

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                                | 職員の目の届く場所に理念を掲示し常に理念を意識できるようにしている。ユニット会議、勉強会において、話し合いがもたれ、理念の実践に向けて取り組んでいる。                        | 「その人らしさの尊重」「やすらぎと喜びのある毎日」「人と人、人と地域のつながりを大切に」を理念として掲げている。理念はホーム内の掲示、ユニット会議での話し合いを通じ、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<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                                | 散歩時に近所の方々や挨拶を交わしたり、野菜のおすそ分けを頂いたり、気軽に立ち寄っていただいている。また、出かけられる方は地域の文化祭等の行事に参加し、地元の秋祭りには、獅子舞や神輿を招待している。 | 地域行事(文化祭、敬老会等)への参加や秋祭り時の獅子舞・神輿招待、住民ボランティア(大正琴、ハーモニカ等)の受け入れ等を通じ、地域との交流を図っている。又、近隣住民とは散歩時の気軽な挨拶を通じて顔馴染みとなり、野菜や果物を差し入れてもらえる等、良好な関係を構築している。 |                         |
| 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                              | 地元の「女性の会」の方々や、地域の(来訪する)方に認知症高齢者に対する対応や、支援の方法等を説明したり、事業所内を案内している。                                   |   |                         |
| 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           | 事業所の利用者状況、活動状況を報告し、地域からの情報、意見を受け、サービスの向上に活かしている。   | 家族代表、区長、民生委員、町担当者等をメンバーとし、年6回、開催している。活動内容はホーム新聞も用いながら、参加者に分かりやすく紹介している。ホーム側の報告だけでなく、参加者との意見交換を行う場(地域の情報収集等)となっている。議事録はホーム玄関に備え置いている。    |                         |
| 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に取り組んでいる                     | 2ヶ月に一度の運営推進会議に市町村担当者、地域区長、民生委員、利用者家族に出席してもらい、連携を図っている。また、スタッフの何人かは認知症サポーターとなり連携している。               | 運営推進会議での情報交換、事業所連絡会への参加を通じ、町担当者との連携強化を図っている。運営上の疑問点が生じた場合は担当課に相談し、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<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 | 身体拘束について勉強会を行っている。日中は玄関を開放しており、自由に外出することができる。利用者の希望や状況に応じて外出支援を行っている。                              | 毎年、身体拘束廃止に関するホーム内での勉強会を行い、職員への意識づけを図っている。職員の何気ない言動が利用者の行動を制限しないよう、運営者が都度注意喚起している。   | 身体拘束適正化委員会の更なる整備が期待される。 |
| 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           | 管理者及び職員は虐待の防止に関する勉強会を行っており、虐待が見過ごされることがないように全職員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 |
| 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    | 成年後見制度について外部研修や社内勉強を通して学んでいる。   |   |                   |
| 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                         | 契約時には必ず管理者が、ケアや費用等の重要事項を十分に説明し、不安や疑問等に対し、できることを説明、理解を得ている。契約解除時においても、話し合う機会を設けている。  |   |                   |
| 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                     | 不満、苦情に対しては、管理者が窓口となり対応している。意見や要望等は全職員が話を聞くようにしており、聞いた場合はすみやかに主任、管理者に報告し、対応している。     | 毎月のホーム新聞で暮らしぶりを伝え、面会時に家族の具体的な意見・要望を引き出せるように働きかけている。家族の希望に応じ、メールでの気軽な情報交換も行えるようになってきている。 |                   |
| 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                                      | 月に一度ユニット会議を行なっている。会議には運営者、管理者も出席して、職員の意見を聞き、運営に反映している。                              | 時には運営者も現場業務に従事しており、普段から職員の声に耳を傾けている。又、毎月のユニット会議で職員が自由に意見交換し、全体で合意形成を図る機会を設けている。         |                   |
| 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      | 運営者は数時間でも現場に入り、職員の努力を見守り、把握している。勤務状況を把握し、疲労をためないように配慮している。職員から改善の意見があれば、その都度対応している。 |   |                   |
| 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         | 法人内での勉強会を定期的に行っている。法人外への研修は、勤務時間内とし研修に行きやすい体制を整えている。                                |   |                   |
| 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 | 町内の社会福祉協議会や病院が主催する研修に参加し、グループワークなどを通して他事業者と交流を図っている。                                |   |                   |

| 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 |
| <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 | 入所前に家族の許可を得て、本人に会う機会を作り、顔をあわせて現在の状況を少しでも把握できるように努めている。入所してからもできるだけその人らしい生活の継続に努めている。 |   |                   |
