

### 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   | 2970300329        |            |  |
| 法人名     | ウエルコンサル株式会社       |            |  |
| 事業所名    | フレンド冠山・城跡園        |            |  |
| 所在地     | 奈良県大和郡山市南郡山町648-6 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成26年11月27日       | 評価結果市町村受理日 |  |

【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)】

グループホームの特色である自立と役割のある生活を目指しています。職員は年間目標を共有し、個々の目標計画を共有し、個々に目標計画を立てて、ご利用者一人一人を支援しています。個別対応することで、その人の背景を知り、その人の能力を引き出す努力をしています。引き出して能力を少しでも長く維持され、穏やかに過ごされるように気付きを持って、スタッフ全員取り組んでいます。

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 | 特定非営利活動法人 Nネット        |  |  |
| 所在地   | 奈良県奈良市登大路町36番地 大和ビル3階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年12月12日           |  |  |

【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)】

グループホーム開設依頼11年の経験を持つ当施設は、母体法人が専門職としての職員研修に力を注いでいて、管理者の特色を出した施設運営がなされている。全職員が介護計画を共有し、日々のケアの中での気付きを次に生かすシステムを上手く活用されており、利用者は職員の適切な支援のもと自分らしい安心した生活、役割を持った生活を送っている。職員の間関係もよく、管理者は職員の意見に耳を傾け良好な統率がとれている。優れた取り組みに対して贈られる「奈良県介護大賞」を受賞し、職員の更なる励みになっている。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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広がったり深まり、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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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-) + (Enterキ-)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>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                           | 運営理念より安心した生活はスタッフ全員が目標参画することによって、気付きを持って、役割を意識し、生きがいにつなげている。                                  | 法人理念のほかに事業所独自の年度目標を掲げ、目標参画シートに各職員が意見を表明し、共通認識としてケアの実践につなげている。気付きを大切に役割を意識したケアに取り組んでいる。  |   |
| 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                           | 中学生の福祉体験を春・秋に受け入れた片桐中学校6月17～19日 男3名 女3名 郡山中学校11月5～7日 男3名 女3名 クリーンキャンペーンに参加職員1名利用者1名 (11/16)   | 中学生の福祉体験の受け入れや、クリーンキャンペーンに参加している。定期的に行っている音楽療法やボランティアによるフラワーアレンジメント、化粧品などは利用者が楽しみにしている。地域住民との交流は進んでいない。   | 土地柄もあると思われるが地域住民との交流が少ないので、事業所の行事に招くなどの働きかけを続けられることを希望する。 |
| 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                         | 今年の学会テーマが地域との絆だった。私たちは利用者の力をお借りして、雑巾縫いを実践した。縫い貯めた雑巾を片桐中学校に寄付した。                               |   |   |
| 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      | 二か月に一度の開催にて、二か月間の写真スライドショーを用いて、近況報告を行っている。また空所、新入居者様の報告もしている。ご家族様にも参加して頂き、活動等を紹介し、意見交換を行っている。 | 市担当者、地域包括支援センター職員、民生委員、家族代表などが参加し、2ヶ月に1度運営推進会議が行われている。写真スライドを用いての近況報告や活動の紹介を行い、参加者からも質問や意見が出されている。家族の経済的負担を軽減するために、オムツの使用方法を職員と話し合うなど、会議で出された意見をサービスの向上に活かしている。 |   |
| 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                | 25、26年度において、生活保護者の受け入れを行うこととなった。保護課とは密な連携をとり、お世話になっている。また福祉体験では包括による、キャラバンメイト講習会も開催した。(年2回)   | 介護認定更新時に実情を伝えたり、ゴミ出しの件でアドバイスを受けるなど密な連携を図っており、また生活保護の方を受け入れるなど協力関係はできている。市担当課の窓口にもホーム便りを置かせてもらっている。  |   |
| 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 | 新人教育の段階から、本社会議内での研修や、月に2回行うユニットでのケア会議においても、マニュアルや日常のケアの場面を想定する等として、実際に即した学習をしている。             | 法人で研修を行い、ケア会議ではマニュアルに沿った研修、話し合いがなされ、日常業務の中でも指導している。家族に了解を得て、夜間ベッド棚を使っている利用者が1名いる。玄関は施錠していない。  |   |
| 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      | 事業所内では、虐待行為は全くない。虐待についての正しい理解をつけ、無意識な行為がなされない様、研修を随時して教育を徹底している。                              |   |   |

