

## 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   | 4570102279      |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 春生会      |            |            |
| 事業所名    | 希望山荘            |            |            |
| 所在地     | 宮崎市大字郡司分乙1590-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成24年6月20日      | 評価結果市町村受理日 | 平成24年8月31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://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4570102279&amp;SCD=320&amp;PCD=45">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4570102279&amp;SCD=320&amp;PCD=45</a> |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                           |  |  |
|-------|---------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会          |  |  |
| 所在地   | 宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年7月12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)】

話をよく聞いて、ありのままを受け止めて、心に寄り添うケアを安心して穏やかに、明るく楽しく生活出来る暮らしを目指している。また、地域の中で、その人らしく暮らし続ける事を支え、地域とのつながりを活かしたサービスが提供出来るように努めている。毎日のミーティング、月1回のカンファレンスを利用し、一人ひとりの情報を全職員が共有出来るようにしている。月1回以上はドライブに行ったり、外食(本人の食べたい物を選んで頂いている。)する機会を設けている。年2回、バーベキュー大会を開催し、家族、知人、近隣の方と一緒に交流する機会がある。看取りのケアに関する書類を作成し、家族に説明を行っている。

## 【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)】

市郊外の住宅団地内にあるが、緑豊かな丘陵地に隣接し、広い敷地内にはブランコなどの遊具があり、地域の子供達や親子連れが訪れている。敷地内には、同法人の小規模多機能型居宅介護事業所もあり、防災訓練や運営推進会議などが合同で行われ、共に地域密着型の介護サービスに取り組んでいる。バーベキュー大会などの行事は、家族および職員と地域の交流の場として定着してきている。管理職をはじめとした職員同士のチームワークが良く、介護計画は、全職員でセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメント方式)に取り組んで、作成に当たっている。

## 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)   | ○                           | 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  | 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

| 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 |
| 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                             | 全職員で理念を作り上げた。目に付く所に理念を掲示し、毎日目にする事で、意識付けを行い、また、勉強会等を通し、統一したケアが実践出来るようにしている。                            | 全職員で作った4つの理念のうちの「話を良く聴いて、ありのままを受け止め心に寄り添うケア」は、永遠のテーマであるとの観点から、折に触れ話し合い、利用者の内面的世界にまで目を向けた支援に取り組んでいる。              |                   |
| 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                             | 敷地内には、遊具が設置してあるので、近所の子供や保育園児が遊びに来たり、また、近隣の方が散歩に来たりしている。散歩に出掛けた時は、挨拶を行っている。年2回開催するバーベキューに、近隣の方を招待している。 | 近所の方や子供達が敷地内に自由に出入りでき、設置の遊具で遊んだり、ホームだよりを配ってもらうこともある。行政区分の理由で、近接の自治会加入はできないが、自治会長は運営推進員であり、ホームと地域との連携や交流はスムーズである。 |                   |
| 3          |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                           | キャラバン・メイトに登録している。近隣の方に行事に参加して頂き、触れ合って頂く中で、認知症について、理解をして頂いたり、いろいろな支援の仕方がある事を知らせている。                    |                                                                                                                  |                   |
| 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        | 2ヶ月に1回、定期的に開催している。そこで出たいろんな意見を参考に、より一層のサービスが提供出来るように、職員間でも話し合い、サービスの向上を図っている。                         | 昨年度から、近接の自治会長にも委員として参加してもらっている。意見を踏まえ、車いすや寝たきり等の利用者の状態のイラストをドアに貼ったり、備蓄品の日付も担当者を決め、確認している。                        |                   |
| 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                  | 市の担当者と電話連絡、ファックス等を通して、連携を図っている。また、認知症ネットワークケア推進事業の協力委員になって、情報を得ている。                                   | 認知症ネットワークケア(センター方式：認知症の人のためのケアマネジメント方式)の推進事業協力委員として、市の担当者と連絡、相談の機会が多く、連携は良好である。                                  |                   |
| 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「介護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 | 全職員、身体拘束のマニュアルを持っており、身体的、精神的弊害について理解し、拘束のないケアに取り組んでいる。                                                | 母体の春生会作成のマニュアルを職員全員が持っており、研修会への参加や勉強会を通して、より深い理解やケアができるように努めている。玄関の常時開放を含め、安全面に配慮した、拘束のないケアを行っている。               |                   |
| 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        | 定期的に行われる勉強会を通し、虐待について理解を深め、良かれと思ってやっている事が、見方を変えれば、虐待になる可能性がある事等、話し合っている。                              |                                                                                                                  |                   |

