

### 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   | 2390100028     |            |            |
| 法人名     | ケアサービス株式会社     |            |            |
| 事業所名    | グループホーム しもかた   |            |            |
| 所在地     | 名古屋市千種区下方町3-13 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年2月1日      | 評価結果市町村受理日 | 平成28年5月24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 | 福祉総合研究所株式会社           |  |  |
| 所在地   | 名古屋市東区百人町26 スクエア百人町1階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年2月19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>入居者の重度化に伴い、従来のグループホームの機能とは異なってきているが、複合施設の利点を活かし、多職種と連携し重度者のケアや医療面のサポートも可能となっている。今年度は条件付きではあるが、看取りもさせて頂けた。</p> <p>また、開設当初から複合施設の利点を活かし、デイサービスからショートステイ、グループホームという一連の流れでの入居を行うことで、認知症高齢者のリロケーションダメージの軽減が可能となっている。</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>グループホームはデイサービス、ショートステイ、有料老人ホームを含む小規模福祉ホーム建物内にあることで、行事の合同開催やデイサービスに通う人々と交流できる利点がある。開設時からの理念「その人らしさを活かしたケア」を常に意識し、職員は少しでも利用者との触れ合いの時間をもつよう工夫している。画一的なケアや業務優先にならないよう一人ひとりに寄り添い、コミュニケーションを図りながら気持ちや思いの把握に努め、各種のレクリエーションを取り入れ、メリハリのある生活が出来るよう支援している。重度化が進むなか、ターミナルケアの必要性を感じ、勉強会の実施や運営推進会議の中で指針や内容等事業所の考えを細かく示した。実際に看護師のサポートや医師・家族の協力のもと、1名の看取りを行い、今後更に職員の精神面のケアについての研修等にも取り組んでいきたいと考えている。</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広がったり深まり、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                           | 「その人らしさ」を活かしたケアを実践できるよう、理念を掲げている。              | 職員は利用者とのコミュニケーションやふれあいを通じて一人ひとりの思いを受け止め、それに沿った介護の実践に努めている。会議や申し送り等で折に触れて「個別ケア」について話し、理念の理解や共有に繋げている。  |                   |
| 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員として日常的に交流している                           | 周辺を散歩する際などに挨拶を交わしている。                          | 町内会に加入し、回覧板で地域情報を得ることができる。デイサービスと合同開催の行事に、地域のボランティアが舞踊や歌を披露し、利用者は楽しいひと時を過ごしている。                       |                   |
| 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                         | まだ活かせていない。                                     |   |                   |
| 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践、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      | 開催はしているが、向上とまでは至っていない。                         | 数か月毎に事業所の現況とともに、介護報酬改定、看取りケア、介護保険制度の介護予防・日常生活支援総合事業の概要を議題に盛り込んで開催している。参加者と意見交換や質疑応答が行われ、制度の理解に繋がっている。 |                   |
| 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取り組んでいる                 | 研修や名介研等への参加を通じ、行政情報は入手している。                    | 行政へ定期的に訪問することはないが、制度に関する事では運営懇談会で説明してもらおう等良好な関係にある。市が開催するキャリアアップ研修に、出来る限り参加する努力をしている。                 |                   |
| 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 | 身体拘束をしないケアを徹底している。                             | 外部研修に参加し、職員は身体拘束について理解しており、契約書にも記載されている。玄関は外からは自由に出入りできるが、安全上内からは操作している。言葉使いについてはその都度話し合い、意識統一を図っている。 |                   |
| 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      | 研修に参加し、知識を習得している。全職員とまでは至っていないため、今後も参加させていきたい。 |   |                   |

