

### 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   | 1890100942     |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 新清会     |            |  |
| 事業所名    | グループホーム 桜手苑    |            |  |
| 所在地     | 福井市大手2丁目22番18号 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成30年3月6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 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 福井県福井市光陽2丁目3番22号  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成 30 年 3 月 22 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)】

住み慣れた地域で少しでも長く安全で楽しい生活を送れるよう支援しています。介護度にとらわれない、その人にあったサービスの提供を心掛けています。出来る事を奪わないよう必要以上の介護をしないよう注意して自立支援を促しています。個性の尊重を重視し、その方の暮らしやすい生活の場の提供を目指しています。春には満開の桜が楽しめる景観とアクセスに恵まれたグループホームです。

【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)】

当事業所は桜並木の道に面し、近くにはお堀や公園などもあり、福井市中心部の市街地にありながらも四季折々の自然を感じられる環境に立地しています。また、福井県庁や福井市役所が近くにあるため、運営の相談等もしやすく、良い関係を築いている。地域密着型介護老人福祉施設として当該事業所以外に小規模特別養護老人ホーム、短期入所生活介護施設、小規模通所介護事業所が入る複合施設である。1階にはSOPという地域サロンを開設し、利用者の憩いの場として、またボランティア活動、認知症講座など地域の方々の活動の場としても開放し、地域との交流を深めている。

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<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) | ○                     | 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  | 事業所内の目につく場所に理念を掲げており、ミーティングやケア会議時など、理念の再確認を行いながら、ケアの方向性、内容を決めていっている。その人らしくという点では、実践している。 | 開設時に法人理念を元に、職員で事業所独自の理念を作成している。「その人らしく」を実現するため職員一丸となって取り組んでいる。理念を職員の名札の裏に記載し、周知を図っている。   |  |
| 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  | 地域の祭りやイベントに入居者、職員一緒に参加、楽しんだり、近く美容室へ出かけたりしている。  | 1階をSOPという地域交流の場として開放し、ボランティア活動や認知症講座など地域住民が気軽に立ち寄り、利用者との交流を図っている。また、運営推進会議を通じて、地域の祭りや町内会活動にも参加している。                              |  |
| 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  | 施設のサロン等を活かして地域住民との関係を築いていけるよう体制を整えていきたいと思えます。認知症サポーター養成講座の開催。                            |  |  |
| 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                                     | 運営状況を説明し意見をサービス向上に活かしている。  | 併設する事業所全体で会議を開催し、公民館長や地域包括支援センター職員が委員となり、様々なアドバイスや意見を頂いている。開設間もないこともあり、徐々に事業所のサービス内容についても話し合っている。                                | 併設事業所全体で開催するため、当事業所を利用する家族や地域住民が参加し、事業内容の理解を図ったり、サービスに関する意見を聞いたりするなど、利用者や地域を繋げる会議となるよう期待したい。 |
| 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に取り組んでいる   | 介護保険課、地域包括ケア推進課などに、疑問点など相談、助言、指導を受けながらケアの向上を図っている。                                       | 市役所が近く、事業所立ち上げより相談に行くなど良い関係を構築している。運営推進会議委員として、地域包括支援センター職員から継続的に相談や助言を得ている。   |  |
| 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 | 全ての職員が拘束禁止は理解しており言葉による拘束しないかなど、管理者からの指導も受けながらケアしている、夜間ベッドからの転落防止では最低床とし見守りで対応。           | 法人で身体拘束防止委員会を設置し、マニュアルも整備している。研修会も定期的で開催し、身体拘束をしないケアについて理解を深め、一人ひとりの支援を検討しながら、身体拘束をしないケアを実践している。周辺は交通量も多く、事故防止のため、事業所玄関に施錠をしている。 |  |
| 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                                     | 研修あり。無視や不適切な言葉などについてもないよう指導受けている、入居者に皮下出血痕など発見時原因検討している。                                 |  |  |

