

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) | ○理念の共有と実践 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 | 開設以来の理念を入居者、スタッフに分かりやすく各ホールに掲げている。 | 「健やかに心通う福祉の館」を理念として掲げ、利用者個々の生活ペースや出来る事を大切にした支援に取り組んでいる。理念は各ユニット内の掲示やミーティング時の話し合いを通じ、職員への周知を図っている。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい 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 | 町内会に加入している。ボランティアクラブあわら会や地区の婦人会、地域の方々とホームの行事や地域に出かけたりした際は声を掛け合い交流を図っている。 | 地区行事(夏祭り、合同慰霊祭、運動会等)への参加や保育園との相互交流、地元のボランティアクラブとの密な連携、ホーム敷地内の美味しい井戸水(検査済:七福神の水)の無償提供等を通じ、地域と良好な関係を構築している。毎年恒例となっている法人全体の「礎会祭り」は多くの地域住民の参加・協力を得て開催している。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 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 | 法人で行う礎会祭りを地域の方々と開催している。又、入院などで空室ができると町内の事業所に連絡しショート利用を提供している。町内の保育所の園児と畑でさつまいも掘り等の交流を実施し、地域の人々に向けて活かしている。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 運営推進会議では利用者の生活の様子や職員研修について等を資料に沿って報告しホームの近況について報告し地域の方々のご指導やご意見、助言をサービスに活かしている。 | 利用者・家族代表、駐在所職員、行政担当者の他、多くの地域住民(区長、婦人会、民生委員、ボランティアクラブ、ご近所さん)の参加・協力を得て、年6回開催している。ホームの活動・日常の様子は「なかよしニュース(写真メイン)」を用い、分かりやすく紹介している。雑談を交えて意見交換を行い、第三者の意見・助言をサービスの向上に活かしている。 | 家族の参加・協力を増やす取り組みが期待される。 |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 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 | 介護保険関係等事業所としてわからない事があれば日頃から相談させていただいている。運営推進会議に出席していただいた時や能登町地域密着型施設連絡会に出席の際等連絡をとっている。 | 運営推進会議・グループホーム連絡会への参加を通じ、行政担当者と顔馴染みの関係を構築している。運営上の疑問点があれば気軽に相談し、必要な助言を得ている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 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 | 法人内で虐待防止・身体拘束適正化委員会を設立しており2か月に1度委員会を開催している。内容についてはミーティング時に委員より職員に報告し周知徹底しており、普段のケアが身体拘束に該当していないかを話し合い、何気ない声かけなどにも注意している。また、研修などの機会があれば参加している。 | 運営推進会議の際に虐待防止・身体拘束廃止委員会を開催している。第三者も交えて話し合った内容は、ミーティング時に周知している。又、毎月のミーティング時に普段の支援の中で身体拘束(グレーゾーン、スピーチロック含む)に該当する行為がないかを、全職員で振り返る機会を設けている。 | |

| 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 |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 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 | 法人内で虐待防止・身体拘束適正化委員会を設立しており2か月に1度委員会を開催している。内容についてはミーティング時に委員より職員に報告し虐待防止について周知徹底している。又、研修に参加し全職員に周知している。 | | |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 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 | 研修等があれば参加し学ぶ機会を持つようしており、復命書などで職員にも周知するようになっている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 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 | 契約時は利用者や家族の不安や疑問点を尋ね解りやすく説明し理解、同意をいただいている。解約する場合も同様である。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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 | 利用者や家族からの意見、不満、苦情等日頃の会話の中から聞いたり、当方から訪ねたり、アンケートを実施し日常のサービス向上に努めている。運営推進会議での意見等も運営に反映させている。 | 家族の意見・要望を引き出せるよう、面会時・病院受診報告時に近況を伝えたり、毎月の広報誌(なかよし便り:写真添付)で暮らしぶりを伝えている。家族の希望に応じ、メールやLINEも活用しながら、簡易的な意見・情報交換を行っている。又、家族の本音を吸い上げられるよう無記名アンケートを実施し、意見・要望を改善活動に反映している。 | アンケートの集計結果や意見・要望への回答は、全家族に書面でフィードバックされる事を期待する。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 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 | 運営者や管理者は日頃の会話の中やカンファレンス、全体ミーティング等で職員の意見に耳を傾け運営に反映させている。 | 管理者は職員個々が意見・提案を言いやすい環境づくりに配慮(肯定的に受け止める、顔色を見ながら個別に話を聴く等)している。申し送り・カンファレンス・毎月のミーティング時に職員の意見・提案を吸い上げ、全体で合意形成する過程を重視している。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 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 | 勤務表は職員の希望の休日や有休休暇をとれるようにしたり、希望する資格を取りやすくしたりし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。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 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 | 一人一人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機会を進めている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 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 | 地域密着型施設連絡会で町内の他の地域密着型施設と情報を共有したり合同研修会を企画したりしサービスの質の向上に努めている。他のグループホームとの交流会をもち、職員同士の意見交換の時間を設けている。 | | |

