

## 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   | 1291200168        |            |           |
| 法人名     | メディカル・ケア・サービス株式会社 |            |           |
| 事業所名    | 愛の家グループホーム松戸上本郷   |            |           |
| 所在地     | 千葉県松戸市上本郷2818     |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成24年2月5日         | 評価結果市町村受理日 | 平成24年4月9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="http://kaigo.chibakenshakyō.com/kaigosip/Tod.do">http://kaigo.chibakenshakyō.com/kaigosip/Tod.do</a> |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | NPO法人ヒューマン・ネットワーク |
| 所在地   | 千葉県船橋市丸山2-10-15   |
| 訪問調査日 | 平成24年2月28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)】

開所して今年3月で3年目に入り、去年の9月からある程度スタッフの入れ替わがなく、顔なじみの関係作りが出来上がっています。また、若いスタッフが多く、笑いの耐えない雰囲気、毎日楽しくケアしています。

出来ること、やりたいと思う事をやっていただけるよう自立支援を常に考えて、スタッフはいかなる困難に直面しても目的を放棄せず、最後までやり遂げる強い意志を持ちケアに活かしています。

## 【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)】

すぐ前に公園があり、グループホーム専用に設計された安全面に配慮の行き届いたホームである。ひまわりユニットは「笑顔の絶えない明るい」、太陽ユニットは「楽しく・元気」をモットーとし、新任のホーム長の下、職員がチームワーク良く笑顔で楽しそうに入居者と過ごしている姿が印象に残った。若い職員が多いとのことであり、今後更に研修やOJT研修を充実させること等により、「その人らしい快適で穏やかなシルバーライフをサポートする・心を込めた親切なサービスに努めその心を磨く・様々な機会を通じて地域の人々とのふれあいを大切にする」との理念の実践に向けてのチームとしての介護力の向上に期待が持てる。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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<br>3. 利用者の1/3くらい<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<br>3. 家族の1/3くらい<br>4. ほとんどできていない      |
| 57  | 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: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)  | ○                           | 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、活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<br>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                                                                                                                         |                                                                                                                 |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                               |                                                                                        |                                                                                                                                           |                                                                                                                 |
| 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                            | 職員全員が事業所理念を把握しており、毎日唱和し、実践できるように心がけている(会議・申し送り事も)                                      | 愛の家の3つの運営理念を毎日唱和し、全職員で共有し実践できるよう努めている。特にその人らしい個別支援が出来るよう、一人ひとりの職員のレベルアップと人材の育成に力を入れている。                                                   | 新しい管理者の下、職員が笑顔で楽しそうに入居者と過ごしている姿が印象的であった。若い職員が多いとのことであり、今後研修やOJTを通して職員一人ひとりの更なるスキルアップを図り、理念の実践へと繋げていかれることを期待したい。 |
| 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                            | 地域の行事に積極的に参加している。正面の公園で地域の子供達と遊んだり交流している。自治会で行う清掃やゴミ出しを積極的に行っている。また、畑の野菜を近所に配っている。     | 運動公園のバザーや秋祭りや自治会のゴミゼロ運動に参加したり、自治会班長をしたり、ホームの畑で採れた野菜をご近所に配ったり、前の公園で保育園児と戯れる等、地域との日常的な交流を図るようにしている。                                         |                                                                                                                 |
| 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                          | 去年同様に地域の方々に認知症の理解や支援方法を伝えるため、地域のイベントに参加している。                                           |                                                                                                                                           |                                                                                                                 |
| 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       | 自治会、民生委員、地域包括センター、家族様等で2ヶ月に1回開催しております。運営推進会議で入居者様状況や活動報告をし、意向、意見を話し合い、サービスの向上に活かしています。 | 地域包括職員・民生委員・自治会役員・消防団長・家族等の参加を得て2ヶ月に一度定期的に開催している。認知症やホームでのターミナルケア等具体的なサービスについても議題として取り上げ、意見交換をする等サービス向上へ活かすようにしている。                       |                                                                                                                 |
| 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                 | 市役所へ訪問したり、随時報告・電話連絡にてよりよい関係を築けるように心がけている。                                              | 地域包括センターや市役所地域連携室などを訪問し管理者変更や消防関係・ターミナルケアについてなど具体的な案件の相談に乗って頂く等、良好な関係が築けている。                                                              |                                                                                                                 |
| 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 | 身体拘束の具体的なマニュアルがあります。<br>身体拘束をしないように出来る限り施錠をしないように努めている。                                | 身体拘束排除宣言を職員の目につき易いところに掲示し具体的な身体拘束に当る行為等の認識を高めるようにしている。単独外出事故を契機に施錠について話し合い、24時間シートで本人の行動の把握・玄関センサーの工夫をし、日中玄関を開鍵するなど、拘束をしなくても済むケアに取り組んでいる。 |                                                                                                                 |
| 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注意を払い、防止に努めている        | マニュアルを通じて、虐待の防止に努めている。                                                                 |                                                                                                                                           |                                                                                                                 |

