

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 | 1290100187 | | |
| 法人名 | 株式会社ケア21 | | |
| 事業所名 | たのしい家千葉中央 | | |
| 所在地 | 千葉県千葉市中央区院内2-15-7 | | |
| 自己評価作成日 | H25.3.1 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年11月29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.kaigokensaku.jp/12/index.php |
|----------|---|

【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 日本高齢者介護協会 | | |
| 所在地 | 東京都世田谷区弦巻5-1-33-602 | | |
| 訪問調査日 | 平成25年10月28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)】

| |
|---|
| <p>○「人間性の尊重」「尊厳の保持」「利用者様本位」「個別ケアの推進」といったケアの方向性を職員全体で共有し、支援していくように努めている。</p> <p>○医療連携が迅速にできている。</p> <p>○家族との連携が密である。</p> |
|---|

【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>1. JR千葉駅から徒歩で12分ほど、交通が便利で閑静な住宅街の一角に位置し、訪問、買物、外食に恵まれています。目の前に公園と、近くに千葉神社もあり緑も多く季節を感じられる環境です。</p> <p>2. 運営法人の経営理念と、ホーム独自の理念を管理者と職員が共有し、利用者が「たのしく」「自分らしく」生活ができるように常に寄り添い安心感を与える介護が定着しています。</p> <p>3. 協力医院に隣接し月2回の訪問診療を受けている他、看護師が毎週、歯科医も月2回来訪するなど、医師との連携も良く取れており医療体制が充実しています。また2年間で5名の看取りを行い利用者本位の支援で、家族からも喜ばれています。</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、安心して暮らしている (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 | 会議室に「事業所理念等」を掲示し、会議等でその都度周知徹底を計っている。 | 運営法人の8つの経営理念の他に、地域密着型のサービスの意義をふまえたホーム独自の理念を掲げ、管理者や職員は月1回の全体会議やフロア会議等で確認し、利用者の立場に立ったサービスの実践に努めています。 | |
| 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 | 日々の外出(買い物や散歩)の際地域の方との挨拶や、町内会のお祭り等イベントへの参加。中学生の校外実習は定期的に行っていく予定。 | 町内会に加入し、お祭りの見学や敬老会に参加したり、散歩時には近所の方や公園での子供とのふれあいを大切にしています。定期的に行っている中学生への校外実習の場の提供も、年末に予定しています。 | 地域との交流は行われていますが、町内の方をホームの行事に招待したり、ボランティアの受入れ、認知症等の説明会など、ホームの側から地域の人達に発信する催し物の企画・開催が望まれます。 |
| 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 | 地域の行事等に参加する事で認知症についての理解を少しずつ深めて頂いている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1回の運営推進会議で直近の連絡事項、活動報告をし、御家族からの要望等を話し合い、より良いサービスの向上に役立っている。 | 会議は、年間計画の中に明記し2か月に1回、地域包括支援センター、民生委員、家族、管理者、職員等で開催しています。議題はホームの状況や行事報告のほか外部評価等について意見交換を行い、出席者から忌憚のない意見をもらいサービスの向上に反映しています。 | |
| 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 | 事故報告等で小さな事も報告、連絡をし連携を取っている。 | 千葉県高齢施設課の担当者とは、必要の都度報告し、相談に乗って貰っています。運営推進会議にも地域包括支援センターに出席してもらい意見を聴いています。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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 | 法人としての指針もあり、職員全員に研修を実施、研修報告書を全員提出してもらい常に意識してもらっている。 | 内外の研修に積極的に参加しており、身体拘束排除のマニュアルを完備、職員も理解しています。玄関は交通量の多い国道が近い為、家族の理解を得て施錠していますが、外に出たい気配があると、職員が拘束感を与えないよう配慮し付き添っています。 | |
| 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 | 法人として研修を行っており、職員全員に周知徹底をしている。(直近では平成25年7月実施) | | |

| 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 | 法人として研修を行っており、職員全員に周知徹底をしている。 | | |
| 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 | 「重要事項説明書」「利用契約書」等で説明を行い理解を頂いている。 | | |
| 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 | 運営推進会議や御家族来所時に意見を聞き反映をしている。(2ヶ月に1回) | 法人として、年2回満足度調査を実施している他、運営推進会議開催時に年3回家族会を開催し、意見を聴き運営に反映しています。2か月に1回カラー写真のお便りと運営推進会議の議事録を送付しています。 | |
| 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 | 会議だけでなく、普段から職員とのコミュニケーションをとり意見を聞いている。また会社として業務改善提案書もあり職員1人1人が気軽に提案できるようにしている。 | 管理者は、就業時や全体会議・フロア会議等や、法人としての業務改善提案時における職員との面談で、意見や要望を聴き運営に反映しています。又職員の役割分担(レクリエーション、お便り、事故防止、在庫管理、研修など)を決め、責任感と意欲の向上に努めています。 | |
| 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 | ケア21の制度の「誰伸び制度」「ありがとうほめカード」などで向上心をもって働けるように環境整備をしている。 | | |
| 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 | 資格取得の為のアドバイス、内部の研修だけでなく外部の研修にも参加してもらっている。 | | |
| 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 | 利用者様をご紹介いただいた事業所に定期的に訪問している。今後GH連絡会にも参加予定。 | | |

