

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                            | 職員会や社内研修などで理念を共有しつつ「私とあなたの間を、素敵な♡(こと)で満たそう」という2013年の目標を意識しあい、自分の目標を持ち、自ら行動できるように取り組んでいる。 | 三つのケア理念を基に2013年度の目標が具体的に立てられている。職員一人ひとりが認知症介護の捉え方を考えて、自分の目標を決めており、お互いの目標がわかるように各自自分のロッカーに貼りだしてある。職員は自分達は何を目指しているのか、また、自分達は何をなすべきかを理解し日々の支援に当たっている。   |                   |
| 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人として日常的に交流している                            | 近くの保育園との定期的な交流があり、園児の来所を楽しみにしている。<br>地区協力費も納め地域との連携を図っている。                               | 隣接ケアホームと合同の納涼祭、クリスマス会などの行事にマジックショー、コーラス、二胡演奏のボランティアが来訪している。また、ネイルケアのボランティアなどの訪問もある。職員からの情報で宮川地区の「くらの市」に利用者とともに出かけ、屋台巡りなどを楽しんだ。ホームからの働きかけもあり、ホームの存在を知る住民が増えており地域に浸透しつつある。                         |                   |
| 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                          | 「今後の地域ケアはどうなるのか？」スウェーデンのケアを参考にして日本のケアはかわったのか？「わたしが今伝えたいこと」～認知症の方のケアと緩和ケア～の2回の講演会を主催した。   |  |                   |
| 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       | 運営推進会議での意見を活かし、防災についてのお話を消防署の職員さんからお聞きしたり、運営推進会議の後に消防訓練を行った。                             | 家族、区長、介護相談員、民生委員、訪問看護ステーション職員、保健福祉センター職員、広域連合職員が参加し定期的に開催されている。6月には消防署職員が加わり、「小規模施設における防火安全対策等」の話し合いをしていただいている。ホームからは利用状況や活動の報告を行い、地域からは情報や気づき、助言などが生まれ、有意義な話し合いが行われている。議事録を家族に配布し、会議の様子を報告している。 |                   |
| 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                 | 広域連合や市の担当部署に相談したり、連絡を取り合っている。市から派遣されている介護相談員1名が月1～2回訪問して、利用者の話を聴いて下さり、改善の為の助言をいただいている。   | 市主催の事業所連絡会議や研修会に参加している。介護相談員は今年度から1名が訪問しており、介護相談員・保険事業者連絡会にも出席し、介護相談員からの活動報告を聞いたり、相談事例や施設・介護相談員に望むことなどのテーマに沿い意見交換に加わっている。介護認定調査員の来訪時には本人の状況を伝え、家族が同席することもある。                                     |                   |
| 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 | 「身体拘束ゼロの手引き」を職員全員へ配布しケアを振り返っている。<br>ベッドからの転落の危険性がある利用者にはご家族の了解を得てセンサー対応している。             | 施錠を含め身体的拘束や利用者の行動を制限する行為をしないケアに取り組んでいる。玄関はオートロックのため夏場はドアを開放している。起き上がりが不安定で常時見守りが必要な利用者に関して、メロディーセンサー使用に当たり関係者で話し合い、限られた時間帯のみの使用としている。利用者が何時も自由に気分良く過ごせるよう全職員で取り組んでいる。                            |                   |
| 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逃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       | 虐待とは身体的虐待だけでなく心理的な虐待や必要なケアの放棄等が含まれる事を職員で理解し注意しあっている。                                     |  |                   |

グループホーム豊平

| 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    | 対応が必要と思われる利用者がある場合には、随時職員に説明し、アドバイスをを行いながら利用者の支援に結びつけている。  |   |                   |
| 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                         | 時間をとって丁寧に説明している。特に利用料金や起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応方針・医療連携体制や加算については説明し、同意を得るようにしている。                   |   |                   |
| 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                     | ご家族には面会時などにホームでの様子を話し職員へ言えない事がないかをお聞きしている。ご家族が気軽に話して下さるような雰囲気づくりを心がけている。                           | 週1回以上、また月1～2回見える方など家族の面会が多い。面会に見えた家族には本人の様子を報告し、家族から意向や気になること等を伺い本人の暮らしに反映させている。家族と職員とは自然体での交流ができています。家族からも事業所のサービスに満足している言葉が多く聞こえています。利用者の多くは意思表示が可能であるが、言葉で発することが難しい方でも日々の関わりから本人の気持ちを察することができる。季節の衣更えなどは職員が本人と相談しながら進めている。 |                   |
| 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                                      | 職員会を月1回の定例会とし意見を言いやすくするように心がけている。目標設定の機会にスタッフが参加している。  | 職員会議は毎月始めに開催しているが運営推進会議のある月はその後に開催し会議での内容を報告し、検討事項などがあれば話し合い、サービスに反映させている。カンファレンスも毎月開催し、介護計画の進捗状況や利用者の現状などについて話し合っている。看取り支援が続いたことで「方針に関することや配慮すること」などについて看護師を囲み、専門的な知識や技術を学んだり、今後のケアに向けての話し合いをすることができた。                       |                   |
| 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      | 運営者も頻繁に訪れ利用者と過ごしたり職員と話しをする中で職員の業務や悩みを把握している。職員の資格取得に向けた支援を行い、取得後は本人の意向を聴きながら職場内で活かせる労働環境づくりに努めている。 |   |                   |
| 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         | 外部研修の情報を収集し、職員の段階に応じてなるべく多くの職員が受講できるよう計画を立てている。社内研修もすすめている。  |   |                   |
| 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 | 複数事業所連携セミナーに参加し交流を持つことによりサービスの質の向上を目指している。   |   |                   |