1/8

| 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    | 個々の必要性を関係者と話し合い、管理者は知識として持ち合わせるように日々学んでいる。                                                          |                                                                                                                              |                   |
| 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                         | 十分な説明を行い、理解、納得を図っている。<br>退居後のサポートも行っている。                                                            |                                                                                                                              |                   |
| 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                     | 運営推進会議やご家族様来訪の際に意見の反映に努めている。3ヶ月に1回はご家族会を実施し、要望を管理者や職員が運営に反映できるよう実施に努める。個々に話し合いの時間を持ち意見、要望の反映に努めている。 | 毎月のグループホーム便りに担当職員の写真も載せる等、家族会時や面会時に気軽に意見要望などを言って頂き易い雰囲気作りをしている。居室やリビングの掃除や食事のメニューについて頂いたご意見や要望を全員で話し合い、解決する等運営に反映させるようにしている。 |                   |
| 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                                      | 毎月全体会議やユニット会議や管理者とユニットリーダーとの会議を開催しています。                                                             | メニューの変更やおやつ作りや暖かいお茶用のポットや勤務体制ごとの業務内容の明確化等職員からの提案を良く運営に反映させている。新しい管理者になってから職員は意見が言い易くなり、又、一人ひとりの意見も良く聴いてもらえるようになったとのことである。    |                   |
| 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      | 勤怠管理を徹底しており、定期的な面談を行い、ご意見を反映させている。また、半年毎に評価を行い、表彰したり評価をしている。                                        |                                                                                                                              |                   |
| 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         | 社内外研修に力を入れ、個々にあった段階毎の研修制度により、キャリアアップできる環境を作っている。                                                    |                                                                                                                              |                   |
| 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 | 協議会や各セミナーなどの案内を回覧し、希望者には参加できるように、バックアップしている。                                                        |                                                                                                                              |                   |

| 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 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |                                                                                      |                                                         |                                                                                                                            |                   |
| 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 | ご本人の困っていること、不安なこと、要望等を聴き細かくアセスメントし、ニーズにあったケアプランを作成している。 |                                                                                                                            |                   |
| 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            | 家族様の信頼を得られるように努めている。                                    |                                                                                                                            |                   |
| 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        | よくお話をお聞きし、必要な支援を見極める。                                   |                                                                                                                            |                   |
| 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                        | できることでやりたいことをやっていただけるように、支援している。                        |                                                                                                                            |                   |
| 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         | ご家族様との連携の大切さ、ご協力の必要性をご説明し、よりよい関係を築けるようにしている。            |                                                                                                                            |                   |
| 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                     | 馴染みの方々への電話や手紙などの支援を行ったり、ご連絡や手紙などの支援行こなっている。             | 仕事の元の同僚が訪ねてくる方、馴染みの美容院に行く方、趣味の版画展示会に行く方、昔良く行った商店に買い物に行く方や馴染みの方との手紙の支援をしたり、毎週自宅に泊まりに行く方、家族と温泉旅行に出かける方等馴染みの関係を継続できるよう支援している。 |                   |
| 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                 | その方の思いを大切にし、孤立せず、支え合えるような支援をしている。                       |                                                                                                                            |                   |

| 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 |
| 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                    | 退居後の病院を探したり、転居先が決まっても定期的に連絡をしたり相談に応じている。                                                              |                                                                                                                                                          |                   |
| <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                                           | 困難な場面でもユニット会議において、カンファレンスを行っている。                                                                      | ケアカンファレンスを3ヶ月に一度行い、居室担当者が本人の気になることや様子を伝えるとともに、他の職員の意見を聞いている。単独外出のみられる方に対し、センター方式の24時間シートを使うことで、日常の行動を把握するとともに、やりたいことは何かを検討するなど入居者の思いや意向の把握に努めている。        |                   |
| 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                                       | ご本人様や家族様にお聞きし、把握に努め、センター方式やアセスメントの用紙をご家族様に記入して頂き、細かい部分でも暮らしの把握をする。                                    |                                                                                                                                                          |                   |
| 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                                                     | 個々に合わせた生活リズムを把握している。                                                                                  |                                                                                                                                                          |                   |
| 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 | ご本人様や家族様や医療関係者・介護スタッフが十分に話し合い、介護計画の作成している。<br>また、センター方式やアセスメントの用紙をご家族様に記入して頂き、細かな部分でも意見やアイデアを反映させている。 | 毎日、日勤と夜勤とで短期目標の実施を記録している。6か月に一度、センター方式の書式でアセスメントを行っている。管理者は様々なことを「試してみても」と職員に伝えている。家族の発言や対応は申し送りファイルで共有している。モニタリングを家族に説明して家族の意向も聞き、意見やアイデアも介護計画に反映させている。 |                   |
| 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                        | 個々の水分表・排泄表・健康管理表・ケア日報・個人記録で情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。                                                    |                                                                                                                                                          |                   |
| 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               | その時々話し合い、困難な状況になっても最後まで諦めず、あらゆる方法で柔軟な支援やサービスに努めている。                                                   |                                                                                                                                                          |                   |

