

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 | 0491200135 | | |
| 法人名 | 株式会社 只野製作所 | | |
| 事業所名 | グループホームきずな | | |
| 所在地 | 宮城県登米市豊里町10-4 | | |
| 自己評価作成日 | 平成26年1月22日 | 評価結果市町村受理日 | |

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | http://www.kaijokensaku.jp/04/index.php?action=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&JisvosvoCd=0491200135-008PrefCd=04&VersionCd=022 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ | | |
| 所在地 | 宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階 | | |
| 訪問調査日 | 平成26年2月26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)】

平成24年5月17日に設立された1ユニットで、利用者様とスタッフが家庭的な環境の中で生活が過ごせるようにしています。理念にもありますが、地域の皆様との交流や自然とのふれあいを大切にしながら、愛されるホーム作りに心がけています。また、福祉部の中にテクノ・ケアサービスもありますから、連携を取りながらサービスの向上に繋げていきたいと思っています。

【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)】

ホームは近隣に中学校や病院がある静かな住宅地に立地し、運営者の只野製作所が隣接している。昨年9月に策定した介護理念「利用者さまとスタッフが笑顔で過ごせるように」を日々の行動規範とし、職員は笑顔をやさず、ケアの質の向上に励んでいる。開所から2年が経過し、管理者は地域と共に、暮らし続ける利用者やホームがどのように地域と関係性を持ち、連携を図っていくかを模索し、町内会との防災協定締結に向けて努力している。職員は利用者や家族の信頼も厚く、家族アンケートには家族的雰囲気、よく話しかけてくれるなどの声もあり、利用者に寄り添う職員の姿がうかがえる。経験の長い職員とまだ浅い職員が共に教え合い、学び合い、働く意欲やケアの質の向上を図っている。今後は豊里の住民と一層繋がり、共に暮らしていくための積極的な取組が期待できる。

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、生き生きと働いている (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（事業所名 グループホームきずな ）「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 | 事業所の理念を基に、介護理念を考え実践に結び付けれるようにしている。(9月より) | 昨年9月に、基本理念を基に職員で話し合い、介護理念「利用者さまとスタッフが笑顔で過ごせるように」を作り、玄関に掲示している。1ヶ月に1回のケア会議での振り返りや、3ヶ月に1回の見直しなどで理念を実践に繋げようと努めている。 | |
| 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 | 昨年から、地域の敬老会に参加させてもらっている。今後、災害時における援助協力に関する協定を町内会の方と結ぶ予定。 | 町内会に加入し、4ヶ月に1回きずな通信を全戸に配布している。敬老会、花壇の花植え、町の防災訓練にも利用者と職員が参加している。踊りや歌のボランティアの来訪が多く、ピアノ教室の子どもたちの訪問は利用者の楽しみとなっている。 | 今後、地域と災害時の防災協定を締結するなど、更に地域に根ざしたホーム作りを期待したい。 |
| 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 | 新町の防災訓練に利用者様と一緒に参加しています、花壇の花植え作業にも共に参加していますが参加できる方が限られているので、これからの課題です。 | | |
| 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 | 2ヵ月に1回行っている。サービスに活かしている。 | 会議は2ヶ月に1回開催している。区長、地域包括職員、市長寿介護課職員、利用者、職員が参加している。入居者、待機者状況、研修、行事、ヒヤリハットなどの報告の他に区長から職員研修の提案があり、他の事業所との合同研修も実現した。 | |
| 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 | 生活保護の利用者様もおりますので、家族と市の担当者のパイプ役をして積極的に行っている。 | 地域包括職員や市長寿介護職員とは介護保険関係や利用者の手続きなどの相談や情報交換を行なっている。市主催の研修にも積極的に参加するなど、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 | 日中は、施錠することはありません。夜間は、施錠します。 | 施錠は夜7:30～朝6:00である。管理者は職員ケアが身体拘束にあたらぬか、常に目配りをしている。地域住民や家族を対象にした身体拘束をしないケアの実践の勉強会を計画している。地域が認知症やホームへの理解を深め、連携体制が図れることも、身体拘束しないケアにつながると考えている。 | |
| 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 | 職員同士情報を共有しながら、身体の異常の確認を行う事で有無を確認しています。認知症を理解する研修も必要。 | | |

