

### 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   | 0792300014               |            |           |
| 法人名     | 医療法人 正生会                 |            |           |
| 事業所名    | グループホーム郷の家1階             |            |           |
| 所在地     | 福島県南会津郡下郷町大字塩生字下夕原1313-1 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成29年1月25日               | 評価結果市町村受理日 | 平成29年5月8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.kaigokensaku.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人福島県シルバーサービス振興会         |  |  |
| 所在地   | 〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年3月13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)】**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者個人の誕生日には好きなメニューを作り、他入居者皆でお祝いしている。季節の旬の物を献立に取り入れている。</li> <li>・佐藤医院が隣接しているため、急変時や状態変化時にすぐに対応ができる。</li> <li>・体を動かすレクリエーションを企画・実行している。創作活動や毎日のラジオ体操を行っている。</li> <li>・その人らしく暮らして行けるよう、その人の思いに寄り添った支援をしている。一人ひとりの話を聴き、その人の思いを支援している。</li> <li>・文化祭に作品を出品している。夏祭りに家族に参加していただき、敬老会では花みずき会、クリスマス会には郷人の慰問があり地域との交流がある。</li> </ul> |
|---|

**【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)】**

|  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 理念は利用者の状況など勘案しながら職員の知恵を出し合い見直しを行っている。また、毎月理念を踏まえたケア目標を立て、職員が共有しながら利用者本位のケアの実践に努めている。</li> <li>2. 事業所は医療法人が運営しており、院長が協力医となっており往診も可能となっている。職員の毎日の健康チェックなど健康管理が行われるほか、急変時の対応についても医師による職員研修が行われており、利用者や家族の安心につながっている。</li> <li>3. 利用者の好みや希望を本人、家族から聞き取り、献立委員会を中心にメニューを作っている。誕生日メニューや昔から親しんできた郷土食を取り入れるなどおいしい食事作りに取り組んでいる。</li> </ol> |
|--|

**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>↓該当する項目に○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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |   |
|--------------------|-----|---|---|---|---|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                             |
| <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  | 理念を見直し、変更している。職員全員で共有できるよう見やすいところに掲示し朝礼時に唱和している。職員会議の際、具体的なケアや今月の目標を話し合い、意見の統一を図っている。   | 理念は、職員と話し合いながら見直しを行う中で職員間で理念の共有が図られている。毎月理念を意識した目標を立て、実際の支援場面に活かすなど具体的に実践に反映されている。                                  |   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 敬老会には花みずき会の慰問、クリスマス会には地元のよさこいのグループ郷人に演舞を披露してもらっている。買い物は町内のスーパーを利用し、直売所より野菜を購入している。      | 地元婦人会の踊りやカラオケ、子どもたちのよさこいグループが訪れ、催しを楽しむとともに交流が行われている。また、買い物や散歩に出かけ知人やお店の方と話す機会もある。なお、事業所は町内会など地域の活動に参加していない。         | 地域の一員として認識され、日常的なつながりを持つためには、町内会へ加入することも望まれる。 |
| 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  | 町内の文化祭で作品を出品する等、折に触れて事業所の実践を伝えるようにしている。   |   |   |
| 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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている                        | 2か月に1度会議を開催しており、ホームの近況や予定、外部評価について報告している。運営推進委員より出された意見、助言に関して職員全体で話し合いを行い、サービスに反映している。 | 運営推進会議は、地元代表、行政、家族代表、利用者代表が参加し、運営について話し合っている。運営について意見が出されるほか利用者もグループホームでの生活について感想を話すなど活発に話し合っている。                   |   |
| 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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる   | 運営推進会議に役場職員が出席し、事業所の実情の把握をして、連携を密にとっている。役場より入居申込みの問い合わせがある。                             | 運営推進会議に毎回、町の担当が参加しており、運営状況を把握し連携がとられている。生活保護など福祉制度の利用相談も行われている。   |   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束に関する研修会に参加している。高齢者の権利擁護や身体拘束に関する勉強会を実施し、職員の共有認識を図っている。                              | 外部研修に参加するほか委員会を中心に事業所内で研修会を実施し身体拘束や虐待について学んでいる。特に、言葉かけなどのグレイゾーンについて職員会議で振り返りを行い、使ってはいけない言葉など共有しながら支援に活かす取り組みを行っている。 |   |

