

### 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   | 1293200083         |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 一静会         |            |            |
| 事業所名    | グループホーム しずか荘       |            |            |
| 所在地     | 千葉県浦安市当代島3丁目10番35号 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年1月31日         | 評価結果市町村受理日 | 平成29年4月28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.kaijokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaijokensaku.jp/12/index.php</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 日本高齢者介護協会 |
| 所在地   | 東京都世田谷区弦巻5-1-33-602 |
| 訪問調査日 | 平成29年2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)】**

ご利用者に対して、“唯一無二の人生を穏やかに、落ち着いて大切に生きる事を支援してゆくこと”の理念を基本にして、一人一人に合わせた毎日の生活の流れを大切に、個々の日課表に沿って、職員が一致協力し支援しています。また複合型施設の特徴を生かし、行事等を他事業所と共同で行い、施設全体で親睦を深めるように努めています。

**【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)】**

1. 東京メトロ浦安駅から徒歩10分の閑静な住宅街に立地した施設で、訪問・買い物に便利です。鉄筋造り4階建ての4階を占め、1階デイサービス及び2・3階特養老人ホームと合同で、研修、災害・消防対策と訓練、給食、行事、看護師の兼務、各種委員会(感染症・給食等)を効率的に運営しています。地盤も良く堅固な建物の為、市から福祉避難所の指定を受ける他、災害対策に万全を期しています。  
 2. 利用者個々に合わせたサービスをしており、今回実施した家族アンケートでも好評です。各種改善事例が見られる他、前回の要改善事項の殆どが大幅に改善されており、サービス向上に熱心な施設です  
 3. 職員の健康への配慮や併設他施設の看護師支援を含めた医療体制により、利用者は平均年齢87歳と高齢にも拘らず、平均介護度2.1と低く、元気に明るく過ごしています。

