令和　6　年度

# 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 | 1771500194 | | |
| 法人名 | 株式会社 ウェル | | |
| 事業所名 | グループホーム押水（さくらユニット） | | |
| 所在地 | 石川県羽咋郡宝達志水町今浜えびすが丘59 | | |
| 自己評価作成日 | 令和6年11月30日 | 評価結果市町村受理日 | 令和7年3月24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 | http://www.kaigokensaku.jp/ |

【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バリアフリー総合研究所 |
| 所在地 | 石川県白山市みずほ1丁目1番地3 |
| 訪問調査日 | 令和7年1月23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）】

・「自由に・ゆったり・ありのままに」生活を送って頂きます。
・一人ひとりの「その人らしさ」を尊重します。
・「第二の我が家（セカンドベスト）」を目指します。
という理念を活かし その人らしい生活を送ってもらえるように頑張ります。
利用者さんと 行事を行い楽しいひと時を過ごして頂きます。買い物に行き、好きなものを選んでもらいます。
ドライブ 中庭での食事 文化祭の展示出品 など 利用者さんと 共に 楽しんでいます
散歩に行き、近所の保育園の園児とお話をして、お互い喜んでいます。

【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）】

## Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№1～59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 ↓該当するものに○印 | |
|---|---|---|---|
| 60 | 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（参考項目：23,24,25） | | 1. ほぼ全ての利用者の |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいの |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない |
| 61 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある（参考項目：18,42） | | 1. 毎日ある |
| | | ○ | 2. 数日に1回程度ある |
| | | | 3. たまにある |
| | | | 4. ほとんどない |
| 62 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている（参考項目：42） | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 63 | 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（参考項目：40,41） | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 64 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている（参考項目：53） | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | ○ | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 65 | 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（参考項目：30,31） | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 66 | 利用者は、その時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（参考項目：28） | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |

| | 項　目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | |
|---|---|---|---|
| 67 | 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（参考項目：9,10,19） | | 1. ほぼ全ての家族と |
| | | ○ | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんどできていない |
| 68 | 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（参考項目：2,20） | | 1. ほぼ毎日のように |
| | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | ○ | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない |
| 69 | 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（参考項目：4） | | 1. 大いに増えている |
| | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | ○ | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. 全くいない |
| 70 | 職員は、活き活きと働けている（参考項目：11,12） | | 1. ほぼ全ての職員が |
| | | ○ | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 71 | 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 |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 72 | 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 |
| | | ○ | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどできていない |

# 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 |
| **Ⅰ.理念に基づく運営** | | | | | |
| 1 | (1) | グループホーム押水（さくらユニット）<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 | 事業所理念をユニット会議開始前に全員で唱和する。文化祭に展示したり、個人で食べたいものをスーパーで買いに行く。昔宝くじを購入した、と言われ、家族さんに相談し、面会時に宝くじを持参してくれる。 | | |
| 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 | 地震後、地域の方からタオルの寄付や、断水時、水の提供があったりと、助かりました。隣の畑に栗があり、取って頂きました。保育園まで散歩に行き、子供と話をしたりしました。 | | |
| 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 | 散歩時隣の畑の人と、話をしたり、栗を一緒にひらい、会話をし、顔を覚えてもらったりしています。畑の人も野菜など皆で食べて。とおすそ分けしてくれます。 | | |
| 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 | 運営推進会議時家族さんに、重症した場合、病院にも施設にも入れない場合、どうすればよいか？不安です。との声がある。ホームでは、どこも行く場所がないのに出て行って下さい。とは言いません。医療が必要な場合は、病院との連携をとり、今一番必要な取り組みを考えて、その人に適した今後をホーム・家族・病院との話し合いで決めます。 | | |
| 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 | 運営推進会議時、正月にあった地震の事を話す。避難場所に宝達の郷の利用者が避難をしたが、役場に避難した方がよかったのかも？今の地震は、押水に避難して良かった。 | | |
| 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「介護保険法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 | 職員会議で、その人の対応の仕方で、気になったことを、その都度見に勉強会を行う。 | | |
| 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注意を払い、防止に努めている | 前項同様にその都度勉強会を行う。 | | |

| 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 | 前例がないこともあり、個々で理解できるスタッフもいるが、すべてのスタッフの理解は十分ではない。 | | |
| 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 | 十分な説明を行っている。入院し退院の見込みがない利用者さんの家族と病院とホームで話し合い、病院が最後まで見てくれる、とのことで退所された。家族は、今後安心して過ごせます。と喜んでいた。 | | |
| 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 | 家族からの苦情・意見を聞き、家族の思いに沿えるような介護に心がける。退院後の状態説明、今後の対応など、病院・ホーム・家族と話し合いの場を設ける。 | | |
| 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 | 家族・職員からの意見を聞き、話し合いをし、実行している。<br>休憩の場所を、利用者さんがいない場所にして欲しいなど。 | | |
| 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 | スタッフの健康状態や生活環境に応じシフトや労働時間の調整等を行い誰もが働ける環境作りに務めている。 | | |
| 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 | 研修を受ける機会の確保に努めている。 | | |
| 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 | 町の「認知症に学び、皆で考える。」の勉強会を行う。 | | |

