

## 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   | 2491300154         |           |            |
| 法人名     | 株式会社 センチュリークリエイティブ |           |            |
| 事業所名    | グループホームあみーご奈垣さえずり  |           |            |
| 所在地     | 三重県名張市奈垣1431-1     |           |            |
| 自己評価作成日 | 平成 31 年 2 月 12 日   | 評価結果市町提出日 | 平成31年4月15日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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="http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action_kouhou_detail_2018_022_kihon=true&amp;JivovsoCd=2491300154-00&amp;PrefCd=24&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action_kouhou_detail_2018_022_kihon=true&amp;JivovsoCd=2491300154-00&amp;PrefCd=24&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 三重県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 津市桜橋2丁目131        |
| 訪問調査日 | 平成 31 年 3 月 5 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)】

認知症介護で重要とされる、穏やかで落ち着いた環境を提供できるよう、ホームの立地条件を生かした「自然の中」での「自然体の介護」を行っている。四季を五感で感じ、ゆったりと生き生きと生活していただけるよう、「共感」と「尊重」を理念とした支援をしている。また、「地域交流」を大切に周辺住民の皆様とも連携・情報交換している。  
名張市内にある同事業所(グループホーム)と共同しながら、利用者の状態に応じたより良いサービスを検討し、家族に提案している。

## 【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)】

周辺を木々で囲まれた事業所は静かな環境の中、日々季節を感じられ利用者はゆっくり、落ち着いて生活しており、隣接する同一法人経営のグループホームとイベントを合同で行うなど利用者が楽しく生活できるような環境が整っている。地域交流・共感の理念の基、自治会長をはじめ地域住民代表者等の助言・意見を利用者支援に生かそうと努力し、尊重の理念の基、常に職員が利用者の目線に立ち自分であればどのような気持ちになるかを考え、日々利用者に寄り添った支援が行われている事業所である。

## 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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) | ○ 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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: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 |
| 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  | 職員が意見を出しあって、見直した理念「共感」「尊重」「地域交流」を施設内に掲示し、毎日確認できるようにしている。職員会議でもお互いに確認し合い、職員全員が理解し、支援の取り組みを継続している。       | 利用者により寄り添った支援を行うため、職員同士が何度も話し合っ職員会議で決めた事業所の理念は、職員一人一人が理解し利用者支援の土台になっている。又、洗面所に理念を掲示し職員は日々理念を確認している。                      |                   |
| 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員として日常的に交流している  | 自治会や地域で実施されている行事に参加している。近隣住民が職員として勤務しており、施設のことを気にかけて見守ってくださっている住民も多い。                                  | 月1回市主催で開かれるきらきらひろばに利用者は参加して、子供やその親らと一緒に楽しみ交流している。また秋には防災センターにてミニコンサートを楽しんでいる。  |                   |
| 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  | 施設を地域に開放し、地域住民が気軽に相談できる場として行きたい。認知症サポーター講座や運営推進会議を通じて地域への貢献を広げていきたい。                                   |  |                   |
| 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                                     | 利用者や家族、保険者と地域包括支援センターから、意見や助言をいただき運営に反映している。毎回時間を作って参加されるご家族もある。地域の自治会長や民生委員の参加も定着した。                  | 会議は隔月開催され、参加者からの助言・意見を運営や利用者支援に生かすよう努力している。市の取組む地域SOSシステムの存在を自治会長に聞かされ、制度を知るきっかけとなった。                                    |                   |
| 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   | 事業所だけで解決できない問題については、市役所または地域包括支援センターに相談している。また、二ヶ月に一度、介護相談員を受託しており、報告書やミーティングを基にサービスの向上を図っている。         | 市役所・地域包括・まちの保険室とは、運営推進会議において事業所の現況を伝え、意見を求めている。また、利用者の相談だけでなくケアマネージャーとして地域包括に相談するなど、積極的に市とは連携している。                       |                   |
| 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 | 職員会議やカンファレンス等で、身体拘束について学ぶ機会を持ち、拘束や虐待につながるような言葉がけや関わりをしていないか、職員間でもチェックし合っている。玄関については安全を確保しながら日中は開放している。 | 身体拘束防止マニュアルを作成しており、職員会議でも議題として取り上げ、職員の意識向上を図っている。拘束につながるような声掛け等がないよう、職員同士が気づいた言葉遣いやかかわりはメモを取り、施設長に報告するとともに、職員間でチェックしている。 |                   |
| 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                                     | リーダー職に虐待の防止を周知し、各現場で介護従事者に指導している。カンファレンスや勉強会を通じて、高齢者虐待防止法など学びを深めている。                                   |  |                   |

