

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     | 塩釜市松陽台3丁目25-20 |  |  |
| 自己評価作成日 | 令和年 12月 1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.jp/">http://www.kaigokensaku.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 | 令和 1年 12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『待つこと』心がけており、安易な介助では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。利用者様の健康管理については在宅時からのかかりつけ医を継続して受診していただき、書面や電話による情報提供で連携を維持しながら健康管理に努めています。訪問歯科を導入し口腔ケアと定期受診を実施。誤嚥性肺炎の予防にも努め、おいしく食べることが出来るように配慮しています。

【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)】

塩釜市の北部、山手の郊外の静かな住宅地に、1ユニットのホームがある。「入居者の笑顔が職員の喜び」の理念で、職員は笑顔で接し入居者の生活能力を維持できるよう、「手を出し過ぎない」支援に努めている。職員は入居者の思いを汲み取り、入居者のペースに合わせたり、入居者は食堂で仲間と寄り添い談笑している。食堂から自由に行き来できるテラスも憩いの場となっている。

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)   |
| 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)                     |
| 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) |
| 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、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 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                                       |
| 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                                   |
| 62  | 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) | ○ 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 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  | スタッフにより意識の違いがあるので、理念の共有が出来るように、日々の業務や会議で振り返り再確認をしている。                | 「一人ひとりのペースを大切に」「役割をもって家庭生活」「地域とのふれあい」を理念としている。食事、排泄、入浴等に手を出し過ぎない介助で自立維持に努めており、入居者の笑顔を職員の喜びとしている。            |                   |
| 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  | 町内会行事などへの利用者参加は継続しているが、事業所・地域との交流は出来ていない。                            | 元同僚や友人が面会に訪れる。町内の盆踊りに参加し、踊りの輪に入居者も入って楽しんだ。カラオケ、踊りの演芸会を見に行く。ホーム周辺の散歩の時、知り合いと会い、野菜や苗等をもらった。                   |                   |
| 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  | ホームからの積極的な働きかけは行っていない状況。   |   |                   |
| 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                                     | 運営推進会議ではホームでの様子や困難事例等、主に報告のみにとどまり、質疑応答はあるがサービスの向上につながるような話し合いは乏しい。   | 年6回開催し、市職員、地域住民、家族、入居者が出席している。入居者の状態や事故報告をしている。夜間眠らない人の睡眠剤導入についてや幻視症状、浮腫への対応等を、市職員の保健師と意見交換した。              |                   |
| 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に取り組んでいる   | 利用者様やご家族様に関する問題が生じた場合、担当部署(長寿社会課・保護係)に報告・相談をしている。                    | 転倒等の事故報告をしている。介護保険認定調査の医療情報や介護報酬単位の確認をした。事例検討等のケアマネ研修会や事業者連絡会の案内があり参加した。生活保護の入居者について情報交換をした。                |                   |
| 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 | 日中の時間帯では玄関を開錠している。身体拘束になりうる事例の発生時には代替え案を模索する方向で話し合いを行っている。           | 委員会を立ち上げて、研修会を実施し、目標達成計画を達成した。外出しようとする人には一緒に付いて行く。居室から外へ出る傾向の人の掃き出し口に安全上補助鍵を付けている。ケアに移る前に心の準備ができる声掛けに努めている。 |                   |
| 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                                     | 関連法に関する勉強会は実施していない。虐待防止の資料を作成し掲示している。また、日常の中で利用者にし連れの無い対応をするようにしている。 |   |                   |

| 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 |
| 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    | 制度の理解を学ぶ場を提供できていない。                              |   |                   |
| 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                         | 入所時に説明し理解を求めている。また、面会時等に家族からの質問に回答するように努めている。    |   |                   |
| 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                     | 家族の面会時やケアプラン更新時に意見や要望を聞き、ケアに反映させている。             | 「足が冷たいので暖かくして欲しい」にレッグウォーマーで対応した。「食事が遅いので、ある時間で切り上げて下さい」には、家族に説明し時間を掛けて食べるよう支援している。入居者の好物の差し入れがある。 |                   |
| 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                                      | 定例会議で全スタッフより意見を求めて、プランの評価やケアの方法について検討・実施している。。   | 嚥下状況から食事形態を検討した。食事介助用スプーンを市販の製品を使いやすく加工した。「夜寝る前に風呂に入りたい」という人がおり、職員間で検討している。                       |                   |
| 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      | 処遇改善加算を原資に、スタッフの実績を検討し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         | 外部研修には参加できていない。日常業務の中で介護技術の実践、意識の向上を目指した指導をしている。 |   |                   |
| 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 | 全く出来ていない。  |   |                   |