| 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 | 運営者とともに面接し相談員さんとも連携しながらご本人、ご家族のお話を聴くようにこころがけている。                                    |   |                   |
| 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            | これまでの家族の苦労や心配ごと、生活の様子などをゆっくり聴くようにしている。  |   |                   |
| 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        | 相談時、本人やご家族の思い、状況等を確認し改善に向けた支援の提案をし必要なサービスにつなげるようにしている。                              |   |                   |
| 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                        | 年長者である利用者から生活の知恵などを教えてもらい、「お互い様」の気持ちや「感謝する」関係づくりに留意している。                            |   |                   |
| 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         | 面会や外出も多いので、その都度ホームでの様子を共有し、本人を共に支えるために一緒に考えていける関係が多くなっている。運営推進会議の資料と議事録をご家族へ郵送している。 |   |                   |
| 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                     | 地域に暮らす馴染みの知人・友人が会いに来てお茶を飲む等継続的な交流ができるように環境を整えている。                                   | 携帯電話を持つ利用者には家族から電話が掛かってきたり、自分から家族に電話するなど連絡を取り合っている。馴染みの美容院に通っていた方もいたが現在は訪問美容を利用している。お盆やお正月に外出や1~2泊するなど、一時帰省し親族や隣近所の住民とふれ合う利用者もいる。外泊の際、老々介護や男性介護などで不便を感じる場合もあり家族などに声をかけホームで使っている必要なものを持参できるように支援している。受け入れ側のご家族は大変だったと話す方もいるが、本人の状況を知って頂くためにも大切な機会ととらえ、希望を聞きながら出来る限りサポートしている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の関係性について情報連携し、心身の状態や気分、感情で日々時々変化することもあるので、注意深く見守るようにしている。                      |   |                   |

グループホーム豊平

| 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                    | 新しい住まいでもこれまでの暮らしの継続性が損なわれないように、これまでの生活環境、支援の内容、注意が必要な点について情報提供している。             |   |                   |
| <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   | 日々のかかわりの中で意図的に声をかけ把握に努めている。言葉や表情からその真意を推し測ったり、それとなく確認するようにしている。                 | 利用者が望む暮らしが提供できるように職員は日々、一人ひとりの行動や発する言葉、表情などに関心を払い、変化や異常があれば検討し、接し方を決めている。意思表示が困難な利用者には分かりやすい言葉で話し、「いい」、「いや」の意思確認をしている。利用当初、家族や担当ケアマネージャーから情報を得ているが中には在宅ではかなり具合が悪く緊急利用後入院治療(栄養状態の悪化)で元気になったケース、「引きこもりと聞いていた」がそうではなかったケースなど情報とのギャップを感じる場合もあり、利用者一人ひとりの思いや意向の把握に日々取り組んでいる。 |                   |
| 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                                       | これまでの暮らしの把握が重要だと考え、プライバシーに配慮しながらもその人がどんなライフスタイルだったのかを理解しようとしている。                |   |                   |
| 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   | 一人ひとりの生活リズムを理解するとともに「できること」に注目しその人全体の把握に努めている。                                  |   |                   |
| 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 | ご本人やご家族には日頃のかかわりの中で、思いや意見を聞き、反映させるようにしている。担当がカンファを行い職員全員でケアの方向性を共有し介護の展開を行っている。 | 個別の介護計画を作成し、利用者がいきいきと暮し続けられるように職員間で話し合い、定期的に評価・見直しを行っている。状態変化や意向の変更があれば新たなものに作り変えている。毎月評価することも検討している。ひもときシートは職員が解り易く、記録し易いように独自に工夫されている。家族は介護計画の説明を受け、また、内容についても職員と話し合っている。   |                   |
| 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                        | 記録をカードックスにし職員間の情報の共有をしやすくしている。本人の言葉、エピソードなどを職員の気づきとともに記入している。                   |   |                   |
| 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、家族の状況に応じて、看護師と連携し通院などに対応している。  |   |                   |

