

### 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   | 1175100724          |            |                |
| 法人名     | 特定非営利活動法人 暮らしネット・えん |            |                |
| 事業所名    | グループホームえん           |            |                |
| 所在地     | 埼玉県新座市石神2-1-4       |            |                |
| 自己評価作成日 | 令和 1 年 12 月 18 日    | 評価結果市町村受理日 | 令和 2 年 3 月 6 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)】

地域の中で育ってきた法人であり、事業所である。活動を続けることで多くのボランティアの協力を得てきた。また法人内外の他事業所からの信頼も得て、新座市の認知症高齢者に生活の場を提供してきた。デイホームえんと合同で行う「焼き芋タイム」には毎年、多数の方の参加がある。また、法人内他事業所が企画する行事にも共に参加している。防災訓練や、認知症高齢者見守り訓練にも続けて参加している。

※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.mhlw.go.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</a> |
|----------|---|

#### 【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)】

高台の斜面に立ち、竹林に囲まれ、堅固さと風情ある建物である。毎年12月は、庭での焼き芋タイムがあり近隣の方も大勢参加する。近くの川の氾濫危険指示の時には避難の人を迎えている。町内では何かあったら「えん」と言われている。通所介護事業のデイサービスや敷地内には認知症対応型通所のデイホーム、高齢者生活協同運営住宅のグループリビングえんの森もある。通所介護事業で来ている方は新鮮なお付き合いとなり、緊張感もある良い関係となっている。新しい入居者も法人内他事業所の紹介がほとんどとなる。ボランティアから始まった法人なので現在も庭の管理や食事作りを応援してくれている。家族とは「利用者にとってより良い介護を求めていくにはどうするか、共に考えていきましょう」としている。

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 評価機関名 | 有限会社プログレ総合研究所             |
| 所在地   | 埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル1階 |
| 訪問調査日 | 令和1年12月18日                |

### 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、活き活きと働いている<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している<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  | 法人研修や、毎朝のデイホームとのミーティングを通じて確認している。新人スタッフに伝えることで、勤務年数の長いスタッフは初心に帰っている。                      | 障害があっても、地域で一緒に生活が出来る事を理念の一つとし、デイサービスの方やデイホームの方達とも日々一緒に生活している。家族や近隣の方達の参加のある焼き芋タイムも毎年恒例となっている。        |  |
| 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  | 法人として、コンサートや焼き芋などの行事は地域に開放して多数の参加を得ている。認知症カフェや、共催している「だれでも食堂」には入居者もともに参加する。               | 自治会に加入し、公園の掃除や自治会の避難訓練とホームの訓練を互いに参加している。法人がボランティアから始まりその頃の方達も来ている。中学生の職場体験や履修科目として取得する大学生も来ている。      | ボランティアから始まったホームなのでボランティアの人が今も来てくれている。不足が予測される中、ボランティアの採用が出来る事を期待します。 |
| 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  | 法人取り組みの認知症学習会、認知症カフェ、家族介護者教室を開催している。えん通信、グループホーム通信の発行、配布。近隣の中学校の職場体験の受け入れ。新座市内の大学の研修受け入れ。 |  |  |
| 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                                     | 新座市介護保険課や包括の職員、民生委員、家族、地域の方などに、近況報告や、アクシデント・インシデントともにオープンに報告している。                         | 市、地域包括支援センター、民生委員、家族、住民代表、ボランティア、小規模多機能の利用者が参加している。活動報告、事故報告は時間を多くとっており、参加者から厳しい意見をいただくこともある。        |  |
| 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取り組んでいる  | 活動状況報告は運営推進会議において行なっている。また、必要に応じて入居者や家族の支援方法を市に相談している。                                    | 市担当者は運営推進会議には毎回出席する。市の研修をはじめ、外部の研修は事前に掲示され、見て参加する職員が多い。家族の中に支援が必要な方がいる場合は、市にも相談している。                 |  |
| 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 | 玄関や階段口の施錠は必要時のみ。ベッド柵などの使用は必ず家族に相談し了解を得ている。安全なケアを求めるあまりに「やわらかい拘束」になっていないか、つねに検証している。       | 玄関は施錠せず、事業所内入口は、職員が居ない時に施錠する。職員は、言動がスピーチロックや、拘束にならないか自分に問いかけている。安全と拘束を考え、超低床ベッドを購入したが、立ち上がりの点で葛藤がある。 |  |
| 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                                     | ミーティングや研修で確認しあっている。地域の方々、ボランティア、家族の方が多く出入りする日常なので、「第三者の目」として機能を果たしてもらっている。                |  |  |

