

### 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   | 2775501071       |            |            |
| 法人名     | 医療法人 貴島会         |            |            |
| 事業所名    | グループホーム ノーブル (1) |            |            |
| 所在地     | 大阪府八尾市楽音寺6丁目45番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年4月1日        | 評価結果市町村受理日 | 平成23年6月15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.osaka-fine-kohyo-">http://www.osaka-fine-kohyo-</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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階                  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年4月18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)】**

職員のほとんどが介護福祉士の資格を持ち、認知症介護実践研修終了者4名、介護支援専門員2名在籍し、介護面では充実している。  
運営母体は病院であり看護師も在籍、医療面は安心である。

**【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)】**

当ホームは生駒山の麓の昔からの大きな屋敷の多い閑静な環境に恵まれた場所にある。有名建築デザイナーの設計によるバンガロータイプの2階建てで、重厚な格子戸風の玄関と大きな柱と梁をふんだんに使い、天窓から自然採光して広々としたリビング・食堂や廊下等の共用空間は、木のぬくもりと大地のめぐみを感じさせる。曾祖父が明治39年に八尾市で1~2番目に早く医院として開業以来、代々地域医療の担い手として受け継ぎ、現在では「救急医療から高齢者の介護・福祉まで全般的により高度で良質なサービスを提供すること」を目指している。当ホームはグループの24時間支援体制の協力を得ながら、「認知症があっても人格を尊重し、住み慣れた地域で安心して生活が続けられるよう」に職員全員が一丸となって、利用者のケアに日々取り組んでいる。

**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)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<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                            | 運営理念をホームの玄関に掲げ職員全員で理念の共有と実践に努めている                            | 管理者と職員で作った理念「一人一人の人格を尊重したケアに努めます・楽しく安心して生活出来るようサポートします・家族、地域との連携に努めます」を全員が理解したうえで、日々のケアの実践に繋げている。     |                   |
| 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人として日常的に交流している                            | 買物等への参加で地域交流を深めるように努めている                                     | 代表は地域医療に長年従事しており地元との関わりは深い。盆踊り会場に老健の大ホールを開放し、利用者、家族と地域住民と一緒に楽しんだり 秋にはふとん太鼓だんじりがホームを訪問したりして地域交流を図っている。 |                   |
| 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                          | 地域の活動、行事を通して認知症の人の理解をしてもらえるよう努力している                          |   |                   |
| 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       | ホームでどのようなサービスが提供されているか運営推進会議で報告するようにしている<br>意見・提案があれば参考にしている | 昨年は6回開催した。地域包括支援センター、民生委員、高齢クラブ代表、利用者家族延べ48人の参加があった。行事、研修会、地域との交流状況等を報告し、助言と評価を受け意見交換して、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                | 八尾市介護保険課・社会福祉協議会と協力関係を築いている                                  | 日常的に市の介護保険課と社会福祉協議会と連絡を取っている。小さな問題についても、相談のかたちで意見交換して、連携を深め協力関係を強くしている。                               |                   |
| 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 | 身体拘束ならびに行動の制限に対する理解も職員全員で高めている                               | 職員全員が身体拘束をすることの弊害を良く理解している。加えて、毎年研修も実施している。日中は施錠せず、人感センサーで察知して外出に対応している。                              |                   |
| 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       | 事務所内に虐待防止のマニュアルがありいつでも閲覧できるようにして職員それぞれ防止に努めている               |   |                   |

| 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 |
| 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    | ホームで権利擁護や後見人制度を受けている人もいるため制度については把握できていると思うが活用・支援までは難である                  |  |                   |
| 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                         | 入居前に重要事項の説明を行い、ホームにどのような事を望んでいるか確認し、できるだけ不安のないようにしている                     |  |                   |
| 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                     | 意見箱の設置をしている<br>また家族の面会時にしっかりとコミュニケーションをとり、意見や要望を聞き出せる体制をとっているが、意見箱の活用は難しい | 毎月の利用料支払いは、家族が持参する仕組みになっているので、必ず最低1回は、ゆっくり面談し生活状況を報告するとともに、希望や意見を聞き、利用者のケアと運営に取り入れるようにしている。          |                   |
| 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                                      | 年に1～2度、個人面談をしている<br>必要があれば意見、提案を活かしていくように努めている                            | 日常業務でのコミュニケーションや定例スタッフ会議以外に年2回個人面談を実施している。会議では言いにくいことも個人面談ではフランクに話が聞け、利用者へのサービス対応や職員間の取り纏め等にも活かしている。 |                   |
| 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      | 個々の努力、勤務状況を把握し働きやすい環境にするように努めている  |  |                   |
| 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         | 利用できる研修があれば参加している<br>参加後は報告書、資料を閲覧するようにしている                               |  |                   |
| 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 | 八尾市のGH分科会に参加して情報交換、交流に努めている   |  |                   |