グループホーム豊平

| 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                                      | 市の介護相談員さん1人が月に1～2回訪問して下さり、利用者さんとの会話の中から気づいた事を職員へ届けて下さる。  |   |   |
| 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                                  | 本人やご家族が希望するかかりつけ医となっている。基本的にはご家族対応をお願いしているが、状況に応じて職員が代行するようにしている。ご家族対応の時にもホームでの様子を文書などでお知らせしている。 | 利用者一人ひとりの主治医が往診している。通院できる方は家族が付き添っている。家族が付き添えない場合は職員が代行しているが、診察を受ける場合には看護師が医療機関宛に情報提供書(利用者本人の生活の様子、看護情報そして医師からのコメントなど)を作成し状態を伝えている。健康面や医療面等での報告を詳細にしており、心配や不安を訴える利用者家族は少ない。   |   |
| 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                          | 訪問看護ステーションとの契約に基づき、日頃の健康管理や医療面での相談・助言・対応を行ってもらっている。看護職員とも連携をとってもらっている。                           |   |   |
| 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。 | 入院による利用者の生活のしにくさを極力防ぐために医師や医療相談室と話しをする機会をもち、事業所内での対応可能な段階でなるべく早く退院できるようにお話している。                  |   |   |
| 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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 重度化した場合の対応に係る指針の中で看取りに対する考え方を説明し、主治医・協力医療機関・訪問看護ステーション・看護師等と連携していく事を確認し実践している。                   | 契約時、利用者家族に看取りに関する事業所の方針を説明している。事業所での看取り支援はこの一年間で3例あり、家族からも感謝の言葉が寄せられている。利用者には改めて伝えることはないが自然な流れでお見送りする方もいる。職員は看させていただいたとの想いが強い。地域では医療と介護の連携を強化しつつあり、在宅での看取り支援にも前向きで24時間連携が可能となっている。看取り支援が続いたので、死生観について職員間でじっくりと話し合う機会が持てた。 |   |
| 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  | 会社で普通救命講習を行ったので修了しているスタッフが多い。<br>今後再講習を計画していく。   |   |   |
| 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  | 消防署の協力を得て年2回の避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方を隣の施設とともにやっている。   | 年2回昼夜想定での避難訓練を隣接のケアホームと合同で行い、全利用者が職員の誘導を受け所定場所まで避難している。運営推進会議参加者にも参加していただき、講評を頂いている。6月の運営推進会議で市消防署の担当者から「防災について、小規模な社会福祉施設における防火安全対策」のレクチャーを受けている。施設は耐震構造であり、備蓄、発電機、薪ストーブなども備え、住民の避難先に使っていただきたいとの意向がある。                   | 万一の災害に備えて地域の方々の協力が得られるよう今後も働きかけを続けられることを望みたい。 |

| 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                   | 援助が必要な時にも、まずは本人の気持ちを考えて、言葉遣い・気遣い・心遣いを大切にするように努めている。社内研修でも認知症について理解を深めている。 | 利用者は利用前からの馴染みの呼び方で呼ばれている。ケアの理念の二つ目に「尊厳をもって接すれば、重い認知症の人たちもケアすることが可能だという自覚を持つこと」とある。職員は研修等で認知症を理解し、介護のプロとしてケア理念を意識し、日々利用者支援に当たっている。利用者は職員と一緒に笑顔で来訪者を迎え、その表情は活き活きとし、自信に満ちている様子であった。 |                   |
| 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                     | 一人ひとりの状態にあわせてどうしたいのかをその都度聞いている。希望や願いを言いやすい雰囲気にな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、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 | ひとり一人のペースを大切に、それに合わせた対応をこころがけているが、入浴や行事などはホームの都合で決めていることも少なくない。           |  |                   |
| 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                                  | それぞれの生活習慣に合わせ本人の気持ちにそった支援をこころがけている。ネイルアートの予定がある。                          |  |                   |
| 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     | 食事は盛り付けから利用者さんと一緒にやっている。食器洗い、食器拭き、台拭き等できることはやっていたいでいる。                    | 一人ひとりの状況に応じて介助や声かけを受けながら食事を摂っている。咀嚼や嚥下状況に応じてミキサーやキザミなどその方に合った食形態で提供されている。手作りおやつを月2回以上行い楽しんでいるという。外食での一番人気は回転寿司で、ラーメン屋や定食屋にも出かけ自分で食べたいものを注文している。畑もあり南瓜や枝豆などを育てており成長を楽しみにしている。     |                   |
| 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          | 栄養士の献立なので栄養バランスはとれている。ひとり一人の体調と摂取量を把握している。ミキサー食なども個別に対応している。              |  |                   |
| 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                   | 自分でできる方は声掛け見守りをし、できない方に関しては毎食後のケアを行い、嚥下障害による肺炎の防止などにも努めている。               |  |                   |

