

### 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   | 0470200932                    |
| 法人名     | 社会福祉法人 東北福祉会                  |
| 事業所名    | せんだんの杜ものうなかつやま認知症対応型共同生活介護事業所 |
| 所在地     | 宮城県石巻市桃生町給人町字東町96番地2          |
| 自己評価作成日 | 平成 28年 11月 20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.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |
| 訪問調査日 | 平成28年12月15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)】

せんだんの杜ものうなかつやまは、グループホームの他にデイサービス、石巻市の委託事業放課後児童クラブと、小学校区を単位に小規模で多機能なサービスを提供している施設です。施設の建物を開放し地域住民に会合や、行事活動の場として使用していただいております。また、高齢になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるように、認知症についての理解を広める活動や、予防に関する活動など地域に発信していく活動に取り組んでおります。ここで生活をする入居者、ご家族、スタッフが一緒に笑い、一緒に泣いて、表情豊かで、心豊かに暮らせるように『笑顔』という言葉を事業所理念として掲げております。

【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)】

石巻市立中津山第一小学校の南に隣接してホームがある。設立から13年にわたる交流で、近所から野菜のお裾分けがあったり、地域のフェスティバルに職員が出演したりと、地域の一員として馴染んでいる。協力医療機関のクリニックや歯科の訪問診療の適切な受診で、入居者の健康生活を支えている。職員は内外の研修で介護のスキルアップを図り、「諦めない支援」など質の高いケアに努めている。入居者の持てる力を引き出し、「自分で出来ることの幸せ」で生きがいを感じてもらい、「思ったことが出来ること」を大切に支援をしている。ホームが目標達成計画に掲げた「夜間想定避難訓練」について実施し、目的を達成した。

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くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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、生き活きと働けている<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せている<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) | ○<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    |   |  |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 せんだんの杜ものうなかつやま  
認知症対応型共同生活介護事業所)

| 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  | その人らしい生活を送ることができる場所、一人ひとりの入居者が表情豊かに暮らせるように「笑顔」という理念を掲げている。日々の記録や、引継ぎはもとよりその時々表情を写真に納め共有を図っている。         | 各職員が自己評価で振り返る仕組みがあり、年度目標を定めて取り組んでいる。「入居者の笑顔を引き出すには、まず自分が笑顔でいる」や「笑顔になってもらう為に、外出の機会をつくる」などである。                            |                   |
| 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  | 地域との交流は、小学校の行事(学習発表会、収穫祭)や地区の祭り、防災訓練に入居者、職員で参加し交流を図っている。   | 近所の人から自宅菜園から大根や白菜を持ってきてくれる。地域のフェスティバルに皆で参加したり、地元のボランティアが舞踊の披露に訪れる。中学生の伝統芸能「はねっこ踊り」は毎年の楽しみになっている。                        |                   |
| 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  | 事業所主体での「冬至かぼちゃを食べる会」を地域行事として開催したり施設スペースを開放し地域の子供会行事や、会合などに使っていただいている。                                  |   |                   |
| 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                                     | 年6回運営推進会議をおこなっている。事業所の活動や、取り組みについて理解をいただきながら防災、食について等意見交換をおこなっている。また、地域で事業所の活動を行なう際には、委員の方の協力をいただいている。 | ニュースが話題となり、その点から見てホームはどうかの質問や意見が交わされている。試食として食事を一緒にすることもある。ホームが開く地域での「冬至南瓜の会」(住民交流)の広報や参加の協力もある。                        |                   |
| 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、地域包括支援センターから参加してもらっている。その中で、サービスの内容や制度について疑問点については市担当者に伺ったり、アドバイスを受けている。                       | 市主催の職員や家族向けの講習会などがある。「認知症ケアパスってなあに」の講演会には、職員、入居者、運営推進会議メンバーも参加した。一斉防災訓練では、放水消火の体験をした。敬老会や文化祭等に参加した。                     |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 法人内で身体拘束をしないケア委員会を設置している。委員を中心に、情報共有と勉強する機会をつくり拘束をせず支援できる方法を、日々模索している。また、ご家族へもリスクや対応策の説明をおこなっている。      | 訴えの多い入居者への「待っててね」の言い方や相性の良し悪しなども拘束にならないかを意識している。行動には意味があることを理解しており、周辺症状が出た時の環境データから、発生要因を探っている。拘束をしないことについて、毎月勉強会をしている。 |                   |
| 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                                     | 外部研修へ参加した際の復命を、会議内でおこなうなどして情報を共有する機会をつくっている。また、入居者の生活支援をおこなう中でスタッフ同士が声掛けサポートしフォローし合えるような関係作り配慮している。    |   |                   |

