

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                            | 事務所や休憩室など目につくところに掲示し、それを念頭に置いて日々のケアにあたるよう、指導・実践をしている                                  | 事業所独自の理念が作成されており、目につく場所に掲示して共有し、意識付けを図っている。今年度中に理念についての見直しを行い、全員で話し合い、大学教授がアドバイザーとして参加している「認知症事例検討会」の中で出され感銘を受けた言葉を取り入れ、来年度より「認知症になっても意味のある暮らしを」とすることに決定した。新理念は各種会議で周知し、実践に向け取り組んでいる。   |                   |
| 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                            | 朝の掃除や日中外に出る際など、また地域の回覧板などを持っていくときなど、利用者と一緒に出かけ、こちらから声を掛けるようにしている。                     | 日頃から近隣を散歩したり、回覧板を届けたりし、近隣住民と挨拶や会話を交わしている。地域のコミュニティで開催されるお茶会や行事に参加し、地域の方々と交流している。コミュニティで知り合った方がボランティアでホームを訪れてくれたりもしている。平成27年6月より、毎月ホームで認知症カフェを開催し地域の方に参加を呼びかけ、毎回数名の参加を得て交流している。また、小学生の総合学習の受け入れを行うなど、様々な取り組みを進め、地域とは活発に交流している。 |                   |
| 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                          | 運営推進会議を通じて、地域と自治体との要望について話し合いを行っている。  |   |                   |
| 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       | 運営推進会議での報告を毎回行って、内容について意見などももらった場合積極的に反映できるようにしている。                                   | 2か月に1回、利用者・家族代表2名・自治会長・包括職員・同法人他施設の施設長のメンバーで開催している。写真入りの次第で判りやすく活動報告し、意見交換を行っている。参加者からは有益な情報やアドバイスを頂き、サービスの向上に役立てている。   |                   |
| 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                  | 随時報告・相談・指導などをいただいております。また毎月の広報誌送付なども行っている。認知症サポーター養成講座や家族介護支援事業などにおいても、互いに協力し取り組んでいる。 | 市の担当者には日頃から何かあれば電話で確認や相談を行ったり、出向いて相談したりしながら積極的に係わりを持つよう努めている。また、市の取り組みである「元気はつらつボランティアスタンプ」の登録事業所としてボランティアの受け入れを行ない、認知症サポーター養成講座に講師派遣して協力したり、認知症カフェを開催し市の「家族介護支援事業」に協力するなどしながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。                              |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介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 | 夜間を除く一切の施錠を行わないようにしている。また、拘束とまでいかないが、活動や発言を抑制してしまうようなことが無いが、指導している。                   | 本社で開催される研修にほぼ全員が参加し、拘束しないケアについて学んでいる。また、内部研修を開催し、本社研修で学んだ事の再確認を行い、職員は理解を深めている。職員は学んだ事に基づき、スピーチロックなどで行動を抑制しないよう注意し、利用者の自由を大切にケアにあたっている。  |                   |

| 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 |
| 7  | (5-2) | ○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     | 特に力を入れて、虐待についての知識を職員に伝達、確認してもらい、各自で意識して虐待防止に努めている。                                       | 身体拘束と同様に、本社研修及び内部研修で虐待の防止について学び、理解を深めている。また、「認知症の人への不適切なケアと適切なケアの対比」表を掲示し注意喚起すると共に、言葉づかいなどで気づいた事があれば注意・指導している。ホームでは利用者への理解を深めることが虐待の防止に繋がると捉え、利用者との関わりを大切にしている。管理者は職員のストレスにも配慮している。 |                   |
| 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 | 職員間での理解も広がってきているが、まだまだである。   |   |                   |
| 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                      | 重要事項説明書・利用契約書については十分な時間をかけて説明を行っている。   |   |                   |
| 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                  | 意見箱の設置とともに、普段から家族が意見や要望を言いやすい環境作りに努めている。訪問時は必ず現況報告をし、要望があった時は検討し「出来ること」は即実行している。         | 利用者には、日々の関わりの中で意見を聴いたり、利用者の自治会を開催して意見を募ったりしている。家族には、家族会を開催して意見交換しているほか、来訪時に意見を伺ったり、ケアプラン更新時に改めて意向・要望を伺ったりしている。法人によるアンケートも実施されている。受けた意見・要望は記録して共有し、検討のうえケアプランに反映し実行している。             |                   |
| 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                                   | 職員全体会議や個別での面談を行い、定期・不定期に聞く機会を設けている。  | 定期的にユニット会議、全体会議を開催し、また必要時には個人面談を実施し、意見・提案を表出する機会を設けている。管理者は職員の意見を聞くよう心がけ接しており、職員も話しやすいと感じていて日頃から活発に意見・提案を行っている。出された意見・提案には速やかに対応し、出来る限り運営に反映させている。また、毎月、法人代表が管理者と面談する機会も設けられている。    |                   |
| 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   | 年2回の目標設定と管理などにより、能力や実績の判定などを行っている。   |   |                   |
| 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      | 研修については社内での年間計画を基に、内部・外部研修を多く取り組む機会があり、社員のスキルアップを惜みず会社ぐるみで実施している。又それ以外でも事業所独自での勉強も行っている。 |   |                   |

