

### 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   | 2394000042      |            |               |
| 法人名     | 医療法人双樹会         |            |               |
| 事業所名    | グループホームサマリヤの家   |            |               |
| 所在地     | 愛知県新城市矢部字広見55番1 |            |               |
| 自己評価作成日 | 平成27年2月20日      | 評価結果市町村受理日 | 平成 27 年 6月17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 | 福祉総合研究所株式会社           |  |  |
| 所在地   | 名古屋市東区百人町26 スクエア百人町1F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年3月6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>・ 利用者が希望する生活を送るためには、今どんな困りごとがあるのか、また、本人の思いや願い、家族の意見やアイデアをきちんと整理する必要があると思われる。そこでツールとして、「からだ」「こころ」「くらしのそれぞれ3つの側面からなるシートの導入を図った。これまでは、各担当者が記入してきたが、情報量に限りがあるため、スタッフ全員で情報収集するよう試みを図った。意識しないと情報は得ることが出来ない。一歩一歩積み上げ、個別ケアに活かしていきたい。</li> <li>・ 当事業所のアピールポイントは、なんとと言っても介護スタッフ全員が優しいこと、利用者の安心を確保するための関係づくりに努めていることである。</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>日頃の生活の中で利用者一人ひとりの楽しみを見つけ、それを職員がそっと寄り添いサポートする支援に努めている。また、職員間で利用者の情報の共有が図られており、助け合いながら日々の生活を送っている。2か月毎に開催する運営推進会議は利用者家族の参加が多く、家族交流の場にもなっている。職員の手作りおやつ、寿司パーティなど一緒に楽しみ、その中で運営に関する話を話し合っている。今年度は職員が日々練習を重ねた歌舞伎を披露しており、利用者や家族から感動したとの声が聞かれた。地域との交流には、利用者と共に積極的に関わり地域に根ざしている。</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)     | 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)   |
| 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)           | 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)                     |
| 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)                 | 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) |
| 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)  | 66 | 職員は、生き生きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 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)                | 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                                       |
| 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)       | 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                                   |
| 62 | 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) |    |   |

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   | ・ 理念の「暮らす人、働く人、集う人共に創る場」「一人ひとりが輝く場」「自然の中でゆったりと過ごす場」について、日々のサービス提供場面を振り返りながら掘り下げて話し合うことで更にケアに反映していきたい。            | 理念は事務所の見やすい所に掲示している。職員は理念である3本の柱(暮らす人、働く人、集う人共に創る場...)を日々意識して支援している。   |                   |
| 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   | ・ 地域住民の一員として、地域の行事や季節の催しには積極的に参加している。また、普段の暮らしの中でも近隣の方と挨拶を交わしたり、親しい付き合いもあり、おすそ分けをしたりする間柄が保たれている。                 | 矢部神社祭りなど地域の行事に積極的に参加して、地域の人と交流を図っている。また、市内の他グループホームと協力して認知症の事例検討会を行い、サービスの向上に努めている。今後は認知症カフェの開催が、できるように話し合いが進んでいる。 |                   |
| 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   | ・ 地域の方や子どもたちに認知症の人の理解や接し方を知ってもらおうと、市内グループホームが協力して寸劇に挑んでいる。また、地域の学校・専門学校のヴォランティアの受け入れも積極的に行っている。                  |  |                   |
| 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践、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                                      | ・ 事業所からの報告とともに参加者からの質問、要望を受けるなど双方向的な会議となっている。メンバーに、近隣グループホームの職員・入居者の参加もあり意見交換の場であり交友の輪も広がっている。                   | 概ね2か月毎に開催している。区長や民生委員、その他に毎回家族が参加している。おやつ作り、寿司パーティなどイベント行事を含めて楽しく過ごし、その中でヒントを貰い運営に反映している。                          |                   |
| 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   | ・ 市の担当者の異動に伴い、少し距離間を感じたが、平成27年2月の実施指導を契機に現場の状況や意見交換ができ、関係性が強まったように思われる。今後も、市担当者と連絡を密にして連携を図っていきたい。               | 市主催の多職種連携会議に参加して、情報交換に努めたり、地域包括支援センターが主催する認知症サポーター養成講座に参加している。   |                   |
| 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「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 | ・ 昨年の7月以降、新規入居者2名の強固な帰宅願望から行方不明事件が発生。日中の玄関の施錠が常態化する。一人ひとりのその日の気分や状態をきめ細かくキャッチすることで”鍵がかかかっていないのが普通”の生活を取り戻していきたい。 | 身体拘束をしないケアについては、勉強会を行うことで、職員は何が身体拘束にあたるのか理解しており、情報の共有も図っている。特にスピーチロックには職員間で注意を払っている。                               |                   |

