

### 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   | 2395700046          |            |          |
| 法人名     | 医療法人 聖会             |            |          |
| 事業所名    | グループホーム 砂川 1階       |            |          |
| 所在地     | 愛知県知多郡武豊町砂川2丁目73番地1 |            |          |
| 自己評価作成日 | 令和2年11月29日          | 評価結果市町村受理日 | 令和3年1月4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="https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigy_osvoCd=2395700046-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigy_osvoCd=2395700046-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</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『サークル・福寿草』   |
| 所在地     | 愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号 |
| 聞き取り調査日 | 令和2年12月23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>○ 利用者様の思いをしっかり受け止め利用者様、家族、職員皆が毎日笑顔で過ごせる施設を目指しています。一人ひとりの利用者様と寄り添う時間をできる限り設け会話をしていく中で不安感を軽減し信頼関係を築いています。</p> <p>○ 家族・地域との関係にも重点をおいています。</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>◎ 軽減要件適用事業所<br/>今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。</p> <p>①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」</p> <p>②軽減要件確認票</p> <p>③目標達成計画</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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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. 全くいない           |
| 59<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。                             | 理念は玄関に掲示してあり朝の申し送り時に出勤者全員で斉唱している。職員間で共有する事で理念に基づいたケアができるよう努めている。   |      |                   |
| 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、草取り・盆踊りなどに参加し毎年行われている防災訓練には利用者様と一緒に参加している。月に一度近隣の喫茶店に行き地域の方達との交流をもち顔を覚えてもらえるような機会をもっている。(今年は行けませんでした)             |      |                   |
| 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。                           | 在宅で認知症介護をしている方の窓口になっている。町内中学生・高校生の職場体験やサマーボランティアの受け入れをし、認知症に対して理解してもらい対応なども体験してもらっている。(今年は職場体験・ボランティアの受入れ・申し込みはありませんでした) |      |                   |
| 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度の推進会議では、身体拘束廃止委員会を開催。ホーム内の勉強会報告・ホーム内の状況・問題点等を報告し意見を貰うこともあります。家族の方には玄関に設置してある推進会議の資料等を見てもらうよう声を掛けています。              |      |                   |
| 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。                   | 役場福祉課、包括から推進会議の参加があり意見・助言を得ることもある。分からない事は、福祉課に相談しに行っています。  |      |                   |
| 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。 | ホーム内で身体拘束の勉強会を年2回開催し職員間で身体拘束をしないケアを実践しています。人に合わせたケアを心がけています。ホーム内1F・2Fの行き来も自由にしています。玄関の施錠はしていません。                         |      |                   |
| 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。        | ミーティング時に資料を配布し職員間で話し合い、言葉使いや気がつかずに虐待していることがないか、職員間で対応について話しストレスが溜まらないように努めています。  |      |                   |

| 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 |
| 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。    | 利用者に対し不利に判断している家族は、いないと思われず。スタッフ全体ではまだ、勉強不足と思われず。   |      |                   |
| 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。                         | 家族には、契約の時点で納得のいくよう話しています。入居後に不安が出てくる時もあり家族からの疑問に対しては、その都度十分説明をしています。  |      |                   |
| 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。                     | ホームでの行事に参加して頂く事で利用者様の現状を知って頂ける機会を設けています。行事予定を毎月のお便りに入れ玄関先に行事予定を掲示し面会時には口頭でお知らせし参加をして頂くようにしています。交流の場を多く設けている。    |      |                   |
| 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。                                      | 毎月の定例会議で利用者の処遇や運営面での事を話し合っている。議事に関しては、朝の申し送りや個別で聞いている。毎月のミーティングや毎日の申し送りで管理者は職員と話す機会を持ち現場の意見や提案を聞き処遇や運営に反映させている。 |      |                   |
| 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。      | 日々の勤務状況や職員からの要望は管理者が法人に報告している。個別でスタッフが法人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。         | 外部への研修には順番に参加しています。月に1度行っているホーム内の勉強会も順番に担当しその時に必要な題で計画を立て行っています。一人ひとりが向上心をもてるよう後押ししています。(今年は行けていません)            |      |                   |
| 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。 | 研修を通じたネットワークで情報交換がある。同法人のグループホーム他2施設と互いに施設内サービスが向上するよう情報交換を行っています。  |      |                   |

