

### 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                   |            |            |
|---------|-------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2891300028        |            |            |
| 法人名     | 医療法人社団 正峰会        |            |            |
| 事業所名    | メディケア柏原 (椿ユニット)   |            |            |
| 所在地     | 兵庫県丹波市柏原町柏原1436-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年3月5日         | 評価結果市町村受理日 | 平成23年4月22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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/infomatationPublic.do?JCD=2891300028&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/infomatationPublic.do?JCD=2891300028&amp;SCD=320</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 姫路市介護サービス第三者評価機構 |  |  |
| 所在地   | 姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階    |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23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)】

平成22年度は開設4年目になり丹波市柏原町の町の中にある立地条件を最大限活用し、地域のお店などを利用しながら、地域の住民として生活できるように支援しています。取り組みとしては利用者様の健康管理ADLの維持を継続しながら、介護計画作成に家族の参加を増やし、充実したサービス提供を目指しています。今後はADL・AADLをもっと取り入れるケアを考えています。

【第三者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)】

職員一人ひとりが、毎朝、職務に就く前に、事業所独自の理念と具体的な実践10項目が記載された自己チェック表を音読し、ケアの方向性を再確認した上で利用者一人ひとりが、その人らしく生活できるための支援をしている。特に、利用者の残存能力を生かして低下させないケアの実践、学習療法・運動療法に力を注ぐなどして生きることの支援が行われている。食事を楽しんだ後の食器洗い、食器拭き、片づけの一連の作業を利用者と職員が渾然一体となって、和やかな会話の中に取り組んでおられ、ともに生活する利用者との表情は明るく、健康であり、落ち着いた雰囲気満ちている。また、地域の住民・消防団、ボランティア等との交流が活発に行われており、法人の医療機関との連携も密であるので、利用者・家族に安心と信頼を与えている。

・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)     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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) | 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)  | 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    |    |   |   |

# 自己評価および第三者評価結果

(セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-です。)

| 自己              | 第三者 | 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>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                             | 玄関に理念を掲示し、出勤時は必ず目を通し、意識して理念の共有を図り、ケアに迷う時は理念を基に考える。                                | 事業所独自の理念を持っている。理念は重点項目と共に勤務前に音読をして意識付けをし、実践に繋げている。事業所の広報に掲載して入居者・家族・運営推進会議参加者に周知を図っている。                      |  |
| 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                             | 踊り・手品の定期的なボランティアの来訪、地域の教室への通い、地域のお店を利用しながら地域の住民として生活できるように取り組んでいる。                | 自治会に加入している。地域の祭りに参加したり、地域ボランティアを受け入れるなどの交流がある。区長や民生委員、地域住民である介護相談員に運営推進会議に出席してもらっている。                        |  |
| 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                           | 地域のお店を利用したり、散歩、見学などを通じて利用者への職員の関わりを見ていただくことで認知症のことを理解してもらえように取り組んでいる              |  |  |
| 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        | 現在運営推進会議は2～3ヶ月に1回開催し、ホームの現状報告、現場を実際見て頂き、意見についてはサービス向上に活かしている。利用者様が参加するまでには至っていない。 | 概ね2カ月に1回開催している。介護保険課長・地区長・民生委員・介護相談員などの出席で、地域の情報を得たり、研修の相談をしたり活用している。  | 入居者や家族も参加してもらえるよう検討している。家族参加の行事時に開催するなど工夫して、実現させてほしい。隣接のデイサービスの施設で行うのではなく、事業所内で行うメリットを活かしてもらいたい。 |
| 5               | (4) | 市町村との連携<br>市町村担当者や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                   | 地域介護保険事業所、グループホームネットワーク、介護支援専門員会議等に参加し、ケアサービスについて意見交換、情報交換機会を設けている。               | 運営推進会議に出席してもらっている。グループホームネットワーク(3カ月に1回開催の市内5事業所の連絡会)に出席してもらったり、空き情報を地域包括支援センターに報告し、協力を得ている。電話やメールで連絡を交わしている。 |  |
| 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 | 勉強会で身体拘束ゼロ、施錠をしないケアに向けて取り組んでいるが、利用者の安全確保が優先される時など根拠が明白である場合のみ、やむを得ず施錠を行うことがある。    | 身体拘束は行っていない。職員は拘束の対象となる行為を理解し、玄関も施錠していない。職員間の連携で見守り、玄関の引き戸に風鈴を吊るなどの工夫によってリスクを回避している。                         |  |
| 7               | (6) | 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        | 虐待防止マニュアルの勉強会、家族や職員間の情報交換を密に行い、虐待が見過ごされることがないように注意を払うとともに、その都度指導している。(特に言葉の虐待)    | 虐待についての勉強会を実施している。管理者は職員の様子に目配りし、暴言や無視などが無いかに注意を払っている。年2回個人面接を行い、相談や悩みに対処している。                               |  |

