

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   | 4590500098      |            |            |
| 法人名     | (株)まきば          |            |            |
| 事業所名    | グループホーム さくらの園   |            |            |
| 所在地     | 宮崎県小林市細野4173番地8 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年11月15日     | 評価結果市町村受理日 | 平成29年1月25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.in/45/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kanistrue&amp;jisyosyoCd=4590500098-00&amp;PrefCd=45&amp;Version=022">http://www.kaijokensaku.in/45/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kanistrue&amp;jisyosyoCd=4590500098-00&amp;PrefCd=45&amp;Version=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28年12月9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)】

グループホームのみだけで孤立せず、併設の小規模多機能型居宅介護事業所の利用者との交流を定期的に設け、また日々の生活の中にも行き来することによって利用者・職員など、より広く人との関りを持っていくことにより生活の広がりにつながっている。利用者が個々の趣味・特技を生かしながら、一人ひとりのペースに合わせ明るく生き生きとした生活を送れるように支援に力を入れている。

【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)】

運営推進会議のメンバーは、地域の多数の知見を有する者で構成されており、地域の様々な情報提供や相談、助言を受けるなど、協力体制を築いている。地域の文化祭、桜やコスモス等の名所めぐりなど、地域資源の活用も積極的に実施している。ホームの夕涼み会やクリスマス会などに地域住民も参加し、また、小・中学生に職場体験学習の場を提供し、災害訓練時の地域住民の協力も得ている。利用者が興味を持っているものを尊重し、書や絵画制作など希望することを継続して行えるよう、また、その意欲がなくなるよう支援している。看護師3人が配置されている。

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 | 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                             | 玄関に掲示いつでも目に入るようにしている。朝のミーティングやスタッフ会議でも理念の確認をし、理念に沿った支援が出来るように努めている。                             | 理念は来訪者や職員の目に触れる玄関入口に掲示し、常に基本理念を念頭に置き、全職員で日々の実践に取り組んでいるが、開設時の理念のままである。        | 新しく入職したスタッフや現職員の思いを新たにするためにも共に話し合い、具体的で分かりやすい理念を作成することを期待したい。 |
| 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                             | 散歩や近隣の行事など日々の中での交流が出来るように努めている。市の文化祭見学、買い物などへ出かけるなど地域とのつながりを作っている。中学生の職場体験も受け入れている。             | 近隣の散歩や市の文化祭への作品の展覧及び見学、また、小・中学生の福祉体験学習の受入れなど、地域の一員として日常的に交流をしている。            |   |
| 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                           | 運営推進会議で、区長、民生委員、地域の方へ利用者の認知症の状況と支援状況などを報告し、又地域におられる認知症の方々などの情報をお聞きするなどし、情報交換を行っている。             |  |   |
| 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        | 状況報告を行い、委員の方々からの意見、助言を頂きながらサービスの向上に活かしている。  | 市の担当者や区長、民生委員など、多数の知見を有する者の参加を得て開催している。活発な双方向の充実した会議内容となっており、サービスの向上に生かしている。 |   |
| 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                   | サービス利用の相談や理解できない事があると長寿介護課へ連絡、又は伺い尋ねたりしている。運営推進会議や地域密着連絡会議で現状を報告し、意見を頂いたりしながら協力関係築きに取り組んでいる。    | ホームの現状やケアサービスの取組等を定期的に伝え、連携を図っている。   |   |
| 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 | 声掛け・見守りの重視に努めている。また外に出られる利用者がスタッフに声を掛けやすい雰囲気づくりや環境づくりを行っている。施錠による身体拘束はもちろん、言葉による拘束もしないように努めている。 | 身体拘束のマニュアルに基づいて研修や事例検討を行い、意識を高め、スピーチロックや拘束のないケアに努めている。                       |   |
| 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        | 事業所内研修で取り上げて学ぶようにしている。また事業所内で虐待が見過ごされることのないよう、日々小さなことでもお互い報告しあうようにしている。                         |  |   |

