

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                                | 理念である安心、安全、愛される、温かい「住まい」を掲げ職員はもちろん入居者や家族の方を始めすべての人が、誰でもすぐに目に付き易い場所に提示しています。また、各階に数ヶ所設置してある為、職員が共有しやすい環境になっています。 | ホーム理念・行動指針を分かりやすく具体的に説明した小冊子「クレド」(信条・約束の意味)を職員に配布し、勉強会を実施し周知・共有を図っている。玄関等への掲示、各帳票への印字を通じて日頃より意識付けを図っている。職員同士の話し合いの場では、常に「クレド」に立ち返り検討することで理念の実践に取り組んでいる。  |                   |
| 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                                | 月に一度は町内の飲食店に食事、町内の保育園で行う発表会などの見学、町会のゴミ拾いの他、ホーム独自に月に一度道路のゴミ拾いをしています。   | 町会(自治会)に加入し、町内行事(清掃活動・秋祭り等)に参加している。近隣の保育園とは、月1回園児が来訪し歌やお遊戯の披露や、保育園での発表会の練習の見学、ホーム畑での野菜栽培の作業等、日常的に相互交流がある。ホーム独自の清掃活動(周辺のゴミ拾い)も継続し行っており、地域の一員として活動している。  |                   |
| 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                              | 認知症の理解の為、利用者と共に郵便局などに同行し、地域の方々と共に共存するという考えを持っています。また、地域の方々と共にお祭りなどの行事やイベントの参加。町内清掃活動にも積極的に参加しています。              |  |                   |
| 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           | 運営推進会議から出たご家族の意見などは職員全員に伝え、共有しサービス向上につなげるよう努めています。また色々な意見を聞けるように他グループホームなどの方にも参加して頂いております。                      | 運営推進会議は、利用者・家族・近隣住民・民生委員・行政担当者・薬剤師・他事業所の職員が参加し2か月毎に開催されている。ホームの活動報告や地域からの情報提供があり、様々な意見・要望が活発に意見交換されている。テーマによっては専門家(看護大学の教授等)も招き、サービス向上に活かしている。議事録はホーム玄関で誰でも閲覧できるようになっている。  |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                    | 状況の把握や直接市職員と意見交換や相談を行っています。またかほく市地域ケア会議にも参加し繋がりを深めています。   | 運営推進会議や地域ケアサービスへの参加、年4回の地域ケア会議への出席等、各種の機会を通じてホームの状況やサービスの取り組みを伝え、情報交換を行い連携強化を図っている。  |                   |
| 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 | 職員全員が身体拘束の意味を理解する為に、マニュアルを作成し定期的な勉強会を行っています。スタッフ同士の声かけなどにより未然防止に努めています。また、他施設交流などの際に他の人に正しい行為か見てもらう様になっています。    | 外部研修への参加や月1回の勉強会等を通じて知識・理解を深め、具体的な事例を基に職員間で話し合うことにより、身体拘束しないケアの実践に取り組んでいる。夜間以外は玄関を施錠せず、利用者が外に出たい時は、さりげない見守りや付き添いで対応している。利用者にとっての都合は、具体的な理由や待ち時間を説明する等、スピーチロックに繋がらないよう取り組んでいる。また法人内の他の事業所間で具体例で意見を求め日々改善に向け取り組んでいる。 |                   |
| 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           | 言葉の虐待を最も注意しマニュアル作製や学習会だけでなく、職員一人ひとりが自分を含め他の職員の気づかない部分での虐待がないか日々チェックしています。                                       |  |                   |

| 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 |
| 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    | 実際に当施設において成年後見人の方がいらっしゃると思います。その方を通して成年後見人制度の役割などを理解し職員が全員わかるように学習しています。   |   |                   |
| 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                         | 他施設の見学を勧めたりしてより良い施設を選んでもらうにも、契約の締結や解除については十分に説明し理解して頂いた時点で同意をもらってます。また、不安な点などがありましたらその都度対応をしています。                                |   |                   |
