

# 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   | 1290600079    |            |            |
| 法人名     | 株式会社日本ケアリンク   |            |            |
| 事業所名    | せらび美浜         |            |            |
| 所在地     | 千葉市美浜区真砂4-2-8 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年3月1日     | 評価結果市町村受理日 | 平成28年5月18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 <http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php>

## 【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VAICコミュニティケア研究所 |  |  |
| 所在地   | 千葉県千葉市稻毛区園生1107-7        |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年3月30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)】

自立支援に向けたケアと入居者様の明るい表情・困難な入居者への職員の粘り強いケア・職員の優しい対応と活気がある・清潔な施設

## 【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)】

支援の考え方は、理念である「素晴らしい人生を過ごそう」であり、ケアの基本となっている。ケアプラン作成に関しては居室担当者や計画作成担当者の役割分担が明確であり、担当者会議で話し合い支援の方針を全員で共有している。経過記録もケアプランに沿った内容を記録するなど、根拠にもとづいた利用者支援となっている。管理者は、利用者には尊敬と共感の念をもって接することに心掛けしており、対応が困難な利用者に対しても粘り強いケアや声かけの工夫を行うことを基本に据えている。また、共有スペースを居心地のよい場所にしたいと環境整備に努めている。ホームは活気があり、職員の向上心も高いことがうかがえる。

## 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)      | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいの<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいの<br><input type="radio"/> 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、信頼関係ができる<br>(参考項目:9,10,19)     | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と<br><input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと<br><input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと<br><input type="radio"/> 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)            | <input type="radio"/> 1. 毎日ある<br><input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある<br><input type="radio"/> 3. たまにある<br><input type="radio"/> 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)                     | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br><input type="radio"/> 2. 数日に1回程度<br><input type="radio"/> 3. たまに<br><input type="radio"/> 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)                  | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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拓がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている<br><input type="radio"/> 2. 少しづつ増えている<br><input type="radio"/> 3. あまり増えていない<br><input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 4. ほとんどいない    | 66 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が<br><input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)                 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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                                       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)        | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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                                   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が<br><input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 4. ほとんどできていない |
| 62 利用者は、その時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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 4. ほとんどいない    |  |   |

## 自己評価および外部評価結果

| 自己<br>外<br>部       | 項目  | 自己評価   | 外部評価   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
|--------------------|---|--|--|---|
|                    |   | 実践状況   | 実践状況   |   |
| <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                            | (素晴らしい人生を送ろう)に基づき全職員に周知し、その実現に向け日々努力している                               | 管理者は、利用者及びスタッフが理念である「素晴らしい人生を過ごしてもらう」ことを一番の願いとしている。ケアプランの柱も理念を基本に据えており、プランに沿った実践を「せらびスタイル」として職員に周知している。                                  |   |
| 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                            | 散歩・外出等を、どうしてのみの交流であるが、日常的な交流ができるよう努めている                                | 自治会に加入し、夏祭りや餅つきなどに参加したり、天気がよければ近くのマーケットや広場にも散歩に出かけている。昨年は大勢の小学生が社会見学に来たり、傾聴や三味線、歌、絵手紙などで地域のボランティアを受け入れている。                               | 集合住宅の中にあるホームであることから、居住者との交流を図ることが望まれる。自治会と連携しながら、居住者向けのさまざまな情報発信を期待したい。 |
| 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                              | 地域の理解のもと、直接接する機会は少ないが運営推進会議などで、発信している                                  |  |   |
| 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       | 運営推進会議の開催の継続し、参加者との意見交流を行いサービス向上に活かしている                                | 利用者・家族や地域包括支援センター職員、民生委員などの参加で2か月に1回開催している。ホームの現状を報告し意見交換を行うほか、月によっては勉強会を行っている。最近では調剤薬局の薬剤師から、ノロウイルスの感染対策などを学んでおり、運営推進会議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                 | 市の担当者との連絡は少ないが、情報の発信に繋がるよう取り組んでいる                                      | 区の担当課には電話などで相談を行ったり、出向いて利用者の状況について説明することもある。また、介護認定の更新手続きの代行などでも訪問している。そのほか、行政も参加するグループホーム連絡会の研修などにも出席するなど、関係を保つよう取り組んでいる。               |   |
| 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 | 日々身体拘束はしないとの研修も含め、その実践に取り組んでいる   | 身体拘束廃止や虐待防止などの研修を実施しており、どんな時に不適切な行為が起こりやすいか学んでいる。玄関は施錠せず外出願望の強い利用者には、一緒に外に出たり家族の協力で一時帰宅することもある。言葉の拘束についても気を付けており、利用者を尊重したケアに努めている。       |   |
| 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の虐待が見過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている             | 研修等の開催の継続し、充分注意し、職員一丸となり防止に努めている。気になる言動等が見られる場合、随時面談を行うなどし原因を見る努力をしている |  |   |

