

# 1. 評価結果概要表

作成日 平成 21年3月1日

## 【評価実施概要】

|               |                          |                    |               |
|---------------|--------------------------|--------------------|---------------|
| 事業所番号         | 4270202171               |                    |               |
| 法人名           | 社会福祉法人 三省会               |                    |               |
| 事業所名          | 社会福祉法人三省会 グループホームやまづみ荘   |                    |               |
| 所在地<br>(電話番号) | 長崎県佐世保市山祇町383番地1         | (電 話) 0956-34-8000 |               |
| 評価機関名         | SEO (株)福祉サービズ評価機構        |                    |               |
| 所在地           | 福岡市博多区博多駅南4-2-10 南近代ビル5F |                    |               |
| 訪問調査日         | 平成 21年 1月 13日            | 評価確定日              | 平成 21年 3月 11日 |

## 【情報提供票より】(平成 20年 11月 1日事業所記入)

### (1) 組織概要

|       |                 |        |                      |
|-------|-----------------|--------|----------------------|
| 開設年月日 | 平成 16 年 6 月 1 日 |        |                      |
| ユニット数 | 1 ユニット          | 利用定員数計 | 9 人                  |
| 職員数   | 8 人             | 常勤     | 8 人, 非常勤 人, 常勤換算 7.5 |

### (2) 建物概要

|      |             |       |
|------|-------------|-------|
| 建物形態 | 併設          | 新築    |
| 建物構造 | 鉄筋コンクリート 造り |       |
|      | 5 階建ての      | 3 階部分 |

### (3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|                     |          |                |     |
|---------------------|----------|----------------|-----|
| 家賃(平均月額)            | 45,000 円 | その他の経費(月額)     | 円   |
| 敷 金                 | 無        |                |     |
| 保証金の有無<br>(入居一時金含む) | 無        | 有りの場合<br>償却の有無 | 有/無 |
| 食材料費                | 朝食       | 円              | 円   |
|                     | 夕食       | 円              | 円   |
|                     | または1日当たり | 780 円          |     |

### (4) 利用者の概要(平成 20年 11月 1日現在)

|       |         |      |      |    |      |
|-------|---------|------|------|----|------|
| 利用者人数 | 9 名     | 男性   | 名    | 女性 | 9 名  |
| 要介護1  | 1 名     | 要介護2 | 4 名  |    |      |
| 要介護3  | 2 名     | 要介護4 |      |    |      |
| 要介護5  | 2 名     | 要支援2 |      |    |      |
| 年齢    | 平均 87 歳 | 最低   | 78 歳 | 最高 | 98 歳 |

### (5) 協力医療機関

|         |        |        |
|---------|--------|--------|
| 協力医療機関名 | 福田外科病院 | 岡本歯科医院 |
|---------|--------|--------|

## 【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

佐世保の中心街や港の見える緑に囲まれた高台にあり、小鳥がさえずる恵まれた環境の中にあるホームで、夜は街の夜景を眺めることもできる。1・2階はユニット型特養施設となっており、施設とホームの交流も行われている。理念の他に、年間目標、月間目標と本日の目標が掲げられ、日々の反省のもと見直しを繰り返す、ケアの方向性がぶれないよう職員全員で意思の統一を図っている。代表自らも、「ご利用者の立場になり、ご利用者のためになるように」との意向で、週1回、リハビリの専門医がホームを訪問してのリハビリが開始され、歩行訓練を兼ねた散歩などの外出の機会も増え、ご利用者の楽しみの1つとなっている。医療連携体制で、協力医療機関とは24時間連絡可能であり、ホームにも看護師が配置されているため、日々の健康管理はもとより早期退院や終末期の対応の体制づくりも行なっている。地域との交流の場の確保にも積極的に取り組んでおり、運営推進会議やホーム便りで地域との連携づくりの呼び掛けをする中で、交流の場も増え、地域に密着した取り組みが行われているホームである。