| 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 |
| 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 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 | 入所前に本人と面接を行い困っている事や不安な事、要望を聞いたり会話の中で情報を集めている。本人の安心を確保できる関係づくりに努めスムーズに入所できるように取り組んでいる。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 入所前に家族の困っている事、不安な事、要望等の聞き取りを行い、家族の安心を確保する為の関係づくりに努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 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 | 入所前に本人や家族の困っている事、不安な事、要望等の聞き取りを行う訪問を行いアセスメントシートを制作している。本人と家族が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。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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 | 日常生活を共にしながら野菜の下ごしらえ等の食事作り、昔からの習わしや習慣を教わる等している。利用者との会話の中から想いを傾聴したり馴染みの関係や支え合う者同士の関係を築いている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 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 | 外出時や面会時等にお互いに情報交換し、本人にとって何が大切か、必要か相談し共に本人を支えていく関係を築くようにしている。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | 病院や医院、美容院等それまでの行きつけの場を大切にしている。馴染みの親戚や知人の面会時もゆっくりと会話等楽しめるようにしている。 | 馴染みの人間関係が継続出来るよう、ホームでの面会を歓迎している。家族との繋がりを保てるよう、共に行事を楽しむ機会(バーベキュー、礎会祭り等)を設けている。又、かかりつけ病院・行きつけの理美容院の継続利用やお寺参りをホーム側で支援(送迎・付き添い)している。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 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 | 利用者同士の人間関係を理解し交流を見守っている。トラブルになった場合は職員が間に入る等しそれぞれ孤立しないように配慮し利用者同士の関係の修復に努めている。また、性格や相性を考えテーブル席の場所を考えている。 | | |

| 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 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 | 施設外でも挨拶や会話等を交わしたり、相談の問い合わせ等ある時は相談にのっている。 | | |
| 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 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 | 利用者のアンケートを取ったり、普段の会話や行動からも小さなサインを見逃さないよう心掛けカンファレンス等で検討している。日常的に本人が選択できるような声かけを意識し、本人本位の生活が送れるように努めている。 | 利用者本位の暮らしとなるようライフサポートワークの視点を取り入れ、かかわりの中で得た情報(本人の言葉、職員とのやりとり等)を日々の記録に残している。ヒアリング形式での利用者アンケートや1:1の場面で聴いた思い(〇〇したい、〇〇を食べたい等)は出来る限り実現するようにしている。担当職員が各シート(1ヶ月の気づき、センター方式)をとりまとめ、利用者の「思い」を探っている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 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 | 入所前の訪問の際に生活歴や暮らし方を訪ねており、日常の会話の中から若い頃の話や聞いた話などから情報を得るようにしている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 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 | 朝夕の申し送りやカンファレンス、全体ミーティングで情報を共有したり、日常の生活からも新しい発見があれば次につなげる様にしている。又、各家の連絡ノートを活用し一人ひとりの現状の把握に努めている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | 本人の日常の会話や行動からサインを読み取ったり本人の意見や話しを聴きカンファレンスで話し合っている。家族にはケアプランの説明や意向を聴いたりしている。 | 利用者個々の「やりたい事・楽しみ・出来る事」を重視したライフサポートプランを作成し、日々の実践に繋げている。より利用者本位の内容となるよう、3ヶ月毎のモニタリング・再アセスメントの際は利用者一人ひとりの持つ「強み」を職員間で検討・確認している。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 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 | 本人の体調や発言等を記録や気づきシートに記録し、申し送りやカンファレンス、連絡帳を通じて情報を共有し計画を策定、見直ししている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 入院等で空き部屋が出た場合はショート利用の受け入れができる体制をとっている。また状況に応じた通院や外出の支援も行っている。 | | |

