

### 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   | 1070200868    |            |  |
| 法人名     | 有)ほっとぱーく      |            |  |
| 事業所名    | グループホームほっとぱーく |            |  |
| 所在地     | 高崎市竜見町4-17    |            |  |
| 自己評価作成日 | 23年6月         | 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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                            |  |  |
|-------|----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | サービス評価センターはあとらんど           |  |  |
| 所在地   | 群馬県前橋市大渡町1-10-7群馬県公社総合ビル5階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年7月28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)】**

家庭的な環境を整え 出来るだけ普通の暮らしの中で 本人の意思を尊重し日々関わりを持つ。いろいろ働きかけをするが強制することなく 出来ない所を補い和やかに共同生活を過ごして頂くよう支援している

**【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)】**

法人役員の介護に対する思い入れは深く、常により良いサービスを提供したいとの気持ちを持って力まずに真摯に取り組んでおり、職員はその姿勢をしっかり受け止め、共に理念の実践に向けて励んでいる。食事が暮らし全体の中でも重要な位置にあることを大切に考え、食費を安価に抑えながら利用者の希望を取り入れて、旬の食材を利用し、栄養のバランスを考え、盛り付けの工夫により食事が楽しくなるような食事を提供している。ストレス発散や気分転換のために散歩・買い物・外食・ドライブ等と日常的に屋外に出る機会を多く持っている。

**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)       | ○<br>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)   | ○<br>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)             | ○<br>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)                     | ○<br>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)                   | ○<br>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) | ○<br>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)    | ○<br>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)                                      | ○<br>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)                  | ○<br>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                                       | ○<br>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)         | ○<br>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                                   | ○<br>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) | ○<br>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  | 職員に分かりやすい理念を掲げ共有し実践している。地域とのつながりを大切に 御家族、利用者様に安心して過ごして頂けるよう心がけている   | 地域の中で共に生活することを盛り込んだ理念を掲げ、日々の支援に努めている。理念は目に付き易い玄関や事務所に掲示し、職員入職時には管理者が理念に付いて説明している。自己評価表を職員各自が記入する事で対応等を振り返る機会を作っている。                 |                                       |
| 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  | 天気の良い日は近くの公園に出かけ地域の人と触れ合い 商店街で買い物し 保育園や小学校との交流の機会もある。近所の方から野菜を頂いたり、又 行事等にはお招きし、地域のイベントには寄付などもさせていただいている           | 自治会に加入しており、回覧板で情報を知ることが出来る。地域の行事の武者行列が通ってくれたり、保育園や小学校との交流、傾聴ボランティアの来訪、地元商店での買い物、散歩時の挨拶やお喋り等と交流の機会が多い                                |                                       |
| 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  | 開所以来11年、認知症専門介護事業所として御家族が認知症の症状がでてきて対応に戸惑われている人達の来所や電話等で、相談を承わっている。   |   |                                       |
| 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                                     | 会議が隔月なので2ヶ月間のホーム内外の状況を詳しく報告し、行政や地域の代表者、御家族等の質問や疑問に答え そこでの皆様の意見をサービス向上に生かしている。                                     | 22年度の運営推進会議は地震の関係で5回の開催で、うち1回の会議に行政関係者は都合により欠席している。ホームからは利用者の状況や行事等の報告、参加者からは避難訓練、インフルエンザ対策、アニマルセラピー等の話題が出て意見交換が行われ、サービスの向上に活かしている。 | 運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、全ての会議に行政関係者が参加して欲しい。 |
| 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  | アンケートに答えたり説明会には都度参加し運営上の疑問を伺っている。運営推進会議に出席して頂き、ホームの取り組みを定期的に伝え、意見交換や情報収集等で協力関係が築けるよう努めている。                        | 市の介護相談員の受け入れ、メールや電話での話し合い、直接窓口へ出向いての相談や報告等と市との協力関係を築くよう努めている。   |                                       |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | ホームの方針を職員が守り、夜間以外は基本的に玄関の施錠はせず 日常的に拘束はしない。点滴を実施するときや 扉を壊してとび出すなどの緊急時や危険で拘束を一時的にしなければならなかったときは、御家族、関係者に報告し記録に残しておく | 身体拘束をしないケアについては事業所開設時からしっかりした方針を持って実践に取り組んでいる。職員の見守り等により玄関の施錠は夜間以外はしていない。   |                                       |
| 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                                     | 虐待については全職員に研修に行ってもらい会議で改めて報告する。日頃より利用者様の身体状況確認 表情 気分の変化などをチェックし虐待防止に努めている   |   |                                       |

