

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                            | 「地域密着24時間365日すべては利用者様のために」という当ホームの理念に基づいたサービス向上を常に目指している。                            | 経営方針書の中の法人基本理念を日替わりで毎朝唱和している。ホーム独自のスローガンについて事務所内に掲示し全体会議でも話し合いサービスの向上に努めている。家族に対しても理念やスローガンについて利用契約時に話をすると共に、年初の「ホーム便り」と「敬老会」の際に紹介をしている。職員にそぐわない言動があった場合には管理者と主任が職員の気持ちも考え、頭ごなしでなく「提案型」の指導をするようにしている。                            |                   |
| 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人として日常的に交流している                            | 夏祭りには宣伝で地域を周ったり、地元小学校のプラスバンドをここ数年招き演奏をおこなっていただいている。最近では地元のオレンジカフェにも積極的に参加するようになっている。 | 自治会費を払い回覧板で行事を把握し、ゴミ拾い、どんど焼き、地区のお祭り等、参加出来る行事には参加し、毎月川中島支所で行われる「オレンジカフェ」にも参加している。近くの小学校の運動会も案内を頂き参加し、高校生の職場体験にも2名来訪し利用者との交流の場を持っている。週1回、歌とハーモニカのボランティアの来訪が引き続きあり楽しみにしている。近隣の商業施設と地域ネットワーク会議のようなものを立ち上げ地域との連携を深めることを目標に取り組もうとしている。 |                   |
| 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                          | このところ参加させていただいているオレンジカフェにおいて、近隣のかたで家族の内で認知症があり、困っているという方々と話をする機会が増えた。継続していきたい。       |  |                   |
| 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       | 地域との関わりにおいて貴重な意見をいただいている。いずれは当ホームを中心とした地域ネットワーク会議を行えばいいですと話しがでている。                   | 家族代表、民生委員、市介護保険課職員、地域包括支援センター職員、ホーム関係者の出席で2ヶ月に1回開催している。近況報告や入退去報告、行事予定、職員紹介、意見交換等が行われている。また、ネットワーク会議等、地域との関係強化に向け会議参加者を広げて行こうとしている。  |                   |
| 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                  | 月に一度、あんしん相談員の方、来所され協力関係が築けている。   | 地域包括支援センターとは様々な連携を取り支援の向上に繋げている。事故報告は市介護保険課に速やかに行っている。あんしん相談員の来訪が月1回あり利用者と親しく話をし気づいたことについて報告がありホームでも支援に役立っている。介護認定の更新調査は調査員が来訪しホームで行い、立ち合われる家族も数名いる。   |                   |
| 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「介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 | 日中は施錠をせず、対応している。現在、拘束している利用者様はおられないも、なぜ拘束がいけないのか、年1~2回の研修を継続して行っている。                 | 拘束を必要とする利用者はなく、拘束のないケアに取り組んでいる。離脱傾向の強い利用者があるが自然体に任せ、出掛けた場合には職員が後をつけ納得したら連れ帰るようにしている。自然体に任せる中で所在確認を各利用者の特徴に合わせて小まめに行うよう心掛けている。また、転落防止のため布団に「鈴」を付けている方がいる。年2回の研修会と会議の中での話し合いで拘束とは何かを学び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 |
| 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        | 利用者様に対する声掛けの仕方も含め、なにか虐待に繋がってしまおうのかの周知をおこなっている。                                |   |                   |
| 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    | 研修等で学ぶ機会を設けるようにしている。  |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | 入居の契約時、契約内容、運営規定、重要事項の説明を書面をもって説明し、その中で、生活していく上での不安も伺っている。                    |   |                   |
| 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                     | ご家族来所時、意見、要望等ないか会話の中でお聞きするようにしている。また玄関に意見箱を設けている。                             | 利用者とコミュニケーションを取ることに心掛け希望を汲み取るようにしている。家族の来訪は様々であるが全家族の来訪が有り利用者、職員と話をされている。また、2日に1回来訪し利用者と昼食を共にされるご家族もいる。家族会も年2回、敬老会と11月に実施し、利用者の様子の報告、ホームへの要望、食事会の実施、ボランティアや職員の出し物等で交流を深めている。利用者の誕生日に花等のプレゼントを持って来訪される家族もいる。 |                   |
| 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                                      | 月に2度の全体研修と朝礼時にミニカンファレンスという形で職員の日々の困り事や意見を聞くようにしている。                           | 月1～2回、全体研修(1回はユニット会議も含む)を開催し、年間研修計画に沿った様々な知識の習得、意見交換が行われ支援に繋げている。また、毎朝の朝礼、ミニカンファレンスに重点を置き日々細部に渡り徹底を図っている。キャリアパス制度があり年2回、目標管理、自己評価を行い上司の評価後、管理者、リーダー、主任による個人面談が行われている。                                       |                   |
| 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      | 半年に一度、職員のキャリアレベル(人事考課)の見直しを行っている。その際、面談も行き、今後の目標も個別に立てている。                    |   |                   |
| 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         | それぞれのキャリアレベルに応じた研修が社内で定期的に行われており、参加してもらっている。外部の研修においても認知症ケアや看取り等、参加の斡旋を行っている。 |   |                   |
| 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 | 他職種連携が必須となるなか、地域ネットワーク会議等に出席し、同業者やケアマネ、歯科医と意見交換を行っている。                        |   |                   |