| 自己 | 者 第三 | 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  | (7)  | 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    | 権利擁護の重要性は知っている。法人内で成年後見制度についての勉強会、研修会などに参加しているが、職員全員周知しているとは言いきれない。  | 成年後見制度について勉強会を実施している。現在は活用されている方や必要とされる方はおられない。   |                   |
| 9  | (8)  | 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                         | 契約時重要事項説明書及び契約書に利用者の権利・義務を明示し、入居時に利用者・家族に内容を説明し同意を得ている。  | 契約に関する手順を決めている。契約時は必ず見学をしてもらう。契約書・重要事項説明書を納得が得られるようポイントを押さえて説明し、後日持参してもらう。分からないことがあればいつでも相談に応じることを伝えている。  |                   |
| 10 | (9)  | 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                     | 家族のありがたい言葉に甘えず、苦情・相談を見極め職員間で迅速な対応を心がけている。家族という立場の為ホームに直接言えない場合は入居時行政の窓口などを案内している。                            | 年4回花見など家族参加の行事があり、意見を聞く機会になっている。面会時の会話はノートに記録し、要望の把握に努めている。無記名のアンケートも実施している。ケアプランが分からないという意見を受け、改善を試みている。 |                   |
| 11 | (10) | 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                                      | 全体会議、ミーティング、責任者会議、定期的な話し合いの場を設けて「質の良いケアの提供」「利用者主体のケア」を目指している。実績は責任者会議で伝え、経営の状況を知らしてもらい、今後は事業計画に職員の意見を反映していく。 | 全体会議やミーティング、月1回の担当者会議などで意見や提案を聞いている。職員それぞれがチャレンジシートで目標を挙げ、年2回個別面接を行っている。                                  |                   |
| 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      | 年2回チャレンジ目標を設定し、自己評価後達成度や自己啓発で努力したこと、今後の取り組みなど個人面接を行う。  |   |                   |
| 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         | 個々の職員に必要な研修を受講させ、会議、勉強会でフィードバックしている。人事賃金制度の導入でチャレンジシートや日頃の様子を見ながら個々に指導をしている。                                 |   |                   |
| 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 | 地域の同業者と研修会、交換研修、会議場所提供などで活動や交流の機会を持ち、各事業所の悩み、新しい取り組みなどを話し合いサービス向上に活かしている。                                    |   |                   |

| 自己                       | 者    | 第三 | 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>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 | 利用前に面談や施設見学を行い、対話の中で本人の不安や求められているサービスを傾聴し、本人が安心してサービスを利用できるように対応している。             |  |                   |
| 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            | 入居申込時家族から施設への要望、不安を聴取し、家族の気持ちを受け止め安心して利用されるよう対応している。                              |  |                   |
| 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        | 相談時の様子や情報から、利用者にとって一番必要とされるサービスを考え他事業所の利用も視野に入れながら初期対応を行っている。                     |  |                   |
| 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                        | 利用者個々の人間性を尊重・認め、生活歴を否定しないことを認識しながら、共に過ごし・支えあう関係作りを築いている。                          |  |                   |
| 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         | 利用者・家族・職員の三者一体のケアを心がけている。施設で生活されても家族とのよりよい関係を保っていけるように支援し、職員中心の支援にならない関係作りを築いている。 |  |                   |
| 20                       | (11) |    | 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                     | 馴染みのお店・場所などを日々の会話の中又家族からの情報収集をしながら、出来る限り実行している。                                   | 馴染みの化粧品店や服飾店、食堂などへ外出支援している。希望に応じて自宅近くに出掛ける時は、近所の方にホームの入居を知らせているか、家族の方に確認するなど配慮をしている。 |                   |
| 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                 | 共同生活の中で起きる様々な出来事を個々人の個性として捉えて支援しながら、利用者間の関係の把握を迅速にしている。                           |  |                   |

