

### 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   | 0770403160                    |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 愛誠会                    |            |            |
| 事業所名    | グループホーム あさがお 東通り              |            |            |
| 所在地     | 〒974-8261 福島県いわき市植田町本町1丁目11-4 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成27年9月20日                    | 評価結果市町村受理日 | 平成28年1月12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.kaigokensaku.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人福島県シルバーサービス振興会         |  |  |
| 所在地   | 〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年11月25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)】**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人がやりたい事、できる事に着目し、個性を生かした支援に努めている。その為、個人の時間を充実させながら、皆で行なう活動も大切に考え、メリハリある生活ができています。</li> <li>・食材は旬の物にこだわり、季節感のある食事を提供している。また、冷凍食品や加工品は使わず、すべて手作りしている。</li> <li>・ご家族の希望に沿い、看取りに取り組んでいる。</li> <li>・外部研修に参加したり、内部研修で勉強の機会を持ち全職員で専門職として質の向上を目指している。</li> </ul> |
|---|

**【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)】**

|  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者一人ひとりの趣味や特技を把握し、個々の能力を発揮できるよう利用者に合わせた役割や取り組みを行い、毎日生きいきと過ごせるよう支援している。</li> <li>2. 地区自治会に加入し、地域行事に積極的に参加し交流している。また、職場体験学習、各種ボランティアの受け入れや駐車場の開放、子ども避難の家、会議の場として事業所を開放するなど、地域住民との交流を深めている。</li> <li>3. 協力病院との連携が密に図られ、緊急時の往診や診察、24時間オンコール体制がとられ、利用者が安心して適切な医療が受けられるよう支援している。</li> <li>4. 常に旬の食材や新鮮なものを取り入れ、栄養バランスや利用者の嗜好を踏まえた食事の提供をしている。</li> </ol> |
|--|

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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>↓該当する項目に○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<br>3. 利用者の1/3くらい<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、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  |
| 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  | 地域密着型サービスの意義をふまえた理念をつくり、年度末にはそれを見直して、時代に合った支援が実践できるようにと努めている。理念に基づいた支援ができているか事あるごとに確認し、職員全員で共有に努めている。                         | 昨年度末に全職員で事業所理念を見直した。理念を事業所内に掲示し会議やミーティングで唱和し確認しながら共有し、サービスに反映するよう努めている。また、各ユニット毎に目標を掲げ理念がケアの中に活かされるよう取り組んでいる。                      |  |
| 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  | 町内会に加入しており、総会や回覧板等で情報交換ができており、お祭り、歩行者天国、花火大会、公民館祭りに参加している。地区の中学校の福祉体験や農業高校の職業体験の受け入れも行っている。この夏は兵庫県立明石西高校のボランティア部の学生の受け入れも行った。 | 地区町内会に加入し、地域の清掃作業、お祭りやイベントなど各種行事に積極的に参加し交流している。また、町内会総会の場で事業所の説明の機会があり、住民からの相談や各種ボランティアの受け入れを通じ交流を深めている。                           |  |
| 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  | 介護よろず相談、認知症相談、子どもかけこみ110番を実施している。ボランティアサークルの集会時に場所の提供や、公民館イベントの際の駐車場の協力など行っている。   |  |  |
| 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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている                        | 2ヶ月に1回開催し、様々な意見や提案を頂き、それに基づき運営に反映させている。その後の経過を次の会議にて報告し会議録に記載している。会議録は掲示板にて閲覧できるようにし、家族にもその旨お伝えしている。                          | 運営推進会議は定期的に開催されている。会議では事業所の運営状況や利用者活動状況を報告し、意見や助言を頂きサービスの向上に活かしている。会議録は各ユニットに掲示し閲覧出来るよう配慮し、家族会でも報告して情報を共有しながら運営に活かしている。            |  |
| 5  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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   | 役所に出向いた際には、当施設の現状を報告している。困難事例が生じた際には協力いただけるようお願いしてある。また、勿来地区地域密着型施設交流会には積極的に参加し、合同研修会にも参加している。                                | 市の担当者とは、日頃から事業所の現状報告と利用者状況を報告し、課題を抱えた利用者についての相談や助言を頂きながら協力関係を築くよう取り組んでいる。  |  |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「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 | 研修を行い身体拘束のないケアを理解し実践している。玄関は道路に面している為施錠しているが、毎年家族会にて意見交換をし、ご家族全員の了承を得た上で実施している。(ご家族全員が施錠を希望される) ホーム内は自由な移動ができています。            | 研修会や会議の中で、身体拘束によって利用者が受ける弊害について理解を深め、身体拘束・虐待防止自己チェックを実施しながら身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の施錠については、交通事故防止の観点から、家族会を通じて事情を説明し家族の要望もあり施錠されている。 | 玄関が施錠された状態となっており、家族から安全のため鍵かけの要望があった場合でも、その弊害について説明することが望まれる。また、可能な限り施錠しないケアについて全職員で検討して欲しい。 |

