

自己評I

[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                                | 理念を常に頭に置き施設でのケアはもちろん地域の一人として地域の貢献できる施設を目指しています。朝礼後には理念を唱和しカンファレンス等でケア方向性がずれそうになった時は振り返りケアの実施につなげています。  | 「楽しく・仲良く・安心して」は法人グループの統一理念。グループの主幹職員で構成するモデル行動委員会で、ホームの今年度目標を「自分達がケアを楽しまなければ利用者にも家族にも理念は伝わらない。」とし、ここがさらにやりがいのある職場となるよう取り組んでいる。 |                   |
| 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人として日常的に交流している                                | 毎月ホーム便りを回覧し活動内容をお知らせしています。町内や地域の行事(いきいきサロン・草むしり・お祭への寄付等)に積極的に参加している。参加すること、または顔なじみ店との付き合いをすることで慰問のボランティアの紹介を受けたり常に交流を深めています。                             | ホームは、回覧板に広報を載せて頂いたり、草むしり参加や祭事寄付など町の一人としての役割を担い、利用者もまた公民館のいきいきサロン利用や、祭りの獅子舞・子ども神輿の観覧、ボランティア演舞や中学生の職場体験訪問など、地域の方々とふれあう機会が多い。     |                   |
| 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                              | 推進会議に地域の方をお招きし、認知症の理解や、今取り組んでいる事、研修で学んだこと等を報告させて頂いております。また、中学生の職場体験を通し子供たちに実際にしり学んでもらえるようにしています。   |  |                   |
| 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           | 2ヶ月ごとに開催しホームの近況報告後、議題についての説明をしています。その場で頂いた意見は議事録にまとめ今後のサービス向上に活かしています。   | 会議は偶数月に、市、社協職員、毎回の案内で都合がついた家族の参加で開催している。運営報告とともに、避難訓練やバーベキュー親睦会と兼ねたり、行方不明や水害対策の意見を頂くなど、毎回テーマを設けてホームの運営改善やサービス向上につなげている。        |                   |
| 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                      | グループホーム協議会での話し合いや、推進会議、町主催の行事などに出向く機会を設けています。又、町やかほく市の主催する勉強会に参加しお互いが気軽に話し合える関係づくりに取り組んでいます。   | 内灘町へは運営推進会議でホームの実情を伝え、事業所連絡協議会でも情報共有をする機会がある。入居手続きの相談に応じて頂いたり、内灘町以外の講習会や勉強会の情報提供もあるなど、支援や協力を頂いている。                             |                   |
| 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 | 身体拘束については原則禁止ですが、転倒防止の見地からセンサーマットの使用や、傷のガーゼの異食を防ぐためミトンの使用を行い、家族に説明同意を頂いています。又30年に法改正により義務付けされたこともあり全体ミーティングで報告検討を行っており、年2回の勉強会を開いて理解を深め「しないケア」に取り組んでいます。 | 今年度から義務付けの身体拘束適正化委員会を立ち上げ、改めてセンサーマットやミトン使用を見直し、身体拘束に対する正しい理解の周知とともに、利用者の人柄や習慣に応じた行動抑止をしないケアに努め、行方不明対策についてもその手順をマニュアル化している。     |                   |
| 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           | 研修への参加、マニュアルの設置、定期的なミーティングなどで、小さな事でも話し合いを行い早期発見と防止に努めています。   |  |                   |

| 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    | 会社研修に参加する機会を設けてもらっている。実際に成年後見人制度、保佐人制度を活用している方がおられ、ご本人、後見人、補佐人、職員との関係は良好です。                           |   |                   |
| 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                         | 事前説明は十分に行い、理解や納得して頂けるよう努めています。又、不安や疑問等なんでもいつでも話せる環境作りに取り組んでいます。                                       |   |                   |
