

## 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   | 2490700214       |           |           |
| 法人名     | 社会福祉法人 長寿会       |           |           |
| 事業所名    | なでしこ苑            |           |           |
| 所在地     | 三重県松阪市川井町中道53番地4 |           |           |
| 自己評価作成日 | 令和1年 11月 26日     | 評価結果市町提出日 | 令和2年1月10日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;Ji_gvosyoCd=2490700214-00&amp;ServiceCd=320">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;Ji_gvosyoCd=2490700214-00&amp;ServiceCd=320</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 三重県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 津市桜橋2丁目131        |
| 訪問調査日 | 令和 1年 12月 12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)】

2ユニットは、認知度・要介護度が高い利用者様が多く見られていますが、職員の促しにより共に家事活動を実施したり利用者様同士で談話されたりと、自宅にいるような雰囲気の中生活して頂いています。また、地域行事への参加やレクリエーション、ボランティアの方々との交流、苑内で行われる行事の参加を積極的に行ったり、季節を感じて頂けるよう四季折々の行事を計画したり、年に二回苑全体での日帰り旅行を実施しています。健康管理については看護職員を配置、24時間連絡が取れる状態とし、介護看護が連携し、一人ひとりの健康管理や必要に応じて機能訓練を実施し、ADLの低下防止や残存機能を維持して行けるよう努めています。

## 【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)】

松阪市東部に位置し、母体の社会福祉法人は、ショートステイ、デイサービス(第1、第2)、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、グループホームが同一敷地内に運営されている。グループホームなでしこ苑は、開設6年目を迎えている。松阪市からの水害の通達により、水害に関しては事業所建物強度と海拔8.3メートルを目安として、2階への避難を想定している。近くの堀坂川氾濫時には心配もあり、今後は正確な情報収集や想定に努め、災害対策への準備を話し合っている。利用者の命を守るAEDについては、定期的に訓練を受けており、職員全員がAED操作が可能である。現在入居中の利用者も高齢化し、平均年齢88歳を超えてきている。ADL低下防止の機能訓練や残存機能が維持出来る様、利用者第一に考えて取り組んでいる事業所である。

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

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  | 利用者、家族介護者の自立を支援し、QOL(人生の質)を高めると共に、認知症利用者に対して、BPSD(行動・心理症状)を低減させ、状態安定につなげることに注力し実践に繋げている。                   | 法人経営理念は利用者第一に、家族にも安心して安全な環境作りの実践を進めている。グループホームで掲げた2つの理念も基本方針として、利用者支援に明確な判断や話し合いを重ね、信頼関係の構築を進めている。   |  |
| 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  | 利用者が地域の祭りに参加したり、近所のスーパーや、薬局に買物に出かけたり、地域の方に来苑して頂けるよう自治会長等への周知活動を行っている。                                      | 隣接デイサービスより月2~3回訪問ボランティアのイベントや、年に一度ずつ幼稚園・保育園・小学校の慰問発表会の案内があり、利用者は参加や交流を楽しみにしている。地域のスーパーや薬局等へと、馴染みの買物には車で出掛けている。                                 |  |
| 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  | 利用者家族への報告文書にて、BPSD(行動・心理症状)に対しての対応手法等も合わせて報告している。運営推進会議の中でも支援の方法や、相談に答えている。                                |  |  |
| 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                                     | グループホーム内での活動報告を、利用者の表情や様子をわかりやすくお伝えするためにプロジェクターを用いている。市役所・第四地域包括支援センター・自治会長・ご家族様代表に参加して頂き助言をサービス向上に活かしている。 | 年に6回の運営推進会議が開催されている。地域や行政からの貴重な情報や意見交換がされ、事業所の現状も詳細に開示し双方向的な会議と成る様に働き掛けている。  | 会議は地域の中で定着し有意義な場となって来ている中、地域の参加メンバーに自治会長以外にも増員を検討し、今後は様々な立場や多職種の方面からも、又テーマ毎にも、貴重な幅広い意見提案が得られる事を期待する。 |
| 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   | 運営推進会議にて、サービス提供指針・サービス提供の様子等を報告し、助言を頂きサービス向上に活かしている。   | 介護保険課の窓口へは、電話で質問や連絡をする機会が多い。その質問事項に付いて運営推進会議で、市の担当者から説明や内容紹介して貰う事がある。今後は市主催の地域密着型事業部会に参加して、他の事業所と情報交換を行う事や、地域資源の活用も視野に入れた取り組みを、進めていける様話し合っている。 |  |
| 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 | 毎月グループホーム会議において、身体拘束適正化委員会を開催し、見直しを行っている。現在、対象者なし。また、転落防止の為、2階の窓は消防法にかからない程度の開閉制限はとっている。                   | 身体拘束適正化委員会を毎月開催し、見直しと周知徹底に取り組んでいる。ヒヤリハットは発生直後にマネジメント・モニタリング・ユニット会議へと対応も早く、不在職員にも一斉メール伝達が徹底されている。全職員への正しい理解とケアに繋げている。                           |  |
| 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                                     | 高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設け、周知徹底を行っている。また、利用者様の尊厳を守る事を軸に虐待が見過ごされる事が無い様、組織全体で防止に努めている。                            |  |  |

