

### 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   | 1090200377      |            |  |
| 法人名     | ケアサプライシステムズ株式会社 |            |  |
| 事業所名    | グループホームはくば      |            |  |
| 所在地     | 群馬県高崎市上並榎町95-6  |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成27年8月14日      | 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 | <a href="http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                  |  |  |
|-------|------------------|--|--|
| 評価機関名 | サービス評価センターはあとらんど |  |  |
| 所在地   | 群馬県高崎市八千代町3-9-8  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年8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)】

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・穏やかな環境で安心して過ごして頂けるように心がけています。</li> <li>・行事や毎日のレクリエーションなどで活性化を図り認知症の進行予防や機能低下予防に努めています。</li> <li>・全職員が利用者様の状況を把握できるよう情報の共有をしてケアの統一を図っています。</li> </ul> |
|--|

【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>事業所は共用空間と居室とも嫌な臭いが無く清潔である。職員の立ち振る舞いは穏やかで騒がしさが無い。朝その日に着る服を選んで利用される利用者もおり、身なりが綺麗で清潔感がある。職員の発想から事業所が地域に浸透していないと感じ、何をしていくべきかを考え、育成会への協力や事業所周围の清掃を始めた。継続して地域に存在を認められるように努力している。</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  | 毎日の申し送り時や、職員会議で唱和している。                                     | 入職時に個別面接で理念を説明している。具体的に「笑顔を忘れず、地域との交流や利用者に向けた声掛けをして行きましょう」と説明している。   |   |
| 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  | 廃品回収などに参加、今年度より月1回近所の清掃活動を始めた。また、運営推進会議を通して地域の方との交流を図っている。 | 職員は事業所が地域に浸透していないと感じ、何をするか考え、事業所の周りの清掃から実践した。継続的に行うことやいきいきサロンの立ち上げの協力をする意思があることを伝えている。                     |   |
| 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  | 運営推進会議を通して地域の方へ認知症に対する理解を深めて頂ける様情報発信を行っている。                |  |   |
| 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                                     | 2ヶ月に1度、取り組みを報告すると共に参加者の希望に応じたテーマを取り上げる等、双方向となるよう努めている。     | 定期的に開催され、区長・民生委員・地域の役員・行政が出席し、活動・現状報告がされている。時期のトピック(終末期支援)や法人アンケート結果が説明されている。家族の参加が少ない。                    |   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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  | 事業所担当者を中心に連絡を取っている他、運営推進会議で意見や注意喚起を頂いている。                  | 管理者との連携を通して、月に2~3回は法人の課長が取りまとめて報告に市担当窓口へ出向いている。  |   |
| 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 | 玄関から続く共有空間の入口は常時開けている。ホールからデッキに出る扉も必要に応じて開けている。            | 玄関は電子錠で施錠されている。開錠した場合は離苑に繋がり、一般家庭も防犯の為に施錠しており、開錠はまだ考えていない。時間帯で開錠していいかという意見も出ている。スピーチロックに関しては職員同士で注意し合っている。 | 家庭と専門性のある事業所の違いや自分の意志で開けられない利用者の気持ちを考え開錠に向けた努力をしてほしい。 |
| 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                                     | 不適切なケアがないかどうか職員同士で確認あっている。また職員会議を通じて理解を深めている。              |  |   |

| 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    | 会議や申し送り時に理念の唱和を行って実践している。   |  |                   |
| 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                         | 契約時、重要事項説明書でホーム内のことを説明し、不安や疑問点を聞いている。そして理解、納得をして頂いている。            |  |                   |
| 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                     | 運営推進会議の開催、意見箱を設けるほか、家族に希望に応じ個人面談を行う。全体としては法人が年に1度無記名のアンケートを行っている。 | 月に1度の利用料支払い時に家族に暮らしぶり等の意見を聞いている。本人からは日頃の会話や入浴介助の時等に意見を聞き、歩行体操や食べたい物等の希望が出ている。          |                   |
| 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                                      | 職員会議、担当者の定期的な訪問の他、年に2回担当者と管理者を交えた面談の機会の確保、業務日誌を通じて意見を出せるよう努めている。  | カンファレンスで意見を言い合える。また、地域との交流のために実施している育成会の廃品回収や清掃は職員からの発想である。PTAの集金時には慰問の情報をいただき慰問に繋がった。 |                   |
| 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      | 勤務表は職員の休日の希望を取り入れながら作成している。業務内容の見直しなども行っている。                      |  |                   |
| 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         | スタートブック、マニュアルの活用、法人主催の教育委員会の場の提供。                                 |  |                   |
| 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 | 地域密着型連絡協議会への参加を行うなど交流する機会を作っている。                                  |  |                   |

