

### 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   | 2870701113         |            |            |
| 法人名     | 医療法人社団 董会          |            |            |
| 事業所名    | 妙法寺すみれホーム          |            |            |
| 所在地     | 神戸市須磨区妙法寺字萬上畑742-2 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年5月31日         | 評価結果市町村受理日 | 平成30年8月17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 福祉市民ネット・川西 |  |  |
| 所在地   | 兵庫県川西市中央町8-8-104     |  |  |
| 訪問調査日 | 平成30年7月9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)】

|   |
|---|
| ※東フロア<br>個別的に外出等の機会を設け、生活に楽しみを持って頂ける様に支援を行い、その人らしい生活が送れるように支援して行きたいと思えます。 |
|---|

#### 【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)】

|   |
|---|
| 急坂の住宅街の中に建つ事業所は、開設して14年を迎えるがその歳月を感じさせない、清潔で綺麗な建物である。近隣との事情で、全ての窓ガラスがすりガラスになっているが、それでも天井が高く広々と明るい室内では利用者それぞれが自らの暮らしを楽しんでいる様子が窺える。職員と見まごうほどときばきと配膳や洗い物をこなす利用者、洗濯物の乾き加減が気になる利用者、廊下のソファで喋りを楽しむ利用者、その中で職員は利用者に励まされたり、野菜の切り方の教えを請うたりしながら、共に生活している。最近、行事委員会の発足により、毎月家族も招待しての食レクを中心とする行事を開催するようになり、より利用者・家族との距離が縮まり、風通しの良い関係になってきたと管理者は感じている。理念のイメージについての職員アンケートから、「笑顔」など様々な好ましい言葉が集まり、今後は理念の小改正を試みる予定である。生き生きとした利用者の「笑顔」を、ますます引き出せるよう期待している。 |
|---|

### 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くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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)   | ○                     | 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    |    |   |                       |   |

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 者三  | 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>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                            | 理念の中に、「地域住民の一人として行事を大切に交流を深めます。」と朝夕の申し送りの際に唱和をしている。         | 申し送り時に、独自の節をつけて歌うように唱和する利用者もいる。理念を具体的に理解したいと、各職員の理念からイメージする文章を募集し検討したが、決定まで至らなかった。その際、「笑顔」等いろいろな言葉が職員から挙がったので、折を見て文章の具体化をしていきたいと管理者は考えている。            |  |
| 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                            | ホーム主催の春まつりや地域の「グリーンカフェ」等の参加や学校行事への参加も行っています。                | 自治会行事や学校の運動会、近隣の事業所での車椅子ダンス等に利用者と共に参加して楽しんでいる。自治会には加入していないが、イベントの回覧や運営推進会議での交流はある。敷地外は急坂で散歩に出ることも無い為、利用者の顔を覚えてもらう機会が少ないのが課題である。                       | 職員の配置を整え、月1回等日にちを決めて、近隣住民に向けての介護相談等に対応できるような体制を望みたい。 |
| 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                          | 運営推進会議ではホームでの生活状況やホームの方針など報告を行い理解して頂き地域交流を行っています。           |   |  |
| 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       | 運営推進会議ではご家族様にも参加して頂き、意見交換を行い、ホームでの行事や事故、ヒヤリ報告書などの報告を行っています。 | 自治会長、地域包括、老人会、近隣事業所の管理者、利用者、家族の参加があり、活発な意見交換の場である。地域の困りごとについて話し合ったり、嚥下食や排便調整のためのゴボウ茶の紹介と試食を行った。メンバーからは、ヒヤリハットの対応策と2週間後のアセスメントが必要とのアドバイスを受け、実践に反映している。 |  |
| 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                 | 運営推進会議ではあんしんすこやかセンター系の職員にも参加してもらい、密に連絡を取りやすい関係性を持つようにしている。  | 地域包括とは、運営推進会議、GH連絡会等で顔を合わせる事があり、事業所の現状やサービスの取り組み状況についても、よく理解してもらっている。季節の感染対策の指導や、空き状況の確認、成年後見制度の相談等で協力関係を築いている。                                       |  |
| 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 | 身体拘束については施設内にて研修を行い、理解、把握をしている。委員会も設置し検討会を開催している。           | 玄関は常時開錠しており、利用者は自由に出入りしている。身体拘束委員会と年2回の全体研修で、事例を挙げて学び、小テストで理解度を把握している。センサーマットを昼夜共に使用している利用者がある。   | センサーマットの排除に向けての検討や取り組みを期待している。                       |

