

(別紙)

自己評価および外部評価票

「自己評価の実施状況(太枠囲み部分)」に記入をお願いします。(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 | スタッフの様々な生活及び介護歴により介護観に対する相違があって当然と考えている。ただし本事業所の理念はどんな場合であっても共有する必要がある。介護計画・日常の業務は理念を基に展開しているがなれも生じることから時々確認をする | 人を大事にするということを理念の基本にすえて、日頃の利用者対応をこれに照らして考えられていることがよく理解できる。スタッフと認知症やグループホームとは？ということについて常に話し合いがもたれている。 | |
| 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人として日常的に交流している | 外出・散歩など通し地域となじみの関係をもっている。住民も声をかけてくれる。町会の道路清掃・川掃除、駅伝などの応援をしながら一定の役割を果たしている。行事などのお誘いもしている。 | 町会の共同作業への参加など地域との付き合いを大切にして馴染みの関係を構築している。非常ベルを外に取り付けたことで近所の人たちが駆けつけてくれたり、野菜の提供など地域に開かれた環境作りへの努力が感じられる。 | |
| 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 | 人形出前講座が好評で月3回程度の後援をしている。終了後質問時間を設け交流を深めている。看護学校、介護福祉士養成所などの講義も担当し認知症理解について話している。 | | |
| 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 | 当会議が十分機能が果たせていない。重要な会議だとは認識しているが、委員の都合などで出席率が悪いこと、会議の持ち方等の工夫も必要だと考えている。家族会等とドッキングをした会議も開催してみた。 | 運営推進会議についてはマンネリ化の傾向が見られるようだ。家族会や他の行事と合わせて開催し出席者の確保に努力をしている。又運営推進会議が地域交流の場としての意義を果たしていることは評価していいと思われる。 | |
| 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取り組んでいる | すみかの活動が定着したことなどから積極的な連携はなかった。地域包括の職員が運営推進会議の委員に加わっていることから、会議の中で情報交換や新たな制度について理解を深めている。 | 事業が定着化していることもあり、特に行政との積極的なかわりは無く、運営推進会議での情報収集にとどまっている。又2ヶ月に1回のグループホーム連絡会が情報交換の重要な場になっている。 | |
| 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「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 | 身体拘束なしは当事行書の大きな看板理念である。5年になるがその必要はまったくない。認知症の人々の理解が深まればますます必要のないことが分かる。この世界から一日も早く拘束という言葉が消したい思いである。夜間は防犯のために施錠をするが日中は全ての出入り口は自由に出入りできる。 | 認知症を真から理解して利用者の世界を共有することによって、拘束ということはありません。帰宅願望の外に出てしまう人については同行して寄り添うケアに徹している。夜の外出は危険を伴うので施錠しているが、夕方4人体制で対応している。 | |
| 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 | 一人夜勤の為スタッフのストレスから発生する虐待に近い行為が発生する可能性は否定できない。言語があつたり無視である。利用者の日々の生活の様子を丁寧に観察をしていると気づくこともある。スタッフ間の人間関係を良好に保つことで困ったときの支えになる。介護職としての人格形成に力を入れている | | |

| 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 |
| 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 | 入所前に相談され一定の解決策を携えている人が多いため、その支援はしていない。 | | |
| 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 | 入所時は「とにかく何とかしてほしい」という家族の願いが強いため十分な説明とは思っているが、納得できているかは定かではない。入居してから徐々に話し合いを持っている。必要事項は補足している。相手が高齢者の場合なかなか理解できない。 | | |
| 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 | 家族の希望は極力取り入れている。「預かっていただいている」という関係がなかなか拭い去れないため、対等でありたいと思う意見が出てこないのが残念。小規模故の悩みである。 | 小規模なので誰が何を言ったかすぐ分かってしまう難点がある。意見要望については記録して職員全員が理解するシステムは出来ているが、家族の本音の部分の引き出しに苦慮している。 | |
| 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 | 月2回の職員会議や日々のミニショートカンファレンスの席で発言の場としている。管理者の一方通行にならないように配慮しているが時間の制約もあり十分とはいえない。今年度は職員会議を月2回にし昼間実施した。出席者も多く効果があった。 | 職員会議を月2回にしてコミュニケーションを深めている。職員が自分の感度だけで動いてしまわないよう面接を通じて介護の中身について自分で考えられるよう指導している。あくまでもすみかの介護に徹することで職員の協調を図っている。 | 職員の教育に力を注がれていることはよく分かります。今後全職員の外部研修参加など更に人づくりに精錬されることを期待します。 |
| 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 | 介護労働センターの指導を受け就業規則を介護業界に準じて見直した。従来より悪くならない様配慮した。人間形成、職業人としてのモラルについては厳しい内容になった。 | | |
| 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 | 現任介護職員等研修支援事業制度を活用し上限ぎりぎりまで研修に派遣している。所内研修は職員会議の1回は研修を入れている。学習は力なりを信念に努力している。 | | |
| 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 | 複数事業所連携事業主催の研修は講師・内容とも質が高く積極的に参加している。グループホーム・宅老所連絡会松本圏域の学習会を隔月に実施、情報交換等新たな制度についての学習会なども実施している。 | | |

