

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                           | 地域の皆様に支えられる中で、一人一人の個性を尊重し、安心と生きがいを感じていただけの介護を実践すると共に、地域に密着した施設を目指している                           | 平成25年10月より法人の理念に沿うように新しい理念が作られた。「ご利用者様と職員が共に暮らす喜びを、安心で生きがいのあるその人らしい生活を支援します」というもので職員の話し合いのもと作成した。全体会議等で全職員で唱和し、理念に沿ったケアを心がけている。   |                   |
| 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                           | 地域のお祭り、保育園との交流、地域でのお茶会「さろんえんがわ」などの招待もあり、積極的に取り組んでいる。又、近所から季節ごとの野菜の差し入れも沢山あり、ボランティアの参加を含めて、交流も多い | 自治会費を納め地区の行事への参加を日常生活に取り入れている。2ヶ月に1回開催される「さろんえんがわ」に4～5名の方が交代で参加し、体操や余興などを楽しんでいる。近くの保育園児との交流も継続しており、園児が来訪したり園の運動会には利用者が応援に駆け付けたりしている。小中学生の職場体験も継続して受け入れている。地域の方より沢山の野菜の差し入れがありホームからも感謝の意を表わしている。 |                   |
| 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                         | 飯綱町は、「認知症地域支援体制構築等推進事業」のモデル市町村になった事から、今でも行政主催の会議や研修会に参加して地域内での高齢者や認知症への理解や支援を啓蒙している。            |   |                   |
| 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      | 都度、検討事項のテーマを決めて、取組状況や経過を報告し、お互いの意見を交換し地元との協力を得ながら、今後に活かしている。                                    | 2ヶ月に1回、利用者、区長、民生委員3名、町と隣町の役場職員、地域包括支援センター職員が出席し開催されている。現況報告とそれぞれの立場よりの意見交換をし、ホームと地域のより良い関係を築いている。区で災害があった時にホームを高齢者の避難場所として提供してほしいと依頼されたり、来年度から地域の防災訓練へグループホームの参加をお願いしたりと双方向の話し合いとなっている。         |                   |
| 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                 | 運営推進会議にも出席していただいております。行政主催の会議や研修会にも積極的に参加する中で協力関係を築くよう取り組んでいる。                                  | 「認知症地域支援体制構築等事業」モデル地区に町が指定されおり、モデル地区としての話し合いが月に1回あり参加している。町と隣町の福祉関係の会議にそれぞれ毎月参加している。社協で開催している研修会にも職員が参加している。介護保険の更新手続き等も家族の依頼により代行し、認定調査時には情報を提供している。   |                   |
| 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 | 全体会議やミーティングを通じて、身体拘束により利用者が受ける身体的、精神的弊害や「身体拘束」をしないケアについて全員が学習を重ね、理解している。                        | 玄関の鍵は掛けていない。冬場は雪が平地より多く、玄関先も凍りつき危険になるので利用契約時に家族にその旨を伝え施錠している。帰宅願望の強い方には職員が寄り添い、目の前に山が見える手入れの行き届いた広い芝生の庭を散歩している。ベッド柵等を使用することなく身体拘束をしないケアを実践している。   |                   |

グループホーム・ケアプラザみつえ

| 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  |     | ○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        | 「高齢者虐待防止関連法」について研修を行っている。<br>不適切なケアが自宅や施設内において行なわれない様注意を払い、防止に努めている。                     |  |                   |
| 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    | 研修により全職員が制度について理解している。<br>なお、必要と思われる家族に対しては説明を行ない活用についての支援をしている。                         |  |                   |
| 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                         | 契約時は、身元引受人に対しての面前にて、入所に関する重要事項の契約内容を説明し、了解を得ている。退所の場合も、十分な説明と対話の中で理解・納得を図っている。           |  |                   |
| 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                     | 来所時には、三者(職員、利用者、家族)にて会話の時間を持ち、意見を聞いている。又、毎年おこなわれる「家族会」では直接要望をお聞きして全体会議等を通じ介護に反映させている。    | 年に一回地域のコミュニティーセンターを借り家族会を行っており、ホーム最大のイベントとなっている。会の始まる前に家族にアンケートをお願いし、会食、余興等の間に職員が各家族と意見交換している。また家族よりのアンケートは全体会議で話し合い運営に役立てている。日頃、ホームへの家族の来訪時には職員が必ず利用者の近況報告をするとともに家族の意見を聴くように徹底している。 |                   |
| 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                                      | 全体会議や都度行なわれるミーティングなどを通じて、いつでも職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。                                   | 20代から60代の職員で構成されているが、働きやすい環境であり仕事をしていて楽しいと職員は語っている。勤務年数に関係なくお互いに思っていることなどを会議やミーティングで発表ができています。利用者の担当制や各自が委員会に所属することで自己啓発に努めている。毎月の全体会議では看護師や職員による研修会が必ず行われている。                       |                   |
| 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      | 代表者は職員と共にケアを行ない、業務を把握している。職員が向上心をもって働けるよう、資格取得に向けた支援や、各自がやりがいを持って働けるよう、職場環境・条件の整備に努めている。 |  |                   |
| 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         | 毎月の全員研修や、必要に応じた外部研修にも参加している。資格取得の自己啓発にはローテーションに配慮をしたり、補助金を出して支援している。                     |  |                   |
| 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 | 地域内外の他施設と相互訪問により、サービスの質の向上を図っている。  |  |                   |

