

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 | 2171600352 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人 瑠泉会太陽 | | |
| 事業所名 | 瑞浪グループホーム太陽 | | |
| 所在地 | 岐阜県瑞浪市西小田町4丁目69番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年 8月 1日 | 評価結果市町村受理日 | 平成27年 9月28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 | http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosvCd=2171600352-00&PrefCd=21&VersionCd=022 |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 中部社会福祉第三者評価センター | | |
| 所在地 | 岐阜県関市市平賀大知洞566-1 | | |
| 訪問調査日 | 平成27年 8月25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)】

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・自分たちが受けたいケアを基本に、入所者の立場で考え、行動している。 ・社訓、運営理念を職員一人一人が常に考え、向き合い、言葉にする事で、チームワークの向上、ステップアップに繋げている。 ・看護師による状態観察と医師との連携、速やかな対応と適切なケアを行っている。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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)】

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ホームの理念のひとつ「普通の暮らし」を踏まえ、現在は決して軽度ではない利用者の状態を見極め「穏やかな暮らしが一番」を職員の合言葉に、日々の支援に取り組んでいる。</p> <p>利用者の意向を何よりも大切にするをモットーに、外出は利用者、家族、運営推進会議の参加者に相談のうえ、周辺の散歩、ホーム屋外の広いウッドデッキのお茶会、地域の夏まつり、老人会の参加と無理のないよう利用者の身体を気遣い支援している。</p> <p>飲酒の習慣のある利用者の希望に沿い、適量の晩酌を楽しむ毎日である。入浴は跨ぎの難しい利用者もゆったりと入浴できるよう職員2名の介助を行い、全利用者の湯船の入浴に努めている。職員都合ではなく、常に利用者本位の支援となるよう、家族のように優しく寄り添うホームの日々である。</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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

[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 | 3つの理念を掲げ、職員間で理念の意義を確認・共有し、意識して業務にあたっている。 | 理念をホーム内の目立つところに複数掲示している。理念の骨子にある「家庭的」、「普通のくらし」は、利用者本位に優しく寄り添うことに努め、穏やかな利用者の暮らしを支えることの象徴(キーワード)である。 | 職員は日々の申し送りや実践を通じ、理念に沿う支援に努めている。しかし、全職員の振り返りの機会は少ない。定期的に理念の実践について話し合う機会の創出を望みたい。 |
| 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 | 常にホームは開放しており、地域の方に声をかけ交流している。 | 利用者がホーム周辺を散歩して地域の住人と挨拶を交わし、時には野菜の土産を受ける近所づきあいがある。本年から町会長紹介の地域の夏祭りや公民館の高齢者「いきいきクラブ」に参加し、交流を深めている。 | |
| 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 | 困難な事例があれば相談に乗り、適切なアドバイスをするようにしている。 | | |
| 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 | サービス取り組み状況等について報告し、サービス向上に繋がる意見が出た時は、活かしている。 | 偶数月に家族、地域、行政の参加を得て運営推進会議を開催している。会議は運営報告、ホームの年度目標紹介、外部評価結果などを公表し、意見交換のうえ実践に反映すよう努めている。 | |
| 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 | 常日頃から連絡を取っている。推進会議には、毎回市役所から参加してもらっている。 | 市職員は毎回ホームの運営推進会議に参加し、有益な情報提供や意見を交換を行い、相互に協力し合う関係を築いている。行政案内の研修に参加して実践に活かしている。 | |
| 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 | 基本的には身体拘束は行わない方針だが、入所者の安全に支障があると判断した場合、家族と話し合い同意書を交わした上で、行うこともある。 | すべての窓、玄関を開放し、職員が利用者の行動を抑制することはない。車椅子からの転落の可能性のある利用者に固定ベルトを使用する場合は期限を定め、家族に同意書を取って実施している。 | |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている | 職員同士が、言葉遣いを含め、注意を払い、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 | 現在はこの制度を必要とされる方はいないが、今後利用される方がみえたら、活用できるように支援していく。 | | |
| 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 | 不安や疑問点をしっかりと聞き、対応することによって解消されている。 | | |
| 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 | 毎月のケアプラン評価時や面会時に、意見や要望を聞くようにして、コミュニケーションを図っている。 | ホームは利用者と家族との関係を大切にし、家族が月1回以上訪問できるよう働きかけ、利用者や職員と交流する機会としている。多くの利用者が長くホームに暮らしており、家族も気兼ねなく意見を表している。 | |
| 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 | 職員が働きやすい環境を第一に考え、仕事中や休憩時間に話を聞いている。 | 看護師である法人代表及び管理者の職員指導は的確であり、職員が管理者を信頼するチームケアの体制を築いている。職員の定着率は高く、日常的に遠慮なく意見を交換している。 | |
| 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 | どうすれば職員が働きやすいのかを、職員から意見を聞き、取り入れるようにしている。 | | |
| 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 | 研修の情報があれば、職員へ提供している。 | | |
| 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 | 研修に参加した際に交流し、知識の向上に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入所後すぐは、環境の変化と不安を取り除くため、話を聞いて寄り添うことを大切にしている。 | | |
| 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 | 話しやすい雰囲気ですぐに接し、家族の気持ちをしっかりと聞き、不安な気持ちを取り除くように心がけている。 | | |
| 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 | 本人と家族の気持ちを大切に、安心して支援を工夫している。 | | |
| 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 | 持ちつ持たれつ関係の構築は重要と考えている。 | | |
| 19 | | ○本人と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 | 家族にしか出来ない事があるということ、家族やスタッフが共有して認識して、ケアを提供する上で、家族との関わりを必要なポイントにしている。 | | |
| 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 | 面会や外出。手紙のやり取り等の希望があれば出来る様に援助している。 | 毎月友人の送迎によって馴染みの喫茶店を訪ね、待ち受ける多くの友人の歓迎を受けて談笑を楽しむ利用者がいる。利用者の病院受診は家族に依頼し、その機会を利用して馴染みの店に立ち寄ることも多い。 | |
| 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 | 個々の関係。全体の和を考えた声掛け、居場所の確保等を工夫している。 | | |