| 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 |
| **Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援** | | | | | |
| 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 | 入居前に面談することでご本人のご要望を聞きだし不安を取り除くよう努めている。入所間もない利用者さんには、昔の話をして、ニコニコ話を始めたら、もう少し話を突っ込む。自営で奥さんと左官をしていた。と教えてくれて、奥さんの話をしたら機嫌がよくなる。 | | |
| 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 | 見学時よりご家族のご要望を把握し不安を取り除くよう努めている。入居前や介護計画更新時に、家族さんにヒヤリングシートを渡し、どの様に過ごしてもらいたいかを書いてもらったり、お聴きしている。入居まもない時には、家族さんから利用者の面会をしたいが、帰りたい。と不穏にならないか？どうすればよいですか？と心配されるので、いつでも会いに来てください。もし不穏になったら、その時考えましょう。と言うと、安心された。 | | |
| 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 | ご本人の望む生活を見極め他事業所と連携を図る。 | | |
| 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 | 職員がしばらく休んだ後、仕事に行くと「あれ、あんた、しばらく見んかったねー。」と言ってくれる。認知が進んだ利用者さんですが、一緒に過ごしている家族と思ってくれているのか、うれしいです。 | | |
| 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 | 11（7）の様に本人が好きなものがいつでも提供出来るようにしたい。<br>宝くじを購入したい、当たったら、なんでも買ってやるぞ。と昔を思い出す。家族が宝くじを購入し、もってくる。家族は、昔いつも宝くじを購入していた。と懐かしがる。 | | |
| 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 | 中々外に出れないが、美容院、墓参り、近所の友達が面会に来てくれる。<br>美容師さんが、散髪してくれる利用者さんは、30年のお付き合いの利用者さんで、この人のことは何でも知っている。任せて。といつも快く散髪してくれます。 | | |
| 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 | 体操を始めると、「あんたも一緒にせんか。」と気にかけてくれて、一緒に体操をしてくれます。不穏になる利用者さんがいたら、隣で手を握って、背中をさすってくれたり、それぞれの役目があるのでしょうか。 | | |

| 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 | 入院中であれば退所以降もお見舞いに行ったり、相談や支援に努めている。 | | |
| **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** | | | | | |
| 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 | いつでも好きな時に珈琲を飲みたいとのことで、自室にスティックタイプのコーヒーがあり、いつでものんでいる。<br>いつでも飴が舐めたい利用者さん。家族にも見放された。と鬱傾向になることもあり、家族に面会をしてもらい。飴を持参して、話もできるような環境つくりをする。 | | |
| 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 | ご本人やご家族、また居宅のケアマネジャー、サービス事業所等から情報収集し、出来る限り経過の把握に努めている。「独り言」シート作成時回想法を取り入れ、利用者さんに聞き作成しいろいろ分かる。<br>「ホームでの一日」シートも作成し、今の現状を分かるようにしている。 | | |
| 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 | 自分でノートに、薬を飲んだか？目薬をさしたか？記入して行動の把握をしている利用者さんがいます。忘れてノートに記入したことを見返し、不穏になることもあります。 | | |
| 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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | モニタリングを基に毎月会議で話する。散歩が好きな利用者さんですが、コロナで散歩する機会が減り、下肢筋力低下し、いつもの半分も散歩出来ない状態の利用者さんに、隣ユニットにいる知り合いに会いに行くのを目的に、ホーム内で散歩をしてもらう。 | | |
| 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 | 生活記録や三則表に記載している。<br>バイタルは、状態が悪いと、何度も測定する。 | | |
| 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、その時々に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 | 訪問理美容や受診同行等、柔軟な対応をしている。家族さんの、思いなど、意見を聞き、その都度対応している。 | | |

| 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 |
| 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 | いらなくなった洋服を、利用者さんが自分で選び、来ている。 | | |
| 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し、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 | 入所時に本人希望のかかりつけ医を継続できるよう支援している。入院中の利用者さんの状態把握。退院時、病院・家族・ホーム3者の話し合いをし、今後利用者さんが安心できる体制づくり。 | | |
| 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 | ナースが来たときは、薬情報や採血の結果をみてもらう。（ナースより、非常勤なのでいつも来れないので、把握しずらい）との声がある。便秘の利用者さんが多く、（自分で排便する人）把握できないので、ナースが来たときは必ず聴診器でおなかの調子を見てもらう。 | | |
| 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。 | 入退院時した際は情提供書で情報交換に努めている。 | | |
| 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 | 契約時に重度化した場合の対応及び看取りの指針に基づき事業所の対応方針を家族に説明している。かかりつけ医と、その都度相談している。 | | |
| 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 | 消防署に緊急時の対応の勉強会の依頼をしている。（12月16日と12月19日） | | |
| 35 | (13) | ○緊急時等の対応<br>けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている | 窒息しかかった利用者さんがいて、緊急救命講習する。消防署に、その時一緒に、窒息時の対応のお願いもしました。 | | |