| 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    | 成年後見制度や日常生活自立支援事業利用者も入居されているので、その活用についても考える機会がある。介護タクシーなどで外出されている。  |  |                   |
| 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                         | 説明や疑問にも十分に時間をとり、可能な限り理解していただけるよう丁寧に対応している。  |  |                   |
| 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                     | できるだけ思いや意見を気軽に言ってもらえるよう、言いやすい雰囲気づくりに努めている。又家族の面会時、連絡時状況報告と共に意見を聴くようにしている。又出された内容は職員間で話し合っている。家族が面会に来られた時、様子をお知らせし、家族からこうして欲しいと意見されることもある。 | 日常のケアや会話の中で利用者の思いを聞き取るようにしている。また、家族が関わりやすい雰囲気作りに努め、面会時に要望や思いを把握している。面会が少ない家族との関係作りは、今後の課題となっている。 |                   |
| 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                                      | 意見を反映させられるよう職員のミーティングを行い意見をまとめる機会を設けている。  | 管理者と職員は、日々の業務の中で情報共有や話し合いを行い、気軽に意見を交わせる関係にある。利用者本位のケアの方針について、理解し、実践できるよう職員の育成に努めている。             |                   |
| 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      | 積極的に働き方改革を行っており、無理な勤務にならないように配慮している。  |  |                   |
| 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         | 研修の機会が多い。苑内研修などの場を設け知識向上を図っている。   |  |                   |
| 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 | 外部研修に積極的に参加し他の事業所職員と意見交換を行っている。   |  |                   |

| 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 |
| <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 | 入居前に情報収集し職員間で共有、不安の軽減が図れるような言葉かけ対応を心がけている。関係性を高める為、傾聴などを多くするよう心かけている。                            |  |                   |
| 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            | 入居前、面談や契約時、疑問や不安な事、要望などうかがい、当事業所での対応について伝える事により不安の軽減を図っている。なるべく意見を言うていただけるような関係作りを心かけている。        |  |                   |
| 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        | 事前の情報、アセスメントにより、対応していくが、入居後の状況に合わせて随時ケア内容の追加、変更を行っている。入居者の今までの生活歴などを把握し、必要とされている支援を考えている。        |  |                   |
| 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                        | 家庭で行われていたであろう、思われることは事業内で職員と一緒に行っていただきながら、考えて頂く姿勢も持つよう努めている。一人一人の入居者の出来る事を考え、一緒に行っていただくよう努力している。 |  |                   |
| 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         | 本人と家族の関係がとぎれないよう、家族の状況に合わせてながら、一緒に考え支援していくよう努めている。家族に相談、同意していただきながら行う。                           |  |                   |
| 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                     | 友人、近所の方の面会、自宅で飼っていたペットをつれての面会、以前から利用していた美容室へ行くなどできるだけ関わりの継続を図っている。                               | 利用者には事業所近隣の住民が多く、希望に応じて自宅へ散歩に出掛けたり、家族の協力を得て馴染みの店や理美容院に出掛けたりしている。 |                   |
| 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                 | 気が合いそうな方、話しやすそうな方同士で席を近くにしての活動や、他の方との関わりが苦手な方には職員が間に入り孤立感をもたれないよう配慮している。                         |  |                   |

| 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                    | 入院治療が長期化し退所となった方には、その後の経過を家族に伺ったり、介護支援専門員、相談員と連絡をとったりしている。                                     |   |  |
| <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   | 日頃の関わりの中から、できるだけ本人家族の思いを見逃さないよう情報共有できるよう記録したり、話し合ったりしている。                                      | ケアマネジャーや担当者がアセスメントを行い、ケア会議時に情報を共有している。利用者の自己決定を支援し実現するために、利用者の選択肢が増えるよう工夫をしている。                 | 担当者の気づきを共有し、利用者のその人らしい生活を提供できるよう努めているが、情報共有する方法が確立されておらず、利用者の思いを共通認識するアセスメントの整備に期待したい。 |
| 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・家族・介護支援専門員、以前利用していたサービス事業者からの情報収集や職員が得た情報を共有できるよう、ミーティングで伝えている。家族面会時、本人の趣味など情報を出来る範囲で集めている。 |   |  |
| 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   | 日々のケアの中で、その方の状況・状態を他職員と連携しながら現状把握できるよう努めている。一日の過ごし方は把握している、心身状態などの変化を見逃さないよう努力している。            |   |  |
| 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 | 日々の支援記録やミーティングなどからの情報、意見、又担当者からの意見などによりプラン立案しているが、必要に応じ職員間で話し合い、速やかな対応を心掛けている。                 | 担当者とケアマネジャーが行うアセスメントと3か月毎に担当者が行うモニタリング、週1回開催するケア会議を基にケアマネジャーが中心となり、利用者一人ひとりの状況に応じたケアプランを作成している。 |  |
| 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                        | 申し送り記録やミーティングにより情報共有でき、必要なケアの変更も行っている。日々の様子などは個別記録に多く残す努力はしている、本人の言葉なども記載している。                 |   |  |
| 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               | 受診は原則、家族によるが、状況に合わせ事業所でも対応したこともある。   |   |  |

