

### 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   | 0175000173              |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人北見睦会              |            |            |
| 事業所名    | グループホームかがやきの里むつみ2号館・3号館 |            |            |
| 所在地     | 北見市美芳町10丁目1番8号          |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年12月25日             | 評価結果市町村受理日 | 平成31年2月26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)】

法人理念・施設理念を念頭に利用者様の支援に努めています。認知症や身体機能の低下が進んでも利用者本位で自立した生活が送れるように根拠ある対応を日々考えています。資格取得、外部研修、法人内研修を行い根拠のある介助ができるよう知識や技術を身につけるようにしています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

|             |  |
|-------------|--|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://hlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigvoynoCd=0175000173-008">hlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigvoynoCd=0175000173-008</a> |
|-------------|--|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                  |
|-------|------------------|
| 評価機関名 | 有限会社 NAVIRE      |
| 所在地   | 北海道北見市とん田東町453-3 |
| 訪問調査日 | 平成31年2月6日        |

#### 【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)】

グループホームかがやきの里むつみ2号館・3号館は、「地域から信頼され、期待される法人を目指します。心豊かにする福祉サービスの提供を行います」の理念を掲げている社会福祉法人北見睦会により、平成17年デイサービスとともに地域密着のグループホームとして、開設しています。「ゆっくり すこしずつ 自分らしく ありのままに」を施設理念に掲げ利用者はゆっくり、自分のペースで、尊厳ある生活が出来るよう支援に取り組んでいます。管理者は理念の必要性と、その意味を会議の中で詳しく説明し職員が意識して実践しています。法人が主体となった研修計画や個人面談を行っており、更に管理者は一人ひとりの知識、技能、能力を把握しながらきめ細かな対応を行い信頼関係を構築しています。職員の運営推進会議への出席や議事録回覧等行い運営に積極的にかわりを持っています。また家族には毎月のお便りや運営推進会議の議事録を送付し更に、担当職員が利用者一人ひとりの2行日誌をつけて毎月家族に渡し様子を知らせ理解に役立っています。利用者を知るうえでのカンファレンスは各ユニット毎月2回取り組んでおりその中で詳しく状態や状況を話し合い職員間で共有して介護に活かしています。地域とは事業所のお祭り時には回覧板を利用していただき町内会に周知して多くの参加を得ており、町内会のお祭りや焼き肉会には利用者として参加して相互の交流が来ています。ボランティアや近隣保育園の訪問があり、利用者の楽しみに繋げ利用者、家族、地域、法人、管理者職員一体となったグループホームとなっています。

#### 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)       | <input type="radio"/> 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<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)  | <input type="radio"/> 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)             | <input type="radio"/> 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)                     | <input type="radio"/> 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)                   | <input type="radio"/> 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) | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br><input type="radio"/> 3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 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)    | <input type="radio"/> 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、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 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)                  | <input type="radio"/> 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                                       | <input type="radio"/> 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せている<br>(参考項目:30,31)         | <input type="radio"/> 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                                   | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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    |   |   |

