

### 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   | 2890700129     |            |           |
| 法人名     | 医療法人社団 中野泌尿器科  |            |           |
| 事業所名    | グループホーム たかくらの夢 |            |           |
| 所在地     | 神戸市須磨区高倉台4-2-7 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和2年2月3日       | 評価結果市町村受理日 | 令和2年3月13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 | 特定非営利活動法人CSウオッチ |  |  |
| 所在地   | 兵庫県明石市朝霧山手町3番3号 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和2年2月24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)】**

母体が医療法人であり、医療面での連携が出来ていて、安心して毎日を過ごす事が出来ている。Dr・NSとは24時間オンコール体制があり、緊急時でも迅速に対応している。一人一人の希望や要望を聞いて、その人らしく暮らして頂けるように心掛けている。自治会開催の行事には自治会の方が声を掛けてくれる事が多く積極的に参加している。施設の目の前にスーパーがあり、買い物希望された時にすぐに買い物に行って、買いたい物を購入出来ている。

**【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)】**

【優れている点】・運営推進会議や月1回の全体会議には、理事長以下経営幹部及び施設長、フロアリーダーが参加し又順次に職員参加の機会を与え、施設特性の医療と介護サービスの連携の堅守に向け推進している。【工夫点】・運営推進会議の家族出欠案内に意見等記載欄を設け、又訪問時の面会簿にも意見・提案記載欄を設けこれらをサービスの質向上等に活かしている。・車いす利用者が各フロア数名に増え、居室での移動など各利用者の行動特性に合わせた安全な移動への種々の工夫を図っている。

**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    |    |   |                       |   |



# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)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>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                            | 施設の玄関や各フロア内に理念を掲示し誰にも分るようにしている。また全体会議で再確認し理念を理解し実践出来るように取り組んでいる      | 事業所運営理念を玄関、各フロア内に掲示し、職員は名札に理念を入れ理事長参加の全体会議で再確認して管理者と職員は、理念を理解・共有して実践に繋げている。   |   |
| 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                            | 地域行事(盆踊り・地藏盆・ふるさと祭り)などに参加して、地域の方と交流が出来る。施設行事の(秋まつり)には地域の方に参加してもらっている | 近所の小学校での盆踊りや施設に近接している地藏盆、自治会によるふるさと祭りなど季節に応じた地域の催しに参加し、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。  |   |
| 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                          | 近隣の中学生のトライやるウィークの受け入れや小学生の見学を受け入れている                                 |   |   |
| 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       | 運営推進会議において事業報告を行い、話し合いを行っている。参加が出来ない家族様からは事前に意見を聞いている                | 運営推進会議には地域包括センター担当、民生委員、自治会長、同業他社、家族数名が参加し、理事長、副理事長、事務局、施設長、フロアリーダーに加え職員にも参加の機会を与え、定例報告や話し合いを行い、意見等はサービス向上に活かしている。          | 参加ができない家族への会議録などの積極的な開示が望まれる。                           |
| 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                 | 問題点や不明な事があれば電話で相談している程度で密に連絡は取っていない                                  | 近くに福祉センターがあり、運営会議参加の地域包括担当との連携は日常的にしているが市担当者とは問題点や不明な点の相談などで密のレベルには至っていない。  | 今回評価結果資料等訪問提出時機会等を活用し、工夫効果等積極的に伝えるなど更なる協力関係を築く取組みが望まれる。 |
| 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 | 2ヶ月に1回、身体拘束廃止委員会を開催して、身体拘束に関する事柄を話題にしている                             | 身体拘束廃止委員会開催にもとづく研修を全体会議の後に実施し、禁止の具体的な行為を正しく理解し、声掛けの仕方等の課題に取り組んでいる。研修翌月に職員フィードバックのグループワークを実施している。フロア扉はエレベーターへの安全防止として施錠している。 |   |
| 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       | 外部研修にも参加しており、虐待防止の研修を年2回、実施して防止に努めている。職員同士の会話や声掛けにも注意している            | 市の案内による外部研修参加や年2回の研修を実施し翌月に親愛拘束と同様職員フィードバックのグループワークを行い、虐待が見過ごされないように職員同士の会話や声掛けに注意を払っている。                                   |   |



