

### 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   | 1292400033      |           |  |
| 法人名     | 飯倉居宅介護支援事業所有限会社 |           |  |
| 事業所名    | グループホーム木もれ陽     |           |  |
| 所在地     | 千葉県若葉区大宮町3099-1 |           |  |
| 自己評価作成日 | 平成25年3月11日      | 市町村評価書受理日 |  |

※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/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人NPO共生    |
| 所在地   | 千葉県柏市光ヶ丘団地3-3-404 |
| 訪問調査日 | 平成25年3月20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>* 家族、医師、介護者の連絡を密にして、利用者様の意思の尊重を心がけ、その人らしい生活が送れるように援助しています。また残存機能の維持にも努めます。</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>職員は身体拘束について禁止行為を理解し、施設の他ベッドや車いすでも拘束に相当する行為は行っていない。精神薬を必要とする利用者についても、医師の指導で量を少なくするなど、常に「自己決定権と個性の尊重」を実践している。<br/>事業所では家族の意見や要望を運営に反映するため、年2回の家族会を開催しているが、事業所がこれまでに6人の利用者の看取りを行っていることもあり、最近の家族会では、看取りについての意見や要望が多く出され、事業所は夫々の家族の方針を再確認している。事業所では医療、看護、ケア等看取りについて24時間の支援体制が構築されている。</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<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                            | 『ホット安らぐ家族的な暮らしの場』をモットーに利用者の尊厳を大切に、その人らしい当たり前の生活が穏やかに送れるように努めている。                    | 多くが重度の利用者であるが、院長、管理者、ホーム長が率先して、利用者の個性を尊重し、生き生きと楽しく当たり前の生活ができるよう支援している。スタッフにも毎月の定例会議等で理念の浸透に努めている。   |                   |
| 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                            | 地域との行事には積極的に参加し、地域とのつながりを充実させている。また散歩の際にはご近所の方々への挨拶を心がけ、時には会話もしている。                 | 近隣の2つの自治会の行う文化祭や盆踊り、フラダンス等に招かれ参加している。また、院長が地域住民を対象に介護の話をする等、地域の一員としての役割を担い、住民との交流を深めるべく努めている。       |                   |
| 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                          | 居宅サービスを受けているご家族が相談に見えた場合は面接により現在への状態を把握し、サービス事業者を紹介依頼すると共に認知症の相談は随時行っている。           |   |                   |
| 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       | 地域の役員、千葉市あんしんケアセンター職員、民生委員、利用者家族を招待し、活動報告や利用者の生活状態など報告を行っている。会議は2ヶ月に1度行っている。        | 市の職員、地域の役員、包括支援センター職員、民生委員、家族等が出席し2ヶ月に1度開催している。会議では運営状況や行事計画の報告及び防災訓練の取り組み等を取り上げ、意見や要望は運営に活かしている。   |                   |
| 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取り組んでいる                  | ホームの実情を常に理解してもらうために、生活保護課、介護保険課、地域包括支援センターの連携を密にし、問題が生じた場合には早期解決に向けての対応をしっかりと行っている。 | 事業所では定期的に訪問する介護保険課の他、生保の問い合わせや包括支援センターのアンケートに誠実に応えたり、個人情報に関する件について随時必要に応じて相談する等、相互の協力関係を強めている。      |                   |
| 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 | 身体拘束は皆無である。精神薬については利用者の状態を医師に伝え指導を仰ぎ、薬を少なくする努力をしている。                                | 職員は禁止行為を理解し、施錠の他ベッドや車いすでも拘束に相当する行為は行っていない。精神薬を必要とする利用者についても、医師の指導で量を少なくするなど、常に「自己決定権と個性の尊重」を実践している。 |                   |
| 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       | 効率的な話し合いの場を設け、日々利用者に接する言葉使いや対応につき検討しつつ気持ちの良い介護のあり方を目指している。                          |   |                   |

