

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 | 3471503478 | | |
| 法人名 | (有)会社 親和会 | | |
| 事業所名 | 鞆の浦・さくらホーム | | |
| 所在地 | 広島県福山市鞆町鞆552番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年10月24日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25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 | http://www.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 あしすと |
| 所在地 | 福山市三吉町南1丁目11-31-201 |
| 訪問調査日 | 平成24年11月2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)】

「その人らしさが発揮できるホームにする。家族と地域につなげるホームにする」を理念に掲げ、玄関はいつも開放し、地域の方、馴染みの方、通りすがりの方がいつでも誰でも入れるようにしている。また、入居されていても、住み慣れた家への帰宅や馴染みのお店への買い物、地域の人達との交流が出来るよう個々に合わせた支援をさせて頂いている。

【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)】

古きよき時代そのままの人情味あふれる町…その地の大店を改造した事業所である。利用者全員が地域の方で、利用者と職員は散歩中にゴミを拾うなど地域に貢献し、地域とのつながりは深い。施設長は「ちゃんとしないうケアはケアじゃない！」と利用者の尊厳を守り、個々の状態に合ったケアを提供するように、職員に話す。職員はみんな活き活きと働いており、面倒見良く、飛びきり優しい。家族の訪問時には日々の生活状況などを細かく説明し、寝たきりの利用者も毎日着替えて、みんなの輪に連れて行く。利用者一人ひとりをよく知り、当たり前のこととして、とつても大事にしている、経営者の想いが充分に伝わっている。利用者や職員の垣根を感じさせず、家族のように気にかけて、温かい雰囲気である。職員の優しさや土地の持つ穏やかさに癒される事業所である。

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広がったり深まり、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、活き活きと働いている (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 | 特定非営利活動法人 あしすと | | |

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 | リビングの目の届くところに掲示し、いつも確認をしている。 | 管理者は職員と日々話し合う中で、理念の話をし、意識づけを図っている。ケアにつまづいた時は理念を振り返り、具体的なサービスにつなげている。 | |
| 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、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している | 利用者が地元の方であり、家族や地域の方の訪問が多い。また、町内の行事やお祭りなど利用者と共に交流する機会がある。 | 地域とのつながりを大事にしている。地域の人々と触れ合う機会は多く、散歩中声を掛けてくれたり、近所の人が花を持って来てくれる。町内の行事や地元の祭りに参加し、利用者と一緒に楽しんでいる。 | |
| 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 | 地域事業(いきいきサロンやコミュニティーセンターでの高齢者交流事業、助け合い講座等)へスタッフが参加し、介護保険や近隣付き合いの大切さ、認知症等の紹介や講演をしている。 | | |
| 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 | おおむね二ヶ月に一度開催し、そこでの意見を、活かす取り組みを検討している。家族会を兼ねる事もあり、横のつながりを作ることで、介護者の気持ちを支えている他、コンサートや講演会、野球観戦等で地域の方との交流も積極的におこなっている。 | 利用者家族・町内会長・地域住民・ボランティア会長・民生委員・支所長・地域包括支援専門員…等を参加メンバーにつなぐの部分を大事にしている。会話の弾む楽しい会議で意見はサービスに活かす取り組みをしている。 | |
| 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に取り組んでいる | 日頃より近所の支所へ訪れ、施設での取り組みや今後の予定を伝えたり、市町村主催の行事等へ参加させて頂いたり協力関係を築かせて頂いている。 | 近所なので、付き合いも長く、常に何かあったら相談に行き、対応してもらえるような協力関係を築いている。 | |
| 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 | 全ての職員が理解しており、前向きに取り組んでいる。居室には、鍵がなく玄関のドアはいつも開放されている。 | 見守り重視で利用者が外出しそうな様子を察知したら、止めるのではなく、さりげなく一緒について行く。地域の人と顔見知りなので、連絡してもらえる関係を築いている。勉強会をし、日常的な危ないことを話し合い、事前に取り除くようにしている。 | |
| 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 | 管理者や職員は虐待が見過ごされる事がないうよう防止に努めている。 | | |