| 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 | 初期の対応はとても大事で、ご本人が安心して当ホーム過ごせるよう、ゆっくりと傾聴を重ね、信頼関係の構築に努めている。  |   |                   |
| 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            | ご家族がこちらにきたんなく話せる関係作りを目指している。そのご家族に合わせたコミュニケーションを心がけている。    |   |                   |
| 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        | ご本人、ご家族はもちろん、ケアマネや必要時には医師にも伺い、支援方法を決めている。                  |   |                   |
| 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                        | ご本人はあくまでホームで生活をされているという事を踏まえ、職員はあくまでその方の環境の一部となるよう取り組んでいる。 |   |                   |
| 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         | ご家族に対し、気になるご様子の変化があればすぐ報告をするよう心がけている。                      |   |                   |
| 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                     | なじみの美容室におつれしたり、近くに自宅がある方はそこまでお散歩をしたり、習慣の継続に努めている。          | 家族了解の上、来訪される知人、親戚がおられ、居室や交流スペースで楽しまれている。年賀状も職員の手助けで出されたり、ホームの電話で家族に連絡を取られる方もいる。男性、女性共にそれぞれ近くの馴染みの理、美容院に散歩がてら出掛け、また、欲しい物を近くのスーパーまで買い物に出掛ける方もおり、外部との関係が継続するよう努めている。 |                   |
| 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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                  | 一緒におぼんを拭く、歌を歌う、塗り絵を行う等、お互いが、居心地よくなるような関係性の構築に努めている。        |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 今まで同様、必要に応じてご相談、支援を行っていく。   |  |                   |
| <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   | 意向に沿った対応を心がけているも、意思疎通の難しい方に対しても検討を重ね、小さなニーズも汲み取れるよう努めている。         | 3分の2位の利用者は言葉で意思表示が出来、ほとんどの方は問いかけに対し返事の出来る状況である。職員は利用者の環境の一部となるように努力し無理強いせずに希望を聞き、ニーズを掴むようにしている。入浴後の着替え等については、2択、3択で選んで頂くようし、自己決定を引き出し支援に繋げている。また、家族から聞いた生活歴も参考に利用者個々の流れを大切に集中してやれることを見つけ取り組んでいる。 |                   |
| 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                                       | なじみの暮らし、生活歴等、伺い、相談しながら継続して行った方がいい事は継続していただけるよう努めている。              |  |                   |
| 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   | 情報の共有を大切に、朝礼時等で意見を出し合っている。  |  |                   |
| 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 | 毎日のミニカンファレンスと、月に2度の全体研修において意見をまとめ、ご家族様や関係機関との話し合いを含め、介護計画を作成している。 | 職員は2名の利用者を担当している。プランの見直しは基本的には6ヶ月に1回行われ、状況に変化が見られた場合には随時行っている。管理者、リーダー、担当者で現状の見直しを行い、全体会議で意見をまとめプラン作成に加えている。家族の希望は計画見直し前の来訪時に聞き、作成に役立っている。   |                   |
| 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                        | 日々の様子は申し送りノートと個人記録に記入し、情報の共有、ケアの統一をはかり、その上で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               | 先入観にとらわれず、ニーズを発見し対応できるよう取り組んでいる。                                  |  |                   |

