

平成 25 年度

### 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   | 4075500472     |         |            |
| 法人名     | 有限会社 木蓮        |         |            |
| 事業所名    | グループホーム 木蓮の家   |         |            |
| 所在地     | 福岡県宮若市長井鶴263-7 |         |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年7月15日     | 評価結果確定日 | 平成25年7月31日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://kohyo.fkk.jp/kaigosip/Top.do">http://kohyo.fkk.jp/kaigosip/Top.do</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ヘルスアンドライツサポートウリずん |
| 所在地   | 福岡県直方市知古1丁目6番48号           |
| 訪問調査日 | 平成25年7月20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)】

|   |
|---|
| <p>平成20年5月より共用型認知症通所介護を開設している。<br/>                 延長時間、年中無休の設定により、家族の介護の負担と利用者の入所の不安を配慮している。<br/>                 介護度が重度になられても安心して過ごしていただく様に職員の認知症の研修の参加体制を整えている。</p> |
|---|

【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)】

|   |
|---|
| <p>ホーム開設10年目になり、中央研修を受講した管理者は、初心にもどる認知症の方とその家族の安心安定した生活を支援する理念の実践に取り組んでいる。家族がいつ迎えにくるのかと頻りに尋ねる入居者に、一貫した対応に取組み見事な朗読を披露する場面作りをしたり、隣接する協力医療機関入院後5時間で亡くなられた入居者に、ぎりぎりまでホームでの暮らしを支援している。チームケアを実践するために人材育成に努め、職員に目標を持って就労してほしいと、資格取得や研修の参加を支援している。また、地域伝統の神輿の巡行を全員で接待したり、避難訓練に地区自治会長の参加や近隣の協力が継続し、管理者もキャラバンメイトで活躍するなど、地域密着型サービスとして発展している。</p> |
|---|

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~57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  |
|---|--|--|--|
| 58 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:25,26,27)     | ○<br>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 | 65 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:9,10,21)     | ○<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    |
| 59 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:20,40)            | ○<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                | 66 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:2,22)                       | ○<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                  |
| 60 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:40)                 | ○<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 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の拡がりや深まりがあり、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. 全くいない           |
| 61 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:38,39)  | ○<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 職員は、活き活きと働いている<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       |
| 62 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:51)                | ○<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  | 69 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    |
| 63 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:32,33)       | ○<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  | 70 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 |
| 64 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:30) | ○<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

ユニット/  
事業所名 **グループホーム 木蓮の家**

| 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踏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  | 理念は見やすい場所を掲げ、毎月のミーティングや研修会で理念の意味を理解し日々向上できるように取り組んでいる。理念に基づく介護につなげている                        | ホーム開設10年目、通所開設6年目になり、認知症の方とその家族の安心安定した生活を支援する理念の実践に取り組んでいる。中央研修を受講した管理者は初心にもどり、全職員で一貫したサービスの提供を目指している。                                    |                   |
| 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人として日常的に交流している  | 地域の商工会に登録している。文化祭やお祭りに参加している。利用者と一緒に散歩や買い物に行くことにより、顔見知りになり今では、気楽に声をかけて頂いている。                 | 地域伝統の神輿の巡行を全員で接待したり、避難訓練に地区自治会長の参加や近隣の協力が継続している。地域高校の吹奏学部のOBの職員もあり、ホームで演奏会を開いている。管理者はキャラバンメイトとして活動し、受講した地域の方々との関わりもできつつある。                |                   |
| 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  | 地域において、キャラバンメイトの活動などを行い認知症の人の理解や支援を広げている 又研修会などの参加を呼びかけている                                   |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実践、評価への取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                                       | 運営推進会議では、利用者の状況報等について報告や話し合いを行っている。参加者からの情報交換や、協力体制について意見交換しながらサービス向上に活かしている                 | 2ヶ月毎に開催しているが、個々の家族の状況もあり、家族の参加がない時もある。参加をお願いしている民生委員も交代があり、認知症の勉強会を開いている。参加者の率直な意見を記載した会議録は、全職員が回覧し、家族も閲覧できるようにしている。                      |                   |
| 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   | 運営推進会議等で市町村担当の窓口に対して事業所の状況やケアサービスの取組みを伝えている。協力関係を築くよう取り組んでいる                                 | 発足や活動に関わっている地域同業者協議会に、市担当者や地域包括支援センターが参加したり、徘徊ネットワークなどで関わりがあり、その都度情報を交換している。  |                   |
| 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 | 代表者及びすべての職員が研修会や職場の勉強会やミーティング等を実施し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。職員が身体拘束廃止推進委員会の研修を受講している。ホーム全体で取り組んでいる | 身体拘束廃止推進委員会の研修を受講した職員もあり、具体的な身体拘束内容を理解している。毎月のミーティングの前に行っている内部研修で身体拘束に関する研修を実施している。玄関前に事務室があり、共用空間が中心にあるため、目配りや声かけがし易く、日中は施錠はなく、鈴を使用している。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                      | 虐待認識のための基礎知識の勉強会をホームで行い、ホームでも常に虐待が見過ごされないように防止に努めている   |   |                   |

