

## 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 平成 21 年度

|         |                  |            |               |
|---------|------------------|------------|---------------|
| 事業所番号   | 2770902282       |            |               |
| 法人名     | 社会福祉法人 博乃会       |            |               |
| 事業所名    | エイベックスひろのグループホーム |            |               |
| 所在地     | 高槻市前島1丁目36-1     |            |               |
| 自己評価作成日 | 平成 22年 2月 28日    | 評価結果市町村受理日 | 平成 22年 6月 17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 <http://www.osaka-fine-kohyo-c.jp/kaigosp/infomationPublic.do?JCD=2770902282&SCD=320>

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                  |  |  |
|-------|----------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区中寺1丁目1-54 大阪社会福祉指導センター内    |  |  |
| 訪問調査日 | 平成 22年 3月 24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)】

医療との連携に力を入れており利用者の日々の身体状況の把握と健康管理を行い、異常の早期発見に繋がっている。その為利用者やそのご家族は職員をはじめ看護師や医師と身近に相談出来安心した生活が維持することができている。認知症高齢者の苦しさや辛さに対する共感的理解から始めこれまで培ってきた認知症ケア専門知識をともに分かち合いながら人材育成や職員研修を行っている。毎月の会議では利用者が楽しく暮らすことのできる援助法を考え個別外出や望まれている生活の実現に一歩でも近づけるよう取り組んでいます。

【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)】

母体の社会福祉施設に地域包括支援センターや診療所が併設されている2ユニットのグループホームです。医療連携もあり、医師の往診や看護師による支援、法人本部にあるAED(自動体外式除細動器)の設置など、医療管理が行き届いています。終末期の看取りについても事前確認書を作成し、ターミナルについての研修やマニュアルも作成しています。また、利用者家族に「ひろのたより」を発行し、季節毎の給食だよりを発行、メニューについての情報が得られます。各居室にはトイレ、洗面所の他に電話を設置してあり、家族や友人との交流を喜んでいます。認知症ケアについての研修に取り組み、一人ひとりが笑顔の多い毎日が送れるように職員は努めています。

## 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くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |    |  |   |  |                   |
| 1                  | 1  | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 前回ご指摘があった地域密着型サービスとしての位置づけを踏まえ理念を新しく考え、①馴染んだ地域で安心できるケアを提供します。②敬意をもって接します。③声かけ傾聴します。を掲げ理念に沿って取り組んでいる。              | ①敬意をもって接します。②住み慣れた地域で安心できるケアを提供します。③声かけ傾聴します。を掲げています。前回の外部評価以降、地域密着型サービスについての意義を踏まえて理念を検討しています。地域の協力の必要性についても理解し、「②住み慣れた地域で安心できるケアを提供します」を新たに理念として追加し、利用者への支援を実践しています。                     |                   |
| 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 | 毎朝の散歩などで地域住民の皆様にあいさつ運動から始め、野菜の収穫物を頂いたり友好が保てるようになってきた。近くの学校との交流では社会教育の一環として要請あり見学実習など受け入れ短時間であるがご利用者と一緒に過ごして頂いている。 | 自治会、老人会には法人として加入して、地域とのつながりを大切にしています。利用者と散歩中も農作業の方に挨拶や声かけをしたり、花や野菜を頂いたりしています。また、秋の公民館での手作り作品展に紙粘土のブローチや折り紙を出品しました。併設ケアハウスに月1回ボランティア主催のお茶会や踊りの会が週1回、書道クラブは月2回催されており、グループホーム利用者も参加し、交流しています。 |                   |