| 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 |
| 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    | 権利擁護に関する研修会等に参加している。利用者の状況に応じて、家族等と話したり相談を受けるようにしている。                      |  |                   |
| 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                         | 契約書や要望事項説明書を用い十分説明を行っている。また不安や疑問点などには耳を傾け、丁寧にお答えし理解、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                     | 利用者の状況は常に把握し、ご家族の方とのコミュニケーションを大事にしている。また家族会議を通じて意見や要望が言えるような関係づくりを行っている。   | 家族が受診に同行する際や運営推進会議、来訪時に利用者の日々の生活状況を話し、意見や要望を聴取し、運営に反映している。   |                   |
| 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                                      | 月1回のスタッフ会議で現在の状況を皆で共有し、意見や提案が出た時は検討し、より良い職場づくりができるようにしている。                 | 職員全体会議を月1回は開催しており、勤務体制や休憩時間、その他イベント等に関する意見や提案をだしやすい関係を築いている。 |                   |
| 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      | 職員の家族状況や体調などを把握し、一人ひとりが働きやすい環境整備に努めている。                                    |  |                   |
| 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         | 必要な研修の案内や参加を呼びかけるなどし、スキルアップに努めている。認知症サポーター講座等の研修にも参加させるなど職場でのスキルアップに努めている。 |  |                   |
| 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 | 地域密着連絡会へ参加し、他のグループホームとの交流に取り組んでいる。   |  |                   |

| 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 |
| <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 | グループホームの見学、ご本人との面接をし、又ご家族からの情報を通して困っている事、心配事などを傾聴し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            | グループホームの見学、ご本人との面接をし、困っている事、不安な事、要望等に耳を傾けることで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        | 本人の状況や家族の要望・状況等を考慮して、どのような支援が必要かを見極め、検討するように努めている。  |  |                   |
| 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                        | 利用者一人ひとりの個性を尊重し、できる事への役割を持って頂き手伝ってもらっている。手伝って頂いた時には「ありがとう助かりました」と感謝の言葉を言い、「自分も役立っているんだ」と感じて頂くように心がけている。                 |  |                   |
| 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         | 病院受診や外出等のご家族へお願いして、家族との関係・絆を大切にしている。夏祭りやクリスマス会などの行事の時は家族の参加も案内し、ともに過ごして頂いている。   |  |                   |
| 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                     | ご家族の協力をもらいながら自宅に帰ったり、買い物に行くなどの支援に努めている。   | 桜の名所や生駒高原に出掛けたり、自宅周辺のドライブ、買い物など、家族の協力も得ながら可能な限り関係継続ができるよう支援している。 |                   |
| 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、状況を考慮し席を考えたり、助け合える環境づくりを行っている。トイレの分からない利用者には他の利用者が場所を教えてあげたり、計算や文字など分からない所があれば、他の利用者に聞いたり教えたりの際は日常的に見られている。 |  |                   |

