

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 | 1070200934 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人いのかわ会 | | |
| 事業所名 | ケアホーム「家族の家」浜川 | | |
| 所在地 | 群馬県高崎市浜川1314番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成26年9月22日 | 評価結果市町村受理日 | |

※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 | |
|----------|--|

【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群馬社会福祉評価機構 | | |
| 所在地 | 群馬県前橋市新前橋町13-12 | | |
| 訪問調査日 | 平成26年10月9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)】

バックグラウンドを重視しつつも現在の姿をありのままに受け入れ、その人らしい利用者本位の生活を送っていただけるような援助を行っていく。希望があれば看取りも行う。

【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)】

日常的に利用者とともに買い物に行き、食事を一緒に作ったり片付けたりとグループホームの特徴を活かした生活を行っている。また、無農薬野菜を取り入れたり、炭で秋刀魚を焼いたりと食事を楽しめるように努めている。家族にむけては、利用者の日々の様子をアルバムにまとめるとともに、利用者の様子を便箋2枚くらいにまとめ、毎月の利用料請求とともに届け、利用者を家族とともに支える体制づくりに努力している。職員の資質向上に向けては、法人に数名の研修委員を置き、生活という大きなくりのなかでテーマを設定して勉強会や研修会を開催している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 (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と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している (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)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 |
| 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 | 必要に応じて再確認し、実践している。 | 開設からの理念を経営体制が変わったことを機会に、理事長・管理者やスタッフで今年見直しを検討している。理念を施設内に掲示し、日常的に確認しているが、理念の意味を職員全員で共有する機会を持っていない。 | 理念の意味と重要性を全員で話し合う機会を持ち、スタッフ間で共有し同じ方向性を持って、日々のケアに臨めることを期待したい。 |
| 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 | 毎月行われている、ふれあいサロンに参加しているが更なる地域密着を目指したい。 | 公民館で開催される「ふれあいサロン」に利用者とともに参加し、自治会長・民生委員や参加者と顔見知りになっている。また、利用者と一緒に近隣の商店に買い物に行き、顔なじみの関係が作られている。情報発信のためにホームページを作成している。 | 事業所自らが個々の利用者が地域で交流できる機会作りを期待したい。 |
| 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 | 認知症サポーターとして困っている方への適切なアドバイス、ボランティアの受け入れなど。 | | |
| 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 | 家族はもちろん、利用者にも積極的な参加を呼びかけ、サービス向上に努めている。地域の方からのアドバイスなども重視している。 | 利用者・家族・地域の役員・市役所の方が参加し、活発な意見交換をしている。開催日は家族の都合を聞き、年間を通して全員の家族に参加してもらえるよう調整している。今後も会議で出された意見をサービス向上に活かせるよう、具体的な検討をしていくこととしている。 | |
| 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 | 運営推進会議を中心に活発な意見交換を行い、協力関係を築いている。 | 主に手続きや申請で訪ねていくことが多い。今後行政の方向性を聞いたり、連絡を密にしていきたいと考えている。 | |
| 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 | 身体拘束は行っていない。 | 帰宅願望の強い利用者などは家族に生活歴を聴取するなか、日々様子を観察し、スタッフ全員で情報を共有している。「ちょっと待つて」ではなく、具体的に状況を伝えるようにしている。今後利用者の重度化に向け、環境を整えていこうと考えている。 | |
| 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 | 虐待は行っていない。 | | |

| 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 |
| 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 | 過去に権利擁護を利用していた利用者がいたため勉強を行った事もあるが、定期的に行う事も検討。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 契約時、管理者により十分な説明を行っている。 | | |
| 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 | ご意見箱の設置、施設内に相談先の掲示を行っている。 | 意見箱は、投函するときに他の方に見られないような位置に設置している。家族の面会の機会作りも考え、利用料は現金での支払いを原則としている。毎月の利用料請求時には、利用者の日々の様子を担当スタッフが便箋2枚くらいにまとめ、家族に送付している。 | 運営に関する家族の意見等を引き出す方策作りを期待したい。 |
| 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 | 管理者が中心となり、会議等で意見を吸い上げている。 | 毎月の職員会議(行事や運営)とカンファレンスを1回ずつ開催し、会議に出席できない場合は事前に意見提出している。法人内に研修委員数名を置いて、幅広いテーマで勉強会・研修会を開催し、思いがけずネイルの研修では利用者の意欲を引き出すきっかけとなった。 | 職員個々の資質向上に向けて、自己目標の設定など、個別指導実施を検討することを期待したい。 |
| 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 | 雇用契約書を締結する際に面談を行っている。 | | |
| 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 | 職員のステップアップに応じた研修のすすめなどを行っている。 | | |
| 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 | 群馬県地域密着型サービス連絡協議会に加盟し、情報交換や交流を行っている。 | | |

