

### 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   | 1771500277         |            |            |
| 法人名     | 株式会社 ウェル           |            |            |
| 事業所名    | グループホーム宝達の郷(たんぼぼ)  |            |            |
| 所在地     | 石川県羽咋郡宝達志水町今浜148番1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年11月20日        | 評価結果市町村受理日 | 平成26年3月27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="https://www5.pref.ishikawa.jp/kaigosip/Top.do">https://www5.pref.ishikawa.jp/kaigosip/Top.do</a> |
|          | <a href="https://www.wam.go.jp/">https://www.wam.go.jp/</a>   |

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 金沢市社会福祉協議会      |
| 所在地   | 金沢市高岡町7番25号 金沢市松ヶ枝福祉館内 |
| 訪問調査日 | 平成26年1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)】**

能登最高峰の宝達山がきれいに見える場所に当ホームは建てられています。ドライブや昼食会、夏祭りなどの各種イベントを随時開催し、近くにあるグループホームの皆様とのクラブ活動や、地域の方を講師に招いた教室や法話なども開催しています。「自由にゆったり、ありのままに生活を送っていただく」「一人ひとりのその人らしさを尊重する」等を理念に掲げ、利用者ご本人の意思を尊重し、自分のペースで安心した生活を送っていただけるよう、ご本人とスタッフとが話し合い、よりよいサービスが提供できるように日々努力しています。

**【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)】**

理念に基づき、一人ひとりのその人らしさを尊重している。調理専門の職員を配置し、利用者の起床時間にあわせた朝食に応じたり、行商の魚屋に来てもらい利用者と一緒に食材を選びメニューを考え食事を楽しめるよう工夫している。昨年の外部評価結果を受けて、利用者にこれまでの生活リズムを踏まえ、希望する日に入浴してもらうなど課題の改善に向けた具体的な取り組みが見られる。これまで培ってきた馴染みの人や場所との関係の継続性も大切にしており、行きつけの美容院の利用や墓参り、手紙での連絡などができるよう支援している。また、散歩、花見、紅葉狩り、回転すしでの外食など、利用者の希望に沿って自由な暮らしができるよう支援している。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～59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   |
|----|--|----|---|
| 60 | 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)     | 67 | 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)   |
| 61 | 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:18,42)           | 68 | 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)                     |
| 62 | 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:42)                 | 69 | 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) |
| 63 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:40,41)   | 70 | 職員は、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 64 | 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:53)                | 71 | 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                                       |
| 65 | 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)       | 72 | 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                                   |
| 66 | 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) |    |   |

# 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                                | 全職員で開催する月1回のユニット会議で、必ず理念を唱和し、理念に基づいてサービスが提供できているか、対応を協議している。   | 各ユニット及び玄関ホールに理念が掲示しており、職員がそれをいつでも確認することができる。月1回、全職員が参加するユニット会議で事業所の理念を唱和するとともに、理念に基づいた支援が実践できているかを、個別のモニタリングを通じて確認している。   |  |
| 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                                | 地域の祭りを招待したり、文化祭に作品を出展したりしている。夏まつりに、地域の太鼓サークルに来てもらい披露してもらった。地域の方が、自分の畑でなった作物を届けてくださったりする。   | 町会には加入していないが、利用者が地域とつながりながら暮らせるよう神社の祭礼、文化祭に職員と一緒に参加したり、事業所の夏祭りや行事に地域住民、保育園児を招くなど交流を続けている。お互いの行事への参加だけでなく、畑で採れた野菜のおすそ分けがあったり、散歩の際、挨拶を交わすなど良好な関係を築いている。                     |  |
| 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                              | 社長・事務長が認知症キャラバンメイトに登録し認知症サポーターの養成に尽力している。  |   |  |
| 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           | 運営推進会議では、利用者の状況報告や、事業報告を行っている。随時、必要な情報があればお知らせしたり意見交換等を行っている。ご家族から「心のよりどころに、仏壇を置いて欲しい」とのご意見があったため設置した。利用者が花を摘んできたり、水を交換したりと、お参りごとが生活の一部となっている。 | 運営推進会議は、利用者家族(各ユニット代表)、町担当課職員、区長、各ホーム長、事務長、社長で構成され、2ヶ月に1回開催している。会議では、前回外部評価結果及び目標達成計画の報告、課題の検討などを行っている。入浴可能日の改善(週2回→入浴希望者がいる日)、地域の防災訓練への参加(予定)などサービスや運営の向上につなげている。        |  |
| 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                      | 町担当者とは顔なじみになっており、毎月の事業所だよりを町健康福祉課へ届け、事業所の実情等を報告している。運営推進会議にも参加して、意見を頂いている。   | 町担当者とは、これまでの運営推進会議や困難ケースの相談などを通じて、事業所の取り組みや現状について情報を共有し、連携する関係を築いている。   |  |
| 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」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 | 自由に出入りしていただきたいため、鍵は開設当初から施錠していない。移動(立ち上がり)がしやすいように、身体状態により座面が固い椅子に座ってもらったりしている。椅子の肘おきにクッションを入れ、傾きを防止している。                                      | 玄関や居室は施錠されておらず、ベットには柵はない。契約書には利用者の身体拘束を行わないことが明記され、利用者のモニタリング記録には外出しやすい時間が記載してある。昨年度、身体拘束に関する内部研修を実施しているが、どのような行為が身体拘束となるのか、また、身体拘束の弊害について十分な資料が残されておらず、職員が情報共有できる体制ではない。 | 利用者の人権を守るという観点から、また、職員個々の取り組みが事業所全体としての取り組みとなるよう、あらためて身体拘束をしないケアについての研修を行い、その記録を保存することが望まれる。 |

