

### 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   | 1270500398          |            |            |
| 法人名     | 延寿グループ株式会社          |            |            |
| 事業所名    | アット・ホームケアあすみが丘 1F   |            |            |
| 所在地     | 千葉県千葉市緑区あすみが丘9-55-5 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年2月25日          | 評価結果市町村受理日 | 平成23年3月29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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do">http://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do</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 社会福祉士ネットワーク・ヒューマンレインボー |  |  |
| 所在地   | 千葉県船橋市本町4-31-23                  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年3月15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)】**

あすみが丘という静かな住宅地にあり、近隣は自然・公園が多い環境にあります。その為散歩、ホームの庭にても自然を感じられます。そこで1人1人が安心安全に、ひとつの家族・家庭的な雰囲気の中で支援しています。利用者の方は状況の変化にて変わられますが、経口摂取が出来る限り寝たきりの方も対応しています。(以前)その点で人的「介護力」があると思います。介護の質はスタッフの質だと考えられています。スタッフ一人一人が、利用者の方がいかに安心・快適に生活できるかを常に考えケアにあたれば、おのずと良いホームになっていくと思います。その点で、当ホームではスタッフ一人一人が利用者本位のケアを実践できていると思います。ただ、今後もさらにより良いホーム作りが出来る様にならばと思っています。

**【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)】**

アット・ホームケアあすみが丘は自然環境に恵まれた住宅地にある2階建て、2ユニットのグループホームです。家庭的な雰囲気の中で利用者が落ち着いて生活できるよう配慮されています。「笑顔で寄り添う明るい介護」というホーム独自の理念に基づき、利用者本位のサービス提供が心がけられています。今年度にスプリンクラー設備が設置され、利用者の安全面・職員の安心感が確保されました。さらに近々緊急通報装置も備えられることになっています。職員の就労環境整備については処遇改善、キャリアパス制度も整備され、個々の職員のモチベーション・アップに配慮されています。

**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<br>3. 利用者の1/3くらい<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)   |
| 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)                     |
| 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) |
| 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)                                      |
| 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                                       |
| 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                                   |
| 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                            | 入居者の生活の場であると言う事を重視し、事業所及びホーム独自の理念や地域密着型としての理念を掲げ、常に理念に基づきケアが出来るよう話合っている。                             | 法人の理念とは別途にホームの理念を職員と共に創り上げている。ホームの理念は「笑顔で寄り添う 明るい介護」とし、利用者の生活の場であることが意識され地域密着型のサービスが提供されている。 |   |
| 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                            | 自治会に入会し、会合にも参加している。地域の敬老会に参加したり、近隣の小学校から運動会の招待状を貰ったり、近所のご家族がクリスマスに賛美歌を歌いにきてくれたり、子供達が犬を通して遊びに来たりしている。 | 自治会に入会し、地域での行事には地域の一員として参加している。また、民生委員を経由し地域からの介護相談が寄せられている。                                 |   |
| 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                          | 近所で徘徊している高齢者を保護したり、地域の高齢者やご家族に介護相談(介護保険の利用方法やサービス内容の説明、認知症に関する情報の提供など)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       | 運営推進会議では、防災や身体拘束、外部評価の意義や結果報告を行い、ホームの方針やケアの取り組みを理解していただきご家族からの要望や外部からの意見を取り入れ、実践に繋げている               | 今年度はスプリンクラー設備の新設、緊急通報設備の契約など防災面での取組みが充実していた。一方、地域包括センター長、ご家族などの参加調整が困難で2ヶ月ごとの開催は実施できていない。    | 運営推進会議は外部評価での抽出課題を整理する場として活用されています。本ホームの特色として千葉市のケースワーカーとの関係が密接なので、会議への参加検討を考慮されたい。 |
| 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                  | 地域のグループホームの会合などで困難事例や介護保険制度の相談をしたり、援護課の職員とも連携して、利用者の状況などの報告、相談をおこなっている。                              | 千葉市の主催する会議・説明会に積極的に参加するとともに、市援護課のケースワーカーとの個別協議は定着している。地域包括支援センターとは運営推進会議を通じ連携している。           |   |
| 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 | 身体拘束に関しては、カンファレンスや日々の業務の中で拘束解除に向けた取り組みを常に話合っている。現在までに、鍵の施錠を解除し、ベッド柵についても、解除の方向に向けて取り組み中である。          | すべての職員が身体拘束禁止に対する正しい知識を持つことに努めている。日中は玄関の施錠をしていない。夜間のベッド柵の使用に当たっては必ず同意を確認している。                |   |
| 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       | 虐待に関しては、外部研修などに参加し、また、会議や日頃からの話し合いで虐待に対する知識や自己認識を強く持てるよう、理解を深め、虐待防止に努めている。                           |  |   |

