

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 | 1071100091 | | |
| 法人名 | 有限会社 ふるさと | | |
| 事業所名 | 有限会社 ふるさと | | |
| 所在地 | 安中市鷺宮1956-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成30年9月20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30年10月31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)】

| |
|-----------------|
| ターミナルケアを実施している。 |
|-----------------|

【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)】

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| できないことを手伝うのではなく、できることをふやす支援を心がけ、管理者は、事業所内に季節の飾りつけを行い季節感を感じてもらえるよう演出するとともに、飾りつけの製作を利用者にしてもらうことで手先を使ってもらえるよう支援している。その他、重度化している利用者が多くなっているが、重度化している方にあわせるのではなく、生活のなかでたのしめる方に目をむけて、そのような方にはカードゲームをして、ゲームをするなかで、ホームで作成した仮の通貨でやりとりするなど、たのしく過ごせるよう工夫したりしている。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 | 内容を理解してもらい、理念を数力所かかげ共有している。会議時にも確認している。 | 理念は、ホール・事務所などに掲示されており、管理者は理念にある「安心して健康」を、利用者の望むことを危険のない範囲で応えることであると認識し、認知症の周辺症状や健康状態に注意を払い取り組んでいるが、それぞれの職員が理念をどう捉えているのか知る機会や、共通認識を図る機会がない。 | 理念に掲げている言葉の意味や実践について、職員で共通認識を図る取り組みに期待したい。 |
| 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 | 職員は、近所の方々と必ず挨拶をしている。町内の回覧をまわしてもらい、地域の行事に参加したいが、重症者が多いため参加できない。 | 重度化し利用者が地域にでることが難しく、地域住民も高齢化している状況のなかで、納涼祭や災害訓練などの開催では回覧板を活用しており、数名の参加がある。地域の方から、菊の鉢植えを貸していただいたり、ほたるをとってきてくれたりとの交流がある。 | |
| 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 | 施設内の様子、介護保険に関する質問をいただき、お話をさせていただいている。 | | |
| 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 | 市介護保険課の方、地域住民の方、利用者様ご家族の方の出席をお願いし、2ヶ月に1回6回開催、報告を行い、意見要望に沿える様取り組んでいる。 | 年間予定を立て、報告書には次回の開催日を記載して、参加しやすい状況をつくっているが、県外に住む家族も多い等の状況のなか、家族の参加がない。会議では、報告を行い、メンバーから災害時における日頃からのつきあいの重要性について意見がある。 | 家族の参加が難しい状況ではあるが、運営推進会議の意義を理解していただくための働きかけを行うことで、参加もしくは意見表出がしやすい環境づくりを期待したい。 |
| 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に取り組んでいる | 毎月、市のサービス調整会議に出席し、市の担当者、民生委員等より意見・アドバイスを頂いている。 | 毎月市のサービス調整会議(研修や事例発表)があり、勤務調整が可能な範囲で、管理者が参加している。 | |
| 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 | 職員全員理解し、取り組んでいる。 | 身体拘束をしない指針を定め、しないケアを実践しており、年に1回は職員で指針の読み合わせをして理解に努めている。管理者は、言葉による拘束にも注意を払い、職員の言動に注意が必要な場合には、職員のストレスを含めて回避できるように努めている。 | |
| 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 | 会議や研修に出席して学んでいる。職員はこの件について注意を払って、日常業務についている。 | | |

| 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 | 研修に参加し、学んでいる。 | | |
| 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 | 入所時に理解を得られるよう説明し、納得していただいている。 | | |
| 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 | 玄関に意見箱を設置し、自由に意見・苦情を提出していただけるようにしている。 | 家族が面会に来たときには、状態や様子を伝えており、外出や外泊などの希望に対応している。今後、写真などを活用しながら毎月状況をお伝えできるような取り組みを検討するなか信頼関係を築き、さらに運営に関する意見を聴取したいと考えている。 | |
| 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 | 日常業務において、常に受けている。 | 日常業務のなかで職員の意見を聞き、筋力維持のためのふみ台を購入したり、勤務希望を聞いたりして、実施に努めている。その他、職員のストレスをためないことが利用者支援につながると考え、管理者は職員の意見をできるだけ聞くことに努めている。 | 職員で話し合う機会を定期的に設け、議事録に残すことで、参加できない職員においても情報が共有できるような仕組みづくりに期待したい。 |
| 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 | 介護技術の勉強、職員全員が研修を受けられるにする。 職員間の交流を図る。 | | |
| 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 | 外部研修を受ける機会を確保している。 管理者基礎研修等。 | | |
| 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 | 毎月、市のサービス調整会議に出席し、他の施設の職員との意見交流に努め、又は勉強して、レベルアップを図っている。 | | |

