

# 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   | 2772600959    |            |            |
| 法人名     | けいはん医療生活協同組合  |            |            |
| 事業所名    | グループホームみどり    |            |            |
| 所在地     | 大阪府門真市城垣町2-33 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成31年12月1日    | 評価結果市町村受理日 | 平成32年1月23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 |  |
|----------|--|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階               |  |  |
| 訪問調査日 | 平成31年12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)】

法人内診療所、組合員との連携の下で、家族・組合員・地域住民・保育園の園児達との交流を深め、安心・安全な介護をすすめ、楽しく生活して頂いている。グループホームみどりが『終の棲家』になるようにとの希望が家族様からも強く、医療・介護がしっかりと連携し、最期までその方らしく『あんばい』よく過ごして頂けるよう努力している。またグループホームのフロアで、1日3名までデイサービスも行っており、外部からの交流がある事で外からの情報が利用者にも入り、良い刺激となっている。デイサービスを利用しながらグループホームを待機することもできるので、入れ替わりがあった際も混乱なくスムーズに生活して頂く事ができる。

## 【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)】

当事業所の強みは1階に併設する「みどり診療所」(利用者全員のかかりつけ医)のサポートによる医療支援体制である。調査当日もコールがあればすぐに看護師が上がって来て、当該利用者の容態を確認している。また終末期における支援も診療所の医師が対応してくれる。その意味で、職員は介護に専念でき、介護サービスの質の向上をすすめている。次の強みは、経験豊富な職員が多い事である。調査当日も3人の職員が阿吽の呼吸で、無駄のない、効率的な動き(調理の準備、入浴支援、レク活動)である。家族と事業所との連携が取れていて、行事や運営推進会議、家族会への参加等、家族が事業所の運営を側面から応援する良好な関係が構築されている。「認知症デイサービスにじ」の利用者も日中はグループホームの利用者と一緒に過ごす等、入居の利用者にとっても良い刺激になっている。

## 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)       | ○                     | 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                      | 『「あんばい」よく暮らす』を理念として、日常生活をあんばい良く過ごして頂けるように皆で取り組んでいる。  | 理念を「あんばい」よく暮らす、という短い言葉で表現しているが、職員は表現の狙いの意味するところを全員でよく考えて、日常の利用者への介護を通じて、入居以前のような家庭的な暮らしの具現化に努めている。  |   |
| 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                      | 近くのコンビニエンスストアへの買い物、まちかどデイへの参加、地域の祭りに参加するなど、積極的に地域と交流している。また年に2回、地域の方と消防訓練も行い、防災意識の共有にも努めている。 | 地域医療を行っている診療所(1階)と小規模多機能事業所(3階)を併設しているので事業所全体として地域との交流(ボランティアや医療生協の組合員など)に努めている。地域の祭り(産土神社だんじり)や街かどデイに参加して日常的に交流している。梶中学校の体験学習への協力も行っている。 |   |
| 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                    | 地域の方から要望があれば、地域の会場を借り、認知症の学習会やクイズなどを行っている。   | /   | /   |
| 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 | GHみどりは、家庭的な雰囲気であると好評を頂いている。なお一層、家族との関係を深める為、外出行事に力を入れ家族の協力を頂くよう、取り組んでいる。                     | 地域住民の代表、地域包括センター、薬局(知見者として)及び家族も参加して、併設の小規模多機能事業所「はすね」と合同で開催している。薬の管理方法についてなどテーマを設けて地域との意見交換が行って事業所の運営に活かしている。                            | グループホーム、小規模多機能合同で行う運営推進会議は、認知症高齢者ケアに関する情報発信の場としてさらなる活用を期待したい。 |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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           | 市町村の行っている介護巡回相談で、サービス運営上の意見を頂いている。また、生活保護受給者の生活状況等を担当者に詳しく報告し、連携に努めている。                      | 利用者に関する行政への相談事項(社会的扶助に関すること等)、事業所運営状況の報告、入居相談等、行政との積極的な情報交流に努めている。  |   |

| 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   |
| 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 | 学習会を通じて身体拘束をしないケアについて学習し、取り組んでいる。  | 職員は身体拘束の影響を日ごろの実践や研修(法人であるけいはん医療生活協同組合が主催する)で理解しており、適切な対応・処置が行われている。帰宅願望のある利用者には見守りを徹底して、声掛け等の事前の対応を行って気持ちを落ち着かせている。                                    |   |
| 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      | 高齢者虐待の学習会や接遇の学習を行い、言葉かけに変化が見られる効果があった。   |   |   |
| 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  | 制度内容については、現在は成年後継人制度を利用している人はいないが、学習会などで制度の学習を行って、スタッフは理解出来ている。                            |   |   |
| 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                       | 契約時には責任者とケアマネが説明し、納得して頂いている。   |   |   |
| 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                   | 家族会をし、意見交換を行っている。また、2ヶ月に1回地域運営推進会議を開催して、家族の方からの意見を頂いている。年に1回実施している医福連の満足度調査をにて色々な意見をきいている。 | 家族の来訪時には職員が快く歓迎して、利用者の暮らしぶりや健康状態を機会を見つけては詳しく報告するなど、家族との連携に重点を置いた運営がされ、家族もそれに応じて協力的である。家族の意見は尊重され、事業所は改善に努めている。「グループホームみどり新聞」を発行して誕生日や行事の様子を写真を入れて伝えている。 | 「グループホームみどり新聞」に事業所の行事予定や運営推進会議の開催予定日などを掲載して家族に伝えたらどうだろうか。 |

