

### 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   | 1290300050       |            |            |
| 法人名     | 株式会社 日本ケアリンク     |            |            |
| 事業所名    | せらび千葉稲毛          |            |            |
| 所在地     | 千葉市稲毛区宮野木町2125-7 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年11月6日       | 評価結果市町村受理日 | 平成30年2月13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 | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                          |  |  |
|-------|--------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所 |  |  |
| 所在地   | 千葉県千葉市稲毛区園生1107-7        |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年11月30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)】

地域との繋がりを大切にし、せらびを利用されているご利用様が生き生きと生活できるように支援しています。  
又、ご家族様も安心できるような関係作りに努めています。  
スタッフが働きやすい職場になるようスタッフの意見を取り入れています。

【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)】

ホーム名にもなっているせらび(素晴らしい人生)を地域と共に過ごせるよう支援している。2か月ごとに開催する運営推進会議は参加者が多彩であり、さまざまな意見をもらい、支援に活かすように取り組んでいる。近隣の学校や幼稚園との交流も盛んであり、利用者の楽しみとなっている。行政とは、地域包括支援センターとの情報交換、市主催の研修への参加など協力関係を築くだけでなく、ホームの存在の周知にも力を注いでいる。

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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | <input type="radio"/> | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | <input type="radio"/> | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/> | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)   | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |  |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                             | 年間事業所計画に基づき実践している。毎月の会議を利用し、振り返りを行えるようにしている。                     | ホーム名となっているせらび(素晴らしい人生)に向けて、管理者、職員は常に話し合いながら理念を意識した支援に努めている。   |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                             | 自治会のイベントに参加をしている。中学校からは毎年合唱の発表に来て頂いている。                          | 自治会に加入しており、地域の情報を得る事ができている。また、運営推進会議には近隣の中学校校長が出席するなど、地域との連携を深めている。                                   |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                           | 広報誌を発行し、事業所の情報を発信している。自治会の夏のイベントで子供みこしの休憩所として使って頂き交流している。        |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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        | 地域の方、あんしんケア、学校長、同業者を呼び運営推進会議を行っている。運営状況を報告し参加者から意見を頂けるように努めている。  | 併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で年6回開催しており、会議の中では事故やヒヤリハットも報告している。時には歯科医師の講義を入れるなど、マンネリ化せず、有意義な会議になるように工夫している。    |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                  | あんしんケアとは日頃から個別の相談をし、運営推進会議でも助言を頂いている。しかしスタッフの半数は把握しきれていない。       | 市の担当課とは管理者が中心となって連携を図るようにするとともに、行政主催の研修に職員を派遣している。また、地域包括支援センターとは日頃から情報交換をしている。                       |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 事業所必須研修に身体拘束、虐待防止の項目がある。リスク委員が中心になりフロア会議で身体拘束の項目について確認している。      | 身体拘束をしないケアについては、内部外部の研修を受講し、理解を深めるようにしている。また、フロア会議で事例検討なども行うとともに、日常的な言葉がけについても気づいたことは職員間で話し合うようにしている。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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        | 事業所必須研修に身体拘束、虐待防止の項目がある。毎月チェックシートを用い自己の振り返りや他スタッフの言動を確認する機会があった。 |   |                   |

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

| 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<br>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    | 研修は行っているがスタッフの大半は制度について理解ができていない。                            |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | 契約に関しては基本、管理者、計画作成担当者が行っている為、契約内容がどのようなものか把握していないスタッフもいる。    |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 担当者会議を開き、意見を取り入れている。ご家族から要望や意見があった場合は記録に残し上長への報告も行っている。      | 家族の来訪時や運営推進会議の場で意見を聞くようにしている。また、年1回法人として「お客様満足度アンケート」を行っており、意見、要望を把握する機会としている。把握した意見は共有し、反映に努めている。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 毎月のフロア会議でスタッフから意見を聞く機会を設けている。フロア内で解決できない場合はリーダー会議で話し合いをしている。 | フロア会議のほか、日常的にも職員の意見を聞くようにしており、会議の場で職員全員で共有し、検討のうえ、反映できるように努めている。また、半年に1回の人事考課などでも意見を聞き取っている。       |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 希望休は取りやすくしている。<br>人事評価を取り入れ、定期的に面談は行っている。                    |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 個人の目標を設定し、評価を行っている。<br>各研修に参加できるようにシフト調整をしている。               |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 同業者との関わりは運営推進会議、地域会議等で行っているが、一部の職員だけになってしまっている。              |  |                   |