| 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                                      | 同じ建物の中の地域交流サロンも活用しボランティア受け入れ交流を図っている。                               |  |                   |
| 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し、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                                 | かかりつけ医受診は家族にお願いしているが、家族に苑での様子を伝えと共に、記録も持参してもらう。往診時は職員同席する。          | 協力医療機関や歯科医の受診が可能だが、希望のかかりつけ医を受診できる。また、往診にも対応もしている。かかりつけ医の受診は家族の付添いが基本であり、事業所が把握している情報は、紙媒体で主治医に伝えている。                            |                   |
| 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                          | 日常の関わりの中で感じられる変化は看護職や医療機関に報告連携をとり対応している。心身の変化や気づきがあった場合、記録に挙げている。   |  |                   |
| 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、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。 | 入退院時、入院中には医療機関へ職員は足を運び病院側とも連携がとれるようにしている。                           |  |                   |
| 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  | 家族と話し合い、本人にとってよりよいものになるよう、職員と情報を共有する。最大限出来るケアを話し合い提供できるよう家族と連携している。 | 看護師がいないため、現在看取りは行っていないが、今後、利用者の希望に沿えるよう検討していきたいと考えている。家族には重度化や終末期の支援について、契約時に説明をしている。急変時、職員が安心して対応できるよう、急変時のマニュアルを整備している。        |                   |
| 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  | マニュアルあり。研修などで理解を深めようとしている。消防署による救命講習の研修実施。                          |  |                   |
| 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  | マニュアルを作成し定期的に入居者と共に避難訓練を実施している。                                     | 消防署の指導のもと併設事業所全体で年2回火災訓練を実施している。今後、地区の防災訓練に参加予定である。また水害区域のため、避難マニュアルを作成している。運営推進会議にて、事業所を地区の避難場所として開放してほしいとの要望を受け、避難場所として機能している。 |                   |

| 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                    | プライベートなケアは個室で行う、声掛けや対応は尊厳を損ねないように努めている。誇りを傷つけるような言葉掛けはしないようにしている。                               | 日々のケアや言葉掛け等には、全職員が利用者の人権を尊重し、十分配慮して対応している。食事やトイレ・入浴の誘導の際にも利用者の気持ちを大切にし、さりげない声掛けを実践している。  |                   |
| 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                      | 職員の思いの押し付けにならないような言葉かけや態度を心掛け、できるだけ自己決定していただ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 | その方の状態やペースに合わせて、入浴時間や飲食、睡眠、起床時間など対応している。散歩なども希望に添えるようにしているが冬季は外出していない。その人らしい暮らし方をされ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                                   | 地域の美容室へ行ったり、業者に依頼し事業所内でカットしてもらったりしている、口ひげを伸ばしている方もある。   |  |                   |
| 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      | 嗜好に合わせてしながら職員と一緒に準備や片付けをもらっている。おやつ作りや季節の行事食作りももらっている。食器拭き・食事の盛り付け・洗い物など出来る方には行っていただくこともある。      | 嗜好調査を行い利用者の希望を取入れるよう配慮している。管理栄養士が献立を作り、厨房で調理している、盛り付け等は事業所内で行っている。自宅で使っていた食器を利用している方もいる。 |                   |
| 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           | 嗜好、咀嚼力などに合わせ、量や内容、形態を工夫したり、治療食にも対応、その方のペースにもあわせている。あまり水分を取らない方には、好みの飲み物などをお出しし飲んでいただけるようにはしている。 |  |                   |
| 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                    | 状態、状況に合わせた物品で声掛けや必要な介助を行っている。歯磨きなどは食後声掛け行っていただいたり、介助したりしている。                                    |  |                   |

