

### 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   | 1071000259    |            |  |
| 法人名     | 加納商事株式会社      |            |  |
| 事業所名    | グループホームゆうあい   |            |  |
| 所在地     | 群馬県富岡市中高瀬61-5 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成24年4月25日    | 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 | 特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構 |  |  |
| 所在地   | 群馬県前橋市新前橋町13-12     |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年5月23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)】**

清潔ケア・・・入浴日以外の日は必ず足浴をしている。(輪になって歌を歌い心身共にコミュニケーションを図っている。)午前・午後と2回陰部洗浄(ボトル洗浄)を全員行い、その他排便時も行う。手作り食事・・・入居時に比べて心身共に機能的に向上している。(栄養面 心身機能意欲 表情など)

**【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)】**

ホームは、食事の支援に力を入れた取り組みをしている。各ユニットに2名の食事担当職員がおり、交替で朝・昼・夕食を旬の食材を使い、栄養バランスや体調に合わせて調理している。入居者と職員は食材購入や下拵え等を一緒にやり、同じテーブル囲んで会話をしながらの楽しい食事を支援している。また、特色として毎日2回に加えて汚染時の陰部洗浄を行い、入浴日以外の日には足湯をする等清潔のケアを実践している。家族との関係においては、コミュニケーションが大切と考え、面会時には声をかけて意見要望を聞き、家族が安心するように毎月本人の行事写真や生活・健康状態を一筆箋にしたためて、家庭に郵送している。運営者・全職員は熱意を持ち、優しく、温かい心で、入居者が自分らしく自由な生活をされるよう支援に取り組んでいる。

**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)       | ○                     | 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)    | ○                     | 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

[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  | 地域の中で暮らし続けることの意義を重く受け止め、その人らしく暮らし続けるよう支援していくを理念の元としている。               | 理念を玄関等に掲げ、朝の申し送り時に理念を確認したり、新人研修にはホーム長や管理者より理念の説明をしたりして、理念の共有を図っている。理念には、地域の中で高齢者が自分らしく自由に笑顔で暮らせる為の支援を謳い、日々取り組みをしている。                       |                   |
| 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  | 区費を払い回覧を回してもらっている。地元の道路清掃や生ごみ当番、消防の研修に参加し近所の方とあいさつを交わしている。野菜等々を頂いている。 | 自治会に加入し、地域清掃やゴミ当番・消防研修等の参加により、地域との繋がりを大切にしている。散歩時に地域の方の声かけや近頃の古墳で遊ぶ子どもとの会話もある。また、看護学生の研修や踊りのボランティアを受け入れる等地域の方との交流に努めている。                   |                   |
| 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  | 推進会議等で伝えながら民生委員、区長など困っている方などの相談にお互い連携を活かしている。                         |  |                   |
| 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                                     | 推進委員、市の職員に相談したり意見を参考に活かしている。  | 2ヶ月毎に運営推進会議が開かれ、行事運営報告、外部評価、災害避難訓練、インフルエンザ等の議題について意見交換をしている。薬剤師を招き「薬の正しい使い方」をテーマに勉強会をしたり、災害時の避難場所を区長の協力により集会所が使用可能になる等、サービス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取り組んでいる  | 市職員の運営推進会議の参加、ホーム側から包括支援センター主催の会議に毎月参加連携を深めている。                       | 保健所の講習会及び包括支援センター主催の会議で、市内グループホームとの情報交換をしている。介護認定制度の入居者対応の問題を、市に相談する等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 | 研修内容を参考に具体的な行為を正しく理解して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。                             | 外部研修を受講し、マニュアルを作成して全職員が理解を深めている。玄関は、業務繁忙の夕方等には一時的に施錠する事もあるが、常態化はしていない。どうしても外へ出たい方には職員が一緒に出かけ見守りをしている。身体拘束がやむをえない場合は、家族に説明し、書面にて了解を頂くこともある。 |                   |
| 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                                     | 虐待防止のセミナー研修内容をホームで話し合い共有し防止に努めている。                                    |  |                   |

