

平成 22 年度

事業所名 : グループホーム みんなのいえ(第2ユニット)

# 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   | 0370101529                 |            |               |
| 法人名     | 株式会社 三協医科器械                |            |               |
| 事業所名    | グループホーム みんなのいえ 第2ユニット      |            |               |
| 所在地     | 〒020-0851 岩手県盛岡市向中野字向中野4-1 |            |               |
| 自己評価作成日 | 平成 23年 1月 5日               | 評価結果市町村受理日 | 平成 23年 4月 14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://www2.iwate-silverz.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0370101529&SCD=320>

## 【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 いわたの保健福祉支援研究会     |
| 所在地   | 〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号 |
| 訪問調査日 | 平成23年1月21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)】

当ホームは、近隣に高校、幼稚園、内科の医院があります。ご近所のボランティアや介護実習生、高校生、大宮中学校の受け入れなどを行い地域と行き来をしながら交流をしています。施設理念のように「共に和み、共に生きる」をモットーに地域に根ざし、ご利用者が安心して生活を送れるように、質の向上を図りながら職員一同取り組んでおります。

## 【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)】

入居者は、事業所の近隣で暮らしてきた方や、近郊の方が多くを占め、そのため住み慣れた地域で普段つき合ってきた友人、仲間との交流が図られ、地域との関係継続も大切にされており、地域に密着しているホームである。「共に和み、共に生きる」の理念のもと、「日常の暮らし・生活」は、利用者・家族・地域・スタッフにより「支え・支えられている」という認識で、職員は、「あの時、ああすれば良かった」という後悔しない介護を目指し、日頃からカンファレンス等で話し合い対応している。看取りも経験し、看取りの受け入れは「自然の流れ」と認識しており、夜勤を看護職としているほか、訪問看護や協力医とも連携体制をとっている。管理者をはじめ職員がしっかりと認識の下で運営していることから利用希望の待機者も多く、認知症専門事業所であるとの自負からどんな方でも受け入れる姿勢で運営している事業所である。

## 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>↓該当する項目に○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)     | ○<br>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)   |
| 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)           | ○<br>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)                     |
| 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)                 | ○<br>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) |
| 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)   | ○<br>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)                                      |
| 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)                | ○<br>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                                       |
| 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)       | ○<br>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                                   |
| 62 | 利用者は、その時々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) | ○<br>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    |    |   |

【評価機関:特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会】

事業所名 : グループホーム みんなのいえ(第2ユニット)

| 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                             | 共に和み、共に生きる。を理念に掲げ全職員が利用者や家族、地域と支えあって過ごすことを目指しており、具体的に、6項目を挙げている。                     | 日々の生活は、地域、利用者、家族そして職員にそれぞれ「支え」「支えられ」という認識のもと、職員は「あの時、ああすればよかった」と後悔しない介護を目指しカンファレンスなどで話し合いながら取り組んでいる                                      |   |  |
| 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                             | ホームや町内会の夏祭り、地域神社の祭り、幼稚園行事、散歩コース、近隣の高校の文化祭、交差点での子供見守り隊への参加を通して地域と関わっている。              | 地域の一員として自治会に加入し、スクールガード「こども見守り隊」(一週間のうち1日)に参加する等、地域との交流を大切にしている。広報を配布し、随時、見学や相談に応じるなど、地域に開かれた事業所として取り組んでいる。                              |   |  |
| 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                           | 毎月発行の公報に、介護豆知識の掲載や高校、中学校、介護専門学校、介護労働安定センターなどの実習の受け入れを行っている。                          |  |   |  |
| 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        | 運営推進会議は2ヶ月毎の開催で、行事開催に合わせて実施している。研修内容、取り組み、利用者状況、評価結果も報告している。地域情報や運営方法について助言などを頂いている。 | 家族代表に消防関係者がおり「夜間を想定した消防訓練が必要」との提案があり、早速、避難訓練等を実施し、訓練当日の視察後の運営推進会議では、更に、家族から詳細なアドバイスがあるなど、運営推進会議を通じての安心・安全のための問題・課題の解決に向けた意見交換が活発に行われている。 | 家族に消防関係に精通している方がいることは貴重なことで、訓練時と現実の際のパニック状態の詳細な違いをアドバイスとして得ており、今後も様々な想定のもとで継続的に取り組まれることを期待する。 |  |
| 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                  | 運営者が市の担当者と随時情報交換を行っていることと、運営推進会議の議事録を届けている。  | 空き情報や運営推進会議の結果報告時などを通じて市担当者と情報を交換しているほか、スプリンクラー設置に関する相談など、必要に応じ出向いて状況を伝え協力関係を築いている。  |   |  |
| 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 | 全職員に内容を説明し勉強会を行い理解に努めている。拘束を行うことでの利用者への弊害を職員が理解し人権を脅かさないように日々の介護につなげている。             | 職員は研修参加や日頃の勉強会を通じて拘束の弊害を十分理解しており、日に何回も出掛ける利用者には、スタッフが声掛けし一緒に寄り添い散歩に出かけ、会話をしながら利用者の思い等の新たな情報を得るきっかけとしている。なお、玄関にはセンサーを設置している。              |   |  |
| 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逃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        | カンファレンス時に全職員に周知している。   |  |   |  |