| 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 |
| 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        | 県主催の講演会にスタッフが順番に受講している。  |   |                   |
| 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    | 必要であれば、活用できるように対応している。以前、実際に利用している利用者もおられた。  |   |                   |
| 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                         | 時間をとり、十分に説明していると思うが、その都度不安や疑問などがあれば、再度説明を行っている。質問も随時受け付けている。   |   |                   |
| 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                     | ご家族のご面会時に、また運営推進会議にて意見徴集を行っている。運営会議資料は、玄関においてあり誰もが自由に閲覧できるようになっている。また、ご家族全員に会議資料を送付し、意見を求める用紙も添付している。                    | 玄関ホールには意見箱を設置し、苦情受付窓口を掲示している。また、運営推進会議資料を送付する際、運営に関する意見を記入する用紙を同封するなど家族等の意見を汲み取る機会を設けている。また、家族が面談に来た際に寄せられた意見等を、ユニット会議で報告し対応策を検討している。               |                   |
| 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                                      | 毎月のユニット会議等で意見徴集をしている。また、気づき・発見・提案レポート用紙を作成し、随時意見を徴集し検討・実施を行っている。   | 全職員が参加する月1回のユニット会議で、社長が職員から意見や提案を聞き、ユニット会議録に残している。また、年に1回、職員との個人面談を行っている。職員からの「家庭と同じような雰囲気ですぐに食事ができる企画をしたい提案」を受け、カセットコンロを利用し、利用者が一つの鍋を囲んでの食事会を実施した。 |                   |
| 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      | 毎月のユニット会議、チーフ会議に参加し、職員の状況を把握している。夏祭り後に、慰労会を開催している。就業規則にも基づいて勤務し、年2回定期検診を行っている。   |   |                   |
| 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         | 初任者研修は全員受講してもらっている。実践者研修は可能な限り受講してもらっている。その他必要な研修は会社から受講してもらっている。外部研修の案内は、随時行っている。(パート職員も同様である)ホーム内の勉強会も外部から講師を招き、行っている。 |   |                   |
| 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 | 日本認知症グループホーム協会に所属し、常に新しい情報を取り入れている。協会主催の研修に参加し、他地域の事業所と交流を持ち、情報交換を行っている。   |   |                   |