| 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                       |
| 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    | 権利擁護や成年後見制度のパンフの配布を行っている  | 成年後見制度活用者は現在2名。後見人訪問機会活用の情報収集や権利擁護や成年後見制度のパンフレットを入手し、職員への配布などを行い活用できるように支援している。  | 身体拘束禁止や虐待防止研修と併せて権利擁護の計画的な勉強会等推進が期待される。 |
| 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                         | 契約前の見学時に不安や疑問点をお聞きして納得が出来るように説明してから、契約を行っている。契約時にも再度説明し、確認を行っている                  | 利用希望者には必ず見学を勧め、見学時に透析等医療要素の不安や疑問点を確認し、納得、理解が得られる説明を図り、契約時に必要な資料をもとに再説明後確認し契約を行っている。                                      |   |
| 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                     | 面会時に家族様から意見や要望を聞いたり、面会簿にも意見や要望を記入出来るようにしている。運営推進会議時には事前に意見などを記入して頂ける出欠票を全員に配布している | 家族訪問時に意見・要望を聴いたり、面会簿に意見や要望を記入できる欄を設け、夏場の水分補給等記載は申し送りやユニット会議で検討し具体化している。又、運営推進会議の出欠確認表に事前に意見等記載欄を設けこれらは職員全員に配布し運営に反映している。 |   |
| 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                                      | 月1回の全体会議時や各フロア一会議時に職員の意見や提案を聞く機会を設けて反映出来るように努めている。その都度に意見や提案は聞く事が出来ている            | 月1回の理事長出席の全体会議や各フロア一会議時及び個人面談等で職員意見・提案など聞く機会を設け、一例として仕事着の修復等の要望に対応している。  |   |
| 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      | 個別面談を行い、職員個々の目標や勤務状況などを聞いている、年3回に人事考課表にて個々の実績や勤務状況などの評価を行っている                     |  |   |
| 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         | 研修の案内は全職員に報告し、希望者には法人内外の研修を受ける機会を設けている、職員から研修受講の希望があれば希望に沿って研修日はシフト調整を行っている       |  |   |
| 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 | 地域のグループホーム連絡会、リーダー会議に出席して交流する機会を設けている   |  |   |

| 自己<br>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 |
| <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 | 見学時や入居時の面談にて本人が困っている事や不安な事を聞き取り、不安なく生活が出来るように信頼関係を築く努力をしている            |  |                   |
| 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            | 入居の問い合わせ時や見学時・面談時に家族様が困っていることや不安に思っている事を詳しく聞き、要望には対応出来るように信頼関係作りに努めている |  |                   |
| 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        | 本人と家族様との会話の中から聞き取り、その時に必要としているサービスを見極め検討し対応している                        |  |                   |
| 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                        | 日々の生活の中で本人が出来る事は自分で行い、出来ない時は職員が声掛けを行うなどで関係を築いている                       |  |                   |
| 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         | 家族の面会時などには日々の様子を伝え、昔の思い出話を一緒に話し、家族にも協力をお願いして共に本人を支えていけるような関係を築いている     |  |                   |
| 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                | 友人や知人の来訪時には、居室でゆっくりと過ごして頂けるように配慮しており、関係が途切れない様に支援している                  | 地域の中でこれまでどのような関わりがあるのかを家族の許可を得ながら情報等を得ている。俳句仲間や踊りの先生等今までの生活延長線上であるよう本人に会いに訪れる。継続的な交流ができるよう働きかけている。 |                   |
| 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                  | 日々の生活の中で利用者同士の関係を把握し、利用者同士が関われるように支え合えるように気を配っている                      |  |                   |



