

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                              |            |           |
|---------|------------------------------|------------|-----------|
| 事業所番号   | 2794400057                   |            |           |
| 法人名     | ヒューマンライフケア株式会社               |            |           |
| 事業所名    | ヒューマンライフケア城東の湯グループホーム (コスモス) |            |           |
| 所在地     | 大阪市城東区東中浜4-2-7               |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成27年5月1日                    | 評価結果市町村受理日 | 平成27年6月1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 |  |
|----------|--|

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 MIRO谷町 4階               |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年5月12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)】

認知症という病気になっても、一人の人間として穏やかに楽しく過ごしてもらいたいと考えています。特に三度の食事は楽しみの重要な部分を占めています。美味しいものを皆様に召し上がっていただく事で、生活に楽しさと喜びを提供したいと思っています。美味しい食事づくりを重視し、家庭的な雰囲気大切に介護を実践しています。

【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)】

東京都新宿区に本社を構えるヒューマンライフケア株式会社の経営になるもので、同社は全国的に約200ヶ所の介護事業所や介護施設を展開されている。当ホームもその一つであり、すぐ隣にデイサービスを併設されている。今年開設5周年記念行事として、利用者と一緒にスイーツバイキングや手作りケーキ等をホーム内で楽しまれた。職員についても、男性が約3分の2以上を占め、しかも若く介護福祉士の資格も持っておられる方も多く、介護に対しては積極的に取り組まれている。利用者についても比較的介護度の高い方が多く、大半は移動に車いす対応であるが、それでも四季ごとの楽しみ事(初詣、お花見、ふれ合い喫茶等)の外出支援に頑張っておられる。更にスキルアップのため、同業者と「じょあみつ(城東区、旭区、都島区、鶴見区)ネットワーク」を立ち上げ、勉強会や情報交換会を行っている。

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)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<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 | 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                            | 開設当初よりその人らしく暮らせる事を大切にした理念を掲げている。事務所、玄関、各ユニットに掲示している。                             | 開設当初より、当ホームの理念として「安心・満足の提供、信頼の確立、生き生きとした生活、地域社会と共に」と定め、玄関に掲示し家族と共に地域住民にも理解を求め、職員はその実践に励んでいる。 |                   |
| 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                            | 町内の行事に参加させて頂いている。買い物は歩いて行ける範囲で行っている。ふれあい喫茶に行っている。                                | 町内会には既に参加し、その行事(地藏盆、もちつき大会、お花見等)に参加し地域との交流を楽しんでいる。ホーム側も地域ボランティアを活用したり、在宅認知症高齢者のケアの相談にのっている。  |                   |
| 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                          | 十分に活かされていないが、運営推進会議などで情報提供を行っている。認知症ケア専門士のいる施設だとわかるようステッカーを貼っている。                |  |                   |
| 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       | 運営推進会議での意見を参考に業務の改善や、向上に繋がる様に取り組んでいる。会議では行事の予定をお伝えし、要望や意見を取り入れている。ひやりはっと報告をしている。 | 開催日を偶数月の第3火曜日夜と固定し、地域包括支援センターや町内会長及び家族が参加し、双方向の意見交換会となっている。議事録は全家族に送付し参加を求めている。              |                   |
| 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                  | 運営推進会議に地域包括支援センターの職員に参加をして頂き、情報提供をして頂いている。                                       | 地域包括支援センターとはよく連携がとれており、困り事や分かり難い事例について相談にのって貰っている。市や区の研修会にも参加している。                           |                   |
| 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 | 身体拘束について職員間で話し合いを持っている。玄関の開錠に関しては家族様からの反対もある。各ユニットへの行き来は自由である。                   | 毎年身体拘束の弊害についての職員研修を実施し、現在は身体拘束例は無い。建物自体1階だけの平屋建てであり、ユニット間の往来は自由である。安全上玄関は施錠しているが見守りケアに徹している。 |                   |
| 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       | どのような行為が虐待であるか日頃から話し合いを持っている。  |  |                   |