| 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    | 管理者は成年後見の利用について、利用者の相談に乗ったり、相談機関の紹介を行うなどの支援をしている。   |  |  |
| 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                         | 契約書や重要事項説明書について十分な時間を取り、随時質問を受け付けながら説明を行っている。利用料や急変時の対応、介護サービスの内容などに関しては特に詳しく説明している。                      |  |  |
| 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                     | 家族の面会の際には家族と職員の円滑な関係を築くように努め、必ず利用者の状況を報告し、家族からの要望や意見を聞き取っている。また、要望や意見に対しては、職員間で話し合い、ケアの実践に反映させるよう、対応している。 | 利用者や家族の意見や要望は相談を通じて運営に反映されています。日常対応への徹底はホーム会議を通じて実施されています。                     | 相談の事実があっても相談記録として記録されていません。記録することによって情報の共有が確実なものとなり運営の改善に結びつきます。 |
| 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                                      | 日頃から、少しの時間でも職員間で意見交換できる環境を作っている。また、個人的な面談を行い、仕事に対する不安や疑問を聞き取り、改善出来る所は改善し、良い提案があれば積極的に取り入れるように対応している。      | ホーム長や法人管理者は運営に関する職員の意見を反映するため意見交換の機会を多く持つことに留意し、ホーム長会議を通じて現場の声を検討しフィードバックしている。 |  |
| 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      | 利用者の生活支援が十分に行えるようなシフトを作成している。また、希望休も可能な限り受け付けたり、職員の能力を公正に判断し、昇給の交渉を行っている。                                 |  |  |
| 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         | 入職時のオリエンテーションや定期的な人事考課を行っている。スキルアップに繋がるよう、内部研修や外部の研修を受けられる機会を設けている。                                       |  |  |
| 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 | 交流を持つため、地域の介護保険事業者のホームを見学したり、ケアマネや介護職の集まりなどがあれば積極的に参加するようにしている。   |  |  |

| 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 |
| <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 | 利用申し込みの段階で本人の身体状況や生活歴、本人の思いなどの理解に努め、面接は必ず行っている。また、体験入居が出来る事などを伝え、スムーズな利用が出来るようにしている。                         |  |                   |
| 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            | 入居の相談があった場合、家族がどんな事に困っているのか、また家族が要望や希望を伝えやすい状況を整え、それらを把握するように努めている。  |  |                   |
| 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        | 相談の段階で家族や本人の状況を把握し、早急な支援が必要な場合や当ホームでの利用が困難な場合他のサービス(ショートや療養型)その他居宅支援事業所などを紹介し、現在の問題が解決できるような支援をしている。         |  |                   |
| 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                        | 利用者の状況を把握し、介護されるばかりではなく、出来る事を手伝ってもらったり、また一緒に作業したりして日常生活を実感してもらう事で職員にとっても学びの場となっている。また、会話の中で共も感したり出来る場面が沢山ある。 |  |                   |
| 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         | 利用者の若い頃の生活歴を聞き、ケアに反映させたり、介護の方法や方針について家族と話し合える関係を築きながら、希望や要望を汲み取り一緒に利用者を支えて行けるよう対応している。                       |  |                   |
| 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                     | 友人や知人などの訪問を受け入れたり、また、手紙や電話の取次ぎなど、継続した馴染みの関係が保たれるように支援している。   | 今年の正月にも2名の外泊実績があった。家族を含め馴染みの人との外出頻度は高く、馴染みの人や場との関係継続を支援している。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の間関係の把握に努め、食事やお茶の時間はリビングに集まるようにしている。孤立を防ぐため、必要に応じて職員が介入するなど、円滑な人間関係の形成に努めている。                           |  |                   |

