

### 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                |            |            |
|---------|----------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2892000106     |            |            |
| 法人名     | 名谷ホーム 有限会社     |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 大蔵の里   |            |            |
| 所在地     | 兵庫県明石市大蔵中町21-7 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成27年1月25日     | 評価結果市町村受理日 | 平成27年3月23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 [x.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_2014\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=289](http://x.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=289)

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                            |  |  |
|-------|----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 姫路市介護サービス第三者評価機構 |  |  |
| 所在地   | 姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階    |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年2月13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)】

個性を生かしたレクリエーションを利用者さんと一緒に考え、取り組んでいる。(絵画、習字など) 古い神社や街並み保存地区に隣接しており、天気の良い日は、懐かしい風景の中を散歩したり、大蔵海岸に出掛けたりします。家族の方に呼びかけ、出来るだけ外出や外泊に協力して頂き、開かれたグループホームを目指している。

【第三者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)】

事業所を取り巻く環境が、利用者にとって昔から変わらない馴染みの場所にあり、散歩に出かけるのと知り合いに出会うなど、家族・知人の来所も多く、地域に密着した穏やかで落ち着いた家庭的雰囲気のある事業所である。管理者は市のグループホーム連絡会の部会長を務めており、各種情報や事業所間の連携を図りながら、事業所理念に基づいた支援とサービスの質向上の為に職員研修など事業所のサービス向上に取り組んでいる。

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、活き活きと働いている<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    |    |   |                       |   |

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 第三者 | 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                            | 廊下に理念を掲示し、実践できるよう努力している。また、職員会議時や、ミーティング時に話し合い、実践につなげて行くように努力している。                  | 3項目からなる事業所独自の理念をリビングに掲示している。ミーティングや職員会議で理念の意義について触れ、日々の支援に生かすように努めている。  |  |
| 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                            | 自治会の方達と交流している。地元の方にボランティアに来てもらっている。地域のお祭りに参加してもらい、皆喜んでもらっている。                       | 自治会にも加入し、近くにある稲爪神社の祭りや地域の清掃活動に参加している。夏休みには近隣中学校より中学生2組を受け入れたり、音楽演奏などのボランティアを受け入れて地域交流を図っている。                        |  |
| 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                          | 地域のお祭り等に参加したりして、自治会の方達と交流している。地元で認知症の事を理解してもらえるように研修会を行ったり、運営推進会議でも呼びかけている。         |   |  |
| 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       | 運営推進会議で話合った結果に伴い、サービス向上に活かしている。特に地域の理解と得るための場として活用している。                             | 自治会代表・民生委員・利用者・家族・事業所職員をメンバーにして2か月に1回定期的に開催している。内容も報告だけに止まらず相談・意見交換も行われている。   |  |
| 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に取り組んでいる                 | ふれあい介護相談員の受け入れ等いつでも連絡があれば協力している。グループホーム連絡会に参加している。何かあれば市役所の担当者と連絡を取り、報告を行うように努めている。 | 日頃から事業所の空き情報や、感染症や事故情報など適宜必要な報告をしている他、管理者は昨年からはグループホーム事業所連絡会の部会長を務めており、活動報告などを通じ市担当者と連携を図り、市内全体のグループホームの質向上にも努めている。 |  |
| 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 | 取り組みを行い、研修にも取り組んでいる。  | 半年に1回、接遇と絡めて身体拘束ゼロについて勉強会を実施している。また管理者は、法人及び事業所連絡会での研修内容を持ち帰り、職員への周知に努めている。帰宅願望の強い利用者など、安全性を考慮しやむなく出入口施錠対応としている。    | 玄関施錠についても自由な行動を制限するものであり「身体拘束がもたらす多くの弊害」について全職員が再確認し、見守り強化などにより日中の一定時間段階的な開錠を試みるなど工夫しながら、安全面と尊厳の両面について話し合いの取組を期待したい。 |
| 7                  | (6) | ○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逃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       | 研修を実施し、防止に取り組んでいる。  | 定期的に研修を実施して虐待防止について理解を深めている。管理者は、職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないか把握に努めると共に個人面談をするなどのメンタルケアにも取り組んでいる。尚、今後その取組を記録に残すことも肝要。 |  |

