

### 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   | 0272700832                         |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 吉幸会                         |            |  |
| 事業所名    | グループホームみろく苑                        |            |  |
| 所在地     | 〒039-0201 青森県三戸郡田子町大字田子字七日市上ノ平60番地 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成27年8月24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 |                                       |  |  |

【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)】

|  |
|--|
| <p>共同生活の中でも自宅にいるような感覚で、畳やこたつがあり安心できる空間を提供している。ユニットごとに畑があり、自宅で採れるような馴染みの野菜や果物を一緒に栽培、収穫し調理をしている。また、利用者が自分らしく自由に暮らせるために、そして自立した生活が出来るように、主体的な取り組みを持てるような関わりや、自己選択、自己決定ができる生活の支援に努め、家族はもちろん、医療連携との連携も密にすることで安心して過ごせる環境づくりに力を入れている。</p> |
|--|

【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)】

|         |
|---------|
| <p></p> |
|---------|

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<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<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)  | ○                     | 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  | 全職員が話し合って決めた理念を、目の届くところに掲示して共有化を図っている。また、会議等で確認し、理念が日々のケアに活かせるよう毎月、チャレンジ目標を立て、課題を明確化して取り組み、反省をし次に生かしている。   |      |                   |
| 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  | 町内会長に運営推進委員へ加わって頂き、事業者は地域の自治会に加入し、一戸の家として扱って頂き、地域や町の行事予定等の広報を配布して頂いている。他、自治会の総会、新年会にも参加している。また、農協婦人部・青年部の協力により、畑作りや草刈りを行っている。  |      |                   |
| 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  | 実習性やインターンシップ、ボランティアを受け入れている。当地での祭りでは、地域の人達や中学生、高校生のボランティアに協力してもらうなど、ふれあいの機会を設けており、交流の中からグループホーム・認知症への理解が深まるよう取り組んでいる。  |      |                   |
| 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                                     | 役場担当職員、町内会長、社協職員、民生委員、家族代表、地域のグループホーム職員に参加して頂き、自己評価及び外部評価結果や目的達成計画を報告している。ホーム便りや資料を作成し、現場の様子が分かりやすいように努め、多くの意見を頂くようにしている。  |      |                   |
| 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  | 外部評価の結果や目標達成計画を報告したり、役場の担当職員が運営推進会議や入所判定等にも参加して頂きながら、指導や助言を受けるなど、意見交換をしている。また、町内の福祉施設等職員を対象とした、資格取得受験対策講習会を行っている中で、介護支援専門委員受験対策講習会として講師の協力をして頂いている。  |      |                   |
| 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 | 日中は玄関に鍵を掛けず自由に入出入りが出来るようにしている。帰宅願望や外出傾向がある利用者には、職員間で連携しながら気配りし、見守り等を行っている。全職員は内部及び外部研修等で身体拘束の内容や弊害について理解し、日々、身体拘束をしない姿勢で支援をしている。やむを得ず拘束を行う場合には、家族に十分な説明を行い同意を得て、拘束の理由や経緯、観察の記録を残す体制を整えている。 |      |                   |
| 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逃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                                      | 外部、内部研修に参加し、高齢者虐待防止法について理解をして、職員同士お互いに日々のケアを観察し、気づいたところは注意して未然に防ぐように努めている。虐待を発見した場合の対応についてもマニュアルを整備、報告の流れ、対応方法についても全職員が理解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 |
| 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    | 外部・内部研修を通じて、全職員が理解できるようにしている。詳しい内容は誰でも見られるように掲示し、利用者や家族に情報提供が出来るようにしている。  |      |                   |
| 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                         | 契約時に重要事項説明書を基にホームの理念や運営方針等を十分に説明し、利用者や家族の意向を傾聴するように心掛けると共に、疑問や意見を引き出すように働きかけている。退所の際には不安を生じさせないよう、心身の状況、置かれている環境等を勘案し、居宅支援センター等を紹介したり入院等、個々に合わせた支援を行っている。         |      |                   |
| 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                      | 管理者、職員は利用者が意見や苦情を出しやすいような働きかけを行い、意見を上手に表すことが出来るように取り組んでいる。家族等には、何時でも何でも話して頂きたいという事を常に伝えている。苦情窓口についても説明し、文書を配布している他、ホーム内に掲示し、出された意見等は直ぐ話し合い、ケアサービスに反映する体制をとっている。   |      |                   |
| 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                                      | 運営方法や利用者の受け入れ等の決定事項については、会議等を経て管理者から話がある。職員の意見はその都度、話をするようにしている。また、ユニット会議やリーダー会議、全棟会議、主任会議、職員全体会議を行い、意見や提案を出し合い業務に反映させている。  |      |                   |
| 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      | 代表者は現場の状況や職員の日々の努力、勤務状況を把握し、保有資格者を活かした職員配置をしている。年2回、人事考課を行い運営者や管理者、リーダーと話し合い、職員1人ひとりが課題を持って働けるようにしている。また、法人で研修委員会を立ち上げ、階級別の研修や資格取得の為に研修を行い、職員が向上心を持って働けるように努めている。 |      |                   |
| 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         | 代表者は職員の質の向上に努め、年間研修計画を作成し、職員の希望や経験、力量に応じた研修会を全職員が平均的に受講出来るようにしている。研修後は報告書を作成し、全棟会議等で内部研修を行い周知している。職員の業務に関する助言等は、全棟会議で話し合ったり、管理者・副主任・リーダーが行っている。                   |      |                   |
| 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 | 代表者は同業者との交流や連携の必要性を認識し、八戸地区グループホーム協会に加入して、ネットワーク作りや研修会、親睦会で意見交換を行ったり、法人内外のグループホームと連携を図り、日々のサービスの向上や職員の育成に取り組んでいる。   |      |                   |

