

### 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   | 0471200634           |  |  |
| 法人名     | 社会福祉法人樂特会            |  |  |
| 事業所名    | グループホーム さくらおか        |  |  |
| 所在地     | 宮城県登米市米山町字桜岡大又232番地2 |  |  |
| 自己評価作成日 | 平成24年7月24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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |  |  |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年8月10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)】

法人内の行事に数多く参加し地域の方と顔なじみとなる事で、地域の催事等にも参加しやすい環境作りを努めています。観光地等へのドライブ、ランチ外食に出かけ四季を感じて頂けるよう支援を行っています。食事面では、旬の食材を使用し、栄養バランスに配慮し提供しています。同性支援など利用者個々のペースに合わせた支援を基本に、笑顔が多く見られるような環境作りと、家族との情報の共有を心掛け信頼関係の構築につなげています。

【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)】

このホームは、平成17年8月に知的障がい者との共生型グループホームとして開設されている。敷地内には特別養護老人ホームがあり、災害発生時にはすぐに応援に駆けつけるという協力体制が出来ている。また、毎月1回の避難訓練により、夜勤の時、突然の災害があってもあわてないで対応する自信が付いた。年1回、家族を対象としたアンケートを実施し、意見や要望を聞いている。意見や要望は職員会議で話し合い実践に反映している。入居者の皆さんは仲良くおしゃべりをしながら食事の準備や後片付けを職員と一緒にしていた。目標は入居者一人ひとりが生きがいを持てるようなものを見つけることである。

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、活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    |    |   |                       |   |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 さくらおか

)「ユニット名」

| 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  | ・会議の際、管理者と職員全員で理念をふまえた議題について話し合いを持ち共有化を図り実践に繋げるようにしている。                               | 現在の理念は、平成21年に見直しをし、共有を図り実践しているが、入居者や地域のニーズ、事業所の状況の変化に応じて、1年に1回以上ケアの振り返りをし、理念を確認し、日々のケアに活かしていただきたい。 | 理念は日常のケアの行動規範である。事業所の重点項目として年に1回以上は、理念がサービスに実際に活かされていることを職員全員で確認するようにしていただきたい。 |
| 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  | ・地区内の公民館図書を利用している。<br>・地区住民との合同防災訓練やコミュニティ運動会に参加し交流を深めるようにしている。                       | 地域のどんと祭や盆踊りに参加したり、歌や踊りのボランティアが特養の「さーらの樹」に来た時に観に行っている。また、近くの公民館図書で本を借りに行ったときに図書館の職員や近所の人と親しく話をしてくる。 |  |
| 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  | ・目立った取り組みは行っていないが、家族からの質問に際し、色々な施設の特徴や説明を行っている。                                       |  |  |
| 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、そこの意見をサービス向上に活かしている                                      | ・参加者より頂いた意見を真摯に受け止め、サービスの向上に活かすようにしている。<br>・家族を対象にしたアンケートを実施し、結果報告等を踏まえ話し合いを行っている。    | 会議は年6回開催され、市の職員か地域包括支援センターの職員が毎回参加している。外部評価で明らかになったことや事業所独自のアンケート調査の結果を報告し、意見をいただきサービス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   | ・運営推進委員としての協力と会議の参加に際し、実情の理解を頂きながら、行政を含めた関係機関より情報やアドバイスを頂いている。                        | 連絡の取れない家族の事や100歳を迎える方のお祝いの持ち方などについて相談に伺っている。また、市からは事故に関する資料の報告や震災の減免についての確認があるなど日頃から連絡を密に取っている。    |  |
| 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 | ・身体拘束は行っていない。<br>・事業所の方針を職員会議や内部研修等で話し合いを持ち、理解と共有化を図っている。                             | 年に1回の内部研修で職員は身体拘束によって入居者が受ける弊害について理解している。帰宅願望のある人については見守りや声掛けで対応しており、外出した時には本人が満足するまで付き添いをしている。    |  |
| 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                                     | ・外部研修に参加し、身体拘束をしない支援の取り組み等について職員間で確認合っている。<br>・家族より求められた場合身体拘束を行わない事に対して理解を頂くよう努めている。 |  |  |

