

## 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                      | 地域密着型サービスの事業所である事を念頭に理念を作成してある。各ユニットにも職員で作成した介護目標があり、毎月の会議で確認し合い意識・実践に努めている。                           | ユニットごとに、地域密着型サービスの意義を踏まえた介護目標をつくり、職員全員でグループホームならではのケアを実践している。会議では目標を掘り下げて話し合いをし、ケアの質の向上を図っている。                                       |  |
| 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                      | 地区の小学校や保育園の行事に呼ばれたり、逆に施設に来てもらったりの交流が年間通じて定着している。町内会の祭りで神輿を見学したり、施設の納涼祭に近隣住民に参加していただいたりと、地域との交流を継続している。 | 小学校や保育園と積極的に交流し、行ったり来てもらったりの交流を継続している。地域行事にはできるだけ参加し、ボランティアの受け入れも多い。日頃の感謝の意をこめて、毎年9月に「納涼祭」を開催し、近隣住民やボランティア、家族等に招待状を出し、参加者が年々多くなっている。 |  |
| 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                    | 運営推進会議では、メンバーの交代があった時には特に、認知症の方の施設である事理解を得るために説明している。また、集落区長、民生委員にも理解してもらい協力が得られるようにしている。              | /  | /  |
| 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 | 利用者本人、ご家族、集落区長、民生委員2名、地元消防団、協力医、地域包括支援センターの参加があり、事業所の報告や参加者から情報・意見を頂きサービス向上に努めている。                     | 会議では事業所の活動状況を報告するとともに、参加者から情報や意見をもらい業務の改善に繋げている。外部評価結果についても会議で検討し、協力を得ながらサービス向上に繋げていきたい。   | 会議の資料は丁寧に作成されているが、会議録がないため、出席者や内容の詳細について情報共有が難しい現状である。良好な事業所運営のため、会議録の備えが望まれる。 |
| 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            | グループホームだけでは対応しきれない利用者について、地域包括支援センターの担当者と連絡を交わしながら、その方の生活の継続について会議を重ねる等の連携を図っている。                      | 利用者にとってより良いサービスが提供できるよう、包括支援センターの担当者とは、普段からまめに報告や相談を行って連携を深め、スムーズな協力関係を築いている。  |  |

| 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 |
| 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 | 外部研修に参加し、復命勉強会を行い据えての職員に不適切ケアについて周知する機会を設けている。  | 外部研修に参加した後、勉強会を行ない身体拘束をしないケアに職員全員で取り組んでいる。日常の関わりの中で利用者の思いや行動を制限していないかを振り返り、自由な暮らしの支援に努めている。   |                   |
| 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       | 項目6に同じ。家族関係の難しい中での受診同行時、利用者には危険がないよう対応している。   | 外部研修で虐待の防止についても学び、勉強会で事業所内で虐待と感ずることがあるか話し合い、ケアの改善に取り組んでいる。必要があれば家族にも防止に向けた対応をしている。  |                   |
| 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   | 家族状況等により権利擁護が必要な利用者については、管理者および介護支援専門員を中心に利用の支援や関係者との連絡・連携に努めている。   |   |                   |
| 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                        | 契約の際には、契約書および重要事項説明書を提示しながら、十分に時間を取って内容の説明を行っている。長期利用による経済的不安については、個々のケースごとに相談に乗り対応している。  |   |                   |
| 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                    | 「表明する機会」とまではいかないがご家族とご本人に運営推進会議に参加していただきご意見やご感想等を頂いている。ご家族の要望等には随時可能な限り対応し信頼関係を築けるよう日頃努力している。いずれにせよ施設運営に反映とまでの実績はないものの、それを「表明する機会」「表明できる雰囲気」を普段からつくるにはしている。 | 利用者には思いを多く引き出せるような関わりを持ち、出来るだけ応えるようにしている。家族には面会やケアプラン作成時に本人の様子を伝えるとともに意見や要望を伺っている。また、運営推進会議に利用者や家族の代表から参加してもらい、意見の把握に努めている。把握した意見は運営に反映させている。 |                   |

