

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 | 0970101861 | | |
| 法人名 | 株式会社 SOYOKAZE | | |
| 事業所名 | 今泉ケアセンターそよ風 | | |
| 所在地 | 栃木県宇都宮市中今泉4-22-1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和5年7月6日 | 評価結果市町村受理日 | 令和5年11月22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 www.wam.go.jp/wamapp/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/aHyokaTop20

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | 一般社団法人 栃木県社会福祉士会 | | |
| 所在地 | 宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内) | | |
| 訪問調査日 | 令和5年7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)】

・誰でも見やすいように大きく掲示したそよ風だよりは、写真も多くご利用者様・ご家族様・来訪者様にもご好評いただいています。
 ・10年以上続けている個人目標の取り組みで、毎日体を動かし筋力低下を最小限に出来ています。
 ・指先の運動・脳の刺激になるようジグソーパズルに取り組んでいます。飽き来ないよう種類も豊富に取り揃えています。
 ・日々の掃除、段差や障害物がないよう環境整備を行い生活しやすい空間作りに努めています。

【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)】

・事業所周辺には、図書館やコンビニが立ち並んでおり、利用者が利用することもできる。また、遊歩道もあり、日常的な散歩もできるなど生活しやすい立地となっている。
 ・事業所では、訪問診療を取り入れている。利用者に負担が少なく、適切な医療を受けることができ、利用者の安心にも繋がっている。
 ・身体拘束に関しては、毎月の身体拘束委員会を開き、タブレットにて身体拘束に関する事例を見ることができる。また、年2回、事業所内で身体拘束に関する研修を行い、ケアの振り返りなどに活かしている。
 ・体操や運動、趣味や家事仕事など利用者のやりたい事、できる事を職員と一緒に考え、生活の中で実践している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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の拡がりや深まりがあり、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、安心して暮らせている (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

| 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 | 理念は昨年新たに作成し、理念を共有できるよう毎朝朝礼で唱和し意識付けを行っている。 | 開業して20年が経ち、新たな理念を事業所全体で考え、変更を行った。両ユニットで毎日の朝礼で唱和したり、会議などで支援方法を確認する時に、理念に立ち返るようにしている。 | |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している | 地域との交流はコロナ禍により出来ていなかったが、会社としてコロナ以前の生活に戻そうという動きがある為、今期から少しずつ再開できると思っている。 | コロナが第5類に移行後、地域との交流は少ない状況である。自治会に加入しており、地域の行事や情勢などの情報のやり取りをしている。 | |
| 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 | 地域の人々に向けての発信は出来ていないのが現状。 | | |
| 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 | 意見がなかなか出ず、それぞれの報告のみで終わってしまっている。 | 推進会議の委員は、地域包括支援センターや民生委員、両ユニットの利用者代表やセンター長が出席している。今年の4月から対面で運営推進会議を行っており、委員の直接意見を聞くことができています。意見は全職員にも共有され、改善などに役立っている。 | |
| 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 | 事故報告等行うのみとなっている。 | 介護保険制度に関する疑問や書類提出は、介護福祉課の窓口に出向いたり、電話で行っている。コロナワクチン接種に関する情報は、市とメールでやり取りをしている。 | |
| 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 | 会社の方針により単独外出防止の観点から玄関は施錠している。その他、身体拘束については毎月委員会を開催し、研修も3ヵ月毎に行い理解を深めている。 | 会社には身体拘束や虐待防止に関するマニュアルがあり、年2回の研修を事業所内で行っている。研修後は、全員がレポートを提出し、研修内容の理解を深めている。また、タブレットを使用し、身体拘束に関する事例を視聴できるようになっている。 | |
| 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 | 3ヵ月毎に研修を実施し虐待防止に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 現状権利擁護に関する制度について学ぶ機会がない。 | | |
| 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 | 契約の締結、解約等の際には、管理者から説明し疑問点等解消できるよう十分な時間を設けている。 | | |
| 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 | 日々のお電話でご家族様にご意見・ご要望がある際は伺い、話し合っ方針を決定している。 | 利用者からは、食事の内容や普段の生活のことに対する意見が聞かれている。家族には、面会時や計画書変更時に意向を伺っている。身体状況の低下を少なく、好きなことをさせてほしいという意見が多くあり、運営や計画書へ反映させている。 | |
| 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 | 日々の業務の中で意見・提案等出しやすい雰囲気作りが出来ており、出来る限り反映してくれている。 | 管理者は、職員からの意見について、日々の業務の中で聞いており、業務改善や運営に反映させている。また、年1、2回、職員一人ひとりと面談をし、個人の悩みや職場環境の改善について話し合っている。 | |
| 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 | 定期的に考課表を元にセンター長が職員と面談を行っている。 | | |
| 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 | センター長と管理者が協力し職員の実情把握に努めている。外部の研修はコロナ禍によりなかったが、内部の研修には参加できている。 | | |
| 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組みをしている | 毎月社内でグループホーム協議会があり、県内・県外のグループホームとの意見交換、相互訪問を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居前からご本人がどのように生活しているのか、何に困っているのか何が好きなかを伺い、入居後もなるべく生活しやすいよう配慮している。 | | |
| 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 | 入居前からご家族様とどのように生活してほしいか等要望含め話し合い、これまでの生活からかけ離れる事のないよう努めている。 | | |
| 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 | 入居相談の際にお話を聞き、必要であれば他サービスの検討を勧めている。 | | |
| 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 | 家事手伝い等参加していただき、難しい事・できないことのお手伝いをさせていただいている。 | | |
| 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 | お客様の要望や必要なもの等ご連絡し、面会の際などに声をかけて頂いたり必要なものをお持ちいただいたりしている。 | | |
| 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 | 要望があれば面会や電話等繋げるが、現在特にそういった要望はない。 | 面会制限が緩和され、利用者は居室で家族と話をすることができている。また、外泊や外出も緩和され、希望者は以前より出かけやすくなっている。遠方の家族や親族には、電話で話してもらいようにし、馴染みの人との関係が途切れないようにしている。 | |
| 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 | 仲の良い方と同じテーブルになれるよう普段の様子を観察し配慮している。また、レク等で全員が顔を合わせ関わられるようにしている。 | | |