| 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 | 積極的に地域内や他の市町村でも、ホームへの見学や研修などの場における交流を進めるように働きかけている。   |   |                   |
| <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           | センター方式シートを活用、日々の気づきのエピソードシートや家族からの情報収集などで本人が安心して暮らせるように本人本位の支援に努めている。また、重度化に対応した支援に努めている。   |   |                   |
| 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                      | 入居時には細かく、本人、家族を含めて要望等を伺い、悩み等に関して、可能な限り力になれるよう関係性築いている。                                      |   |                   |
| 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                  | 家族が何を必要としているのか細かに聞き取りを行い、他のサービスを取り入れる必要のある時は、家族と話し理解を深めて頂いている。                              |   |                   |
| 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                                  | 日常的に調理や掃除などの作業を、手伝ってもらったり、時には中心となってやっ頂いている。また、畑や庭の植木などの手入れにおいては、いろいろ意見を聞いたり、作業の中心となって頂いている。 |   |                   |
| 19                           | (7-2) | ○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                   | 面会時などに現状についての報告や、何かあったときの相談もしながら、利用者本人を共に支えていくようにしている。                                      | 面会時や電話連絡時に利用者の状況や日頃の様子等を伝えと共に、季節毎に利用者の写真と様子を書いた「おたより」を送付し、家族と情報共有している。また、行事毎に参加を呼び掛けたり、面会時には懇切に対応し訪ねやすい雰囲気作りに配慮し、共に過ごす時間が増えるよう努めている。ホームでは本人がより良い生活を送る為には家族の協力が必要と認識し、契約時に協力を呼びかけ、本人・家族・職員の「三者の和」を基本として共に本人を支えていく関係作りに努めている。               |                   |
| 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                               | 馴染みの人を迎え入れたり、又は思いの深い場所に出かけて行ったりして、本人を支えている。   | センター方式を活用し、入居前のアセスメントで本人・家族などから聞き取り馴染みの人や場所を把握している。入居後も把握に努め、得た情報は記録して共有している。情報を基に馴染みのスーパーや三条の『定期市』へ買い物に行ったり、三条まつりの民謡流しに参加したりし、利用者に喜ばれている。また、入居前によく利用し慣れ親しんだ温泉施設へ行ったり、出身地のコミュニティーのお茶会に参加して知人と会ったりもしている。年賀状や暑中見舞いの返信も手伝い、関係が保てるよう支援に努めている。 |                   |

| 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 |
| 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                                   | 同一フロア内だけでなく、フロアを超え、新たに利用者同士に絆が生まれるように関わっている。               |   |                   |
| 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                    | 必要のある場合はお便りや電話などによる連絡を行って、継続的なつながりを維持している。                 |   |                   |
| <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   | 本人や家族などから、今までの生活歴などの聴取をしたりして、どうしたいか、どうして行きたいかをつねに念頭に置いている。 | 各職員に全利用者分のセンター方式暮らしの情報・焦点情報シートを配布して、日々の関わりの中で意図的に情報収集を行ない、知り得たことを記入している。家事に限らず一人ひとりに合った役割や楽しみを支援できるよう、より多くの情報の中からその方への理解を深め、思いや意向の把握に努めている。意思疎通が困難な方は、家族を交えて検討している。 |                   |
| 24                                 | (9-2) | ○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                                       | これまでの歩みをセンター方式に示し、内的体験に耳を傾け、本人のなじみの暮らしを深く知るように努めている。       | 入居時に家族からセンター方式のシートに情報を記入してもらったり、自宅に訪問することで、暮らし方や生活環境を把握している。また利用していたサービスの担当者から情報提供を受けている。入居後も本人・家族の協力を得ながら継続的に把握に努めている。対応の難しい方も過去の暮らしをひもとくことで、支援につながることもある。         |                   |
| 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   | 日常について個々に記録して保管しており、申し送りや個別ミーティング、カンファレンスなどを行っている。         |   |                   |
| 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 | 作成段階や作成後にスタッフやご家族との話し合いを行って、必要であれば手直しを加えてサービスの実施をしている。     | 職員がチームで数人の利用者を受け持ち適宜ケアカンファレンスを行なっている。他の職員の意見もとり入れ毎月モニタリングを行ない、本人や家族の意見も反映して6か月に1回介護計画を作成している。できないことよりできることに注目し、ニーズを見極めることを大切にしている。                                  |                   |
| 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                        | 個別記録の作成とスタッフがいつでも見れる場所に置いての情報共有をしている。                      |   |                   |

