

### 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   | 0272300773                      |            |  |
| 法人名     | 有限会社 メープルの里                     |            |  |
| 事業所名    | グループホーム メープルの里なみおか              |            |  |
| 所在地     | 038-1344 青森県青森市浪岡大字吉野田字木戸口52-12 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月28日                     | 評価結果市町村受理日 |  |

**【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>定期的にホームの介護目標(理念)を作成し、目標に添って、個々にあうケアが出来るよう努めています。常に笑顔で明るく接するようにしています。</p> |
|---|

※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 | 平成28年11月18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)】**

|   |
|---|
| <p>入居者一人ひとりの思いに添えるよう、日頃から良く話を聞き、意向の把握を実施し、個別課題として取り組むことで、一人ひとりが生き生きと生活できるよう支援している。地域とのつながりを大切に、散歩中に挨拶することを始め、事業所を理解してもらえるよう、独自に作成した機関紙に様々な情報を盛り込み回覧する取り組みも行われている。</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、生き生きと働いている<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  | 会社の理念を玄関、事務室、ホールに掲示している。ホーム理念を作成し掲示している。スタッフもそれに向け実践している。   | 地域密着型サービスの意義をふまえた、理念を作成しており、毎朝のミーティング時に唱和し、日々のケアに活かした取り組みが行われている。                                       |  |
| 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  | 回覧板、地域の行事参加、挨拶をきちんとし、散歩時は会話して交流している。  | 霊泉祭りや地域の小学校の行事等に参加し、地域住民との触れ合う機会を作り、取り組んでいる。また、事業所を地域の方に知ってもらう活動として機関紙を作成し、回覧する取り組みが行われている。             |  |
| 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  | 学生の受け入れがなく、学校に対して受け入れが出来るアピールを示していく。催しの行事があれば参加をしていく。   |   |  |
| 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                                     | 2ヶ月に1回、第3金曜日を基準にホームにて開催している。又、会議に出た意見、要望は受け止め取り入れるようにしている。  | 2ヶ月に1回、定期的に関係者が集い運営推進会議が行われている。案件についてはその都度訪問された家族からの意見並びに職員からの提案等をふまえ協議している。議事録にて職員に周知し、決定事項等は実践に繋げている。 | 地域住民や多職種で幅広くメンバー構成されているが、参加率が低いようなので、参加率向上に取り組み、様々な意見が反映されることでサービス向上につながる取り組みに期待したい。 |
| 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  | 月初めには、入居者数の報告をしている。又、入居者の事故発生時、取り扱いの要綱に従い、第一報として市町村に連絡し、後日事故発生内容の詳細を説明。サービスの課題等が発生したら相談し助言をいただいている。 | 運営推進会議での話し合いを含め、日常的に市の高齢福祉課や生活福祉課との情報共有が図られている。   |  |
| 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 | 身体拘束のついての勉強会を行っており、理解出来ている。身体拘束は行っていない。   | 年間の内部研修計画の中に、身体拘束について取り入れ、職員に周知すると共に、身体拘束を行わないケアの実践に取り組んでいる。  |  |
| 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                                      | 年に1回以上、定期的に虐待防止法について、学ぶ機会を設けている。  |   |  |

| 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    | 1ユニットに成年後見制度を利用している方が居るため、研修で学び活用している。  |   |                   |
| 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                         | 利用者や家族に丁寧に説明し、納得した上で同意を得ている。解約についても、状態の報告、理由について説明し理解を得ている。                                       |   |                   |
| 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、要望、苦情等直接お話頂いてる。玄関に「意見ボックス」、ノートも設け意見を求め、寄せられた物は職員で話し合い早期に回答を提示、運営推進会議でも報告。重要事項説明書にも苦情窓口を明記している。 | 家族に向けたメープル通信に返信用封筒を添えて、家族からの意見を募り、寄せられた意見については、会議等で対策を話し合い運営に反映させている。玄関に意見箱を設置している。 |                   |
| 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                                      | 利用者の意見は普段の会話から汲み取るよう努めており、不満や要望についてはその都度、話し合い対応をしている。   | 職員からの意見は、毎月開催される職員勉強会時に意見を吸い上げ、月に一度行われる事業所本部会議等で協議し、運営に反映できるように努めている。               |                   |
| 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      | スキルアップのため、外部研修への参加の案内がある。   |   |                   |
| 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         | 事業所内での研修を毎月行っており、職員の参加を促している。段階に応じた研修は外部研修で補っている程度で事業所では体制作りは出来ていない。                              |   |                   |
| 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 | 介護サービス事業所連絡会議に出席し交流を図っている。又、GH協会への参加、外部での勉強会に参加し交流を図っている。   |   |                   |