| 自己                              | 者    | 第三 | 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                    | 入院により状態が悪化された時や家庭の事情などで他施設を希望される時には希望される施設やサービスを紹介させて頂くなど、話し合いながらサポートすることを心がけている。 |   |  |
| <b>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                              | (12) |    | 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   | モニタリング、生活の中での会話・訴えを傾聴し、利用者が何を求め望んでいるかを知り、認知症の利用者の言葉ではなく、「人」としての意向把握、本人本位に検討している。  | センター方式の1部を利用してアセスメントを取っている。日々の会話や表情から読み取った思いや意向を、担当職員が細かな項目に分け、記録している。                                | どのように暮らしたいか、何をしたいか、誰に会いたいかなど、介護計画作成の基となる思いや意向の把握に努め、分かりやすく記録し、共有するしくみを職員と共に考えてほしい。 |
| 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                                       | 入居後も今後のケアに活かすために利用者・家族から情報を収集している。また、入居に至るまでの様子・生活歴を随時話し合いながら職員間共有している。           |   |  |
| 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   | 些細な気づきを記録し、業務の中で利用者の心身状態に気づき、1日単位ではなく毎日の生活の継続を考え、ミーティング・カンファレンスで具体的に話し合うようにしている。  |   |  |
| 26                              | (13) |    | 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 | 日頃の利用者の様子、家族・職員からの情報を基に、職員中心のサービス担当者会議にならないように進めている(3ヶ月に1回家族の参加)。                 | 介護計画は半年に1回見直しをしている。毎月担当者会議を開き、モニタリングをしている。介護計画作成のために、3カ月に1回家族参加のカンファレンスを実施し、家族にも分かりやすいケアプラン作成を目指している。 |  |
| 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                        | 利用者の言葉や行動をありのまま記録して、介護する側の問題ではなく、利用者本人が何を必要としているかを把握しながら介護サービスの見直しに活かしている。        |   |  |
| 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               | その時々生じるニーズを事業所内だけでなく法人の中、場合によっては行政と連携を取りながら、柔軟な支援をしている。                           |   |  |

| 自己<br>者 | 第三   | 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                                      | ボランティア・地域の教室・ケアネットワーク・お店・地域の方々など出来る限り地域資源を活用しながら地域住民として生活できるよう支援している。                                       |   |   |
| 30      | (14) | 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                                  | 協力病院の確保は出来ているが、医療機関の利用については入居時利用者・家族と話し合う。特に専門医が必要なときは紹介等もしている。   | 眼科や歯科へかかりつけ医の受診支援をしている。認知症専門医への通院なども家族による介助を原則としているが、やむを得ない場合や薬とりなどを援助している。                               |   |
| 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                          | 医療連携体制の契約を結んでいる看護師と協力病院からの往診、週2階の看護師の訪問時利用者の状態の変化など相談している。利用者の変化に早く気が付き必要に応じて受診などで日々の健康管理のケアについて支援してもらっている。 |   |   |
| 32      | (15) | 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。 | 法人全体が早期退院に取り組んでいる。本人のストレスや負担の軽減を考え、担当医や病棟看護師・病院相談員・家族と相談しながら、早期退院に向けて話し合っている。                               | 入院は母体病院への搬送が主で、電子カルテを用いて情報提供を行っている。入院中は状況把握に努め、洗濯物を届けるなど支援している。早期退院に向け、地域連携室を通じてカンファレンスに参加するなど連絡を取り合っている。 |   |
| 33      | (16) | 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  | 重度化した場合の対応は利用者・家族の要望に出来るだけ沿えるようしている。難しさもあるが、職員と話し合いチームで支援して行くこと、必要に応じて主治医を交えて納得のいくまで話し合い、方針の共有を図っている。       | 看取り間際まで支援した事例が2例ある。入居時に終末期についての話をしている。医療面などできること、できないことを踏まえて、できるだけ希望に沿いたいと考えている。                          | ターミナルケアの方針を作成中である。今後の重度化に備えて完成させ、本人・家族・職員・医療関係者どう関わられるか、方針の共有が図られることを期待したい。 |
| 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  | 救急救命法(心肺蘇生法)の講習や訓練、研修会参加を行っているが十分と言えない。マニュアル、勉強会だけでは実際の場面で確実にいかせられるか不安がある。                                  |   |   |
| 35      | (17) | 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  | 消防署の指導下年2回防災訓練を行っている。地域の消防団、行政、地域の方と災害時の避難などを話し合っている。消防署連絡で地域全体に連絡がいけるようなシステムになっている。                        | 年2回避難訓練を実施している。1回は夜間想定で行った。地域の防災訓練に職員が参加したり、消防団の見回りを受けるなど、地域で災害時の対策を話し合っている。                              |   |