| 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 |
| 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                                      | スタッフ会議の中や日常業務内でスタッフの意見を聞き、マニュアルに反映させている。                       | 管理者(室長)は職員との風通しを大切にし、職員が意見を言いやすい職場づくりに努めている。職員間のチームワークが大変に良好である。スタッフ会議での職員による意見提案がある。 |                   |
| 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      | 就業規則に基づいて、就業環境の整備を行っている。                                       |   |                   |
| 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         | 個人面談で、責任者がスタッフのケアを行っている。介護福祉士などの受講料の一部補助が出来る事になった。             |   |                   |
| 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 | 介護保険事務連絡会などに参加し、他の事業所と交流している。                                  |   |                   |
| <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           | アセスメントシートを活用し、本人の生活歴・習慣・好みなどを聞きとり、家族の希望も考慮し、サービスを提供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 |
| 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     | 責任者、ケアマネが本人・家族と面談を行い、困っている事や必要な事をプラン化できるようにしている。  |   |                   |
| 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 | 3ヶ月に1回、待機者の訪問や電話連絡を行い、現状把握をしている。                  |   |                   |
| 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                 | 毎日、洗濯物干しやたたみ物を一緒に行い、共に生活する家族関係をつくっている。            |   |                   |
| 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  | 利用者を交えて家族との交流を心がけている。また面会時に、家族が散歩や衣類の交換をされることもある。 |   |                   |
| 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              | 家族が外出に協力してくれ、外食や墓参りに出掛けている。馴染みの方が面会に来て下さる事もある。    | 家族の協力を得ながら、以前の暮らしでの人間関係や社会、また馴染みの場所等とのつながりが継続できるような支援を心掛けている。また事業所で長年暮らす利用者達には新たな馴染みの関係が出来上がっている。 |                   |

| 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 |
| 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                | スタッフが間に入り交流する事で、一人ぼっちの利用者をなくしている。デイサービスの利用者も交えて、関わり合いを増やしている。   |  |                   |
| 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 | 以前入居していた方が亡くられたが、現在でも家族の方がボランティアで来て下さり、関係が今でも継続している。            |  |                   |
| <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                        | 毎日、お茶タイムの時間に入居者の希望を聞いている。<br>食べたいものを行きたい場所など意見が出れば計画を立てて実施している。 | 入居の時に家族から本人の趣味や嗜好を聞き、入居後の関わりの中で事業所での暮らし方を聞いている。食べたいものを聞き、外食時には本人の思いをフォローするようにしている。 |                   |
| 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                    | 家族面会時に本人の話聞き、生活歴を把握している。  |  |                   |
| 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                                  | 毎月末にケアマネにモニタリングを実施して、現状把握している。変化があれば直ちにカンファレンスを行い、共有している。       |  |                   |

| 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 |
| 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 | 主治医にも情報報告書を作成して指示を仰いだりし、介護計画に反映させている。                    | 介護計画書の作成に当たっては、本人や家族の意向を聞き、職員の意見を参考にすると同時に、かかりつけ医でもある、みどり診療所の医師の意見を取り入れた計画書を作成し、必要に応じて見直しを行っている。作成した介護支援計画書の要点を家族に説明して同意を得ている。 |                   |
| 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                        | 毎日の状況を個人記録に記載している。変化等はカードックスに記載し、毎日の申し送りはフローア一日誌に記載している。 |  |                   |
| 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               | 1階の診療所と連携し、点滴は個室で実施するなど、柔軟な対応をしている。                      |  |                   |
| 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                         | 地域の夏祭りや秋祭りに参加している。                                       |  |                   |
| 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                     | 9名が1階の診療所をかかりつけ医にしているので、随時対処してもらっている。                    | 本人、家族の希望を優先してかかりつけ医による受診を支援しているが、1階が診療所であるので家族には安心感があり、事業所の強みでもある。利用者全員が1階のみどり診療所をかかりつけ医としている。                                 |                   |

| 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 |
| 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                         | 医療連携加算をとっているため、常に看護主任が相談に応じてくれる。深夜でも指示が得られる。また、1階診療所の診療時間内では、相談・受診が可能である。 |   |                   |
| 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 | 近隣の総合病院の地域連合室と法人内診療所との信頼関係が築かれているので、入退院時の情報交換は密である。                       |   |                   |
| 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 | 1階の診療所所長と家族・本人とで終末期について話し合い、スタッフで共有し、居室の雰囲気を作り、最期までその人らしく暮らせるように支援している。   | 開設時より利用者の終の棲家としての終末期支援を視野に入れて来た事業所として、家族と職員が協力して利用者の終末期までを支援するノウハウが蓄積されている。必要に応じて看取りに関する職員研修を行っている。 |                   |
| 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   | 職員によって力量差はあるが、目の届く範囲に掲示板を設置し、AEDの取り扱い等マニュアルを貼り、いつでも誰でも対応できるようにしている。       |   |                   |
| 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   | 消防訓練は年2回実施している。避難器具の使い方も練習している。   | 通報・避難・消火訓練は消防署の指導・協力を得ながら定期的(年間2回)に実施されている。夜間の職員体制は併設(3階)の小規模多機能事業所の夜勤体制もあり心強い関係をつくっている。            |                   |

