

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 | 4570200917 | | |
| 法人名 | 医療法人 誠心会 | | |
| 事業所名 | グループホーム小松原 | | |
| 所在地 | 宮崎県都城市小松原町1161-3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成 22 年 7 月 11 日 | 評価結果市町村受理日 | 平成 21 年 7 月 31 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://kouhyou.kokuhoren-miyazaki.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4570200917&SCD=320>

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|------------------|--|--|
| 評価機関名 | 宮崎県医師会サービス評価事務局 | | |
| 所在地 | 宮崎県宮崎市和知川原1丁目101 | | |
| 訪問調査日 | 平成 22 年 8 月 11 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)】

全利用者が笑顔で穏やかに生活出来る様に努めている。特にレクリエーションや談話に力を入れ歌が好きな利用者が多い為思い入れのある曲を教えてもらい、歌詞カードを作ってみると、以前より大きな声を出され、笑顔で歌ってくださるようになった。幼少期の話をしてもらう事によって、共感し合い、利用者の同士のコミュニケーションも多くとれている。

【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)】

利用者の表情が自然である。食事を和気あいあい楽しんでいる。職員は、ホーム利用開始時に野菜が全く嫌いだった利用者が、野菜を食べられるようになったのは、本人の意欲と利用者同士の働きかけの効果だと讃えている。利用者が見極め、その人らしく、例えば牛蒡さばきで機能を維持するなど、の支援に努めている。また、おむつ類を減らしていくケア、排泄の自立を促している。地域との付き合いにも努めており、前回の外部評価の改善点にも取り組んでいる。

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 | | | | |

自己評価および外部評価結果

| 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 | 全職員で理念を講築し玄関や事務所にかかげ、いつでも目に付くようにしている。 | 「一人、一人の生き方を大切に」「生活の場がホームの中にとどまらないように」などの理念を職員間で共有している。一人で過ごしたい利用者には居室で関わるなど利用者の立場で日々のケアをしている。 | |
| 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員として日常的に交流している | 地域のふれあい際、地域の清掃、夏まつり等に積極的に参加し、地域とのつながりを大切にしている。 | 理念の一つが地域との交流であり、祭りや清掃など地域の活動に参加しており、ホームにはボランティアの来訪もある。地域との付き合いに努めている。 | |
| 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 | 運営推進会議にて、家庭や地域の方々に、認知症について研修で勉強した事や、日々の認知症ケアの実践の中から得た支援の方法など報告行っている。 | | |
| 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 | 運営推進会議の議題として とりあげ外部評価の結果報告を行っている。 出た意見はサービスの向上に活かすよう努めている。 | 年6回開催されており、会の運営をさらに活発化したいと、他所の会内容を参考にするなど、意欲的に取り組もうとしている。 | 運営推進会議の議題によっては、多様な職種・組織・地域の人材等の出席が得られるような工夫も期待したい。 |
| 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 | 入所、退所 連絡票にてホームの空き状況などの情報を提供している。 | 運営推進会議に市担当課の出席を得ている。常日頃ホームの入居情報の提供や必要な情報を得るなど連携は図られている。 | |
| 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 | 高齢者虐待防止法についての研修を受け、ホームで勉強会を開いている。 | 前回の外部評価で改善課題とされて以降、日中は玄関を開放し改善に努力している。現在新しい利用者のために鍵をかけているが、ホームに馴染まれたら開放の予定である。 | |
| 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 | 高齢者虐待防止関連法についての研修を受け、事業所で勉強会も開いている。 | | |

| 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 | 特に権利擁護に関する制度についての勉強会や研修会に参加していないので今後機会を設けていきたい。 | | |
| 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 | 契約時は十分に説明行い、家族、利用者が納得できるよう遂行している。 | | |
| 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 | 運営推進会議で意見や改善して欲しい点、不満等を表わせる機会を設けている。 | 家族等には運営推進会議や来訪時に利用者の様子を伝え、意見や要望を聞くように努め、生活改善や運営に反映させている。 | |
| 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 | 職員会議で出た意見、提案等、改善可能なものは柔軟に対応し職員の意見が反映しやすい環境作りに努めている。 | 管理者は、職員それぞれが議題を提出する毎月の職員会議に出席して、職員の意見要望に見解を示し、対応している。さらに職員が外部の自主研修・交流に参加し視野を広げる努力をしていることを理解している。 | |
| 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 | 利用者に対する言葉掛けや接し方等見ながら、職員の日々の努力や実績の把握に努めている。 受講したい研修や資格取得を呼びかけ、向上心もてるように努めている。 | | |
| 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 | 職員、研修参加の機会を確保している。また希望する研修がある場合勤務に支障がない限り受講できる環境作りに努めている。 | | |
| 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 | 認知症高齢者連絡協議会のブロック別研修会などに参加している。 都城市のグループホームの定例会に参加している。 | | |