| 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                    | 契約終了後も入院された利用者の所へ顔を見に行ったり、家族へ電話をしたりして関係が途切れないように努めている。   |  |                   |
| <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   | 日々の生活の中で本人の希望・意向で過ごして頂いている。困難な場合は、家族と一緒に話し合い本人の立場での支援に努めている。   | 利用者の得意とする能力を探り、趣味や興味のあるものなどにより能力を発揮できる場面作りに努めている。困難な場合は家族からの情報や表情、行動などで本人本位に検討している。    |                   |
| 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                                       | 利用を開始される前に、生活歴や生活環境の把握を行っている。利用して頂く過程の中で知り得ることも多い。   |  |                   |
| 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   | 一人ひとりの一日の過ごし方、体調の状態などを常に把握するように努めている。それぞれのできる事に目を向けその力を維持できるよう支援している。  |  |                   |
| 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 | 介護計画作成時には、利用者本人・家族・職員・管理者間で話し合い、現状に即した介護計画作成に心掛けている。又面会時や病院受診時等を利用し現状を報告すると共に家族・本人等の意向や意見を取り入れるようにしている。      | 月1回のモニタリングを基に医療連携によるカンファレンスを行い、3か月ごとに見直しを実施している。また、利用者の状態変化に合わせて随時見直し、家族に説明をし、承認を得ている。 |                   |
| 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                        | 毎日の一人ひとりの様子、又ケア実践状況を個別記録している。朝のミーティングや夕方の送りなどで職員間で情報を共有し、実践に活かしている。  |  |                   |
| 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               | 病院受診等で採血がある場合など事業所にて看護師が対応し、しっかり朝食を摂ることができ、また家族も早い時間からの受付対応しなくてもいいなどの支援を行っている。本人・家族のその時々ニーズに柔軟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                                      | 本人の希望に応じて出張美容サービスを利用したり、移動販売のパン屋さんの利用(本人が進んで支払いをする)、ボランティアによる慰問などを協力して頂き、楽しみを持つことができるようにしている。   |   |   |
| 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                                  | 定期受診は家族の支援でして頂いている。面会の機会として、又本人様の体調(現状)を知って頂くことができている。その都度こちらの情報提供も行っている。緊急時には必要に応じ、受診の支援も行っている。                                      | 毎月1回家族の協力の下、かかりつけ医への受診支援を実施している。受診時には利用者の日常の様子を記録した情報提供書を持参している。看護師3人が配属されており、24時間安心できる医療連携体制を構築している。 |   |
| 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                          | 日常の関わりの中で変化に気付いた時には、必ず看護師に報告している。報告を受けた看護師は、状態に応じて応急処置や経過観察、病院受診の必要性を判断している。  |   |   |
| 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。 | 入院時は、利用者の入院前の情報を提供している。入院前の状態を知って頂くことで、入院による身体機能の低下が最小限になるように努めている。又早期に退院できるように心掛けている。退院時にも情報を共有することで利用者や家族が安心して継続的にケアを受けら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  | 利用開始時に重度化や終末期における意向を書面を用いて確認するようにしている。利用者の状態の変化に応じてその都度再度意向の確認をするようにしている。   | 重度化や終末期における意向については契約時に利用者と家族に説明を行い、同意を得ているが、看取りの指針はできていない。  | ホームとして「できること」「できないこと」を明確にし、重度化した場合や終末期の対応方針を作成し、利用者や家族が安心してホーム生活を送れるよう検討することを期待したい。 |
| 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  | 利用者の急変時や事故発生時のマニュアルを作成し、看護師を中心に対応している。事業所内での勉強会や消防署に依頼し、救急蘇生法などの研修も行っている。   |   |   |

| 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 |
| 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           | 火災や自然災害を想定し、地域、近隣の方々と一緒に訓練を行っている。連絡網の作成、連絡体制の再確認、模擬訓練、避難場所へ利用者が避難できる方法を全職員が身に付けるよう行っている。地域、近隣との継続しての協力体制にも取り組んでいる。 | 消防署の協力を得て、年2回火災や自然災害を想定した避難訓練を行っている。避難経路の確認や通報訓練、消火訓練に地域や近隣の人も参加し、隣接する同法人グループの全職員と共に行っている。ホーム内に食料、水等3日分を備蓄している。 |                   |
| <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                   | 日常生活で気付いた時は注意し、お互い言葉使いにも十分気を付け誇りやプライバシーを損ねないよう対応している。  | 利用者と目線を合わせ、苗字で「〇〇さん」と優しく穏やかな口調で声掛けをし、また、利用者一人ひとりの誇りを損なわないような対応を心掛けている。  |                   |
| 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                     | コミュニケーションを通じ本人が選択、自己決定できるように心がけている。意思表示できなくても声掛けし、表情等で観察するよう働きかけている。   |   |                   |
| 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 | 大体一連の流れはあるが、利用者の意向やその人のペースを大切にしよう心掛けている。入浴などもゆっくり入れるようにしている。その人の生活スタイルを大切にしている。                                    |   |                   |
| 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                                  | 服(着替え)の選択も本人に聞いてから更衣を手伝っている。希望に応じて理容サービスを活用し、髪型も本人の希望を聞いて散髪して頂いている。  |   |                   |
| 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     | 食事の準備や下膳等の片づけ等を一緒にして下さる。メニューの説明や材料の説明などを行い、季節感も感じられるよう心掛けている。  | 食事は同グループの配食サービスを利用している。おやつにホットケーキやクッキーを作ったり、夏は流しソーメン、年末に餅つき大会をするなど、いろんな場面で食の楽しみの場を設けている。                        |                   |
| 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          | 水分摂取量は1日1500mlを目標にしている。食事は個々に合わせて量・形態を考慮している。利用者の好みに応じて家族におやつ等を依頼することもある。  |   |                   |
| 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                   | 個々に合わせて行っている。必要な利用者には訪問歯科の受診を行い、義歯や自歯のケア、口腔ケア指導を受け職員全員がその指導を共有し、継続ケアしている。  |   |                   |