| 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    | 機会があれば、なるべく研修に参加し学びそれを事業所内会議等で伝達、其々に理解をしてもらえるようにしている。今後必要になってくる傾向なので事態に備えている。                         |  |                   |
| 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                         | 十分時間をとり 質問疑問に答え 納得した上で署名捺印していただいている。  |  |                   |
| 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                     | 苦情箱を設置 苦情申し立て機関の掲示<br>面会時に直接会話 第三者評価機関のアンケート 介護相談員 運営推進会議時に民生委員さん 行政の人にも要望を話してもらえるようにしている             | 重要事項説明書に苦情申し立て窓口を掲示したり苦情箱を設置している。家族等が来訪した時には言葉かけを工夫して話しやすい雰囲気を作り、意見を聞くようにしている。家族からは意見より質問されることが多い。             |                   |
| 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                                      | 会議 毎日のミーティング時 意見を聞き運営に反映している  | 職員会議やミーティングの時に意見を聞いている。2ヶ月に1回、テーマを決めて各職員に意見を発表してもらい、そこから職員の意見や提案を吸い上げている。個人的にプライベートな相談に乗ったり、休日に付いても希望を取り入れている。 |                   |
| 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      | 職員の適正 全体のバランスを把握し労働時間を守り 職員の努力 実績を給与に反映している。自らこの仕事のやりがいを見つけられるよう 狭い空間での職員間の調整も含め環境整備は重要だと考えている        |  |                   |
| 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         | グループホームは仕事の項目が非常に多いので 職員の成長の段階・意欲 適性に応じ研修 会議 ミーティング 利用者様との心理的な微妙なやり取りを実践で学びながらこの仕事に興味をもち続けられるよう願っている。 |  |                   |
| 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 | 協会 支部の活動へ参加したり 見学に行き来したり情報の交換を行いサービスの向上に生かしている  |  |                   |

| 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 | 入居前後を通しご家族から今までの生活情報やアセスメントへの記入と入居後の24時間の見守り介護により 御本人の不安や疑問を把握 都度丁寧に対応することで信頼関係を早期に築くよう支援している      |   |                   |
| 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            | 入所契約書を交わす段階では時間をとりよく説明し質問疑問に答える。面会時や電話等で利用者様の状況を報告しプランを立てるにあたっても要望をうかがい 御家族にも安心して過ごして頂けるよう勤めている。   |   |                   |
| 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        | 利用者様、或いは御家族が入所を選ばなければならなかった思いや状況を受け止め心身ともに必要なサービスを速やかに提供し 利用者様、御家族双方が落ち着いて過ごせるよう努める                |   |                   |
| 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                        | 利用者様同士の共同生活や交流を 職員がささえるという考え方で支援している。利用者様が主体的に過ごされているので 一方的に介護される立場にはならないと考えている。                   |   |                   |
| 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         | 利用者様と御家族が共に過ごす機会を大切にし、特に面会時間を設けることはせずに御家族が来易い 居易いよう心がけている。また御家族の協力を頂きながら利用者様が支障なく共同生活を過ごせるよう支援している |   |                   |
| 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                     | 御家族との面会 外出 友人親戚との交流 取次ぎ 美容院 病院等、これまでの価値観や社会とのつながりを継続できるよう支援している                                    | 利用開始時に自宅を訪問して生活環境や地域との繋がり等を把握し、これまでの生活や経験が活かせる場面の工夫をしている。かつての同僚や友人の訪問、病院や馴染みの美容院の継続等、これまでの関係が途切れない支援に努めている。 |                   |
| 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                 | 狭い空間での共同生活なので孤立しないようにかかわりすぎて不愉快な思いをしないよう利用者様同士が 助け合い 楽しめる関係を構築維持でき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                    | サービスが終了しても今までの共同生活の状況を踏まえ、病棟へ訪ね様子を伺ったり相談や支援に努めている   |  |                   |
| <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   | 共同生活の中で御本人の思い希望 意向を把握し御家族とも相談しながら支援に反映している  | 家族からの情報や日頃の言動から思いや希望を推し測ったり、言葉かけの工夫により意向を把握している。   |                   |
| 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                                       | 御家族より聞き取り、アセスメントに記入して頂き日々のかかわりの中での疑問を調べ支援のヒントにし、これまでの生き方を徐々に把握するようこころがけている。                     |  |                   |
| 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   | 1日のうちに体を動かすこと 外出し日光を浴びること 頭を使うこと、清潔安全であること 沢山話すことなどを念頭に 体調の変化を読み取り したいと思うことが叶い、共同生活に支障が無いよう支援して |  |                   |
| 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 | 御本人の意向を汲み取り 御家族の希望を伺い職員間のアセスメント、モニタリングによりプランを立て 入退院後などの変化に都度対応し、現状に即したプランを立てている。                | アセスメントを基に、本人・家族の意向や希望を聴いて介護計画を作成している。月1回のモニタリングと3ヶ月に1回の見直しと、状況に変化のある時は随時の見直しを行い、ケアマネジャーが家族に説明している。 |                   |
| 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                        | 全体的日誌と個別の記録を記入。体調 社会や家族との関係 気分のあり方 言動の変化 その日のエピソードなど生活の様子や人となりが見えるような記述を心がけ共有し対応や話題づくりに活かしている。  |  |                   |
| 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               | 医療 福祉用具 家族間の調整等 ニーズに従って、本人にとっていいサービスを御家族の協力をいただきながら都度取り入れている。                                   |  |                   |