## 【重点項目への取り組み状況】

|      |   |   |
|------|---|---|
| 重点項目 | ① | 前回評価での主な改善課題とその後の取り組み、改善状況(関連項目:外部4)<br>地域との交流の機会を増やす為、運営推進会議や在宅介護教室で地域の行事に参加できるよう働きかけを行った。また、ホーム便りを地域に回覧・配布して呼び掛けも行っており、町内文化祭への作品展示や町内の祭りへの参加も行えた。月1回、行事での外出も行っている。介護計画については、目標の設定期間を明確にし、より具体的な個別介護手順書の作成・見直しを行っている。職員の育成計画については、新たに研修委員会を設け、個人の希望も聞きながら、個別の研修計画の作成を行っている。                        |
|      | ② | 今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)<br>今回の自己評価は職員全員に用紙を配布し、それぞれの視点で記入してもらい、全員で話し合ったあと、管理者がまとめる形で行った。自己評価を行う事で職員の気付きもあり、ケアの方向性の再確認が行え、共有が行われている。自己評価・外部評価結果は、理事長(医院長)に報告され、理事長が往診等で訪問された時の気付きも含め、年間目標・月間目標に反映されていく等、活用されている。   |
| 重点項目 | ③ | 運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4, 5, 6)<br>ご利用者・ご家族代表・市の担当者・公民館館長参加のもとホームの活動状況や予定を報告したり、自己評価・外部評価結果を報告し、意見・助言を頂いた。事前に参加者に議題をファックスで送り検討して頂くなどの工夫も行われている。ご家族より、「外にでかけるようにしてほしい」との意見を頂き、季節を考慮し、外に出かける行事の実施をする等、意見を反映させている。  |
|      | ④ | 家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7, 8)<br>家族面会時や運営推進会議・家族交流会の場で健康状態や暮らしぶり、新人職員の紹介などを行っている。家族アンケートを実施したり直接意見を伺ったり、遠方の方は電話で話を聞き希望の把握をしている。苦情を頂いた時は、苦情処理委員会で話し合い、運営に反映させる仕組みもある。遠方の方にはお手紙と広報誌、写真がある時は一緒に同封して郵送している。写真は個人別のアルバムに保管され、家族来訪時いつでも見れるようにしてある。  |
| 重点項目 | ④ | 日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)<br>地域のお祭りへの参加、地域の文化祭にご利用者と一緒で作成した壁紙等の作品を展示したりや、地域の方に講師を依頼して特養と一緒に茶道・華道・絵手紙教室等の開催も行っている。併設施設との合同夏祭り開催の呼びかけや、地域の行事への参加で交流が行えるようにホームの広報誌に載せ、地域に配布・回覧を行っている。年1〜2回地域の小中学校の施設見学の受け入れや、佐世保の海軍基地よりボランティアの方が来て頂き、窓拭きをして頂いた事もある。管理者は市民の会にも参加し、高齢者が安心して暮らせるように危険箇所をマップにするなどの活動も行っている。 |

## 2. 評価結果(詳細)

(  部分は重点項目です )

