

### 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   | 4491100048       |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 芽豆羅の里     |            |            |
| 事業所名    | グループホームめずらハウス I  |            |            |
| 所在地     | 大分県宇佐市大字下時枝491-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成26年10月25日      | 評価結果市町村受理日 | 平成27年1月30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 |  |
|----------|--|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 福祉サービス評価センターおおいた  |  |  |
| 所在地   | 大分県大分市大津町2丁目1番41号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年12月8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)】**

チームケアを意識することで、ケアの質が上がることはもちろんですが、職員がしっかりとチームが組み、業務に集中できることは、グループホームという家庭が温かく穏やかなものとなり、入居者の方が安心して生活できるのではないかと考えます。そのためには、職員のケアが切れ間なく継続的に行われるように、紙媒体での情報共有ですが、同じ方向を向いて支援できるように工夫しています。また、個に応じたケアをできるだけ実践できるように、前向きに取り組んでいます。また、笑顔の瞬間、ゆったりとした時間、心細い時など入居者の方のその時々々の心に寄り添える職員になりたいという思いで日々取り組んでいます。

**【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)】**

・事業所の理念を基に話し合い、今月はユマニチュードの実践から「見つめる」「話しかける」「やさしく触れる」「立つ」の理念を掲げ「その人らしさ」が維持できるよう寄り添うケアの実践に取り組んでいる。  
 ・職員が個別の目標を立てケア向上に努めている。  
 ・事業所を一軒の家として地域との関わりを大切にしており、地域活動に積極的に参加している。また、地域住民の方にも事業所の行事の案内をし入居者との交流を図るなどしている。  
 ・居室の洗面所とトイレはゆったりとしたスペースがあり車いすでの利用がスムーズにできる。また、お風呂は車いすの人もリフト浴でゆっくり入浴を楽しめる設備がある。

**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. 全くいない           |
| 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                            | 毎月事業所理念を元とした目標を立てており、具体的に行動することになっている。また目標達成について自己評価する機会を設け結果を次月に繋げている。                   | 法人の理念と事業所の理念を掲げ共有している。また、理念を基に認知症ケアの新しい手法であるユマニチュードの実践の中から毎月の目標を職員で決め、実践している。自己評価や目標達成の記録を残している。          |                   |
| 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                            | 地域の神社へ花見に行ったり、保育園の運動会に応援に行ったり、自治会に所属し、回覧板をまわしたり、地域の清掃活動や祭りに事業所として積極的に参加している。              | 地区の自治会に加入し、祭りや清掃活動に参加している。地域の健康体操の指導者が見えたり、ハーモニカ・コンサートに地域の方に声掛けし一緒に楽しむなど地域との交流をしている。                      |                   |
| 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                          | 地域にも回覧されている、めずら新聞を通して、認知症の施設としての活動を紹介している。和やかな交流や家事作業をすることが認知症の予防に繋がることを、地域へ発信できている。      | /   | /                 |
| 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       | 二ヶ月に一回定期的に開き、日常の様子や、現状等を報告できている。使用する資料は写真を多く使用することで、ご利用者の表情が伝わるようにしている。                   | 2ヶ月に1回開催しており、市担当者・老人会・地域の方・家族等の出席がある。行事等での利用者の状況が分かりやすいよう写真も作成している。また、テーマを決め意見の出やすいよう工夫がされており、議事録に記録している。 |                   |
| 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                 | 介護保険課給付係の担当者に疑問点や制度の説明等のアドバイスを受けるため、電話にて問い合わせができています。また、運営推進会議に市担当者が出席されるため、状況の報告ができています。 | 市の担当者に運営推進会議で事業所の実情を報告している。また、制度や運営に関する疑問について、電話で説明やアドバイスをもらっており、記録に残している。                                |                   |
| 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 | 夜間以外は施錠していない。また職員の内部研修年間計画にて、盛り込んでいます。玄関に「身体拘束0」を宣言した物を掲示することで、内外の訪問者に我々の思いを示している。        | 年間研修計画で身体拘束をしない研修をしている。目標達成計画にも掲げ、離床センサーマット使用について再度検討し直し、利用しなくて良いほど改善している。寄り添う介護を心掛け取り組んでおり記録に残している。      |                   |