| 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                                      | ホーム自体が地域に融合し支えられていてその中の一人ひとりが地域の中へ出掛け、ふれあい、地域の資源の中で普通に暮らせるよう支援している                       |   |   |
| 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                                  | 基本的には提携している診療所から往診してもらい必要時に受診しますが、御本人御家族の希望があればかかりつけへ受診している。より専門的な病気については他の病院へ受診している。    | 本人および家族等の希望するかかりつけ医となっており、現在は利用者全員が協力医がかかりつけ医である。協力医の往診が月に2回あり、結果については家族来訪時や電話で報告している。専門医受診の場合は家族対応となっている。訪問看護ステーションとも連携が取れている。 |   |
| 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                          | 24時間の見守り介護の中で 少しの変化を捉え継続して観察記録 速やかに提携医療機関、訪問看護ステーション、御家族に知らせ指示を仰ぎ利用者様の体調管理に努めている。        |   |   |
| 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。 | 提携先に入院できるので適切な治療を受け退院の時期など情報を交換しやすい。   |   |   |
| 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、事業所の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  | 重度化する度に 段階を踏みながら利用者様、御家族 医療関係者 事業所それぞれの意思を確認しながらチームで支援。出来るだけ長く当ホームで過ごせるよう支援していく。         | 重要事項説明書に事業所としての方針が記載されており、入居時に本人や家族等に説明し同意を得ている。状況の変化に応じて家族等の気持を確認しながら関係者で話し合い、支援に繋げたいと考えている。                                   |   |
| 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  | 救急救命の講習を全員が受け 窒息 転倒 骨折 意識が無いなどは状態により救急搬送する。24時間医療体制が敷かれているので 医師 看護師に連絡し指示を仰ぎ対応す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  | 全職員と消防署 消防機器点検業者等も立ち合いの元 年2回 夜間も想定しながら避難訓練を行っている。  | 年に2回避難誘導訓練を実施している。1回は消防署の協力を得て夜間を想定した総合防火訓練である。運営推進会議で災害時の協力をお願いしている。備蓄としてカップラーメンの用意がある。  | 2回の避難訓練の他に自主訓練の機会を作って、いざと云う時に慌てずに避難誘導が出来るようにしておくことが望ましい。飲料水や食べ物の備蓄に付いても検討して欲しい。 |

| 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                   | 日上の人に対する言葉掛けは丁寧語で話すよう申し合わせている。きちんと話せているということは冷静に自分を保ち 相手を尊重している証であると思う。家族が聞いても不愉快でない言葉掛けや対応を心がけている    | 常に自分の親であったらという意識を持って日頃の対応を心かけている。利用者のプライドを傷つけないような言葉かけ、特にトイレ誘導時には配慮している。  |                   |
| 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                     | 無為の状態に置かないよう日頃より働きかけるが 強制はしない。信頼関係を築き どうしたいのか 何がしたいのか 言葉や行動で表出できる環境づくりを心がけ 希望を聞くようにしている。              |   |                   |
| 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、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 | 午前は散歩などに出かけるようにしているが体調気分を尊重し強制はしない。人数メンバー興味 にあわせ仕掛けをし参加は自由としている。無為の状態に置かないようにできること したいことを模索しながら支援している |   |                   |
| 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                                  | 御家族の希望 御本人のこだわり 希望を考慮し支援している。   |   |                   |
| 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     | 食事は利用者様にとって一番の楽しみと考えているので 出前、外食で変化をつけ 買い物 下ごしらえ 茶碗片付け お茶入れ テーブル拭きをしてもらったり食べるものを話題に日ごろ楽しんでいる。          | 食材の買い物を利用者と一緒にして、利用者の希望を取り入れながら、盛り付けの美しい栄養のバランスのとれた食事を提供している。利用者は食材の下ごしらえ・テーブル拭き・下膳をし、職員と一緒に食事を楽しんでいる。おやつ作り・外食・出前等食事を楽しめる場面作りも工夫している。 |                   |
| 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          | 食事のバランス 栄養 形状 水分摂取を考慮し 摂取量を記録 月1回の体重測定 血液検査 様子観察にて体調を把握している。  |   |                   |
| 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                   | 食事 お茶の後の口腔ケアを習慣化し 御自分でしたり 誘導 一部 全介助にて 口腔ケアをし、誤嚥性肺炎 虫歯 口臭等を防止している。                                     |   |                   |