| 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 | パンフレット等を通じて、知識の向上に努めている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 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 | 契約時には、書類を基に説明をさせて頂いている。また、契約後も、不安や疑問等があればいつでも対応させて頂いている。 | | |
| 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 | 日頃の場面や家族の面会時、行事等を通じて意見や要望等を確認し、反映出来るよう努めている。 | 利用者も家族も職員等に意見・要望を、日頃の会話の中で気軽に伝えられる関係が出来ている。出された意見は申し送りノートで全員に知らせ、速やかに改善に向け対応している。 | |
| 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 | 毎月の運営会議や管理者会議を行ない、各部署での状況報告やホーム全体での課題解決に取り組んでいる。 | 代表者や管理者は月2回のミーティング時に、職員からの意見や情報をしっかりと取りいれて、即対応している。日頃からコミュニケーションを図るように心がけており、よい関係が築かれている。 | |
| 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 | 管理者手当や職務手当、育児手当等を支給している。また、家族の子育てや介護等を抱えるスタッフへは定時で終業出来るようスタッフ間でも協力している。 | | |
| 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 | 研修委員会を中心に内部での勉強会企画・実施をしている。また、他部署との情報共有の為、各部署での外部研修参加後は報告会や報告書の配布を全体で行なっている。 | | |
| 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 | 不定期ではあるが他施設の実習生受け入れや見学会等を行なっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 傾聴と共感を行ない、言葉で意思を伝えられない利用者には、職員が五感を働かせ利用者の発する思いをくみ取りながら、信頼関係づくりに努めている。 | | |
| 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 | 家族の思いや要望に耳を傾け、話し合いを何度も重ねながら、信頼関係づくりに努めている。 | | |
| 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 | 努めている。 | | |
| 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 | 築けるよう努めているが、時折職員が、一方的に介護をしてしまっている場面を見かける事もある。 | | |
| 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 | 家族と情報交換や協力をしながら、共に支えていく関係を築けるよう努めている。家族の中には、家族と利用者が互いに支えられている関係の方もおられ、一緒に支えられる喜びを感じておられる方もいる。 | | |
| 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 | 利用者の方が希望されれば、自身の家や馴染みのお店、近所等へ一時帰宅や外出をしている。その際には幼馴染の方や近所の方がよく声をかける。 | 職員は利用者のこれまでの人間関係を把握している。全員地域の利用者なのでどこに行きたい…誰に会いたい…、希望があれば散歩をかねて出かけている。家族・友達・近所との関係を大事に支援している。 | |
| 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 | 利用者同士の関わりの時間と、一人でゆっくり過ごせる時間を両立させ、支援に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | サービス利用が終了された家族の方とも施設での行事や講演会等にはお誘いをさせて頂いている。 | | |
| 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 | 家族、本人の思いを受け止め、センター方式でのアセスメントを行ない、ケアプランを作成している。 | 利用者との日々の関わりの中で、言葉・表情・顔色から真意を汲み取るように努めている。本人の視点に立って、これまでのことをよく知る家族に思いを聴き、面会時にも必要に応じて聴いている。 | |
| 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 | 三ヶ月毎にケアプランを作成し、変化等あれば柔軟にプランを変更し対応している。 | | |
| 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 | 日誌や生活記録、職員の情報交換などにより、現状の把握に努めている。 | | |
| 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、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した介護計画を作成している。 | 本人の意向に沿った介護計画を利用者の視点に立って作成している。設定した期間での見直しや身体状態変化による随時の見直しを本人・家族や職員等と話し合いながら、作成している。 | |
| 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 | 日誌や生活記録に記入し、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。 | | |
| 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 | 毎日ショートミーティングを実施しており、柔軟な支援やサービスが出来るよう取り組んでいる。 | | |

| 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 | 以前は地域学童の登下校の見守りを役割とし一部の入居者にやって頂いていたが、現在は心身の状態が変わりおこなえず。 | | |
| 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し、納得が得られたか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 | 利用者それぞれのかかりつけ医と定期的な往診・受診が受けられている。 | 利用者が継続的な医療を受けられるよう、本人や家族が希望する医師に、往診も含め支援している。受診結果に関する情報は家族と細部において共有している。 | |
| 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 | 定期的に看護師が入居者の体調管理・把握をし、職員と情報を共有しながら支援している。 | | |
| 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。 | 施設のケアマネージャーや利用者の担当職員が病院との関係づくりを行なっている。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望は聞いているが、まだ元気な利用者の終末期については、具体的な話し合いが出来ていない。 | 主治医が終末期に入られたとの判断をされたら、医師から家族に話しをしていただいている。医師・看護師・家族・職員等と協力をし、方針の統一を図り、看取りの支援に取り組むようにしている。 | |
| 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 | 定期的に勉強会を行なっている。 | | |
| 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 | 定期的に消防署の協力で消防訓練を行ない、地域との協力体制ができている。 | 年2回訓練をしている。消防署から布団を使った避難の方法・避難経路の確保・消火器の使い方等の指導を受けた。管理者は消防団の一員で、地域ボランティア10名が即、駆けつけるシステムもあり、地域とも協力体制は築けている。 | |

