

## 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   | 2375700826        |            |           |
| 法人名     | 医療法人 聖会           |            |           |
| 事業所名    | グループホーム若宮         |            |           |
| 所在地     | 愛知県知多郡武豊町字若宮134番地 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成23年12月30日       | 評価結果市町村受理日 | 平成24年4月2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 | 特定非営利活動法人なごみ(和)の会 |  |  |
| 所在地   | 名古屋市千種区小松町五丁目2番5  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年1月31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)】

利用者様には、人生の先輩として常に尊敬の気持ちで接している。また「介護する。」ではなく「介護させていただく。」という思いを忘れないケアを心掛け、ケアプランに関してはスタッフ全員で利用者様の担当を決め、毎月モニタリングを行うことにより、ケアプランを共有しケアの統一を図っている。ホームに於いては玄関の施錠をせず、気軽に訪ねて頂けるような雰囲気を作り利用者様と一緒に和やかに過ごせるような楽しい職場、利用者様スタッフの笑顔が絶えないグループホームを目指している。

### 【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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

### 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. 全くいない           |
| 59  | 利用者は、職員が支援することで生き生き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 |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                                                             |                                                                                         |      |                   |
| 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                                                          | 毎朝、申し送り時に理念を唱和することによって意識を高め、理念に基づいた支援を行っている。                                            |      |                   |
| 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                                                          | 町内会に入りゴミ当番や草取りをはじめとし、地区の福祉まつりや盆踊りにも利用者様と参加している。また利用者様の散歩がてら近所のお宅の庭のお花を了解の下、見せて頂いている。    |      |                   |
| 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                                                        | 役場が主催している「3A運動」に登録し玄関に旗を掲げ気軽に訪問して頂けるように努めている。小学生の子がトイレを借りに来てくれるのは一昨年より続いており利用者様も喜ばれている。 |      |                   |
| 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                                     | 役場福祉課、包括支援センター、区長、利用者様、ご家族、グループホームスタッフが参加し行事の報告やその時の課題や問題を挙げ意見交換し、サービス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                                               | 毎月、ケアマネの集いに参加し情報交換を行っている。また役場へ行った際は福祉課に顔を出して現況等の報告を行っている。                               |      |                   |
| 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 | 玄関は施錠せず、介護者本意のケアになっていないかを常に意識しながら話し合う場を持ち、身体拘束をしないケアを実践している。                            |      |                   |
| 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                                     | ホームにおいて虐待は有り得ないと思っているが日々生活の中で少しでも虐待と思われるようなことがあれば、取り上げスタッフ全員で認識無くしていく。                  |      |                   |

| 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    | 入居前から現在も権利擁護事業を利用されている方がみえるので必要に応じて関係者の方と話し合いを持っている。スタッフが成年後見制度についてホームで学ぶ機会は持っていない。                            |      |                   |
| 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                         | 重要事項説明書に基づき、ご家族に納得して頂けるよう説明し、心配なことや分からないことはないかを尋ね不安が残らないよう努めている。                                               |      |                   |
| 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                     | 玄関に意見箱を設置しているが入っていることはない。面会に見えた際に意見や要望を必ず伺うようにしている。また利用者様の言葉は聞き逃さないよう職員間で共有し、それらの意見を反映させるように努めている。             |      |                   |
| 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                                      | 朝の申し送りの場で聞くようにし、個人的に聞いた意見も含め、必要に応じて毎月行われているミーティングで検討するなどして反映できるよう努めている。またリーダー会議も毎月あり(各グループホームの報告)、職員の思いを伝えている。 |      |                   |
| 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      | 日々の勤務状況を管理者は総括し法人に報告している。個別でスタッフが法人の幹部と心身面で面談する場面を必要に応じてセッティングし職場環境、条件の整備に努めている。                               |      |                   |
| 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         | 随時、届く研修案内は個々のレベルに応じ順番に行けるよう振り分けている。OJTを意識しながら現場の中でベテランスタッフが新しいスタッフを育成できるようにしている。                               |      |                   |
| 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 | 同法人3ホームの管理者が話し合う機会を持ち相互で向上できるように努めている。また研修会に参加し同業者と交流することにより、良い情報は自施設に繁栄させるようにしている。                            |      |                   |