| 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 |
| 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     | 高齢者虐待防止のためのマニュアルを作成している。また、内部研修にて年間計画に盛り込み全職員の意識の向上を図っている。                      |   |                   |
| 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 | 権利擁護に関するマニュアルを作成している。また、内部研修年間計画に組み入れており、研修実施できている。                             |   |                   |
| 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                      | 新規のご利用者の方がおられるが、契約等の説明を行い、アセスメントを十分に行い、ケアに活かすことでご家族より、安心していただけている。              |   |                   |
| 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                  | 運営推進会議により、意見や希望を伺い、運営に反映させている。直接面談や電話にて要望を伺い、善処している。尚、その内容は介護経過に記録している。         | 運営推進会議には家族の出席も多く、意見や要望を聞いている。面会時や電話等で要望や意見を言いやすいよう声掛けしている。出された要望等は前向きに検討し介護計画に反映し記録している。  |                   |
| 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                                   | 業務改善会議に代表が出席し、現場職員の意見が運営の参考になっている。また、申し送り書や他職員に運営についての意見を聞いたり、管理者に提案できている。      | 管理者は職員に意見要望を出しやすい環境を整えている。出された意見等は、業務改善会議で検討され運営に活かされている。内容は申し送り書に記録されており、職員の意識向上に繋がっている。 |                   |
| 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   | 職員が働きやすい職場環境のため、勤務時間の調整や希望休など可能な限り調整している。昇給も本人の努力に応じて正當に評価され給与に反映されている。         |   |                   |
| 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      | 内外の研修の機会は適宜あり、研修参加者は復命書を作成し、職場内研修時にその内容を他の職員に伝えている。また、定期購読書を購入しており、自己研鑽に生かしている。 |   |                   |

| 自己                    | 外部  | 項目   | 外部評価   |  |
|-----------------------|-----|--|--|--|
|                       |     |  | 自己評価<br>実践状況   | 実践状況<br>次のステップに向けて期待したい内容                                |
| 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 | 近隣のグループホームに見学研修できる機会があり、自施設に生かされている。また、同グループ内の多事業所との交流が盛んであり、職員間で刺激し合っている。                               |  |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |  |  |  |
| 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           | ご本人の話を十分に伺い、ご本人の自尊心ややる気を保ちつつ、どのように支援できるかをアセスメント、施設サービス計画書をもとに支援している。生活歴、嗜好、趣味など基本情報を職員間で情報共有につとめている。     |  |
| 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                      | 自責の念がある方が多く、サービス導入段階では特に家族に対しても支援が必要。無理をせずに家族間の良好なつながりを保ちながら、サービスを利用するためにどうすれば良いのか一緒に考えることを大切にしている。      |  |
| 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                  | 同法人の施設を長年利用されていた方は、急激に生活が変化しないように、慣れ親しんだデイサービスを適宜利用したり、なじみのヘルパーの訪問を受けたりし、無理なくサービスがスタートできるように事業所間で連携している。 |  |
| 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                                  | 趣味活動や特技、家事仕事、考え方などにおいて、心の共有を深められるようにしている。具体的に例えば「ありがとう」とお互いと言える関係の構築など。                                  |  |
| 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                   | 家族の施設訪問だけでなく、受診時や帰省、外出など積極的に勤めている。特に体調不良時に家族が送迎・受診等にかかわることで、職員と一緒に本人を支えているという思いを持っていただいている。              |  |
| 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                               | 職場の後輩の訪問、親戚・家族の訪問。檀家のお寺参拝など、可能な限り本人らしさの継続ができるように支援している。  | 檀家のお寺参りや自宅訪問、墓参りに行ったり、馴染みの美容院に来てもらうなど関係性が途切れないように支援している。 |

| 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 |
| 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                                   | 無理せず衣食住を共にできるよう心がけているが、意見の食い違いや、認知症の症状のためか、時に衝突する場面もある。職員の声掛けや心理的、物理的に与える臨機応変な対応で穏やかな雰囲気の中でお過ごしいただいている。 |   |                   |
| 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                    | 状態が改善され自宅に帰られ終了となった方に対して、家族訪問、自宅訪問、居宅ケアマネとの情報交換、ご利用通所サービス事業所訪問等をし、不安なく自宅復帰できるように支援した。                   |   |                   |
| 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 |      |  |   |   |                   |
| 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   | 食事の嗜好や入眠の方法、趣味活動の継続、衣類の好み、外出の希望、等なるべく本人本位に支援できている。たとえば、遠方の家族に連絡してほしいという願いに答え電話連絡する。                     | 利用者一人ひとりの思いや意向は日頃のかかわりの中で把握し、アセスメント表に記録しており実現に向けた支援をしている。また、月1回の「めずら便り」で思いに沿った支援の状況を家族にも知らせている。 |                   |
| 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                                       | 新たにアセスメントシートを作成し、職員間で共有を図っている。センター方式を実施し、アセスメントに役立てた。もっと実践的にケアに役立て、手軽な形式を模索中。                           |   |                   |
| 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、食事量は排泄、睡眠、内服、バイタル値、入浴、その他の事項を記録し必要に応じてマニュアル化し、ご本人の状態の現状や変化の把握に努めている。食事の摂取状況も個別に記録するようにした。            |   |                   |
| 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 | 計画作成者のみでなく、全職員による、モニタリング、アセスメントを実施し個別のケア目標を立てている。その内容をケアプランに反映できている。                                    | 職員全員が日頃家族や本人との関わりの中での気づきをアセスメント表に記録しており、介護計画に反映している。また、月1回モニタリングを実施しており、ケアプランも細やかに解りやすく作成されている。 |                   |

