

自己評価および外部評価結果

| 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 | 利用者の意思を尊重し、明るく家庭的な雰囲気大切に、地域との交流の中で、その人らしく暮らして頂ける様支援するという理念を職員は理解し、目につく場所に掲示し、日々意識付けを行っている。 | 開設時に職員全員で理念の検討を行い、日頃から意識できるように理念をホーム内に掲示し、職員会議時にも確認するなどし、理念を実践できるように心がけています。 | |
| 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 | 地域の一員として、祭りや運動会に参加している他、センター全体で地域を巻き込んだ行事を開催し協力を得ている。日常的に商店へ買い物に出掛け、近所の美容室も利用している。 | 事業所広報を地域に回覧したり、地域住民からの要望に応じたテーマを設定して介護学習会も定期的に開催しています。また、事業所の行事にも地域の方に参加して頂いたり、映画上映会なども行い気軽に事業所へ立ち寄りいただけるような工夫をしています。地域のお祭りや運動会に参加したり、近隣の保育園児や小学生にも来て頂くなどして地域との交流を深めています。 | |
| 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 | 介護の日に、包括支援センターの協力も得て、認知症サポーター講座を行い、地域の方向けの勉強会を実施した。その他、見学の受け入れや広報誌の配布にて情報提供している。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1度、会議を開催し利用者状況やサービス提供状況などを報告。意見を頂きサービスの向上へと繋げている。会議の議事録は玄関にファイルを用意し綴り、市へも提出している。 | 運営推進会議は併設の特別養護老人ホームや小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2カ月に1度開催しており、ご家族代表、町内会長、地域包括支援センター職員、市の担当者等で構成しています。行事活動の報告や利用状況の報告を行い、参加者からも様々な意見を頂き、サービスの向上に繋げています。 | |
| 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 | 運営推進会議のメンバーに2人になって頂いており、会議の際には必ずどちらかに参加して頂き意見の交換を行っている。また毎月介護相談員の方が来られ生活状況を見て頂いている。 | 市の担当者には運営推進会議に毎回参加していただいているほか、月に一度介護相談員の方にも来て頂き、必要に応じて相談や協議等を行う中で協力関係を築いています。 | |

| 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 |
| 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 | 身体拘束についての研修を年2回実施し、職員間で知識や理解を深める機会を設けている。またいつでも見れる場所にマニュアルを置き確認できるようにし、身体拘束を行わないよう、検討、対策をとっている。 | 年に2度は事業所内で身体拘束の研修を行い、身体拘束について理解を深めるとともに、日常業務の中でも言葉遣いで気になる点があれば注意したり、職員会議でも検討の機会を持つなど、身体拘束を行わないように徹底しています。 | |
| 7 | (5-2) | ○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のないよう注意を払い、防止に努めている | 高齢者虐待についての研修を年2回実施し、実情や防止策を学んでいる。利用者への虐待を見逃さないように注意を払い防止に努めている。 | 年に2度は事業所内で虐待防止の研修を行い虐待防止について理解を深めるとともに、日々のミーティングにおいてご利用者の様子等の情報を共有し、虐待が見逃ごされることのないよう注意を払っています。 | |
| 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 | 外部研修へ参加し、参加できなかった職員へは資料を共有している。日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用されている方もおり知識や情報を共有できている。 | | |
| 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 | 契約の前には出来るだけ見学して頂き不安や疑問等に答えている。また、施設の特徴や入居基準、費用負担についての書類を用意し説明を行い、不安や疑問の解決を行っている。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりに担当者がおり、普段から意向確認を行い、実現に向けて取り組んでいる。家族の意見・要望については、面会時の会話や、アンケートにて聞き取りしている。 | ご利用者とは、日々の生活の中で意見や要望を確認するようにしています。面会時にはご家族との会話を大事にし、ご家族にもアンケートを実施し、サービスの質の向上に繋がっています。9月の敬老会にもご家族に参加して頂くなどし、ご家族との良好な関係づくりに努めています。 | |
| 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 | 日々の話し合いや、毎月のミーティングの他、連絡ノートを活用にて意見や提案を聞き、必要に応じて検討や評価を行い反映させている。 | 日々の話し合いや月1回の職員会議を開催し、管理者は職員の意見を聞いています。また、年に1回の職員との個人面談や法人内の職員連絡協議会で要望も吸い上げるなどし、職員の意見が取り入れられるようにしています。 | |