| 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 | 入居相談、申請にあたっては懇切丁寧をモットーに話しを伺うよう努めている。又、本人にもホームの様子を直接見て頂くよう家族にへお願いし、叶わない場合はこちらから面談に行き入居前に必ず顔を伺っている。 |  |                   |
| 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            | 入居相談、申請にあたっては懇切丁寧をモットーに話しを伺うよう努めている。又、本人にもホームの様子を直接見て頂くよう家族にへお願いしている。家族の要望等も必ず聞くようにしている。          |  |                   |
| 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        | 入居相談、申請を行い、待機となることが殆どである為、本人、家族状況等を把握し、他のサービス紹介、提案の実施、希望時は先方に繋ぎ等対応。紹介下さったケアマネ等へは電話報告をいれている。       |  |                   |
| 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                           | 生活を共にする家族というスタンスで臨んでいる。日常の作業を一緒に行ったり、行動や会話から学び、話し合い、感謝し合っている。                                     |  |                   |
| 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            | 家族参加の行事を年に1回計画し実施しており、楽しいひと時を共有できるようにしている。面会に来られた時は本人も含めた会話をもっている。                                |  |                   |
| 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                        | 外出行事にはその地域の利用者を優先させるなど配慮している。友人が面会に来られた際、本人と会話を持ち関係が保たれている。                                       | 入居者に対しては、時折来所される来所者との触れ合う時間を大切に過ごせるよう対応し、又要望があればその都度、家族や古くからの友人に電話を繋ぎ、関係性を維持できるように取り組んでいる。 |                   |
| 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                    | 利用者同士が助け合う、協力し合う雰囲気があり、良い関係が築かれている。それぞれが役割を持って生活を送っており、職員はそのサポートに徹している。                           |  |                   |

| 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                    | 家族へは何かあったらいつでも気楽に連絡、相談下さるよう伝えている。退院時、退去後も必要に応じて支援、相談に応じ協力を努めている。   |  |                   |
| <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   | 本人の意向で、亡くなったご家族の遺影に毎朝追善をあげる支援をしている方もいる。一人ひとりの思い、希望は可能な範囲で取り入れつつ、生活に反映されるよう配慮している。  | 入居者個々の意向については、日々の会話の中から意向の確認を行い、会話が困難な方についても、声掛けしたときの表情から、又家族からの聞き取りより意向の確認を行っている。         |                   |
| 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                                       | 入居時は基本情報として、本人、家族から情報収集している。又、居宅ケアマネをはじめ、入院や何らかのサービス利用されている方については各事業所より情報提供を頂いている。   |  |                   |
| 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   | 利用者一人ひとりの生活リズム、パターンを把握し、変化があれば記録に残している。  |  |                   |
| 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 | 家族には面会時に要望や意見を確認。本人の意向や課題についてはケース記録の「気付き」欄があり、必要な事等計画に取り入れている。又、ユニットノートを活用し、計画に反映するよう努めている。月に1度カンファレンスを開き一人ひとり課題について話し合っている。 | 本人・家族からの意向、又は「ひもときシート」などを活用した現状把握からの目標の設定等を行っている。モニタリングは定期的に行い、毎月の勉強会の中にカンファレンスも含んで行われている。 |                   |
| 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                        | ケース記録により、利用者状況やケアの実践が確認できる。又、記録には「気付き」の欄があり情報共有に努めている。   |  |                   |
| 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               | 出来る限り、本人、家族の希望に応じて取り組んでいる。   |  |                   |

