

### 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   | 2277102287         |            |  |
| 法人名     | 株式会社 脳リハビリネットワーク   |            |  |
| 事業所名    | ねんりんはうす西都台         |            |  |
| 所在地     | 静岡県浜松市西区志都呂町5331-6 |            |  |
| 自己評価作成日 |                    | 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 | <a href="http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do</a> |
|----------|---|

【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 NPOリブグリーン        |
| 所在地   | 〒410-0822 静岡県沼津市下香貫宮脇323-3 |
| 訪問調査日 | 平成22年12月9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)】

|  |
|--|
| 日常生活の中に脳リハビリを取り入れ、毎日散歩に出かけたり、下肢筋力が衰えないように体操を行っている。認知症の改善や状態の維持を保てるように支援している。 |
|--|

【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)】

|   |
|---|
| 「ゆったり、ゆっくりあなたの元気をあなたの笑顔を引き出します。」の理念の基に職員並びに管理者にあっても非常に強い気持ちで利用者に対応している努力が感じられました。また、ホーム外には、利用者が健常によく利用した多種多様な施設があり、本来の暮らしの再現化には非常に刺激を受ける地域とのふれあいが常にあります。ホームでは脳リハビリに力を入れ毎日の散歩の外出や室内に於いての手作業を行うことによる脳の活性化に努める支援を行っています。一日中明るく日当たり良好な環境にあり、ホームはとても清潔感があふれています。利用者・職員間の明るい会話やふれあいがあります。 |
|---|

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<br>↓該当するものに○印   | 項目   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○ 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)             | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○ 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                   | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○ 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)    | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○ 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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  |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |  |  |  |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                           | 各スタッフが目で確認できるように、入口とフロア内に理念を掲示しており、日々の申し送りや会議でケアの方向性を確認している。 | 職員は、ホームの理念を全員で共有できるように、日々の申し送りの中で、きちんと実行できたか確認したり、法人の脳リハビリプログラムについての勉強会を積極的に取り組み、常に職員間での理念の共有がはかられています。          |  |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                           | 運営推進会議、回覧板等で情報を得て、地域活動に参加させて頂いている。                           | 運営推進会議では、自治会長とのつながりを保ち、役員会にも参加しています。また、近隣の幼稚園のお祭りに参加したり、地域の方々とのおふれあいを保っています。外出時には近隣の方から、栽培した花を頂いたり、気軽に会話ができています。 |  |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                         | 運営推進会議にて日常の様子を話したり、スライドにしたりして理解を深めて頂くよう工夫している。               |  |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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      | 二ヶ月に一度開催し、率直なご意見をいただくことで、サービスの質的向上へと繋げている。                   | 会議では、自治会長よりホームの意見ならびに問題点の提言を率直にいただいています。また、ホームの現状報告を行い、利用者・家族等からも直接意見をいただき、サービスの質向上に努めています。                      |  |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                 | 市開催の研修やセミナーなどに参加。不明なことはその都度担当者に相談している。                       | 市等で行われている研修会や連絡会には積極的に参加しています。またその内容はホーム内にてさらなる勉強会や報告をおこない全職員での共有化に努めています。                                       |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 身体拘束廃止セミナーに参加し、全スタッフが内容を共有、理解できるようにしている。                     | 利用者・家族等より身体拘束廃止に対するアンケートをとり、内容を検討し、職員共々共有し理解するように反映、努力しています。身体拘束廃止セミナーへの積極的な参加に取り組んでいます。                         | ホームの出入口はエレベーターの使用です。3～4階へは自由に往来でき、3～2階へはロックがかかっています。出入口の施錠をどのようにするかが今後の課題です。 |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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      | 虐待防止セミナーへ参加し、その内容を周知徹底している。                                  |  |  |