| 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                     | 運営推進会議で寄せられた意見や要望、面会の際やご意見箱の意見や要望を受け止め、検討を行い実施運営に反映できるよう努めています。                                       | 家族には電話や来訪以外にも、運営推進会議やバーベキュー、ボランティア行事に参加頂き、利用者とともに気軽に話して頂けるよう心がけ、請求書にはホーム通信と利用者の暮らしぶりを伝えるコメント書を添え、家族とともに利用者支援ができるよう取り組んでいる。            |                   |
| 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                                      | 代表者、エリアマネージャー等が必ずミーティングに参加し、職員から上がる意見要望を聞く機会を設けています。年に1回は職員全員にアンケートと面談を行い一人ひとりの意見を大切に今後につなげるよう努めております | 毎月、代表者とエリアマネージャーが参加する職員会議があり、普段も管理者が勤務シフトに加わり、代表者もまた随時訪れ、職員と直接話せる環境となっている。また毎年、事前アンケートを取って臨む個別面談も実施し、私的な相談にも応じながら就労意欲の向上や運営改善につなげている。 |                   |
| 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      | 代表者は定期的に来苑し職員の勤務状況と現場の状況を把握に努めています。又、資格取得者には手当を支給する等、各自が向上心を持って仕事に取り組めるよう職場環境を図っています。                 |   |                   |
| 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         | それぞれの力量や経験年数に合わせ研修を組んだり事業所全体のレベルがアップするよう評価システムの導入とその委員会を設置し職員の一人ひとりが持つ能力の向上につなげています。                  |   |                   |
| 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 | 河北医療介護ネットワークに参加し事例検討会などの活動を通じてサービスの向上させていく取り組みを行っている。他、県が主催する交流会に参加し親睦を深めサービスの質の向上につなげるようしています。       |   |                   |

| 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 |  |
| <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 | ご本人、又は家族から希望される事不安等を聞き安心につながるように努めている。又、入居間もない頃の不安は計り知れないものがあり、少しでも早く本人が安心して過ごして頂けるよう、傾聴と受容に努めている。また、小さな変化も見落とさない様、職員間での情報の共有にも努めている。               |   |                   |  |
| 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            | ご家族の持つ不安などを時間をかけてお聞きし納得のいくサービスの提供と相談など話しやすい関係づくりに努めている。その時は、施設からの一方通行とならないように環境、関係づくりに気を付けています。   |   |                   |  |
| 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        | 現状の状況を聞き取りながらご本人や家族が必要としている支援は何か他職種の意見も取り入れ検討しています。その際ご家族の納得のいく方法で対応しています。又、「その時」の変化にも対応出来るよう柔軟な姿勢で取り組んでいる。   |   |                   |  |
| 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                        | 役割を持ってもらい協力し生活を送ってもらえるよう努めています。また生活の知恵を伺い取り入れながらお互い支え合える「お互い様」の気持ちを大切に作る関係づくりのお手伝いをさせていただいております。  |   |                   |  |
| 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         | 家族からの相談も傾聴し、これまで築かれてきた家族関係も十分に考慮しながら、本人を中心に職員と共に本人を支えて行く関係を築けるよう努めている。  |   |                   |  |
| 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                     | 利用者の友人・知人が訪問した時には、職員も笑顔で迎え、再び訪問してもらえるようゆっくり過ごせる環境作りに努めている。近所への散歩やいきいきサロンへの参加、苑での催し物に声を掛け交流に努めています。これまで利用者本人が大切にしてきた人や場とのつながりが継続できるように、希望にそって支援している。 | 家族以外にも来訪して下さる知人を持つ方がいたり、いきいきサロンに行く方と人気者の方、家族とともに外食や墓参りに行く方、毎週自宅に泊りに行く方など、それぞれ今大事にされている関係が続けられるよう支援している。 |                   |  |
