

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   | 0290300110   |            |            |
| 法人名     | 医療法人 仁泉会     |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 妙水苑  |            |            |
| 所在地     | 八戸市大字妙字分校 43 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月10日  | 評価結果市町村受理日 | 平成29年2月24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 | 社会福祉法人 青森県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 青森県青森市中央3丁目20番30号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年11月17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)】

|                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者一人ひとりの個性と思い大切に、グループホームでの生活を有意義に過ごせるよう支援しています。特に、日々の利用者とのコミュニケーションに力を入れており、家事のお手伝いを職員と一緒にしたり、気軽に職員と散歩や外気浴ができるよう努めています。2ヶ月に1回、認知症カフェ「陽だまり」を開催し、グループホームの役割を地域の皆様へご理解をいただくために、積極的にPRを図っています。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

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   | 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    |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                       |                              | 2. 家族の2/3くらいと  |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                       |                              | 3. 家族の1/3くらいと  |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 4. ほとんど掴んでいない  |     |                                                                       |                              | 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        | 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    |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 2. 数日に1回程度ある   |     |                                                                       |                              | 2. 数日に1回程度     |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 3. たまにある       |     |                                                                       |                              | 3. たまに         |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 4. ほとんどない      |     |                                                                       |                              | 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   | 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) | ○                            | 1. 大いに増えている    |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                       |                              | 2. 少しずつ増えている   |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                       |                              | 3. あまり増えていない   |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                       |                              | 4. 全くいない       |  |  |  |
| 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   | 66  | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                        | ○                            | 1. ほぼ全ての職員が    |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                       |                              | 2. 職員の2/3くらいが  |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                       |                              | 3. 職員の1/3くらいが  |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                       |                              | 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   | 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   |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                       |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                       |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                       |                              | 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   | 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   |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                       |                              | 2. 家族等の2/3くらいが |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                       |                              | 3. 家族等の1/3くらいが |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                       |                              | 4. ほとんどできていない  |  |  |  |
| 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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   |     |                                                                       |                              |                |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                       |                              |                |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                       |                              |                |  |  |  |
|     |                                                    |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                       |                              |                |  |  |  |

## 自己評価および外部評価結果

| 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 |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                                                             |                                                                                                                        |      |                   |
| 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                                                          | 利用者の個別性、地域交流を重視した理念を作成し、職員間で共有を図っている。朝勤務前に職員で理念を唱和している。                                                                |      |                   |
| 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                                                          | 地域イベントへの参加の他、認知症カフェを開催し、地域に根ざした事業所づくりを推進している。                                                                          |      |                   |
| 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                                                        | 認知症カフェでの介護相談の他、随時、施設見学を行っている。ボランティアや実習生の受け入れを積極的に行っている。                                                                |      |                   |
| 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践、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                                     | 運営推進会議では勉強会や認知症カフェの取り組みを紹介している。また、会議のメンバーにいただいた助言等をサービス向上に活かしている。                                                      |      |                   |
| 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                                                | 運営推進会議のお知らせを市担当者に事前に案内し、参加していただいている。認知症カフェの情報を認知症ケアパスに提供させていただいた。また、相談、助言をいただきながら、ケアサービスの向上に努めている。                     |      |                   |
| 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 | 身体拘束について定期的に勉強会を開催し、身体拘束行わないよう努めている。アセスメントを十分に行い、会議で、身体拘束をしないよう介護方法を随時検討している。やむを得ず身体拘束が必要な場合は、家族同意の下、身体拘束ケアプランを作成している。 |      |                   |

| 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 |
| 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       | 虐待防止について定期的に勉強会を開催している。制度を十分に理解し、虐待防止に努めている。                                                                              |      |                   |
| 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 | 日常生活自立支援事業や成年後見制度について、勉強会を開催している。制度の理解と活用について、職員への周知を図っている。                                                               |      |                   |
| 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                      | 契約時は事業所についての説明を十分にを行い、理解を得た上で署名をいただいている。料金の変更等があった場合は速やかに書類を作成し、説明を行った上、同意・署名をいただいている。                                    |      |                   |
| 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                   | 苦情窓口について案内を掲載している。また、家族が意見・要望を寄せやすくするために、「みなさまの声」の書式を再検討した他、寄せられた意見・要望をケアの改善、満足度の向上に役立てている。月1回のお便りにて、利用者の状況を詳細に家族へ報告している。 |      |                   |
| 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                                   | 個別面談や目標管理シートを活用したり、会議で意見・提案を聞き、業務に反映できるよう努めている。出された意見・提案を業務に取り入れ、活かしている。                                                  |      |                   |
| 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   | 目標管理シートで目標、達成度を把握し、勤務意欲、やりがいの向上に努めている。また、できる限り、希望に応じた勤務体制を整えている他、積極的に研修参加を促している。                                          |      |                   |
| 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      | 社内研修、社外研修に積極的に参加を促している。個人の課題に応じた研修への参加を勧めている。                                                                             |      |                   |