| 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 |
| <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 | 事前の家庭訪問等でお話を伺っている。本人に納得された上で利用していただきたいので、必要であれば何度か時間をかけて説明に伺う。   |   |                   |
| 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            | 事前の家庭訪問等でお話を伺っている。ご本人との面会前に利用の意思確認ができていないかをご家族に確認し対応している。ご本人を無理に利用させることは、ご本人や利用されている方々にも影響が大きいことを伝え、不安が少しでも小さくなるように相談などに応じている。また必要であれば専門医への紹介等や受診同行なども行っている。 |   |                   |
| 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        | ご本人の状況やご家庭の状況を見ながら、介護保険サービスやその他の説明を行っている。必要であれば、地域包括にも連絡し必要とされる情報などを提供している。試験的に日帰りや1泊利用で様子を見ることもある。  |   |                   |
| 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                        | 利用者と職員が一緒になり、家事などを行っている。利用者が味をみながらゴマ味噌を作ってくれたり…当直者がおきていると、「風邪ひくから早く寝んちね。」とやさしく声をかけてくださる。夏祭りでは、スタッフと利用者が一緒につくった食事で家族をもてなした。                                   |   |                   |
| 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         | 毎月担当者から状態を記載したお便りを送付している。ご家族と一緒に休みを自宅で過ごしたり、ランチにでかけている利用者もおられる。遠方の家族に手紙を出される方もおり、希望者にはホームでとった写真を一緒に送付したりしている。受診介助もご家族にお願いしている。                               |   |                   |
| 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                     | 文化祭には、町役場に出展作品を見に行ったりしている。かかりつけ医もそのままかかっているし、行きつけの美容室にも行っている。  | 入所時のアセスメントにおいて、利用者がこれまで築いてきた人間関係や地域社会との関係を把握している。馴染みの美容院の利用や墓参り、町文化祭への参加など、これまでの関係を継続できるよう支援している。 |                   |
| 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                 | 利用者全員で、レクをしたりドライブに行ったり。孤立しがちな利用者には、職員が間に入り話の橋渡し役をしている。関係性が悪くなってきた利用者が出てきた場合は、状態が落ち着くまで、さりげなく食事の席替えをしったり等で対応する。利用者同士昔話をしながら楽しんでいることもあり、教えてもらうこともある。           |   |                   |

| 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   |
| 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                    | 入院された利用者がいれば職員が退所後もお見舞いに行っている。お亡くなりになった利用者の葬儀にも列席させてもらっている。   |   |   |
| <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   | 何気ない会話の中から、本人の意向をお聞きし、できることがあれば実行している。  | 日頃の利用者との関わりの中で、本人の話やしぐさから意向を汲み取るように努めている。気付いたことは、業務日誌や三測表、申し送り帳に記録している。それらを参考に、ユニット会議で利用者一人ひとりのモニタリングをしている。                       |   |
| 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                                       | ご家族やご本人、在宅のケアマネジャーやサービス事業者などから情報収集している。必要があれば、介護保険利用時からの書類など(主治医の意見書や調査書)を町役場まで行き閲覧させてもらったりしている。                                  |   |   |
| 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   | 1人1人の生活リズムをつかみ、ご本人がやりたい時に、できることを行ってもらっている。認知症状が進行した方についても、残存機能ができるだけ維持されるように声かけし、行ってもらっている。(集団での作業ができない方については、個別に少し離れた場所で行ってもらう。) |   |   |
| 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 | ケアプラン作成後、ご本人に説明。その後、ご家族に送付し2週間以内にご意見を頂いている。また、月1回のユニット会議にモニタリングを実施しており、プランの修正や追加などを行っている。   | 入所時に、担当ケアマネジャーが利用者や家族にアセスメントを行い、家族の同意を得たうえで介護計画を作成している。介護計画そのものは6ヶ月に一度定期的に見直しているが、毎月のユニット会議において利用者一人ひとりのモニタリングを行い、現状に即した支援を行っている。 | 人事異動や新しい職員を採用した時に、速やかに情報の共有ができるよう、入所後から現在までの利用者や家族等の声を誰もが確認できるような取り組みを期待する。 |
| 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                        | 毎日の状態を経過記録や三測表に記載している。新しい発見や何気ない一言を記録するようにしている。記録時、医療面は青色、当直時は赤色、その他は黒色など見やすく色分けしている。特に重要な事柄については、日誌に記載し職員からのサインをもらっている。          |   |   |
| 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、その時々にも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             | 訪問理美容や毎月主治医による往診が行われている。必要に応じ、整体師をお願いしたり、受診介助をしたりしている。  |   |   |

