

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 | 1870800123 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 坂井福社会 | | |
| 事業所名 | ウエルネス木村 | | |
| 所在地 | 福井県あわら市自由が丘2-15-23 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年 1月10日 | 評価結果市町村受理日 | |

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 | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 福井県福井市光陽2丁目3番22号 | | |
| 訪問調査日 | 平成24年2月21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)】

| |
|--------------------------------------------------------------------------|
| 利用者とのかかわりを大切にして、体調や行動の変化を見逃さないよう気をつけて支援を行っています。明るく笑顔の多いホームになるよう日々努めています。 |
|--------------------------------------------------------------------------|

【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>当ホームはJR芦原駅東側に隣接した閑静な住宅街に立地しており、6階建ての建物の2階に2ユニット設置され、居室はトイレ付となっている。ホームは自治会に加入しており、地域に向けて広報誌を配布したり、認知症教室を開催するなど積極的に地域と関わっている。また、同じ建物内には、ケアハウス、デイサービス事業所があり、利用者同士の交流を行うほかグループ内の病院の理学療法士・作業療法士・看護師等と連携を図っている。ホーム内では、希望者に対し、「くもん式学習療法」を取り入れ、認知症の改善・進行防止に一定の効果を上げており、職員にとっても、観察力が養われる等のメリットが得られ、より質の高い介護へとつながっている。なお、介護計画立案・見直し評価に関しては、独自の介護記録方法を取ることで、大変わかりやすいものとなっている。</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 該当するものに印 | 項目 | 取り組みの成果 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 (参考項目:23,24,25) | 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない | 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 (参考項目:9,10,19) | 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) | 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない | 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 (参考項目:2,20) | 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない |
| 58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 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 (参考項目:4) | 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない |
| 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 (参考項目:36,37) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) | 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 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 | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 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 (参考項目:30,31) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 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 | 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 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 (参考項目:28) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | |

自己評価および外部評価結果

(セル内の改行は、(Alt+-) + (Enter+-)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 |
| 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 | 事業所独自の理念を作成している。フロアに掲示を行い、申し送り時毎日唱和している。 | 家庭的なあたたかさ、入居者本位のその人らしい生活、家族や地域との連携を柱にわかりやすく具体的な理念を職員全員で作成し、毎日唱和するとともに日々の関わりから入居者の思いをくみ取るよう努めている。 | |
| 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 | 日中の人口が少ない新興住宅地の中にあり、交流の機会が得にくい、同じ建物内の通所介護事業所やケアハウスの利用者などと日常的に交流を行っている。また、広報誌の配布や、災害時における地域住民の協力体制ができています。 | 広報誌を地域包括支援センターに置いたり、区長を通じ地区で回覧するなどホームを周知している。また、認知症教室を開催したり、地域の草取りなどに参加して、積極的に地域住民と関わるよう努めている。 | |
| 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 | 毎年、運営推進会議を通して認知症についての勉強会を開催しており、地域の方にも参加の声を掛けている。 | | |
| 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 | 運営推進会議は、入居者家族、区長、民生委員、地域包括支援センター職員、坂井地区広域連合職員、金津消防署員に参加して頂いて、2ヶ月毎に開催している。会議ではホームの運営状況を報告後、各委員が自由に意見交換し、活発な会議となっている。議事録についても分かりやすくまとめ、全家族に送付している。 | 家族、区長、民生委員、地域包括支援センター職員、坂井地区広域連合職員、金津消防署員の参加を得て、2か月毎に開催しており、開催日を事前に全家族に知らせている。なお、会議ではホームの運営状況を報告や委員との意見交換など活発な会議となっている。また、議事録も分かりやすくまとめ、全家族に送付している。 | |
| 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 | 市の地域包括支援センターの職員が、運営推進会議のメンバーであり、同建物内の他の事業所への訪問時に立ち寄ってもらい、近況報告を行ったり、運営について相談する等良好な関係を築いている。 | 市職員には法人の他事業所への訪問の際に立ち寄ってもらい、近況を報告したり、運営について相談する等良好な関係を築いている。 | |
| 6 | (5) | 身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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 | 2Fの出入り口のエレベーターは暗証番号で管理されているが、エレベーターまでの玄関ドアは開放されている。入居者の行動の変化を見守り、散歩や外出に付き添っている。「身体拘束に関する手引き」に職員全員が目を通し、ホームのマニュアルとしている。 | 身体拘束については、施設内外での研修会や勉強会の他、カンファレンスで定期的に振り返りを行い確認している。また、安全上、やむを得ず拘束を行う場合は、事前に十分検証し、家族への説明を行って同意を得るようにしている。 | |
| 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逃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 | 自施設内での内部研修を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 自施設内での内部研修を行っている。今年度は7月に外部講師を招き研修を行った。 | | |
| 9 | | 契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 契約書、重要事項説明書を基に、十分な説明を行い、同意をもらっている。 | | |
| 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 | 主に、運営推進会議時に意見や要望が出てくる事が多いが、1Fにも意見箱を設置しており、意見や要望を出しやすいようにしている。又、面会時にも意見聴取を行っている。 | 年1回の「利用者満足度調査」実施や意見箱を設置するなど入居者や家族の思いをくみ取るようにしている。また、面会や様々な場面で出された意見・要望を職員会議で話し合っている。 | |
| 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 | 毎月カンファレンスを開いている。意見や提案を挙げ話し合い、業務や運営に反映させている。 | 月1回のカンファレンスで定期的に話し合っている。また、管理者は日頃から、職員に対し気さくに声掛け、意見・要望などが言いやすい環境と関係づくりに努めていることが職員ヒアリングからも確認できた。 | |
| 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 | 適時、職員1人ひとりと相談や個別面談の機会を設け、問題解決に努めている。職員には労働時間の超過にならないように促したり、休憩時間をきちんと確保出来るように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 自施設での研修は毎月行っている。また、外部への研修も、順番に研修に参加している。職員には資格の取得を促している。 | | |
| 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 | グループホーム協議会の研修に参加を行い、意見交換、情報交換を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入所される前には本人、家人との面接を行い、生活状況の確認を行っている。その際、要望や困っていることを把握している。可能な限り、事前にGHの見学も行って頂いている。 | | |
| 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 | 入所される前には本人、家人との面接を行い、生活状況の確認を行っている。その際、要望や困っていることを把握している。可能な限り、事前にGHの見学も行って頂いている。 | | |
| 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 | 専門的なりハビリが必要な利用者で、希望があれば協力病院のりハビリの利用を行う等、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 | 家事や、レクリエーションの参加を通して、利用者同士の交流や繋がりが持てるように仲介に努めている。 | | |
| 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 | 面会の際には本人様の状況をお伝えしたり、カルテの開示を行い、近況を報告している。また、家人の要望も参考に、支援方法を話しあっている。 | | |
| 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 | 家人には可能な限り面会をお願いしている。本人様の友人や、兄弟、姉妹、孫さんも面会に来ている。 | 入居時に家族に対して可能な限り面会するよう依頼している。また、馴染みの人や場所などについて、入居時に家族にも聞き取りを行って把握に努めている。 | |
| 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 | 役割を可能な限り持って頂き、利用者同士で関わり、支え合っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 必要に応じて心がけている。 | | |
| 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 | ケアプランを立てる場合には、継続的に本人の様子を伺ったり、グループホームでの生活はどうか尋ねている。困難な場合は、担当の職員を含めてカンファレンスを開き、話し合いを行っている。 | 「センタ方式」を応用した様式を使用し、思いや意向を定期的に記録・確認している。また、日常的に入居者の表情や言葉から思いを組み取るよう努めており、時には居室でゆっくり入居者の話を聞く等工夫している。 | |
| 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 | 本人や家族に聞き取りを行い、その情報はカルテに記載を行っている。 | | |
| 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 | ケアプランの立案前に、本人の状態について話し合いを行ってから支援の方向性を決めている。状態の悪化や変化が見られた場合は適時話し合い、支援方法を決めている。 | | |
| 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 | ケアプランを立てる場合、継続的に本人の様子を伺ったり、グループホームでの生活はどうか尋ねている。家人にも面会時に意向を聞いている。その後、担当の職員を含めてカンファレンスを開き、話し合いを行っている。 | 入居者と家族の意見を聞いた後、担当職員を含めてカンファレンスを行い、管理者・ケアマネージャーが介護計画を作成している。また、介護記録を工夫し、定期的な評価・見直しの書類をわかりやすいものになっている。なお、介護計画は入居者の状態の変化に応じて随時見直ししている。 | |
| 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 | 日々の様子は、カルテに午前、午後、夜間に分けて記録を行っている。3ヶ月毎にプラン作成の為に担当者会議の他、適時カンファレンスを行っている。 | | |
| 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 | 専門的なりハビリが必要な利用者で、希望があれば協力病院のリハビリの利用を行う等、対応に努めている。又、希望者はくもん学習療法に取り組んでいる。 | | |

| 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 | 買い物の付き添い等、支援に努めている。 | | |
| 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、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 | 家族や、利用者の希望を確認し受診を行っている。 | 受診結果を日誌や申し送りノート等を使用して職員間で共有している。また、受診の際に、ホームでの状態を記したメモを家族に渡し、医師に情報提供することもある。 | |
| 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 | 行っている。 | | |
| 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。 | グループ内に協力病院があり、行っている。 | | |
| 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 | グループ内に協力病院があるため、医療的なケア（胃瘻、24時間点滴の管理等）が必要な場合は、入院や、他施設への移動を行うことで家人には了解を得ている。又、身体面や、医療面の状況を家人に伝え、今後の生活支援の方向性について早めに話しあっている。 | 入居時に重症化し、医療的行為が必要になった場合は、協力病院へ入院となることを家族に説明し、同意を得ている。なお、現在、ホームとして看取りなど終末期対応を行っていないが、ホームで出来る範囲での支援を行っていく方針である。 | |
| 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 | 年間計画に基づき勉強会を実施している。今年度は消防署の指導の下実施した。 | | |
| 35 | (13) | 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 | 避難訓練を年2回実施している。（内1回は夜間想定） | 施設の建物全体で、年2回の避難訓練や勉強会を実施している。また、一昨年はホーム独自の訓練も実施している。地区で行われる春の防災訓練には参加したことはないが、合同訓練の必要性は感じており、日程が合えば、参加したいと考えている。地域への連絡・支援体制は構築されている。 | 夜間想定の方針や地震に対する非難訓練や勉強会の開催、対応マニュアル整備など職員で話し合っ検討されたい。 |