| 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 | 退去後連絡があれば対応するが、こちらから連絡することはほぼない。 | | |
| 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) | ○思いやりや意向の把握 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 | どのように生活したいか何がしたいか等一人一人に聞いている。聞き取りが難しい場合は性格や表情から読み取っている。 | 本人の意向は日々の会話の中で把握している。本人のやりたいことやできることに着目し、暮らしの中で実践できるようにしている。意向の把握が難しい方には、表情や仕草などで汲み取るようにしている。また、家族からも自宅で生活していた様子や状況を聞くなどし、本人本位になるように努めている。 | |
| 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、これまでどこでどのように生活していたかなるべく詳しく聞き取りを行っている。 | | |
| 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 | 毎日申し送り等でスタッフ間で共有できている。 | | |
| 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 | ご本人の要望を聞き、ご家族様や医師、職員等で話し合い、その人に合ったケアが出来るよう計画作成に努めている。 | 計画書は管理者が、本人や家族、看護師、薬剤師、職員の意見をもとに作成している。3か月毎に管理者がモニタリングを行い、現状に沿った計画書となるように取り組んでいる。 | |
| 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 | 個別記録はもちろん、申し送りノートで情報の共有は出来ている。また、身体状況に合わせ必要なら介護計画の見直しも行っている。 | | |
| 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 | 最近ではお客様の妻の葬儀への外出支援を行った。これまでご家族様対応が当たり前だったが、ご家族様の要望によりスタッフ付き添いとなった。 | | |

| 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 | withコロナにより会社の方針も変わり外食や外出等希望があれば行えるようになった。 | | |
| 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 | さつきホームクリニックが二週間に一回訪問診療に来ている。その他にも緊急時や特変時に連絡を取り指示を仰ぎ、必要に応じて医師や看護師の往診がある。 | 入居前にかかりつけ医を継続できることを説明しているが、訪問診療を希望される方がほとんどである。眼科や皮膚科、整形外科など訪問診療で対応が難しいものは、かかりつけを継続されている。他科受診は、職員が付添い、日々の利用者の様子を伝えることができ、円滑に医療の提供が行われている。 | |
| 31 | | ○看護職員との協働 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 | 気付いた事や体調の変化は速やかにさつきホームクリニックの看護師に連絡し相談している。 | | |
| 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、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。また、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。 | 普段から病院関係者との関係作りは行っていないが、入院した際は定期的に連絡し情報交換が出来ている。 | | |
| 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 | 終末期のあり方等はご家族様と話し合い、出来る事出来ないことを説明しご納得いただいている。また、福祉用具等必要な支援に関しても説明を行っている。 | 入居時の契約の際に、看取りや重度化した場合について事業所の方針を説明している。また、体調悪化や重度化した時は事業所の指針を改めて伝え、意向確認をとっている。医師から家族へ説明する場合もあり、より安心して看取り等ができる体制となっている。 | 看取りや重度化に関する勉強会や研修を充実させ、より事業所で取り組めるように期待します。 |
| 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 | 急変や事故の初期対応については口頭で伝え周知しているが、応急手当はできない職員もいる。 | | |
| 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 | 年に2回日中・夜間それぞれを想定し避難訓練を行っている。 | 年に2回利用者と職員で避難訓練を行っている。消防署立会いもあり、様々な助言を得られている。会社の災害マニュアルがあり、会議や入社研修などで説明や確認をしている。災害時は民生委員や自治会長、元看護師の福祉委員が協力してくれる体制になっている。 | |