| 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                                      |
| 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                            | 外出や通院時の福祉タクシー利用のサポート、看護体制の必要な場合の、訪問看護サービスの併用も行っている。                              |  |  |
| 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                                      | 常に運営推進会議で自治体とのネットワークを維持し、必要時には、成年後見制度導入へのサポートも行っている。                             |  |  |
| 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                                  | かかりつけ医と家族の間に必要に応じて介入して、適切な関係が続くようにサポートしている。また、通えない方に対して往診してくれる内科医、歯科医との連携も図っている。 | かかりつけ医に家族が同行し受診している。バイタルチェック表や文書で主治医に情報提供し、受診結果は記録に残し共有している。家族の同行が難しい方は職員が代行している。認知症専門医への受診は必要に応じて職員も付き添い情報提供している。内科医と歯科医の訪問診療・週1回看護師の訪問があり、適切な医療が受けられるよう支援している。                         |  |
| 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                          | 訪問看護ステーションや、協力医院の看護職とも連絡できる関係もあるため、必要に応じて相談することが出来る。                             |  |  |
| 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。 | 家族や入院医療機関の担当主治医、相談員などとの連携を密にして、相談対応を行っている。                                       |  |  |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 終末期のみとりについて、家族、医師と現状と今後について話し合っ、できることと出来ないことなかで、より良く過ごしていたできるように働きかけている。         | 入居時「重度化対応・終末期ケア対応指針」に沿って説明し同意を得ている。常時医療が必要になった場合などは対応が難しくなるため、ホームで対応し得る範囲を説明している。状態変化に応じてその都度本人・家族や主治医など関係者と話し合い方針の統一を図り、必要があれば適切なサービスに移行できるよう支援している。重度化しても本人・家族の思いに沿えるよう出来る限りの支援に努めている。 |  |
| 34 | (12-2) | ○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  | 救急対応に戸惑わず準備ができるよう実践力を養っている。  | AEDを設置し、救命救急法の訓練をしている。急変や事故発生時の救急対応に備え、持ち出し用の個人ファイルを作成している。定期的な応急手当などの訓練は行われていない。  | 急変や事故発生時に備え、適切な対応がとれるよう定期的に訓練を行ない、実際の場面に活かされることに期待したい。 |

| 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   |
| 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回の避難訓練と消防・自治体と常に連携して、災害時に迅速な避難などができるように話し合っている。  | 年2回昼夜想定で火災の避難訓練を行なっている。夜間想定では両ユニットの職員が連携して動けるよう訓練している。また災害時に備え備蓄している。今後は地域と災害時の協力関係を構築していくことが必要と思われる。  | 家具の固定や非常口の確保など日頃より防災意識を高め、地域の方と災害時の協力関係が築けるよう働きかけることに期待したい。 |
| <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                   | 言葉かけの内容、タイミング、方法など個別に対応し、記録などについては上げたままなどにしないよう注意を払っている。                                   | パーソン・センタード・ケアについて学び、「認知症の人への不適切なケアと適切なケアの対比」を掲示し周知している。認知症をもつ一人の「人」として尊重し、その人の立場に立ってケアすることで、ここで暮らせて良かったと思ってもらえるよう努めている。また採用時個人情報取り扱いについて研修を受け、記録類の管理など徹底している。                        |   |
| 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                     | 本人の何気ない言葉を聞き逃さず、できる事は実践している。また、何をすることも本人に意思確認をし柔軟に対応している。                                  |  |   |
| 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 | ある程度1日の流れが入居者の中で決まってしまうところがあるため、その流れも重視しなくてはいけないが、そうでない人への対応もできる限り行っている。                   |  |   |
| 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                                  | 本人の希望する衣服での外出や、なじみの美容院・床屋などはそのまま通えるように支援している。  |  |   |
| 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     | 個別の嗜好の把握とそのつどの食事時の反応などもみつつ、好みの食事に気をつけ、同時に手伝いも限られた方ではあるが、お願いしてしてもらっている。状態に合わせた分担をある程度行えている。 | 献立は立てず、その日食べたいものを利用者と一緒に考え、一緒に買い物している。調理や後片付けも出来る場所はお願している。職員も一緒に会話しながら楽しく食べ、さりげなく好みなどを把握している。菜園で野菜を作ったり、外食や出前・季節毎のイベント食など食事を楽しむ工夫をしている。桜餅を皆で作り、ホームに来られたお客様に食べてもらうなど、もてなす喜びも大切にしている。 |   |
| 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          | 日常の食事摂取量のチェックと食事内容の改善検討も行っている。水分も状態に合わせて、トロミ、ゼリーなど形態を変えて提供している。                            |  |   |

