

# 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   | 2693000131            |            |            |
| 法人名     | 医療法人社団 千春会            |            |            |
| 事業所名    | せんしゅんかいグループホーム小春 (5階) |            |            |
| 所在地     | 長岡京市今里庄ノ淵32           |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年1月10日            | 評価結果市町村受理日 | 平成28年5月16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.kaizokensaku.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=2693000131-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022">http://www.kaizokensaku.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=2693000131-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |
|-------|--|
| 評価機関名 | 一般社団法人京都ボランティア協会                                   |
| 所在地   | 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上ル梅湊町83番地1 「ひと・まち交流館 京都」1階 |
| 訪問調査日 | 平成28年3月23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)】

施設全体で地域のボランティアに積極的に事業所に訪問してもらい入居者様の意欲向上・事業所の見える化を図っている。(月6~8回)  
 お一人お一人の趣味や役割を見出し、自発性を高める取り組みを行っている。  
 散歩や買い物、喫茶店等、地域との交流を大切に、入居者様が地域に出て生活を営めるよう努めている。  
 DASCとFIMを3か月ごとに測定し、本人の状況把握を行っている。  
 法人の年間研修があり、スキルに合わせてレベルアップできるよう支援している。

## 【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)】

法人は医療面で地域への功績も多く信頼を得ています。事業所は開設1年目ですが、地域の行事への参加など、繋がりがスムーズに行われています。準備期の働きかけで、ボランティアを大勢誘致出来、利用者の楽しみを増したり、外部の人に常時入って貰う風通しの良さや職員の刺激にもなっています。利用者の生活歴・趣味・馴染みの関係を詳しく聞きとりフローシートに記入し、卓球・カラオケ・将棋・小物作り・編み物など趣味の継続や複合施設内のデイケアセンターと将棋・囲碁・カラオケ等日常的な交流が実現しています。DASC(認知と生活機能)とFIM(ADL)で3ヶ月毎に測定し、現状維持やレベルUPを願い、利用者の状態変化の早期把握を目指しています。職員同士の報告・連携・相談によるチームプレーを大切に職員育成で、これらの事の定着化が期待されます。

## 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)     | 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)   |
| 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)           | 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)                     |
| 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)                 | 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) |
| 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)  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 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)                | 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                                       |
| 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)       | 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                                   |
| 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) |    |   |

## 自己評価および外部評価結果

| 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                            | 「趣味活動の継続と自立支援を促し、主体的に役割を持ち残存機能を維持する」という部署目標を掲げ、個別ケアとして実践している。                   | 法人の理念に添ってグループホームの部署目標を掲げている。目標は開設前に管理者と副主任とで作成した。目標に添って実践計画を立て、実践に移すと共に振り返りを行っている。職員も目標に添って個人の目標を掲げ3ヶ月毎に見直し評価をしている。来年度は、常勤職員で部署目標を決めていく方向である。    |  |
| 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                            | お買い物や散歩、併設のデイサービスの利用者との交流や地域の納涼祭等の参加も積極的に行っている。施設全体でボランティアの利用を定期的に行っている。(月7~8回) | 地域の小学校で行われる納涼祭・運動会・フェスティバル・近隣の喫茶店で催された「ひな祭り」に利用者と参加をしている。周辺散歩は利用者と職員の組み合わせ表を作り行っている。外出を拒まれる方は行事の時に誘って行っている。開設前からボランティア要請の声かけをし、ボランティアと繋がりを持っている。 |  |
| 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                          | 法人として認知症サポートキャラバンの実施。自治会の人たちに向けて見学会を行い、認知症についての認識を深めてもらう取り組みを実施。                |  |  |
| 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践、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か月に1度開催し、行政職員・地域包括職員・自治会・家族の方に出席していただき、サービスの取り組みや様々な意見交換を行っている。                | 会議では利用者の状況・行事・研修・事故等を報告している。自治会長から自然災害時の受け入れについて意見が出て、継続議題にしている。家族全員に会議の案内はしているが議事録の配布はしていない。  | 会議のメンバーに利用者や(自治会長は入って貰っていますが)他の地域の方も入って貰えるように呼び掛け、会議の中での意見交換は、記録に残される事をお勧めする。また、家族にも個人情報に配慮した議事録の配布を期待する |
| 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                 | 定期的開催される連絡会ではサービス状況など情報交換を行い、また虐待ケースで入居に至った方は常に行政と連絡を取り合い、その都度協力し合える関係が構築できている。 | 市の担当課は運営推進会議のメンバーでもあり、活動状況等を知って貰っている。申請や相談で窓口を訪ねたり、市の主催の連絡会に参加し情報の入手等協力関係が築けている。   |  |
| 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 | 玄関の施錠は防犯上しているが、日常的にフロアの移動や散歩等の外出も行えるような体制を整えている。                                | 身体拘束排除のマニュアルを作成し、事業所で全職員参加の研修を行っている。職員は「利用者対応チェックシート」を年2回つけて振り返りをしている。職員の言動で気付いた時はポジティブな声かけをするように指導している。職員同士の報告・連絡・相談によるチームプレーを大切にしている。          |  |