| 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 |
| 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    | 後見人制度については家族様対応にて行われている。   |   |                   |
| 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                         | 契約時に時間を取り入居者様や家族様の不安を取り除く様に努めている。入居される程度慣れてから次の方に入居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                     | 面会時に要望や助言を頂いている。家族様と積極的にコミュニケーションを取る事を心掛けている。あまり面会に来られない方にはお手紙や、お電話で普段の様子をお伝えしている。 | 利用者からは普段の何気ない会話や職員と1対1になった機会(入浴時、散歩時、居室内等)に聞き出している。家族からは来訪時やホームのイベント時(バーベキュー等)に招待し、要望等をお聞きしている。               |                   |
| 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                                      | 定期的に個人面談を行い、意見を聞いている。職員会議で意見や提案を確認し改善する様取り組んでいる。                                   | ホーム自体、管理者に何でも相談し易い雰囲気がある。毎月1度の職員会議や3ヶ月に1度管理者との個別面談があり、意見や要望等聞く機会を設けている。上級の介護資格を取得したい希望を持つ職員に対してはシフト面等で支援している。 |                   |
| 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      | 就業規則を職員が目にする場所に置いている。  |   |                   |
| 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         | 法人内外の研修に参加している。社内研修はweb会議にて行ったり、昨年よりマイスター制度を開催し職員の介助技術や知識の向上に努めている。                |   |                   |
| 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 | じよあみつネットに参加している。当施設で月1回勉強会を行っている。色々な施設の方と交流し情報交換を行っている。                            |   |                   |

| 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 |
| <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 | 利用者と接し利用者から要望等が聞かれない場合は家族様から話を聞く様にして、利用者の気持ちを受け止めていくように努めている。                       |  |                   |
| 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            | 利用者と家族様の思いの違いやこれまでの関係を理解し、受け止められるよう利用者だけではなく家族とも信頼関係を築けるように努めている。                   |  |                   |
| 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        | 要求事項に応えられる能力をホームが有しているのかの確認を行い、他サービス利用も含めて検討し対応に努める。                                |  |                   |
| 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                        | 家事全般などできる事は職員と共に生活を送って頂けるようにしている。その人に合わせたケアを行っている。ご本人ができる事を探し、感謝の意を忘れない様に努めている。     |  |                   |
| 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         | 疑問や要望があれば気兼ねなくおっしゃって頂ける関係作りに努め、家族様にもできる範囲での協力をお願いしている。家族様より協力の申し出もある。               |  |                   |
| 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                     | 入居されたことで今までの関係が途切れる事のないよう出来る限りの支援を行っている。今まで行っていたスーパーや商店街へ行っている。                     | 地域社会との窓口でもあり、家族の了解を得て、友人・知人、親戚の方等の面会は支援している。併設のデイサービスからの入居者もあり、そこに馴染みの人もいる。馴染みの場所としては、美容院、商店街等があり、個別に対応している。 |                   |
| 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                 | お互いに仲良く暮らせる様に、その場の雰囲気に応じてなじみの関係になれるように支援している。利用者同士の関わりを重要視し、職員は見守りの形で関わっていくようにしている。 |  |                   |

| 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                    | 相談や要望があれば出来る限りの協力支援を行う。  |  |                   |
| <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   | 常時希望や意向を聞けるようにしている。ご本人が何を望まれているか分からない時は家族様にも話を聞いている。今後の事についても何人かの方と話をしている。               | 入居申し込み時、自宅は必ず訪問し生活歴、生活環境、趣味嗜好等を把握し入居前情報等にまとめ全員で共有している。入居後も、現状で満足しているかどうか、あるいは入居者の変化や要望を聞き出し、経過記録に記入している。 |                   |
| 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                                       | 利用者との会話やご家族からの聞き取り等で得た情報を活かし対応している。  |  |                   |
| 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   | 一人一人の有する能力を把握し、職員間で情報を共有するように努めている。  |  |                   |
| 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 | ユニット合同で申し送りを行い 利用者の変化に対しての情報の共有を図っている。定期的にカンファレンスを行い、利用者だけでなく家族の思いも反映できるよう取り組んでいる。       | 最初の情報を基にし、家族の要望やかかりつけ医の意見も参考にして、ケアマネジャーを中心に担当者会議を開いてケアプランを立てている。モニタリングは2~3ヶ月ごとに行い、同時にケアプランの追加や変更を検討している。 |                   |
| 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                        | 個人経過記録を残し状況を把握している。日々の記録を元に情報の共有化を図り介護計画の見直しに活かしている。モニタリングを毎日全スタッフが記入している。通院の際などに役立てている。 |  |                   |
| 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               | ニーズについては出来る範囲で対応しているが問題点も多い。臨機応変に対応できるように努力している。   |  |                   |