| 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 |
| 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 | 認知症介護導入の初期の基本事項だと考えている。まずありのままの全体像把握に努め、本人の言葉にならない訴えが何を意味するか分析しながら「安心の場づくり」に努めている。薬を服用すると本当の姿が見えなくなるため、すみかでは医師、ご家族と相談し薬に頼らない介護を心がけている。 | | |
| 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 | 入居当初は面会時間を多く持っていたが、一度の面接では情報が不十分こともある。為入居者の状況を見ながら御家族から追加の情報を頂くようにしている。家族との接点を多くすることと介護実践場面を見て頂く事で信頼関係が構築されていくと考えている。 | | |
| 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 | 介護している家族や親族の限界に至って、ようやく入居できたという本音の気持ちが理解できるため、他のサービスについて必要性があれば紹介している。相談にみえた方については様々な情報を提供しながら地域で暮らし続けられる方法を検討する。 | | |
| 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 | すみかでは見てやる者とされる者の関係は絶対あってはならないと考えている。他では様付でお呼びするところもあるが共同生活者であると認識している。作業衣はなし、様よもなし、食事一緒、家族のような関係を維持している。訪問者からは「温かい」と評価を受けている。朝の申し継は「職員会議」と称し利用者も参加している。 | | |
| 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 | 家族の面会は制限していない。自由に都合のいい時出入りをしていただいている。足の遠のく家族にはできる限り情報を提供し、一緒に入居者の最後の人生を支えていただけるよう働きかけている。外出支援は積極的に進めている。 | | |
| 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 | 記憶が薄れていくのが認知症の病態像である。面から線そして点になり最後は無になってもご本人に代わりはない。スタッフは家族にはなれない。最期まで関係が保てるよう支援している。リロケーションダメージもある人となない人がいる。個別ケアを実践しながら穏やかな生活が出来るよう支援している。 | 位牌や写真などを貼って薄れていく記憶の補填につなげている。現在のこの場所でのいい人間関係を築くために個人それぞれの様態に添った支援に努めている様子が理解できる。利用者との繋がる来訪者大歓迎にしている。 | |
| 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 | 個性のある利用者の状況を見ながらグループ作り、活動内容の工夫などスタッフの力量が試される。時にはお節介おばさんのような利用者の力も借りながらいい関係作りをしている。利用者は仲間の状況が分からないため、うるさいと怒鳴ったりすることもあるがスタッフは予感を察知し対応できるよう指導している。 | | |