| 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   |
| 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                     | 認知症高齢者のご理解いただくために運営推進会議などの機会に地域の方にビデオなど通じ発信している。   |  |   |
| 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 | 会議にはご利用者及びそのご家族、自治会長、民生委員、市職員、後見人など参加頂きご意見を頂いたり外部評価の結果、年間事業計画、報告など行っておりサービスの質の向上に繋がっている。 | 運営推進会議には自治会長、民生委員、市職員、家族、後見人などが委員となっていますが、市からの参画がほとんどない状況です。会議では外部評価結果を報告したり、年内事業計画などを報告したりしています。その際はホームで行う餅つき大会の協力を申し出ることもあります。 | 運営推進会議は会議規程を作成し、概ね2ヶ月に1回、少なくとも年6回の開催が求められます。市職員からの参画がほとんどないため、引き続き参加を呼びかけると共に、今後は地域包括支援センター職員にも参加を要請されてはいかがでしょうか。 |
| 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           | 市から委託を受けた(第三者委員)の訪問を受け相談窓口になってもらっている。<br>市とは常に連絡を取りご利用者の状況報告行っている。                       | 施設内に地域包括支援センターが設置されており、相談する機会があります。また、市の介護保険連絡会に出席し、介護保険制度などの情報を得ています。月1回第三者委員の訪問もあり、利用者との交流や相談の機会もあります。                         |   |

| 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 |
| 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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 出入口は電子錠で管理されているが、暗証番号を表示し、ご利用者が自由に出入りできるようにしている。ご利用者が出たいとの様子があれば職員が同行している。 | 施設の方針を元に身体拘束をしないケアを実践しており、職員は身体拘束排除の勉強に参加しています。日常的に安全を確保しながら自由な暮らしを支援しています。ホーム玄関は電子ロックで施錠していますが、暗証番号が表示されており、内からは開閉できる状況です。また、外出を希望される時は職員が同行しています。 |                   |
| 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                                      | 施設内研修で高齢者虐待防止関連法について勉強会の課題に入っており周知徹底している。                                  |   |                   |
| 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                                  | ご利用者の中には実際に成年後見制度を利用している方もおり、理解できている。                                      |   |                   |
| 9  |    | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている   | 契約時や退所時は納得されるまで説明や話し合いを行い後にトラブルにならない様にし、改定時は同意書を作成し署名、捺印頂いている。             |   |                   |

| 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 |
| 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                | 毎月の、ケアマネ会議や管理職会議の際に各部署からご利用者やご家族の意見、要望を報告し管理者や職員が情報共有し運営に反映させている。 | 玄関に意見箱を設置しています。また、家族の来訪時や介護計画についての説明時にも意見を聞いています。今年度はインフルエンザの流行で、予防のため、面会時もマスク着用や手洗い等を実施し、8月から2月頃までは、面会をする場所を定めていたため、家族から不満の声が挙がることもありました。 |                   |
| 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。                                | 上記と同じ機会を設け反映させている。  | 毎月、管理者会議やケア会議を開催しています。会議内での意見は職員間で検討し共有しています。入所選考会議の前には、職員から意見を表出する機会もあります。また、入浴の細かな変更等についても話し合ったりしています。                                   |                   |
| 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 | 代表者は職員の勤務状況を把握し、良く出来ているところは褒めて公表しやる気、モチベーションの向上につながっている。          |  |                   |

| 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 |
| 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          | 代表者は職員研修を実践することは当然ながら、職員の研究発表の機会を設け優秀賞など与え評価している。                                |      |                   |
| 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。 | 現在取り組み中である。  |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |   |  |      |                   |
| 15                           |    | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている            | いきなり入所に結びつけず今ご本人ご家族が困っていること、要望を十分聞いた上で最善策を講じるよう努めている。                            |      |                   |
| 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                       | ご本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、見学訪問してもらったり、相談を繰り返し行いながら職員や他の利用者、場の雰囲気にも馴染めるよう工夫している。 |      |                   |

| 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 |
| 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 | ご本人やご家族の利益となるよう最善策を相談の中で見極め、他のサービス（デイサービス、ショートステイ）等を利用して頂きながら馴染みの関係づくりをしている。 |   |                   |
| 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                 | 人生の先輩、同じ家族としてとらえ暮らしを共にする者同士と考えている。   |   |                   |
| 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  | ご家族の協力を得ることでご利用者も安心されるので最低でも月1回以上は面会をお願いし共に支え合っている。                          |   |                   |
| 20 | 8  | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている              | ご家族の許可を得たうえでご本人の友人や近隣が訪ねてきても気楽に合えるよう支援している。                                  | 家族の希望でお墓参りに行かれたり、孫の結婚式に出席したり、友人が訪問されても気軽に会えるように支援しています。また、行きつけの散髪屋に通う利用者もいます。 |                   |
| 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          | ご利用者同士時には喧嘩したりまた時にはお互いに労わりあったりされている光景に感動させられ良い関係が保たれています。                    |   |                   |