| 自己 | 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                            |
| 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     | 定期的に高齢者虐待研修を行い、理解、把握をしている。委員会にも設置し検討会を開催している。                         | 定期的に研修を行い、以前に比較して随分と理解が深まっており、お互いに注意できる環境になってきている。管理者は、月に1回は連休を入れたり、勤務の連続にも気を付けてシフト調整している。年1回の面談を通して職員のストレス回避に努めている。                             |  |
| 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 | 研修などを通して制度について学び、活用できるように努めている。                                       | 成年後見制度と安心サポート(日常生活自立支援事業)の利用者がいるが、職員の理解度は十分ではない。パンフレット等も置いていない。以前の研修ファイルを活用し、権利擁護に関しての学びの必要性を管理者は感じている。  | 制度の理解のため、地域包括による学習会を開催されたり、パンフレットを設置されてはいいが。 |
| 9  | (8)     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                     | 契約時には、パンフレットを使用して、入居前の説明を行っている。また、ケアプランを提示の際には、説明し同意を頂き、署名、捺印をもらっている。 | おやつ時間を一緒に過ごす等の体験を経て、十分に納得のうえで契約に至っている。家族から重篤時の対処、利用料等、退去基準、受診対応に関しての質問が多い。契約の流れや要点を絞った説明書を用意しており、理解されやすい工夫が見られる。                                 |  |
| 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                  | 運営推進会議を行い、利用者様やご家族様の意見、要望を反映させる様に努めている。                               | 毎月開催している行事に家族にも参加を促し、コミュニケーションを深めるよう努めているが、挙がる意見・要望は個人的なものが多い。利用者からは、毎日の献立の味見や、ゴボウのさがきは次からは私がやるよという声が出る。また、職員に対し、「もっとしっかりしなさい」などの励ましも挙がる。        |  |
| 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                                   | 個人面接などを行い、職員の意見、提案を聞く機会を設けている。  | 職員の発案で、毎月行事を開催し、家族の協力を呼びかけるようになった。主にスイカ割り、餃子パーティなどの食レクが多く、利用者・家族も楽しみにしている。また、各居室のネームプレートもそれぞれ職員の手作りで彩られ、一目で自室が分かるように工夫されるなど、自主的な職員のアイデアが活かされている。 |  |
| 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   | 職員の労働時間の調整やリーダー手当等、環境設備に努めている。  |  |  |

| 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 |
| 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         | 個人面接や研修を受けることによって、職員の育成に努めている。                    |      |                   |
| 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 | 地域運営推進会議を行い、情報共有、ネットワーク作り等を行っている。                 |      |                   |
| <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           | 入居前には利用者本人にも来所して頂き、面談の際には本人の希望を伺い安心してもらう様に、努めている。 |      |                   |
| 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                      | 入所見学の際には、ホーム内の見学してもらい聞き取り調査、本人面談をおこなっている。         |      |                   |
| 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                  | 情報収集、聞き取り調査を十分に行い、必要な支援方法を考える。                    |      |                   |
| 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                                  | 職員と一緒に洗濯物たたみ、家事などを一緒に行っている。                       |      |                   |
| 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                   | 家族会、施設行事、を行い、参加を促し、交流を深めている。                      |      |                   |

| 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 |  |
| 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                                       | 個別ケアで、本人が、利用していた美容院や昔に行った馴染みの店などに外出の機会を設けている。   | 毎月開催される行事で、定期的な家族の来訪がある。元美容師の利用者が、家族の付き添いで弟子の美容室に通っていたり、好みのレストランに数名で外出に出かけている。お祭りでビールを嗜んだり、近隣の事業所で開催される、車椅子ダンスに参加している利用者もあり、それぞれが積極的に地域との関係を築いている。 |                   |  |
| 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                                   | 春の遠足やドライブ(昼食の外出)など出かけて利用者同士が関わり合っている様に支援している。   |  |                   |  |
| 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                    | 入院されても、様子をお伺いに行き、退所されても家族様の後のフォローをし、何かあれば相談や支援に努めています。                                |  |                   |  |
| <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   | ご入居前にご本人様、ご家族様からの希望、ご意向、趣味等の把握に努め、ご本人主体の気持ちを大切にしている。                                  | 家族からの意見や要望は、あとから分かるように緑色のペンで記録をとり、出来るだけケアプラン等に反映できるように努めている。お花が好きな利用者にはお花の世話を、お肉が食べたい利用者には外食レクを、地域のイベントに参加したい利用者は参加の応援を、それぞれが楽しんで暮らせるよう配慮している。     |                   |  |
| 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                                       | これまでの生活環境、暮らし、等を把握しサービス利用に活かしている。場合によっては、センター方式を取り入れて、ケアプラン作成に役立っている。                 |  |                   |  |
| 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   | 日々の過ごし方、心身の状態、残存機能等、現状の情報把握に努めている。  |  |                   |  |
| 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 | ご家族様、御本人様からの、意向、主治医、看護師等、専門職の方面からの助言、指導、及び、ヒヤリハット、事故報告書、を元に、カンファレンスを行い、サービス向上につなげている。 | 介護計画はセンター方式で行っており、ペンの色を替えたりして、わかりやすい記録ができるよう工夫している。職員が約3名の利用者を担当し3か月毎にモニタリングを行い、ケアマネと相談し、家族や他職種の意見を取り入れケアプランに繋げている。                                |                   |  |

