

平成 28 年度

事業所名 : グループホーム「氷上山」

# 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   | 0391000098         |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 典人会         |            |            |
| 事業所名    | グループホーム「氷上山」       |            |            |
| 所在地     | 岩手県陸前高田市高田町字大隅8番地6 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成 29 年 1 月 23 日   | 評価結果市町村受理日 | 平成29年5月18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.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/03/1/ndex.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;ji_gyosyoCd=0391000098-00&amp;PrEfCd=03&amp;VerSionCd=022">http://www.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/03/1/ndex.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;ji_gyosyoCd=0391000098-00&amp;PrEfCd=03&amp;VerSionCd=022</a> |
|----------|---|

## 【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 いわたの保健福祉支援研究会      |
| 所在地   | 〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号 |
| 訪問調査日 | 平成 29 年 2 月 10 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)】

職員の資質向上と良質なサービスを提供する為に、各種研修会に積極的に参加研修で学んだ事を職員が事業所にて実践することで、事業所全体で専門的な認知症ケアが提供できるよう努めている。また、納涼祭や敬老会等の施設全体の行事を開催することで、地域住民や地域のボランティア、利用者家族を招待し利用者が地域との関係を継続できるよう交流が持てる機会を作っている。その他にも、家族交流会を開催するなど利用者と家族、そして職員と一緒に食事を楽しみながら日頃の利用者の状態や、生活ぶりを報告しあい連携の強化を図っている。お盆やお正月には家族に呼びかけ外出や外泊をする機会を作ったり、病院受診の対応をしていただくなど家族とのつながりを重視したケアを心がけている。

## 【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)】

事業所が主催する納涼祭や敬老会などの行事で地元住民との交流機会を設けるほか、各種団体等に地域交流ホールを開放するなどして、地域とのつきあいを深めている。地域の防災組織とも災害時の協力体制に関する覚書を取り交わし、避難訓練時には参加協力が得られている。利用者は自分の役割を大切に、「いただきます」の声がけや食事の際の手伝い、洗濯物たたみ等一人ひとりが役割をしっかりとこなしている。利用者のペースで生活してもらうことを大切に職員が寄り添い支援している。また職員は利用者の健康状態などの変化を見極めるための記録を丁寧に行っている。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55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. 全くない            |
| 59 | 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: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) | ○                     | 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  |    |   |                       |   |

事業所名 : グループホーム「氷上山」

| 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  | 開設当初の理念に基づき、話し合いを重ね、よりわかりやすく身近な理念を設定し、日々、確認しながらケアに取り組んでいる。  | 開設当初の理念について、昨年職員皆で意見を出し合い議論を重ね、見直しをして、簡潔な表現で標語化している。新たな理念は職員会議等で、振り返り確認し、目線や方向性を合わせ、日々ケアに取り組んでいる。               |  |
| 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  | 地域住民や各関係機関及び団体等に当施設の地域交流ホールを開放することで利用者と地域住民が交流できる機会を作っている。また、納涼祭や敬老会等の行事を通して地域住民や地域の学校との交流を図っている。             | 普段は、散歩や買い物などに出かけた際に、行きかう地域の皆さんと挨拶等を交し合っている。事業所を訪問してくれる地域行事や絵本等の読み聞かせを通して、地域の子どもたちとも親しく交流している。                   |  |
| 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  | 毎年11月11日の「介護の日」には地域の中学校と協力し学校行事に当施設での職場体験学習を組み入れてもらう等、市教育委員会とも連携し中高生ボランティアの受け入れ事業も実施しており地域における福祉活動の向上につなげている。 |   |  |
| 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                                     | 運営推進会議において事業所の運営状況や利用状況を報告し健全な運営について意見を伺っている。また、感染症の発生状況や対策についての話し合いを行う等、状況に応じて消防士や看護師等に参加していただき意見交換も行っている。   | 事業所からの定例の報告や説明だけに止まらず、感染症対策や介護保険制度改正に関してや、地域の避難所としての運営など広範囲な話題をもとに多くの意見・議論が交わされている。                             | 今後も、より一層、推進会議・メンバーの知恵や力を得ながら、利用者のその人らしい豊かな暮らしにつなげて欲しい。 |
| 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  | 運営推進会議や陸前高田市の介護保険連絡会議等にて各事業所の実情の把握や事例検討にてケアサービスの向上に努めている。また、当施設は福祉避難所の指定を受けており、有事の際に連携できるよう協力体制を築いている。        | 定期的な会議を通して、必要な情報・意見交換を行ない、指導を得ている。福祉避難所の指定の関係もあり、その運営等について、随時、担当者と連絡を取り合い連携を図っている。                              |  |
| 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 | 身体拘束廃止委員会では、ユニットリーダーと管理者が身体拘束廃止に向けた指針を作成し職員の認識の共有を図るよう努めている。  | 事業所内外の研修を重ねるほか、事業所としての「拘束排除に向けた指針」を作成しており、会議等で指針を共有・徹底している。とりわけ、スピーチロック(言葉による拘束、抑制・制止など)については、日々職員が相互に注意しあっている。 |  |
| 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                                     | 陸前高田市で開催する、陸前高田市包括的虐待防止関係機関連絡会議に管理者が委員として加入しており、陸前高田市の関係機関と連携を取りながら虐待防止に努めている。                                |   |  |

