

### 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   | 3393500016       |            |  |
| 法人名     | 有限会社 桜花          |            |  |
| 事業所名    | グループホーム さくらそう A棟 |            |  |
| 所在地     | 岡山県苫田郡鏡野町小座424-1 |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和2年1月20日        | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 |  |
|----------|--|

#### 【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 ライフサポート                 |  |  |
| 所在地   | 岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和2年1月30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)】

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・他の施設で対応困難と思われる周辺症状がある利用者もできる限りうけいれ、利用者だけでなく、家族も支援していけるよう心掛けている。</li> <li>・スタッフにベテランが多く柔軟な対応が出来るように、研修などに参加し、ケアの向上に努力している。</li> </ul> |
|--|

#### 【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)】

|   |
|---|
| <p>「どんな人でも受け入れます。他の施設でお手上げと見放された人に対しても試行錯誤を重ねながら糸口を見つけてここの暮らしにつなげます」と心強く語ってくれるのは看護師でもありリーダー的存在の介護支援専門員。この職員は利用者の誰かとんでもない事をして「この人なりに理由があるに違いない」とその人の思いに心を寄せているが、ホームとしては頭を痛める事も多いようだ。しかし、地域の住人にとってはこのような介護施設が存在する事は救世主となる場合も考えられるので注視していきたい。色々な問題を抱えながら、このホームは実に明るい。あちこちで笑い声が聞こえる。職員が楽しそうなので、利用者も笑いの渦に巻き込まれている。一人ひとりの利用者が「さくらそう」の生活の中で、可能な限り好きなように暮らしている状況を見せてもらって、皆さんの笑顔の訳を知る事が出来た。大切なホームとして見守り続けたい。</p> |
|---|

### 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、生き活きと働いている<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、安心して暮らせている<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

[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                             | ・基本理念を職員一人ひとりが自覚しケアを行っている。                                       | 理念はホーム内のよく目につく所に掲示されているが、職員会議の時等にお互いに言い合い確認するようにしている。日頃の忙しい状況の中でも常に頭に置いている事を具体的に行動しようとしている。また「さくらそうでの生活のあり方」も掲示され、実践している。 |  |
| 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、町内行事へ積極的に参加し、小学生、老人会の訪問も受け入れ、ボランティアの訪問も多い。                   | 語り部・おさわがせ隊・腹話術・歌と踊り・ギター弾き等々数えられない程の地域のボランティアとのお楽しみ会や、老人会・小学生との交流・地元の秋祭り・敬老会での出会い等のお付き合いがたくさんある。                           |  |
| 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                           | ・町内、地域での行事、イベント等、交流の場にてできるだけ参加し施設のアピール、介護の相談コーナーで地域の方と話している。     |   |  |
| 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        | ・2ヶ月毎に開催し、家族、地域の方々、行政から参加があり、情報交換、意見交換をしている。                     | 運営推進会議には定期的に町の保健福祉課・包括・民生委員・後見人・学育の森(地域の医療福祉関係の方)等の参加で、ホームの様子の報告、情報交換を行っている。また高齢者虐待防止委員会等も実施している。                         | 目標達成計画にも課題として掲げている「ヒヤリハットを集計してこの会議で意見をもらう」というチャレンジを実行して欲しい。話し合いの記録もファイルして、対策につながるプロセスを相談してみたい。 |
| 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                  | ・市町村担当者とは、報告、連絡、相談を密に行っている。<br>・地域包括職員と密に連携を取り合う事も多い。            | 2ヶ月毎の運営推進会議の場で情報提供をしてもらったり、その都度必要な指導を受けている。近年岡山県でも災害が頻繁にあるので行政との連携がより多くなっている。日常的には困難事例の相談によく対応してもらっている。                   |  |
| 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 | ・環境に慣れず帰宅願望のある人もいるが、言葉掛けや、スタッフの対応、身体拘束につながる物がないか注意している。          | 玄関の施錠も含めて、禁止の対象となる身体拘束はないが、利用者との日常生活の中で「職員の言葉かけや態度の中で相手が不快に感じている事はないか？」話し合ったり、「ちょっと待って」を相手が理解出来るように具体的な答え方を考えてみる等、学習している。 |  |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている         | ・包括等で開催している虐待防止に関するけんしゅうに参加している。<br>・事業所内でも虐待につながる行為のないよう注意している。 |   |  |