| 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 | 計画作成担当者を中心に御本人や御家族から要望を聞き、より良い支援の為に関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 計画作成担当者を中心に御本人や御家族から要望を聞き、その都度、報告・連絡・相談を密にしている。 | | |
| 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 | 計画作成担当者を中心に御本人や御家族から要望を聞き、必要に応じた支援を提供している。 | | |
| 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 | 生活に欠かせない家事などの自立支援を含めて利用者様と職員と一緒に参加して頂いている。 | | |
| 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 | 常に御家族と一緒に利用者様の支援が出来る様に相談している。 | | |
| 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 | 御家族との外出、外食等積極的に行っていただいている。 | 面会者の来訪時は職員は業務の手を止めて対応するよう心がけており、馴染みの人たちが訪れやすい環境作りに努めていることが、家族アンケートからも読み取れます。また家族とともに外食やお墓参りに行くなど、馴染みの関係継続を支援しています。 | |
| 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 | 利用者様同士の相性なども考慮し席を決める等し、孤立せずに生活が出来る様に支援している。 | | |

| 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 | 退去後もご家族からの相談や連絡をとり、関係を継続していく。 | | |
| 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 | 職員全員で御本人の希望や意向を聞き、可能な限りの支援をしている。 | 言葉が少なく気持ちを表さない人、他人との交わりを拒む人などには寄り添って話しをよく聞き、信頼を得るよう努めています。これにより表情が明るくなり、自室からも出てくるようになった方がいます。一人一人と向き合った支援をしている様子がよくわかります。 | |
| 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 | 御本人や御家族からヒアリングを行い、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 | 小さなことでも利用者様ができること出来ないことを記録し、会議等で話し合い、従業員同士で共有している。 | | |
| 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 | 定期的にモニタリングをし、御家族と御本人の希望を聞いたうえで介護計画書を作成している。 | 入居時に家族や本人の意向を聞き取るとともに、在宅で関わったケアマネージャー・相談員・医師などから得た情報を丁寧にアセスメント用紙に記載しています。これをもとに管理者・担当で話し合いをして計画を作成しています。初回から1か月目・変化がある時にはその都度、通常は3か月ごとにモニタリングし、介護計画を見直しています。 | |
| 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 | ケアの情報をスタッフ間で共有し介護計画書の見直しに活かしている。 | | |
| 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、その時々にも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 | 個別ケアの推進をはかりその時々にも生まれるニーズに対して支援をしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 地域資源を利用し季節感を味わってもらおう等、豊かな暮らしができるよう支援している。 | | |
| 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 | 主治医と連携し、月2回の往診以外にも診療を受けられるように支援している。 | 月に2回の往診医、週1回の看護師の訪問により健康を管理しています。歯科医も月2回来訪しています。専門医の受診は基本的に家族が対応しています。医師との連携はよくとれており、利用者や家族の安心につながっています。 | |
| 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 | 週1回の訪問で日々の生活状況を伝え医療連携を計っている。 | | |
| 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。 | 入院した際、御家族や病院と連携をし状態把握、治療、早期退院に繋げている。 | | |
| 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 | 入居前に看取りについてご説明し、実際に看取りケアをする際には必ず説明同意をいただいている。 | これまで5名の看取りを行っています。契約時に緊急時対応同意書により事業所の方針を説明し同意を得ています。重度化した場合は家族を交えて、医師・職員で今後の方針を話し合っています。 | 重度化した場合には医師・職員と連携をとりスムーズな看取りの体制ができていますが、職員の研修や早い時期の話し合いなど、事業所としての組織的な取り組みをすることで更に充実した支援につながると思われます。 |
| 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 | 定期的に研修や会議などで話し合い理解している。 | | |
| 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 | 年2回の避難訓練をしている。地域との連携については運営推進会議で話し合っている。(直近ではH25年8月26日実施) | 消防署の指導のもと自主訓練(夜間想定を含む)を年2回実施しています。スプリンクラー、自動通報装置、消火器等必要な防火装備は整っています。緊急対応表も掲示されています。町内会との連携も話し合われています。また万一の災害に備え3日分の備蓄もあります。 | 高齢化や重度化した利用者があるので、利用者の誘導等実際に即した避難訓練を、消防署、地域住民(町内会)と連携し合同で実施すること、また備蓄は今や5日以上が必要と考えられており、内容、数量共に見直すこと、が望まれます。 |

