

## 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   | 2793800109             |            |             |
| 法人名     | 社会福祉法人 ふくふく会           |            |             |
| 事業所名    | グループホーム みやびのもり         |            |             |
| 所在地     | 大阪府羽曳野市西浦三丁目3番23号 (2階) |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成26年11月1日             | 評価結果市町村受理日 | 平成26年12月22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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 MIRO谷町 4階               |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年11月27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)】

【グループホーム】:生活の場である事を踏まえ、食事作り、洗濯、掃除などの家事活動を基本とし、外出やレクリエーション、クラブ活動などの楽しみを持てる活動を取り入れたケアを行っています。

【ユニット】家事中心に日課として取り組みながら、余暇時間で個別ニーズを取り入れながら生活を支援しています。

### 【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)】

同一法人の経営する3ユニットの兄貴分「グループホームみやび」がごく近くにあり、よく連携し交流している。開設されてまだ2年半なのに地域住民とはよく交流が出来る。まだまだ在宅でケアしている認知症高齢者が多いので、認知症に関する出前講座を企画される等ホームの努力の賜物と思える。そして、当ホームの方針として、ヒヤリハットの事例は隠さず記録し、職員全員で共有し事故につながらないよう努力し、運営推進会議にも発表し出席者の意見を聞いている。それだけ利用者に対する見守りに気をつけていることの証明にもなる。どれだけ認知症が進行しても外出については季節感を感じたり、近隣住民への挨拶も兼ね重視し、全体外出、グループ外出、個別外出と分けながら遠方(堺市内等)へも出かけている。

### 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々が訪ねて来ている<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) | ○<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           |
| 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                           | 【法人理念】<br>安心・安全・安堵をモットーに私たちは常に向上心を持って心の通う運営を目指します。<br>法人理念を基にグループホーム各ユニットのコンセプトを作成し事務所や休憩室、各ユニットなどに掲示し実践に繋げている。 | 当ホームの理念として「スタッフと入居者が共に日常生活を助け合い、一人一人が地域の一員として自己発揮できる暮らしを支えていきます」と定め、更に各フロアで職員が考えたコンセプトを加え、各ユニットに掲示し、職員一同その実践に励んでいる。           |                   |
| 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                           | 日常の買い物や外出では馴染みの関係が出来るよう定期的に同じ店に通っている。また、学童保育に参加させて頂いている。、事業所主催の祭りでは地域へ参加の呼びかけ、多数の住民ボランティアの協力を得て開催している。          | 開設してまだ2年半であるが、職員の努力で地域住民との交流は進んでいる。地域の祭りであるだんじり祭りも身近で見物し、当ホームからも学童保育に参加したり、市と共催で「認知症知つとこ～座」を年3回開催したり、ホームの秋祭りに地域住民を招待して交流している。 |                   |
| 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                         | 地域の方対象に「認知症知つとこ～座」を年4回開催している。また、要請があれば地域の団体等への講座も開催している。<br>羽曳野市との共催にて年1回の認知症フォーラムにも参加協力している。                   |   |                   |
| 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践、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      | 運営推進会議で出た外部者からの意見や提案を運営会議や正職会議などで報告し改善や取り組みに繋げている。  | 開催日を偶数月の最終火曜日と固定し、行政からは高年介護課、地域からは民生委員等に参加していただき、年6回開催が実現出来ている。会議の議事録についても、インターネットで開示している旨家族等に案内している。                         |                   |
| 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                | 不明な点などは電話で連絡を取ったり、運営推進会議やグループホーム部会などで相談している。必要な時は訪庁し窓口にて相談している。   | 市高年介護課とはよく連携がとれており、色々な相談ごとによって貰ったり、新しい情報を得ている。又、地域住民を対象とした「認知症知つとこ～座」や「認知症フォーラム」を共催している。介護相談員も受け入れている。                        |                   |
| 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 | 身体拘束防止マニュアルを作成し、各ユニットに設置している。また、勉強会や検討会も実施している。<br>施設開設時より玄関は開錠し、自由に出入りできるように取り組んでいる。                           | 身体拘束の弊害について毎年のように職員研修を実施し、職員もよく理解している。昼間はユニット間の行き来も自由で玄関も施錠せず見守りケアに徹している。   |                   |
| 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      | 虐待防止マニュアルを作成し、各ユニットに設置している。また、勉強会や検討会も実施し虐待防止に努めている。  |   |                   |