| 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 |
| 29 | | ○地域資源との協働 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 | 地域のボランティアクラブや婦人会、保育所の園児や踊りの会等との交流している。地域の行事に参加したり買物、通院などできる限り地域に出かけるようにし支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 入所前にかかりつけ医を確認、本人や家族の希望を聴き相談したうえで適切な医療を受けられるように支援している。 | 馴染みのかかりつけ医への継続受診を基本としている。定期受診に関しては原則家族に依頼しているが、現状、殆どホーム側で支援(送迎・付き添い)している。職員が各主治医に日常の様子を詳しく報告することで、適切な医療連携が図られている。 | |
| 31 | | ○看護職との協働 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 | ホームには現在看護師が不在な為、受診に出かけた際や電話等で日常の様子や状態を報告し相談にのってもらったり、アドバイスをいただいている。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 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。 | 入院の際には洗濯物を取りに行ったり、本人の不安を最小限にする為職員が様子を伺に行き支援し看護師等から情報を得ている。又、医師と家族が話をする場合には同席させてもらったり、できるだけ早急に退院できるよう病院関係者との情報交換や相談に努めている。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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 | 現在看護師が不在なため看取りは行っていない事等方針は入所時に家族と話をしている。重度化が進んだ場合は状況に応じて随時家族や医師と相談し病院や地域の特養への移行を支援している。 | 終末期支援は行わない方針を入居時に家族に伝え、了承を得ている。利用者の状態変化の都度、医師・家族と今後の方向性(病院への入院、特養施設への移行等)について協議している。移行時は申し込みを含めて家族をサポートし、移行が完了するまでは出来る限りの重度化支援を行っている。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 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 | 応急手当や初期対応の研修等があれば参加し全体ミーティング等で職員に伝えている。また能登町の出前講座で消防署の方に来ていただき応急手当や初期対応、心肺蘇生等の訓練を行ってもらっている。 | | |
| 35 | (13) | ○緊急時等の対応 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 | 緊急時に対応するマニュアルや連絡網を整えており必要に応じて見直しを行っている。 | 緊急時の対応マニュアル・応急手当テキストを整備している。毎年、町の出前講座を活用し、消防職員の指導の下、緊急時(誤嚥・窒息時、心肺停止時、転倒・骨折時等)の適切な対応方法を繰り返し学習する機会を設けている。 | |

