

### 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   | 4590100204    |            |            |
| 法人名     | 有限会社 ゆたか      |            |            |
| 事業所名    | グループホーム ゆたかの郷 |            |            |
| 所在地     | 宮崎市高岡町小山田65-4 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年 2月15日   | 評価結果市町村受理日 | 平成25年4月30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.kaijokensaku_ip/45/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=4590100204-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku_ip/45/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=4590100204-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                           |  |  |
|-------|---------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会          |  |  |
| 所在地   | 宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成25年3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)】**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりのペースに合わせて支援している。無理強いせず、本人の訴えをよく傾聴して対応している。</li> <li>天候にもよるが、散歩やドライブによく行っており、施設内に閉じこもる事なく生活できるよう支援している。</li> <li>ご家族が面会に来られたら、必ず、状況報告をするようにしている。(良い事も悪い事も)</li> <li>県外に住んでいる知り合いやご家族が面会に来られた際は、必ず、利用者と一緒に写真を撮って、その場で写真をお渡ししている。</li> <li>ご家族と協力し合い、故郷訪問を行っている。</li> <li>施設の行事に地域の方を招いたり、地域の行事には、利用者や職員が参加したりしている。</li> </ul> |
|---|

**【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)】**

平成19年7月に開設したグループホームである。ホームに隣接して有料老人ホームが併設されている。「ゆったりと穏やかな生活」、「たぐさんの笑顔」、「家族の想いで」の理念の下、利用者がお互いに仲良く、家族のように日常生活を過ごしている。ホームでは、ピアノの先生による週1回の音楽療法や化粧療法(口紅やマニキュア程度)等を取り入れて、利用者が精神的に落ち着いた生活ができるように支援している。利用者には、それぞれ担当職員を決めて、居室には担当職員の写真をはり、きめ細かな対応をしている。食事の時間は、テレビを消してBGMを流し、利用者や職員と一緒に同じ食事を取り、「食べること」を大切にしている。

**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

| 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                             | 職員が、自分たちで理念を作った事で意識しやすく、毎日のミーティングで必ず、輪唱している。                                 | 職員が話し合い、開設時の理念を見直し、昨年2月にわかりやすい理念を作成している。職員は理念を共有し、第2の家族として利用者に寄り添っている。   |   |
| 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                             | 施設の行事などに地域の方を招いたり、地域の行事に利用者職員が参加し、交流を図っている。                                  | ホームの庭の「バラまつり」や敬老会に、地域の住民を招待している。地域の祭りや小学校の運動会に参加するなど、ホームが地域の一員として交流している。また、ホームにAED(自動体外式除細動器)を設置し、玄関に表示して、地域の役に立つように努めている。 |   |
| 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                           | 行事や会議等で、地域の方と利用者が直接、交流を図る事で、認知症という疾患を知って頂いている。                               |  |   |
| 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        | 家族会や行事の際に、運営推進会議を一緒にに行き、出来る限り、一人でも多く参加者が増えるようにしている。頂いた意見は改善し、サービスの向上に活かしている。 | 運営推進会議を行事に合わせて開催し、フリーで参加できるようにしている。ホームの運営状況について報告し、意見交換をしている。家族の意見を取り入れて、ホーム便りに利用者の写真を入れて送るよう改善し、家族の安心につながっている。            | 運営推進会議には、利用者、家族、地域の代表(自治会長など)をメンバーに加えて、より充実した会議になることを期待したい。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                  | 必要に応じて相談し、助言や指導をして頂いている。   | 市の担当者には、利用者の経済的な問題について相談し、解決に向けて指導を受けるなど、連携している。   |   |
| 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 | 身体拘束についての勉強会を行っている。利用者の状況次第で、拘束が必要と思っても、その都度ミーティングを行い、拘束しないケアに努めている。         | 身体拘束をしないケアについて、全職員が真剣に取り組んでいる。家族の協力が得られないケースでも、身体拘束をしないケアについて説明し、啓発に努めている。玄関の施錠は夜間のみである。                                   |   |
| 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        | 虐待防止についての勉強会を行っている。  |  |   |