| 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   |
| 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                                       | 地域の催し物に参加したり、地域消防団や民生委員、警察にも緊急時の協力を依頼し了解いただいている。                              |   |   |
| 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                                  | 入居後可能な限り、かかりつけ医の継続受診が出来るよう支援している。変更を余儀なくする場合は紹介状を頂くように、事前に家族に説明、了解を得ている。      | 入居後もかかりつけ医への受診は継続されている。入居者の身体状況の変化により、主治医の変更を余儀なくされた場合や他の診療科受診の必要が見られた場合は、家族と相談しながら必要な対応がとられている。                                  |   |
| 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                        | 必要に応じてかかりつけ医又は同系列の看護師に相談している。   |   |   |
| 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。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。 | 入院の際はホームでの状況を情報提供している。早期退院が見込める場合は家族、医師、ソーシャルワーカー等に入院中の経過等を情報提供している。          |   |   |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる    | 早い段階から本人、家族と話し合いをおこない、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。                                | 近隣消防署に申込み、定期的に職員の救急救命講習の受講を行い、緊急時の対応が行えるように取り組んでいる。現在看取りは行っていないが、入居者の重度化や終末期に向けた取り組みについては事業所が対応できる範囲の説明を行い、納得と同意のもとで対応の協議がなされている。 |   |
| 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   | 年1回の事業所内研修で課題にして取り組んでいる。緊急時はホーム内に連絡網がある。                                      |   |   |
| 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   | 毎年、年2回以上の消防訓練の実施。その際、消防団、近隣住民に参加協力を呼びかけし参加を得ている。又、事業所内研修の際にも災害対策について会議を行っている。 | 定期の消防訓練にも消防団や近隣住民の協力を得て実施することで、火災時の対策がなされている。又震災時の備蓄についても、食事に関しては系列の配食センターが担当し、日常必要な物品は事業所内で3日分備蓄し対策している。                         | ユニットからの非常出口先スロープの、勾配をもう少し緩やかにし、散歩や安楽に外出できる環境づくり等もふまえた改善が出来る事に期待したい。 |

| 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 |
| <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                | 重要事項説明時もプライバシー、個人情報の項目あり説明している。職員には入社時、個人情報守秘義務について説明している。  | 個人情報やプライバシーが侵害されない様、入居者それぞれに対し、尊厳を傷つけない配慮や言葉かけが周知され、入居者となれあいの関係にならないよう、職員間で徹底されている。                               |                   |
| 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                     | 利用者との会話を大事にし、思いを汲み取るよう心掛けている。常に選択、決定権は利用者にあるという事を職員は理解している。   |   |                   |
| 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 | 利用者の気持ちを最優先し、その日の気分、体調なども把握しながら支援している。  |   |                   |
| 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                                  | 毎月、ホームに理容師がきて散髪。衣類選択は個々に任せているが、困難な場合は季節や場面に合わせた物を準備させて頂いている。衣類汚染等が見られた時は、その都度、交換している。化粧品等は、希望がある時は一緒に買い物に行っている。 |   |                   |
| 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     | 嗜好を確認しており、嫌いな物には代替品を提供したり、能力や希望に応じて粥、刻み等で対応している。食事の準備から後片付けまで利用者がそれぞれ役割を持ち率先して手伝って下さる。                          | 入居者個々の嗜好に応じて、取り組める様、配食センターと協議し対応できている。又食事準備も職員と入居者が共に行えるように実践されており、毎月外食や、自分たちで食事を作る機会も設けるなど、食事が楽しいものになるよう工夫されている。 |                   |
| 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          | 1日で魚、肉、野菜がバランスよく摂れるよう配慮。日々の皮膚状態、排泄状況や摂取量の確認。月に1回の体重測定を実施。嗜好や能力によっては代替メニューを準備し、お粥、刻み食を提供し栄養確保に努めている。             |   |                   |
| 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                   | 食後は声掛けして歯磨き(義歯洗浄)うがいの促しと確認をしている。自力で行えない方に関しては介助している。又、定期的に義歯洗浄剤を用いて義歯の清潔を保っている。                                 |   |                   |