| 自己                           | 者    | 第三 | 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>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |    |   |  |  |                   |
| 36                           | (18) |    | 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                   | 利用者の自尊心を尊重しプライバシーに配慮した対応を理念に盛り込んで、守り通すことが難しいこともあるが、管理者は言葉かけや対応について気になる点はそのつど個々に指導をしている。                              | 入居者を年長者として敬い、言葉がけに気を配っている。対応はさりげなく誇りを損ねない。プライバシーを尊重し、居室は鍵をかけることもできる。ご自身で鍵の管理をされている方もおられる。                            |                   |
| 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                     | 日常生活の中で小さなことでも本人の思いを聞き、決定していただく。言葉だけではなく本人の表情・視線・動きの中で思いなどを見出し利用者の個性に合わせた場面作りを働きかけている。                               |  |                   |
| 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 | 出来る限り本人のペースにあわせた声かけで生活をして頂けるように努めている。職員間でしっかり認識できるように話し合っているが、場面により業務が優先してしまうこともある。                                  |  |                   |
| 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                                  | 起床時服選び、買い物時本人の好みの品選び、美容室では本人の望む髪型(馴染のお店を利用して頂き)、などで本人の好みや意向、残存能力に応じた支援をしている。   |  |                   |
| 40                           | (19) |    | 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     | 同法人内の配食サービスで作られた献立に沿った食事作り一連の動作を男女区別無く、個々の持っている能力に合わせて一緒にして頂いている。献立によって個人の好みに合わせることもある。また、希望のメニューがあれば計画を立て食事作りをしている。 | 配食サービスを利用し、7割方調理されたものが届く。状態に応じて、残された食材カットや盛り付け、後片付けを手伝っている。キッチンが両側から使える流し台で、作業しやすい。リクエストに応じて手巻き寿司を作ることもあり、楽しんで食している。 |                   |
| 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          | 減塩食でカロリー計算された食事を提供している。食事摂取量・水分量を記録し一人ひとりの摂取量に変化がある時は、原因を探りDrに相談、食べやすい物や好まれる物を用意したり、食べやすい形状に変えながら支援している              |  |                   |
| 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                   | 感染症予防を兼ねて食前・後のうがい、毎日義歯の手入れ、歯科受診など利用者の状態を見て必要な部分を支援している。  |  |                   |

