            | 御家族様と話し合いの中で困っている事や不安等を傾聴し、何気ない会話の中からも気持ちを探る様心掛け、安心してもらえるよう努めている。  |  |                   |
| 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        | 入居だけが解決策ではないので、御本人様・御家族様の悩み等を再度問う。アセスメントを行い、「出来る事」「出来ない事」を見極め自立支援に向けてケアプランを作成し、状態に応じ他のサービス利用も含め対応に努めている。           |  |                   |
| 18                          |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<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                           | 入居者様が主体となるような行事や日常生活を行っている。一緒に作業をし、喜びを共有したりしお互いに支え合う関係を築いている。一方的なケアは行わず要望を聞きながら話し合いをし、出来るだけ過ごしやすい様な環境を作れるよう心掛けている。 |  |                   |
| 19                          |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<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            | 行事等の参加時は御家族様に協力してもらったり、御本人様と一緒に楽しむ機会を提供している。   |  |                   |
| 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                        | 馴染みの方々、場所の関係が途切れぬよう支援している。   | 友人が頻繁に来訪する利用者もおり、ホームとして歓迎しています。電話や手紙のやり取りも支援しています。個別の外出の際に、以前に住んでいた場所の付近を通ったり、希望に応じてデパートや工場見学、個別の外出などに出かけています。 |                   |
| 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                    | 行事や散歩、リビングのテーブル席等、気の合う同士が過ごせるよう工夫している。又、会話が苦手な方には、スタッフが間に入り会話をつなげたり、お互いの関係が築けるよう支援している。                            |  |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                                    |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 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                    | 退居後も相談があった場合は応じている。必要に応じて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   | 日々のケアや会話の中、ケアプランの説明時に意向や希望を聞き把握し、ケアプランに反映したり、行事にくみ取ったり等している。困難時は、御本人様の思いをくみ取ったり、御家族様の意見も合わせて検討している。 | 思いや意向を表出することが難しい利用者の場合も、コミュニケーションや過去の経験などから思い等を把握しています。生活歴や課題、家族の意向などを記した利用者台帳を作成し、情報を追加しながら共有しています。           |                   |
| 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                                       | 入居時の面談や情報、御本人様・御家族様との会話をもとに、生活歴や馴染みの暮らし方、入居するまでの経過等把握し、ミーティングで話し合ったり、書面にて全スタッフ周知している。               |  |                   |
| 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   | 出来る事、出来ない事を見極め自立支援に努めている。常に心身の状態観察を行い、「いつもと違う」等の早期発見・早期対応に努めている。                                    |  |                   |
| 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 | 入居前やケアプラン説明時に希望や意向を聞き取り、それに基づきスタッフ間でアセスメント、モニタリングを行い介護計画を作成し、実施している。                                | 介護計画は3ヵ月で更新しており、きめ細かな計画が作られています。アセスメントの際は職員全員が書面により意見を提出し、目標達成状況を細かく整理し記録しています。職員全員が介護計画を意識しながら、日々の記録を作成しています。 |                   |
| 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                        | 個別に日々の様子、身体面や精神面も記録している。申し送り時や連絡ノート等にてスタッフ間で情報を共有し、介護計画の見直しにも反映し、統一したケア、実践に活かしている。                  |  |                   |
| 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               | 御本人や御家族様のニーズ把握に努めており、ニーズに合った対応を検討し、柔軟に対応できる様に取り組んでいる。又、共同生活において個々のニーズに対応できない事は、話し合いの場を設け対応している。     |  |                   |
| 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                         | 避難訓練は年2回行っている。消防署の立ち会いもあり、安全に生活できる様取り組んでいる。   |  |                   |
| 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                     | 協力機関の往診、必要時受診をしている。入居前から通院している他院については、スタッフ対応や家族の協力にて通院できる様支援している。又、主治医への報告・連絡・相談も行っている。             | 協力医療機関による月1回の往診を受けています。その他の通院についても概ねホームで支援しています。往診内容はバイタル記録に記載し、通院時の受診内容は介護記録に記載し、必要に応じて家族に報告しています。            |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価  |   | 外部評価              |  |
|----------------------------------|------|--|---|---|-------------------|--|
|                                  |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 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                      | 入居者の行動、言動等でいつもと違う様子の時はすぐにバイタル測定をし、協力機関への報告・連絡・相談を行い指示に従い受診等する。又、往診時にも相談し対応している。 |   |                   |  |
| 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。又は、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。 | 管理者が窓口となり、病院関係者と入居者の状態や、退院等について情報収集、情報交換、相談等を行っている。                             |   |                   |  |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居者の状態変化に応じて、その都度御家族様へ状態報告をし、ホームでの出来る事、出来ない事を十分に説明をした上で今後の方針について話し合いを行っている。     | 利用開始時に「重度化した場合の対応指針」を説明し、利用者および家族より同意の署名捺印を得ています。ホームでの看取りは難しい旨を説明していますが、医師と相談の上、ホームで可能なかぎりの対応を行うようにしています。 |                   |  |
| 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   | 勉強会、自己学習、研修会等に参加して、身に付けている。   |   |                   |  |
| 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   | 定期的に避難訓練を行っている。地域の方を交えて避難訓練を行ったり、運営推進会議にて災害をテーマにして話合ったりしている。                    | 年2回、昼夜を想定した避難訓練を消防や地域住民の協力を得て行っており、住民には避難した利用者の見守りを依頼しています。職員の救急救命訓練は10月に全職員の受講が完了する予定で、災害時の備蓄品も準備しています。  |                   |  |