| 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     | 内部研修を行い、防止に努めている。同時に認知症について学び、専門職としての意識を持ち、よりよい処遇ができるように日々努めている。   |  |                   |
| 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 | 研修に参加したり、法人内で学ぶ機会を持つように努めている。研修後はミーティング等で復命内部研修を行い、分かりやすく周知を図っている。   |  |                   |
| 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                      | 利用者や家族が不安や疑問に思っている事、理解できない点がある場合にはきちんと理解されるまで丁寧に説明を行なっている。また、契約のその場での説明では理解できにくい事もあるので、予め契約書を読んでいただき、契約時に再度説明する様にしている。 |  |                   |
| 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                  | 意見箱を設置しており常時意見や要望を出して頂けるように準備している。また、担当者会議の際には施設や職員に対する意見や要望も伺い、その意見要望は速やかに対応するように心掛けている。                              | 日常生活の関わりの中で利用者の意向や希望を把握するよう努めており、家族からは運営推進会議や家族会、訪問時等に意見や要望を聞く機会を設け、出された意見や要望を運営に反映させている。                                    |                   |
| 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                                   | 日ごろからコミュニケーションを図り、相談しやすい環境作りを心がけている。また、定期的に1対1で話す機会を持つ事で、率直な意見を聞く事ができ、運営に反映できている。                                      | 管理者は、日頃から職員が意見や要望を出しやすい環境づくりに努め、会議やミーティング等で職員の率直な意見や提案を聞き、出された意見、提案を運営に反映させている。また、法人本部との定例会議などで意見や提案、課題等について吸い上げる体制も整備されている。 |                   |
| 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   | 個々の職員の話しに耳を傾け、得意なところや個性を生かした仕事ができるようにと心掛けている。働きやすい環境作りを第一に考えている。   |  |                   |
| 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      | 外部研修には職員の経験、希望に応じて出席している。その内容を内部研修にて報告し、職員全員で技術や意識の向上を図っている。   |  |                   |

| 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 |
| 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 | グループホーム協議会の会議や研修に毎回出席し、情報交換やアドバイスを受けたり、専門的な勉強を受けサービスの質の向上につながっている。市主催の地域密着型施設交流会や多職種研修会にも積極的に参加している。 |  |                   |
| 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           | 要望や意見を率直に伝えられるような環境作りを心掛けている。さらに気持ちを察したり行動を観察して、不安を取り除けるような対応をして信頼関係を築けるように努めている。                    |  |                   |
| 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                      | サービス導入にあたって家族の要望や不安も十分に伺い、それに対しての経過報告も定期的に行い、信頼関係を築けるように努めている。                                       |  |                   |
| 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                  | 本人と家族の実情や要望を汲み取り、その時点で必要とする支援を見極め、最良の選択・対応ができるように努めている。  |  |                   |
| 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                                  | 生活を共にする中で、利用者と職員がお互いに支え合い、学び合う関係を構築している。   |  |                   |
| 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                   | 面会時やあさがお通信などで生活の様子や出来事などを、お伝えしている。認知症状についても現状を定期的にお伝えし、家族の協力が必要な場合は関わっていただけるようお願いしている。               |  |                   |
| 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                               | 知人や家族が面会に来やすい雰囲気・環境作りを努め、関係が途切れないように支援している。また、長年行きつけの理容店を利用している方もいる。                                 | 知人や家族の訪問も多く、利用者が自宅でもてなしをする雰囲気づくりを念頭に支援しており、家族の協力を得て自宅訪問や選挙、買い物、外食等を通し関係が継続でき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 |
| 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                                   | 個々の間を大切にしながら、他の方との関わりが自然に持てるような働きかけを行い、支援している。                                      |   |                   |
| 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                    | 他施設や病院に移った際も、訪問して経過を尋ね関係を続けられるよう努めている。御家族ともお会いした際には話を聴き、相談にも応じている。                  |   |                   |
| 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   | 普段のコミュニケーションを通じ、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。困難な方は職員全員と御家族も交え、本人本位の支援ができるように検討している。 | 職員全員で、利用者の生活歴や家族からの情報を得て、自分史を作成しながら、利用者の思いや希望を見いだせるよう努めている。また、日常的には、日頃の関わりの中から意向や要望の把握に努めている。困難な場合は行動や仕草、表情から意向をくみ取り本人本位に検討している。                  |                   |
| 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                                       | 本人や家族、在宅時のケアマネ等から情報を得て アセスメントシートや自分史を作成し、その方らしい生活の実現ができるよう努めている。                    |   |                   |
| 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   | 日々の生活ぶりを、日誌に書き落とし日々の変化を時系列的に記録し、変化の有無を確認している。                                       |   |                   |
| 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 | 今までの生活ぶりを踏まえ、これからの課題やケアのあり方を、本人・家族・必要な関係者と話し合い、多種多様な方向から思考し適切な計画を作成している。            | 利用開始時は3ヶ月間の介護計画を作成している。職員担当制を採っており、介護計画に添ったサービス提供状況をまとめ、本人、家族意向を確認し全職員で検討しながら介護計画を作成している。通常は6ヶ月毎の見直しを実施しているが、心身状態の変化があった場合は、状態に即した介護計画の見直しを行っている。 |                   |
| 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                        | 毎日の日誌を、個別に経過記録とし集約している。また、経過の結果を元に、未来の介護計画に反映している。                                  |   |                   |