| 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  |
| 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                    | サービス利用が終了しても関係性を保ちながら、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                                 | (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   | 一人一人の思いや希望に沿えるように努めている、本人から聞き取りが困難な時はは家族様の希望に沿っている                        | 利用者の言葉にしづらい思いを、日々の行動や表情から汲み取り把握している。把握できないこともあるが「本人はどうか」の視点に立ち話し合う。家族から情報を得て一部の意見で決めつけてしまわないようにしている。  |  |
| 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                                       | サービス利用時に生活歴や今までの暮らし方や生活環境などの情報を提供して頂いて、把握に努めている、面会時にも一緒に話をしながら聞き取るようにしている |   |  |
| 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   | 一日の過ごし方や日々の健康状態や心身状態などは申し送りノートや毎日の申し送りにて職員間で把握している                        |   |  |
| 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 | 担当職員が中心になってその方の暮らしについてフロア内で話し合い意見を反映し、介護計画を作成している                         | 本人がよりよく暮らすための課題やケアのあり方について設定した期間での見直しはもちろん、身体機能変化だけに捉われるのではなく常に本人本位で話し合い、気づきや意見を反映し職員間で検討して計画書作成している。 | 今回家族アンケートでは(3)の介護計画に関し、前年度より不満要素が増えています。貴努力の背景が家族に反映される工夫が望まれます。 |
| 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                        | 日々の様子やケアの実践、気づきなどは個別ファイルに記入し、連絡ノートにて情報を共有し、随時カンファレンスを開催し実践につなげている         |   |  |
| 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               | 本人や家族のその時の状況やニーズに対応して、柔軟な支援を行えるように取り組んでいる                                 |   |  |



| 自己 | 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                                      | 地域の行事に参加したり、近くで買い物をしたり本人が出来る限りの事を把握し安全に暮らしていけるように支援している                     |   |                   |
| 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                                  | 受診は本人や家族等の希望をお聞きし、主治医との連携に努めている、体調変化時はNS・主治医と連携し受診に繋げている                    | 週1～2回主治医の往診を受けることができる。病院看護師が毎日利用者の健康管理や状態変化に応じ些細な変化を見逃さないよう支援を行っており、いち早く医療と連携していく24時間体制が整備されている。                          |                   |
| 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                          | 日々の関わりの中での情報や気づきなど問題点は看護職に報告し適切な受診を受けられるように支援している                           |   |                   |
| 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。 | 入院時は地域連携室にサマリーを提供し随時連携を行い、その都度情報交換を行い、退院に向けてのカンファレンスにも参加している。               | 入院する際は本人のストレスや負担を軽減するために、家族等と相談しながら医療機関に対して本人の認知症状等に関する情報やケアについての特徴や状況を報告している。病棟看護師と直接回復状況等を交換し、速やかな退院支援に結び付けている。         |                   |
| 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  | 入居契約時に重度化した場合や施設での看取りについて説明している、看取りの時期になった場合は家族・主治医・NS・職員とチームで関わっている        | 本人や家族の意向、本人にとってどうあったら良いのか、事業所が対応し得る最大の支援方法を主治医、看護師と連携し方針をチームで話し合っており取り組んでいる。安心して納得した最期を迎えられるよう、随時意思確認しながら話し合いを積み重ね対応している。 |                   |
| 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、職員全員に研修を行っており常に意識づけしている。AED使用の研修も随時に行っており、職員がすばやく使用出来るようにしている |   |                   |
| 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  | 地震や火災を想定した避難訓練を年2回実施している。地域との協力体制は築いていない                                    | 運営規程の非常災害対策にに基づく火災等災害対策として年2回品案訓練を夜間想定をも含め実施している。スタッフの殆どが近所住んでおり、緊急連絡でかけつける体制をとっている。備蓄は準備、管理している。                         |                   |