| <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  | 常日頃意識してケアを行っている。  | 利用者への呼びかけは苗字または名前に「さん」づけとしています。職員の対応で気になる点があれば、その都度管理者が注意しています。職員は理念に沿って利用者個々の尊厳を尊重しています。                 |                   |  |
| 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   | 日々の関わりの中で、入居様が希望や思いを伝えたり、自己決定できる様、声掛けや選択肢を出す等工夫し働きかけている。                        |   |                   |  |
| 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                                   | 入居者の生活スタイル（1日の流れ）に合わせて対応している。又、外出や買い物等、希望にそって対応している。                            |   |                   |  |
| 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  | 出来ない部分や不十分な部分を介助し、その人らしい身だしなみやおしゃれが出来るよう心掛けている。                                 |   |                   |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   |   | 外部評価              |  |
|------|------|---|--|---|-------------------|--|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 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    | 入居者様には、調理参加、食器拭き等を手伝って頂いている。盛り付けの工夫なども行い、見た目でも楽しめるよう心掛けている。                                      | 各利用者が能力に応じて、いもの皮むき、ごますり、食器ふきなどを手伝っており、一緒に調理する行事も行っています。職員も一緒に楽しく同じ食事を摂っており、畑で採れた野菜を提供したり、希望に応じて外食も行っています。                   |                   |  |
| 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         | 食事・水分量は毎日記録に残している。1週間ごとにメニューを作成し栄養のバランスを考えながら作っている。  |   |                   |  |
| 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                  | 毎食後口腔ケアを行い、個々に合った介助をしている。  |   |                   |  |
| 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むけた支援を行っている  | 排泄チェック表を使用し、個々の排泄パターンを把握している。又、必要な場合を除き、オムツを使用しない支援をしている。  | 全員の排泄チェックシートを作成し、パターンを把握して、誘導が必要な方は誘導介助を行っています。誘導の際は羞恥心に配慮し、直接的な表現を避けています。利用開始時にオムツを利用していた方で、布パンツとパッド、リハビリパンツなどに改善した例もあります。 |                   |  |
| 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                  | ヨーグルトや牛乳の提供、食事の工夫や毎日の体操等を行っている。個々に応じた声掛けや対応により予防出来ている部分もある。                                      |   |                   |  |
| 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 | 入浴日は決めているが、他に入浴希望があれば希望に合わせて入浴できる。又、個々に合った声掛けの工夫や、タイミングを計っている。入浴中はコミュニケーション等を図り、楽しい入浴になる様心掛けている。 | 週4日の入浴日を設け、各利用者が週2回、主に午前の時間帯で入浴を行っています。拒否がある場合でも職員の対応方法が確立しており、スムーズに入浴できています。入浴剤を使ったり、たくさんの会話をしながら入浴を楽しんでいます。               |                   |  |
| 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                   | 日中リビングで過ごす方が多いが、自室で休み、ラジオを聞いたり、テレビを見たり等、自室で休息する事もある。又、身体状況に応じて休息を支援する。                           |   |                   |  |
| 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              | 処方箋のファイルを見ながら薬をセットしている。又、症状の変化が見られる場合は、主治医に報告・連絡・相談を行っている。                                       |   |                   |  |
| 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 | 誕生会には、その月の誕生者が食べたい物を取り入れたり、毎月の行事以外にも、散歩・趣味活動を行い気分転換の支援をしている。                                     |   |                   |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   |  | 外部評価              |  |
|------|------|--|--|--|-------------------|--|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| 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                     | 散歩や外出・外食等、個々の希望を聞きながら実行している。又、御家族様に呼びかけ行事に参加して頂いたり、町内会のお祭りなどにも積極的に参加している。  | 日常的に近くの公園を散歩したり、買い物に出かけています。車いすの方も一緒に外出しています。年間行事では花見やさくらんぼ狩り、工場見学、動物園見物、地区会館でのクリスマスパーティーなどに出かけています。冬でも外気浴や除雪で外に出ています。                   |                   |  |
| 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  | お金が手元にないと不安という方に関しては、紛失しても支障のない額を御家族様と相談の上、本人持ちにしている。買い物に行く際は、スタッフが付添を行う。  |  |                   |  |
| 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   | 手紙や電話は御本人様の状態に合わせて支援している。又、会話の内容等は記録に残すようにしている。  |  |                   |  |
| 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 | 不快のないよう、掃除を徹底している。季節の物を飾ったり等工夫している。  | 共用空間は開放的で、キッチンから全体を見渡すことができます。奥に畳の小上がりがあり、落ち着ける場所となっています。壁には行事での写真や絵画、季節の装飾などが飾られ、遊び道具なども置かれています。温度や湿度、明るさも調整され、全体が清潔に保たれ、快適に過ごすことができます。 |                   |  |
| 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  | 状況や本人の気持ちを配慮して、他席に移動したり、入居者様同士がコミュニケーションが図れるよう工夫している。  |  |                   |  |
| 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  | 御本人様が使用していたもの、馴染みの物を居室内に設置。違和感のない居心地の良いスペースを作っている。   | 居室は利用者の持ち込んだテレビや戸棚、ベッドなどがあり、家庭と同じようにくつろぐことができます。壁にもカレンダーや飾りものなど、好みのものを自由に飾っています。大きめの使いやすいクローゼットも備えられています。                                |                   |  |
| 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」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  | 1.2階の共用スペースには手すりを設置。バリアフリーとなっている。事故につながる様な物は置かず、環境整備している。なるべく個人個人出来る事はして頂き、常にそれが安全である様見守りや設定をし、自立した生活が送れるよう支援している。 |  |                   |  |