| 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 |
| 22                                 |    | ○関係を断ち切らない取り組み<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 | 他の施設や法人内の事業所に移られた後も必要に応じ相談や支援に努めている。                                 |   |                   |
| <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                         | 何気ない発言や表情を察しその方が何を望んでいるか意向の把握に努め困難時は2者択一又はハイ、イエで確認している。              | 利用者一人ひとりの思いに沿ったケアを大切にしています。朝食を遅めに摂る方、ぬりえが大好きな方等、家族と思いや希望を相談しながら支援しています。毎日夕方になると帰宅願望が出ていた方も、職員がその方の好きなことを探して、試行錯誤のうえ、漢字ドリルを提供して、不安が和らいだ例もあります。 |                   |
| 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                     | 入所時に出来るだけご本人やご家族から生活歴、生活環境、馴染みの暮らしなど出来るだけ詳しく聞き込みを行い記録に残してケアの参考にしている。 |   |                   |
| 25                                 |    | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている                                   | 認知症高齢者の心境や身体状況の変化が激しく、又日動変化もあり毎日状況の確認把握行い情報交換共有しケアに努めている。            |   |                   |



| 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 |
| 26 | 10 | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | <p>月1回ケアカンファレンス会議行い、ご利用者一人ひとりの状態に応じたケアを検討し、ご本人やご家族の意向を踏まえ介護計画を作成しています。又月1回モニタリング、評価を必要に応じ介護計画の見直し行っています。介護計画についてご家族に説明行いサイン頂いてる。</p> | <p>家族や本人の希望や意見を組み入れた介護計画書が作成され同意を得ています。計画作成担当者を中心に、利用者の現状や課題の共有、支援の評価や方法などを検討する話し合いの場を持ち記録しています。変化のある方はその都度、変化のない方でも6ヶ月毎に介護計画を見直しています。</p> |                   |
| 27 |    | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>                        | <p>個人ファイルにその日変化あった事や気づきを記録し職員が情報を共有しながら介護計画の見直しに活かしている。</p>  |  |                   |
| 28 |    | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>               | <p>複合施設のメリットを生かし併設の事業所の行事やイベントに参加し柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。</p>   |  |                   |
| 29 |    | <p>○地域資源との協働</p> <p>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人は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</p>                         | <p>地域資源を把握しインフォーマルな資源も活用できるよう取り組んでいきたい。</p>  |  |                   |

| 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 |
| 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                                | 併設のひろのクリニックがあり、定期的に受診している。又医師は週2回巡回しご利用者の健康管理している。その他以前からのかかりつけ医に通院されるケースもあります。 | 入居前から法人併設の診療所をかかりつけ医としている人もあり、家族や本人の納得のうえ、診療所の医師が利用者共通のかかりつけ医となり、日頃から健康管理にあたっています。歯科も往診がありますが、家族の協力を得て入居前のかかりつけ医で治療している方もあります。家族の対応が難しい時はホームで代行して付き添う体制があります。緊急時の協力医療機関との医療連携体制もあります。 |                   |
| 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                         | 医療連携しており医師、看護師が配置されているので健康管理や相談行い異常の早期発見につながっている。                               |   |                   |
| 32 |    | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている | 入院中は病院に面会に行き身体状況の確認及びご家族と連絡し情報共有を行っている。病院のソーシャルワーカーとも相談に努め早期治癒退院出来るよう努めている。     |   |                   |