| 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    | ・職員は権利擁護について学ぶ機会をもっている。個々の必要性に応じ、包括、社協と連絡を取りながら検討、支援している。  |   |                   |
| 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                         | ・入所前、契約事項を丁寧に説明し、家族からの不安や疑問点を聞き、十分な説明をし、理解、納得を得たうえで契約している。 |   |                   |
| 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                     | ・運営推進会議や、面会時、電話等で積極的に家族と関わりを持ち、日常的によく話し合っている。              | 家族が遠方においてなかなかホームに来てもらえない方が多いので、運営推進会議や日頃の面会も比較的少ない。職員が必要な時に、また利用者が家族に電話する時等によく話し合い、家族の思いや意向を聞くようにしている。また定期的に送っている「さくら通信」でも日常の様子を知らせている。 |                   |
| 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                                      | ・毎月、職員会議を開いて、職員の意見や提案は、全員で共有し、運営に反映させている。                  | 職員の数も少なく組織的に見ても小規模なのでそれぞれの思いや意向がお互いに伝わりやすい。毎月の職員会議では一人ずつ発言出来、上層部にも伝えている。ホームの運営に関する事だけでなく、個人的な事も相談している。                                  |                   |
| 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      | ・職員が向上心を持って働けるように、環境や条件を整えている。                             |   |                   |
| 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         | ・研修に積極的に参加し、参加者から内容を伝達してもらい、施設内研修を行っている。                   |   |                   |
| 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 | ・地域交流や研修などの機械を通して、他の事業所スタッフと交流できている。                       |   |                   |

| 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 |
| <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 | ・本人、家族から、入所前面接において、本人の訴える不安や要望を聞き、安心して入所できるよう努めている。            |  |                   |
| 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            | ・入所申し込み、契約時等に家族の持つ不安や要望、困っている事を聞き、安心して利用者を預けられるよう努めている。        |  |                   |
| 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        | ・初期の情報からニーズを把握し、他のスタッフとも検討し支援プランを作成している。                       |  |                   |
| 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                        | ・今いる所は「施設」ではなく、家庭生活の延長で、家族と思って過ごしてもらおう働きかけている。                 |  |                   |
| 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         | ・本人と家族の関係がぎくしゃくしていても、家族との絆が大切であることを伝え、家族には本人の状況を随時伝えている。       |  |                   |
| 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                     | ・本人、家族からの情報の中から、これまで本人が慣親しみの人や場所をしり、ホームで生活しても関係が途切れないよう支援している。 | 義父母が入所していたこのホームが気に入り、今は息子の妻(嫁)が入っている例もあれば、訪問理美容を何年も利用している人は、すっかり顔馴染みの関係になっていて訪問を楽しみにしている人も多い。家族の面会はもとより、利用者と職員も家族のような関係になっている。 |                   |
| 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                 | ・性別、年齢、生活環境等の違いから様々なトラブルがあるが、問題を察知すれば、早目に解決するよう心がけている。         |  |                   |

| 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  |
| 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                    | ・サービス終了=死亡、入院が殆どであるが、その他わずかだが家に帰った利用者へは、経過をフォローしている。                         |  |  |
| <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   | ・ホームで生活する中、利用者の様々な姿が見えてくる、そこから本人の要望を把握し、前向きに検討している。                          | 自己主張が強く、自分の思い通りにしたい人、穏やかな人等、利用者の個性も十人十色。ある人は外出したらおやつをいっぱい買ってきて部屋にストック。それを注視しながらも大きな気持ちで笑顔で受け入れてしまう職員達。その人らしい生活が出来るように支援している。     | 介護記録や申し送りノートを見ると、本人の気持ちを受け入れて出来る限り思いに添ったケアをしようとしているのが分かる。そしてケアプランにつなげている。その人らしい生活の実現に向けてこれからも頑張ってください。 |
| 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                                       | ・これまでの生活、今の状態を把握し、本人にとってより良い生活ができるよう努めている。                                   |  |  |
| 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   | ・1日の過ごし方を把握し、日課の中で出来ること、出来ない事を、一人ひとりに合わせてやってもらうよう支援している。                     |  |  |
| 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 | ・プラン制作時、作成後は内容について本人、家族と話し合っている。モニタリングについては、月に1回、ADLや、BPSD等の評価をチームによって行っている。 | ケアプランの中の利用者の生活に対する意向(希望)欄には本人の思いをそのままの言葉で記入しており、ニーズ・目標・サービス内容も連動しており、心のケアを中心としたプランになっている。状態の変化があればその都度職員間で話し合って現状に即したプランに変更している。 |  |
| 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                        | ・本人の行動、思いを特記事項として記載し、職員間で情報を共有している。時にはアセスメント、次のプランに活かしている。                   |  |  |
| 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               | ・利用者、十人十色様々なニーズがあり、可能な限り柔軟なサービスを心掛け、常に臨機応変に対応するよう努めている。                      |  |  |