| 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    | 日常生活支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を設け、職員同士の意見交換の場を設けサービスの質の向上に努めている。   |   |                   |
| 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・重要事項説明については、不明点や不安がないかその都度確認し、次の条項の説明に進めている。また全体を説明後、不安・不明点の確認を改めて行っている。改正の際には、当該箇所説明文書を作成し、口頭でも説明している。                    |   |                   |
| 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                     | ご意見箱を設置し、利用者家族等の意見を伺う環境を設定。運営推進会議にて苑職員だけでなく包括・自治会長・市職員の前で家族様代表の意見も伺っている。また、面会時に声をかけさせていただいたり家族会を開催し、ご意見をいただける機会を持ち、運営に反映している。 | 事業所の家族アンケートで家族が不安に思う事や要望等があり、次回家族会には是非とも反映出来る様に協議を行なっている。家族面会時には意見や要望を、職員が積極的に傾聴する努力や場面作りがされており、毎月発行の「ごようすだより」への嬉しいお返事も届いている。 |                   |
| 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                                      | 日々、面談やユニット会議・GH会議・申し送り等、主任から報告・連絡・相談を受ける時間を設け、問題点・改善点を確認し適宜改善している。職員からの要望・改善策の提案により運営に反映させている。                                | 月一回の職員個人面談で、個人目標や日々の公私の悩み等を、傾聴出来る様に努めている。また日常業務が適切に円滑に進む様に「報・連・相」の活用を呼び掛けて、職員同士の人間関係やコミュニケーション作りも大切にしている。                     |                   |
| 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      | 外部専門家とも協力し、適正な人事考課制度となるよう現在、考課者訓練を行っている。また、労働環境改善の為に、夜勤専属職員の採用をあわせて行っている。   |   |                   |
| 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         | 定期的な部署内勉強会の開催、法人全体研修開催、入職後1～3ヶ月は先輩職員によりOJTを行っている。また、定期的に外部研修への派遣を行っている。職員が進んで研修に参加できるよう、SDS制度(研修費補助制度)をとっている。                 |   |                   |
| 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 | 主任等が、地域のGH部会に参加し、他事業所との交流を図っている。  |   |                   |

| 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 |
| <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 | 入居前面談時、利用者と家族に不安・要望・生活歴・職歴・日常の様子の聞き取りを行い、フェイスシートを作成し、職員間で情報を共有している。家庭的な環境の下、その方らしく笑顔で生活でき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            | 入居前に、家族から困りごと・不安・要望等を家族に確認してその内容でフェイスシートを作成し、職員間でそれらを共有している。また、入居後家族やCMに入居後の様子を伝えて安心していただいている。      |  |                   |
| 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        | 本人と家族に主任・計画担当者が面談し、重要事項説明書等で、自施設で対応可能な事、対応困難な事を説明し、他のサービス利用も含めた対応に努めている。                            |  |                   |
| 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                        | 職員は利用者を、単にお世話を受ける受動的な存在として認識せず、自分の役割を持ち、様々な能力や残存機能を発揮し、利用者様それぞれの存在意義を見出せるような関係を築いている。               |  |                   |
| 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         | 家族様も参加できるような行事を企画したり、職員が面会時や電話・メールで情報交換をする等相談させて頂き、利用者様を周囲から支えるための協力関係を築いている。                       |  |                   |
| 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                     | 家族・友人・知人など、馴染みの方が、自由に面会できる環境は整っている。また、ご家族様と外食したり自宅に帰られたりと馴染みの方と会える場所に行かれています。                       | 訪問理美容で希望者がカットを受け、毎月馴染みとなっている。家族と外出時に行きつけ先でカットされる利用者もいる。東京在住親族に会う為の外泊が無事に実った利用者は、家族の支援協力で恵まれ、今後もまた関係継続を支えて行ける様に努めている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士が馴染みの関係を築けており居室で一人で過ごすといった事は殆どなく、ホールで談話や家事活動をされている事が多い。また、他の利用者への声かけや、見守りを行われるなど、支えあう様子も伺える。   |  |                   |