| 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 |
| 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 | 協議会の交流会、研修等を通し、他事業所とのネットワークづくりに努めている。また、認知症カフェでは医療機関との情報交換も行っている。        |      |                   |
| <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        | サービス利用前に、本人や家族の要望を十分に確認している。アセスメントを十分に行い、認知症の症状に応じたケアができるよう努めている。        |      |                   |
| 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                   | 入居時の相談は親身に対応し、家族の不安等に耳を傾け、信頼関係が築けるよう努めている。                               |      |                   |
| 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               | アセスメント・モニタリングを十分に行い、認知症の症状に応じた支援に努めている。家族に、急変時や看取りの意向の確認を、面談等で定期的に行っている。 |      |                   |
| 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                                  | 利用者の健康状態や認知症の症状、意欲に応じてケアを提供し、グループホームでの生活の楽しみを共有できるよう支援している。              |      |                   |
| 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                   | 外食イベント、認知症カフェに家族にも参加していただき、情報交換の場をつくっている。遠方に住む家族には、定期的に利用者と電話をする等している。   |      |                   |
| 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                               | 利用者の家族や友人等が気軽に面会に来ていただけるよう、環境を整えている。必要に応じて、手紙の代読を行う支援も実施している。            |      |                   |

| 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 |
| 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                                   | 利用者間のトラブルがないよう、関係調整を行っている。集団のレクリエーション、イベントを積極的に実施し、利用者同士の交流を促している。また、デイサービス利用者との交流会等も進めている。             |      |                   |
| 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                    | 入院時、入院後等も医療機関や家族との連携を行っている。退院後についても、医療機関や有料老人ホームの相談員と連携し、必要に応じて情報提供を行っている。                              |      |                   |
| <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                                           | 十分なアセスメントの下、ニーズを明確にし、家族の要望も取り入れながらプランを立案している。                                                           |      |                   |
| 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                                       | 本人や家族から情報収集を十分に行い、生活歴、嗜好等をケアに反映できるようアセスメントを行っている。利用者のプライバシーにも十分に配慮している。                                 |      |                   |
| 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                                                     | センター方式の活用やひもときシートを活用し、情報を整理して、利用者の生活歴等の把握に努めている。センター方式やアセスメントの活用について、勉強会を開催し、職員間の周知を図り、ケアに活用できるよう努めている。 |      |                   |
| 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 | カンファレンスは医師や訪問看護師の助言を取り入れながら、ケア方法について十分に検討している。モニタリングを定期的を実施し、課題に達成度、本人、家族の満足度等を客観的に分析し、ケアに活かしている。       |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | 利用者の微小な変化等についても記録に残し、必要に応じてケアに反映している。ケアのアイデアについては、日々の申し送りの他、カンファレンス等で提案し、全職員で検討している。        |      |                   |
| 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                             | ボランティアの活用を積極的に行っている。本人や家族のニーズに柔軟に対応できるよう、情報収集を行っている。                                        |      |                   |
| 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                                       | 運営推進会議ではメンバーとの情報交換を行い、地域資源の把握に努めている。利用者さんとお話し相手等のボランティアを積極的に活用している。                         |      |                   |
| 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                                   | 本人や家族の希望を優先し、医療機関を決めている。健康状態により受診困難となった場合は、訪問診察を紹介している。医師や看護師との連携を図り、病状の早期発見、早期対応に努めている。    |      |                   |
| 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                        | 医療連携での情報交換を十分に行い、必要に応じて助言をいただき、健康管理を行っている。また、看取りの実施についても検討している。                             |      |                   |
| 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。 | 医療機関と連携し、情報交換を密に行い、入院、退院が滞りなくできるよう努めている。退院後は医療機関の相談員や家族と連携し、日程調整を行っている。                     |      |                   |
| 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   | 重度化、看取りに関する指針について契約時に説明し、同意をいただいている他、看取りについて書類の整備を行っている。面会時等、家族に随時、看取りや急変時の対応について意向を確認している。 |      |                   |