| 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    | 事業所内定例研修で学ぶ機会を持ち積極的に取り組んでいる。                                  |   |                   |
| 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                         | 契約書等を読み上げ難しい表現など分かりやすく説明し、そのつど質問に答え理解していただくよう努めている。           |   |                   |
| 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                     | 定期的に家族会議を開いている。面会時には健康状態等を伝え、特に変化があった場合にはそのつど連絡している。          | 最近の家族会では、看取りについての意見や要望が多く出され、事業所は夫々の家族の方針を再確認している。また来訪する家族にはホーム長が面談し、状況を報告すると共に意見や要望を聞き運営に反映している。   |                   |
| 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                                      | 定期会議を行い、そのつど意見交換を行い、グループホームの業務運営に関する情報を職員で共有し、速やかに対応している。     | 第3又は第4土曜日に定例会議を開催し、職員からの事例に基づく具体的な意見発表を求め、改善する部分等を討議し支援に反映させている。また、日々の変化、課題等に対応すべく随時意見を聞き運営に活かしている。 |                   |
| 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      | 気さくに話し合い相談できる職場環境を心がけ、職員がやりがいをもって働けるよう努めている。                  |   |                   |
| 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         | 毎月の定例会において職員一人ひとりが取り組んでいる研修の成果の報告会を行っている。また資格取得にも積極的に取り組んでいる。 |   |                   |
| 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 | 同業者間の交流や情報交換は常に行うように努めている。                                    |   |                   |