| 自己<br>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    | 研修等の開催をし、関係者との話し合いの上、活用できるよう支援している                |   |                   |
| 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                         | 不安や疑問にその都度対応し、かつ友好な説明となるよう努力している                  |   |                   |
| 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                     | 要望・相談について、謙虚に傾聴し記録としても保存している。運営にも十分反映させている        | 家族の要望や意見は面会時や電話などで聴いている。ケアプランの更新時には計画作成担当者が直接意向を聞き取っており、介護保険以外のサービスなども伝えている。利用者の意見は日々の支援のなかで聴いており、発した言葉は全て受け止め、内容によっては担当者会議で話し合っている |                   |
| 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                                      | 本社経由の情報を、報告し意見が出るよう会議の開催にて反映させている                 | 職員の意見は休憩時や事務所で聞く機会を設けている。年2回の評価面接でも意見を聞くようにしている。職員意見から早番の時間を変更したり、職員休憩室にソファを設置するなど、職場環境の整備につなげている。                                  |                   |
| 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くよう職場環境・条件の整備に努めている       | これらに関してきちんと把握できる様にしているが、職場環境・条件の設備など個々に課題がある現状である |   |                   |
| 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         | 研修等には常に力を入れている。法人内外で受ける機会も設けながら進めている              |   |                   |
| 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 | グループホーム連絡会を通じ、研修及び勉強会に参加し、サービスの質を、高められるよう取り組んでいる  |   |                   |

| 自己<br>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 | アセスメント、モニタリングの実施し本人の安心するための関係づくりに努めている   |   |      |                   |
| 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            | 家族相談には、こと十分な配慮の上傾聴に努め友好な関係作りを行っている   |   |      |                   |
| 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        | 見学・面談時にどう支援が必要であるかのリサーチし、アセスメントが不十分とならないようきをつけながら対応している                          |   |      |                   |
| 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げ、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | その時々に、お互いの意思疎通(声掛け)を大切にし良い暮らし、送れる様に関係を、築いている                                     |   |      |                   |
| 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げ、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         | 家族の思いを受け止め、来訪時が楽しみとなる様対応している   |   |      |                   |
| 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                 | 各々の会話の中本人の想いが、実現できるようレクリエーションを通し支援に努めている   | 知人や親せきが面会に來たり、電話をかけてくることもある。友人や家族に手紙や年賀状を出す利用者には一緒に投函に行くなどしている。また、個人で携帯電話を持っている利用者もおり、家族や友人・知人との関係が途切れないよう支援している。 |      |                   |
| 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                 | 孤立しないよう、職員が中に入り関わりの時間を大切にしているが、中には居室のみの生活が多い方もいるため、外部・近くなどの参加ができるよう常に促しの工夫を行っている |   |      |                   |