| 自己 | 者<br>第三 | 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  | (7)     | ○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    | 過去に成年後見制度を利用している利用者が入所していたので、権利擁護、成年後見人制度について研修を行っている。                                      | 以前に制度利用者がおられ、事業所として司法書士から制度について学んでいる。説明や活用のため事業所内に情報提供のためのパンフレット等は設置されていない。   | 今後、必要性が高まると思われ、職員が一定の説明が出来るようにする為の研修実施や、利用者家族等への情報提供用としてパンフレット等を事業所内に整備することが望ましい。 |
| 9  | (8)     | ○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                         | 利用者、及び家族に、できるだけ分かりやすく説明するように努めている。契約終了後も分からない事があればその都度説明するように努めついる。また、契約内容の変更等があった場合も同様である。 | 利用者家族には、まず事業所を見学してもらい、事業所が出来るサービス概要を説明し、その後、契約書・重要事項説明書を丁寧に説明して納得・理解の上で契約するようにしている。契約内容に変更が生じる場合は、家族に事業所に集まっていたいて丁寧に説明している。 |   |
| 10 | (9)     | ○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                     | 家族との相談記録を作成し、会議等で話合うようにしている。利用者と出来るだけ話し合う機会を設け、意見を反映させている。運営推進会議にも参加してもらっている。               | 相談記録用紙を作成して家族の意見・要望に対応したり、毎年4月に家族に来ていただいて話し合うようにしている。また介護計画の更新時に管理者が自宅に伺い家族と面談し、意見・要望を聞くように取組んでいる。                          |   |
| 11 | (10)    | ○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                                      | 介護主任から現場の意見を聞くようにし、必要な事や、アイデアがあれば、支援に生かすようにしている。  | 基本的には、職員会議で意見・提案が出せる機会を設けている。日々、介護主任が職員から聞いた意見・提案を管理者に伝え、また管理者は適宜、職員と面談を行い、職員からの意見・提案を運営に反映するように努めている。                      |   |
| 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      | 職員と面談を行い、職員ともコミュニケーションが取れるように努め、活かしていけるように努力している。   |   |   |
| 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         | いつでも研修を受けれるようにしている。事業所内外の研修に出来るだけ多く参加出来るように呼びかけている。   |   |   |
| 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 | 他施設と交流し研修や勉強会を行っている。管理者は他施設の運営推進会議にも参加している。   |   |   |

| 自己                         | 者    | 第三 | 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 | 入所前から本人、家族と何度も話し合い、関係づくりに努めている。必ず入居希望者本人と家族に見学して頂いてから、入居して頂くようにしている。                |  |                   |
| 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            | 入所前から本人、家族と何度も話し合い、関係づくりに努めている。家族が不安に思っている事を理解し、解消した段階で入所するようにしている。                 |  |                   |
| 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        | 当施設に相談に来た場合、当施設にとらわれずにその人にあった介護サービスの相談を行っている。                                       |  |                   |
| 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                        | 掃除や洗濯、食事の配膳など役割を見つけて手伝ってもらっている。施設内で孤立しないように、支援している。                                 |  |                   |
| 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         | 本人と家族の絆を大切にしながら支援している。出来るだけ面会にきて頂けるように家族にお願いしている。なかなか面会に来られない家族には、電話で連絡を取るようになっている。 |  |                   |
| 20                         | (11) |    | ○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                     | 利用者の友人の訪問等、面会があった場合は受け入れるようにしている。本人より、外出等の希望があった場合は家族と相談し、可能な限りおねがいしている。            | 友人や小学校時代の教え子、遠方からの親戚が訪ねて来られたり、また親しんだ大蔵海岸に出掛けたり、近隣の稲爪神社の祭りに参加したりして馴染みの関係支援に努めている。 |                   |
| 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                 | 孤立しないように職員が間に入って仲を取り持つようにしている。日中は、リビングで談笑しながら過ごされてる利用者が多い。                          |  |                   |

| 自己                                 | 者    | 第三 | 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                    | サービス利用終了後も家族から希望があれば相談に乗っている。   |  |   |
| <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                                 | (12) |    | ○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   | 入居前に本人や家族から情報を聞き把握できるように努めている。本人に聞けない場合は家族に希望を聞くようにしている。出来るだけ家族と関わる時間を多くするようにお願いしている。 | 入居時に家族の方から本人の家族構成・職歴・病歴などの基本情報の確認と同時に本人の思いや願いを把握するようにしている。また日々の生活の関りの中で本人からの思いの把握に努め、意向の表出が困難な方については家族に相談しながら取り組んでいる。        |   |
| 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                                       | 入居前に本人や家族から情報を聞き把握できるように努めている。本人に聞けない場合は家族に希望を聞くようにしている。                              |  |   |
| 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   | 介護主任が中心になり、一人ひとりの現状の把握が出来るように努め、ケアプランに反映させている。  |  |   |
| 26                                 | (13) |    | ○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 | 本人、家族の意見を尊重しながら、介護計画を作成している。定期的に家族に報告を行っている。  | 本人や家族の意向を踏まえて3か月または6か月に1回、介護計画の見直しを行っている。毎月1回管理者・計画作成担当者・看護師によるカンファレンスを開いて状況をチェックし、実施状況を把握して計画に反映しているが、モニタリング・評価の記録を残すことも大切。 | 介護計画作成の流れの中で担当職員も関わって情報を共有し、支援の方向性が明確に分かるチームによる計画作りを望みたい。 |
| 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                        | 個別カルテに日勤は黒で夜勤は赤で記載している。介護計画については3か月に1回見直しを行っている。                                      |  |   |
| 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               | 当施設に相談に来た場合、当施設にとらわれずにその人にあった介護サービスの相談を行っている。   |  |   |