グループホーム・ケアプラザみつえ

| 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 | 入所前に直接自宅を訪問して、入居者と家族との面談を実施している。その際、心身の状態や悩み、希望を聞く事で理解を深め安心を確保するための関係づくりに努めている。   |   |                   |
| 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            | 家族が困っている事や要望を十分理解し、施設としてどのような対応が出来るか、事前に関係づくりに努めている。                              |   |                   |
| 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        | 「何を求め」「何をしてほしいか」について家族ときめの細かい打ち合わせを行ない必要なサービスに繋げるように対応している。                       |   |                   |
| 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                        | グループホームは「家族」である事を職員は認識している。<br>一方的に介護するのではなく、お互いに「共生」意識の中で生活を楽しむ関係を築いている。         |   |                   |
| 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         | 入居者の問題点や好みなどをお聞きし、家族との絆を大切にしてお互いに相談・協力しながら本人を支えていく関係を築いている。                       |   |                   |
| 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                     | ドライブ等により、見慣れた場所を訪れたり、散歩により知人に会ったり、馴染みの人や場所を忘れない様に支援している                           | お正月やお盆に外泊や外出する方が数名いる。知人の訪問も多い。訪問調査時にも利用者と同年代の友達が2名来訪していた。絵手紙教室での作品を家族へ送ったりもしている。昨年までは数名の方が年賀状を出していたが今年は全利用者に年賀状に挑戦していただくことを考えている。 |                   |
| 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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                   | 座席の位置など、お互いに楽しく会話が出来、親交が図れる様に配慮している。<br>入居者同士が相手を思い、お互いに支え合えるような雰囲気づくりに職員が支援している。 |   |                   |

グループホーム・ケアプラザみつえ

| 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                    | 退所後も、訪問するなど、コミュニケーションをとり、関係を保っている。  |  |                   |
| <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   | 入所時に家族から生活暦や好みについて聴取し、全員が共有している。又、日々の会話の中から意向を聞き、行動や表情により、支援に努めている。   | ほとんどのの方が自分の思いを口にすることができる。日によって職員は表情や態度で判断している。判断する時も常に話しかけを休まずに反応を見ている。生活歴については家族から聞き取りをしているが利用後の生活での気づきをファイルにして職員が共有している。   |                   |
| 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                                       | 事前情報を聴取し、コミュニケーションをとる中で、これまでの生活状況を認識し、折に触れ情報を得ながら把握に努めている。  |  |                   |
| 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   | 日常の生活の中で、本人の出来る力、理解する力を確認しつつ、総合的に把握する様に努めている。   |  |                   |
| 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 | 介護計画については、担当を決めて職員全員が意見を出し合い、チームで検討している。本人の同意や、家族の希望を取り入れシンプルで確実に実行できる介護計画を作成している。定例会議やミーティングでも常時検討しており現状に即した介護を行なっている。 | 介護計画は4月から9月、10月から3月とし、利用者の居室担当職員が日常の気づき等をサービス担当者会議で報告後全職員で話し合い、計画作成担当者が作成している。「施設介護経過記録」が作られ見直しの時期終了か継続かを決定している。家族へは「みつえだより」で新しいプランが出来たことを知らせ、ホームへの来訪時に説明をしている。状況の変化があるときにはその都度変更を掛けている。 |                   |
| 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                        | 日々の様子は、業務日誌・ケアプラン・申し送りノート等に記録している。個別の状況は全職員が共有しており、介護記録をもとに必要なに応じ見直しに活かしている。  |  |                   |
| 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               | 身体状況の変化や、レベルの低下など、個々のケースに応じて柔軟な支援とサービスの多機能化に取り組んでいる。  |  |                   |

