

# 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   | 3390700080      |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人みずき会      |            |  |
| 事業所名    | グループホーム ラスパみずき  |            |  |
| 所在地     | 岡山県井原市下出部町872番地 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成26年2月17日      | 評価結果市町村受理日 |  |

※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.kaisokensaku.in/33/index.nhp?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JirvosvoCd=3390700080-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.in/33/index.nhp?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JirvosvoCd=3390700080-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                       |  |  |
|-------|---------------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社ハートバード                            |  |  |
| 所在地   | 岡山県倉敷市阿知1-7-2-803 倉敷市くらしきベンチャーオフィス7号室 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年3月11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)】

グループホームラスパみずきでは、ご利用者が必要としている事は何か、どうしたらニーズに合ったサービスが提供出来るかを常に考え、少しでもより良い事業所になれるよう前進しようと努めています。地域運営推進会議等で頂いたご意見やご要望には迅速に対応し地域の方やご家族に信頼していただける事業所を目指しています。ご利用者の声に耳を傾け、ご家族の想いを大切にしてご利用者とご家族を繋いでいけるよう、いつまでも地域の一員として暮らしていただけるよう支援していきたいと思っています。昨年度は新たな取り組みとしてアニマルセラピーやご利用者による合奏、訪問鍼灸や訪問マッサージの導入を行いました。次年度も新たな取り組みを考えています。地域交流スペースの「足湯」や「蔵」は自由に使っていただけます。お近くにお越しの際は施設の見学と合わせて、是非お立ち寄り下さい。

## 【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)】

開設から約3年が経過し、付近には新たな特別養護老人ホーム等の競合施設が増えてきたこともあり、他の事業所にはない、当事業所ならではの特色を出そうという「オンリーワン」の目標を掲げ、多くの新しい試みを実践している。2ヶ月ごとに訓練された犬が来訪し、利用者と触れ合うアニマルセラピーや、1人10分の無料訪問マッサージを取り入れたり、月1回、牛乳パックを利用して作った葉書で利用者が家族や知り合いに手紙を書くレクリエーションなどを始めた。クリスマス会では、利用者と職員とが一緒になって楽器演奏を披露した。カスタネットやピアノ等を毎日少しずつ練習し、発表する場を持たせたのは、利用者の自信や思い出になった。避難訓練では、近隣の人に参加してもらい、炊き出しをするなど、地域との交流も大切にしている。ブログでも事業所の日々の様子を発信し、開かれた事業所を目指そうとする姿勢がよく伝わってくる。

## 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)       | ○                     | 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ます<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<br>3. 家族の1/3くらい<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く<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、活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させている<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、その時々々の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  |    |  |                       |   |

# 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  | 地域に根差したグループホームとなるよう、社会福祉法人みずき会の理念を職員皆が定期的に確認し、実践に繋げている。                              | ラスパとは、「笑顔の人が集まる広場」という意味である。利用者が笑顔で充実した時間を過ごせるよう、また、職員が働きやすい職場を目指し、「オンリーワン」の取り組みを模索・検討し、実践につなげている。                            |   |
| 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  | 餅つき等の地域行事に参加したり、事業所の行事に地域の方を招いたりして地域との関わりを持って生活をしている。                                | 近隣の中学校の行事を観に行っている。保育園児が慰問に来て利用者で交流を行っている。地域交流スペースである「足湯」と「蔵」を地域の人に開放し、利用して貰っている。   | 自事業所の特色を出す「オンリーワン」を目指すために、もっと地域の人々にそれを知ってもらい、協力関係を強めるためにも、しっかりと交流計画を立て、さらに積極的に取り組むことを期待したい。 |
| 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  | 日々の地域と事業所の関わりの中で認知症への理解をいただいている。また相談があった時には情報提供などの対応を行っている。                          |  |   |
| 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、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、そこの意見をサービス向上に活かしている                                      | 運営推進会議では利用者の状況や行事報告を行っている。家族や地域代表の方から意見を頂いた時はその都度検討し対応を行っている。                        | 運営推進会議には、自治会長、民生委員や市の職員等、地域の人がよく出席している。様々な視点からの意見や要望があり、サービス向上につながったり、新たなボランティアが来るきっかけとなっている。                                |   |
| 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   | 運営推進会議には毎回井原市の担当者に参加して頂いており、事業所の現状や取り組み等を報告している。日頃から協力を仰げる関係が作れるよう報告や連絡を密に取るようにしている。 | インフルエンザ発生時の報告方法や消費税増税に関わること等、疑問点やわからないことは、市に積極的に問い合わせ、確認している。  |   |
| 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 | 身体拘束委員会を設けて勉強会を行い、身体拘束をしないケアを職員全体で意識を持って取り組んでいる。                                     | 身体拘束は見受けられない。夜間にベッドから降り、転倒する危険性のある利用者には、本人の意向を踏まえ、職員が見守れる位置で車椅子に乗り過ごしてもらおう等、工夫をして身体拘束をしないよう努めている。管理者は朝礼や月例会議などで、職員に注意喚起している。 |   |
| 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                                     | 定期的な勉強会で、虐待防止についての意識向上を図っている。ニュース等で虐待についての報道があった時はその内容を職員に周知し防止に努めている。               |  |   |