| 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 | サービス利用を検討している段階でも、見学を受け入れられたり、直接話ができるようにしている。また、本人や家族だけではなく担当ケアマネージャーや他サービスからも情報を聞き、出来るだけ本人の希望や思いに添うように努力をしており、信頼関係を築けるように、意識しながら対応をしている。 |      |                   |
| 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            | 入所前に、家族から困っている事やサービスに対する要望等を細かく聞き取り、希望や思いに添うように努め、信頼関係を築けるように意識しながら対応している。  |      |                   |
| 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        | 利用者と家族のニーズに対して、その時点で何が必要かを見極め、必要に応じて法人内外の関係機関と連携を図り、他のサービス機関に移行する支援を行っている。  |      |                   |
| 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                           | 職員は利用者と生活を共に過ごし、常にコミュニケーションを取っている。一緒に作業を行う事で利用者の思いをくみ取り、理解するように努めている。   |      |                   |
| 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            | 利用者と家族のこれまでの関係や双方の思いを把握し、毎月、個人通信やホーム便りを送付して日々の様子を伝えている。面会に来れない家族とは、双方で電話連絡をしている。また、イベントでは家族と一緒に楽しんで頂いたり、家族との交流会を開き、本人を支え合う関係を築いている。       |      |                   |
| 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                        | 利用者の知人や近所の方が面会に来た時は、利用者とコミュニケーションを取り、会話の中から、これまで関わってきた人や馴染みの場所を把握している。利用者の希望に応じて出掛け、関係が途切れないようにしている。                                      |      |                   |
| 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                    | 個人の出来る事出来ない事、人間関係を把握し、お互いがよりよく暮らす為に、一緒に作業をしている。行事などにも参加しコミュニケーションを取りながら、利用者同士が関わりあえるよう、利用者同士不仲にならない様、職員が間に入っている。                          |      |                   |