| 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 |
| 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    | パンフレットを通じたり、研修資料を全職員が見る機会を作り、学べるようにしている。                                        |                                                                                            |                   |
| 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                         | 入居時、退去時に十分時間を使って、説明を行い、理解、納得をして頂いた上で、署名・捺印を頂いている。                               |                                                                                            |                   |
| 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                     | 相談・苦情処理簿に記載し、全職員に回覧し、毎日のミーティング、また、勉強会で話し合っている。第三者委員会を開催し、上がった苦情やその後の対応等、報告している。 | 家族の来訪時や行事の時など、気軽に話してもらえ雰囲気づくりに努めている。通院介助ができなくなった家族からの要望で、通院支援をするなど、相談、要望、苦情などに全職員で取り組んでいる。 |                   |
| 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                                      | 毎日のミーティング、月1回のブロック会議、カンファレンス、また、適宜に開催する勉強会で、職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。           | 毎日の申し送りや勉強会で管理者や主任とのコミュニケーションが十分とれており、意見や提案はすぐに検討される態勢作りがなされている。                           |                   |
| 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      | 研修に参加させている。親睦会を折に触れ、開いている。主任会・副主任会時に報告を受け、スタッフが働きやすい環境作りに努めている。                 |                                                                                            |                   |
| 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         | 毎年、順番に認知症に関する研修やその他の研修等、全員が受けられるように計画している。また、研修報告を兼ねた勉強会を行っている。                 |                                                                                            |                   |
| 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 | グループホーム連絡協議会に参加し、ネットワーク作りや勉強、相互訪問等の活動に取り組んでいる。                                  |                                                                                            |                   |

| 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 |
| 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 | 本人やその家族から、直接話を聞く事で、その思いを理解し、普段の生活の中で更に理解を深め、個々に応じたコミュニケーションの方法を知るように努めている。                 |                                                                    |                   |
| 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            | 家族が抱えている不安や問題点をしっかり理解し、その負担が少しでも軽くなるように心掛けている。担当のスタッフを置く事で、より密な関わりが持てるようにしている。             |                                                                    |                   |
| 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        | 特別な医療を要する状態と判断した場合は、病院、主治医と話し合い、他施設を紹介したりと連携を図っている。                                        |                                                                    |                   |
| 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                        | 大きな家族の一員として、職員も一緒に食事をしたり、会話を楽しんでいる。利用者の能力に応じて、出来そうな家事と一緒にやっている。人生の先輩という事を念頭に置き、関わるようにしている。 |                                                                    |                   |
| 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         | 最低でも月2回は面会に来て頂くようお願いしている。家族にも協力して頂く事で、本人を支える良い関係作りが出来るようにしている。                             |                                                                    |                   |
| 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                     | 本人の希望に沿って、電話支援を行ったり、友人知人が訪ねて来たり、また、手紙で姉妹に近況報告を行ったり、馴染みの関係が途切れる事がないように支援している。               | 女学校時代からの友達の来訪や贈り物の礼状、年賀状などをきっかけとした手紙のやりとりを行い、なじみの関係が途切れない支援を行っている。 |                   |
| 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                 | 入居者同士の相性も考慮(座る場所等)し、日常生活の中で、出来る人が出来ない人のお手伝いをしていく事で、関わり合ったり、支え合ったりしている。                     |                                                                    |                   |

| 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                    | 入院されたり、他施設に入所された時は、お見舞いに行ったり、面会に行ったり、電話で状態確認を行っている。また、必要な情報は伝えている。亡くなられた時は、通夜、告別式に行っている。 |                                                                                          |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |                                                                                                        |                                                                                          |                                                                                          |                   |
| 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                                           | 日々の生活の中で、入居者の希望や意向を職員が把握し、希望に添えるように、申し送り時やまた、カンファレンスを利用し、統一したケアが実践出来るようにしている。            | 全職員が、部分的にはあるが、センター方式（認知症の人のためのケアマネジメント方式）に取り組んでおり、意思疎通の困難な利用者は、特に表情や言動に注意した把握に努めている。     |                   |
| 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                                       | 入居前に情報収集し、アセスメントを行う事で把握している。家族の写真、タンス、趣味の道具等を持参して頂いている。                                  |                                                                                          |                   |
| 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                                                     | ケース記録や排泄チェック表、体重チェック表等で把握している。                                                           |                                                                                          |                   |
| 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 | 毎月モニタリングを行っている。全職員でカンファレンスを行い、情報を共有している。状態に変化があった場合は、期間内でも見直しを行うようにしている。                 | 担当者制の介護であるが、全職員で毎月のモニタリングやカンファレンスを行い、情報の共有には十分配慮した計画作成が行われている。要望や変化があった場合には、随時見直しを行っている。 |                   |
| 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                        | 24時間の行動や状況を具体的に記録している。気づきや工夫も記載し、情報を共有している。                                              |                                                                                          |                   |
| 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               | 本人や家族の状況や要望に応じて、外出支援、通院支援を行い、柔軟な支援やサービスの多様化に取り組んでいる。                                     |                                                                                          |                   |