| 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 |
| 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    | 全体の職員会議やグループホームの勉強会で学び、必要時にアプローチできるように知識を持っている。                        |  |                   |
| 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                         | 必ずご家族と顔を合わせ、十分な説明を行い、納得してから契約を行っている。一方的な話はせず、ご家族の心配や不安を十分に傾聴するようにしている。 |  |                   |
| 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                     | 担当者会議や家族会などで意見を聞き、対応している。面会時には、必ずご家族とコミュニケーションを図り、何でもお互いが話せる関係作りをしている。 | 利用者には、担当職員をそれぞれ決めて対応している。家族の来訪時には、居室でお茶を出して、ゆっくり話を聞くように努めている。ホーム便りでは、「意見・要望等がありましたら連絡をお願いします」と呼びかけている。 |                   |
| 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                                      | 日々のミーティングや勉強会などで意見を出してもらっている。出た意見は、そのままにせず、その場で話し合い、改善策を立てている。         | 職員会議や日々のミーティングで、意見を出し合っている。職員の提案で、理念の見直しを行い、昨年2月にわかりやすい理念を作成し、ホームの運営に反映させている。                          |                   |
| 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      | 人事考課を取り入れている。一人ひとりに目標を持って働いて頂いている。お互い何でも言える、働きやすい環境作りにも配慮している。         |  |                   |
| 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         | 研修参加の希望を聞いたり、促したり、必要と思われる研修参加も働きかけている。認知症全国大会にも交代で参加している。              |  |                   |
| 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 | 地域包括支援センターの研修会や連携病院での勉強会に参加し、他施設と情報交換をしている。                            |  |                   |

| 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 |
| <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 | 本人の話を傾聴し、出来る限り不安なく入居できるように対応している。本人とのコミュニケーションが難しい時は、家族から生活歴や本人の好むものを情報収集している。               |  |                   |
| 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            | 施設見学や事前調査等で、家族の困っている事や不安を十分に聞き、情報を共有しながら信頼関係作りにも努めている。出来る限り、本人や家族の要望には、答えるようにしている。           |  |                   |
| 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        | 事前調査等で、情報収集・アセスメントを行い、本人と家族が、今、必要としている支援を一緒に考え対応している。  |  |                   |
| 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                        | 一緒に食事をしたり、洗濯物を干したり・たたんだり等、一緒に生活を共にする事で、本人のできる事を探し、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         | 面会時には、必ず、良い事も悪い事も報告している。お互いの様子を見て、職員が間に入って話したり、一緒にお茶をしながらゆったりとした雰囲気でも過ごせるようにしている。            |  |                   |
| 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                     | 家族と連携を図り、故郷訪問を行っている。出来る限り、本人の要望や行きたい所には行けるよう対応している。本人が使ってきた物や馴染みのある物は、家族と相談し、持ってきて頂くよう話している。 | 故郷訪問では、自宅に帰ってお茶を飲む、自宅の周囲を散歩するなど、なじみの場所との関係が途切れないように支援している。また、友人、知人の来訪を大切にしている。 |                   |
| 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                 | 利用者一人ひとりの性格を配慮し、職員が間に入って、良い関係で生活できるよう支援している。利用者同士で支え合いながら、生活している。                            |  |                   |