グループホーム豊平

| 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                              | 排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも時間をみはからって誘導しトイレで排泄できるように支援している。  | 各居室にはトイレが設置されている。そのため自立の方の排便の確認が難しい場合がある。在宅からの習慣で夜間のみポータブルトイレを使う方もいる。多くの方がリハビリパンツを使用し昼夜ともオムツの方はいない。リハビリパンツだった方が布パンツになり自立した例もある。失敗する利用者は殆どいないが、もしあればそれとなく声をかけ誘導するようにしている。 |                   |
| 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  | 毎日のラジオ体操とオリゴ糖や牛乳やヨーグルトの摂取など工夫している。   |  |                   |
| 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                        | 出来るだけ希望を聞いて入浴してもらっている。<br>入浴を拒む人に対しても声かけを工夫し一人ひとりに合わせた入浴支援を行っている。                                  | 週2回以上入浴は可能である。夏場の汗をかいた時や利用者からの希望があればシャワーでも対応している。入浴剤は使っていないが冬場に柚子湯などを楽しんでいただいている。重度化した場合にと特別浴槽も設置されているが現在必要とすることはない。   |                   |
| 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   | なるべく日中の活動を促しているが、一人ひとりの生活習慣や状況に応じて対応している。  |  |                   |
| 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  | 薬剤情報のファイルや処方箋のコピーを利用者毎に整理し、職員が内容を把握できるようにしている。   |  |                   |
| 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                             | 野菜づくりや家事などそれぞれが興味のある事ができ、楽しみや励みにつながる支援をしている。   |  |                   |
| 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 | ご家族の協力を得ながらすすめている。<br>通院時などに買い物に行ったり、近くの散歩などに出かけている。<br>お花見ドライブ・回転ずしを食べに行くなど要望に応えるように計画を立てて実施している。 | 屋内では補助具を使わなくとも歩けるが外出時は車椅子、シルバーカー、杖を使う利用者が多い。行事外出の計画はないが春にはお花見、秋は紅葉狩りに出かけるようにしている。坂道はあるものの近くの小学校まで自力歩行、杖歩行、車椅子などで出かけ、花を見たり、肌で風を感じ、気分転換をしている。                              |                   |

グループホーム豊平

| 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  | 管理できる方についてはご家族に了解を得ながら現金を所持され自由に使われている。                                    |  |                   |
| 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   | 携帯電話をお持ちの方は自由に電話されている。<br>携帯電話をお持ちでない方にも希望に応じて日常的に電話や手紙を出せるよう支援している。       |  |                   |
| 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 | シンプルでわかりやすいつくりになっており、絵画や花などの装飾で居心地の良い空間を作っている。<br>季節感を採り入れた飾りなど工夫している。     | 食堂兼リビングにはテーブルや椅子、ドットとしたソファ、テレビが設置され、届いたばかりの竹には七夕飾りが飾られていた。熱帯魚の水槽がありネオンテトラなど彩のいい魚が群れて泳いでいる。居室前の長い廊下には赤い手すりが設置されており、歩行訓練をする利用者が外を見ながら行き来している。廊下には利用者が談笑したり一休みできるよう腰掛やソファが置かれている。                             |                   |
| 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  | 廊下やホールにソファや椅子を置き、一人で過ごしたり、仲の良い利用者同士がくつろげるスペースがある。                          |  |                   |
| 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  | 入居時に使い慣れた馴染みの物を持ち込んでもらえるようにご家族に働きかけている。<br>物品の量は多くはないが、利用者さんの意向は聞くようにしている。 | 居室の引き戸は赤、青、黄、緑など色別になっているので自室を間違える利用者はない。各居室には介護用ベッド、クローゼット、洗面台、ウォッシュレット付き洋式トイレ、パネルヒーター等が設置されている。自宅から持参した写真、テレビ、毛糸玉と手編み中の靴下などが整理タンスの上に置かれ、職員からのメッセージが書きこまれた白寿祝の色紙も飾られている。どの居室も利用者が安心し、その人らしく暮せるように工夫がされている。 |                   |
| 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   | シンプルでわかりやすいつくりになっており、居室にはトイレ・洗面所がついている。<br>扉の色分けなど「わかること」を活かせる工夫をしている。     |  |                   |