| 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 |
| 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                                | 新たなニーズが発生した場合、ホームで対処できる事か適切に判断し、出来なければより適した支援の為に他機関と連携。状況にあった支援の実現ができるように努めている。                                     |  |                   |
| 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  | 春には、河川敷の散歩がてらお花見したり、地域でのお祭り時にはにぎわう人通りに入り見学したり、花火を観たりと入所後も地域に出て行くことで、より充実した生活が出来ている。利用者の作品を公民館祭りに出展する計画もあり、作成に励んでいる。 |  |                   |
| 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                                     | 協力病院以外でも本人や家族が希望する医療機関に受診できるよう支援している。また協力病院は往診が週2回あり、24時間体制で受診できるよう整えている。   | 事業所の協力医の他、利用前からのかかりつけ医での受診ができるよう、ご家族と協力し通院介助を行っている。受診の際には、普段の生活の状況や変化に関する情報の提供や受診結果の情報共有を行い、適切な受診支援に努めている。 |                   |
| 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                              | 看護師は居ないため、協力病院と連携を密に図っている。体調の急変時には医師に上申し、指示を仰いで対応している。  |  |                   |
| 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、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。     | 入院時には毎日面会に行き、声掛けや整容を行ったり様子観察を実施。またその際は、医師や看護師から状況を聞き確認している。洗濯や必要物品の補充なども家族に代わり対応している。                               |  |                   |
| 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、事業所ですることが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 | 入所時と、その後の状態に応じ 家族と協力病院と話し合いを持ち、最適な対応をすよう努めている。看取りについてはできるだけご家族の意向に添うよう努めている。  | 重度化や終末期に向けた事業所の方針及び意思確認書を作成している。利用者の状態が変化した場合は、ご家族及び協力医と話し合いを行い、事業所が対応し得る最大のケアに努めている。                      |                   |
| 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  | 身体的状態の急変に備えAEDを設置。又、事故発生に備えマニュアルを作成し、全職員が適切に対応出来るように周知を行い、知識、技術の習得のために外部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   |
| 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              | 極寒の時期以外は、毎月火災や地震や夜間を想定した避難訓練を実施。年1回、消防署員を交えた避難訓練も実施している。   | 原則月1回、火災や地震、水害等が昼夜を通じて発生した場合を想定した避難訓練を実施している。また、年に一度消防署の協力を得て避難訓練、消火器の使い方などの訓練を行っている。災害時に備えて、食料や飲料水を備蓄している。   | 年度毎に作成している防災計画の内容及び職員一人ひとりの役割について、全職員への周知を図り、防災計画に対するPDCAのマネジメントサイクルを強化して欲しい。 |
| 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                      | 一人ひとりの人格を尊重し、尊厳を保ちながら主体的に生活できるよう支援している。また、研修を行い 常に認知症の専門職としての自覚を持ち、適切な対応ができるよう努めている。                   | 援助が必要な時も、第一に本人の気持ちを考慮したケアを心掛けたり、自己決定しやすい言葉かけをするよう努めている。また、利用者の個人情報の取り扱いについては、職員の誓約、施錠付ロッカーの設置など管理の徹底が図られている。  |   |
| 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                        | 意思表示できる方には、その都度選択できるような対応が来ている。また、意思表示できない方には、その時の表情など観察し少しでも応える事が出来る様努力し対応している。                       |   |   |
| 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    | 生活をマイペースで過ごせる方は、その生活スタイルで過ごして頂いている。支援の必要な方は、その時の状況に合わせ適切な支援を実施している。                                    |   |   |
| 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                                     | 本人の好みを尊重して出来る範囲で自分自身で衣類を選べるようにさりげなく助言をして支援している。清潔感があり、きちんと身だしなみの継続を心掛けている。                             |   |   |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている | 利用者が育てた食材を料理に取り入れたたり、料理の下ごしらえなど利用者で行いながら同じ空間で食事を摂り、安全に楽しく食事が出来るようにしている。                                | 「家庭食の提供」をコンセプトに、給食委員会を設置し、同法人内の管理栄養士の協力を得ながら旬の食材や新鮮なものを取り入れ、利用者の嗜好を考慮したメニューを策定している。また、調理の下ごしらえや後片付け等も利用者と共に、職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事が出来るよう雰囲気づくりも大切にしている。 |   |
| 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             | 一人ひとりに合った量や栄養を適切な形状で、また好みも配慮して提供している。持病やアレルギー、急な体調不良時等なども体調に合わせた食事の提供に努めている。(消化に良い物、油の少ない物)又、水分も同様である。 |   |   |