| 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 |
| 33 | 12 | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p> | <p>終末期の看取り等について(事前確認書)を作成しアンケート式にてご要望・ご意見を伺っている。ターミナルケアについては施設内研修行いマニュアルも作成している。</p> | <p>看取りの指針については事前に説明し、家族から確認書の記載を得ています。状況の変化で気持ちが変わることも予想されるため、毎年2月には家族にアンケートをとり、その時点で、家族の意向を確かめ、確認書の書き換えをしてもらっています。終末期の対応については施設内での研修課題とし、チームケアでの支援を図っています。</p>             |                   |
| 34 |    | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>   | <p>マニュアルがあるが事故が起こっても慌てず優先順を常に頭に置き応急手当や対応ができるよう取り組んでいる。</p>                           |   |                   |
| 35 | 13 | <p>○災害対策</p> <p>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</p>   | <p>月に1回避難訓練を行い、隔月には夜間想定し職員が避難誘導、経路の確保、消火器の使用法について訓練を行っている。</p>                       | <p>ホームの各所にスプリンクラーが設置されています。災害発生時のマニュアルを作成し、訓練には職員が参加して消火器の使い方の指導を受けています。近隣に民家が少ないため地域住民から協力を得るのは困難な状況ですが、同法人の特養やケアハウスが隣接しているため協力体制が期待できます。災害時の食品等は、同じ建物内の特養の倉庫に備蓄しています。</p> |                   |

| 自己                               | 外部 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|----|---|--|---|-------------------|
|                                  |    |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |    |   |  |   |                   |
| 36                               | 14 | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                    | 理念である「敬意をもって接します。」を守り、言葉遣いや対応も親切・丁寧・迅速・協調をもって行うよう努めている。              | プライバシーの保護については施設内で研修を実施しています。「敬意を持って接します」の意義を再確認し、職員一人ひとりがケアに取り組んでいます。職員の入職時には個人情報保護に関する契約を交わし、退職時にも個人情報に関する守秘義務の誓約書を提出しています。 |                   |
| 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                      | 日頃の何気ない発言や表情にも気配りし毎月のカンファレンスで担当職員中心に情報の収集及び把握に努めている。                 |   |                   |
| 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 | パーソンセンタードケアを職員は意識し、ご利用者の意向に合わせ見守りを中心に援助しています。                        |   |                   |
| 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                                   | 衣服は全部個人の物であり、好みのおしゃれを楽しまれています。異常な重ね着や体温調整できないご利用者には一緒に選び身だしなみを整えている。 |   |                   |

| 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  |
| 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            | 配膳、下膳など出来るところではご利用者と一緒に行っている。選択メニューや誕生会食など日ごとと違った楽しみが持てるよう工夫している。 | 食事は3食共に併設の厨房にて調理された副菜を提供しています。ご飯はグループホームで炊いています。嗜好調査を実施し、月1回は選択メニューとして利用者一人ひとりの好みを把握しています。お誕生会には会食を実施し、お花見等は行事食として楽しんでいます。また、利用者は配膳や盛り付け、下膳、食器洗いなど、一緒に役割を持って楽しんでいます。 | 食事についても工夫があり、「美味しいよ」との利用者の声もあります。今後はせめて一日一食でも利用者と一緒に食事を摂る機会を設け、さらに和やかな雰囲気になるよう検討することが期待されます。 |
| 41 |    | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食事や水分制限のある利用者には糖食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 食事や水分制限のある利用者には糖尿食・すい臓食・塩分制限などあり個別に対応し食事量も個人差があり体重など検討しながら配慮している。 |  |  |
| 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。                         | 全員毎食後口腔ケアやうがいを行い月1回は歯科衛生士による口腔ケアやブラッシング訪問受けている。                   |  |  |
| 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           | 日中は全員トイレにて排泄介助行い排泄チェック表で排泄サイクルを把握しそれに沿って誘導し失禁回数を減らしている。           | 昼間はほとんどリビングで過ごされることが多く、利用者の動きを察知してトイレに誘導することで、個別の排泄支援を行っています。あからさまな声かけをせず、羞恥心への配慮もしています。   |  |