| 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 |
| 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     | 虐待に関する研修会に参加している。勉強会を実施し、高齢者虐待防止法に関する理解の浸透、遵守に向けた取り組みを行っている。           |   |                   |
| 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 | 現在、該当者はいないが、勉強会にて職員の理解を深めるようにしている。                                     |   |                   |
| 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                      | 契約時に、利用料金(介護報酬の改定等により利用料が増加する場合の説明)退居を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行い、同意を得ている。 |   |                   |
| 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                  | ご家族より電話や面会時、運営推進会議の際、出された意見、要望等にはミーティング時に話し合い、反映させている。                 | 面会時や行事の際に家族から要望を聞いている。運営推進会議において家族代表や利用者からの意見も出されており、ミーティングで話し合いながら運営に取り組んでいる。普段から利用者の声をメニューや外食に反映している。 |                   |
| 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                                   | 会議を月2回行い、意見、要望を聞くと共に話し合いを行っている。職員の意見を把握できるように努めている。                    | 職員会議を月2回実施し意見や要望を把握するように努めている。また、随時委員会を実施し行事の振り返りを行い、次年度の事業計画に活かしている。                                   |                   |
| 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   | 健康診断を年2回行っている。代表者は職員の勤務状況、実績を把握している。                                   |   |                   |
| 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      | 研修に参加し、内容は会議で報告、全職員で情報を共有している。勉強会委員会が年間で計画を立て、毎月1回、職員会議時に勉強会を行っている。    |   |                   |

| 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 |
| 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 | 研修に参加した際に、他ホーム職員と交流している。  |  |                   |
| <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           | サービスの利用について相談があった際は、必ず本人に会って、心身の状態や本人の思いに向き合い、職員が本人に受け入れられるような関係作りに努めている。 |  |                   |
| 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                      | これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況等、経緯についてゆっくり話を聴いている。                              |  |                   |
| 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                  | アセスメント、情報、本人の様子を見極め、今、必要としているサービスを提供できるように努めている。                          |  |                   |
| 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                                  | 本人の思いや根本にある不安、喜び等を知ることにも努め、暮らしの中で分かち合い、共に支え合える関係作りに留意している。                |  |                   |
| 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                   | 生活の様子を家族に伝え、職員は家族の思いに寄り添い、本人を支えていくための協力関係を築いている。                          |  |                   |
| 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                               | 面会に来ていただいたり、電話での連絡を取り持つ等関係を継続できるようにしている。また、家族の支援で外泊や外出等行っている。             | 利用者の友人が隣の病院を受診した際は、訪問の声掛けをしたり、面会が少ない家族には、電話をかけ本人が家族と会話する機会を作っている。また、家族の協力を得て外泊や墓参りなど外出の機会を設けるなど関係継続に努めている。 |                   |

| 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 |
| 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                                   | 気の合う入居者同士で過ごせる場面作りをする等、入居者同士の関係がうまくいくように職員が調整役となって支援している。心身の状態や気分、感情で日々変化する時もあるので注意深く見守るようにしている。 |   |                   |
| 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                    | 昨年より移動はないが、以前、移動があった際は、転居先の相談員等に、これまでの支援内容、注意が必要な点について情報提供している。                                  |   |                   |
| <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   | 入居者の思いを日々の行動や表情から汲み取り把握するよう努めている。できる限り、本人の思うようにしていただけるよう努力している。                                  | 事業所独自のアセスメントシートを使いこれまでの暮らし方や意向を把握している。入居前の生活サイクルを尊重し食事時間や休む時間を柔軟にするなど本人本位に検討している。   |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入居前に自宅に訪問して、本人、家族からどんな生活をしてきたか聴いている。また、家族の面会の際、話を伺い生活の把握に努めている。                                  |   |                   |
| 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   | 一人一人のできること、できないことを把握し、生活リズムを理解するよう努めている。   |   |                   |
| 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 | 本人からは日々のかかわりの中で、家族からは面会時や電話で思いや意見を聴き、反映させるようにしている。職員全体でモニタリングを行っている。                             | 毎月介護計画と支援について気づきを話し合い、本人に合った支援をしているかどうかモニタリングしている。介護計画は3か月毎本人や家族の意向、モニタリングの結果を踏まえ見直している。状況変化時は随時見直し、状況に合った計画となるよう取り組んでいる。 |                   |
| 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                        | 職員の気づき、入居者の状態変化は個々の記録に記載し、職員間の情報共有を徹底している。個人記録を基にケアプランの見直し、評価を実施している。                            |   |                   |