| 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 | 本人はもちろん家族の要望などにも応えている。担当者を置き、毎月請求書と共に手紙で近況報告もしている。 | | |
| 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 | 事前の聞き取りを行い、その後は生活の様子を見て家族と相談しながら随時対応していく。 | | |
| 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 | 本人も含めめ、上記同様に対応していく。 | | |
| 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 | それぞれの状態に合わせた役割を持って頂き、生活の場として過ごしている。 | | |
| 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 | 行事への参加の呼びかけや、本人が困っている出来事を職員だけではなく、家族へも共通認識を持って頂きながら解決していく。 | | |
| 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 | 法事等の家族の行事への出来る限りの参加や、家族の面会が困難な方を自宅に連れて行ったりしている。 | 家族の面会が困難な方を、定期的に家にお連れしている。事業所には家族以外の馴染みの訪問者がいないことなどから、家族と協力して法事などかかわりの持てる行事に参加できるよう支援している。 | 利用者の幅広い馴染みの関係定着や、関係継続の支援の方策に期待したい。 |
| 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 | 職員が利用者同士の橋渡し役となったり、席の配置の配慮などを行っている。 | | |

| 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 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 | 規定年数の7年間の書類の保管により、何かあった際には対応できるようにしている。 | | |
| 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 | 常に本人の意思に沿った利用者本位を徹底している。 | 現在、全員が意思表示ができるため、利用者個々の意向を大切にしている。表情やしぐさから個々のタイミングをみて、ケアを行っている。積極的にかかわることで利用者の変化を観察し、真の本人の意向を模索しながら、その後のフォローをしっかりとっていくことを大切にしている。 | |
| 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 | バックグラウンドを重視したケアの実践。 | | |
| 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 | 日々の記録と職員間の情報交換の強化。 | | |
| 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 | 本人や家族の要望に、日々のケアを行っている職員の情報や意見も参考に介護計画を作成。 | 個々のケアについては、カンファレンスで話し合っている。計画は職員全員の意見を参考に、再アセスメントされている。モニタリングの期間以外にも状態が変わったら見直しをしている。日々の関わり方や生活状況などは申し送り簿に書き込み、スタッフ間の統一を図っている。 | 個々の記録が介護計画の目標と連動し、利用者にとって一貫性のある計画の立案・実施・評価を期待したい。 |
| 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 | 日々の記録を活用し、ケアカンファレンスでの意見交換を行い反映させている。 | | |
| 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 | 常に状態を観察し、適切なサービスが行われるような対応を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 運営推進会議での情報交換などを役立てている。 | | |
| 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 | 入所時に希望を聞いて対応。その他、ホームの主治医にもアドバイスを頂き、適切な対応をしている。 | ほぼ全員が事業所の主治医を受診し、非常勤の看護師とデイサービスの看護師が常に主治医と連携して、安心できる医療体制を築いている。内科以外の診療科には、主治医からの紹介状をもって受診している。毎週歯科医の往診がある。 | |
| 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 | 日々の情報交換はもちろん、ケアカンファレンスにも必ず参加してもらっている。 | | |
| 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。 | ホームの看護師や主治医との連携を密にして対応。 | | |
| 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 | 入所時の十分な説明と、実際に必要になった際には主治医も含めた十分な話し合いを行い今後の方針を決める。 | 個々の事例に合わせて、家族や医師と話し合い重度化や看取りの対応方法を決めている。看取り同意書はできている。 | 重度化や終末期に向けた看取り対策を、医師・看護師・職員等関係者で話し合う機会を持つことを期待したい。 |
| 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 | 対応をマニュアル化し、ステーションに掲示。職員の対応に備えたスキルアップも実施。 | | |
| 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 | 火災に際しては消防計画にて対応。地震や水害などについては防火管理者が替わり、新しく制作中。 | 年2回避難訓練を実施するとともに、現在消防計画を改めて作成している。また、災害にむけて備蓄を検討している。 | 避難訓練のあり方を提案し、専門家の指導のもと総合的な災害対策確立に期待したい。 |