| 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                                      | 地域の傾聴ボランティアの方を招いたり、安心した生活がおくれるよう支援しています。                               |  |                   |
| 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                                  | 通院の難しい利用者様には往診を利用していただくなど、適切な医療を受けられるよう支援しています。                        | 四分の三近くの利用者はホーム協力医の月2回の往診対応で、他の利用者は以前からのかかりつけ医を継続し家族による受診対応となっている。介護スタッフの中に常駐看護師が1名おり、利用者の健康管理など様々な相談に乗っている。歯科については状況に応じ月1～3回の往診で対応し、歯科衛生士の月1回～2回の来訪もあり「口腔ケア」にも力を入れている。緊急時の情報は管理者に一本化され付き添う職員に利用者情報ファイルを持参させるようにしている。 |                   |
| 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                          | ご本人の体調の様子の変化に気付いた時や皮膚観察において異常がみられた際はすぐ看護師に報告相談し適宜、看護や受診を受けられるよう支援します。  |  |                   |
| 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。 | 入院した際は随時連絡をとり、状況を伺いながら連携し早期退院に繋がるよう努めている。                              |  |                   |
| 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  | 入居の際には看取りについての説明を行い、その後日々の暮らしの中での変化に合わせて、必要な話し合いを関係者間で行いながら支援に取り組んでいる。 | 開設以来看取り支援に取り組んでいる。看取りに関する指針があり入居時に説明しサインを頂いている。状態の変化に合わせて再度ご家族の意思を確認し、医師、看護師と連携を取りながら出来ることを行い最期を迎える場所としての支援に取り組んでいる。看取りについての心構えの研修を行うとともに職員に看取り経験者が数名いるのでその都度話し合い知識を蓄え取り組んでいる。                                       |                   |
| 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  | 毎年、研修において緊急時の対応を行っている。対応方法のマニュアルもあり。AEDの設置をしている。                       |  |                   |
| 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、地域との協力体制を築いている  | 年2回、消防訓練を行っている。また、近隣の方に何かあった時には、避難した利用者様の見守りをお願いしたいことお伝えし承諾をえている。      | 年2回消防署へ計画を提出し防災訓練を実施している。1回は消防署員参加でAEDの使い方、消火訓練、通報訓練、設備点検等が行われている。火災想定避難訓練では利用者全員ホームのネームプレートを付け、玄関と非常口に分かれて外へ出る訓練を行っている。夜間想定では一人の職員でどの位の人数を避難させられるかを検証し、合わせ緊急連絡網の実施訓練も行っている。   |                   |

| 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>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                   | 声掛けには普段から注意し適切な声掛けの研修も行っている。                      | 挨拶は敬語で行い言葉遣いに気を付けるようにしている。トイレ介助ではドアは必ず閉め、お風呂介助ではバスタオルを必ず体に巻く等、親しい中でも馴れ合いにならない介助に心掛けている。利用者への声掛けは家族に確認の上、基本的には「苗字」にさん付けでお呼びしているが希望で名前を及びすることもある。言葉遣いで気になる職員いた場合にはその都度注意している。  |                   |
| 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                     | 例えば衣類の選択など、選んでいただく支援を行うよう取り組んでいる。                 |  |                   |
| 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 | 共同生活の中においても個別ケアを大切に支援をおこなっている。                    |  |                   |
| 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                                  | ご本人本意で行えるよう支援している。                                |  |                   |
| 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     | 食事の盛り付け、野菜の皮むき、味見、おぼん拭き等一緒に教えていただきながら行っている。       | 全介助の方が若干名いるが他の方は自力で食事が出来る状況である。献立と食材は配食会社の物を使い、利用者の好みに合わせ味付けをしてお出している。職員も同じ物を一緒に食べ楽しい食事に心掛けている。おやつはホームで利用者と共に「おやき」、「ホットケーキ」等を作り楽しんでいる。お手伝いは利用者の力量に合わせ野菜の下準備、片付等に参加している。忘年会には「なべ料理」を楽しみ、年末には「おそば」、正月には「松花堂弁当」等、行事食をお出しし、敬老会には寿司職人を呼び「にぎり寿司」を楽しんでいる。また、誕生日にはケーキを作りお祝いしている。 |                   |
| 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          | 食事量の把握、調節は常に行っている。献立は専門業者のものを使用。                  |  |                   |
| 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                   | 毎食後口腔ケアをおこなっており、必要な方は提携の歯科医院より歯科衛生士による指導もおこなっている。 |  |                   |