| 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 |
| 36 | (14) | ○バックアップ機関の充実 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 | 協力医療機関や町内の特別養護老人ホーム等と支援体制が確保されている。 | 町の総合病院・診療所による医療支援体制を確保している。地域の特養施設とは契約で支援体制を確保している。又、同グループ全体のバックアップ(合同行事、緊急時の応援等)も整えられている。 | |
| 37 | (15) | ○夜間及び深夜における勤務体制 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 | 夜勤は各ユニット1名ずつの2名でいつでも協力し合える体制を確保している。緊急時は近隣在住のオーナーが駆け付けてくれる。また地区の区長宅や隣の家にも緊急時の連絡先になって頂いている。 | 各ユニット1名の夜勤者を配置し、ホーム内で計2名の複数体制となっている。平屋建ての為、普段から互いに協力し合っている。又、緊急連絡網による近隣在住職員(法人全体)やご近所さんによる応援体制も整えられている。 | |
| 38 | (16) | ○災害対策 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 | 地区の方々とは日頃から交流があり近隣の方は5分程で駆け付けられる体制となっている。又、都度声かけし協力を得られるよう働きかけている。夜間を想定した避難訓練も行っている。 | 災害発生時の対応マニュアルを整え、火災想定中心の総合避難訓練を実施している。訓練は年3~4回、人出が少ない夜間帯を想定した内容となっている。設備業者点検時に防災機器(通報装置等)の使用方法を繰り返し学ぶ機会を設けている。災害発生時に地域の協力が得られるよう、運営推進会議を通じて継続的な働きかけを行っている。防災グッズ・備蓄品をリスト化して保管し、年1回、内容点検を行っている。 | ホームの立地条件等を勘案し、年1回は消防立ち会いの下で訓練を行い、専門家の助言を今後の訓練に活かされる事を期待する。 |
| 39 | (17) | ○災害対策 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 | 災害時の連絡網やを策定しており、飲料や食料などの備蓄も行っている。近隣の方々との協力体制も整えている。 | | |
| 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 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 | 利用者のプライバシーに配慮した声掛けを行うように心がけ1人ひとりの意思やペースを尊重している。居室に訪室する際はノックや言葉がけを行っている。 | 目上の方に対して、丁寧な言葉遣い・声かけを心掛けている。原則、名字でお呼びし、下の名前前で呼ぶ時は家族の了承を得ている。トイレ誘導はさりげなく他者に悟られないように声かけを工夫したり、羞恥心を伴う場面では同性介助の希望に応じる、申し送りは利用者から見えない場所で行う等、プライバシーにも注意を払っている。 | |
| 41 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 日常の家事やレクリエーションの参加、外出など本人の意思を尊重し自己決定できるよう言葉がけ等にも注意し、スタッフ本位の生活にならない様に心がけている。 | | |
| 42 | | ○日々のその人らしい暮らし 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 | 本人の生活リズムを大切にしている。利用者の目線に立ちやりたいことを尊重し思いのまま生活できるよう配慮している。 | | |

| 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 |
| 43 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 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 | 衣類は本人と準備し選んでもらったり本人の好みのものを着れるように支援している。以前からの馴染みの美容院へいく支援も行っている。 | | |
| 44 | (19) | ○食事を楽しむことのできる支援 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 | ホーム前の畑で収穫した旬の野菜などを利用し季節感のある食事を提供している。一緒に野菜の下ごしらえや盛り付け、後片付けを行ったり一緒にメニューを考えたりもしている。食事を共にし献立や味付け、今旬の食材等を話題に出し楽しんでいる。 | ホーム敷地内の広大な畑で採れる様々な旬の野菜を存分に活用し、季節感・ボリュームある手料理を提供している。家事が得意な方には、下準備・後片付け時に役割を担ってもらっている。利用者の知恵・経験を活かし、野菜の調理方法を教わったり、一緒に梅干し作り等を行っている。食事の楽しみに繋がるよう、イベント食(家族を招いてのバーベキュー、流しそうめん等)や外食の機会も設けている。 | |
| 45 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 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 | 食べる量や水分の量は個人差があり身体状況に合わせて1日の確保できる量に配慮している。 | | |
| 46 | | ○口腔内の清潔保持 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 | 食後の口腔ケアは一人ひとりにあった義歯洗浄やうがい等を支援しており、夜間は入れ歯洗浄剤も行っている。 | | |
| 47 | (20) | ○排泄の自立支援 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 | 必要な方は排泄チェック表をつけて排泄パターンの把握に努め時間をみてトイレ誘導や言葉がけを行なっている。夜間は紙パンツやポータブルトイレを使用したり、パッドも日中や夜間で使い分けている。可能な限り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。 | 「日中はトイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な方には個々の排泄間隔・サインを職員間で共有し、タイミングよくお誘いの声をかけている。夜間帯は利用者個々の状況に応じた排泄備品を有効活用(昼・夜でパッドの大きさ変更、ポータブルトイレ使用等)している。 | |
| 48 | | ○便秘の予防と対応 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 | 野菜中心の食事や水分の摂取、日々の生活の中での散歩や体操、マッサージ等運動をしたり、起床時に牛乳を飲んで頂いたり等個々に応じた予防に取り組んでいる。 | | |
| 49 | (21) | ○入浴を楽しむことができる支援 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 | 日曜日以外は2ユニット交互で入浴日を設けており希望者はほぼ毎日入浴することが可能になっている。季節の菖蒲湯やゆず湯も行っている。入浴時間でもできる限り本人の希望に添えるようにしている。 | 日曜日以外は各ユニット交互にお風呂を沸かし、利用者個々の要望(順番、湯温等)に沿った入浴を支援している。お湯の変化を楽しめるよう、入浴剤を活用したり、昔ながらの季節湯(柚子湯等)を行っている。利用者の希望があれば、外部温泉施設での入浴も支援している。お風呂嫌いの方には無理強いやせず、別の日に改めてお誘いしている。 | |