| 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                                                                                    |
| 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                                      | 地域資源の活用はあまりされていない。                                                                        |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |
| 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し、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                                 | 月2回の往診・24時間対応で支援している。受診が必要時は家族様と受診の付き添いをしている。家族様が受診に困難な場合はスタッフが受診に付き添いしている、現状を家族様に報告している。 | 診療所にて医師、家族、リーダーとでカンファレンスを行い、経過と方向性を話し合っている方がいる。また、往診のときに家族に立ち会ってもらうこともある。訪問リハビリを毎日利用している方が1名、週1回利用している方が2名いる。往診前に居室担当者が申し送りを記入し、往診内容と処方も同一用紙に記入される。、変更点は申し送りノートに青色で記入し職員間で共有している。処方箋も現状のものをファイルしている。 |                                                                                                      |
| 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                          | 週1回の訪問看護の際、状況を伝え、適切な受診や看護を受けられるように支援している。                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |
| 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。 | 定期的に面会に行き、ソーシャルワーカーと蜜に相談し、情報交換をしながら、早期退院出きるように支援している。また、家族様とも蜜に連絡を取っている。                  |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |
| 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  | 方針等は入居・契約時に重度化した場合の事業者の対応を説明し、家族の同意を得ている。段階により医療関係者とご家族様とその都度話し合いをしている。                   | ターミナル研修を行うとともに、受け入れを検討した。家族と話し合い、看取りまでを行う心づもりでいたが、家族の意向がかわり入院となってしまった。職員間ではターミナルケアの話題で話すこともある。                                                                                                       |                                                                                                      |
| 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                                              | 定期的にホーム内研修を行っている。                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |
| 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                                              | 去年の震災から職員の災害についての意識の向上があります。避難訓練を実施している。                                                  | 定期的な避難訓練を行っている。2階ベランダから滑り台を通じた避難も可能である。備蓄も準備されている。目の前が公園になっており避難しやすい状況となっている。10分で到着できる職員も4名いる。災害に関しての意識が向上したことで、揺れを感じたらドアを開けたり、NHKをつけたり、窓をあけたりと対応している。IHだが、防火自主点検を毎日行っている。                           | 次回、夜間想定での避難訓練を検討されているので実施を期待します。また、避難訓練時の近隣への声かけを期待します。近隣在住の職員もいることから、夜間用緊急連絡網の整備と、夜間の召集訓練の実施を期待します。 |

| 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 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                                                                                         |                   |
| 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                    | 一人ひとりの尊重とプライバシーを確保し、その方の生活歴や性格・環境などをできるだけ情報収集し、声掛けや対応を統一し、その都度検証している。                                         | 認知症の方への対応について資料を提示するとともに、本人の生活歴を把握し、このような場面の時にはこういう対応をするという統一を行い、ケアプランに反映させている。職員の声かけで気になるところがあればその場で話し合っている。                                                           |                   |
| 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                      | ご本人の思いや希望を表して、毎日自己決定できるように、選択しやすい声掛けを行いながら、見守り介助している。                                                         |                                                                                                                                                                         |                   |
| 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 | 日頃からその人にあった生活リズムを把握し、対応に努めている。                                                                                |                                                                                                                                                                         |                   |
| 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                                   | 洋服の選定をしていただいたり、化粧品の声掛けや髭剃りや爪切り介助や本人様のクシを洗面所に置いたりして整容を行っている。                                                   |                                                                                                                                                                         |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている      | 個々に合わせた食事形態をとっている。入居者様と買い物に行き一緒に準備や食事の片付けをしている。法人で月毎に献立を作っているが、食事を楽しみが得られるように好みのリクエストがあれば変更したり、外食したりして支援している。 | 月に一度、リクエストに応じたメニューにしている。本社作成の献立をアレンジし、色合いよく4品～5品となるよう配慮している。月に一度外出し、ラーメンや寿司、ファミレスに行く。おやつを手作りすることもあり、おはぎ、ワッフル、たこやきなどを作った。調理できる方や盛り付けできる方もおり、買い物は週に1～2回、2～3人が職員と一緒にやっている。 |                   |
| 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           | 基本的に管理栄養士が作成した献立に添って食事を提供をしているが、個々に合わせた栄養摂取や水分確保の支援をしている。                                                     |                                                                                                                                                                         |                   |
| 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                    | 毎食後声掛けや口腔ケアの介助を行っている。口腔と誤嚥性肺炎の因果関係があり、かならずおこなっている。また、訪問歯科の定期的健診を行っている。口腔ケアの指導も受けている。                          |                                                                                                                                                                         |                   |