| 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                    | 入院に関しては、経過を見守り個々の状態や状況において、利用者様・ご家族の相談や支援に努めている。  |  |                   |
| <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   | 入所時から、日常生活の会話・様子から、利用者様の思いや意向の確認・把握に努めている。本人への聞き取り等、困難な場合は、家族様への聞き取りを通して把握に努めている。   | 思いや意向の確認把握が困難だったり、拒否が多い場合は、職員が利用者慣れる事・信頼関係を作る事を皆で討議し、実践と把握に努めている。帰宅願望では起こる前に気分転換出来る様にと、職員が先読みして支援する様に努力を続けている。         |                   |
| 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                                       | 入所時から、利用者様・ご家族様から、お話を伺い把握に努めている。入所前の担当ケアマネよりサービス利用の経過等の情報提供も含め、暮らしの把握に努めている。  |  |                   |
| 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   | 入所～生活の様子から、一日の過ごし方や心身状態・ADLやIADLの把握に努めている。介護・看護記録や申し送りノート等に記録し職員間で情報共有と把握に努めている。また、24hシートを個別対応の取り組みに入れていこうと考慮中                |  |                   |
| 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 | 毎月のユニット会議にて、ケアカンファレンスを実施している。本人・家族・関係者とは、必要時また適宜話し合い、現状に即した介護計画の作成に努めている。   | 長期目標は介護保険更新日迄とし、短期目標は6ヶ月であるが、気付いた変化をその都度見直しと修正し、小まめに更新と記録がされている。モニタリングは担当者毎に実施記録され、計画書は家族意見や関係者と全職員の気付きも反映されたものになっている。 |                   |
| 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                        | 介護・看護記録を午前・午後・夜間・体調の変化を見開きで24時間の記録に、ケアプランに沿った支援内容をレ点でチェックできるようにし、BPSDや状態の様子を24hシートを兼ねた物に変更。またBPSDに対して、ユマニチュードの手法を用い、支援を行っている。 |  |                   |
| 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               | 利用者様・ご家族様の要望は、個々の利用状況に応じて可能な限り対応できるよう努めている。対応困難な場合に代替案等を提案できるように努めている。  |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | 地域行事や催し物には利用者様の身体状況を考慮しつつできる限り参加して頂けるよう支援をしている。定期的にボランティア(市)に来て頂き交流、楽しんでいただけるような活動を実施している。            |   |                   |
| 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                                  | 契約時に、かかりつけ医に関してご本人・家族様の希望を確認し、かかりつけ医を変更する際は相談しながら進めている。主治医やかかりつけ医を一覧にし、迅速に対応できるようにしている。               | 入居時の希望を優先して現在は、1名がかかりつけ医で、17名が協力医による月1回訪問診療を受けている。夜間連絡担当看護師配備もあり、24時間医療体制が安心であるが、早期発見、判断、対応をモットーに取り組んでいる。緊急時対応医療機関一覧があり、迅速な対応への準備が万全にされている。 |                   |
| 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                          | 看護職員は週5～6日程度出勤し、利用者様一人ひとりの健康管理と共に、日頃よりの早期発見・早期対応に努めている。また、夜間の体調不良等見られた場合24h看護職員と連絡が取れ、指示が仰げる体制をとっている。 |   |                   |
| 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。 | 入院時には、適宜様子を見に伺い、情報提供はもとより、主治医・ご家族・ケースワーカー・ケアマネと情報交換を行っている。退院後も、ご本人・ご家族が安心して生活できるよう病院との連携は密に行っている。     |   |                   |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | グループホームとしての「看取り指針」は、設定しているが、重度化及び・終末期の支援は今、職員研修などにより、徐々に進めている段階である。                                   | 看取りは行っていないが、看取りに近い終末期対応が自然な形で発生したケースに対面した。他施設で経験を積んだ職員は、常に現場で経験が活かされる心得を持って支援していた。事業所でも看取りの勉強会を始め、準備段階である。家族には終末期の相談に繋がる情報の準備を備えている。        |                   |
| 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  | 急変時や、事故発生時に備えて、緊急時対応マニュアルを設置。職員は定期的な勉強会・講習会に参加し実践力を身につけるよう努力している。                                     |   |                   |
| 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  | 年2回の防災訓練の実施。<br>また、夜間を想定した2Fからの避難方法を相談・訓練を予定している  | 年2回の防災避難訓練が実施され、1回が消防署立ち会いである。水害に関しては市からの通達もあり、建物強度と海拔の目安として2階での避難想定としている。防災に関して自治会関連への協力呼び掛けや、夜間想定訓練、発動機稼働訓練等が計画中であり、実施も近い。                |                   |

