

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|------|--|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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踏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 | 朝の申し送りの最後に理念を唱和している。唱和をすることで理念を意識し業務の中で活かされている。 | | |
| 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 | 管理者が平成25年にライフサポートワーカーを取得。平成27年より地域のひろば事業「おうちごはん会」を開いている。内容は月1回、10時から13時に地域の人10名前後が参加され、折り紙や手芸の製作、職員と参加者とが協力しての昼食作りと昼食会をしている。毎回、固定の方が参加され事業所と馴染みの関係が築けて地域にもどんな事業所なのか広めて頂く機会となっている。 | | |
| 3 | | ○事業所の力を生かした地域貢献 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生かしている | 管理者は地域の民生委員や運営推進員より相談を受けることがある。管理者がライフサポートワーカーであり、まちかど介護相談所となっているが他職員は対応できない状況。管理者は地域の事業所と連携して認知症サポート養成講座を開催したり、地域資源の見える化、マップ作りに参加したり活動している。 | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 4 | 3 | <p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p> | <p>包括職員、市役所職員、民生委員、地域代表、ご家族、理事長、副施設長、管理者、主任からなる委員により、施設の現状報告を行い理解して頂いている。その中で急変時の対応や災害時の対応等を議題にして意見交換がサービスに活かされている。また、地域の見守りが必要な高齢者の情報交換の場にもなっている。</p> | | |
| 5 | 4 | <p>○市町村との連携</p> <p>市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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</p> | <p>『霧島市地域密着型サービス事業所連合会』に入会し、管理者は市や包括支援センター、社協等と活動する機会があり顔の見える関係ではあるが、協力関係を築く積極的な取り組みは出来ていない。</p> | | |
| 6 | 5 | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p> | <p>身体拘束については勉強会で定義を学ぶ機会を作っている。現在ベッドからの転落防止目的で片側2点柵対応者が1名いる。ベッド離床センサーも使用しながら転倒防止の見守りに努めている。また、ホーム玄関は自動ドアになっているが、常時電源を切って手動で開閉している。それに加えて、ホーム建物周囲は赤外線センサーで囲まれており、赤外線センサーに触れると警報が鳴るシステムになっている。職員に行動の監視が身体拘束にあたる認識はなく、行方不明や転倒防止策として使用している結果、外へ出る事を引き止める対応になっている。</p> | | |

| | | | | |
|----|--|---|--|--|
| 7 | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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</p> | <p>法人全体で年1回勉強会が実施されている。以外では、報道で虐待が取り上げられる度に職員で意見交換する機会を作っている。また、職員の声掛けが威圧的な時は気付いた職員が管理者へ報告し、管理者が指導している。</p> | | |
| 8 | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p> | <p>生活保護受給者、権利擁護の金銭管理、成年後見制度を活用している入居様はいるが、管理者のみの理解でとどまっておらず、事業所で学ぶ機会はない。入居後に必要性を検討した事例もない。今後身寄りのない方が増える中、制度を利用する方も増えると思われ、学ぶ必要性を感じる。</p> | | |
| 9 | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族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</p> | <p>契約時の説明は管理者が重要事項説明書を項目ごとに丁寧に説明している。入居申し込み時点から、家族の思いを傾聴し信頼関係を築けるように努めている。改定等も文書での説明に加え直接説明させて頂き、理解・納得の上、同意確認として署名を頂けている。</p> | | |
| 10 | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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</p> | <p>家族代表の運営推進委員の連絡先を公開して、事業所へ直接話ずらい事を相談できる体制を取っている。体制を取って以降今まで要望は寄せられていない。また、年3回ほど家族参加の行事を行い家族との信頼関係づくりに努めている。また、毎月近況報告のお手紙をだしたり、面会時に近況をお伝えしたり、要望を表しやすい関係づくりにも努めている。意見箱は設置していない。</p> | | |

| | | | | | |
|----|---|--|---|--|--|
| 11 | 7 | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p> | <p>代表者は毎月法人セクト会議（各部署責任者会議）を開き、職員の意見や提案を聴く機会を設けている。管理者は日ごろから職員とのコミュニケーションを取り、休みの相談も可能な限り調整して許可を出す事で働きやすい関係作りに努めている。また、主任と連携を密にとりながら、ミーティングで直接上がってこない意見（不満）を拾い上げ解決するように努めている。</p> | | |
| 12 | | <p>○就業環境の整備</p> <p>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</p> | <p>年に2回人事考課と自己評価を行い、振り返りができ、資質の向上が期待できる。また、希望休やパートタイマーの就業時間などは臨機応変に業務に支障がない限り対応している。有休以外に勤続年数別に与えられるリフレッシュ休暇は、心身に活力を与えている。</p> | | |
| 13 | | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p> | <p>管理者は今年度ライフサポートワーカーとして年20時間の研修を受けている。外部研修は管理者が個々の資質に合わせて必要と思われる研修を選び参加させている。職場内研修は外部研修を受けた職員が持ち帰り勉強会をしたり、事例検討会を行ったりその都度計画している。</p> | | |
| 14 | | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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</p> | <p>平成28年度は霧島圏域の4地域密着型サービス事業所とのふれあいを実施。ご利用者と職員がお互いの施設を訪問し合う事で親睦と学びを得ている。</p> | | |

Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援

| | | | | |
|----|--|---|--|--|
| 15 | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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</p> | <p>入居申し込みから入居待ちの間は担当ケアマネと連携を取りながら状態を把握している。緊急入居相談の場合はまずは面談で本人、家族の入居希望の理由を丁寧に聴き、担当ケアマネからも本人の情報を沢山聴きだすようにしている。初期の段階で信頼関係を築くために丁寧な情報収集に努めている。また、入居前に体験入居を勧める場合もある。</p> | | |
| 16 | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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</p> | <p>多くの家族は入居を希望するまでに様々な苦勞されている。今まで頑張ってきたけれども入居を選択するに至った経緯を丁寧に傾聴している。子供のいない方の家族でご本人との関係が薄い方には、家族が対応しないといけない事を丁寧に説明し入居後の支援を確認している。</p> | | |
| 17 | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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</p> | <p>できる事とできない事を丁寧に説明し、その時に必要と思われることで施設での対応が難しい時は家族に相談して可能な限り対応するように努めている。</p> | | |
| 18 | <p>○本人と共に過ごし支え合う関係</p> <p>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている</p> | <p>食事とお茶は職員も同じテーブルに着き同じものを食べて一緒に過ごしている。行事の飾り製作はご利用者ができる作業を取り入れ一緒に作り完成させる事で達成感を共有している。洗濯物たたみはご本人分以外も協力をもらっている。</p> | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 19 | <p>○本人と共に支え合う家族との関係</p> <p>職員は、家族を介護される一方の立場に置かず、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</p> | <p>外出・外泊の希望は押し付けにならないように家族に伝えている。また、家族の面会時はお茶を出し居室で家族団らんを楽しめるように対応している。また、面会時に写真を撮り居室に家族写真を飾る事で家族とのつながりを感じて頂くようにしている。</p> | | |
| 20 | <p>8</p> <p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p> | <p>入居時に親しくお付き合いしている方にも面会に来て頂くように家族へ説明している。地域のご利用者は法人や地域の行事にお連れすることで馴染みの人に再会し、お互いに近況を確認し合う機会がある。ご利用者の友人も高齢なので子供さんの送迎が必要で年に1、2回の面会があるのみ。頻回の面会は期待できないが、「いつでも面会に来て下さい。」と職員がお声掛けし気軽に来て頂けるように努めている。</p> | | |
| 21 | <p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p> | <p>理解判断力の低下に加え難聴で意思疎通困難な方が半数で、その中で大声を出される方は周囲への悪影響を考えると孤立せざるおえない。ご利用者同士が関わる時はそこに職員も入り、難聴の方に耳元で伝えたり、会話がないうちに笑顔を出しその場を和ませる支援に努めている。食事テーブル席は相性が良い方と同席できるよう固定となっている。ご利用者は共同生活の中で相手を良く観察しており、嫌な面を目にしている。関心がある方同士良好な関係を築いていても、些細な事ですれ違い疎遠になる。会話のすれ違いからトラブルになることがあるので言動に十分注意している。</p> | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|--|--|
| 22 | | <p>○関係を断ち切らない取り組み</p> <p>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</p> | <p>契約終了後は連絡を取る機会がない。転居や入院の場合は、機会があれば立ち寄り経過を把握している。（同法人内への転居、協力医院へ入院時は訪問する機会がある。）必要に応じて相談や支援は行いたい、事業所から動くことはなく、受け身である。</p> | | |
| 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 | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p> | <p>意欲の低下や意向を表せない方には生活歴の把握に努め表情や発言から意向推測するように努めている。毎日2回の申し送りの中でご利用者の発言から思いを共有して次の支援につなげるようにしている。</p> | | |
| 24 | | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p> | <p>入居面談時ご本人と家族から生活歴や現在利用中のサービスを利用するに至った経緯を伺っている。その情報と関係機関の情報も踏まえてシートを作成し、職員で情報を共有に努めている。また、入居時アルバムを準備してもらい、職員がご本人と写真を見ながら会話して生活歴を確認するようにしている。</p> | | |

