

## 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   | 0171100191        |            |           |
| 法人名     | メリーライフ株式会社        |            |           |
| 事業所名    | グループホーム里の家千歳 スイセン |            |           |
| 所在地     | 千歳市若草1丁目18-2      |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成22年5月1日         | 評価結果市町村受理日 | 平成22年7月6日 |

※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 | <a href="http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171100191&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171100191&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 ふるさとネットサービス        |
| 所在地   | 札幌市中央区北1条西5丁目3番地北1条ビル3階 |
| 訪問調査日 | 平成22年6月28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)】

当事業所では、愛のある暮らしの中で、楽しく生涯を送れることを願いとし信じ合える希望ある福祉を創造し、社会に貢献していくことをモットーにしています。具体的には、ご自宅での生活状況が、入居しても延長したものとなるよう配慮しながらご自宅に近い環境となるよう努め、支援させて頂いています。馴染みのある家具や道具に囲まれながらの食事作り、畑仕事、地域の交流などで、生活のリズムを通して、忘れていた昔の自分を取り戻し、穏やかに日常が過ぎせるよう支援に努めております。また、職員一人ひとりが、入居者様と生活を共にしていることを常に意識し、ゆっくりと関わりをもち、落ち着いた環境でコミュニケーションを図っております。

## 【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)】

千歳市の住宅地にある3階建て3ユニットのグループホームです。運営法人は札幌市などで合計4箇所のグループホームを運営し、グループホーム間で情報を共有してサービスの向上を図っています。職員は運営理念を十分に理解し、サービス評価(自己評価)やサービス向上に向けた目標達成計画の作成に積極的に取り組んでいます。地域との交流や外出行事を活発に行い、利用者の生き生きとした生活を実現しています。アセスメントやケアプランの作成を綿密に行い、一人ひとりの状態に合わせたサービスが提供されています。運営法人の支援体制が整い、マニュアルや社内の研修も充実しています。食事の面では、利用者が楽しめるようなメニューを工夫したり、毎回食事を写真に撮って系列グループホームと競って、内容の充実を図っています。通院支援や、家族への医療情報の提供、終末期の対応などの面でも支援体制を整えています。

## 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)     | ○<br>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)  | ○<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 | 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)            | ○<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 | 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 | 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 | 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)  | ○<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 | 職員は、生き生きと働けている<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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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) | ○<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  | 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   | 管理者は日頃から申送りやユニット会議で理念や方針、目標等を日常的に話している。また、朝の申送り時に理念の申し合わせをし、その共有と実践に向け意識して取り組んでいる。  | 理念に「地域に愛され」という文言を入れて地域密着型サービスとしての理念を確立し、会議や申し送りで理念を共有しています。各ユニットでも独自に目標を設定しています。  |      |      |   |  |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している   | 特に夏場に地域の方々と触れ合う機会が多くあり、入居者自身も町内の一員であるというような認識があるようで顔馴染みになっているケースもある。  | 散歩の際やコミュニティセンターでの会合で地域住民や子供たちと交流しています。ボランティアの方々がホームを訪問してくれたり、行事に地域の方々が参加してくれています。                                       |      |      |   |  |
| 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   | 地域の行事などに参加したり、小学校との交流などから認知症の人々へ関わる機会が増えたり、何気ない普段からの挨拶などから身近に感じてきてもらっている様子がある。  |   |      |      |   |  |
| 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                                      | 二ヶ月に一度、管理者を中心として、運営推進会議を開催している。ホーム側の取り組み状況の報告し、地域からの状況報告も行って頂き、話し合いを行うことで、サービスの向上に繋がっている。                                 | 運営推進会議は2ヵ月毎に開催され、防災や外部評価、行事など多くのテーマを話し合っています。地域包括支援センター、民生委員などの参加を得ていますが、利用者家族の参加は十分とはいえません。                            |      |      | 運営推進会議に幅広く利用者家族の参加を呼びかけるとともに、直接の参加が難しい場合は事前に意見を収集したり、会議内容を報告したり、情報を提供するなどの取り組みを行うことで、サービス向上に活かすよう期待します。 |  |
| 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に取り組んでいる  | 市町村との連携について、本部職員が担当窓口として主な働きかけを行っており、その時々により事業所管理者等も行き来している。  | 市の介護事業者が集まる地域包括会議にホーム長が参加しています。市と情報交換を行って相談できる関係を築いています。市の担当者がホームを見学に来ることもあります。   |      |      |   |  |
| 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 | 「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」についての資料をスタッフ全員に配布し理解を得ている。日常での何気ない対応が拘束となっていないか？何気ない関わりや会話の中でお互いに指摘し合えるような環境作りを今後も継続して行っていく。 | 身体拘束に関する勉強会を行ったり、マニュアルを整備するとともに、契約書でも身体拘束をしない旨を記しています。ユニット出入り口や玄関は鍵を掛けていますが、利用者の閉塞感が起きないように、外出希望を察知して開けてあげるなど、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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている  | 本社及び管理者より高齢者虐待の定義やその内容詳細について各会議で都度説明行っており、入居者様が外泊等された後にも身体確認等行う事で、ホーム内外での虐待防止に努めている。                                      |   |      |      |   |  |

