

### 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   | 2393000084        |            |           |
| 法人名     | (株)森津介護サービス       |            |           |
| 事業所名    | グループホーム森津苑 うめユニット |            |           |
| 所在地     | 豊田市大島町栄25番1       |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和4年3月20日         | 評価結果市町村受理日 | 令和4年6月23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="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2393000084-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2393000084-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a> |
|----------|---|

【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「サークル福寿草」    |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和4年4月28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)】

広々とした敷地には芝生が広がり、開放的にのんびりとした生活が送れます。また、ホール・居室には大窓とウッドデッキが設置されており、常に外の自然や四季を感じられます。敷地内には、ホームの畑があり、畑作りや収穫の喜びを感じていただくことができます。ガーデニングなどお好きな方には手伝っていただいたり、個々の趣味に合わせた支援を実施しております。医療面では、内科の医師に加え、老年科の主治医もおり、認知症に対して専門的な診断・治療が可能です。医師と密に連携を図っており、きめ細かな対応が可能です。浴室にはリフト浴も設置しており、重度化しても、住み慣れたホームで継続して生活できるよう可能な限りの支援を行っております。ただ、コロナ禍で地域の方や、他施設との交流が十分でなく残念である。

【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)】

ホームの新たな取り組みとして、共用型デイサービスの開設があり、地域で生活している方をデイサービスで受け入れることで、地域の方との新たな交流にもつながっている。利用者がデイサービスを利用しながら在宅での生活を継続し、利用者や家族の様々な状況に合わせてグループホームへの移行ができることで、利用者の円滑な生活場所の移行にもつながっている。感染症問題が続いていることで、地域の方や家族との交流が困難な状況が続いているが、例年は、ホームの広い庭を活用した定期的な交流会の取り組みが行われており、多くの方にホームを知ってもらう機会につながっている。また、利用者の外出についても困難な状況が続いているが、日常的に利用者がホームの庭を散歩をする機会をつくっており、利用者がホームの外に出る機会をつくる取り組みが行われている。

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<br>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<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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)   | ○<br>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<br>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<br>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)                     | ○<br>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<br>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<br>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) | ○<br>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<br>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<br>職員は、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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<br>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<br>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                                       | ○<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    |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<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<br>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                                   | ○<br>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<br>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) | ○<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  |   |  |

# 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                            | 玄関・ヘルパーステーションへの掲示により常時閲覧できるようになっている。また、ユニット会議で再確認しながら実践につなげている。   | 運営法人の基本理念を当ホームの支援の基本に考えており、職員への周知も行われている。また、運営法人の新たな取り組みとして、事業所を紹介する動画の作成も進めており、理念の内容に触れる機会もつられている。             |  |
| 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                            | 例年では散歩時の協力・ホーム駐車場の開放・ホーム行事の時の回覧でのお知らせ・区の祭りでは子供たちが山車を引いて来所・帰宅願望や徘徊時には近隣住民が協力・散歩時に野菜を頂いたりしている(コロナ禍でできていない)    | ホームは地域の自治会に入り、回覧板等を通じて地域の方との情報交換等を行う機会がつけられている。感染症問題が長期化する中で、交流が困難になっているが、例年は、ボランティアの方がホームに訪問する等、定期的な交流が行われている。 | 地域の方との交流が中断している状況でもある。感染症の状況をみながら地域の方との交流が再開されることを期待したい。 |
| 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                          | 現状では活かさきれていない。今後、取り組んでいきたい。   |   |  |
| 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       | 例年では利用者家族・区長等を交えて報告や話し合いを実施することにより、改善必要な事項については順次実施している。(コロナ禍で未実施)  | 会議については、書面による実施が続いており、会議の関係者に書面を通じてホームの現状を報告している。例年は、ホームの行事を通じた会議も実施しており、ホームの取り組みを知ってもらう機会につなげている。              | 書面による実施が長期化していることもあるため、今後の様々な状況をみながら、会議の再開につなが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                 | コロナ禍で調整会議での交流が十分できていない。お便りでのサービス状況の報告になっている。市からの発信の情報には必ず目を通し何かあれば協力している。その他、相談や不明なことなどこまめに情報共有している。        | 市内の介護事業所が集まる連絡会等には、ホームからも参加する機会をつくり、ホームの運営への反映につなげている。また、当ホームで共用型のデイサービスを開始したこともあり、地域包括支援センター等との新たな交流にもつながっている。 |  |
| 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 | ユニット内での3か月に一度は会議で確認をし取り組んでいるが、御本人様の安全のためにやむを得ず実施する場合においてはご家族様に説明し同意を頂いた上で実施している。                            | 身体拘束を行わない方針で支援が行われており、ホームの広い敷地も活用しながら利用者とホームの外に出る機会をつくっている。また、身体拘束に関する定期的な検討や職員研修の取り組みも行われている。                  |  |
| 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       | 勉強会を開催し、共通理解につとめている。また、ユニット会議での話し合い、常時職員同士が注意を払いケアを実施している。介護相談員受入により、第三者に相談できるようにしている。(相談員についてはコロナ禍で未実施が多い) |   |  |