| 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<br>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    | 管理者が権利擁護のセミナーに参加。その内容を共有し、必要性のある方には説明している。                        |  |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 面談時に十分な説明と質疑応答を行い、ご納得いただくまで説明理解を図っている。                            |  |   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 意見箱を設置。市から介護相談員の受け入れをしている。  | エレベーターの前に意見箱を設置し、内容(要望)を検討し職員間で問題意識を持ち利用者に反映させる仕組みがあります。市からの介護相談員の訪問を受け、意見を聞き反映させています。 | 開設当初から意見箱に意見が出ていないのが現状です。意見が言えないのか、本当に無いのか…。意見が出てくるのを待つだけでなく、引き出しやすい工夫を考案されることを期待します。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 日常的に話を聞いたり、定期的に会議等で報告している。  | 申し送りや会議のほか、日常的に職員の意見をきいており、反映する努力をしています。対応できないことについては、一人一人が納得がいくように丁寧に説明しています。         | 提案・意見の内容や量・質または職員によって口頭では言い難いことも拾い上げて反映しやすくする工夫としてのシステムの考案を期待します。                     |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 可能な限り努めている。職員の質の向上や、考えを把握するために、毎年、人事考課を行い、目標設定シート等を活用し環境整備に努めている。 |  |   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 法人主催の勉強会や公的な研修会を通じスキルアップを図っている。参加できない人には資料を配布し、目を通して頂いている。        |  |   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 市開催のセミナー等に参加。   |  |   |

| 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 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |   |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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 | アセスメントをしっかりと行い、ご利用者と共に行動をし、会話する機会を多く持つように努めている。              |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 面会時、電話にての要望、相談にしっかり耳を傾け家族の様子・関係を把握したうえで、良好な関係作りに努めている。       |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | ご本人ご家族のニーズを把握し、今何が必要なのかを見極めサービスに繋げている。                       |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 互いに理解しあい、対等な関係を築いていけ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<br>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         | 相談や報告を日常化し意見を交わし、本人を支えていく関係を築いている。                           |   |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 家族の協力、理解も得て、可能な限り馴染みの人、場所を大事に支援している。                         | ホーム外には暮らしに対応できるいろいろな施設があり、家族の協力・理解を得て可能な限り出入りができるようにしています。なじみの人・場所に接し本来の生活に少しでも戻れるように支援しています。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                    | 気が合う同士と一緒に過ごせるように配慮している。必要なときには、間に入りトラブルにならないようにさりげなく支援している。 |   |                   |

| 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<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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                     | 退居後も、お手紙やお電話をいただくことも多く、その都度、相談やアドバイスをしている。  |  |                   |
| <b>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</b> |      |  |   |  |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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   | ご利用者の生活歴、趣味などを参考し、その方のニーズに答えられる形で支援している。ご本人から聞くことが出来ない場合はご家族にもご協力をお願いし、ご本人の意向に沿うよう支援している。 | アセスメントにて利用者の生活歴・趣味などを把握し、参考にしていますが、さらに本人または家族に対して、本人が今やりたいと思うことをその都度確認し、意向に沿ったケアを行っています。         |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | アセスメントを利用し把握に努めている。   |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ご利用者の話を傾聴し、行動をよく観察することで、残存能力の見極めに心がけ、現状の把握に努めながら支援している。                                   |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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、家族の要望を聞き、担当者会議にて検討した事をケアプランに反映し、定期的にモニタリングをすることで次のプランに繋げている。                           | 利用者に応じて、毎月モニタリングをおこない、関係者等の要望を聞き、サービス担当者会議にて検討しています。本人が混乱することなく穏やかに日常生活を過ごしていただくことをモットーに支援しています。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 実施管理表で日々の状態を把握し、その内容を職員で共有し、より良いサービスになるよう努めている。   |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | その時の状態に合わせ、可能な限り柔軟に対応している。  |  |                   |