| 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                     | 家族の方や外部の方が来られた時は対話を重要に置き、その時に出た意見や要望があった場合は家族やスタッフの全体会議で協議をしています。  | 家族との面会時等に具体的な意見や要望を引き出せるように、職員の一言を添えて利用者個別に作成した学園台便りを毎月送付し近況を伝えている。ホームから家族への相談は面会時や電話で行い、家族からの具体的な個別の要望や相談があった場合は、職員ミーティングで随時話し合い運営に反映させている。  |                   |
| 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                                      | 職員のストレスケアや福利厚生を考え最低月に一度は全体ミーティングを行いや定期的な個人面談をし、職員の意見や提案を聞き入れています。  | 毎月のミーティングは職員主体で議題・検討内容を設定し、管理者は司会進行役に徹することで、職員の意見や提案を聞いている。職員間での感謝の気持ちを表すコミュニケーションボードの掲示や、来訪者を迎えるウェルカムボードの設置、利用者への誕生日プレゼント等、職員のアイデアや提案がホーム運営の随所に活かされている。また代表者・管理者は職員満足度も重視し、食事会や運動レクの開催、年2回の個人面談を通じて職員個々の思いを把握できるよう取り組んでいる。 |                   |
| 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      | 職員に対しては希望出勤や有給休暇などを進んで促し、月に一度の全体ミーティングや個人ヒアリングで改善や提案を聞き、また外部研修を受けてもらいモチベーションアップを促しています。  |   |                   |
| 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         | 全体会議において介護の技術や問題点などの対策を全職員が共有し発言できる時間を設けてます。また、研修を受けた職員に対してはその研修内容をまとめ、全体会議で発表してもらってます。また、実習生の受け入れも進んで行いスタッフの活性化や自意識力アップに努めています。 |   |                   |
| 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 | 同経営施設の定期的なスタッフ交流や市内だけではなく、同市の特養に施設見学を行い、意見交換やサービス状況などを聞いたり他施設の運営推進会議にも参加し今後の役に立てます。  |   |                   |

| 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>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 | 本人に安心感を持ってもらう為に、入居前にヒアリングをし不安な点や困っている点などを聞き、それをスタッフ共有化しその人にあった生活や安心感を得れるようにしています。                         |  |                   |
| 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            | 家族の方の不安な点や困っている点などはヒアリングシートに記入し、面談だけではなく随時電話なども受け付けており、信頼関係を築いて納得していただいてから入居できるように配慮しています。                |  |                   |
| 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        | ケアマネージャーなどと相談しその人に今一番必要な支援は何かを考え判断をしています。また、スタッフだけでは解決しにくい支援問題などが発生した場合は家族の協力もお願いしています。                   |  |                   |
| 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                        | 今まで家でしていたことや趣味にしていたことなどを聞き出し、それを続けていけるように配慮し、スタッフ全員が共有するように努めています。また、畑をしていた方が多くそれを仕事の場と思って頂く為に、畑を活用しています。 |  |                   |
| 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         | 常日頃から家族との連絡をとり、日々の変化を報告しております。また、月に一度写真を送りその余白に職員または入居者にひと言を書いてもらい郵送して見て頂いております。                          |  |                   |
| 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                     | 買い物や役場などにも同行して近所の方に見える機会を作ったり、今まで行った床屋や集会場でのイベント参加するなど、今まで通りの暮らしが出来るように配慮しています。                           | 友人知人の来訪や、馴染みの場所(地域の社会資源、病院、老人会等)を訪問することで、友人・知人と会う機会を作り関係継続を支援している。また、家族の協力も得ながら行きつけの美容院・床屋の継続利用、墓参り等を支援している。自宅や自分の畑への様子見、趣味(銭湯での入浴、パチンコ等)も継続できるように取り組んでいる。 |                   |