| 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                    | サービスの利用が終了して、在宅に戻ったり、施設に入所されたりした方でも担当の介護支援専門員と連絡を取ったり家族からの介護の相談を受け、以前の関係を保てるよう対応している。                         |  |                   |
| <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   | 個々の利用者がどのように生活したいのか希望や意向を把握できるよう、日々の会話などから読み取れるように努めている。困難な場合は家族からの情報をもとに本人の表情や行動で推測出来る事を探し職員で話し合い検討している。     | 一人ひとりから日々の会話から思いを汲取り、暮らし方の希望、意向の把握に努めている。家族の情報も参考に本人の表情からも推測し、利用者本位の検討を心がけている。       |                   |
| 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                                       | 入居時に今までの生活スタイルや本人の趣味や好みなどの情報を収集している。入居後も継続して本人や家族から今までの生活について聞き取りを行っている。                                      |  |                   |
| 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   | 利用者の一日の過ごし方は行動パターンや利用者の様子などを注意深く観察して把握するように努めている。心身状態も同様に、毎日のバイタルチェック、表情や心理面の変化にも注意して対応している。                  |  |                   |
| 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 | 本人や家族からの要望や希望を日頃から把握出来るようにし、定期的な職員会議を行い、必要な意見を収集したうえで、介護計画を作成している。  | 日頃より本人、家族の希望把握に努めている。ケアカンファレンスにおいては関わりの深い担当職員が積極的に意見を出し合い計画を作成している。モニタリングにおいても同様である。 |                   |
| 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                        | 日中の過ごし方、夜間の様子、健康状態、精神状態などを毎日の記録に残し、職員間で共有出来るようにしている。また、介護記録を基に職員間で話し合い、介護計画の見直しに生かすようにしている。                   |  |                   |
| 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               | 緊急的な入居の相談には空き状況により柔軟に対応している。また訪問診療、訪問歯科、訪問リハ、他の医療機関への受診等も必要に応じて対応している。また、インフォーマルな社会資源を紹介したり、必要な支援の架け橋の役割をしている |  |                   |

| 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  |
| 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                                      | 地域の民生委員の訪問やボランティアの受け入れなどを行っている。その他消防、警察などにもホームの事を知ってもらい、緊急時のスムーズな協力が得られるように対応している。                |   |  |
| 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                                  | 月に2回の往診医がいる。希望があった場合や状況に応じて連携できる体制を整えている。以前からのかかりつけ医が居る場合は継続して受診してもらい、診療状況や治療の方針を確認できるようにしている。    | ホームの協力医療機関から月2回の往診と、24時間対応可能なサービス提供を受けている。以前からのかかりつけ医が居る場合には家族同行による受診とし、診療情報を確認している。      |  |
| 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                          | 利用者が入院した際には、看護師に病状を聞いたり、ホームでの生活上の注意点などを聞いたりしている。入院などが無い場合、気軽に相談出来る機会が少ない。                         |   |  |
| 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。 | 利用者の入院の際には職員が同行し、ホームでの身体、精神状態や生活状況を口頭やサマリーで出来るだけ詳しく伝えている。また、退院時の状況なども医師や看護師と情報交換し把握に努めている。        |   |  |
| 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  | 利用者の状況に変化が生じたり、病状が悪化したり、重度化が考えられる場合は早めに家族と話し合うようにしている。また、医師の説明に同席させてもらい、今後の方針を一緒に考えていけるよう、対応している。 | 重度化が予測される場合には、早い段階から本人の意向を踏まえて家族と話し合い方針を共有し対応している。看取りは経験ないが協力医療機関もあり、ターミナルケアの実施も可能と考えている。 |  |
| 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  | 緊急事故発生時に備え、入職時のオリエンテーションや会議で緊急時の対応を勉強し、落ち着いて迅速に的確な対応が出来るようにしている。また、施設外の救命救急講習(普通、上級)の受講を勧めている。    |   |  |
| 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  | 地域の自治会や近隣住民などに災害時の協力が得られるよう働きかけや説明をしている。また、消防計画を立て、定期的に防災訓練を実施し、消火器の扱い方やスムーズな非難誘導が行えるよう対応している。    | スプリンクラー設備が新設され防災体制は大幅に強化された。避難訓練などは規則通り行っているが、地域の協力体制構築が課題である。                            | 災害時に利用者の障害レベルにより援助の必要度を、あらかじめ地域の協力機関と共有することが必要です。検討ください。 |