| 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    | 成年後見人制度の利用者は居るにも関わらず、まだまだそういった権利擁護の理解や学ぶ機会が少なく、日頃の会話でも話題になる頻度は少ない。今後はリーダーが会議の中などで紹介し、学びあうような機会を設けていく。   |  |                   |
| 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                         | 入居時には家族と十分なやり取りが行われ、書類でのサインも同意の上で進んでいる。しかし入居が長くなると初期の説明等は覚えていないご家族も多い為、その都度、十分な説明を行い、理解・納得が得れるように努めている。 |  |                   |
| 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                      | 面会時や定期的な電話連絡の際に家族からの意見や要望を確認している。また家族が一度に多く集まる機会を設け、家族同士の情報交換の場を設けている。                                  | 家族の来訪時などに意見を聞き、その内容を記録し職員で共有しています。重要事項説明書にホームや、市役所、国保団体連合会等の苦情・相談受付窓口を明記しています。                 |                   |
| 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                                      | 運営に関する職員意見は、毎週定期的に本部職員・管理者が現場に入り、各種会議の際、及び日常業務の中で聞き取りを行い、その内容について、本部で検討された後、必要と判断されたものについて反映されている。      | ユニット毎に法人職員も参加して毎週会議を行い、意見交換をしています。ユニット間の交流や情報交換も活発に行われています。法人内の異動は必要最低限とし、利用者のダメージを防ぐよう努めています。 |                   |
| 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      | 本部職員が、現場に入り個別に職員と話したり、悩み等を聴いたり職場環境の整備に努めている。また、職員個々の経験年数や資格取得に応じて賃金に反映することで向上心に繋げている。                   |  |                   |
| 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         | 内部研修、外部研修をなるべく多くの職員が受講出来るようにしている。勤務上、研修に行けなかった職員には、後日資料を配布し、毎月のユニット会議で発表してもらい、内容周知がなされている。              |  |                   |
| 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 | 市町村が主催する、地域包括会議などや、事業所が加盟している協議会が主催する研修会に積極的に参加している。その際、同業者との交流が図られており、情報を得ることで、サービスの質の向上に繋がっている。       |  |                   |

| 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 | 事前の面談及び見学案内の際に不安な事や希望についても可能な限りくみ取るよう努めており、本人様以外の親族の方にも情報提供依頼をし、本人様との関係が早期に身近なものと感じられるよう努めている。                         |  |                   |
| 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            | 現在まで殆どの場合が事前の見学案内及び面談等で納得の上、安心して申し込まれており、その後の本人様の生活や職員対応について事業所側に任せて頂けている。また、些細と思われる出来事についても都度連絡する事で更なる安心感に繋げる努力をしている。 |  |                   |
| 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        | 利用者のご家族の希望が一致しない場合もあるが、その際は職員も含めた三者間で話し合いを持つよう努めている。支援の優先度についてもケアプラン上でも説明行い、専門的な立場からもご家族にアドバイスしながら決定している。              |  |                   |
| 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                           | 料理・掃除・畑仕事等の場面で利用者に教えて頂きながら一緒に活動する事で、共に支えあったり楽しんだりする関係を築いている。また、常に利用者の気持ちに寄り添い、喜怒哀楽を共有出来る様な接し方に努めている。                   |  |                   |
| 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            | 事業所側の対応として細かな情報の伝達をご家族様に行う対応を継続しているが、各ご家庭の事情もあり全てが円満であるとは言えない。しかし、多種行事の呼掛け等で本人様と関わり合える機会の提供にも努める事で、関係が深まったケースもある。      |  |                   |
| 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                        | 知り得た情報を元に本人が馴染みのある場所へ行く事ができる支援を主に行事などを利用して実施している。また、家族からの情報収集も随時行っており友達との面会も時々みられる。                                    | 古くからの知人との関係が途切れないよう、電話や手紙のやり取りを支援しています。家族やホーム対応など両方の場合がありますが、馴染みの銭湯や美容院にも行っています。 |                   |
| 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                    | 以前のように離ればなれのテーブルも現在は一つにして過ごす等利用者同士の関係性は良好。職員からの促しや合図は必要だがお互いが近くもなく、離れすぎもしないほど良い距離感やバランスが保てている。                         |  |                   |

