

平成 27 年度

### 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   | 0272501073             |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 貴望会             |            |  |
| 事業所名    | グループホーム みほの            |            |  |
| 所在地     | 〒039-4141 上北郡横浜町字三保野54 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成27年9月27日             | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 | 公益社団法人青森県老人福祉協会                       |  |  |
| 所在地   | 〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年10月16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)】**

利用者1人1人に向き合い、「望む生活とは何か」を様々な視点から考え、取り組み前後の利用者の変化を見ている。職員は、取り組みを通して認知症ケアのあり方に気づけるよう日々トレーニングしている。利用者の思いを引き出し、活気のある生活を送れるよう支援している。

**【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)】**

外部研修から取り入れた利用者を「探求」する取り組みが、利用者の生活向上と職員の接遇向上の実現に役立っている。職員間で利用者の情報を共有し、課題に向け全職員で取り組む姿勢が強く感じられる。その結果、個別ケアの推進と利用者の日常生活動作の向上に繋がっている。事業所内の風通しがよく、職員が生き活きと働いており、介護職員としてやりがいを感じている職員が多く、明るさに満ち溢れた事業所である。

**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<br>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<br>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ます<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<br>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<br>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<br>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<br>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りや深まりがあり、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. 全くいない           |
| 59<br>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<br>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<br>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<br>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<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている<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<br>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<br>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    |   |  |

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  | 年間目標を掲げ、達成するために2ヶ月に2人ずつ本人の望む生活について掘り下げ探究し、職員、利用者の資質向上に努めている。                                    | 外部研修で学んだ様式を基に、利用者の思いを「探求」する取り組みを行っており、個別の利用者の思いを汲み取り生活に反映している。全職員が年間目標を意識しケアを提供しており、毎日はもちろん1週間毎で職員間でケアの振り返りを行い、毎月のカンファレンスで再度職員間の共有に努めている。 |                   |
| 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  | 町の老人クラブ共催のグランドゴルフに参加し、地域の方に血圧測定と水分提供を行っている。また、利用者も競技に参加したり見学し、知人とふれあう機会がある。                     | 地域の社会福祉協議会や老人クラブとの交流から、地域で開催しているレクリエーションに利用者や職員が一緒に参加している。また、地域の夏祭りにも積極的に参加しており、事業所で行われる敬老会には社会福祉協議会職員が参加したりと、日常的に相互交流し、協力している様子が伺える。     |                   |
| 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  | 外出の機会を多くし、町の温泉に出掛けたり商店に買い物に行くなどし事業所の支援方法のPRとなっている。  |   |                   |
| 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                                     | 2ヶ月に1回開催し、事業所の現状における課題について意見を出していただき、それを全職員に周知し現場で活かしている。                                       | 2か月に1回定期的に開催されており、毎回参加者から事業所に対する意見をいただき、ケアに反映するよう努めている。隣接している特別養護老人ホームの施設長も参加していることから、会議内容は法人全体で共有して、ケアの向上に役立っている。                        |                   |
| 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  | 行政、ケアマネジャー、地域内の介護サービス事業所で定期的な会議を開催し情報交換し連携を図っている。   | 町役場職員やケアマネジャーとは、法改正の都度情報交換を行い、連携している。また、ケアマネ会議として、町内にある居宅事業所等と毎月1回意見交換の場を設け、事業所同士の連携を強く持っている。   |                   |
| 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 | 施錠解除し、現在は行っていない。身体拘束者は、家族から了承を得て最低限の時間で行っている。また、職員の言葉による制限が精神的拘束につながる場合もあることについて勉強会のテーマとして開催した。 | 玄関の施錠は、夜間のみ実施している。身体拘束については、現在は行っていないが、引き続きより開放的な事業所作りを目指しており、身体拘束や言葉の抑制等について、定期的に職員間でグループワークを用いて、利用者の気持ちになって話し合いをし、ケアの向上に努めている。          |                   |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                      | 行動の制限も虐待につながることを常に意識し、毎日のコミュニケーション対応チェックシートの項目の中に組み込み評価している。                                    |   |                   |