| 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 |
| 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                                     | 業務日誌や、申し送り書は毎日、出勤時に確認をするが習慣になっている。業務日誌はご利用者の個別記録ができるように工夫している。様式を変えたことで、計画作成者が把握しやすく、介護計画に直接反映しやすくなった。 |  |                   |
| 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                            | 転倒の恐れが非常に高い方が多く、リハビリを必要、希望とする方が増加。そのため、法人内の作業療法士の指示のもとリハビリを開始。また福祉用具についても専門的なアドバイスももらえるようになった。         |  |                   |
| 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                                      | 地元の保育園の訪問を受けたり、運動会の応援に行ったりして交流している。また地域のデイサービスセンターや老人ホームを訪問したり、病院や商店、美容院をその方の状態に応じながら無理なく利用している。       |  |                   |
| 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                                  | 希望のかかりつけ医の受診が定期的に行っている。またかかりつけ医が連携医の場合、毎日バイタル値当の報告をしているため、状態の変化に迅速に対応できている。                            | 家族や本人の希望するかかりつけ医を受診している。専門医やかかりつけ医受診には、家族が付き添いしているが、事業所の職員も付き添い、状況説明をするなど、かかりつけ医等との関係が築けている。 |                   |
| 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                          | 身体の状態変化等については看護職に連絡しホーム長に報告し、また連携医や訪問看護への連絡系統できている。指示したことやされたことを、医療連携ノートに記録している。今後の対応等は申し送りにて職員共有している。 |  |                   |
| 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。 | 情報提供シートを提出したり、病院関係者との口頭での情報交換を常に行っている。ソーシャルワーカーとの接点を大切に、窓口が複数にならないようにしている。                             |  |                   |

| 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 |
| 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 | 重篤化した場合における指針を整備し、看取りについての説明をご家族、ご本人にしその加算についての同意承諾を得ている。また、連携医、訪問看護や死後の対応などチームの体制が組める。                          | 重度化した場合や看取りについての書類があり、家族や本人に説明し、同意を得ており、文書に残している。また、ターミナルは病院へとなっているが、状況に応じて往診等、連携医や訪問看護などの協力体制ができています。                           |                   |
| 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   | 様々な状況に応じた急変、事故発生時の対応マニュアルがある。とっさの時にわかるように、目に付くホール内にも、緊急対応マニュアルを掲示している。   |  |                   |
| 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   | 非常口、避難場所、避難袋、備蓄品の保管など、場所の確認ができています。また、消防署の協力のもと地域住民に呼びかけて避難訓練を年に1回実施している。  | 消防署や地域の協力のもとでの避難訓練を年1回、実施している。また、事業所のみでは、2ヶ月に1回、避難訓練ないしは、コンセントなど電気器具の点検を行うなど、日頃から災害等に対して意識を高めている。地域の協力で避難場所の確認ができています。3日分の備蓄もある。 |                   |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |  |  |  |                   |
| 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   | プライバシーの保護に関しての意識を高めるために、職員研修を行っている。言葉使いにはとくに気を配っており、丁寧にゆっくりと語りかけるように全員で心がけている。排泄介助、写真など具体的に会議で検討している。            | 「接遇」の研修をしており、言葉遣いなど気づいたときにはケア会議等で話し合っている。その人らしさを大切に、ゆっくり話しかけるなど一人ひとりの人格を尊重した対応をしている。   |                   |
| 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   | 「トイレに行きたい」「外にいきたい」「横に座ってほしい」「話がしたい」など希望を伝えられる方のみでなく、表出しがたい方の希望を表情から読み取るように努めている。選択肢の中から一つ選ぶ生活場面の設定は二者択一のことが多い。   |  |                   |
| 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                                   | 入浴は午前か午後かという希望のある方はなるべく優先しているが、日曜日や祭日の入浴が職員の都合で実施できない。食事に関しては、「今は食べたくない。」「ここでは食べたくない。」「ここで食べたい。」という希望をなるべく優先している |  |                   |