| 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 | トイレ誘導等は本人に聞こえる最低限での声量でお誘いし対応をしている。入浴ではドアを開けても中の様子が見えにくよう脱衣場にのれんを使用している。 | 人生の先輩として尊重することが対人援助の基本であることを忘れないようにしている。大きい声は出さない、またいでの声かけはしない、他人の前では個人的な話しはしない、土地の言葉を使い分ける等の対応をしている。 | |
| 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 | 自己決定が出来るような声掛けを行なっている。 | | |
| 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 | 日々の業務に追われ職員側の動きをしてしまう事もありますが、本人の思いを大切にしながら可能な限り希望に添えるよう、努力、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 | 毎日同じ服を着ないように気を配り、上下の色や柄の組み合わせを考え清潔な物を着て頂くようにしている。 | | |
| 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 | 利用者が以前より重度化した事もあり、一緒に料理は出来ないが、職員が料理を作りながら味見してもらったり、会話を楽しんでいます。 | 利用者の高齢化にともない出来る事が少なくなってきたが、食への関心を持つように働きかけている。利用者と職員は同じテーブルを囲み、同じものを楽しく食べている。 | |
| 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 | 利用者に合わせた食事形態で対応。栄養、水分も工夫して摂取してもらっている。 | | |
| 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 | 毎食後とはいきませんが、朝夕の二回は歯磨きやうがいをしてもらっている。歯のない人には、モアブラシや口腔ケア用のウエットティッシュを使用して頂き口腔ケアを行なっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄表を活用して、排泄自立の支援を行っている。以前はリハビリパンツを使用していた利用者が現在は日中のみ布パンツにパッドで過ごされている。 | 布パンツを基本にして、排泄表と利用者の動きから状況を判断して、一人ひとりに合った声かけ、トイレ誘導で可能な限りトイレで用を足す支援をしている。夜間のポータブルトイレ使用は夜勤者が帰り時に清掃する。 | |
| 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 | 飲食物の工夫と医師の指示による下剤を使用しながら、個々に応じた便秘予防に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入浴を楽しむ事が出来るよう努めています。が、曜日や時間帯を決めてしまっているところがあります。。 | 午前か午後の時間帯で、基本週2回以上の入浴支援をしている。入浴を拒む人に対しては無理強いせず、言葉かけや対応の工夫…等、一人ひとりのその時の希望に合わせた支援をしている。。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | ベッド以外にもソファを確保したり室内の温度、照明等に気を付け、気持ちよく眠れるように支援している。 | | |
| 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 | 薬の詳細にて理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。 | | |
| 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 | 心がけて支援しているが、まだ十分ではない。 | | |
| 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 | 外食や映画鑑賞、コンサート等、家族にも協力して頂きながら支援している。 | 本人の状態や希望、季節や地域のその時々の状況に合わせて、日常的な外出支援をしている。 | |

| 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 |
| 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 | 一部の利用者は自分でお金を所持されていますが、自己管理の難しい利用者は必要に応じて職員が管理をさせて頂き支援している。 | | |
| 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 | 入居者が全員地域の方で、身内の方も近くに住んでいる方が多く面会に良く来られているので電話や手紙のやりとりはほとんどしていない。 | | |
| 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 | 音、光、温度などに配慮し居心地のよい空間づくりに努めている。また、生花を飾って季節や癒しを感じて頂けるよう工夫している。 | 昔の大店の日本家屋なので、全ての間取りが広く、天井も高く、音・光・色・温度なども利用者に懐かしさを感じさせる共用空間である。玄関ホールに応接セット、ピアノを置き、額や花などの装飾で居心地のよい空間を作っている。 | |
| 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 | リビングと和室で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。 | | |
| 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 | 使い慣れた家具や好みの物を使ってもらい、居心地よく過ごせる工夫をしている。 | 利用者が安らぎを得るような馴染みのもの、タンスや位牌・写真・本など想い出の品々が持ち込まれている。一人ひとりの利用者が居心地よく、安心して過ごせる環境作りがされている。 | |
| 55 | | ○おようい 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 | 廊下や階段の手すり、部屋の家具の配置など工夫して自立した生活が送れるよう工夫している。 | | |

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 | | | | | |
|----------|------|----------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|------------|
| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題 | 目標 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容 | 目標達成に要する期間 |
| 1 | | 火災を想定した訓練は実施されているが、災害を想定した訓練は実施されていない。 | 24年度内に、災害を想定した訓練を実施する。 | ①訓練計画の立案 災害内容に応じてスタッフや地域住民の方と連携し、役割を確認する。 避難場所、経路を決定する。 | 2ヶ月 |
| 2 | | | | ②訓練の実施 スタッフが利用者以上に、出来るだけ多くの方に参加していただける様、事前に関係各所へ協力を依頼させて頂く。 | 3カ月 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。