| 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 | 必用があれば相談に乗りアドバイスしていく。 | | |
| 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 | 個々からの聞き取りを常に行い、思いや意向を把握するように努めている。 | 職員は利用者の会話や表情から思いや意向の把握に努めている。把握した内容は職員の申し送りの際に報告し、併せてホームの介護記録用紙に記して共有している。 | |
| 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 | 本人や家族から情報を収集し、生活歴や暮らし方の把握に努めている。 | | |
| 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 | 表情や言動を常に観察し、わずかな変化も見逃さないように注意している。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望をもとに、状態に応じた介護計画を作成している。 | 職員はケアプランの実施の測定(モニタリング)を毎月実施し、3か月を基本にケアプランを見直している。利用者の介護度が高いことから、現在は身体上の日常支援に関わるプランが主体である。 | 利用者の介護度の高さから身体上の支援を取りあげたプランが主である。しかし、可能な場合には利用者の思いを取り上げ、「その人らしい」個別プランとなるよう望みたい。 |
| 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 | 介護計画に沿って、SOAP方式で介護記録を記入し、スタッフ間で共有している。 | | |
| 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 | 本人や家族からの要望には柔軟に対応し、サービスの多様化に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 民生委員やボランティアの協力があり支援に生かしている。 | | |
| 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 | 指定医の回診があるが、個々の状態や希望によっては、以前からのかかりつけ医を受診し、必要時には相談し、指示を受けている。 | 協力医は利用者の健康管理に長く携わり、月1回の往診に限らず頻回にホームを訪ね、利用者の健康管理に取り組んでいる。看護師である法人代表は協力医と連携し、安心・安全の支援体制は家族の信頼も厚い。 | |
| 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 | 状態の変化や以上に早く気づく為のポイントの指導を受けて実践している。 | | |
| 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、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。 | 看護師を通して、入院先の病院とサマリーや情報提供書のやり取りを行い、関係づくりを行っている。 | | |
| 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 | 本人の状態や、予測される現状を踏まえて、家族等と話し合い、対応方針を決めている。家族にはホームで出来る事と出来ない事を説明し理解して頂いている。 | 利用者の終末期は利用者、家族の意向を確認し、希望のある場合は可能な限り看取りを受け入れるよう取り組んでいる。看取りの実施に際しては家族、職員の話し合いを重ね、協力医の助言を得て適切に対応している。 | |
| 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 | 緊急時対応マニュアルを作成し、それに基づき備えを共有している。 | | |
| 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 | 消防訓練を年2回実施し、内1回は消防署員立会の下で行い、知識や技術の習得に努めている。 | 年2回の訓練の内、1回は消防署の立会を受けて夜間想定、消火、利用者の避難誘導訓練を実施している。災害対策のマニュアルを策定し、通報システム、煙探知機、スプリンクラーを完備している。 | 災害時は地域と相互に協力して安全を確保することが必要となる。運営推進会議参加の地域の区長、民生児童委員などに働きかけ、地域と協力する体制を築くよう期待したい。 |