| 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 |
| 36 | (14) | ○バックアップ機関の充実<br>協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている | 提携病院や入居前のかかりつけ病院にも訪問診療に来ていただいている。入・退院時の情報交換を密に行う。町の認知症の勉強会の参加に務める。 | | |
| 37 | (15) | ○夜間及び深夜における勤務体制<br>夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている | 緊急時ホーム長に連絡する。ホーム長がホームに着き指示する。ホーム長がiPadを持っているので、体調の変化があれば、その都度連絡を取るようにしている。（今まで、職員からテルあり支持していたが、iPadで変化がないかみれる。） | | |
| 38 | (16) | ○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 | 避難訓練は2回行う。災害時の訓練はできていません。 | | |
| 39 | (17) | ○災害対策<br>災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている | 事務所にハザードマップを用意している。 | | |
| **Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援** | | | | | |
| 40 | (18) | ○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 | 先生をしていた利用者さんに、「先生」と言うと、「やめて、恥ずかしい」と言われる。その人にとっては、恥ずかしいのですね。気を付けます。 | | |
| 41 | | ○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 | 自分でなんでも表現できる人は、コーヒーのんだり、宝くじを購入したり、買い物に行ったり出来ていると思う。なかなか表現できない人は、その日の表情を読み取り挨拶し、会話ができそうなら話をしたり、出来そうになければ身体をさすったりしてやわらげる。でも、なかなか難しいです。 | | |
| 42 | | ○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 | あまり表情を変えない利用者さんがいて、介助後、「いいがんにしてくれるのはありがたいけど」とおこりの表情になる。その後会議で話し合い、職員の都合で介助していないか？自分がされたくないことは誰もされたくない。や、そんな言葉を言うのかと、ビックリした。などの意見がでる。 | | |

| 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 | | ○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 | 外出する際には外出用の衣類を利用者と選び着用している。 | | |
| 44 | (19) | ○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 | 食欲のない利用者さん、お粥を食べているが、梅干しが欲しい。いつも家で梅干しを作っていたから、たくさんあるので、あんたにもあげるね。と昔を懐かしむ。家族に梅干しを持ってきてもらう。<br>茶碗洗いをしてくれる利用者さん「こんなことくらい、まかせて」 | | |
| 45 | | ○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 | 食事量を記録している。体が傾く利用者さんに、OS-1を摂取してもらったり、ヤクルトを飲んでもらったりしている。 | | |
| 46 | | ○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 | 自分でできている方については見守りしている。できない方については夕食後に介助している。 | | |
| 47 | (20) | ○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 | 排泄管理状況で排尿・排便のチェックをしている。落ち着かない利用者さんは一度トイレに座ってもらう。<br>便秘の利用者さんにナースが聴診器で腸の運動の確認をしてもらう。 | | |
| 48 | | ○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 | 個々の状態に応じて食事、水分、内服の調整等で便秘にならないように援助している。牛乳寒天OS1飲んでもらう。 | | |
| 49 | (21) | ○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 | 基本的に週2回の入浴だが希望があれば、その都度入浴してもらう。 | | |

| 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 | | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | 居室にテレビを置き、好きな時間テレビを見て過ごしてもらう。100歳の利用者さんが、日中足を伸ばしたい。お昼寝をしたいです。と言われ、そのまま居室で寝て頂いているが、口数の少ない利用者さんなので、もう少し早くきずいてあげれば良かったです。 | | |
| 51 | | ○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 | 薬局と協力して服薬の支援と症状の変化に確認に努めている。便のコントロールが中々出来ず、薬剤師さんと、便秘薬の相談をしている。 | | |
| 52 | | ○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 | 学校の先生をしていた利用者さん。校長先生に怒られた、など昔ばなしをしたり、学校で習った歌を歌ったりする。それにつられて皆で合唱する。 | | |
| 53 | (22) | ○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 | コーヒーを毎日何杯も飲む利用者さん、自分の飲みたいコーヒーをスーパーに行き購入。車でドライブし缶ジュースをのんだり、自分の家の前まで行き、昔を懐かしむ。その時利用者さん同士が近所の人とわかり、2人の共通の人の話で盛り上がる。 | | |
| 54 | | ○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 | 希望や力に応じてお金を自由に所持し使用している。 | | |
| 55 | | ○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 | 自由にしている。遠くに住む兄弟の人が、テルしてくれたり、手紙を出したりしている。 | | |
| 56 | (23) | ○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 | ホールに季節に合ったレイアウトしている。新入所の利用者さんは、自室がわからず迷うので、ドアに苗字を書いた表札をつける。 | | |

| 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 |
| 57 | | ○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 | 畳の間で　休憩したり、食卓でかたまってゲームをしたり、疲れたら自室へ入ったり、その都度その人にあった事をしています。 | | |
| 58 | (24) | ○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 | 家ではテレビをずっと見ていた利用者さん、ホームでも、いつでもテレビを見せてあげてください。と言われ、いつでも好きな時にテレビを見てもらう。家では、音声を大音量にしているので申し訳ないです。恐縮している。 | | |
| 59 | | ○身体機能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 | トイレなどの案内板を大きく分かりやすいように表示している。 | | |