| 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 |
| その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | 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 | 行っている。 | 入居者一人ひとりの尊厳を守る声掛けを行い、プライバシーに関わる話題には個別に対応するなど配慮している。また、面会者には「面会カード」を記入してもらい、入居者別に綴ることによって、面会者が家族だけにわかるよう工夫している。 | |
| 37 | | 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 | 行っている。 | | |
| 38 | | 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、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 | 希望に添っての支援に努めている。 | | |
| 39 | | 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 | 行っている。 | | |
| 40 | (15) | 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 基本的に自分のご飯は自分でよそって頂いている。役割をある程度決めており、その役割を果たせるよう声掛けや支援を行っている。 | 法人全体の献立で食事を提供しているが、ご飯・汁物・副菜1品はホームで調理している。また、月1回、好きな物を作る「自炊の日」を設けており、入居者からは好評を得ている。 | |
| 41 | | 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 | 併設施設の栄養部から献立が上がってきているため、栄養面ではバランスが取れている。 | | |
| 42 | | 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 | 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 |
| 43 | (16) | 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 | 各居室にトイレがある為、プライバシーは保たれている。排泄については失禁の有無を確認したり、排泄チェック表を用いて、個別の誘導時間を設定している。 | 居室にトイレがあり、入居者一人ひとりの排泄リズムに合わせてトイレ誘導をしている。なお、排便の有無が入居者本人への聞き取りでわからない場合も多い為、トイレの清掃時に確認するよう努めている。 | |
| 44 | | 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 | なるべくフロア内で歩いたり、体操等、体を動かす事を利用者に促している。水分補給も促し、チェック表で水分量や、排便があったかどうかの確認も行っている。 | | |
| 45 | (17) | 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴は、月、水、金の午前9:00から午後3:00までの間に行っている。それ以外の日でも本人の希望や、汚れてしまった場合にはシャワーを使用してもらっている。 | 入浴の際は、職員は入居者が安全に入浴できるよう見守り、介助を行っている。単身や複数名での入浴や入浴日以外に入浴など入居者の意向に沿った柔軟な支援が行われている。 | |
| 46 | | 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 | 個人のペースに合わせた生活が送れるよう心がけている。 | | |
| 47 | | 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 | 連絡ノートやカルテに通院時の薬の情報を記載しているため、職員は目を通して業務にあたっている。本人の状態も申し送りで確認している。 | | |
| 48 | | 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 | 家事の当番を決めたり、春から秋までは畑で野菜を作っている。 | | |
| 49 | (18) | 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 | 希望に添って散歩や畑、近くの公園に行っている。春は花見等の外出行事も企画している。 | 年間で計画を立てて実施する行事と日常的な公園、畑等への外出支援を行っている。なお、帰宅願望の強い入居者には、家族の協力を得て、自宅へ外出・外泊などを実施する事もある。現在、個別の外出支援は家族によるものが多い為、ホームとしても対応が不十分と認識している。 | 入居者の希望に沿った個別の外出支援が実施できるよう、実施に向けた取り組みについて、職員間で十分に検討されたい。 |

| 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 |
| 50 | | 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 | 施設で管理して、外出時にお金を渡す場合と、家族から小遣いとして本人に渡して、自己管理している場合がある。自己管理の方は5,000円～10,000程度所持している。自己管理のリスクに関しては、家族に納得して頂いている。 | | |
| 51 | | 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 | 希望に添って支援している。 | | |
| 52 | (19) | 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 | 生活感や季節感を採り入れた空間作り心がけている。 | リビングは陽当たりが良く明るく開放的な雰囲気であり、畳の間もあり入居者がゆったり寛げる造りとなっている。また、エレベーター前のホールには、雛人形等の季節的な飾り物や写真、植物、しゃれたテーブル・椅子等が設置され、入居者が快適な生活が送れるよう配慮されている。 | |
| 53 | | 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 | 畳の間に座布団や、座椅子を置いたり、共用フロアに本棚をおいたりとくつろげるように工夫を試みている。 | | |
| 54 | (20) | 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 | 本人、家族の希望を聞きながら行っている。 | 居室は洋室で、各部屋にはベッド・洗面台・トイレが設置されている。また、入居者は入居時に馴染みの物などを自由に持ってきてもらっている。 | |
| 55 | | 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 部屋はバリアフリーでゆとりを持った造りとなっていて、車椅子の利用者の方でも移動が行いやすくなっている。居室内の床材に、転倒時の衝撃を緩和できるクッションシートを使用している。 | | |