| 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 | 入居前に情報収集の為、多種のシート記入してもらう事で入居の際に受けるダメージを最小限に抑えるよう努めている |   |                   |
| 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            | 利用者に関する話しを傾聴し、家族との信頼関係を保つようにしている                      |   |                   |
| 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        | 見学時などに家族から状況を聞き取り、場合によっては最適な他の施設などを紹介することもある          |   |                   |
| 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                        | 「職員」「入居者」という立場の溝をなくす様な関係作りを心掛けている                     |   |                   |
| 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         | 家族には利用者と共に過ごす時間を提供、援助し利用者と家族の距離を良い状態に保つようにしている        |   |                   |
| 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                     | 手紙での通信や友人、知人の面会等促し支援している                              | 利用者の生活暦や希望は、アセスメントシートや家族からの情報で把握し、馴染みの美容院やスーパー等買い物に行く。家族の協力を得て、墓参りや法事に出かけて、利用者の日常生活の継続性を支援している。 |                   |
| 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                  | 日中はリビング・ラウンジルームで過ごしてもらったり、レクレーションを通しての交流ができるように努めている  |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 退所後もしばらくは様子を確認し、必要に応じ支援するようにしている                              |  |                   |
| <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   | 入居前に情報を把握し、入所してからでもできるだけ環境の変化で影響がでないよう、思いや意向を取り入れるようにしている     | 生活歴を把握するために、独自で作成した「年代別背景」シートに利用者全員の出生から現在までの生活歴を家族に記入して貰っている。それを参考に、各人の思いや希望を、日常生活に取り入れている。 |                   |
| 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                                       | 個人情報(生活歴、他)を家族より入手し一人ひとりの情報を把握し介護に役立てている                      |  |                   |
| 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   | 一人ひとりのその日の状態や生活リズムに合わせ介護できるよう努力している                           |  |                   |
| 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 | ケアプラン作成時に家族にも確認してもらい意見等あれば取り入れるようにしている<br>本人の状態に応じ計画を見直すこともある | 日常、気のついたことを会議記録や申し送りノートに記録し、モニタリング等を基に、家族の意見を取り入れて、皆で検討し、ケアプランに活かしている。                       |                   |
| 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                        | 個々の様子を記録し、ケア会議を通して情報を共有し、計画の見直しに活かしている                        |  |                   |
| 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               | 臨機応変に対応するように努力している<br>本人に必要と思われることであれば、幅広く柔軟に取り組むようにしている      |  |                   |

| 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                                      | 推進会議を通して、高齢クラブ・民生委員・地域包括支援センターとの交流を深め、できるだけ積極的に行事に参加するようにしている |   |  |
| 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                                 | 入居時にかかりつけ医の確認をとるようにしている                                       | 耳鼻咽喉科、眼科、精神科等は、それまでのかかりつけ医の受診を継続しているが、その他の診療科目は、本人及び家族の同意の上で殆どどの利用者がグループ協力医療機関を利用している。                          |  |
| 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                          | 定期的な受診のサポートや状態の変化、緊急時の対応など必要に応じて協力病院との連携に努めている                |   |  |
| 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、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。 | 月1回の協力病院での会議(老人福祉委員会)を通し情報交換をしている<br>問題があれば相談し協力病院との関係を保っている  |   |  |
| 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  | 定期受診で変化があれば家族に報告する<br>また、レベルダウン等あれば家族と話し合い家族の要求も加味しながら支援している  | 入居時、重度化対応のホームの考え方指針を説明している。基本的に歩けること、階段の昇り降りも出来ることを条件に、困難になったり、医療行為が常態化する可能性が出て来たら、都度密に家族と次のステップへの対応の話し合いをしている。 | 重度化する兆候が現れた場合、家族と話し合ったことを記録して、お互いの経緯が判るようにすると同時に、万一のトラブルにも備えるよう期待する。 |
| 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  | 八尾市の救急救命訓練を職員全員が受講していて応急処置マニュアルが閲覧可能な状態で整理されている               |   |  |
| 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  | 避難訓練を定期的実施している<br>八尾市消防署との連携・職員の緊急連絡網も徹底している                  | 夜間想定も含めた避難訓練を消防署立会いのもとに年2回実施している。職員の緊急連絡網も徹底されているが、近隣住民の一層の協力体制が望ましい。災害時の近隣住民の協力は極めて重要である。                      | 避難場所の会長宅広場に職員が誘導した利用者を見守るという負担の軽い役割を依頼することから、徐々に協力体制を拡充していくことを期待する。  |