| 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                                                           |
| 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                                      | 民生委員さんや近隣の方の紹介で、歌唱・民謡等のボランティア交流を行っている。また、地域の美容師さんが来荘し、カット支援を行っている(有料)。                                         |                                                                                                                                       |                                                                             |
| 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                                 | かかりつけ医と連携を密に取り、適切な医療を受けた後は、家族に状態及び結果を報告している。                                                                   | 以前からのかかりつけ医を継続している利用者が多く、良好な連携が取られている。基本的に家族同行の受診であるが、場合により職員が付き添い、受診結果の情報を共有している。                                                    |                                                                             |
| 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                          | 看護師が2名おり、入居者別に医療ノートを作成し、情報を全職員が共有出来るようにしている。また、入居者に状態の変化がある場合は、職場の看護師に状態を報告したり、直接、主治医に連絡して、適切な医療が受けられるようにしている。 |                                                                                                                                       |                                                                             |
| 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。 | 入院先を訪問し、カンファレンスを開催して頂いたり、情報交換や相談等を行い、関係作りに努めている。                                                               |                                                                                                                                       |                                                                             |
| 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  | 「看取りケアと重度化に関する重要事項説明書」を作成し、ご家族に時間を掛けて十分説明し、同意を得て、署名・捺印を頂き、交付している。また、定期的に職員教育の為に勉強会を行っている。                      | 平成20年に「看取りケアと重度化に関するマニュアル」を作成し、全職員が対応できるよう定期的に勉強会や話し合いを行っている。初めての看取りも、この7月6日に家族と共にいった。マニュアルには、医師や職員の対応は具体的に網羅されているが、家族のかかわりや役割の記載がない。 | 重度化した場合や看取りケアをする場合の家族等のかかわり方や役割について、口頭だけでなく明確に文書化し、さらなる方針の共有を家族と図る取組に期待したい。 |
| 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                                              | 緊急時のマニュアルを作成している。職員が緊急事態に対応出来るように、研修等に参加している。全職員にマニュアルを配布している。                                                 |                                                                                                                                       |                                                                             |
| 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                                              | 地域住民、消防署員を迎えて、総合訓練及び救急時対応等の研修を、年2回ずつ行っている。                                                                     | 地域住民や消防署参加の総合防災訓練や緊急時対応研修は、年2回、同敷地内の事業所と合同で行っている。年間計画書の中には、夜間想定避難訓練など、毎月の訓練を計画し、実施している。                                               |                                                                             |

| 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                                                                            |  |
| 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                    | 入室の際は、必ず声掛けを行っている。私物に触れる時は、断りの言葉掛けを行い、了解を得るようにしている。一人ひとりの性格を把握し、自尊心を傷付ける事のないように気を付け、言葉掛けを行っている。                     | 「部屋はその利用者の家である」との思いから、必ず声かけして入室したり、度の過ぎたなれ合いにならないよう配慮している。接遇マナーの研修が生かされた支援を行っている。            |  |
| 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                      | 着替え等、本人の好みの洋服を選んで頂いている。献立の希望を聞いて、取り入れている。                                                                           |                                                                                              |  |
| 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 | 一人ひとりの状態を把握し、食事時間をずらしたり、入浴の順番を変えたり等、入居者の希望に沿った支援をしている。                                                              |                                                                                              |  |
| 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                                   | 入居者一人ひとりの希望に合わせて、カット、白髪染め、パーマ利用の支援を行っている。家族対応が困難な方には、職員が近所の美容室に連れて行ったりしている。                                         |                                                                                              |  |
| 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      | 管理栄養士が好きな物調査を実施し、献立に反映させている。入居者の能力に応じた形で、役割分担を行い、手伝って頂いている。また、月3回、手作りおやつの日を設けて、どら焼きやフルーチェ等を作っている。                   | 法人の他施設で調理、配食したものを盛りつけ、職員も利用者と一緒に介助しながら食事をしている。献立は利用者の希望や好み反映され、月3回はホームで利用者と共に、手作りのおやつを作っている。 |  |
| 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           | 個別記録で把握している。同法人の管理栄養士により、献立を作成している。水分摂取量についてもチェックしている。水分摂取量には、特に気を付けている。                                            |                                                                                              |  |
| 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                    | チェック表を作成し、全職員が把握している。食事後に口腔ケアを行っている。1日3回の歯磨き（入れ歯の方は歯磨きとポリデント洗浄）、ムセのある方はガーゼを用いたケアと、個々に応じたケアを行っている。協力医療機関（歯科）と提携している。 |                                                                                              |  |