| 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                              | 起立が自立の利用者はトイレにて排泄させ、夜間必要であればポータブルトイレを使用している。失禁の多い方は、排泄パターンや習慣を活かして声掛けを行ったり、入浴前に連れて行くなどしている。      | 利用者一人ひとりの排せつパターン、習慣を把握し、失敗を減らすと同時に羞恥心に配慮した早めの声掛け・見守りで利用者の自立支援につなげている。排せつ物のチェックをするなど、健康観察もしている。 |                   |
| 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  | 水分摂取や運動に努めている。食事でも食物繊維の多い食事の提供、排便を促す飲み物の提供に心掛けている。又便器に座って頂き、ゆっくりした気持ちで排便を促している。                  |  |                   |
| 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                             | 個々の状況に合わせて無理せず、ゆっくりとした気持ちで入浴して頂いている。   | 利用者の希望、タイミング、体調に合わせて柔軟に対応しており、利用者の状態によっては2人体制で支援するなどしている。また、浴室と脱衣室の温度差をなくし寒さを感じないように暖房を工夫している。 |                   |
| 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   | いつでも居室で休んで頂ける状態としている。自由にお昼寝されたり、夜も自分で好きな時に休めるような体制をとっている。寝具も常に清潔にしている。汚れたらいつでも交換しており、清潔保持に努めている。 |  |                   |
| 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  | 個々のカルテに処方箋を綴り、いつでも確認できる状態を作っている。飲み忘れ、誤薬がないよう常に2人確認で行っている。  |  |                   |
| 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                             | 個々に応じた能力を活かすよう努め、絵・習字・体操・散歩・歌や踊り・外食などにて楽しみや、気分転換等の支援を行っている。                                      |  |                   |
| 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 | 戸外に出られる利用者には職員が付添い、散歩などを楽しまれている。又家族の協力のもとで外出や買い物、外食に出かけられるように支援している。                             | 天気の良い日はホーム周辺を散歩したり、毎月1回の家族による受診支援を兼ねた外出の機会を設定するなど、五感刺激や気分転換、下肢筋力の維持・向上に向けて取り組んでいる。             |                   |

| 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 |
| 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  | 週1回パン屋さんが来られ、自分で好きなパンを選び、自分の財布から支払われる方や、欲しいパンを指さす方など、買い物の楽しさや選ぶ楽しさを大切に支援している。スーパーや近くの商店へ買い物に連れて行き、お金を使えるよう支援を行っている。 |   |                   |
| 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   | 話しを希望される方には支援を行っている。病院受診の確認や面会・欲しい物の依頼など家族とのやり取りができるよう支援している。   |   |                   |
| 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 | ホールでのテレビ視聴時にはソファーに座られる方、車椅子の方と定位置で居心地良く過ごされている。食卓には季節の花を飾り、生活感・季節感も取り入れている。室温や湿度にも気を配り居心地良く過ごせるよう工夫を行っている。          | 明るく落ち着いた造りで温・湿度も調整されており、通風にも配慮し、清潔に保たれている。季節感を取り入れた飾りつけや思い出の行事写真・利用者の作品の掲示など、居心地良く過ごせるよう工夫している。 |                   |
| 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  | ソファーで新聞を読まれたり、テレビを観たり又気の合う利用者同士で話をしたり、好きな歌を聴いたりと思い思いの居場所で過ごせるよう工夫している。  |   |                   |
| 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  | 居室にはテレビ、好きな歌手のポスター、好きな人形やぬいぐるみ、絵の好きな方は絵描き用のテーブルを置くなど、居心地良く過ごせるよう工夫している。   | 利用者の状態に合わせてベッドや手すりの設置をしている。たんすやクローゼットなどを持ち込み、家族の写真や作品を飾り、温かみのある空間を作っている。床には物を置かず、すっきりとしている。     |                   |
| 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   | 自分の居室がわかるようにお花を飾ったり、トイレには大きく表示したりと自立した生活ができるよう工夫している。   |   |                   |