| 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 |
| 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        | ・ 虐待には、身体的行為だけでなく暴言や無視、嫌がらせ(心理的虐待)、必要なケア放棄など様々な不適切なケアがあることを理解しており、当事業所において“決してない”と確信している。       |   |                   |
| 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    | ・ 一名の利用者さんが成年後見制度を活用されているため、その必要性の理解と活動は後見人さんの活動を通して実際に学ぶことができている。                              |   |                   |
| 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                         | ・ 事業所のケアに関する考え方や取り組み、医療体制など詳しく説明し同意を得ているが、とりえず利用契約をしてしまった事もある。家族の聞きたいことをしっかり聞く体制をとるように心がけていきたい。 |   |                   |
| 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                     | ・ ホーム通信の毎月配布に加え、家族の訪問時にはエピソードを伝えるなど、何でも気軽に言える雰囲気づくりができている。出された意見や要望は、即話し合い即ケアに反映させている。          | 家族の来訪が、毎日の人もあるなど、意見を聞く機会が多い。家族からの感謝の言葉は、家族と職員の良好の関係がうかがえる。家族より蚤ツアーに連れて行って欲しいとあり実現している。      |                   |
| 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                                      | ・ 日常的なかかわりの中から生まれる職員の気づきやアイデアは、大切に受け止めている。不満や苦情は言いにくい部分でもあるため、日頃からのコミュニケーションを心がけ聞き出せるようにしたい。    | 月1回のカンファレンスの時や勉強会など職員が提案できる機会を設け、改善に努めている。また、日頃から管理者が職員の様子をよく把握しており、さりげなく声をかけて話を聞くように努めている。 |                   |
| 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      | ・ 職場内の人間関係は良好で定着率は高い。人事考課を取り入れ職員処遇に反映ができる。また、職員の資格取得に向けた支援を行い向上心が持てるよう組織に働きかけていきたい。             |   |                   |
| 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         | ・ 外部研修の情報を収集し、なるべく多くの職員が受講できる体制づくりをしている。また、研修報告する機会をもつことで一人の研修の機会を全職員が共有できた。                    |   |                   |
| 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 | ・ GH連絡協議会東ブロックによる学習会や意見交換の場では、触発されケアの質の向上に繋がっている。今後は、他のグループホームの見学や相互研修、事例検討会を実施していきたい。          |   |                   |

| 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>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 | ・ 自宅をあきらめて他人との生活を余儀なくしなければならない本人の思いや不安を受け止め、安心してもらうことで信頼関係を築いている。                                 |   |                   |  |
| 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            | ・ 最初のかかわりを重視し、困っていることや不安に応えようとするのが家族とのよい関係性に繋がっている。また、家族の協力をいただきながら一緒に行くという姿勢を示すことがよい関係づくりになっている。 |   |                   |  |
| 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        | ・ 早急な対応が必要な相談者に対して、空床がない場合は、居宅ケアマネジャーと連携を図り、他の事業所の紹介やショートステイ、デイ等の利用を紹介するなど親切丁寧な対応を心がけている。         |   |                   |  |
| 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                        | ・ 人は他者との関係のなかで自分の存在意義を見出して生きていると言われる。職員は介護するといった一方的な縦の関係ではなく、共に過ごし、支え合う関係づくりをめざしている。              |   |                   |  |
| 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         | ・ 家族が毎日来訪し、食事介助等に携わるなど、日常的に行われている。“共”に本人を支えるといった姿がそこにある。家族によるフラワーアレンジ教室や大正琴演奏など協力的な家族によって支えられている。 |   |                   |  |
| 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                     | ・ 行きつけの美容院に行く・墓参りをする・同窓に参加する・地域の寄りに参加する・大正琴の会に参加する等、これまでのつき合いを継続できる場面を積極的につづけている。                 | 事業所に利用者の知人が面会に来たり、日頃から馴染みの店に買い物に行くなど関係継続に努めている。 |                   |  |
| 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                 | ・ 他人との生活の中で、利用者同士の相性や関係性、個性をうまく活かす配慮を行っている。心身の状態や気分で激しい口論が時にみられるが、職員が調整役となって円滑な関係づくりに配慮している。      |   |                   |  |