| 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 |
| <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 | 利用者面接において病歴、生活歴など聴取し、今何が困っているか、心配な事を把握し本人の理解を深めて家族同様に接している。              |  |                   |
| 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            | ご家族の不安な気持ちを取り除くため、電話等にて連絡を取り合ったりしている。                                    |  |                   |
| 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        | 生活の環境変化に伴い精神面のケアに力を入れると共に健康面で機能が低下しないよう、機能回復運動を取り入れている。                  |  |                   |
| 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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 家族と同様な関係づくりに力をいれており、料理、掃除など家で行っていたことはホームでも行うよう努力している。                    |  |                   |
| 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         | ご家族と共に。利用者が『今日は楽しかった』といえるような生活環境を工夫している。面会時には雑談をまじえた会話でコミュニケーションをとっている   |  |                   |
| 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                     | 面会に来やすい対応環境づくりに努力している。写真を居室に飾るなどして新しい生活に戸惑いのないように工夫している。                 | 近隣の散歩に加えファミレスでデザートを食べたり、スーパーや100円ショップでの買い物等、生活の場との繋がりを大切にしている。また家族・知人には、より多くの来訪を働きかけ人との関係継続に努めている。 |                   |
| 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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 共同生活を送る上で最低限必要なルールやマナーを守ることの大切さ、共同作業、レクリエーションを通して助け合いの精神が芽生えるように働きかけている。 |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 契約が終了しても信頼関係を大切に、いつでも立ち寄ることの出来るホームにすることを、心がけている。                       |   |                   |
| <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   | 利用者ご本人の意思表示を見逃さず、利用者の満足のいく介護や主体性の確立を、目指すように心がけている。                     | 職員は利用者との親しい関係が築けており、利用者の行動パターンを理解している。表情やしぐさを見逃さず、又言葉にしやすい利用者には家族から情報を得るなど、思いや意向の把握に努めている。      |                   |
| 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                                       | ご家族・利用者本人から生活歴・生活環境に付いての話を聞くなど、情報収集を行い、ニーズにあったケアプランを作成している。            |   |                   |
| 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   | 出来ないこと・出来ること・今何をして欲しいのか、日々の会話や態度からその人らしい生活が出来るように、常に公正な目で援助している。       |   |                   |
| 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 | 介護担当者やご家族と協議しながら最新の情報を元に最良のプランを作成している。医師の意見を参考にし、現状に即した計画を作成するよう努めている。 | 日々日報で情報の共有を行うと共にモニタリングを行い、小さな変化もスタッフ会議で検討し、家族と話し合いながら利用者の状況変化の中で、向上に結びつく様、最良の方法を選択し介護計画を作成している。 |                   |
| 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                        | 利用者個々の健康観察記録・日々の生活の記録を作成し、職員間で意見交換などを行い、目標設定を基に介護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               | 併設のデイサービスとの交流を積極的に深めるなど、既存のサービスにとらわれずに柔軟な支援を行うようにしている。                 |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | 介護者間での地域の資源を把握し、地域での行事等にはなるべく参加し交流を持つ努力を行っている。                               |  |                   |
| 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、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                                 | 受診予定日に家族の都合がつかない場合には、車での送迎を行い、家族に変わって病状を医師に伝えるなど支援している。また施設協力医に往診を依頼している。    | 月2回、協力医の往診がある。利用者希望の掛かりつけ医への受診は家族対応とするが、職員も同行し利用者の病状把握に努めている。協力医は他科への紹介や入院の相談にも応じてくれる。                               |                   |
| 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                          | 利用者の健康観察記録を常時にとり、適切な情報を看護師に報告し、体調に異変が生じた場合には早急に連絡、相談するようにしている。               |  |                   |
| 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、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。 | 地域の医療機関とは良好な関係にあり、情報交換や病気に対する適切な処置の仕方などアドバイスを受けるなど連携を図っている。                  |  |                   |
| 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  | ターミナルケアについては事前に家族との会議を開き不安を抱くことのないよう説明し、連絡体制や協力医師の連携も確立出来ている。                | 終末期については、事前に主治医・家族を交え丁寧な話し合っている。病院での看取り及び当ホームでの看取りについては、協力医師・看護師・職員の連携を説明し選択は家族に委ねている。現在迄6人の看取りを行っており家族からは謝意が表されている。 |                   |
| 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  | 急変時の対処や事故発生時の対処法などマニュアルを作成し、職員はいつでも確認する事が出来る。緊急時を想定し訓練を行っている。                |  |                   |
| 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  | 定期的に避難訓練や消火訓練も行っている。介護者の役割分担の確認と自覚を持った行動がとれるよう、理解の場を設けている。地元消防署との協力体制も築いている。 | 避難訓練・通報訓練及びスプリンクラー等防災機器点検は年2回行っている。ホームは類焼や倒壊を防止する強化構法の建造物であり、備蓄や発電の備えに加え消防署との協力関係も築かれている。                            |                   |

| 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 |
| <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                    | どんな場合でも利用者を尊重し、温かみのある言葉使いで声かけを行っている。事業所内でも研修を行い基本的な挨拶が出来るよう心がけている。     | 利用者の重度化が進行する中で不快な思いをさせ心に傷を残したりしない様、また言動を決して否定せず利用者を尊重し、その行動に至った理由をよく聴き、考え、理解する様に職員を指導している。 |                   |
| 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                      | 日々の生活の中で利用者との信頼関係を築き、何でも話せる雰囲気づくりをして心のうちを察することが出来るよう、努力している。           |  |                   |
| 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 | その日の心身の状態を把握し、個別のプランの元に満足いく生活が出来るように援助している。                            |  |                   |
| 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                                   | 髪の毛は定期的に施設に床屋に来てもらいカットする。衣服に汚れなどある場合はこまめに着替えをして清潔を心がけている。              |  |                   |
| 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      | 職員と入居者が一緒になってメニューを考え、買い出し、食事作り、片付け等行っている。                              | 献立は利用者の希望を聞きながら作成している。餃子作りや誕生日のお祝いケーキにデコレーションをしたり、全利用者が技量に応じた役割を担っている。また月に1度外食をとりいれている。    |                   |
| 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           | 毎日の水分量、食事摂取量のチェックを行い栄養バランスの取れた食事を心がけている。また糖尿病の利用者の食事摂取量にも十分注意を払っている。   |  |                   |
| 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                    | 月に一度、訪問歯科を利用し、入れ歯の調整、歯磨きやうがいの指導もうけている。食後の口腔ケアも行い、一人で出来ない利用者は職員が援助している。 |  |                   |