取り組みを期待したい項目

| 外部                           | 自己 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | (○印) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)  |
|------------------------------|----|---|--|------|---|
| <b>I. 理念に基づく運営</b>           |    |   |  |      |   |
| <b>1. 理念と共有</b>              |    |   |  |      |   |
| 1                            | 1  | ○地域密着型サービスとしての理念<br>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている                  | 平成5年の特養開設時から、“地域の皆さんが安心して健やかに過ごせる環境づくりに努力します”という理念が掲げられていた。ホーム開設後、当時の職員が目指したいことはなにかを話し合って理念を作成。その後グループホームが地域密着型となった2年前に、再度話し合いが行われ“地域の協力のもと安心して生活のできる暮らしをめざす”を新しい理念として掲げた。その他に、年間目標、月間目標、本日の目標を掲げており、より具体化された目標が掲げられている。               |      |   |
| 2                            | 2  | ○理念の共有と日々の取り組み<br>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる                                     | 職員自ら、より具体的に取り組みができるよう理念に基づいた年間・月間目標を作成し、年に1回評価も行っている。その日の日勤の職員が毎朝“毎日の目標”を決定し、目標達成に向け日々のケアに取り組んでいる。ご利用者の毎日の行動の中で、メッセージがないか等、特に注意しながら観察しており、朝のミーティングで報告を行っている。また、月1回のセクション会議・月1回のケース会議等で、それぞれの報告を受け、理念に照らし合わせての確認を行い、目標の見直しを行っている。       |      |   |
| <b>2. 地域との支えあい</b>           |    |   |  |      |   |
| 3                            | 5  | ○地域とのつきあい<br>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている               | 地域のお祭りに参加したり、地域の文化祭へご利用者と一緒で作成した壁紙等の作品を展示した事もある。地域の方に講師を依頼して特養と一緒に茶道・華道・絵紙教室等の開催も行っている。併設施設との合同夏祭り開催への呼びかけや、地域の行事への参加で交流が行えるようにホームの広報誌に載せ、地域に配布したり、町内の回覧板で回覧して頂いている。年1~2回地域の小中学校の施設見学の受け入れもしている。佐世保の海軍基地よりボランティアの方が来て頂き、窓拭きをして頂いた事もある。 | ○    | より地域との交流を行って行く為に、現在1階にある特養と3階にあるグループホームを入れ替える事を検討しているとの事。地域の方が出入りし易い環境づくりを行っていただく事で、今後期待していきたい。   |
| <b>3. 理念を実践するための制度の理解と活用</b> |    |   |  |      |   |
| 4                            | 7  | ○評価の意義の理解と活用<br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる                 | 評価の結果をケース会議やセクション会議で職員に伝え、全員で改善計画書を作成し実践に取り組んでいる。今回の自己評価も職員全員に用紙を配布し、それぞれの視点で記入してもらい、全員で検討後、管理者がまとめる形で行った。自己評価を行う事で、職員の気付きもあり、ケアの方向性の再確認が行え、共有が行われている。自己評価・外部評価結果は、理事長(医院長)に報告され、理事長が往診等で訪問された時の気付きも含め、年間目標・月間目標に反映されていく等、活用されている。     |      |   |
| 5                            | 8  | ○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 | ご利用者・市の担当者・公民館館長・家族代表参加のもとホームの活動状況や予定を報告したり、自己評価・外部評価結果を報告し、意見・助言を頂いた。事前に参加者に議題をファックスで送り検討して頂くなどの工夫も行われている。ご家族より、“外にでかけるようにしてほしい”との意見を頂き、季節を考慮し、外に出かける行事の実施をする等、意見を反映させている。会議の内容がマンネリ化してしまい、徐々に開催間隔が空いてきている。                           | ○    | 会議の内容が決まってきてしまい、マンネリ化と共に、開催間隔が空いてしまっているとのこと。食事やおやつをご利用者と一緒に頂いたり、実際の活動に参加して頂くなどを取り入れる事で、よりホームの取り組みを理解して頂く機会となると思われる。また、今後、ホームが取り組めそうな事等のご意見を聞くなど、地域の方との意見交換も含め、議題の取り上げ方の検討を行っていかれる事に、期待していきたい。 |