**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)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<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)   | ○<br>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)            | ○<br>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)                     | ○<br>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)                 | ○<br>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) | ○<br>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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○<br>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)                                      | ○<br>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)                | ○<br>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                                       | ○<br>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している<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>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                                   | ○<br>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) | ○<br>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 |
| <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                                | 職員は会議や朝礼で、施設の理念を機会あるごとに確認共有している。28年度は約束事10項目の内容を変更しました。  | 運営法人の理念の他に、今年度はホーム独自の細則(10項目の約束事)を職員で話し合っ作り、朝礼時・会議時に併せて確認・共有し、日頃のサービスで実践しています。更に来年度はホームの方針・理念・目標作成を検討しています。       |                   |
| 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                                | 法人設立者が地域出身ということもあり、地域との繋がりが深く、町内会に加入し地域の盆踊り・スポーツ大会等に参加したり、幼稚園児の訪問や交流でベルマークの協力。最近ではボランティアの訪問も増えてきている。 | 町内会に加入し、地域の行事(盆踊り等)には積極的に参加しています。幼稚園との交流(年3回)、ベルマーク収集・寄付、運営推進会議への町内会長・民生委員の参加等の他、法人全体で地域の方の日常生活支援事業の検討を行っています。    |                   |
| 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                              | 複合型施設しずか荘として地域の災害時の福祉避難所に指定されて調印している。今のところグループホームとして地域に対して貢献は出来ておらず、今後どのように対応していくか検討中である。            |   |                   |
| 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           | 運営推進会議を2か月に一回開催し、運営報告・ユニットの現状・ヒヤリ・事故報告の説明、また報告事項により意見交換や話し合いを行い、サービスの向上が出来るように努めている。                 | 年6回、市担当、地域包括支援センター、町内会長、民生委員、入居者、家族、施設長、各施設職員で開催、運営報告、事故報告、サービス状況、質向上の取り組み(研修・委員会)等について活発な意見交換を行い、サービス向上に活かしています。 |                   |
| 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に取り組んでいる                    | 運営推進会議や市役所訪問・電話連絡等を通じてサービスについての話し合いや相談を行い、交流関係をもっている。  | 施設長、管理者は、必要な都度市担当に報告・説明・電話連絡をしています。又地域包括支援センターには、必ず運営推進会議に出席して貰い意見を聞いています。更に行政からの要請(措置等)に応え4名の利用者を受け入れています。       |                   |
| 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 | 身体拘束廃止委員会を通じて、ケアの方法を考える内部研修を実施している。実際のケアのなかでも、身体拘束になっていないか、職員同士確認するような機会を持っている。                      | 不審者侵入を防ぐ為、昼間玄関は施錠されていますが、職員は利用者の素振り・時間を見て声をかけ、外に連れ出す配慮をしています。職員は、年1回内部研修を受講する事になっており、現在施設全体で外部研修を受講することを検討しています。  |                   |
| 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           | 虐待防止委員会による内部研修に職員が参加し、知識の向上に努めている。また職員は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 |
| 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    | 現在入居者1人が成年後見制度を利用されている。保佐人の方と必要時は話し合い、緊急の時の対応方法等個人の意見を尊重した覚書の作成を行った。施設として介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業実施の計画がある。   |   |                   |
| 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                         | 契約時に重要事項説明書を元に説明を行い納得の上で、契約をして頂いている。今年度は3名の契約と4名の解約があったが、退去(死亡・入院)に当たって疑問には十分に説明を行った。                        |   |                   |
| 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                     | 家族面会時に得た情報などを、ユニット会議を通じ共有し、管理者にも報告して対応等を検討している。2か月に1回開かれる地域推進会議で家族様から意見・要望を頂いている。またグループホーム年2回の家族会でも意見を頂いている。 | 利用者からは毎月介護相談員が来訪し聴取した内容を報告しています。家族からは面会時、運営推進会議時、家族会(年2回)で意見・要望を聴き、運営に反映させています。今回実施した家族アンケートでも、「良く話を聞いてくれ、柔軟に対応してくれる」と好評です。 |                   |
| 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                                      | 月に一度しづか荘の全体会議並びにユニット毎での会議を行い、職員の意見や提案を受け、代表者に伝え事業にも取り入れている。  | 管理者は、就業時や職員会議時に、職員の意見を聞き、運営に反映させています。又個人面談を年2回行っています。併設施設全体で各種委員会(防災・感染症・行事・研修・給食・身体拘束等)が設けられ、施設長、管理者は、職員の意見・提案を汲み上げています。   |                   |
| 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      | 就業状況を確認しつつ、自己評価・目標設定シートを採用し各自の目標管理や業務達成度を活字化して、面談を行いやりがいに繋がるよう整備に努めている段階です。                                  |   |                   |
| 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         | 法人内での合同研修参加や外部研修への参加を薦めている。28年度より企画室を設け全職員への研修計画体制を整えている途中です。  |   |                   |
| 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 | 法人外では、市内研修に参加し同業他社と交流しネットワークづくりに努めている。   |   |                   |

