

# 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   | 1270401134          |            |  |
| 法人名     | メデカル・ケア・サービス株式会社    |            |  |
| 事業所名    | 愛の家グループホーム 千葉小倉     |            |  |
| 所在地     | 千葉県千葉市若葉区小倉町1802-15 |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和4年6月15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="https://mcs-ainoie.com/ins48.html">https://mcs-ainoie.com/ins48.html</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 NPO共生    |  |  |
| 所在地   | 千葉県習志野市東習志野3-11-15 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和4年 6月 29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)】

|  |
|--|
| 自立支援(役割をもって生活していく)<br>下肢の浮腫の軽減(足浴ケア)<br>楽しく運動(リズム体操、軽体操)<br>行事の充実(楽しみのある生活)<br>日光浴の充実<br>夜間女子会の開催<br>職員全員がケアプランを理解し、介護記録が書けている |
|--|

## 【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)】

|   |
|---|
| 法人の理念を基にホーム独自の理念①安心・安全の確保②個々のケアを大切に③サービスの質の向上を掲げて利用者の自立支援を行っている。例えば、利用者調査にも記載されているが、医師から見取り宣言を言い渡された母親の「トイレに行きたい」との希望を叶えてくれたり、食事の工夫をして現在は元気いっばいになり感謝している。また、足の静脈瘤で苦しんでいた利用者に週3回の入浴の他に週4回の足浴を行い、静脈瘤が改善され痛みがなくなり歩行も安定してきた例もある。「介護記録が書けないと満足にケアが出来ない」とのホーム長の信念があり、職員全員が利用者の介護計画を理解できるように、毎日介護記録に指定された必要文字数以上で書き留めるようにしている。その為毎日の巡視、何気ない会話にも注視して介護記録の入力に心掛けている。 |
|---|

## 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)     | ○<br>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る<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>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)           | ○<br>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が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                      | ○<br>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)                 | ○<br>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) | ○<br>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)  | ○<br>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)                                      | ○<br>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)                | ○<br>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                                       | ○<br>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)       | ○<br>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                                   | ○<br>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) | ○<br>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                      | 申し送り時、全体会議の際に唱和している。会社全体で入社オリエンテーションが毎月2回実施している。(その中で理念についてを研修している)       | 事業所独自の理念を作り、5レンジャー部隊と称し、ヒヤリハット、介護記録、入浴、自立支援、癒しについて、それぞれ担当を決め介護記録等に定めた文字数以上で、毎日サービス内容を記載するようにしている。それらをユニット会議で話し合った後、エリア全体会議で発表し合っている。  |                   |
| 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                      | 散歩でご挨拶をしている。  | 自治会に加入し、行事を行う時など回覧板を有効に活用している。利用者は毎日午前午後に分けて、職員と1対1でホームの周辺を20分程度散歩し、近隣の方々と挨拶を交わし、ペットボトルがあるとキャップを持ち帰り、集めて後日寄付をするようにしている。ばうむかわののべ運営推進会議と称するコロナ禍で出来た近隣の同業者が集まる組織の中で、自治会長や安心ケアセンター等も加わり、情報交換を行っている。 |                   |
| 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                    | ばうむかわののべ運営推進会議に参加、千葉小倉GHの地域活動について話をする。(コロナ感染以前に行っていた、おぐら食堂など)             | /   | /                 |
| 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 | 1年間運営推進会議の開催ができませんでした。令和4年度の計画を安心ケアセンター、民生委員、自治会長に報告している。(第67回は6月9日となります) | コロナ禍で中止していた運営推進会議を約2年ぶりに6月に再開した。安心ケアセンター千城台、町会長・民生委員、入居者代表、日頃ボランティアで世話になっているNPOの方々が集まり、ホーム内人事異動報告や活動報告等を行い、出席者の中から小倉食堂再開の件や外国人雇用について等の質問があり、充実した会議になった。   |                   |
| 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           | 千葉市の担当には運営に関しての相談をしている。   | 市の担当者との相談や連絡等は、コロナ禍でメールや電話が多くなっている。例えば、ケアマネジャーの変更届やコロナワクチン接種の情報等はメールで行い、入居者相談等については電話で行っている。安心ケアセンターとは、運営推進会議前に日程調整や近隣住民に対する入居営業を行っている。   |                   |