| 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 |
| 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                                     | 個人カルテへの毎日の生活状況の記載、他、申し送りノートでの情報の共有、職員間でのモニタリング、カンファレンスに努めている。 |  |                   |
| 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                            | 日々の状況の変化に気づき、現サービスをもとに、必要なサービスの旋回を行っている。                      |  |                   |
| 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                                      | 地域でのイベント参加やイベントを行い、地域住民の一員として交流を深めている。                        |  |                   |
| 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                                  | かかりつけの病院がある際には、家族様に協力して頂き、受診をして頂くなど希望に沿える様に配慮している。            | かかりつけ医は同法人の医療機関で、月に2回往診がある。同法人の歯科、看護師が定期的に訪問、ほとんどの利用者が法人の病院をかかりつけ医にしている。緊急時には看護師とオンコールの体制があり、医療機関と連携している。他科受診については原則家族の付き添いだが、事情により職員が付くこともある。 |                   |
| 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                          | 月に2回の訪問看護や日常の変化で気づきがある際には、随時に、電話等で、指導、助言をもらい対応している。           |  |                   |
| 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。 | 指定病院である、名谷病院との業務提携を行っており、入院し退院の際には、情報共有を行っている。                | 最近、肺炎などの内科的な要因が入院のきっかけになることが多い。協力病院への入院がほとんどだが、疾病によっては他院への入院もある。同法人であるため、入院時は相談員や担当看護師と連携しやすく、情報交換が行いやすい。誤嚥性肺炎の予防に週2回、歯科衛生士による口腔ケアを実施している。     |                   |

| 自己                               | 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  |
| 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、事業所ですることが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 | ご利用者様の安全を第一に考え、ご家族様とのカンファレンスを行い、方針を決定出来る様に努めている。 | 契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」を説明している。自傷や他者への暴力など認知症の重度化や、常時医療行為が必要となった際には、家族と相談し、入院を提案する場合もある。重度化で、医療の治療に意義を見出せない場合は、施設でできることを説明し、医療関係者と施設、家族で方針を共有するが、看取りに至った例は少ない。 |  |
| 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  | 救命士講習、急変時の対応マニュアルの作成を行っている。                      |  |  |
| 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  | 避難訓練、災害時の設備に努めている。                               | 防火訓練や避難訓練は定期的実施している。近々夜間想定避難訓練を実施する予定で、今まで行っていない2階の車椅子使用の方を対象に、利用者の移動方法について対策を講じている。訓練時の地域住民の参加はほとんどなく、食糧や水などの備蓄は不十分である。                                     | 災害が多発する昨今、運営推進会議等で、防災訓練時の地域住民の参加協力を継続して呼びかけ、緊急時すぐに持ち出せるファイルの準備、非常用食料などの準備をしておくことが望まれる。 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |         |   |  |  |  |
| 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  | 利用者様の立場に立ち、自律した生活を送ってもらう様に心掛けている。                | 入室時はノックする、トイレの入り口はきちんと閉める、往診時は休憩室を利用するなど、あたりまえのことではあるが、意識をもって丁寧に行っている。また、申し送りの声を小さくしたり、利用者がいる中では名前をイニシャルで呼ぶなど職員間で気をつけている。                                    |  |
| 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  | 一人一人の思いを大事に実現できるように話の傾聴に努めている。                   |  |  |
| 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  | 入浴日など、拒否があれば、日にちを変更し気持ち良く利用してもらっている。             |  |  |