| 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                  | なるべく一人で孤立しない様、今置かれている状況や行動を把握し、スタッフによる声かけを定期的にし支えています。  |  |                   |

| 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   |
| 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                     | 入院時などのお見舞いや経過をご家族と連絡をとり関係を継続できるよう行っています。  |  |   |
| <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   | 一人ひとりの利用者の思いを知る為に、スタッフ全員が利用者へ耳を傾け把握できるよう努めています。また、引き出すことが難しい場合はスタッフ同士相談しどのようにすれば本人の要望を聞き出せるかを考え努力しています。 | 日々の会話や変化から利用者の思いが込められた「キーワード」を拾い、生活歴・趣味・ストレス発散方法・好きな食べ物等の情報をアセスメントシートに記録し、職員間で情報を共有している。とりまとめた情報を基に利用者が何をしたいかを検討している。職員はマッサージや入浴時、居間でリラックスしている時等、利用者が気兼ねなく話せる機会の会話に注意している。 | 日常会話の中から利用者の言動・思いの変化に気付くために、支援日報のより具体的な記録方法の工夫に期待する。(例:テレビというだけでなく何の番組で何の内容であったかを記録する等) |
| 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                                       | 本人から話を聞き、アセスメントシートに書き出しています。また、情報が乏しい場合は家族の方からも話を聞き出来るだけ多くの情報を仕入れられる様に努めています。                           |  |   |
| 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   | 一日の過ごし方はその日その日違う為、毎日の変化を見極め変化があった時には日報や申し送りなどでスタッフ全員把握できるよう努めています。                                      |  |   |
| 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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人やご家族の意見を積極的に取り入れ、職員による利用者担当を決めて日頃の気付きや見直し点、アセスメントシートやケアプラン、毎日記録している日報を用いて介護計画を立てています。                 | 日々の情報を取りまとめたアセスメントシートや日報等を基に、ケア会議の中で家族・職員の意見も取りまとめて、利用者本人の「思い」や「やりたい事」を箇条書きで列記してケアプランに反映させている。生活の中での「生きがい」や、共同生活においてみんなと馴染み仲良くなることも念頭におき目標を設定している。                         |   |
| 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                        | 毎日、その人の気づきや注意点など変化があった場合、日報や個人記録の記入をし情報をスタッフ全員が共有しています。また、注意点などで問題が発生した場合はミーティングを開き早期解決に努めています。         |  |   |
| 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               | 一人ひとりの利用者の支援はその日その日変化している為、型にはまった支援ではなく、その時に応じた対応を心掛け柔軟な支援をしています。                                       |  |   |

| 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 |  |
| 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                                      | 地域の喫茶店や他施設のミーティングルームを利用し地域資源の活用や、運営推進会議などで地域交流などを確認し協働に努めています。  |   |                   |  |
| 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                                 | 本人と家族に馴染みのある医療機関を最優先しています。また提携している医療機関はもちろんかかりつけ医との関係を密にし、また他にも相談できる医療関係者をつくりながら、何かあれば気軽に相談できるようにしています。         | 馴染みある従来からのかかりつけ医への継続受診や、希望に応じてホーム提携医による訪問診療を支援している。かかりつけ医への受診の際は、職員が必要な支援(送迎、付き添い、医師との情報交換、家族への報告等)を行っている。精神科医(認知症対応)の訪問診療、ホーム提携医による相談・往診体制が整備されており、適切な医療が安心して受けられるよう支援している。                        |                   |  |