| 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>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 | 入所初期の段階から、事前の基本情報をもとに本人の思いや要望に耳を傾け、信頼関係を築けるよう努めている。                       |   |                   |
| 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            | 入所前の実調や入所後の面会時などに家族の要望・思いなどに耳を傾けている。                                      |   |                   |
| 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        | 問い合わせ・見学の際に入所以外の可能性があれば情報提供を行い検討していただくように努めている。                           |   |                   |
| 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                        | 利用者の状況に応じて、できる範囲での家事全般を分担して、利用者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、衣替え等協力を求めながら関係を築けるように努めている。   |   |                   |
| 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                     | 家族や親類とも関係は維持できているが友人・知人との交流は関係は希薄になってきていて、関係維持は一部に限られている。                 | 美容院へ息子に連れていってもらう人がいる。「港祭り」は暑い季節なのでテレビで見物し、冬の火伏せ祈願の「帆手祭り」に出掛けた。盆に墓参りや県外に外泊する人もいる。散歩の神社が馴染みの場所となっている。 |                   |
| 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                 | 生活の中で利用者同士が、気遣い・助け合うことができるように支援している。孤立しがちな利用者にはスタッフが間に入り関わりが持て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                    | 長期入院等で退所された利用者にはお見舞いをかねて訪問しお話を伺うよう努めている。  |   |                   |
| <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   | 普段の生活の中で会話や表情から思いを汲み取るように努め、その人の状態に合わせた支援をしている。                                 | 口をパクパクは食事の催促のサインである。レクリエーションや掃除に、気持ちが乗らない人の意思を尊重する。好きな民謡、歌番組、時代劇の録画を楽しんでいる。馴染みの梅宮神社に散歩に行っている。   |                   |
| 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                                       | 入所時の情報提供や実調で得たものを、入所後には家族や本人の会話の中から把握するよう努めている。                                 |   |                   |
| 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   | 日常生活の中での仕草や言動に注意しながら見守りをし、状態の変化やケアを通して把握に努めている。                                 |   |                   |
| 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 | 定例会議で全職員からプランの実施に対する評価・改善点等の意見を求め、ケアマネを通じて本人やご家族の意向を取り入れながら、次のプランに反映できるようにしている。 | モニタリングを毎月行い、介護計画は年2回以上見直している。立ち上がり能力を把握し車イスから手摺歩行等の訓練や、排泄の自立へ向けた計画を入れた。退院後の食事形態の変更を盛り込み、支援している。 |                   |
| 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                        | 利用者自身の様子や変化を、個人記録・業務日誌に記載。特変や問題点・ケア内容の変更があれば申し送りノートへ記載し共有している。口頭で再確認することもある。    |   |                   |
| 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               | ケアプランの内容にとらわれずに、本人や家族の要望や状況を踏まえ、その時々に必要なケアを提供している。                              |   |                   |

| 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                                      | 地域の行事に参加、散歩を通しご近所との関わり等暮らしを楽しむことができるように努めている。  |  |   |
| 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優先し、継続して受診できるよう支援。受診時にはホームでの心身状態や変化を文書とし情報提供としている。必要時には電話での指示を仰いでいる。        | 往診が1名おり、その他の人はかかりつけ医受診で家族が付き添う。受診時にはバイタル表や、食事、排泄状況等の記録を提供する。歯科医が毎月来て口腔ケアを行っており、必要に応じ入れ歯の治療等を行う。      |   |
| 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、病棟を訪ね退院後に安心して生活できるよう相談に努めている。                                      |  |   |
| 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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入所時重要事項説明書で重度化した場合の指針の説明。現時点では看取りは出来ないが、家族や医療機関の応援次第で終末期のケアは可能であること、緊急時は救急搬送することを説明している。 | 重度化し、常時医療行為が生じた場合は、その後の方針について話し合い、病院や他の施設に移ることとしている。重度対応として往診の受診はあるが、看取り介護は行っていない。急変時は救急搬送の体制を取っている。 |   |
| 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  | 急変や事故発生時の対応は説明しているが、定期的な訓練は実施していない。  |  |   |
| 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  | 災害対応の訓練は実施しているが、協力体制は築けていない。   | 夜間想定を含め、年2回避難訓練を実施しているが、反省事項の記録がされていない。住民の協力体制については運営推進会議等で、引き続き働き掛けて頂きたい。                           | 計画は詳しく作られているが、実施後の反省事項が記録されていない。参加職員の所見等、改善すべき事項を記録し、次の訓練に活かして頂きたい。 |

