

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 | 0470300260 |
| 法人名 | (有)ライフサポート |
| 事業所名 | グループホームオリーブ |
| 所在地 | 塩竈市松陽台3丁目25-20 |
| 自己評価作成日 | 平成22年12月 5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://yell.hello-net.info/kouhyou/ |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|--------------------------------|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |
| 所在地 | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階 |
| 訪問調査日 | 平成22年12月15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)】

利用者の健康管理。月に2回の訪問診療と月に1回の訪問歯科を導入。通院は利用者と家族のコミュニケーションの一部として家族対応とし、これまでの掛かりつけ医を継続して受診して頂き、情報交換等連携を保ちながら健康維持に努めている。また、スタッフ7人中、経験10年以上のスタッフが4名在籍しており、経験のみではなく常に問題意識を持ち、考え、工夫をすることでケアにあたっている。モットーは『手を出しすぎない事』。

【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)】

団地の中を通る県道沿いに建つ1ユニットのこじんまりとしたグループホームである。毎日の生活の中で、職員は過度な手出しはせず、さりげなく声掛けしながら本人の持てる力を引き出すように努め、見守っている。入居者は家庭的な雰囲気の中で明るい表情を見せている。また、特に健康面について、入居者がかかりつけ医を受診する時には、心身の詳しい情報が伝わるように配慮している他、月に2回の協力医による訪問診療と、月1回訪問歯科医師の歯科診療を取り入れている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々々の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 | | |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームオリーブ)「ユニット名 」

| 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 | 地域密着型の意義を考慮した理念を作るべく、現在調整中。 | 現在掲げている理念を全職員で見直しをし、地域密着型サービスの意義を踏まえたものを作成調整中である。 | 昨年課題となった項目である。早急に全職員で見直しをして、新しい理念を作り日々の介護サービスに活かして頂きたい。 |
| 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 | 町内会行事等への参加を通して交流を図っているがもっと積極的な交流の方法を検討している。 | 町内会に入会し、町内会行事や、学校行事に参加したりして交流している。キャラバンメイトとして地域に貢献できることなどを模索中である。また、地域ボランティアの受け入れなども考えて頂きたい。 | |
| 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 | キャラバン・メイトとして自治体や地域の要請に応じる準備ができています。 | | |
| 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 | 会議の場でいただいた意見や情報を取り入れながらサービスに取り組んでいる。 | 今年度は6回の開催を予定しており、四回以上は市の担当者が参加している。防災訓練、事業所報告、外部評価等について話し合われている。入居者や家族の参加を促して頂きたい。 | |
| 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 | 利用者や家族に関する問題が生じた場合、担当部署(生活保護、地域包括)に報告・相談している。 | 防災に関して、スプリンクラー等いわゆる防災3点セットの設置の相談をし、今年度中に設置の予定である。 | |
| 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 | できていない。 | 日中は玄関の施錠はしていない。職員は拘束することの弊害について理解しているが、現在ひとりの入居者に関して医師の助言と家族の了解のもと、緊急時やむを得ずベッドに柵をする等の最小限の拘束をしている。しかし、なるべく早く解除し、常態化しないように努めるとしている。 | 職員の知恵を結集してたとえ最小限でも、拘束のないケアの工夫していただきたい。また、「身体拘束ゼロの手引き」等を参考にして職員で話し合うことや、外部の研修を受けることも必要と思われる。 |
| 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っている | 関連法に関して学ぶ機会はなかなかもてていないが、日常の業務の中で個々に指導している。 | | |