| 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 |
| 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 | 接遇、マナーの研修を実施し実践している。各々に意識してもらっている。 | 利用者の個人情報施錠して管理しています。「家」で暮らすという考えの下に利用者個々の思いに寄り添い、ゆとりのある対応を心がけています。入浴・排泄については肌の露出を避ける、失敗したときには静かに速やかに対処するなど羞恥心に配慮しています。 | |
| 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 | 利用者様の希望や自己決定が出来る様、声掛け支援をしている。 | | |
| 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 | 日々の暮らしは御本人の希望やペースを大事にし支援している。 | | |
| 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 | 御本人の着たい服や化粧水を付ける等おしゃれにも配慮している。 | | |
| 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 | 調理や片付けに利用者様にも参加していただき、食事形態も利用者様の希望等で変えている。現在職員と一緒に食事は取っていない。 | 利用者が包丁を使って野菜を軽快に刻む様子からは職員が目配り気配りが感じられます。調理の下ごしらえから配下膳まで、利用者のできることを見つけて支援しています。みんなでパンケーキや焼きそばを作ったり外食をするなど、食事を楽しむための工夫をしています。 | |
| 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 | 食材会社を利用し、栄養士が作ったメニューを提供している。水分も十分に取って頂ける様お好みに合わせて提供している。 | | |
| 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 | 毎食後、利用者様の状態にあわせた口腔ケアを実践している。 | | |

| 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 | 一人一人の排泄のパターンを把握し声かけを行い自立に向けた支援をしている。 | 殆どの利用者は自分でトイレに行っています。歩行や移乗に介助が必要な人には排泄チェック表に基づく定時誘導のほかに、センサーを使ってトイレに誘導しています。きめ細かく対応することで職員を信頼し失禁の状態が改善した例があります。 | |
| 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 | 運動や食事(ヨーグルト等)、薬の調整をし便秘の予防を心掛けている。 | | |
| 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、個々にそった支援をしている | ペースで入浴できるよう声かけをしている。 | 週に2～3回のペースで入浴しています。入浴を拒否する人には足浴をしてから入浴するよう促したり、薬をつけましょうなど言葉かけを工夫して無理なく入浴できるよう支援をしています。 | |
| 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 | 一人一人状態に合わせて休める様支援している。 | | |
| 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 | 主治医や薬剤師の指示に従って、薬の目的や用法等を理解した上で服薬介助をし、日々の様子観察をしている。 | | |
| 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 | 個別のケアを含め、生活リハビリ、レクリエーション、イベントなどを行って楽しんで頂いている。 | | |
| 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、遠方には自動車等で職員が付き添い生活リハビリ支援をしている。 | 博物館や動物園に行ったりする他、桜見物・紫陽花観賞・もみじ狩りなど季節を感じる外出を企画しています。天気のよい日には毎日近くを散歩したり買い物に行くなど、外出の支援をしています。 | |

| 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 | 預かり金でホームがお金を預かり、必要であれば所持したり使える様に支援している。 | | |
| 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 | 本人の希望に合わせて電話や手紙を出せる様に支援している。 | | |
| 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 | 室温に注意を図り、季節に応じた生活感を取り入れて居心地の良い共用スペースになるよう環境整備をしている。 | 明るく日当たりのよい清潔で広々としたリビングを使い、利用者は各種体操、風船バレー、玉入れ、カルタ取り、食事の手伝いなどを行い、自由に快適に過ごすように配慮されています。壁には利用者が作成した季節を感じさせる、はうちわ・ちぎり絵、雛祭りや夏祭りなどの写真等が飾られています。リビングに併設されたテラスには、テーブルとイスが用意され、外気浴も楽しめます。 | |
| 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 | 一つだけテーブルを離して置く等、一人で使う事が出来る様配慮したり、好きな場所に座れるように椅子を配置している。 | | |
| 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 | その方の使い慣れた家具や道具を持ってきていただき御自宅での生活の延長の場に少しでも近づけるようご家族と相談し、対応している。 | 整理・整頓された居室は、エアコンと大きなクローゼットが備え付けです。利用者は馴染みのテレビ、イス、机、ぬいぐるみ、家族の写真等を持ち込み自宅に居るよう過ごしています。また各居室には、利用者の似顔絵が飾られており、ホームの気配りが感じられます。 | |
| 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 | 安全で自立した生活が出来る様職員が工夫や支援をしている。 | | |