| 外部              | 自己 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | (○印) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|-----------------|----|---|--|------|----------------------------------|
| 6               | 9  | <p>○市町村との連携</p> <p>事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる</p>                               | <p>市の窓口を訪問し、1階の特養と3階のグループホームを入れ替える相談を行っている。高額介護サービスの申請について管理者が窓口に出向いたり、電話相談を行っており、すぐに対応して頂いた。また、市の担当者や保健所にホームを見学して頂き、ご意見を頂いている。市の講習会への参加申し込みをお願いしたり、管理者が市のグループホーム協議会の理事をしている関係より、市の保健師に、協議会での研修会で感染予防についての講師を依頼する等積極的に市との連携に努めている。</p>                                   |      |                                  |
| 4. 理念を実践するための体制 |    |   |  |      |                                  |
| 7               | 14 | <p>○家族等への報告</p> <p>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている</p>                              | <p>家族面会時に、ホームでの暮らしぶりや健康状態の報告を行っている。体調不良等は随時報告を行い、特に体調を気にされる家族には、体調管理表をお見せして、詳しく報告を行っている。金銭については、毎月、領収書の原本を渡したり、遠方の方にはお手紙と写真、広報誌等も同封して郵送している。年1回の家族交流会のときに、職員の移動や新人紹介も行っている。</p>  |      |                                  |
| 8               | 15 | <p>○運営に関する家族等意見の反映</p> <p>家族等が意見、不満、苦情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</p>                                | <p>家族の面会時やケアプランの更新時の会議で、意見や不満・苦情などないかをお尋ねすると共に、運営推進会議や家族交流会の場など家族から意見を言っていただく機会を設けている。年1回、家族交流会の前に家族アンケートを行い、希望の把握も行っている。意見を頂いた際には、その都度解決に向け取り組みを行っており、必要に応じて苦情処理委員会で検討を行っている。</p>   |      |                                  |
| 9               | 18 | <p>○職員の異動等による影響への配慮</p> <p>運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている</p> | <p>法人内で、人員調整等必要な時以外の職員の異動は行っていない。理事長の意向で、職員の離職を最小限に抑えるために、全員常勤職員とし、基準以外の人員配置を行っている。また、休みの希望を聞きながら、夜勤明けと公休の組み合わせで連休を取り易いようにしている。法人内合同での食事会等も行っている。主任(看護師)が、いつでもメールや電話での連絡が取りやすい状態で、公私共に相談役となっており、必要に応じて管理者へも伝えている。職員交代時は、退職前に採用を行うようにしており、新任の職員が慣れるまでは夜勤を入れないようにしている。</p> |      |                                  |
| 5. 人材の育成と支援     |    |   |  |      |                                  |
| 10              | 19 | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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</p>              | <p>理事長は、職員研修の大切さを認識しており、法人内の研修も定期的に行われている。外部の認知症基礎研修やグループホーム協議会での研修、その他の研修も職員に紹介をしながら参加できるよう、勤務調整が行われている。職員は個別に年間目標を持ち、それぞれの委員会にも属しており、担当している部門での研修に積極的に参加を行っている。前回の外部評価以降、研修委員も設置され、職員の希望を聞きながら、個人毎の研修計画の作成も行われている。</p>   |      |                                  |
| 11              | 20 | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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</p>    | <p>運営者の意向として、“横のつながりを持つように”と言われており、長崎県グループホーム協議会や佐世保市グループホーム連絡協議会に参加している。協議会での合同研修会・定期交流会へ管理者自ら参加し、情報交換を行い、良いところ・出来るところはすぐに取り入れるようにしている。参加できなかった職員には資料を渡している。</p>  |      |                                  |