| 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    | 権利擁護については拘束や虐待の勉強会時に合わせて行った。人権を尊重するという事を中心にしたもので、日常生活自立支援、成年後見制度については詳しく行っていない。  |  |                   |
| 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と契約書の内容を十分に説明し、疑問点が無くなるまで話をし納得をいただいた上で契約を締結している。                      |  |                   |
| 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                     | 地域運営推進会議への家族の参加により、意見や要望を職員や外部者へ表していただき運営に反映させている。                               | 玄関に意見箱を設置しているが、投書はない。家族から意見や要望があれば早急な対応を心掛けている。例えば「職員の電話対応が素気ない」との意見があった時には、翌日に全員参加の会議を開いて原因を究明し、会話の幅を広げ、快い対応ができるように接遇の勉強会を企画した。       |                   |
| 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                                      | 委員会や事業所会議、全体会議を設け意見や提案を聞く機会を設け、運営に反映させている。                                       | 事業所会議では職員が持ち回りで議題を決め、司会を担当することで、職員が積極的に意見を言ったり、困り事に真剣に耳を傾けたり、責任ある行動をとれるようになってきた。職員の「利用者が過ごしやすいように部屋替えをしては？」という意見に対し、管理者が家族の了解を得て、実施した。 |                   |
| 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      | 人事考課の際には自己評価と反省、目標を書いてもらい、代表者は職員個々の把握を行っている。定期的な面談により個々の事情を鑑みながら働きやすい職場環境を作っている。 |  |                   |
| 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         | 職員ごとに研修計画を立て、キャリアや能力に応じた研修に参加している。   |  |                   |
| 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 | 連絡協議会に参加して得た情報をサービスの質の向上に活かしている。   |  |                   |

| 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 | 入居時には早く本人が安心して新しい生活を始められるよう、信頼関係を築く事を一番に考えて話を傾聴している。          |  |                   |
| 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            | サービスを導入する段階で家族の想いや要望をしっかりと聴き、家族との信頼関係が作れるよう努めている。             |  |                   |
| 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、家族の想いや必要としている支援を見極めるよう努め、当事業所での対応が困難な時には他のサービスの情報提供も行っている。 |  |                   |
| 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                        | 持っている力を維持していただく為にも出来る事ははしていただき、職員も感謝の言葉を伝えている。                |  |                   |
| 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         | 家族と本人の関係を考慮しつつ、これまでの人間関係を継続できるよう、また場合によっては良い方向に改善できるよう対応している。 |  |                   |
| 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                     | 出来る限り、今迄馴染みであった場所や交流のあった人との関係を繋げていけるように支援を行っている。              | 職員が運転する車で、利用者の実家付近に行き、近所の人と話をしたり、馴染みの店で買い物をする事がある。手作り葉書を利用者と作ったり、3ヶ月毎に、職員が写真入りで利用者の様子をレポートして、家族に出している。 |                   |
| 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                 | 利用者同士がお互いに助け合ったり、思い遣りのある言葉掛けを聞く事が出来る。そういった関係が続くよう橋渡しを行っている。   |  |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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                   | 契約終了後も入院先を尋ねたりしながら関係を継続している。  |   |                   |
| <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   | 本人がどのように暮らしたいかを一番に考え、出来る限り希望に添えるよう家族との調整などを行っている。                               | 職員は、利用者との世間話などから、各人の思いを探り出し、レクリエーション等を通じて、実現できるよう、工夫している。洗濯たたみや食器拭き等の活動ができる利用者には意欲的にしてもらっている。                                     |                   |
| 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                                       | 本人や家族へアセスメントを行い、以前の居宅や入院先等からの情報も頂戴している。適切なサービスが提供出来るようカンファレンスや会議で職員皆が情報を共有している。 |   |                   |
| 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   | 3回の申し送りでリアルタイムな利用者情報の共有を行っている。口頭だけではなく記録により確実な情報の共有を図っている。                      |   |                   |
| 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 | 本人と家族、職員でサービスを提供する上での課題やケアの方法等、随時検討しながら計画を作成している。                               | ケアに関する家族からの要望は次第に少なくなってきた。「足腰を弱めないために歩かせてほしい」との家族の意見が出れば、本人の意向を組みつつ、介護計画に反映させている。過剰介護にならず、残存機能を活かせるよう、職員間で話し合い、計画を立て、家族に確認を取っている。 |                   |
| 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                        | 日々の状態や気づき、対応等を記録に残している。情報を職員で共有する事的確なサービスに繋げ、計画書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               | その時々利用者状況に合ったサービスが行えるよう、柔軟な支援を心掛けている。   |   |                   |