| 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                   |  |
| 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                    | ・ 田舎という地域性もあってサービスが終了しても、出会った時には思い出話をしたり、「また遊びに来てね」と気軽に声をかけ合うなど家族との関係は良好である。                     |   |                                     |  |
| <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   | ・ よりよく暮らし続けるために、思いや、願いが把握できる情報収集シートを用いている。日々のかかわりの中でのつぶやきや表情などから真意を推し測り、家族、知人からも情報を得るようにしている。    | 日常の会話の中や、目の動きなどの些細な反応などで利用者のして欲しいことやしたいことを汲み取るように努めている。職員はそれらを情報収集ノートに書き入れ、アセスメントや介護計画に盛り込むこともある。 |                                     |  |
| 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                                       | ・ 情報収集シート「これが私:くらし編」では、その人の過去を含めた現在の生活を全体的に捉え、理解しにくい本人の言動の理解やこれまでの生活習慣、価値観をケアに活かしていくよう心がけている。    |   |                                     |  |
| 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   | ・ 「できる・できない」「自立・一部介助・全介助」という視点でなく、生活・心理面の視点でアセスメントする。また、できること・わかる力にも注目して、本人の全体像から把握することに配慮している。  |   |                                     |  |
| 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 | ・ これまで介護計画は、介護する側にとっての課題やケアのあり方になりがちであったが、本人がよりよく暮らし続けるために必要な支援を盛り込んだ具体的な計画立案を心がけていきたい。          | モニタリングは定期的に行われているが、書面として活用できるには至っていない。カンファレンスは毎月、見直しは1年ごとで変化があれば、随時見直している。                        | 書類の的確な書き方を検討中とのことなので、書面で活用できることを望む。 |  |
| 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                        | ・ これまで日々の実践を漠然と記録してきたが、個別にファイルを用意し、身体的状況や生活の様子や本人のつぶやき、エピソード等を記録し、ケアに活かせる記録となるよう取り組んでいる。         |   |                                     |  |
| 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               | ・ 利用者さんのニーズに応じたサービス提供として、ショートステイを平成27年4月より実施できる予定になっている。既存のサービスに捉われない柔軟な支援については、病院受診を行うにとどまっている。 |   |                                     |  |