| 外部                                 | 自己 | 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | (○印) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|------------------------------------|----|--|---|------|-----------------------------------|
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>         |    |  |   |      |                                   |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応          |    |  |   |      |                                   |
| 12                                 | 26 | ○馴染みながらのサービス利用<br>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している | ご利用者と顔馴染みになるよう入居前に自宅へ伺う事もあるが、ホームを見て頂く為にご本人・ご家族に見学に来て頂く事を重視している。ホームの環境に慣れて頂く為に、何度か見学に来て頂いたり、入居後も家族の面会回数を増やしてもらったり、入居前にご家族からこれまでの生活歴等情報収集を行い、頻回に声かけを行ったり、少しずつ馴染みの家具を持ち込んでもらったりしている。隣接の施設の短期入所等をご利用されていた方も多く、ご利用者同士や職員とも知り合いで、早い時期に馴染まれる方も多かった。            |      |                                   |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援          |    |  |   |      |                                   |
| 13                                 | 27 | ○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、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている                       | 包丁の音がすると「何か手伝おうか」と出てきてくださる事も多く、下ごしらえや野菜の切り方、味付け等を教えて頂いている。洗濯物の干し方や、しみなどの汚れの落とし方等生活の知恵を、教えて頂く事もある。排泄の失敗等で、更衣の介助を行ったときには、「ごめんね。手をかけて」や、普段あまり表現をされないご利用者から「ありがとう」と感謝の言葉を頂くこともある。夜勤時には、「お疲れ様」や「大変ねー」等の労いの言葉を頂く事も多く、本人と共に支え、学びあう関係となっている。                    |      |                                   |
| <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> |    |  |   |      |                                   |
| 1. 一人ひとりの把握                        |    |  |   |      |                                   |
| 14                                 | 33 | ○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   | 独自のアセスメントに、「今、してみたい事・願い事」「過去3ヶ月で出来るようになった事」「過去3ヶ月の間で不得意になった事」の項目を取り入れ、担当職員に、ご利用者の立場で感じた事を書いてもらった。計画作成担当者も、ご利用者・ご家族より聞き取り、意向の把握に努めている。ご利用者が、入院により拒食症となり、経管栄養となったが、ご本人の好きなアイスクリームから始め、食べられた物を詳細に観察・記録し介護に当たった結果、ご本人の意向にそって経口摂取に戻すことができた例もある。              |      |                                   |
| 2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し     |    |  |   |      |                                   |
| 15                                 | 36 | ○チームでつくる利用者本位の介護計画<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た介護計画を作成している        | 計画作成担当者を中心にご利用者・家族・職員・医師・PT・OTの意見を聞きながら、独自のアセスメントシートを活用し、プランを作成している。ご本人本位の目標での設定がなされ、昔なじみの場所への外出や近所の方との交流など、地域との交流もプランに反映させている。具体的援助内容は、個別申し送りノートに具体的な手順が記入され、変更が必要な際には、その都度書き込まれ伝達が行われている。   |      |                                   |
| 16                                 | 37 | ○現状に即した介護計画の見直し<br>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している    | 基本的には、3ヶ月毎に、担当職員に「今、してみたい事・願い事」「過去3ヶ月間で出来るようになった事」「過去3ヶ月間で不得意になった事」等を中心としたアセスメントを、ご利用者の気持ちになつて書いてもらい計画の見直しを行っている。月1回のケース会議で計画の検討は行われ、ケア内容の一部修正等あれば、個人申し送りノートに記入がされており、プランの抜粋を一覧にして、常に意識したケアができるようにしている。状態変化で見直しが必要な際には、ご本人・家族・必要な関係者と話し合い、新たな計画を作成している。 |      |                                   |

| 外部                          | 自己 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | (○印) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)  |
|-----------------------------|----|---|---|------|---|
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援           |    |   |   |      |   |
| 17                          | 39 | ○事業所の多機能性を活かした支援<br>本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている                           | 医療連携体制により、医師とは24時間連絡可能で、入院中のご利用者の様子を見ながら、早い時期に慣れた環境に戻す為の早期退院の受け入れも可能である。看護師も勤務し、医師との連携で経管栄養のご利用者を経口摂取が行えるまでにした事もある。外泊時の連絡調整や着替え等の準備、必要に応じ車椅子レンタルの手続きの支援も行っている。自宅や、隣接する施設に夫が短期入所中には、面会に同行もしている。災害時の地域の避難場所の要請があれば、受け入れる体制も整えている。                     |      |   |
| 4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働 |    |   |   |      |   |
| 18                          | 43 | ○かかりつけ医の受診支援<br>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              | 協力医療機関は24時間対応が可能で、ホーム内に看護師がいる為、医師との連携が取りやすく、嘱託医の往診や看護師の訪問もある為、かかりつけ医から変更される利用者が多い。専門外の医療については、協力医療機関の医師が紹介状を書き、ご家族や職員が通院介助を行っている。希望に応じ、通院介助のみ職員が行い、現地で待っているご家族と交代するなどの支援も行っている。ご家族が受診の付き添いをされた際には、主任(看護師)が結果を尋ねたり、ご家族がうまく説明できない時は、主任が直接電話で確認を行っている。 |      |   |
| 19                          | 47 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有<br>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している | 終末期をホームで過ごせるよう、酸素の設備などがあることをご利用者にご家族に説明し、看取りについての同意書を頂いている。協力医療機関とは24時間の連絡体制があり、食事が入らない、尿がでない等状態の変化があれば一度受診し、医師に診断して頂き、その都度今後の方針をご家族と話し合っている。設備上では、終末期の受け入れ可能な状態で、必要に応じ、隣接の施設の看護師の協力も得られる仕組みになっているが、ご家族の「また、よくなるかも」という希望もあり、最期は病院に入院する方が多くなっている。    |      |   |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援   |    |   |   |      |   |
| 1. その人らしい暮らしの支援             |    |   |   |      |   |
| (1) 一人ひとりの尊重                |    |   |   |      |   |
| 20                          | 50 | ○プライバシーの確保の徹底<br>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない                          | ご利用者の目線に合わせて話しかけ、訪室時は必ずノックをしてから入室している。オムツ交換時はドアを閉めて行うなど、プライバシーに配慮したケアを行っている。個人情報の取り扱いにも注意し、勉強会をすると共に、外部の方に情報を漏らしたり、持ち出ししたりすることは禁止している。退職時には個人情報を漏らさないということを一筆書いてもらっている。ご利用者に、職員の姓と同じ方がおられ、区別をする為に、ご本人がいない場所では、「○○ちゃん」と呼んでしまう事もある。                   | ○    | 職員との区別の為とはいえ、「○○ちゃん」と呼ぶ事はご本人がいない場所であれ、他のご利用者やご家族が聞く事も考えられる。ご利用者に対し、敬意を示す為にも、ご本人がいない場所での呼び方についても、注意が必要と思われる。ご本人や家族、周りの方々にも聞きやすい呼び方について検討される事に期待していきたい。 |
| 21                          | 52 | ○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            | 事業所の日課を優先することはなく、1人ひとりのペースに合わせた食事や入浴をして頂いている。ご自分でできる方には自由にご飯をよそって頂いたり、ご自分で調理したものを食べたいという方には、本人の意思を尊重し、職員見守りのもと調理を行ってもらうなど、出来る事は行ってもらう。意思をさせないご利用者は、その方の元気な時の感情や表現の仕方も理解しており、少しの変化を見逃さないようにしている。特に、食事中など、長時間同じ姿勢のままにならないように注意している。                   |      |   |

