

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------|------|--|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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踏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 | 理念に基づいた支援について、採用時、スタッフミーティング、ケアカンファレンス、内部研修会等で話し合い、反省もしながら皆で取り組んでいる。 | 職員は常日頃から理念に立ち返り、「その人らしく・笑顔で・地域の中で」を念頭に、理念を共有しケアの実践につなげている。 | |
| 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 | 町内会行事（江ざらい、リサイクル当番）には毎回職員が参加している。利用者の重度化が進み、これまで積極的に参加していた公民館行事等への参加が困難になっている。地域の保育園児はほぼ毎月訪れ交流している。毎月発行のホーム便りを地域の方にも届けている。近所の方で野菜や花を届けて下さる方もいる。 | ボランティア（民謡、三味線、フラダンス等）や、地域の保育園児の訪問を受けたり、毎月発行のホーム便り「かみいち福祉の里」を地域に回覧し、事業所前の道路沿い掲示板にも掲示（4カ月分）している。近隣の方々より取れたての野菜や季節のお花をもらう等、地域との交流を図っている。 | |
| 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 | 町が開催する認知症家族教室への参加を呼び掛けたり、認知症はいかいSOSネットワーク事業への協力を行っている。共用デイでは、地域で暮らす認知症の人と家族に対し柔軟な対応で支援している。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 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 | 地域も高齢化が進み、認知症は今や地域住民にとっても身近なものとなり、区長や民生委員、町会議員から地区の現状を聞いたり、認知症やホームについての質問があれば具体的に説明している。行政や地域の方々と情報・意見交換する事でサービスの質の向上に努めている。 | 地域の区長、副区長、民生委員、町会議員や町の住民、地域包括支援センター職員、家族の参加を得て、隣接のお寺で2か月ごとに開催している。会議では、事業所の現況報告や参加者からの意見を頂き、サービスの向上に活かしている。 | |
| 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 | 毎月ホーム便りを持って訪問している。質問や疑問があれば随時相談し、助言を頂いている。地域ケア会議や行政関連の会合に参加し情報や学びをケアや運営に活かすようにしている。 | 運営推進会議には毎回参加して頂いている。また、地域ケア会議や地域密着型サービス連絡協議会に出席し、協力関係を築いている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6 | 5 | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p> | <p>身体拘束の弊害については十分理解しており行っていない。転倒の危険性のある人に対してはセンサーマットの設置で自由に動いて頂きながら安全確保に努めている。しかし、人員配置が手薄になる時間帯には転倒リスクの高い人にじっくり付き添えないこともあり「待っていて」「座っていて」などの言葉で行動を制限している事がある。ただ、状況の許す限り付き添う努力はしている。</p> | <p>身体拘束については、日々のミーティングやミニカンファレンスで確認している。転倒の危険性がある利用者には、センサーマットで安全確保につなげている。時々、言葉の拘束が見受けられるので声を掛け合い注意している。</p> | <p>何気なく使ってしまうスピーチロックについて、職員全員の意識調査や現状を把握し、具体的な言葉掛け事例集を作成する等の取り組みが期待される。</p> |
| 7 | | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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されることがないよう注意を払い、防止に努めている</p> | <p>外部研修での資料を回覧し、虐待は絶対行ってはいけない事、疑わしい段階でも必ず報告が必要である事等の周知を行った。職員間で常に注意を払いながら何気ない言葉に配慮が欠けていなかったか等声をかけ合っている。又スタッフミーティングでも話合っている。</p> | | |
| 8 | | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p> | <p>制度を利用する利用者は過去から現在までいなかったが、今後必要のある利用者には関係機関への橋渡しをしていきたい。</p> | | |
| 9 | | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p> | <p>全ての事項について理解されるまで丁寧に説明し同意を得るようにしている。重要事項、契約内容以外の要望や不安な想いに耳を傾けながら可能な限りの意向に応える努力をする姿勢を伝えている。</p> | | |