| 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                          | 受診に行く際には事前にその方の情報(きづきや変化)を把握しその事を伝えており、ホームでの変化があった場合は連絡し相談に乗って頂いております。  |   |                   |  |
| 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。 | 入院した場合は安心して治療してもらう為に本人はもちろん家族の方と相談し、窓口をホームにして先生とのやりとりを率先してやり、少しでも安心して治療に専念してもらうようにしています。                        |   |                   |  |
| 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  | 重度化や終末期はどのような流れで、どのようにすべきかを契約時にご家族の方と話をしており、もしそのようなことがあった場合、スタッフ全員で話し合いし方向性を考えています。また退院後、再入居できるよう家族との関係を深めています。 | 利用者・家族の希望によって終末期・看取りの支援を行う方針であり、利用者・家族には随時説明している。身体状況の変化があった場合は、家族・医師・看護師・職員で都度協議し、ホームの出来る事・出来ない事を具体的に説明している。また、身体状況を考慮し総合的な対応を話し合いながら、ホームでの終末期支援だけでなく病院や他施設に移行する場合には、その間利用者・家族が安心できるよう重度化支援を行っている。 |                   |  |
| 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  | 24時間365日対応してもらえる訪問医療医師と契約しております。また、職員には指導研修などを受けてもらい発表し、全員で共有しています。   |   |                   |  |
| 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   | 緊急時に対応する為にマニュアルを作成し、学習会の時には必ず再確認を行っています。また、スタッフで緊急時対応として実践演習なども行っています。  | 緊急時対応マニュアルや緊急連絡網を整備している。緊急時に全職員が適切に対応できるよう、ホーム内での学習会・ロールプレイ訓練(転倒・出血時に応急手当、誤嚥対応等)を実施している。全職員が消防主催の救命救急講習(上級)を受講し、全体でのスキルアップを図っている。また、消防とは日頃から連絡・相談できる協力関係を構築している。                                    |                   |  |

| 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  |
| 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                       | 協力提携医療機関とは日頃から連絡を取り合っており、病院や福祉施設にも出向くなど関係を保つようしております。   | ホーム提携医による24時間の医療連携体制や、地域の協力病院による支援体制を確保している。介護老人福祉施設とは契約により支援体制を確保している。また、同系列のグループホーム(他2か所)とは普段から合同にて研修会・行事を行う等、職員間の交流を図っており、緊急時のバックアップ体制を確保している。                             |  |
| 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                              | 24時間365日対応してもらえる訪問診療医を確保し、何かあった場合、家から5分以内にかけてつけれるスタッフは5人おり同市内の消防隊とは関係を密に保てるように意見交換しています。                | 夜勤は各ユニット1名(ホーム内計2名)の複数体制となっている。緊急時にはホーム提携医による24時間の相談・往診体制を確保しており、近隣在住の職員の応援体制も整えている。関連グループホーム職員を含めた連絡・応援体制が構築されており、緊急時には相互に協力できる体制となっている。                                     |  |
| 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           | 消防士立会いのもと年2回消防火災訓練(夜間想定含む)及び消火訓練、を職員全員で受けています。また、災害時のマニュアルも作成し職員全員が共有できるように指導しています。                     | 災害マニュアルを整備し、職員へ周知している。年2回(うち1回は消防立ち合い)、夜間の火災を想定した避難・消火訓練を実施している。また地域の防災訓練へ参加し、看護大教授の協力もあり、震災発生時の想定避難場所(看護大)と移動に係る所要時間等を確認している。  | 看護大教授の協力によって想定避難場所について具体的な確認(場所や所要時間など)をしており、今後も町内会や近隣住民との災害発生時における協力関係構築の取り組み継続に期待する。 |
| 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  | 運営推進会議で参加して頂いた消防の方、避難場所の看護大の先生、町会長などと話し、災害時スタッフの確保はもちろん、地域の方々と協力していく話をしています。                            | 災害時にすぐに持ち出せるよう避難袋(飲料・食料品・防災グッズ等)を準備している。また連絡網を整備し、利用者の安全確保のための体制が整備されている。備蓄物はリスト化して定期的に点検している。消防設備(スプリンクラーや火災通報装置など)も完備し適切に点検・管理されている。  |  |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |   |  |
