

## 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   | 0370600512          |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 平和会          |            |            |
| 事業所名    | グループホームいいとよ(北乃家)    |            |            |
| 所在地     | 岩手県北上市村崎野12地割74番地28 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成26年12月1日          | 評価結果市町村受理日 | 平成27年5月12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.kaijokensaku.jp/03/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;JigvosyoCd=0370600512-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/03/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&amp;JigvosyoCd=0370600512-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| 評価機関名 | 公益財団法人いきいき岩手支援財団                |
| 所在地   | 岩手県盛岡市本町通三丁目19-1 岩手県福祉総合相談センター内 |
| 訪問調査日 | 平成27年2月4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)】

田園地帯に設置し、施設裏には散策路があり、花壇には色とりどりの花を咲かせている。自治会に加入して5年になり、当施設についても理解が深まってきた。地区清掃や運動会等に積極的に参加している。重度化の利用者が増えてきたが、花見やぶどう狩りなど、四季を感じる行事を行ったり、外出の機会を増やしている。訪問看護、訪問診療と連携を図り、介護度の高い利用者や看取りにも対応できるようにしている。家族様とも密な関係を築いていくよう、年2回交流会を開催している。

### 【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)】

「グループホームいいとよ」は、社会福祉法人平和会の運営する特別養護老人ホーム・通所介護と一体となった2ユニット型のグループホームである。介護理念は、玄関、事務室、トイレに掲示し、毎日のケアの取り組みの基本とし、それをベースに毎月の目標を定め、職員会議で振り返り、反省を踏まえ翌月の目標としている。法人独自の介護システム(タブレット使用)によって職員全員がパソコンで閲覧し、確認漏れのないようになっている。業務改善委員会が設置されており、人事管理や、研修システムが充実されている。利用者家族会もあり、夏祭り、新年会の行事には交流が図られている。

## 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. 全くない            |
| 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)                                      | ○                     | 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している<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票

[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                            | 職員全員で考え作成し、理念に沿ったケアが出来るよう、目の付きやすい場所に掲示し、常に確認できるようにしている。                 | 理念は職員全員で作成し、玄関、事務室、トイレに掲示し、それを基に毎月目標を立てながら振り返り、反省を踏まえ翌月の目標としている。職員共有の「なんでもノート」の表紙に今月の目標として「利用者と一緒に出来る事を行う」と大きく書かれており、常に意識しながらケアに当たることが出来るよう取り組んでいる。 |                   |
| 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、地区行事に積極的に参加している。また、行事等、GHIに来て頂き交流を図っている。行事の際は常会に参加し、声をかけている。 | 地域行事の運動会、盆踊り等の見学や、グループホームの行事の夏祭り、文化祭、避難訓練などに来所して頂いている。グループホームの広報も地域の五つの班に配布し回覧して理解を求めながら情報の発信をしている。   |                   |
| 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                          | 近隣の中学生の職場体験の受け入れ。広報は家族や隣接の交流センターへ配布、近隣は回覧板でまわしてもらっている。                  |   |                   |
| 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       | 事業所の取り組みや、利用者の状況、行事の報告をし、意見交換や情報を頂いている。                                 | 会議の中では、避難訓練について話し合われた。1回目は夏であったので、2回目は3月の夜間帯に実施したい意向である。そのためには、危険な箇所や、段差の確認、屋根から落ちた雪の除雪をし、避難経路の確保や周辺環境整備などの課題を解決しながら取り組みたいと考えている。                   |                   |
| 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                  | 運営推進会議への参加。各種手続き等、必要に応じて連絡を取り、助言を頂いている。                                 | 市の担当者は、年1回実地指導に来所しており、利用者の転倒事故があった場合等、常に報告している。事業所での利用者の暮らしぶりなどは把握していただいている。  |                   |
| 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 | 玄関の施錠は夜間のみとしている。センサーをつけているが、反応があった際は、職員が付き添い見守りをしている。                   | 身体拘束についての勉強会は、法人全体とグループホーム独自で実施している。特にスピーチロックについては、職員同士で気を付けるようにしている。センサー使用は、玄関と、利用者の転倒防止の離床センサー(2ユニットで4名使用)で感知しつつ、見守りをしている。                        |                   |
| 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       | 外部研修に参加した職員が勉強会を開き、理解・共有し、常に意識してケアにあたり、見過ごがないよう実践に繋げている。                |   |                   |