## 自己評価及び外部評価結果

| 自己評価               | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|--------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                    |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 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踏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   | 施設理念について各項目ごとに説明を付けマニュアルに掲載し毎朝のミーティングで唱和して職務に臨んでいる           | 法人理念、事業所運営理念、行動指針はマニュアル化して新人研修や毎年会議の時に管理者から説明があり職員は理解しています。また、毎朝のミーティングで唱和し常に意識の元に置き実践に繋げています。                                       |                   |
| 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   | 施設のお祭りに回覧版で参加を呼び掛け、参加頂き交流の場を設けている。近所の保育園の園児も何度か来所されている。      | 町内会には加入しており、親睦会の焼き肉には利用者と参加しています。事業所祭りには回覧版を利用して頂き参加を得ています。多くのボランティアや保育園児の訪問があり交流しています。  |                   |
| 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   | 施設のお祭り時にグループホームでカフェを出店し、利用者様に接客をして頂き、グループホームや認知症についての啓発を行った。 |  |                   |
| 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                                      | 運営推進会議にて運営状況の報告を行い、議事録を作成し、参加されなかったご家族、職員に回覧し、サービス向上に努めている。  | 運営推進会議は偶数月第二水曜日と決め定期的に、利用者家族、町内会役員、地域住民、高齢者相談支援センター職員、訪問看護師等の出席を得て開催し利用状況、研修、活動報告を行いサービス向上に努めています。議事録は家族へ送付している他職員にも回覧して情報共有を図っています。 |                   |
| 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に取り組んでいる   | 分からないことは北見市担当者に質問している。地域包括支援センターの方に運営推進会議に参加いただいている。         | 市担当者とは申請書や報告書提出で訪問したり、介護保険法の質問や指導助言を得ており、積極的に協力関係を築いています。また地域ケア会議は年に数回開催されており出席する様努めています。  |                   |
| 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 | 身体拘束等防止に向けて、指針、検討委員会の設置、検討会議、研修会を定期的に開催し防止に向けて取り組んでいる。       | 身体拘束防止に向けては虐待防止を含めて検討委員会を設置しており定期的に開催しています。職員への研修は法人全体で年2回行い、身体拘束の弊害や指定基準における具体的禁止行為、不適切な言葉遣いについて正しく理解できるよう取り組んでいます。                 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  |  | 外部評価              |  |
|------|------|--|---|--|-------------------|--|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 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         | 身体拘束防止の中に虐待も含め、研修、検討会議を行い、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    | 介護イコール権利擁護であると位置づけ、マニュアル、理念にもその内容を盛り込んでいる。            |  |                   |  |
| 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、契約書を全文読み、補足説明をしながら理解いただけるよう努めている。                 |  |                   |  |
| 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                      | 意見箱の設置やご家族の訪問時など常時ご家族からの要望を受け付けている。                   | 利用者、家族の意見や要望は日常の会話の中や面会時の会話で把握するようにしています。家族が来訪したときにはその時の職員が会話するようにしどなたとも信頼関係が築けるよう努めています。また、日常の様子は毎月二行日誌と、お便りで報告しており理解に繋げています。 |                   |  |
| 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                                      | 年2回ヒヤリングを行い、ケアカンファレンスやミーティングの時も意見を聴く機会を設けている。         | 職員の意見や提案は毎月2回のカンファレンス・ミーティングや年2回の個人面談を管理者が行い把握して反映できるようしています。面談に先たち職員は目標設定や評価を行っており自己の見直しをしています。                               |                   |  |
| 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      | 資格取得のため資金援助や研修会を行い、取得時からは資格手当も支払われており給与・意欲の向上になっている。  |  |                   |  |
| 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         | 法人内研修では外部講師を招き研修を行っている。外部の研修にも可能な限り参加の機会を設けている。       |  |                   |  |
| 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 | 年2回の北見地区グループホーム等勉強会の参加や合唱祭の練習への参加時に他事業所職員との交流が図られている。 |  |                   |  |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                              |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 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 | 入居前に日常生活の様子や、ご本人からの希望、要望をうかがっている。入居前の担当ケアマネから基本情報をもらうようにしている。         |  |                   |
| 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            | 本人から聞けなかった部分はご家族からも様子、希望、要望をうかがっている。                                  |  |                   |