| 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  |     | ○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    | 地域の方対象に成年後見制度についての勉強会を開催し共に講義を受けている。また、資料を閲覧できるようにし相談があった際に助言などできるようにしている。  |   |                   |
| 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                         | 契約時は、十分な時間を取り説明し、納得頂いているか質問や疑問点を確認しながら進めている。契約後の制度改正時は文書を作成し説明同意を得ている。また、相談があったケースについては都度説明を行い理解、納得を頂いている。                            |   |                   |
| 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                     | 羽曳野市より介護相談員の派遣事業を受け入れており、月に1回の来苑時や家族会で意見の出せる場を提供している。また、日々の中で挙げた件に関しても苦情・要望シートへ記載し対応している。<br>運営推進会議で報告や相談を行っている。                      | 利用者からは、職員と1対1になった時(入浴時、散歩時、居室内等)で聞き出す工夫をしている。介護相談員や家族を通じて聞くケースもある。家族からは、来苑時や家族会および運営推進会議で聞いている。いずれも参考になる意見については、運営に反映させている。             |                   |
| 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                                      | 運営会議やリーダー会議、正職会議で意見を聞く機会を設けている。また、個人面談時にも施設や管理者、リーダーに対する要望や意見を聞く機会を設け、反映できるものは反映させている。  | 日頃から管理者と職員の距離を縮め何でも言い易い雰囲気を作っている。月1回の職員ミーティングでも発言して貰っている。管理者、リーダーと職員との3者面談もある。参考になる意見は、運営に取り上げたりしている。介護福祉士の資格を取得したい職員に対しては、シフト面で支援している。 |                   |
| 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      | 隔月で運営会議を開催し各事業所、ユニットの状況や実績把握に努めている。また、日ごろから職員との会話の機会を設けたり、組織の上下関係、各事業所の枠を超えて意見が言えるよう提案改善用紙を作成している。                                    |   |                   |
| 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         | ユニットリーダーが中心となりOJTやOFF-JTを計画、実行している。<br>毎月、法人内研修を開催している。外部研修においても回覧、掲示し希望者には費用も法人が負担し推奨している。<br>年度毎に職員個々に目標を設定し定期的に面談を行い達成に向けて取り組んでいる。 |   |                   |
| 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 | グループホーム部会や毎月のグループホーム同士の計画作成者の集い、年2回の他事業所との職員交流会と交流する機会への参加を推奨している。  |   |                   |

| 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 |
| <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 | 初回の面接時や相談時に管理者や副管理者が、本人や家族より要望や不安な事を聞き取りし、計画作成担当者に伝えサービス計画書やサービス提供に活かしている。                           |  |                   |
| 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            | 担当ケアマネより情報提供を受け相談時や初回面談時に家族より要望や不安な事を聞きサービス計画書やサービス提供に活かしている。入居時の環境の変化による負担を最小限に抑える為、家族と相談し連携を図っている。 |  |                   |
| 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        | 相談のケースに応じ他のサービスや自施設の空き情報などの提供、他のグループホーム紹介などを行っている。紹介先に入居された場合、家族よりその旨の情報を得ている。                       |  |                   |
| 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                        | 生活の流れを家事中心の中で、ご本人の習慣にも着目し、継続してもらえるように一緒に取り組んでいる。   |  |                   |
| 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         | ご家族の面会時に近況報告を行なうとともに、変化等あれば随時連絡を行なっている。遠方で面会に来れないご家族には定期的に状況報告も行なっている。                               |  |                   |
| 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                     | 入居時に聞き取りした生活歴情報、並びに普段からご家族や居者様からの発言等から取り入れられる外出先であれば外出企画で実施している。                                     | 入居時のアセスメントシート作成時、馴染みの人や場所を聞き出す努力をし、面会を支援している。手紙や賀状を出す支援も行っている。馴染みの場所としては、美容院、スーパー、お墓詣り等があり個別に対応している。 |                   |
| 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                 | 団樂が出来るようにソファ環境を設置したり、テーブル配置を工夫して孤立感なく過ごせるように配慮している。  |  |                   |

