

### 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   | 1271100792        |            |  |
| 法人名     | 株式会社 新くらし工房       |            |  |
| 事業所名    | グループホーム おりびおヴィレッジ |            |  |
| 所在地     | 木更津市港南台1-31-5     |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年3月16日        | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 | 特定非営利活動法人ウェルビーイング              |  |  |
| 所在地   | 千葉県木更津市東中央1-1-13マコーラ第一ビル6F 604 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年3月30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)】**

グループホームとしての特性を生かしながら、家庭的な雰囲気の中で利用者と寄り添い、場合によっては最後の時まで過ごせる施設づくりをしている。  
状態に応じて他の施設を探すような心配を利用者のご家族にもさせないように、医療面の充実を行い、また、ご家族の心配を軽減できるように相談できる窓口も設けている。

**【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)】**

施設は高台の住宅地の中にある。西洋風の建物である。庭には植物が植えられ、季節を感じる事ができる。暖かい日には利用者が散歩する事ができる。玄関や浴室、トイレは清潔感があり、気持ちが良い。リビングは広く、利用者はソファで寛いでいる。協力医療機関は週に4~5回往診で、訪看の日と日勤で医師との連携は良く、看護師とはオンコール体制が取れている。避難訓練を行い、いざという時に備えている。備蓄商品もあり安心である。入浴は毎日入れる。個々に合わせた入浴ができる。施設は11年目。看取りを行い、職員は精一杯の支援を行っている。職員の研修に力を入れ、スキルアップに努めている。職員は利用者により寄り添い自立した日常生活が送れるように心掛けている。

**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、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 | 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                      | 玄関に掲示していた理念は現在外されているが、従来の理念をもとに職員は利用者に寄り添い生活を続けている。<br>現状に則した理念を模索中                 | オーナーが変わり、理念を模索中。職員はこれまでの理念を目標にし、支援に心掛けている。利用者と共に寄り添い、その人らしく暮らし、生きる為の大切さをケアサービスで実施している。   |  |
| 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                      | 自治会に加入しており、従来の関係は続いているが、利用者が外に出る機会が少ないために関係は希薄になってきていると感じている。                       | ロータリーバンドの音楽療法で、演奏や合唱で利用者が一緒に声を出している。自治会に加入している。利用者の介護度が上がり、外に出る機会が少なくなり、地域の方との交流が少なくなって来ている。暖かい日は気分転換に外に出る。日光を浴びる事で骨折予防になり、遠くに行かなくても、近い所で庭の散歩をお勧めします。午前10時～午後3時の間、週2回くらい日光浴をしては。寝たきりでも、窓からの日差しでも良い。心掛けてはどうでしょうか。 | 利用者の重度化が増え、地域との付き合いが希薄になる中、地域の方を事業所内に引き入れる工夫の一つとして、ロータリーバンドを呼ばれる際に、地域の方の参加をお願いしては如何でしょうか。是非検討してみてください。 |
| 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                    | 地域との交流の場は減りつつある。現状の利用者の受け入れを続けていくと外部との交流は難しくなっていくと思われる。                             |  |  |
| 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 | 職員間の意見交換は各ユニットにリーダーを置くことにより増えている。看取り対応の利用者や入所して間もない利用者が定期的におり、その対応のみで運営推進会議の開催も難しい。 | 運営推進会議は年1回行われた。南部包括支援センター、市担当者、民生員などで行われ、日々の活動報告や今年度の活動報告などで話し合い、質疑応答や意見交換が行われた。次回からはユニットのリーダーを参加させたいと考えている。回数が少なくても、中身の濃い物にしたい。今年度は看取りが多かった為できなかった。   | 看取りが多く有った為、推進会議が思うように開けずでしたが、今後は無理のない程度に増やせる努力に期待したい。  |
| 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            | 介護相談員の来訪により一応の連携は見られるが、連携も少なくなりつつある。  | 運営推進会議に高齢福祉課の担当者が見える。情報を頂き、協力関係を結びたい。木更津市のみならず、君津市、袖ヶ浦市とも関係を結びたいと考えている。介護相談員が見える。利用者との会話も少なくなり、連携が難しくなっている。職員が支援しつつ、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 |
| 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 | 身体拘束の研修を受けたスタッフや管理職、医療職により理解はある。医療的立場と施設の立場での拘束の違いは今後の課題になる。                          | 身体拘束の研修を受講した職員は、伝達講習を行い、皆で共有している。玄関の鍵は不審者防止対策の為に掛けている。ベッドから利用者が落ちる為に防護柵をする。問題がある場合は家族の了解を得ている。自由な暮らしをする為に、部屋の中から庭に出る事が出来る。 |                   |
| 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       | 職員間で介護の場面ごとに何が虐待になるかの伝達は行っている。方言などの違いによる言葉の虐待については課題と言える。                             |  |                   |
| 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   |   |  |                   |
| 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                        | 入所に際して関係者を交えて十分に説明した後、質問等の時間を設けて理解を得ている。  |  |                   |
| 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                    | 定期的ケアカンファレンスや電話により都度、家族の意見を聞き、更にそれ内容をサービス計画に盛り込むようにしている。                              | 定期的に行うケアカンファレンスや、電話で家族の意見を聞き、サービス計画に反映させている。家族が訪問された時に、利用者の様子を職員が報告をしている。家族アンケート調査で意見を記載して頂き、運営やサービスに反映させている。              |                   |
| 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                                     | 運営に際して、社員、パート隔てなく意見を聞く場を設けており、勤務内容についてもまずは、従業員の意見を聞いたうえで共に変更している。                     | スタッフミーティングを行い、職員の意見を聞いている。業務の改善や勤務内容などの職員の意見を聞き、働く意欲の向上や、質の確保に繋げている。職員の力量に合わせ、目標を設定している。                                   |                   |
| 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     | 職員個々の状況に併せて勤務時間等の調整をしている。希望休については、ほぼ意見を聞き入れており、更に希望勤務も受けている。シフトの関係上どこまで受け入れられるかが今後の課題 |  |                   |