| 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   |
| 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                                      | 十分な協力関係が結べていない部分も多い。   |   |   |
| 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                                  | 往診は月2回の人と週1回の人がいる。希望者には歯科往診、訪問マッサージがある。他科受診に関しては家族様の協力がある。医療機関への情報提供は随時行っている。          | 入居前からのかかりつけ医受診希望者は2名、他の人は提携医の往診を月2回、歯科も往診と口腔ケアを受けている。他科受診は家族の付き添いが基本であるが、無理の場合は職員が付き添い関係者間で情報交換し共有している。                 |   |
| 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                          | 協力病院に24時間相談できる関係が築かれている。往診日とは違う日でも訪問して頂ける。   |   |   |
| 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。 | 利用者が入院した際、定期的に病院に訪問し利用者との関わりが切れないようにしている。病院関係者や家族様との情報を共有する事で退院時の受け入れがスムーズに行くように努めている。 |   |   |
| 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  | 終末期の方針については職員でグループワークしている。家族様には個別に思いを確認している。職員の意識や技術、家族様の協力を得てターミナルケアを行っている。           | 入居時、急変時の希望を利用者や家族から聞いている。適宜詳細を説明し状況変化の折は、家族・担当医・職員を交え話し合いを持ち、書面に記録は残している。看取り希望者が1名おられ、職員研修も実施している。本社作成の「看取り指針」は準備されている。 |   |
| 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  | 急変や事故発生時の対応についてはマニュアルで確認できるようにしている。入職時に職員に指導している。                                      |   |   |
| 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  | 併設のディサービスを含めた建物全体の防災訓練を消防署より来て頂いて実地訓練を年2回行っている。夜間を想定した訓練を行っている。                        | 併設のディサービスと共同で消防署の協力のもと年2回防災訓練及び夜間想定訓練も実施している。一時避難場所はテラスになっている。一昨年は地域住民も参加し行ったが現在は日程調整が難しく課題となっている。                      | 自然災害を念頭に職員間で協議し、日々のミニ訓練も必要と考える。また運営推進会議などの場を活用して地域住民の理解を求め、協力依頼することが望まれる。 |