| 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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | お一人おひとりの性格などを把握し常に入居者同士の関わりに気を配り、孤立しないよう心掛け、職員は応じたコミュニケーションにて入居者同士の関わりへの架け橋となるよう努めております。  |   |                   |  |

| 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                     | 契約終了後もご家族様からの相談を受けたり必要に応じ受入れ先を探すなどの支援に努めております。又、入院された方のお見舞いに行き近況の確認や困りごとなどの相談と支援を行っております。   |   |                               |  |
| <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   | 思いや意向を表現できる方には家族の協力のもと希望に添えられる様に努めています。表現が困難な方には本人本位となる様に表情や行動、家族の情報をもとに本人希望を探る努力をしています。知り得た情報は記録に記入し職員間で共有している。                            | 普段、チラシやテレビを見ながら「ここ行きたいね。」「これ食べたいね。」と話したり、ぬり絵や手芸、チラシのゴミ箱作り、プランターや菜園作りなど、本人がしたい事や望む暮らしぶりになるよう手伝っている。思いを表わしづらい方には耳元へ優しく話かけ、その表情や仕草から応答を推察し、気持ちの把握に努めている。 |                               |  |
| 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                                       | 本人の生活パターンを尊重し、これまでの生活環境の把握馴染みの物、暮らし方への情報を収集し、居心地の良い場所となる様努めています。  |   |                               |  |
| 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   | 日々変化する心身の状態に合わせ、観察し対応しています。一人一人の「今」の状態を見極め無理の無い支援に努めています。又、共同生活の中でのやりがいも発揮できるようその方適正に合うように工夫し支援をしています。                                      |   |                               |  |
| 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 | 本人の思いに近づけた介護計画の作成に努めています。可能な方にはカンファレンス時に本人にも参加していただき職員が本人の思いを直接聞いています。その他にも、往診の結果や家族の思いも取り入れています。又、常に職員間での情報交換を行い、介護計画モニタリングに反映出来るよう努めています。 | 計画は、健康面と暮らしぶりを記帳している介護記録と、担当職員を交え本人・家族の意向やモニタリングを検討するカンファレンス結果に基づいて3ヶ月毎に更新。少しでも長く今の日常生活動作を維持したい、させたい互いの気持ちが伺える内容となっている。                               | 本人が想う個別にしたい事を実現する計画作成にも期待したい。 |  |
| 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                        | 状態変化等細かく記載した介護記録と、フロア日誌を記録し、全職員が入居者を把握できるようにしています。周知が必要な事には、申し送りノートを活用し、全員が周知できたかを確認印をしています。情報は介護計画にいかしています。                                |   |                               |  |
| 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               | 施設であっても、外食や買い物へ行く。「家庭での生活」に重きを置き、現状の心身機能を考慮したうえで柔軟なサービスが提供出来るよう努めています。  |   |                               |  |

| 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                                      | 福祉協議会の方や役場の保険課の方々、他グループホーム等に相談や情報交換を行いながら入居者の人生が安全で豊かになる様努めています。   |  |                   |
| 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、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、家族の要望を確認し、本人の病状や認知症状に応じかかりつけ医の検討を行い、納得した上で安心して医療を受けられるよう支援しています。又、受診や入院時に利用者の現状を伝える必要があれば介護サマリーを作成し情報提供を行っている。  | 主治医を、家族付き添いによる入居前からのかかりつけ医への継続受診か、2つある定期訪問診療で24時間対応のホーム提携医院にするかは、本人・家族の意向で決めているが、現在は、かかりつけ医も含め、透析や精神科等の内科以外の専門科受診にも職員が付き添い、適切な医療支援と健康管理につなげている。  |                   |