| 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 |
| 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 | 相談から入所に至るまで、利用者がどんな生活を望んでいるのか、どんなことに不安を持っているのかゆっくり話をする機会を設けるよう努めている。 | | |
| 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 | 相談から入所に至るまで、家族とゆっくり話をしどのような要望・希望を持っているのか聞く機会を設けるよう努めている。 | | |
| 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 | 相談があった場合は、利用者心身の状態、相談者の困っていることを把握し、本人と家族が今必要とするサービスが受けられるよう支援している | | |
| 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 | 職員は、利用者から、生活の知恵、昔のならわし、物を大切にすること、方言などいろんな事を学んで、暮らしを共にし、お互いに支えあう関係を築いている。 | | |
| 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 | 家族面会時は、利用者の日頃の様子を話す機会を持つよう努めている。また、家族に力を借りたい部分は協力がもらえる関係作りに努めている | | |
| 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 | 利用者の友人知人等の面会ある場合は、居室でゆっくり過ごしてもらい、気軽に遊びに来れる雰囲気作りに努めている。 | 友人、知人も高齢になられ往来も困難となっているが、ホーム近くの美容室の店主やお客共々利用者に声かけ合い談笑し、新しい馴染み、地域との付き合いにつながっている。 | |
| 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 | 利用者間の人間関係を日ごろの様子より正確に把握し、人と交わる事が苦手な利用者にはレク等参加促し、職員が上手く仲介役となり他の利用者とのコミュニケーションがとれるよう努めている。 | | |

| 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 | サービス利用終了後、継続的な関わりを必要としたケースは、今の所ないが、必要な場合は行う用意はある。 | | |
| 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 | 職員一人ひとりが利用者の毎日の暮らしぶりから、意向の把握に努めている。 | 利用者ごとに担当者を決め、日々のケアの折々多様な場面で、さりげなく思いや気持ちを受け止めている。飲酒希望にはホーム製の梅酒、花を作りたい利用者には花壇の利用など対応している。 | |
| 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 | 入所の際家族、本人より話を聞く。ホームでの生活のなかで本人から話を自然と引き出す。又家族の面会ある時に情報を得よう努めている。 | | |
| 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 | 職員一人ひとりが利用者の心身状態、能力等見極めケアを行っており、変化等ある場合、意見を出し情報の共有が出来るよう努めている | | |
| 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、家族を交えての話し合いは行っていない。介護計画を立てた後で家族または利用者に説明を行い同意を得ている。 | アセスメントや毎月のモニタリングを行い計画を立てているが、計画前に利用者や家族を交えての話し合いには至らず事後同意となっている。 | 利用者がよりよく暮らすために本人や家族、関係者の意見やアイデアを取り入れた介護計画となるよう話し合いのための工夫が望まれる。 |
| 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 | 職員同士情報を共有できるように、毎日利用者の一日の様子を記録し、介護計画の作成や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 | 柔軟な対応、支援行っている 家族が自由に利用者の部屋に宿泊できる。 | | |

| 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 | 地域のふれあい際、夏まつり等に積極的に参加し、地域とのつながりを大切にしている。 | | |
| 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 | 入所する際本人あるいは家族が望むかかりつけ医をきちんと把握している。・ホームに併設している病院を希望される場合は、2週間に一度主治医の診察を受けるようにしている。 | ホーム利用開始と共に、利用者のほとんどが協力医に希望転医されている。身近で即対応してもらえるので、利用者も家族も安心されている。従来のかかりつけ医受診もあり、支援している。 | |
| 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 | 併設している病院の看護師に気軽に相談できる環境にあるり、利用者の健康管理、医療活用の支援をしている。また利用者が怪我した場合、迅速に治療や処置が受けられる。 | | |
| 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。 | 利用者が入院した場合、病院関係者や家族より、利用者の病状や心身の状態等の情報もらい、早期退院に対応できるように努めている。 | | |
| 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 | 事業所の方針として重度な方や終末期の方を対象としていないが、利用者のADLや認知の状態に変化見られる場合、家族の意向を含め、主治医や職員で検討行う。 | ホームの方針としては、重度化し要医療の場合は医療機関入院とし、医療を伴わない終末期に対しては、利用者や家族の意向に沿うようにしている。ホームで看取りを行っているが全職員と共有していない。 | 終末期支援を全職員で共有し対応していくために、看取りの事例を含めた共有方法を工夫してほしい。 |
| 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 | 急変時は併設する病院の医師・看護師に指示を仰いでいる。 | | |
| 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回消防署立会いの避難訓練、年2回に自主避難訓練を計画している。災害時に備え、地域の消防団員の連絡先を事務所に掲示している。 | 消防署の協力を得、また夜間を想定しての避難訓練をしているが、地域住民の参加協力は非常時に消防団員だけである。非常用の水・食材・コンロ等ホームに準備している。 | ホーム周辺の会社や事業所・民家等にも、ホームへの理解と、非常時に対するの協力を要請する働きかけが望まれる。 |