| 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 |
| 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    | 現成年後見人制度の活用の方は少ない。いつでも事例対応できるように管理者はその内容を内部、外部にて研修を学んでいる。   |   |                   |
| 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                         | 契約時は重要事項を説明し、利用契約書を文書で示し、口頭にて説明し、疑問点の有無を確認しながら、説明している。  |   |                   |
| 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                     | 利用者様の背景はご家族様にその都度お尋ねしながら、常日頃よりご利用者様の細かい変化にも随時連絡させて頂き、ご要望を適材適所対応を話し合っている。                          | 家族の来訪は多く、来訪時や運営推進会議、カンファレンス時などに家族の意見を聞いている。訪問の少ない家族には電話で聞いている。また家族アンケートを行った。                                    |                   |
| 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                                      | 日常勤務で全職員の性格、考え方を管理者は把握する努力をしている。タイミングを見ながら、報告・連絡・相談を密にする。意見を吸い上げる努力をすることで内側に閉じ込める事を防いでいる。         | 月に2回ケア会議が行われ、ほとんどの職員が参加し、活発な意見交換がされている。管理者は聞く姿勢を常に持っている。職員は個別の介護計画を意識して支援し、気付きをプラン変更につなげる仕組みがあり、やりがいを感じて勤務している。 |                   |
| 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      | 管理者は月一回の管理者会議に出席している。その席では幹部と同席できる。現場状況を細かく報告・連絡・相談が出来る。常時上長との連絡を密にとれることが出来るので、不具合のある時は早急な対応ができる。 |   |                   |
| 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         | 新人研修・中堅研修・ホーム長会議を毎月行っている。又認知症介護の実践研修、リーダー研修を本社の推薦を受けた職員が計画的に受けている                                 |   |                   |
| 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 | 郡山のネットワークは二カ月に一回開催されている。その場では同業者として、意見交換ができる  |   |                   |

| 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>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 | 聞き取りをさせて頂き、暫定プランで一か月サービスを行う。一か月の間、ご本人の様子をみて、傾聴に心がけ、気付きを持った関係作りを行っている。                                   |  |                   |
| 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            | 相談、問い合わせの際、困っておられる事を聞き、当ホームで出来ることを話し合い、相互の信頼関係を作っている。   |  |                   |
| 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        | その方が、グループホーム利用が適切かどうか冷静に判断する。可能な限りご本人、相談者の話を傾聴している。   |  |                   |
| 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                        | ご入居者個々の性格ADLを把握しその方の生活歴も踏まえて生活支援を行う。入居者さんの出来ないところはお手伝いするが共に生活していく意識は常にもっている。                            |  |                   |
| 19                       |     | 本人と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         | 月に一度は、健康状態と生活の様子を写真を添えて一言通信という形で送付しています。また、関連の他のユニットの様子もお知らせ出来るように笑顔だよりも送付している。また随時電話連絡をして、様子をお知らせしている。 |  |                   |
| 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う、支援に努めている                      | 季節行事(お花見など)を地元志向で外出支援している。また、歯科の通院の支援をして馴染みの関係を大切に、安心した社会生活が出来るように努めている。                                | 家族同伴で外出したり、歯科通院される利用者がある。知り合いの訪問もある。正月には5人位が帰宅される予定である。曇参りの希望を叶えようと検討中である。 |                   |
| 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                  | レクリエーションや食事の際には穏やかに生活できるように座席配置を考えている。また外出の際のペアリング等を配慮し、相互に助け合える機会を作っている。                               |  |                   |
| 22                       |     | 関係を断ち切らない取り組み<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 | 退去され、他の施設に移られた方への面会などご縁を繋げられるよう、その後の様子を電話にて尋ねたりしています。   |  |                   |

| 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 |
| 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   | 入居前の情報(生活歴・週間・趣味など)をご家族より得るようにしている。またご本人とコミュニケーションをとりながら、行動や会話から思いや志向の把握をする。入居後も家族様より情報を得るようにしている。 | 事前面談で基本情報のほかに思いや意向を利用者や家族から聞いている。職員の「目標参画シート」をもとに利用者のやりたいこと、出来ることを見つけ、生きがいや役割のある暮らしにつなげている。入浴はコミュニケーション確保のよい時間になっている。                             |                   |
| 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                                       | ご家族様より細かい情報を聞き逃すことなく、アセスメントに記入する。日常の行動より、気付きを持ってその人の自立を目指して話し合いをし、ケアに生かすようにしている                    |   |                   |
| 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   | その日その日随時な面を含めて身心状態を見つめる。その日のADLに合わせてその人に合った適切なケアの提供を行うように努めている。                                    |   |                   |
| 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 | ケアプランに沿った支援の評価を行う。その方の状態を家族の情報を交えながら職員全員で個々のアセスメントを作成し、話し合いを行っている。その人らしいケアプランを作成するように努めている         | カンファレンスで得た情報を基に暫定プランを作成、1か月位ケアを実践し、その間の職員の気付きを更新アセスメントに記入し、これを参考に計画書を作成している。その人らしい生きがい、役割のある生活が実感できるような介護計画書になっているかケア内容を検討し、職員は共通認識を持ってケアを実践している。 |                   |
| 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                        | 日々ケアプランを中心にケア実施し、記録をしている。また改善必要と思われる時は、気付きを持って常に新しい情報として共有している。                                    |   |                   |
| 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               | 法人の関係医院や訪問看護を受けられるように支援している。   |   |                   |