| 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 |
| 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    | 1名の方が成年後見制度を利用している。全職員が対応できるよう申し送りし、知識習得に努めている。  |  |                   |
| 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                         | 重要事項説明書、契約書に基づいて御家族にわかりやすいように説明し同意を得ている。改訂時は御家族に資料を郵送し質問に対して全職員が対応できるように周知徹底している。                |  |                   |
| 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並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                      | 利用者の些細な声、御家族からの意見で苦情と捉えられるものを苦情として挙げ検討会議を行う。また、法人全体の苦情処理委員会、第三者委員会で検討している。運営推進委員会のときもその都度報告している。 | 苦情ポストを設置しているが、投函はない。利用者からの些細な声を聞き流さず苦情と捉え、接遇や介護技術を振り返る機会を意識的に設けている。また、挙げた苦情については、法人全体で共有しており、改善に向けた体制が構築されている。                                       |                   |
| 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                                      | 月1回カンファレンスを開催し、全職員が公平に意見を言えるよう配慮している。現場の意見は、介護主任が施設長や管理者に報告、連絡、相談している。                           | 毎月開催される会議では、利用者の処遇や日頃の業務や労働環境など小さい事でも、意見を振り下げるような取り組みを、介護主任が率先して構築している。その結果、職員からは会議内で様々な意見が挙がっており、挙げた意見は管理者や特別養護老人ホーム施設長に必ず報告する事によって、事業所の活性化に繋がっている。 |                   |
| 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      | なるべく定時で退勤できるようにしている。1人1人が責任感を持てるよう役割分担をし達成感、やりがいを持てる機会を作っている。                                    |  |                   |
| 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         | 利用者1人1人の望む生活とは何かをテーマに、日々の暮らしの中で認知症ケアについてトレーニングスキルアップに努めている。                                      |  |                   |
| 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 | ケアマネジャー会議に参加し同町内のグループホームと情報交換している。外部研修においても情報交換の機会がありサービス等の参考にしている。                              |  |                   |

| 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 |
| <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>サービスの利用を開始する段階で、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 | 本人に寄り添い、孤立することなく利用者同士交流を持てるように職員が仲裁に入りコミュニケーションを図っている。また、会話の中から利用者の思いを察知したり、思いを引き出すような投げかけをし対応している。 |   |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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            | 御家族との連携を密にし安心していただけるよう事業所の取り組み内容とその結果、今後の方針などこまめに報告している。  |   |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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        | 本人と家族の要望に応じるため、課題に対し事業所で何を行うべきか、事業所ができることは何か、優先順位はどうかなど常に考え対応している。                                  |   |                   |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                           | 個々のできることを探り、実践しながら役割を与え、一緒に協力しながら生活している。  |   |                   |
| 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置かず、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            | 御家族とのふれあい会や夏祭り等で御家族の協力を得ている。連絡を密にし御家族と一緒に利用者を支えていけるよう努めている。   |   |                   |
| 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                        | 個々のニーズに合わせ、外出したり馴染みの場所に行く。また、友人と温泉に行っていて日課を今でもおこなっている。それを継続し繰り返すことで徐々に思い出し心が生き活きとするようつとめている。        | 掘り下げたアセスメントから得た情報を基に、利用者が自宅で生活していた時の馴染みの場所や友人と交流する機会を積極的に設けている。家族や友人の協力も得ながら、地元のスーパーへ買い物に行ったり、友人と毎週温泉に出かけたりと、個別に配慮した支援が実施されている。 |                   |
| 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                    | 利用者の個性に合わせ席の配置を工夫したり、常に職員が状況を見て孤独感を感じさせないよう気配りしている。   |   |                   |