| 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            | 相談に訪れた時に、本人の状況はもちろん、家族が何を思い、希望されているかを聞き取り、信頼関係を築くことに努めている。                           |   |                   |
| 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        | 利用者さんにはご家族とともに入居前に見学に来てもらっている。事前に話を細かく聞き、利用者またはご家族の個々の希望を配慮している。                     |   |                   |
| 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                        | 本人ができることは、できるだけしてもらっている。また、一緒に過ごすことによって、学ぶ事や気づいてもらう事もあり、支えあう関係を築いていこうと努めている。         |   |                   |
| 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         | ご家族が可能であればできるだけ病院受診に同行してもらっている。その際、情報交換を密にして、一緒に支えていけるよう配慮している。                      |   |                   |
| 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                     | 近所の方の面会を大切にし、次回の面会につながるよう配慮している。その際なじみの食料品店に買い物に行ったり、周辺をドライブして、馴染みの関係をたもっている。        | ホームでの面会を歓迎し、次にも繋がるように働きかけている。又、出身地区の敬老会への参加や自宅周辺へのドライブ、馴染みの理美容院の継続利用(状況に応じて送迎・付き添い含む)も支援している。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の相性を把握し、個人の意見を尊重しながら利用者同士の関わりを支援している。お誕生日には必ず皆でお祝いしとても喜ばれている。                   |   |                   |

| 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                    | 他の施設に移る際には、本人の状況や好み、ケアの工夫等の情報を提供している。また、入院した場合は、お見舞いこいたり、家族と話し合える機会を大切に、退所後も気軽に相談してもらえるよう配慮している。           |   |  |
| <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   | 本人の思いや、好きな事など理解できた時は職員間で情報交換をする。困難な場合は、本人の日々の行動、表情、しぐさから、くみとるよう努めている。                                      | 利用者個々の“思い”を把握できるよう、日常生活の何気ない会話を「 」書きで日々の記録に残すようにしている。利用者の思い(○○したい)は職員間で共有し、可能な範囲での実現に取り組んでいる。意思疎通が難しい場合は家族の情報や仕草の変化等から、思いを推察している。 |  |
| 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                                       | 入居前には必ずケアマネージャーやソーシャルワーカーから情報提供をもらっている。また、本人やご家族の話を細かく聞き、本人のこれまでの生活歴を把握できるよう努力している。                        |   |  |
| 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   | 一人ひとりの生活リズム(食事、睡眠、排泄)を把握できるよう努めている。本人のできる事が見つかったら、できる場面を作っていくよう配慮している。                                     |   |  |
| 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 | 本人の意思、家族の希望を取り入れ、日中の状況、夜間の状況を把握しながら作成している。ユニット会議等で担当職員、ケアマネージャー、管理者等が意見を出し合い、本人及び家族の意向に沿った介護計画となるよう作成している。 | その人らしく暮らせるよう、「生活の中の楽しみ・したい事」「出来る事の継続」「健康管理」の視点を重視した介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。担当者がモニタリングを行い、1年を目途に内容を見直している。                            | より利用者のニーズに沿った内容となるよう、目標には本人の言葉(○○したい、○○が好き等)をそのまま明示する事を期待する。 |
| 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                        | 個別の介護記録には、体調の変化や印象に残る本人の発言などを記録し、ケアプラン作成時に役立てている。会議時には担当職員が評価シートやカンファレンスシートを用いて、気づき、工夫、意見交換を行い、情報を共有している。  |   |  |
| 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               | 本人の要望で実家や畑を見に行ったり、できる限り要望に沿えるよう努めている。また、家族が遠方であったり、急変時で家族が対応できない場合は、職員が病院受診に同行している。                        |   |  |

| 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   |
| 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                                      | 地域の方(民生委員、理容室、女性の会)、家族、ボランティアの方々が訪問して、利用者の生活を豊かなものにしていく。   |  |   |
| 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                                  | かかりつけ医は本人と家族の希望を尊重している。受診は基本家族の付き添いだが、家族が遠方であったり、主治医に細やかな情報提供をしたい場合など必要に応じて職員が同行している。                        | かかりつけ医への継続受診、又は協力病院の訪問診療を選べるようになっていく。かかりつけ医・専門外来への受診は原則家族に依頼しているが、状況に応じて必要な支援(付き添い等)を行っている。又、訪問看護事業所と契約し、気軽に相談できる体制を整えている。                             |   |