| 自己<br>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 |  |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |                                                                                      |                                                                                                  |                   |  |
| 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 | 初期の段階では、お互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにし、生活暦を含めてアセスメントを行い信頼関係を築けるように努めている。                                |                   |  |
| 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            | キーパーソンを確認し、ご家族の思いをくみ取り、誠意を持ったお話が出来るよう努めている。                                                      |                   |  |
| 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        | 担当ケアマネと情報交換し、ご本人ご家族にとって、より良いサービスを提供できるよう相談に応じている。介護認定のない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関を紹介を行っている。           |                   |  |
| 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                        | 介護者が決して上に立たず、介護させて頂いているという思いで、ご本人の思いや不安を知ること努め、共に支え合う関係になれるよう思いやりを持って接している。                      |                   |  |
| 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         | 面会に見えた時やホームからのお便り、また必要に応じて電話で日々のご様子を報告している。その都度ご家族の要望も伺い、より良いケアが出来るよう努めている。                      |                   |  |
| 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                     | 地域に出かけた時に、声をかけて下さることがあり、ご本人は忘れてみえることが多いがホームにも遊びに来て下さるよう、お話ししている。また尋ねて来られた方にも是非また来て下さるよう、お願いしている。 |                   |  |
| 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                 | 気の合う方たちで同じテーブルに座っていただき楽しく会話したり、支え合う関係になれるよう、時にはスタッフが間に入るなどして援助している。                              |                   |  |

| 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 |
| 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                    | 退居されたあとも必要に応じて連絡を入れ、いつでも相談窓口になれるよう心がけている。                                                          |      |                   |
| <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                                           | 利用者様が何気なく言われた言葉を聞き逃さないようにして、「～が食べたい」「～へ行きたい」などそれぞれの希望に添えるよう努めている。何も言われない方には、その方に見合うケアを話し合うようにしている。 |      |                   |
| 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                                       | 入居相談時に、ご家族や担当ケアマネから詳しい情報をもらい把握に努めている。また、日々の会話の中からも聞き取るようにしている。                                     |      |                   |
| 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                                                     | 日々、その方の状態に応じたケアができるよう毎朝の申し送りで状態を把握し、ケアの統一に努めている。                                                   |      |                   |
| 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 | 日々、生活の様子観察をして担当者会議を持ち情報交換しながら良く話し合い一方向的なケアプランにならないよう作成している。                                        |      |                   |
| 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                        | 業務に追われ記録できていない時もあるが充実した記録ができるよう日々声をかけあうようにしている。また申し送りの大切さを認識し合いながら情報を共有、実践し計画の見直しに活かせるよう努めている。     |      |                   |
| 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               | 現状ではサービスの多機能化への取り組みは行われていない。その都度ホームで出来ることを柔軟に支援している。                                               |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | 外に出かける機会を少しでも多く持つようにし、ホームにもギター演奏・大正琴・南京玉すだれ等のボランティアに来て頂き楽しい時間を過ごせるよう努めている。                                   |      |                   |
| 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                                 | ご家族の了解のもと、同法人病院の訪問診療を行っている。事前指定書に基づき緊急時、スタッフが付き添って病院受診している。                                                  |      |                   |
| 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                          | 毎週、看護師の訪問があり訪問ない日も体調が悪い時は看護師に気軽に相談でき、医師の指示も受けられる環境になっている。                                                    |      |                   |
| 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。 | 入院時は病院側に日常生活の様子をなるべく詳しく情報提供し入院中も情報交換に努めている。また毎月リーダー会議で利用者様全員の近況を病院に報告している。                                   |      |                   |
| 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  | 重度化された時は、早急にご家族と話し合い、より良い選択が出来るようにしている。現在ターミナルは行っておらず希望されるご家族も少ない。                                           |      |                   |
| 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                                              | 訓練は行っていない。急変や事故発生時はマニュアルに添って病院に連絡し、指示をもらうことになっている。                                                           |      |                   |
| 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                                              | 年2回、防災訓練を行いスタッフも交互に参加している。3日分の水・食料の備蓄があり、推進会議では互いに協力できるよう話し合っている。隣家の火事を発見しホームから通報し消防車が到着するまで消火活動の応援をしたこともある。 |      |                   |

