

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   | 0290700079      |            |  |
| 法人名     | 有限会社ケア・サポート三沢   |            |  |
| 事業所名    | グループホーム赤とんぼ花園   |            |  |
| 所在地     | 青森県三沢市花園町1-5-16 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年1月28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 | 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2月29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>ケアプランに基づいて、細かな対応を心がけている。</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>町内会や地域住民の協力を得ながら、運営推進会議や季節行事、避難訓練等を実施しており、今後も交流を深めたいと努力している。<br/>また、独居の高齢者が多い地域の状況も把握しながら、地域にホームの運営や役割を理解していただき、ホームと地域が協力し合い、共に福祉の向上を図れるように取り組んでいる。</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<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、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、安心して暮らしている<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

| 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  | 徐々に理念を意識した実践がみられてきている。  | 職員の休憩室に理念を掲示して、いつでも確認できるようにしており、利用者の尊厳を保ち、笑顔と思いやりがあふれるケアに取り組んでいる。   |   |
| 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  | 日常的なつながりはないが、積極的に行事に参加し、町内から行事等の誘いが徐々に増えている。また、町内会と交流し、情報交換をしている。               | ホームのすぐ横が集会所になっており、会合がある時等は社長や施設長が参加して、地域住民との交流を図っている。また、運営推進会議の一員でもある町内会長の協力を得ながら、地域住民にホームの避難訓練や行事等にも参加していただいている。                                 |   |
| 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  | 実習生やボランティアの受け入れを行っている。AEDの設置を通して、地域の方も利用できるようにし、AEDの使用方法について、地域の方々との講習を実施予定である。 |   |   |
| 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                                     | 運営推進会議の中で活動状況を報告し、メンバーと意見交換を行っている。  | 2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、ホームの現状や行事、研修内容等を報告している。また、町内会長や民生委員、利用者家族、市の担当者等、それぞれの立場で質問や情報交換が行われており、出された意見をサービスの質の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に取り組んでいる   | パンフレットを配布し、市担当者からはその都度指導を仰ぎ、意見や情報をいただいている。                                      | 市の担当者が運営推進会議に参加している他、自己評価及び外部評価結果を報告し、ホームの実態を理解していただいている。また、ホームの運営の課題や制度の改正等、相談等がある時は、いつでも助言や情報が得られる関係を築いている。                                     |   |
| 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 | マニュアルを作成して学習している。玄関を開けようとする利用者が数名いるため、施錠の解除ができていない。                             | 昼夜の安全面を考慮して、居室にセンサーやカメラを設置している。外出傾向の利用者について、玄関は出るドアに関してナンバーロックをしており、家族には説明を行う他、文書で伝え、承諾を得ている。また、運営推進会議の機会や近隣との交流を通じて、利用者の無断外出時に協力が得られるように働きかけている。 | 施錠を含め、家族に口頭で説明を行い、同意を得たことを、記録として残すことに期待したい。 |

| 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 |
| 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されることがないように注意を払い、防止に努めている       | 高齢者虐待防止法について、職員間で学習する機会を設けた。また、事例事案を職員に配布して、考える機会を与えている。           |   |                   |
| 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 | 利用者で後見制度を利用している方がいる場合、個人情報も含まれるため、内容を数人に限定して伝えている。                 |   |                   |
| 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                      | 契約時にケアマネジャーを中心に説明をしている。  |   |                   |
| 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                   | 利用者や家族の要望はケアプラン等に反映し、意見・要望は意見箱、窓口で対応している。                          | 日頃のさりげない利用者の言葉から意向を把握するために、職員同士で話し合い、ケアに反映できるように努めている。また、面会時に家族から意見や要望を引き出すよう、コミュニケーションを図っている。          |                   |
| 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                                   | 職員会議やユニット会議で意見交換を行っている。  | 職員会議やユニット会議をそれぞれ月1回行っており、職員の提案や要望等、意見交換し、利用者に対する心身のケア面の改善に向けて取り組んでいる。また、職員は施設長や社長に相談する等、意見や提案を出せる環境にある。 |                   |
| 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   | 代表者なりの考えで環境づくりに努めている。  |   |                   |
| 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      | 研修内容と本人の力量、希望に合わせ研修に参加してもらい、できるだけ多くの職員が参加できるようにしている。また、内部研修も行っている。 |   |                   |