| 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    | 成年後見人制度を利用している利用者がおられ体調変化や今後についての相談や連携をしている。管理者をはじめ、介護職も制度の理解を深め、活用できるよう努めたい。                              |  |                   |
| 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、重要事項説明書、終末期について入居時に説明している。利用者や家族に理解してグループホームに入所して頂けるよう、事前の見学や相談にも応じている。                                |  |                   |
| 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                     | 利用者からの不満や苦情を聞き取り、すぐに改善・変更できることは早目に対応している。内容によっては家族にも報告しながら、より良い方法を検討する。面会時等に家族からの要望や意見を聞き取り、日誌に記入して周知している。 | 家族の面会時に運営に関する意見を聞き、日誌(引継シート)に記録し職員間で情報共有している。また本年度は家族アンケートを実施し、そこで出てきた事業所への進道路路の改良を行政に依頼している。                      |                   |
| 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                                      | 管理者は毎月の職員会議や随時の個別面談で職員の意見を聞き、会社役員との会議や管理者ミーティングの場で情報交換し、マニュアル作成や業務の改善につなげている。                              | 職員からオムツ交換時に専用バケツを使用する等の提案を生かして業務改善を行うなど、管理者と職員のコミュニケーションはよく取れている。利用者へのケア向上に努めるため、管理者は職員と1対1で対話し気軽に相談し合える関係性に努めている。 |                   |
| 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      | 管理者や会社役員による面談の場を設け、職員個々の努力や実績をもとに評価し、給与や役職の見直しを行なっている。また、職員の資格取得に向けた助成を行っている。                              |  |                   |
| 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         | ケアマニュアルや業務の流れを作成し、職員個々の経験やレベルに応じて指導できる環境を整えている。内部研修の充実、外部研修への参加を勧めている。                                     |  |                   |
| 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 | 前年度には市内の他事業所からの見学会や、他施設への見学等、情報交換をした。また、今年度は市内の施設系ケアマネの研修会やケアプラン作成についての勉強会に参加し、他事業所職員との交流の機会を多く持っている。      |  |                   |

| 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 |
| 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 | 初回面接は、利用者宅に訪問するなどして本人の思いや意向に耳を傾けている。入居後も状態報告や体調変化があった場合の相談等、家族と連携している。                                 |   |                   |
| 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            | 申し込みや初回面接時には、家族の不安や困っていること、今後の要望などに耳を傾け、信頼関係作りの努力をしている。受入時までに施設職員に情報提供し、サービス開始後も家族の意向を確認したり、状態報告をしている。 |   |                   |
| 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        | 居宅介護支援事業所のケアマネージャーに相談するなどし、当事業所が本人にとって適切かどうかを見極めている。必要があれば、他のサービスとの併用を勧めたり、当事業所以外のサービス利用を提案する場合もある。    |   |                   |
| 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                        | 職員は日頃のかかわりの中で利用者のできること、興味のあることを見出し、作業のお手伝いや行事参加等を勧めている。日課についても業務優先ではなく、利用者のペースを尊重しながら見守っている。           |   |                   |
| 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         | 家族には通院の付き添いや運営推進会議への参加で本人と関わる機会を持っていただいている。本人の要望があった際や状態が不安定な時には、家族に協力を求め面会や外出等の機会を作ってもらえるよう調整している。    |   |                   |
| 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                     | 家族・親族が訪問された際は、自室や応接室でゆっくり過ごしてもらえるように配慮している。施設のかかりつけ医は決まっているが、入所前からのかかりつけ医への受診を希望される場合は継続していただいている。     | 利用者の平均年齢が90歳と高齢であり、馴染みの関係維持は困難であるが、隣接の事業所との交流で知人に会えたり、郷土料理で故郷を懐かしむ等の工夫をしている。馴染みのかかりつけ医や美容院にも出かけている。 |                   |
| 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                 | 職員が調整役となり、利用者同士の関係がうまくいくように努力している。テーブル席の位置など、気の合う利用者同士になるよう工夫している。他の利用者との関わりを好まない方には職員が関わる時間を増やしている。   |   |                   |