| 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                          | その都度入居者の情報交換をケアマネジャー、介護職員、訪問看護師と行い必要な医療を受けられるように支援を行っている。  |  |                   |
| 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。 | 入院先のケアマネジャーや、ナースと情報交換を行い相談している。入院時は、病院へ行き本人に面会し安心して頂けるよう声掛けをしています。家族とも、連絡を取り合い情報交換や相談をしながら安心して治療出来るように連携を取っています。   |  |                   |
| 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、事業所の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  | 緊急時におけるの確認書をもとに本人や家族がどのように最後を迎えたいか、家族や医師、介護職員、訪問看護師と何度も話し合い「看取りについての意思確認書」「看取り介護開始についての同意書」で意思を確認し、個別の意向を反映した「終末期生活支援に関する覚書」の同意を取り、終末期ケアを行っている。又、褥瘡予防や栄養状態が悪くならないよう介護用品、栄養補助食を利用しながら行っている。 | 入居時に、ホームの方針を説明とともに書面確認をし、そうなった場合にも改めて医師、本人、家族と話し合い書面確認をとるが、以後も入院、他施設転居、継続入所には柔軟に対応している。悪化回避に向けたエアーマット使用、食事療法、訪問看護事業所との連携など、ホームとしてできる限りの支援で臨んでいる。 |                   |
| 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  | 急変や事故発生時における対応の仕方を、ミーティング時に勉強会を開き、学習の場を設けている。又、定期的にAEDや救急法を消防の方から指導を受け、急変時に備えています。   |  |                   |
| 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   | 緊急時の連絡先は毎月更新し、連絡方法も職員全員が周知している。緊急時の対応について、ミーティングで勉強会を行い定期的に確認している。又、マニュアルがあり見直しを、年に1度実施している。今期は行方不明利用者の対応マニュアルに関しては、外部の方からのアドバイスを受け改訂を行いました。損害賠償保険にも加入しており、緊急事態に対応する体制は整備されている。            | 緊急時、事故防止、感染予防など、種別毎のマニュアルを備え、行方不明については今年度行政の助言を受けながら改訂している。利用者の現況に合わせ、その時必要なケアの仕方や知識を看護師職員から習得する研修会を随時開催しているとともに、消防署員による救急救命講習も毎年実施して周知を図っている。   |                   |

| 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                               |
| 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                       | 協力医療機関と常に情報や症状を報告し本人、家族さんに安心した体制を確保している。  | 医療機関は定期訪問診療で終末期医療も受け入れる2つの協力機関を持ち、福祉施設については近隣の特養施設があり、これまで当該施設からの入居者受け入れ事例もある。  |   |
| 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                              | 夜勤は2フロア各1名配置されている。日頃から協力体制をとっている。かかりつけ医(24時間体制)、管理者、看護師にいつでも連絡し指示を得られる体制も整っている。   | 夜間は、両ユニット1名ずつ計2名の夜勤体制。緊急時における協力医、管理者、看護師職員との連絡体制を整え、普段もその日の排泄チェック表、体調、申し送り書面を渡し、引き継ぎに万全を期して臨んでいる。   |   |
| 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           | 防災訓練は年2回行われる内の1回は運営推進会議の中で、消防立会いで実施し、意見を頂き改善している。又今年度は水害時の避難訓練を行いました。   | 年2回の避難訓練は、運営推進会議を兼ねた消防署立会いの訓練と、防災業者による設備点検と通報確認を兼ねる自主訓練をし、1階は戸外退避、2階は想定火元と逆方向退避の手順を確認し関係者から講評を頂いている。また今年は町指導で、水害を想定して利用者を車両に乗せ近隣の同法人施設までの避難訓練も実施している。 | 災害対策強化として、近隣住民との協力体制の構築と、防災品についてもより現実的な整備が望まれる。 |
| 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  | 防災マニュアルファイルを作成し、毎年見直ししており、マニュアルに沿った訓練を実施し、職員に周知している。又、食料や飲料水、医薬品、おむつ等がリストに基いて備蓄され、定期的に点検している。   | ホーム環境に合わせた防災マニュアルと電気・水道等のライフラインリストを整備し、飲料・食料等の備蓄品のほか、1階には服薬リスト等の利用者個別の情報票や懐中電灯・ヘルメット等の防災品を整えリスト化管理をしている。  |   |