| 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 |
| 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1、2回、他施設を訪問し、挨拶を兼ねて情報交換を行っている。                |  |                   |
| <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        | 入居時とケアプラン作成時に利用者の要望をくみ取り、職員とも情報を共有している。        |  |                   |
| 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                   | サービスの開始にあたっては、家族からの意見・了解の確認をとった上で開始している。       |  |                   |
| 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               | 家族の要望と利用者の身体的な面・メンタル面を総合的にみて、今必要な支援を考えて対応している。 |  |                   |
| 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                                  | できる事は手伝っていただき、一緒に行うことで、職員との関係を築いている。           |  |                   |
| 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                   | 毎月の家族通信、面会時の状況を通して行っている。また、変化時には速やかに報告している。    |  |                   |
| 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                               | 要望があった場合には、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。         | これまでの馴染みの関係が継続できるよう、電話や面会の支援を行っている。また、自宅を思う気持ちを大事にし、受診の後に寄り道する等、家族に協力を働きかけながら支援している。 |                   |
| 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                           | 良好な関係の時は見守りながら支援し、トラブルに関しては特に注意して観察し、支援をしている。  |  |                   |

| 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                    | 家族から要望があった場合に相談や支援を行う準備はできている。  |   |                   |
| <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   | 日常のケアの中からの情報や他の職種、家族からの情報も加え、本人の意向や希望を把握しており、カンファレンスでも話し合っている。                      | 家族等から協力を得たり、職員が情報収集した事と合わせながら、利用者一人ひとりの暮らしの思いや希望を把握するように取り組んでいる。  |                   |
| 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                                       | 入居時の家族からの聞き取りや、それまで受けていたサービス利用先からの情報提供により、把握に努めている。入居後も、本人の言葉や家族との世間話を通して把握することがある。 |   |                   |
| 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   | 申し送りやケース記録、職員同士の情報交換で把握している。  |   |                   |
| 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 | カンファレンスにて担当者や他の職員、看護師と検討して作成し、3ヶ月に1回モニタリングを行っている。                                   | 介護計画は、利用者の日々の生活の中での思いを取り入れた個別具体的なものとなり、実施期間を3ヶ月としている。また、利用者や家族の意向に変化はないか心配りをしながら、全職員で再アセスメント、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                        | 3ヶ月毎の見直しの他、変化が生じた時は速やかに計画の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               | 本来、家族対応の受診であっても、施設サービスとして、利用者の受診に付き添っている。   |   |                   |

| 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                                       | 地域の民生委員やボランティア団体の存在を把握し、行事等に参加を呼びかけ、協力体制を築いている。                                      |   |                   |
| 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                                  | かかりつけ医を利用している。   | 入居時にこれまでの受療状況を聴取し、希望する医療機関への受診を継続できるようにしており、現在は全利用者がかかりつけ医の受診者で、家族の協力も得ながら支援している。また、受診結果は電話や面会時、個人通信等で伝え、共有している。                                  |                   |
| 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                        | 変化は速やかに看護師に報告し、適切な処置・受診が行われている他、医療を学ぶため受診の際も、介護職員が同行している。また、訪問看護師といつでも相談できる体制となっている。 |   |                   |
| 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。 | 入院時には、面会を重ねて病院関係者から状況の説明を受け、退院後について話し合っている。入院中も家族と連絡を取り合い、情報を共有している。                 |   |                   |
| 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、事業所の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、重度化及び終末期について、当施設での対応を説明している。その時期には家族に説明・相談し、他施設へつなげている。                         | 重度化や終末期の対応については、現在のところ行っておらず、ホームでの生活が困難となった場合には、病院や他の施設に移っていただく旨、入居時に説明し、納得が得られている。また、ホームを退去後に病状が軽快し、再入居の希望があった場合にはホーム内で検討し、できる限り対応できるように取り組んでいる。 |                   |
| 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   | 急変時の連絡・対応等のマニュアルを作成し、全職員が把握しているが、救急救命の訓練はできていない。                                     |   |                   |

| 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 |
| 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2回、地域の方々と協力しながら訓練を実施している。   | 昼夜を想定した避難誘導策を作成しており、年2回、訓練を行っている。町内会長の協力の下、地域住民の訓練への参加も得ており、災害時に備えた地域住民、消防署等との協力関係を構築している。また、非常時の食料や物品等は敷地内の別棟に備蓄している他、設備点検は業者に依頼して、定期的に行っている。 |                   |
| <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                | 利用者のプライバシーを保護する対応を行っている。何事においても利用者が選択できるような言葉をかけている。                                       | 利用者の言動を否定せず、急がせずに一歩下がって耳を傾け、思いを受け止めるように努めている。また、人格尊重やプライバシーについて職員間で話し合い、確認し合っている。  |                   |
| 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                     | レクリエーションや行事等は利用者の意見を優先して行っているが、特でない場合は職員が積極的に声がけをして、利用者が自分で決定できる場面を促進している。                 |  |                   |
| 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 | 日常のスケジュールにおいても、利用者の状況に合わせて予定を変更しながら、希望に沿って行っている。   |  |                   |
| 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                                  | 毎日の身だしなみ、月1回の散髪、本人の選んだ着衣等の支援を行っている。  |  |                   |
| 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     | 季節の物や苑で採れた野菜等を食事に取り入れ、全て職員の手作りで提供している。食事前の準備や後片付けは利用者に手伝っていただいている。また、昼食は職員と利用者が一緒に席で食べている。 | 法人の栄養士が献立を作成し、当日の担当者が調理している。季節の産地料理や利用者の嗜好、食事状況を考慮したメニューを提供し、職員も可能な限り、一緒に席で食べている。また、食事の準備や後片付け等は、利用者の状況に合わせて行っている。                             |                   |