| 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 |
| 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 | 身体拘束を行わないよう、日常的に指導を行い、チェックをしている。<br>3ヶ月毎に身体拘束について研修、会議を実施している。<br>入社時、身体拘束について研修を実施している。                             | 全職員が16項目の身体拘束チェックシートにチェックやコメントを記入し、身体拘束廃止委員会で検討した結果を個々の職員にフィードバックし、最終的には法人本社へ報告している。3ヶ月毎に研修を行い、ベッドを壁に接した2点柵や本人行動を抑制する「立たないで！」や「座ってて！」等は「どうしたのですか」等と声掛けをするなどを、具体的例を掲げて注意を促している。            |                   |
| 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       | 3ヶ月毎に虐待・不適切なケアについてチェックを行っている。虐待について研修を実施している。<br>入社時は虐待について研修を実施している。  |   |                   |
| 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   | 年に1度研修を実施し、研修報告書を提出している。   |   |                   |
| 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                        | 契約時に具体的に説明を行っている。<br>改定時にはお一人お一人に連絡し、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                    | 年に1度ご家族様アンケートの実施。<br>日頃からご家族様と面会時に話す時間を設けている。面会が少ないご家族様には電話等行っている。<br>WEB面会を実施している。<br>ホーム独自でご家族様アンケートを実施し、意見を聞いている。 | 毎月A3用紙一面に、ホーム長のコメント、行事予定、イベント結果、往診結果、生活機能向上計画、入浴状況、担当スタッフからのコメント及び利用者の日常の写真等を載せた千葉小倉通信を発行し、家族へ送付している。家族からは、「面会は何時から出来るのか」という意見が殆どである。Webでの面会は月1回行っており、鎌倉の家族と行ったこともある。                     |                   |
| 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                                     | 月に1回全体会議、ユニット会議の実施。<br>職員とは年に3回面談実施している。<br>職員アンケートなどでホーム内改善や、働きやすい環境を作っている。   | 毎月行う全体会議やユニット会議では、職員から多くの意見や提案が出ている。例えば、熱中症脱水予防のためエアコンをドライにしてこまめな水分補給を行う等の提案を実施している。年3回行う職員個別面談や職員アンケートでは、人間関係に関することが多く挙がっている。エリア全体会議の中では、当月の誕生日の職員にプレゼントをしている。また、本社社長からはバースデーカードが送られている。 |                   |
| 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     | キャリアパス制度を実施している。<br>職員の誕生日会と月1回開催している。<br>社内で実務者研修が受講できる。<br>実務者研修、介護福祉士、介護支援専門員の資格支援制度がある。                          |   |                   |