| 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 |
| 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 | 制度の必要がある利用者が現れた場合に備え、主要な職員は制度の理解程度はあるが、もっと学ぶ機会を増やしていきたい。 | | |
| 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 | その都度十分な説明をし理解を得ている。 | | |
| 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 | 家族の訪問時や推進会議を通して、家族の意見は汲み取るようにしているが、実際に生活している利用者の意見・要望をもっと引き出せるよう努力したい。 | 家族の来訪時に職員と話し合う機会は平均月に一度くらいあり、身体的状況についてやケアプランの確認、季節の衣服の交換など家族の意見や要望をよく聞き、ケアに生かしている。 | |
| 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 | 毎月の定例会議で意見を聴く機会を設け、必要性のある案件は代表者へ報告し、検討してもらっている。 | 管理者は常にケアの現場に出ているので、その都度聴くことが多い。また定例会議の折に、床掃除の方法や在庫備品の調達等についての意見が出され、改善されている。 | |
| 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 | 状況は把握しているが環境整備と必要経費との背反に苦慮している。 | | |
| 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 | 少しずつ研修の機会を作っているが主要な職員に限られる為、経験の少ない職員にも経験に応じた研修を受ける機会を設けたい。 | | |
| 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 | 特に実施していない。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の理解度に応じ、聞き取りや説明を行っている。 | | |
| 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 | 要望や思いに耳を傾け、不安を減らせるよう努めている。 | | |
| 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 | 相談の段階で入所以外の可能性があれば、検討し説明するよう努めている。 | | |
| 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 | 利用者の状態に応じ、できる範囲で家事全般を分担し、逆に職員が『手伝ってもらっている』と利用者が思えるように努めている。 | | |
| 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 | 受診、外出、衣替え等、協力を求めながら、関係を築いている。 | | |
| 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 | 認知症の進行に伴い、入所前の近所付き合い等、知り合いとの関係は希薄になっており、主に兄弟や親戚との関係のみが維持できている。また、馴染みの場所に関しては家族の協力の下、行くことが可能な方もいるが、全く行けない方もあり、対応に苦慮し | 入居年数の経過や、認知症状の進行に伴って、家族以外のなじみの関係は希薄になってきている。買い物や、美容室の利用など職員の声かけなどで意欲の喚起を促す工夫が必要と思われる。 | |
| 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、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 | 日常生活の中で利用者同士の助け合い、励ましなど、関係を築いていけるよう支援している。 | | |

| 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 | 長期入院等で退所された方について、お見舞いをかねて訪問し話をうかがっている。 | | |
| 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 | プラン作成時の聞き取りや普段の会話から気持ちをくみ取るようにしている。また、それが困難な場合は本人の身体状況や問題点を通して意向をくみ取るよう努めている。 | 入居者は、主に入浴時や、通院時、居室で職員と一対一になった時などに思いをふともらすことが多い。聴き取った思いは計画作成担当者に伝えられ、ケアプランに活かしている。 | |
| 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 | 入所時に関係機関より提供された基本情報から把握。不足分は本人や家族から聞き取り、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 | 日常生活の見守り・観察、ケアを通して把握するよう努めている。 | | |
| 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 | 本人や家族、また全職員からの意見・感想を集約し課題検討、プランにつなげている。 | 一部センター方式を取り入れ、全職員でアセスメントし、医師からの指示等も計画に盛り込んでいる。3ヶ月毎に見直しをして、必要があれば計画の変更を行う。毎月モニタリングを行っている。 | |
| 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 | 業務日誌・個人記録への記録を行い、気付いた事や問題点等、全職員に申し送り、プランの見直しに反映している。 | | |
| 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 | 本人や家族の要望や状況を踏まえながら、外出や外泊の機会を依頼している。通院も家族の負担にならない範囲で依頼しているが、無理な場合や緊急時はホーム対応としている。 | | |

| 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 | 地域や他施設の行事への参加等、利用者が楽しめるように資源を活用している。 | | |
| 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し、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 | 在宅時からの掛かりつけ医を優先し、連携を取りながら継続受診できるよう支援。また、受診時にはホームでの心身の状態や変化を文書化して情報提供としている。 | 殆んどの方が家族の協力のもと、かかりつけ医を受診している。その際家族にはホームでの心身に関する情報を文書にして渡し、医師に伝わるようにしている。また、医師からの指示、注意等は家族から口頭で聞いている。 | |
| 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 | 利用者の状態変化に応じ、医療機関看護師との情報交換を行っている。 | | |
| 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 | 入院時には医療機関への情報提供、また、退院時には、やみくもに早期の退院を目指すのではなく、退院後に安心して生活できるよう相談に努めている。 | | |
| 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 | 現在のところ、看取りができる体制には無いが、重度化においては家族や医療機関の協力があれば対応可能であり、その実績もある。家族へはその旨、説明し理解を得ている。 | 昨年、家族の協力を得て、事業所内で点滴をしながらの看取りを経験した。ホームでの看取りは今のところ考えていないが、医療機関と家族の協力があれば可能であるとしている。 | 入居者が重度化して終末期を迎える過程で、事業所として出来ること、出来ないことを文書化し、本人、家族に「指針」としてよく説明して方針の共有をしていただきたい。そのうえで「意思確認書」の取り交わしも必要と思われる。 |
| 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 | 一部職員のみ救命講習を受講しているが、全職員、定期的な講習を受講できるよう検討中。 | | |
| 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 | 消防署立会いの下、夜間想定避難訓練を実施しているが、必要十分とは言えず、訓練の回数を重ね、さらに地域の協力も得られるよう、体制を築いていく必要がある。 | 消防署立会いのもと、夜間想定訓練を行った。今後年2回の訓練のうち1回は住民参加を予定している。スプリンクラー、自動火災報知設備等の年度内設置が決まっている。非常用備蓄を最低3日分は確保して頂きたい。 | |

