

## 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       | 3090100516            |            |            |
| 法人名         | 社会福祉法人 わかうら会          |            |            |
| 事業所名(ユニット名) | わかうら園 第2グループホーム 鶴ユニット |            |            |
| 所在地         | 和歌山市田野178番地           |            |            |
| 自己評価作成日     | 令和6年8月15日             | 評価結果市町村受理日 | 令和6年11月27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.kaigokensaku.jp">http://www.kaigokensaku.jp</a> |
|----------|---------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会 |
| 所在地   | 和歌山県和歌山市手平二丁目1-2   |
| 訪問調査日 | 令和6年9月27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)】

和歌浦の高台にあり彼岸の夕日は他県からも大勢の人が観に来ている。マリナーや港祭りの花火も観ることが出来る。散歩に出ると瀬戸内を行き交う船や四国、淡路島が一望できる。特別養護老人ホーム、居宅支援事業所が隣接しており入居者のニーズに対応できる様になっている。第2グループホームは2ユニット18名の方が入居され主治医、訪問看護ステーションと連携し家族様と共に終末期まで援助を行っている。各研修に参加し事業所理念を目標に入居者一人一人が地域の中で安全に安心して暮らしを送れるように支援することを目指しています。

## 【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)】

最上階にあるユニットの窓から海風が舞い、利用者は心地よい室内で過ごされ、改めて何かをするのではなく、生活の中にグループホームがある。家庭の延長線上にここでの生活があり、のびのびと自然体で、一人ひとりのペースに合わせた支援が行われている。終末期もグループホームで過ごせるよう医療との連携を行っており、主治医・訪問看護師・職員の支援がある。当法人は、特別養護老人ホーム等を運営し、地域の中で多様なニーズにこたえる法人として頼りにされている。

## 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 |  |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                               |                                                                                      |                                                                                                          |                   |  |
| 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                            | 自分たちで作った理念を、フロアや介護員室の目の付く所に掲げている。                                                    | 事業所理念は、開所当時からのものに加え、職員全員で考え直した理念をフロア等に掲示している。特に、『穏やかな心』という点を大切にし、毎朝唱和し実践につなげている。                         |                   |  |
| 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                            | コロナ感染症の蔓延対策で疎遠になっていた地域との交流は、その後日常的にとまでは言えない。                                         | コロナ禍で夏まつり等の催しが休止していたが、法人内のデイサービスへ慰問があった際には利用者也参加し、徐々に交流の機会が再開されつつある。グループホーム単独の判断ではなく、法人内で検討している。         |                   |  |
| 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                          | 地域住民の入居が増えてきており、家族様を通じて認知症への理解、支援の方法を発信している。                                         |                                                                                                          |                   |  |
| 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か月毎の開催で活動報告を行い、それぞれの立場からの意見や質問を頂き、サービスの質の向上に努めている。                                  | コロナ禍では書面での開催をしていたが、今年から地域住民の代表、地区支所の職員、地域包括支援センター職員、家族代表等が参加し、2か月に1回対面で開催している。日々の様子を、写真等を活用し家族にお知らせしている。 |                   |  |
| 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に取り組んでいる                 | 地区支所、地域包括支援センターに運営推進会議に出席頂き意見を頂いている。指導監査課、介護保険課、生活支援課に必要なに応じて相談をし、助言を得ながら協力関係を築いている。 | 市町村の生活支援課の担当者とは密に連絡を取り、相談をして支援に繋がることもある。又、研修の案内を頂いたり、常に相談できる関係性であり、協力体制ができている。                           |                   |  |
| 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 | 身体拘束の具体的な行為を理解し、日々支援の在り方について話し合い、「しないケア」の実践に努めている。                                   | 月1回身体拘束廃止委員会を開催し、資料を職員間で共有している。一人ひとりの状況をみながら対応を行い、帰宅願望のある利用者には、他の事に興味をそらしたりするなどのきめ細かい対応を行っている。           |                   |  |
| 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       | 日頃の行動、言動に於いて「不適切なケア」が行われないか常に注意を払い虐待の防止に努めている。                                       |                                                                                                          |                   |  |