| 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                          | 近くの訪問看護ステーションと提携し、24時間連絡体制をとっており、いつでも相談できるようになっている。また、何かあればすぐに駆けつけてくれ、病院との連絡調整をしてもらっている。                     |  |   |
| 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。 | 入院に際しては、家族、医療機関、訪問看護と密に連絡を取り合っている。その際、本人の情報は必要な限り提供している。また、退院に際しては、医療機関と連携して情報を提供してもらい、円滑に利用者を受け入れるよう配慮している。 |  |   |
| 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  | 契約時にターミナルケアについて説明している。また、重度化した場合は、本人、家族、主治医と相談しながら対応している。状態が変化することに家族と話し合っている。                               | 家族の希望に沿い、関係機関(協力病院、訪問看護等)のサポートを得ながら、重度化・終末期支援の実践に取り組んでいる。利用者の状態変化の都度、主治医・家族と話し合い、今後の方向性(病院での入院治療、特養への移行含む)を決めている。終末期にホームで出来る事・出来ない事は家族に詳しく説明し、同意を得ている。 |   |
| 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  | 定期的に応急手当の講習を受けている。利用者の不明時の対応などはマニュアルを整え実践訓練をしている。  |  |   |
| 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   | 緊急時マニュアル、緊急連絡網はいつでも見るところに掲示しており、職員は事故時それに従い対応している。   | 緊急時の対応マニュアルを整備し、毎年、勉強会で救急搬送時の手順等を確認している。消防主催の救命講習に職員が順次参加している。利用者の体調異変時は訪問看護事業所に24時間、相談できる体制を整えている。  | 生命に関わる緊急事態(誤嚥・窒息、心肺停止時等)に全職員が迅速・適切に対応できるよう、計画的・継続的なロールプレイ訓練の実施が期待される。 |

| 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                       | 医療機関とは常に連携を図り、いつでも対応可能である。介護老人福祉施設には、移動時に利用者の状況を伝達するなどの連携を図っている。                                | 協力病院・訪問看護事業所による医療支援体制を確保している。又、介護老人福祉施設とは契約で支援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                              | 夜間は各ユニット1名で、常時2名確保している。緊急時には互いに協力し、緊急時マニュアルに従い対応している。協力医療機関が近くにあり、管理者、または近隣職員が応援に駆けつける体制になっている。 | 1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。緊急連絡網による近隣在住職員(複数名)の応援体制も整えられている。   |                   |
| 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           | 毎年、避難訓練を行っている。緊急時、近隣の方々に援助してもらえるように、協力をお願いし、緊急時の連絡先の一つとさせてもらっている。地域住民代表の方に連絡し、協力をお願いできるようにしている。 | 災害対策マニュアル(原子力災害含む)を整え、年2回、火災を想定した総合避難訓練を実施している。内1回は夜間想定とし、消防立ち会いのもとでの訓練となっている。又、2回共、防災設備業者に立ち会ってもらい、消火体験や設備機器の使用方法的の確認を行っている。災害発生時に地域の協力が得られるよう、今後の訓練時に区長・民生委員の立ち会いを依頼している。備蓄品(水、缶詰、医薬品等)を保管し、定期点検を行っている。 |                   |
| 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  | 災害時は災害対策マニュアル、緊急連絡網を活用し、避難経路は職員が周知している。飲食材や簡単な医薬品を備蓄しており、定期的に点検している。                            |   |                   |
| <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                   | 利用者の誇りを尊重し、プライバシーの確保を職員同士で心がけており、お互いに気づいたことは声かけするようにしている。キーパーソン以外には、本人のプライバシーは話さないようにしている。      | 毎年、ホーム内で「プライバシーの保護」に関する勉強会を実施している。運営者が個人情報の保護とプライバシーの違いを詳しく説明し、職員への意識づけを図っている。羞恥心を伴う場面での声掛け・対応に配慮したり、ホーム新聞で写真を用いる場合は予め家族の同意を得ている。   |                   |
| 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                     | 自分で決めることができない方には、表情、動作等から、本人の希望や関心事を考えながら、本人が自分で選べる場面を作れるよう心がけている。                              |   |                   |
| 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 | 利用者優先とし、本人が嫌がる事は無理にせず、本人のペースを大切にした支援を心がけている。  |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | 外出時はもちろん、日常的にそのときにあった洋服を自分で選んでもらっておしゃれを楽しんでもらっている。不十分なときは、さりげない声掛けを心掛けている。  |   |                   |
| 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         | 買い物に出るときは、利用者さんの希望を聞いて、献立を考えている。野菜の下準備、配膳等を手伝ってもらったり、食後の台ふき、後片付けを手伝ってもらっている。  | 地域のスーパーで旬の食材を購入し、職員の手料理を提供している。ユニット毎の利用者の嗜好を考慮し、別々のメニューとなっている。家事が得意な方には準備・後片付けに参加してもらっている。又、季節毎の行事食、時には弁当や外出時に喫茶・軽食等を楽しむ機会を設けている。                       |                   |
| 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              | 新鮮な食材を使用し、一日30品目を目標にバランスの良い献立になるように心掛けている。全員の残量をチェックし、好みやカロリーを考えて工夫している。水分は1日6回(毎食時とおやつ)、また、状態に応じて個別に対応し、夜間もいつでも水分補給できるように常にポットを用意している。 |   |                   |