| 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                    | サービス利用を終了しても、必要に応じて相談、連絡していただけることを、退居時に家族に説明している。退居後も電話で現状報告や相談を受けた方もあった。                                   |   |                   |
| 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   | 利用者が何を考え、何を希望しているのかを、毎日の生活や会話を通して把握できるように努めている。職員の気づきや利用者の要望は記録に書きとめ、管理者・看護師・担当職員等で協議し、早めに対応するよう努めている。      | 介護度の高い利用者が多い事から日々の会話、仕草、家族からの聞き取りから思いを把握する事に努め、気づいたことを日誌(引継シート)の気づき欄に記録し、申し送り時に他の職員が日誌を確認チェックし周知している。                 |                   |
| 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                                       | 担当ケアマネからの情報収集、面接時の聞き取りや、家族との情報交換を通じて、利用者の状況を把握し、介護職員に情報提供している。入居後は直接かかわる介護職員が気づいた点を記録し周知している。               |   |                   |
| 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   | 定期的なアセスメントにより、各利用者の生活リズムや心身の状態を把握し、カンファレンスや職員会議等での意見をもとに、日頃の活動の援助やケアプランの見直しにつなげている。                         |   |                   |
| 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 | 定期的なアセスメント、評価やカンファレンスに加え、状態に変化があった場合には、本人や家族の意向、医師の指導や職員の意見を反映させ、より現状に即した介護計画になるようモニタリングをしている。              | 本人や家族の意向を取り入れたケアプランを、毎日出勤した職員がモニタリングを行っている。その際気づいたことを記録して、計画の見直しは概ね6ヶ月毎にモニタリングを集約のうえ、職員会議で話し合い、次回のケアプラン、日々の支援に生かしている。 |                   |
| 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                        | 日々の様子や気づきを引き継ぎシート、介護記録等に記入して情報を共有しており、その内容を介護計画の見直し時に検討している。また、記録類はいつでも職員が確認できるようにしており、勤務開始前に確認するよう義務づけている。 |   |                   |
| 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               | 利用者・家族の希望にそって通院介助や好みの食事の提供等、個別の支援を柔軟に行っている。対応できる家族が不在の利用者には、買い物や外出の支援等をしている。                                |   |                   |

| 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                                      | 園芸や音楽リハビリ等のボランティアを受け入れたり、保健センターが主催する親子の集い等に参加している。ボランティアグループによるカラオケや三線演奏等も喜ばれた。                                       |   |  |
| 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                                  | 訪問診療を導入し、希望者が利用している。定期的な訪問での体調管理だけでなく、急な体調不良時にも相談がしやすくなった。他の診療科目や入居前の主治医継続を希望する利用者については、家族または施設で受診の援助をしている。           | 常勤の看護職員が、日常的な健康管理と投薬管理を行っている。協力医による訪問診療を毎月1回行い、歯科往診も受けている。協力医の緊急時・夜間対応も可能であり、適切な医療支援が行われている。                      |  |
| 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                          | 常勤と非常勤の看護師を配置し、日頃から健康管理に努め、状態変化に応じた看護、病院受診ができるよう支援している。夜間帯も常時連絡が取れる体制となっている。  |   |  |
| 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。 | スムーズに治療を受けてもらえるよう、利用者の入院前の状態や定期薬の情報等を速やかに提供し、今後の治療方針、経過等について、医療機関の看護師や相談員と連絡を取り合う。退院前には面接に伺い、受け入れについて調整する。            |   |  |
| 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  | 現在のところ看取りケアは実施していない。入居時に重度化や終末期についての指針を説明して施設でできるケアの内容を明確にしている。状態に応じて家族の意向や医師の見解を確認し、入院や他の介護施設への移動等を提案するなど各機関と連携している。 | 入居契約時に終末期における看取りケアについて家族・本人に事業所としてできるケアを説明している。今のところ看取りケアは行っていないが、職員の中にも家族の意向があれば看取りケアについて前向きな声もあり、事業所としても模索している。 | 利用者の高齢化・介護度の高さから、将来家族の希望があれば看取りケアが欠かせないと考えられ、浴室設備・看護師の常駐等、態勢は整っているため、家族・医師・職員と話し合い、事業所としての方針を関係者で共有されることが望まれる。 |
| 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  | 職員は救命講習の受講を行っている。入居時に緊急時の対応について本人または家族の意向を確認し、文書に残しており、意向に変更があればその都度確認している。   |   |  |
| 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  | 自衛防災訓練と総合避難訓練を定期的に行っている。今年度は夜間を想定した訓練も実施した。運営推進会議に地区の代表者や民生委員にも出席してもらい、災害時の対応等について定期的に確認し合っている。                       | 年に1回、管轄消防署指導による夜間想定避難訓練を実施し、自主防災訓練等総合避難訓練も6月に実施した。停電時に備え緊急時の照明器具も買い揃え、災害時の備蓄として長期保存可能な水、1週間分の食料を確保してある。           |  |