| 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  |
| 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    | 制度については、内部研修にて制度の理解を深めている。また、対象になりそうな入居者については、相談時に制度紹介に努めている。   |  |  |
| 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                         | 常に家族との連絡を行い、相談・対応に努め、不安ないよう入所・退所支援に努めている。   |  |  |
| 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                     | 利用者・ご家族のお話を聞いた時点ですぐに対応している。その内容が必要な時にはユニット会議で報告し意見交換し、要望を反映できるようホーム長が中心となり検討している。運営推進会議時に意見として出されることもある。(コロナ可憫で最近は出来ていない) | 現状、家族との交流が困難な状況が続いているが、例年は、定期的な交流会の取り組みが行われている。家族からの要望等については、ホーム長と法人代表者で対応している。また、年4回のホーム便りの取り組みも行われている。         | 家族との交流を兼ねた行事の際には多くの家族の参加が得られていたこともあるため、今後の感染症の状況や感染症対策を行いながら、ホームの取り組みが再開されることを期待したい。 |
| 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                                      | ユニット会議・リーダー会議の場で提案・意見を聞いている。また、常時相談できるようオープンな事務所作り、定期的に面談を行い話を聞くようにしている。  | 毎月の職員会議や日常的な職員間での意見交換を行いながら、ホーム長でもある管理者を通じて、ホームの運営に反映する取り組みが行われている。また、運営法人内での幹部会議や職員面談も行われており、職員一人ひとりの把握につなげている。 |  |
| 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      | 現在、各事業所のホーム長と話し合いながら、全スタッフが明確な目標をもって勤務できるような条件整備作りを行なっている。  |  |  |
| 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         | 法人内の別事業所への実習や、市等主催の様々な研修に勤務中に参加できるようにしている。また、認知症の研修等自己希望の研修についても受付けている。   |  |  |
| 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 | コロナ禍の為市のサービス調整会議への参加や近隣グループホームとの交流が十分できていない。法人の事業所での月1回の施設運営会議の開催の実施。   |  |  |

| 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 | 入居前の事前面接において御本人様のニーズやパーキンソンの把握・生活環境の把握により、環境変化による不安軽減を図るように  |  |                   |
| 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            | 初回来所時より、ご家族様の施設に対する不安要望等を細かに聞き、答えるようにしている。体験入所も実施している。   |  |                   |
| 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        | サービス導入前には必ず家族だけではなく、必ず本人の意向を確認する。導入前の主治医・ワーカー・ケアマネ等との話し合いを持ち、御本人様にとって必要なサービスの見極めを行なっている。           |  |                   |
| 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                        | 日常生活やレクリエーション・行事を共に行い、利用者の行動・会話の中から共感できることを学び、信頼関係を築ける努力をしている。                                     |  |                   |
| 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         | 面会時や電話等で、本人の日常生活を含めた現況報告をしている。その際、ご本人の要望もお伝えし、家族の要望も聞き入れながら関係構築につとめている。又、施設行事には一緒に参加して頂くよう働きかけている。 |  |                   |
| 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                     | ご家族様の意見も含め、可能な範囲で実施している。   | 現状、外部の方との交流は困難な状況が続いているが、利用者の中には趣味を通じた家族との交流を継続する等、現状で可能な支援が行われている。また、家族との外出も困難な状況であるが、医療機関への受診等を通じた外出が行われている。 |                   |
| 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                 | レクや行事と一緒に参加することで、共通の話題づくりやスタッフが仲介に入り話題を提供するよう努めている。介護度の重い方も席が孤立しないよう、席の配置に注意をしている。                 |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 退去後も状態を確認、相談に応じている。また、入院し退去された方についても施設の紹介を行なった事例あり。   |   |                   |
| <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   | 日々のケアの中で希望・意向の把握に努めている。また、困難な方についても生活歴や人格・家族の話の中から本人様の意向把握に努めている。月1回の担当者会議で話し合い、又必要に応じ随時検討している。           | 職員間で利用者を担当する取り組みも行われているが、日常的な申し送り等を通じた、利用者の意向等の把握が行われている。また、毎月のカンファレンスが行われており、利用者に関する意向等を検討し、日常の支援につなげる取り組みも行われている。 |                   |
| 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                                       | 入居時のアセスメントで把握に努めている。なじみの物が出来るだけ取り入れるように配慮もしている。また、入所後もご家族・御本人との会話の中で、生活歴を聞き取り把握に努めている。                    |   |                   |
| 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   | コミュニケーション・日々のケアの中で状態把握に努めている。   |   |                   |
| 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 | 定期的に担当者会議を開催し、家族にもできる限り参加してもらうよう声もかけ 参加されない場合はその内容をご家族に報告し、ご家族様の意見を取り入れた上で介護計画を作成している。また、主治医等の意見も参考にしている。 | 介護計画は6か月を基本に見直しが行われており、利用者の状態変化等に合わせた対応が行われている。日常の記録については電子記録に移行しているが、専用のチェック表も用意しており、定期的なモニタリングにつなげる取り組みが行われている。   |                   |
| 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                        | 個別記録だけではなく、申し送りノートを活用、担当者会議での話し合いを通じて情報共有・介護計画の見直しを実施している。  |   |                   |
| 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               | 本人・家族の要望があれば、その都度、対応し取り組ん無用努力している。。   |   |                   |

