

## 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   | 1090500255    |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 杜の舎    |            |  |
| 事業所名    | 共生ホームあかり      |            |  |
| 所在地     | 太田市東長岡町1829-1 |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和元年5月31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 | 特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構 |  |  |
| 所在地   | 群馬県前橋市新前橋町13-12     |  |  |
| 訪問調査日 | 令和元年6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)】

当事業所は、認知症高齢者と知的障害者のグループホームが一体化した共生型ホームです。可能な範囲で行事や週末等共に活動を行っています。昨年度から共用デイサービス事業を開始し、入居者とデイ利用者が交流しています。共に過ごす時間と場所が相互に快適となるよう、日々支援内容を検討しています。デイサービスを希望される方には、見学の他、一日体験をして頂いています。

### 【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)】

事業所は、地域の認知症高齢者の方と知的障がいのある若い人たちがともに暮らし、個人個人の持っている力を活かし、人とのかわりを大切にして、互いの力が発揮できるような取り組みを支援している。日々の業務では、職員一人ひとりの力が発揮できるよう役割分担をつくり、保健衛生・食事・備品などの各種係に複数所属し、話し合いながら業務改善に努めている。そうしたなか、保健衛生係は食中毒予防の勉強会など職員の積極的な提案で実施し、学びの場にもなっている。利用者の希望や自己決定の支援としては、入浴時、本人の希望する好きなシャンプーやボディソープを家族の協力で持参してもらって個別に使用してもらうとともに、入浴中はゆっくり入り、昔の話に興じる事もあり、併せて、菫湯やゆず湯など季節を感じてもらえるよう工夫がなされている。

## 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<br>3. 利用者の1/3くらい<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>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、生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<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  | 事業所の理念を玄関の見やすい場所に掲示。来所者にも分かりやすく、見て頂けるように漢字5文字で表している。別紙に解釈を記載し説明する際に活用している。                         | 「明るい笑顔・尊厳を大切に・地域との交流・家族との絆・自己研鑽」を理念に掲げ、日々介護の中で理念に立ち戻るよう、毎月のカンファレンスで話し合っている。  |  |
| 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  | 開所時から隣組に入り回覧板を利用者と共に届けたり、地域の清掃行事に参加したりしている。地域で開催される夏祭りや敬老会等には、可能な限り参加している。行政センターへ資源ごみ出しを定期的に行っている。 | 回覧板にて地域の行事を知り、近隣の公園の掃除に参加したり、資源ごみ出しに協力したりしている。地域の夏祭りに参加し、敬老会には職員が同行し、帰りは地元の方へ送って頂く等、地域との交流に努め、近隣へ利用者も一緒に回覧板を持っていき、挨拶を交わすなど関係性を深めている。 | 行事以外でも地域の一員として、地域と交流しやすくするための具体的なきっかけづくりについて、職員間で話し合うことを期待したい。 |
| 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  | 掲示板を活用し介護相談や見学等の案内を発信している。   |  |  |
| 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                                     | 運営や行事とその他の内容で開催し、報告している。家族や地域の方々から何気ない意見をもらい実際のサービスに反映できるように努めている。地域の包括ケアシステムについての経過等学んでいる。        | 2ヶ月毎に開催され地域の情報収集と、事業所からは認知症高齢者と知的障害者が互いに助け合って生活している施設内容等を地域の方に知らせている。民生委員からは、認知症で大変な方の相談もあり、包括支援センターと連携し対応している。                      | 事業所から施設内の問題や課題を説明し、メンバーの方からのアイデアや協力体制などを聞く機会を持つことを期待したい。       |
| 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  | 毎月空き状況を報告。運営推進会議の出席依頼。会議の場で行政での取り組みや制度に伴う新情報を提供して頂く。   | 市とは、空き情報を報告し、介護保険制度の最新情報や、研修案内を頂く等、良好な関係を築いている。  |  |
| 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 | 日中玄関は施錠せず、門は常に開放している。居室の窓はウッドデッキへの出入りが自由になっている。拘束は行っていない。  | 年2回、研修会を行い、法人として「身体拘束をしないケア」に取り組んでいる。管理者は、拘束をすることでどんな弊害があるかなど、資料をもとに説明している。ベットからの転落回避に布団を利用する工夫など、ケアのあり方を検討することで、リスク回避に繋げている。        |  |
| 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                                     | 常に身体観察を行い、職員間で情報共有している。毎月の会議で虐待の有無、確認をし話あっている。   |  |  |