| 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 |
| 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 | トイレや浴室、居室等扉を閉めるよう配慮している。また、お客様の立場に立った声かけが出来るよう気を付けている。 | プライバシー保護や個人情報の取り扱いマニュアルがあり、それを基に研修や勉強会を開いている。また、利用者の人格を尊重し、名字でさん付けで呼ぶように統一している。 | |
| 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 | どうしたのか何がしたいかを問いかけるようにしている。言葉を発するのが難しい方は首を振って答えられるような質問にしている。 | | |
| 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 | 1日の流れは大体決まっているが、それ以外は居室で横になったり好きなテレビをみたりお話したり思い思いに過ごしていただいている。 | | |
| 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 | こんなものが欲しいと要望があった際にはご家族様にお伝えしている。ご自分で選べない方には季節に合ったその人らしいものを身につけていただくようにしている。 | | |
| 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 | 衛生面から、食事の準備は職員が行っている。 | 食事は、主菜や副菜は厨房で作り、ご飯とみそ汁は各ユニットで作っている。月に1度、利用者が食べたいものを取り入れるなどしている。また、季節の行事に合わせて、おやつ作りを利用者と一緒に行っている。利用者によって、テーブル拭きなどを手伝う方もいる。 | |
| 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 | 食事形態は嚥下能力をみて決定している。また、水分摂取量は1500ccを目安とし、ジュース等購入し提供している。 | | |
| 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 | 歯ブラシや口腔ケアスポンジを使い分け、ご自分で磨けない方は介助している。 | | |

| 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 |
| 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っている | 立てない方も職員2人介助でトイレ誘導し、自力での排泄が難しい方には腹部マッサージ等を行っている。 | 車いすの方でも座位保持が可能な場合は、トイレでの排泄を支援している。夜間は、睡眠時間や身体面を考慮し、オムツやポータブルトイレを使用する方もいる。 | |
| 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 | 午前中に毎日体操を行っている。また、水分を摂取していただけるよう声かけや飲み物の種類を増やしたりの工夫をしている。 | | |
| 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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている | 職員配置の都合やお客様の重度化により入浴の日はこちらで決めてしまっている。 | 入浴は、曜日や時間は決まっているが、菖蒲湯やゆず湯、その他入浴剤を使用し、入浴を楽しめる工夫をしている。浴室は、個室のお風呂が二つ用意されており、仲がいい利用者同士で入浴することもある。重度化した場合は、シャワー浴で対応するなど、身体状況を見て支援している。 | |
| 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 | 日中も居室で横になったり、夜間は眠くなるまでテレビをみていたりと思い思いに過ごしている。 | | |
| 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 | 薬情は職員がいつでも見られるようファイリングしている。また、訪問診療時に医師からあった話は申し送りノートで共有している。 | | |
| 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 | 編み物や読書等、好きなことが出来るよう支援している。また、普段おやつ時間にチョコレートやおせんべいなど「食べたい」と要望のあった物を出せるようにしている。 | | |
| 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 | お客様の重度化が進みその日の希望に沿うことが難しくなっている。 | コロナが第5類に以降後も戸外に出かけたり、日常的な散歩があまり行っていない。 | 利用者の希望を聞きながら、戸外へ出かけたなり、散歩の時間が取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 |
| 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 | 少額の金銭を持っている方はいるが使用する機会はない。ご家族様や職員が買い物に行っている。 | | |
| 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 | 希望がある場合には職員が電話をかけ、お客様に代わっている。 | | |
| 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 | 落ち着いた空間になるようあまりごちゃごちゃしないよう配慮している。 | 利用者が移動する導線には、障害物がないように、日頃から環境整備や点検に努めている。また、洗面台にひまわりを飾ったり、行事の写真をフロアに貼ったりと季節や生活感がわかるように工夫している。 | |
| 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 | 1人になりたい時は居室に戻ったり、リビングにソファを設置しテレビを見たりお話ししたりできる。 | | |
| 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 | 自宅で使用していた家具をお持ちいただいている。また、使い慣れたバッグや小物等持っている方もいる。 | 居室はベッド、エアコンは備え付けだが、カーテンは持ち込みのため、利用者の好みの色や柄を取り付けられる。本人が過ごしやすいように部屋のレイアウトは、本人と家族で決めてもらっている。冷蔵庫や仏壇などを持ち込む方もいる。 | |
| 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 | 居室の前に表札を付けご自分の部屋がわかるようにしている。また、トイレも3カ所あるのでそれぞれにわかりやすく大きな文字で「トイレ」と表記しご自分で迷わず行けるよう配慮している。 | | |