| 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        | 申込時や入居契約時に本人、ご家族から聞き取り、往診や通院の支援へとつなげている。                              |  |                   |
| 18                           |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<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                           | 利用者様のお話を傾聴し、その方の人生経験や知恵、その思いに共感できるよう努めている。                            |  |                   |
| 19                           |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<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            | 通院は家族対応を基本とし、少しでも家族と利用者の接点を持てるよう心がけている。行事、運営推進会議への参加もお願いしている。         |  |                   |
| 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                        | 入居前より利用している美容院や床屋、病院受診、自宅への外出、外泊等、ご家族の協力のもと、継続している。寿大OB会の食事会に参加されている。 | 利用者馴染みの美容室への訪問は少なくなりますが、多くの方は訪問理容を利用されていますが、家族が対応してこれまでの美容室へ行っている方もいます。また、知人の訪問があり一緒に犬の散歩に出かけたり、寿大学OB会の食事会に毎月参加している利用者もあり馴染みの関係を大切にしたい支援に取り組んでいます。 |                   |
| 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                    | 合同集会(ひまわり会)の開催や、日ごろから交流できるよう機会を設けている。                                 |  |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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    | ご家族様には退所後も来所いただいたり、運営推進会議に参加頂けるよう声掛けしている。                             |  |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                                    |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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   | 意向についてご本人よりお聞きするようにしている。  | 利用者一人ひとりの思いや暮らし方の意向は日常の会話で把握したり、家族に伺い把握し実現できるよう取り組んでいます。  |                   |
| 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                                       | 入居時作成した基本情報で確認したり、ご本人から話をうかがっている。                                   |   |                   |
| 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   | ケース記録とモニタリングにより状況の把握に努めている。   |   |                   |
| 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 | ケアカンファレンス時に職員とともに評価し、ご家族、ご本人に出来る限り話を伺い、新しいケアプランについて検討し作成している。       | 介護計画は概ね3か月から4か月毎に利用者、家族の要望を取り入れながら見直しを行っています。毎月二回のカンファレンスで丁寧に話し合いながら現状に即した介護計画を作成しており、ケース記録の裏面に記載してサービス提供の記録は的確に行れ、見直しに役立っています。 |                   |
| 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                        | 入居者様の24時間単位での生活記録(ケース記録)を個別に記録し、生活リズムの把握等職員で把握し介護計画の検討に生かしている。      |   |                   |
| 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               | 利用者、ご家族のニーズに沿う独自のサービスは法律的に出来ないこともある。他の利用者との格差にもなる場合もあるので慎重に対応をしている。 |   |                   |
| 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                         | デイサービスで他の利用者と、近隣保育園の園児との交流を行っている。                                   |   |                   |
| 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                     | 入居後も掛かり付け医で受診いただいている。必要に応じ、病院のソーシャルワーカーとも連絡を取っている。                  | 受診は利用者がかかりつけ医へ家族対応で行っており、月2回の往診を受けている利用者もいます。訪問看護師が毎週訪れ全員の健康管理に取り組み適切な医療支援を行っています。  |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |  |
|----------------------------------|------|--|---|---|--|
|                                  |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| 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                      | 医療連携訪問看護事業所の定期訪問を週1回と24時間連絡体制を構築し、相談をしている。                          |   |  |
| 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。又は、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  | 入院時に病院の要求により基本情報を提供している。  |   |  |
| 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 | 重要事項説明書に重度化した場合に係る指針を示し、入居契約時に説明している。担当医師とご家族の意向より施設での看取りを実施している。   | 重度化した場合や終末期に向けては重要事項説明書で利用契約時に説明し状況が整えれば取り組めることを家族に説明して理解を得ています。時期が来たときはさらに詳しく指針で説明して同意書を得ています。本年度は2名の看取りに取り組んでいます。 |  |
| 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   | 緊急時、救急対応の研修を消防署や日赤主催の講習を受けている。                                      |   |  |
