

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   | 0472200682              |     |     |
| 法人名     | 社会福祉法人 常盤福祉会            |     |     |
| 事業所名    | グループホーム多機能型地域ケアホーム つきのき |     |     |
| 所在地     | 宮城県柴田郡柴田町槻木上町1丁目1番32号   |     |     |
| 自己評価作成日 | 平成 25 年                 | 7 月 | 8 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/">http://www.kaigokensaku.jp/</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25年                          | 7月 | 25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)】

高齢者8名、障害者4名、計12名の方々が生活されている、共生型のグループホームです。障害者と共に生活することで、思いやりの心が芽生え、時にはトラブルになることもあります。毎日出勤する若者に「行ってらっしゃい」「行ってきます」「ただいま」「お帰りなさい」と挨拶が飛び交い笑顔が見られます。毎月工夫を凝らし季節感を感じられる行事を検討し、お花見や夏祭り、運動会の応援、芋煮会などボランティアの方々にご協力を頂きながら、地域の高齢者の方々も参加され交流を図っております。防災面では区長さんを中心に災害救助班を組織し、防災訓練や救急法の勉強会など行っています。地域の高齢者の方々と、毎月手作りおやつでお茶会を楽しんでいます。毎日楽しく、笑い声が響く、家庭的なグループホームです。

【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、認知症高齢者と障がい者の方が住み慣れた地域の同じ家で支え合いの関係を築き、自分らしく暮らせる支援を実践している。街中の多機能地域ケアホームは、子ども、母親、高齢者など誰もが気軽に利用でき、地域に開放され、独居高齢者食事会や子育て支援に活用され、「つきのき」との交流も行っている。家族、地域、ボランティアの方が参加、出演する年2回の「交流会」や毎月の地域高齢者が手作りおやつでお茶会など地域に開かれた活動をしている。全職員に経験させる年2回の夜間想定避難訓練には、区長を中心とした町内の災害救護班も参加し、助言を頂いている。

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)      | 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)   |
| 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)            | 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)                     |
| 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)                  | 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) |
| 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)   | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 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)                 | 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                                       |
| 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)        | 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                                   |
| 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、安心して暮らさせている<br>(参考項目:28) |    |   |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホーム多機能型地域ケアホームつきのき )「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  | 法人理念に加え、事業所独自の理念を全員で話し合い作り上げています。見やすい場所に掲示し、出勤したら各自、目と心で理念を確認し仕事についています。                             | 法人理念「響存」を基本に年度初め、前年活動の振り返りを職員全員で行い、次年度理念をつくりあげている。今年は寄り添いの中から一人ひとりのできる力を大切にケアの実践に取り組んでいる。                                 |                   |
| 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  | 毎月の行事や皆で外出するときには、ボランティアの方々に協力頂き、入所者様は顔なじみになっています。毎月のお茶会には、地域の高齢者の方々も参加頂き、おやつを作ったり花壇の手入れをしたり一緒に行っています | ホームでは近隣高齢者と毎月のお茶会、年2回の家族、地域やボランティアの方々に招いた「交流会」を開催している。夏祭りや小学校運動会応援など地域へ出かけ、地域とつながり続けるつきあいも活発に行っている。                       |                   |
| 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  | 毎月のお茶会では回想法を取り入れたレク活動を行い、昔話に花が咲いています。地域包括支援センターの事業に会議室を開放し、地域の方々とランチ会を行い情報提供を行っています。                 |   |                   |
| 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                                     | 偶数月の第4月曜日と決め、役場や地域包括支援センターの方も参加され、近況報告を行い、意見交換を行っています。アドバイス頂いた内容を検討しサービスの向上に活かしています。                 | 入居者2名、区長、民生委員、理髪店店長など推進委員5名、市職員をメンバーに偶数月開催している。避難のためのベランダスロープ設置、非常持出袋準備の助言、地域で頻発する詐欺対応や行事参加で意見を交わしている。                    |                   |
| 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   | ネットワーク会議へ参加し、担当者との連携を図っています。運営推進会議へも参加頂き、情報交換を行っています。  | 運営推進会議に町職員が毎回出席、今年度から地域包括支援センター職員も出席し、感染症対策などホーム運営への助言を得ている。町主催福祉関係事例検討会内容をホーム運営や入居者の課題解決に活かしている。                         |                   |
| 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 | 身体拘束について研修計画に組み込み、ケアホーム事業所としても合同で研修を行っています。日頃の支援の中で施錠を始めとする拘束を行わないようにしています。                          | 事業所全体研修とホーム会議で身体拘束による弊害について話し合い、拘束のないケアを実践している。「ちよって待つ」など否定的な対話が出ないように職員間で、注意あっている。夕暮れ時等、外出しがちの方には見守りや手を握って一緒に過ごす対応をしている。 |                   |
| 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                                     | 高齢者虐待防止法についても研修を行い、虐待が行われないケアを提供しています。   |   |                   |