| 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 |
| 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                       | 便秘症の人には出来るだけ薬に頼らず、朝冷水を飲んだり、腹部マッサージを行い自然排便促している。－3日目でナース連絡し指示仰いでいる。  |   |                   |
| 45 | 17 | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 週3回の入浴を基本に必要な応じ毎日入浴するなど臨機応変に行い、入浴拒否のあるときは時間をずらしたり誘導に工夫している。         | 入浴については一日おきとなっていていますが、毎日入浴したい方には対応しています。必要に応じて足浴を実施している方もいます。お風呂を好まない方も歌を歌いながら浴室へお連れし、入浴後はすっきりしたと喜ばれます。車椅子を使用している利用者も浴槽内にボードを付ける等し、安全に入浴できるよう介助しています。 |                   |
| 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の状況に応じて、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                       | 朝が遅いご利用者には朝食をずらすなど配慮している。昼夜逆転のご利用者もいるため、日中は離床し覚醒促して夜間安眠出来るよう支援している。 |   |                   |
| 47 |    | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                   | 服薬管理は看護師が行い、職員と医務が常に連携を取り服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。                      |   |                   |

| 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 |
| 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                             | 書道クラブ、お茶会、踊りの会と趣味を生かした行事に参加され、ボランティアによる演奏会や歌、踊りをホールで鑑賞し楽しまれています。                                 |  |                   |
| 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 | 天気の良い日は毎日散歩に出かけます。最近では初詣、花見などの行事があり出かけます。お彼岸やお盆にご家族と墓参りに外出されます。中にはその他かかりつけの歯医者を受診に出かけられることもあります。 | 天気の良い日は毎日散歩に出かけています。季節ごとの計画もあります。1月は初詣にでかけました。4月はお花見を計画しています。近くのスーパーへは毎日買い物に行く人もいて個別に支援しています。外出に積極的でない人でも、少なくとも週1～2回は外出の機会を作っています。 |                   |
| 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                             | 毎月一定のお小遣いをご家族から預かり、美容室や、個別で買い物行かれる際利用しています。  |  |                   |
| 51 |    | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本院自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援している   | 各居室内に外線も内線も通じる電話が設置され好きな時にご家族に連絡できるようにになっている。はがきや手紙のやり取りもポストが施設前に設置されている。                        |  |                   |

| 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 |
| 52 | 19 | ○居心地のよい共有空間づくり<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 | 柔らかい日差し、落ち着いた木の作り暖かい床暖房のフローリングのデイルームとなっており、加湿器、アロマ、空気清浄機を設置し、室温や湿度もチェック表にて管理調整行って心地よく過ごせるように工夫している。 | 共有空間はバリアフリーとなっており、フロアの一角に畳コーナーが移動できるように設計されており、家族の面会時に使用したり、洗濯物をたたんだりと多目的に使用できます。また、畳コーナーを移動して横に片付けるとベンチが備え付けられており、リハビリ体操のコーナーとして使ったり、友達同士でくつろぐスペースとなったりしています。また、折り紙やぬり絵、ボール等が取り出しやすく整理されています。 |                   |
| 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  | 人間関係に配慮しながら席替えを行ったり、自ら他者と距離を置き自室に戻られたりと自由に過ごされている。  |  |                   |
| 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                                      | 個々に個性あり、馴染みの家具やご家族の写真を飾りご本人にとって居心地良く安心して過ごされるように工夫している。   | 居室にはトイレ、洗面所、クローゼット、電話等が備え付けられています。また、加湿器、空気清浄器も設置しています。家から持参した馴染みの家具に囲まれているため、利用者は落ち着いて過ごすことができます。ひ孫の成長を写真で喜ばれたり、ベッドに人形を寝かせて一緒に仲良く休まっていたりと、利用者はそれぞれの居室で快適に暮らしています。                             |                   |



| 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 |
| 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 | 出来る限り寝たきり、座りきりを防止するよう、食前の体操、ラジオ体操（9時、15時）、リハビリ体操13時、毎食後の口腔ケア、排泄はトイレで行うを習慣化し声かけ誘導し出来ない所をサポートしている。 |      |                   |