

## 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                             | 毎月行われる全体会議で「そよ風憲章(理念)」を全職員で読み上げている。また、1階事務所、グループホームの玄関、各ユニットの掲示板に掲示し、いつでも職員が理念を意識しながら、働ける環境をつくっている。            | 月1度の全体会議で「基本理念」「介護サービスの基本方針」「品質方針」を出席者全員で唱和しています。理念の実践ができるように、ユニット毎に目標を設定し、定期的に目標に対し振り返りの機会を持ち、取り組んでいます。 |   |
| 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                             | 季節行事を中心に行事参加の呼びかけや、広報誌の配布によって、交流を深めている。地域の保育園には年間行事として、施設訪問していただいている。  | 事業所の納涼祭や文化祭には地域の方にも来ていただけるほか、近隣の保育園とは定期的に交流の機会を持っています。また、事業所広報も地域に配布したり、町内の日帰り温泉旅行にも参加する等、地域との交流に努めています。 |   |
| 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                           | 介護や認知症に関する窓口を自社で設け、回覧板で定期的にお知らせしている。また、町内の行事に参加した際は、介護や認知症に関するお話をさせていただいている。                                   |  |   |
| 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        | 偶数月の第2金曜日の14時で定期開催しており、開催日前にはその都度案内文を送って参加を呼び掛けている。参加人数は少ないが、高齢者支援課や地域包括支援センターの担当者も参加し、その月のテーマに沿って話し合いが行われている。 | 運営推進会議は市の担当者、地域包括支援センター職員、地域住民、ご家族代表から出席してもらっています。参加者へ事業所の状況報告を行い、会議で頂いた意見はしっかり受け止めて向上するように努力しています。      | 運営推進会議に地域の方の出席率を増やせるように継続的に参加を働きかけ、改善されることを期待します。 |
| 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                  | 介護保険法の解釈について質問することが多い。誤った制度解釈をしないように、疑問があれば問合せをして記録に残している。ケアサービスの取り組み内容については、運営推進会議に参加していただいた際に伝えている。          | 市の担当者には運営推進会議にも参加して頂き定期的に情報を交換しているほか、認定の更新や介護保険法の解釈、市町村減免等については市に連絡し相談するなどして、連携を図っています。                  |   |
| 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「介護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 | 毎月のリーダー会議で、身体拘束が行われていないか確認している。各階にもマニュアルを設置し、年間の研修計画で定期的に研修を行っている。   | 身体拘束は今のところ行なっていませんが、事業所内研修や毎月のリーダー会議で検討の機会を設け、職員の理解度を深めています。また、職員の言葉の遣い方についても指導するなど、身体拘束をしないケアを実践しています。  |   |

| 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 |
| 7  | (5-2) | ○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     | 毎月のリーダー会議で、虐待が行われていないか確認している。各階にもマニュアルを設置し、年間の研修計画で定期的に研修を行っている。本社からの職員アンケートも行われている。      | 虐待や身体拘束については事業所内研修や事例検討を行い、毎月のリーダー会議で定期的に確認する機会を設けています。普段の生活の中でも対応について考えながら、防止に努めています。 |                   |
| 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 | 新規採用時の初期研修時にパンフレットを使用し職員に説明している。年間の研修計画でも研修を行う予定となっている。                                   |  |                   |
| 9  |       | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                     | ご希望があればご自宅へ訪問し説明している。遠方のご家族には資料を郵送し、手元で確認していただきながら、電話で説明をしている。文章だけではなく、図や例をあげ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                  | 意見箱の設置や、ご家族が面会に来られた時にサービスについてのご意見を聞かせていただいている。不定期でアンケートも実施し、サービスについてご意見があった場合は、職員に周知している。 | 運営推進会議の場だけでなく、面会時や電話連絡の際や、アンケートも実施し気付いたことや要望は無いか確認しています。                               |                   |
| 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                                   | 契約の更新時にセンター長が面談を行い、職員の意見や提案を聞いている。また、管理者は介護職員を兼務している為、日々の介護現場で職員の意見や提案を聞いている。             | 毎月のリーダー会議、ユニット会議にて情報の収集を行なっているほか、定期的にセンター長とグループホーム管理者が個人面談も行って、職員の意見や提案を聞く機会としています。    |                   |
| 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   | 給与査定時に各職員から自己評価や目標を提出してもらい、それを参考に評価を行っている。また、同時に個人面談を行い、目標に対する達成度や、業務への姿勢についても評価している。     |  |                   |
| 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      | 年間計画に基づいた社内研修を中心にトレーニングを行っている。人員不足との関係もあるが、社外研修をもっと積極的に行っていく必要がある。                        |  |                   |