| 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 |
| 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    | ・外部研修に参加し、職員会議の場等で研修報告を兼ね職員全体で権利擁護について理解を深めている。<br>・成年後見制度のハンドブックを用意し、いつでも閲覧できるようにしている。       |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | ・電話等での問い合わせに対し、必要に応じてきちんと説明を行っている。<br>・面会時等に、疑問点等が無いかわりようにし、いつでも対応できるようにしている。                 |   |                   |
| 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                     | ・年1回の家族を対象にしたアンケートを実施し、意見や要望を伺っている。<br>・頂いた意見等は、職員会議の場面で共通認識を持ち実践に反映できるようにし、又運営推進会議で報告を行っている。 | 訪問時や電話、家族対象のアンケートなどで意見や要望を聞いている。また第三者委員による「施設サービス調整第三者委員会」があり、入居者との懇談会や個別面談をし、意見や要望を聞いている。      |                   |
| 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                                      | ・必要に応じて、管理者と職員、職員間の話し合いの場面を設けている。   | 年2回、個別面談を行い意見や提案を聞いている。廊下が汚れて非衛生的との意見があり、業者を入れて改善している。また、職員の資格取得のための試験日を勤務に組み込んだり、交通費などの支援している。 |                   |
| 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      | ・管理者と職員個々が必要に応じて面談等を行っている。  |   |                   |
| 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         | ・職員個々の力量等に合わせ、外部研修等の参加を進めている。<br>・資格取得やレベルアップの為に研修等に参加する場合は、シフト作成の段階から配慮している。                 |   |                   |
| 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 | ・他施設とのネットワーク作りや仙北ブロックの交換研修・共生ネットへの参加などサービスの質の向上の為に出来る限り交流を図る努力をしている。                          |   |                   |

| 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 |
| <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 | ・入居前後に出来る限り、本人の要望に添える様話し合いの場面を設けている。<br>・家族等へ面会の協力をお願いし、生活環境の変化に対し不安が軽減できるようにしている。      |  |                   |
| 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            | ・計画作成担当者が主な窓口となり、管理者をはじめ全職員が内容に応じて相談事に対応し、信頼関係の構築につなげている。                               |  |                   |
| 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        | ・相談を受けた時や、状況に大きな変化が見られた時は、カンファレンスを開催し、職員間の共通認識のもとサービスを提供している。また、支援の方向性について家族に伝えている。     |  |                   |
| 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                        | ・個々の入居者が生活の流れの中でそれぞれの思いに添い、役割を見出しながら、互いに協力して過ごせるよう配慮している。                               |  |                   |
| 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         | ・本人の様子について、面会時や状況に応じて、電話で連絡を取り合い協力と信頼関係を築いている。  |  |                   |
| 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                     | ・以前から交流があり親しい人に手紙や電話で連絡をしたいと申し出があった場合は、要望に応じている。<br>・家族等の協力を得ながら、墓参りなどの外出や自宅への外泊を行っている。 | 昔の仕事仲間からお中元が届き、お礼の電話をしたり、家族と墓参りに一緒に出掛け、昔馴染みのお友達とお茶を飲んできたり、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                 | ・入居者同士の関係性を把握し、円滑に生活できるよう場面に応じては職員が橋渡し役となって、支え合えるような支援に努めている。                           |  |                   |

| 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 |
| 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                    | ・現在は無いが、要望があった場合や必要に応じて、適切で継続的な支援を続けていく姿勢である。                                     |  |                   |
| <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   | ・本人の言葉、表情、行動などから思いや意向を把握し、記録に残している。必要に応じて、カンファレンスを開催し支援方法について検討している。              | 本人の思いや意向を把握し支援しているが、把握が困難な人には単語を並べていくとなづいたり、仕草や表情からわかることがある。今までした事の無いような仕草をしたときなどはカンファレンスをして把握している |                   |
| 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                                       | ・入居前に本人や家族より情報を頂いている。<br>・入居後も必要に応じて、情報を集め把握に努めている。                               |  |                   |
| 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   | ・個人毎に生活記録シートを活用し、現状の把握に努めている。   |  |                   |
| 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 | ・本人、家族、職員の三者で話し合える場面を設け今後の意向等を伺い、介護計画に反映させている。<br>・作成前にカンファレンスを開催し職員間の共通認識に繋げている。 | 日頃の関わりの中から本人や家族の希望を聞き、カンファレンスをして介護計画を作成している。3か月に1回は評価に基づいて定期的に見直しをするほか、体調に変化があった時はその都度見直しをしている。    |                   |
| 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                        | ・個人毎の生活記録を行い、気づき等のポイントとなることは、職員間で連絡ノートを活用し、情報の共有等につなげている。                         |  |                   |
| 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               | ・本人、家族の要望に対して、可能な限り沿えるよう柔軟な対応をしている。(通院、買い物、外出支援、外食、ドライブ等)                         |  |                   |