| 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                    | 契約終了後にもご家族から専門的な立場の意見やアドバイスを求めてきたりと良好な関係があったからこそその友好的な関係作りが継続されている場合がある。退去後のアドバイスなどは概ね管理者が対応している。 |   |                   |  |
| <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   | 日頃から何気ない会話を大切にし、利用者によっては非言語等のコミュニケーションも用いたり選択肢を設けるなどして本人の意思決定能力を引き出している。知り得た情報は職員間で共有している。        | 家族や利用者へのヒアリング、日頃の仕草や行動パターンから思いや意向を把握し、職員間で共有しています。センター方式のアセスメントシートを活用して意向を把握するとともに情報を常に更新しています。 |                   |  |
| 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                                       | 利用者やご家族より聞き取ったバックグラウンドや情報を利用して当時の生活習慣や文化なども含め日常生活に活かす努力をしている。また、入居までに利用したサービスの詳しい状況は把握できていない方もいる。 |   |                   |  |
| 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   | 職員の主観でその人の生活リズムや有する力を決め付けず、日常の関わりの中でさりげなく、出来る力や出来ない部分、一日の流れや、健康状態を汲み取り、見極め、情報収集し、職員間で共有し支援している。   |   |                   |  |
| 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 | ユニット会議や職員との日頃の意見交換、面会時等を利用して家族との意見交換により、全ての職員の気付きやご家族の希望等についても取り入れ計画を作成し、それに基づきケアの実践をしている。        | 当初のアセスメントをもとに、1～2ヵ月の期間の暫定計画を作成し、その後、職員全体の意見を集約して作成しています。家族や利用者にも説明し、その後は3ヵ月毎に計画の見直しが行われています。    |                   |  |
| 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、職員間で情報共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                         | 入居者個人様の特徴や変化、ケアの実践内容や過程、結果等を具体的に個別記録に記入し、職員間で情報共有する事で日頃のケアや計画作成に活かしている。申し送りノート等直ぐに確認できる工夫も行っている。  |   |                   |  |
| 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               | 利用者及びご家族の希望を聞き取り、可能な限り希望に沿ったサービス提供と支援を行うよう努めている。その時々のご家族の意向の変化に迅速に気付くよう普段から関りを深めている。              |   |                   |  |
| 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                         | 開設時より地域に根ざした感が実感としてあり、地域の方々からの呼掛けや、事業所側からのお誘いに円滑な交流が行なわれるようになってきている。今後もホームから情報や交流を発信していきたい。       |   |                   |  |
| 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し、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                    | 入居前にかかっていた病院受診の支援や、利用者やご家族が希望する病院への受診が行われており、満足感や安心感に繋がっている様子。協力医療機関内でも専門のDrへの紹介などあり本人にあった受診が出来る。 | 協力医療機関による2週間に1度の往診を受けています。かかりつけ医を受診する利用者も多く、通院支援を行っています。受診結果を記録し必要に応じて家族に適切に報告しています。            |                   |  |