| 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                    | 人格の尊重は理念の一つである<br>言葉使い、排泄介助、入浴介助などは十分注意し対応している                        | 一人ひとりの人格を尊重し、誇りとプライバシーを損なわないように、トイレ誘導の言葉かけや入浴時の配慮を十分にしている。                                       |                   |
| 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                      | 生活の場面、場面で意思確認し、自己決定してもらう場面を意識的に作っている                                  |  |                   |
| 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 | ホームの日課は一応あるが起床時間、食事時間、レクレーション参加などは本人のペースに合わせた支援をしている                  |  |                   |
| 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                                   | 個人の好みや意向を考え、対応している<br>身だしなみや朝の洗面で気分良く過ごしてもらうようしている                    |  |                   |
| 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      | 個々の好みも把握できていて職員と一緒に食事をしている<br>また職員と共に準備や片付けをしている                      | 栄養士の作成したメニューを基に毎月の食事担当者2人が、季節感や利用者、家族の希望も取り入れた献立を作っている。職員も一緒に食事し、毎食管理者等2～3人が味、分量等を評価して改善に役立っている。 |                   |
| 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           | 一人ひとりの食事量をチェックしている<br>10、15時と水分補給の時間をとっている<br>協力病院(法人病院)の栄養士の助言を受けている |  |                   |
| 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                    | 食後の口腔ケアは毎食後している<br>自己にてできる人は見守り、声かけをしてもできない人へは介助し口腔内の清潔保持に努めている       |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 一人ひとりの排泄チェック表を作成パターンを把握しそれを基にトイレ誘導を行っている          | 排泄チェックシートにより、各人のパターンを把握し、トイレで排泄できるように自立を目指した支援をしている。現在約2/3の人がリハビリパンツを着用しているが、これから暖くなる日中は外すようにしている。 |                   |
| 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  | 食事の工夫や水分補給を促したりしている便秘時はチェック表で確認し、個々に対応している        |  |                   |
| 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                        | 午前、午後と声かけし入ってもらう拒否があった時は再度声かけで入ってもらうよう努めている       | 利用者の希望と状態によって入浴を勧めている。拒否が続く場合は体重測定を口実に、ついでの入浴して貰う工夫などしている。排便の失敗時には、半身シャワーで清潔を保つようにしている。            |                   |
| 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   | 安眠できるよう室温の調節、寝具類の清潔保持に努めている                       |  |                   |
| 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  | 服薬の確認はチェック表で実施一人ひとりの内服薬説明書リストでいつでも確認できるようにしている    |  |                   |
| 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                             | 日々のレクリエーション、クラブ活動などで支援している                        |  |                   |
| 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 | 家族との外出、外泊を促したりホームでの行事、買物(個々)などで気分転換してもらえるよう支援している | 気分転換と五感刺激のため、天気の良い日に散歩と食材購入を兼ねて外出している。長く歩けない人のために、時々目の前の会長宅の広場で皆と一緒に、おやつやお茶を楽しんでいる。                |                   |

| 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 |
| 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  | 数名を除き、利用者同士のトラブル、紛失などあるためホーム内では持たないようにしている  |  |                   |
| 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   | 手紙を書いたら職員と一緒に散歩がてら投函したり必要であれば電話もしている  |  |                   |
| 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 | ホームが木造りのためか落ち着くようである<br>天窓等で自然光が入り居心地が良いと思う   | 重厚な格子戸風の玄関に、大きな柱・梁をふんだんに使ったバンガロータイプの建物は木の温もりを感じる。天窓や自然採光を取り入れた浴室、カメラ愛好家の職員が写した四季折々の写真と名画が飾られた広々としたリビング廊下等の共用空間は居心地が良い。 |                   |
| 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  | 就寝時のみ居室という人が多い<br>日中はリビング・ラウンジルームで過ごし自然に居場所ができているように思う  |  |                   |
| 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  | 使い慣れた家具、利用者が大切にしている物など、居室に置き居心地良く過ごせるよう心掛けている<br>認知症の進行で使い慣れた物でも危険があると判断した場合は家族に引き取ってもらうこともある | 各人の使い慣れた家具や大事にしている仏壇等を持ち込み、これまでの延長線上で安心して落ち着いた生活ができるように支援している。   |                   |
| 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   | 不安、混乱のないように、精神面での配慮をしながら危険の防止に努めている   |  |                   |