| 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 |
| 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         | 月に1回全体会議、ユニット会議の実施<br>個別の指導を行っている<br>資格支援制度の共有<br>毎月の会議時に、介護技術の研修を実施している。                    |   |                   |
| 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 | 愛の家グループホーム内ではヘルプスタッフをお願いし、他施設へ勉強する機会がある。ばうむかわののべ運営推進会議に職員も参加。                                |   |                   |
| <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           | ご利用者様とコミュニケーションを図り、記録に落とし、共有している。<br>入居後、職員全員でアセスメントを実施している。                                 |   |                   |
| 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                      | 管理者、職員が面会時にご家族様と話す機会を設けている。介護記録を見て頂き、利用者様の過ごし方や、言動などを確認して頂いている。                              |   |                   |
| 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                  | 利用者様の要望をご家族様に伝えることも多くある。入居後、職員全員でアセスメントを作成している。  |   |                   |
| 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                                  | 利用者様のできることを見つけ、役割を持った生活ができている。できることを増やすケアプランにしている。階を移動されて利用者様同士の関係も構築している。                   |   |                   |
| 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                   | ご利用者様同士の関係性を築いている。<br>(居室移動、ユニット移動)<br>ご利用者様の様子など定期的に報告している。<br>電話の支援も行っている。外出、外泊の支援も行っている。  |   |                   |
| 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                               | どんな方でも面会できるよう、ご家族様には声掛けを行っている。友人との電話支援や、面会等もご家族様の協力の中、実施できている。<br>入居の際には近隣にお住まいの方を入居して頂いている。 | 当ホームでは、地域密着型施設として出来るだけ近隣の利用者を受け入れるように心掛けており、利用者の半数は近隣の方である。その為散歩時には、此処に何があった等昔ばなしに話題が弾むことが多い。車でドライブをするときも、以前住んでいた付近や思い出の深い場所を通るように心掛けている。 |                   |

| 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 |
| 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                                    | ご利用者様同士の関係性を築いている。<br>(居室移動、ユニット移動)<br>看取り介護をご利用者様と一緒にやっている。                           |  |                   |
| 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                    | 退去されたご家族様が来てくださることがある。<br>ご家族様間の相談も聞いている。<br>お父様の退去後、お母様の入居も実現している。                    |  |                   |
| <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   | ご利用者様に合わせて居室づくりを行っている。<br>今できていることの継続が出来るようにケアしている。(お化粧品、お酒、家庭菜園など)                    | 本人の思いを大切にすうえで、何がその人にとって最良なのかを考えている。一例として、居室内にソファを置くことで本人が寛ぐのはもちろんだが、他の部屋の人が来て一緒に昔話に花を咲かせることもある。また、入居前からの生活のリズムや張りを保つことができるように、いつまでもお化粧品ができるような支援を心掛けている。 |                   |
| 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                                       | ケアプランに組み込んでいる。<br>ケアプランの更新時には変更した内容をご家族様に送付している。商売を行っていた利用者様は夜間女子会などで話が出来るように時間を作っている。 |  |                   |
| 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   | 1時間毎に巡視をし、会話等も記録に記載している。   |  |                   |
| 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 | 1時間毎に巡視をし、会話等も記録に記載している。居室担当者がアセスメントを実施している。   | 職員全員が利用者の介護計画を理解できるように、毎日介護記録に指定された必要文字数以上で記録を書き留めるようにしている。職員は自ずと、毎日の巡視、何気ない会話にも注視し介護記録の入力を心掛けている。このことが介護計画へと繋がっていき、職員一人ひとりが介護計画の作成に関与することになっている。        |                   |
| 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                        | 介護記録にケアプランを入れ、職員一人、ひとりがケアプランを理解し、記録をかけるよう工夫をしている。                                      |  |                   |
| 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               | 認知症の対応について、職員が相談できる体制を整え、アドバイスを行えるようにしている為、柔軟な対応ができています。                               |  |                   |