| 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                                      | その方が培ってきた人間関係や生活歴を知る事で、それを資源として活用できるよう利用者と資源を結びつけるよう努めている。                         |  |   |
| 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                                  | かかりつけ医については本人、家族の意向を大切に決めていく。かかりつけ医との連携を密にして適切な治療が受けられるように支援している。                  | 協力医による月1回の往診が半年前から始まった。訪問歯科も取り入れている。受診は原則として家族が付き添うが、無理であれば、できる限り事業所で対応している。 |   |
| 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                          | 体調不良者が発生した時には隣接事業所の看護師と介護職の連携により迅速で適切な対応が出来るよう支援している。夜間はオンコール体制をとっている。             |  |   |
| 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。 | 入院時には看護師やケアマネより情報を提供している。病院のソーシャルワーカーとの密な連絡関係の構築により本人の状況把握や退院後の生活がスムーズに行えるよう努めている。 |  |   |
| 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、事業所です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   | 重度化や終末期対応における事業所が出来る事、出来ない事を説明し、理解を頂いた上で契約を行っている。                                  | 重度化や終末期対応については、契約時の口頭での説明に止まっていたが、今回、事業所ができること、できないことを明記した書面の作成した。           |   |
| 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  | 職員全員が普通救命救急講習を受講している。急変や事故発生時の対応については定期的に勉強会を行っている。                                |  |   |
| 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回の消防訓練を実施し地域住民の参加も頂いている。また、災害時対応についての勉強会もやっている。                                  | 避難訓練は近所の人々も参加し、炊き出しも実施した。災害時は、備蓄食料等がある法人本部に避難する方針である。地域の人と非常食を試食した。          | 年2回の避難訓練時だけでなく、折に触れて、災害発生時の緊急対応手順を確認し、統一した手順が全職員へ浸透し、徹底するよう期待したい。また、法人本部との連携を固め、共通意識をしっかりともてるよう期待したい。 |

| 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                   | 利用者は人生の大先輩と考え、尊敬を持って暮らしていただけるよう対応に努めている。処遇についての勉強会を定期的に行っている。                                 | 管理者は、職員の利用者に対する不適切な言葉かけや対応を見かけた時は、注意を促している。利用者の現在の状態をきちんと把握し、それに応じて、かつ誇りやプライバシーを損ねない接し方について話し合う場を日常的に設けている。                      | 職員が利用者の尊厳を守る対応をいつも心掛け、事業所が望む接遇を守っているかを今一度確認し、どの職員も一定水準以上の対応ができるよう、期待したい。 |
| 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                     | 着替え時の衣類の選択、日常生活の過ごし方等、日常生活の様々な場面で自己決定が出来るよう支援に努めている。  |  |  |
| 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 | 利用者の想いを大切にして過ごしていただけるよう、職員側の都合にならないように、いつも自己点検しながら支援を行っている。                                   |  |  |
| 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                                  | 希望の方には月に一度の訪問美容を使って頂いている。定期的な整容、その方の仕方や好みなどを尊重して身だしなみを支援している。                                 |  |  |
| 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     | 季節に合った行事食や特別メニューの提供をして食事を楽しんでもらっている。利用者が献立を決めて、職員と一緒に買い物から調理までされる日や、おやつを作りを楽しんでいただく日もある。      | 食事バランスをとるため、普段は外部業者の献立を採用しているが、利用者の希望を取り入れ、ハンバーガー等のメニューにしたこともある。主食は希望に応じてパンやお粥にも変更できる。利用者と相談しながら献立を立て、買い物から調理まで一緒に行う日を月に一度設けている。 |  |
| 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          | 利用者個々に合った食事形態で栄養計算をされた食事を提供している。水分、食事量、体重の増減についても問題があれば医療機関との連携も含め迅速に対応を行うよう努めている。            |  |  |
| 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                   | 月1度、歯科往診により口腔状態を診てもらい、その指示のもと職員は個々に合った口腔ケアを支援している。歯ブラシやコップは定期的に消毒殺菌を行い、義歯は夜間洗浄殺菌して清潔保持に努めている。 |  |  |