| 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<br>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                                      | 運営推進会議等で関係作りを行い、地域の中で安全に暮らせるように支援している。            |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 定期的に受診し、ご家族に報告をしている。早期発見に努め、適切な医療が受けられるように支援している。 | 従来のかかりつけ医の利用の有無を確認し、家族の了解を得て、地域のかかりつけ医の受診介助などの支援を行っています。   |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 24時間連絡・相談できる体制になっている。                             |  |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 協力医療機関として複数の医療機関と提携をしている。                         |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所の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  | 日常的に状況の説明を行っており、今後の方針について、お互いに意見交換を行い対応に努めている。    | ターミナルケアの実績はありませんが、入居時にホームにおける重度化対応及び看取り対応指針を家族に説明し、理解を得ています。また、入居後も、状態に応じてその都度ご家族に意向確認をおこなっています。 |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 緊急時の対応マニュアルがあり、日常的に話題にしている。                       |  |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 避難訓練を定期的に行っている。地域の防災訓練にも参加している。                   | 地域の自主防災に参加し、消防署から防災に対するアドバイスを直接いただいています。また、その指導内容を生かして年2回の職員・利用者全員の避難訓練に活かしています。                 |                   |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | 尊厳を尊重しプライバシーを損ねる事のないように声かけ、支援を行っている。                                | 職員一人一人が利用者の状況把握をし、言葉かけに配慮しながら、トイレ等の自然な誘導ができるようにしています。また、失敗したときに他利用者に気づかれない様に配慮するための下着の工夫もしています。  |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 日々、どんな場面でも、気持ちを汲み取ることが出来るようにアンテナを高くし支援している。                         |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | ご利用者一人一人のペースに添って、その人が望む生活が送ることが出来るように支援している。                        |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 今までの生活スタイルに応じて、適切に対応支援している。   |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | みそ汁作り、味付け等から、盛り付け、片付けにいたるまで、一緒に行っている。                               | 昼食時の味噌汁作りや簡易な盛り付け、片付けは利用者が行い、全員参加ができるようにしています。また、好物と思うものを一緒に買いに行ったり、外食を通して「食」とのかかわりを楽しんでもらっています。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | その方に応じた量を把握し、バランスよく摂取できるよう支援している。ご自分で摂取できるように工夫し、状況に応じて介助するようにしている。 |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 義歯の方は必ず外して洗浄するように声かけ支援している。毎夜洗浄剤につけている。                             |  |                   |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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                              | 排泄パターンを記録し、その方の特徴を把握し、トイレでの排泄を支援している。                      | 個別の排泄パターンによって対応し昼夜間を通して全員トイレでの排泄をおこなっています。   |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 起床時に水分補給をしたり、適度な運動を行うよう心がけている。アロエジュースやセンナ茶などを飲用していただいている。  |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                        | さりげない声かけ、リラックスして入浴できるように支援している。就寝前にも入浴できるよう支援している。         | 利用者の希望やペースに応じて、毎日入浴しているか、一日おきの入浴をしています。入浴時間の指定は特にありませんが、おおむね、朝から昼間にかけては外出の習慣があり、自然に3時過ぎから夕食後にかけての入浴習慣になっています。          |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 日中の生活リズムを整え、心地よく休むことが出来るよう支援している。                          |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 一人一人の薬の種類、用法を記載し、理解に努めている。                                 |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 月2回図書館へ行っている。受診後等には喫茶店などにも寄ることがある。                         |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 雨天時以外は毎日散歩に出かけている。喫茶店や図書館等にも行っている。平均すると月に一度はご家族と一緒に外出している。 | 散歩が利用者本位による外出、利用者の状況による外出が行われ、雨天などで外出できない時は体操等をして過ごしています。また、ホームから100M以内に喫茶店・図書館等があり利用頻度も多いです。家族との外出も月1度ぐらいの頻度で外出しています。 |                   |



| 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<br>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  | ご家族と話し合い、ご利用者様のレベルに合わせ、使用して頂いている。散歩中に欲しいものを購入したりしている。 |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 公衆電話が設置しており、自由に利用ができる。年賀状、招待状、手紙の返事を送ったりしている。         |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 清潔を心がけ、整理整頓を行っている。プランター、花瓶等に季節の花を生けるよう心がけている。         | 共用の空間は、いずれも日当たり良好で明るく、ホームでの四季を通じた行事の写真が、壁に貼られています。季節ごとの作品が共同作業で行われています。常に整理整頓・清潔であることに努力がなされており、ホーム内での異臭は全くありませんでした。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | テレビの前のソファーに座り一緒に鑑賞されて過されている。気の合う者同士が居室で話しをしたりしている。    |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 居室には以前の写真、調度品が飾ってある。今まで使用していた物を使用して頂いている。             | 整然とした室内に、家族等の写真や、本人の趣味・嗜好を生かした作品が置かれ、各居室出入口には、利用者による飾り物や生活信条等の書かれたものが掲示されています。                                       |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 手すりが設置されている。トイレ、洗面所等の場所もわかりやすいように表示してある。              |  |                   |