

### 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   | 1192300141       |            |              |
| 法人名     | 社会福祉法人 章佑会       |            |              |
| 事業所名    | 和光市共生福祉型施設ひかりのさと |            |              |
| 所在地     | 埼玉県和光市丸山台2-20-15 |            |              |
| 自己評価作成日 | 令和 4年 2月 10日     | 評価結果市町村受理日 | 令和 5年 4月 18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.mhlw.go.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 評価機関名 | 有限会社プログレ総合研究所             |
| 所在地   | 埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル1階 |
| 訪問調査日 | 令和 5年 3月 1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)】**

共生型福祉施設として、身体障害者と認知症高齢者が共に助け合い支え合いながら顔なじみの関係を作ることを目指し定期的交流を行っている。また、1階に統合型地域包括支援センターが入っている事で、地域の方たちとの交流、地域イベントへの参加、学童交流など多世代交流をすることで地域住民との顔なじみの関係を形成している。

**【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)】**

事業所は、共生型福祉施設の2階に位置し、3階は障害者共同生活援助の事業所、1階は地域包括支援センターとなっている。「あらゆる人に希望を」「地域の一員」といった理念のもと支援に取り組み、2階、3階の利用者が地域清掃とともに参加し、一緒に映画鑑賞することもある。近隣の学童とは定期的に交流会を開き、学校新聞作成のため、中学生が事業所を取材に来たこともある。また、市の委託事業として地域の高齢者向け事業もおこなっており、運営推進会議には、市、地域包括支援センターの高齢者分野のみならず、障がい者、子育て分野からの出席もあり幅広く意見が交わされている。食事は職員の手づくりで、行事食も随時提供される。ハンバーガーやピザなど提供されることもある。おやつ作りでは、利用者と一緒にクレープやどら焼きを作り好評であった。

**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)    | ○ 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、生き生きと働いている<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) | ○ 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  | 年に一度の全体会議で今年度のアクションプランの説明や理念の説明がある                | 「あらゆる人に希望を」「地域の一員として」を理念に掲げている。達成のためアクションプランを作成して、コロナ禍で後退した地域交流を推進している。同一建物の障がい者施設とともに地域清掃の参加や高齢者サロンを開催している。                      |  |
| 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  | うるかむ事業やひかりのさと独自のリビンググループ、避難訓練の際自治会の参加などで交流する機会がある | 町会に加入し、町会長は、運営推進会議に出席している。近隣の学童と定期的に交流がある。毎月、手作りカレンダーやメッセージを届けてくれる。利用者が学童に訪問することもある。中学生の取材を受け学校新聞に事業所のことが掲載された。                   |  |
| 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  | 一般高齢者向けうるかむ事業の実施                                  |   |  |
| 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ヶ月に一度の会議で意見交換を行っている                              | 2ヶ月毎に3階の障がい者施設と共催している。町会長、民生委員、地域福祉コーディネーター、市役所職員、地域包括職員が参加し運営状況の他、個別支援についても議題にあがる。高齢者、障がい者、子どもの各分野の参加者より助言がある。                   |  |
| 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  | 毎月報告を行っている。また入居者様の状態変化があれば市役所に連絡し指導助言を頂いている       | 市役所とは、担当部署と連携している。衛生品や検査キッドの配布を受けたり、研修の案内や、災害の注意喚起を受けている。市より委託を受け高齢者向けサロンをおこなっている。地域包括支援センターとは、同一建物にて常に連携をとっている。                  |  |
| 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 | 年に一度の身体拘束研修会を行い身体拘束について職員が学び、しない、させない考えを共有している    | 年1回の研修に加え、毎月の会議やミーティングでも常時話し合っている。介護方法や声掛けについて具体的に検討している。職員の声掛けでは、きつい口調や制止の言葉にならぬよう管理者が注意するようにしている。外部研修も受講し、その後は伝達研修をして全員で共有している。 | 高齢分野に限らず、保育、医療の分野でも虐待・拘束は社会に注目されている問題である。各種の研修機会を通じ、職員が身体拘束廃止に対する意識を深化していくことを期待する。 |
| 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                                     | 研修を行い、毎日の勤務でも職員同士声を掛け合いながら注意し勤務にあたっている            |   |  |