| 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    | 研修に参加して理解しており対象者がいれば市とも相談して行っている。                               |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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                         | 重要事項等々の説明を充分行いさまざまな細部の疑問点にもこたえる旨を伝え理解を得て契約を行う。                  |   |                   |
| 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                     | 苦情箱を設置している。日頃から面会などでゆっくり話し合い要望はないか、確認して運営に活かすよう努力している。          | 希望は「相談助言受付票」に記録し、職員で検討して家族に説明している。また、ホーム内には苦情委員会があり、体制が作られている。毎月家庭に本人の写真や一筆箋に健康や生活状況を書いて郵送し、家族と情報を共有しながら、面会に見えた時に意見要望等を聞くよう働きかけをしている。 |                   |
| 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                                      | 年に数回の全体会議で意見を出し合い(1人ずつ)時間をかけ討議を行い反映させている。                       | 全体会議及び夜勤専門者会議を年にそれぞれ3回くらい開催し、意見や提案等を聞いている。日常的に管理者と職員は話し合い、介護方法等に取り組みをしている。また、研修や休暇の希望等を勤務調整し、職員の意向を尊重している。資格取得についても応援している。            |                   |
| 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      | 職員個々の努力を把握しており、それに合う待遇を行っている。                                   |   |                   |
| 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         | 新入社員研修を行ったり、内外研修を受ける機会を確保している。                                  |   |                   |
| 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 | グループホーム同士の相互間、訪問等の活動を通じて向上を図っている。地域ケア会議で課題を決めて発表しサービスの向上に努めている。 |   |                   |

| 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 |
| <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 | 入居前に面会して本人の不安や求めていることをよく聴き信頼関係を築けるよう努力している。                        |   |                   |
| 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            | 家族の希望に応じて面接を繰り返し話し合う機会を作っている。                                      |   |                   |
| 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        | 本人と家族に、今何の支援が必要か見極めホームで対応できない場合は、他のサービス機関への連絡を取っている。               |   |                   |
| 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                        | 日常生活場面や本人との会話の中から職員が利用者に教えてもらうことが多く、笑いのある日々になるよう共に支えあう関係作りを構築している。 |   |                   |
| 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         | 利用者のことは、その都度報告し、家族と共に連絡を取り合っており本人を支えている。                           |   |                   |
| 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                     | 友人、知人、家族との面会には、場所を提供して楽しんでもらっている。                                  | 近くの友人・知人等が面会に見えているが、家族の意向等を確認して支援をしている。また、家族の迎えがあり、正月の外泊・法事の出席や墓参りに出かけている。希望により自宅に見える知人との面会に、職員が車で自宅まで送る等、馴染みの人や場所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                  | 孤立しないよう全体を見て把握して皆と和をもち関係を築けるよう努力している。                              |   |                   |

| 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                    | 契約終了時に常時相談にのりアドバイスをさせてもらっている。  |  |                   |
| <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   | 日常の会話の中から本人の思いや意向を把握するよう努めている。家族等からも情報を得るようにしており職員間で共有し日々のケアに活かすようにしている。       | 日常的に会話の中で直接希望を聞き、思いや意向を把握しているが、言葉で意思表示が困難な方には表情やしぐさ等から思いや意向の把握に努めている。心情理解は難しいが、家族の情報等を加えて検討をしている。また、書道等の入居者の趣味を把握し、道具を用意する等本人の希望に沿った支援をしている。 |                   |
| 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                                       | ご本人の今までの背景をアセスメントし、ケアプランに活かしてサービスにつないでいる。                                      |  |                   |
| 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人ひとりの状態や思いに配慮しながら本人に合った環境を作るようにする。  |  |                   |
| 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 | 本人や家族等には、日々の関わりの中で思いや意見を聞き、ミーティングや職員会議、全体会議の中で職員が気づきや意見を出し合い利用者本位の介護計画を作成している。 | 本人・家族の希望や主治医からの情報、職員からの毎日の生活情報等を基本資料として、3ヶ月毎にサービス担当者会議で検討している。モニタリングを毎月行い介護計画に反映させ、計画は職員へ戻されて検討されている。期間は6ヶ月としているが、変化があると直ちにカンファレンスで見直されている。  |                   |
| 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                        | 毎日一人ひとりの日常を記録し、記入している。引き継ぎを行い、情報を共有し実践や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               | 既存のサービス以外に生まれるニーズには、最大限考えて話し合い、今必要なことに繋げるよう支援する。                               |  |                   |