| 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                             |
| 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                                     | ホーム近隣の入居が多くなって来た為、地域の方がいつでもホームに来ていただける環境をつくっている。  |   |   |
| 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                                 | かかりつけ医には常に相談、対応ができています。   | 入居前から通っている内科を利用している人が1名いるが、家族が連れて行っている。この利用者も含め、全利用者が提携医による月2回の往診を受け、健康管理に努めている。定期的な往診以外でも何かあれば、提携医に相談して診てもらおうようにしている。医療体制は24時間体制が敷かれ、いつでも対応できるシステムが組まれている。 |   |
| 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                         | 訪問時に常に相談ができています。  |   |   |
| 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            | 病院より往診医が来ているため、入院、早期退院ができる体制が整っている。入院時、認知症の混乱がないように、入院期間も設定して下さっている。                        |   |   |
| 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 | ご家族様とは状態変化など、密に連絡を行っている。終末期をご家族様と一緒に行った事例もある。(ホームに宿泊し1ヵ月ケアして頂いた) 医師、看護師への相談等も常に行える体制が整っている。 | 今年度、看取りは1件あった。重度化になる方は先ず食事が減っていくため、職員は食事に注意しながら医師に相談している。医師が状況を確認し、家族に連絡を入れるとホームとして終末期のケアプランを作成し、対応していくこととなる。利用者同士、大変仲が良く終末期の利用者を最後まで一緒に看取りの協力をしてくれている。     |   |
| 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   | 新人職員には救命講習会の参加を予定している。応急処置の研修を実施。   |   |   |
| 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   | 避難訓練の参加を順に実施している。災害時の避難先など避難くれんの際に実施している。   | 例年、7月と12月の年2回避難訓練が行われるが、今年度は7月に実施された。昼間を想定した訓練で2階の車イスの利用者は2階の入口まで、それ以外は玄関の外まで避難移動が行われた。災害時の備えとして、今年度新たに充電式発電機、ポータブルトイレ、ラジオ、簡易ベッド等が加えられた。                    | 閑静な住宅街に立地する施設である。いざという時のためにも、近隣の支援体制の構築が望まれる。 |

| 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>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                   | ご利用者様に合わせて声掛けを変えている。<br>職員はプライバシー保護について研修を実施している。         | プライバシーの面では、特に排泄に関してその人に合わせたトイレ誘導を心がけ、声掛けに注意している。年1回、会社から提供された資料をもとに、ホーム長が講師となってプライバシー保護に関する研修を行っている。また、「虐待・不適切なケア」チェックリストの中にプライバシーに関する項目があり、職員は必ず自身の行動を顧みて反省の材料としている。                                    |                   |
| 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                     | 職員は常に傾聴できるよう、指導を行っている。                                    |  |                   |
| 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 | 業務を介護に変えるよう指導を行っている。                                      |  |                   |
| 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                                  | 入浴時にご利用者様に洋服を選んで頂いている。                                    |  |                   |
| 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     | ご利用者様のリクエストメニューを実施している。<br>イベント食は全て手作りで作っている。             | 調理担当職員が出勤時に、何か食べたいものはあるかよく聞いている。時には、チラシ広告を見てこれが食べたいという要求も出てくる。リクエストで多いのは、ラーメン、寿司、天ぷら等で、寿司ネタを近くの魚屋に買い出しに出かけることもしばしばである。あるいは、スーパーマーケットから昔馴染みのあんぱん、クリームパン等人数分買ってきて、その中から好きな物を選んでもらって、口に頬張り皆で楽しんでいる姿も見掛けられる。 |                   |
| 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          | ご利用者様に合わせて水分の提供を行っている。<br>ヤクルトなど、利用者様をご自分で選んで購入している。      |  |                   |
| 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に、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                  | ご利用者様に合わせて口腔ケアを実施している。<br>歯間ブラシを介助で実施している。歯科医師より指導を受けている。 |  |                   |