| 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    | 年に一度権利擁護について学びの時間を設けている。又自立支援事業や成年後見制度については個々に必要性が生じた時、制度を活用できるよう努めている。                      |                                                                                                       |                   |
| 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、解約については契約時に十分な時間を取り説明を行っている。改定があればその都度資料を送付し、いつでも説明が出来る様にしている。                            |                                                                                                       |                   |
| 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                     | 折々の挨拶文や電話での状況報告、面会時等に要望や意見を尋ね運営に反映させている。                                                     | 家族からは、面会についての要望が多い。法人としてのルールを決めて対応しており、一時期は部屋での面会が可能となっていたが、現在は休止している。利用者には、昼食作りやおやつ作りの際に希望を聞き対応している。 |                   |
| 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                                      | 日々の会話の中で気づきを話し合い運営に反映させている。                                                                  | 月1回事業所会議を行い、利用者のカンファレンスを中心に行っている。会議の中で出た意見をノートに記録して共有している。朝礼や休憩時、日常会話の中でも、意見を自由に出し合える環境になっている。        |                   |
| 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      | 職員の会で代表者と就業環境、勤務条件等について話し合い調整に努めている。又、各自が向上心を持って働ける様、各研修への参加を促し、職場内でのコミュニケーションを大切にしている。      |                                                                                                       |                   |
| 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         | 適材適所に人員を配置しているとは言えないが、必要に応じて研修に参加しトレーニングできるよう努めている。                                          |                                                                                                       |                   |
| 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 | 代表者は同業者との交流でサービスの向上を目指し取り組んでいる。管理者は入所希望の問い合わせ等で同業者との関りを大切にし、わずかに得た情報によりサービスの質を向上していく努力はしている。 |                                                                                                       |                   |

| 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 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |                                                                                      |                                                                               |                                                                                     |                   |
| 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 | 本人や家族から生活歴、想い、希望や不安等を聴き、話しやすい環境を作り、安心して暮らして頂ける様関係づくりに努めている。                   |                                                                                     |                   |
| 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            | 事業所の方針、援助の在り方を十分説明し理解、納得されたうえで契約を行っている。家族の要望や不安を伺い互いに協力し合って本人を支え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        | 居宅支援事業所からの資料や、本人、家族の実情や要望を基に必要とする支援を見極め援助に努めている。                              |                                                                                     |                   |
| 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の関係を築いている                       | 利用者の人格、意見を尊重し自立意欲を高め互いに助け合える存在であることを意識し暮らしを共にしている。                            |                                                                                     |                   |
| 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         | 家族と介護者が協力し合い本人を支える。という体制を初期のうちに築ける様努めている。                                     |                                                                                     |                   |
| 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                     | なじみの方々との面会、電話での会話などで関係が途切れないよう支援に努めている。                                       | 法事などの家族の集まりの機会に出かけ、馴染みの人や場所との関係を継続している。知人が面会に来てくれることもある。手紙や年賀状を出したり、電話をするときも支援している。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の関係を把握し、孤立しない様職員が中を取り持ち、より良い関係を築き互いに助け合えるよう支援している。                       |                                                                                     |                   |

| 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                    | サービス利用終了時、利用者、家族が安心して暮らしが継続できるよう話し合い、必要に応じて援助をさせて頂く事を説明させて頂いている。        |                                                                                     |                   |
| <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                                           | 在宅時の習慣や意向を入居時に聞き取り、生活していく中で調整、困難な場合は本人本位に検討するよう努めている。                   | 思いの把握に関しては表情の観察を行い、日々の対応の中で思いをくみ取ることに取り組んでいる。又、家族に利用者の性格や好みを聞いて、穏やかに過ごせるよう検討している。   |                   |
| 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                                       | 入所時にケアマネージャー、家族から生活環境、サービス利用の経緯を聴き、生活していく中で生活歴等を尋ね把握に努めている。             |                                                                                     |                   |
| 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                                                     | 生活を共にすることで変化していく心身の状態や過ごし方を観察、記録に残し、有する力の現状把握に努めている。                    |                                                                                     |                   |
| 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 | 日々の気づきの中から課題を見つけ予測される支援について利用者、家族に伝え、意見要望を伺い現状に即した支援が行えるように介護計画を作成している。 | 3か月、6か月～1年程度の間隔で、本人の状態をみながら介護計画の見直しを行っている。職員から意見を聞き、主治医や訪問看護師からの意見も含め、介護計画に反映させている。 |                   |
| 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                        | 個別の介護記録に本人の言葉、日々の様子を記録し職員間で情報を共有、工夫しながら実践し経過、結果を話し合い介護計画の見直しに生かしている。    |                                                                                     |                   |
| 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               | 利用者や家族のその時々状況、要望に合わせた支援の方法をいくつか考え柔軟な支援につなげるよう努めている。                     |                                                                                     |                   |