| 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 |
| 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 | 入院した場合など面会などを行いながらご家族の相談にのっている。入院され2週間目にご家族医師と面談し退院の目安を伺っている。ご家族はすみかに帰りたいと思っているが、長期になる場合は退所となる。不安な圏時期の関係を大事に、医療機関との調整も行っている。 | | |
| 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 | センター方式を活用し、スタッフの情報を共有し、訴えられない本人の気持ちを推測しながら理解に努めている。入居当初はきめ細かく情報収集をしている。困難ケースになるとスタッフ優位の介護実践が展開される危険がある。常に本人を中心に置き議論しながら意思統一をしている。 | センター方式による情報の収集と職員間の共有がなされている。月2回の職員会議で話しチームケアに徹している様子が窺える。意見を出さない職員、要望を出さない利用者の対応が課題になっている。 | |
| 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 | 家族並びに担当ケアマネからの情報など多面的に活用し、より客観的な事実に基づき新たな生活が無理なくスタート出来るようにしている。 | | |
| 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 | アセスメントシートを活用し収集した情報はスタッフが共通認識し、利用者の混乱を避けるように努めている。各スタッフの成育歴、生活スタイル等により介護に違いが出ない様努力している | | |
| 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 | 疾病特性から本人の気持ちを言語化できないこともあるため、できるだけ関係者からの意見を参考に、計画作成に生かしている。立案した計画は3ヶ月を目安に評価し、新たな課題は全員が意思統一している。 | 職員会議でのカンファレンス記録は、個別の特記事項に記載し、最初の介護計画は管理者が作成している。介護計画は家族に必ず確認してもらっている。介護計画を確認しながらケース記録に記入するようにしている。 | ケース記録と転記について記載漏れがあるということであるが、出来るだけ簡略化して転記ミスがないように工夫して欲しい。 |
| 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 | 介護計画に則って、スタッフによる個人差がないよう介護記録も記載出来るように工夫している。スタッフ全員がサイン出来るようにし、ミーティングでは意見交換をしながら修正し、新たな課題に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 若年性アルツハイマーの彼には外出の機会を多く持っている。地区で行われるグループワークやお祭り、音楽会などにも参加している。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 外部評価 | |
|----|------|--|---|--|
| | | | 自己評価 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 | 同上 | |
| 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 | 当事業所は理想的な医療関係者との協力関係には自信を持っている。ターミナルケア、看取りも行っているがこの関係が構築されているため安心してお世話が出来ている。病態に応じた医療機関への紹介、その後かかりつけ医との連携も良い。 | 会田病院との相互情報交換、共有できる理想的な医療連携がなされている。かかりつけ医と会田病院との連携もうまく出来ており、安心してターミナルケアを行うことが出来る。 |
| 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 | 看護師を配置していることから、医療、看護面の知識、技術などについては責任を果たす事が出来ている。生活支援を中心とする介護職との役割を明確にし、それぞれ協働の関係は保たれているグループホームに看護師配置は必須だと考えている。 | |
| 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。 | 疾病特性からきめ細かな情報提供の必要性があること、リロケーションダメージを最小限に食い止めたいため、GHで受け入れられる条件を明確にし、その目標に沿って医療機関も努力し、入院期間を短くしていただいている。 | |
| 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 | 入居時の説明でこの話はしているが、実感としては考えられない場合が多い、従って刻々と変わる様子を的確に家族に伝える事、共に介護に加っていただきながらその気持ちの受け入れ準備をしていただけるようにしている。今年度は看取りをすることはなかった。(32とも連動) | 看取りと言いつつも在宅に戻れる人も中にはいる。チューブ栄養の人のについては入所は出来ない。家族と医師、施設の3者で話し合いをして最期の時の対応を決めている。又死が近いときは誓約書に基づいて終末期介護に当たり家族同意の中で過ごす体系が出来ている。 |
| 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 | マニュアルを作り発生時の対応を考えている。看護師がいることから発生時は対応できているが、介護職員へは指導はするが訓練はしていない。 | |
| 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 | 年2回消防署の協力をいただき火災訓練を行っている。スタッフは夜間一人、緊急時対応のためチェックリストを作成、出勤した時自らの目と手で確認している。入居者は毎日避難訓練を実施し習慣化している。地域からの協力は文章でお願いしている。非常ベルを地域に分かるよう屋外にもつけた。 | 消防署の指導により避難ルートの確保が出来ている。又毎日のように散歩をかねて避難訓練を実施している。全員通報システムと屋外警報機の設置により緊急体制の確保が一步前進している。 |

| 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 |
| 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 | 本事業所の最も大事にしている理念である。慣れから生じる失礼な言葉などは自己点検をしながら軌道修正している。家族のような関係であっても年配者を尊重し、言葉だけではない態度、服装などに注意するよう指導している。 | さりげないトイレ誘導、人に見えるところでの衣服の着脱の禁止など人を大切にしている配慮が出来ている。又ため口、若者言葉、上から目線での物言いなど厳しくチェックが入っている様子が分かる。 | |
| 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 | 思いや希望をそのまま表現できないことが多い。その人の発する言葉の意味が何なのかスタッフが洞察力が求められる。自己決定も時と場合がある。価値観の違うスタッフの中でずれが生じる事のないよう文献等活用しながら支援している。 | | |
| 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 | 介護度が重くなると希望に沿うことが難しい。自分だったら置き替えながら人間としての尊厳を常に意識しながら支援している。介護者の価値観が問われる。自立度の高い方については希望がかなえられるよう考慮している | | |
| 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 | 個人の生活背景や好みを尊重し支援している。季節や気温などにより介護者が調整しなければ適切な体温が保てないためスタッフ主導になることがある。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 食事が何よりも楽しみの利用者が多い。食機能が低下している方を除き、職員と一緒にできるだけ同じものを召し上げられるよう配慮している。下ごしらえや片付けの出来る方には大いに力を発揮していただいている | 自家菜園での収穫から始まり、食事作りが身近に感じられる環境で(匂いがある)、出来ることは利用者にも手伝ってもらい家庭的な雰囲気の中で職員も一緒に食事を楽しんでいる様子が窺える。 | |
| 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 | 健康な高齢者の摂取エネルギーが維持できるよう献立に工夫をしている。月1回実施する体重測定、皮膚、排泄、心身の活力など生活をともにしながら観察し反映させている。水分補給は個々の機能に応じて勧めている。 | | |
| 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 | 積極的な口腔ケアが習慣となっている。毎食後の口腔ケアは口臭の除去、感染防止、清潔感など口腔内のトラブルは義歯の破損を除いてほとんどない。口腔がきれいということは生活意欲にも繋がる | | |