グループホーム・ケアプラザみつえ

| 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                                      | 警察や消防・行政機関・区長・民生委員などの意見交換する機会を設けている。運営推進会議には、地域包括支援センターの職員も参加しており、情報を得る事により安全で豊かな暮らしを支援している。                   |  |                   |
| 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                                  | 入居時に協力医療機関がある事を伝えている。引続き受診している病院での継続か否かを判断していただき、緊急時の対応等で適切な医療を受けられる様に支援している。                                  | 契約時にかかりつけ医の変更等の確認をしている。利用者と家族の繋がりを継続する手段として、かかりつけ医受診は家族にお願いしている。ホームで付き添うときは看護師が付き添い、家族への連絡も看護師から行っている。   |                   |
| 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                          | 3名の看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた適切な受診や看護を受けられるように支援している。   |  |                   |
| 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。 | 家族の了解のもと病院からの情報提供を得ている。又、必要に応じて病院の説明については同席して対応しており、医療機関との関係づくりは綿密に行なっている。                                     |  |                   |
| 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  | 重度化や終末期に備えて、関係者で話し合い、施設が対応し得る最大のケアについて説明をし、家族やかかりつけ医との連携体制の中で、方針を共有している。                                       | 開設以来ホームで看取りを行った利用者はいないが、病院へ入院されて亡くなられたケースはある。契約時に終末期対応について説明を行っており、「終末期生活のための契約書」が作成されている。利用者、家族の意向をもとに話し合いの場を設け方針を決めていくようにしている。               |                   |
| 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  | 内部研修にて、緊急時の手当や初期対応の訓練を行なっている。又、特別に注意を要する入居者については「対応方法」と「連絡先」を掲示して非常時に備えている。                                    |  |                   |
| 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  | 消防計画に基づき、年2回の総合避難訓練を実施している。業者による火災報知器の説明も行いさらに、2ヶ月に一度夜間等を含む訓練も行なっている。なお、マニュアルを作成し全員に指導すると共に消防署との間で「協定書」を結んでいる。 | 年2回消防署へ計画書を出し、利用者、職員、近所の方、区長などの参加を得て避難訓練を行っている。そのほかに2ヶ月に1回、夜間想定や昼間想定などあらゆる想定をし、訓練を繰り返している。また、防災機器の定期点検も業者により毎年行われている。来年度は地区の防災訓練に参加したいとの意向がある。 |                   |

グループホーム・ケアプラザみつえ

| 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                   | 全職員が誇りやプライバシーを損ねないように配慮する事がケアの基本であると認識している。個人情報や守秘義務についても入居者の尊厳を守っている。                        | 女性は名前にさんづけで呼び、男性は苗字にさんづけで呼んでいる。利用者で名前にさんづけで読んでも反応がなく、「チャン」づけで呼ぶと反応がある方もおり家族了解のもと「チャン」づけで呼んでいる。土地の方言を使う利用者も多く、周りから聞いていると強い言い回しに聞こえるが、利用者にとっては長い生活習慣で身に付いたもので職員も個々に対応している。     |                   |
| 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                     | 利用者が何を求め、希望しているかの把握に努めている。意思表示が難しい利用者については、表情や素振りから判断し、気持ちを汲み取るように努めている。                      |  |                   |
| 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 | 利用者にとって安心して楽しく過ごしていただくために何が必要であるかを考慮し、利用者を主体としたペースで、希望にそった支援をしている。                            |  |                   |
| 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                                  | 本人および家族の意向を大切にして、その人らしい身だしなみや、おしゃれが出来るよう、個性を大切に支援している。  |  |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | メニューは利用者と相談しながら好みのものを取り入れている。<br>又、調理・盛り付け・片付けも職員と利用者が一緒に行ない、同じテーブルを囲み楽しい食事になるよう話題づくりに心掛けている。 | 楽しくおいしく食べる食事は健康の源とホームでは考えており、職員が献立を作成し、食事は手づくりで、地域の方からの差し入れの野菜なども工夫され食卓に登場している。食事前の嚥下体操が全員で行われ、一部介助や見守り、ミキサー食など個々に対応しながら利用者と職員と一緒に会話をしながら食事をとっている。誕生日には職員の手づくりのケーキが振る舞われている。 |                   |
| 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          | 献立表により栄養のバランスのチェックを行ない摂取量は日々記録している。<br>職員が共に食事をする事で各自の食事状況(水分を含む)を把握するように努めている。               |  |                   |
| 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                   | 各自の能力に応じたケアを毎食後支援している。<br>又就寝前には義歯の洗浄を行ない清潔保持に努めている。  |  |                   |