| 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 |
| 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                    | サービス終了後も利用者や家族が不安にならないように、相談や支援を行っている。施設外で家族に会うことも多い為、声掛けをしている。また、退所先の関係者に対して、利用者の状況や生活歴、これまでのケア等の情報を伝え、環境や暮らしの継続性に配慮して頂くよう働きかけている。 |      |                   |
| <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   | 日常の会話や表情から利用者の思いや希望等を把握するように努めている。意向が十分に把握出来ない場合は、アセスメントシートや家族等から情報収集を行い、全職員が利用者の視点に立って話し合い、意向を把握している。                              |      |                   |
| 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                                       | 利用者や家族、担当ケアマネージャー等から情報収集を行い、把握するように努めている。   |      |                   |
| 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   | 申し送りや会議等で利用者の出来る事や主体性に着目し、現状を把握している。一日の暮らし方、生活のリズム、わかる力等をこまめに記録に残し、情報交換をし話し合っている。   |      |                   |
| 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 | 一人ひとりについて、日々の暮らしの様子や身体状況がその人らしく暮らし続ける事が出来るよう、担当者を中心に全職員で話し合い、介護計画を作成している。また、日常の変化があれば実施期間に関わらず、必要に応じて随時見直しを行っている。                   |      |                   |
| 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                        | 一人ひとりについて、日々の暮らしの様子や身体状況を具体的に記録に残し、記録の内容を全職員が共有出来るようにしている。毎月、評価、見直しを行っている他、利用者の身体状況や希望などの変化があった場合には随時見直しを行っている。                     |      |                   |
| 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               | 法人の車両を利用し、利用者や家族の希望を聞きながら、受診の送迎や外出支援を日常的に行っており、自宅の様子を見に行ったり、お墓参りに行く等、柔軟な支援を行っている。   |      |                   |

| 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 |
| 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                                       | 利用者が安心して暮らせるよう、本人の意向や家族の依頼等、必要に応じ地域資源と関われるよう送迎したり、参加している。また、地域の自治会、保育園、消防、医療機関などにも協力して頂いている。   |      |                   |
| 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                                  | これまでの受診状況を把握しており、利用者や家族が希望する医療機関を受診している。定期的な受診の他、体調の変化や心配事等がある時はいつでも医療機関に気軽に相談受診をしている。通院方法や受診結果についても家族に報告し、必要時には話し合いを行うなど、納得が得られるように支援している。                    |      |                   |
| 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                        | 医療連携体制を取り、看護師が週1回必ず訪問し利用者の健康チェックをしており、看護師が来訪前に利用者の状況をFAXで情報提供し連携を図っている。また、必要に応じて助言、指導をうけたり、夜間、休日にも助言、指導を受けられるようになっている。   |      |                   |
| 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。 | 入院時は定期的に職員が病院を訪問し、電話で状態や治療内容、経過を把握するよう努めている他、必要に応じて家族と一緒にカンファレンスを受け、退院等の調整を行っている   |      |                   |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる    | 日常的な健康管理や急変時の対応について、家族や医療機関と話し合い意思統一を図っている。事業所として対応が可能な事、困難な事、不安な事をユニットで話し合い管理者に報告し法人全体で支援に取り組んでいる。家族から終末期の意向確認をすると共に、対応できることについて説明をしている。将来的には看取りを検討したいと考えている。 |      |                   |
| 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   | 応急手当や救急救命等の内部、外部研修を受け全職員に周知し、事故発生時に備えている。また、夜間対応も含め、緊急時対応マニュアルを掲示し、全職員に配布している。   |      |                   |
| 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   | 日中や夜間を想定した避難訓練を毎月、行っている。併設している特養と年2回合同訓練や消防署へ依頼して消防訓練を行い、総評して頂き、今後に役立っている他、消防署も近いことから協力体制を築いている。災害時に備え、食事や飲料水、寒さをしのぐストーブ等の物品などを用意している。                         |      |                   |