| 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 | サービス開始前にご本人と面接して状態を把握している。  |  |                   |
| 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            | サービス開始前にホームを見学してもらい、ホームの様子を説明している。ご家族様とも十分に相談しながら、安心してホームで生活出来るようにしている。 |  |                   |
| 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        | アセスメントを充分にして、状態に応じたサービスが出来るように努めている。                                    |  |                   |
| 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                        | 日常生活の中で本人の出来る事はして頂き（お盆拭き、テーブル拭き、買物など）一緒に生活                              |  |                   |
| 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         | 受診等でご家族に協力して頂いている。  |  |                   |
| 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                     | ご家族、友人などにいつでも面会できるようにしている。  | 入居時に自己紹介をしてもらい友人関係に繋がる場合もある。友人や親せきの訪問や縫物を持ってきてもらったり、使用していた日記や雑誌を持ってきてもらった。家族と外食やお墓参りに出かけている。 |                   |
| 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                 | 利用者様同士で交流が図れるように、職員が間に入って支援している。  |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 契約の終了時に、必要時は相談や支援が出来るようにしている。  |   |                   |
| <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   | 寄り添うケアを実践してその人の思いを引き出すようにしている。   | ケアマネジャーが週3日程度勤務しており、利用者からの聞き取りや日常の様子から意向等を把握している。又、家族の面会時やケース記録から希望等確認し、検討している。 |                   |
| 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                                       | 家族や本人から情報を得るようにしている。日頃の会話でも聞き取りが出来ている。                                 |   |                   |
| 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   | 体調観察をして、その日の体調に合わせて過ごして頂いている。利用者様の体調は全職員が把握できるようにしている。                 |   |                   |
| 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 | 毎月のカンファレンスで介護計画の評価、見直しを行っている。利用者、家族にはその都度意見を求め、職員で話し合っって介護計画作成につなげている。 | 毎月のカンファレンス時にモニタリングを実施している。3ヵ月毎にサービス担当者会議を開催し、定期的な介護計画の見直しが行われている。               |                   |
| 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                        | 個別支援経過記録表や、ケア記録に記入し、状態の把握が全職員が分かるようにしている。                              |   |                   |
| 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               | 利用者、ご家族の希望や状況に合わせた支援が出来る様に努めている。                                       |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | 地域のボランティアの協力や、行事等への参加、民生委員紹介のボランティアの受け入れ、地域のお店での買い物等、資源を活用しながら支援している。 |   |                   |
| 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                                  | 毎月かかりつけ医の往診がある。   | 入居時に説明し事業所の協力医か、かかりつけ医の継続かを選択できる。協力医に6人が診てもらっている。かかりつけ医の場合受診支援は基本的には家族だが職員もできる。希望で訪問歯科の受診支援がある。   |                   |
| 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                          | 医療連携看護師に相談、連携出来るような体制をとっている。  |   |                   |
| 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。 | 入退院時には、ご家族や病院のソーシャルワーカーと連絡を取り合い情報交換している。                              |   |                   |
| 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  | 入所時にご家族様に説明している。  | 指針がある。医師の協力が得られ、家族等の希望があれば看取り支援を実践する用意はある。訪問看護との連携は段階に応じて支援する。緊急時の申し合わせがある。                       |                   |
| 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  | AED設置、緊急マニュアルの作成、勉強会でも確認し合っている。日頃から職員同士で話し合っている。                      |   |                   |
| 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  | 自主訓練を毎月行っている。飲料水、食料品などの用意をしている。                                       | 消防署立会の下、利用者・職員・家族が参加して総合訓練を実施。月に1度自主訓練を昼夜想定で実施。全居室の掃き出し窓からベッドが出せる造りになっている。電子錠や避難口は緊急時パニックオープンになる。 |                   |

