

### 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   | 4471200180            |            |           |
| 法人名     | 医療法人土生医院              |            |           |
| 事業所名    | グループホームあじさい           |            |           |
| 所在地     | 大分県豊後大野市三重町内田六反2541番地 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成25年9月12日            | 評価結果市町村受理日 | 平成26年1月8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 |  |
|----------|--|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 福祉サービス評価センターおおいた  |  |  |
| 所在地   | 大分県大分市大津町2丁目1番41号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成25年10月3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)】**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営母体が医療法人なので高齢者に必要な医療が密着しています。</li> <li>・当施設は高台のてきどの自然環境の中、文教地区にあります。</li> <li>・人の流れもあり、四季折々の景観の変化の中で季節感をあじわう穏やかな生活が送れます。</li> <li>・家庭的な手作りの食事を提供するよう努め、又個別に対応した工夫をしている(キザミ、胃ろう)</li> </ul> |
|---|

**【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)】**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身両面の重度化が進む中で、意思表示が困難な利用者や運動機能の低下のある利用者も、ゲームやレクリエーションへの参加を促し、残存能力や五感を大切に支援を行っている。</li> <li>・介護計画を基に、利用者の心身の状況を組み入れた具体的な行動計画書が作成されている。</li> <li>・介護職員が、吸引処置や服薬について学び、技術や知識を習得し、ハイリスクの利用者支援を行っている。</li> <li>・毎食、手作りの食事を利用者の特性や機能に合わせて、声掛けの工夫や適切な介助による食事の支援が行われている。</li> </ul> |
|---|

**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>↓該当する項目に○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、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

| 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                            | 利用者様がその人らしく生活できる理念をミーティングで全職員が振り返る時間を設け日々のケアが適切か検討している。ホール事務所などに理念を貼り、日々の業務の中で意識できる様環境作りをしている。     | 理念に表現されている「利用者の尊厳」「プライバシー」に配慮した利用者支援を念頭に置き、生活リハビリを組み入れた生活支援に努めている。                |                   |
| 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                            | 自治会に加入し区費を納め、月1回の市報の配布がある。地域のお祭り、秋の文化祭には参加する予定である。又保育園児が年数回訪問してくれる等地域との交流がある。                      | 毎月届けられる市報から地域の情報を取ったり、同一敷地内の有料老人ホームで開かれる様々なイベントへの参加等で、外出困難な介護度の重い利用者の地域交流に繋がっている。 |                   |
| 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                          | 管理者は事業所での実践内容を踏まえた研修に参加している。藤華医療技術専門学生を平成25年6月10日～7月2日まで実習を受け入れをした。                                |   |                   |
| 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       | 運営推進会議は隔月で開催、参加者は事業所の責任者、在宅保健師、市の担当者、区長、家族の代表が出席している。会議にはより具体的な内容が出来る為、随時担当者が出席している。               | 運営推進会議は、2ヶ月に1度開かれ、参加委員から意見や情報提供が得られている。議事録は、分かりやすく詳細に記録され、共有空間の目に触れる入口に貼っている。     |                   |
| 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                 | 介護サービス事業所を対象にした市主催の研修会に積極的に出席しサービスの向上に努めている。市の窓口で介護保険更新手続き、生活保護の方のオムツの申請等で市職員との意見交換を行い連携を深めている。    | 市の職員が、運営推進会議に毎回出席し、介護保険制度や市の福祉制度や資源の情報提供を行っており、それらの情報は事業所運営に活かされている。              |                   |
| 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 | 身体拘束マニュアルを作成している。身体拘束に関する経過観察・再検討記録を作成カンファレンスにてモニタリングを繰り返し、月2回の在総診にて当院長に確認サインをもらい面会時家族に説明し承諾をえている。 | 今年度、車いすベルトやミトンを使用している利用者の改善への取り組みとして、安全や危険回避について検討が行われ、事業所全体で取り組まれている。            |                   |
| 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       | 研修で学んだ高齢者虐待防止法を定例会、ミーティングなどで報告し理解を深め全職員で虐待防止法に努めている。特に介護の中で虐待にあたるものは何か、具体的に説明している。                 |   |                   |