| 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   |
| 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      | 法人で行っている研修年間計画にのっとり全職員に虐待防止について学ぶ機会を設けている。   |   |   |
| 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に努めている。 | 事業所内のミーティングで権利擁護等に関する勉強会を実施し、知識を深め活用できるように努めている。                                     |   |   |
| 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                       | 原則的には入居前に見学を行っていただき、書面を通じて本人・家族に説明を行っている。また、体験入居も実施しており、本人家族共になるべく不安を取り除けるよう取り組んでいる。 |   |   |
| 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                   | 可能な限り家族様同席でカンファレンスを実施し、意見や要望を反映できるように心掛けている。   | 家族に運営推進会議の参加要請をし、会議終了後に交流会を持ち意見が聞けるようにしている。法人の介護部門で満足度調査を行い家族の意見の吸い上げをしているが、運営に関する意見は出て来ない。今後は家族会の立ち上げも検討している。                        | 面会時の聞き取りや会議の案内に意見記入欄を付けるなど、家族からの意見を聞ける機会を増やし、運営に反映される事を期待する |
| 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                                    | 定期的にミーティングを実施し、職員からの意見の吸い上げで物品の購入などもしている。3か月に1度面談を行い現状の把握に努めている。                     | 職員の意見はミーティング会議・日々のミーティングで聞いている。職員の意見は「苦情要望シート」に記入する等、いつでも意見を出しやすくしている。口腔ケアを昼に必ず行う様にしたり、レクリエーションをする時はフリーの職員が応援に入る、等の取り決めは職員意見が反映されている。 |   |
| 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    | 3か月に1度面談を行い、生活環境の把握や目標設定を行い、モチベーション向上に努めている。また力量評価表に基づいて本人のスキルの把握を行っている。             |   |   |
| 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       | 年に一度力量評価を行い、スキルの向上に努めている。また、内部はもちろん、外部の研修にも参加している。                                   |   |   |

| 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 |
| 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 | 定期的にグループホーム連絡会があり、他事業所の取り組みや情報交換を行いサービス向上に努めている。                                |   |                   |
| <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           | 入居前に面談の機会を持ち本人様・家族とよい関係が築けるよう努めている。また、少しでも不安を軽減できるよう体験入居も実施している。                |   |                   |
| 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                      | 面談時には家族へのヒアリングも行い、入居に至った経緯や情報収集を行っている。また、家族を含めてカンファレンスも行い、要望などを吸い上げる工夫もしている。    |   |                   |
| 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                  | 福祉用具や医療面のバックアップを含め様々な面からアドバイスをし、必要としているサービスの見極めを行っている。理美容や買い物なども必要であれば支援を行っている。 |   |                   |
| 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                                  | 今まで行ってきた趣味や趣向などできるだけ継続できるよう支援し、本人の意欲を高め、自立支援に努めている。                             |   |                   |
| 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                   | 家族様との関係が疎遠にならないよう細目に連絡をとりあい、情報の共有を図っている。また、適宜家族を含めたカンファレンスも必要に応じて実施している。        |   |                   |
| 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                               | 馴染みの美容室への外出や買い物、面会時間も極力長くとり訪問しやすくしている。家族様との外食や外泊なども積極的にしていただけるように支援している。        | フェイスシートの「長年の習慣好み」の欄で馴染みの場所や人との関係・経験・趣味を聞き取り、入所後の生活に活かしている。孫・友人・近所の方等の面会があり昔を懐かしむ時間を過ごしている。通いなれた理・美容院やラクセーヌへの買い物等、希望に合わせ同行している。聞き取った趣味は、レクリエーションで継続している。 |                   |