| 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 |
| 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                                      | 訪問理美容、医療機関、緊急時対策時等の地域資源を把握し、本人が安全に自分らしく暮らせる様に支援している。                                             |                                                                                                |                   |
| 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                                  | 契約時に事業所指定の医療機関が主治医となることの了承を得ている。家族、本人の希望する専門医受診には送迎（必要に応じ付き添い）援助を行い、密に連携をとり適切な医療が受けられるように努めている。  | 主治医の定期的な往診と、訪問看護師による訪問と緊急時の対応が行われている。総合病院や専門医の受診は、必要に応じて受けられるよう支援している。歯科は、往診できる体制が確保されている。     |                   |
| 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                          | 週に1度の定期訪問で日々の状態を報告、異変があれば24時間相談することが可能。又緊急時は訪問を要請し適切な看護が受けられるよう支援している。                           |                                                                                                |                   |
| 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。 | 入院時は本人の情報提供が出来る様に職員が付添い心身の状態を説明している。認知症高齢者の環境の変化に対応する為、早期に退院できるよう病院担当者とのカンファレンス、面会等で関係づくりに努めている。 |                                                                                                |                   |
| 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  | 契約時に重度化、終末期の援助について説明している。本人に体調不良等変化が見られればすぐに家族に報告し関係者と相談、家族の希望を聞きながら寄り添い、チームで支援に取り組んでいる。         | 看取りに関しては、入所時に指針に添った説明があり、早い段階から話し合いを行い、職員も終末期のあり方を十分理解している。本人と家族を中心に、主治医・看護師・職員とチームで対応がなされている。 |                   |
| 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                                              | 日々の利用者の状況を把握し、事故や急変に備えて話し合い、マニュアルを作成、初期対応が出来るようにしている。                                            |                                                                                                |                   |
| 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                                              | 毎月利用者参加のもと避難訓練を行い、スムーズに初期対応が行えるよう様に努め、食料の備蓄もしている。地域の避難場所になっている。                                  | 毎月、日中や夜間想定で、避難訓練を実施している。避難経路の確認を行うなど、職員間で常に話し合いを行っている。備蓄に関しても、食料とカセットコンロ・ランタン等を準備している。         |                   |

| 自己<br>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                                                                                             |  |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                  |                                                                                                              |                                                                                                               |  |
| 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                   | 一人一人の人格を尊重し、個々のプライバシーや誇りを損ねないよう、葉使いには気を付けて援助に努めている。                                                          | 節度を守って、親しみやすい言葉かけを行っている。周りに配慮しつつ、一人ひとりに合った誠実な対応を行っている。同性介助の希望がある場合は対応している。                                    |  |
| 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                     | 利用者一人ひとりの状態に合わせ自己決定できるような問いかけを心掛け、日常会話の中で思いや希望を話せる様働きかけている。                                                  |                                                                                                               |  |
| 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 | 一人ひとりの生活習慣やペースを優先し、個々の希望する一日が過ごせる様支援している。                                                                    |                                                                                                               |  |
| 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                                  | 季節に応じた好みの服装や理美容、化粧品の使用等本人の希望に合わせ支援している。                                                                      |                                                                                                               |  |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食べ易く調理し、準備や片付け等が出来る方には一緒に頂き、昼食、おやつ作りでは希望を聞いてメニューを考えている。重度化により食事介助者が増え一緒に食事をする事は出来ないが当日のメニューについて会話しながら支援している。 | 食事作りやおやつ作りの際には、利用者に希望を聞いている。利用者は、郷土料理の『あせ寿司』を作り食したり、和歌山ラーメンやふかし芋などのメニューを楽しみにしている。テレビを見て食べたいものをリクエストされる利用者もいる。 |  |
| 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          | 施設の厨房による食事提供で栄養のバランスを取り、食事、水分量は記録に残している。重度化に伴い食事量が減少してきた方には、家族や医療と相談しながら支援している。                              |                                                                                                               |  |
| 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、個々の能力に応じて声掛け、見守り、介助を行っている。必要に応じて歯科衛生士に相談、ケアを受けている。                                                       |                                                                                                               |  |