| 外部                                   | 自己 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | (○印) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|--------------------------------------|----|---|--|------|----------------------------------|
| <b>(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援</b> |    |   |  |      |                                  |
| 22                                   | 54 | ○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    | 職員とご利用者が一緒に隣接の施設に食材を取りに行き、調理、トイ並べ、つぎ分け、配膳・下膳もご利用者と一緒に行っている。畑で採れた食材を使用したり、ご利用者の食べたい物を1品追加する事もある。鍋料理を取り入れたり、カフルなお弁当箱やプレート食器に盛り付けるなど、気分を変える工夫も行っている。ご利用者の嗜好や禁忌に対して、代替食にしたり、希望で個別に外食に行く事もある。テーブル上には、急須やコップが用意され、自由にお茶やコーヒーも飲めるようになっている。        |      |                                  |
| 23                                   | 57 | ○入浴を楽しむことができる支援<br>曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している   | 週4回お風呂を沸かしており、その内2回を「入浴日」としているが、希望や必要に応じ、それ以外でも入浴等の対応は行っている。ご利用者の希望で、軽石や軍手を使用したり、入浴剤の使用も行っている。ゆず湯や菖蒲湯も季節ごとの楽しみの一つとなっている。夜間は、毎日お手持・下用タオルを手渡し、顔・陰部を清拭し、下着交換を行っている。入浴を嫌がる方には、時間を置き声をかけたり、清拭や翌日の入浴で対応をしている。入浴時は、1対1での支援の為、よいコミュニケーションの場となっている。 |      |                                  |
| <b>(3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援</b> |    |   |  |      |                                  |
| 24                                   | 59 | ○役割、楽しみごと、気晴らしの支援<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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている | おやつ作り・食材の日付書き・洗濯物たたみ・ごみ捨て・「ブライト」の開閉・食材の受け取り・食事の準備・片付け・お茶のティーバック入れなど1人ひとりが役割を持って過ごされている。生花教室や茶道教室への参加もあり、毎週生花を購入し、ご利用者に活かして頂いている。ホームのベランダから外の景色を眺める事や日記、編み物を気晴らしとされている方もおられる。理事長の意向で、昨年4月より週1回、リハビリの専門医が来られ、歩行訓練を兼ねた散歩等、ご利用者の楽しみの1つとなっている。  |      |                                  |
| 25                                   | 61 | ○日常的な外出支援<br>事業所の中だけで過ごさずに、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している                   | 月1回は、行事での外出がある他、日々のごみ出しや食材の受け取り等、多い方は毎日、少ない方でも週1～2回は外出されている。ご利用者が自宅や自宅近くの店等を希望されたときは、その日に対応できなくても、後日調整して、希望に添うよう支援している。昨年4月からは、理事長の“専門的にリハビリを行っていこう”との意向により、週1回、リハビリの専門医がホームに来てリハビリを行うようになり、歩行訓練を兼ねた散歩をなど、外出の機会も増えている。                     |      |                                  |
| <b>(4) 安心と安全を支える支援</b>               |    |   |  |      |                                  |
| 26                                   | 66 | ○鍵をかけないケアの実践<br>運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる          | 消防法により、非常階段は火災報知機と連動の電気鍵がかけられている。ホームの入口となるエレベーターの1階は、建物の構造上、日頃から誰もいない為、誰もが自由に出入りできる危険性もあり、暗証番号化されているが、ご家族と一部のご利用者は解除もでき、自由に出入りしている。自分で解除できない利用者には、職員が同行し1階まで降りている。ベランダへは、自由に出入りでき、職員が見守っている。誰もが自由に出入りできるように、1階の特養と3階のホームを入れ替える計画も検討されている。  |      |                                  |
| 27                                   | 71 | ○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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている      | 防火マニュアルによる昼夜を想定した年3回の防災訓練と、年1回の消防署の指導による訓練を行っている。災害発生時は、自動通報装置により消防署や職員にも連絡が行くようになっており、近くの職員から駆けつける体制となっている。訓練の際には、あらかじめご利用者にも回覧でお知らせし、訓練に参加して頂いている。地元の公民館長にも協力依頼を行っている。災害に備え、スプリンクラーや煙感知器などの設備を整え、食料や水、ポータブルトイレ等の準備もされている。                |      |                                  |