| 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 |
| 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           | 救急救命講習やAED講習を定期的実施している。感染症対策等についても事業所全体で取り組んでいる。                            |      |                   |
| 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           | 定期的に避難訓練を実施している。通報訓練を全職員に実施し、防災マニュアルを作成して、共有を図っている。                         |      |                   |
| <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                | 認知症介護、接遇の勉強会を定期的実施し、利用者一人ひとりを尊重したケアに取り組んでいる。                                |      |                   |
| 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                     | 自己決定が困難な利用者は十分なアセスメントを行い、本人の思いを大切に、家族の要望も取り入れながら、利用者の意思を尊重したケアを心がけている。      |      |                   |
| 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 | 認知症の症状に応じてケアを実践している。介護計画での目標達成度を分析し、評価して、その人らしい暮らしが実現できるよう支援している。           |      |                   |
| 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                                  | 2ヶ月1回程度、訪問理美容を行っている。また、季節に応じて、家族の協力を得ながら、衣替えを行っている。                         |      |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 嚥下能力に応じて食事形態を随時検討し、工夫している。また、水分摂取の拒否がある利用者については、ゼリーやジュース等の嗜好品を活用し、摂取を促している。 |      |                   |

| 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 |
| 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              | 栄養状態に応じて、必要があれば医師へ相談し、エンシュアリキッド等の補食を行っている。体重測定を月2回程度行っている。また、水分量や尿量等の観察を強化している。  |      |                   |
| 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                       | 義歯の調整等、必要に応じて訪問歯科の協力を得ている。また、認知症が進行してうがい等が困難な場合は、ガーゼで口腔内を洗浄し、清潔保持、誤嚥性肺炎予防に努めている。 |      |                   |
| 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向けた支援を行っている       | オムツやパッドの使用量を集計し、削減に努めている。また、トイレでの排泄を促し、自立を促している。                                 |      |                   |
| 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                       | 医師や看護師へ排便状況について報告し、必要に応じて、下剤等により排便コントロールを行っている。また、水分量等にも注意している。                  |      |                   |
| 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、個々に応じた支援をしている | 利用者が気兼ねなく入浴できるよう、入浴日を増やし、ゆっくり入浴できる環境を整えている。入浴日以外は足浴を行っている。                       |      |                   |
| 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                        | 不眠傾向にある利用者については、日中の活動を促している。改善が見られない場合は医師や看護師に相談し、眠剤の使用を慎重に検討している。               |      |                   |
| 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                   | 医師、看護師、薬剤師の助言を受けながら、副作用等に注意し、正しい服用ができるよう努めている。                                   |      |                   |
| 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      | 生活歴や趣味を余暇の支援に取り入れている。家事のお手伝いを積極的に勧め、活性化を図っている。                                   |      |                   |



| 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 |
| 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                     | 季節を感じていただけるような外出イベントを企画し、利用者のレベルに応じた外出イベントを行っている。地域の盆踊り等にも利用者と職員で参加し、地域交流を図っている。 |      |                   |
| 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                                                  | 金銭管理が困難な利用者については事務所で管理し、日用品の買い物等は職員が代行している。                                      |      |                   |
| 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                                                                           | 遠方に家族がいる利用者については、電話等で連絡がとれる体制を整えている。また、家族からの手紙の代読も必要があれば行っている。                   |      |                   |
| 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 | 季節に応じた掲示物を作成している。転倒のリスクが高い利用者には、居室に手すりを設置する等の対応をしている。                            |      |                   |
| 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                                                      | 食事のスペースの他に、廊下にもソファを設置している。また、居室でも気分に応じて過ごせるよう環境を整え、転倒等がないよう見守り、巡視を強化している。        |      |                   |
| 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                                          | 本人や家族の希望に応じて、馴染みの家具、家族の写真等を自由に配置していただいている。                                       |      |                   |
| 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                                            | 利用者のADL、認知症の症状や転倒リスクに応じた環境を検討し、整えている。トイレの場所が分からない場合は、場所を示す貼り紙をしている。              |      |                   |