| 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 |
| 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、家族の意向、その時の状況から必要なサービスを提供できるように取り組んでいる。  |  |                   |
| 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                                      | 運営推進会議に民生委員長、地域支援センター職員、入居者家族、入居者代表、法人代表に出席していただき、意見交換する機会を持っている。避難訓練時、消防の協力がある。                                     |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 家族の希望する医療機関を受診できるよう家族と協力し、通院介助を行っている。また、かかりつけ医には、必要時、受診、相談できるようになっている。   | 利用開始時に本人や家族の希望を確認し、希望する医療機関の受診を職員が同行支援をしている。遠方の医療機関には、家族と職員が同伴している。家族の付き添いが困難な場合、受診結果を家族に伝達している。                   |                   |
| 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                          | 体調や些細な表情の変化を見逃さないよう早期発見に取り組んでいる。変化等気付いたことがあれば隣接する医院に報告し、適切な医療につなげている。  |  |                   |
| 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。 | 入院は最近ないが、入院時には本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、職員が見舞うようにしている。また、家族、医師、病院のソーシャルワーカーと話す機会を持ち、グループホームで対応可能な段階でなるべく早く退院できるようにしている。 |  |                   |
| 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  | 状態変化時にはその都度家族に状態を報告し、家族の意向を伺い主治医と話し合いをしている。その内容を職員間で共有して、安心して過ごしていただけるよう取り組んでいる。                                     | 利用開始時に、終末期ケア等の意向を本人や家族に文書で確認している。本人や家族の希望がある場合は看取りを行っている。職員にはDVDや医師による研修を実施している。夜間も含め急変時の医療協力体制があり、家族の安心にもつながっている。 |                   |
| 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  | 急変、事故発生時のマニュアルを作成している。医師による勉強会を行っている。すべての職員が対応できるようにしている。  |  |                   |

| 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                                    |
| 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              | マニュアルを作成し、消防署、病院の協力を得て、年2回入居者と夜間想定避難訓練を実施している。防火対策年間計画を立て、月1回、職員会議時に避難経路の確認、消火器の使い方、通報訓練等を行っている。避難経路確保の為、除雪を行っている。備品を準備している。 | 年2回、消防署が立会いの総合訓練が地元消防団も参加し行われている。また、毎月風水害を含めあらゆる災害を想定した避難訓練を行っている。年2回消火設備の定期点検も行われている。災害時の備蓄はあるが、十分でない。  | 非常災害時の備蓄の品目・量とも不十分なため、常時、最低3日分の食糧・飲料水・生活用品等の備蓄が望まれる。 |
| <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                      | 接遇の勉強会を行っている。援助が必要な際は、本人の気持ちを大切に考えて、さりげないケアを心がけ、自己決定しやすい言葉かけをするように努めている。   | 年1回、接遇の研修会を実施し、利用者に対する言葉遣いや表情などサービスを提供する基本的な態度の周知徹底を図っている。また、職員会議で随時、排泄介助やトイレ誘導時のプライバシーなどへの配慮について指導している。 |  |
| 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                        | 入居者に合わせて声をかけ、意思表示が困難な方の表情を読み取り、些細なことでも本人が決める場面を作っている。(飲みたいもの、食べたいもの等)  |  |  |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している    | 一人ひとりのペースを大切に、それに合わせた対応を心がけている。その日のコンディション、様子を見ながら休息場面を作る等個別対応に努めている。  |  |  |
| 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                                     | 美容師の来訪にて、希望時に散髪を行っている。起床時や衣類の汚れがあった際、さりげなく整容の支援を行っている。   |  |  |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている | 入居者の嗜好把握を行い、献立に反映させている。同じテーブルを囲んで食事をしている。  | 献立には、献立委員会が利用者の嗜好も反映している。また、会津地方の郷土食をメニューに取り入れ、利用者が美味しく食べられるよう努めている。利用者の誕生日には希望のメニューを提供するなど楽しめる工夫もしている。  |  |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている             | 食事、水分摂取量を毎食記録している。本人の好きなものや食べやすいものを出すようにしている。  |  |  |