| 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                                      | 踊りや歌のボランティアが年に数回訪れる。   |   |                   |
| 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                                  | ご本人・ご家族の希望を重視し、かかりつけ医を決めている。専門医受診が必要と判断されれば、ご家族に説明しスタッフ同行のもと受診していただいている。基本的に受診介助はご家族にお願いしているが、対応できない場合は職員が対応している。  | 入所時に、本人・家族と話し合い、希望するかかりつけ医に受診してもらえるよう支援している。基本的には、家族の同行による受診としているが、都合が悪い場合は職員が対応している。受診結果やその後の対応について、事業所と家族が話し合い、情報共有している。また、専門医に受診するときは、家族と職員が同行している。                        |                   |
| 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                          | 必要があれば、随時電話連絡し支持を仰いでいる。週1回看護師が健康管理を行っている。  |   |                   |
| 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。 | 入院時には、ホーム側から情報提供書を送付している。入院時にも、何度が面会に行き状況把握に努めている。   |   |                   |
| 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、事業所の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  | 契約時に、おおまかな説明をしている。主治医や看護師等と相談し、その時が近づいてきた時に、改めてご家族に対し説明を行う。最終段階に入った時点で、ご家族、主治医、ホーム側と方針を決め情報を共有しながら、お世話させていただいている。終末期には、他の利用者への影響も考え、ユニットから少し離れた別室を準備し、ご家族に付き添ってもらい最後を迎えてもらう。 | 重度化した場合、看取りの対応について契約書に記載がある。入所時に、重度化した場合の対応及び看取りの指針に基づき、利用者及び家族に説明をしている。終末期に入った段階で、家族・かかりつけ医・事業所の三者で話し合い、それぞれが出来ることを確認し、対応方針を決めている。終末期支援の際は、他の利用者への影響を配慮し、ユニット外に別室を設けて支援している。 |                   |
| 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  | 定期的に勉強会を開催している。必要な項目(救命法など)は毎年宝達志水消防署に講師をお願いし、くりかえし行っている。  |   |                   |
| 35 | (13) | ○緊急時等の対応<br>けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている   | 緊急時の対応マニュアル・緊急時の連絡体制を整備している。連絡体制については、見やすい場所に貼っている。損害保険に加入している。  | 緊急時の対応マニュアルを整備し、各ユニットに整備している。緊急連絡網も各ユニットの誰も見やすい所に掲示している。職員は、年に1回、消防署や日赤が行うAED講習会に参加し緊急時に対応できるよう備えている。マニュアルは、年に1回4月に見直しを行っている。損害賠償責任保険に加入し、賠償資力の確保に努めている。                      |                   |