| 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 |
| <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                   | 言葉かけや対応には誇りやプライバシーを損ねないよう充分配慮している。職員間でも、適切な言葉使いを指導、周知を行っている。(言葉使いにユマニチュードの実践を用いている。)                                      | 人生の先輩として節度ある声掛けをと、「です。ます」を心掛けている。言葉遣いにユマニチュードの実践は、日常ケアで有効性や可能性が見込まれる為継続中である。「利用者第一」を示し、尊重の気持ちを大切に実践している。                                 |                   |
| 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                     | 日常的に本人が要望、希望を表しやすいように環境を工夫している。普段の会話や些細な発言に注目し、本人の思いに沿った聞き取りや、本人が自己決定できるような働きかけを行っている。                                    |  |                   |
| 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 | 強要はせず、利用者個人のペースにあわせ、能力に応じた支援を行うように努めている。  |  |                   |
| 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                                  | 希望者には、理容出張サービスにて散髪を定期的に受けていただいている。男性利用者には毎日、髭剃りの声かけ、できない部分の支援を行っている。  |  |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 利用者に役割を持っていただき、盛付・配膳・食器洗い等をして頂いている。また、遠足等で外食の機会を作り、メニューを自分で決められるよう配慮している。   | 給食専門業者の献立と調理により、利用者はお揃いのエプロンと頭巾カバーを付けて、食器への取り分け配膳を担当で、仲良く分担している姿が、とても家庭的に感じられる。朝食だけは起床して準備が出来、お腹空いた人から食べる家庭スタイルを目指しており、良い雰囲気の間作りを工夫している。 |                   |
| 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          | 毎食時、食事量・水分量の確認を行っている。入浴後や、排便が見られない時等、スポーツドリンクの提供を行い、水分量・食事量の少ない方には、医師と相談のうえ、カロリーゼリーや栄養補助食品の提供も行っている。現在は、栄養食品を利用している方は、なし。 |  |                   |
| 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                   | 口衛生管理体制加算実施。各利用者毎の口腔ケアを毎食後に行っており、異常があれば、訪問歯科医に繋げるような対応をしている。また、毎月、歯科医より口腔管理指導を頂いている。                                      |  |                   |