| 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                              | 自立のためトイレ誘導をこまめに行い、利用者の行動、健康観察記録から排泄パターンを把握し、早めに介護するよう心がけている。            | トイレ誘導については、利用者ごとの健康観察記録を基本とするが、利用者のしぐさや表情を見逃さず、また若干早目の誘導を心掛ける等、失敗の無い自立に向けた支援を行っている。               |                   |
| 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  | 日頃から運動、水分、バランスの取れた食事をするなど便秘の予防をしている。排便が困難な場合には医師処方の下剤を服用している。           |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 清潔が保たれるよう入浴日を計画している。入浴時間も体調を考慮しながら、心身共にリラックスし入浴できるようにしている。              | 入浴時には打撲や痲痕の有無など全身観察をしながらリラックスタイムとなる様支援している。当ホームの全てにカメラの設置があり、記録から原因の分からない打撲などの場所確認に役立てる事もある。      |                   |
| 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   | 起床・離床時間は本人の意志に基づいている。居室にて本を読んだり、音楽を聴いたり、ご自宅にいる時と同様にリラックスしていただくよう努力している。 |   |                   |
| 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  | 薬は飲み忘れがないようにチェック表を用意している。個別の薬情報ファイルを作成し、薬の目的・副作用等の確認に努めている。             |   |                   |
| 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                             | 日常生活の中で一人ひとりの役割を明確にし張り合いのある生活に努めている。個々の趣味も生かせるように心がけている。                |   |                   |
| 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。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 | 天気の良い日は散歩など外に出る事を心がけている。月ごとの行事計画も外食会、花見など外に出る行事を積極的に取り入れる努力をしている。       | 天気の良い日は毎日、近隣の公園の散歩に出掛けている。毎月の行事として外食会にはファミレスを利用したり、同系列のデイサービスの利用者と合同で花見や葡萄狩りを行うなどドライブを楽しむ支援もしている。 |                   |

| 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 |
| 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  | 利用者は金銭管理が出来ないため、ご家族からお金を預かり、本人から申し出があった場合、ご家族の了解の下で職員が付き添い、買い物も自由に出来る環境にある。 |   |                   |
| 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   | いつでも電話をすることが出来る。手紙に付いては宛名書きなどを介護者が手伝い、希望があれば一緒にポストに投函に行くなど支援している。           |   |                   |
| 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 | 居間に利用者と職員で作成した季節を感じることを出来る壁画を飾っている。日中音楽を流したり、居心地よく生活できるようにしている。             | 居間は明るく、馴染みの音楽が流れている。利用者は堅牢なテーブルを囲み、うたを歌ったり、職員を挟んで会話をしたり、思い々にすごしている。壁には利用者・職員協働作成の、満開の桜の花木の見事なちぎり絵が飾られている。 |                   |
| 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  | 居間にテレビあり、利用者全員で見て楽しむことが出来る。ソファで昼寝をしたり、おやつを食べたりと、リラックスでき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  | なるべく昔から使っているものをご自宅から持ってきていただき、安心して居心地よく生活してもらえるよう支援している。                    | 昔からの持物の持ち込みをお願いしている。現在全居室に電動ベッドの設置があるが、希望で和室として設える事も可能である。レイアウトは家族と相談しながら行い安心して居心地良く暮らせる様支援している。          |                   |
| 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   | 利用者本人の意思表示を見逃さず、利用者の満足のいく介護や自立した生活が長く続けられるような環境づくりを利用者と共に確立してゆくことを心がけている。   |   |                   |