| 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                                     | ボランティアの受け入れ、消防訓練運営推進委員会等で協力しながら行っている。   |   |                                 |
| 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                                 | 協力医の他、本人の家族等の希望、疾患の内容によりそれぞれのかかりつけ医で受診している。                                   | 入居時に家族と相談し、殆どの方が協力医をかかりつけ医としている。月1回協力医の往診がある。歯科受診は職員が同伴したり、歯科の往診を受ける方もある。受診状況は、家族に電話や面会時に報告している。  |                                 |
| 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                         | 正看護師1名・准看護師2名協働で利用者を支えている。  |   |                                 |
| 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 | 協力病院の医師の連携で早期退院に協働している。   |   |                                 |
| 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居時に本人や家族に説明し方針の統一を図っている。主治医、家族や職員等で連携を取りながら、状況の変化を伝え本人家族の意向を受け止め可能な限りホームで支援。 | 契約時に、ホームは入居者が経口的に食事が摂取できる限りはホームで介護することを方針とし、看取りのケアは行わないと説明している。急変時や重度になった場合には、家族・医師・ホームサイドで話し合い方針を共有している。本人・家族の意向を大切にしたいと考えており、重度化及び終末期指針の作成をしているが、職員と具体的な話し合いはしていない。 | 指針を基に、職員と具体的な話し合いが行われることを期待したい。 |
| 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   | 急変時、事故発生時のマニュアル作成をして職員で共有している。救急救命の講習を受けて備えている。                               |   |                                 |
| 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   | 災害訓練を年2回行い、入居者の避難誘導等地域との協力体制をお願いしてある。   | 年2回消防署の指導の下、1回は夜間想定火災訓練を行い、避難誘導や経路確認を行っている。近隣の方に火災訓練の参加を呼びかけるが、参加者は少ない。運営推進会議で、区長・民生委員に協力を依頼している。備蓄については、水・食料・防災グッズ等を用意している。  | 近隣の方と共に災害時の相互協力体制を築けるよう期待したい。   |