| 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                                       |
| 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    | 現在日常生活自立支援事業利用者1名。毎月の定期来所に伴い、職員間で情報共有し利用者の状態を適切に伝えるようにしている。                 |  |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 管理者及び担当者が書類の説明を行っている。不安や疑問等があればいつでも受け、その都度説明している。                           |  |   |
| 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                     | 運営推進会議で参加された方からの意見を取り入れたり、家族が受診や介護計画作成時に来所された時に直接意見を聞いたりしている。反映できるように努めている。 | 面会や運営推進会議時の、「花壇に野菜や花を植えたらどうか」の提案が実現している。利用者の生活の様子を載せた「あかり通信」を家族に送っている。家族からは、利用者の介護に関する希望や意見があるが、運営に関する要望等は出来ていない。              | 運営に関する意見が出しやすいように、事業所から家族に具体的にどのような投げかけるか、検討することを期待したい。 |
| 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                                      | 月に1度の全体会議やカンファレンスでの係り分担からの状況報告や提案を話しあっている。利用者や家族からの要望等を報告している。              | 全体会議やカンファレンスで、意見等を集約している。職員は、保健衛生や食事等の係に重複所属し、要望やアイデアを提案して経費削減などにも取り組み、学習会も実施している。また、法人の実施する人事考課制度により、年1回の自己評価や管理者の面談が実施されている。 |   |
| 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      | 毎年年末から年明けに個々に自己申告書及び業務評価表の作成と提出を行い、代表者と面談している。また、職員の体調を踏まえ必要時に相談に応じている。     |  |   |
| 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         | 個々の経験やスキルに応じて外部研修会への参加を行い、報告書を作成、提出後、全体会議で他の職員へ伝達している。希望する研修への参加を法人が推奨している。 |  |   |
| 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 | 地域密着型サービス連絡協議会に加入し研修等の情報を得て、認知症に関する研修に参加している。                               |  |   |

| 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 | 本人と面談する他、家族や担当のケアマネ、医療機関からの情報を得て、課題分析を行う。ご本人と話す機会をこまめに作り、ご家族に確認しながら関わっていく。            |   |                   |
| 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            | 担当のケアマネや関わっていた方達からの情報も得て、必要な機関との繋がりを視野に入れ、ご家族の困りごとや不安を軽減できるようにしていく。より専門性が必要であれば繋いでいく。 |   |                   |
| 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        | 本人・家族と面談し必要な支援の優先順位を確認したり、他のサービスを検討したりする。予後の見通しを立てていく。                                |   |                   |
| 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                        | ご本人ができる事やできそうな事に参加してもらい、役割を担って頂くように、職員が共に行動している。感謝の言葉を伝えている。                          |   |                   |
| 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         | 衣類オムツ等を届けて頂いたり、受診同行してもらったり面会の機会を作っていただく。施設内外の行事を案内し、可能な範囲での参加をお願いし共に時間を過ごしている。        |   |                   |
| 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                     | ご家族の面会の他、地域の民生委員や住んでいた家の隣人や友人も来所することがある。いつでも来所できるように話している。通っていた美容室に行くこともある。           | 近所の方や、和裁をしていた時の友人等の面会があり、利用者の活力の一助となっている。面会の方が帰るときには必ず「また来てください」と声をかけをすることで、関係が継続するよう努めている。帰宅願望のある方へは、自宅へ出かけるなど、落ち着けるような支援に努めている。 |                   |
| 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                 | 座席の配置や日々の精神、身体状況に応じて、過ごす場所や活動内容、過ごし方を変えることがある。状況や状態に合わせて関わっている。                       |   |                   |

| 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                    | サービス終了後も必要な書類の記載等や郵便物等の返送など可能な範囲で支援している。日活事業の関わりで連絡等を行っている。   |   |                   |
| <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   | 日々利用者とは何気ない会話の中で要望を伺っている。言葉による表現が困難な方には、その時々様子で思いをくみ取るように関わっている。また家族や関係する支援者と共に検討している。                          | 日々の介護で、利用者の希望や意向の把握に努め、介護記録に記載して、職員間で話し合い支援に繋げている。言葉を発することが困難な方には、寄り添って声かけし、表情やしぐさから思いを把握しており、家族にも相談しながら支援をしている。          |                   |
| 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                                       | 以前関わっていた事業所や近隣の方、家族からの情報を得て、大きく変化しないように馴染みの物を置いたり不安を少なくしたりしてその都度調整している。   |   |                   |
| 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   | 日々の生活状態を記録に記載し職員間で情報共有できるようにしている。掃除や食事、おやつ作りに参加された様子等、記録に残し、次にできそうな事へのきっかけになれるようにしている。                          |   |                   |
| 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 | 利用者には適時意向を聞き取りケアに繋げている。家族には、面会や受診時等で意向確認をし計画書に反映している。毎月定期カンファレンスでは職員間で情報共有し状態に応じたケアの方向性を出している。担当制を敷き、評価表を記載している | 本人・家族の希望を聞き、カンファレンスで検討している。「ケアプラン実施記録」を作成し、毎週チェックした内容を参考に、3ヶ月ごとにモニタリングで実施プランの見直しを行っている。初回や状態変化時にはサービス担当者会議に家族が出席し話し合っている。 |                   |
| 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                        | 個別介護記録や利用者連絡事項ファイルを用意し職員で情報の共有化を行っている。状態変化時はその都度話し合いを行いケアのあり方を見直ししている。  |   |                   |
| 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               | 元民生委員の関係で来所していた方が、ボランティアで来所しレク活動を行って下さる。  |   |                   |