| 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                   | 声かけには常に気を配り対応している。申し送りなども個人情報なので慎重にしている。        | 行動を制止させる言葉には職員同志注意し合う。利用者同士の相性を考慮して席替えを定期的に行っている。朝着る服を選ぶ、日記をつける、その人に合った声掛けを行うことを支援している。 |   |
| 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                     | 利用者様の希望を取り入れている。(食事の献立、日中の過ごし方など)               |   |   |
| 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 | その人らしく生活出来るように支援している。                           |   |   |
| 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                                  | 季節に合った衣類を着て頂いている。                               |   |   |
| 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     | 好みの物を取り入れたり、季節の野菜を取り入れたりしている。主に、後片付けを手伝って頂いている。 | 週に3回は職員がメニューを作り、食材を買いに行き作り、職員も一緒に食べている。パンバイキングのお楽しみがある。皆で育てた畑の野菜が食卓にあがる。                | 食事のメニューを作り、毎食時利用者に具体的に提示したり、家族にもメニュー内容を知らせてほしい。 |
| 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          | 経過記録表にチェックすることと、申し送りをすることになっている。                |   |   |
| 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                   | 一人一人個別に対応している。必要な時は訪問歯科で治療して頂いている。              |   |   |

| 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                              | 一人一人の排泄パターンに合わせて、トイレ誘導している。排泄状況は経過記録表に記入している。パット、紙パンツの使用をなるべくしないよう支援している。 | チェック表を参考に小声で声掛けをして誘導している。夜起きてくる人や定時に声を掛ける人、眠りを優先させる人等、個別に適切な排泄用品で支援している。             |                   |
| 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  | 薬も必要に応じて利用しながら、毎日の運動を行っている。食事、水分量も気をつけている。                                |  |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 週2回は必ず入浴出来るように支援している。   | 基本的に入浴日は決まっているが、外出の前の日や日常的に声を掛け、入りたい希望があれば支援している。続けて入っている人はいない。週に2～3回1日に3名程度が入浴している。 |                   |
| 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   | 食後は居室にて休んで頂いたり、夜間は静かな環境で安眠できるように支援している。                                   |  |                   |
| 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  | 服薬一覧表やカードを作成し、職員同士、薬の目的や副作用、用法用量について確認し合っている。                             |  |                   |
| 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                             | レク(ぬり絵、歌、頭の体操等)楽しんで頂いている。新聞、雑誌を読まれたり一人一人の楽しみを継続できるよう支援している。               |  |                   |
| 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 | 季節ごとの行事に外出する機会を作っている。デッキが広いので、毎日外気浴をしている。デッキを活用している。                      | 家族との外出やお盆の帰省で出かけている。菜園の収穫や草むしり、プランターの水やりで外に出ている。デッキでのお茶飲みやデッキを歩く等で外気浴をしている。          |                   |

| 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  | 外出、近所の買物などお預り金から出している。月末にはご家族へ【会計報告書】を提出している。       |   |                   |
| 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   | ご家族からの声になるべく本人が出てもらっている。                            |   |                   |
| 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 | 季節感のある花を飾ったり、掲示物も工夫している。温度や湿度にも配慮して快適に過ごして頂いている。    | カーテンが開けられ、室内は清潔で明るい。デッキ越しに外の景色が見える。テーブルが3つ並び置のスペースもある。利用者の作品や行事の写真が掲示されている。 |                   |
| 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  | 利用者様同士でお茶を飲んだり、会話を楽しまれるようソファを置いている。                 |   |                   |
| 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  | 見学时、入居時に本人の馴染みの物を持参することの重要性について話し、理解協力を得られるよう努めている。 | 入居時に馴染みの物を持ってきてもらうよう頼んでいる。筆筒・椅子・ソファ・時計・ぬいぐるみ・化粧品等が持ち込まれている。不快な臭いはしない。       |                   |
| 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   | トイレに2カ所張り紙をしている。手すりの設置。                             |   |                   |