| 自己 | 者<br>第三 | 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                                      | 近くのスーパーへ買い物に出掛けたり、地域のお祭りに参加している。家族の協力が必要な場合は直接お願いしている。                  |  |   |
| 30 | (14)    | ○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                                  | 1か月に2回内科、歯科の医師が往診に来ている。なにかあった場合にかかりつけ医と連絡が取れるようにしている。                   | 利用者家族の希望により、利用者全員が協力医療機関での受診支援対応となっている。入居前から継続して他病院や心療内科に受診している方は、家族が通院介助を行っているが、状況によりやむを得ない場合は、職員が同行するなどの支援を行っている。                |   |
| 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                          | 往診の際や、利用者さんが、体調不良を訴えた時は、往診医に相談し、受診の有無を相談している。                           |  |   |
| 32 | (15)    | ○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。 | 入院時には出来るだけ管理者が付き添うようにしており、看護師等と連絡を取り合うようにしている。入院中は見舞いにいき、退院等の情報を交換している。 | 入院に際しては、利用者の基本情報を医療機関に速やかに伝え、共に入院中は、見舞いに伺い地域連携室から状況把握を行い、家族・医療機関と連携し早期退院に向けた支援を行っている。退院に際しては、退院時カンファレンスに出席し状態確認するなどして継続的な支援に繋いでいる。 |   |
| 33 | (16)    | ○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  | 出来る限り、終末期も支援したいと考えているが、現在は行っていない。終末期を迎えた際は、家族や医療関係者等と連携を図れるようにしている。     | 事業所として重度化や終末期に向けた方針を確立して書面化するまでには整備されていない。事業所として終末期における支援は、人員体制上も含め今後の検討課題としている。   | 重度化・終末期状態に陥った場合の病院搬送、延命措置の判断など利用者の尊厳に関わる事態の発生を予め考慮し、法人・職員と話し合い、生活の延長線として、事業所としてどこまで出来るのか明確な方針策定の検討と整備が望まれる。 |
| 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  | 急変時や事故発生時のマニュアルを作成し、会議で話し合ったり研修を行っている。                                  |  |   |
| 35 | (17)    | ○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  | 非常災害マニュアルを作成し、研修をおこなっている。非難訓練も定期的にも実施。外部研修にも参加している。                     | 防災マニュアル(火災・地震・水害)を作成して定期的に研修を実施し、ハザードマップを備え避難場所を確認している。また3か月に1回、誘導避難の訓練、6か月に1回、消防署を交えて通報・初期消火・避難等の訓練を行っている。運営推進会議で地域への協力要請は行われている。 |   |

| 自己                               | 者 第三 | 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                               | (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                   | 入居者自身の思いやプライドを大切にしながら、押しつけないように声かけを行っている。気になる職員の態度や言葉使い等は管理者、又は主任が個々に注意している。                                | 接遇とプライバシーの尊重について研修を実施し、利用者一人ひとりのプライドやプライバシーを傷つけない支援に努めている。日頃から管理者・介護主任は言葉遣い・声掛けをチェックし、必要時は職員に注意をするようにしている。    | 何についても記録に残すことの重要性を再認識の上、研修における記録の充実と、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応チェックの仕組み・体制作りの取り組みに期待したい。 |
| 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                     | 入居者自身の思いやプライドを大切にしながら、押しつけないように声かけを行っている。   |   |   |
| 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 | 入居前に家族や本人から職歴や好みの生活などについて聞き取りを行っている。出来るだけ本人の希望にそった支援をしている。  |   |   |
| 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                                  | 入浴の準備や更衣等の際できるだけ一緒に衣類を選んで頂く。又理髪時やメイクアップ教室の際本人が好むスタイルを決めて頂く。   |   |   |
| 40                               | (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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 昼食、夕食の食材は栄養価等を配慮できる専門の業者により運ばれてきて、事業所で調理している。朝食は事業所でできている。職員が利用者の話題に入りながら一緒に食事を取る。食事の配膳と片付けをできる方に手伝って頂く。    | 栄養管理された献立による食材料によって、みんなで準備や調理を行い職員と共に食事の時間を楽しくするよう取組んでいる。行事やお誕生日会などには、鍋やおでん等、利用者の好きな物を聞きながら買い物から調理まで一緒に行っている。 |   |
| 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          | 食事摂取表を使用し毎食チェックし、カルテに記入している。水分チェックについては、管理が必要な方のみチェック表を使用している。食事については業者がバランスのとれた食事の材料を持って来るので職員がレシピを見て調理する。 |   |   |
| 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                   | 毎食後口腔ケアを促している。義歯の方は、夜間回収し、ポリドントにつけている。歯科往診の先生に口腔ケアのアドバイスを頂いている。   |   |   |