| 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  | (6)  | ○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   | 勉強会を開き職員の理解を深めるようにしている。グループホーム協議会等で主催する成年後見制度の研修に参加して活用できるようにしている。                                    | 日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用している入居者はいない。パンフレット等を用意し、いつでも相談できる窓口や情報を提供できるようにしてる。   | 今後様々な家族の状況が予測されることから、日常生活自立支援事業や成年後見制度の内容やその違いについて、研修会の開催をお願いします。 |
| 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  | 契約書、重要事項説明などで事業所で出来ること、出来ないことを明確に説明している。利用者や家族の話をよく傾聴し十分な説明を行い納得していただいているからの契約を行っている                  |   |   |
| 10 | (7)  | ○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並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   | 利用者様の家族に家族会や、訪問時に常に問いかけ何でも言ってもらえるような雰囲気作りに留意している。出された意見はミーティングで話し合い反映させている。                           | 年2回、家族の会を開催している。次回は夏まつりの折に開催予定である。意見箱の設置、DVDによる木蓮便り、家族への手紙を通じて、日常生活の様子を報告し、家族からの意見を引き出す機会を作っている。                                      |   |
| 11 | (8)  | ○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   | 常に代表者は職員の意見や提案を聞くように心掛けている。ミーティングは月1回必ず開催し、職員との面談も意見や提案があればその都度提案を聞く機会を設けて、反映させている                    | 毎月の職員ミーティングでは、職員から介助の方法の細かな提案があったり、管理者はこんな意見があると話すなど、意見の出しやすい会議となっている。また、個別の面談でも、職員から意見を引き出している。                                      |   |
| 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   | 就業規則の整備をしている。開設から社会保険労務士と契約して、職場環境条件の整備に努めている。  |   |   |
| 13 | (9)  | ○人権の尊重<br>法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また、事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している | 短時間職員もチームの一員として研修会、会議に参加している。職員の質の確保、向上に向けた育成が出来るように年間計画の中で研修をいちぎけていく工夫をしている。働きながら研修できるように勤務体制を考えている。 | 20～63歳と年齢層の中が広い男女職員を雇用している。入職後訪問介護員の資格を取得、今後は介護福祉士の資格を取得したいと話す職員もある。管理者は目標を持って就労してほしいと、資格取得の支援や、実践者やリーダー研修の参加を促している。休憩室で昼休みを交代で取っている。 |   |
| 14 | (10) | ○人権教育・啓発活動<br>法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる  | 代表者、管理者は協議会の研修参加で啓発活動に取り組んでいる。又職員も研修会参加で人権教育、啓発活動に取り組んでいる   | 代表者は今年度、地域同業者協議会GHみやわかの研修担当として、人権研修にも取り組んでいる。人間として職員も入居者も同等だと、日頃の職員の対応で気づいた点は、その場で職員に話している。   |   |

| 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 |
| 15                          |    | ○職員を育てる取組み<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          | 代表者は管理者と兼務して、ホーム内全体を把握し、勤務体制を考え、職員が働きながら研修会など進んで参加できるように配慮している。   |      |                   |
| 16                          |    | ○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つくり、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組みをしている | 地域の同業者と協議会をつくり勉強会、研修会等で情報交換をしている。福岡県のグループホーム協議会に参加している サービスの向上に努めている  |      |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |   |      |                   |
| 17                          |    | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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        | 相談時に本人の想いを確認し、よく話を聞くように心掛けている。<br>本人が何を希望されているか良く聞き困っていることや不安など時間をとって聞いている。   |      |                   |
| 18                          |    | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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                   | 相談時に家族の方の想いや状況などを確認し、良く聞くように心掛けている。<br>家族の方が何を希望されているか良く聞き、困っていることや不安などに対して出来ることは、すぐに実行、対策を考えるように努めている。                                     |      |                   |
| 19                          |    | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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               | 家族の方また本人が希望することを良く聞いて必要とするサービスを提供する。家族との信頼関係がもてるように努めている。   |      |                   |
| 20                          |    | ○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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | 料理の盛り付けの手伝いや洗濯物をたたんでいただいている。利用者様の出来ることを最大限に活用している 本の朗読やピアノの演奏等それぞれに役割を持たれている  |      |                   |
| 21                          |    | ○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置かず、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                   | 家族が気を使うことがないように気配りしながら、面会にこられた時などに会話をこころがけ相談できる立場、雰囲気作りにも努めている。また本人様を共に支えていくことを大切にし 本人様と家族の絆を第一に考え程良い関係を保つようにしている。常に自分の立場に置きかえて接することに努めている。 |      |                   |