| 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    | 資料の配布や閲覧や掲示を行っている。又は、会議時に話し合いご利用者の人権を脅かさないように、日々の会議に活かしながら支援を行っている。 |   |                   |  |
| 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                         | 見学时、契約時に重要事項説明書で理解を頂くように説明をしている。退所に至る時は経過を説明し、双方同意の上で文書化にしている。      |   |                   |  |
| 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                     | 運営推進会議にユニットごとのご家族様の参加と会議時に行事を重ね、ご家族様同士で意見交換できるようにしている。              | 家族の面会時や、毎月発行する「みんなのいえ通信」の提供時などを通じて家族からの意見、要望等を聞くほか、運営推進会議では、利用者、家族同士、スタッフとの活発な意見交換を行い出された意見(言葉遣いや、医療管理情報等)は反映するよう努めている。 |                   |  |
| 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                                      | 運営会議開催時には必ず夜勤者と日勤者の代表者が持ち回りで出席し、運営者の考え、運営事項を伝え発言の機会を設けている。          | 毎月1回開催する運営会議(第1ユニット及び第2ユニットの合同開催)で、入居決定や勤務の割振り、研修会の参加希望など職員の意見を聞いたり、意向を確認しながら、全職員の共通理解と納得のもとで運営している。                    |                   |  |
| 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      | 有休の希望を殆ど取り入れている。又、勤務表を本部に提出し張り出し代表者が把握できるようにしている。キャリアパスを取り入れている。    |   |                   |  |
| 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         | 毎月施設内での認知症の研修や各職員の経験を考慮し、外部研修の参加を行っている。                             |   |                   |  |
| 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 | グループホーム協会に加入しており、研修時に職員を参加させている。他事業所より研修を受け入れをしたり、研修に出向いている。        |   |                   |  |