| 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>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                | 一人ひとりの個性を尊重し、常識かつ適切な声掛けをしている。会議で利用者の接し方について話し合いを行い、研修会なども行っている。日々のケアの中でプライバシーや自尊心を傷つけるような場面を見掛けた時は、職員同士注意をしている。                      |      |                   |
| 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                     | 利用者と日常の関わりや家族の情報によって、思いや希望を把握しながら自分決定、自己選択が出来る様コミュニケーションを図り、話しやすい場面作りにも努めている。意思表示が出来ない場合は表情や態度から思いをくみ取るようにしている。                      |      |                   |
| 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 | 利用者の体調を考慮しながら、一人ひとりのペースや要望などを把握し、利用者の訴えを後回しにしない様に心掛け、利用者に合わせた支援を行っている。   |      |                   |
| 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                                  | 利用者の個性や希望を尊重し、お店に行つて好みの服を選んだり、家族へ利用者が着ていた衣類を持って来ていただいている。理美容院は利用者が入所前に利用していた所に行ったり、月一回施設に来ている理容室を利用している。                             |      |                   |
| 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     | 調理の準備、片付けを利用者と行いながら、希望や好み、苦手な物を把握している。食事の際は職員も一緒に同じテーブルに座り、食べこぼしのサポートをしながら会話などで楽しむようにしている。また、利用者が食べたい食事を作る日を月2回設けている。                |      |                   |
| 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          | 栄養士に栄養のバランス、好物を取り入れた献立を立てて貰い摂取量や体重を報告し、月1回の会議を行い意見交換をしている。食事、水分摂取量、体重等を記録し把握できるようにしている。必要に応じて栄養士や主治医、看護師訪問時にも相談し、栄養のバランスが取れるようにしている。 |      |                   |
| 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                   | 声掛けや一人ひとりの習慣や意向を踏まえ、能力に応じた支援を行っている。義歯の噛み合わせの状態を把握し状態を見て歯科受診をしている。また、年1回歯科検診を行っている。   |      |                   |

| 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向けた支援を行っている                               | 一人ひとり排泄を記録し、排泄パターンやサインに応じて事前誘導を行っている。尿便意の確認時、誘導時、失禁時は利用者の羞恥心やプライバシーに配慮し他の利用者に気付かれないようにしている。                |      |                   |
| 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   | 便秘の原因や及ぼす影響を職員が理解し、食事や水分量や排泄チェックを行い、水分補給や運動を促している。排泄パターンをチェックする事により、下剤の服用や下痢止めの服用など、医療機関に相談や指示を受け調整している。   |      |                   |
| 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                         | 入浴日や時間は決めず、利用者の意見に沿い、いつでも入浴できるように対応している。利用者の羞恥心や負担感、安全面に配慮し、コミュニケーションを取りながら支援している。                         |      |                   |
| 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  | 利用者の生活習慣を理解し、その状況に合わせたコミュニケーションを図っている。利用者の周りの環境を整え、安心して眠れるよう支援している。  |      |                   |
| 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   | 全利用者の薬の内容を把握できるように取り組み、飲み忘れや誤薬がないように体制を整えている。薬の変更時は家族に報告し、職員へも周知している。薬による状態の変化には記録に残し、家族や医療機関に報告し、相談をしている。 |      |                   |
| 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                              | 利用者の生活歴、希望、力量を把握し、体調を考慮しながら作業など促している。本人の趣味活動を継続できるよう、家族から協力を得ている。  |      |                   |
| 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 | 利用者の希望に沿えるよう、買い物や外出する機会を設けている。外出する時は利用者の状況に合わせた移動方法や移動距離に配慮している。家族の付き添いやお小遣いなどの協力を得て出掛け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 |
| 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  | 本人が管理できる能力がある場合は家族へ意向を伝え、出来る範囲で管理ができるよう協力していただいている。紛失やトラブルを考慮して全額預かっている方もいる。また、自己管理が難しい場合は出先での支払いの際に支援できるように心掛けている。         |      |                   |
| 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   | 自ら電話を掛ける事が出来る方は、自分で掛けている。掛ける事が出来ない場合でも利用者の希望に応じて職員が電話をし、話をしていただいたり、連絡できるように支援している。  |      |                   |
| 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 | ソファや畳座敷の小上がり、コタツを設置し家庭的な雰囲気を作り気に入った場所で過ごせるようにしている。音や光に敏感な利用者もいる為、居心地よく過ごせるよう落ち着いた雰囲気作りに努めている。                               |      |                   |
| 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  | 利用者が独りになったり、気の合った利用者同士で自由に好きな場所で過ごせるように心掛けている。  |      |                   |
| 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  | 自宅で使っていた馴染みの物を持ち込んで頂くよう家族に協力を働きかけている。利用者の意向を聞きながら個々に合わせた居室作りを支援し、利用者にとって大切な位牌を置いている方、家族の写真が増えている方など、個性を大切にした居室になるように心掛けている。 |      |                   |
| 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  | 共有スペースは活動しやすいよう、手すりをつけたり段差をなくしている。独歩の利用者や車椅子で自走する利用者が安全に生活ができるよう環境を整えている。   |      |                   |