| 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                     | 退所後も御家族から現状報告があったり、相談に応じている。ニーズに対し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   | 本人の望む生活について探究し、様々な視点や日頃の暮らしの中から分析し本人の思いに添えるよう取り組んでいる。                         | 利用者を探求し、得た情報を毎日のケアに活かしており、課題があればその都度介護主任と話し合い、解決に向けた取り組みを行っている。常により良い生活の提供に向けて、職員全員で利用者の思いの把握に真剣に取り組んでいる。 |                   |
| 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                                       | 本人と回想法を活用し会話する。その中から生活史を探ったり、御家族の協力を得て情報収集している。                               |   |                   |
| 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   | 日々の暮らしの中で気づいたこと、潜在能力は毎日の気づきノートと通じて情報共有し把握に努めている。                              |   |                   |
| 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 | 計画担当者と居室担当でミニカンファレンスを行い評価し、全体のカンファレンスで周知している。御家族の面会時、近況を報告しその時の御家族の意見も反映している。 | 全職員で一人の利用者をアセスメントした情報と家族の意向をケアプランに反映している。また、月1回、もしくは状態変化時には家族へケアの内容を報告し、その都度、家族の意見を聞いた上でケアの見直しをしている。      |                   |
| 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                        | ケース記録、気づきノート、探究ノートを活用し情報共有している。   |   |                   |
| 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               | その時の状態に応じた柔軟な対応をしている。利用者の望む生活を最優先し臨機応変に努めている。                                 |   |                   |

| 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  |
| 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                                       | 近くの温泉や商店に出掛け地域住民とふれあっている。ボランティアの方が来訪し紙芝居の読み聞かせしてくれる。  |   |  |
| 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                                   | 本人及び御家族の希望のかかりつけ医を受診している。利用者の状態により変更する場合は、その都度本人、御家族がかかりつけ医を選択できるようわかりやすく説明し情報提供している。           | 基本的には、入居前と同じかかりつけ医を継続して受診している。受診の付き添いは、事業所に対応し、受診内容は家族へ報告している。状態変化があつて、主治医を変更する場合には、事業所のかかりつけ医の概要を説明し、納得していただいた上で、変更する事もある。         |  |
| 31 |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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                        | 異常発見時、身体状態にわずかな差異を感じた時も看護師に報告し指示を仰いでいる。通院後結果は、看護師に報告すると共に全職員で情報共有している。                          |   |  |
| 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、また、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。 | 御家族、病院関係者と連絡を密にし担当者会議を開催し経過など情報交換をし早期退院できるよう努めている。また、ADL低下、廃用性症候群を引き起こさないよう本人のできることなどを情報提供している。 |   |  |
| 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   | 寝たきりでも住み慣れたグループホームで過ごせるよう支援する方針です。終末期の研修会を開催したり、死生観に対応できるよう日々探究し終末期の土台作りをしている。                  | 現状の体制として、看取りケアを提供していく事は難しく、状態変化が見られ重度化してきた際には、家族と相談の上、地域の事業所と連携した対応をとっている。事業所としては看取りケアに向けた勉強会を外部講師に依頼して事業所内で実施しており、体制作りには積極的な姿勢である。 |  |
| 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   | 事業所内にAED設置し定期的に救命講習を受け全職員が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   | 法人全体で災害対策委員会を設立し検討している。また、年4回避難訓練と通報訓練を実施している。  | 敷地内にある特別養護老人ホームと一緒に、年4回避難訓練を実施しており、消防署職員も毎回参加し、適宜助言をいただき、改善に役立っている。   | 現在は避難訓練開催時に地域住民は参加していないが、より地域と事業所が協力していけるよう、事業所から地域に働きかけ、訓練に対して協力いただけるような取り組みに期待したい。 |

| 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) | ○一人ひとりの人格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                 | 自尊心に配慮したケアを職員間で検討し実施している。傷つけないよう過度なコミュニケーションはせず、状況に応じてジェスチャーで対応している。                                       | 自尊心を大切にし、排泄に関するケアの際は、声掛けだけで関わる事なく、本人の言動を探求した上で、排泄に関する言動を見極め、対応しており、利用者の日常生活動作の向上に繋がっている。                                 |                   |
| 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                      | 会話の中から何を思い、本心はどうか表情や仕草から読み取り自分の思いを表現できるよう寄り添っている。自己決定できるようわかりやすく説明したり、現物を見せて選択できるよう支援している。                 |  |                   |
| 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 | 就寝、起床時間は本人のペースに合わせている。業務優先にならないよう意識し柔軟に対応している。   |  |                   |
| 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                                   | 髪の毛の長さなど本人のこだわりを尊重している。整髪時には、希望を聞いて編み込んだりする。月1回理容店が来訪するほか、個々のかかりつけの理容店を利用している。衣替えも居室担当者が責任を持って利用者と一緒にしている。 |  |                   |
| 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      | 昼食、夕食準備は職員と一緒にしている。また、困難な方は、座って出来る食材切り、盛りつけを行う。職員も利用者と同じ食事内容と時間を共有している。                                    | 朝食以外利用者と一緒に準備から調理、配膳を実施している。台所で調理する方や、リビングで盛り付けする方など、個別に合わせ様々な支援をしている。職員も食事は利用者と同じテーブルで食べており、利用者の表情を見ながら食事に対する思いを確認している。 |                   |
| 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           | 献立は栄養士が作成している。10時、15時には本人の好きな飲み物を提供し、水分摂取量が少ない方には手作りゼリー等工夫し提供している。1日の水分量1500mlを目標に取り組んでいる。                 |  |                   |
| 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                    | 毎食後口腔ケアを行っている。個々の力に応じることができることは行ってもらい、介助を必要とする方にはガーゼ使用し口腔ケアしている。義歯は、週1回洗浄液に浸けている。                          |  |                   |