| 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 |
| 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         | 栄養士により、食事バランスが確立されており、午前は飲み物、午後はおやつと飲み物を提供している。また、本人の飲み物は好みや状況に応じて提供している。                  |  |                   |
| 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に、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、見守りや介助をしながら行っている。固形ブラシやガーゼを使い、状態に応じた口腔ケアを行っている。また、洗浄剤の使用により、毎日、義歯の清潔を保っている。            |  |                   |
| 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  | 排泄チェックにより、利用者一人ひとりの排泄サイクルを把握している。便・尿意のある利用者は夜間でもトイレ誘導している。                                 | 事前誘導や夜間のトイレ誘導の排泄支援により、おむつからリハビリパンツになる等、排泄状況を把握して職員間で検討しながら、改善部分を見出している。また、排泄を失敗した時やその時の利用者の心境に配慮しながら、一人ひとりのペースを優先して支援している。 |                   |
| 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                  | 毎日の体操や屋内外の歩行運動をし、水分補給も十分にしているが、下剤でコントロールしている利用者もいる。  |  |                   |
| 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、個々に応じた支援をしている | 入浴の曜日や時間帯は決まっているが、利用者の状態や希望によっては変更して支援をしている。   | 入浴は週2回、利用者の習慣や受診状況、心身の状態等を考慮しながら行っている。また、入浴を拒否する利用者に対して、日時の変更や職員を交代したり、声がけの工夫をしながら、気持ち良く入浴できるように支援している。                    |                   |
| 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                   | 睡眠チェックで利用者一人ひとりの睡眠サイクルを把握しており、状態に応じて、日中の休息も取り入れている。また、利用者によっては入眠剤を使用したり、入眠までの付き添いの支援をしている。 |  |                   |
| 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              | 薬の変更時は、看護師が指示と指導をし、全職員に周知できている。また、服薬の取り扱い扱いは、四重チェックで誤薬がないように努めている。                         |  |                   |

| 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 |
| 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  | 家事手伝いの的な手作業や気分転換にドライブ、庭での日光浴、散歩を行い、外気に触れる機会を設けている。   |  |                   |
| 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                     | 本人の希望や状況により、家族と相談し、可能であれば家族の協力で外出支援を行っている。   | 季節が感じられる花見や地元のお祭り、外食、ドライブ、ホーム前の駐車場での日光浴等、外に出る機会を多く設け、利用者の気分転換を図っている。また、利用者一人ひとりの希望や状態に合わせ、無理のないよう支援をしている。                  |                   |
| 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  | お金は施設管理している。外出の際は職員がお金を管理しているが、本人の自由に使えるよう支援している。  |  |                   |
| 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   | 要求に応じられる体制となっている。  |  |                   |
| 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 | 利用者が自由にソファで横になったり、テレビをみたり、休息をとったり、会話ができるようにしている。日中も休息できるようにブラインドで光を調整している。また、施設内のホールには季節に合った飾り付けをしている。 | ユニット別にテーブルやソファ等の配置を変えており、明るく、安全且つ過ごしやすい空間づくりが工夫され、清潔感がある。乾燥を避けるための加湿器を数台使用し、利用者の健康面に配慮している他、壁には畳1畳程度の色紙で作成した利用者の力作が飾られている。 |                   |
| 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  | ソファの配置を工夫して、本を読んだり、うたた寝できるようにしている。   |  |                   |
| 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  | 家族への働きかけは行っているが、物によっては破損が考えられ、認知症の方達なので工夫に苦労している。  | 利用者や家族と相談しながら、希望の物品を居室に持って来ていただけるように働きかけしている。職員は利用者自身の作品や写真等を一緒に飾り、その人らしい居室づくりを支援している。                                     |                   |

| 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 |
| 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 | 居室前に目印のシールを貼ったり、トイレの方向に色テープで道しるべを作り、誘導できるように工夫している。利用者ができる事は職員が寄り添い、なるべく自分でできるように支援している。 |      |                   |