| 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 |
| 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         | 職員個々のスキルに応じて目標を設定している。状態に応じて職務内容の加減をしている。   |      |                   |
| 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 | チームラボ木更津に参加している。職員が研修に参加する場合にも勤務の調整を行っている。  |      |                   |
| <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           | 面談時には本人、家族から不安なこと、困っていることの聞き取りをし、出来ること、出来ないことを説明している。入所後においても面会時に時間を設け状況の説明等を行っている。   |      |                   |
| 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                      | 上記と同様   |      |                   |
| 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                  | 職員複数で本人の状況を観察し、担当職員へ伝達している。担当職員は多くの事柄から客観的に事情を観察できるように常に複数人での見極めを行っている。               |      |                   |
| 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                                  | 常に施設を住居として捉え、共に生活する仲間としての意識をもっている。挨拶も「行ってきます」「ただいま」とし、職員、利用者ともに生活している意識を持てるように心掛けている。 |      |                   |
| 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                   | 常に家族の意見を聴けるようにしている。何かをする際に施設側のみで決めずにカンファレンスの場を設けたり、電話で相談している。                         |      |                   |

| 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 |
| 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                    | この項目については、利用者の状態が重度化していることから減っている。手紙、電話の対応はするようにし、カンファレンス時には外出、外泊できそうな利用者については家族へ促しをしている。 | 利用者に手紙や電話の支援を行っている。家族は利用者によく会いに来てくれる。カンファレンスを行い、利用者が今までの関係を継続できる様に皆で話し合いを行い、良い支援に繋がるように心掛けている。利用者同士の関係の支援を行っている。職員が間に入り、支援を行っている。 |                   |
| 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                | スタッフが間に入り利用者間のつながりを持てるように心掛けている。  |   |                   |
| 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 | 看取りで終了することが多く関係は希薄になってきている。<br>その他の場面では電話での相談がまれにある。                                      |   |                   |