| 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 | 以前は、成年後見制度を利用されていた方がいましたが、現在事業所で学ぶ機会はありません。 | | |
| 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 | 契約時に各書類の説明を行い同意を頂いています。 | | |
| 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 | 面会時に、ご意見・要望などを聞きモニタリングも3カ月に1回行っている。 | 家族の状況により、電話、自宅訪問、ホームへ来訪の際など機会を捉えて意見を聞き、運営に反映させている。家族の要望により利用者所有の携帯メールで家族と意見交換を行なう場合もある。 | |
| 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 | 職員からの意見や提案を聞きなるべく、反映させるようにしている。 | 月1回のケア会議や休憩時間に意見を聞いたり、「申し送りノート」「勤務希望ノート」「連絡、行事ノート」を職員で回覧し、課題や意見が共有できるよう図っている。また係活動を通じて職員の提案を運営に反映させている。資格取得の支援も積極的に行なっている。 | |
| 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 | 会社実績を考慮して、賞与支給を行っている。 | | |
| 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 | 今年度は、特別養護老人ホームに行き他のケアの方法を学んで来ている。 | | |
| 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 | 登米市入所施設部会に2カ月に1回参加し取り組みをケア会議にて話すと共に地域医療介護連携の勉強会に参加している。 | | |

| 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 | 利用者様の意向に添えるように配慮していますが、すぐに出来ないこともあり家族様と連携を取りながら対応している。 | | |
| 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 | 利用者様の意向に添えるように配慮していますが、すぐに出来ないこともあり家族様と連携を取りながら対応している。 | | |
| 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 | 利用開始前に可能な限り、家族様と話し信頼関係を築いていけるようにしている。何が必要か把握しケアに繋げる。 | | |
| 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 | 日常生活で出来ることは、共に行い昔の知恵を聞いたりすることで関係を築いていく。 | | |
| 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 | 1ヵ月に1回近況報告にてお知らせし、また状況に変化がある時は電話にて家族様に報告して共に支えていくようにしている。 | | |
| 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 | なるべく来て頂けるように声掛けは行っているが難しい。 | 墓参りなどに家族と出掛けられるよう支援している。一人暮らしだった利用者が多く、社会との関係性を継続できるよう知人へ働きかけるなど努力している。 | |
| 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 | 同じ気持ちではないので、キッカケを見つけることから始め見守る。 | | |

| 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り組み 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 | お手紙を出したりしながら、連絡を取っています。 | | |
| 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 | 希望・意向を把握してその人らしく生活が送れるように配慮している。 | アセスメントやモニタリングを通して状況を把握し、意向にそったケアに努めている。利用者が意見を出しやすいよう、居室で1対1で話しを聞くようにしている。クリスマスカードを出すなど家族との交流を深め、家族から利用者の情報を得やすい環境を作っている。 | |
| 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 | 本人の家族や他の事業者から情報を集め、これまでの暮らしの把握に努めている。 | | |
| 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 | 記録・申し送り等で、把握した後表情や行動の観察を行っている。 | | |
| 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・家族の意見・要望とスタッフの現状報告を考察し、より良い暮らしが出来るように作成している。 | 介護計画は3ヶ月に1回見直しをしている。本人、家族、職員から意見を聞き、介護計画を作成している。職員は担当制で職員一人が利用者一人を担当し、日々の変化や意向を把握し、計画に反映させている。 | |
| 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 | 気づきや工夫について記入漏れすることがある、情報を共有し介護計画の見直しに繋げる。 | | |
| 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 | 本人の意思に合わせた支援、体調の変化に合わせた支援を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 地域との関わりがすでに途切れている利用者が多く把握出来ていない。会話の中からは、地域の方々の暖かさを感じる。 | | |
| 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 | スタッフが同行している。通院の際、身体の状態を報告している。受診内容は、記録に残している。 | かかりつけ医は利用者のほとんどが協力医療機関であり、職員が受診支援をしている。受診後は家族に結果を報告し、「特記事項及び面談記録」に記載している。 | |
| 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 | 通院時には、看護師との連携を図っている。今後、訪看に入って頂く予定。 | | |
| 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。 | 情報交換や相談に努めている。 | | |
| 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 | 書類を作成し家族の協力のもと、今後進めて行く。 | 1月に「重度化対応・終末期ケア対応指針」の説明を行い、全員から意思確認書、同意書を受領した。登米市訪問看護ステーションと3月に契約締結の運びとなっている。職員のターミナルケア研修が課題となっている。 | |
| 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 | 訓練がまだ出来ていない。 | | |
| 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回消防署の指導を受けています。今後、地域との協力体制を築く予定。 | 火災、風水害、地震対応マニュアルはある。避難訓練は年2回実施している。備蓄は5日分あり、自家発電機もある。設備の定期点検も行なっている。地域住民の協力は不十分な状況から町内会との防災協定締結を計画している。 | 夜間想定訓練の実施と、地域住民の協力体制の構築のため、町内会との防災協定締結の実現を期待したい。 |