| 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 |
| 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    | ケアホーム事業所合同研修計画に組み込み、権利擁護について学び、必要がある場合には、役場や地域包括支援センターへ相談しています。                               |  |                   |
| 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                         | 契約の締結、解約について、利用者様とご家族へ全て説明し、納得頂いてからサインして頂いています。   |  |                   |
| 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                     | 毎月「たより」にて担当職員が近況報告を添えて送付しています。面会時には状況を伝え意見を求めるよう努めています。入所者様の意見は担当職員を中心に聞き取り、ケアに反映できるよう努めています。 | 家族来訪時、お茶出しなどで落ち着いて話せる雰囲気をつくり、暮らしの状況を伝え、心配ごと・要望などを伺っている。入居者の席の配置替えに配慮するなど、サービス面に反映している。               |                   |
| 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                                      | 事務所へ意見箱を設置しています。年2回上司と面接する機会を持ち、常に意見を言える体制が整っており職員はいつでも意見を伝えることができます。                         | 日々の申し送り、毎月の全体会議や個人へのアンケートで意見を聞いている。食事がし易い低床テーブル導入や転倒防止対策などの提案をサービスの質向上に反映している。年2回、所長との面談で職員希望を聞いている。 |                   |
| 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      | 人事考課を取り入れ、個々の努力や実績が反映できるようになっており、やりがいを持つ体制ができています。労働時間も職員が連携し、サービス残業がなく仕事できています。              |  |                   |
| 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         | 定期的な研修計画があり、質の向上に努めています。外部研修についても情報提供して頂き、参加したい研修を受けることができます。                                 |  |                   |
| 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 | 町内にあるGHで部会を作り、定期的な情報交換や研修を行っています。またGH協議会や共生ネット等で他事業所との交流を持ち、質の向上を図っています。                      |  |                   |

| 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>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 | 事前調査で、本人の生活歴や環境などアセスメントするとともに、利用者様のニーズを引き出せるようにしています。入所後も24時間シートを活用しニーズの把握に努めています。         |  |                   |
| 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            | 事前調査にて家族から情報を収集し、出来る限り要望に応えられるよう、入所後も連絡を取り合い関係強化に努めています。                                   |  |                   |
| 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        | 事前調査の段階で、他事業所の情報も含め、入所するより他のサービス利用が良いと判断した場合には、担当ケアマネや市町村担当者と協議し本人に必要なサービスを検討しています。        |  |                   |
| 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                        | 一人一人役割を持ち、継続して行えることを考えながら支援しています。自立支援へ向けて、出来ないことのみ、職員間で話し合いながら支援しています。                     |  |                   |
| 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         | 通院は基本にご家族にお願いしている。また毎月のお便りや面会時に状態を報告し、ご家族と今後の方向性を相談しています。状態の変化があった場合にはすぐに連絡し、相談しています。      |  |                   |
| 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                     | 昔の友人や近所の方が面会に来られたり、外出し自宅で昼食を食べて来られたりと良い関係ができています。  | 本人、家族からこれまでの生活歴、人間関係、地域との関わりを伺い、自分史をすることで、馴染みのつきあいが続けられる試みをしている。盆栽仲間の来訪誘いかけやデイサービスでの友人と一緒にの体操など支援している。 |                   |
| 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                 | リビングで過ごされる時間が多く、洗濯物を畳んだり、手工芸を楽しんだりと一緒に何かを行うことで関わりが持っています。時にトラブルになることもありますが、職員が間に入り対応しています。 |  |                   |