### 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

|    |      |  |   |  |  |
|----|------|--|---|--|--|
| 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   | なるべく、スタッフのいる空間に導いてゆっくり話をする時間、会話のできない利用者には寄り添う時間を設けている。                    | 利用者一人ひとりの思いや希望の把握に努めている。職員は利用者と一緒にゆっくりお話をする時間を作り、会話のできない利用者には、職員が寄り添い支援を行っている。食事で大好きな物を食べる、帰宅願望の強い利用者には、お話をし落ち着かせるように心掛けている。 |  |
| 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                                       | 最近の利用者では、本人の歴史を知らない家族も増えており、日々の生活で出てくるワードからいろいろ探っている。                     |  |  |
| 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   | 利用者の日々の生活のリズムを把握し、変化には常に気を配っている。<br>不穏な状態にある利用者には一人が寄り添い落ち着くまで共にいるなどしている。 |  |  |
| 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 | モニタリング、介護計画は常に多職種と連携し意見を反映させている。<br>一人では見落としがちな事象も他の職員から聞き取りし計画に反映させている。  | 利用者を良く知る関係者が、気づきや意見を出し合い、話し合いを行い、介護計画を作成している。申し送りノートや看護記録を、これからは一元化した記録に移行したいと考えている。管理者は運営やサービスに向け、新しい発見を模索している。             |  |

| 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 |
| 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                                     | 介護の記録に際しては検討課題として続けているが、申し送りノート、看護記録を分けている。今後、タブレットを用いた一元化した記録へ移行する予定。                |   |                   |
| 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                            | グループホームとしての機能を残しつつも、関係医療機関からの看護師を受け入れ医療面に特化したホームづくりをしている。                             |   |                   |
| 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                                      | 地域からのボランティア(音楽療法)を取り入れ残った機能低下の防止に努めている。   |   |                   |
| 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                                  | 一部家族対応でかかりつけ医に受診しているが、ホーム内で受診できる体制を整えている。看護師が常に医師と連絡を取り合い逐次健康状態の変化を伝えられる状況にある。        | 協力医療機関は週に4～5回往診をして頂いている。看護師は訪看の日と日勤があり、医師との連携はできている。また協力歯科医院は往診の支援をして頂ける。家族の掛り付け医は家族で対応して頂く。医師、看護師、介護士の連携で安心したサービスが受けられる。 |                   |
| 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                          | 介護職と看護職は常に連携できる状態にある。看護師も訪看の日と日勤として介護にも携わっているために利用者の状況把握が常にでき、介護職も意見を聞きながら介護できる状態にある。 |   |                   |
| 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。 | 入院に際しては、かかりつけ医と病院の連携が取れ、入院後の状況把握ができる。早期の退院ができる場合は受け入れ体制を整え、その他の場合もご家族と協議している。         |   |                   |

| 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 |
| 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 | 入所に際し、看取りについての説明をしている。どのような状態の入所者についても常にリスクがあることを説明を理解を得ている。            | 看取りは行っている。入所時に家族に説明し、理解を得ている。重度化した場合は、利用者家族医療機関と連携を図り、納得した支援ができる様心掛けています。急変時は看護師とオンコール体制ができており、常に利用者の健康に気を配り、状態の変化に対応した支援を行っている。 |                   |
| 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   | 急変に際しては、初期対応のみを職員へ周知している。どのような事案であっても看護師へコールできる体制を取っており、指示を仰げるようになっている。 |  |                   |
| 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   | 自治会へ加入することにより災害時の対応ができるようになっている。重度化が進んでいるために計画の見直しは必要。                  | 総合防災訓練を年2回行い、火災を想定した訓練で動ける人を前提に行われた。重度化に向けた支援が必要であり、地域の協力体制を築きたいと考えている。スプリンクラー、消火器、避難はしご、緊急通報装置の設置、備蓄品、水、食料など10日分あり、安心である。       |                   |
| <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   | 居室には職員であっても不必要に入室しないようにしている。言葉使いについても利用者を十分尊重した言葉使いを心掛けている。             | 利用者の人格を尊重し、言葉使いに注意している。居室の出入りにはくれぐれも注意を払っている。トイレ、入浴など、プライバシーを損ねない声掛け誘導に心掛けている。責任ある取り扱いと、管理を徹底している。                               |                   |
| 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   | どのような利用者であっても声掛けを行って意思を確認している。言葉で出ない場合であっても態度や表情を確認するようにしている。           |  |                   |
| 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                                  | 食事以外のスケジュールを特段決めずに日々の生活を送ってもらっている。本人の気分や好みを汲んだうえで様々なことを行うようにしている。       |  |                   |
| 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  | 衣服は本人の意思に任せている。できない場合であっても声掛けは行う。二カ月に1度訪問美容師が来ている。                      |  |                   |