| 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 |
| 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                                | トレードマークのような髪型や小物などその人のこだわりを大切にしている。自分で衣類のコーディネートをされる方は時間がかかってもご自身でされている。しかし、職員によって対応が違っており、統一ができていない。 |  |                   |
| 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   | 利用者の状態に応じて、無理なく食事に関する家事を職員と一緒にしている。調理、おかずの盛り付け、下膳、台拭きなど。  | 食事は3食とも法人の栄養士の管理の下、一括で作っているが、夕食のおかず1品はハウスⅡで作り、それらを各ユニットで職員と一緒に盛り付け等をしている。また、一週間に1回、おやつ作りをしたり、誕生日ケーキのデコレーションを手伝ってもらったりと、食べる楽しみを促す支援をしている。 |                   |
| 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        | 愛用のコップ、箸を使用することで生活を実感していただいている。またゆっくり摂取される方、とろみの必要な方など状態に応じている。時間、量は個別に記録し、食品の代替や形態の変更等可能な限りできている。    |  |                   |
| 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                 | 無理なく本人の状態に合わせて口腔ケアができている。できるところは自分の力でやっていることが多い。  |  |                   |
| 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 | リハビリパンツを使用しているも、トイレにて排泄を促がしている。排泄記録をつけることでそのパターンを把握し、排泄誘導時の声掛けのタイミングに活かしている。                          | 排泄パターンを把握し、声掛けでトイレ誘導をし記録している。また、排泄ケア向上委員会でリハビリパンツやオムツ、パットなどの排泄消耗品の見直しによる家族の負担軽減に努めている。   |                   |
| 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                 | ヨーグルトや食物繊維、水分等の摂取によって自然な排便が刺激されるようにしているが、便秘がちの方が多く、内服薬を使用し排便を促がすことがある。                                |  |                   |



| 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 |
| 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                        | 毎日でも入りたい人と、入りたくない人がいる中で、個々の希望の日での入浴は難しいが、時間帯は希望に合わせていることが多い。しかし、入浴担当が配置できる曜日を事前に決めていた現状あり。          | 週2回～3回希望の時間にゆっくり入浴を楽しめるよう工夫しており、毎日入浴が必要な人も、また車いすの方もリフト浴でゆっくり入浴できるよう対応している。          |                   |
| 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   | なるべく好みの時間帯に合わせて、自室にて安眠できるようにできている。日中の休息では自室での静養や、他者の存在を確認できるホールなど希望に応じて静養できるようにしている。                |   |                   |
| 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  | 個別に処方箋ファイルを作り、いつでも薬の目的や副作用を確認できるようにしている。また配薬ミス防止のためお薬カレンダーを個別に準備している。                               |   |                   |
| 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                             | 職員の個別対応も気分転換になっているよう。また、これまでの趣味や仕事、散歩やドライブ、役割等、ご本人とご家族と話をしながら何が楽しく落ち着かれるのかを意識し、ケアに取り入れている。          |   |                   |
| 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 | 車椅子やシルバーカーを利用の方も散歩に出かけたり店舗へ買い物に行ったり、できている。法人内の施設や地域のお寺へ日常的に外出支援できている。                               | 法人内の保育園などの施設や地域のお寺に散歩に出かけるなど外出支援ができている。また、買い物や菊花展を見に行くなど、利用者の要望をできる限り実現できるよう支援している。 |                   |
| 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                             | お金を所持している方、お預かりしている方、財布を所持している方はおられるが、実際に使うことは、ほとんどない。買い物の外出支援時や、美容院でなど、職員の見守りのもと安心してお支払いの体験をされている。 |   |                   |
| 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  | 電話をかけて家族と会話をしたいという希望のある方には、職員支援し電話ができている。今年もご家族に年賀状を書く予定。   |   |                   |

| 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 |  |
| 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 | 夏にはグリーンカーテンを生育したくさんのニガウリが収穫できた。ホールは自然光が差し込み、のんびりと過ごせている。季節の植物をテーブルに飾ったり、ご利用者が好まれるものを飾り、楽しい気分になれるように工夫している。程よい生活音がある。 | 夏にはグリーンカーテンを作り、室内の日差しを和らげ過ごしやすくし、室内は季節の花や壁に手作りの作品が飾られ、季節感が感じられる工夫がされている。室温や湿度も調整され、適時の換気などの配慮がされている。 |                   |  |
| 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  | ホールにてソファや一人がけのいすに座ったりしながら、個別であっても他者の空気を感ぜられるため、穏やかで安心できる空間づくりを心がけている。  |  |                   |  |
| 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   | ゆったりとしたトイレや洗面スペースがあり、車椅子やシルバーカーを利用していても落ち着いて使用できている。入居の際、なるべく今まで使われていたものを持ち込まれてくださいとお願いしている。                         | 居室に広めのトイレと洗面所があり、利用者が使いやすい工夫がされている。また、落ち着けるよう家族と相談しながらタンスやいすなど置いている。                                 |                   |  |
| 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   | 手すりや、台、椅子、バリアフリーの床などにより、移動時の転倒やふらつきの回避や、楽に起座動作ができる様になっている。また、自尊心を損なわないように配慮しつつ張り紙や声掛けの支援があればできることを大切にしている。           |  |                   |  |