| 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 | 職員全員で意識して取り組んでいる。お互いに言葉かけや対応を振り返り、注意しあうこともある。 | 利用者の意向を尊重し、優しく寄り添うよう努めており、呼称は利用者の嬉しく感じる呼び方としている。利用者のトイレ、入浴は周囲の視線に触れないよう、ドアやカーテンを閉め、体にバスタオルを掛ける配慮がある。 | |
| 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 | 思いや希望を言いやすいように、声掛けやコミュニケーションの方法、雰囲気づくりを大切にしている。 | | |
| 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、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 | 集団生活である為、ルールや決まり事は守って頂くが、その中で、一人一人のペースを大切に、1日を過ごして頂いている。 | | |
| 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 | 希望に応じて個別に支援している。 | | |
| 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 | 準備や片付け等、一連の動作を一緒に行う事はないが、レシピやアイデアを出して頂くことはある。 | メニューは家庭同様に冷蔵庫の中の食材を見て決め、職員手作りの温かな料理である。利用者の健康を考え、個別に味付けや量を調整している。飲み込みの苦手な利用者は、安全に配慮してミキサー食としている。 | |
| 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 | 個々の状態に応じて、量やバランスを考え、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 | 歯科医と歯科衛生士の訪問アドバイスを受け、それらを反映した口腔ケアを実施している。 | | |

| 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むけた支援を行っている | 排泄チェック表を使用し、排泄パターンをつかみ、気持ちよく排泄出来る様に支援している。 | 利用者の排泄の状態を日々把握して記録している。状態の変化に応じて職員の話し合いを行い、声掛けや誘導方法を工夫して清潔で快適な排泄となるよう取り組んでいる。 | |
| 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 | ほぼ毎日排泄がある様に、医師や看護師と相談しながら状態に応じて対応している。 | | |
| 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 | 入浴日や時間帯は、職員配置の関係上こちらに合わせて頂いているが、湯温や湯に浸かっている時間等は本人の希望を可能な限り聞いている。 | 週3回を基本に入浴を支援をしている。くつろいで入浴を楽しめるよう、浴槽の跨ぎの難しい利用者も職員が2名で介助を行い、全員の個浴、湯船の入浴を支援している。 | |
| 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 | 安眠が確保できるように、日中の活動や臥床時間に配慮している。 | | |
| 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 | 薬効表を作成し、職員全員が理解できるようにしている。 | | |
| 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 | それぞれの嗜好品や楽しみ事、気分転換を行えるように配慮している。 | | |
| 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 | 日常的な外出は、年齢やADLの低下で難しくなっているが、個別に近所の散歩を行う事もある。 | 職員の配置や利用者の重度化から、現在遠方の外出は控えている。ホーム周辺の散歩、ホーム屋外のお茶会を外気に触れる機会としている。家族同行の病院受診の際には、外食などの機会として協力を得ている。 | |

| 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 |
| 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 | 希望があれば家族と相談の上、少額のお金を預かり、必要時に渡している。 | | |
| 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 | 希望に沿ってやり取りができる様に、必要に応じて支援している。 | | |
| 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 | 不快な雰囲気、室温、臭い等が無い様に、落ち着いて過ごせる空間づくりを意識している。 | 居間、廊下、トイレ、風呂とすべてに十分な広さを確保し、大きな窓から日の射す明るい空間である。職員はこまめに掃除を行って清潔な環境を整えており、利用者は居間のソファに座って穏やかに過ごしている。 | |
| 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 | 個々のその時の気分に応じて居場所がある様に配慮している。 | | |
| 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 | 使い慣れた家具を使用されている。本人が大切にしている物が身近にある生活環境を整え、安心して過ごせるように工夫している。 | 利用者、家族の希望の家具、思い出の写真、遺影、テレビ、ぬいぐるみ、利用者が子供のように愛しく思う赤ちゃんの人形等を置き、利用者の思いに沿う居心地の良い居室となるよう支援している。 | |
| 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」「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 | ADLが維持できる様に、個別に柱や手すりを使用したりハビリを取り入れ、活用できる物で可能な力を活かしている。 | | |