| 自己 | 者<br>第三 | 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 | (20)    | 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                              | 排泄は人間の羞恥心・プライバシー、意欲などが多く問われる部分と考え、入居時排泄用品を使用されている利用者には排泄のリズムを掴み、個々の状態に合わせて、排泄の自立に向けた支援をしている。  | 排泄のパターンを把握し、タイミング良い声かけで自立の支援をしている。リハビリパンツ使用の方も布パンツに移行させるなど成果をあげている。共用トイレは姿勢支持テーブル付きで介助しやすい。                       |                   |
| 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  | 利用者一人ひとりの排便チェックを行い出来るだけ薬に頼らないように、牛乳・ヨーグルト・バナナなどの提供、水分、散歩などの体を動かすことに留意し、自然排便を目標に取り組んでいる。   |   |                   |
| 45 | (21)    | 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                             | 利用者の希望に合わせてゆったりと入浴して頂けるように支援している。毎日入浴を希望される方や就寝前に入浴したい方などご本人の要望に応えられるよう対応している。ご自分で出来ることを奪わないよう不安感や羞恥心、プライバシーに配慮した見守りを中心とした支援を行っている。 | 24時間循環型の浴槽で、個々の希望に応じた入浴を支援している。夜間の入浴も可能である。入浴中は鍵をかけ、見守りながらもゆったり落ち着いて入れるよう配慮している。                                  |                   |
| 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   | 昼夜逆転を防ぐため日中は出来るだけアクティビティに参加して頂き、出来るだけ薬を服用しない方向で夜間の睡眠が確保でき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  | 服薬管理は重要な支援として捉え、健康を維持する為に必要な服薬については医師の指示通りに服薬が出来るように支援している。症状の変化について医師に報告している。処方される薬は薬剤師を中心に個別に分け、誤薬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                             | ご本人や家族から好きなこと得意なことを情報収集、職員との関わりの中でも潜在している記憶などをみつけ一人ひとりに合った楽しみ事を探り、気分転換・楽しみに繋がるよう支援している。   |   |                   |
| 49 | (22)    | 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 | 家族の協力を得ながら外出の機会を設け、また、利用者の希望を取り入れ、買い物や外食、ドライブ日帰り旅行などで楽しみながら生活が出来るように、日頃は一日1回以上は外気に触れ自然や季節を肌で感じて頂けるように支援している。                        | 日常的に散歩に出かけている。敷地内には菜園があり、大根などを育てて四季を感じている。家族も一緒に花見に行ったり、外食にでかける機会もある。外出で得られる効果を理解し、電車に乗ってお出かけするなど、個別の支援にも力を入れている。 |                   |



| 自己 | 者    | 第三 | 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  | 基本にお金は持っていていないが、まれに自分で財布を持っておられる方は買い物時、ご自分で支払い頂くなどご本人の出来る力に合わせた方法で必要とする支援を行っている。                            |  |                   |
| 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   | 通信は離れて生活していても、常に家族から大事にされていることを感じて頂けるように定期的又、不定期的電話・葉書などを取り入れ支援している。  |  |                   |
| 52 | (23) |    | 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 | 月毎の室内飾りつけ、適切な室内温度、換気、掃除に気をつけている。職員の会話のトーンについても不快を招かないケアの一つと心得大切に考えている。                                      | 玄関や通路などに絵画を飾り、落ち着いたあるハイクオリティーな雰囲気を作り出している。リビングは中庭にも面していて、広く明るい。座面の高さのユニット置の間に腰かけて、のんびり新聞を読んでもおられる様子が見られた。入居者の顔写真が入ったおひなさまの壁飾りが楽しい。 |                   |
| 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  | お互いの部屋で話したり、リビング以外の場所にイスなどを置いてテレビを見たり、気の合う方同士で時間を過ごせるようにしているが、偏らない利用者同士の関わりを大切に考えながら工夫している。                 |  |                   |
| 54 | (24) |    | 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  | 利用者それぞれの生活習慣を大切に、家族の写真や思い出の品を家族の協力を得て持ち込んで頂いている。また、独りで部屋で過ごしたい方に対してはさりげなく見守るなどの確な配慮を心がけている。                 | トイレ・洗面台・ベッド・サイドテーブル・ワードローブ付き整理ダンスは備え付け。使い慣れた鏡台やダンスの持ち込みで個性ある居室になっている。シックなカーテン(3種類)と出窓の瀟洒な感じが印象に残った。1階は掃出し窓で庭に出られる。                 |                   |
| 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   | 居室の表札、トイレの場所が分かりやすいように文字を大きくしたり、ご自分の部屋・トイレ等がきちんと把握出来るように工夫している。場所の間違いや分からないことでの混乱を防げるように見守りや声掛けを工夫し、対応している。 |  |                   |