

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   | 0470300260        |  |  |
| 法人名     | (有)ライフサポート        |  |  |
| 事業所名    | グループホーム オリーブ      |  |  |
| 所在地     | 宮城県塩竈市松陽台3丁目25-20 |  |  |
| 自己評価作成日 | 平成 27年 11月 7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.kaijokensaku.jp/">http://www.kaijokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |  |  |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年11月20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)】

『手を出しすぎない』をモットーにできる限り持てる機能を維持していただけるよう、『待つ』事を心掛けています。安易な介助をすることなく見守りと声掛けを重視して、笑顔で楽しく過ごしていただけることを目標としています。10年以上経験を積んだスタッフが4名おり、よりよいケアを目指し、考え工夫をしています。利用者様が『できること』が継続して行えるように支援しています。健康管理については、かかりつけ医を継続して受診できるように書面や電話での情報提供を行い、連携を維持しています。訪問歯科の受診も月4回導入し口腔ケアと定期受診を実施し、誤嚥背に肺炎の予防に努め、美味しく食べることができるよう配慮しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

東塩釜駅から北へ車で10分程の県営住宅が立ち並ぶ位置に「グループホーム オリーブ」がある。近くには北部診療所や薬局があり立ち寄りやすい。入居者の笑顔を喜びとした運営理念を掲げ、お手伝いの後には「ありがとう」と感謝の言葉を伝えて笑顔を貰っている。また、レクリエーションの中で「テーマを決めて」一人ひとりが描いているものをノートに書いて貰い、そこから知る思いや意見等を把握し、脳の活性化にも繋がっている。モットーである「手を出しすぎない」を実践して、排泄介助や居室の掃除等、その人の出来る事に着目し最小限の介助にとどめて支援している。

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)       | ○<br>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)   | ○<br>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)             | ○<br>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)                     | ○<br>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)                   | ○<br>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) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○<br>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)                                      | ○<br>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)                  | ○<br>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                                       | ○<br>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)         | ○<br>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                                   | ○<br>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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○<br>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    |    |   |  |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 **グループホーム オリーブ** )「ユニット名

| 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  | 運営理念を掲げ、共有はしているが、振り返りが出来ていないのが現状。                               | 運営理念「利用者様の笑顔が私たちの喜び」を掲げている。「手を出しすぎない」「スマイル」をモットーとして、お手伝いの後には「ありがとう」を伝えて笑顔を貰っている。定例会議で理念を話し合い確認している。 |   |
| 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  | 町内会行事への参加が中心で積極的なかわりはできていないのが現状。町内会長が変わり、関わりについては模索中。           | 町内会に加入し回覧板やゴミ捨て等一緒に行っている。町内会長から役員を対象に事業所(オリーブ)の説明依頼があり、市も参加して実施した。地域の盆踊りに入居者も参加しているが積極的な交流はこれからである。 | 地域の一員として町の防災訓練や清掃行事など積極的な参加が望まれる。ホーム行事に町内会長から住民参加を募り、推進会議等で働きかけるなど交流を得たい。 |
| 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  | 現在、ホームからの積極的な働きは行っていない。   |   |   |
| 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                                     | 年6回、奇数月に定期開催している。ホーム内での様子を中心に事例報告や事故報告などを相談。意見交換を行いサービスにつなげている。 | 会議は2ヶ月毎に開催し、入居者・家族・町内会長等、市職員は毎回参加している。ホームの状況報告後、メンバーから「術後の方のスリッパは危険であり、やめた方がいい」等の助言を貰い双方向の会議である。    |   |
| 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取り組んでいる  | 利用者様やご家族様に関する問題が生じた際には、担当部署(保護係・長寿社会課)に報告相談をしている。               | 市の担当者とは推進会議で事故の報告をし助言を貰っている。保護課担当者は2~3ヶ月に1回入居者の様子を見に来訪している。法解釈や疑問な点など担当者と連絡を密にし、関係性を築くよう努めている。      |   |
| 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 | 日中は玄関の鍵を開錠している。身体拘束になりうる事例がでた時には全体会議で話し合いを持っている。                | 全体会議やその都度場面において話し合われている。全職員でセンサーマットの使用方法等拘束になりうる事例を検討し、拘束のないケアに取り組んでいる。近隣の方に入居者を見掛けたら協力をお願いしている。    |   |
| 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                                     | 虐待防止の資料を作成・掲示。  |   |   |

| 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    | 学ぶ機会を持つことができていない。   |   |                   |
| 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                         | 入居時はもとより、その都度十分な説明をして理解を得ている。                               |   |                   |
| 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                     | 利用者様の状況を毎月書面で報告している。ご家族様が来所された際には意見や要望を汲み取りケアに反映させるようにしている。 | 推進会議や来訪時に意見や要望を聞いている。頭痛を訴え不安がる入居者を家族に相談し、生活歴からラムネがいいと聞いて使用し、落ち着きを取り戻し安心された。                       |                   |
| 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                                      | 定例会議により全職員から意見を求め、プランの評価やケアの方法について検討し、実施できるように努めている。        | ケアの場面や会議等で意見を聞いている。肉を小さくしても食べられない方の対応を管理者に伝え、豚の角煮を提供し喜ばれた。テーマを決めて入居者が書き出す事で思いの把握や脳トレにもなり、反映されている。 |                   |
| 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      | 処遇改善加算を申請し、職員個々の実績を検討の上で給与への反映を行っている。                       |   |                   |
| 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         | 外部研修は回数は少ないものの徐々に増やしているのが現状。                                |   |                   |
| 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 | 市の事業者連絡会に参加し、同業者との顔合わせをしている程度。                              |   |                   |