| 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 |
| 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    | 必要に応じて、市のソーシャルワーカー、司法書士などに相談している。研修に参加して学んでいる。                                 |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 十分に時間をかけて説明し、質問してもらって理解納得を図っている。ターミナルケアに関連する本人家族の思いを確認している。                    |  |                   |
| 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                     | 家族の方が遠慮や我慢をせずに意見が言えるよう、日ごろから関係づくりに努めている。誕生会や敬老会などにも参加してもらっている。カンファレンスを開いている。   | 家族から「お世話ありがとう」と言ってもらえることや家族の意見、苦情に対応しながら信頼関係を作ることを大事にしている。良い関係により重度化等の対応の相談がし易いとする。    |                   |
| 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                                      | 法人総会から小さなミーティングに至るまで、どこの場でも意見の交換は活発であり、フラットである。                                | 職員意見を反映する事は毎日のようにある。超低床ベッドを購入した際の、立ちあがりのリスクや下剤の増減を医師より任された際の水分補給等について職員の意見を聞き、話し合いをした。 |                   |
| 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      | 把握し、日々努めている。就業規則ファイルを職員の見やすいところに置いて気軽に相談できるようにしている。健康状態や子育て・介護による休暇に柔軟に対応している。 |  |                   |
| 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         | 外部研修には積極的に参加してもらっている。内部での勉強会も多く開かれる。管理者・中堅職員が新人職員を指導している。                      |  |                   |
| 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 | にぎざケアネットワークや、近隣の事業所が開く福祉機器展などに積極的に参加している。                                      |  |                   |

| 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 |
| <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 | 入居申し込みの段階から「今、一番困っていることは何ですか」と訊いている。入居が決まった時点でそこからさらに困りごとに添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            | 入居前から丁寧に聞き取りを行い、自宅の様子を見に行くなどし、ご本人・家族・スタッフみなで安心できる関係づくりに努めている。  |   |                   |
| 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        | 空き室ができたときに、ここでのケアをいっばん必要としている待機者はどなたかを考える。待機の間ADLの低下など生じた方には、法人内外を問わず、より良いケアができる他のサービスや医療機関の情報を提供する。 |   |                   |
| 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                        | できることや好きなこと、できなくなったことや好まないことは常に探っている。「同じ場所で共に暮らす人」という視点を忘れないようにしている。                                 |   |                   |
| 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         | 家族により入居者との関り方は様々であることを尊重し、今現在の入居者の生活や健康の状態を常に伝えて、入居者が家族と、人生の最後に近い時期を穏やかに過ごせるよう努めている。                 |   |                   |
| 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                     | 地域の知人やボランティアの方などが気軽に訪れてくれるような雰囲気作りに努めている。手紙や電話の取次ぎをお手伝いしている。   | 友人や子供の友人が来てくれたり、デイサービスの知人とも親しくなったりしている。年賀状を出す方や携帯電話で家族に連絡する方、家族とお墓参りをする方、訪問美容利用の方もいる。 |                   |
| 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                 | スタッフはきっかけを作り、入居者同士の会話が繋がったら入居者同士で話してもらう。デイホームの利用者とも顔なじみになれるようデイのスタッフとも協力している。                        |   |                   |