グループホーム川中島

| 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                             | 排泄パターンの把握につとめ、その方の習慣を把握し、トイレでの排泄が続けられるよう支援している。             | 一部介助の方が三分の二ほどおり、自立と全介助の方が若干名ずつという状況である。起床時、毎食後、就寝前を基本に各利用者のパターンに合わせ声掛けを行い定時誘導し排泄に繋げている。排便については排泄表を作成し排便チェックを行い、牛乳や水分の摂取も進めスムーズな排便に繋げている。今後、排尿についても排泄表に記入しきめ細かな支援に取り組んで行こうとしている。   |                   |
| 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   | お茶の時間の飲み物をその方に合わせ工夫したり、ご飯前の体操をおこなうなど取り組んでいる。                |   |                   |
| 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                       | 入浴回数にはこだわらず希望に沿うようにしている。声掛けに工夫はしているが、無理にすすめすぎたりはしていない。      | 一部介助の方が三分の二ほどおり、自立と全介助の方が若干名ずつという状況で、週2回入浴を行っている。お風呂好きな利用者がおられ週5回お風呂を楽しんでいる。拒否の強い方がいるが話題を変え気分が起こらないよう気を付けお風呂にお連れし対応している。「菖蒲湯」や「ゆず湯」などで季節のお風呂も楽しんでいる。  |                   |
| 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  | ゆっくり夜間休めるよう、その方のリズムに合わせて午睡をしたり体を動かしてもらったりと工夫している。           |   |                   |
| 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   | 薬の副作用については書面と口頭で行い、服薬介助は統一したやり方で行っている。                      |   |                   |
| 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                            | モップ掛けや新聞をたたむ、廊下のカーテンの開け閉め等小さなことでも役割を持ち続けられるよう支援している。        |   |                   |
| 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支援している | 毎日外に散歩に出掛けるかたにも対応することができている。みなで外出の際にはボランティアの方の協力も得ながら行っている。 | 自力の方が半数ほどで、手引き歩行と歩行器、車イスの方が数名ずつという状況である。冬場はホームの中庭を見ながら廊下を歩き機能低下しないよう体を動かしている。季節が良くなると日常的に近くの公民館までの散歩コースを15分位歩いている。また、ホーム中庭のウッドデッキに出て外気浴も楽しんでいる。3月には「いちご狩り」、春には「お花見」、秋には「紅葉狩り」に出掛け、外出時には「回転すし」等の外食も楽しんでいる。天気を見て随時少人数に分かれドライブに出掛け、気分転換を図っている。 |                   |

グループホーム川中島

| 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  | 現在、ご自身でお金を所持している方はおられない。                                      |   |                   |
| 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   | 年賀状等お手伝いさせていただきながら支援している。届いたお手紙は直接ご本人の渡したり、代読をさせていただいている。     |   |                   |
| 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 | 川柳の書かれた掛け軸を飾ったり、楽しんでいただけるよう工夫している。フロアは明るく、他は適度な明るさになるようにしている。 | 広いウッドデッキのある中庭を囲むように各居室とホールが配置されており、日当たりも良く明るく快適に生活している。ホールの脇には小上がりのスペースがありコタツが置かれ、昼寝スペースとしても利用されている。ホールで「風船バレー」、「キャップ積み」等のゲームを楽しみ寛いでいる利用者の姿が見られた。 |                   |
| 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  | 冬はこたつですごされたり、温かい日は中庭で日向ぼっこをしたり個々の好みに合わせるよう工夫している。             |   |                   |
| 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   | 居心地よく過ごせるよう、なじみのもの等ご用意いただけるようご家族様と話し合い行っている。                  | 洗面台と大きなクローゼットが備え付けられた居室内は綺麗に整理整頓されている。ハンガーラック使用の方が多く、好きな衣類が沢山あり、綺麗に整理されている。趣味のキーボードを持ち込み演奏されたり、家族の写真やテレビ、仏壇等を置き自分の空間を作り、自由に生活している方もいる。            |                   |
| 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   | 平屋で回廊式になっており場所に迷うことが少ない。また夜間トイレにお一人でいかれる方用に導線を用意するなど工夫している。   |   |                   |