| 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 |
| 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向けた支援を行っている                               | 個々の排泄パターンを把握し、さりげない声掛け、ジェスチャーを用いて本人のタイミングに合ったトイレ介助を行っている。自尊心に配慮した支援を行っている。 | 自尊心を大切にされたケアの一環として、利用者から得た情報を基に、排泄リズムを把握したうえで、個々の排泄ケアを実施している。また、おむつを使用しないケアを推進しており、個々のリズムに合わせてトイレへ案内している。      |                   |
| 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   | 排便確認を毎日行っている。毎朝乳製品摂取し整腸に努めている。水分摂取量にも気を付けている。毎日、昼食前ラジオ体操で全身運動を行っている。       |  |                   |
| 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てしまわずに、個々に応じた支援をしている                         | 希望があれば毎日入浴できる体制を整えている。希望者は町の温泉に出掛け入浴している。                                  | 個浴や機械浴の体制が整っており、個々の状態に合わせた入浴支援を実施している。また、毎日入浴できるよう職員配置をしているので、利用者の意向に合わせた対応をしている。                              |                   |
| 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  | 強い日差し防止、室内温度の調節を心がけている。寝たきりの方の居室にはエアコン、加湿器設置し快適な空間作りを努めている。                |  |                   |
| 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   | 服薬目的を理解し、服薬介助している。誤薬防止のため2人の目で確認を行っている。                                    |  |                   |
| 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                              | 本人のできることを探り、負担にならないよう職員と一緒にしている。本人が責任とやりがいを持て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。また、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 | 希望時は職員と一緒に買い物に出掛けている。行事に家族と外食をする機会を設け、家族の協力を得ている。                          | 入居前の情報を基に、個別に外出会の企画を立て実施している。また、前もって家族へも外出会のお知らせを伝え、家族と一緒に外出する機会を設けている。重度化してきた利用者でも、自宅付近へ外出する等、きめ細かい支援がなされている。 |                   |



| 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 |
| 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  | 希望者にはおこづかい程度所持してもらい、職員が残金を把握している。事業所管理しているものは、いつでも使用できるようにしている。              |  |                   |
| 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   | 電話は常時使えるようにしている。また、希望時は手紙の代筆支援を行っている。  |  |                   |
| 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 | 季節、行事ごとに利用者と共に装飾作成を楽しんでいる。プランターでの野菜作り、花植えをし成育を楽しみとして行っている。                   | 利用者の性格に合わせ、季節に応じた装飾を利用者と一緒に作成し設えている。また、プランターで野菜や花植えを楽しんでおり、利用者同士の交流の場としても機能している。 |                   |
| 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  | ホールにソファを置き好きな場所で休み、利用者同士自由に過ごせるようにしている。                                      |  |                   |
| 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  | テレビ、ソファなど馴染みの物を持ち込み家族とくつろげる空間を作り、心地よく生活できるよう配慮している。                          | 入居前に家族と話し合い、馴染みの家具の持ち込みを勧めている。入居後も本人の様子を見ながら家族と協力し、居室内の環境整備を行っている。               |                   |
| 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」や「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  | 日常的に使用する物の置き場所は本人の手の届く所に保管し危険がないよう見守りしている。自分の居室とわかるように目印をつけており、本人の目線に合わせている。 |  |                   |