| 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 | ご家族様から情報収集及び、利用者様からの訴えをじっくり聞く習慣を、職員全員が持っている。 | | |
| 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 | ご家族様の面会時や、電話をする等、いろいろな機会に会話や報告をするよう努めている。 | | |
| 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 | 日常生活されている時の利用者様を観察し、相談を受けた時には、十分に納得されるように対応している。 | | |
| 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 | ご家族様からの情報、本人からの訴えをよく聞くことを基本とし、今までの生活歴を知っておく。 話を聞いたり、ペットの猫と過ごされたりしている。 | | |
| 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 | ご家族様とできる限り連絡を取り合っ、本人とご家族様にとってベストな支援をするよう努めている。 | | |
| 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 | 入所時に、ご家族様・知人の面会をしていただけるようお願いしている。また、外出を希望した時は、応えるようにしている。 | 入居前の生活歴などの情報には限りがあり、本人との会話から、家族からの情報から、把握に努めているが、難しい状況にある。友人が来訪した場合には、ホールや居室で過ごしてもらい、「また、いらしてください」と声をかけている。 | |
| 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 | 信頼関係が保たれるよう、利用者同士うまく交流出来る様に常に気配りしている。 | | |

| 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 | 退所された後も、相談等は常時受け付けている。 | | |
| 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 | 本人からの希望、意向には可能な限り気配りをしている。 本人の希望に応えている。 | 日頃の会話のなかで、好きなものや嫌いなものを聞いたり、表情などから察したりして、支援に活かすよう努めている。重度化している方が多いなかで、日常生活のなかでたのしめる利用者には、カードゲームなどでたのしめるようにしている。 | |
| 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 | 入所時に情報を聞き取りしている。 | | |
| 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 | 本人に合わせてたりハビリ・レクリエーション、外出等、常に行っている。 | | |
| 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、ご家族、職員からの意見を取り入れて作る。 | 介護計画作成にあたっては、カンファレンスで話し合い、モニタリングをもとに次の介護計画につなげているが、モニタリングの記録において話し合いの内容が反映されていない。 | モニタリングにおいては、職員で話し合った内容がわかるような内容にすることで、次の介護計画につなげられることを期待したい。 |
| 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 | 毎日の記録、日々の気づきや変化等が生じる場合は、全職員との連絡を申し送りノートを通じ、共有している。 介護計画にも生かしている。 | | |
| 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 | 入所者の方の希望やニーズの把握に努めた対応をしている。 受診の支援をしている。 | | |

| 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 | 月に1回、相談員と民生委員の方々と協力し、情報等を共有している。 | | |
| 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 | 夜間の連絡も対応できるようになっている。 夜間の利用者様の体調の変化に十分対応できる。 | 毎月1回かかりつけ医の往診があり、内科以外の場合には、かかりつけ医から情報提供を受け他科受診につなげている。通院介助は職員が行い、状況を伝えている。併設のデイサービスの看護師に相談できる体制がある。 | |
| 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 | 利用者様の身体状況に即座に対応、訪問看護の方に連絡相談、健康管理の支援を行っている。 | | |
| 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。 | 病院の主治医・看護師等に、直接または電話で情報を交換し実行している。 | | |
| 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 | ご家族様と本人と話し合い、文書等で説明し支援に取り組んでいる。 記録を取り、きちんと文書を作成し、ご家族様・ご本人様に署名・捺印をいただいている。 | 入居の際に延命や気管切開などについて確認を行い、重度化した場合、医療的処置が必要な場合には、施設での対応に限りがある説明を行い、考え方の転換を図っている。年1回研修を行い、訪問看護ステーションとの連携を行い、ターミナルケアを行う方針である。 | |
| 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 | 事故対応マニュアルを定期的に学んでいる。 研修会議等に参加して学び、普通救命講習を受けている。 | | |
| 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回の火災訓練(昼間、夜間想定)地域住民の方に協力をお願いし、参加していただく。 日勤者・夜勤者も参加し、消防署職員より消火器の使い方の指導を実施、消火訓練も行っている。 | 年2回消防署の指導のもと火災訓練を実施しており、その他、自主訓練を開催している。訓練は、回覧板で知らせているが地域住民の状況により参加が難しいなか、区長や民生委員が参加している。火災以外を想定した災害についても対策を講じる考えである。 | |