| 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 |
| 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                              | オムツから布パンツに変更した方もいる。一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。夜間はポータブルトイレを使用している利用者様もいる。   | 利用者が動きだしたとき、例えば立ち上がった時がトイレのサインとなる傾向が多く、職員は常に表情や行動パターンを読み取ることに努めている。このことが、トイレの失敗を防ぎおむつから布パンツに変更できている要因の一つともなっている。それ以外に、便秘予防で腸の働きを良くしてあげるよう入浴、足浴、腹部へのホットタオルを充てるようなことにも気を付けている。            |                   |
| 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  | 牛乳の提供や、ヤクルト、ヨーグルト、イモ類など、食事の際に提供している。<br>入浴以外にも足浴や、腹部にホットタオルなどの支援も行っている。  |   |                   |
| 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                        | ご利用者様に確認し、入浴を実施している。<br>夕方の入浴も実施している。  | 入居間もない人は、今まで夕方の入浴であったことが多く、時間帯を合わせるようにしている。また、夕方の入浴希望者にもできるだけ時間帯を合わせるようにしている。血流をよくする意味からも入浴は週3日以上取るようにしている。91歳になる女性は、足浴、マッサージを重ねた結果、血流が良くなり歩けるようになったという素晴らしい事例も見られる。                    |                   |
| 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   | 眠剤ではなく、夜間も職員が寄り添い、一人ひとりご利用者様に合わせ、入床時間を変えている。空腹時には夜食の提供なども行っている。<br>仲のよいご利用者様達が、女子会を夜間リビングで行っている。冬は湯たんぽを使用している。                     |   |                   |
| 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  | 薬は、職員が把握できるよう、ファイルをいつでも閲覧できるようにしている。   |   |                   |
| 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                             | ケアプランに反映している。いつでも外に出られる環境をつくっている。玄関は施錠していない為、自由に外に行かれる環境をつくっている。   |   |                   |
| 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 | ホームの近隣の方が入居できるように支援しているため、歩いてご家族様に家に帰っているご利用者様もいる。行きつけの美容室に通っているご利用者様がいる。<br>外出行事を計画し実施している。<br>家に帰りたい方にご家族様に協力して頂き、外泊の支援をお願いしている。 | 利用者には近隣に住んでいた人も多く、帰宅することが容易にできている。家族が迎えに来て、またホームに送っていただくのが当たり前に行われている。ホームが我が家だと思っているほどで、職員のホームづくりの努力の一端が見受けられる。近所付き合いをしていたお友達が気楽に訪ねて来て、ワイワイガヤガヤと楽しい笑い声が聞こえ、笑顔が絶えないオープンな雰囲気の施設であると感ぜられる。 |                   |



| 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  | セブンイレブンやパン屋などお財布を持ち、買い物支援をしている。  |  |                   |
| 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   | ご家族様が、定期的に電話して下さる。契約時に御本人の訴え時に電話支援をお願いしている。ご利用者様に年賀状を書いて頂いている。友人と手紙のやり取りをしている。           |  |                   |
| 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 | 座面を変える工夫をしている。ソファに座って頂いたり、ご自分で行かれない時は、職員が誘導している。<br>掃除の徹底を行っている。<br>庭に花を植え、リビングに飾っている。   | 運動と景色を変える意味からも、同じ位置に長く座っていることを避け場所を変える工夫をしている。このことで、生活の変化を楽しんでもらっている。リビングでは、利用者の方も参加し役割分担をして掃除をしてもらっている。リビングもきれいになり、気持ちもすっきりとなってもらうことで気持ちも和み、部屋に花を飾る、そのために外に出て畑から花を取ってくる、ついでに散歩に出るといった副次的な効果にも結びついているようだ。                |                   |
| 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  | 居室移動など、ご家族様に相談し行っている。利用者様同士で居室を行き来され、ソファなどでくつろいでおり、お茶をお出ししている。                           |  |                   |
| 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   | 入居時になるべく、ご自宅で使っていたものを持って来ていただけるようお話し、引っ越し等のお手伝いも行っている。                                   | 入居前に住んでいた家を訪問し、アセスメントを行うようにしている。家の中の状況を見て、置かれた物の中からこれはホームに持ち込んでどうかと選定をすることがある。引っ越しは職員が手伝うこともしている。居室は清潔を保つことをモットーとして部屋の整理をしている。人によっては一日の内何回も着替えて、着替えた物を無意識にタンスの中に隠すことがある。時にはタンスの中を整えてあげてきれいにするすることで、不安感をなくしてあげるように注意している。 |                   |
| 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   | 玄関の段差など、ご利用者様がわかるよう工夫をしている。トイレや居室も工夫をしている。居室でポータブルトイレを使用している。夜間、居室で転倒しないように、掴まれる所を作っている。 |  |                   |