| 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                           |
| 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                                      | ボランティア等のご縁を繋ぎ、利用者が楽しんで頂ける事を願い、協力依頼をしている。<br>(音楽療法・フラワーアレンジメント・化粧療法等)                                    |  |   |
| 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                                  | 整形外科・眼科・心療内科など受診必要な時はご家族に連絡をし、ご希望があれば受診支援を行っている。歯科は往診をしてもらっている。   | 月2回かかりつけ医の往診があり、週に2回看護師が訪問し利用者の健康管理を行っている。歯科医も依頼すれば往診して入れ歯や治療をしてもらえる。通院も家族、職員が同伴して行っている。                                   |   |
| 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                          | 毎週金曜日定期的な訪問によって、介護者、看護師の連携をすることによって、双方の気付きを確認し、ケアに反映させている。1回の訪問は約二時間くらいとゆっくりと診てくれているために、細かい情報も共有出来ている。  |  |   |
| 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。 | 往診医と家族を交えて、入院先の担当医への現状や予後について話し合い、早期の退院に向けて、ご本人とご家族の安心にサポートする。  |  |   |
| 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  | 重度化の対応方針を策定している。26年7月1日から21日までターミナルケアを行った。往診医は24時間対応してくれた。ターミナルケアにおける承諾書等を作成した上に、信頼関係を密にし、ターミナルケアに取り組んだ | 重要事項説明書などに記入はないが、重度化の対応について家族に説明し、意向伺い書などを作成している。かかりつけ医、訪問看護師が24時間オンコール体制を取り、職員にはケア会議で研修し、家族の意向に沿った支援を行っている。ターミナル支援の事例がある。 |   |
| 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  | 対応マニュアルの所在を定位置とし、平素から熟読、定期的にシミュレーションしている。   |  |   |
| 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  | 事務所の壁に災害対策の対応手順を掲示するとともに、年に二回の非難訓練を行っている。スプリンクラー設置及び消防署直通の電話も設置している。非常時の備蓄もしている                         | 防災マニュアルを整備し、災害時対応手順を掲示している。年2回職員のみ参加の避難訓練を実施している。スプリンクラー、緊急通報装置が設置されている。地域の防災マップで避難経路の確認がされているが、災害時には裏庭の竹藪に避難する予定である。      | 避難訓練には利用者も参加し、避難にかかる時間や対応を確認し、検討されることが望まれる。 |

| 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 |
| . 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                   | その人のペースに合わせた声掛けをしている。個々の生活習慣や個性を尊重し、共感した対応をしている。   | 入室時には声かけをしてから入っている。利用者のペースに合わせ、自己決定できるような言葉掛けをしている。書類はスタッフルームに置き、関係者以外出入りすることはない。            |                   |
| 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                     | 食事献立の希望、アクティビティの選択、(将棋、歌、貼り絵、縫物など)またおやつ時の飲み物は自己決定できるような声掛けをしている。                                     |  |                   |
| 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 | 職員側の都合や共同生活での制限を感じられる事のない様に、その人らしさを考えた生活支援を行う。   |  |                   |
| 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                                  | 個性に合わせた身だしなみや、おしゃれになるようにアドバイスや支援を行う。ヘアカットや顔そり、お化粧品や白髪染めも家庭的に可能な範囲にサービスの提供をしている                       |  |                   |
| 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     | 10時15時のおやつ時職員と一緒にお茶を飲むようにしている。その際「今日は何を食べたい?」と聞き、出来るだけ有る材料で好みのものを作らせてもらっている。利用者と職員と一緒に準備、また片づけもしている。 | 食事は3食とも職員が手作りしている。魚類は決まった店から購入し、野菜は地元の野菜を使い、行事食やお弁当も手作りしている。準備や片付けを手伝う利用者がある。外食の機会を設ける予定である。 |                   |
| 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          | 体重管理や定期的な血液検査により、身体状態を把握し、提供する食品や調理などに反映させている。水分摂取は嗜好やタイミングを考えてこまめに行っている。                            |  |                   |
| 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                   | 口腔内の清潔が保てるように職員は口腔ケアはゆっくりと念入りにケアをしている。個々の口周囲の疾患にも十分注意している。   |  |                   |