| 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    | 制度は既知であるが、活用はされていない。  |   |                   |
| 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                         | ご家族の立場に立ち、分かり易く説明している。  |   |                   |
| 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                     | ご入居者については、言葉に表れないことも見逃さぬよう努めている。<br>ご家族については、面会時・運営推進会議時にお伺いし、改善に努めている。 | 家族の面会時には、利用者の様子を伝え、意見や意向、要望を聞きとっている。職員紹介写真掲示の要望があり、職員の入れ替わりで遅れているものの掲示へ向け準備を進めている。ホーム便り「しもかた通信」を毎月発行している。 |                   |
| 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                                      | 人事考課時、職員会議時等、意見を聴いている。  | 定期的な会議は難しい状況にあるが、連絡ノートで情報を共有し、急ぎの対応変更は申し送りで連絡を密にし、介護方法の統一へ向け取り組んでいる。管理者との面談もあり、個々の悩みや相談にも応じている。           |                   |
| 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      | キャリアパス要件を作成し周知した。<br>昇給、賞与時に人事考課を行い、給与に反映するよう努めている。                     |   |                   |
| 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         | まだ不定期ではあるが社内研修、外部研修を実施。   |   |                   |
| 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 | 外部研修での交流にとどまっている。   |   |                   |

| 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 | 入居前実態調査、契約時とご本人からアセスメントを行っている                     |  |                   |
| 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            | ご本人同様、ご家族からもご意見を伺っている                             |  |                   |
| 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        | 複合施設の利点を活かし、ショートステイやデイサービスで施設に慣れてから入居したケースもある     |  |                   |
| 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                        | 入居者の重度化に伴い、共に家事援助を行うことは少なくなったが、家族的な関係作りを目指している    |  |                   |
| 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         | 入居者同様家族的なおつきあいをさせていただいている。通院や外出等無理のない程度にお願いをしている。 |  |                   |
| 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                     | ご家族に頼るところが大きい                                     | 重度化が進むなか、家族の協力を得て外出支援をしている。定期的に数日の外泊をされる人もいる。複合施設の利点を生かして、同じフロアのデイサービスへ遊びに出かけ、交流される人を支援している。 |                   |
| 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                 | 席の配置に配慮したり、職員が間に入る等して、入居者同士が関わり合えるよう努めている         |  |                   |

| 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                    | 在宅復帰されるケースは少ない                              |  |                   |
| <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   | 重度化に伴いご自身で自己決定ができる方は少ないが、本人本位の視点で考えるよう努めている | 入居時に本人、家族から生活歴や要望を聞き取り、ケアに活かせるように配慮をしている。職員は会議や申し送り時に情報を共有し意向の把握をし、会話の出来ない人からは表情やしぐさ等から思いを汲み取っている。 |                   |
| 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                                       | 入居前実態調査時ご本人、ご家族からアセスメントを行っている               |  |                   |
| 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   | 一日を通じ、時間帯による心身状態の変化を把握し、個々に対応している           |  |                   |
| 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 | 職員会議時、ケース会議も同時に行っている                        | 介護計画は、本人や家族の要望と医師や看護師とも話し合い、支援目標や内容を明確にし作成している。また、状態変化時には家族へ説明を行い、随時見直しがされている。                     |                   |
| 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                        | 個人記録や日誌、申し送りノートを活用し、情報の共有化に努め、会議等で意見をまとめている |  |                   |
| 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               | 既存サービスの活用                                   |  |                   |

| 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                                      | 行事等でボランティアを活用している  |  |                   |
| 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し、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                                | 月2回の往診、24時間の連絡体制   | 入居時に本人や家族が希望する医療機関の受診が出来る事を説明している。協力医の定期的な往診と歯科、眼科、皮膚科は随時往診体制を取っている。                               |                   |
| 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                          | 他部署看護職員、かかりつけ医の看護職員との連携を密にしている                             |  |                   |
| 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。 | サマリーの提供や、入院後も病院ワーカーとの連絡調整を行っている                            |  |                   |
| 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  | 重度化した場合の指針を書面で提示している。またご本人、ご家族の意向も伺っている。かかりつけ医との連携も密にしている。 | 入居時に看取りも可能である事を伝えている。医師、看護師などと協力体制は整い、職員は看取りの研修を何度も受けている。家族との話し合いを繰り返し行い意志確認をして、今年度は一人の看取りを行なっている。 |                   |
| 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  | 定期的な訓練はできていない。今後改善したい。                                     |  |                   |
| 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  | 定期的な防災訓練の実施  | スプリンクラーの設備点検や避難経路の確認、情報共有等は定期的に行なっている。備蓄品は約3日分の用意があり、厨房の委託業者からの支援も受けられる体制が整っている。                   |                   |