| 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                              | 排泄表でパターンを把握し、前後にトイレ誘導を行っている。現在は2階に関してはリハビリパンツの使用者が多いが、出来るだけオムツやリハビリパンツ依存しないようにカンファレンスを行っている。 | 立位が困難な方がおむつを使用している。尿意がある限りトイレで排泄できるよう支援している。失敗があった時には、本人が気にしないようすばやく対応している。トイレへの誘導は耳元で行い、失敗しないようなタイミングで声をかけている。            |                                                                |
| 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                                              | 便秘にならないように排便コントロールをしている。また、腹部マッサージや温タオルや水分補給し、最近では下剤を減らすように毎朝牛乳やキナコ牛乳を提供している。                |                                                                                                                            |                                                                |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | なるべく希望に添うように週2回入浴を行っている。                                                                     | 個人用の洗面器、シャンプーなどを使用している方もいる。曜日を決めて入浴しているが、できるだけ本人の入りたいときに入れるよう取り組んでおり、週に3回入浴する方もいる。午前と18時からの入浴が可能となっている。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を楽しんでいる。 |                                                                |
| 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                                               | 個々に生活リズムや状況に応じて安眠や休息の支援をしている。                                                                |                                                                                                                            |                                                                |
| 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                                          | 薬に関して薬剤師の説明を受け、情報の共有に努めている。また、薬一覧表を作成し、理解できるようにつとめている。                                       |                                                                                                                            |                                                                |
| 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                             | 洗濯たたみ・ゴミ捨て・お盆拭き・掃除・食事作り等本人様に合った役割を行っている。                                                     |                                                                                                                            |                                                                |
| 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 | 買い物の時は声掛けして希望者は外に行き買い物に同行したり、気候の良い時は近くの公園散歩やスーパーに買い物しに歩いて行かれる。                               | 個別外出で馴染みの展示コーナーへ出かけた。外出イベントにて柴又、初詣、お花見などに出かけている。家族対応も含めて週に4日外出している方もいる。                                                    | 目の前が公園という恵まれた立地条件であり日常的な外出機会を増やすよう、又、個別外出の機会等も更に工夫されることを期待します。 |



| 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 |
| 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                                                  | お小遣いとしてご家族様からお預りしている中で、ご本人様と買い物に行っている。行けない場合には、代行して職員が買って来るように支援している。                |                                                                                                                                                                     |                   |
| 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                                                                           | 状況によって電話をかけていただいている。個人でPHSを使用したりもしている。手紙や葉書は自由に書いて出していただく等支援している。                    |                                                                                                                                                                     |                   |
| 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 | カレンダーや貼り絵や季節にあったディスプレイをしている。衛生面でも気をつけ、温度調整にも配慮している。                                  | 階段踊り場コーナーの電気が優しい明りとなっている。ソファの他に、1回の廊下にはベンチがあり、夕方にはくつろぐ姿もみられる。2階には相談室があり家族との話あいなどに使用できる。2階のリビングでは、月間スケジュールや献立が記入されている。2階には避難用滑り台が設置されている。リビングでは加湿器を置く等温度湿度には気を配っている。 |                   |
| 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                                                      | その人によって思い思いに過ごせるように工夫している。また、共有空間をうまくスペース確保できるようにフロアやエレベーター前の長いすや廊下に木製の長いすを置いたりしている。 |                                                                                                                                                                     |                   |
| 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                                          | 個々に合った部屋の工夫に努めている。                                                                   | エアコン、電気、クローゼット、スプリンクラーが完備。持参されたものとしては、ベッド、カーペット、イス、テレビ、鏡台、運動器具、お位牌や仏壇がある。布団も使用可能であり、安全面に配慮してベッドの向きを変えることもある。本人が掃除機をかける部屋もある。                                        |                   |
| 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                                             | 個々の「できること」「わかること」を活かし、できることはやっていただけるように自立支援できる工夫し支援している。                             |                                                                                                                                                                     |                   |