| 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 |
| 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    | 県が開催する研修会に管理者が受講するなど権利擁護に関する知識を習得し、利用者の権利擁護推進に努めている。  |   |                   |
| 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                         | 契約時に家族に直接、契約書や重要事項説明書に基づき説明を行い、署名捺印をいただいている。また、制度改正や報酬改正時にも新たに約款を作り直し、家族に直接説明し署名と捺印をいただいている。                  |   |                   |
| 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                     | 2カ月に1回の運営推進会議に利用者家族に参加していただき、事業所に対する要望を聴く機会を設けている。その他、年に1回、家族会を開催し利用者家族の意見を聞く機会を設けている。                        | 家族会を年1回開き、食事をしながら1年間の出来事などスライドを見ながら意見交換を行っている。家族からは職員の紹介の掲示が有ったほうが良いとの意見が出されている。                    |                   |
| 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、法人全体の運営会議を開催し理事長に運営状況を報告したり要望を述べる機会がある。また、事業所内においては毎月、スタッフミーティングを開催し職員の意見を聞く機会を設けている。                      | 毎月の職員会議やケアカンファレンスのほか毎日の申し送りなどで、随時思っていること等を出し合い協議している。法人役員とも毎月定例開催される運営会議において意見交換がなされ、円滑な連携が確保されている。 |                   |
| 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      | 法人の就業規則に準じた労務管理を行うよう心掛けている。また、職員面接にて希望する配属先や個人の事情に応じた勤務形態等について職員の希望を聞き考慮している。                                 |   |                   |
| 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         | 年に2回、職員は個人目標を設定し目標達成に取り組んでいる。また、評価票を用い自己評価と管理者による評価を受けることで、ケアを振り返り課題を見出しスキルアップにつなげることができている。他、委員会による各種研修会がある。 |   |                   |
| 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 | 介護支援専門員協会に加盟したり、保険者や県立病院等が立ち上げた会(チーム気仙の和、地域連携会議)に加盟している。  |   |                   |

| 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 |
| <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 | 本人や家族の生活に関する意向を家族、本人から直接聞いたり、本人の日々の行動や言動から職員が推測し、安心できる生活環境を整えたり、信頼関係の構築に努めている。        |  |                   |
| 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            | 契約の段階で家族から直接、要望や意向を確認したうえでケアプランを作成し、同意を得てサービス提供をしている。また、毎月文書にて状態を報告している。              |  |                   |
| 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        | 本人や家族に直接意向を聞いたうえで、独自のツールを用いてアセスメントを行い、ケアプランを作成し、家族や本人を交えてカンファレンスを開催し支援方法を検討している。      |  |                   |
| 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                        | 利用者の能力に応じ、洗濯物のたたみ方や掃除、調理など日常生活に関わることを中心に、安心して共同生活が営まれるよう支援、関係作りを行っている。                |  |                   |
| 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         | お盆やお正月には家族と過ごしていただけるよう外泊支援を行っている。また、定期受診は家族に対応していただくなど、家族と密に連絡を取り合い、バランスの取れた関係を築いている。 |  |                   |
| 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                     | 上記に示した通り、お盆やお正月になどには外出や外泊を支援し関係が途切れないよう支援している。  | 友人・知人の訪問や馴染みの床屋が月1回訪問してくれる。アセスメント資料や本人、家族等の話を通じて、墓参り等馴染みのヒントを得ながら、その継続にも心を配っている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の関係性を日々の生活から職員が把握し、特定の利用者が孤立しないように配慮している。また、利用者同士が役割を持ちながら生活している。                |  |                   |