| 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>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。 | 生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では本人からの話しに耳を傾け接する時間を多く持つようしている。スタッフ間で得た情報は全スタッフが共有できるよう記録に残したり申し送りの場などで情報交換しています。 |      |                   |
| 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。            | 入居前のホーム内見学やホームの雰囲気を知って頂く事から始め、キーパーソンを確認し家族の思いなど時間をかけて聞くようしている。   |      |                   |
| 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。        | 担当ケアマネと情報交換をし、本人との面談を行い家族も一緒にその方にあったケアを考えています。   |      |                   |
| 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。                        | 利用者様の状況に応じ、日々の生活の中で出来る事(お盆ふき、洗濯ほし、洗濯物たたみ、生け花、花の水やり、買い物の手伝い)などを一緒に行う事により馴染みの関係を築いています。                          |      |                   |
| 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。         | 家族面会時には、本人との時間を大切にしている。毎月様子報告の手紙を送付し面会時に日々の生活を伝え変化があった時には、すぐに連絡し共に本人を支えていけるよう努力しています。                          |      |                   |
| 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。                     | 事前に家族と馴染みの関係や面会者についての注意等確認する。友人が訪ねて来たり馴染みの美容院・喫茶店などに出掛けたりしている。(今は行けていません)                                      |      |                   |
| 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。                 | 全員の利用者様が楽しんで参加できる体操・歌レクの時間を多く持つ事で利用者様同士のコミュニケーションをとり孤独感を感じないように接しています。   |      |                   |

| 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 |
| 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。                    | 退居され病院へ入院されている方への面会は病院へ様子を見に行っている。退居された家族が時々ホームに来られる。   |      |                   |
| <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。   | 利用者とのコミュニケーション(会話)の中から情報を得、本人の思いをしっかりと聞く。会話が困難な方には、家族の面会時に話を伺い、面会に来れない家族にはTELをし情報・意向を聞くようにしています。                |      |                   |
| 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。                                       | 本人・家族・ケアマネ・サービス事業所に経過・サービス利用の状況等を事前に確認把握している。   |      |                   |
| 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。   | 毎日の申し送りで利用者の心身状態を把握している。日々の変化は記録に残しその都度、職員間で申し送る事で情報を共有し対応するよう努めている。  |      |                   |
| 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。 | 計画が実行され有効か、毎月のモニタリングはスタッフが行っています。本人の変化、その結果を計画に反映させている。本人・家族・職員に伝え現状に即した計画になるように心がける。                           |      |                   |
| 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。                        | 記録はなるべく詳しく、細かくするようにしている。職員は記録に目を通すと共に申し送り時にも自分で得た情報を交換している。気づいた点は意見を出し合い検討を行う。計画作成スタッフともどういった視点で記録が欲しいか確認しています。 |      |                   |
| 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。               | 現状サービスの多機能化は行っていない。職員・家族がともに協力し本人の意思を尊重した対応をしています。  |      |                   |

| 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 |
| 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。                                     | 可能な限り地域行事に参加し季節感、楽しさを味わって頂く。外に出かける機会を増やしています。散歩、買い物、美容院等小まめに出かけています。(今年は出来ていません)   |      |                   |
| 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。                                 | 本人・家族の了解の下、同法人病院の訪問診療を行っている。急変起こる可能性や緊急時の対応についても説明。受診希望あれば随時受診援助を行っている。すばやい対応連携で安心感を提供できている。   |      |                   |
| 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。                         | 利用者の状態変化あれば連携病院の看護師に報告し医師の判断をすばやく仰げるようにしています。往診や訪問看護で近くにいる場合は直接診に来る事もあります。   |      |                   |
| 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。 | 入院時病院側に日常生活の情報提供をし利用者が入院による環境変化で混乱がおきにくいよう配慮できるようにする。安定したら早めに退院できるよう情報をもらい、退院後は経過を報告しフォローアップも対応していく。   |      |                   |
| 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。 | 医療の事前指定書を家族・本人と確認したうえで、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。終末期については、主治医から家族へ説明。現在看取りは行っていないが緊急時の対応は家族や協力医と連携を取りながら判断している。スタッフにはグループホームでの機能を説明しできること出来ない事を明確にしています。 |      |                   |
| 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。   | 急変時のマニュアルは作成してある。以前消防士による救命講習を行った時の資料を基にホーム内の勉強会を行い意識の向上を図っています。   |      |                   |
| 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回の訓練は、消防立会いでの避難訓練と消防署からのDVDを借り勉強会を開いている。3日分の水、食料の備蓄がある。推進会議では災害時に互いに協力できるよう話あっています。  |      |                   |