| 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                    | 亡くなられた後も初盆のお参りに行ったり、他施設に移った後も、本人の生活情報をしっかりと申し送りし、少しでも不安なく移り住めるように支援している。           |   |                   |
| <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   | 本人とのコミュニケーションの中で、希望や想いを引き出している。また、入居時に、家族から今までの生活歴を聞いたり、本人の目線で考えたりしている。            | 入居時に、家族から生活歴を聞くなど、アセスメントを十分に行っている。毎日の生活の中で、表情や行動から思いや意向を把握している。白板に、利用者一人ひとりの思いを書いて、職員が共有できるように工夫している。 |                   |
| 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                                       | 本人とのコミュニケーションや家族・面会者から情報を収集している。入居時には、家族にセンター方式シートの一部を渡し、今までの生活歴や経過を書いて頂くよう依頼している。 |   |                   |
| 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   | 経過記録に残して、全員が周知するようにしている。日々のミーティングで話し合い、情報の共有をしている。                                 |   |                   |
| 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 | 事前に家族や本人に意見や要望を聞き、毎月、ケアカンファレンスで担当を中心に、全員でプランを考えている。                                | アセスメントおよびモニタリングは、利用者それぞれの担当職員が行い、介護計画は本人や家族の意見を聞いて、全職員が話し合って作成している。                                   |                   |
| 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                        | 記録のとり方については、まだまだ勉強が必要である。実践してても、記録する事を忘れる事もあり、その時に記録するよう気を付けている。記録を見て、情報の共有を行っている。 |   |                   |
| 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               | その時の状況により、ケアの順序、優先事項を考慮し、利用者のニーズに対応できるよう努めている。                                     |   |                   |

| 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  |
| 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                                      | 移動図書の利用や希望に応じて買い物に行っている。地域や馴染みの美容室に行けるよう、家族の協力も得ながら対応している。               |   |  |
| 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                                  | かかりつけ医に定期、または随時の受診を行っている。緊急時は、家族と連携を図りながら対応している。                         | 掛かりつけ医の受診は職員が同行し、結果を家族に報告している。協力医療機関の勉強会には管理者が出席し、認知症に関する情報を得ている。                           |  |
| 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                          | 気づきや分からない事は必ず看護師に報告している。緊急時は、他施設の協力も得る。                                  |   |  |
| 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。 | 家族や利用者の代弁をしたり、病棟職員と情報を共有し、早期に退院できるよう対応している。本人が安心できるよう、顔見知りの職員が見舞いに行っている。 |   |  |
| 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  | カンファレンス等で、終末期や緊急時の在り方について、本人の意向や家族の意向をお聞きしている。ターミナルについては、同意を文書で取っている。    | 「利用者の重度化した場合における対応に係る指針」を作成し、入居時に家族等に説明している。管理者は、重度化した場合や終末期のあり方について、今年は特に重点的に取り組みたいと考えている。 |  |
| 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  | 急変時の対応の仕方について、勉強会に取り入れている。心肺蘇生の研修に、職員が交代で行っている。                          |   |  |
| 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  | 定期的に避難訓練を行っている。  | 法人全体の合同訓練を2か月に1回、業者も参加して実施している。夜間を想定した訓練も行っている。4か月に1回程度は、消防署の協力を得て、避難訓練を実施しているが、地域住民の参加はない。 | 運営推進会議に地域の代表も出席してもらい、地域の住民にも避難訓練に参加協力が得られるように、働きかけることを期待したい。 |