| 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 |
| <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                   | 人としての尊厳を尊重する対応を心掛けている。特に排泄に関してはプライバシーへの配慮やプライドを傷つけたりする事の無いよう十分注意した声掛けや対応を心掛けている。また、個人情報の取り扱いにも十分注意して対応している。 | 一人ひとりの利用者の尊厳尊重に十分留意し、誇りやプライバシーの確保に努めている。排泄に関しては特に配慮されている。 |                   |
| 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                     | 日常生活の中で、本人の好みを聴いたり、買い物や飲み物など、何が良いか、どちらが好みかを選択出来る機会を作り、本人の希望や自己決定が出来るような環境作りを心掛け、支援している。                     |   |                   |
| 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、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 | 1人1人の好みや暮らし方、生活のリズムを把握し、買い物に出かけたり、散歩に出掛けたりして、本人の希望にそった生活が送れるような支援をしている。                                     |   |                   |
| 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                                  | 衣類や整容には注意を払っている。また、女性にはイベントの際、お化粧を手伝ったり、マニキュアを付けたりしてお洒落を楽しめるような支援をしている。その他、出張整容やなじみの美容院への同行も支援している。         |   |                   |
| 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     | 利用者の希望を出来るだけ取り入れ、メニューに反映させている。また、食事の準備や後片付けは能力に応じて職員と一緒にやっている。食事の時間は楽しく安全に食べられるよう支援している。                    | 利用者の希望を取り入れたメニュー作りが行われている。利用者の残存能力により、食事準備、後片付けを手伝う方もいる。  |                   |
| 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          | 食事量や水分量を介護日誌に記録し毎日の摂取状況を確認している。また、定期的に栄養指導を受け、献立作成のポイントや体重管理の指導を受けている。                                      |   |                   |
| 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                   | 毎食後、利用者の状況に応じて口腔ケアを実施している。自分で出来る方は見守り、声掛けを行い、出来ない方には介助で行っている。また、訪問歯科の受診を支援している。                             |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄のパターンを把握し出来る限りトイレで排泄出来るよう支援している。個人の排泄状況に応じて声掛けや誘導、また、ポータブルトイレ、布パンツ、リハパン、パットの使用などで対応し、清潔の保持、排泄の自立に向けて支援している。 | 日中オムツを利用している利用者はいない。夜間のオムツ使用者も少数である。一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援がおこなわれている。    |                   |
| 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  | 排便のパターンを把握し、便秘の予防に努めている。乳製品は毎日摂取し、繊維質の多い食事や適度な運動が出来るよう支援している。それでも難しい場合は医師の指示を受け、下剤を使用して対応している。                |   |                   |
| 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                        | 入浴の日程は決めているが、状況に応じ、清潔の保持が必要な場合などは、随時入浴出来るような体制を整えている。   | 入浴は週2回と原則的な日程を決めているものの、柔軟に対応している。一般浴ができる利用者がほとんどで、介助浴が必要な方は1名のみである。ゆず湯などの季節浴も実施されている。 |                   |
| 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   | 利用者の状況に応じ、日々の生活の中で、夜間の睡眠に影響しない範囲で、昼寝や休息がとれるよう支援している。  |   |                   |
| 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  | 利用者ごとに内服薬についての薬剤情報ファイルを作成し職員が内容を把握できるようにしている。また、内服は必ず毎回、飲み込みまでの確認を行い、誤薬や飲み忘れがないように対応している。                     |   |                   |
| 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                             | 生活に変化が付き、季節が感じられるような、行事を企画し、参加希望がある人に参加してもらっている。日々の生活の中でも、何かしらの役割や頼みごとをお願いして、やっていただく機会を作っている。                 |   |                   |
| 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 | 散歩や買い物など利用者の状況や希望に応じ行っている。天気の良い時は外にテーブルを出して、食事をしたりしている。また、食事会なども計画し外に出かける機会を作っている。                            | 利用者からは散歩と買い物の要望が多い。買い物では重いものを持ってもらえる方など力仕事の得意な利用者の残存能力活用の場面もある。ときには外食も実施されている。        |                   |

| 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  | 金銭管理能力や希望に応じて対応している。買い物の際は本人にお金の管理をしてもらっている。また、ホームで管理する場合も家族と相談し金銭に関するトラブルを回避するよう配慮している。                    |   |                   |
| 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   | 本人の希望に応じて、電話のとりつぎをしている。また、手紙のやりとりなどもできるように支援している、   |   |                   |
| 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 | リビングなど共用スペースには季節感を取り入れた装飾を心掛け、利用者と一緒に雰囲気作りを楽しめるように対応している。また共有スペースは常に整理整頓を心掛け、温度や雑音にも配慮し不快感の無いような空間作りに努めている。 | 廊下には行事の写真や、季節感に溢れた飾り物が掲示されている。居室、食堂も家庭のリビングの雰囲気を感ぜさせるものであり、利用者はくつろいでいる。前庭では野菜が栽培され自然に触れる機会が提供されている。 |                   |
| 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  | 共用スペースにイスやソファを置き、自由に座ったり、ゆっくりとくつろげる様なスペースを確保している。   |   |                   |
| 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  | 家族や本人の希望により、なじみのものや使い慣れた身の回りのものを持ち込んで、使用してもらっている。   | タンス、仏壇などの馴染みの家具、家族の写真などがそれぞれに持込まれ、居室は居心地よく安心して過ごせるスペース作りに配慮されている。                                   |                   |
| 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   | 利用者の状況に対応出来るよう、手すりを設置したり、居室入り口には名前の表札出している。またトイレには分かりやすいように便所の表示を出している。                                     |   |                   |