| 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    | 外部研修に参加し、そこから知り得た情報、学びを会議内で伝達し共有している。しかし、具体的な制度の理解はまだまだ不十分であると感じている。         |   |                   |
| 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                         | 入居、退居、契約内容改定時には随時、説明と同意を得るようにしている。スムーズに事が運ぶよう一人ひとりの状況に合わせ、臨機応変に対応している。       |   |                   |
| 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                     | 家族の面会時、介護計画作成時など入居者の日々の様子を伝えたり、また要望を伺ったりしている。伺った内容は、共有し入居者、ご家族へ反映できるよう努めている。 | 「誕生日に素麺を食べさせて」や「外出させて」に対応した。花が好きな事が分かり、鉢植えの水遣りを一緒にした。家計の厳しさや家族関係の話などの聞き役になることもあり、コミュニケーションを大切にしている。 |                   |
| 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                                      | 職員会議の中で、意見を聞く機会、提案する機会を作っている。それぞれの部署で経験を つんだ職員が集まることで、視野が広がり、知識や考え方も高まった。    | 法人内異動があり、介護に関する広範囲の経験ができ、緊急時対応などに発揮された。内外での研修機会が多く、意思疎通の困難な人とのコミュニケーションの取り方や記録の書き方など、実践に活かされている。    |                   |
| 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      | キャリアパス制度を取り入れており、個々のスタッフの目標設定をおこない、定期に個別面談をおこなうなどしてモチベーションを維持向上できるよう努めている。   |   |                   |
| 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         | 職員それぞれのスキルに応じ、課題に見合った外部研修を受ける機会を作っている。また、研修参加後は、学びが実践に結びつけられるようフォローしている。     |   |                   |
| 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 | グループホーム協議会に加入し、研修会の参加などに努めているが、積極的な交流は持てずにいる。                                |   |                   |