| 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                       | 利用者全員に毎食後、口腔ケアを実施し、確認している。自分でできない方には介助を行っている。夜は義歯を預かり、消毒している。   |   |                   |
| 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       | 一人一人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導によりトイレでの排泄に努めている。移動が困難な方には、尿瓶の使用、ポータブルトイレの使用などの支援を行っている。一旦オムツ使用になっても、身体機能が回復すれば、パット使用になるよう支援している。                  | 可能な限り、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パターン・サイン(立ってウロウロ等)を職員間で共有し、適宜お誘いの声をかけている。夜間帯は本人の意向・身体状況等を考慮し、個別対応(トイレの他、安眠優先で吸収量の多いオムツを使用、ポータブルトイレの活用等)を図っている。 |                   |
| 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                       | 毎日、排便状況のチェックを行っている。水分補給や植物繊維、乳製品を取り入れた食事作り、散歩、体操等の運動による自然排便を促しているが、それでも困難なときは主治医に連絡をとり、指示を受けている。  |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 入浴は最低週2回となっているが、要望があれば好きなだけ入浴してもらおう。また、本人の意向を確認し、無理強いをしないように支援している。また、柚子湯、菖蒲湯、温泉の素などを利用し入浴を楽しんでもらっている。                                  | 各ユニットで週に4日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(順番、回数、湯加減、長湯等)に沿った入浴を支援している。昔ながらの季節湯(柚子湯、菖蒲湯等)や温泉の素でお湯の変化を楽しんでもらっている。入浴を拒む場合は無理強いせず、機嫌の良い時に声をかけたり、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<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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   | 一人一人の睡眠パターンを把握し、各自にあった生活リズムを作り、安心して眠れるよう支援している。昼夜逆転の方には、日中のレクリエーション等、本人に活動的になってもらえるよう支援している。安眠できない日が長期に及んだ場合は、家族、主治医と連携をとり、指示をもらっている。 |  |                   |
| 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   | 個人別に薬の内容一覧表を各自のファイルに表示している。利用者に状態変化が見られた場合は、主治医に相談している。また、自分で内服できる方には手渡し、内服の様子を確認する。内服できない方には、確実に内服できるよう支援している。                       |  |                   |
| 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  | 本人、家族からの情報をもとに生活暦を把握し、負担にならない程度に役割(掃除、洗濯物たたみ、料理等)と楽しみごと(唄、塗り絵、体操、散歩、ドライブなど)をもてるように支援している。   |  |                   |
| 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に支援している                      | 利用者の希望を聞いて、買い物、ドライブなどその日の状態に応じて出かけている。また、隣のユニットまで散歩し、会話を楽しんでいる。普段いけない場所には、家族の協力を得ている。   | 利用者の要望に沿い、日常的な外出(散歩、外気浴、草むしり、買い物等)を支援している。又、季節感を味わう外出(桜花見、紅葉狩り、千里浜なぎさドライブ等)や地域のイベント(敬老会、文化祭等)参加等も支援している。 |                   |
| 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  | 金銭管理できない方については、家族から決められた金額を預かっており、買い物時には職員が同行している。金額にもよるが、使用時には、事前に家族に相談して、後でトラブルにならないよう支援している。                                       |  |                   |
| 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   | 本人が希望する場合や必要なときは電話をできるよう支援している。携帯電話を所持している方には、使用方法を説明するなどの支援を行っている。手紙やたよりなどは希望があれば支援している。   |  |                   |
| 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 | 玄関及びホールでは、季節の花を飾ったり、季節を感じられるように、正月飾り、雛人形、五月人形、クリスマスなどの飾り付けを利用者と共に行っている。また、壁面は家庭に近いようなかたちで過剰な飾り付けは行わないようにしている。                         | 家庭の雰囲気や大人の生活空間のイメージを大切にし、過度な飾りつけ等は控えている。敷地内の広い和風庭園で季節の花を育て、ホーム内にも飾っている。ウッドデッキは天気の良い日に、外気浴をする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<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             | テレビ周辺には、同時に6人程度座れるソファを配置し、ゆったりとテレビを見られるよう配慮している。たたみコーナーがあったり、職員の机付近にもソファを配置しており、利用者同士、思い思いに過ごせるよう配慮している。          |   |                   |
| 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 | 入居の際に、本人の使い慣れたもの(テレビ、タンスなど)を持参してもらい、馴染みのものに囲まれて過ごせるよう配慮している。  | 居室で居心地良く過ごせるよう、入居時に使い慣れた物(テレビ、家具類、寝具類等)や安心出来る物(家族の写真等)を持ちこんでもらっている。 |                   |
| 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       | 建物はバリアフリーとなっており、安全に移動できるよう各箇所に手すりが設置されている。ホーム内が広くなっており、日頃の生活活動が程よい運動になっている。ダイニングテーブルがいくつもあり、利用者が家事などしやすい環境となっている。 |   |                   |