| 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 | |
| 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 | その人に合わせた細やかなプライバシーの確保、言葉掛けを行っている。 | 呼称は、本人が呼ばれなれている呼び名で対応している。トイレ誘導での声かけや脱衣所に他の利用者が入らない配慮など、羞恥心を考えての支援を行っている。入浴時の同性介助など希望による支援を行っており、あらゆる場面での個別の支援を重要と考え、工夫と努力を重ねている。 | | |
| 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 | 常に自己決定できるような支援を実施。 | | | |
| 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 | 本人の意見を最重視した、柔軟な対応を行っている。 | | | |
| 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 | 本人と相談しながら決めている。鏡を見て頂くなど、すすめられるだけではなく自己決定にも重点を置いている。 | | | |
| 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 | 意見を反映させたメニュー作りを行い、用意から調理や片付けなど個々の能力に合った役割割りで行って頂いている。 | 朝夕はグループホーム、昼はデイサービスが中心になって、1ヶ月分のメニューを作成している。3日分の食材を、利用者と一緒に買い出しに出かけている。水分などの嗜好品はカウンターに並べて複数から選んでもらうなどの工夫をしている。食事は職員も一緒に食べている。 | | |
| 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 | 嗜好にも配慮し、個々に対応した形態での食事を用意。毎月の体重測定も実施している。 | | | |
| 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 | 日々実施してしている。必要に応じて歯科医の協力も得ている。 | | | |

| 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むけた支援を行っている | トイレでの排泄を基本とし、必要に応じて安眠優先で夜間のおむつ着用などを実施。 | 利用者のペースや時間、表情やしぐさをみて誘導している。ほとんどの利用者がトイレでの排泄が可能となっている。オムツの方もトイレ誘導するなど、通常の生活形態が維持できるよう支援している。 | |
| 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 | なるべく、十分な水分と適度な運動などで対応。食事メニューのバランスも重視している。 | | |
| 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、個々にそった支援をしている | 事前に伺いを立て、希望者には同性介助などにも対応している。 | 週3回の入浴を行っている。ひのきの浴槽が2つあり、交互に湯を張り利用者を待たせないようにしている。入浴剤を使ったり、職員との会話を楽しんだりしている。浴室には富士山の絵が描かれ銭湯風な雰囲気が楽しめる。 | |
| 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 | 細かい日課はなく、その時々状況に柔軟に対応した支援を行っている。 | | |
| 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 | ケースファイルに処方箋を閉じている。確実に服薬できるように支援している。 | | |
| 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 | 季節ごとの行事、外出などを実施。定期的な外食なども行っている。 | | |
| 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。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 | 買い物や散歩等、全員が均等に行けるように声掛けを行っている。 | 食材の買い出しは、参加できる利用者を順番に連れて出かけている。日々の散歩は歩行能力に合わせて実施し、ホームの裏手からサイクリングロードへの出入口まで、川沿いで鳥や草花を楽しみながら安全な散歩をしている。外食やぶどう狩り・お花見も計画されている。 | |

| 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 |
| 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 | 希望によって所持。 | | |
| 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 | 個別に電話機を所持している方もいるが、他の方は希望時に職員が補助している。 | | |
| 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 | 季節や時間帯による細やかな温度管理、換気なども実施。トイレなど尿汚染したら、随時清掃を行っている。 | ホールにつながる空間にソファがあり、サイクリングロードと川に面して大きな窓がある。食後はソファに座って、犬を散歩している風景や時々現れるかわせみ、季節の草花の風景を楽しんでいる。 | |
| 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 | パーソナルスペースはもちろん、くつろいだり共同作業が出来るパブリックスペースなども充実している。デイサービスとも行き来し、交流を図っている。 | | |
| 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 | 自宅で使い慣れた家具や自由な配置で、なるべく以前と変わらないような生活環境になるように配慮している。 | 個々の利用者の好みの空間づくりを考えたくて、馴染みの家具が配置されている。電話を引いている方もあり、自室での生活を楽しめる支援が行われている。 | |
| 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 | 障害物がないようにしっかりと動線の確保。トイレや浴室などの出入り口が、車椅子でも十分に出入りできる設計になっている。手すりや台など、必要は補助具も完備。 | | |