| 10 | 6 | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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</p> | <p>年1回の家族交流会では家族と事業所側が集まって意見交換会を行っており、生の声を直接聞く事が出来る貴重な場となっている。家族の来訪時やケアプランの作成前や説明時には個別で要望を伺うようにしている。運営推進会議への参加を呼び掛けているが家族の都合もあり最近参加者が少ない。年3回家族アンケートを実施している。投書箱を設置している。</p> | <p>家族会を結成して、年1回家族交流会を開催し意見交換を行っている。また、年3回（お盆・年末・交流会時）家族アンケートを実施し家族からの意見、要望を聞き取っている。</p> | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 隔月開催の役席ミーティング、3ヶ月毎開催の合同ミーティングには事務局も交え問題点や解決策を話し合っている。早急に解決すべき事案はその都度報告し、速やかに解決するようにしている。 | 日々のミーティングやミニカンファレンスで職員から意見、提案を聞くように努めている。利用者の高齢化、重度化による利用者への安全配慮と職員の負担軽減策として、浴槽内リフトの導入提案がある等、出された意見や提案を運営に反映させている。 | |
| 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 | 職員と個別面談を行い、業務に関するもののみならず職場内の人間関係も含め、悩みや要望を聴く機会を設け、就労環境の向上に努めている。経験や資格、勤務状況をもとに、役席への登用を積極的に行うなど職員の就労意欲の向上に努めている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取組み 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 | 年度当初に、職員が講師となる内部研修計画を立て、必要な知識と技術を習得し、その実践に努めている。出来る限り外部研修へ参加する機会の確保に努めるとともに、国の助成制度を活用し、有期雇用職員の初任者研修終了を支援し、正社員として育成した。 | | |
| 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つくり、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組みをしている | 国、県のグループホーム協会等に参加すると共に、地域密着型事業所の保険者管内連絡協議会や地域ケア会議などに出席して、交流や情報交換を行っている。町の保健福祉関係者交流会にも毎年数名が参加し、ネットワークづくりに努めている。 | | |
| 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 サービスの利用を開始する段階で、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 | サービス開始前には、本人の生活状況を知る為に生活の場を訪問し面談している。その際には安心して頂けるような雰囲気づくりに心がけ、思いを受容する姿勢で関わり、信頼関係が築けるように努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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 | サービス利用開始の段階から家族の理解者である事を伝えることで安心して頂き、本人にとってどのような支援が大切なのか共に考えていく姿勢で対応している。初期には面会も多く、些細な事も話せるような雰囲気づくりを心がけている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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 | 相談時は、本人、家族の想いを把握し、緊急性の有無やどのサービスが適切なのを見極めるようにしている。必要に応じ他サービスや他事業所に繋げるなどの対応を行っている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 利用者にはお世話されていると感じさせないような言葉かけを心がけている。出来る事を探り、強制ではなく、行ってもらえる場面を作り、自然な流れで手伝ってもらった際には感謝の言葉を伝えるようにしている。 | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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 | 面会時には家族と一緒に会話する時間を設けたり、毎月写真付メッセージを送り近況報告をしている。面会の少ない家族には行事や交流会への参加を呼び掛けるなど、本人と家族の関係が途切れないよう働きかけている。 | | |
| 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 | 以前は行きつけの理美容院へ行っていた利用者が重度化や高齢化が進むうちに外出自体が困難になっている。それでも少数ではあるが、体調やタイミングをみて可能な限り買い物や理美容院、ホーム周辺の散歩など地域へ出かける工夫をしている。各ユニット間の交流を積極的に行っており、隣棟へいく事を楽しみにされている利用者もいる。 | 馴染みのお店での買い物や理美容院へ出かけたり、同事業所の隣接棟の利用者と行き来し、馴染みの関係が途切れないように支援している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 利用者同士の関係性や相性を考慮して席の配置を工夫したり、孤立しがちな利用者を注意深く見守っている。重度化が進み利用者同士が会話でコミュニケーションを取るの難しいが、共に唄ったりレクリエーションや軽作業をする中で良好な関係性を作っている。 | | |