| 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    | 現在利用している方はいないが、理解を深めるよう、勉強会等で情報共有していきたい。  |  |                   |
| 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                         | 分かりやすい説明と、疑問や不安点には丁寧に対応するよう心がけている。  |  |                   |
| 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                     | 居室担当が毎月、利用者の状況を家族へ文章にて報告している。面会簿にメモ欄を設け、意見や要望を表せるよう努めている。年1回の総会、年2回の家族会交流会を開催し、交流を通じて要望等を聞いている。   | 家族には、毎月利用者の近況報告と、行事等のお知らせをしながら、要望等を聞き、支援に努めている。布団を増やしてほしい、首を温めるようマフラーを巻いてほしいなどの要望があった。家族会交流も、年2回(夏祭り、新年会)居酒屋で実施されるなど、何でも言える雰囲気づくりに努めている。 |                   |
| 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                                      | 個人面談を実地前に提案書を配布して、書面をもって職員の意見を聴取し、意見を集約して業務に反映させている。  | 職員全員にアンケート調査を行い、所長が個別の面談をしながら、集約し、意見の反映に努めている。勤務体制(職員の増員)夜勤の時間帯の短縮、遅番、早番の処遇など業務改善委員会と検討する意向である。  |                   |
| 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      | 個人面談を実施し、要望事項は相互話し合いを行い、勤務環境を整えて不満・不平を整理している。職員間の体制強化のため、人事入れ替えも実施している。                           |  |                   |
| 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         | 認知症介護実践研修・実践リーダー研修等、各種資格取得することにより、業務に取り組む姿勢が顕著に変わり、職員の介護質の向上に繋がっている。                              |  |                   |
| 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 | 県GH協会の定例会には交代で参加しており、他法人職員の意見交換がある他、利用者処遇についても研修の機会になりサービスの向上に繋がっている。姉妹法人のGHとも定期的に会議を行い、意見交換している。 |  |                   |

| 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 | 入居前に面会し、生活状況を把握、困っていること、不安なことを聞いている。             |   |                   |
| 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            | 事前面接や施設見学時に家族様の要望や不安なことを聞いている。                   |   |                   |
| 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        | 相談内容によっては、他のサービスを提案している。                         |   |                   |
| 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                        | 洗濯物たたみ、食器拭き、食材切り、買い物等、利用者様が出来る事を一緒に行っている。        |   |                   |
| 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         | 行事、外出、外泊、病院受診等を家族様に協力していただいている。                  |   |                   |
| 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                     | 立ち上げに関わっていた団体の収穫祭への参加。<br>馴染みの店へ買い物に出かける等支援している。 | 買物に連れて行ってと希望し、自宅の隣りのお店に買物に行き、店主と会話したり、踊りを教えていた方のお弟子さんが(利用者の家族の了解を得て)一緒に外出し食事をしたり、お弟子さん達が米寿のお祝いの会をしたり、外出の機会を支援している。近所の方が面会に来ている方もいる。 |                   |
| 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                  | 職員が間に入り、会話の橋渡しを行い、孤立しないように対応している。                |   |                   |



| 自己                                 | 外部   | 項目   | 外部評価   |  |
|------------------------------------|------|--|--|--|
|                                    |      |  | 自己評価<br>実践状況                                       | 実践状況<br>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                    | サービスが終了した後も、いつでも相談できることを伝えている。                     |  |
| <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   | 日々の会話や表情・行動などを観察し、本人の気持ちや思いを確認できるように努めている。         | 利用者との日々の会話の中で気付いた事などなんでもノートに記入し共有している。「～に連れて行って欲しい」「どこかに行きたい」などの思いは、即対応するように努め、すぐに対応できない時は、行ける日にちを記入しておく。帰宅願望の方には、家族の協力で、外出・外泊を行っている。草取りに夢中になり脱水症状を起こしたり、事業所に帰ることの拒否などのトラブルがありつつも、本人の意向に沿えるよう創意工夫しながら支援に努めている。 |
| 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                                       | 本人、家族様、今まで利用していたサービス事業所から情報を頂いている。                 |  |
| 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   | 日々の記録、申し送り、カンファレンスから、心身状態など状態把握に努めている。             |  |
| 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 | 本人、家族様より意向を確認、かかりつけ医、訪問看護から意見をもらい、介護計画を作成している。     | 家族からの要望等は、面会時や手紙で気になることを提案して頂きながら、カンファレンスと評価をし、介護計画を作成している。会議では、必要に応じてアセスメントの見直しを行ったり、訪問診療や週1回の訪問看護師による意見を聞きながら、それがケアプランに活かされるようにしている。3ヶ月ごとの計画書の評価を回覧して、共有に努めている。  |
| 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                        | 日々の様子、気付いたことは個別記録に記入し、職員間で話し合いながら介護計画に反映するようにしている。 |  |
| 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               | 本人、家族様の状況に応じて、買い物、病院受診、葬儀出席への付き添い、日用品購入等の支援を行っている。 |  |