| 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   |
| 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<br>に利用者同士が関わり合い、支え合えるような<br>支援に努めている                                       | 入居者様のADLに合わせてそれぞれ役割や活<br>動を行ってもらい、共同して作業を行うことで人間<br>関係の構築に努めている。定期的におやつ作り<br>や誕生日会などを実施し、自然と交流できるイベ<br>ントを実施している。 |   |   |
| 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<br>係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族<br>の経過をフォローし、相談や支援に努めている                        | 自宅に戻られる際は家族や介護事業所と連携を<br>図り、自宅への一時帰宅なども行い、スムーズに<br>在宅生活になじめることができた。在宅復帰後も<br>状況の確認のため家族に連絡を入れている。                 |   |   |
| <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<br>に努めている。困難な場合は、本人本位に検討し<br>ている   | 日常生活から本人の意向をくみ取り生活に反<br>映するようにしている。また定期的カンファレン<br>スを行い、本人や家族の意向をくみ取れるよう努<br>めている。                                 | 入所時に利用者・家族から聞いた思いや意<br>向は、フェースシートに記入している。日々の<br>生活でも聞き取り経過記録に記入し、思いや<br>意向の把握に努めている。利用者から把握<br>した趣味(編み物・小物作り・卓球・カラオケ・<br>将棋など)はレクリエーションで継続できる様<br>にしている。      |   |
| 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<br>境、これまでのサービス利用の経過等の把握に<br>努めている   | 入居前には必ず面談を行い、生活歴や習慣、趣<br>味なども含めた情報を収集し、グループホームで<br>の過ごし方に反映している。  |   |   |
| 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<br>力等の現状の把握に努めている   | 1日の過ごし方や排泄状況・水分など細目に記録<br>に残し、本人の身体面・精神面・活動面の把握に<br>努めている。定期的にFIMとDASCの測定を行<br>い、数値的な把握にも努めている。                   |   |   |
| 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<br>について、本人、家族、必要な関係者と話し合<br>い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状<br>に即した介護計画を作成している | 3か月に1度のカンファレンスを通じて問題点を抽<br>出し、本人や家族の意見を反映しやすい体制を<br>整えている。  | カンファレンスは入居後1ヶ月目その後3ヶ月<br>ごとに行っている。医師や看護師も参加を<br>し、医療情報の共有で介護への配慮が行われ<br>ている。利用者・家族からの意向の聞き取り<br>も出来ている。援助メニュー内容が、介護<br>実践のためには具体性が乏しいところもあ<br>る。経過記録は経時記録である。 | 援助メニュー内容に、カンファレンス<br>で話し合った支援内容を書き込み、<br>読めば、介護内容がイメージできる表<br>記や経過記録に、介護計画に添った<br>サービス提供時の反応などの記録を<br>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<br>個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら<br>実践や介護計画の見直しに活かしている                            | 1日の様子や状態をフローシートに記載し、最新<br>の情報を共有できるようにしており、精神面の気<br>付きも個人記録や業務日報に細目に記録してい<br>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 |
| 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                          | 訪問美容や行きつけの美容室支援、日中のデイサービスのカラオケサークルや買い物など参加していただき入居者様のニーズに最大限対応している。                              |  |                   |
| 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                                    | 地域の美容室やスーパー、喫茶店等も利用し、地域との関わりを持ちながら生活できるよう努めている。  |  |                   |
| 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                               | かかりつけ医は本人家族の希望を優先し、選択してもらっている。また、法人の訪問診療を希望される方もおられ、医療と介護の双方から支援することができている。                      | かかりつけ医の継続受診は家族が同行し「受診時情報連絡票」を持参して貰い医師からは様子を記入して貰っている。往診医師からは2週間ごとに情報提供書が届いている。協力歯科医院の往診も希望者は受けている。看護師を中心に職員全員で医療情報が共有できるようにしている。夜間・緊急時は、管理者または副主任から指示を得る体制をとっている。家族へは、管理者または副主任から連絡している。 |                   |
| 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                        | 施設内に看護師が在中し、体調面の管理を行っている。また、ストマやバルーンの管理もその都度状態を観察し、必要であれば主治医と連携を図っている。夜間はオンコール体制で連携を図れるようになっている。 |  |                   |
| 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         | 管理者や計画作成担当者を中心に病院関係者と情報交換を行っており、退院前カンファには必ず出席している。また受診時には書面での情報交換を行っている。                         |  |                   |
| 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 | 開設してからターミナルの方はまだおられないが、指針を定め、希望があれば対応できる体制にはある。  | 「重度化した場合の対応に係る指針」が整備されている。職員への研修もあり、意識づけはできている。利用者(家族)には、入所時に意向確認を文書で受けている。体調急変時やターミナル期と医師が判断した時に、指針で説明を行い方向を決める予定である。事業所には看護師が勤務しており、協力病院との連携体制もある。職員には外部研修で看取りを学びさらに知識の向上に努める予定である。    |                   |
| 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  | 急変時の対応や事故発生時の研修を実施しており、適切に対応できるよう努めている。  |  |                   |