| 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                                      | 地域ボランティアの受入れ・地区のお祭りや行事への参加を実施している(コロナ禍で参加できていない時もある)  |  |   |
| 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                                  | 入居時にご家族様にかかりつけ医の希望を聞き、希望に合わせている。ホーム主治医以外のかかりつけ医の場合でも、主治医と直接電話又は文書にて状況報告を行い連携作りに努めている。       | ホームでは、協力医との定期的及び随時の医療面での連携が行われており、職員による受診支援等、利用者の健康状態に合わせた柔軟な対応が行われている。また、協力医療機関の看護師がホームに訪問する等、医療面での支援につなげている。 |   |
| 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                          | 看護師又は医師に直接報告し、指示を受けている。   |  |   |
| 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。 | 入院時には介護サマリーの提供、又、面会に行くことで病院との繋がりを作り退院前にも現状把握のため面接に行っている。今後、病院関係者との関係作りに努め情報が密に図れるように努めている。  |  |   |
| 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、事業所の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  | 入所時に重度化した場合に備えての説明を指針を通して説明。また、主治医より状態の悪化の可能性を示唆された際には、その都度対応方法について家族・主治医を交え話し合いを設けていく。     | 身体状態の重い方もホームでの生活を継続しており、協力医と連携した利用者の看取り支援も行われている。利用者の段階にも合わせながら話し合いを重ねながら、利用者や家族の意向等に合わせた支援が行われている。            |   |
| 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  | 消防署と連携し応急処置講習を実施。また、急変時のマニュアルにて対応方法を把握。   |  |   |
| 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  | 避難訓練を消防署と連携して実施している。又、訓練後に講評を行ない、その後も、意見交換を実施することで安全策も含めた万全な体制作りに努めている。地域には回覧で訓練実施の予告をしている。 | ホームでは、年2回の避難訓練を実施しており、夜間を想定した訓練や通報装置の確認等が行われている。近隣の方とも災害に関する情報交換等を行う機会をつくっている。また、ホーム内に水や食料等の備蓄品の確保が行われている。     | 地域の方との交流が困難になっている状況でもあるため、災害に関する協力関係も困難になっている。今後の状況をみながら、徐々に交流が再開され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                   | 人格の尊重、プライバシー確保には十分に配慮している。  | 利用者一人ひとりに合わせながら、職員による利用者への対応等を意識しながら、管理者でもあるホーム長からも、状況等にも合わせた注意喚起等が行われている。また、職員が認知症の方を知ってもらうように研修の機会をつくる取り組みも行われている。 |                   |
| 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                     | 本人が意思・希望を表しやすいような声かけ・コミュニケーションを心がけている。また、信頼関係形成に努めている。自己決定できる環境づくりに努めている。 |  |                   |
| 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 | 利用者のペースを大切に、ケアを行なう際の事前確認の徹底。  |  |                   |
| 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                                  | 理美容は施設に来て頂き(顔そりも)行なっている。希望により、外の理美容への支援も実施。また、レクでメイクをプロに行なってもらうことあり。      |  |                   |
| 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     | 施設の畑での野菜収穫をし、おやつや食材への活用。また、声かけにより食事の準備や片づけを手伝って頂く。                        | 食材業者のメニューを基本に調理が行われており、利用者の身体状態等に合わせた食事形態に対応する取り組みも行われている。おやつ作りや季節等に合わせた食事の提供等、利用者の楽しみをつくる取り組みも行われている。               |                   |
| 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          | 食事・水分量を常時把握し、摂取を気をつけている。疾患・嚥下状態を把握した上で、個々の状態に合わせた支援を行なうよう努めている。           |  |                   |
| 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                   | 毎食後の口腔ケアの実施。夜間には、義歯を預かっている。歯科医師の指導の下、個々に合わせた口腔ケアを実施している。                  |  |                   |