| 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 |
| 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                                      | 毎月の2ユニット合同の職員会議にて、日々の業務や施設の行事などについて職員から広く意見やアイデアが出されている。体制や待遇について、管理者のみならず事業部長へ直接意見を言える機会も設けている。    | 職員会議は2ユニット合同で、夜勤者以外は全員出席できる時間帯に行い、業務や日々のケアについて活発に意見交換をしている。時には事業部長も出席して職員体制や待遇についても話し合い、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      | 開設から3年が経過し、介護福祉士取得を目指す職員に向け勉強会を月4回程度行っている。労働時間やシフトについては職員個々の事情に極力合わせ、働きやすい職場づくりに努めている。              |   |                   |
| 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         | 施設内研修の年間計画を策定し実施している。外部研修は可能な限り個々の職員に合った内容の物に参加を勧めている。  |   |                   |
| 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 | 魚沼地域のグループホーム協議会に参加し、2ヶ月に一度の情報交換を継続している。年1回の合同研修(今年度は11月5日)に職員10名参加した。                               |   |                   |
| <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           | 家族の要望を聞くだけでなく、本人が納得して利用を開始できるよう、何度も自宅を訪問したり施設見学を勧めたりしている。入居直後は特に職員全員で安心していただけるよう声かけや配慮を強化している。      |   |                   |
| 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                      | ご家族の事情をお聞きした上で、本人の思いとの差異に配慮し、本人・ご家族双方の妥協点が見出せるよう相談を行っている。入居にあたり、家族の思いも反映できるよう聞き取りを行いサービス計画に盛り込んでいる。 |   |                   |

| 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 |
| 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 | 空床ができた際、優先度の高い待機者について、グループホーム入居が妥当あるいは必須なのか、在宅サービス利用で自宅での生活が継続できるのか、居宅ケアマネや地域包括支援センターと相談し、慎重に検討している。                 |   |                   |
| 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                 | 掃除、洗濯、食事の準備、畑作業など、時に利用者に教えてもらいながら一緒に生活しているという思いを職員は持っている。足腰が不自由な方にも座ってできる役割を担っていただき、生活の場面にお互いが参加する、支え合う関係を築く努力をしている。 |   |                   |
| 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  | 開設当初からの方針として本人と家族の関係が疎遠にならないよう、面会や外出・外泊等を依頼し、協力していただいている。受診の結果や診療方針などは極力ご家族にも医療機関から直接聞いていただき、共有に努めている。               | 受診付き添いや衣類の入れ替え、外泊・外出の協力のほか、行事に招待して共に過ごす時間を持ってもらい、本人と家族の絆が継続していくよう支援している。介護計画にも家族の役割を明記し、常に家族と共に行動する支援を心掛けている。 |                   |
| 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              | 面会は自由に受け入れ、面会時にはゆったりとくつろげるよう配慮している。入居前から行きつけの美容室、買い物帰りに会いたい人の所へ寄り道、入院している人のお見舞いに行くなどの外出支援を行っている。                     | 家族・兄弟・友人等、面会は自由に受け入れ、居室でお茶を飲みながらゆったりと寛いでもらっている。利用者間の馴染みの関係も築かれてきており、入院するとお見舞いに行くなど、関係継続の支援に努めている。             |                   |
| 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           | 利用者がお互いに穏やかに気持ち良く過ごせるよう、座席の配慮や誘導を行っている。不安を訴える利用者に他利用者が安心させようと声をかけるなど、利用者同士の「ともに暮らす関係」が築かれている。                        |   |                   |

| 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                    | 退去時に今までの暮らしの情報を引き継ぐのに加え、退去後も必要に応じて住み替え先の施設担当者と連絡を取ったり、あらたな入居先の施設へ行き本人に合わせた介助方法を伝えるなどの支援を行っている。         |  |                   |
| <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   | センター方式を用いたアセスメントに加え、日々の関わりの中からどのように暮らしたいかという希望を聞いたり見出したりすることに努め、サービス計画に盛り込んでいる。                        | センター方式のシートを活用し思いや希望の把握に努めている。又、職員が行っている足マッサージの際のコミュニケーションからも思いや意向を把握している。          |                   |
| 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                                       | 入居前の生活歴の把握に努め、会議等で伝達・共有を行っている。また、日々の暮らしの会話の中から、どのような人生を送ってこられたのか、より生き活きと暮らせるためのヒントはないか、聞き取りや試行に努めている。  | それまで関わっていた居宅介護支援専門員からの情報や入居前の自宅訪問で生活歴や今迄の暮らしを把握している。情報は会議などで共有し本人らしい暮らしの継続に繋げている。  |                   |
| 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   | 毎日のミーティングで、課題や問題だけでなく「調子が良かった」、「こんなことが上手にできた」、「誰々の世話をしてくれた」等の利用者の持つ力にも着目して記録し、職員間で共有を図っている。            |  |                   |
| 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 | 利用者一人ひとりに受け持ち職員がおり、計画作成担当者と協力してサービス計画の作成やモニタリングを行っている。毎月のモニタリングを行い、ささいな変化を見逃さないよう注意している。               | 利用者、家族の意向を踏まえ、計画作成担当者が居室担当と協力しながら作成している。実践状況は日々の記録に残し、毎月モニタリングを行って現状に即した計画を作成している。 |                   |
| 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                        | 個別の介護記録に、ケアを実施したその場で記録し本人の言葉や反応を正確に記入するよう努めている。モニタリングや再アセスメントの際にその情報を反映させている。気づきや変化は業務日誌に記載し情報を共有している。 |  |                   |