| 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                              | 個々の排泄パターンを排泄表やその方の表情を見逃さないようにタイミングを見計らい、声掛け支援を行っている。   | オムツ使用者が3名いるが、ほとんどはリハビリパットで対応している。排泄表からパターンを把握し、表情やタイミングを見計らい介助している。利用者の負担軽減を考えパット使用の工夫をしている。 |                   |
| 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  | 食事の献立表に食物繊維や乳製品の摂取を意識し、積極的に取り入れる。便秘予防を説明し、水分摂取の促進に努めている。体操や散歩等で運動量を増やし腸の活動を促進出来るように努めている。                                      |  |                   |
| 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                        | 午後二時半以降に週3回入って頂けるようにしている。可能な限り同性介助により、コミュニケーションをとりながらゆっくりと入浴して頂けるように心掛けている。  | 週に3回午後から入浴している。マンツーマンでコミュニケーションをとりながら、ゆっくり入浴し、担当者は全身を観察し記録を残している。入浴のない日は足浴を実施している。           |                   |
| 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   | 日中の生活活動を促し、適度な運動量を確保し、スムーズな乳眠と安眠を支援する。高齢者であるという意識の元に、自由に休息もとれるように随時声掛けや誘導をしている。  |  |                   |
| 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  | 毎月薬剤師との利用者個々の服薬内容のカンファレンスを行い、既往歴や現病を把握したうえで薬の内容を勉強している。医師の指示通りに服薬して頂けるようにし、病状の変化等はその都度連絡している                                   |  |                   |
| 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                             | 生活レクとして、家事全般をADLに応じて、役割を持って頂き、やりがいを感じて頂けるように支援する。得意なアクティビティを選択して楽しむことで、張り合いや喜びのある日々を送ってもらえるようにする                               |  |                   |
| 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 | 散歩は徒歩可能者のみではなく、車椅子使用の方も同様に、外気に触れて頂く機会ととらえているので、積極的に取り入れている。天気の良い日には裏庭に出て日光浴を楽しんで頂き、お茶を飲んだり昼食を摂って頂いたりもしている。家族との外出支援は柔軟な対応をしている。 | 天気が良ければ裏庭を散歩している。手作りのお弁当を持って出かけることもある。家族同伴の外出は柔軟に対応している。                                     |                   |



| 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 |
| 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  | お金は所持をして頂いていない。入所時に家族様にトラブルを避けるためをお願いしている。利用者様には「ここはお金はいらないので安心して下さい」と声掛けをしている。  |   |                   |
| 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   | ケアプランにも援助項目として加えてある。ADLに応じた支援方法でご家族とやり取りが出来るようにしている。   |   |                   |
| 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 | グループホームをぐるりと回ることができるため、季節を感じて頂けるようにその時の時期に応じた花や野菜を植えている。西側は日当たりがよいのでカーテンを開けて日光浴を楽しんで頂いている。また家具の配置を考えて利用者様が自由にトイレに行けるなどの自立支援を行っている。 | キッチンと居間、食堂が一体化した空間で利用者は談笑したり、将棋を楽しんだり、テレビを見て思い思いに過ごしている。職員は料理を作りながら話しかけ和やかな雰囲気を感じられる。浴室、トイレも使いやすく、職員が見守りしやすい作りになっている。 |                   |
| 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  | 共同空間の中にもそっと一息つける場所や、お気に入りの座席や気のあう者同士の座席配置などを意識している。  |   |                   |
| 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   | 居室内はその人らしさと安全性を考えた家具の配置をし、以前の生活を継続して頂けるように馴染みのものをご家族に持ってきて頂いている。居室入口には名前の入った手作りのれんをかけている。  | 部屋の入り口には職員手作りの暖簾がかけられ、ベッド、タンス、写真、人形など馴染みの物が持ち込まれている。ハンガーポールを衣服を掛けるだけでなく簡単な洗濯干しとしても使用されている。                            |                   |
| 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   | それぞれのADLに応じて居室内は長椅子を置くなど工夫をし、歩行導線を作っている。また廊下等には「トイレ」や居室案内を促すための矢印などで示すことで迷う事のない安心した生活の支援を行っている。                                    |   |                   |