| 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                   | 1人ひとりの誇りやプライバシーを損ねない対応や言葉かけには最善の注意を払っている。記録等の個人情報の取り扱いに関しては、秘密保持の徹底を務めて努めている。  | 入居者の人格を尊重し丁寧な言葉遣いを心がけ、呼称は〇〇さんとしている。居室への入室時の声かけ、排泄誘導時のさりげない言葉かけ、入浴時の肌の露出等に配慮して、誇りやプライバシーを損ねないように対応している。  |                   |
| 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                     | 入居者の表情などの変化をくみ取り希望や思いを表出できるよう働きかけている。本人がやりたい事を自分で決められるよう支援する。                  |   |                   |
| 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 | ホームや職員の都合による1日の流れでなく本人のペースで暮らせるよう支援している。                                       |   |                   |
| 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                                  | 本人の希望で家族の協力も得ながら衣類、美容などを支援する。  |   |                   |
| 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     | 本人に合ったものできるだけ用意を行い、清潔ケアの支援、毎月の散髪、美容を希望に応じて支援している。                              | ユニット毎に2名の食事担当職員が、交替で朝夕の食事を旬の食材で調理している。入居者の希望を聞きながら、栄養バランスや体調に合わせて粥食・刻み食等を提供している。入居者は食材購入に職員と出かけたり、野菜の下拵え・テーブル拭き等を行ったりしながら、職員と一緒に同じテーブルを囲み会話しながらの食事となっている。 |                   |
| 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          | 1人ひとりの状態を毎日確認をして食べやすいものや水分補給できるものを提供し完食できる支援を行っている。3カ月に一度は栄養状態を主治医による検査を受けている。 |   |                   |
| 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                   | 1日3回食後、必ず口腔ケアをしている。虫歯・入れ歯、噛み合わせなど支援している。                                       |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄記録を記入して1人ひとりのパターンを把握しながら自立に向けた支援を行っている。                | 介護記録の記録から、一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレへの排泄誘導を適宜行っている。殆どの方が昼間はリハビリパンツを着用し、トイレでの排泄が行われている。  |                   |
| 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  | 排泄状況を確認しながら野菜を中心に栄養バランスを考え運動も加え支援する。                     |  |                   |
| 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                        | 入浴日は決まっているが、体調など本人の希望により曜日の配慮をする。                        | 入浴は夏週3回・冬週2回とし、希望があれば入浴は何時でも可能である。入浴の順番は、入居者の方が決めている。拒否する方には、言葉かけやタイミングを工夫している。入浴日以外の日は足湯を行い、毎日2回及び汚染時に陰部洗浄で清潔を心がけている。季節の菖蒲湯や入浴剤を使ったり、歌を一緒に歌ったり、楽しめるよう支援をしている。 |                   |
| 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   | 日中の活動的な生活を支援、心地よい室温を作り、日光にて布団を温めて熟睡をできるようにしている。          |  |                   |
| 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  | 職員は、薬の内容を理解しており、処方の変ったときは、全員に周知し、副作用等を含め入居者の変化に注意を払っている。 |  |                   |
| 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                             | 本人の背景のアセスメントなどで生活歴を見てできる事を支援する。                          |  |                   |
| 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 | 本人が日常的に使う物品の買い物や晴れた日の散歩、家族等の外出など戸外に出掛けられるよう支援している。       | 天気のよい日は、近隣の散歩、花の水遣り、敷地内の草取り等をしている。入居者の希望により、職員と一緒にスーパーでの買い物に出かける等戸外活動を支援している。また、貫前神社の桜や桜草等の花見、ドライブ、家族との外食等家族の協力を得て支援している。                                      |                   |



| 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 |
| 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  | お金の所持は基本的にはもっていませんが、本人の希望の物、買い物に同行し明細は立替にして家族に渡す。              |  |                   |
| 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   | 電話は自由に利用してもらっています。暑中見舞い・年賀状を書き家族に送っている。月1回利用者様のご様子を手紙でお伝えしている。 |  |                   |
| 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 | 毎日清掃を丁寧に行い美しく飾った花など清潔感あふれた玄関、ホール、季節を感じてもらえる庭、心地よく過ごせるよう工夫している。 | リビング兼食堂は、程よい広さがあり、隅にはソファ・大きなテレビが設置されている。入居者の協働による鯉のぼりの貼り絵等の季節の物が飾られ、親しみやすくなっている。また、リビングからは庭の季節の草花が眺められ、居心地よく過ごせる配慮をしている。 |                   |
| 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  | 明るい日差し、庭の花を季節ごとに楽しみながら仲間と会話できるように工夫している。                       |  |                   |
| 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  | 本人の好みの物品を使用してもらい家族の写真や花、カレンダーを飾り、心地よく過ごしてもらえるよう工夫をしている。        | 使い慣れた家具や小物が持ち込まれ、なかには仏壇が置かれている居室もある。壁には家族の写真・カレンダーが掛けられたり、家族からのプレゼントの花が飾られたりして、心地良く過ごせるよう工夫をしている。                        |                   |
| 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   | 自室、ホールと区別しており、分かりやすく自由に行き来できるよう工夫してある。                         |  |                   |