グループホーム・ケアプラザみつえ

| 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                              | 各自の排泄パターンを把握する中で、自尊心に配慮し、適宜声かけを行ない誘導している。<br>トイレでの排泄を大切にしながら、身体機能に応じた自立にむけた支援を行なっている。 | 居室にはトイレがあり、基本はトイレでの排泄としている。排泄パターンをチェックし、家族の要望でリハビリパンツから布パンツへ改善された利用者がある。利用者とのコミュニケーションを取り、職員間の横の連携を取ることで排泄の失敗を少なくしている。                         |                   |
| 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  | 薬に頼らず、自然排便を促すように、食事内容を工夫している(植物繊維・乳製品等)。<br>又、毎日の運動(歩行運動・リハビリ体操)により体力維持や便秘予防に取り組んでいる。 |  |                   |
| 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                             | 本人の希望に合わせて入浴が楽しめる様、個々に対応している。又、シャワー湯・ハーブ湯・バラ風呂など季節感を味わっていただく様に工夫をし支援をしている。            | 風呂場は2ユニットで1ヶ所なので交代で入浴している。週3回を目安としている。入浴専門のスタッフ2名おり、利用者との話が盛り上がるという。二人介助で入浴する方も数名いる。お風呂を楽しみとしている方が多いため、入浴を拒否する方はいない。入浴後は必ず麦茶を飲んでいただき水分補給をしている。 |                   |
| 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   | 入居前の生活習慣と情報提供の内容を参考に、体調や状況に応じ、起床や就寝の生活パターンを考慮した支援をしている。                               |  |                   |
| 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  | 病院からの情報や看護師よりの指導により職員は効能・副作用・用法等を理解している。<br>症状の変化については、担当医・看護師・家族・職員の連携により即時対応に努めている。 |  |                   |
| 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                             | 食事作りや草取り、畑仕事など利用者の経験と知恵を発揮する場を設けている。<br>日常の会話の中から各自が希望する行事や外出の機会をつくり気分転換の支援をしている。     |  |                   |
| 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 | 年間を通じて、町内外へ出かけ、四季の変化や行事を楽しんでいる。<br>又、日常生活がマンネリ化しない様、庭など戸外に出て、お茶会をするなど気分転換を行っている。      | 年間の行事計画が立てられ、外出やホームの庭でのお茶会など季節が感じられる行事が行われている。広い芝生の庭での散歩時に目の前の山を見たり季節の風を肌で感じたりしている。利用者の希望で近くのスーパーへ出向くこともある。                                    |                   |

グループホーム・ケアプラザみつえ

| 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  | 施設内では個人的にお金を持つ事はしていない。<br>(必要な時は職員や家族と共に買い物に出たりする事で相互に協力し合って支援している。)                             |  |                   |
| 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   | 電話は本人の希望があればいつでも応じている。(不穏時など家族との会話により落ち着く事もあり前向きに利用しているが、手紙は入居者のレベルにより対応している。)                   |  |                   |
| 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 | 生活感あふれる明るい雰囲気の中で調理の音や癒しの音楽など五感や季節感を取り入れ「我が家」として心穏やかに過ごせるように工夫をしている。又、広い廊下は、日常の入居者歩行訓練コースにもなっている。 | 玄関を入ると季節の生花が飾られ来訪者を迎えてくれる。利用者の作品である「絵手紙」がフロアに飾られ、日ごろの成果の発表の場となっている。職員の手づくりの作品も利用者の作品に交じり飾られている。食堂からは庭や周りの風景が一望でき、憩いの場所となっている。        |                   |
| 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  | 食堂や廊下にソファや椅子を置き、独りになれたり、気の合った仲の良い利用者同士が、共に寛げるスペースを設け、居心地の良い空間をつくっている。                            |  |                   |
| 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  | 写真や使い慣れた日用品の中で、居室からは見慣れた山や畑が見え、落ち着いた環境の中で、居心地よく過ごせるように工夫している。                                    | 居室にはトイレとベッド、整理ダンスが備え付けられている。利用者の使いやすいようにベッドの配置も工夫されている。家族の写真やテレビなども持ち込まれている。尿取りパッドを袋から出しきれいに並べたカラーボックスには目隠しとして職員の手でかわいらしいカーテンがされていた。 |                   |
| 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   | 出来る限り活かせる事を見つけ、自立した生活が送れる様支援すると共に、利用者の状態に合わせ快適に暮らせる様安全に配慮し、対応に努めている。                             |  |                   |