| 自己<br>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                     | お手紙などの利用をしているが、現状は連絡が無いことが多い。しかし中には連絡可能な方がいるので、相談及び傾聴に努めている |  |                   |
| <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  | ご本人の自由な生活を第一に考えまた、どのように努めている。誤解の無い様、個々に確認しながら暮らしの支援に努めている   | 入浴時やリビングでくつろいでいる時などを利用して、利用者の意向を聴き取っている。意思疎通が難しい場合は、表情などから思いを汲み取るようにしている。把握した情報や、利用者の言葉などは個別の支援記録や連絡ノートなどに記載して、日々の支援につなげている。         |                   |
| 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  | 長年の暮らし方が失われ無い様サービス利用に努め、経過に関しては、サービス担当者会議等で職員の確認も合わせ行っている   |  |                   |
| 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  | 記録が、あいまいとならぬ様一人ひとり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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ユニット職員全員で一人を見ることから、必要な関係者と話し合いをし、介護計画を作成している                | 利用者や家族等の意向を踏まえ、心身状況などのアセスメントを基に、担当者会議で話し合いケアプランを作成している。日々の支援は、支援記録にケアプランの項目ごとに、実施内容を記載している。また、支援記録はモニタリング時に目標達成度などを評価する根拠としても活用している。 |                   |
| 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                         | 記録の重要性を認識の上、情報の共有に努められるよう、教育し介護計画の見直しに活かしている                |  |                   |
| 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、その時に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                | その時々に、お互いの意思疎通(声掛け)を大切にし良い暮らしが、送れる様に関係を築いている                |  |                   |

| 自己<br>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  | 安全で豊かな暮らし方に近づけるような、健康管理し支援している                             |   |  |
| 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し、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                                | 往診医及び本人の希望を考慮し、適切に医療を受けるよう支援している(月2回以上)                    | 利用者は月2回訪問診療を受けているが、希望があれば外部の医療機関への受診も支援している。往診医とは医療連携記録を活用して、利用者の健康状態について情報の共有や、アドバイスなどをもらっている。往診時には家族が立ち会うこともあり、希望にそった医療を受けられるよう支援している。                              |  |
| 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                               | 往診医師及び稻毛病院訪問看護師による健康管理の目的に添い正しく適切な受診や看護を受けている(週1回の訪問時)     |   |  |
| 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。     | 入院後家族と病院との連絡だけにならないよう病院との連絡がスムーズに行えるよう情報の共有ができるように関係を築いている |   |  |
| 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 | 書面でも取り交わしの上チームケアに取り組んでいる(医師と連絡相談後、家族への連絡し説明)               | 契約時に「重度化した場合における対応指針」にそって、説明し同意を得ている。指針には看取りに関するホームの考え方や、医療機関との連携体制が明示されている。ホームでは医療行為が必要になれば対応できないことも説明しており、食事が摂れなくなってきた段階で、主治医とも相談しながら、再度家族と話し合う場を設け、意向にそった支援に努めている。 |  |
| 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ます   | 定期的な訓練とは至らないが、研修及び緊急時対応について説明している                          |   |  |
| 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   | 現実では、協力体制が伴っていない状況である                                      | 避難訓練は年1回実施しており、利用者も参加して避難経路の確認をしている。ホームは集合住宅内にあり、非常時は管理人室に通報がいくようになっている。また、地震などの災害に備えて飲料水や食料、おむつなどの備蓄品を整備している。  | 夜間想定も含めた避難訓練の実施が望まれる。また消防署にも立会いを依頼し、集合住宅での安全対策を含めたアドバイスをもらったり、居住者との交流を通して、災害時の協力を依頼するなどの取り組みにも期待したい。 |