| 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                                      | ・地域で行われる運動会等に見物に出かけている。又散歩も兼ねて要望があれば公民館に出かけ、図書を利用している。<br>・地域と合同の防災訓練を行っている。         |   |                   |
| 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                                 | ・本人、家族の要望に応じ、かかりつけ医や協力病院と連携を取り受診につなげている。変化が著しい時など必要に応じて、職員が同行し医師に状況を伝えている。           | 本人や家族が希望する医療機関を受診している。通常は職員が同行しているが、家族が同行するときはデータを持参し、医療機関には電話で説明している。受診結果や助言内容は記録している。               |                   |
| 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                          | ・定期的に利用者の状態報告を行い、身体的に変化が確認された時など、看護職員に報告や相談をし、健康面の維持につなげている。                         |   |                   |
| 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。 | ・入院時は毎日面会に伺い、医師や看護師の様子や経過等について聞くようにしている。<br>・退院時も、医師や看護師から話しがある際は必ず同席し、指示を仰ぐようにしている。 |   |                   |
| 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  | ・本人、代理人、家族等より書面にて意向を伺っている。更に、本人の意向については、生活記録にも記載するようにしている。                           | 「看取りの指針」があり、重度化や終末期を迎えた場合の対応については早い段階で本人や家族に説明をしている。また毎年1回、重度化や終末期に関する意向確認を行い、事業所が対応できるケアについて説明をしている。 |                   |
| 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  | ・急変に備え、マニュアルを基に対応できるよう努め、研修等にも参加し実践力に繋げている。  |   |                   |
| 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  | ・火災や地震の発生を想定し毎月避難訓練を実施している。<br>・地域住民と合同の防災訓練を実施し、協力体制について話し合いを行っている。                 | 毎月1回避難訓練を実施し、年に1回は女性消防団や近所の主婦も参加している。反省点として避難経路や場所は火災発生場所によって違ってくるのが分かった。また、防災機器の点検や備蓄の準備もしている。       |                   |

| 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                   | ・言葉かけや接し方など支援の際は、職員個々が丁寧な対応を心掛けている。  | 失禁や粗相をしたときの対応は他の人に気付かれないように部屋のトイレに連れて行くようにし、記録や会話なども記号を使うようにしている。職員会議で入居者の権利擁護や個人情報保護の勉強をしている。    |                   |
| 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                     | ・入居者と職員が1対1の場面の時など、希望を伺うようにしている。<br>・選択できるような問いかけを行い、自己決定ができるようにしている。              |   |                   |
| 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、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 | ・一人ひとりのペースに沿って支援するよう心掛けている。<br>・買い物、入浴、近隣の散歩等の要望に沿えるよう調整し支援している。                   |   |                   |
| 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、理髪が行える体制を整えている。<br>・本人の好みに合わせて、季節に合った服装であるよう声掛けをしている。                          |   |                   |
| 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     | ・施設の畑で収穫した旬の野菜を多く利用し、食事を提供している。<br>・嗜好調査の結果等を基に献立を作成している。<br>・食事の支度、片付けを一緒に行っている。  | ホームの畑からはトマトやネギ、ナス、じゃがいもなどを収穫し料理に使っている。また入居者の好みを入れた献立を栄養士(職員)が作り、入居者が味付けや味見、食事の準備、後片付けを職員と一緒にしている。 |                   |
| 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          | ・個々の食事量や水分量など医師の指示がある場合、可能な範囲内で調整し、提供している。<br>・必要に応じて看護職員や栄養士資格を有する職員等と話し合い支援している。 |   |                   |
| 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                   | ・一人ひとりに適した声掛けやブラッシング、入れ歯の洗浄等の口腔ケアを行っている。又歯磨きボランティアの訪問を受け入れ、スキンシップを取りながら口腔ケアを行っている。 |   |                   |