| 自己 | 外部   | 項目  | 外部評価   |   |
|----|------|---|--|---|
|    |      |   | 自己評価<br>実践状況   | 実践状況<br>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                                      | 本人の意向や必要性に応じて、地域資源を利用している他、地域行事への参加もしている。  |   |
| 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                                  | かかりつけ医については、本人・家族様の希望に沿って決めている。受診は家族様に依頼しているが、対応が難しい場合は職員が付き添っている。   | かかりつけ医への通院は4名、訪問診療医は14名利用している。体力が落ち、通院が困難になり、かかりつけ医から紹介状をいただき、訪問診療に替えている方もいる。通院時は、血圧手帳に状態を記入し、受診している。インフルエンザの予防接種は、かかりつけ医の承諾を得て、訪問診療医が接種している。 |
| 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                          | 週1回の訪問時に、訪問看護師に状態報告を行っている。状態変化がみられたときは連絡し、指示をもらっている。   |   |
| 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。 | 入院後、お見舞い時に利用者様の様子を確認している。家族様、看護師、医療相談室より入院中の様子を伺い、退院のめどが立ったら病院へ情報収集に行っている。また、入院した際、入居中の様子を記入した用紙を医療相談室へ提出している。 |   |
| 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、事業所です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   | 入居時に看取りについて説明をしている。重度化した時に、本人、家族様、医師、訪問看護、職員で話し合いを行い支援している。  | 重度化や終末期について、かかりつけ医、訪問看護師の指導を得ながら対応している。亡くなられた場合、職員は全員出勤しお見送りしている。看取り後、医師とカンファレンスし、対応した職員のこころのケアをしている。   |
| 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、事故発生時のマニュアルを作成しているが、定期的な訓練は行っていない。訪問看護へのこまめな連絡や指示をもらい、急変発生時でも慌てることのない様、日頃から業務にあたっている。                       |   |
| 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  | 年2回、日中と夜間想定での避難訓練を行っている。薄暮時に訓練を行ったが、今年度は夜間帯に行う予定。地域の総会、会議参加時に有事の際の協力をお願いしている。                                  | 避難訓練の2回目は、3月中の夕方6時頃から夜間帯の実施を計画している。自治会長や地域の方々にも声掛けしたいとしている。消防署からの意見として、地域の協力者と職員との役割分担を決めた方がよいとのアドバイスを受けている。                                  |

| 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 |  |
| <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                    | 一人一人を深く理解し、尊重し、誇りや自尊心を傷つけないような対応を心がけている。親しみが先立ち、配慮に欠く言葉が出ないよう、意識しながら行っている。                                       | 理念を意識しながら、言葉かけをし、自尊心を損ねないような対応を心がけている。失禁が多かった利用者が片付けるのを申し訳なさそうに見ていたため、その気持ちに寄り添い、他に出来ることに気持ちを向け、気にならないよう配慮した。  |                   |  |
| 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                      | 自己決定が出来る方には、選択肢の幅をもたせ、希望に添えるような対応を心がけている。コミュニケーションの中から本人の希望を聞きだせるよう心がけている。                                       |  |                   |  |
| 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 | その日の気分やペースに合わせて食事時間をずらしたり等対応している。  |  |                   |  |
| 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                                   | 定期的に来苑にきていただき散髪している。髪染めも、本人の希望に応じて行っている。季節に配慮しながら、服を選択できるよう支援している。   |  |                   |  |
| 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      | 献立には、季節に沿ったものや選択メニュー、行事食を取り入れている。食事の片付けや準備は、無理のない範囲で利用者様と一緒にしている。  | 週1回選択メニュー(主食を「ごはん」か「パン」か等)を実施している。昼と夜は、専門の調理人が作っている。朝は、給食係(職員)が1ヶ月交代とし、嗜好調査を行っており、利用者に合わせた食事提供をしている。外食も楽しみであり、行事の時や、受診した帰りに食事をすることもある。食材の買い物に出かけたり、畑の収穫には年々参加者が減ってきているのが実情である。 |                   |  |
| 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           | 管理栄養士のアドバイスや指導を下に、バランスの良い食事を提供できるようにしている。水分・食事摂取量を記入し、十分な栄養と水分が取れているか確認している。ムセたりと、水分摂取が難しい方にはトロミ剤の使用やゼリーで代用している。 |  |                   |  |
| 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                   | 毎食後の口腔ケアは必ず行い、出来る所は自力で行ってもらい、仕上げ磨きは歯間ブラシを使用し職員が行っている。義歯の方は、夜間消毒している。義歯が合わない等変化があった場合は、歯科受診をしている。                 |  |                   |  |