| 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 | 言葉づかいには特に注意し尊敬の念を持って慣れ慣れしくならない様心掛けている。 | 理念の「生き方を大切にしたい」として、笑顔であいさつ、寄り添いの声かけ、スキンシップなど、思いやりの態度、ことばかけを常に心がけている。 | |
| 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 | 選択肢がいくつかある場合は、本人の意思を尊重出来る様に支援している | | |
| 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 | 自室にて横になりたい等、個々の気分や体調に添った対応をする様にしている。 | | |
| 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 | 自己にて洋服の選定の出来る利用者には相談しながらその日の洋服を決めている。 | | |
| 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 | 手伝ってくださる利用者は限られているも、食器拭きやつぎ分けを利用者と共に行っている。 野菜の皮むき等も工夫しながら進めている。 | 当番利用者の「いただきます」で、全職員は、おしゃべりしながら、さりげなく見守り、ケアしながら、和やかに食べている。職員は共に食べることで、形、味つけ、食材、温度等の工夫に繋げている。 | |
| 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 | 飲水量が少ない場合は清涼飲料水を用意したり工夫しながら進めている。また特に水分とらない利用者は1日の水分摂取量のチェックを行っている。 | | |
| 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 | 3食後に歯磨き、殺菌作用のあるお茶でのうがいを行っている。夕食後はポリデントで消毒を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 2～3時間おきにトイレの声掛けを行い排泄の失敗がないよう支援している。 オムツ、尿とりパット使用している利用者に対しオムツ類をなるべく使用しない方向で、排泄の自立を促している。 | おむつ類をへらしていくケアに努めている。おむつをされていた利用者が声かけにより、布パンツに変わっている。居室のトイレでゆっくりプライバシーを守りながら支援している。 | |
| 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 | 乳製品、イモ類、食物繊維の多い食材を多く取り入れたり、毎日の適宜な運動で便秘予防に努めている。また個々の排便の周期を把握し間隔が空くような時は主治医の診察を受け適切な処置を受けることが出来る | | |
| 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 | 各部屋に浴室があり、湯加減や浴槽に浸かる時間など利用者の好みに合わせている。 入浴拒否がある場合などは時間帯をずらしたり、次の日に入浴してもらったり、柔軟な対応をしている。 | 利用者は、週3回居室の風呂で入浴している。希望により入浴日以外にもシャワーが使える。プライバシー確保にもなっており、利用者の満足度を上げている。職員2人でケアしている。 | |
| 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 | 寝具は本人が使いやすい物を持ってきてもらい、気持ちよく休息や安眠が保たれるよう支援している。また、利用者が休息したい時は本人の意思を重視している。 | | |
| 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 | 職員は、利用者が服薬している薬の処方箋をケース記録にファイリングし、薬に変更があった場合は、必ず送りに記入している。 症状に変化があった場合には、直ちに主治医に報告および相談を行っている。 | | |
| 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 | 食器拭きや食材切り等個々の能力にあった役割を担ってもらっている。レクに懐かしい歌謡曲等多く取り入れ、利用者同士が思いで話をする機会になっている。 | | |
| 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 | 天気の良い日は利用者の体調を見ながら散歩に出かけたり、外に出たいとの希望がある時はその都度出かけ、気分転換やストレスが発散できるよう支援している。自宅に帰りたいという利用者には、家族に外出の協力をもらっている | 加齢により外出希望も減ってきているが、希望に応じて、家族の協力を得ながら支援している。近隣の散歩には歩いたり、車いすなど利用者に応じている。美容室も外出先の一つである。 | |

| 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 |
| 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 | 基本的に金銭管理は事業所側で行っているが、定期的買い物に出かけ買いたい物を購入し利用者本人が支払いができるよう支援している。 | | |
| 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 | 利用者が自ら電話をかける事は、無いが、希望があれば支援している。 | | |
| 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 | 共有の空間には季節に応じた草花や利用者の作った壁画を飾って季節感を感じられるように支援している。 | 自然光の共用空間であり、季節感あふれる利用者の作品が飾られている。ゆったりした雰囲気である。 | |
| 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 | 玄関、エレベーター前にソファを置き自由に利用できるよう配慮している。 | | |
| 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 | 毎日使う布団、椅子、テレビ、タンス等は使い慣れたものを自由に持ち込んでもらい、これまでの生活環境により近づけて過ごしてもらえるようにしている。 | 全居室は風呂、車いす対応の広さのトイレがあり、畳敷きで来訪者が泊まれる広さである。馴染みの物が持ち込まれ、その人らしい雰囲気を醸し出している。 | |
| 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 | 職員が利用者一人ひとりの出来る事、分かる事を把握し、個々の力が発揮でき、自信をもって生活できる環境作りに努めている。 | | |