| 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 |
| 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 | 日々の業務の中で職員の努力や実績、勤務状況を把握している。毎月法人内で職員連絡協議会を開き、職員の声を聞き、運営に反映している。 | | |
| 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 | 運営施設全体で職員を対象とした研修を行っている。入職より一年、三年、五年目の研修、中間管理職の研修、幹部職の研修をそれぞれ実施し、知識やスキルを研鑽している。 | | |
| 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 | 新潟県グループホーム協議会の中で中心的役割を担い、交流を図っている。また園内にも複数のグループホームがある為、交流を図ると共に情報交換や定期的な研修会を行いサービスの向上へと繋げている。 | | |
| 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 | 自宅へ訪問させてもらい生活状況の確認や、本人・家族との話し合いにより、生活歴や本人の思いを理解し受け止めることで、安心して頂ける関係作りに努めている。 | | |
| 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 | サービス導入時に家族へも生活の意向を確認し、サービス計画書に反映させている。またご家族来所時に様子等を伝え、信頼関係作りに努めている。 | | |
| 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 | サービス導入前に行う面談にて、本人・家族の状況や困っている事を聞き取りし、必要な支援を見極め、必要に応じ他のサービスについての説明も行っている。 | | |
| 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 | プライバシーの保護や自宅と同じように過ごせる環境作りの他、家事の手伝いや畑仕事など、その人に応じできる事をやってもらい、共に支え合い暮らしを共にする関係を築いている。 | | |

| 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 |
| 19 | (7-2) | ○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 | 職員は常に家族と情報を共有し、共に利用者を支えていけるような関係の構築に努めている。サービス計画書の中に家族の役割を入れたり、敬老会などの行事と一緒に参加して頂ける機会も作っている。 | 3ヶ月に1度事業所の広報をご家族に送付しているほか、状況に合わせメールでのやりとりや電話連絡も行い、ご家族に情報の提供を行っています。ご家族の支援のもと選挙に出かけたり、外出に出かけるご利用者もいるなど、ご家族としての役割も担って頂けるようにしています。共に楽しめる催し物も企画し、ご家族の方にも参加していただける機会も設けています。 | 調査時点で事業所広報の送付が予定通り行われておりませんので、定期的に送付できるように改善されることを期待します。 |
| 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 | 本人の馴染みの美容室を継続して利用して頂いたり、友人・知人が遊びに来られた際には本人の居室でゆっくり過ごして頂いたり、これまでの生活を大切にされた支援を行っている。 | 知人の方に面会に来ていただいたり、ご利用者と一緒にお墓参りに出かけたり、なじみの美容室を利用される方もいます。ご利用者との会話の中からニーズを聞き出し、馴染みの関係が継続できるように支援しています。 | |
| 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 | 利用者同士の関係を把握し食事の席を工夫したり、外出行事や趣味活動を計画している。介助が必要な利用者に対し、他の利用者が手助けする場面もある。 | | |
| 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 | 入院等でサービスの利用が終了しても、必要に応じ相談や支援に応じ、情報提供や他サービス利用に繋げている。 | | |
| 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 | 日々の暮らしの中で本人の要望や意向の把握に努めている。意思の伝達が困難な方でも、言葉だけではなく、非言語コミュニケーション等で思いや意向を汲み取れるよう努めている。職員間で情報や気付きを共有し、本人主体の対応に努めている。 | 日常の生活にて、ご本人の意向、思いを確認し、すぐに対応できるものは対処するようにしています。また、月に1度の会議にてご利用者のカンファレンスを行い、職員間で情報を共有し、意向に沿った支援ができるように努めています。 | |
| 24 | (9-2) | ○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 | サービス導入時に、ケアマネージャーや家族からの聞き取り、自宅やサービス事業所などに訪問し実際の様子について確認している。また普段の会話の中から生活歴や、生活環境などの情報収集を行っている。 | ご利用者の情報については契約時にご本人とご家族及びこれまでのケアマネージャーから話を聞いて情報を収集しています。入居後にも生活の中から会話や暮らしぶりで情報を得て、居室担当職員が定期的に情報の見直しを行っています。 | 定期的に居室担当者が更新しているセンター方式のアセスメントについて、更新した日付や記録者が記載されていないところもありましたので、改善されることを期待します。 |