| 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 |
| 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                     | 死亡にて契約を解除した利用者の家族も、死亡後、自宅に伺って話をしている。また、納涼祭や運営推進会議への参加を呼びかけ、ボランティア等で協力をいただくこともあり良好な関係を築くことが出来ている。 |  |                   |
| <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   | 本人や家族の意向を傾聴し、その意向が出来るだけ実現できるよう、ケアプランに沿って、家族、職員がカンファレンスを定期的に行っている。                                | 普段の行動やしぐさ、話から利用者の意向などを把握している。把握しにくい場合は表情・反応を見逃さないようにし気づいたことを生活記録や申し送りノートに記載している。             |                   |
| 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                                       | アセスメントを行う上で、本人や家族、及び関係機関から情報をいただき、その情報を職員間で把握している。   |  |                   |
| 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   | 毎日の生活での利用者とのかかわりから、状態や状況を把握するよう努めている。  |  |                   |
| 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 | 計画作成者が、職員から本人の生活状況など情報収集し、ケアプランの原案を作成、家族を交えてカンファレンスを定期的に行い、その時にあった計画を作成している。                     | 全職員で利用者の生活状況を確認し合い、家族の意向等も考慮しながら計画作成担当者がケアプランを作成している。通常3ヶ月に1回の頻度で見直しを行うが、変更が必要な場合はその都度行っている。 |                   |
| 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                        | 毎日の生活状況や心身の状態を個別の生活記録に残すことで、職員間の情報共有につながっている。また、ケアプランの変更時においても、目標設定やケア方針の方向性についての情報として活用している。    |  |                   |
| 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             | ケアプランを概ね3ヶ月に1度、評価、見直しを行うことで状況に応じた支援がなされている。  |  |                   |

| 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                                      | 地域ケア会議や県立病院等の機関が開催する会議や研修に参加し、意見交換を行いながら、地域資源の情報収集と開発に努めている。                                  |   |  |
| 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                                 | 基本的には、利用者、家族が信頼する医療機関が主治医となり、家族に受診対応をしていただいている。緊急時や急変時には、主治医と連携し対応している。                       | 事業所都合でかかりつけ医を変更することはない。医療機関へは家族に同行をお願いし、出来ない場合には臨機応変に職員が対応している。生活記録等の写しを提供し円滑な診療と相互連携を確保している。                       |  |
| 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                          | 併設している事業所の看護職員が協力病院の医師やかかりつけ医に情報提供し、利用者が適切なケアを受けられるよう支援している。                                  |   |  |
| 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。 | 地域連携パスを活用し、利用者が入院した際や退院する際の情報共有につなげている。また、入院中も計画作成者が病院関係者とカンファレンスを開催しながら、本人に必要な支援ができるよう努めている。 |   |  |
| 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  | 利用者が重度化、または終末期になった際には、関係職員や家族と相談しながら、当事業所においてできる範囲での支援をしていく。                                  | 重度化については経管栄養等医療行為の必要がない場合には対応すること、看取り対応指針の作成はないものの終末期は出来る限りの対応をすることを家族に説明し、同意を得ている。職員に対する看取りを含む対応研修について検討をしたいとしている。 | 職員が不安なく、終末期に臨むために、看取りを含む終末期における対応知識や技術の習得・研修について、検討を重ねていただきたい。 |
| 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  | 職員に救命救急講習を受講させ、緊急時への対応について知識を習得させている。緊急時の対応をマニュアル化し、連絡網を作成するなど体制を整えている。                       |   |  |
| 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  | 地域と災害時の協力体制について覚書を交わし、共に避難訓練や消火訓練を行うなど協力体制を整えている。   | 年2回(夜間想定・昼間想定・地震火事)避難訓練を行っている。訓練には地域の協力者として運営推進会議メンバーの参加を得て、いざという場合にも協力を得られるようにしている。職員のAED講習も実施している。                |  |