| 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 |
| 22                                 | (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                                       | 本人様の知人や友人、また家族親類等がいつでも来ていただけるような明るいホームを目指している。また居室内で面会者の方とホームの食事を食べられることもある。利用者の方が自分の自宅に招いた気持ちになって頂けるようにお茶だしを行っている。                                    | 退院後、久しぶりでホームに通うことになった利用者を朝、入居者等に報告し、全員で歓迎している。昨今妹を亡くされた入居者があり、告別式に同行するなど、入居者の縁故者の告別式には、職員が同行している。また、訪問や時折一緒に外出してドライブするなど、夫婦の時間や関係が維持できるよう支援している入居者もいる。 |                   |
| 23                                 |      | ○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                                    | 利用者の方のそれぞれの性格や関係について職員が十分に把握し、穏やかに過ごせるようにソファやテーブル、イス等の位置にも気を配っている。コミュニケーションがとりにくい方には職員が間に入っている。リビングで新聞読みやレクなどを行い利用者が自然と集まることで一人ひとりが孤立せず関わりあえるように努めている。 |  |                   |
| 24                                 |      | ○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                    | 退所されても利用者や家族の方がいつでもホームに訪れていただけるように声かけし、相談等支援に心がけている。継続的な付き合いがある。退所されたご本人が電話を掛けられてこられたり、家族のフォロー支援を行っている。  |  |                   |
| <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> |      |  |  |  |                   |
| 25                                 | (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   | 一人ひとりの話をじっくり聞きながら、心身の状況を把握している。コミュニケーションをとることが難しい方は家族と話をしたり本人様の少しの表情の変化など参考し、気持ちを理解するよう努めている。  | 3ヶ月毎に担当を変更し、全入居者の意向や思いを共有している。3ヶ月毎に入居者の心身の状況や変化等を担当職員が家族にお手紙で知らせ、家族からの情報を得る機会にもなっている。アセスメントシートを整備し、全職員で情報を共有している。                                      |                   |
| 26                                 |      | ○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                                       | 本人の全体像を把握するように努めている。アセスメント表に記載している暮らしについての情報収集に努め職員全員と共有している   |  |                   |
| 27                                 |      | ○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   | 日頃の関わりあいの中から一人ひとりの一日の過ごし方、またバイタル測定等を毎日行い心身の状態を記録し変化や異変にすぐ気づくことができようとしている。またいろんな作業を一緒におこなうことで有する力等の現状の把握を行っている。   |  |                   |
| 28                                 | (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 | 3ヶ月、また必要時にモニタリングを行い、介護計画や見直しを行っている。計画担当者や他の職員との評価を行い、現状に即した介護計画を作成し家族の同意を得て確認印をもらっている。   | 帰宅願望があり、いつ家族が迎えに来るのかと頻りに尋ねる入居者があり、職歴や生活歴を踏まえた一貫した対応をチームでしている。朗読やピアノ演奏、食器洗い等の役割づくりで、生き生きとした表情になる入居者の姿が見られる。   |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○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                                    | 個人ファイル及び健康チェック介護日誌を記録することにより職員間で情報を共有し、勤務開始時に目を通すことを義務としている。また記録の書き方についても研修を受けてることにより、質の良い記録ケアとつなげている。 |  |                   |
| 30 |      | ○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                           | 状況に応じて本人の意見や家族との相談、他の事業所の意見を聞きながら支援している。   |  |                   |
| 31 |      | ○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                                     | 行政、地域の民間委員の方との交流により地域資源の把握に努め本人に必要なサービスを利用できるようにしている。  |  |                   |
| 32 | (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                                 | 入居時にかかりつけ医や希望する医療機関があれば契約時に家族と利用者話し合いをし、適切な医療を受けられるように支援している。  | 隣接する協力医療機関の訪問看護を活用しながら、かかりつけ医に日頃の状況を報告し、適切な医療が受けられるように支援している。せん妄のある入居者について、処方薬の効能や既往症との関連について、必要な知識やアドバイスを医師から得ている。                              |                   |
| 33 |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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                      | 週に1度の看護師による往診で利用者の健康管理を行い本人の状態や気になること、小さなことでも報告し、服薬や受診の相談をし適切な対応へとつなげている。                              |  |                   |
| 34 |      | ○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、また、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。又は、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。 | 入院時には医療機関あてに情報提供書を作成し、利用者の心身の状態やホームでの生活状況などを報告している。退院時には医療機関より看護サマリーを提供してもらい医療経過を把握している。               |  |                   |
| 35 | (15) | ○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  | 重要度に伴い介護4、5となり入退院を繰り返す場合は、今後の対応を医療機関や本人、家族と話し合っている。重度化や終末期における、意思確認書を家族と交わしている。看取りの研修会に参加している。         | 昨今、隣接する協力医療機関入院後、5時間で亡くなられた入居者にぎりぎりまでホームでの暮らしを支援している。運営者は入居者に尋ねられれば、逝去されたことを伝えている。共用空間に設置された仏壇に手を合わせる入居者もあり、継続している月参りに来訪される住職の法話は、死生観を育む場となっている。 |                   |