| 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 |
| <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 | 事前にアセスメントをご家族やご本人様に直接会い、要望・意見を伺いプランを作成している。また日常生活においても傾聴することで、個々のニーズを受け止め支援に生か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            | 入居初期の段階から面会等に来られた際に要望や困っていることなどを話していただけるような関係づくりに努めており、新しいホームでの生活が安心して過ごせるように留意している。                               |  |                   |
| 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        | 入居初期の段階から面会等に来られた際に要望や困っていることなどを話していただけるような関係づくりに努めており、新しいホームでの生活が安心して過ごせるように留意している。                               |  |                   |
| 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                        | 日々の生活の中で、一緒に家事活動を行う事によりご利用様が誰かの役に立っているという認識を持ってもらえるような支援をしている。またレクリエーションを通して共に笑い喜びあう関係も築いている。                      |  |                   |
| 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         | 職員が家族と互いに良い関係をもてるように、日常的な面会時には、日々の様子を伝えたり、体調の変化には電話等で連絡するようにしている。毎月ご利用様のご様子を「しずか荘だより」でお伝えしている。又イベント等の参加へのお誘いもしている。 |  |                   |
| 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                     | ご利用者の希望やご家族の了解の下、友人等の馴染みの人に来て頂けるようお話ししている。   | 家族の面会時に、たまに孫やひ孫も一緒に来て、利用者の楽しみになっています。お正月・誕生日等に外出(自宅に戻る)したり、家族と共にお墓参りに出かけています。また馴染みの美容師さんに来て貰っている人もいます。 |                   |
| 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                  | ご利用者同士の間関係の把握に努め、気の合う方同士はより良い関係になるように配慮し、又争いが起きたときは、職員が間に入り良好な関係が続けられるように、意識して支援している。                              |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 入院されたご利用者様に対してはご家族と連絡を取り、様子を伺ったり職員がお見舞いに足を運んだりしている。特養へ移動されても、交流できるよう配慮している。亡くなったご利用者様には、法要の時期に寄せ書とホームでのお写真を送るようにしている。        |   |                   |
| <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   | センター方式を活用し、本人の言葉や行動から推測されるニーズの把握につとめている。居室担当制を実施することで個々の希望や意向をお聞きし支援に活かすように努めている。また生活リズムを変えないようにその人一人ひとりの日課に沿ったサービス提供に努めている。 | 比較的コミュニケーションが取れる人が多く、職員は本人の要望で喫茶店や買い物に付き添って、利用者要望に応じています。意向の把握が困難な人でも、長く一緒に生活していることにより、要望を把握できるまでに至っています。                         |                   |
| 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                                       | 入居前に得た情報シートを基にコミュニケーションを図るようにし、日常の会話から新たな情報を得られるようにしている。またご家族様ともコミュニケーションを図り生活歴等お聞きするように努めている。                               |   |                   |
| 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   | 日々の状態変化や気づきを朝夕の申し送り時伝えることで、ご利用者の情報を共有・把握出来る様にしている。又ご本人の希望に合わせたペースで生活出来るようにしている。  |   |                   |
| 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 | ケアプラン作成後は、家族に説明し同意を得ている。職員からの意見に関しては、ユニット会議でのカンファレンスにて課題分析と意見収集をし、ケアプランに反映させている。居室担当職員が毎月モニタリングを行い、6か月に1回アセスメントシートの記入をしている。  | 介護計画の更新の1か月前に、ユニットの職員で「担当者会議」を開き、6か月毎の介護計画の見直しに活かしています。家族には面会時にタイミングが合えばその時に、合わない時には電話で確認を取り、郵送しています。また退院時・体調変化時等には随時の見直しも行っています。 |                   |
| 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                        | 介護記録に日々の様子を記録し、状態変化や気づきはユニット日誌やユニット会議の場で、情報を共有するようにしている。日々の問題をミニカンファレンスを実施し共有・検討している。  |   |                   |
| 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               | ご利用者様のニーズに合わせたサービスを検討したが、行えていない。29年度4月より介護予防・日常生活支援総合事業を予定している。  |   |                   |

| 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                                      | 外出支援で、近くの喫茶店へコーヒーを飲みに行ったり、図書館へ行き本を探したり、地域で行われるイベントなどに参加している。  |   |   |
| 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                                  | 月二回の往診診療、必要時には皮膚科往診、訪問歯科に来て頂いている。又、入居前のかかりつけ医がいる時は、家族様で対応している。  | 月2回の訪問診療(内科医)により、利用者の健康管理・維持、場合により処置まで行われています。歯科は、虫歯や義歯の調整等、必要時に来訪して貰っています。家族が通院介助をする場合は、非常勤看護師が必要書類を家族に持たせ、診察時に役立つ様配慮しています。                                    |   |
| 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                          | 複合型施設として、施設内の看護師へご利用者の毎日様子を報告している。夜間もオンコールで連絡出来る体制を取っている。   |   |   |
| 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。 | 必要に応じ介護・看護サマリーの提供や退院後施設生活復帰へ向けた事前調整を主治医・嘱託医と行っている。ユニットで退院後のカンファレンスを行い、24時間ケアを作成している。                            |   |   |
| 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  | ターミナル期には、ご家族様にホームにおいての指針を説明・同意を頂き看護師を中心に介護・看護方法を考え行っている。今年度は家族との話し合いと往診医の判断により1人12月に多職種共同で看取りを行った。              | 入居時に作成した家族アンケートにチェックを入れて貰い、意向把握に努めています。退所基準を、「常時医療行為が必要になった場合」「精神的に重度化して共同生活が難しくなった場合」と、明確にしています。家族へは重度化した場合を考慮し、他の施設への申し込みを勧めています。本人や家族が希望すれば条件付きで看取りまで行っています。 |   |
| 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  | AEDを使っての心肺蘇生の講習を行った。たん吸引研修に職員1名受講し終了している。   |   |   |
| 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  | 災害時に備えた防災訓練を年間2回(3月・9月)実施している。28年度は12月の施設内研修時に防災教育として防災用の備蓄品類、保管場所についての資料配布と確認。29年3月22日夜間想定での防災訓練実施予定。けむけむハウス体験 | 年2回、併設施設合同で消防署立ち合い訓練(夜間想定含む)と自主訓練(防災教育含む)を実施しています。災害時には併設施設間の連携がとれる体制になっています。備蓄は、施設の3日分+福祉避難所分があり、非常時発電装置・井戸・ストレッチャー等があります。                                     | 消防・災害訓練で反省会を開催したり備蓄で万全を期していますが、より一層万全なものとなる様に、非常時持ち出し品(処方箋等)の検討が期待されます。 |