事業者名：グループホームあじさい

| 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 |
| 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    | 現在までは該当事例はないが、必要時対応できる様研修を行っている。   |  |                   |
| 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                         | 契約時、契約書を読みながら内容の説明や利用料金、ケアの取り組み等説明し家族の希望、不安など尋ね納得がいくよう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                     | 年2回家族会を実施。今回利用者様の日常生活、レクレーション等をまとめたDVDを家族会にて放映すると「いつも見れなかった笑顔が見れて安心した。」等の言葉があった。又意見等の返答をまとめ送付した。 | 家族会は、同一法人のグループホームと合同で年2回開かれている。家族からの意見も多く、個々の意見に対する回答は、書面で全家族に送付している。家族会は、家族が参加しやすい日程での開催を考えている。 |                   |
| 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                                      | 職員の意見、要望はミーティング、定例会、日々の申し送り時にしている。   | 月に1度のミーティングには、ほとんどの職員が参加し、日々のケアや勤務体制について話し合われている。利用者の重度化により、勤務内容について積極的な意見が出され、実践に繋がっている。        |                   |
| 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      | ヘルパー、介護福祉士取得の勉強会など資格取得に向けた支援をしている。休憩時間にゆっくり休めて、気分転換できる様畳張りの休憩室を確保している。又時間を見て水分補給をするよう声掛けをしている。   |  |                   |
| 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         | 外部研修計画を作成し全職員が年間積極的に受講できる様働きかけている。又研修報告を通じ知識の浸透に努め、新人職員にはマンツーマンの体制をとり、利用者のケア、関わり方の指導を丁寧に実施している。  |  |                   |
| 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 | 日本認知症グループホーム協会の大分県支部の会員で研修に参加し交流する機会を作っている。  |  |                   |

| 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 |
| 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 | アセスメント表を用いて情報を分析し職員間で情報を共有する。家族に生活歴調査表に記入して頂いた情報からも分析し共有する。本人から上にならない位置で対話をするよう心がけている。            |   |                   |
| 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            | 事前にこれまでの家族の苦勞、経緯について聞く機会を持つ様にしている。又不安に思っている事を聞きサービスにつなげてるなどの対応をしている。                              |   |                   |
| 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        | 入居後は、ホームの生活に慣れるまで家族と密に連絡をとり、他の医療機関とも連携し安心して過ごせるように対応している。   |   |                   |
| 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                        | 利用者は人生の先輩である事を理念として共有しており、自分が出ること、洗濯物たみ、新聞折、玉ねぎの皮むき、もやしのひげとり等を手伝って頂くことで共に支え合え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         | 面会時生活の様子を伝えお茶を飲んだり衣替え受診の依頼、行事等への参加等の協力をお願いしている。家族から贈り物が届いたおりに、電話で話が出来るようにしている。本人の書いた手紙を送っている。     |   |                   |
| 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                     | ふるさと訪問継続している。看護学校の実習生も同伴し町内の神社や、町内散策。自宅前でご主人、娘様が迎えに出てこられ暫く会話され喜ばれていた。学生よりいつもと違う笑顔がみられて良かったと話があった。 | 2名の利用者が故郷訪問を継続している。洗濯物を取りに来る家族、手作り茶菓子を持ってくる知人や、定期的に散髪に訪れる理容師との触れ合いなど、馴染みの関係が継続している。 |                   |
| 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                 | 食事、おやつ、リハビリ体操時に座る位置を人間関係に考慮し、会話が楽しく出来るように心がけている。心身の状態や気分が日々変化する事もあるので注意深く見守り、必要に応じて個別に対応している。     |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 退去後家族に町で会った時には、声をかけ状況を伺ったり、病院で亡くなられた方の葬儀に参列しお悔やみを申しあげている。又ホームで行うコンサートや講演会にお誘いし参加して頂いている。          |  |                   |
| 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   | 日々の暮らしの中で現在何がしたいのか把握に努め家族に連絡し買物の依頼や衣類の補充をお願いしている。意思疎通の困難な方にはご家族や関係者から情報を得るようにしている。                | アセスメント表には認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を活用している。意思表示困難な利用者も多く、家族や生活歴を基に把握に努めている。             |                   |
| 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                                       | 入居時、家族介護状況表に生活歴や馴染みの暮らし方など記入して頂いている。本人自身の語りや家族、親戚等の訪問時などに少しずつ把握に努めている。                            |  |                   |
| 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   | バイタル測定、食事、水分摂取量を確認し摂取量の少ない方には、パン、菓子、ジュース等に対応、熱中症予防の為、ポカリスエットで水分補給し生活リズムや体調に合わせて声掛けし毎日の暮らしを支援している。 |  |                   |
| 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 | ご本人やご家族には日頃の関わりの中で思いや意見を聞き3ヶ月に一度定期的にモニタリングを実施、状態変化時にも同様にモニタリングをしプランの継続・変化・追加等をしている。               | 介護計画は、計画作成担当者により実践しやすい様式で作成されている。管理者は、介護計画を基に、利用者の心身の状況を組み入れた具体的な分かりやすい行動計画書を作成している。 |                   |
| 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                        | 日常生活記録(食事量、水分量、排泄、身体状況)本人の言葉、エピソード等をケース記録にきずきや状態変化を記録している。朝、昼、夕の申し送り時に一日のケアに活かすように職員間で情報を共有している。  |  |                   |
| 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               | 当該医療法人主治医による月2回の在宅総合診療を行っている。又状況に応じて通院、送迎等必要に応じて支援している。本人の訴え希望を取り入れ美容院への付き添いを家族に協力をお願いしている。       |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | 散髪の為、地元の理容師が定期的に訪問。ホールで利用者の方々と懐かしい昔話をしながらカットしている。利用者様の知人が懐かしい手作りの酒饅頭やゆで餅を持って来て下さる。                  |  |                   |
| 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                                  | 入居時に主治医が継続している場合を除き、当医療法人で在宅総合診療を月2回行っている。急変時や体調不良時は随時対応している。                                       | 母体医療法人の医師が掛かりつけ医として健康管理・医療支援を行っている。看護師が常駐しており、医療機関との連携がスムーズに行われている。歯科・精神科受診は家族が同行している。法人医療機関受診は事業所職員が同行している。 |                   |
| 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                          | 看護職員を配置しており常に利用者の健康管理、状態変化に応じた支援を行っている。日常の中で些細な事でも看護師に報告し適切な医療につなげている。                              |  |                   |
| 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。 | 入院は当医院経由で行う為医療機関との早期退院に向け、随時当医院と連携を取りながら頻りに職員が見舞うようにし状態経過の情報収集に努め家族とも情報交換しながら退院支援を行っている。            |  |                   |
| 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  | 入居時より当医院医師が家族と面談し本人や家族の意思を確認している。その方針に従い必要な時には当医院医師、職員が連携をとり家族に随時意志を確認しながら対応している。                   | 開設以来3名の看取り経験がある。現在、2名の酸素療法の利用者、3名の胃瘻利用者がいるが、法人医療機関・事業所職員の情報の共有と連携で、医療・介護両面の支援が行われている。                        |                   |
| 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  | 急変に備え、吸引機の使用法の指導を受けている。又ミーティング等で高齢者の疾患などの対応を確認している。   |  |                   |
| 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  | 年2回防火避難訓練を行い合同防火管理者会議を随時開き、反省点など話し合っている。H25、5月には名札(夜勤者・応援者等)を貼ることで動きがよくわかった。ミーティングで職員間の連絡網を使い練習をした。 | 年2回消防署立ち会いで避難訓練を行っている。職員が重介護度の利用者役となり、全介助での屋外への搬送訓練も行っている。2ヶ月に1度、夜間想定訓練を行っている。                               |                   |