| 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 |
| 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                   | 利用者の人格や思いを否定せず、その方に合った声かけをするよう指導しており、職員間でも点検し合っている。今年度は接遇についての研修も実施し、各職員が自身の日頃の対応について再確認することができた。          | 入浴は一人ずつ、排泄の際の声掛けはできるだけ小さな声で行う等、業務を優先せず利用者の人格を尊重した支援を行うよう心掛けている。また声掛け等によるプライバシーを書しないよう、本年度、県社協主催の接遇研修を受講した。 |                   |
| 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                     | 衣類やおやつ等、日常生活の中で利用者の希望を聴いたり、二者択一等の方法で選択・決定できるよう支援している。また意思表示が困難な利用者には、表情や反応を見ながら対応している。                     |  |                   |
| 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 | 大まかな一日の流れはあるが、起床時間や食事、入浴や居室で過ごす時間など、できる限り本人のペースで生活してもらえるよう、本人と相談しながら職員間で連携している。                            |  |                   |
| 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                                  | 利用者の状態に合わせて、衣類を選んでもらったり、自分でできる方には見守りしている。入浴前に衣類の準備を一緒にしたり、行事の時にメイクをしたりしている。                                |  |                   |
| 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     | 調理は職員が行うが、盛り付けやおやつ作りなど、できることを手伝ってもらっている。また、日々の支援の中で好みや嗜好を聴き取り、季節行事や誕生会で提供している。また、安全な食事摂取のために口腔体操も行っている。    | 週1回、手作りのお菓子作りを楽しんでいる。献立・食材・調理等は業者に委託しているが、利用者の味の感想を聞いた際は、それを伝えて改善してもらっている。食卓に季節の花が添えられ楽しい食事タイムとなっている。      |                   |
| 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          | 食事量を毎回チェックし記録している。咀嚼、嚥下能力に応じて、一口大にカットしたり、ムース食を提供するなど美味しく安全に食事摂取できるよう配慮している。水分補給についても、好みのものや飲みやすいものを提供している。 |  |                   |
| 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、口腔ケア(歯磨き、うがい、義歯洗浄)の声かけや支援を行っている。状態に応じて訪問歯科を利用してもらい、清潔保持のみではなく誤嚥、肺炎の予防に努めている。                           |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 尿意があいまいになりがちな利用者には表情や排泄記録を見ながらタイミングを図り誘導したり、尿器やポータブルトイレを使用することでパット内排尿の不快感を減らせるよう工夫している。                            | 排泄自立者は2人であり、大半の利用者は排泄介助が必要な為、利用者ごとの排泄パターンを排泄記録と表情・仕草より把握し、トイレで排泄できるよう声掛けと見守りを徹底している。                                |                   |
| 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  | 排便状況を記録し、便秘がちな利用者に対しては、牛乳やヨーグルト等の提供、必要に応じて下剤の服用、また腹部マッサージを行うなどして、排便を促している。自力で排泄できない利用者は、看護師による摘便も施行している。           |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 入浴を好まない利用者には、声かけの仕方やタイミングを工夫している。大まかに入浴の予定は組んでいるが、他に希望があれば可能な限り入浴してもらう。体力的に一般浴が難しい利用者には機械浴やシャワー浴を楽しんでもらう。          | 機械浴と一般浴が可能であり、利用者には湯にゆっくり浸かってもらいたいとの思いから、1日3名の入浴となっている。希望を聞き好みの入浴剤を使用したり、体調に配慮しながら入浴順を決めたり、利用者がゆったりとほっとするひと時となっている。 |                   |
| 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   | 共有スペースであるリビングにはソファや畳コーナーがあり、個別に休息ができる。夜間は居室の照明や温度を確認し、眠れない方には職員の近くで過ごしてもらう。必要に応じて薬剤の使用等、主治医に相談し、十分な睡眠がとれるよう支援している。 |   |                   |
| 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  | 各利用者の薬剤情報を保管し、職員が確認できるようにしている。服薬の確認は準備・服薬前・服薬時・服薬後と2重3重のチェックをし、飲み込むまで確認している。薬を飲みにくい利用者には形状の変更など、主治医や薬剤師に相談している。    |   |                   |
| 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                             | 利用者の状態や嗜好、生活歴に応じ、食事準備や洗濯物たたみ等の役割を持っていただいている。季節行事や誕生会等で好みの食事やお酒等を提供したり、好きなゲームや活動で楽しんでもらっている。新聞を購読している利用者もある。        |   |                   |
| 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 | 施設周辺の散歩や、デッキでの日光浴や食事、希望があれば買い物等に一緒に出かけることもある。また、利用者の希望を聞きながら外出や外食、行事食を企画したり、ボランティアの皆様と庭で花を植えたり、畑仕事をしている。           | 天気が良いとリビング先のデッキで、気軽に日光浴兼ねてお茶会、庭の花を見たりと日常的に外出支援を行っている。また隣接のグループホーム等と協力して秋には市の防災センターでミニコンサートを鑑賞し、春にはドライブを兼ね花見を楽しんでいる。 |                   |