| 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>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                   | 誇りやプライバシーを損ねない様な声掛けを行っている。個人によっては、親しみをもって話す時もあるが、敬意を持つようにしている。毎月のユニット会議や研修を通じ、利用者に対する声掛けの振り返りや不適切な対応への確認をする機会を持っている。 | 排泄時の誘導は、他の利用者に気づかれないような声かけをするよう配慮しています。入浴後脱衣所に出て来た時には、早目にタオルをかけ羞恥心に気遣いをしています。また同性介助を望む人には、その希望を尊重しています。                  |                   |
| 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                     | 自己決定できる様な支援に努めている。また日々の生活の中での自己決定は、傾聴し時間をかけて希望をお聞きするように職員へ指導している。  |  |                   |
| 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 | 生活の中での役割には、理解出来るような声掛けをし、行ってもらっている。又ご本人の希望を尊重し、居室で休みたい時などは、休んで頂いたり無理に誘う事はしないようにしている。                                 |  |                   |
| 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                                  | ご家族の方と一緒に美容院へ行かれる方、訪問理容を希望される方、知り合いの美容師の訪問美容を受けるなどご本人の希望に沿った支援に努めている。また希望により髪染めを施設で行っている方もいる。                        |  |                   |
| 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     | 食事は栄養バランスを考え調理師が行っている。後片づけは、ご利用者様と一緒にしている。26年9月より毎週金曜日の夕食は各ユニットで食事作りを開始し、ご利用者と職員と一緒に作っている。                           | 午前中にラジオ体操等を行い、時間がある時には誤嚥予防の体操も行っています。昼食時には、テレビを消しBGMを流し、けじめをつけています。月初めに体重測定をし、現状ほぼ増減のない状況です。必要に応じて、刻み食、ミキサー食、軟菜を提供しています。 |                   |
| 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          | 食事量や水分量をチェックし、必要量が取れない時は好みのもので取れる様に又ご利用者様の持病に考慮して量や形態また禁物にも栄養課で対応支援している。   |  |                   |
| 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                   | 毎食後の口腔ケアを行い、歯科受診の希望のある利用者様には、訪問歯科に必要時診て頂いている。  |  |                   |