| 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 |
| 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 | センター方式を活用し、一日の過ごし方や心身状況、有する力についてアセスメントしている他、日々の記録にて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・家族の意向を把握し、計画書の作成や確認を行って頂く事で互いに理解を深め、より良い協力体制を築けている。必要に応じて主治医、訪問看護とカンファレンスを行い、要望や課題点について話し合いを行っている。1カ月毎にモニタリングを実施。定期的、随時のケアプランの見直しや作成を行っている。 | 介護計画は月に一度、居室担当職員が評価しています。また、6ヶ月に1度はサービス担当者会議を行い、ご利用者・ご家族の意向を確認し、現状に即した介護計画を作成しています。 | 調査時点で居室担当職員によってモニタリングが遅れているところもありましたので、期日を設定し、遅れが生じないように改善されることを期待します。 |
| 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 | 日々の記録や申し送りノートで職員間の情報共有を行い、統一したケアを行っている。気づきや変化を記録し、ミーティングを行うことで、モニタリングやより良い介護計画になるよう活かしている。 | | |
| 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 | その時々に応じたニーズに対応し、食事の変更や外食、外出などを実施している。家族の状況に応じ、主治医との連絡のやりとり、他、併設されている他のサービス事業所と連携し対応している。 | | |
| 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 | ボランティア、尺八の会、行事等で地域の方が来訪し、地域交流やレクリエーションなどに参加して頂いている他、小学校の校外学習の場を提供している。近所の美容室や商店を利用したりと地域資源の活用と協力で支援を行っている。 | | |
| 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 | 本人・家族の希望により、かかりつけ医を決めて定期的に往診や、受診に行ってもらっている。本人や家族からの健康相談や職員からの質問に適切な助言を頂き、支援につなげている。 | 基本的にはご家族に定期受診はお願いしていますが、往診にも来ていただいているほか、状況に合わせて職員が支援することもあります。ご家族が付き添う場合は、ご利用者の状態をご家族にお伝えし、適切な医療が受けられるように支援しています。 | |

| 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 |
| 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 | 訪問看護による健康チェックを週1回受けている。その際、利用者の相談に対応してもらい、職員もアドバイスをもらっている。緊急時には電話での相談指導や訪問を受けられるような体制となっている。 | | |
| 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。 | 病院のMSWとグループホームの管理者、相談業務担当が中心となり、連絡調整を行っている。必要時にはサービス担当者会議を行い、退院後の受け入れ体制を整えている。 | | |
| 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 | 対応に係る指針確認を書面にて家族に説明し同意を得ている。重度化した場合には、本人・家族の意向を確認し、主治医・訪問看護との連携を図り、助言や協力を頂いている。 | ホームとしての重度化した場合の対応に係る指針を策定し、契約時にホームでの看取りも可能であることは伝えており、ご利用者の状態に合わせて話し合いの場を設け、主治医とも協力しながら、ご本人・ご家族の希望に添った支援をしています。 | |
| 34 | (12-2) | ○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 | 急変や事故発生時に備え、定期的に訪問看護からの研修やセンター内研修を受けながら、万が一の時は慌てずに対応できるように備えている。又、急変時のマニュアルや利用者個々の連絡先を作成し、連携を取れる体制を取っている。 | 職員が適切な初期対応ができるように心肺蘇生やAEDの使用の研修も行っているほか、緊急時にスムーズに連携が図れるよう利用者個々の緊急連絡表も作成されています。 | |
| 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 | 災害時に利用者が安全に避難できる様、普段から意識を持つ他、非常食の確保やマニュアルを作成し周知している。また避難訓練に、家族や地域の方からも参加して頂き、消防署から指導等も頂いている。 | 事業所にて年に2回、夜間を想定した避難訓練を行い日頃の備えに対する意識を高めています。避難訓練の際には地域の方にも声を掛け参加して頂いているほか、災害時に備えた非常用の食品や水の確保もされています。 | |
| IV. 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 | 否定的な言葉を使用せず、ひとりひとりの人格を尊重した言葉遣いで対応している。又、入浴・排泄介助ではプライバシーに配慮した声かけや必要時には同性介助など行っている。 | ご利用者に対する言葉遣いにも配慮する等、職員には利用者一人ひとりの人格を尊重することを徹底しています。また、広報への写真の掲載や運営推進会議時のご利用者情報の使用についても契約時に確認がとられています。 | |