| 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    | 個々のケースに応じて関係者と協議し、取り組んでいる。併設する地域包括支援センターの職員に相談し助言、研修を通じて実践している |  |                   |
| 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                         | 説明や相談を重ね契約を行っている   |  |                   |
| 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                     | コロナの状況が落ち着いてきたので今年度から2ヶ月に1度の家族会を定期的に開催することができ意見交換できている         | 面会、電話時に意見・要望を聞くようにしている。面会は、コロナ感染状況をみておこなっていた。家族へは、毎月写真を添えて近況を報告している。利用料の支払い方法についての要望は本部と相談のうえ対応した。 |                   |
| 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                                      | 月に二回、全体会議やフロアミーティングの場を作り職員の意見や提案を受けて反映できるように努めている              | 会議に加え、普段から職員の意見を聞くようにしている。レクリエーションは、職員で相談しておこなっている。節分に行われた豆撒きは大いに盛り上がった。外出先・買い物・掃除等の提案があり、実現している。  |                   |
| 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      | リーダーからの報告をうけ必要に応じ個人相談を実施している                                   |  |                   |
| 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         | OJTの実施、施設内研修を受ける事で各職員の指導に当たっている                                |  |                   |
| 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 | 併設する地域包括支援センターを通じネットワークづくりを行っている                               |  |                   |

| 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 |
| <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 | 入居前のインテーク、アセスメントの実施を通じて関係構築を行っている  |   |                   |
| 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            | 入居希望の面接時、実地調査の段階で関係構築に努めている  |   |                   |
| 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        | 受け入れ前のケアマネや関係機関、担当包括と連絡を取り合い相談対応をしている                                    |   |                   |
| 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                        | 自身でできる事、また分担しながら役割を持って生活を送っている。職員が対等性を持ってともに過ごし支え合う関係を構築するために教育を行なう予定である |   |                   |
| 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         | 月に一度手紙を送ったりイベントの際撮影した写真も送付している。また一度中止した面会も再開し家族が来た際は本人の施設での様子を共有している     |   |                   |
| 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                     | 家族から電話が来た際は本人とも話す機会をつくり関係が途切れないようにしている                                   | 家族との面会や電話の取次ぎをしている。定期訪問の美容師とも顔なじみで、職員と地域のお店の話題で花が咲くこともある。趣味の将棋や塗り絵の継続支援をしたり、お好みのコーヒーを飲んでいる人もいる。 |                   |
| 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                 | レクリエーションや行事を通じて仲の良い入居者様同士が日常生活でも会話ができるように同じテーブルにしたりしている                  |   |                   |

| 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                    | 今後の手続きを行うとともに併設する地域包括支援センターを通じて利用終了後も経過を把握している                       |  |                   |
| <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   | 計画作成担当者と共に定期的に本人のやりたいことを聞き取り把握し実行するよう努めている                           | 生活歴や家族情報等よりアセスメントを行い、会話やテレビ、折込広告を見た時の反応等からも思いや意向を把握している。表現の難しい人には、表情や仕草から推測し職員で推測、共有を図っている。                      |                   |
| 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                                       | 入居時に関係機関との調整を行いながら家族にもこれまでの生活歴などの聞き取りを行っている                          |  |                   |
| 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   | 現場の職員、管理者、計画作成担当者と毎日の生活の様子を観察してできる事の維持に努めている                         |  |                   |
| 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 | 定期的な家族会での報告、面会などを通し管理者や計画作成担当者が本人の現状を伝えながら話し合いをし介護計画を作成している          | 計画作成担当者が介護職、医療職から意見を聴取し6ヶ月毎に見直している。状況変化の際は、適宜作り直している。経過記録をもとにユニット会議でカンファレンスをおこなっている。家族の要望を踏まえ計画の継続や変更を話し合い決めている。 |                   |
| 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                        | 経過記録をつけながら職員の共有を行いながら訪問診療の医師などからも助言を受け介護の見直しを行っている                   |  |                   |
| 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               | 家族の状況に応じて対応を心掛けている。また施設内で行っている外部との関わりに入居者様の参加を促したり柔軟にサービスの支援に取り組んでいる |  |                   |