| 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                    | 退居された家族の方がボランティアに来てくれている。お看取りした方の思い出を「えん通信」に綴りお手紙と一緒に送っている。イベントや誰でも食堂にお誘いしている。入院先にお見舞いに行っている。 |  |                   |
| <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   | 本人の気持ちやリズムを尊重している。直接聞き出しにくい方については、気持ちを汲み取る努力をしている。夜勤時などにじっくりと話を聞いている。                         | 利用者が、思いや意向を職員に伝える際、職員の年齢や役職により内容が違ってくるのでそれぞれの情報を共有している。表現が難しい方は、家族からしっかり聞き、表情、態度から何が嫌かを把握している。 |                   |
| 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                                       | 入居時には、元のケアマネジャーや介護者、家族から生活歴や嗜好の話聞く。写真を見せてもらい、本人や家族から思い出を聞く。会話の中から今までの暮らしを思いやる。                |  |                   |
| 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   | 一人ひとりの得意なことやできなくなったことを把握し、入居者の関係性の中で力を発揮したり、補いあったりできるよう努めている。                                 |  |                   |
| 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 | ミーティングや日々の振り返りでの意見を参考にプランを作成している。カンファレンスを開き本人家族の意見をケアに取り入れている。                                | 入居前に介護支援専門員より情報をもらい、実地調査後、まずは安心、安全な暫定プランを作る。1~2週間後、暮らすために何をするかのアセスメントを行い、見直しをして本プランに向ける。       |                   |
| 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                        | ケース記録やミーティングで情報を共有している。デイホームスタッフからの意見や情報ももらっている。家族やボランティアの気付きも大切にしている。                        |  |                   |
| 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               | 法人内の他事業所(デイホームえん、ケアプランえん、ケアサポートえん、多機能ホームまどか、えんの食卓、事務局)に協力してもらい取り組んでいる。                        |  |                   |

| 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                                      | 資源の把握に努めている。(買い物、散歩、季節の花見、おしゃべりの家など)法人として地域のボランティアやコンサートの開催といったかたちで支援している。                                |  |                   |
| 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                                  | 現在9名中7名が訪問診療と薬局の居宅療養管理指導を利用。主治医、看護師、薬剤師との情報交換も多く、家族も往診に立会い、医師とゆっくり話ができる。立ち会えない方には報告をしている。                 | 月2回の訪問診療が中心であり、2名が、かかりつけ医受診としている。訪問歯科には必要時来てもらう。非常勤の看護師もいて、小規模多機能の看護師と連携する。緊急時の連絡網もある。                       |                   |
| 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                          | 看護職が週に1~2回、日勤帯にスタッフの一人として勤務することで、入居者の状態や、スタッフの対応を把握している。まどかの看護師の協力も得ている。                                  |  |                   |
| 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。 | 堀ノ内病院の訪問診療を受けるようになったことで、病院との連携は緊密になっている。  |  |                   |
| 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  | 状況に応じて早い段階から個別の方針を探っている。要介護3になったら特養の申し込みをお願いしている。   | 契約時に、事前の意思確認書に主治医、家族、管理者連名で捺印する。事業所で看取りをするか、しないかではなく、状況に合わせての判断とする。浴槽に入れない、トイレで二人介助が必要な時には、特別養護老人ホームを紹介していく。 |                   |
| 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  | 法人内や近隣の消防署主催の救命救急研修への参加。町内会の防災訓練に参加。看護師による応急手当の指導など。  |  |                   |
| 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  | 昨年、「臨時的福祉避難所準備会」を立ち上げ、法人全体で、防災に取り組んでいる。定期的に避難訓練を行っている。グループホーム入居者は避難が難しいので、施設内で安全に過ごせるよう備品を確認し食材もストックしている。 | 定期の避難訓練は昼、夜想定で行い、消防署は1回の参加となる。デイホームと合同で行い、実際に階段を下りて避難訓練をした。台風の時には川の近くの人達に避難指示が出て、他施設から避難者を迎えた。               |                   |