| 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 |
| 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                              | 個々の排泄パターンを把握する事で失敗を減らせるよう支援している。  | 一人ひとりに合わせた排泄支援により、入居時は紙パンツだった利用者が、布パンツとパット対応になる等、改善した例がある。トイレはよく清掃され、いつも清潔である。                              |                   |
| 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  | 記録や申し送りで排便の状態を職員皆が把握共有し、その状態に合った食事や飲み物を提供している。また体操や運動で排泄がスムーズであるよう努めている。                |   |                   |
| 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                             | 利用者の希望や身体状態に合わせて入浴が出来るよう特浴、岩風呂、個浴を用意している。夜間の入浴についても対応を行っている。入浴剤も種類を取り揃え、希望の方には使っている。    | 入浴は週に2～3度の人が多いが、毎日の人もいる。入浴時間は19時頃まで対応している。入浴日は予め決めているが、順番はその日の状況に応じて変えている。各種の入浴剤を取り揃え、希望者には使っている。           |                   |
| 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   | 利用者の体調や希望に合わせ、休みたい時に休んでいただけ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  | 薬の変更があった時は記録と申し送りで確実な職員周知を図っている。確実な服薬支援が出来るよう何重にもチェック体制を取っている。また症状の変化についても注意深く観察を行っている。 |   |                   |
| 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                             | 興味のあるレクリエーションを提供したり、家事の役割を担っていただいたりと、利用者の生活歴にあった、好まれる過ごし方をして頂けるよう支援している。                |   |                   |
| 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 | 季節の行事を計画し、馴染みの場所へ外出している。日常生活でも買い物や通院など本人の希望やご家族からの依頼に添えるよう支援している。                       | 気候の良い時期は、頻繁に散歩をしている。またウッドデッキでお茶や雑談を楽しみ、外気に触れてもらう。ベランダ菜園を始め、世話や収穫を楽しみにしている人もいる。季節ごとに家族と一緒に外出や外食ができる機会を設けている。 |                   |

| 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  | 金銭管理が可能な利用者にはお金を所持してもらい買い物時には自分で支払って頂く。週一度ある訪問ヤクルト販売でヤクルトやパンの購入を希望される方にはその支援も行っている。 |  |                   |
| 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   | 希望があれば職員が取り次ぎをしている。携帯電話を所持している利用者もいる。   |  |                   |
| 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 | 壁は漆喰であり職員や利用者の作品が飾られている。温度、湿度管理を行っており居心地良く過ごしていただけるよう日々工夫を行っている。                    | リビングや廊下はもちろん、汚れやすい水回りなども丁寧に清掃されている。換気扇などの見落としやすい部分もきれいで、室内全体が清潔感にあふれている。利用者の作品や一緒に作ったものを、玄関やホールなどに品良く飾り、明るさを出している。 |                   |
| 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  | ホールには食卓の他ソファを2つ置き、他の利用者と距離を置く事もできるし、気の合った者同士で落ち着いて話もできるような居場所づくりを行っている。             |  |                   |
| 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  | 居室はベッドや筆筒、椅子等完備しているが、好みの配置に出来る。本人が居心地良く過ごせるよう馴染みの物を持って来ていただいている。                    | 一人ひとりが馴染みの家具や、希望するものを置いている。備え付けの家具は好きなように配置して、各人に合った個性のある、居心地の良い居室となっている。  |                   |
| 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   | 施設内はバリアフリーになっており、車椅子での移動もスムーズにできる。廊下、トイレ内にも手すりが十分に設けてあり、自立して安全に使用していただけるよう環境を整えている。 |  |                   |