| 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 |
| 36                               |      | ○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            | 定期的にホーム内で消防隊指導のもと救命講習を受け応急手当や対応について訓練を受けている。また、ホーム内での急変や事故発生時に備えマニュアルもありいつでも対応できるようにしている。  |   |                   |
| 37                               | (16) | ○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            | 半年に1回火災訓練を消防署の指導でホームで行っている。寝たきりの方をシーツを使って避難させる方法指導を実際に体験したり、隣家や区長宅や民生委員の方に協力をお願いしている。  | 火災訓練の指導を受けた消防署から、スプリンクラーの定期点検と合わせた訓練で、操作方法の周知を提案されている。地元消防団の協力体制もある。市の避難場所の理解もあり、持ち出しリストを作成し、事業所や個々の入居者の重要な物品を確認している。                   |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |  |   |                   |
| 38                               | (17) | ○一人ひとりの人格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                 | 個人情報の保護の取り決めをしている。職員や実習生とも守秘義務の契約書をもらっている。1人ひとりを年長者として尊重し対応している。言葉かけについても敬語を基本とし本人様のかかわりやすい言葉かけになるよう気を配っている。排泄に関しては羞恥心や誇りに配慮した言葉掛けや対応をしている。    | ひとりの入居者への対応が他の入居者にどのような影響を及ぼすかを理解しながら、丁寧な言葉遣いで穏やかな対応が実践されている。そして、職員は入居者の言動から引き起こされる自らの感情を理解し、チームとして対応している。                              |                   |
| 39                               |      | ○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                      | 利用者が思いを表しやすいような環境づくりをし、スタッフは常に傾聴の立場をとっている。言葉だけでなく、しぐさや表情などにも気を配る。また声掛けについても自己決定へとつながるように配慮している。  |   |                   |
| 40                               |      | ○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し、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 | 入居者のペースに合わせたゆったりとした支援をしている。体操やレクは声かけを行うが本人様の意思を優先し、好きなことをしていただいている。  |   |                   |
| 41                               |      | ○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                                   | 毎朝の更衣時にはご自分好みの服を選んでいただく。鏡をみながらお化粧をご自分でされたり、本人様の希望があれば職員が髪を染めている。入浴後や洗面後には化粧水をつけられている。ボランティアでフェイシャルエステも利用している。                                  |   |                   |
| 42                               | (18) | ○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      | 1人ひとりの好みを聞きながら職員が献立を考え皮むきや配膳など利用者の方が出来ることは一緒に行っている。嫌いなものはなるべく別メニューに変更して作ることもある。時間のかかる方は少し早めに食べ初めて頂き、ゆっくり最後まで食べられるようにしている、外食の際には好きなものを選んで食べられる。 | 入居者の心身の状況に合わせて、食卓を3つに分けている。エプロンがけで食器洗いや盛り付けを手伝う入居者や下げ膳をする入居者もいる。入院時、「木蓮の食事が食べたい」と希望されていた利用者も、「美味しい。ゆっくり食事でできて嬉しい。」と、入居者と昼食のちらし寿司を完食された。 |                   |