| 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 |
| <b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |   |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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 | ご自宅やサービス提供先にお伺いし面談を行っている。<br>またご本人からも情報を得て、安心していただけるような声掛けを心がけている。 |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 面談を実施しご家族の意見を聞いている。<br>出来る限りご自宅にいた生活ができるように協力を頂いている。               |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 何が出来るのかをご本人ご家族と共有しながら必要な支援を行っている。                                  |   |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 自立を促せるような支援をするため出来ることは一緒に行っている。                                    |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | ご家族の負担にならないように役割を持って頂きケアを行っている。                                    |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 来所の際はゆっくり過ごせるように配慮している。お手紙のやり取りが続くように支援をしている。                      | 家族や友人が訪問した際にはお茶を出すなど歓迎している。また、利用者にとって馴染みの近隣の公園やコンビニなどにも出かけるようにしている。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | レクリエーションを通じ関わりを持てるようにしている。場合によっては個別の対応を行っている。                      |   |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | いつでも相談に応じる体制は出来ているが、スタッフの大半は把握できていない。                   |   |                   |
| <b>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</b> |      |  |   |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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   | 個々の思いや希望を伺い、把握できるように努めている。ご本人から伺うことが困難な場合はご家族から情報を得ている。 | 個々の思いや意向の把握は、利用者の発言を個人ケース記録などに残し、職員間で共有するようにしている。同時に家族からも情報をもらい、意向の把握に努めている。                                    |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居前にご家族から情報を得ており、ご本人からも聞くようにしている。                       |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 業務日誌やケース記録から状態を把握している。                                  |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 毎月モニタリング評価は行っている。変化があればご家族や医療関係者と話し合いを行い、介護計画を立てている。    | 主に居室担当者が毎月モニタリングを実施し、利用者の日常の変化に対するアセスメントも行っている。定期的にフロア会議で話し合い、変化があれば医療職などにも参加してもらいサービス担当者会議を開催して次の介護計画に反映させている。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 記録から情報の共有は出来ている。日々変化があればその都度対応している。                     |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | ご本人の状況に応じ、ご家族の代わりに出来る買い物や、受診等の支援を行っている。                 |   |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 自治会や近隣スーパーへ出向き地域の方と交流が持てるように実施している。   |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | ご本人の状況を把握し、訪問診療、訪問看護により適切な医療を受けられるように支援している。                                | 入所前からのかかりつけ医を継続するか協力医による往診のどちらかを選択できるようにしている。毎週訪問看護師が来て、日常の健康管理を行っている。何か問題があれば、協力医が昼夜を問わず対応してくれる体制がある。          |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 週1回訪問介護に来て頂き、相談できるような体制になっている。  |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時には面会を行い担当医や訪問看護の看護師から情報を得ている。しかしリーダー、計画作成担当者が中心な為スタッフが実際関わることは少ない。       |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化や終末期に向けた取り組みは契約時に説明はしている。管理者、リーダー、計画作成担当者が中心な為家族との話し合いに限られたスタッフしか関わりがない。 | 重度化や終末期の対応については「重度化した場合における対応指針」で説明し、契約時に同意を得ている。また、AEDの使用についても同様に同意書ももらっている。                                   |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | AEDを設置し、定期的な研修を行っている。緊急時の対応が手順通りに行えるように各フロアに手順書を掲示している。                     |   |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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回災害対策として訓練を実施している。地域の防災訓練にも参加をし、協力体制を築けるようにしている。                          | 年2回災害対策の訓練を行っている。今年度の夜間想定訓練は、消防署の立ち合いのもとで実施された。また、自治会の避難訓練には、利用者と一緒に参加している。災害時に備え3日分の食糧と人数分のヘルメット、防災頭巾が用意されている。 |                   |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                    | 個々のペースに合わせた対応を心がけている。研修の実施によりスタッフが意識することが出来ている。                   | 職員研修を実施し、周知しており、職員がホームの事をSNSに投稿する事も禁止している。また、虐待の芽チェックリストに基づき振り返り、利用者の尊厳を守るよう努めている。                |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 利用者を抑制せず、自己決定できるような工夫をしている。                                       |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 個人を尊重し、できる範囲で行っている。その日の暮らしに合う内容でコミュニケーションを取っている。                  |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 常に清潔を心がけ、その人の好みに合わせた支援を行っている。                                     |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | イベント食や、リクエストメニューなど楽しめるような機会を作っている。<br>ご利用者が食事作りに参加できるような取組も行っている。 | 食事作りには利用者もできることで参加している。時には出前を取ったり、お弁当を購入するなど食事に変化をつけている。また、毎月寿司職人がホームに来て握りずしを握っており、利用者の楽しみになっている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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           | 食事や水分量を記録に残している。<br>個々に合わせた食事形態に変えて提供している。                        |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | 毎食後口腔ケアは実施し、個々の状態を把握している。<br>記録に残し確認している。                         |   |                   |