| 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 |
| 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                    | サービス終了後も必要に応じて状態を把握するとともに、相談、対応に努めています。  |   |                   |
| <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   | 「ひもときシート」を基に、本人の思いを知ることができるよう勉強会を行いながら、自分だったらを頭に入れ、担当を中心にコミュニケーションを図り、ニーズの把握に努めています。 | 本人の言葉や表情、行動をありのまま書き出している。自分だったらの視点で背景や原因を整理し、本人の立場から解決方法を考えるワークシートを利用し、思いの把握が難しい方の気持ちに寄り添える試みをしている。 |                   |
| 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                                       | 入所前の実調で家族から聞き取りを行い、ケアマネより情報を頂き、入所後も家族の面会時に確認し、本人との会話の中からも経過等の把握に努めています。              |   |                   |
| 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   | 申し送り時には、日々の状況について、職員間で情報を共有し、ケアの方法について随時確認を行っています。                                   |   |                   |
| 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 | 担当利用者様のアセスメントを各自職員で行い、それぞれの本人の状況を確認し、ケアプラン原案について、職員間で話し合い、家族へ説明し意見を求めています。           | 日々のケア内容を食事、排泄など項目毎に記録し、担当職員が本人や各項目毎の状況を容易に検索できるパソコンシステムを活用している。毎月の全体会議で話し合い、定期的に3か月毎家族に説明、同意を得ている。  |                   |
| 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                        | ケース記録に日々の変化を記録し、申し送り時に状況を伝達し、職員間で意見を出し合いながらケアを行っています。                                |   |                   |
| 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、その時々にも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             | 本人の状態に合わせ、併設しているデイサービスでの体操に参加したり、地域高齢者の方々と手作りおやつでお茶会を楽しんだり工夫を凝らしています。                |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | お天気が良い日には、近所のスーパーへ一緒に買い物に出かけ荷物を持って頂いたり、地域の高齢者の方々とお茶会をしたり、花壇の手入れをしたり、ボランティアの方々とも顔見知りになられています。 |  |                   |
| 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                                  | 基本的には入所前より受診していたかかりつけ医を継続しており、必要に応じ職員と一緒に通院し、かかりつけ医と直接相談しています。                               | 本人・家族が希望するかかりつけ医を家族同行で受診しており、バイタル表と暮らしの状況を伝え、結果を伺い、ケアに反映している。必要に応じ職員も同行している。隣接デイサービス看護師が毎日状況確認に来訪している。                   |                   |
| 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                          | 併設するデイサービスの看護師が朝夕、入所者様の状況を確認に来てくれており、変化があれば相談しアドバイス頂き、必要があれば家族へ連絡し通院しています。                   |  |                   |
| 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。 | 入院した際には情報提供書で状況を報告し、ケースワーカーと連絡を取り、医師や看護師へ病状を確認し、退院時には看護サマリーにて情報を頂いています。                      |  |                   |
| 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  | 終末期について指針があり、本人やご家族の希望があれば出来る限りの支援をしたいと考えています。看取りについては、ご家族の協力と医師との連携が必要ですので只今検討中です。          | 「看取り指針」を作成し、本人・家族に入居時、説明している。同時に、特養や老健施設への申込みをしている。現在、ホームでの看取り希望の方はおらず、同意書作成の方はいない。今後、1年をかけて職員の意識を高め、研修実施を進める目標があり、期待する。 |                   |
| 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  | 救急救命基礎研修を職員全員が受講しており、職員会議にてマニュアルの見直しや救急時の対応について検討しています。                                      |  |                   |
| 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  | 地域住民や運営推進委員、災害救護班等の方々にご協力を頂き、防災訓練を年2回実施しています。またマニュアルも作成し、災害等が発生しても対応できるようにしています。             | 夜勤者、宿直者の2名体制である。全職員が経験する夜間想定避難訓練を年2回実施している。区長中心に組織した災害救護班や運営推進委員参加、消防署立合など協力体制を築き、避難経路など助言も受けている。                        |                   |