| 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                                      | 施設入所後も地域での活動に参加する事で本人の心身の力を維持し、また新たな顔見知りをつくる事ができている                       |   |                   |
| 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                                  | 施設入居と同時に訪問診療へ切り替える事で定期的な診療の確保、また継続して本人の状態把握に努め適切な医療を受けることができている           | 提携医と従前のかかりつけ医の選択は可能である。現在は利用者全員が提携医を利用している。提携医とは、24時間連絡可能である。専門医への受診は家族対応であるが職員が付き添うこともある。必要により歯科医の訪問もある。                               |                   |
| 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                          | 併設する地域包括支援センターの看護師に相談したり訪問診療に電話する事で早めに適切な受診に繋げる事が出来ている                    |   |                   |
| 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。 | 医師やワーカーとの関わり合いを密にし連携をとることで入院時や退院時の情報の共有、協力を得られるよう努力している                   |   |                   |
| 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  | 訪問診療の医師と相談、連携を取りながら重度化する前の対応を心掛けているが施設として終末期ケアは行っていないのでチームとしての支援までは至っていない | 入居時に重要事項説明書にもとづき説明している。事業所では医療行為の対応は難しいことを伝えている。食事が摂れない、立位がとれないといった状況がみられる時には、家族と相談し方針を決めている。現状看取りはおこなっていないが、今後も研修は重ね職員の意識を醸成していく方向である。 |                   |
| 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  | 施設内研修でAEDの使用方法を定期的確認しながら、急変時の連絡方法の把握、連絡体制の確認を行っている                        |   |                   |
| 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、地域との協働体制を築いている  | 消防計画に基づいた定期的な消防訓練を行ったりその際地域の方の協力や助けを求められるよう顔見知りの関係を作っている                  | 年2回建物内の各事業合同で避難訓練をおこない、通報や消火器訓練もおこなっている。ハザードマップは確認済みで、備蓄品も用意し期限等も確認している。マニュアル等は、各フロアに配置され、玄関に緊急セットを用意している。                              |                   |