| 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   |
| 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           | 開設してから1回目の防災訓練の実施を行っている。初回は併設事業所と合同で行った。地域との協力体制については現在、運営推進会議で検討中である。 | 消防訓練は出火場所を変えて年2回職員を利用者に見立てて行っている。地域の方の参加は得ていない。地域の防災訓練には、利用者と共に参加を予定している。備蓄はカロリーメイト・ゼリー・水・コンロ等、三日分がある。   | 消防署の立会いの基や利用者・地域の方の参加を得ての消防訓練、夜間想定訓練を実施し、福祉・広域避難所の把握や職員への周知、自然災害発生を想定した訓練も取り入れられることを期待する。 |
| <b>Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |   |
| 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                   | 各個室にトイレの設置や入室の際には必ずノックをするよう徹底しプライバシーに配慮している。また、言葉使いには常に意識してケアをしている。    | 接遇・プライバシー保護マニュアルは整備している。研修も新人研修、法人内・外研修で全員が受講している。外部研修は伝達研修を行い、欠席者には資料を配布、理解出来るように伝えている。利用者は「～さん」で呼ぶ・入浴前後の裸はバスタオルで覆う・便のことは「まる」と表現する等、統一している。管理者は、「仕事ぶりは、常に誰かに見られているという意識を持って介護を下さい」と職員に指導している。                                 |   |
| 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                     | 衣服の選定や飲み物の選択、外出や散歩等は強制ではなく本人の希望に沿って実施している。                             |  |   |
| 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、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 | プログラムを最低限にし、本人のその時の体調や希望に沿って過ごせるよう支援している。                              |  |   |
| 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                                  | 衣服の選定を行ったり、デパートへの買い物にも行っている。   |  |   |
| 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     | ご飯やみそ汁をよそってもらったり、食器の洗い物などもお手伝いしてもらっている。また定期的におやつ作りを実施し、調理の機会を確保している。   | 食事は三食共、病院から運ばれ、利用者は、ご飯・汁物の盛り付け・配膳・後片付け・箸やトレー・湯呑を洗う等を職員と一緒にしている。朝食は粥かパンの選択ができる。イベントや行事に合わせての料理もしている。おやつはお好み焼き・ホットケーキ等を一緒に作り好評である。夏まつりは家族も招いて、たこ焼・お好み焼・かき氷も楽しんだ。ひな祭りでは、「ふれあい町屋」に皆で行き、ひな人形を鑑賞し、ぜんざい・最中・抹茶で憩いのひと時を持った。外食は家族と行っている。 |   |
| 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          | 管理栄養士が献立を行い、カロリー計算された食事を提供している。糖尿食や腎臓食・ミキサーやムースなどにも対応が可能である。           |  |   |