| 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 | おむつはずしは当事業所の目玉介護、リハビリを利用している人は特別の事情を除いて皆無。介護度5の人であっても日中はトイレで排泄可能。人間の尊厳を言うならば、おむつは極力避ける方向で取り組んできた。そして出来る事も分かった。おむつはずしは経済性、清潔感、介護の手間からも非常に効果がある。股間のトラブルもない。 | 利用者の自立と尊厳を大切にしてオムツの使用はしないという理念の下に取り組んでいる様子がよく分かる。 | |
| 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 | 身体を動かす、食物に繊維質のものを多く摂取、水分を多く摂る、定期的に排便を試みるなど努力していることから、便秘のための薬を服用している人は1名を除き他にはいない。定期的な排便習慣は介護職の努力の結果だと考えている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 非常に難しい。全介助の利用者が多く、設備及び人的問題もあり、計画的に入浴を実施。一人ひとり十分な時間をかけて実施している。病気が入浴を拒否をすることも多く誘導に技術が求められるが、予定どおり入浴していただいている。 | 若年性アルツハイマーの方については一人風呂で対応しているがほとんどは全介助である。1人30分は時間をかけてゆっくり入ってもらおうとめている。週2回を原則に、夏は3回と入浴拒否者への対応もこまめに実施している | |
| 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 | 休息は健康障害がある場合を除き自由にしていただいている。日中は活動的で本人の満足できる生活が維持されると、夜間はよく休まれる。眠剤を服用している人は一人もいない。良質な睡眠が確保できるよう就寝時のケアにも配慮している。 | | |
| 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 | この薬が本人にとって本当に必要かの見極めが必要。必要な薬については副作用も含めてよく理解し支援している。認知症の方については若年性を除いて服薬はしていない。薬に代わる介護実践がある事が分かった。 | | |
| 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 | 一人ひとりにあった楽しみを見つける事、出来ないと思っている人の意欲を引き出す技がスタッフには求められている。テレビやカラオケの設備はないが、必要のないことも分かった。それ以上の楽しみや活動を発見することで生活集団に活気がよみがえる。新しいスタッフが入ると新たな楽しみが企画される。 | | |
| 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 | 自立度の高い利用者には個別対応をしている。本人の希望のダントツは「家に帰りたい」である 家族に外出の協力を働き掛けている。入居者の自宅の様子を知るといことは共通の会話に発展し不安の解消になる。 | 家に帰りたいと言う人には家族に協力してもらい一時帰宅をしている。拒む家族については施設が全責任を負うという条件で受け入れてもらっている。家族の協力により本人の希望で外出している人もあるが年間の外出計画については職員主導で立てられている。 | |

| 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 |
| 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 | 若年性の方以外は金銭管理はできていない。 今年度は1ヶ月5000円をお預かりし、外出時にご自分で管理できる人にはお渡ししている。 | | |
| 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 | 必要に応じて電話をかけることはしている。 日に何回もの要求がある時は、時には気分転換を図り話題からそらす事もしている。手紙は年賀状くらいで書くことはない。 | | |
| 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 | 建設予算上十分な空間は確保できなかった。、暮らし始めて何が最も重要かが分かった。暮らししている人が、シンプルで何がどこにあるかすぐ分かること、構造上の問題より快適空間は人なり、この人が利用者の立場に立った時空間づくりのアイデアマンになる。その都度見事に利用者集団の変化に対応している | ホールに季節のデコレーションを飾ったり、トイレの衛生を重視して管理している。窓外の自然のロケーションが心を和ませる。又利用者の作成した手芸作品の展示が彩りを添えている。オープンキッチンも家庭的な雰囲気作りに一役買っている。 | |
| 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 | 同上 | | |
| 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 | 当初その必要性があると考えていたが、入居後はそれが絶対必要かは疑問に思える。 最も大切なことは、安心して居れる場所であり大事にされていると実感できる人間関係があれば、居心地良い条件となる。 | 家族に衣類整理などに協力してもらい居心地のよい生活が出来ている。居室も空間もシンプルにまとめられ、必要に応じて居室の交換などもなされている。利用者にあう寝具の用意も家族の協力で整っている。 | |
| 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 | できることをより発展させ健康維持に心がけているが、自立支援は危険と紙一重、安全を優先すれば寝たきりにさせないことを目指す、当事業所の理念と矛盾する中で葛藤がある。予測できる事故には十分注意し、できる、分かるを信じ一人ひとりの最後の人生に「生きていてくれてありがとう。」と言えるような介護をしたいと常に思っている。 | | |