| 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>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 | 利用者様の状況に応じて、本人の要望やどのような気持ちでいるかを聞き取っている。                 |   |                   |
| 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            | 見学時の説明、入居前の実調では家族の思いを聞き入れ、契約時には不安が減らせるように要望や不安に耳を傾けている。 |   |                   |
| 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        | 相談・見学の際に、入居以外の可能性があれば、情報提供し検討して頂くよう努めている。               |   |                   |
| 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                        | 利用者様の状況に応じて、できる範囲での家事全般を分担し、利用者様が主体となる場面を作るようにしている。     |   |                   |
| 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         | 受診や外出(法事・墓参り等)、衣替え等の協力を求めながら、関係を築いていけるようにしている。          |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 家族や親戚等との関係は維持できているが、知人との関係は希薄になりつつある。                   | 娘夫婦や妹・甥・姪など来訪している。墓参りや県会議員選挙へ出掛けたり、外泊を楽しんでいる。馴染みの訪問理美容が2ヶ月に1回来て会話をするなど、関係性を大切に支援している。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 生活の中で利用者様同士が互いを気遣うことができ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 |
| 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                    | 長期入院等で対処された利用者様にはお見舞いをかねて訪問し、話を伺うなどしている。   |  |                   |
| <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   | 日常生活の中で会話や表情・仕草などから思いを汲み取り、状態に合わせて対応できるように支援している。                                | 思いの把握はマンツーマンの時に聴くようにしている。喉の渇き(口の回りに手をやる)やトイレのサイン(お腹を叩く)等の思いを汲み取り、支援につなげている。困難な方へはできるだけ簡潔な言葉で伝えている。     |                   |
| 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                                       | 入所時の情報を基に入所後には本人の会話や家族との会話の中から生活歴を聞き取り、把握するようにしている。                              |  |                   |
| 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   | 生活の中での仕草や言動注意しながら見守りを行い、さりげなく触れたりケアを通して現状を把握している。                                |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 利用者様のプランについては、毎月のモニタリング会議で評価・改善点等の意見を求めている。本人や家族の意向を次のプラン反映できるようにしている。           | アセスメントを基に暫定プランを立て、月1回のモニタリング会議(カンファレンス)で評価・検討し介護計画を作成し、家族に渡している。プランの見直しは3ヶ月毎に実施している。骨折退院後の介助支援で見直しされた。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個人記録には利用者様自身の様子や気づいたことを記載。変化や問題があれば業務日誌やノートを使用し文書で申し送り、更に口頭での再確認をして共有できるようにしている。 |  |                   |
| 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               | 本人や家族の要望・状況を踏まえて上で、外出や外泊の機会を依頼している。  |  |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 地域や他施設の行事に参加、利用者様が楽しめるようにしている。   |   |                   |
| 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                                  | 在宅時からのかかりつけ医を継続して受診できるように支援。受診時にはホームでの状態や変化を書面で情報提供している。必要に応じて電話での問い合わせや、職員の同行もある。 | かかりつけ医を継続して受診し家族が付き添っている。その際は生活の状態を書面で渡し結果は記録している。必要に応じて職員の同行もある。歯科医の訪問診療を月4回実施することで、美味しくいただけている。 |                   |
| 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                          | 看護師の配置はなし。   |   |                   |
| 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。 | 入院時には医療機関への情報提供。退院時には、退院後に安心して生活できるように相談。不明なことなどは病棟に問い合わせをしている。                    |   |                   |
| 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  | 現状では看取りができる体制ではない。重度化(終末期)においては家族や医療機関との協力があれば対応は可能。                               | ホームでは以前に2名の看取りを行っている。重度化や終末期に向けた指針を作成し、早期から事業所の出来る事、出来ない事など対応方針を定めて、入居者・家族に説明し安心に繋がる事が望まれる。       |                   |
| 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  | 全スタッフが応急手当や救急搬送時の対応ができるよう随時説明をしているが定期的な訓練には至っていないので、実施できるようにしてく。                   |   |                   |
| 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  | 夜間想定での避難訓練を実施(通報・避難) 消防署の立会いで消火器使用の訓練も実施した。  | 消防署の立会いで火災訓練を1回夜間想定で実施した。2回目は今後の予定である。推進会議で地域協力を働きかけているが得られず、再度働きかけるとしており期待する。防災器具の点検や備蓄等を確認している。 |                   |