| 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、口腔ケアの誘導を行い習慣となっている。うがいができない方には口腔内清拭をしている。夜間は義歯を預かり洗浄・消毒をし、清潔を保持している。                                     |   |                   |
| 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  | 排泄チェック表を用い個々の排泄サイクルを把握している。さらに表情・動きなどからもサインを読み取り、失禁前に誘導し快適で清潔に過ごせるように努め、排泄能力の維持と自立に向けた支援をしている。               | 排泄チェック表を用いて3か月間の統計分析を行い利用者毎の排泄パターンを把握し、尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することにより、トイレで排泄できるよう支援している。                                   |                   |
| 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                  | 献立は常に野菜を多く取り入れ、それに加え便通に効果がある食材も提供している。適度な運動を促し、腹部マッサージも実施している。排泄チェック表で便秘の方には医師と連携し服薬等でコントロールしている。            |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 利用者の体調や希望に応じて週2～3回入浴している。季節によって柚子湯・菖蒲湯・バラ湯などにして入浴を楽しんでもらっている。  | 利用者ひとり一人の希望に合わせて入浴をいただいている。入浴を拒む利用者に対しては、担当職員を変えたり、ユニットを変える等の入浴支援を行っている。また、利用者が楽しく入浴できるよう、一緒に歌を歌ったり、ゆっくりお話をするなど工夫をしている。 |                   |
| 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                   | 食事やお茶の際、またレクリエーションや活動の際にはリビングに誘導し皆で一緒に楽しむ時間を持つようにしているが、それ以外は個々で自由に過ごしていただいている。夜間は安眠できるよう照明や室温を個々に合わせて調整している。 |   |                   |
| 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              | 処方薬をファイリングし、職員が服薬内容を把握できるようにしている。服薬時には確認し、服薬介助して間違いや飲み忘れがないように慎重に再度確認し、服薬事故がないように努めている。                      |   |                   |
| 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 | 入所後作成した自分史を利用し、得意な事や好きな事、個々の能力などに応じて仕事を任せている。適度な疲労感と満足感で生き活きと充実した毎日を送っている。                                   |   |                   |



| 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 |
| 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  | 希望に応じ職員と買い物に出かけたり、季節ごとにドライブに出かけている。家族と外食や買い物に出かけたり、外泊する方もいる。地域のお祭りに出かける際は、近くの高校のボランティア部に協力依頼している。 | 近所の公園への散歩や買い物へ出かける等、日常的に利用者の希望に応じた外出支援を行っている。また、春季は花見、夏季は海岸へのドライブ、秋季は町内の祭りへの参加等、季節に応じた外出支援を行い、利用者が戸外で気持ち良く過ごせるような工夫をしている。 |                   |
| 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  | 個々の能力に応じ、お金を所持したり、希望に応じて買い物に行き、お金が使えるように支援している。   |   |                   |
| 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   | 申し出があった場合は、ご希望通り電話を掛けたり、手紙を出すなど対応している。  |   |                   |
| 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                   | 気候や時間に合わせ室内の温度・照明の調整をしている。常に清潔を心がけ、特に臭いには気を配り トイレは日に2回掃除を行っている。また、リビングや玄関には季節ごとの花を飾るように心掛けている。    | 共用空間は、自然光を取りいれていることで明るくさわやかなイメージが演出されている。また、居間には大き目のゆったりしたソファを設置したり、畳コーナーを設置する等、利用者がゆっくり寛げるよう工夫されている。                     |                   |
| 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  | リビングにいながらもソファや畳に移動したり、テーブル席を移動して談笑するなど思いのままに過ごせる居場所ができている。  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている | 利用者一人ひとりが使い慣れた家具や寝具を持ち込み、家に居た時と同じような生活ができている。写真やカレンダー、ご自分の作品など希望を聞きながら一緒に飾り付け、居心地の良い空間作りに努めている。   | 家具やタンス、写真や思い出の品々が持ち込まれ、利用者一人ひとりが居心地良く安心して過ごせるよう配慮している。  |                   |
| 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   | 一人ひとりの能力・身体機能に合わせ安全を確保した個別の支援をしている。夜間のみ転倒防止のためのセンサーや鈴、ベルを使用し対応している。(家族の了承を得ている)                   |   |                   |