| 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 | 入居前に、スタッフがご本人と面会する機会を作り、要望や不安に感じていることなどを伺いながらコミュニケーションを図り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            | 入居前に、スタッフがご家族と面会する機会を作り、要望や不安に感じていることなどを伺いながらコミュニケーションを図り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        | ご本人、ご家族から話を伺い状況を確認するとともに、他事業所や担当ケアマネジャーと話し合う機会を持っている。                     |  |                   |
| 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                        | 日常生活の中で、調理や、縫い物、歌や踊り、また、当時の話を教えていただいたりしながらスタッフは、入居者のできることを大切に支援し関係を築いている。 |  |                   |
| 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         | 面会時には、入居者の様子を細かく伝えたり、家族と過ごす時間を大切にし、関わるようにしている。                            |  |                   |
| 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                     | 以前済んでいたところへ出かけたり、知人を訪ねて法人内の他事業所へ会いに行ったりし、これまでの関係性が途絶えてしまわないよう働きかけている。     | 自宅のあった所や勤めていた所にドライブで訪れている。近所だった人が訪ねて来たり、前からの新聞購読を続ける人がいる。縫い物が得意な人に雑巾を縫ってもらうなどの支援をしている。 |                   |
| 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                  | 日常生活の会話の中で、楽しみを共有できるようにスタッフは入居者と入居者の会話の架け橋となり関わり合えるよう努めている。               |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 他施設に移られても、面会に行ったりして様子を伺うなどしている。遠方の施設などに移った方は働きかけに不足があった。                            |  |                   |
| <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   | 日々の会話の中で、要望を伺いながら一人ひとりのニーズの把握に努めている。ケアプランの更新時などには、ご家族からも意見、意向を聞き望む生活が実現できるように努めている。 | その人との会話の中で、食事や行事への感想や関心度、思いを聞き出すようにしている。「傍に居て」や「肉が食べたい」「～に行きたい」など対応している。発語が困難でも、選択できる問い掛けで引き出している。 |                   |
| 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                                       | ご本人、ご家族に、これまでの生活習慣、趣味、嗜好、またサービス利用の経過も含めこれまでの過程をしるよう努めている。                           |  |                   |
| 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   | ケース記録や、アセスメント表、申し送りを活用し定期的にカンファレンスを開催し、心身の変化を確認しながら、現状把握に努めている。                     |  |                   |
| 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 | 入居者自身のニーズを汲み取り、スタッフ間で情報共有を図り、家族の協力を得ながら実現に向けた介護計画を作成している。                           | 立ち上がりが困難と見てベッドに替えるなど、職員の気付きが反映されている。本人ニーズについて、本人・家族から「どうしたいですか」など意見を聞いている。生活リハビリとして、タオルたたみを計画に入れた。 |                   |
| 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、関わる中での気づきや変化、体調についてを記載しスタッフ間で共有している。記録や情報内容によっては必要に応じて、カンファレンスをおこなうなどしている。       |  |                   |
| 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               | その都度、ニーズに応じ入居者、ご家族が満足と思える対応を心掛けている。   |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | 近隣の、小学校や、中学校との交流や行事への招待を受け参加している。また、市や地域で催す行事への参加も楽しむことができるよう積極的に支援している。                       |   |                   |
| 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                                  | 月1回、協力病院より往診を受けている。症状により専門医を受診する際には、主治医、ご家族と話し合い受診をしている。                                       | 全員が協力医をかかり付けとし、看護師との連携もできている。状態変化の時に、電話で相談したり指示をもらっている。入れ歯が合わない、ぐらつく等で歯科医の往診もあり、必要に応じて受診できる体制である。               |                   |
| 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                          | 医療的な面で、スタッフも体調の変化に気づいた際は、協力病院の看護師にすぐに相談できる関係を築いている。  |   |                   |
| 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。 | 定期的に足を運び、ご家族や医療関係者との情報交換に努めている。入退院時には、ご家族の同意を得て、医師との話し合いの場に同席させていただき、退院後の生活にスムーズに移行できるよう努めている。 |   |                   |
| 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  | 看取りの指針を作成し、ご家族に説明し意向を聞いている。  | 指針では「看取り介護の実施方針」として、介護体制や医師・看護体制を表している。看取りについての職員研修を実施している。「最期までホームで」との方針に沿ってケアしたこともあるが、最終末には、家族の意向で入院になることが多い。 |                   |
| 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  | 心肺蘇生、AED機器の使用を行えるよう、救急救命講習を全スタッフが受講している。   |   |                   |
| 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  | 火災、地震についての非難訓練はおこなっている。しかし、水害については、地域の方と避難場所、誘導方法の確認までしかできておらず、実際の訓練は実施できていない。                 | 日中と夜間、2回の避難訓練を実施し、業者を講師として消火機器の取り扱いについて座学を行なった。「声をもっと出して」や「避難済みサインの周知」「災害避難所の開錠」など実質的対応が反省にあがった。                |                   |

| 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 |
| <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                   | 人前で恥ずかしい思いをしないよう、声のかけ方周囲の環境などには気をつけておこなっている。                             | 食事や入浴などホームの時間に拘らず、その人の気分による時間の過ごし方を大切にしている。理念の「笑顔」になるよう、したくない事の無理強いせず、自発的に「その気になる声掛け」の工夫をしている。    |                   |
| 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                     | 入居者が、選択しやすい提示方法(二択など)で声をかけたり、入居者が選んで決定でき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 | 入居者の思いや、残存機能が発揮できたり、日々の生活を楽しむことができるような場の提供をしている。                         |   |                   |
| 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                                  | 入居者ご本人に、要望を伺い身だしなみを整えている。  |   |                   |
| 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     | 出来る限り、季節の食材を使用することを意識し、時には屋外で火おこしから一緒におこない、炭火焼などをして楽しみと感じていただける食事が提供できた。 | 職員が献立と買い出しをする。その都度「何がいい」など入居者の意見を取り入れる。近所からもらった枝豆や落の皮を一緒に剥きながら、会話が弾む。栄養バランスや果物を添える等、栄養士から助言をもらった。 |                   |
| 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          | 日々、献立を確認しながら偏りのない食事提供がおこなえるよう努めている。                                      |   |                   |
| 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                   | 口腔ケアをおこなう際は、自歯および歯ぐきの状態なども確認しながら、必要に応じて歯科受診も検討している。                      |   |                   |