| 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                              | 個々の排泄パターンの記録を基にプライバシーを尊重し、不十分な所は手伝い自立支援に努めている。                           | 一人ひとりの排泄パターンを把握し声掛けすることで、パット交換の頻度が減るなど自立に向けた支援を行っている。薬コントロールが必要な方にも、できるだけトイレで排泄できるよう支援を行っている。                  |                   |
| 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                                              | 排泄記録を基に水分食事量等を考慮し、医療とも連携しながら、個々に応じトイレ誘導、腹部マッサージを取り入れるなど予防に努めている。         |                                                                                                                |                   |
| 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                             | 一人一人の体調や気分を考慮し、入浴が苦にならぬよう心掛け、個々に合った方法で安全に入浴が楽しめるよう支援している。                | 入浴は、週2～3回午前に行っている。入浴を楽しめるように、入浴剤を使用したり、季節が感じられるような湯やゆず湯にしている。入浴に対して拒否傾向の利用者には、声掛けを工夫したり、タイミングを見計らいながら対応を行っている。 |                   |
| 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                                               | 一人一人の生活習慣、居室照明の好み、温度調整等個々に合わせて調節することにより、気持ちよく眠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                                          | 服薬の目的を理解し、副作用には十分注意を払っている。主治医の指示のもと支援を行い、変化が見られた時には主治医に報告し、指示を仰ぐようにしている。 |                                                                                                                |                   |
| 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                             | 重度化に伴いその人の出来る範囲の事を役割と捉え、掃除、洗濯物の片付けなどを職員と一緒に、気分転換に散歩に出るなどの支援を行っている。       |                                                                                                                |                   |
| 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 | 入居者の重度化及び精神状態により外出できる方が殆どないながらも、少しでも園庭に出たりベランダからの景色で季節を感じてもらえるよう心がけている。  | 少しずつ外出の機会も増えてきている。少人数でドライブを楽しみ花見を行うなど、季節を感じられる支援を行っている。外気浴できるよう近くを散歩する等、希望に応じて対応している。                          |                   |



| 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                                                  | 現在、入居者の方でお金を管理できる方はおらず、全員家族様の管理となっているが、機会があればお金を使えるような場面を設定し、支援できるよう努めていきたい。 |                                                                                                                     |                   |
| 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、何時でも本人が希望すれば使用できるようにしている。手紙については要望があれば支援するようにしている。又手紙を書くことを勧めている。        |                                                                                                                     |                   |
| 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 | 室温、家具の配置、音響、照明等に注意し、生活感が感じられるよう工夫をしている。                                      | フロアは、広々と開放感があり、二つのユニットが見渡せる構造になっている。大きく開けられた窓から海風が気持ちよく入ってくる中で、思い思いの場所に座り、居心地良く過ごせるよう工夫している。利用者は、職員と一緒に掃除を手伝うこともある。 |                   |
| 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                                                      | 利用者同士の日頃の関係を把握し、それぞれが思う場所で過ごせるように支援している。                                     |                                                                                                                     |                   |
| 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                                          | 入所時に使い慣れた品物、食器、リネン等を持参して頂き、心地よく過ごせる様、又身体の状態に合わせ本人が心地良く過ごせる様工夫している。           | 利用者は、居室に家族の写真や犬の写真を飾ったり、家具や仏壇等使い慣れたものを持ってこられ使用されている。配置は、利用者や家族と共に考えて、居心地良く過ごせるよう工夫をしている。                            |                   |
| 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                                             | 一人一人の理解力、行動力に合わせ、安全に過ごせる環境作りに努め、自立した生活ができるよう工夫している。                          |                                                                                                                     |                   |