| 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                   | 言葉の交わり方には十分に留意し、尊厳を意識して対応している。  | 言葉使いは丁寧にはしているが、時には方言を使って雰囲気大切にしている。しゅう恥心のある利用者が入浴する場合は、鏡を覆うなどの配慮をしている。食事の介助もさり気なく行っている。   |                   |
| 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                     | コミュニケーションの中で、本人の思いを引き出すようにしている。行きたい所には、出来る限り行けるように支援している。着たい服を着たり、入浴したい時に入れるよう、本人の希望に沿って対応している。 |   |                   |
| 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、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 | 本人のペースに合わせ、その時の状況に合った支援、または希望を聞きながら支援している。状況や時間帯によっては、職員優先になっている事もある。                           |   |                   |
| 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                                  | 本人や家族の希望に応じて、地域や馴染みの美容室を利用している。髭剃りや化粧をしたり、買い物に行って好みの服を選べるよう支援している。                              |   |                   |
| 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     | 利用者一人ひとりの力を活かしながら、野菜の皮むきや盛り付けと一緒にしている。食事中は、音楽を流したり、車椅子の人は出来るだけ椅子に移って食事するようにしている。                | 隣接した有料老人ホームで、一括して調理をしているが、週に1回はホーム内で昼食作りやおやつ作りをしている。食卓上でホットプレートを使って、焼きそばやお好み焼きを作り、食事を楽しむ支援をしている。利用者と職員と一緒に同じ食事を取り、家庭の雰囲気作りに努めている。 |                   |
| 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          | 個人の摂取量を把握し、あまり摂取していない時は代替で対応している。そのままにはせず、本人の状況で食形態を変えたり、時間をずらして栄養状態が維持できるよう支援している。             |   |                   |
| 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                   | 毎食前には、紅茶でうがいをし、食後はしっかりと口腔ケアをしている。嫌がられるときは無理強いせず、時間をおいて対応している。                                   |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 定時の誘導以外に、訴えやサインに合わせて誘導している。排泄の間隔を把握し、早めの声掛け、誘導を行い、失禁を減らせるよう支援している。尿・便意がなくても、必ずトイレ誘導している。                            | トイレチェック表を活用して、排せつパターンを把握し、尿意・便意がなくても、時間を見計らってトイレ誘導をしている。トイレ誘導が、他の利用者に気づかれないように配慮している。                                       |                   |
| 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  | 水分摂取を増やしたり、排泄チェック表を作って、排便状況を把握している。トイレに座った時に、腹部マッサージをしたり、ウォシュレットを当てて肛門を刺激し、自然排便を促している。                              |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 本人の希望に沿って、入浴時間を決めている。入浴を嫌がる時は、無理強いせず、時間を変えたり職員が変わるなどして対応している。羞恥心の強い方には、鏡や窓に目隠しをしている。湯船に、パラやゆずを入れたり、季節感も味わえるようにしている。 | 入浴日は、基本的には週に3回であるが、希望があれば柔軟に対応している。入浴時間は本人の希望に合わせている。しゅう恥心の強い利用者には、浴室内の鏡に目隠しをし、安心して入浴できるように配慮している。パラやゆずを入れて、入浴を楽しむ支援も行っている。 |                   |
| 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   | 午睡を促したり、就寝時間は決めつけずに、本人の様子を見ながら介助している。   |   |                   |
| 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  | 内服の管理は、全て看護師が行っている。薬が変更になった時は、ミーティングや申し送り、必ず周知している。誤薬を防ぐため、服薬介助時は、必ず声出し確認を行っている。                                    |   |                   |
| 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                             | 出来ることは一緒に行い、生活歴を把握した上で支援している。レクリエーションや外出の機会は多く作り、気分転換できるようにしている。  |   |                   |
| 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 | 施設内に閉じこもらないよう、心がけている。散歩やドライブ等、定期的に行っている。家族と協力し、故郷訪問を実施している。   | 散歩、ドライブなどを日常的に実践して、ホームに閉じこもらないよう外出支援をしている。特に故郷訪問では、家族の協力を得て自宅でお茶を飲んだり、家族のいない利用者は、住んでいた場所を散策するなどの支援をしている。                    |                   |

| 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  | ほとんどの方は、家族が金銭管理を行っている。   |  |                   |
| 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   | 本人からの要望があれば、いつでも電話できるようにしている。年賀状や暑中見舞い等、書ける人には、自分で書いて頂いている。            |  |                   |
| 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 | 季節ごとに部屋をアレンジしたり、リラックスできるように音楽をかけたりしている。音や温度、採光等の刺激には、気をつけて配慮している。      | 食堂に花を生け、玄関にはひな人形を飾るなど、季節が感じられるように配慮している。テレビやBGMの音量が適切になるように、調節している。また、ピアノやソファを置いて、家庭的な雰囲気になるように工夫している。 |                   |
| 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  | ソファに座って一緒にお茶したり、仲の良い方同士、部屋でお話しをしている。                                   |  |                   |
| 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  | 入居時には、家族に自宅で使い慣れた物があれば持ってきて頂くように話している。自宅に近い部屋になるよう、家族と話しながら部屋作りを行っている。 | 居室に仏壇を置いたり、家族が冷蔵庫を持ち込んで、利用者の好みを大切にしているなど、ホームは本人や家族と協力しながら、居心地よく過ごせるように配慮している。                          |                   |
| 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   | 利用者によっては、部屋のドアに写真や名前をはって、自分の部屋を認識できるようにしている。                           |  |                   |