| 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                   | 居室そのものは利用者の部屋であり、最低限のプライバシーを守る為、居室に入る時はノックトイレ誘導時は他の人に聞かれない様に声かけし、オムツなどを運ぶ時は他の人に見られない様に隠すなどして配慮に徹底しています。 | 全6回にわたり尊厳・接遇・プライバシー確保等を定期的に学習する機会を設けている。日々の支援の中では、利用者本人の意思を確認し、ミーティングを通じて職員へ周知している。居室への入室時は必ずノックする、トイレ誘導時は他者にわからないように声かけする、同性介助、申し送り時は他者にわからないような場所や伝達方法等、プライバシーに十分配慮し対応している。 |  |
| 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                     | 買い物に行った時は材料を選んで頂いたり、料理を作る時は利用者に希望を聞いたりし個々の意見を取り入れていけるよう努めています。  |   |  |
| 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、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 | 入居前の趣味や生活状況のヒアリングを徹底的に行い利用者の思いにできるだけ沿うようにスタッフ全員が心がけていますが、どうしても難しい時にはご家族に相談して考えています。                     |   |  |

| 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 |
| 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                                 | 一ヶ月に一度、地域の理容師の方に来て頂き、カットや顔そり、色染めなどをしてもらっています。また、買い物にも同行し一緒に服などを選びできるだけ明るい服などを勧めて購入しています。行事の際は化粧を勧めています。                 |   |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている    | 敷地内に畑がありそこでとれる旬の野菜などを使い、利用者メニューを考え作るのを手伝ってもらい本当の食べる楽しみを味わって頂いています。  | 利用者の得意なことを活かし、職員と一緒に食事の献立作成や調理・準備・後片付けなど協力して行っている。ホームの畑で栽培・収穫した旬の野菜や差し入れ食材を用いた季節感ある食事を提供している。月1回程度の外食だけでなく、誕生日には利用者のリクエストに応え、個別の外食(お寿司、カレー専門店、ラーメン等)も支援している。また、おやつ作りやクリスマス行事のケーキやオードブル、家族を招いて年数回、プロの板前に依頼し豪華な食事(プリの解体ショー、サンマ・ウナギ・カニ等)を楽しんでいる。 |                   |
| 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         | 毎日毎食チェックしている食事量を参考にしながら、一人ひとりのその日の体調や状態を把握できるよう努めています。また、食事に偏りがないように毎食気を付けています。   |   |                   |
| 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                  | 毎食後、うがいや歯ブラシ、スポンジなどを使い、また、夕食後は入れ歯の方は洗浄剤を使って清潔を保っています。   |   |                   |
| 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  | 各個々の排泄パターンを把握し、オムツの使用をできるだけ減らす為にトイレに行く時間を見極め適時に誘導するようにしています。また、オムツ使用の場合はすぐに使用ではなく、夜間時のみの使用など様子を見ながらの工夫をしています。           | 「気持ちの良いトイレでの排泄」をホーム方針として支援している。誘導が必要な利用者については、チェック表を用いて排泄間隔や排泄サイン(お腹の張り具合、ソワソワする等)を把握し、個別に声掛け誘導を支援している。排泄用品(リハビリパンツ、オムツ、ポータブルトイレ等)は利用者本人の希望や身体面・体調面、夜間などの時間帯を考慮しながら無理なく安楽に排泄ができるよう使用している。   |                   |
| 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                  | 医療機関の方に勉強会を開いてもらい便秘になった場合の体に及ぼす影響や予防をスタッフ全員が知識を共有し、個々に応じた予防に取り組んでいます。   |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 最低週2回の入浴を進めており、また時間や曜日に関係なく好きな時に入ってもらえるようにしています。また、季節に応じて、レモンやゆず湯などをして変化を持たせています。また、入浴を拒否された方に対しては洗髪のみや地元の銭湯に行ったりしています。 | 利用者の希望に応じて毎日でも入浴可能であり、最低週2回の入浴を支援している。季節に応じてレモン湯やゆず湯等を楽しむ工夫をしている。利用者全員が各々の好みに応じた入浴用品(シャンプー、石鹸等)を使用しており、脱衣場には個別専用ロッカーが設置されている。入浴を拒否された利用者については無理強いせずに、声掛けする職員や日を変えることで入浴に繋げている。また、洗髪のみや足湯(津端、高松インター等)への外出、地元の銭湯での入浴等、個別の希望に対応している。             |                   |