| 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   |
| 36                               | (14) | ○バックアップ機関の充実<br>協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている                       | 協力医療機関とはホームドクター的なかわり方で、相談に乗っていただいている。介護老人福祉施設とは、勉強会の案内や入居者の紹介などはあるが日常的な交流はない。   | 協力医療機関は、事業所から車で5分の所にあり、月に1回定期的に往診に来ている。入院施設が無い場合、重症者への対応は近隣の別の病院で対応している。<br>協力介護老人福祉施設とは、当該施設への入居を希望する利用者がいた場合に相談している。                                    |   |
| 37                               | (15) | ○夜間及び深夜における勤務体制<br>夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている                              | 各ユニット1名づつの夜勤体制となっている。緊急連絡網を整備し、緊急時に活用する仕組みになっている。管理者も近くに住んでおり、連絡すればすぐにかけつけ対応することが可能である。                                       | 夜間は、各ユニット1名づつの職員配置である。管理者を含む複数の職員が車で10分以内の所に居住しており、緊急時には迅速に駆けつけることができる。<br>医療行為が必要な場合は、職員の判断で、協力医療機関などに連絡し、対応している。  |   |
| 38                               | (16) | ○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           | 運営推進会議で行政や地域、家族の方々からいろいろなご意見をいただいている。家族から伝言ダイヤル活用の要望があり、スタッフが手順を学んだ。避難訓練は年に2回行っている。地域住民を巻き込んでの実施はない。消防設備の点検は、業者に委託し定期的に行っている。 | マニュアルに基づき、年2回、火災と地震を想定した避難訓練を行い、その後、反省会を実施している。運営推進会議での利用者家族の意見を取り入れ、職員及び家族が災害時の伝言ダイヤル利用方法を学んだ。<br>地域の防災訓練へ参加することの内諾は得ているが、事業所の避難訓練に地域住民の協力を得る体制には至っていない。 | 災害時に、速やかに利用者を避難誘導できるよう、地域への防災訓練への参加をきっかけとして、近隣住民との協力体制を築くことを期待する。 |
| 39                               | (17) | ○災害対策<br>災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている  | 緊急連絡網、マニュアルが整備されている。年2回の避難訓練を実施している。水や食料などの備蓄品についても徐々にではあるが整備している。  | 年1回の消防設備点検に併せて消火訓練を行っている。被災時に備えて、米、水、缶詰などの食料品、毛布などの防寒具、紙おむつや衣類を備蓄しており、年2回の避難訓練の際に、賞味期限や消費期限を点検している。   |   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |   |   |
| 40                               | (18) | ○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                   | 排泄面など、プライバシーを損ねないように耳もとで話すなどの対応を行っている。スタッフ採用時に、利用者のプライバシーについての守秘義務を徹底するように説明している。ホームだよりへの写真掲載についても、書面でご家族から同意を得ている。           | 全職員を対象に利用者の人格を尊重することの大切さを伝えるための研修をしている。また、「一人ひとりのその人らしさを尊重します」という理念の実現に向けて、利用者の尊厳を守り本人の気持ちを考えさげないケアを心がけている。   |   |
| 41                               |      | ○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                     | ご本人の性格等を知り、言葉の裏にかくされている事も感じとれるように、職員はできるかぎりの時間を利用者と一緒に過ごすようにしている。   |   |   |
| 42                               |      | ○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 | ご本人の意見を無視したケアを実施していないか、常に話し合いケアを行っている。ご本人のやりたい・やりたくないの意思をきちんと確認し、希望にそったケアができる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 |
| 43 |      | ○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                                 | カットは美容師に訪問して行ってもらっている。ご家族がなじみの美容院へ連れて行ってくれることもある。染めてほしいと希望があればホームでも染めている。外出する際には、外出用の衣類を利用者と共に選び着用している。夏祭りには浴衣を着用し、薄化粧もしている。 |   |                   |
| 44 | (19) | ○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    | 食事の準備や配膳などは、利用者の方々と一緒に行っている。行事食なども取りいれている。誕生日にはケーキでお祝いしている。  | 利用者の好みや身体状況に併せて、食材の切り方やとろみなどの配慮をして調理している。また、利用者が食事に関心を持ち、積極的に関わられるように買い物に行ったり、行商の魚屋に来てもらい好きな魚を選んだり、調理や後片付けなどを利用者個々の力を活かして参加できるように努めている。<br>利用者が起床した時間にあわせて食事ができるように配慮している。また、昼・夕食は職員と利用者全員で同じテーブルを囲んで楽しく食事ができるように努めている。 |                   |
| 45 |      | ○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         | 1人1人の水分量は大体把握している。摂取量の少ない利用者には、ご本人が好きな飲み物を進め摂取していただいている。食事量を記録したり、栄養バランスを配慮しながら献立をたてたり、体調などに応じて食事形態を変更したりして対応している。           |   |                   |
| 46 |      | ○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                  | 自分でできている方については、見守りしている。できない方については毎食後ではないが、毎日介助し行ってもらっている。週に1回ポリデントにつける日を決め洗浄している。  |   |                   |
| 47 | (20) | ○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  | 排泄記録をつけパターンをつかみ、介助が必要な方についてはトイレ誘導をしている。  | 利用者一人ひとりの排泄時間を把握し、尿意が鈍感であったりトイレの場所を認識することが困難な利用者をさりげなく誘導し、トイレでの排泄を継続できるように支援している。また、本人の自尊心に配慮しパッドなどを使用する際は、尿量に合わせて選定している。   |                   |
| 48 |      | ○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                  | 排便記録をつけパターンをつかみ、個々の状態に応じて食事・水分・内服の調整等で便秘にならないように援助している。  |   |                   |
| 49 | (21) | ○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 | 今は、午前中に入浴されているが、必要であれば個々の状態を見ながら入浴時間などを検討したりしてきた。週2回の入浴だが、希望があれば対応したり曜日の変更等を行っている。   | 入所前に入浴状況や本人の希望にあわせて入浴していただけるように努めている。また、入浴を拒まれる利用者には、日頃から支援し馴染みの関係となった職員が2人で声かけをしながら安心感を持って入浴してもらえるように工夫をしている。  |                   |