| 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                                      | 地域のボランティアが定期的に来所したり近くの行政センターへ資源ごみを出しに行ったりしている。週2回の可燃ゴミだしを利用者が手伝っている。  |   |   |
| 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                                  | 在宅からのかかりつけ医に入所後も引き続きかかることで、本人、家族も安心した医療サービスを受けられている。  | 利用者の多くはかかりつけ医の受診となっており、通院は家族対応で、受診後は家族から状況を聞いている。協力医の往診を受診している方もいる。通院時の利用者の情報は、利用者の状態により必要事項を担当医に送り、受診後の薬変更等は「利用者個別連絡事項」に記載し情報共有を図っている。 |   |
| 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                          | 毎週金曜日に訪問看護師の来所でバイタルチェックや医療相談をしている。体調不良や状態変化時等は相談や指導を受け、受診に繋いでいる。  |   |   |
| 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、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。 | 情報提供書を常時用意している。   |   |   |
| 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  | 入居時にまず重度化した際の対応を説明している。医療的ケアはホームで行えないので状態変化時は、随時家族と話し合い、方向性や希望する終末期について検討している。主治医からの専門的見地も含め、事業所で出来る事をその都度説明している。 | 家族へ入居時に重度化した場合等の説明をし、現状として看取りは行っていないが、昨年は24時間体制の医療機関と訪問看護師との連携で看取りを行っている。状態変化に伴う医師との頻回な話し合いを終末期ケアの勉強として取り組んだことを、今後のケアに活かす取り組みとしている。     |   |
| 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  | 急変時や事故発生時のマニュアルを用意し職員各々が確認したり、カンファレンス時に情報共有している。  |   |   |
| 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  | 年に3回避難訓練を行っている。(夜間火事、地震、水害想定)事前に全体会議で職員への周知と地域の近隣宅には、回覧板を受ける時や届ける時に声かけしている。                                       | 自主訓練2回を含め、年3回の避難訓練をしている。地域の2ヶ所の消防署に協力依頼をしている。運営推進会議時に訓練開催の話をし、近所に回覧板をもっていくときに声かけを行っているが、近隣の訓練参加には至っていない。                                | 地域住民の避難訓練への参加要請と同時に、地域の消防団との協力関係を引き続き進めることを期待したい。 |