| 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<br>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                             | 個々のADLや排泄パターンを把握できるようスタッフ間で共有している。トイレに行く習慣を忘れないよう定期的に誘導を行っている。        | 排泄パターンを把握しトイレ誘導するほか、職員の気づきで誘導するなどして、トイレでの排泄ができるよう取り組んでいる。また、便秘についてもできるだけ薬に頼らない支援に努めている。                  |   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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   | 薬だけに頼らず、食事面や排泄の状況を把握するようにしている。  |  |   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                            | 清潔が保持でき、気持ち良く入浴できるよう声掛けをしている。限られた時間しか入浴できない場合もあるが無理強いはずせず楽しめるようにしている。 | 基本的には、1週間に2回入浴できるようにしており、個々の状態に沿った入浴となるように配慮している。入浴を拒む利用者については、家族などにも協力してもらい、タイミングを見計らいながら入浴ができるようにしている。 |   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 体調を把握しながら、利用者に合わせた環境を作り、支援を行っている。                                     |  |   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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   | 医療との連携を図りながらその都度確認している。   |  |   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                            | イベントやレクリエーションを通し楽しみを持って頂いている。生活の一部として家事などの役割を持って頂いている。                |  |   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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支援している | 散歩や買い物は希望に添うように努めているが、以前より外出頻度は減っている。                                 | 衣類の購入などは、日程を決めて出かけている。誰かコンビニに行く人がいれば他の利用者も誘うようにしている。家族と一緒に定期的に外出する利用者もいる。また、グラウンドゴルフなど地域のイベントにも声掛けしている。  | 利用者の重度化と職員不足により、日常的な散歩の減少が否めない。利用者によっては、ケアプランに位置付けた日常の散歩の支援が必要であるかと思われる。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<br>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  | 個人で管理されている方もいらしゃる。買い物に行った際はご自分で使えるように支援している。                |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご本人と家族の希望によりやり取りができるように支援している。                              |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節に合わせた飾りをご利用者と作っている。温度、光、明るさには配慮し、居心地の良い環境になるようにしている。      | 居間からベランダを通して外が見え、明るく開放的である。エレベーター前と廊下の隅にテーブルと椅子が置かれ、利用者がよく利用している。居間には、季節に合わせた飾りつけがしてあった。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | テーブルの置き方を工夫したり、座席も希望を聞きながら居場所を作っている。                        |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 居室内は使い慣れた物を持ってきて頂いたり、自由に過ごせるようにしている。安心して使って頂けるよう整理整頓を行っている。 | 居室担当職員と家族が関わって、一人ひとり居心地よく過ごせる居室となるようにしており、それぞれ個性がある。利用者によっては危険がないように居室を整えている。            |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | ご本人が自立した生活を送ることができるように安全な環境作りに努めている。                        |  |                   |