| 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 | 入所前には必ずご本人様にホームへ来所していただき、本人ご家族の思い不安を汲み取るようにしている。又、センター方式を活用し要望を聞いている。                      |   |                   |
| 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            | 相談時より入所への経緯、苦労、不安、要望などを良く聴き理解し取り入れている。   |   |                   |
| 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        | 相談の内容より、ご本人とご家族の必要としているサービスにお答え出来る様に、他のサービス内容も念頭に入れ対応している。                                 |   |                   |
| 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ず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | ご本人の思いを汲み取り、人生の先輩として日々、共に支えていけるように声かけを行っている。暮らしの場面(食事づくり、洗濯、花植え、挨拶、買い物など。)で互いに支えあっている。     |   |                   |
| 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         | ご利用者の心配事や嬉しい事などの状況を、その都度ご家族に話し理解と協力を頂きながら解決している。お互いに、ご利用者を中心に支えたり、支えられて関係が成り立っていると感じられている。 |   |                   |
| 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                     | ご家族の協力を頂きお墓参り、お寺、ふるさとなどへの訪問を行ったり、気軽にご家族が立ち寄れるように積極的に働きかけている。又、馴染みの場所へのドライブも行っている。          | 利用者はホーム近隣の方々の入居が多く、住み慣れた地域で普段付き合っていた仲間との交流が継続され、まさに地域密着ホームである。近隣の方がお茶飲みに来たり、親戚の来訪、馴染みの理美容や食堂の利用、市内ドライブで昔馴染みの場所を巡廻したり日々の生活を楽しんでいる。 |                   |
| 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                 | 日々、ご利用者同士の関係を職員が申し送り等で情報の共有を図り、気の合うもの同士で過ごせるようにしたり、入所者同士がかかりを持てるように職員が間を取り持つようにしている。       |   |                   |

| 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                    | 退所されたその後も電話や文章等を送付しやり取りを行っている。   |   |                   |  |
| <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   | センター方式を活用しながら、日々ご利用者の話を聴き把握するように努めている。又、カンファレンス時にご本人とご家族の希望に添えるように話し合っている。                                   | 本人・家族の意向等は送りノートに記録するほか、日々の利用者との会話を大切に「私の願いや支援して欲しいこと」を「24時間アセスメントシート」にきっちと整理するなど、センター方式の活用により職員の観察力が向上し、また新たな発見を家族に報告し、家族の気づきにもなり、驚かれることもあるとしている。 |                   |  |
| 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                                       | ご利用者、ご家族と日々の会話をしながら信頼関係を築くように時間を掛け、把握するように努めている。   |   |                   |  |
| 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   | センター方式を活用し、個人個人の生活のリズムを理解しながら、ご本人の出来ること出来ないことに注目し、毎日の生活の様子や介護記録に記録を行うことで総合的な理解に努めている。                        |   |                   |  |
| 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 | ご利用者の望む暮らし、出来ること出来ないことやご本人とご家族に意向を尋ね満足をいただけるように職員で話し合いを行っている。  | 利用者、家族から要望や意向を聞き、出来ること出来ないこと等、長期・短期目標を立て、チームケアで取り組んでいる。3か月ごとに見直しを行い、画一的な処遇にならないように、個別的ケアで対応している。  |                   |  |
| 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                        | 個別の介護記録があり、生活の様子、食事量、水分量、排泄を記録している。又、センター方式の用紙の活用しながら送りノート、業務日誌などで情報の共有化を図っている。                              |   |                   |  |
| 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               | 訪問看護ステーションとの医療連携や、月に1回の主治医の往診、(眼科、歯科、皮膚科、内科)転倒骨折され、車椅子生活を送るようになられてもホームに復帰し、慣れ親しんだ環境で最後まで過ごせるように看取りも含め対応している。 |   |                   |  |