| 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 |
| <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                   | 理念を作る際に、自尊心を傷つけないような声掛けや対応ができていますか、職員間で確認し合い、意識を統一しています。   | 入居者の誇りを尊重し、一人ひとりのできることに応じた自立した暮らしの支援を行っている。人前で恥ずかしい思いをさせないよう、寄り添っての声かけや否定しない対応を心がけている。                 |                   |
| 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                     | 職員の意見を押し付けるのではなく、本人自身が選択し、決定できるような問いかけをしています。  |  |                   |
| 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 | 本人のやりたいことを聞き、職員間で情報を共有することで、なるべく希望に添った暮らしができるよう支援しています。  |  |                   |
| 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                                  | 自分で着替えの選択ができる利用者様には自分で選んで頂き、行事の際にはちゃんとしたおしゃれができるよう支援しています。   |  |                   |
| 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     | 現任食事準備の為言所に立てれる利用者様はおらず、椅子に座ってできる簡単な皮むきや後片づけを手伝って頂いています。職員が調理していると「今日は何？」と聞く利用者様もおられ、楽しみにされている様子が伺えます。 | 栄養士作成献立をベースに旬の食材、ホーム菜園の野菜使用など話題作りに工夫したメニューとしている。職員は入居者に応じた支援やペースに合わせて一緒に食している。行事食、誕生月の手作りおやつなども楽しんでいる。 |                   |
| 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          | 同一法人の栄養士に食事メニューを作って頂き食事を提供しています。食事、水分量については記録をとり、状態を把握できるようにしています。                                     |  |                   |
| 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                   | 毎食後に口腔ケアを行い、清潔な状態を保っています。年に1度歯科医師による口腔ケア指導があり、ケアの重要性を職員は理解しており心掛けています。                                 |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄表を確認しながら、利用者の状態に合わせて排泄パターンを把握し、必要に応じてトイレ誘導、声掛けを行っています。また本人が落ち着かない時、状態を見ながら声掛けのタイミングを工夫しています。         | 排泄表を活用し、その方に合った間隔の誘いかけでトイレ排泄を支援している。おむつ外しに取り組み、昼・夜間の下着使い分けで、昼、おむつの方はいない。リハビリパンツから布パンツと尿探りパッドに切替えられた方もいる。                 |                   |
| 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  | 朝食前に牛乳を飲んだり、水分量を確認し、毎食後トイレ誘導し便が出やすいよう心掛けていますが、下剤服用している利用者もあり、主治医や併設しているデイサービスの看護師に相談しながら対応しています。       |  |                   |
| 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                        | 14時から17時までを入浴時間とし、できるだけ多くの利用者様に入浴していただくよう対応しています。声掛けに「入りたくない」方もおられ、無理せず時間をかけて声掛けしたりと工夫しています。           | 毎日の入浴を可能にしている。自分の力で安全に入浴できるよう、浴槽両側のバスポードやバスマットを設けている。入居者が混乱しないよう介助者が変わっても同じ介助法となるよう、個人毎にマニュアルをつくり、実践している。                |                   |
| 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   | 利用者様の睡眠パターンを把握し、眠れない時は無理に睡眠を促さず、眠くなるまで職員が付き添い、テレビを見たり、ホットミルクを飲んだり状況に合わせて安眠できるよう支援しています。                |  |                   |
| 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  | 内服薬のファイルを準備し、職員全員がいつでも閲覧できるようにしています。服薬介助の際は、職員二人で確認し内服していただき、薬の変更があった場合は申し送りにて把握しています。                 |  |                   |
| 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                             | 趣味の盆栽を家族に持ってきてもらったり、花壇の手入れ、野菜つくりと入所者の方々と相談しながら活動しています。個々の希望を引き出していけるよう努めています。                          |  |                   |
| 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 | 天気の良い日は近所のスーパーへ買い物に出かけたり、季節ごとに外出できるよう行事を検討し、ボランティアの方々に協力頂きながら、花見、菊人形、紅葉など見に出かけています。近所の神社にはよくお参りに出かけます。 | 近隣スーパーへの買い物、氏神社やホーム花壇への誘いかけなど日常戸外へ出かける支援をしている。デイサービス送迎車利用と町社協ボランティアの支援で花見、オープンガーデンなどグループで出かけている。廊下には笑顔一杯の外出時写真が貼り出されていた。 |                   |



| 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  | 基本的には職員が金銭管理をしています。利用者様の希望を伺い、一緒に買い物に出かけたり、必要なものを購入できるようにしています。                     |  |                   |
| 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   | 電話を掛けたい利用者様は、いつでも電話ができるよう支援を行っています。   |  |                   |
| 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 | 騒音や光など利用者様がストレスにならないよう、居心地良く過ごしていただけるよう配慮しています。また正月や七夕、ひな祭りなど飾りつけにて季節感を感じていただいています。 | 居間や廊下は広くゆったりとしており、天窗のある廊下など、陽射しが十分取り入れられ明るい。高齢者と障がい者が共に食事、対話するテーブルの適切な配置や大きなソファで、居心地よく寛げる工夫をしている。短冊に入居者の思いを書いた七夕が飾られていた。 |                   |
| 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  | 自由に居室とリビングを移動され、席を検討し気の合った方々で楽しく過ごせるよう工夫しています。またリビング内のソファでのんびりと過ごされています。            |  |                   |
| 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  | 入所時には使い慣れている馴染みの物をお持ち頂くようお願いしています。また写真や絵、小物など飾り、居心地良く過ごせるよう工夫しています。                 | 洗面所、トイレ、クローゼットが備付けられた居室は段差がない畳敷きとなっており、高齢者が安心して過ごせるようにしている。入居者の室内清掃日課を職員は一緒に行っている。家族写真や座椅子など持込んでいる。                      |                   |
| 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   | 居室がわかるように表札や目印をつけたりと、出来る力が発揮できるよう、一人一人に合わせた支援を行っています。                               |  |                   |