| 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               |
| 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                                      | ・ 地域の資源として、団体ヴォランティア、個人のヴォランティア、職員の子どもさん、民生委員さんなどを活用してきたが、今回、行方不明者の件で警察も普段から連携を図る必要性を感じた。                   |  |                                 |
| 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                                  | ・ 家族が希望されるかかりつけ医を基本とするも、事業所の協力医の信頼度が高いため変更されたりする。受診は看護師の同行で、経過報告、ムンテラを受け、家族に報告する。早期の受診が安心に繋がっている。           | ほとんどの人がホームの協力医をかかりつけ医に変更する人が多い。他の病院を受診する場合は、紹介状を書いてもらい、職員が付き添っているが、病院で家族と合流している。   |                                 |
| 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                          | ・ 介護職は利用者の普段の心身状態を把握し、いつもと違う様子を見逃さないよう心がけている。状態の判断は看護師が担当し協働できている。  |  |                                 |
| 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。 | ・ 5件の入院ケースが発生したが、職員が家族と共に同行することで家族の安心につながっている。また家族が理解しづらい部分的確な情報を得ることができ、退院後のケアもスムーズに行うことができた。              |  |                                 |
| 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  | ・ 家族は重度化した場合の対応に不安を抱かれている。必然的に医療が必要となるが、安易に病院に送るのも大きなダメージを与えてしまう。最後まで支えるためには、看取り経験、知識、医療連携など様々な条件を満たす必要がある。 | 看取りの指針はあるが、今までに看取りはない。食事を口から食べられるうちはホームで看る方針である。利用者の介護度が高くなってきており、目の前の大きな課題となっている。 | 今後に備えて看取りについての研修を定期的に行うことを期待する。 |
| 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  | ・ 年に1回救急手当や心肺蘇生術の研修を実施している。職員が習得するまでには繰り返しの訓練が必要となってくる。また、夜間時の緊急対応についてもマニュアルを整備し徹底を図っていきたい。                 |  |                                 |
| 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  | ・ 災害はいつ起こるかかわからない。いざという時に慌てずに確実に避難誘導ができるよう一人ひとりが力をつけなければならない。そのためにも、さまざまな場面を想定した訓練が必要となってくる。                | 1月は初期消火訓練、9月は火災想定避難訓練を実施している。備蓄は水、カンパン、カロリーメイトなどを保管している。                           | 災害対策としては、もっと定期的な避難訓練を行われることを望む。 |

| 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                   | ・今は介護を必要とする状態であっても、目上の人であるという敬意の念と、一人ひとりの誇りを尊重した声かけと援助を心がけている。                                     | 職員は利用者の気持ちを大切にしている対応を心がけており、日頃から言葉づかいは丁寧であり、利用者の人格を尊重している。不適切な場面を見たりした場合は、その場で指導している。 |                   |
| 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                     | ・介護はリレーションシップ(人と人との結びつき)である。自分の思いや希望が言える関係づくりを基盤に置き、思いを意図的に引き出すこと、複数の選択肢を提案し自分で決めることができる支援を心がけている。 |   |                   |
| 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 | ・基本的な1日の流れはあるものの、その時々本人の気持ちを尊重し、できるだけ個別的な対応(散歩・外出・外食・イベント等)に努めている。また、利用者のペースでゆっくりとかかわることを心がけている。   |   |                   |
| 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                                  | ・これまでのなじみの理美容院でカットや毛染めをしたり、こだわりの化粧水をつけたり、鏡をみて整容の乱れを直すなどの支援を行っている。朝の着替えも基本的に本人の意向で決めている。            |   |                   |
| 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     | ・買い物、調理、食事の片づけは、一番の生活リハビリであるが、基本的にショートステイの厨房で作り提供されている。おやつ作りや行事食メニューなど利用者と話し合い一緒に作る機会を設けている。       | 利用者に何が食べたいか、広告などを見て好きな物を聞き、取り入れることもある。運営推進会議の時に、海苔巻きや五平餅、おやつなどを作って楽しんでいる。             |                   |
| 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          | ・管理栄養士による献立のため栄養バランスはとれている。一人ひとりの嚥下状態に合わせた食事形態と、摂取量の把握を行っている。飲水量も10時、15時の水分補給に留意し脱水を予防している。        |   |                   |
| 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                   | ・口腔ケアの必要性を職員が理解し、毎食後洗面所にて実施している。歯科医(衛生士)による往診の導入で、適切な口腔ケアの指導をいただき、誤嚥性肺炎の予防につながっている。                |   |                   |