| 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>IV. 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                   | 一人一人の人格を尊重して声掛けに注意して寄り添う事の出来るケアを行っている  | 利用者に関する情報収集や申し送りの際は、その情報の個性や守秘義務について十分注意し、利用者の尊厳と権利を守るために人権意識を徹底している。                                |                   |
| 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                     | 本人が意見や希望を気兼ねなく言えるように信頼関係を築く努力をしている   |  |                   |
| 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 | 一人一人の個人の生活のペースを把握し、希望に沿えるように支援している   |  |                   |
| 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                                  | 2ヶ月に1回、訪問理美容で本人希望の髪型にカットしている、季節に合った洋服を選んで頂き、清潔に過ごして頂けるように支援している  |  |                   |
| 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     | 職員と利用者が一緒に食事をして、楽しみになるようにしている、準備や後片付けは一部の利用者様のみになっている  | どんな場面でも食欲がわくかを把握し、食欲を高めたり、食への関心を引き起こす工夫をしている。椅子に腰かけ盛り付け片づけなどその方のやってみたい前向きな意思や気持ちを引き出すようにし大切な活動としている。 |                   |
| 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          | その方に応じた食事量を把握して支援している、毎日の食事量や水分量を記録し観察を行っている、食事量や水分量の低下が見られた時は職員間で情報共有をして、その都度工夫を行い必要があれば主治医・NSに報告相談している |  |                   |
| 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                   | 毎食後に自分で出来る方は自分で口腔ケアを行い確認を行っている、出来ない方は職員で行っている、週1回、訪問歯科の往診を受けている  |  |                   |



| 自己 | 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                              | 出来るだけトイレで排泄が出来るように排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている                                    | 排泄チェック表を使用し、利用者の様子から敏感に察知し、身体機能に応じ手を差し伸べたり、歩行介助をしている。トイレでの排泄を大切に職員しながら二人体制での介助や本人の習慣やパターンに合わせ支援している。                      |                   |
| 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  | 排泄チェック表を活用し、個々での排便状況の確認を行っている、便秘時には腹部マッサージや飲み物の工夫をしている                                  |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | なるべく本人の希望時間に合わせて入浴を行っている、入浴を拒否された時は、無理強いをせず納得して頂く様に声掛けや誘導の工夫を行った                        | 利用者の入浴は、事業所が決めた曜日や時間帯に合わせるのではなく、一人ひとりの生活習慣やその時々希望を大切にし、負担感を職員はよく理解し利用者無理強いをすることなく心情を察した配慮を心掛ける。                           |                   |
| 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   | その時々状況に応じて休んで頂くなどの支援を行うが、日中は活動して頂けるように支援している  |   |                   |
| 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  | 薬剤情報は個別ファイルに保管しており、すぐに確認できるようにしている、錠剤が飲み込めない方は散剤を服用出来るように支援している、状態に変化時は主治医・NSに報告相談をしている |   |                   |
| 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                             | 日々の会話の中での楽しみを見つけ、役割などに活かせるように支援している   |   |                   |
| 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 | その日の希望に沿って近所の公園やスーパーなどへの外出は支援出来ている、家族様との外出は協力しながら出来ている 季節ごとの行事も家族様に「協力して参加されるように支援している  | 一人ひとりの楽しみごとに合わせて、日常的に外出できるよう支援している。近隣の公園へ職員と1対1でのお散歩やお店へ買い物に出かけます。地域の地蔵盆やふるさと祭りなど歩行可能な方と2～3名で参加している。お正月やお盆には外泊される方もおられます。 |                   |



| 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 |
| 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  | お財布を持っておられる方は買い物時に好きな物を購入出来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   | 本人から要望があれば家族様に電話連絡を行っている、携帯電話を持っていて自分で連絡を取っている 本人から希望があれば手紙を書いて頂いている |   |                   |
| 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 | 利用者様の動線を考慮し、混乱をまねかないように配慮し、季節の飾りを飾り工夫している、行事時には、手作りポスターを掲示している       | 共用の空間は利用者にとって不快や混雑をまねくような刺激がないよう配慮し、居間等の壁に季節感を取入れた利用者の手作り作品等を掲げ居心地よく過ごせるような工夫をしている。       |                   |
| 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  | その日の気分に合わせて一人で過ごしたり、皆で楽しく過ごせる事が出来るように工夫している                          |   |                   |
| 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  | 自分の家と思って頂けるように本人の好みの物を使用して頂き、心地よく過ごして頂けるように工夫している                    | 居室は本人や家族と相談し、仏壇等使い慣れた好みのもを持ち込み、また車いす利用者が増えている現状のもと、立ち上がり、移動への安全確保の工夫等を行い居心地よく過ごせる工夫をしている。 |                   |
| 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   | トイレや浴室はわかりやすく表示している<br>床には歩行を妨げる物を置かず、安心して生活出来るように工夫している             |   |                   |