| 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 |
| <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                   | 個人記録の管理。利用者様への声掛けや居室への入室、特に排泄に関しては尊厳を冒さないよう気をつけている。                          | 入浴や排泄時の対応は、同性介助やドアの外で待つ等プライバシーに配慮して支援している。人格を尊重し女性は下の名前で、男性は苗字で「～さん」と呼んでいる。旧姓の名前で呼ぶと喜ばれる方もいる。       |                   |
| 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                     | 利用者様の状況に応じて意思決定がしやすい声掛けをしている。表情や仕草からも何を希望しているか汲み取り表現できるよう促している。              |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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 | 団体での活動時やケア時には、声掛けを行っているが、強制することはない支援している。                                    |   |                   |
| 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                                  | 利用者様の希望に沿い支援している。身体に危険が及ぶような場合には、本人に説明し理解を得ている。                              |   |                   |
| 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     | 嗜好に応じて別メニューの提供もしている。誕生日には好みの食べ物(聞き提供。季節が感じられる旬のものも提供。利用者様には準備の一部や片づけを依頼している。 | 一緒にチラシを見て食材を注文したり、誕生日は肉・魚類を選択して提供し喜ばれる。裏庭で採れた筍やタラの芽料理・おくずかけ等出来ることは一緒に行っている。職員が献立を作っており栄養士等の助言が望まれる。 |                   |
| 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          | 全利用者様について摂取量を記録。摂取量が少ない場合は、好みのものを提供や市販の補助食品摂取を促している。                         |   |                   |
| 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                   | 月四回の訪問歯科を導入(希望者)利用者様には毎食後口腔ケアの声掛け介助をしている。                                    |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|---|---|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                              | 利用者様の排泄パターンや機能に応じて、トイレへの誘導・声掛け・見守りと一部介助を行っている。排泄中は危険のない範囲で外で待つようにしている。        | 個々の排泄パターンを把握し、その人の時間やサイン(キョロキョロ・お腹を叩く)を見逃さず、職員の声掛けによりトイレで排泄している。骨折後のオムツ使用者以外は自立を促す支援を継続している。                 |                   |
| 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  | 食事・水分補給・運動を心がけている。排便状況を観察しその人のパターンを把握。改善されない場合には医師に相談し下剤の処方や調整をしている。          |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 1日おきに入浴できるように支援している。季節によってゆず湯や菖蒲湯等を楽しめるようにしている。                               | 週3~4回午後の入浴支援である。本人の希望するシャワー浴支援や熱めの湯・ぬるめの湯の方もいる。入浴剤(バラ・森の香り)やゆず湯・菖蒲湯で楽しんでいる。プライバシーに配慮して同性介助で支援している。           |                   |
| 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   | 起床・就寝は利用者様ごとのペースに合わせている。日中の静養は夜間の睡眠に影響が出ない程度で実施している。                          |  |                   |
| 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  | 利用者様の身体・精神状況を観察・記録。医師や家族・薬剤師に連絡相談をしている。                                       |  |                   |
| 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                             | 利用者様ごとに趣味や役割を取り入れ、楽しみながら継続できるように支援している。                                       |  |                   |
| 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 | 日常では敷地内の畑作業や近隣の散歩。季節の行事などで外に出ることを心がけている。家族の協力で外食や孫の運動会・墓参りに出かけられる人もあるが全員ではない。 | 暖かい日は近くを散歩したり野菜作り等、車椅子の方と一緒に買い物へ出掛けている。季節の行事で花見・あやめ・水族館・いも煮(加瀬沼)等へ出掛け楽しんでいる。家族の協力の下、受診後の外食や墓参り・孫の運動会へ外出している。 |                   |

| 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 |
| 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  | 家族に説明、契約により金銭預かりを実施。また、自分で小遣いを管理している方については個小遣い帳を作成し一緒に金銭管理を行っている。   |   |                   |
| 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   | 利用者様の要望で電話をかけることができるようにしている。希望者には手紙の代筆や文章作成の支援を行っている。   |   |                   |
| 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 | 自然の明るさや風を取り入れるようにし、過度な冷暖房にならないように配慮している。季節ごとに利用者様がレクリエーション時に作成した飾りを装飾している。  | 居間兼食堂は、明るくて天窓からの採光が心地いい。一日2回の換気と温湿が管理され、季節感ある手作りのぬり絵やバラの装飾など皆で楽しんでいる。レクリエーションでの歌や脳トレ遊び・ゲーム等、笑顔のある共用空間である。 |                   |
| 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  | 狭い空間の中ではあるが、利用者様ごとにテーブル席を確保。座敷も利用して他者との距離を保てるようにしている。   |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 入居時には使い慣れた馴染みの物の搬入を依頼している。新たなものを購入する際には全てを新しくするのではなく、小さなものでも馴染みの物を使用してもらっている。心地よさは個人によって違うので不衛生にならない範囲で居室を自由に使ってもらっている。 | 防災カーテン・ベッド・布団・馴染みの品を持ち込んでいる。「自分の事は自分で」を職員は見守り、干し物や掃除をした後「ありがとう」を伝えている。大切な家族の写真や人形・こけし類を眺めて心地よく過ごしている。     |                   |
| 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   | 共有スペースには必要最低限の掲示。各居室では利用者様に合わせて表札の高さや照明スイッチの高さを変更している。  |   |                   |