| 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   | 地域の方にも参加いただき、北見消防署立ち会いのもと避難訓練を実施している。(町内会との災害時協定をお願いしたが成立には至らなかった。) | 災害対策は火災については消防署の指導を得てデイサービスと合同で年2回取り組んでいます。運営推進会議で町内会には避難後の見守りをお願いし、承諾を得ています。また、今年度のブラックアウトを経験して備蓄等の見直しを行っています。     | 災害時の防寒対策について、カセットストーブを各ユニットに1台の用意とありますがさらに踏み込んだ対策を期待します。 |
| <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  | 人格の尊重は理念、行動指針に盛り込まれており、利用者の権利を擁護することにより、言葉かけや対応に努めている。              | 利用者一人ひとりの人格や誇りを損ねない対応については、コンプライアンスの法人研修や理念の研修時に管理者から話があり言葉遣い、行動等適切な対応が取れるように取り組んでいます。                              |  |
| 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   | 利用者が自主性を持ち選択できる声掛けに気をつけ、利用者が選択できるようにしている。                           |   |  |
| 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                                   | 基本的に自由に過ごして頂いているが、生活のリズムが出来るよう心がけている。                               |   |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                 | 起床介助時に、出来る方はご自分で整容していただいている。                        |   |                   |
| 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    | 身体状況に合わせて食べやすい形態にしたり、出来る範囲で準備や後片付けをしている。            | 食事の献立は職員が利用者の好みや希望を考慮しながら1週間ずつ作成しています。調理は専門職員がおり、利用者の出来る範囲で一緒に行い楽しみなものになる様支援しています。              |                   |
| 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・水分摂取量をケース記録に記録し摂取量の把握に努め、十分な量をとれているか確認している。      |   |                   |
| 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                  | 毎食後、口腔ケアを実施している。                                    |   |                   |
| 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  | 排泄状況を記録し、トイレでの排泄ができるよう努めている。状況に合わせてポータブルトイレを使用している。 | 利用者一人ひとりの排泄記録をつけ、仕草、サインや時間間隔を考慮してトイレで出来るよう支援しています。パットやおむつについて取り扱い業者からの研修を受け適切な使用が出来るよう取り組んでいます。 |                   |
| 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                  | 朝の牛乳や体操への参加により便秘の予防に努めている。                          |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴の時間は決まっている。入浴するか利用者者に確認し入っていただいている。               | 浴槽へは毎日お湯張りを行っており、入浴は基本的に週2回、利用者の状態や状況を配慮して行っています。すぐに入浴することが難しい利用者は、声掛け職員を変えたり時間をずらして行っています。     |                   |
| 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                   | 体調を見ながら休んでいただく声掛けはするが、基本的には自由にいただいている。              |   |                   |
| 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              | 血圧の変化や便の様状を記録し、服薬について医療機関と連携している。                   |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 洗濯物たみ、ゴミ集め、食器洗い等毎日の日課にされている。                                    |  |                   |
| 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                     | 外出の希望は殆ど無いので天気のみて散歩に出たり、畑に行ったりしている。ご家族との外出は自由にして頂いている。          | 外出は気候が良くなり、天気が良い時は近隣公園へ散歩や戸外で外気浴を行っています。遠くへは回数は少なくなっていますが、1時間程度のドライブで近隣公園やお花の咲いている場所へ出かけたりしています。   |                   |
| 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  | お金は誰も所持されていない。  |  |                   |
| 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   | 電話をかける希望をされた時ははしていただいている。携帯電話を所持されている方もいる。                      |  |                   |
| 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 | 毎日掃除を行い清潔に保っている。必要以上に物を置いていない。廊下には座って休めるスペースもある。                | デイサービスと同じ建物にあり2階、3階が各ユニットになっています。設備は電気暖房、IHキッチンと安全に配慮しています。各ユニットとも湿度40%を確保し健康に留意した環境保持に努めています。室内には節分やひな祭りの飾りつけがなされており季節感を取り入れた配慮を行っています。 |                   |
| 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  | 共有スペースでは食卓とソファーに座り、自由に会話したり、休んだり、思い思い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  | 入居時にご家族とも相談し、使い慣れた馴染みの物を持ってきていただいている。その後認知症の症状や身体能力に合わせて調整している。 | 利用者の居室はクローゼット、ベッド等が備え付けられており使い慣れた筆筒等が置かれ、家族の写真や絵が飾られ自宅同様に居心地良く過ごせるよう工夫されています。  |                   |
| 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  | 手すりの設置や転倒時のけが防止にクッション材をつけている。                                   |  |                   |