| 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 |
| 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    | カロリーや栄養バランスを考慮し、利用者が食事しやすい形態で提供している。低栄養者については医師と相談し補助食品も用いている。 | カロリー、栄養バランスを考え、個々に合わせ食事の形態を考えている。医師に相談を行い。状態に合わせて補助食品を使用している。食事の食べ方が早い利用者には、刻み食を用意し、詰まらせないように注意を払っている。食後は歯磨きを行い清潔保持に心掛けている。         |                   |
| 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         | カロリーや栄養バランスを考慮し、利用者が食事しやすい形態で提供している。低栄養者については医師と相談し補助食品も用いている。 |   |                   |
| 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に、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、歯磨き、うがいをしている。できない利用者そのものにあつた形態で口腔ケアを行っている。                 |   |                   |
| 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  | 個々のリズムに合わせて排せつの声掛けを行っている。必要に応じてポータブルトイレ等も使っている。                | 個々に合わせた排泄支援を行っている。自立でトイレに行ける利用者や、声掛け誘導でトイレで排泄、ポータブルトイレを使用するなど、個々に合わせた支援を行っている。便秘の方は医師に相談し、薬を使う場合もある。職員は利用者の様子をチェックし、自然排泄を促す工夫をしている。 |                   |
| 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                  | 食事形態が誤嚥防止を重要課題としているために便秘が悪い方もいる。医師に相談したうえで医療職による投薬や摘便等を実施している。 |   |                   |
| 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ず、個々にそつた支援をしている | 入浴は職員の増減で変化するが毎日できるようにしている。<br>入浴ができない方は清拭や洗髪をベッド上で行っている。      | 毎日が入浴日である。個々に合わせ入浴ができる。寝たきりで入浴できない利用者は、清拭や、ベッドの上で洗髪を行う。職員は利用者の清潔保持の為に色々な工夫に心掛け、気持ち良く過ごして頂こうと支援を行っている。                               |                   |
| 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                   | 快眠できるように室温調整や寝れるまで話をしたりしている。場合によっては飲み物を提供したりして眠りにつけるようにしている。   |   |                   |



| 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 |
| 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   | 投薬は常に見れるところに資料をおいており、職員が確認できるようにしている。投薬変更があった場合は看護職から申し送りがあり介護職員は状態観察を行うようにしている。 |   |                   |
| 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  | 家事の手伝いはできる限りで行ってもらっている。できない利用者もその場でしていることを見ている。                                  |   |                   |
| 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                      | 天候により短時間の散歩はできるが、ケアカンファレンスや面会の際に外出を促している。場合によっては外出介助を行うこともある。                    | 暖かくなると短時間の散歩を行っている。家族が面会の際に、外出を促す事もある。外出は季節や地域のその時々状況がわかり、気分転換になり、ストレスが発散される。車椅子での移動を行い、出掛ける事をお勧めします。職員と一緒に出掛け、ストレスの発散をし、利用者が重度化しても、外出が難しくなっても、少しでも生き生き過ごせるよう支援を行っている。                |                   |
| 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  | 利用者の能力的に金銭の管理は無理であり、行っていない。  |   |                   |
| 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   | 積極的な支援はしていない。  |   |                   |
| 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 | 建物は、施設らしさを排除し、一般の住宅をイメージしたつくりになっている。内部空間の整備、調度品や草花を飾っている。                        | 玄関の入り口はバリアフリーで、利用者の家族の作品が飾られている。廊下には行事の写真や植物が飾られている。トイレは車椅子対応。浴室は広く冷暖房設置。手すり設置で安心。清潔感があり気持ちが良い。リビングは利用者がソファに座り、テレビ鑑賞、ガラス越しから庭が見え、季節がわかる。植物が植えられ気持ちが休まる。和室があり、畳や障子が設置され、家庭的な雰囲気を作っている。 |                   |

| 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 |
| 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             | 居室、食堂、リビングと利用者の好みの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 | 家族と相談してなるべく、自宅で使用していたものをもって来ている。季節の小物を置いたり、中にはお仏壇を設置している方もいる。 | 居室は好みの物を自宅から持ち込んでいる。最近では新しい物を購入する人がいる。お人形、お仏壇を持ち込む方もいる。花や飾り物を置き、自宅との環境のギャップを感じさせない居室づくりに心掛けている。居室に窓があり、外の様子が見える。換気ができていて気持ちが良い。 |                   |
| 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    | バリアフリーの作りになっており、階段も高さを低くしている。                                 |   |                   |