| 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 |
| 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                                      | 地域の関連機関(消防署、交番、教育機関など)と常日ごろより連携を図れるよう働きかけを行っている。  |  |                   |
| 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                                 | 看取りや最期の棲家を希望される方が多く、希望に添えるかかりつけ医と連携を取っている。定期受診については、基本的に家族同行としており、緊急時には職員が代行を行う場合有り。契約時に説明を行っている。 | 本人や家族の意向に沿ったかかりつけ医で受診している。また、受診する場合は、日常の体温や血圧等のバイタルサインを記入した受診票を渡し受診し易い環境づくりを支援している。なお、緊急時以外は家族に対応をお願いしている。                       |                   |
| 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                          | 訪問看護ステーションの看護師と情報の共有を行い健康管理、健康相談を行っている。24時間体制で対応していただいている。  |  |                   |
| 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。 | 入院した際には、頻回に面会をし馴染みの関係を継続できるようにしている。又、病院関係者との情報交換やアドバイスを受け、早期退院やホームに戻られても混乱なく過ごせるように支援を行っている。      |  |                   |
| 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  | 医療連携体制指針を作成し、重度化や看取りに対応して、ご家族、医療関係者と連携を図れるようにしている。  | 事業所として看取り等の対応は「自然の流れ」とし、方針を明確にしスタッフ全員も理解している。また夜勤も看護職としているほか、訪問看護や協力医とも看取りの協力が得られしっかりした連携体制をとっている。なお、重度化や看取りに関して家族と話し合い、同意を得ている。 |                   |
| 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  | 緊急時のマニュアルを作成し、外部へ研修に出し、自施設で勉強会を行っている。   |  |                   |
| 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  | 年2回消防署の協力を得て、ご利用者、ご家族参加にて訓練をおこなっている。町内会に要援護者登録もおこなっている。   | 年2回、利用者や家族が参加し夜間想定訓練や避難訓練を行っている。自宅と事業所との所要時間や、利用者避難に要する時間の把握等を確認している。市に要援護者登録を行い、緊急時には地域の協力が得られ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 |
| <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                   | 指示、命令口調にならない声掛けを心がけ羞恥心に配慮した支援が行えるようにスタッフ間で確認しあっている。又、会議、カンファレンス時にも話し合っている。見やすい場所にも掲示を行っている。                         | 利用者の自信や心を傷付けるような言葉掛けに注意し、特に、トイレ誘導やパット交換時の羞恥心には配慮している。なお、職員は、どのような場面でも利用者の話に耳を傾け物静かに対応しているのが印象的であった。                                    |                   |
| 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                     | 日常生活の場面(食事づくり、洗濯物たため、入浴など)の中から、思いを引き出しご本人に選択できるように声かけや短的に要点を伝え、ご本人が決める場面を作っている。                                     |  |                   |
| 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 | 一日の流れは決まっているが、業務優先せずにご利用者1人1人のペースにあわせて柔軟な支援を行うように心がけている。  |  |                   |
| 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                                  | 起床時に、ご本人に好みの服を選んでもらったり、要望により化粧品の購入や、マニキュアなどを好みでぬっている。   |  |                   |
| 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     | お茶の時間に広告や料理本を見ながら、献立をご利用者となて、食べたいメニューを取り入れている。又、調理や片付けなど役割として、職員と一緒にやっている。  | 利用者の調理経験を生かし「切る」、「味付け」、「盛る」等の役割をスタッフと一緒にやっている。また食事中はテレビを消し、食材や昔の思い出等で話題のきっかけをつくり、会話にも弾みがつき和やかな雰囲気である。一方自分のペースでゆっくりと味わっている方もいる。全員完食である。 |                   |
| 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          | 定期受診時や健康診断のときに血液成分を目安にしたり、月初めに体重測定や日々の記録で食事の摂取量、水分量を把握している。週に2回メニューに栄養士の献立を取り入れカロリーを目安にしている。又、提供したメニュー表を栄養士に提示している。 |  |                   |
| 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                   | 時間を見て歌を取り入れたり、昼食前に口腔体操、毎食事後には、うがいや歯磨きの声かけ見守り、毎週日曜日に入れ歯の消毒を行っている。又、歯科医師の定期往診や月に2回歯科衛生士の口腔ケア指導を行っている。                 |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 外部評価  |  |  |
|----|------|---|---|--|--|
|    |      |   | 自己評価<br>実践状況  | 実践状況<br>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                              | 一人一人の排泄パターンを職員が把握しており、ご利用者のサインを見逃さずに声かけ、誘導を行い、リハビリパンツや尿取りパットをはずして自立して排泄出来るように取り組んでいる。         | 入居時おむつの方が、利用者の適切なトイレ誘導をした結果、自力でトイレに行けるまでになるなど、本人は勿論のことスタッフの自信にもつながっている。利用者は排せつに自信がつけば「生活が明るく、楽しくなる」という共通理解のもとで支援している。        |  |
| 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  | 便通の良い食事(食物繊維を多く含んでいる物、ヨーグルトなどの乳製品、オリゴ糖)を毎日取り入れている。入浴や体を動かす機会を作ったり腹部マッサージを行い排便のリズムを取るよう心がけている。 |  |  |
| 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                        | 毎日、一日おきの入浴希望の方と状況に応じたり、他のご利用者様と一緒に入浴したりと、様々な形でやっている。入浴されないご利用者には足浴と清拭を欠かさず行っている。              | 入浴の拒否や嫌いな方おらず、希望があれば毎日入浴可能(10時30分～16時)である。入浴中はスタッフとの会話を楽しみに、コミュニケーションの場になっている。入浴しないときは足浴、清拭の支援があり気持ち良く過ごしている。                |  |
| 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   | 日中に外気浴や体を動かすようにして、一日のリズムを整え安眠できるように支援している。夕方より室内の照明の調節を行いながら夜の意識付けを行い、入眠前にホットミルクの提供を行っている。    |  |  |
| 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  | 各ご利用者の服薬シートをファイルにしており、全職員が内容を閲覧し把握できるようにしている。服薬はホームで管理し、服用時には、ご本人に手渡し飲むまで確認をするようにしている。        |  |  |
| 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                             | ご利用者の能力を見極め、出来ることを支援し役割として力を発揮できるように場面を作っている。常に、人生の先輩として感謝の言葉を掛けを行っている。                       |  |  |
| 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 | ご利用者の状態に応じ、天気を見てお花見、紅葉狩り、外食、祭り見学、ドライブなどを取り入れ日常的に出かけられるようにしている。                                | 利用者から「連れてって」「行こう」との希望を踏まえ、できるだけ外出するようしており、ドライブで思い出の地を巡ったり、家族の協力を得て温泉に出かけている。新鮮な空気を吸ったり、目的をはっきりして出かけることで利用者の気分転換や健康保持に繋がっている。 |  |