| 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 |
| 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                   | 常に理念を頭に入れ入浴時、排泄時はドア、又はカーテンを閉めプライバシーに努めている。排泄の声掛けは目立たずさりげない言葉かけや対応に配慮している。                        | 利用者の尊厳やプライバシーを守ることを、理念に掲げており、日常の入浴や排泄の支援時には、一方的な支援にならないようにしている。また、羞恥心に配慮した支援を心掛けている。    |                   |
| 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                     | 利用者に合わせて声掛けし、難聴の方には筆談や耳で話しかけたりと様子を見て支援している。排泄の近い方には見守りをしながら介助している。                               |   |                   |
| 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、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 | 基本的な流れはあるが、本人の体調に合わせて居室で休まれたり希望を尋ねたり相談しながら過ごして頂いている。ホールソファで傾眠される方には、座イスをソファの側に置き、布で覆い転倒防止に努めている。 |   |                   |
| 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                                  | 更衣は基本的に本人の希望で決めているが自分で出来ない方には日頃の好みを考えながら支援している。理美容等は本人の馴染みの店を優先しているが個々の状況に応じて訪問利用している。           |   |                   |
| 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     | 利用者の状況により普通・キザミ・ミキサー・ペースト食にしている。胃ろう食もそれぞれの器に入れ説明をしながら注入している。行事等では、メニューの工夫をし箱入り弁当にし楽しんで頂いている。     | 献立は、法人の栄養士が立て、事業所の対面キッチンで、調理専従の職員が昼・夕の食事を調理している。胃瘻の利用者の食事も、他の利用者と同じ食材を利用した手作りの流動食にしている。 |                   |
| 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          | 食事、水分量等はバイタル表に記録し全職員が情報を共有している。カロリー面は当医院に相談している。調理面は利用者の好みに応じて作っている。摂取しやすいようにミキサー、キザミ、粥食で対応している。 |   |                   |
| 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                   | 毎食後、歯磨きの声掛けを行い個々の力に応じて手伝いをしている。利用者によってはガーゼ、スポンジを使用している。就寝前は義歯の洗浄を行いポリドント液の入ったケースに保管している。         |   |                   |