| 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  | 現在ほとんどの利用者が自己管理は困難な状態であるが、本人が希望された場合は、家族と相談し、現金を所持して頂けるよう支援したい。  |  |                   |
| 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   | 利用者が電話を希望された場合は、職員が取り次ぐなどの支援をしている。現在のところ手紙を希望される利用者はおられないが、希望があれば家族と相談しながら対応したい。   |  |                   |
| 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 | リビングにはソファや畳コーナーを設け、複数でも個別でも過ごしていただける。定期的な室温・湿度の確認、換気にも注意している。季節ごとの花や飾り付け、窓から見える草花や景色等が会話の発端にもなり、職員も一緒にお茶を飲みながら過ごす時間を持っている。 | 利用者が日常的に多くの時間を過ごすリビングの窓越しから見える緑の木々は、癒しの風景であり、季節を感じることができる。加湿器で湿度管理されている。訪問時は3月ということもあり雑壇が飾られていた。 |                   |
| 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  | リビングにはテーブル席とソファ、畳コーナーがあり、一人で過ごすことも、気のあった利用者同士で過ごすこともできる工夫をしている。他者との関わりを好まない利用者にも、共有スペースの中に落ち着ける居場所を設けている。                  |  |                   |
| 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  | 本人、家族には使い慣れた物品や家具等を持ってきてもらうようお願いしている。家族の写真や飾り付け、信仰のお札などを近くに置いておられる利用者もある。  | 各居室とも広い間取りで、備え付けのベッド以外は利用者ごとに使い慣れたものを持ち込んでいる。枕元に孫や子供の写真、家族の写真を飾っている。                             |                   |
| 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   | テーブルの位置や、椅子の形態、トイレまでの距離等、本人の状態を考慮して席や居室を決めている。一部の居室内には洗面台を設け、また施設内全体を県のユニバーサルデザイン適応に整備している。                                |  |                   |