| 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 |
| 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 | 管理者は地域包括支援センターが開催する地域連絡会等に参加しているが、一般職員の参加は少ない。   |  |                   |
| <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           | ご家族から本人様の生活状況等を聞かせていただいてから、利用者本人にお会いするようにしている。今までの生活を理解し傾聴しながら、信頼関係を築けるように努めている。             |  |                   |
| 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                      | できるだけ電話ではなく直接お会いして入居説明を行い、場合によっては数回に分けてお会いさせていただいている。また、利用者の状態によってはグループホーム以外の他施設の情報提供も行っている。 |  |                   |
| 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                  | 入居申し込み時点で担当のケアマネジャーや利用している介護サービスの担当者とも話し合い、グループホームの入居が妥当かどうか検討している。                          |  |                   |
| 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                                  | 「出来る事」を本人様と一緒に職員が探しながら、集団生活に馴染むように支援している。ADLや認知症の状態で「出来ない事」は職員がフォローし、全員で参加したり取り組めるようにしている。   |  |                   |
| 19                         | (7-2) | ○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                   | 常に家族の中の一員としての立場で報告やお知らせを行っている。ご家族と情報を共有し、面会に来ることができなくても、GHでの生活がわかるように手紙やメール等で報告している。         | 居室担当が毎月の様子を伝えるお手紙を送付しており、面会時などにも普段の様子を伝えながら、ご利用者の様子を知ってもらえるようにしています。また、事業所広報も3か月に1回定期的に作成し、ご家族に送付されています。               |                   |
| 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                               | 家族や友人等への電話や手紙の支援、ご家族同行での自宅への一時帰宅などを行っている。また自宅付近の馴染みのある場所へのドライブや買い物等も行っている。                   | 独自のそよ風シートにて生活暦を把握し、馴染みの関係が継続できるように個別外出の機会を設け、スーパーへの買い物支援、地元の市への外出支援、ラーメン屋さんへの外食支援、行きつけの美容室の利用支援などのご利用者に合わせた支援を行なっています。 |                   |

| 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   |
| 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                                   | 利用者のADLの低下や認知症の進行によりできなくなった事は職員がフォローし、利用者同士が良好な関係を築くことができるように支援している。                         |   |   |
| 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                    | 基本的に他サービスをご利用していれば、その事業所にお任せしているが、在宅生活になり介護サービスを利用しなくなったような場合については、時折電話をして近況をお聞かせいただいたりしている。 |   |   |
| <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   | 計画作成担当者と居室担当者が中心に、利用者ニーズの把握に努めている。ケアプラン更新時がメインとなるが、日常生活の中でも利用者との会話や様子の中から意向や要望を汲み取っている       | 日々の生活の中での会話からご利用者の希望を見つけ、対応するようにしています。また、意思疎通が困難なご利用者に対してはどんな時に喜んでいるかなど様子を観察しながら、また介護計画に対するご家族の要望も確認し、支援を行なっています。   | 調査時点で、ご家族へ介護計画に対する要望を書面でも確認していましたが、要望を確認した日やどの介護計画に対しての要望なのかが分かりませんでしたので、今後改善されることを期待します。 |
| 24                                 | (9-2) | ○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                                       | 入居時の事前調査で家族等から聞き取りを行った情報をベースに、その後の生活で得た情報を記録しながら職員で共有している。                                   | これまでの暮らしの把握は契約時にご家族やご利用者本人からの聞き取りを中心に行なっています。介護サービスの利用が過去にあった場合はその利用機関に連絡をし、生活状況の聞き取りを行なっています。その内容は生活シートに記入し職員で共有できるようになっています。また、作成されたアセスメントシートも3ヶ月に1度は見直し、情報の更新をしています。 |   |
| 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   | 日報や夜勤の記録、また申し送りノート等に記載しながら職員間で利用者情報を共有している。ケアプランでもその利用者の状態に合わせたプランの実施を毎日チェックしながら行っている。       |   |   |
| 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 | 計画作成担当者と居室担当者がケアプランの原案を作成し、他職員と話し合いながら介護計画を作成している。利用者ご家族へもケアプラン要望書を送り、プランへの意見や要望を聞いている。      | 計画作成担当者が居室担当者とモニタリングを3ヶ月に1回行ない、同時に他職員からも情報を収集しています。6ヶ月に1度の期間に応じて介護計画の見直しを行うほか、転倒などの事故が起こった時や早急に対応を変えていかなければならない時など、随時職員間で話し合いをし、ご家族からの意見も取り入れながら対応を決めています。              | 調査時点で介護計画の日付の記入漏れがある箇所もありましたので、改善されることを期待します。   |