| 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                         |
| 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                                | 入浴のセットなど職員と一緒にいき、自由に服装を選んでいる。                      |  |   |
| 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   | 食材切りや食器洗いなど、ケアプランに取り入れ、自立支援を心掛けている。                | 業者が作成した献立の材料が届き、調理は利用者も一緒に行う。事情により、他のメニューに差し替えるなど融通性をもたせている。得意な調理や食器洗いなど、利用者に率先して行ってもらったり、食べたいおやつと一緒に買いに行くなど、前向きな気持ちを引き出せるように工夫している。             | 職員と利用者が、同じ食事を一緒にすることで、食事がより楽しみになるのではないかな。 |
| 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        | 食事摂取を記録し、水分補給も促し、健康管理に努めている。                       |  |   |
| 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                 | フロアーにて個別に歯磨きを行って頂いて清潔の保持を維持できている。                  |  |   |
| 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 | 一人一人の排泄の状況を把握する為、排泄チェック表を付け、声掛けし、場合によっては、清拭施行している。 | ほとんどの利用者が昼間はトイレに行くので、排泄チェック表を活用し、トイレへの声かけを行っている。リハビリパンツとパット類を本人の状態に合わせて使用したり、適宜清拭をするなどの支援を行っている。トイレは複数箇所あり、扉に表示をしている。睡眠を優先するため、夜間オムツを使用する利用者もいる。 |   |
| 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                 | 便秘予防の為に、水分補給、散歩などの運動、体操を取り入れ、便秘改善に向けて対応している。       |  |   |

| 自己 | 者三   | 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 |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 入浴時の声掛け方法を工夫配慮を行い、入浴を楽しんでもらっている。                                      | 週に3回、午前中に入浴の支援を行う。特殊な機械浴槽はないが、重度な方や大柄な利用者は、2人対応やシャワー浴など安全に個別支援している。脱衣場は比較的広く、車椅子の利用者でも、ゆったり更衣や入浴準備ができる。菖蒲を浮かべ季節感を感じていただくなど工夫している。 |                   |
| 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   | 日々の表情や言動に注意しながら声掛けを行い、タイミングを見て臥床してもらい、足の挙上や足浴なども行っている。                |   |                   |
| 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  | 個人カルテに薬用書を入れ、職員が把握出来るようにしている。症状の変化があれば、その都度、主治医、看護師、薬剤師に相談、助言をもらっている。 |   |                   |
| 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                             | 食材切りや、洗濯物たたみなど、して頂き、生活の中で、生活リハビリ、役割を担って頂いている。                         |   |                   |
| 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 | 計画を立てながら、季節ごとの催し、外出、を実践している。又、地域での催しにも参加してもらっている。                     | 施設の周辺は坂が多く、気軽に外出しにくい環境ではあるが、日常生活の中で、ゴミだしや郵便物の投函など短時間でも戸外に出たり、外気浴など外出の機会を組み込んでいる。誕生日は利用者の希望に応じた外食をするため、特に楽しみにしている。                 |                   |
| 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                             | 職員付き添いで、買い物に行った際には、レジでの、精算時、支払いをもらっている。                               |   |                   |

| 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 |
| 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   | 電話がかかけたいと訴えがあれば、ホームでの電話を使用して頂き、かけてもらっている。      |   |                   |
| 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 | 快適に生活してもらえる様に、フローア居室等の、清掃の徹底、ちぎり絵などを飾りつけをしている。 | リビングにはテーブル、広い廊下にはソファが置かれ、自然とくつろげるよう配置されている。窓が広く光が射して施設内は比較的明るい。施設の価値観を前面に出さず、利用者の居心地を重視している。二つのユニットはパーテーションで区切られており、行事やレクリエーション等で広い空間が必要な際に調整できる。 |                   |
| 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  | フローア自席から離れ、ソファに座ってくつろいでもらっている。                 |   |                   |
| 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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 自身が使用していたタンス、椅子など、馴染みの物を持参してもらっている。            | 洗面所、エアコン、整理タンス、防災カーテンは施設で設置されている。床のジョイントマットは、部分的に洗浄でき、転倒時の衝撃を緩和できる。職員が手を入れ過ぎず、利用者が、思い入れのある本や手作りの作品を持ち込み、各部屋には番地が記され、生活感が感じられる。                    |                   |
| 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   | 毎日の献立をホワイトボードに記入している。トイレの場所をわかりやすい様に表示している。    |   |                   |