| 外部                               | 自己 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | (〇印) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|----------------------------------|----|---|---|------|-----------------------------------|
| <b>(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援</b> |    |   |   |      |                                   |
| 28                               | 77 | ○栄養摂取や水分確保の支援<br><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                                   | 隣接の施設の管理栄養士が作成した献立表を参考に調理をしている。低残渣食や糖尿食等治療食が必要な方には、個別に対応をしている。ご利用者の好みや食べられないものも一覧表にし、調理法を変更したり、代替品を用意している。入院で拒食症となり、経管での栄養摂取だったご利用者を、まずは食事の場所に座る事から始め、大好きなアイスクリームから少しずつ口に入れ、食べれた物を書き出しながら取り組んでいったところ、5ヶ月程で食べられるようになった事もある。  |      |                                   |
| <b>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</b>   |    |   |   |      |                                   |
| <b>(1)居心地のよい環境づくり</b>            |    |   |   |      |                                   |
| 29                               | 81 | ○居心地のよい共用空間づくり<br><br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光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 | 広い共用空間には1人ひとりがゆったり過ごせるように、廊下の至るところにソファが置かれ、リビングには木製の家具やテーブルがあり、その上にはご利用者が活けた花が飾られている。壁には、ご利用者と一緒に作成した季節毎の装飾品が飾られ、大きな窓からは山や海が眺望でき、ご利用者やご家族に好評を得ている。まぶしいときにはロールカーテンやよしずを使って光の調節も行われている。ご利用者が自由に使用できる冷蔵庫も置かれ、廊下の隅にはプランターで栽培されている花や野菜があり、その中のパイナップルの成長を、みんなで楽しみに待っているなど、なごやかな空間作りが行われている。 |      |                                   |
| 30                               | 83 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br><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                   | 備え付けの床頭台・箆箆以外は、持ち込みは自由で、ご利用者・家族と相談して家具の配置も決められている。居室の入り口には、思い出しの品を置くスペースが設けられ、手作りの作品やお気に入りの小物など飾られている。室内には、テーブルやソファ、椅子、テレビ、お気に入りの箆箆や仏壇・裁縫道具・アルバム等を持ち込んで頂いている。仏壇にご飯をお供えする等の支援も行われており、居心地良く過ごせるような工夫が施されている。  |      |                                   |