| 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 |
| 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                                     | 日々の利用者状態は個別に記録し、その他に日勤報告書、夜勤報告書等に記録している。シフトが替わる際には申し送りが行われ、その日の利用者状態について報告されている。                            |  |                   |
| 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                            | 特に外部へ受診する必要がある場合は、ご家族で対応できなければ職員が同行している。また介護認定の更新手続きや自宅への送迎等も行っている。   |  |                   |
| 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                                      | レクリエーション等での近隣の施設やイベント参加、買い物や散髪などもできるだけ、近隣のお店を利用するようにしている。   |  |                   |
| 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                                  | 新規入居時に主治医を施設医に変更するか、話し合っている。施設医は月に1度回診があり、外部受診を入居後も継続する場合は職員が同行し、受診内容は家族へ報告している。状態に変化があった場合は、主治医に連絡し対応している。 | 受診支援は職員も状況に合わせて行っており、医師との状況の確認が行われているほか、ご家族へ内容の報告もしています。入居時に今までの主治医を継続するかそよ風の提携医に変更するか、ご利用者の病状によってご家族と決めています。提携医は月に1度、ホームで回診を行なっていただいています。 |                   |
| 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                          | 看護師を職員として配置し、日常的な医療処置や介護職員への指導・相談を行っている。主治医との連携も看護師が行い、適切な医療対応ができるようにして                                     |  |                   |
| 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。 | 利用者が入院した際には病院へ、管理者、介護職員が定期的に面会をしている。治療方法や経過を医師や看護師に確認し、退院時には職員が病院に行き、グループホームに帰ってからの指導も受けている。                |  |                   |

| 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 |
| 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 | 医療連携体制加算と同時に看取り介護加算にも対応している。ADLの低下が予想される場合は、ご家族、主治医、看護師、管理者、介護職員で話し合いを行い、看取りへのご家族の意向やケア内容についての説明や同意を行っている。 | 実際にホームでも看取りを行ったケースもあり、重度化した場合のグループホームでの対応については法人で定めた一定の基準があり、入居時にご家族へ説明していますが対象者の身体的な状況、医療状況、ご利用者・ご家族の希望を踏まえその都度検討しています。 |                   |
| 34                               | (12-2) | ○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   | 入社時のオリエンテーションや、毎年11月(予定)に行っている普通救命講習で研修を行っている。また、研修の内容はDVD録画されており、いつでも観ることができるようになっている。                    | 定期的に消防署指導による普通救命講習を行っており、内部でも緊急時の対応について状況を想定した事例研修を行なうなどして、職員が実践できるようにしています。   |                   |
| 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   | 毎年4月と11月に火災が起きた場合の避難訓練は行いましたが、災害時の避難訓練も今年から行った。夜勤帯の火災訓練と合わせて今後は年間計画として毎年行う。                                | 年に2回、日中・夜間を想定した避難訓練を行い、管轄の消防署に避難訓練を通じて内部の様子と防火対策についての指導を受けています。また、近隣の方にも災害時は協力していただけるようお願いしており、避難訓練の案内もお送りしています。         |                   |
| <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   | 訪室する際のノックやトイレ誘導する際の声掛け等、プライバシーや羞恥心を配慮し、さりげない介助を心がけている。   | ホームでも職員研修を行い、ご利用者のプライバシーに配慮したケアが徹底されており、広報への写真の掲載についても契約時に確認が得られています。  |                   |
| 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   | 出来ない事よりも出来る事を見つけ、集団生活の中でも、自分に合ったライフスタイルで生活できるように支援している。個別対応に重点を置いている。                                      |  |                   |
| 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                                   | 利用者の希望を優先しすぎると臥床する時間が長くなったりする場合もあり、レクリエーション、機能訓練等は職員主導で行われているが、バランスをみながら利用者毎の生活のペースや希望を取り入れ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  | 起床時の整容や、外出時のお化粧品や洋服選びを支援している。クシや化粧道具を持っていない利用者でもユニットで準備し、職員が支援している。  |  |                   |