| <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                   | 利用者一人ひとりに対し、年長者として敬意を払い尊重した関わりが行われている。排泄や入浴等の日常の介護場面でも、目立たずさりげない言葉掛けや対応が行われている。又、いやな匂いの無い様に排泄物の処理に配慮したり、消毒用の器具から出るかすかな匂いにも配慮する等、環境の整備にも心遣いが行き届いている。 | 利用者の人柄、症状、職歴に合わせ、それぞれ異なる自尊心や羞恥心への配慮を心がけ、本人の意向を優先にした暮らしとなるよう手助けする姿勢で臨んでいる。今年は、まず自分達がケアを楽しみ笑顔で利用者と接することを目標にし、互いに理解し助け合いながらさらなるサービス向上に取り組んでいる。           |   |
| 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                     | 認知症の重度化に伴い、感情の表出や自己決定が少なくなっている。それでも、生活の中で入居者自身が決定できるような場面を作るよう努力し、楽しく生きる事を支援している。   |   |   |
| 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 | 1人1人のペースに合わせた暮らしを送れるよう支援しているが十分とはいえない。職員の都合を優先してしまっていると感じた場合は、その都度話し合いをし、改善に努めている。  |   |   |

| 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 |
| 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                                 | 洋服選びは本人の希望を聞きながら一緒に選び、本人の好みを大切にしている。定期的理容ボランティアの方が訪苑しカットしている。又、入浴後は爪切り、耳垢とり、洋服の色合いなど身だしなみを本人了解でしている。                   |  |                   |
| 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    | 職員も一緒に食卓を囲み、お話をしながら楽しく食事が出来る環境づくりに努めている。又、季節の食材を取り入れ季節感を出しています食前にはおかずについて話をしたり、準備等出来る方には一緒に準備をするなど努めています。              | 食材は地元のスーパー、精肉店、鮮魚店、豆腐店にFAX注文で配達してもらい、献立は在庫のほか自家菜園やプランターの収穫物、お裾分けから旬や好物を取り入れ、調理も出来る範囲で利用者に手伝って頂いている。誕生会料理や家族も呼んでのバーベキューに、個別の外食も楽しんで頂いている。 |                   |
| 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         | 状態に応じて刻み食、ミキサー食、お粥等を提供しその方が食べやすく適切な形状、量になる様努めています。又、食器選びについても、少しでも食べやすくなるように提供しています。水分、食事制限のある方については、計量器などを使用し調整しています。 |  |                   |
| 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                  | 食事後、口腔ケアは毎食後職員が付き添いをしていて、義歯、自歯に不都合がないか観察をしています。毎日義歯の洗浄、週に一度口腔ケアグッズの消毒を行っています。食前の口腔体操時に舌の状態を確認に努めています。                  |  |                   |
| 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  | 排泄チェック表で排泄パターンを把握することで、トイレでの排泄を可能にし、気持ちよく生活をしていただける様努めています。排泄チェック表で、健康状態を把握する一つ的手段としている。又、本人が言える環境、職員が気付く関わりを大切にしています。 | 排泄チェック表で回数以外も管理するとともに、水分や乳酸補給・体操・薬剤調整を図り、またパット・紙パンツ・オムツ類も経済性を鑑みながら適切な使用を検討しながら、一人ひとりの排泄周期や生活習慣管理につなげている。                                 |                   |
| 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                  | 起床時に牛乳、ヨーグルトお茶、繊維質の多い物等バランスを考え便秘の予防に努めています。運動や腹部マッサージを行っています。運動量の減少、腸の動き等の機能低下から、薬を使用しながら便秘予防をされている方もおられます。            |  |                   |
| 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 | 曜日は一応決めています、希望により適宜対応しています。一人ひとりの希望の湯加減、順番やタイミングに合わせた支援をしています。入浴中は、お話し好きな方には話を聞き、一人でゆったりと入りたい方には、そっと見守りをしています。         | 入浴は週2回以上を目安に、水曜・日曜以外の午前中の利用となっているが、要望があれば曜日・時間帯を問わず柔軟に対応している。入浴剤のほか柚子・菖蒲湯の季節湯もあり、自分専用の洗髪剤や身体洗いをお持ちの方もおり、重度の方も2人介助で湯船に入ってもらい、つろいで頂いている。   |                   |