| 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 | 記録等に記入するときは、個人名を出さずに記入している。 職員間の会話の中でも、個人名は出さずに会話している。 | 申し送りは相談室で行い、利用者の情報が漏れないように配慮している。居室や洋服に個人名を出さずに、色分けした毛糸で識別できるようにしている。 | |
| 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 | 本人からの希望や想いを第一に尊重している。 自己決定の実現に常に心がけて、介護をしている。 | | |
| 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 | 本人からの希望を聞き出している。 入居者中心という考えを持って応えている。 | | |
| 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 | 車椅子使用と足元が不安定な方が多いため、不定期に外部から美容師を招いて、ホームで理美容サービスを受けている。 | | |
| 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 | 歩行が可能な利用者様は、食後の下げ膳ができています。 利用者様からメニュー希望を取っている。 ホールテーブルを使って、電気プレートでホットケーキ等を作って楽しまれる。 | 業者から食材を購入し、併設のデイサービスと協力して職員が調理しており、個々の食形態にあわせて提供している。日常生活のなかでの利用者の発言から献立に反映したり、季節を感じるものを提供したりしている。 | |
| 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 | 介護日誌に、食事の摂取状況を記録している。 水分量は記録していないが、1日1,200～1,500mlを確保できるように、ほうじ茶・コーヒー・ココア・梅茶等、希望に添うように支援している。 | | |
| 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 | 義歯使用の方は、毎食後洗浄と口腔ケアをしている。 毎食後、歯磨きをしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 職員同士、同じ対応が出来る様に、話を絶えず取り合って、排泄の誘導と支援を行っている。 | できないことを手伝うという考えではなく、できることをふやすという姿勢で、残存機能を強化する取り組みを行っている。夜間はおむつ対応やポータブルトイレ使用であっても、昼間はトイレで排泄できるよう誘導している。 | |
| 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 | 全員個別に排泄パターンを理解し、便秘対応をしている。 下剤使用の方がいる。 毎日、水分補給を十分にしている。 | | |
| 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 | 入浴は基本週2回とし、汚染時には随時対応している。 本人希望にも対応。体調に合わせた入浴を実施している。 | 週2回入浴を行い、浴槽につかれない方には、タオルの上からシャワーをかけて、温まってもらっている。入浴は、1対1の時間なので、普段言えない会話ができる時間と捉え支援している。 | |
| 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 | 夜間の電気の消灯等は、個人の好みで差があるので、個別の要望に応え、安心して眠れるようにしている。 夜間の徘徊者や大声を出す利用者があるので、夜勤者が見守り・対応している。 | | |
| 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 | 利用者個々の服薬内容の記録ファイルを作り、いつでも誰でも必要な時に情報を理解している。 | | |
| 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 | 介護度に差があるため、個別にできることを本人の役割にさせていただいている。 洗濯物のたたみ、食後の片づけ、カラオケ、ぬり絵等、一人ひとりの希望・特技を取り入れて支援している。 | | |
| 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支援している | 本人の希望に応じ、個別に職員と共に外出している。 ご家族様のご協力を得ながら、自由に外出している。 | 外出するのが困難な利用者が多いなか、歩行可能な方は近隣を散歩したり、車椅子の方は玄関で外気浴をしたり、春には近くの桜をみせたいと外出に取り組んでいる。要望をうけて、布団やパジャマを買いに行くなどの個別支援も行っている。 | |

| 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 |
| 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 | お金の使い方を理解できない方は、支援できない。 買い物の希望のある方は、個々にその都度、職員と共に出かけられる。 | | |
| 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 | 重度の方は、自分の名前も書けない。 会話も不可能な方がいる。 面会に来られるように、ご家族様に依頼することもある。 不可能な利用者様には見守り・一部介助をさせていただきます。 | | |
| 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 | ホールのテレビの音量には常に気配りをしている。 居心地よく過ごせるよう、工夫している。 | できるだけ、季節を感じてもらおうと、季節感のある飾りつけをしており、作成には手先を動かしてもらおうと利用者につくってもらっている。 日めくりのカレンダーをおいて利用者に変えてもらったり、トイレの表示を大きく貼ったりなど、わかるような環境づくりをしている。 | |
| 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 | 共同空間において、一人になれる場所はない。ホールは食堂として、テーブルを設置する広さである。 | | |
| 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 | 希望する写真を飾ったり、利用者様の作品を飾って楽しめる。 | 衣装ケースなど、本人が整理しやすいように持ち込まれている。また、本人が横になったまま見やすいように壁掛けのTVが設置されたり、好きなぬいぐるみが置かれたりしている。 | |
| 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 | ホール・浴室・トイレには手すりが付いている。 必要に応じて、見守り・一部介助をさせて頂いている。 | | |