| 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                   | 利用者の状態に合わせた声掛けをし、居室への入室等も本人へ確認するよう心掛けています。排泄介助は他利用者を意識し行っている。                                      | 失禁時は「衣服が汚れているので交換しましょう」と声掛けする。誘導されるのを嫌がる人への声掛けを工夫している。ドアを開けたまま排泄する人がいるのでそっと閉める。居室の出入りは本人の了解を得て行う。 |                   |
| 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                     | 意思決定がしやすいように、本人のレベルや状況に合わせた選択肢を提供している。   |   |                   |
| 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 | レクや家事など全体の声掛けは行うが無理強いことはせずに、個々の希望に添えるように努めている。   |   |                   |
| 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                                  | 本人の意向を優先しているが、極端な厚着や薄着の場合は説明し理解を求めている。家族には衣替えを通じて本人の希望等も伝えている。                                     |   |                   |
| 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     | 状態に応じた食事形態、好みや禁忌に留意し食事提供している。その時々旬のものや誕生日には好みのメニューを可能な限り提供している。利用者様に準備や片付けの一部を手伝っていただき、一緒に食事をしていく。 | 献立は職員が作り、食材は買い出しや宅配である。ホームの畑の作物や近所からもらう野菜等も取り入れ、職員と一緒に食事を楽しんでいる。入居者は地元の人が多く、好物は刺身であり、行事食等で楽しむ。    |                   |
| 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          | 全利用者の食事摂取量を記録。極端に摂取量が少ない場合には代替え食や高カロリー補助食品を提供している。   |   |                   |
| 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                   | 口腔ケアの重要性を説明し、利用者や家族の都合に合わせて月1回の訪問歯科を導入している。毎食後、口腔ケアの声掛け、介助を行っている。                                  |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 利用者ごとの排泄機能やパターンに応じて、トイレへの誘導・声掛け・見守りと一部介助を実施。排泄中は危険のない範囲でドアの外で待つようにしている。   | 日中、車椅子の人もトイレで排泄するよう、2人介助で支援をしている。そわそわしたり、声が大きくなるのが排泄のサインでトイレに誘導する。入居時リハパンの方が職員の声掛けで、布パンに改善した方もいる。              |                   |
| 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  | 野菜を多く取り入れた食事・水分補給・運動を心がけている。排便状況を確認しているが羞恥心がある場合は無理強いないよう心掛けている。便秘の方については観察しその人のパターンを掴むとともに、必要に応じ医師と連携を図り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                        | 一日4～5人、最低でも一日おきに入浴できるように支援している。シャワー浴や足浴など必要に応じて対応。本人の希望に添えるよう心掛けている。  | 週3回入浴する。浴室で、歌を歌ったり昔働いていた頃の話が出る。入浴したくない人に「息子が来るから入ろう」と誘っている。ゆず湯、菖蒲湯、入浴剤等で楽しむ。脱衣所は温風ヒーターで暖かい。                    |                   |
| 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・就寝の時刻は特にこだわらずに利用者ごとのペースに合わせている。体力のない方などは日中の静養も実施している。  |  |                   |
| 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  | 用法・用量についてはチェック表を用いて間違いのないように努めている。利用者の身体・精神状況を、観察・記録して変化に応じて家族や医師への報告、薬剤師への連絡相談を行っている。                                  |  |                   |
| 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                             | 季節や利用者ごとに生活歴や趣味を取り入れ、やりがいや楽しみを見出し、継続でき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に支援している | 個別には状態を考慮してうえで、敷地内の畑やプランターのお世話・草取り。近隣の散歩の機会を設けている。本人の希望を家族に伝え協力を仰いでいる。全体では季節ごとに外出機会を設けている。                              | テラスで日光浴を楽しんだり、天気の良い時は近くの梅宮神社へ散歩する。買い物のドライブや松島の遊覧船で島巡りをする。季節の外出では花見に加瀬沼公園や鐘崎笹かま館、多賀城市のあやめ園に出掛けた。初詣に陸奥総社宮にお参りした。 |                   |



| 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  | 希望者には金銭預かり(有料)を実施し、必要物品等の購入を代行している。自分で小遣いを管理している方には小遣い帳を作成し買い物や金銭管理を支援している。 |   |                   |
| 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   | 利用者の要望で家族や友人等に電話を掛ける支援をしている(相手の都合の考慮して)過去には手紙や年賀状の代筆も行っており、希望時には対応することが出来る。 |   |                   |
| 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 | 自然の風や採光を心がけ、過度な冷暖房にならないように配慮している。季節を感じられる飾り付けや、利用者の作品を共有スペースや居室へ掲示している。     | 天井が高く開放感があり、自然の光を取り入れ明るい。壁に塗り絵や皆で作ったクリスマスの飾りを飾っている。壁の高いところに、入居者ごとの氏名、生年月日、干支、年齢を貼っており、入居者同士で確認しあっている。テラスでお茶を楽しんでいる。 |                   |
| 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  | 共有スペースで一人の場所の確保は難しいが、席の移動や畳スペース等を使い、その時々で居場所を確保できるようにしている。                  |   |                   |
| 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  | 入所時には使い慣れたものやなじみの物の持ち込みを依頼している。また、危険のない範囲内で自室内の様子がえや飾り付けを自由にしていただいている。      | ベッド、整理筆筒、鏡台等使い慣れた家具を持ってきている。壁に写真や誕生カードを飾り、仏壇を持ってきている人もいる。愛用のぬいぐるみ等を並べ替えたりして、自分の部屋として使っている。                          |                   |
| 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」「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   | 「家」であることを意識して、掲示物は必要性低減にしている。居室内は利用者ごとに表札の高さ照明の紐の長さ等を変えている。                 |   |                   |