| 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 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 | 一人ひとりの状態や生活習慣に合わせ本人のペースで生活してもらっている。日中も昼寝等思いのまま休んでもらったり、就寝・起床時間も本人のペースに合わせている。 | | |
| 51 | | ○服薬支援 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 | 個人のケース記録に処方箋を入れいつでも確認できるようにし把握に努めている。服薬に変更や追加があった場合は医師や薬局に薬の目的や副作用等について説明を求めており、職員には申し送りや連絡ノートで確認してもらい服薬開始からの状態を観察している。 | | |
| 52 | | ○役割、楽しみごとの支援 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 | 本人との会話の中から関心のある事を聴いたり家族等の来所持に小さな事柄でも情報交換し把握に努め、それぞれが興味のあることを勧めたり外出等で気分転換をしている。日曜の洗濯置や食事の後片付など日課となっている方もいる。 | | |
| 53 | (22) | ○日常的な外出支援 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 | 天気の良い日は外に出て日光浴、また利用者のペースに合わせて散歩し季節の花を眺めたり摘んだりしている。希望に沿って個人や小グループでドライブや買い物に出かけたりもしている。また家族と出かけたり外食をしてこられる方もいる。 | 天気が良い日は広大な畑周囲の散歩、玄関ベンチでの外気浴、買い物ついでドライブ等を支援している。又、病院受診後は利用者の希望するルートで帰ったり、地域の催し物への参加、普段行けない場所への外出(花見、穴水大仏、見附島へ等)も支援している。 | |
| 54 | | ○お金の所持や使うことの支援 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 | 管理できない方は出かける前に財布を渡す等し買い物に行ける様支援している。スーパー等ではレジでの支払いを本人で行えるように支援したり、希望するものや必要なものを購入したりしている。 | | |
| 55 | | ○電話や手紙の支援 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 | 本人が電話をしたい時や荷物が届いた時等のお礼の電話をしてもらったり、年賀状や手紙のやり取りも行えるように支援している。携帯電話を持っている方もいる。 | | |
| 56 | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり 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 | ホールの空調は利用者の希望や快適さに配慮し、日差しが強い時はよしずやすだれも利用している。利用者と一緒に季節感のある飾りを作り掲示する等しホーム内に居ながらも季節感を味わえるよう工夫している。 | 各ユニットの廊下奥にもイスを配置し、外を眺めながら自由に過ごせる空間(日向ぼっこ、編み物、仲の良い人とおしゃべり等)を確保している。リビングから広大な畑の様子・自然の風景が眺められ、季節感を十分に味わうことができる。畳コーナーを設置し、足を伸ばして寛ぐ場、冬季はコタツを楽しむ場、洗濯物をたたむ場所として活用している。 | |

| 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 |
| 57 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | ホール以外にも外が見える所や玄関前等に椅子やベンチがありその時の気分や気の合う利用者同士で過ごしたりしている。ホールのテーブル席やソファの配置にも配慮している。 | | |
| 58 | (24) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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 | 入居時等できるだけ馴染みの物を持ってきてもらうようにしているが新しく購入してくる家族も多い。居室のベッドの配置等は本人と相談し希望に沿うよう配慮している。 | 本人が居心地良く過ごせるよう、使い慣れた物(テレビ、座椅子、電気毛布等)や安心出来る物(趣味道具、家族の写真等)を持ち込んでもらっている。生活習慣に沿い、畳を希望される方にはホーム側で用意(畳部屋も各ユニットに3部屋設置)している。 | |
| 59 | | ○身体機能を活かした安全な環境づくり 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 | できること、わかることの把握に努め利用者に分かるよう目印や貼り紙を付ける等し工夫している。必要に応じて手すりを追加したり居室のベッドの足元にマットを敷く等している。 | | |