| 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                              | アセスメントにより介助の必要内容を見極め失敗をさせないように 膀胱炎やかぶれを起こさないように誘導したり 羞恥心への配慮を優先したり等、個々のニーズにあわせ支援している。      | 排泄のチェックにより、個々のパターンに合わせた対応を行ってトイレでの排泄に努めている。おむつ代は市からの支給で無料であるが、処理代として1000円徴収している。 |   |
| 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  | 運動量 水分摂取量を把握し 繊維質の多い食物の提供等の工夫で 定期的に排便が見られるよう 個々に記録をとり、様子で薬も併用しながら排便・体調管理をしている              |  |   |
| 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                        | 基本的に週3回 御本人の意思を尊重し タイミングを計り入浴を実施 暖かい 日中 安全を考え無理強いはいしない                                     | 基本的には月・水・金の午後入浴となっている。入浴を拒む場合は声かけ等の工夫をするが無理強いはいしていない。                            | 職員の都合で曜日や時間を決めてしまわずに、個々の希望を聞いての入浴支援に付いて再度検討して欲しい。 |
| 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   | 御本人の体調や生活習慣により休息を促し 認知症から来る夜間の症状に応じても安心安眠を維持でき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  | 薬について勉強会や疑問を医療関係者に聞き 特徴を理解し 管理 服薬介助 確認様子観察により症状の変化を都度 医師へ報告している                            |  |   |
| 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                             | 御本人を知りえる人からの情報や 言動観察からアセスメントし御本人にあった仕掛けかかわりをするようにしている                                      |  |   |
| 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 | 毎日散歩やときどき外食 お使い 気晴らしのドライブに出かけている・フラットと散歩に出たくなった人にはできるだけ同行 御家族の協力をいただきながら出かけたいたい気持ちに対応している。 | 天候や体調にもよるが散歩・買い物・お花見・ドライブ・外食等とほぼ毎日屋外に出て外気に触れ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 |
| 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  | 御家族と御本人の希望で個人的に御金を持って頂いていて、使い方や管理は御本人に任せている。  |  |                   |
| 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   | 御家族と相談の上 不信感を持たれないよう 御本人の希望により 直ちに電話や手紙の対応をする。いつでも連絡がとれるという安心感を持ってもらうよう支援している。                  |  |                   |
| 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 | 狭いので 共用の空間で情報が多すぎて 混乱しないよう、刺激が過度で不快にならないよう職員の振る舞いも含めて環境を調節している。                                 | 既存の建物を利用している関係で居間・食堂は広くは無いが、3ヶ所にテーブルを配し、利用者と職員が一堂に会して寛げる空間となっている。室内に神棚、玄関ホールに長椅子を置くなど、家庭的な雰囲気作りや一人ひとりの居場所作りの工夫も見られる。 |                   |
| 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  | 特別な場所は設けていないが 利用者様の動きをみていると玄関のソファでくつろいでいたり 台所で職員と話したりして気分転換をしている                                |  |                   |
| 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  | 使い慣れたものや御本人の好きなもの 御家族の希望のものを持ってきてもらい 使ったり 飾ったり 食べたり、できるだけ御家族と自由に過ごして頂いている。                      | 仏壇・家族の写真・カレンダー・藤の椅子・鏡・衣装ケース等、利用者は馴染みの品々や大切な物を持ち込み、落ち着いて過ごせる居室が工夫されている。又家族と一緒に時間を楽しむ居場所となっている。                        |                   |
| 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   | あまり広くなく動線がシンプルなので利用者様は 混乱不安が少なく こちらも細かくアシメントができる。その上で自由に行動してもらい 都度少しの援助で安全に自立しているかのごとく生活して頂いている |  |                   |