| 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 | 入院の場合は入院先を訪問し、地域医療連携室と連絡を取りながら、その後の経過を見守るようにしている。 | | |
| 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。 | 毎日の関わりの中で望んでおられることは何か、常に考えながら接するようにしている。アセスメントを重要視しておりセンター方式を活用しチームで取り組んでいる。状態に変化があれば緊急カンファレンスを開き速やかにプランの見直しを行っている。 | 入居後しばらくは生活歴やこれまでの生活リズムを把握しながら、職員全員で見守りし接している。入居後の本人の様子を家族に伝えることで、家族が思う本人の気持ちや思いを聞くようにしている。 | |
| 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 | 入居時には生活歴や習慣などを家族にシートに記入してもらっている。居宅の介護支援専門員から情報を得る事も多い。入居後の関わりを積み重ねながら、生活歴の把握を深めようと努めている。 | | |
| 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 | 日々の関わりの中で表情や行動、言葉の中から思いやこれまでの生活を探っている。普段の関わりの中にたくさんの情報があり逃さないよう注意し、記録に残す事で職員間で情報を共有している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | センター方式を活用しアセスメントを行っている。本人の思いの把握と家族の意向や主治医の意見を計画に反映できるよう事前に確認し、可能な家族にはカンファレンスに参加して頂くような声掛けをしているが、ここ最近では参加されるケースはなかった。 | センター方式のアセスメントの実施、ケアプラン評価、ケアカンファレンスでのプラン見直しなど一連の流れを職員全体で取り組んでいる。見直されたプランが日々実践しやすいように工夫され、計画を中心としたケアに取り組んでいる。終末期での医療対応も含めたプラン作成によりケア内容の統一が図られている。 | |
| 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 | ケアプランに添った記録と本人の様子、声掛けの内容や成功例失敗例も細かく記入するようにしている。しかし、職員のレベルの差もあり気づきや工夫が記録されていないこともあり、引き続き継続した訓練が必要である。 | | |
| 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、その時々に見え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 | 身体機能の低下により当施設での入浴が困難になってきた方への対応として家族に説明、機械浴など身体介護に対する設備の整った施設への転居を提案するなど状態の変化に合わせた支援を行っている。又、利用者の希望や状態に合わせ入浴時間や福祉用具の導入、急な受診介助など臨機応変に対応している。 | | |
| 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 | 可能な方は地域の理美容院へ出かけたり、外出困難な利用者には地域の美容院が訪問してくれる。琴演奏、三味線、フラダンス、民謡、踊り、芝居など、多くのボランティアの受け入れで利用者を楽しんで頂いている。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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、家族の意向を確認したうえでかかりつけ医を決定している。協力医療機関の定期訪問診療を受けており、他科受診が必要な時には紹介状で連携しながら適切な医療が受けられるよう支援している。体調の変化や受診結果はタイムリーに家族へ連絡し、必要に応じ医師と直接面談して頂けるような場を設定するなどしている。 | 常勤看護師が配置され体調変化や緊急時にはかかりつけ医と連絡を取り迅速な対応が図られている。複数の協力医の訪問診療や地域の総合病院との共同診療体制などの対応が受けられる事で本人・家族の安心が得られている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | | <p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。</p> | <p>介護職員はどんな小さな事でも気になったことは報告するようにしている。そこで与えられた指示をもとにケアにあたり気づいた事をまた報告するようにしている。看護師は24時間体制でオンコール対応している。各棟に常勤看護師を配置している。</p> | | |
| 32 | | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。</p> | <p>入院された場合はホームでの情報を医療機関に提供している。入院中は地域医療連携室を通して情報交換しながら面会している。看護師が中心となり家族や医療機関と連絡を取りながら経過を見守り、退院後の生活が安心できるものとなるように支援している。</p> | | |
| 33 | 12 | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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。</p> | <p>契約時に医療連携体制について説明し、重度化の可能性がみられた時点で本人、家族の意向を確認し、医師を交えた話し合いを密にしている。主治医が対応不可能な場合も想定し共同診療体制を整え臨終に備え看取りを行った。タイミングを見計らい終末時の契約書を作成し説明と同意をくり返ししながら慎重に進めた。終末期プランを立案し職員全員が共有できるようにした。内部研修会でも終末期ケアを取り上げ、職員がどのような心構えでいれば良いのかを事前に話し合った。</p> | <p>契約時に終末期の方針の説明を行っているが、本人の状態や終末期に対する意向はその時々で変化していくため、事業所側よりタイミングを見てかかりつけ医と家族を交えて話し合いを行っている。終末期となった段階で、医療対応も含めた計画を作成し、家族の意向をその都度確認しながら、関係者間で方針の共有を図り支援を行っている。</p> | |