| 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                               | 排泄チェック表を活用しながら、排泄パターンを把握し、必要な方には声掛けやトイレ誘導を実施している。   | 個々の排泄パターンを把握し、自然にトイレで排泄できるよう支援している。又排便困難な入居者に対しても、食生活の見直しや主治医との相談対応が出来る。          |                   |
| 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   | 日常的に水分補給、メニューの中に繊維質の物を取り入れるよう配慮。排泄チェック表にて個々の排便状況を把握し、便秘時には水分摂取を促し活動量を増やしている。必要に応じて下剤の調整を行っている。    |   |                   |
| 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                         | 週3回の入浴日が確保されている。その他、足浴等も実施している。入浴拒否が強い方は、清拭も取り入れている。  | 2ユニットそれぞれに異なる入浴日を設定し、予定入浴が困難な入居者に対しても、その都度希望時に入浴ができる体制をとっている。                     |                   |
| 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  | 個々の状態により休憩や睡眠を促しているが行動を指示したり、臥床を強要することはない。眠れない方には温かい飲み物を勧めながら会話を待つ等、安心して休める気分になるまでお付き合いするようにしている。 |   |                   |
| 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   | 受信手帳に処方薬の説明書を添付。処方薬変更等は、記録、申し送りにて伝達し、効果や副作用症状の有無の確認に努め、主治医に報告。誤薬防止として、薬セット時は2名以上で確認体制をとっている。      |   |                   |
| 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                              | お盆拭き、食器拭き、後片付け、洗濯たたみ、それぞれの役割を持った生活をし、月1回外食が出来るよう支援している。   |   |                   |
| 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。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 | 日光浴やホームの周りの散歩等、気楽に戸外に出かけている他、希望があれば買い物にお連れしている。   | 日々入居者の希望に応じた外出支援がされており、日常的な散歩や近くの畑へ出かけたりの取り組みが出来ている。又家族一緒での外出や、希望時の買い物等の支援がされている。 |                   |

| 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  | 手元にお金を所持していないと不安な方は、家族様了解にて、数千円持っている方も居る。自己管理が困難な方は、ホームで預かり管理している。  |  |                   |
| 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   | 電話は希望や状況に応じて職員がダイヤルして繋いだり、遠方の家族から贈り物が届いたりした時はお礼の電話をして交流を拓けている。  |  |                   |
| 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 | 共有空間を毎日掃除、整理整頓を行い、利用者が気持ちよく使用出来るようにしている。南側に面したホールの窓からは光が良く入り、ロールカーテンで調整している。毎日季節に合わせた掲示物を貼る等、季節が感じられる工夫をしている。 | 入居者手作りの作品を掲示したり、室温調整や採光に配慮し心地よい共有空間づくりに取り組んでいる。又ねぶた絵の掲示や季節を感じさせる物の配置など、入居者が居心地良く過ごせるよう工夫されている。 |                   |
| 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  | ホールでゆったり過ごせるよう、ソファや畳が設置されている。利用者にはそれぞれくつろいで過ごせる定位置がある。会話が盛り上がらない時はスタッフが間に入り和を作るようにしている。                       |  |                   |
| 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  | 入居者には本人が使い慣れている家具や馴染みの物を居室スペースの許す限り、自由に持って来ていただいている。写真を壁に飾る等して殺風景にならないよう心掛けている。                               | ご本人の居心地の良さを追求し、使い慣れた家具の持ち込みを支援している。居室内の配置も職員が意向を尊重し、混乱に配慮した対応が行われている。                          |                   |
| 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」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  | トイレ、居室の場所が分かりやすいよう貼り紙や目印となる物を貼っている。目印は利用者の目線に合わせて調整している。夜間はトイレの電気を付けたままにしている。                                 |  |                   |