| 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 |
| 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                  | 自室での口腔ケアだけでなく、状態に合わせて食堂脇の洗面所で口腔ケアをしていたり、介助も行ったりしている。                       |  |                   |
| 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むけた支援を行っている  | 排泄パターンについて把握に努め、トイレへの誘導の声掛けなども工夫して行っている。                                   | 排泄パターンを把握し、必要時小声で声をかけ誘導している。トイレの場所が分からない・排泄の方法が分からないなど困難な要因をチェックし、一人ひとりに応じた援助を行なっている。また失禁時は羞恥心に配慮し対応している。紙オムツ・パット類も本人に合わせて検討し個別の排泄支援を行なっている。   |                   |
| 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                  | 便秘症の対応について、医師の意見も取り入れて、改善に努めている。   |  |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | いつでもという訳にはいかないものの、午前中から夕方までの間で、利用者の希望の入浴時間で言葉かけをしている。                      | 午前中から夕方までいつでも入浴できるよう体制を整え、本人の希望に合わせて入浴している。毎日入浴することも可能である。職員が毎回入浴介助するのではなく、自分でうまく洗髪などが出来ない方でも安全を確保した上で一人で自由に入浴を楽しむ日をつくっている。拒否する方には無理強いせず、タイミングを見て声をかけている。カモミール湯やドクダミ湯・温泉の湯の花など入浴を楽しむ工夫をしている。 |                   |
| 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                   | 時間に捉われず、本人の生活習慣やその時の身体状況を見ながら休息ができるようにしている。                                |  |                   |
| 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              | 内服薬、外用薬について内容を職員の身近にファイルしてあり、いつでも確認できるようにしている。また、必要に応じてカンファレンスなどにも取り上げている。 |  |                   |
| 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 | 掃除や洗濯もの、食事の準備など、能力に合わせた分担がある程度機能している。                                      |  |                   |

| 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 |
| 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                      | 畑や玄関脇の花壇など、天候や気分に合わせてできる限りの支援をしている。外出レクリエーションだけでなく、家族との外出時にも必要な情報の提供や準備に対応して、気軽に出かけられるように配慮している。 | 散歩や畑作業・買い物・白鳥を見に下田へドライブなど日常的に外出し、短時間でも戸外で過ごす機会を作ることなどで気分転換を図っている。利用者の意見をもとに外出先を決め、季節に応じて弥彦の菊まつりや三川のきのこ園・寺泊・出雲崎などへ遠出している。また家族と外出する際には支障がないよう情報提供を行ない、不安なく出かけられるよう支援している。 |                   |
| 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  | 個室内で金銭を置くことのできる方は限られているが、外出時などはきちんとお金を本人から渡してもらうように支援もしている。                                      |   |                   |
| 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   | 必要に応じて電話の介助などおこなっており、要望に応じた対応が来ている。  |   |                   |
| 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 | 季節を感じられる飾り付けや生花なども飾っている。ソファやいすなども様々な場所に配置し、好きな場所で好きなように過ごしてもらっている。                               | 共用空間は明るく広々しており、窓から外を眺めると庭に梅が咲き、田んぼにサギやキジが遊びにくるなど季節感を感じることができる。テーブルやソファの配置を工夫したり、足のばせるよう畳コーナーを作ることで個々の利用者が居心地良く過ごせるよう工夫している。   |                   |
| 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  | ゆったり座れるソファや、手作業の出来るスペースであったり、環境に左右されずに、思いおもいに過ごせるよう配慮している。                                       |   |                   |
| 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  | 出来る限りなじみの品物をよういしていただくように、入居前から家族には伝えてある。しかしながら、状況や本人の状態から難しいケースもある。                              | 家族と相談しながらコタツやテレビなど何でも持ち込んでもらい、自宅の環境に近づけるよう工夫している。鏡台やタンス・人形・置時計など愛着のあるものに囲まれて居心地良く過ごせるよう工夫している。  |                   |
| 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   | 常に環境面に危険はないかチェックするとともに、利用者の活動しやすい環境を整え対応している。  |   |                   |

| 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>↓該当する項目に○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    |    |   |                       |   |