| 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 |
| <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                   | 利用者のプライバシーを尊重している。普段の言葉掛けやトイレ誘導の声掛けについて職員間で統一した声掛けを行っている。接遇の勉強会を行い再確認をしている。              | 人生の先輩として人格の尊重、プライバシーの保護について各職員は認識し言動には注意を払っている。言動に関しては職員間で注意したりアドバイスを行っている。トイレ誘導、失禁への対応、入浴介助時は配慮している。 |                   |
| 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                     | 自己決定が出来るような声かけを心がけている。   |   |                   |
| 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 | 利用者のペースに合わせ無理強いないようにしている。利用者の希望に添えるよう家族様にも協力を仰いでいる。                                      |   |                   |
| 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                                  | 定期的に訪問美容が来る。化粧に関しては介護計画書にも記載し、声かけを行っている。不定期で職員によるエステやマニキュアなどを行っている。                      |   |                   |
| 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     | 一人一人の状態を把握し出来る事は手伝って頂いている。毎月何かしらのイベントを企画メニュー決めや買物を職員と共にやっている。季節ごとの行事を大切に季節感のある料理を提供している。 | 食材は業者より届けられ、職員が各ユニットごとに調理している。行事・イベント時の食事は手作りで力を入れている。特に郷土料理や誕生会の食事は希望を取り入れ人気がある。外食に出かけることもある。        |                   |
| 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          | 水分チェック表を確認している。食が細かい方には適宜補食を提供している。個人ごとに体重測定を週1回月1回で行っている。夕方の申し送りでの水分量を把握している。           |   |                   |
| 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                   | 毎食後口腔ケアを行っている。訪問歯科より助言がある。   |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄チェック表で一人一人の排泄パターンを把握し毎回のチェックを行っている。  | 経年と共に自立の人は減少している。大部分の利用者はリハビリパンツ・パットを着用している。排泄チェック表や個人の行動パターンを見ながらトイレでの排泄を目標に誘導支援している。                                   |                   |
| 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  | 水分補給の促しや、下剤をなるべく使用しないようおやつ等にも気を付けている。体操の声かけをしている。                            |  |                   |
| 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                        | 時間帯は決めずなるべく1日置きの入浴を促している。毎日入浴される方もいる。拒否や入浴できない際は足浴や清拭を行っている。希望者は夜間入浴を行っている。  | 基本的には週3、4回としている。個人の希望や過去の習慣を尊重し対応している。入浴剤、季節の菖蒲湯、ゆず湯などを楽しむ工夫がされている。拒否や身体不調時は足浴・清拭に変え清潔保持に努めている。                          |                   |
| 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   | 消灯時間等は特に決めておらず、生活習慣や状況に応じ気持ちよく睡眠できるように支援している。夜間スタッフや他利用者との団らんを楽しみにされている方もいる。 |  |                   |
| 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  | 個々の入居者様にあった服薬介助を実施し、状態の変化に留意している。チェック表を利用し服薬ミスがない様に複数のスタッフで確認しながら配薬している。     |  |                   |
| 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                             | 一人一人の状態を把握し、それぞれに応じた役割をお願いして負担のないよう楽しく過ごして頂けるよう支援している。                       |  |                   |
| 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 | 外出拒否の方もおられる為個人差はありますが、希望に添って外出の機会を作っている。毎日散歩に行かれている方もいる。                     | ADLは経年と共に低下している。自立歩行の利用者は数名で他は車椅子である。居間・食堂では椅子に移乗している。テラスや施設周辺を散歩したり戸外に出るよう努めたり、ふれあい喫茶に出かけ地域住民と交流したり、家族の協力のもと遠出をすることもある。 |                   |



| 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 |
| 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  | 金銭は事業所で管理しているが、いつでも使えるように話をしている。金銭の所持で安心される方には家族様の理解のもとご自身で管理されている。     |   |                   |
| 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   | 希望時にかけられるよう支援している。携帯電話を使用している方には操作時介助している。                              |   |                   |
| 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 | 居心地の良い空間が作れるように 季節ごとに模様替えを利用者と共に行っている。季節を感じて頂ける様生花を飾っている。               | 居間兼食堂は採光もよく広い。季節感あふれる掲示物が目を楽ませる。中庭のテラスには四季を感じる花や季節の野菜が栽培されている。掃除専属のスタッフが配置され、職員も一緒に環境整備に努め、共用空間は居心地よさそうである。 |                   |
| 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  | ユニット間の施錠をしていないので思い思いの場所で過ごして頂いている。障害に応じソファなどを工夫している。                    |   |                   |
| 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  | 今までの生活を継続して頂ける 様なるべくご自宅で使っていた 家具を持ち込んで頂いている。宿泊できる部屋は用意していないが布団は貸し出しできる。 | 洋間の個室であるがベット使用(洋風)の方や和風に蒲団敷きの方もいる。従来使用していた家具やTVあるいは仏壇を持ち込み、個人の意思が尊重された、その人らしい個性的・落ち着いた雰囲気部屋のづくりがみられる。       |                   |
| 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   | ご本人の ペースを大事にして過ごせる様支援している。  |   |                   |