| 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                                      | ・町内の地域行事に参加している。<br>・小学生との交流会、語り部、ボランティアの訪問により、交流をしている。                            |   |                   |
| 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                                  | ・往診をしてくれる協力医に全員が診てもらっている。口腔ケア指導も受けており、必要な人は往診や受診をしている。職員に看護師がいるので、心強く安心して生活ができている。 | 利用者全員ホームの協力医を主治医とし、緊急時の受け入れ体制も万全で、医療のバックアップがしっかり出来ている。透析が必要な人は家族が週3回病院へ連れて行っている。利用者の日頃の健康管理は看護師兼ケアマネの職員がしっかりサポートしてくれるのでとても心強い。      |                   |
| 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                          | ・日々の介護の中で異変や疑問をすぐに常勤の看護師に相談、報告し、利用者の健康状態を把握し協力医と連携している。                            |   |                   |
| 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。 | ・入所時は、病院と情報交換をする、退院前には病院のスタッフ、家族とカンファレンスを行っている。                                    |   |                   |
| 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  | ・入所時に看取りについて書類にもとずいた同意を得ている。<br>・ケア会議を繰り返し、最期まで、心を込めて支援に取り組んでいる。                   | これまで数多くの看取りを経験してきたホームであり、「ここで最期を」と望む本人・家族が多い。今も主治医からターミナルの指示書が出ていて特別な食事対応している人がいるが、穏やかに最期まで暮らしていただくよう出来る限りの支援をしている。                 |                   |
| 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  | ・急変や事故発生時のマニュアルを作成し、いつも見える位置にマニュアルを貼っている。<br>・適宜、対応内容を話し合い、実践できている。                |   |                   |
| 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  | ・定期的に避難訓練を行い、消防署の査察を受けている。<br>・運営推進会議や職員会議で移動方法や手段を話し合っている。                        | 年2回火災訓練を実施し、避難経路や利用者の誘導方法等を確認している。災害時の指定避難場所が遠いのでハザードマップも参考にしながら移動方法等も会議で話し合っているが、近くに池があるので豪雨の時には決壊の心配もあるので、その対策についてもきちんと決めていくと聞いた。 |                   |

| 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                    | ・利用者一人ひとりに配慮し、有意義に過ごす時間を大切にしている。  | 他の人の目に触れないように居室でのパット交換時にはドアの開け閉めには気をつけ羞恥心に配慮している。また、日頃から言葉遣いには気を付けており、利用者の人権を尊重していくような態度や言葉遣いをしようと職員間で話し合っている。            |                   |
| 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                      | ・利用者の気持ちをくみとりながら表情やしぐさなどにも注意し自己決定に努めている。                                      |   |                   |
| 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 | ・利用者一人ひとりの生活歴を大切にし、その人らしい暮らしや生活を過ごしてもらっている。                                   |   |                   |
| 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                                   | ・清潔を心掛け、利用者の好みを尊重すると共にスタッフが季節に合わせた服装をアドバイスしながら支援している。                         |   |                   |
| 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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている       | ・利用者職員と一緒に話をしながら食事をたべたり、食事の盛り付けなどを行っている。<br>・食器の片づけも快く引き受けてくれ、スタッフと一緒に片づけを行う。 | リビングには食事中もクラシック音楽が流れていて、とても落ち着いた雰囲気です。両ユニット共職員の手作りであり、メニューは違うが、「美味しいね」「久しぶりだわ」「汁も美味しかった」等と感想を言いながら、殆どの方は自分の箸で食べ、会話も弾んでいた。 |                   |
| 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           | ・水分量を毎食後チェックし、利用者に合わせて食事バランスや栄養のある食事や刻み、トリミなど利用者に合わせて提供している。                  |   |                   |
| 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                    | ・利用者一人ひとりに合わせた口腔ケアを行い、月に1度の口腔指導をスタッフ、利用者共に受け、口腔ケアを行っている。                      |   |                   |