| 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 |
| 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                            | 多動な利用者には、併設の事業所の協力を得てレク活動に参加させてもらったり、個別に外出の機会を設けたりしている。  |   |                   |
| 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                                      | 演芸・慰問ボランティアと近隣の保育所・小学校交流を中心に外部との接点を持ち、頻繁とは言えないが地域で暮らす実感を持ちながら生活していただける様、配慮している。また安全上の理由から全員ではないが日々の食料品の買い出しに同伴していただくなどの努力は行っている。 |   |                   |
| 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                                  | 原則、主治医は変更せずに長年かかってきた経緯や関係性を重視する。受診時には近況を報告したり、本人や家族に事前に相談の上、薬の変更の検討を打診したりして、本人がこれまでどおり健康で暮らせることを重視している。                          | 今迄の主治医との関係を大切に支援している。家族の同行を基本とし、毎日の生活や健康状況がわかる書面を持参してもらっている。精神科領域の受診が増えており職員の同行も多く、診断の結果は家族と共有している。 |                   |
| 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                          | グループホームに常勤の看護師はいないが、併設の事業所の看護師に随時報告・相談を行っている。また、協力医療機関の医師や看護師にいつでも報告や相談できる体制をとり、実際行っている。   |   |                   |
| 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。 | 入院時に管理者か計画作成担当者が同行し、情報提供や相談を行っている。見舞いを兼ね職員がこまめに足を運び、看護師から経過を聞いている。治療方針の決定や退院に向けた話し合いには同席するようにしている。                               |   |                   |

| 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  |
| 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、看護師が不在のグループホームで「できること・できないこと」の説明は行い、その中で本人・家族の主体的な選択を尊重している。ADLの低下や病気の悪化など、変化があればその都度、意向を確認し、合わせて「いつでも撤回・変更が可能」と伝えることを重視している。 | 入居前に当事業所で出来ること、出来ないことを本人と家族に十分に説明して理解を得ている。本人の状況変化に際しては家族と繰り返し話し合いを行い、可能な限り意向に沿えるように医療機関と連携し、全職員で方針を共有してチームで対応している。 |  |
| 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   | 救命講習、AEDの取扱訓練を定期的に行っている。   | 救命講習、AEDの研修は事業所で年1回行い、初任者は採用の段階で消防署に向き受講している。又、骨折やけがなどの応急手当の研修も検討中である。  |  |
| 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   | 防災訓練を年2回実施している。今年度の防災訓練では全利用者を階段から避難させる訓練を行った。地元消防団の協力が得られるよう、防災訓練に参加してもらったり施設の見学を実施したりしている。                                       | 防災訓練は施設全体で年2回消防署の協力を得て実施している。事業所は2階にあり階段からの避難に時間がかかった。近くの系列会社の協力も視野に安全な避難方法を現在検討中である。災害時の備蓄品は常に整備している。              | 隣接の法人母体の建設会社や近くにある系列の農業法人への協力依頼の構想を具体化する事が期待される。又、夜間に連絡網を使った訓練で職員の事業所迄の到着時間の把握も望まれる。 |
| <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   | トイレの声かけの仕方や一番風呂の希望など個々の性格や誇りを尊重した対応を全職員が共有し大事にしている。個人情報や施設管理し、外部持ち出しは禁止している。   | 自己決定を尊重し、トイレの声かけも「行きましょう」ではなく、「どうですか」というように自分で決める支援を大切にしている。常に本人自身が意思表示しやすい言葉かけや関わりを心掛けている。                         |  |
| 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   | 意思決定が難しくなってきた利用者に対しても、生活の場面場面で選択肢を示して「自分で決める」機会を継続して持てるよう、介護計画にも盛り込んで働きかけを行っている。   |   |  |

| 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 |
| 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し、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 | 食事やお茶の時間など基本的な一日の時間の流れはあるが、無理に合わせてもらう事は一切しない。「天気がいいから散歩に出たい」等の希望にも極力その時に対応している。           |  |                   |
| 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                                   | 入浴時や外出時など、自分であるいは職員と一緒に服を選んでもらい、「自分で選んで着る」機会を大切にしている。本人や家族の希望があればなじみの美容室の利用継続を勧めている。      |  |                   |
| 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      | 米ときや野菜の皮むき、味付けや盛り付け、食器の片付けや洗浄まで、一連の作業を利用者参加で行っている。買い物の際にも食材選びで能力を発揮できる機会を作ることを心掛けている。     | 調理や配膳、後片付けは利用者が個々の力に応じて参加している。身体状況に合わせた調理を工夫したり、職員は共に食卓を囲み、食の進まない人には何気なく言葉がけをして食事を楽しめる支援をしている。 |                   |
| 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           | 全利用者の食事量を毎食記録しているほか、医師の指示がある方や利尿剤服用の方については個別に水分量を記録し摂取を勧めている。箸が使いづらい方には食べやすい形態で個別に提供している。 |  |                   |
| 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                    | 毎食後に口腔ケアの勧めや介助を行い、磨きが十分でない方には舌みがきも含め介助をしている。義歯は毎晩消毒を行っている。                                |  |                   |
| 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    | 車椅子の方であっても日中はトイレでの排泄を介助し、終日オムツの方は現在一人もいない。尿意を訴えづらい方は表情や傾合いを見てトイレへお誘いし失禁を減らせるよう支援している。     | 現在、日中おむつ使用の人は一人もおられない。個々の排泄パターンや習慣を職員が共有し、「どうですか」と何気ない声掛けをして本人の意思に沿った支援をしている。                  |                   |