| 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                      | 看護職の方の訪問・協力に限らず、栄養士による栄養指導なども行われており、健康管理に役立っている。今後も直ぐに相談が出来る関係を継続し更なる連携を深めていく。                               |   |   |  |
| 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。 | 入院時には職員が交代で面会に行き、その都度病院関係者より情報を得てホームやご家族に報告している。また受け入れる病院側も1ヶ月以内の早期退院目標を理解しており協力を得ている。                       |   |   |  |
| 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 | ターミナルケアについて事前にご家族及び利用者意向を確認する事に努めているが、時として思いの相違は伺える。その場合についても専門的な立場から助言等させて頂く事で現在まで円滑にターミナルについてのご理解等が得られている。 | 終末期における対応について、利用者や家族と話し合い、ホームの対応可能な範囲を説明しています。重要事項説明書の中で指針を示し、過去に看取りも経験して、ホーム全体で対応できる準備を整えています。     |   |  |
| 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   | 定期的に救命講習や避難訓練を実施している。お餅を食べる前などには職員間で緊急時の対応を再確認してから提供する等いざという時に備えて提供するなど日頃から職員間で注意や助言が出来る関係にある。               |   |   |  |
| 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   | 年2回の消防訓練の実施により災害対策について全職員が周知している。また、訓練内容についても都度状況を変え様々なケースを想定し実施している。訓練参加者は真剣に参加し学んでいる。                      | 年2回、日中と夜間を想定し、住民の方々の参加も得て避難訓練を実施し、防災マニュアルも整備しています。救急救命訓練は普及員の資格を持つ職員もいますが、職員全員の定期的な訓練受講までには至っていません。 | 救急救命訓練について、各職員が2～3年に1度程度は受講する機会が得られるよう、計画的な訓練参加の検討を期待します。 |  |
| <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  | 排泄時の声掛けだけでなく、汚れや臭い、食べこぼし等の場面に対する声掛けなど内容に十分配慮し、言葉を選びながら慎重に対応を行っている。場合によっては本人や他者に気づかれないようなさりげない対応をしている。        | 利用者の誇りやプライバシーを尊重し、普段の言葉掛けやトイレ誘導、排泄介助に気を配っています。個人記録等も適切に保管しており、情報管理も徹底しています。また、面会簿は単票形式にしています。       |   |  |
| 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   | 日頃から意思や希望を確認できるような声かけや、選択肢を設ける場面を作るよう意識している。統合失調症の方には指示的な声かけをするなど相手の病気や症状に合わせた引き出し方や関わり方を工夫している。             |   |   |  |
| 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                                  | その日の体調や、申し送りより受けた夜間の睡眠状況などを考慮し、安全に配慮しながら、出来るだけ自分らしく一日を過ごせる様支援している。夜間の巡回体制ではしわ寄せが入居者に向かないよう巡回体制に工夫をしている。      |   |   |  |
| 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  | 更衣や入浴の際には一緒に服を選んだり、起床時には鏡やブラシをセッティングし、自分の方でおしゃれが出来るよう支援している。今後は買い物で身につけるアクセサリを選んでもらう等の場づくりを行っている。            |   |   |  |