| 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 |
| 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                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりの排泄リズムを把握しトイレに誘導する。</li> <li>自立を見守り、失敗しても次に活かせるよう支援している。</li> </ul>                               | <p>布パンツを維持している人もいるが、大半はリハビリパンツにパット併用という人が多い。夜間用にポータブルトイレを置いている人は数人。日中は定時誘導をしているが、一人ひとりの排泄のサインを見逃さず適宜声かけをしてトイレに誘導するようにしている。</p> |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>水分をしっかりと摂ってもらっている。</li> <li>食事に十分時間をかけ咀嚼してもらっている。</li> <li>適度な運動を職員と一緒にやっている</li> </ul>                |  |                   |
| 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                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりの体調を確認して、安全に気持ちよく入浴できるよう支援している。</li> <li>一人ひとりに気持ちを大切に、入浴拒否がある場合は、日にちや時間を変えたりして工夫している。</li> </ul> | <p>週3回を基本にしているが、毎日入浴したいという人もいれば、自分の家の浴槽以外に入らないとシャワー浴を希望する人もいます。重度化が進み状態の悪くなった人が増えてきたので、入浴方法を考えようと職員会議でも話し合っているところである。</p>      |                   |
| 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   | <ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりの生活リズムに合わせて、気持ちよく休息を取れるように、居室やリビングで傾眠など、自由に過ごしてもらえるように支援している。</li> </ul>                          |  |                   |
| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>日々の体調を細かく観察して、症状に変化があると、ドクターから支持をもらいすぐに対応出来るようにしている。</li> </ul>  |  |                   |
| 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                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>日々の生活の中で、洗濯物畳みや、食器拭き、掃除をスタッフと一緒にやっている。</li> </ul>  |  |                   |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の体調や状況によって買い物、散歩などに行っている。</li> </ul>  | <p>毎年恒例のバス遠足を始め、写真や記録からも外出支援に力を入れている事が分かる。友人や家族と外出・外食する人達への個別支援もしており家族も協力的である。天気の良い日は散歩や買い物等に出かけ日光浴や気分転換をしている。</p>             |                   |



| 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  | ・個人で管理出来る人には、管理してもらっている。   |  |                   |
| 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   | ・自己管理の可能と思われる方は個々で携帯電話を所持、管理してもらっている。<br>・施設の電話は、職員を通して使用してもらっている。 |  |                   |
| 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 | ・明るく、暖かく心地よく過ごせる様に環境を保つ事を心がけている。<br>・壁飾りなどは、季節を感じてもらえるように心がけ飾っている。 | ゆっくり寛げる畳コーナーやテーブル、ソファ等、自分の好きな場所で毛糸で編み物をしている人、ジグソーパズルをする人、テレビを見る人等、思い思いに自由に過ごしている。リビングに展示してある写真や習字、塗り絵等の作品の数々を見ても活発な余暇活動をしているのが確認出来、明るく清潔な環境になっている。 |                   |
| 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  | ・会話を楽しんでもらえるよう配慮し、その時の居場所作り心地よい空間作りをしている。                          |  |                   |
| 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  | ・利用者が日ごろ使っていた日用品などを持参して貰い使用している。<br>・経過により使用しやすい物を話し合い、工夫している。     | フローリングが主だが、畳に布団を敷いて寝たい人もいれば、その人の希望で一日中テレビを見て部屋で過ごす人もいる等、これまでの生活の延長線として愛着品や馴染みの品々を持ち込み、それぞれ自分が住みやすいように居心地の良い部屋作りをしている。                              |                   |
| 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   | ・入所時のアセスメントにはじまり、出来ることや出来ない事をスタッフで話し合い見守り支援している。                   |  |                   |