| 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 | 個人情報(記録等)の管理、利用者への声掛け、居室への入室、その他、特に入浴や排泄に関して尊厳を冒さないよう気をつけている。 | 入居者への呼びかけは名前で行っている。入浴や排泄の介助の際には特に言葉遣いに配慮して行っている。 | |
| 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 | 選択肢のある意思決定を促す。また、受動的な方には思いを表現できるように促しをしている。 | | |
| 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、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 | 団体での活動やケア等、声かけはするが強制すること無く支援している。 | | |
| 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 | 利用者の希望に沿って、しかし身体の危険が無いよう説明し理解を得ながら支援している。 | | |
| 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 | 趣向に応じ、違うメニューの提供も実施。また、その方の残存機能に応じ調理・片付けの一部を依頼。季節の料理、誕生日メニュー(該当者の希望)など提供している。 | 職員と一緒にテーブルを囲み和やかな食事風景である。ゆっくりな方も急がせることなく自力での食事を見守っている。献立について、年に何回かは保健所の栄養士等に相談するなどして頂きたい。 | |
| 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 | 全利用者について摂取量の記録実施。少ない場合は補助食の摂取を促している。また、必要な方に関して、水分摂取の促しと摂取量の確認を行っている。 | | |
| 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 | 月に一度の訪問歯科を導入。また、利用者ごとに毎食後、もしくは日に一度の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 | 利用者ごとの機能に応じ、トイレへの誘導、声掛け、見守りと一部介助を実施。また、排泄中は危険の無い範囲でドアの外で待つよう心掛けている。 | チェック表を活用して、パターンを把握し、トイレ誘導をしている。入居後排泄の介護度が軽くなった方も年数を経て元に戻った方がいる。夜間帯は目覚めている方には声かけしてトイレに誘導している。 | |
| 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 | 野菜を多く取り入れた食事、水分補給、運動を心がけ、排便状況を観察しながら、必要に応じ医師との連携を図り、下剤の処方、調整を行っている。 | | |
| 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 | 日に4～6名、各利用者が最低でも一日おきに入れるよう支援している。また可能な限り、お風呂の好きな方、清潔維持の必要な方に入浴して頂けるようにしている。 | 毎日入浴できる態勢である。最低でも一日おきに入浴している。拒否の方には、入浴後のお楽しみのお話をしたりして入っていただく。脱衣室の天井が高いので寒さ対策に気を使っている。 | |
| 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 | 起床、就寝、食事など、その方のペースに合わせて提供している。夜間の睡眠不足や体力低下を補う意味での昼寝もあるが昼夜逆転しないよう注意している。 | | |
| 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 | 利用者の身体・精神状態を観察し、変化に応じ、家族や医師への連絡相談を行っている。 | | |
| 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 | 利用者ごとに生活歴、趣向などを取り入れ、やりがいや楽しみを見出せるよう支援している。 | | |
| 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 | 日常の散歩や季節行事など、外へ出ることを心がけている。また、家族の協力のもと行きたい所へ行くこともできているが全員ではない。 | 気候の良い時には近くの神社へよく行くが、一度に全員でなく少人数づつの散歩である。遠出の時は車を利用し、車椅子の方は2回に分けて出かけている。家族と外食に出かける方もいる。 | |

| 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 | 家族へ説明、契約により金銭預かりを実施。また、自分で管理できる方には小遣い帳を作成し、一緒に金銭管理を行っている。 | | |
| 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 | 利用者の要求に応じ電話をかけ、希望者には手紙の代筆や文章作成の支援を行っている。 | | |
| 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 | 季節ごとの飾りや鉢植えの植物などを配置している。また、採光や通風の調整により、冷暖房が過剰にならないよう、工夫している。 | クリスマスの人形が飾りつけられた居間兼食堂は広くはないが、天窓からの光が明るく、入居者が職員と双六遊びを楽しんでいた。車椅子対応のトイレは十分な広さがあり使い勝手が良いと思われた。 | |
| 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 | 狭い空間の中で、利用者ごとの席(テーブル席)を確保し、ソファと座敷を利用して他者との距離を保てるようにしている。 | | |
| 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 | 入所時より、利用者が早く馴染めるよう、使い慣れた家具や物品等の使用を依頼している。 | 居室には床下からダクトを通して温風を吹き出す装置が付いており、穏やかな暖かさが保たれている。入居者はベッドや使い慣れた小物入れなどを持ち込み、壁に写真を飾るなどしてその人らしい居室となっている。 | |
| 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 | 共有スペースでは必要最小限の掲示(トイレ場所や汚物入使用方法など)。各居室では利用者の状態に応じ、表札の高さ、照明スイッチの高さなどを変え、 | | |