| 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                              | 一人ひとりの状態を把握し、適宜にトイレ誘導を行っている。日中は歩行介助を行い、トイレでの排泄を心掛けている。                                                   | 一人ひとりの排泄パターンを把握して、パットの使用を減らすように努めている。夜間もできるだけトイレでの排泄を支援している。                             |                   |
| 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                                              | 毎日のミーティングで、職員が共通理解をし、対応出来るようにしている。適度の運動や乳製品、水分摂取等で、自然排便に力を入れているが、それでも排便困難時は、内服薬及び坐薬で排便を促している。            |                                                                                          |                   |
| 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                             | 1日おきに入浴を行っている。順番に関してはある程度決めているが、入居者の希望に添えるようにしている。便失禁があった場合は、入浴日でなくても入浴支援を行っている。体調不良者には、状態を見ながら清拭を行っている。 | 基本的に1日おきの入浴であるが、場合によってはいつでも入浴できる。入浴を拒否された場合は、時間をおいたり、気分転換して、その利用者に合った方法で支援をしている。         |                   |
| 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                                               | 睡眠パターンを記録している。日中、レクリエーション活動や散歩等を取り入れ、生活のリズム作りを行っている。安眠出来ない方は、側に付いて話を傾聴したり、手をつないだり、安心して頂くようにしている。         |                                                                                          |                   |
| 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                                          | 個別に医療ノートを作成し、医師の指示通りに支援している。全職員が医療ノートに目を通し、症状の確認をしている。また、処方変更の際は、副作用の出現がないか観察するようにして、看護師、主治医に報告している。     |                                                                                          |                   |
| 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                             | 個々の生活歴に応じ、書き物（習字・日記等）やお手伝い（洗濯物たたみ・お盆拭き・手作りおやつ等）を行って頂き、経験や能力を活かした支援を行っている。                                |                                                                                          |                   |
| 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 | 近隣を散歩したり、月1～2回は、遠出する機会を作っている。行き先は、入居者に行きたい所を尋ねて、取り入れている。家族、ボランティアの協力を呼び掛けている。また、家族の支援があれば、外出、外泊も行っている。   | 高齢化が進み、散歩より車での外出を楽しみにしている。行き先は、職員の提案する候補地から決めることが多い。家族にも参加を呼びかけて、法人所有のバスを利用した外出支援を行っている。 |                   |

| 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 |
| 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                                                  | 預かり書を発行し、出納簿を付けている。ドライブ時や買い物支援を利用し、使う機会を設けている。個人の能力に応じて、少しの金額(2～3千円)を所持している入居者もいる。                                            |                                                                                                                      |                   |
| 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                                                                           | 家族に電話をしたいと言われたら、職員が直接掛けて話して頂いたり、話す事で安心感が得られるようにしている。また、贈り物や手紙が届いた時は、お礼の手紙や返事を書くよう支援している。                                      |                                                                                                                      |                   |
| 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 | 日中でも戸外の天気(明るさ)により、室内の照明を調整している。定期的に換気を行い、入居者が心地良く過ごせるように室温の調整を行っている。季節感を感じられるように、月毎に掲示物を変えている。レクリエーション活動の中で、季節の歌や行事等を取り入れている。 | 室内の照明や換気にはこまめに気を配り、加湿器を1年中使用している。食堂兼居間には、七夕飾りなど、季節感のある作品が飾ってある。また、テレビのある畳敷きの和室には、年代物のタンスが置かれ、落ち着いた雰囲気居心地の良い空間となっている。 |                   |
| 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                                                      | 4人掛け用のソファが3台あり、くっつけたり、離したりと、状態に応じて対応したり、個別にソファがあるので、そこを利用したり、また、和室で過ごして頂いたり、一人ひとりの居場所作りを心掛けている。                               |                                                                                                                      |                   |
| 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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                           | 家族の写真、馴染みのタンス、思い出の品々、趣味の道具等を持ち込まれている。家族の方へ好みの物を活かせるように、入居前に働き掛けている。                                                           | 家族の写真や使い慣れたタンスなど、その人らしく安心して過ごせるよう支援している。また、居室の掃除は、利用者と一緒に、できることに配慮しながら行っている。                                         |                   |
| 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                                             | 個々の身体レベルに合わせ、手すり、杖、車イス等利用しながら、出来るだけ自立した生活が送れるように配慮している。                                                                       |                                                                                                                      |                   |