| 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 |
| 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 | ひとりひとりに合わせて、利用者が分かりやすい言葉でコミュニケーションを取って対応している。言葉での意思表示が難しい方は、表情や行動、アイコンタクトなどから意思を汲み取れるよう努めている。 | | |
| 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 | 利用者ひとりひとりのペースや生活リズム、要望の把握に努め、その人らしく過ごして頂けるように支援している。 | | |
| 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 | 地域の美容室を利用したり、外出できない方には出張して頂いている。衣類は本人が好まれるものを着用できるよう支援している。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 食事の嗜好や形態など、美味しく楽しく食べて頂けるように工夫している。下膳や食器拭きなど一緒に行っている他、出来る方については野菜の皮むき、盛り付けなども行ってもらっている。食事は職員も同じテーブルで、一緒にゆっくりとした雰囲気食べている。 | ご利用者にもできる範囲で下膳や食器拭きなどは手伝ってもらっており、メニューもご利用者の要望を取り入れて決めています。ご利用者と一緒に回転ずしやレストランへ外出に出かけたり、ホームの畑で野菜を収穫したり、お菓子作りやホットケーキ作りを行うなど、食事が楽しみなものになるようにしています。 | |
| 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 | 栄養士が立てた献立を参考にして、食事を提供している。ご本人が飲みたい時に飲めるようお茶を準備し、ひとりひとりの状況に合わせて水分補給を行っている。食事量についてはケース記録に記載する事で把握し、必要に応じ水分や排泄量についても記載し把握するようにしている。 | | |
| 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 | ひとりひとりの状態に合わせて、歯磨き、義歯の洗浄とうがいを行っている。状況に応じて訪問歯科による治療と口腔指導を受けている。 | | |
| 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 | 24時間シートとケース記録を活用し、排泄パターンを把握している。表情や行動を観察し、トイレ誘導や声かけを行っている。又、個々の状態に合わせ、オムツ等の検討も行っている。 | 排泄チェック表を活用して、ご利用者の排泄パターンを把握し、ご自分でできるようパット使わないようにするなど、ひとりひとりに合わせた支援を行っています。 | |

| 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 |
| 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 | ケース記録により便秘状況を把握し、便秘の原因を検討して、その方にあった飲み物や食べ物を提供することで予防に取り組んでいる。ご本人・職員・訪問看護・主治医と連携して個々に応じた対応をとっている。 | | |
| 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 | ひとりひとりの希望やタイミングに合わせた入浴を実施している。又、希望や身体状態に合わせて足浴も行っている。 | ご利用者の希望の時間帯に入浴できるようにしており、入浴を嫌がるご利用者に対しても同姓介助で支援するなどし、入浴して頂けるよう支援しています。また、併設の特別養護老人ホームの特殊浴槽を使用して入浴されるご利用者もいるなど、状態に合わせた入浴支援もしています。 | 調査時点で入浴チェック表が、職員によって記入方法が異なっているところがありました。職員と検討の機会を設け、統一した記録方法を検討されることを期待します。 |
| 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 | 個々の状態に合わせて休息して頂いている。身体状況や季節に合わせた寝具を用意したり、環境整備を行い気持ち良く眠れるように支援している。 | | |
| 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 | 個々の薬の内容や用法、副作用について説明書にて確認している。症状の悪化や状態変化に応じ、主治医、訪問看護に報告し指示を仰いでいる。 | | |
| 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 | 張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう個々の生活歴やできる事を理解し支援している。個々の要望に合わせ、天候が良い日は近所への散歩や回覧板を届けに出たり、買い物や外食等行いながら気分転換して頂ける様支援している。 | | |
| 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 | 個々のニーズを把握し、希望に沿って計画表を立て、戸外へ出掛けられるよう支援している。また買い物等、希望があればその時々に出掛けられるように支援している。地域の美容室も認知症を理解してくれ協力して頂いている。 | 天気が良い日には散歩やドライブ外出に出かけたり、ご利用者の希望に応じて図書館や買い物に出かけたり、季節に合わせてお花見に出かけるなどし、ご利用者に外出を楽しんでもらっています。 | |

| 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 |
| 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 | 希望に応じお小遣いを自己管理としている。また、外出時に本人が支払いできるように支援している。 | | |
| 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 | 自らが電話をする機会は少ないが、必要に応じて出来るよう支援している。また年賀状など手紙のやりとりが出来るよう支援している。 | | |
| 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 | 共用部分は整理整頓、清潔にしておくよう心がけ、温度や湿度、明るさを調整している。食堂についてはリラックスできるような音楽を流したり、生活感や季節感を取り入れて居心地よく過ごせるよう工夫している。 | ご利用者が過ごしやすい快適な空間になるように、室温や湿度等に配慮しています。共用スペースにはご利用者の作品や季節のお花が飾られる等、季節感が感じられるようになっています。 | |
| 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 | 食堂でテレビを見たり話をする事もできる他、一人になりたい時にはソファで過ごしたり、畳の部屋を用意し思い思いの時間を過ごして頂けるように工夫している。 | | |
| 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 | 本人が使い慣れた寝具や家具を持ち込んでもらっている。居室の整備については必要以上に干渉せず本人が居心地良く過ごして頂ける様にしている。 | 可能な限り自宅でご本人の使っていたタンスやソファ、知人やご家族との写真などの馴染みの物を持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるようにしています。 | |
| 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 | 利用者の状況、独歩の方、車イスの方に応じて生活動線に合った安全な環境を作りを行い、できるだけ自立した生活が送れるよう支援している。 | | |