| 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                             | 排泄チェック表を利用し尿意のない方もパターンに合わせて手を差し伸べたり、歩行介助をしている。夜間オムツ使用者も日中は布パンツ、リハビリパンツを使用。必ずトイレ誘導し快適な排泄の支援を心がけている。   | 各居室にトイレが設置されており、ほとんどの利用者にトイレでの排泄支援が行われている。トイレでの排泄が、紙パンツやパッドの費用負担減に繋がっている。                           |                   |
| 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   | 排泄時はバイタル表に記入。オムツ使用者の方もトイレで排泄できるように支援している。牛乳、季節の果物やイモ類を使ったおやつを出したり、状況により薬を服用する方もいる。                   |   |                   |
| 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                       | 毎日入浴の声掛けをしている。尿、便失禁の場合はその都度対応している。入浴拒否、不可の方には、無理強いしないように清拭、足浴をしている。男性職員を拒否される場合女性職員で対応している。夜間入浴している。 | 週2回の入浴を基本としている。夜間の入浴希望にも対応している。入浴予定の利用者が入浴出来ない時には、手浴・足浴で保清に努めている。                                   |                   |
| 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  | 外出、受診、入浴日等はなるべく早めの就寝を促し、その日の身体状況に応じて午睡をすすめている。又、眠剤服用の方は、夜間のトイレ誘導、日中の活動の妨げになっていないか確認している。             |   |                   |
| 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   | 職員がいつでも内容把握できるように処方箋をファイルに作成している。服薬の変更、中止は申し送り時職員に伝えている。誤薬等ない様チェック表を確認し他職員に声掛け確認行い服薬を行っている。          |   |                   |
| 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                            | 若い頃和裁や、洋裁が得意であったお話を聞きながら、針仕事を職員と一緒にしている。グループホームの行事の弁当の希望は利用者に意見を聞いている。                               |   |                   |
| 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支援している | その日の天候を見ながら、時間を見て、玄関先のベンチで外気浴をかねておやつを食べたり、会話を楽しんでいる。又帰宅願望のある方には、家族にお願いしたり、施設周辺を散歩している。               | 花見やチューリップ祭りへの外出支援を行っている。利用者の重度化により、個別の外出が難しいが、同一敷地内の有料老人ホームでの歌やピアノコンサートなどの行事参加を活用しながら、気分転換の工夫をしている。 |                   |



| 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 |
| 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  | 基本的には、家族よりお金を預かり、買い物、理美容代など支払出納長にサイン、捺印を頂いている。職員が事務室で管理している。  |   |                   |
| 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   | 希望時は家族等電話したり、直筆の手紙を家族へ郵送している。利用者に届いた手紙、小包などのお礼を職員が連絡、本人と話ができ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 | 対面式の台所で、料理の音、匂い、味見や会話をしたりしている。季節ごとの菖蒲湯、ゆず湯など工夫している。玄関、テーブル等に花を飾ったり、掲示板へ月ごとの手作り作品を展示し季節感をだしている。節句には人形を飾るなど季節感も取り入れている。 | 外気や適度な日差しが入る共有空間の中心に、対面キッチンがあり、日常的に、調理の音や香り、調理専従職員との会話など、家庭的な雰囲気を感じる事ができる空間となっている。                    |                   |
| 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  | 玄関先にベンチを置き、花壇に花を植えたはなを見たり外気浴をしたり、一人で過ごしたり、仲の良い入居者同士がゆっくりくつろげるスペースがある。又ホールにソファ、小さいテーブルを置いている。                          |   |                   |
| 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  | 自宅で使用した寝具、ラジオ、椅子、小物を使用している。家族が持って来られた花や、孫からのプレゼントを観れるように飾っている。  | 各居室入口には、利用者の個性に合わせた名前の表示や、マーク表示でその人らしさを表現している。転倒リスクのある利用者には、ベッド頭部に職員手作りカバーを取り付けるなど、危険防止に努める工夫が行われている。 |                   |
| 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   | 他利用者の居室にて排泄を繰り返す利用者の居室ドアに表札とぬいぐるみをつけた。状態が変わり新たな混乱や失敗が生じた場合は都度職員で話し合い本人の不安等を取り除き、自立支援につなげている。                          |   |                   |