| 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                    | 業務マニュアルの中に、認知症介護の基本を記載している。学習会の中で人権を尊重する学習をしている。 | 利用者のプライドに配慮し、人格を尊重する支援を職員がお互いに注意しながら行うように接遇委員会等のチェック機能が作られている。個人情報の保護に関するデータの管理も徹底されている。                           |                   |
| 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                      | 毎日の朝のお話の時間に希望を聞き、可能な限り希望に沿うよう努めている。              |  |                   |
| 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 | 朝のティータイムの時に利用者には何か要望をきいて可能な限り対応している。             |  |                   |
| 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                                   | 理美容に関しては2ヶ月に1回、訪問美容をお願いしてカットを行っている。              |  |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている      | 認知度が重度化してきて調理は出来ないが、片付けは一部の可能な方と一緒にしている。         | 朝食は生協で購入したパン食にしている。昼と夜の食事は配食業者からの献立を調加工して提供している。配食業者は試食して美味しい所を選択するようにしている。誕生日などの行事等の機会には別献立で食事を楽しむ機会を作る工夫が行われている。 |                   |

| 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 |
| 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              | 食事形態(キザミ・ペースト・とろみ)、食器も一人ずつに合わせて支援している。                       |  |                   |
| 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に、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       | 個々の排泄パターンをチェックして、個々に合わせたパットを使用し、トイレ誘導、オムツ交換をしている。            | 利用者個々の排泄状況を記録し、リズムやパターンを把握しながら、自立した快適な排泄習慣の維持に努めて、タイミングの良い声掛けをしてトイレ誘導を行っている。トイレでの排泄が出来る生活がより長く継続できるように心掛けている。                |                   |
| 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                       | 牛乳やバナナ、ヨーグルトで自然排便を心がけている。排便マイナス何日目に下剤を服用するのか医師と相談し、悪化を防いでいる。 |  |                   |
| 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 | 日中に2日おきを基本に入浴して頂いている。便失禁で汚れた時や、入りたいと希望がある際には適時入浴して頂いている。     | 週に2回の入浴を基本としている。体調管理に配慮した日程で入浴支援が行われている。利用者が落ち着いてゆっくり入浴できるように、職員体制も考慮しながら、本人の希望に沿った入浴介助に努めている。体調により清拭やシャワー浴に切り替えて清潔維持に努めている。 |                   |

| 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 |
| 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   | 1日の中で、午前もしくは午後に居間で休んで頂いている。特に室温に気を付け、ゆっくり休んで頂けるよう心がけている。 |   |                   |
| 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  | 診療所・薬局と連携を取り合って、全スタッフがカードックスを見ながら内容を把握している。              |   |                   |
| 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                             | 歌レクや健康体操(ラジオ)、フロア一歩行や散歩をしている。                            |   |                   |
| 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 | 家族が面会時に一緒に外出をしたり、朝のティータイム時に希望を聞いて実現できるようにしている。           | 家族の協力も得ながら、本人の希望、体調、天候、気温と相談しながら戸外の空気に触れる機会ができるだけ多く作るように努めている。季節の外出や外食、コンビニ買い物等も利用者の楽しみとなっている。50メートルほどの距離に神社があり初詣に出かける。 |                   |
| 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                             | 買い物や喫茶店への外出希望時、ご自分でお金も持って支払われている。普段は金庫預かりにしている。          |   |                   |

| 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 |
| 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   | 家族に連絡したいなどの要望にはできるだけ応えている。  |   |                   |
| 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 | 玄関前に行事予定を記入し、家族にもお知らせしている。中庭から太陽の光が入り、心地良い空間を作っており、季節の花を植えたりして楽しんでいる。 | 廊下、居間、食堂のスペースに余裕があり、吹き抜けの中庭からの自然な採光も気持ちが悪く感じさせる。周回できる廊下は運動不足の解消にも利用可能である。家庭的な雰囲気壊さない程度の季節の飾りつけ(クリスマスなど)がされている。トイレの表示も判りやすい。 |                   |
| 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  | ソファを用意しており、気の合った利用者同士過ごせる様工夫している。                                     |   |                   |
| 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  | 家族の写真や仏壇、タンスなどを持って来られ、居心地よく過ごせる様工夫している。                               | 居室の整理整頓が行き届いている。居室が広いのでゆったりと落ち着ける雰囲気がある。仏壇や馴染みの家具や家族の写真等を持ち込んだり、敷物を敷いたりして居心地良く過ごす部屋作りに工夫がみられる。                              |                   |
| 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   | 自室前には写真を貼って理解してもらっている。  |   |                   |