| 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 |
| <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                    | その人の人格を尊重しながら入居者に合わせた対応を心がけている。法人研修やミーティングで、対応や言葉かけについてはつねに問い続けている。                | 契約書等は鍵付ロッカーで管理し、介護記録は全員分まとめてボックス管理となる。法人の指示で実践者研修に参加し、人権の尊重と擁護を強くしている。入浴、トイレの介助は出来る限り同性を当てている。 |                   |
| 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                      | 本人が何を望んでいるのか常に探る。先回りせず、自己決定の支援ができるよう努力している。  |  |                   |
| 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 | 本人のペースを大切にし、希望に沿えるよう支援している。本人が自分の希望を言えるような関係作りをしている。                               |  |                   |
| 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                                   | 在宅時に着ていた衣類を本人や家族から持ってきてもらっている。スタッフが買い足すものも似合う服を探している。月に一度、訪問美容師がボランティアでヘアカットに来ている。 |  |                   |
| 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      | 禁食でなくても「肉嫌い」「青魚いや」などの嗜好にはえんの食卓の協力を得て対応している。食卓が休みの日曜日にはリクエストを聞き、一緒に買い物や調理を行うこともある。  | 日曜日は、利用者と職員が何を食べたいかを考え、買い物をして調理も行う。敬老会等の行事には華やかな料理が出てくる。畑の旬の野菜は味噌汁に入れたりして、季節感を味わっている。          |                   |
| 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           | 食が細い方や嚥下が難しくなった方、透析治療の方については、えんの食卓に相談している。介護食や補助食品は、近隣の福祉用具店にも相談している。              |  |                   |
| 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、自立から全介助まで様々な方の状態に応じて口腔ケアを実施している。心配な方は訪問歯科の往診もお願いしたり、嚥下機能検査を受けたりしている。           |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄リズムの把握に努め、時間で決めないトイレ誘導や介助を行っている。  | 定時でなく本人のリズムに任せて誘導している。重度の方は、何度排泄支援をしたかの記録をし周知している。今は、普通の下着の方とリハビリパンツ利用の方が半々の状況である。                            |                   |
| 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  | 医師や看護師と相談して適切な便秘薬を使用している。朝の牛乳やヨーグルトなどで健康な排便を促す。自力での排便が困難な方には、看護師が排便を行っている。                        |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 対応が可能な時間ならば希望に沿って入浴してもらっている。好みの石鹸やシャンプーがある方は使用している。一人入るごとにお湯とマット類は交換している。                         | 週2回～3回の入浴を基本とし、浴槽の水と足ふきマットは必ず変える。浴槽を跨げれば温まってもらうが、重度の方はほとんどシャワー浴となってきた。上手な声掛けとタイミングをみて声掛けしている。                 |                   |
| 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   | 睡眠パターンを把握し、寝具、室温、照明などを調整している。不安がある人には寝る前に温かい飲み物を出したり、話を聞いたりしている。夜間の見守りも回数や方法を工夫して安眠を確保できるよう努めている。 |   |                   |
| 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  | 薬を受け取る時には管理薬剤師と情報の交換をしている。居宅療養管理指導報告書を回覧している。処方の変更や臨時薬については申し送りでも共有するようにしている。                     |   |                   |
| 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                             | 生活歴や趣味の違いを認識し、調理、清掃、洗い物、繕い物など一人ひとりに合わせた役割などを支援している。   |   |                   |
| 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 | 人手、安全性、体調などを考慮した中で希望に沿えるよう努めている。法人コンサート、太神楽、焼き芋、お花見などには家族の参加もある。                                  | グループリビングえんの森に行く通路を散歩し、緑の多い庭での外気浴となる。ドライブで近隣公園へ出かけ、桜、梅、バラ等を延べ20回は見に行った。公民館で尺八、中国楽器(ヤンチン)の演奏会もあり、地域の方も楽しみにしている。 |                   |

| 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 |
| 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  | 入居者のレベルに合わせて、自分でものを選んだり、支払いができるようフォローしている。近くのコンビニやスーパーにおやつや日用品を買いに行っている。              |   |                   |
| 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   | 2名の方が携帯電話を使用、できないところは手伝っている。手紙の投函や住所の確認などもお手伝いしている。                                   |   |                   |
| 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 | 窓は開閉して新鮮な空気を入れ、居室や共用スペースに季節の花や野菜、またまどか職員の毎月の折紙の作品などを飾っている。冬はゆず湯も楽しむ。                  | 光が入り、空気の流れも感じる木造住宅となっている。夏の陽射しは竹林の木漏れ日となる。12月には、ボランティアが利用者で作った折紙のネズミ、クリスマスツリーがあった。畑では野菜を作っており、食卓に上がる。 |                   |
| 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  | 「監視されている」という不快感に配慮し、建物設計にあえて死角がある作りにしてある。気の合った人と過ごせるよう、食事やお茶の時間の席にも気を配っている。           |   |                   |
| 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  | 一人ひとりの個性を尊重し、本人と家族の趣味や意向に沿った居室作りをしている。仏壇に毎日お供えをする方や、好きな音楽をラジカセで聴く方がいる。                | 部屋の窓からは竹林が見えて落ち着く。備品はエアコンのみだが、以前の方からの家財を利用する方もいる。仏壇があり、居室で御経を上げる方、家族写真を飾っている方、新聞を読む方もいる。              |                   |
| 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   | 自室の入り口には表札をつけ、好みの目隠しカーテンを下げている。玄関やベランダには鍵をかけず、自由に出入りしてもらっている。職員は離れての見守りや、適宜の同行を行っている。 |   |                   |