| 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 |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                   |                                                                                             |      |                   |
| 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                    | 理念にもあるように人生の先輩として尊敬の気持ちで接し言葉使いには特に注意している。また「介護している」ではなく「介護させていただいている」という思いを念頭においた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                      | 食べたいもの、したいこと、行きたい所など伺うようにしている。答えて下さる方は少ないが少しでも希望に添った支援が出来るよう努めている。                          |      |                   |
| 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 | 一日の流れがあり職員側の都合を優先した場面を見られることもあるが、その時は職員間で注意し合うようにし、無理強いすることなく、その方のペースに合わせた生活ができるよう支援している。   |      |                   |
| 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                                   | 衣類、髪型に乱れがないよう気配りしている。また隔月で美容師の訪問サービスを利用している。                                                |      |                   |
| 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      | 一部の方に調理の下準備や配膳・下膳を手伝って頂いている。昼食時は各テーブルにスタッフも入り一緒に食事をしながら会話し楽しい時間になるよう努めている。                  |      |                   |
| 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           | 食事・水分量は毎日チェックし、お粥、きざみ等、その方に合った形態で提供している。また毎月、体重測定し増減ある時は、その都度検討、対処している。                     |      |                   |
| 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                    | 毎食後の口腔ケアを日課とし、お一人お一人の状態に合わせた口腔ケアを援助している。またご家族の希望で定期的に歯科往診を受けている方もみえる。                       |      |                   |

| 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                              | 状態に応じて常に個別ケアを考えている。現在、8名の方がトイレで排泄されている。オムツ対応の方が1名見え、日中だけでもトイレで排泄できないものか検討中である。                           |      |                   |
| 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                                              | 毎日、牛乳やヨーグルトを提供している。必ず排便チェックし便秘が続くときは医師と相談し、整腸剤等を処方してもらっている。内服においても、その方のリズムをその都度検討しながら調整している。             |      |                   |
| 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                        | 入浴に関しては曜日・時間を決め週に3回入って頂いている。入浴拒否される方には時間を置いたり翌日にしたりするなど臨機応変に援助させて頂いている。                                  |      |                   |
| 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                                               | 夜間は消灯時間を決めずに利用者様の様子を見ながら声かけし休んで頂いている。日中も自由に居室で休んで頂けるようにし、室温もその方にとって快適になるよう心掛けている。                        |      |                   |
| 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                                          | 定期処方された薬表をファイルし、すぐ見られる所に置いてある。薬の変更や頓服で処方された時は必ず申し送りをして薬箱にも変更内容のメモ書きを貼るようにしている。誤薬がないよう注意し必ず内服確認するよう努めている。 |      |                   |
| 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                             | 個々の楽しみを把握し楽しんで頂けるよう努力している。大正琴やアニマルセラピーなどボランティアで来て頂いている。また毎朝お花の水やりを日課とし園芸を楽しまれている方や新聞を読んだり広告を楽しまれる方もみえる。  |      |                   |
| 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 | 地域の催しに参加したり季節の行事として、お花見や紅葉、食事に出かけたりしている。買い物も希望ある時は一緒に出かけている。また、天気の良い日は散歩に出かけようとしている。                     |      |                   |



| 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                                                  | ご本人希望でお金を所持されている方が一人みえる。買い物希望された時はスタッフがついて、行きたいお店にお連れしている。                                          |      |                   |
| 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                                                                           | 希望がある時は、いつでも電話できるよう支援しているが利用されている方は少ない。また利用者様宛てに手紙が届くことは殆どなく手紙のやり取りは出来ていない。                         |      |                   |
| 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 | テーブル、ソファの位置に配慮しているが不満があればその都度改善している。リビングには季節感を取り入れた飾りつけをしている。またトイレ内の汚染や床に水こぼれがないよう常に気配りしている。        |      |                   |
| 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                                                      | ソファに座られる方は決まっていり殆どの方が食事のテーブル席で過ごされ、お話をされている。畳の空間があるので利用して頂きたいと思っているが利用者様にとっては、いつもの変わらない場所が快適なのだと思う。 |      |                   |
| 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                                          | 使い慣れたタンスやテレビ等、居室に配置できる範囲で自由に持って来られている。ご家族が見えた時はプライベートな時間として一緒に楽しく過ごされている。                           |      |                   |
| 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                                             | お一人お一人の身体能力を把握し、居室・トイレ等には大きく名前を書いて分かりやすくし、物の配置等では転倒防止に努めている。生活の中で失敗があっても不安にならないような声かけを心がけている。       |      |                   |