| 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 |
| 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、歯磨きの声かけを行い、力に応じて支援している。就寝前は義歯の洗浄を行っている。  |  |                   |
| 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  | 入居者の様子を察知し、身体機能に応じて自尊心に配慮しながら、トイレで排泄できるようさりげなく支援している。  | センター方式の生活パターンシートから利用者の排泄の傾向を把握し、トイレ誘導を行っている。職場内研修を実施して、利用者個別のパターンや自尊心に配慮し、トイレでの排泄介助、排泄自立に取り組んでいる。  |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                  | 排泄パターンを記録している。昼食に果物、おやつ水分補給に乳製品を摂取し、便秘対策に取り組んでいる。便意があってもなかなか出せない人は排便を行っている。                                    |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている | 入居者のその日の希望を確認し支援している。時間帯も希望時に状況を見ながら対応している。入浴を楽しめるよう、ゆず湯等も実施している。入浴を拒否する方には、タイミングや対応する職員を変えたり、後日入浴できるよう支援している。 | 午後の時間帯に2日に1回のペースで入浴できるよう支援している。また、利用者の望む時間帯の入浴も対応している。季節により菖蒲やゆずを入れたり、入浴剤を使用するなど、楽しく入浴できるよう支援している。 |                   |
| 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                   | 一人一人の生活のペースで午睡したり、心地よく眠りにつけるよう日中の活動に配慮している。夜間、眠れない時にはその方の思いに配慮して対応している。  |  |                   |
| 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              | 薬の内容を全職員共有できるようにしている。飲み忘れの無いよう、服薬確認を行っている。   |  |                   |
| 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 | 洗濯たたみを行う方、趣味の塗り絵を行う方と、得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえるように支援している。  |  |                   |

| 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 |
| 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                                       | 家族と外食、墓参り等できるように希望に応じて外出支援をしている。                        | 高齢者が多くなり、外出する機会は減少しているが、希望により家族等の協力を得て、外食や墓参りなどの外出支援をしている。お盆や半夏祭りの折に定期的に帰省する利用者もいる。また、天気の良い日には、施設周囲の散歩に出かけるなどの支援を行っている。                          |                   |
| 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   | 金銭の所持についてはご家族ごとの様々な意向に合わせている。本人がお金を持っていることで安心感を得ている。    |  |                   |
| 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  | 本人の希望により、家族に電話をかける支援をしている。知人より手紙が届いている。                 |  |                   |
| 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                  | フロアには季節ごとに入居者と一緒ちぎり絵や塗り絵を作成し、季節感を意識的に取り入れる工夫をしている。      | テレビや職員の話し声が利用者の雑音にならないよう音量に気をつけている。トイレのドアに「便所」と表示するなど利用者に分かり易い配慮をしている。また、装飾も七福神、稲や団子さしなど高齢者に馴染みのあるものに限定し落ち着いた雰囲気を作っている。エアコン、蓄熱や床暖房など寒冷地対応がされている。 |                   |
| 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   | テレビの前と少し離れた所にソファを置き、気の合う人同士でゆったりと過ごせるスペースを確保している。       |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切に本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている | それぞれの入居者の好みやなじみの物等を生活スタイルに合わせて、テレビ、写真等自宅より持って来ていただいている。 | 居室には、ベッドとエアコンが備え付けられている。利用者は、自宅からテレビ、家具など馴染みの品物を持ち込んでいる。家族と相談して自由に配置にし、思い出のある写真などを飾って好みの部屋づくりをしている。居室の掃除は、利用者が職員と一緒にしている。掃除が困難な利用者の部屋は職員が実施している。 |                   |
| 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  | 一人ひとりのわかる力を見極め、必要な目印を付ける等、環境整備に努めている。                   |  |                   |