| 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                   | 一人ひとりのプライバシーを守りながら本人の意思の尊重を行えるよう声掛けをしながら対応をしている  | 個人情報書類は、鍵付き書架に保管しパソコンは、ID/パスワードで管理している。管理者は言葉使い、接遇について注意している。居室へは、掃除や洗濯物をしまう際でも、許可を得ている。トイレや入浴時には、羞恥心に配慮している。 |                   |
| 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                     | 買い物外出を行う事で本人が欲しいものを選んだり同じ生活をしている方のことを考え決定できるよう声掛けを行っている  |   |                   |
| 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 | 本人の生活スタイルの把握は本人と話し合いながら行っている。起床時間から始まり何が飲みたいかも本人の好みに合わせるよう聞いている。自身で希望が言えない入居者様に対しては家庭での生活を家族に聞いたり日常生活から読み取り対応している。 |   |                   |
| 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                                  | 入浴時に本人が着たい服を一緒に選んだり、外出時に気候と相談しながらその人が着たい服を着ていただくようにしている  |   |                   |
| 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     | 日常の食事メニューを決まっているがその中で好みの物を把握し提供したり、イベント食や外食の際は本人の好みの物、食べたい物を選んでいただけるよう努めている。また食事の片付けなど個人個人ができることは職員と一緒にしている        | 食材とレシピは、専門業者より届き職員が手作りしている。季節に合わせた行事食があり、ちらし寿司は好評であった。食事前には口腔体操を行い、利用者にあわせ、きざみや一口大にして提供している。                  |                   |
| 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          | 栄養士が考えた食事を提供している。水分も一人1300ccを摂取できるよう工夫し、水分が苦手な入居者様に対しては水分ゼリーの提供。食事の面では訪問診療の医師と相談しながら高カロリードリンクを提供するなど健康維持に努めている     |   |                   |
| 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                   | 毎食後と起床時に口腔ケアを行い本人のできることで、スタッフが手伝うところを見極めながら口腔衛生に努めている  |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 本人の排尿時間を観察しながらトイレでの排尿ができるよう促している   | 排泄チェック表を利用して時間で誘導している。行動や表情からも声掛けをしている。夜間は、おむつ対応の人もある。入居間もなくや退院後おむつを利用して来た人が、パターン把握やこまめな声かけにより自立へと改善したケースもあった。                |                   |
| 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  | 毎朝ヨーグルトの提供を行っていたり、水分をこまめにとるよう声掛けを行っている。またトイレの際排便マッサージを行いながらなるべく薬に頼らない生活を目指している。                              |   |                   |
| 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                             | 入浴は週間スケジュールで固定になってしまっていたり職員の都合で曜日を変更する事もある。入浴時は入りたい順番や本人が綺麗にしてほしいところを聞いたり普段話せないことなどを時間を掛け聞かせるようにしている         | 週2回の入浴である。希望により同性介助にも対応している。着替えや化粧水等を自身で準備される人もある。拒否が強い場合には、時間や職員を変更して対応している。季節には、ゆず湯やしょうぶ湯を楽しんでいる。                           |                   |
| 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   | 個室部屋で寝るまでにテレビをみたり新聞を読んだりと思いに過ごせるよう工夫している。就寝時間は決まっているがそれまでは本人のやりたいことができるような時間を過ごしている                          |   |                   |
| 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  | 訪問診療が入っているので薬が変更するたびにファイルを作成し職員に周知したり月1のフロアミーティングで薬の説明を行えるようにしている  |   |                   |
| 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                             | 本人が昔好きだったものや行ってたことなるべく継続し行えるよう本人に聞きながら取り組んでいる  |   |                   |
| 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 | 食料品の買い物の際スタッフと共に近くのコンビニ、ドラッグストア、スーパーなどに出かけている。また本人自身が日常使う備品を欲しいなどの訴えがあればそこで一緒に外出できる環境を作りその帰りに近くの公園への散歩などしている | 天気の良い日には、少人数での散歩を再開している。地域住民とは挨拶を交わしている。近隣の公園では小さな子ども達が遊んでおり、お気に入りの散歩コースである。職員と食糧品・日用品の買い物に出掛けている。季節には、初詣や桜、イチヨウ等見学に車で出掛けている。 |                   |



| 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  | 施設内で本人自身がお金の管理をしたり所持したりはしていないが職員と一緒に買い物に行った際は職員が見守りながらお会計を任せたりしている                         |   |                   |
| 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   | 家族から電話が来た際は本人に繋いだり定期的な家族会の開催後に本人に会う時間を設けるなどしている  |   |                   |
| 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 | 廊下には行事の際に撮った写真を掲示したり水道には季節の花や飾りを飾ることで季節感を出しながら毎月の行事予定を掲示し入居者様の生活の気づきや楽しみにつながるよう工夫している      | 季節ごとに制作をおこなっている。フロアには、ひな人形や生花が飾られることもある。壁には、学童の子供たちによる手作りカレンダーが貼られ、予定や誕生日が記入されている。また、外出時やイベントの写真が貼られ、話題の提供となっている。掃除は、毎日行われ、モップ掛け等手伝う利用者もいる。 |                   |
| 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  | 共用の空間では本人のやりたいことや趣味(新聞を読んだり塗り絵をしたり)の時間を過ごしながらも皆で音楽を聞くことによって笑いあったりお互いに話しかけ合う事で顔なじみの関係を作っている |   |                   |
| 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  | 本人が普段から必要としているものはなるべく今まで使っていた物をそのまま使用しながら家族や本人と話し合い好みの物を配置し混乱の軽減や住みやすさに繋げている               | 使い慣れた筆筒やテーブル、イスを持ち込み、好きなCDを聴いている利用者もいる。家族写真や以前に自身で制作した作品等を壁に飾る人もいる。リネン交換は毎週おこなわれている。利用者の動線確保のため家族と相談し配置を変えている。                              |                   |
| 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   | 自宅で生活していた時のなじみのある物を居室に置きながらも本人のADLに合わせた介護用具を置くことで本人が自立した生活ができるよう支援している                     |   |                   |