| 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 |
| 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  | 基本的に、お金は持たせていないが、行事やイベントに参加したときに所持するようにしている。外出時にショッピングを取り入れ使用できるように支援している。                       |   |                   |
| 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   | 年賀状、夏祭りなどの行事案内などを直筆にて書いて頂いている。   |   |                   |
| 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 | 季節に合せ飾り付けを行ったり、季節ごとの行事(おはぎづくり、お月見団子など五感を刺激するようにも取り組んでいる。)も取り入れられている。又、見やすいように手作りカレンダーや時計を設置している。 | 二つのユニットも同じ造りで、部屋の照明には「ダウンライト」を取付け、夜は入眠できるように暖色にし、日中は蛍光色に切り替わる。手作りのカレンダーや共用空間の畳敷きの小上がりにコタツが置かれ、四隅には転倒防止の手すり等、居心地よい配慮がなされている。 |                   |
| 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  | 玄関の脇にベンチを置いたり、ホール入り口にソファや椅子を置き、一人で外を眺められたり過ごせるように配慮している。   |   |                   |
| 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  | 馴染みの家具やご家族の写真、使い慣れた布団、食器などの日用品に囲まれ生活している。  | 居室には洗面台が取り付けられ身だしなみや洗顔、口腔ケアを行っている。使い慣れた桐タンスや鏡台を置き、家族写真やSL写真を張り、ベットサイドには花が飾られ居心地良く、安心できる場として過ごしている。                          |                   |
| 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   | センター方式を活用し、ご本人の身体状況にあわせ車椅子、リクライニングベット、介護用ポータブルトイレ使用にしたり、手すりを各所に設置している。                           |   |                   |