| 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 |
| 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    | 食事の準備は野菜の皮むきなどの下ごしらえ、味付け、盛り付けを職員と一緒にしている。食後はテーブル拭きや茶碗拭きは利用者が担当し、毎日の日課となっている。食事を食べるだけでなく、作る楽しさも感じていただいている。 | ご利用者にも出来る範囲で調理や味付け、後片付けも行ってもらっています。また、レストランやお寿司屋さん、ラーメン屋さん外食に出かけたり、ご利用者と一緒にお好み焼き作りやホットケーキ作りも行おう等、食事を楽しんで頂けるよう努めています。 |                   |
| 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         | カロリーと栄養バランスが計算された調理レシピが本社より送られてくるので、それを元に調理しているが、季節の食材も盛り込みながら調理している。硬さや形状にも注意し提供している。                    |  |                   |
| 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                  | 自分で行える利用者は声掛けによって行っており、自力で行えない利用者は、職員が介助している。義歯は夕食後に外していただき、夜間帯で洗浄している。                                   |  |                   |
| 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  | 排泄のタイミングは記録し、定期的にトイレ誘導している。長時間トイレに行っていない利用者には声掛けをして、トイレで排泄できるように促している。                                    | 全てのご利用者に対して排泄チェックを行い、定期的なさりげないトイレへの声掛けによって失禁回数を減らしています。失禁がご本人の自尊心に悪影響が及ばないように出来るだけ時間で誘導し便器で排泄できるように心掛けています。          |                   |
| 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                  | 高齢者になると便秘の方が多く、水分を十分にとっても排便のコントロールが上手くいかない方がいる。運動したり入浴時に腹部をマッサージしたりしながら、薬が少量で排便でき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ず、個々にそった支援をしている | 職員の人員配置により、職員の都合になってしまいう場合も多いが、定期以外での入浴や入浴時間についてはできるだけ希望に沿うようにしている。                                       | 毎日入浴の要望を聞きながら行なっています。希望されない方には足浴・手浴・清拭で対応しています。また入浴剤を入れたり、デイサービスの大きな浴槽で入浴してもらっているほか、近隣の日帰り温泉へ出かけるなどし、入浴を楽しんでもらっています。 |                   |
| 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                   | 今までの生活パターンを踏まえながら、トイレ誘導や起床の声掛けを行っている。不眠の利用者に対してはその日の様子を見ながら、最適なタイミングで就寝することができ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 |
| 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   | 利用者毎に薬を管理するファイルがあり、受診後に処方された薬は、薬の説明書を見ながら、種類、数、新たに処方された薬や中止した薬、効能を確認しながら管理している。看護師とも連携をとり、確認や報告、相談を行っている。 |   |                   |
| 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  | 趣味や嗜好は会話の中から情報収集し、外出や外食、ドライブやイベントへの参加等、本人様の楽しみを増やせるようにしている。   |   |                   |
| 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                      | 日々の買い物への同行や、天候の良い日はセンター周辺を散歩していただいている。また、月間の計画で、ユニット毎で遠方へのドライブや個別対応での外出も計画されている。                          | ご利用者と一緒に近くのスーパーに食材の買物に出かけたり、天候がいい日は散歩へ一緒に行ったりもしています。また、季節に合わせたお花見や菊祭り見学、蓮見学やつつじ見学、ご利用者の要望に合わせてラーメン屋さんや喫茶店に行くなどの個別の外出支援も実施しています。 |                   |
| 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  | お金の所持については、入居時に利用者と家族で話し合い決めていただいている。買い物で出かけた先では職員が利用者にお財布を渡し、できるだけ自分で買いたい物を選んだり、会計したりしていただいている。          |   |                   |
| 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   | 各居室に電話は無いが、事務所の電話がコードレス電話なので居室内で好きな時間にかけることができる。手紙も利用者ができないことは職員と一緒にいって、いつでも支援できるようになっている。                |   |                   |
| 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 | ユニット内はその季節に合った飾りつけがされており、利用者が作成した作品も飾られている。室温や湿度はエアコンと加湿器で管理し、利用者が移動する導線に危険物が無いかを配慮しながら家具等を設置している。        | 建物の2・3階部分がグループホームになり、日当たりが良く、大きな窓から採光により、明るく開放感のあるスペースになっています。また、季節に応じた装飾が適度に行われ、落ち着いた生活空間が演出されています。                            |                   |
| 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  | リビングの椅子は、利用者の関係性を重視し、仲の良い者同士が話しやすいようにセッティングしている。テーブルだけではなく、ソファや畳の小上りをも利用し、利用者が一人でも数人でも過ごせるようになっている。       |   |                   |



| 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 |
| 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 | 入居時に思い出の品や使い慣れた品を持ち込んでいただき、室内の装飾も本人様の作品やご家族様のプレゼントなど、飾らせていただいている。自分の部屋と感じてもらえるようにしている。 | 入居時に今まで使っていた馴染みの物を持ち込んでもらっています。入居前に事前訪問した際、ご利用者の部屋を見せてもらいグループホームに入居したときにできるだけその部屋に似ているような配置をしています。 |                   |
| 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    | 危険な物、適切でない物は排除し、安全な環境で自由に行動できるように配慮している。職員が見守りを行いながら、時間がかかっても自分でできることはしていただけるように促している。 |  |                   |