| 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 |
| 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  | 昼寝などは邪魔をせず、自由にしてもらっています。またどうしても眠れない方には、医師との相談で内服相談や安眠できるように温度管理にも徹底しています。                                    |   |                   |
| 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   | 一人ひとりの薬剤情報を綴っており、職員全員がその人に処方されている薬の目的や情報などが分かるようにしてあります。また、薬に頼らない生活を送れるように医師と相談して連携をとっています。                  |   |                   |
| 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  | 家族の方から色々と利用者の生活歴などの話を聞いたり、直接本人に聞いたりしてその人のしたいことややりたいことなどをして頂いています。(手芸や畑など)                                    |   |                   |
| 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支援している                       | 本人の行きたい場所の聞き取りや家族との協力で散歩やドライブは勿論、初詣や祭り、お墓参りなど今まで普通に行っていた所に出かけたり、敬老会など地元イベントにも参加するようになっています。                  | 買い物(食料、日用品、衣服類等)、散歩、日向ぼっこ、ドライブ、畑仕事、地区の敬老会等、利用者のその日の希望や天候に応じて外出支援している。普段は行けない場所への定期的な外出(花見・紅葉、千里浜、コスモアイル、ショッピングモール等)も支援している。また家族の協力を得て、墓参や自宅訪問等も支援している。  |                   |
| 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  | 家族との話し合いの中で1ヶ月に使える金額を決めており、その範囲内での買い物をして希望に沿うようにしています。   |   |                   |
| 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   | 電話や手紙などは制限はしていません。また、年賀状や暑中見舞いのハガキも本人直筆で書いて頂いてご家族に送っています。  |   |                   |
| 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 | 中庭があり居間を始め、1階2階とも360度見渡せるようになっており、四季を感じてもらえるようになっていました。また、各居室や廊下にもエアコンが完備しており、また、居間からトイレやお風呂場が見えない様に工夫しています。 | 建物は回廊式となっており中庭を取り囲む形でリビング、居室、サンルームが配置している。共用空間は「住まい」「大人の空間」を大切に、さりげなく絵画が設置されている。廊下には腰掛スペースを設置し、お風呂上がりの休憩や、中庭を眺めるながら過ごすことができる場所となっている。サンルームからは車椅子でも外の畑へ出られる通路が整備されている。中庭は野菜の収穫後の作業や、夏の花火、プランターでの季節の花を育てたり等に活用されて |                   |

| 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             | 1階と2階は何時でも移動できるようになっており、気が合う人同士いつでも会えるように配慮しています。また、各階にはアルコーブがあり、畑にはテーブルとイスの設置などで、空間をもたしています。   |   |                   |
| 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 | 個々の居室については本人の趣味を理解し馴染みのあるものを装飾しています。また、ご家族の方と相談しその人がいつも使っていたものや思い出の物などを持ってきて頂いて、居心地良くしてもらうための工夫をしています。  | 居室はリビングから離れた場所に位置しており、プライバシーに配慮された造りとなっている。利用者本人が居心地よく生活できるよう、自宅で使用していた馴染み深い物(机、ラジオ、本棚等)や安心できる物(家族の写真、仏壇、アルバム、趣味関係の物等)を持ち込んでもらっている。家具は利用者が安全に動きやすいように配置を工夫している。 |                   |
| 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       | トイレ内や浴槽内などに手すりをつけ、できるだけ自分での移動や階段を使つての足腰の強化。また、風呂場横にある個人ロッカーにはそれぞれ名前が書いてあり、本人の物は自分で見つけ自分でできるようにしています。畑の積極的な活用としてそれまでやってきた畑仕事を通しての達成感やストレス発散できるよう配慮しています。 |   |                   |