| 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 |
| 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                              | ・個々の排泄状態に合わせ、トイレ案内や声掛け等の支援を行っている。夜間はオムツを使用している場合でも、日中はリハビリパンツを使用し、トイレでの排泄ができるようにしている。 | 夜間はおむつをしているが日中はリハビリパンツをはきトイレで排泄できるように誘導をしている。また、夜間にも声掛けをすることで大きいパットから小さいパットに改善した。                 |                   |
| 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  | ・個々に合わせた水分量、入浴後の腹部マッサージ、下剤薬の調整を行っている。<br>・捕食として乳製品の摂取や繊維質の食材を考慮した献立にしている。             |   |                   |
| 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                             | ・一人ひとりに声掛けをし、希望を伺い、体調を見ながら入浴を行っている。<br>・マンツーマンでの入浴及び、同性支援を基本にしている。                    | 毎日、夜間以外好きな時間に入浴でき、皮膚の弱い人は毎日入浴している。拒む人には「一番風呂だから入って」等と声掛けしている。また、昔話や家族の話、思い、意向などを聞いている。            |                   |
| 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   | ・個々のペースで休みたい時に休んでいただいている。<br>・夜間眠れない時は、温かい飲み物を提供している。                                 |   |                   |
| 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  | ・医師から薬が処方される毎に、担当職員が責任を持って管理している。<br>・薬の変更があり、本人の様子に変化があった場合は医師に報告し指示を仰ぐようにしている。      |   |                   |
| 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                             | ・個々の趣味や得意なことを活かし、日中の活動に生かしている。<br>・ドライブや外食等に出かけ、気分転換の機会とな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。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 | ・体調を重視した上で、公民館に本を借りに行ったり、個人の買い物には随時対応をしている。観光地等の場合は事前に計画を立て、要望に応じて出掛けられるよう支援している。     | 天気の良い日は車いすの人も一緒に施設の周りや公民館図書へ散歩している。月1回のドライブには平等沼や定義山、南方へ花を観に行ったり、買い物で沼沼まで出掛けたり、日常的に外出できるように援している。 |                   |

| 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 |
| 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  | ・個々によって自己管理をされている方、金銭管理契約を結んでる方がいる。<br>・金銭をお預かりしている方は、希望や必要に応じて、お金を使用できるようにしている。             |   |                   |
| 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   | ・希望に応じて、公衆電話の利用時には見守りや部分的な支援をしている。   |   |                   |
| 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 | ・清潔を心掛け、季節に応じて花を飾るなど、四季を感じられるようしつらえている。<br>・写真や制作品、地域の催事等の広報を掲示している。                         | 共用空間は適湿、適温管理や換気が行われており、臭気や空気のおよみがない。廊下には天窓から明かりが入り、壁にはイベントの集合写真や季節を感じる飾り物が貼られ居心地良く過ごしている。 |                   |
| 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  | ・廊下の長椅子に腰かけられ、気の合う方と談笑している。<br>・娯楽室を利用し、昼寝をされていることがある。                                       |   |                   |
| 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  | ・本人の希望に沿って、家族よりテレビやソファ等家具の持ち込みに協力を頂き、安心する事ができ心地よい空間づくりにつなげている。                               | 家族には馴染みのものを持って来てもらうように働きかけており、テレビや筆筒、お位牌、壁には家族の写真などが貼られ、居心地良く過ごしている。                      |                   |
| 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   | ・個々の居室に物干しを置き、衣類の物干しから収納までを本人が行えるようにしている。<br>・毎朝、居室のモップ掛けやトイレ掃除を行ったり、食事の準備を手伝う人もおり、日課となっている。 |   |                   |