| 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 |      | ○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                 | 水分摂取量、食事摂取量を記録している。嚥下状態により水分にトロミをつけたり食材の切り方を工夫している。記録により、1人1人の状態の把握をしている。状態は日々変わるため今の状況が最適に常にか職員で話し合いをしている。 |  |                   |
| 44 |      | ○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、義歯の方は外し洗浄して口をゆすいでいる、声かけをし1人1人の口腔状態に合わせて支援を行っている。  |  |                   |
| 45 | (19) | ○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向けた支援を行っている          | 1人ひとりの排泄パターンを知りトイレへと声かけ誘導介助を行なっている。介助方法については個別に支援方法を把握している。排泄の失敗を減らし、トイレでの排泄が出来るように支援している。                  | 3ヶ所にトイレが設けられ、個々の入居者に応じて、トイレでの排泄を支援している。職員の適切な声かけでトイレに行く入居者や車イスで移動している入居者もトイレで排泄している。職員は排泄後の後始末を、さりげなく支援している。 |                   |
| 46 |      | ○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                          | 個人個人の水分チェック表を作成し水分補給に取り組んでいる。ホームで出来る適度な運動等で便秘の予防に努めている。医師、看護師との連携で排便の調整をしている。                               |  |                   |
| 47 | (20) | ○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、個々に応じた入浴の支援をしている | 利用者の方のその日の希望を確認し入浴していただいている。但し本人の入浴チェック日を確認しながら対応している。血圧、体調に合わせて支援している。                                     | 1日おきに入浴を支援している。浴室には大きめの浴槽やシャワーチェアが設置されている。同性の職員による入浴介助をしている。入浴を拒否される場合は、声かけや対応者を交代して支援している。                  |                   |
| 48 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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                          | 一人ひとりの生活習慣を考えながら、昼寝の習慣のある方など声かけながら、支援する。その方の入眠パターンに合わせて、眠られる環境づくりを支援している。                                   |  |                   |
| 49 |      | ○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                      | 個人のカルテを作成し、職員は薬の副作用、用法を理解している。ホームで薬は管理して、誤薬や飲み残しのないように確認に努めている。申し送りや体調の変化などに気をつけている。                        |  |                   |
| 50 |      | ○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         | 個々の能力に応じた役割を持ちドライブや外食を計画、実践している。毎日レクリエーションや体操を行っている。職員が新聞を読み毎日の日々の変化をお知らせしている。本人の嗜好にあったものを食事に取り入れている。       |  |                   |

| 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 |
| 51 | (21) | ○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。また、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                     | 天気やその日の身体状況に応じて、心身の活生につながるように日常的に散歩、買い物、ドライブに出かけている。本人の希望を把握しながら御家族にも協力していただきながら、外出の支援をしている。本人が行きたいと思う遠くの場所への外出については、職員の勤務の調整を行い計画している。 | 管理者はいまできる事を支援したいと、外出の機会を作っている。ラーメン、うどん、マクドナルドでコーヒーとお好みに応じて、4~5人で、また個別でと外出している。入居者の喜ぶ姿を思い浮かべながら、出かける場所を下見し、トイレを確認してている。  |                   |
| 52 |      | ○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  | 利用者様が管理できる金額を持っていただき、ホームに来られるパンやさんや又外出時にご自分の好きなものを購入していただくように支援している   |   |                   |
| 53 |      | ○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   | 本人の希望がある時は、電話をかけていただいている。年賀状。手紙を出されるように支援している。御家族の電話も取り次ぎ、本人が安心されるなど支援している。   |   |                   |
| 54 | (22) | ○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 | 台所が居間と対面となっているので、利用者の方はソファでくつろぎながら五感や季節感と取りいれている。家具の配置やフロアの飾りつけは利用者様と一緒に考えている。  | 玄関前の駐車場は時には巡行した神輿の接待場所になったり、避難訓練の集合場所になっている。ホーム周囲には名称の木蓮や季節の野菜が植えられている。木戸から玄関までスロープが設けられ、玄関には椅子が設置され、車イスの入居者の利便を配慮している。共有空間には仏壇が置かれ、入居者や通所利用者のこころの寄り所になっている。空調や換気に配慮している。 |                   |
| 55 |      | ○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  | 廊下や居室の周りに職員が描いた絵画をたくさん飾っている。廊下にソファやテーブルを置き、1人で過ごしたり仲の良い利用者同士でくつろげるようにしている。ベランダで食事をしている。   |   |                   |
| 56 | (23) | ○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  | 居室は本人の馴染みのものや使い慣れたもの置いていただき、居心地の良い生活が出来るように工夫している。  | 夫婦での入居もあるが、隣同士の居室を使用している。入居者の状況に応じて、居室入口に表札を掲示している。自宅から持参した机や椅子、日用品が置かれ、居心地の良い居室づくりをしている。   |                   |
| 57 |      | ○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」や「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  | 利用者様で出来る方は庭に花を植えたりしている。、ホーム前に自動販売機を置き、職員が同行し、利用者の方が好みの飲み物を買われるなど工夫している。   |   |                   |