| 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 | 信頼関係が大切だと感じています。さりげない言葉かけが出来ればよいと思う。馴れ合いではない対応。 | 呼び方は名前にさんづけで呼んでいる。利用者と信頼関係を築くため、あいさつなどの声かけや傾聴、部屋での1対1で話を聞くことを心がけている。排泄支援はさりげなく居室に誘導し対応している。 | |
| 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 | 思いが叶うようには出来るようにしているが、すぐに出来ない場合もある。添えるようにしたい。 | | |
| 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し、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 | なるべく、利用者に合わせて行うようにしているが、こちらに合わせてもらうこともある。 | | |
| 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 | 個々の希望に合わせている。散髪などは、希望に合わせてカットのみや顔そりまでとその都度、床屋さんをお願いしている。 | | |
| 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 | 外出支援などを行う事により、好きな物を食べられる楽しみがある。ホーム内では、皮を剥いたりして準備をすることで楽しみに繋げる。 | メニューは利用者の好みを取り入れ食材業者と職員が作成している。糖尿病や刻み食にも対応している。職員は利用者と一緒に同じ食事をし、和やかな雰囲気である。食材を刻んだり、配膳、片付け、茶碗ふきなども出来る範囲内で利用者が職員と一緒にこなしている。 | |
| 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 | 個々に合わせています。 | | |
| 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 | 朝夕は、口腔ケアを行っているが嫌がる方もいるので気分を損なわないように配慮するように心がけている。定期的に歯科に行っている方もいます。 | | |

| 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 |
| 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 | なるべく機能を落とさないように、行える環境作りに配慮している。 | 個人ごとにバイタルチェックや食事量と共に排泄チェックも記録し、便秘の状況の把握もできる。自立している利用者が多い。夜間のトイレ誘導は、居室からのナースコールで対応している。居室でポータブルトイレを利用している方もいる。 | |
| 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 | 乳製品を毎日1回は、提供している。便秘気味の方には、通院時内服薬をもらっている。リハビリ体操を行っている。 | | |
| 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 | 希望に合わせた回数にして、個々に合わせている。通院などがある時は、前日に入浴することもある。 | 利用者の希望を聞いているが、週2回から3回の入浴である。季節に合わせてゆず湯を楽しむ時もある。入浴拒否の利用者には「体重を計りましょう」などの声かけを工夫し、入浴を促している。 | |
| 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 | 温度管理や布団の調節を行いながら、安眠していただけるように配慮しています。 | | |
| 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 | 把握に努めている。一包化にするようにしている。日付をつけ間違いがないようにしている。 | | |
| 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 | 個々の生活歴などに合わせた支援を行うようにしている。(園芸・縫い物・家事仕事) | | |
| 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 | 今年度は、8人乗りの車を購入しましたので、個別支援を取入れ外出を増やしました。家族にお願いしたケースもあります。 | 食事や買い物など利用者の希望にそって、1ヶ月に1回ほど職員が個別外出に付添っている。8人乗りの車を導入したことで外出支援の機会が増し、馴染みの店で食事をしたり、洋服を買ったり、利用者が生き生きと過ごせる支援を心がけている。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者様に合わせた対応にしている。お小遣いとして管理していることもある。 | | |
| 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 | 利用者様の希望に合わせて支援している。 | | |
| 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 | 季節感を感じられるように工夫している。日差し、温度、湿度に配慮している。 | 天井が高く、天窓から柔らかい光が射している。玄関やリビングにはおひなさまが飾られ、季節を感じさせる。時計は2ヶ所に掛けられ、日めくり暦は利用者がめくっている。温・湿度は適切に管理されており、加湿器も利用している。トイレのドアに花飾りを施し、場所が分かりやすいよう工夫している。 | |
| 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 | 居室にてお話をしていることはある。たまには、テーブルの配置を変えている。 | | |
| 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 | 一人一人に合わせた居室づくりを行っている。 | 木の温もりを感じさせるタンス、テーブル、椅子とベッドはホームで設置した。家族の写真、花が飾られ、掃除も行き届いて清潔感が溢れている。掃除は職員と一緒にしている。居室でのポータブルトイレはロッカーに収納し羞恥心に配慮している。 | |
| 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 | 出来るだけ、利用者様がわかるように目印を付けたり、補助用具の活用を行っている。 | | |