| 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  |  |
| 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                    | 必要に応じ家族の相談や情報提供などの支援を行う。また、施設の行事への参加を呼び掛ける等、サービス利用終了後も家族様との関係を大切にしている。                                    |  |  |  |
| <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   | 普段の発言や生活歴などを考慮して対応をしている。聞き取りが困難な事項に関しては、ご本人からの反応やご家族からの聞き取り内容を取り入れるなどしている。                                | 入居前に利用者の生活歴や趣味、これからの暮らし方の希望および家族の要望等を聞き出しアセスメントシートにまとめ職員全員で共有している。入居後も利用者の変化を細かく観察し、職員で共有している。                     | 病院からの紹介であっても今後1度は入居者の自宅を訪問し、生活環境を把握し、どんな些細なことでも入居者の楽しみ事も把握し、ケアに活かされることも望まれる。 |  |
| 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                                       | 入居時にご家族にシート記入してもらっている。その後は、ご本人からの発言や、ご家族の面会時に随時尋ねながら情報を増やしていけるようにしている。                                    |  |  |  |
| 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   | 1日2回日中・夜間の様子や状態が把握できるように申し送りを行ない、勤務スタッフ間で情報共有できるように日中に1度、現状の留意情報を見直す機会を設けている。また、必要であれば臨時的にカンファレンスも行なっている。 |  |  |  |
| 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 | 毎月ケアカンファレンスで話し合っていて決めている。事前にスタッフ全員からの意見や情報を集約したり、ご家族にも面会時などに要望など聞いたりして取り入れている。                            | 最初のアセスメントシートをはじめ入居者のあらゆる情報を集め、カンファレンスを開いて本人本位のケアプランを立案し家族の了解を得ている。毎日がモニタリングの連続であり、ケアプランの変更性の有無や追加については3ヶ月ごとに行っている。 |  |  |
| 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                        | 普段の気づきとして支援経過記録にて記入してもらい、ケアカンファレンス時にまとめた内容から抜粋して情報として共有し、実践につなげるために話し合っていて決める機会を設けている。                    |  |  |  |
| 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               | 生活歴を起点に、馴染みの店への外出、故郷探索、他事業所の友人に会いに行くなどしている。   |  |  |  |

| 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 |
| 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                                     | 大正琴、コーラス、傾聴などのボランティアの方々に来てもらえる機会を設けている。   |  |                   |
| 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                                 | 契約時に本人、家族の同意、納得を得て協力病院の医師に主治医変更をお願いしているが本人や家族の要望、状況により以前からのかかりつけ医への受診の支援も行っている。   | 基本、本人や家族が希望する従来のかかりつけ医となっており病院へは原則家族同行としている。協力医療機関の医院からは月2回の往診、歯科月1回、必要な利用者はリハビリに週5回の往診を受けている。   |                   |
| 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                         | 看護師出勤時に毎回情報提供し、対応などの相談を行なっている。必要であれば主治医への連携等もできる体制をとっている。   |  |                   |
| 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 | 入居者が入院した際には医療機関に情報を提供し管理者、リーダー、職員が頻回に面会に行き、家族から医師や看護師の情報を、医療相談員からは直接情報を収集している。  |  |                   |
| 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 | 入居者様の状況変化時はご本人やご家族からの要望を早期に把握できるようにしている。ターミナルケアに関しては、勉強会などを通じて内容や指針を理解してもらえるようにしている。                                      | 「重度化した場合における看取り指針」「医療連携体制同意書」「看取り介護についての同意書」を作成し契約時から日常時の状態の変化に応じて家族、利用者とは話し合いながら随時意志を確認しながら取り組み、今までに1人の看取りの経験は貴重な体験となっている。                  |                   |
| 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   | 事故対応マニュアルを基に勉強会を開催している。緊急時対応のシートをすぐ見れる位置に置いている。   |  |                   |
| 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   | 年2回の避難訓練を実施している。地域の方にも施設の説明と避難訓練の見学をしてもらっている。<br>また、朝礼時に防災に関する文章を読み上げ意識を継続できるように取り組んでいる。<br>非常時備蓄については、各ユニットで保管、管理を行っている。 | 地域で開催される「ほっとサロン」に毎月出向き、勉強会を開催している。又、災害時の避難訓練の様子や施設の中を見学してもらったり、運営推進会議で意見交換して声掛けしながら地域との協力体制を願い出ている。職員には朝礼時マニュアルに基づいた防災知識を口頭で質疑応答をして意識を高めている。 |                   |