| 自己 | 者 第三 | 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 | (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                              | 排泄パターンをチェックし、トイレ誘導表を作成。入居者それぞれのタイミングで声かけやトイレ誘導を行っている。ケースによっては看護師に相談している。                   | 利用者毎の排泄パターンをチェック表にて把握し、適宜声掛け誘導を行うなどしながら、トイレでの排泄を誘導し自立に向けた排泄支援の取り組みが行われている。                               |                   |
| 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  | コートチェック表を作成し、便の出にくい利用者に関しては医師と相談し指示通り下剤を服用して頂いたり、浣腸を行っている。                                 |  |                   |
| 45 | (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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | フロアごとに曜日が決められており、毎日希望があれば希望に応じる。体調等により清拭を行ったり、入浴日をずらしたりと臨機応変に対応している。                       | 週に3回は入浴していただくよう支援し、希望者には毎日の入浴対応も行っている。足浴やシャワー等、利用者の健康状態に応じた柔軟な対応が行われている。またゆず湯、入浴剤などで楽しんでもらえるようにも取り組んでいる。 |                   |
| 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   | 日中出来るだけレクや体操に参加して頂き、生活のリズムを作る事で夜間の入眠を促している。  |  |                   |
| 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  | 薬局からの説明書を服薬表に綴じて職員全員が確認できるようにしている。一日の配役は担当者を決め、投薬については名前を呼びながら配薬し、カルテとチェック表で二度確認するようにしている。 |  |                   |
| 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                             | 職員が季節に合った行事と誕生日会を月ごとに計画し、実施している。大蔵海岸、神社が近い為、天気のいい日は散歩などに出かけている。                            |  |                   |
| 49 | (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 | 本人が外出を希望された場合は家族と連絡を取り、可能な限り希望通り外出できるよう支援している。   | 利用者の希望により、近くの神社や海岸公園へ散歩に出かけたり、買い物に出かけている。外出先によっては、ご家族の協力による外出支援も行われるよう取り組んでいる。                           |                   |

| 自己 | 者    | 第三 | 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  | こずかいを預かり、必要と判断した際に趣向品、必要物品等を購入したりしている。                            |  |                   |
| 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   | 希望があった場合は職員が電話をし、利用者に電話をつなぐようにしている。出来るだけ家族との関わりが多くなるように連絡している。    |  |                   |
| 52 | (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 | その季節に合わせた飾り付けを行って季節感を感じて頂く。誕生日会と季節に合った行事を実施している。                  | 共有空間においても清掃が行き届いており、明るく、海辺からの風や光が感じらる。加湿付きの空気清浄器や大きな温度計を居間に設置し健康面に配慮した空調管理が行われている。季節ごとの壁面飾りを利用者と一緒に作成して、楽しい空間になるよう努めている。 |                   |
| 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  | 1階2階共にソファーをおいてあるのでそこで気の合った利用者とお話をしたりするスペースを作っている。                 |  |                   |
| 54 | (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  | 入居の際に出来るだけ利用者の使い慣れた物を持って来て頂くように家族に説明している。                         | テレビや家具、家族の写真や利用者が作られた絵画、工作物などが飾られ、一人ひとりの個性に合った居室づくりがなされている。一部持ち込みの制限物はあるが、使い慣れた馴染みの物を持参されるように支援している。                     |                   |
| 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」「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   | 季節に合った飾り付けを行い、部屋の前には分かりやすいように名札を貼っている。気持ち落ち着く様な空間作りができるように工夫している。 |  |                   |