| 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 |
| 50 |      | ○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  | 睡眠パターンをつかみ、日常生活に支障が出ないようにゆっくりと休んでいただいている。冬期には希望される方に湯たんぽを準備している。眠れない方には、水分補給をしたり、話を聞いたり安心して休んでいただけるように支援している。眠剤が必要な方は内服されている。         |  |                   |
| 51 |      | ○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   | すぐに確認できるように薬の説明書のみをファイリングしている。職員は、全部とまではいかないが、だいたいどのような薬を服用しているかを把握している。手渡し、飲み残しのないようにしている。薬が変更になった場合は要観察としている。薬の管理も3度チェックできるようにしている。 |  |                   |
| 52 |      | ○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  | 畑仕事や、編み物、貼り絵などいろいろ楽しい時間が提供できるように援助している。毎食、配膳の手伝いをしてくださる方もおいで。   |  |                   |
| 53 | (22) | ○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                      | 食材の買出しや、個々の消耗品の買出しなど、利用者と一緒に出かけている。また、ドライブや町行事の参加など、希望者を募り出かけている。バスに乗って、花見にも出かけた。   | 「年末年始」「盆」「お祭り」などの行事時期の過ごし方や、入所前の馴染の美容院などの継続的な利用について、希望を本人に確認し、ご家族と相談しながら支援している。また、買い物などについても希望があれば職員が同行するなど積極的に外出するように努めている。 |                   |
| 54 |      | ○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  | 紛失等でのトラブルをさけるため、自室での管理は遠慮していただいている。必要があれば、事務所でお預かりしている現金を使い、スタッフと一緒に買い物をしてもらう。  |  |                   |
| 55 |      | ○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   | 手紙のやりとりや電話のやりとりなど、自由に行うことができる。  |  |                   |
| 56 | (23) | ○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 | 木目調の暖かみのある雰囲気建物で、食卓や玄関に季節の花を飾り楽しんでいる。廊下や玄関エントランスに行事の写真などを飾っている。毎日、気温と湿度を記録し、快適空間が保てるように努力している。  | 共有スペースは利用者の作品が展示されるなど、温かく馴染みやすい雰囲気づくりに配慮されている。また、食事やレクリエーションで使用する椅子には、立ち座りや座位保持がしやすいように肘掛がついたものを選定し過ごしやすい環境になるように工夫している。     |                   |

| 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 |
| 57 |      | ○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             | 自由に両ユニットを行き来でき、知り合いになった利用者と話をされている方もいらっしゃる。お部屋や玄関ロビーなど好きな場所で、個々の時間を過ごしている。   |   |                   |
| 58 | (24) | ○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 | なじみの物を持ってきてもらうように声かけしているが、プラスチックでできた三段ラックを持って来られるご家族が多い。なじみの物を持ってきてもらう理由をご家族に理解していただけるように説明していきたい。自宅の桐のタンスや椅子など使い慣れた物を持ってきておられる利用者もおられる。 | 利用者が居心地良く暮らせるように、家族や本人と相談し、自宅で使用していた馴染のある家具を持ち込んでもらうように説明している。また、家具の配置も本人と相談しながら動線や安全性に配慮して決めている。 |                   |
| 59 |      | ○身体機能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       | 利用者の目線にあわせ、ユニット看板や表札、トイレなどの案内板を設置している。場所に迷う方には、大きく分かりやすいように案内表示をしている。  |   |                   |