| 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                              | 一人ひとりの排泄状況は「生活リズムパターンシート」に記入し、職員間で情報を共有している。排泄に関しては定時の声掛け・誘導によりトイレでの排泄が出来るように支援している。自立排泄されるご利用者への介入をし、立ち上がりの見守りや声掛けで対応している。 | 入居時にリハビリパンツで中にはパッドだった人が、排泄パターンと本人の様子の把握から、ほぼ布パンツで済むまで向上しました。ほとんどの利用者が、夜間でも日中と同じ対応をして、本人が起きて来た時には職員が付き添い、安全に配慮しています。                  |                   |
| 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  | 施設の食事は給食の為食物繊維を多く含む献立の工夫がされている。またラジオ体操や散歩等の適度な運動をするよう支援している。便秘をしがちな方は往診医の処方により薬での便秘調整をしている。                                 |  |                   |
| 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                        | 入浴日を決め、個々の体調面に合わせながら、入浴回数を調整している。入浴を楽しめるようリラックスできるように個々に合った誘い方をし、入浴中のコミュニケーションの時間を大切にしている。                                  | 入浴は、原則として週2回対応しています。体調に問題があった場合は、翌日に延ばしています。退院して来たばかりで体調の悪い人は、併設の他施設の機械浴を利用する時もあります。ひばの浴槽なので、木の香りが楽しめます。                             |                   |
| 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   | 個人によって就寝される時間は違うため、無理に誘うことがないようにしている。夜間起きられたときは傾聴して安心して休息出来る様に支援している。日中は活動量や体調を観察しながら、休息を促したり生活リズムの調整をしている。                 |  |                   |
| 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  | 往診医と診察時ご利用者の状態を把握して報告し、不必要な薬があれば中止にしたり状況に合わせた対応をしている。また施設内看護師からも助言や指導を受けて支援している。居宅療養管理指導(薬局)で薬剤師からのアドバイスも受けている。             |  |                   |
| 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                             | 日々楽しく過ごせるようにレクリエーション支援を行っている。しかし個々のニーズ叶うサービスの実施までには至っていない。  |  |                   |
| 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 | 一人ひとりの希望に沿った外出支援は出来ないが、散歩を日課に取り入れ、一日一回は外出・外気浴が出来る様支援に努めている。又個別に買い物希望のご利用者にはその都度対応している。                                      | 散歩はほぼ毎日約30分、歩ける人と車椅子の人が一緒に出かけています。おやつや雑貨等の買い物は職員が車を出し、徒歩で行ける図書館は中に喫茶店もあり気分転換になっています。また、初詣は「いなり神社」、花見は若潮公園、秋は菊花展鑑賞等、少し遠出の外出支援に努めています。 |                   |

| 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 |
| 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  | 個人でお金を所持している方は今現在はいない。個人預り金として、事務所金庫にて管理している。ご利用者の希望があれば買い物へ行き、職員見守りの中ご利用者様が支払いを行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   | 携帯電話を持ってはいるが、自分で使用できる方はいない。ご利用者の希望があれば、職員が代わりに電話をするような対応をしている。以前は手紙を出しているご利用者もいたが、今は受け取るだけになっている。              |  |                   |
| 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 | 四季にあった花や装飾等を飾ったり、広いベランダには、花や野菜植えて自然を感じて頂けるようにしている。また水やりや花の手入れもご利用者の役割となっている。リビングで流れる音楽も馴染みである音や歌をかけるようにしている。   | リビング兼食堂は、明るく、清潔で、ゆったりしており、温度・湿度調節もされ、利用者が居心地良く過ごせる様になっています。季節の花が生けられ、懐かしい唱歌が流れ、利用者は昼寝したり、テレビを見て寛いでいました。利用者は日頃リビングで体操やカルタをしたり、歌を歌ったりして元気に過ごしています。 |                   |
| 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  | 椅子の配置を考え、一人ひとりの空間を持つことが出来る様に配置を工夫している。   |  |                   |
| 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、使い慣れた、馴染みのものをもって来て頂いたり、ご家族様の写真を飾ったりと、居心地良く過ごして頂ける様に工夫している。ADL等の低下時にはご家族と相談し、福祉用具を取り入れ、不自由なく暮らせるように対応している。 | 居室は、エアコン・照明・ベッドが備付けで、適度に広く、清潔で、利用者が快適に過ごせる様に配慮されています。転倒対策の為、家族の要請により、床をフローリングから絨毯敷きにした部屋もあります。   |                   |
| 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   | 一人一人のわかる力を生かす為に居室の入り口には、名前と飾りをつけている。又廊下には手すりをつけて、自由に動ける環境作りを行っている。又常にリスクを考え対応にあたるようにしている。                      |  |                   |