| 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                              | トイレでの排泄を基本としており、排泄パターンに合わせた誘導、声掛けを行っている。おむつ使用者はいない。  | 排泄チェック表を活用し適切な誘導に努め、トイレでの排泄やおむつ使用の軽減に努めている。利用者の介護度が進む中、出来る限り現状を維持できるよう支援している。                         |                   |
| 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  | 水分摂取を促す。トイレ使用直後に声掛けし排便の有無確認し便秘気味であれば、その方に合った方法で対応(牛乳や冷水を飲んだり)又下剤の服用調整など行う。体操などは毎日行うようにしている。毎日ヨーグルト提供。                        |   |                   |
| 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                        | 同性介助を基本としている、少なくとも週2回は入浴としており、時間帯は希望に添っている。体調や状況に合わせて行うこともあり。気分により入浴拒否される方は、日をあらため入浴していただいている。身体の負担がかからない程度に本人の好みの温度で実施している。 | 週2回の入浴を基本としているが、利用者の希望や状況に柔軟に対応している。安全に入浴できるよう、手すりを設置している。重度の方は併設の通所介護事業所の機械浴を利用し入浴している。              |                   |
| 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   | 持参された寝具使用される方もあり、就寝時間はその方に合わせている、日中の静養も自由。眠りたい時に眠っていただいている。  |   |                   |
| 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  | 服薬情報(内容、副作用、用量など)は、入所時、変更時など申し送りやミーティングで理解するようにしている。状態の変化にも気を配っている。全員の情報は一冊にファイルされて、いつでも見られるようになっている。                        |   |                   |
| 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                             | 職員間でその方のできる事、得意な事を共有することにより、活動に生かせるようにしている。好きなお手伝いなどは行っていたくようにしている。千羽鶴を折られている方には折り紙を提供している。                                  |   |                   |
| 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 | 散歩や買物など外出は、まだ少ないが行っている。先日、公共交通機関(バス)を使い職員と一緒に買物に行ったことはある。  | 市街地に立地しているため、近くの店に買い物に行ったり散歩に出掛けたりしている。またバスなどの公共交通機関を利用しての外出支援をしている。冬季間は外出が困難であったが、今後外食や外出の企画を計画している。 |                   |



| 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  | 少額のお金を持っている方もあり、喫茶などで使われたりもしている。預り金もあり、買物などで使っていたりしている。                                   |  |                   |
| 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   | 家族に電話された方はある。手紙を受け取られた方はあるが出された方はまだない。希望があれば電話などしていただいている。                                |  |                   |
| 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 | 季節感には心掛けている。季節ごとの飾りなどを入居者と作ったりして展示したりしている。季節を感じる音楽、穏やかな音楽を流している。                          | 居室の扉の格子模様が部屋毎に異なり、利用者が一目で自室だと分かるよう工夫している。ビルが隣接しているが、共用空間や廊下には日が入るよう工夫され、天井も高く、ゆったりとした環境になっている。 |                   |
| 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  | 気の合う方どうし、ソファで過ごしたり一つのテーブルに集まりゲームしたりという事もある。ソファなどを配置しており利用される方もおられる。                       |  |                   |
| 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  | 馴染みの物の持ち込みは制限なし、壁にシールを貼ったり、自分の手作りを飾られたり、デッキを持ち込まれている方もあり。家族が今まで使っておられた物品を持って来られたりしている。    | 各居室は、洋室でベッドとタンスが完備されている。家族の写真や思い出の写真を飾ったり、大切な仏壇や位牌を祀るなど、その人らしく居心地良く過ごせるよう配慮している。               |                   |
| 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   | バリアフリー、出入口は引き戸、手すりは全面的には設置されておらず代替の建具の部分もある。トイレは表示板あり。タンスの向きは、。その方のやりやすい方向にし出し入れしやすくしている。 |  |                   |