| 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               | 一人ひとりの人格を尊重した声掛けが失われ無い様に十分に配慮した対応に心掛けている              | 利用者の生活歴を理解して、一人ひとりの気持ちに共感しながら関わるように心がけている。日常生活において自己決定ができるような声かけや、排泄時等におけるプライバシーに配慮した対応などについてユニット会議でも話し合い、利用者本位のケアに努めている。       |                   |
| 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                      | 常に自己決定できるように、また表現できるように日常のケアに専念している                   |   |                   |
| 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 | 希望に添う努力はしているが、時と場合において職員の促しによる軽く活動への、参加の場合もある         |   |                   |
| 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                                   | きちんとした身だしなみには気をつけた支援をしている                             |   |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 不平や不満にも耳を傾け、楽しみとなるように入居者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている         | 食事は業者から届く食材を使用して調理しているが、ベランダで栽培したトマトや大葉などを食材に使用することもある。利用者は米を研いだり、配膳や下膳などできることで参加している。また、おやつには職員とクッキーを作るなど、食を楽しむことができるよう工夫している。 |                   |
| 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           | 他の部署の管理栄養士からの助言及び医療と連携し、個々に合った栄養提供している                |   |                   |
| 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                    | 歯科医師及び衛生士の助言もあり、口腔内の清潔保持に努め、嚥下困難に陥らないよう体操は食事前に必ず行っている |   |                   |

| 自己<br>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                              | プライバシーを尊重し、自立に向けその方に合う排泄の支援を行っているが、ADLの低下が著しい場合、その方の負担にならない様な、排泄方法を行っている(その場合必ず担当者会議の実施) | 日中は声かけにより、トイレで排泄できるように支援している。夜間帯もオムツではなく、声かけにてポータブルトイレを使用している利用者もいる。身体機能が低下してきた場合も担当者会議で話し合い、排泄の自立に向けて取り組んでいる。                         |                   |
| 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   | 便秘にならないよう排泄チェック表及び水分チェックの活用を毎日のスケールとし、医療機関と相談の上下剤調整もしている。食事提供には、充分な配慮とし、日々予防に向けている       |  |                   |
| 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                        | 個々に添った入浴方法を、取り入れているが、夜間入浴は行っていない   | 入浴は午後の時間帯で個別に対応している。利用者によっては1時間かけて入浴の介助を行ったり、希望により同性介助で対応するなど、個々の要望にそった支援をしている。職員とゆっくり会話ができる入浴の時間は、利用者にとっても楽しみとなっている。                  |                   |
| 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の状況に応じて、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   | 個々に安眠できる様休息の支援している   |  |                   |
| 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   | 医師及び薬剤師の指導のもと、服薬の支援を行っている。尚、定期的な往診にて各症状の変化にも対応しながら、服薬の支援を行っている                           |  |                   |
| 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                                  | 個々のモニタリングを、行い喜びが見いだせるように、気分転換の支援をしている  |  |                   |
| 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 | 本人が、希望を見いだせるように、職員に伝え、意向に添えるよう外出の機会を支援している   | 天気が良い日には近隣のスーパーマーケットや、駅前の広場などに散歩に出かけている。店舗が近くにあるため、日常生活に必要な物を買いくに行くなど、できるだけ外出の機会が持てるように配慮している。家族と一緒に散歩に行く利用者もあり、利用者の意向にそった外出の支援に努めている。 |                   |

| 自己<br>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  | 買物の希望に添えるよう、家族と相談しながら支援している              |  |                   |
| 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   | 大切な家族との連絡が出来る様、家族にも話し支援している              |  |                   |
| 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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 季節感を取り入れた住まいになるよう飾り付けにも配慮した空間づくりを目指している  | リビングの室温はエアコンで適切に調整しており、定期的に窓を開けて換気も行っている。食事用のテーブルの他にソファを数箇所に置いて、利用者は好きな場所で思い思いに過ごしている。毎月ちぎり絵や折り紙などで、季節に合わせた作品を職員と利用者が一緒に作り、リビングの壁に飾っている。 |                   |
| 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  | 仲の良い入居者同士の交流ができるよう、本人の希望を叶えた、居場所の工夫をしている |  |                   |
| 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  | 家族と合意の上、安全に生活が送れるよう工夫している                | 部屋の入口には利用者と居室担当職員の写真を掲示し、自分の居室を分かりやすくしている。使い慣れた机やタンスなどを持ち込んだり、壁も好きなように飾っている。転倒の危険性防止のため居室内に手すりを設置するなど、個々の状態に配慮して支援している。                  |                   |
| 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   | わかりやすい表示にて安全な環境整備を行っている                  |  |                   |