| 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                              | 排泄表を作成し、日中夜間を通して記録を行い、個人の排泄パターンを把握するように努めている。リハビリパンツを使用されている方が殆どだが、定期的にチェックし、清潔の確保・失敗が見られたときも自尊心を傷つけないよう言葉かけの配慮も行っている。      | 「トイレで排泄を！日中オムツ0にしよう！」を目標に、職員の努力で筋力アップし、達成出来た事例がある。布パンツで排泄自立の方が1階で2～3名である。認知症で声掛け指示が伝わらず、立位が不可能で二人介助の場面があっても、職員は排泄リズムを掴む努力を続けながら支援している。      |                   |
| 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  | 服薬はNSにより管理しており排泄表により排便のチェックを行っている。また腹部マッサージにより自然排便の促しを働きかけている。  |   |                   |
| 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                        | 午前中より入浴を開始し、見守り・介助のもと入浴を行っている。目安としてスケジュールはあるが体調を鑑みながら、基本希望に沿えるよう時間的なことも含め、支援している。   | 入浴は年中無休で、午前中に一人週2回としている。ADLの厳しい利用者はシャワー浴と足浴を合わせて対応し、時にはショートステイの機械浴も利用している。入浴剤により楽しく満足して頂ける工夫で、終い湯を好む方にはタイミングで声掛けし、喜ばれている。                   |                   |
| 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   | ホールソファや、午後から居室で休息・午睡の時間を設けたり、状況に応じて対応している。  |   |                   |
| 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  | 個人ファイルに薬の説明書を入れ、変更時には申し送りノートに記入・周知。状態を支援経過として記録している。また、誤薬を防ぐ為マニュアルを設定し服薬時の確認の読みあげを二人で行っている。                                 |   |                   |
| 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                             | 食後の食器洗いや盛付、洗濯物干し・たたみなど、和やかに自分のできる家事活動を行なってくださっている。また、施設内のイベントや散歩等気分転換になるよう支援を行っている。   |   |                   |
| 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 | 家族様の面会も多く、家族の行事(定期的な帰宅等)・受診等家族の協力の外出される機会がある。希望があれば、苑内外の散歩等都度対応している。また体力の低下により遠距離が難しくなっているが、できる方には年2回の苑全体の遠足にも、参加して頂くことがある。 | 法人敷地内の柿・蜜柑・イチヂク等のフルーツの木に恵まれ、散歩や柿狩りを楽しめる。園芸療法では玄関テラスの、鉢花に水遣り等を楽しめる。梅・桜・紫陽花等、花見ドライブは季節毎に恒例である。年2回デイサービス中心の日帰り遠足にも一緒に外出し、今回は関ドライブインで昼食を摂り楽しんだ。 |                   |



| 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  | 紛失等の恐れがある為、利用者様は所持していない。預かり金として理容代、必要な物品、おやつ購入、外食など毎月領収書コピーと共に家族様に報告を行っている。   |  |                   |
| 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   | 電話を掛けたい方は、いつでも使っていただけるように配慮しているが、現在ご希望される事は殆どない。また、ご自身で携帯電話を所持している方がおり、家族と通話されている。  |  |                   |
| 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 | 室温・湿度等、調整を行い、快適に過ごされるようにしている。また、動線上の危険物に配慮し、転倒のリスクを減らす。食事時には音楽をかけ、落ち着いて食事ができるようにしている。また、散策の時に花壇の花を摘み、テーブルに飾る等、季節感を感じていただけるよう配慮している。 | リビング兼食堂、キッチン・事務所が中心部に位置し、囲む様に各居室、風呂・トイレが有り、見渡し易い配置である。大きなテレビはリビングの天井に固定され、揺れの対策には安全である。日中流れるオルゴール音楽が居心地良さと癒しの気分で落ち着きを感じられる。                          |                   |
| 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  | ホールソファでくつろがれたり、談話されたりと自由に過ごされている。また、1階への行き来を声かけしたり、居室でTVを見られたり、午睡される機会などもある。  |  |                   |
| 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  | 家族様・利用者本人と相談の上、使い慣れた家具や食器を持参していただいたり居室の模様替えを行ったり、家族の写真を飾ったりしている。  | 2階の居室窓が高所の為危険防止の安全対策で、開閉制限がされている。部屋料金は其々の利便性に配慮され四段階になっている。居室内洗面台には水張りし、冬場の乾燥対策としている。書道好きな利用者の居室壁一面には、書道作品が見事に掲示されている。夕食後から就寝迄をその人らしい自由な過ごし方を楽しませている |                   |
| 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   | 安全な歩行の為に利用者様の動線上への配慮や、歩行器などの使用。また、トイレの位置や、居室の場所がわかるような目印をつけて理解力に応じた対応をしている。   |  |                   |