| 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 |
| 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  | 便秘がちな方には、野菜ジュースや牛乳を勧める、好きな果物を食べて繊維質を摂るなどの工夫を、介護計画に盛り込み個々に合わせ対応している。  |   |                   |
| 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                        | 週3回が基本ではあるが、希望に応じ前後の日にずらすことはある。時間帯の希望や「一人で入りたい」等の希望にも極力応じ、長湯が好きな方には急かさずゆっくり入浴いただいている。                          | 2つのユニットで交互に入浴日を定めているので、一人ひとりの希望や健康状態に応じた入浴日が可能である。入浴剤や季節感を取り入れた入浴が楽しめる支援をしている。                |                   |
| 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   | 地域がら昼寝をする方が多いが、長年の習慣で昼寝をしない生活を送ってきた方は本人のペースで起きて過ごしている。夜間よく眠れるよう、日中に散歩や体操など活動の機会を設けている。                         |   |                   |
| 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  | 全利用者の薬の一覧表を作成・随時更新し、準備から服薬までに複数の職員がチェックして誤薬や服薬忘れの予防を図っている。受診の際には日々のバイタル値を医師に提供し、気になる症状等は別途書面にて報告して指示や助言を受けている。 |   |                   |
| 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                             | 「主婦の仕事」と張り切る方、民宿を営んで来た方などは積極的に家事に参加している。百人一首の詠みが得意な方には毎回詠み手をしていただき、元気な声が聞かれる。毎月、行事を企画し楽しみや気分転換の機会を設けている。       |   |                   |
| 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 | 外への散歩を好む方には、ほぼ毎日散歩を勧め実施している。雪のない時季は、重度の方も含め全員で花見や紅葉狩りなど戸外でお茶を飲んだり食事をしたりする機会を積極的に作っている。                         | 積雪時以外は、外へ出て地域の人と触れ合い、行事に参加したり、戸外で楽しむ機会を沢山設けている。個人の外出希望にも添えるように努めている。又、毎日の食材購入には利用者も順番に出かけている。 |                   |

| 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 |
| 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  | 自分で小遣いを管理できる方は、家族から一定額を随時渡してもらい希望に応じて菓子などを好きに購入している。トラブル防止のため、施設での現金の預かりはせず立替で対応している。      |   |                   |
| 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   | 手紙や電話の希望時には制限せず支援している。難聴やコミュニケーション困難な方についても、毎月のお便りなどで本人の近況や思いなどをお伝えしている。                   |   |                   |
| 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 | 季節を感じられるよう花を飾ったり、利用者と職員で作成した貼絵を掲示したりして、目で見えて楽しんでいただけるよう配慮している。不必要な刺激で混乱を招かないよう、整理整頓を行っている。 | 広い食堂兼居間は、明るく、空気清浄機を設置し湿度管理が設定されている。冬期間は大きな炬燵を入れ、カウンター越しの台所にはいつも職員がおり、何気なく見守り、会話などで交流が図られている。季節ごとの入居者の作品に和み合い会話が弾んでいる。 |                   |
| 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  | 相性や仲を考慮し、お互い気持ちよく過ごせるよう席の配置を工夫している。大勢の中で混乱や興奮を招きやすい方の為に、ソファの位置や向きも工夫し穏やかに過ごせる場を用意している。     |   |                   |
| 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  | 火器などの危険物を除き持ち込みの制限はない。自宅で使っていた家具やテレビ、化粧品や時計などを置くことで「自分の居場所」と感じていただけるように努めている。              | 居室には自宅で今まで使っていたものを持ち込み、壁には家族写真や絵などの思い出のものを飾っている。又、居心地良い部屋となるよう、時には職員と模様替えをして楽しんでいる。                                   |                   |
| 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   | 生活歴や本人の認識に応じ「トイレ」と「便所」の表示を使い分けたり、動線上から見えやすいように工夫したりして、自分で行けるよう支援している。                      |   |                   |