| 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>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。                   | ミーティング等で自分が人前で言われて、嫌な事・恥ずかしく思うことをイメージして、具体的に人格を尊重する事の捉え方を簡潔にし、接し方の改善に取り組んでいます。         |      |                   |
| 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。                     | 本人の思いを良く聞くようにし会話、表情、行動から汲み取ると共に職員個々で得た情報を全員で共有し話し合い声かけや援助を行い自己決定できるようゆっくり待つ事を心がけています。  |      |                   |
| 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。 | 利用者様一人ひとりのペースに合わせ穏かに生活してもらっています。本人が取り組みそうな事を提供し無理のないように支援しています。                        |      |                   |
| 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。                                  | 朝自己にてできる方には、声かけをし身だしなみを整えている。できない方には、介助しています。2ヶ月に一度近くの床屋、美容院へ行ったり新しい衣類を一緒に買いに行く事もあります。 |      |                   |
| 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。     | 職員と一緒に食事の下ごしらえ、おやつ作りを行ったりしています。毎日のメニューを順番に書きフロア内のカウンターの上に置くようにしました。                    |      |                   |
| 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。          | 全体的な栄養バランス取れた献立を作成。咀嚼能力によって食事形態を変え摂取できるように配慮する。毎日の水分摂取量も確認している。排泄状態や毎月の体重も確認しています。     |      |                   |
| 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。                   | 朝食前にうがいを実施。歯磨きは毎食後行う、介助が必要な方も清潔を保てるよう介助にて口腔ケアを行っています。義歯は週に1度洗浄液での洗浄を実施しています。           |      |                   |

| 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 |
| 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。                              | 排泄表からその人に合った排泄パターンを把握しトイレ介助時にはストレートに誘わず本人に意向を確認し自尊心を傷つけないよう行っています。   |      |                   |
| 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。  | 1日を通して水分量を観察し朝食後には乳製品を提供し便秘予防に努めている。食事や水分、体操等でなるべく自然排便促している。どうしても排便ない時には、処方されている下剤を使用する。服薬時本人に内服するか確認しています。                  |      |                   |
| 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。                        | 週3回決まった曜日で入浴できるよう支援している。入浴の時間はタイミングを見て声掛けを行い可能な限り入浴の時間帯も相談しながら入浴して頂くようにしています。  |      |                   |
| 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。   | 消灯等は決めず各利用者の様子を見て声かけ、眠りに誘導する。日中は、自由に居室で休めるようにしている。日中居室で閉じこもりがちな方は、声かけしレクリエーションへの参加を促したりしています。                                |      |                   |
| 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。  | 受診・訪問診療時利用者様の状態を細かく報告し薬を処方して頂いている。服薬の増減や変更・副作用の説明を医師からもらい連携を取り職員全員への申し送りへと繋げ個人ファイルのカードックスへ記入してもらっています。                       |      |                   |
| 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。                             | 利用者の残存能力を活かし楽しみや役割をしてもらう。家事、生け花、草取り、買い物、創作活動など意向を聞きながら対応。買い物・外出レクなどで気分転換を図ってもらいその様子を写真に記録し本人や家族に見てもらっています。                   |      |                   |
| 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。 | 季節の移り変わりを感じてもらえるよう散歩する機会を多く設けている。月に1度外出レク(喫茶店)の機会も設けている。家族と外出する際は体調面で配慮する事あれば伝えもしにも備え替えを持って不安のないよう外出できるよう支援しています。(今は行けていません) |      |                   |

| 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。  | 家族と事前に話しをして、自己管理できる方については、普段買い物できる程度のお金を自己管理してもらっている。ホームでお金を預かり買い物に出かけた時には自分でお金を払えるようにしています。        |      |                   |
| 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。   | 電話は、事前に家族と協議した上でどこまで掛けて良いか確認し、個別対応している。家族の承諾があれば電話は、自由に使用できるようになっています。現在電話がかかってくるのが時々あります。          |      |                   |
| 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。 | 玄関に季節の花を飾り(利用者様に生けて頂く)フロア内には季節ごとの飾りを職員と一緒に製作したり飾る事で季節感を取り入れている。利用者様はエレベーターや階段を使い1F・2Fを自由に行き来されています。 |      |                   |
| 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。  | 食事の席は決まっているが、TVの前にはソファ・畳み掛けがあり一人の空間が持つ自由に居場所が決められるように配慮しています。                                       |      |                   |
| 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。  | 居室は、プライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、居室にあれば落ち着ける物の持ち込みの対応や配置にも考慮している。TV・冷蔵庫を置いている方もいます。                     |      |                   |
| 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。   | 居室やテーブルの席にネームプレートを貼り利用者様一人ひとりが自分の居場所が認識できるようにしている。施設内はバリアフリー、手すりが設置されており安全が配慮されています。                |      |                   |