| 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 |
| <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                   | 接遇への意識付けをミーティングや勉強会を通じて行なっている。   | 年長者として敬意を払うべく呼びかけ方にはさんづけで呼んでいる。又内部研修にて言葉によるスピーチロックを学び個人の尊厳を大切に、目についた時にはお互いに改善への声掛けが出来る体制がある。                     |                   |
| 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                     | 選択できる生活を重視して環境を整えるようにしている。また、選択困難な場合にも、選択してもらいやすい工夫を行なっている。                    |  |                   |
| 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 | 定着して実施できるものであれば、予定カレンダーに取り入れて実施している。当日での希望は日中で人員や時間等を考慮して可能であれば、実施に努めるようにしている。 |  |                   |
| 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                                  | 定期的な訪問理容を利用している。普段の整容にも起床時に声掛けを行ない、日々の整容を心がけるように対応している。                        |  |                   |
| 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     | 食事前後の準備や片付けに入居者様と一緒にできるように取り組んでいる。食事作り時は入居者様の好みや希望のメニューも取り入れるようにしている。          | 最大の楽しみである食事は水・金・日曜日の昼食は施設内で手作りし、日曜日の夕食はメニューを決めて買い物から調理している。毎日の朝食は施設内で手作り、あとの日は「グループホームみやび」の厨房から調理された状態で運ばれてきている。 |                   |
| 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          | 摂取量は毎食時にチェックして把握している。水分に関しては、摂取控えめな方には出す機会や好みの物を提供するなど工夫を行なっている。               |  |                   |
| 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                   | 入居者様それぞれに必要な支援・介助を把握し毎食後対応している。月1回、歯科衛生士に口腔内の状態を診てもらい、助言あれば日々の口腔ケア時に実施している。    |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄チェック表に記入し、入居者様個々の排泄リズムを把握してトイレ誘導を行ない、できる限りトイレでの排泄ができるように対応している。            | 排泄・排便チェック表を活用し時間を見計らって誘導することにより、自立排泄につながった利用者もいる。  |                   |
| 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  | 毎日の食事で野菜を豊富に摂ってもらえるように汁物に多くの野菜を使用するようにしている。また、日中で毎日体操を継続して取り組んでいる。           |  |                   |
| 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                        | 一番風呂を好む、午後希望などに合わせて臨機に対応している。  | 入浴は基本週2・3回入っていただける体制をとっているが、本人の希望に合わせて一人ひとりに合わせた入浴の支援体制が。季節によりゆず湯も楽しんでいる。                        |                   |
| 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   | ご本人の生活リズムや入眠時間を考慮して対応している。日中の静養は夜間に影響がでない程度に配慮させてもらっている。                     |  |                   |
| 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  | 服薬管理表と薬説明書を用意し、毎回服用前に薬の再確認をしてもらっている。薬の副作用に関しては、服用開始時より申し送りでも継続して様子観察をもらっている。 |  |                   |
| 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                             | 入居者様それぞれの情報に応じた活動や嗜好品を出す機会を設けている。  |  |                   |
| 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 | 可能な限り日中で外出機会を設けて対応できるようにしている。ご本人からの要望で、困難なものに関してはご家族の協力も得られるように呼びかけている。      | 本人が戸外で気持ち良くいきいきと過ごせるような時間を大切に考え、日々の散歩、個別の外出、グループ外出、全体外出など季節により電車や車でそれぞれに出かけている。今までに1泊旅行にも出かけている。 |                   |



| 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 |
| 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  | 現状、金銭を自己管理されている入居者様はいないが、外出時に好きな物を選んでもらったり、会計をしてもらったりはしている。               |   |                   |
| 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している  | 公衆電話を使用できる機会を設けている。手紙を出したい要望のある入居者様に対しては、こちらで預かり郵送させてもらっている。              |   |                   |
| 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 | ユニット内が暖かい雰囲気になるように花や季節に応じた小物など飾っている。日中はカーテンなどを利用して遮光できるように配慮している。         | 共用空間であるフロアは落ち着いたある温かい雰囲気に包まれ、季節の花々、新聞、雑誌も自由にみれる配慮もあり、利用者は思い思いの自由な時間を共有している。 |                   |
| 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  | テーブルの他にソファを用意し、一人でゆっくり座りながら過ごせるように配慮している。                                 |   |                   |
| 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のもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 居室には、今まで使い慣れたタンスや仏壇などを持参してもらっている。   | 居室は南西向きに配置され日当たりも良く、今までの使い慣れた家具を持ち込んで快適に過ごせる工夫がある。廊下に個人用の収納庫もある。            |                   |
| 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   | 廊下などの至る所の端にスロープを設置し、安全な移動がしやすいようになっている。トイレには名札を貼っている。時計は、低めの位置に3か所設置している。 |   |                   |