| 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 |
| 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                       | 毎食後の口腔ケアを心がけている。また、口腔内に異常が生じた場合は協力歯科機関と連携し、訪問してもらうこともある。               |   |                   |
| 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       | 排泄チェック表を活用し、一人一人の排泄の回数、頻度、量などを把握するよう努め、個別に声掛けなどを実施している。                | 排泄表で排泄の回数や間隔を把握している。自立の方は3人で、他はリハビリパンツやパットを使用している。把握した個々のパターンを基に所作やサインを見逃さず、トイレでの排泄を基本として、声かけや誘導をして居室のトイレで排泄をしている。              |                   |
| 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                       | 水分計量や1日2回の運動の機会を設け、便秘の予防に努めている。また、ドクターとも連携を図り便秘の予防及び改善に努めている。          |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | その日の体調や気分に応じて配慮し、入浴を行っている。基本的な入浴日は設定しているが臨機応変に対応している。                  | 浴槽は個浴で、1日に2～3人の入浴を午前中に行っているが、午後入浴が良い方や一人で入りたい方等、各利用者の習慣でおこなっている。同性介助は希望に沿って。入浴後、乳液・化粧水で肌を整える方や髪をカーラーで巻きリボンでくつろぐ方など、それぞれの姿を見掛けた。 |                   |
| 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                        | 必要な方には昼寝の時間やサブリビングでゆったりと落ち着いて過ごしていただけるよう支援している。                        |   |                   |
| 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                   | 薬情を個人ファイルに挟み込みいつでも確認できるようにしている。細かな気付きを大切に、状況に応じて主治医に連絡を取り薬の調整なども行っている。 |   |                   |
| 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      | 食事の準備や洗濯たたみなどのお手伝いやカラオケ・卓球・外出・併設事業所との交流など活発に過ごしていただけるよう支援している。         |   |                   |



| 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 |
| 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                      | 併設のデイサービスとの交流や散歩・ドライブ等は頻回にさせていただき、行きつけの美容室やデパートの買い物なども実施している。                         | 散歩は利用者により、毎日～週1とさまざまであるが、希望を尊重して出掛けているが、本人が拒否された時は拒否の背景を探る所までは至っていません。課題は多い。利用者と職員の組み合わせ表を作成し関係性を尊重している。ドライブも月2～3回行き、楽しんでいる。家族とのお出かけもある。   |                   |
| 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  | お金は事業所で預かり出納帳で管理をしている。買い物やお出かけの際は自らお支払してもらうよう心掛けている。                                  |  |                   |
| 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   | 家族様からの電話を取り次ぎ直接本人と話していただいたり、必要に応じて電話をかけていただいている。「お便りの日」を設定し、本人が連絡を取りたい方との支援を現在検討している。 |  |                   |
| 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 | リビングなどの共用スペースは室温計を設置し、環境管理を行っている。また、季節感を感じられるような雰囲気作りにも努めている。建具や照明にも配慮している。           | リビングは観葉植物の緑に潤い、利用者の作った桜のちぎり絵を掲示板に飾っている。リビング(南側)は食事やレクリエーション等日中を活発に過ごす場所とし、ラウンジ(北側)は静かに景色を見たり、面会時の団欒に使用する等、2か所に分け用途に合わせて使われている。午前中のリビングはパズルをしたり、職員と卓球を楽しむ人、天満宮の花見(4月4日)に向けポスター図案に取り組む等、和気あいあいとした姿が見られた。清掃は利用者と共にモップやぞうきがけを行い、清潔が保たれている。食事中はテレビを消す等音への配慮もしている。 |                   |
| 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  | メインリビングで他者との交流やイベントなどを実施しサブリビングでは読書やゆっくりと過ごせる環境を提供している。                               |  |                   |
| 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  | 家具に関してはなるべく慣れ親しんだ物を持参していただくよう家族に依頼している。またアルバム等昔を回想できるものもご持参いただき居心地の良い場所になるよう努めている。    | 入居迄に使っていた筆筒・整理ケース・椅子・位牌(写真とともに)等が並べられている。家族の写真を飾ったり、アルバムを持って来られている方もある。職員による毎日の掃除で整理整頓は行き届いているが、理念「……自立支援を促し……」に沿った運営にはなっていない、これからの課題である。  |                   |
| 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   | 自室がわかるような工夫や壁浴いにはすべて手すりを設置し、なるべく自立できる環境に整えている。  |  |                   |