| 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  | 体調の変化に気を配り、その時々状況に応じフロアや居室で睡眠、休息をいただいています。又、夜間になかなか寝付けない時は、温かい飲み物を提供したり、何故寝つけないのかゆっくりお話を聞き安心していただいています。         |   |                   |
| 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   | 薬局から頂いている薬の説明書を確認しながら、セットしています。変更時には、説明と副作用についての注意事項の報告をしています。体調の変化に早く気づけるよう日頃の様子に注意し、場合によっては医師、看護師に指示を仰いでいます。  |   |                   |
| 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  | その方の持っている力を楽しく発揮できるよう家事のお手伝いをしていただいています。畑をされていた方には、駐車場の一角に畑作業を楽しまれています。お折り紙が好きの方、編み物が好きの方、それぞれ本人のペースで楽しく行っています。 |   |                   |
| 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                      | 買い物などの、日常的な外出支援はいつでもできるよう準備ができています。又、家族と一緒に外出を楽しんで頂けるよう付き添いを行っている。  | 日々の生活の中で、個別の要望に応じて表の畑やプランターのお世話をはじめ、近隣の散歩や嗜好品の買い出し、近郊の牧場や道の駅、足湯などにも出向いている。季節変わりを肌で感じる花見や紅葉狩り、施設内のワックス掛け日に近郊の大型商業施設に皆で繰り出すのも毎年楽しみな恒例行事となっている。              |                   |
| 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  | 金銭管理ができる方は、家族に了解が得られた場合、自己管理をしていただいています。又、金銭管理が難しい方から買い物を依頼された場合はお金をお預かりしレシートとお釣りを渡し、個人の出納帳に記入しています。            |   |                   |
| 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   | 家族からの電話は本人に取りつなげています。耳の遠い方は職員が代わって本人に伝えていきます。又、毎月、家族への、請求書等の郵便物に、その月の本人の様子や本人の言葉等を書いたメッセージカードを同封しています。          |   |                   |
| 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 | 日頃から整理整頓、清潔に努めています。又、季節感を取り入れるのに、入居者と一緒に季節の壁画を作成し、それを飾り話題作りコミュニケーション作りに取り組んでいます。気温湿度計を確認し空調管理をしています。            | 日々天候に合わせて除室・加湿器の活用や窓開け換気、食前食後の除菌やトイレ・排泄物の臭気管理の徹底を図り、快適環境の維持に努めている。リビングの小上がり和室は普段利用者が洗濯物をたたんだり、寝付けない夜の就寝場になったり、ボランティアの演舞舞台にもなっている。季節毎の利用者作品も普段の暮らしを和ませている。 |                   |



| 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             | フロアには、自席とは別にゆっくり落ち着いていただけるようソファを置いています。テーブルの配置を工夫(TV鑑賞の好きな方にはTVが見やすい場所・寂しがり屋、お話好きの方には、台所の近くで職員が常に見え安心し手頂ける場所、気の合う方同士で楽しく過ごして頂けるよう同じテーブル)をしています。又、その時の思いを大切に、固定せず自由に生活していただいています。 |  |                   |  |
| 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 | 居室に持ち込める物の制限はなく、本人や家族の希望に任せている。使っていた布団や、家族の写真、人形など好みのものを居室に飾るなどの工夫をし、出来るだけ家での生活の延長となるよう努めている。転倒等が無い様に一人ひろりに合った動線の確保をしています。   | 全室に電動介護ベッド、タンス、壁手摺りが備え付けで、持ち込みも自由となっている。扉に暖簾を掛けたり、子猫の写真や愛読書を並べている方など、それぞれ居心地良く過ごせる環境を作られている。また看取りケアの方は真ん中にベッド、退院直後は病院環境に応じた配置にするなど症状に応じた対応もしている。 |                   |  |
| 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       | フロア・廊下など各所に手摺を配置している。同じ様な扉が多いため、混乱しないよう各居室には個人のお名前を掲示したり場所が分かるようそのものの名前の掲示をしている。可能な限り安全かつ自立した生活が送れるよう工夫している。   |  |                   |  |