| 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                    | 理念に尊厳を守る事を掲げ、職員一人一人が表情や態度から思いを推測して望む生活に近づけるようにしている。昔の職業であったり自分を認識できず慣れ親しんだ呼ばれ方で返答することもある。ご家族に説明し理解して頂いている。 | 理念を基本に、個々の利用者の生立ちや職種歴等を考慮することで、利用者の羞恥心を考え、言葉かけや支援等を心がけている。呼称は原則、名字に「さん」付けとし、家族の了解をもらい愛称で呼ぶ方もいる。           |                   |
| 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                      | 分かりやすい表現と選びやすい方法で職員が立ち会いし、表情や態度から思いを推測して望む生活に近づけるようにしている。  |   |                   |
| 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 | 今まで暮らしてきた生活習慣やリズムを乱さないように、一人一人の生活やその日の体調に合わせて職員が関わっている。  |   |                   |
| 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                                   | 習慣で化粧をされたり、着慣れた着衣を持参されたりして在宅での生活に近づけるようにしている。定期的に床屋に行ったり来所での散髪や染めを依頼したりしている。                               |   |                   |
| 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      | メニュー作りに利用者の意見を取り入れたり、食事作りを一緒に行ったりしている。米研ぎや野菜他食材切りや好みの味つけをお願いしている。下膳をして頂いたり、おやつ作りを一緒に行っている。                 | 食事係の担当職員が利用者の希望を入れた献立を考え、利用者と買い物に行き、一緒に食事の下拵えや調理を行っている。行事食や誕生日のケーキ作りなども一緒に行い、育てた野菜も食卓に上るなど、楽しめるよう取り組んでいる。 |                   |
| 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           | 水分量は常に記録し一日の水分量を把握している。状態変化時には、主治医や訪問看護師、家族に相談し一定量や取りやすさを工夫している。氷水が好きな方には、適時用意している。                        |   |                   |
| 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                    | 毎食後口腔ケアの声掛けを行い、義歯は毎晩洗浄剤で消毒している。ご自分でできない方には、ブラッシングやうがいの介助、歯みがきティッシュを使用している。                                 |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 個々に排泄状況を記録し時間を見計らって次の排泄へ声掛け、案内している。歩行可能な方は夜間帯でも対応している。排泄意のできない方には、体動や表情等で推測してトイレに案内している。                             | 本人がトイレに行きたい時に行けるように、一人ひとりの状況により、移動時の見守りや排泄時の支援を行っている。便座に座れるよう筋力アップを心がけ、歩行を多く取り入れたら、トイレの手すりには滑らないようにテープを巻いたりなど、自立排泄に向けての支援を行っている。     |                   |
| 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  | 野菜を取り入れた献立にしたり、食べやすさに配慮して温めたり刻んだりして摂取して頂いている。また、生活の中に体を動かす機会を作っている。他排便間隔がある場合は牛乳や乳製品を取り入れている。                        |  |                   |
| 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                        | 週2回入浴は曜日で固定しているが、個々の体調や受診等の都合で変更や調整している。日曜日は予備日として必要に応じて入浴している。  | 入浴は週2回、午後としているが、体調等により変更することもある。個浴でゆっくり入って頂き、昔の話や希望を聞ける場になっている。本人の希望のシャンプーやボディソープを持参する方もあり、季節感を取り入れたゆず湯やしょうぶ湯など、楽しい時間を過ごせる工夫がなされている。 |                   |
| 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   | 日中でも体調により横になりたい方には、ベッドメイクし対応している。定期的なリネン交換や布団干しも行っている。直ぐに横になれるよう共用ベッドも活用している。  |  |                   |
| 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  | 内服一覧表を作成し新しい情報をその都度付け足している。個別ファイルに服薬内容を入れ、変更時は連絡事項に記載し各職員が確認している。症状の変化については個別記録に記載して情報共有している。                        |  |                   |
| 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                             | 日常の会話で本人の要望を取り入れケアに繋げている。日々、掃除機掛けやモップ拭き、米とぎをして下さる方がいて、その都度感謝の言葉を伝えている。散歩や買い物等を希望され、可能な範囲で支援している。                     |  |                   |
| 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 | 散歩に職員が付き添ったり、食材と一緒に買いに行ったりしている。個別に必要な物は、要望に応じて一緒に買いに行くようにしている。散髪希望があれば家族に相談してからお連れしたり、地域の床屋に来所してもらう。また図書館に行き本を借りている。 | 天気の良い日は、職員と庭の散歩や近くの公園、近隣への買い物と一緒に出かけている。冬場はウッドデッキに出て、日光浴を行うなど、外気浴とともに季節を感じてもらえるよう行っている。  |                   |



| 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 |
| 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  | 少額のみお金を預かり外出や買い物等で使う方がいて支援している。個々に収支を記載し別紙に領収書を保管している。  |   |                   |
| 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   | 希望があれば事務所の電話を使ってもらおう。   |   |                   |
| 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 | 明るさや気温に配慮し電気や冷暖房の調整を行っている。共用部分は定時に掃除を行い、トイレは随時、掃除や消毒・消臭用に噴霧をしている。季節がわかるように壁面飾りを一緒に製作している。             | ホール兼食堂は、ガラス窓が大きく明るく、庭が一望できる。日差しを見ながらブラインドで調整し、空調もこまめに調整している。壁には行事等の写真、利用者の手作りの作品が飾られ、くつろいで過ごせる支援が行われている。          |                   |
| 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  | 明るさや気温に配慮し電気や冷暖房の調整を行っている。共用部分は定時に掃除を行い、トイレは随時、掃除や消毒・消臭用に噴霧をしている。季節がわかるように壁面飾りを一緒に製作している。             |   |                   |
| 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  | 食堂や廊下奥に長椅子やソファを置き、それぞれ居心地の良い場所で自由に過ごしている。座席や食事の場所もその日の状態で対応している。                                      | テレビ・ラジオ・家族の写真等を飾るなど、今まで使っていたものを持参してもらい、その人らしい部屋作りを心がけている。目が悪い方には、光をさえぎるために常にカーテンを引くなど個別対応に努め、個々の状態に合わせた支援が行われている。 |                   |
| 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   | 廊下やトイレ、浴室に手すりを設置し、歩行の妨げにならないように環境整備を行っている。洗濯物干しが個々にしやすいようにS字フックを使い手の届く高さになっている。トイレや居室入口にわかるように明記している。 |   |                   |