| 34 | | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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。</p> | <p>緊急時の対応について研修会を開催し対応策はマニュアル化している。利用者個々の身体状況から想定される病状の変化について看護師がその都度指示、助言をしている。</p> | | |
| 35 | 13 | <p>○災害対策</p> <p>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。</p> | <p>年4回消防避難訓練を行っている。自主点検票を作成し、夜勤者による点検は毎日実施している。夜勤者は各棟1名ずつの為、訓練を行う度に避難誘導の大変さを実感しており、絶対火災を出さないための防災策が重要だと痛感している。地震対策としては家具を固定し非常用の備品を各棟に備えている。</p> | <p>年4回のうち1回は消防署の協力を得て避難訓練を行っている。地域の方に緊急通報先をお願いし、何かあれば駆け付けてもらう体制を取り、訓練時にも実践してもらっている。地域からは災害マップの配布を受けている。</p> | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------------|------|---|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | 14 | ○一人ひとりの人格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 | 排泄時や更衣時等、扉が開いたままのことがある。言葉かけでも親しみと馴れ合いを混同していなかったか、自尊心を傷つけていなかったか等、個々の振り返りや職員間で気づきを話し合う必要があると感じている。 | 職員同志が日々のケアの中で気づいた事を注意したり、フォローし合う関係をつくりプライバシー確保に努めている。また、「個別ケア」の意識づけを徹底している。 | |
| 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 | 着る服やおやつを選んで頂く等、自己決定できる場面を作っているが、自己決定して頂ける場面はまだまだあると思われ、今後更に取り組んでいきたい。 | | |
| 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し、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 | 個々の生活習慣、リズムを大切にし、それに合わせた支援を心がけている。家事作業や手仕事に生きがいを感じている人には希望があればいつでも提供できるよう様々な作業を準備している。入浴なども本人の意向を聴き無理強いしないが、清潔保持のための工夫は常に行っている。 | | |
| 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 | 重度化が進む中、服選び等、本人の意思で出来る人が少なくなってきており職員が決めている事も多かった。その場合でも違った服を着て頂くなど配慮している。朝の洗顔、口腔ケア、髭剃りなど声をかけながら実施している。 | | |
| 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 | 野菜の皮むき、盛り付け、配膳、お盆拭きなど出来る人には行ってもらっている。時には何が食べたいか等伺い、調理担当者に伝えたり、おはぎやケーキ作りなど一緒に出来る事を楽しみながら行ってもらっている。職員と共に食卓を囲み楽しい雰囲気づくりを心がけている。 | 重度化が進んでもできるだけリビングに出てもらい、利用者と職員と一緒に食卓を囲み食べるように支援している。利用者にリクエストを聞いて献立を決めたり、家族交流会での会食や外食が楽しみとなるように計画している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 食が進まない人にはおにぎりや丼物にするなど食べやすいよう、又視覚的にも工夫している。ムセや嚥下困難な方にはとろみや刻み、ミキサー等形態の工夫をしている。食事、水分量をを確認しながら水分を摂って頂けない方にはゼリーの味を多彩にするなど工夫している。 | | |
| 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に、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 | 毎食後口腔ケアを行っている。うがいができない方には口腔用ウエットを使用し清拭している。訪問歯科診療の活用で歯科医の助言も頂きながら口腔ケアを行ったケースもある。 | | |
| 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向けた支援を行う | 24時間シートを活用する事で排泄パターンを把握、個々に応じトイレへの誘導を行っている。利用者自身でパンツの上げ下げがしやすいよう排泄用品を個々に適したものを選んでいる。 | 看護師を中心に水分摂取や排泄の管理を行っている。記録をつけて個々の排泄パターンに合った誘導のタイミングで声かけし、失敗なくトイレでの排泄ができるように支援している。 | |