| 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                   | 家族的な対応はしているが、自尊心を傷つけるような言動の無いよう努めている                                | 職員は利用者の尊厳、気持ちを考えての対応を心掛けており、失禁時にも配慮ある言葉掛けで対応している。施設長は職員に不適切な場面があった際はその場で指導をしている。            |                   |
| 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                     | 個々に声かけを行い、傾聴するよう努めている   |   |                   |
| 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、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 | 可能な限りご本人のペースで過ごしていただけるよう努めている                                       |   |                   |
| 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                                  | 可能な限りご本人の希望に沿った服装選びを行っている。<br>月1回の訪問理美容の実施。                         |   |                   |
| 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     | 重度化に伴い食事作りは行っていないが、下膳等は進んで行ってくださる方もいる。<br>定期的ではないが、外食も行い気分転換を図っている。 | 誕生日や正月にはケーキや好みの物を手作りしたり、季節感のあるところてんやお抹茶でお手前を楽しむイベントも行なわれている。プランターで育てたパセリやネギが食材として利用される事もある。 |                   |
| 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          | 管理栄養士による献立作成。食事、水分摂取量の把握  |   |                   |
| 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                   | 毎食後の口腔ケアの実施   |   |                   |

| 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                              | 排泄チェック表を活用し、本人の排泄パターンを把握し、可能な限りトイレでの排泄を支援している | 日中はトイレで排泄が出来るように身体状況に合わせて、介助や声掛けをしている。夜間、ポータブルトイレの使用やトイレ誘導を行う事もある。職員は日々、利用者の自尊心に配慮したケアを心掛けている。 |                   |
| 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  | かかりつけ医、看護職員、管理栄養士との協働                         |  |                   |
| 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                        | おおむね入浴日は決まっているが、状況に応じて臨機応変に入浴していただいている        | 毎週2回、入浴をしている。身体状況に合わせて大浴場、機械浴、シャワー浴、清拭等で清潔保持と気分転換になるように支援をしている。冬至には柚子を浮かべて柚子湯を楽しんでいる。          |                   |
| 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   | ご本人の生活リズムを把握し支援している                           |  |                   |
| 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  | 看護職員による管理、指導                                  |  |                   |
| 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                             | ご本人のできることを役割として行っていた                          |  |                   |
| 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 | 日常的にはできていないが、可能な範囲で行っている                      | 屋外でプランター菜園が作っており、パセリやネギなどに水やりや収穫する楽しみを持ってもらっている。施設屋上には広いベランダがあり日光浴や散歩、歩行訓練も出来るようになっている。        |                   |

| 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 |
| 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  | ほぼ施設側での管理                                     |  |                   |
| 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   | 電話をかけたい時は、施設の電話を使用している                        |  |                   |
| 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 | 手作りの飾りつけなど家庭的な雰囲気づくりをしている                     | 玄関や廊下には季節に合わせた風景写真を飾り、食堂には利用者の書道、毛糸編みなどの作品が展示してある。明るくて天井も高く開放感がある共用空間で、職員と共に体操や音楽などを楽しんでいる。  |                   |
| 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  | 他部署に遊びに行ったり等、施設内は制限なく移動可能                     |  |                   |
| 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  | 認知症についてご家族に説明し、可能な限りご本人になじみのあるものを持ち込んでいただいている | 使い慣れた家具や仏壇、ソファ、テレビ、ぬいぐるみなど本人が安らげる物に囲まれて、生活が出来るように工夫されている。身体状況に合わせて利用者が心地よい居場所となるように配慮もされている。 |                   |
| 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   | 手すりの設置、バリアフリーにて安全を確保している                      |  |                   |