| 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 |
| 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                              | 毎月、排泄委員会や職員会議で、トイレ誘導やパット使用について検討している。排泄記録やケース記録にて、個々の排泄パターンやサインを把握し、トイレでの排泄が出来るよう支援している。                 | 利用者の日常生活の中で、落ち着かない様子や、表情が陰しくなったり、細かい観察をすることにより、トイレに行きたいサインと気付く事があり、全員で共有している。寝たきりの利用者の方は夕食後に、居室から出てソファで1時間ほど休んでいる。(居間で多人数いると不穏になるため)夜間のみのポータブルを使用している方が2ユニットで4名ほどいる。   |                   |
| 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  | なるべく薬に頼らないよう、乳製品や寒天の摂取、こまめな水分補給を心がけている。繊維質のものを食事に取り入れたり、便秘予防に努めている。                                      |  |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 週2回の入浴ではあるが、本人の希望にそって対応している。気が乗らない方には、声かけの工夫や、時間をずらしたり等対応をしている。機械浴の導入により、浴槽に入るのが困難だった方でも負担なく入浴できるようになった。 | 南乃家の利用者(5名)の方は、機械浴を利用しており、北乃家の方は一般浴を利用している。一人ひとりの意向を大切に、くつろいだ気分で入浴できるよう支援に努めている。   |                   |
| 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   | 日中はなるべく活動し、夜間の良眠につなげるようにしている。一人一人が自由に居室にて過ごしたり、休んだりできるよう支援し、居室の温度や明るさ等も配慮している。                           |  |                   |
| 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  | 処方箋をいつでも見れるようファイリングしている。薬が変更になった場合は、申し送りに記載し、全員が把握出来るようにしている。服薬マニュアル、個別の服薬マニュアルを作成し、誤薬のないよう周知徹底している。     |  |                   |
| 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                             | 米とぎ、食器拭き、洗濯物たたみ等、個々の出来る事に合わせて役割を持っていただいている。  |  |                   |
| 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 | 買い物や散歩などの希望がある際は行けるよう努めている。重度の利用者が増え、外出が難しくなってきたが、可能な限り、買い物や散歩、季節にそってお花見やぶどう狩りなどに出かけられるよう支援している。         | 個別の外出支援として、自宅の隣にあったお店に行く方、グループホームから隣の特養ホームへ台車を押しながら行く方、外出時には食事をする方など、ケアプランにも盛り込まれている。お墓参りにも4名ほど出かけている。特養ホームから、リフト車を借用し、ドライブに出かけている(花見、ぶどう狩り、諏訪神社へお参り、花卉センター見学など)冬場の運動不足にならないよう、北乃家から南乃家へお手伝い出来る方は、食器や鍋を運んで頂いている。 |                   |



| 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  | ほとんど職員が管理している他、立替払いにて対応している。自分で所持している方は、外出時に支払えるよう支援している。  |   |                   |
| 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   | 電話や手紙は自由に利用できる。  |   |                   |
| 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 | 家族様から頂いた花を玄関に飾っている。フロアには天窓があり、採光が良い。ソファやテーブルは安全に使いやすいように配置し、各ユニットを自由に行き来できるようにしている。壁には共同作品や写真を飾っている。 | 季節の花を折り紙で作った作品、習字、ぬり絵、などが貼られており、テーブルの位置もそれぞれのユニット毎に工夫している。  |                   |
| 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  | 一人になりたい時は各々の居室で過ごしていただいている。ソファや談話室を利用し、利用者同士で過ごしたり、職員と話しが出来る環境を作っている。                                |   |                   |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 居室にはベッド、筆筒、洗面台、エアコンが備え付けている。写真や装飾品等、馴染みの物を持って来ていただいている。本人が作った作品や塗り絵等を飾っている。                          | 各居室の備え付けはベット、洗面台、エアコンがあり、持ち込みとして写真や、ハンガーなどがある。壁には、自分のぬり絵を飾っている方もいる。また、交流している保育園児のプレゼントのコースターや自分で作った文化祭での写真立てが飾られている。居室の掃除は主に職員が行っている。 |                   |
| 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   | トイレを示す張り紙をしている。居室入口に表札をしているが、見えにくい方には大きく貼り紙をしたり、ベッドの配置も利用者様の状態に合わせて設置している。                           |   |                   |