| 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                              | 個別で、トイレ誘導などの排泄介助をおこなう排泄パターンの把握をすることで、トイレでの自立排泄に向けた取り組みをおこなっている。             | 失敗を繰り返す要因が、受診の結果から介護度が上がったことが分かりリハパン使用となったが、夜間よく眠れるようになった。経験から「トイレに座れば出る」との信念で、座位が出来ればトイレでの支援に努めている。                    |                   |
| 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  | 毎朝、商品の違った乳製品を提供し便秘の予防に努めている。腹部マッサージや、散歩、軽い運動などをおこないつつ便秘対策に取り組んでいる。          |   |                   |
| 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                             | 週2～3回を目安に、入居者が希望する時に、入浴ができるよう努めているが、入浴の間隔がパターン化してしまいがちである。                  | 「入りたい」という本人の訴えには、皮膚の変化や不快感など異常がないか気を付けている。数を数えたり歌を歌うなど、声の出にくい人が発声を楽しんでいる。肌を露わにしない配慮をしている。                               |                   |
| 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   | 季節に合わせた寝具の活用、室温などにも気を配り、快適に睡眠ができるよう配慮している。                                  |   |                   |
| 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  | 薬の文献については、いつでもスタッフが確認できるよう管理し、利用者の変化については主治医に報告し指示を仰いでいる。                   |   |                   |
| 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                             | 入居者一人、ひとりの生活歴から楽しみや、趣味、嗜好を見出されるよう努めている。                                     |   |                   |
| 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 | 入居者の希望を伺い、身体状況の低下から遠出を諦めていた入居者の方の外出支援が実現できた。個別での外出にも、大人数での外出支援についても実施できている。 | 年間計画に月1度の外出行事がある。テレビの映像が話題になり「やっぱり紅葉は鳴子だね」などの声を拾い、外出先を決めて随時出掛けている。自宅のあった所や勤務していた所、外食など、笑顔を多く引き出す外出の効用を理解して、積極的な支援をしている。 |                   |

| 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 |
| 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  | 出先での支払いが、入居者自身でおこなえるようサポートしている。ご家族の同意のもと、ご自身で現金を所持している方もいる。                             |   |                   |
| 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   | 遠方に住む、ご家族には電話で話す機会を作ったり、年賀状を送るなど、入居者と一緒の時間を共有している。                                      |   |                   |
| 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 | パブリックスペースがあり、少人数でゆっくり過ごせるような空間を提供できている。また、家庭的で温かみのある、畳やこたつも活用し一人ひとりが、居心地よく過ごせる環境を整えている。 | 皆が集う居間では、会話や声掛けを工夫して、居心地良い居場所になるよう努めている。畳の小上がりで午睡をしたり、風船バレーに興じるなどしている。壁には、入居者発案の「浦島太郎」の歌詞が貼られている。「奥居間」のソファは独り静かに過ごせる。 |                   |
| 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  | 馴染み入居者同士でテーブルを囲めるよう、人間関係に配慮した配置にさせていた。入居者自身が自由に席を移動できるような配慮にも努めている。                     |   |                   |
| 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  | 入居者の身体状況や、使いやすさを最優先に要望を聞き家具、ベッドの配置を決めている。模様替えや、身体状況の変化によって配置換えについてはその都度、臨機応変におこなっている。   | 歩き場所の安全確保で、ベッドやテレビの配置換えをする。妻の仏壇や家族の希望で「忘れないように」と孫の写真を置くなどしている。各居室にトイレがある。夜間は30分ごとの巡回で、安眠を見守っている。                      |                   |
| 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   | 入居者の身体状況の変化に合わせて、テーブルや、椅子の位置を変えたり、手すりを設置し自立した生活がいつまでもできるよう目指している。                       |   |                   |