| 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 |
| <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                   | 利用者一人ひとりの言動や行動から、状態や状況を把握し、適時にあった対応や言葉かけを行っている。   | 人生の先輩に対する尊敬の念を肝に銘じ、その人らしく、あたりまえの生活をするためのケアを心がけている。トイレ誘導等、声かけはプライバシーに配慮し、小声で言葉を選びながら行なっている。                      |                   |
| 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                     | 日常生活の中で利用者に対し選択肢を与えることで自己決定の機会を増やす。   |   |                   |
| 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 | 本人に合った生活環境を整備し、居心地のいい空間を作る。また、個々の生活リズムを把握し今までの生活歴をベースとした生活支援をしていく。  |   |                   |
| 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                                  | 本人にその日着たい服を選んでいただくなど、好みに合った服装で生活できるようにしている。また、家族と連携し、行きつけの美容院に等に連れて行くなど、本人の意向に沿うよう努力している。                       |   |                   |
| 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     | 季節のイベントを企画し、それに合うよう献立を工夫したり、利用者の要望を聞いて店屋物を取ったりしている。また、利用者と一緒に買い物に出掛けて、その時期の旬の物や年中行事に沿った食べ物を共に調理し食すなど食に対し意識している。 | 好きなものや食べたいものを聞きながら、メニューを考え、一緒に買い物に出かけている。下ごしらえや食器の洗いや拭き仕事は利用者も行っている。食材は、旬のものを取り入れながら、「いただきます」の声かけで和やかな食卓となっている。 |                   |
| 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          | 毎日、食事摂取量をチェックし記録、体重測定を毎月1回以上行い、体重の増減を把握することで極端に栄養状態が悪化しないよう努めている。   |   |                   |
| 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                   | 毎食後、口腔洗浄を行い観察し記録に残すことで利用者の口腔内の状態を把握している。  |   |                   |

| 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 | (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                              | バイタルチェック表に排泄回数を記録し、個々の排泄状況を把握して対応している。  | 排泄チェックは、健康状態の把握に欠かせないことを基本に据え、記録している。夜間を含めて、全員がトイレで排泄を行っており、排泄機能の低下はなく自立が維持されている。                     |                   |
| 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  | 乳製品や食物繊維が多い食材を提供したり、十分な水分を摂取してもらい便秘にならないようにしている。また、排便の回数や状態を記録し適時において処方された下剤等で管理している。 |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 入浴日や時間を設定せず、本人の入浴したい日や時間において入浴できるようにしている。   | 週2～3回を目安に、希望にそった入浴対応をしている。夜間入浴についても、希望があれば可能になるように配慮している。職員との会話を弾ませたり、随時、入浴剤やゆず湯なども活用しながら、楽しみにつなげている。 |                   |
| 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   | 各居室にエアコンを設備し室温を管理、寝具や照明の明るさ等を調整できるようにし、居心地の良い環境にするよう心掛けている。                           |   |                   |
| 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  | 病歴や服薬情報を職員が確認し、毎晩薬をセッティングしている。申し送りや連絡ノートで薬の変更や情報を共有し、誤薬防止に努めている。                      |   |                   |
| 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                             | 個々の能力に応じて掃除や調理など役割を持っており、自立支援につながっている。また、季節に応じて行事を企画、参加することで楽しみを持っていただいている。           |   |                   |
| 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 | 家族に協力していただき、お盆やお正月には自宅で過ごせるよう外泊、外出支援をしている。また、定期的買い物など戸外に出る機会を作っている。                   | その日の体調や天候を見ながら声かけを行い、希望者で出かけるようにしている。家族の協力を得て、通院を兼ねた、一時帰宅や買い物、食事などの外出も多くなっている。無理強いせず、気分転換を目的に行なっている。  |                   |



| 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 |
| 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  | 希望に応じて事業所で金銭管理をしている利用者もいる。利用者が買い物や美容室等で必要な時に使えるようにしている。                                    |   |                   |
| 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   | 本人から家族に連絡を取りたい旨の要望があった際は、職員が家族に連絡をし本人と話せるようにしている。また、年賀状や手紙の投函も必要な時、職員が代行している。              |   |                   |
| 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 | 事業所内の空間は、職員が明るさや室温を管理している。また、室内装飾は季節感を取り入れる工夫をしている。  | 整理整頓をはじめ毎日の清掃は利用者も一緒に行ない、トイレ臭などの異臭はなく快適な生活環境が確保されている。四季を感じる飾り物などがあり、心を和ませる工夫がなされている。明るさにも配慮されている。 |                   |
| 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  | リビングのテーブル配置を工夫したり、廊下の奥に共同生活室を設け利用者がストレスに感じないよう配慮している。                                      |   |                   |
| 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  | 居室には木製のベッド・介護用ベッド・畳の3種類の居室を用意し、本人や家族の希望の居室を選べるようにしている。また、テレビや仏壇など本人の持ち込みたいものを持ち込めるようにしている。 | あまり多く持ち込んでいる方はいないが、テレビやコタツ、家族写真など思い思いに配置している。また毎日掃除を行い、居心地良く過ごしている。                               |                   |
| 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   | 建物の設計はシンプルで、利用者が混乱しないような作りになっている。構造をシンプルにすることで利用者が安全に生活できる。                                |   |                   |