| 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    | チラシやTVなどを見ながら一緒に献立を考えたり、何気ない会話から好みの把握をし、それを献立作りに反映している。簡単な下準備や食器拭き等は職員と一緒にいき、出来る力を利用した家事参加を実施している。    | 各ユニットで食事のメニューを考え、職員が利用者と一緒に会話しながら食事をしています。毎食を写真に撮り、彩りやメニューの向上に取り組んでいます。利用者も可能な範囲で食事の準備を手伝っています。        |                   |  |
| 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         | 体重やご家族から確認した昔の体型などを踏まえ1人1人に適した量を提供出来ていると思われ、太ったり痩せたりと極端な例は未だない。また、提携医療機関の栄養士と協力し献立の栄養指導なども実施している。     |  |                   |  |
| 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                  | ほぼ毎食口腔ケアの実践は行っている。介入が困難な方でも一日に一度、特に夕食後には口をゆすぐなどの状況が確認できている。今後は介入が困難な方に対する関わりの工夫が必要。                   |  |                   |  |
| 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  | 排泄チェック表を活用し、職員同士の無駄な排泄の声を掛け合いをせずにさりげなく利用者の排泄リズムで排泄を支援出来ており、失禁も減少している。オムツから綿パンツへの移行も状況に応じて実施している。      | 利用者の一人ひとりの排泄のパターンを把握し、タイミングを見て誘導しています。排泄状況の把握により、失敗の回数やおむつ使用の減少を実現しています。                               |                   |  |
| 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                  | 現在浣腸や座薬の使用者は1人もおらず、便秘症の大半はヨーグルトを上手く食事に取り込む事で解消出来ている。排便周期の把握は出来ており、食事、水分も上手く支援出来ているので今後は運動に力を入れていきたい。  |  |                   |  |
| 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 | 入浴時間や順番は本人様の希望を取入れている。手すりや入浴椅子などの使用で安心して入浴出来ている様子。今までは滑るという理由で消極的だった入浴剤の利用も入居者の気分や好みに合わせて実施し好評である。    | 毎日、午前・午後とも入浴することができ、週に2～3回程度は、入浴しています。入浴の長さや順番もできるだけ利用者の希望に合わせています。入浴を拒む場合は、家族に説得や約束をしてもらうなどの協力も得ています。 |                   |  |
| 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                   | 午前・午後、または前の日の睡眠状況と本人の意思を踏まえ休息時間を設けるようにしている。休息やしっかり睡眠が取れることで日中や休息時以外の時間帯への活気が繋がっている様子が伺える。             |  |                   |  |
| 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              | 誤薬防止の為、名前や日にちを読み上げ、飲み込むまでの確認を統一した対応として取り組んでいる。受診時や薬局では薬の作用について薬剤師からアドバイスをもらったり、Drと相談し薬を減らせるように調整している。 |  |                   |  |
| 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 | 自らの仕事であると認識したり役割と感じ、自発的に家事参加等行われる方もおられる。見守り及び一部介助にて実施し、出来た時には感謝の言葉掛けをし、やりがいや張り合いを感じて頂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 |  |
| 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                     | 可能な限り個人様々の希望に沿った外出を支援しており、玄関先等で外気を吸うなど簡単な事からすすんで行っている。その日に直ぐに対応や実施出来ない場合でも、ご家族と相談したり翌日中に実施する事で要望を実現している。              | 日頃から散歩や買い物、コミュニティセンターの会合などに出かけています。花見や外食、初詣、野球観戦、お墓参りなど、年間行事や個別の外出支援を取り入れています。                 |                   |  |
| 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  | 現在金銭を少額でも自己管理している方はおらず要望や不安を訴える事もない。何か必要な物があればスタッフに希望を伝えてくるケースが多く安心して頼める関係作りが出来ている様子。外出時にはお金を渡し、本人に支払いをお願いする場面も作っている。 |  |                   |  |
| 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   | 普段から手紙を書いたり電話をする機会も少なく、「別に書きたくない」と拒否する方も多く。また、ご家族からも「電話は依存されても困る」と遠慮される方も多く、今後は双方に対する重要性や意味を伝えていく必要がある。               |  |                   |  |
| 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 | 職員の一方的な視点での空間作りなどに注意し、あくまで利用者主体である事を職員は認識しながら快適な生活が営めるよう努めていく。季節感のある装飾を意識したりと、総合的な空間演出や環境整備が以前より出来ていると思われる。           | 共用空間は清潔に保たれ家庭的な雰囲気となっています。壁には行事や外出時の写真、利用者の作った装飾が飾られています。温度や湿度、光や音も適切に調節され居心地よく過ごせるように保たれています。 |                   |  |
| 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  | 時々一人になれる場所や、何気なく他者の存在を感じられる場所にソファを設置し、安全に配慮しながら1人で過ごす事が出来る場所での過ごし方など工夫している。表情からも安心して様子が観察できる。                         |  |                   |  |
| 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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている   | 入居以前に使用されていた馴染みの家具や生活用品を持ち込んで頂き、利用者、ご家族とも相談しながら個人個人の個性が活かされた居心地の良い安全面に配慮した居室となるよう工夫している。                              | 居室は利用者の馴染みの家具や生活用品が自由に持ち込まれ、安心して過ごせる場所となっています。居室の入り口には見やすい文字の表札を設置しています。                       |                   |  |
| 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」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  | ハード面で足りない部分を福祉用具などの簡単な工夫で本人の出来る力を引き出せるような環境作りを意識している。また用具に頼ったり職員の安易な介入は行わず本人の認識力や残存能力を引き出す関わりを日頃から意識している。             |  |                   |  |