| 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                             | ・ 座位が保持ができればトイレでの排泄を可能とする環境は整っている。(夜間のおむつ使用者は2名)。デリケートな部分の介護の為、羞恥心に配慮し、プライドを傷つけることなく支援することを心がけている。        | 排泄チェック表により、トイレ誘導している。自立している人からは、その都度聞くなどして、確認している。夜間は、ポータブルトイレを使用したり、パット交換をしている。                          |                   |
| 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   | ・ 加齢や運動不足による腸管の緊張低下や複筋が弱く腹圧がかけられない方にあつては、食後に便意があってもなくてもトイレに座るといった行動療法をとっている。                              |   |                   |
| 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                            | ・ 身体機能に合わせ補助具を活用したり機械浴で安全で安楽、ゆったり入浴を心がけている。職員の都合で1日置きの入浴を実施。夜間入浴が望ましいが、職員配置(勤務時間帯)の問題があり対応が難しい。           | 入浴は午前中で一日に4~5人づつ入っている。身体状態により機械浴を使用する人は、隣のショートステイのお風呂を使っている。入浴を拒否する場合は、時間を置いたり、人を替えたりして対応しているが、無理強いはいはない。 |                   |
| 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  | ・ 眠れない利用者については、原因を見極め、その人本来の生活リズムづくりを心がけているが、結果がみられない。重度の睡眠障害のある方については、医師と相談して睡眠導入剤の調整に努めている。             |   |                   |
| 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   | ・ 「薬の目的、症状の変化は看護師任せにせず、自分自身も勉強が必要」と記載があったが、介護者も服薬の知識を高め、特に症状の変化を意識し観察できるようにしていきたい。                        |   |                   |
| 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                            | ・ 身の回りのことをできる範囲で行ったり、やささやかな仕事を行う機会をつくることで「役に立っている・必要とされている」と実感できるような援助をさらに工夫していきたい。                       |   |                   |
| 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 | ・ 本人、家族の希望に添い銀行、美容院、喫茶店、自宅等への外出支援も可能な範囲内で行っている。散歩、ドライブ、地域の行事等の外出の機会を積極的に取り入れ、1日に1回は屋外に出て解放感、気分転換を図っていきたい。 | 外へ出る機会を多く持つよう努めている。散歩やドライブ、外食や喫茶店などを利用者は楽しみにしている。隣の猪料理店は、食事も喫茶も対応できるので、よく利用している。                          |                   |



| 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  | ・ 個々人の希望や力に応じてお金を所持されている。所持されていない方は、立て替え払いをすることで買い物、外食の機会を図っている。お金の所持は、「盗った、盗られた」の問題が生じるため慎重に対処が必要。        |   |                   |
| 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   | ・ 電話は、ステーション内に設置され、職員はダイヤルなどの援助を行い、誰でも、かけたいときに自由に電話することができる。手紙の返事を書く支援ができていないので取り組んでいきたい。                  |   |                   |
| 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 | ・ 人は、自分の家に帰るとホットする。そんな居心地のよい家をイメージして、色・空気の流れ・音・広がり・外が見える窓などに配慮がされている。さらに生活感や季節感のあるものを工夫することで暮らしの場を整えていきたい。 | 平屋建てでどこからも光が入るようになっており、広々として開放感があり、自由にユニットを行き来できる。畳の部屋があり、お雛様が飾ってあったり、昼寝をしたりして安らぐ空間である。所々にソファやイスが置いてあり、利用者は好きな場所で寛いでいる。 |                   |
| 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  | ・ 共有空間の中で他人の気配を感じながらも、少し離れたところで、ひとりになれる場所をつくることで、BPSDが軽減される。ちょっとした空間を活かして居場所となるスペースをさらに工夫を重ねていきたい。         |   |                   |
| 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  | ・ 自宅との違いによる不安やリロケーションダメージを最小にするために、使い慣れた馴染みの物を傍に置くなど、本人や家族と相談しながら協力を求める働きを行っている。                           | 使い慣れたタンスやテレビが持ち込まれ、好きなぬいぐるみや家族の写真が置かれている。机に書道具を一式そろえている人もいる。利用者の作品の書道やフラワーアレンジなどが飾られ、それぞれに使いやすい居室となっている。                |                   |
| 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   | ・ 食堂や居間は一体的なつくりで、視界に入りやすい。ソファを置くことで一人になれる場所の確保ができています。和室は洗濯物を取り込んだり、たたんだり、こたつでくつろぐなど幅広く活用することができる。         |   |                   |