| 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 | 自然排便につながるよう乳製品やブルーベリー、オリゴ糖の摂取を勧めたりしてなるべく下剤に頼らないケアを心がけている。オムツ使用の方でも排便がすっきりしない時には便座に座ってもらうなどしている。 | | |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | 気分がムラがあり拒否が多い方にはその人のタイミングをみて午前中に入浴して頂いている。重度化が進む中、家庭浴槽では対応が難しい方が増え福祉用具を導入した。利用者の安全と介護者の負担を考えながら常に試行錯誤している。内部研修会では介護方法についても検討した。 | 利用者が気持ちよく入浴できるように声かけを工夫して誘っている。拒否が見られてもタイミングを見計らって誘う事で入浴する事が出来たり、重度化対応として浴槽内リフトを導入する等、利用者の希望や安全に配慮した入浴の支援に取り組んでいる。 | |
| 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 | 一日の生活リズム、体調の把握に努めている。その人のペースを大切にしたいが、昼夜逆転にならぬよう日中の活動性を上げるための声かけをしている。ケアの工夫でも夜間の良眠に繋がらない場合は、医師に相談し生活に支障のない程度の弱い内服が処方されるケースもある。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 薬局から届いた薬は看護師が投薬しやすいようセットしている。薬剤情報ファイルで誰でも内容を確認出来るようにしている。処方に変更あれば看護師から副作用等について注意事項を伝達している。服薬漏れや誤投薬の無いよう、声だしダブルチェックを行っている。 | | |
| 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 | 晩酌される方にはお酒を、コーヒーが好きな方には時間をみて提供するなどしている。歌うことが好きな方、家事作業が好きな方など好みを伺いながら楽しみ場作りを行っている。 | | |
| 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。また、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 | 季節や体調をみて戸外の空気に触れて頂く機会を作っている。気候の良い時期には日常的にホーム前・中庭でお茶やおやつを頂いたり周辺を散歩している。四季を感じて頂けるような場所（花見、そうめんツアー、紅葉狩りなど）へは利用者との会話の中で行く場所を一緒に考えたりしている。 | 天候を見て近くのお寺まで散歩に出かけたり、希望を聞いて戸外に出る等「ホームの中だけでケアが終わらないように」という意識を持って支援している。家族に協力してもらい定期的に外出をしている利用者もいる。 | |
| 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 | 本人の希望と家族の理解の元で金銭の自己管理をしている利用者がある。買い物の際に自分で支払いをされる方もいる。 | | |
| 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 | 娘に電話したいといわれる方には支援している。年賀状を出す支援を行っていたが、昨年は重度化や本人の拒否等もあり出来なかった。家族の方から送ってくださる方もおり、本人に渡すと笑顔がみられる。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 皆で過ごすリビング壁には季節を感じられる掲示物を提示している。玄関先に花を植えたり、廊下に写真を貼ったりして楽しんでもらっている。適温適湿を保つよう、空調、加湿、空気清浄器を設置している。共有スペースの中で音（声）が飛び交っている事があり注意していきたい。玄関掃除などに手が回らない時があり汚れたままで来客を迎えられていることがある。 | 家族が持参された花がいたる所に飾られ季節感が感じられる。リビングには毎月の行事が利用者に関わりやすく貼り出しており、楽しみとなっている。車イスや歩行器の使用が増えており、安全に移動できる動線を確保するようテーブル等の配置変えを行っている。 | |
| 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 | 各棟に2か所ソファを設置し誰でもくつろげるようになっている。好んで利用される方もおり、それぞれ居心地の良い居場所を確保されている。反面、限られたスペースの中で居場所を求めて利用者間でトラブルになることもあり、状況に応じ工夫や対応をしている。 | | |
| 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 | 入居の際には自室の環境づくりの大切さを説明し、使い慣れた家具や馴染みのある物を持ち込んで頂き、温かい空間づくりを提案しているが、居室環境には個人差がある。 | 利用者の身体状況の変化に応じて電動ベッドや手すり等の福祉機器を導入し、安全に配慮した環境を整えている。自宅と同じように過ごしてもらうために、本人の馴染みのソファを持参してもらうなどの提案をしている。 | |
| 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」や「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 | 歩行器や車椅子が増え、共有スペースが狭くなってきている。安全に移動して頂けるよう注意している。利用者によっては居室前に椅子を置き安全に靴の脱ぎ履きをして頂いている。自室、トイレなど分らない方のために目印を付けている。 | | |