| 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                             | 排泄チェック表へ記入し、排泄パターンの把握をし排泄パターンに合わせたトイレ誘導を実施している。                                       | 利用者の排泄記録に関しては電子記録に残しているが、記録をプリントアウトする等、利用者一人ひとりの状況に合わせる対応も行われている。トイレでの排泄を基本と考えながら、協力医や看護師との排泄に関する医療面での支援も行われている。      |                   |
| 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   | 毎日の牛乳・食物繊維摂取。水分量の確認。排便チェック表により排便状態の把握。医師との連携により必要に応じ便秘薬の服用を行なっている。                    |   |                   |
| 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                            | 入浴前に御本人様の意向を確認し、意向に合わせた支援を実施。季節にあわせ、菖蒲湯やゆず湯を行なっている。                                   | 利用者が週2～3回の入浴ができるように、入浴を拒む方にも声かけを行いながら、定期的な入浴につなげている。浴室にリフトの設置が行われていることで、利用者の身体状態に合わせた支援も行われている。また、季節等に合わせた入浴も行われている。  |                   |
| 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  | 日中は、御本人さまのペースで休んでいた。車イスの方や意思疎通が難しい方についても、状態把握しながら休息支援を実施。夜間は、安眠できるよう声かけや環境整備を行なっている。  |   |                   |
| 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   | 医師・薬剤師と密に連絡をとり、適切な服用支援を実施している。不安なことや困っていることについても、医師・薬剤師に相談し解決に努めている。                  |   |                   |
| 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                            | 様々なレクの提供、要望に合わせたレクの実施を行なっている。ご本人様の能力に合わせた役割形成に努めている。日々がマンネリ化しないように、外出レク等の気分転換を行なっている。 |   |                   |
| 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支援している | 希望に合わせた外出レクリエーション計画を立て、実施するようにしている。日々の希望では、散歩にいく程度。地域の人との交流は少ない為、今後努力していきたい。          | 感染症問題が続いていることで、利用者の外出が困難になっているが、ホームの敷地が広いこともあり、利用者が日常的にホームの外を散歩する機会がつけられている。また、感染症対策を行いながらドライブに出かける等、現状で可能な支援が行われている。 |                   |



| 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 |
| 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  | 個人では、お金の管理を行っていない。今後、買い物時には、ご本人でお金の支払い等を行なっていくように繋げていく。                               |  |                   |
| 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   | ご本人様の希望に応じて電話・年賀状・暑中見舞いなどの対応をしている。  |  |                   |
| 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 | 季節にあった作品を利用者さまと作成し、季節感の演出。居室等は温度管理・採光調節などをこまめに実施。風呂場は温泉の暖簾を設置。                        | ホームの両ユニットが平面につながっていることもあり、ホーム内は圧迫感を感じないような生活環境がつくられている。また、広い玄関ホールには、手作りの鳥居が飾られてあり、利用者に初詣気分を味わってもらい取り組みが行われている。 |                   |
| 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  | 席の配慮・ソファの設置等により個々がくつろげる環境作りに努めている。  |  |                   |
| 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  | 居室には御本人さまの使い慣れた家具等を持参し、居心地良く過ごせるようにしている。家族と連携し工夫するように努めている。また、認知状態に応じて居室の安全配慮を行なっている。 | 居室には、利用者や家族の意向等に合わせた持ち込みや好みの物を飾る等、一人ひとりに合わせた居室作りが行われている。また、クローゼットが設置されていることで、車椅子で生活している方も居室内を広く活用することができる。     |                   |
| 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   | 居室に入口には名札や写真を置き、分かるようにしている。   |  |                   |