

### 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青森市浪岡大字吉野田字木戸口52-12 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成26年                       | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 |  |
|----------|--|

【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 |                                       |  |  |

【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>入居者様一人ひとりの思いを尊重し一日一回笑顔になってもらえる努力をしています。課題があるときは職員全員で考え取り組むようにしています。</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></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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<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。ユニット別にもりねん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。                                  |      |                   |
| 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、地域の行事に参加し交流をしている。   |      |                   |
| 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  | 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。                                      |      |                   |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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  | 月初めには入居者数の報告している。又、入居者の事故発生時、取扱いの要綱に従い、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 |      |                   |
| 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 | 身体拘束についての勉強会を行っており、理解できている。身体拘束は行っていない。   |      |                   |
| 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    | 年に1回、事業所内研修で学ぶ機会を設けている。ただ、活用までには至っていない。スタッフも外部研修へ勉強に行ってます。                                     |      |                   |
| 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                         | 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、苦情等直接お話し頂いている。玄関に「意見ボックス」も設け意見求め、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。 |      |                   |
| 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                                      | 利用者の意見は普通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。  |      |                   |
| 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      | 大半のことは現場職員に権限を委譲し職員は自主的に取り組み、フォローする体制を作りつつある。  |      |                   |
| 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。段階に応じての研修は外部研修で補っている程度で事業所内では体制作りはできていない。                         |      |                   |
| 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 | 毎月、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。紹介下さった担当ケアマネ等へは電話報告を入れている。    |      |                   |
| 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持っている。                             |      |                   |
| 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。                                      |      |                   |
| 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。入院されて方には、他利用者の通院時に寄らせて頂いたり、個人的に心配して仕事帰りに面会している職員を多い。  |      |                   |
| <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晩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、生活に反映させるよう配慮している。  |      |                   |
| 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、居宅ケアマネを初め、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「気づき」欄があり、必要なこと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に努めている。月に一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。 |      |                   |
| 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「気づき」の欄があり情報を共有に努めている。」   |      |                   |
| 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、その時々々に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所を頂くように、事前に家族に説明、了解を得ている。       |      |                   |
| 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                        | 事業所の看護師1名が月2回勤務し、職員は看護師に状況報告を行い、身体的に気になる所は相談しながら健康管理に努めている。                    |      |                   |
| 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頂いている。        |      |                   |
| 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   | 終末期について家族にホームの方針を説明し同意を得ている。又、終末期をするにあたり、医師、家族、本人、管理者で話し合いを行い、今後の意向について相談している。 |      |                   |
| 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   | 2年に1回の救命講習や年1回の事業所内研修で課題にして取り組んでいる。  |      |                   |
| 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   | 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掛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。  |      |                   |

| 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。  |      |                   |
| 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こと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 | 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る時は、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。                          |      |                   |
| 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。   |      |                   |
| 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。時間の希望がある方には、可能な限り対応している。  |      |                   |
| 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  | 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もち等、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   | 受診手帳に処方薬の説明書を添付。処方薬変更時等は、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、食事準備、後片付け、洗濯たたみ、畑作業、それぞれの役割を持って生活している。   |      |                   |
| 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 | 日光浴やホームの回りの散歩等、気楽に戸外に出掛けている他、希望があれば買い物にお連れしている。   |      |                   |



| 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  | 手元にお金を所持していないと不安な方も居るが、自己管理が困難な為、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御礼の電話をし交流を拓けている。  |      |                   |
| 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 | k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できるようにしている。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。 |      |                   |
| 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、ソファー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。  |      |                   |
| 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に心掛けている。                               |      |                   |
| 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つけたままにしている。                                  |      |                   |