| | | | | |
|----|---|---|--|--|
| 25 | <p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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</p> | <p>ご利用者全員は朝食、昼食、夕食を定時に召し上がっている以外は心身状況に応じて臥床時間や活動時間は様々。一日の過ごし方は自らのペースで過ごされる方もいれば指示を待っている方がいて、役割を求めている方への支援が不足している。</p> | | |
| 26 | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | <p>介護計画は本人、家族、職員、主治医の意見を聴き反映させるように努めているが、健康状態の維持や怪我防止に重きを置いており、生かされるための介護計画書になっている。自ら生活している介護計画から離れている。モニタリングに関しては申し送りや日々のケース記録、ひやりはっと報告書を基に意見や見解をまとめて次の介護計画に繋げている。</p> | | |
| 27 | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p> | <p>毎日のご利用者のケース記録は詳細に残している。職員間で情報の共有を徹底できるように午前と午後と1日2回の申し送りを実施している。申し送りの中ですぐに問題解決できることは対応策を話し合い、直後より対応策を実施する。また、詰所ノートに連絡事項を記入している。</p> | | |
| 28 | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p> | <p>必要なニーズで今までにないことであれば、ご本人や家族と相談しながら、事業所で可能な限り対応している。とは言ってもリハビリの送迎や病院受診を家族に代わってしたり、本人確認が必要な手続きにご利用者と家族と外出する程度である。</p> | | |

| | | | | |
|----|--|---|--|--|
| 29 | <p>○地域資源との協働</p> <p>一人ひとりの暮らし方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</p> | <p>管理者は平成28年10月から霧島圏域「見える化作業部会」に参加している。霧島圏域の地域資源をマップにまとめる活動に参加する事で把握できるようになった。地域資源を活用しながら、ご利用者が楽しむ支援はご近所の保育園の慰問であったり、ボランティアの受け入れだったり、受け身の支援のみで、地域に出かけて活用するまでには至っていない。</p> | | |
| 30 | <p>11</p> <p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p> | <p>入居時の説明の際、協力医院に往診をお願いすることができる事をお伝えしている。協力医院以外の受診の付き添いは基本家族支援になることもお伝えし、ご本人と家族が選択されるが、ほとんどの方が協力医院を選ばれている。往診は月2回で、協力歯科からも月1回の訪問検診があり、治療が必要な時に受診している。協力医院で対応できない検査や診察は家族に相談し、主治医が紹介状を書きスムーズに専門病院受診へつなげている。</p> | | |
| 31 | <p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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</p> | <p>看護師は1名配置されており、24時間電話連絡可能な体制を取っている。日頃から介護業務にも入り、介護職員から些細な変化まで報告を受け、助言や指導を行いながら協働で健康管理を行っている。現在、看護師は事業所まで車で5分の所に自宅があり、急変時に駆け付ける事が可能で、職員、ご利用者の大きな支えになっている。看護師に情報が集まる事で、異常の早期発見、早期受診に繋がっている。</p> | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 32 | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。または、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</p> | <p>入院した際、必要な時に医療連携室との情報交換や今後の相談を行っている。協力医院の地域連携室とは地域の集まりや研修などに関わりがあり相談しやすい関係ではある。他病院とは家族を通して病院関係者からの情報をもらっている。関係づくりはしていない。</p> | | |
| 33 | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人や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</p> | <p>終末期の在り方については入居説明時に事業所での医療処置は出来ない旨を説明し、入院もしくは対応できる施設へ転居となる事を丁寧に説明している。開設して5年が経過しようとしており、ご利用者の中には住み慣れた我が家になっている方もおられ、終末期の支援体制構築は今後の課題である。</p> | | |
| 34 | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備えて、すべ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</p> | <p>急変や事故発生時の初期対応はマニュアル化してあるが、実際経験した職員のみ実践力が身につけている状況。初期対応訓練を業務に定着させることができずにいる。多忙な業務の中に組み入れる工夫が必要。</p> | | |
| 35 | <p>○災害対策</p> <p>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</p> | <p>火災避難訓練は行っているが、その他の災害時の訓練は実施していない。災害時事業継続マニュアルを作成したばかりで、今年度3月に災害避難訓練を計画している段階。地域との協力体制は運営推進委員との関係づくりにとどまり、災害時の協力体制構築までに至らず。</p> | | |

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

| | | | | | |
|----|----|---|--|--|--|
| 36 | 14 | <p>○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p> | <p>排泄支援時に転倒の危険があり付き添いを拒否する方は外からさりげなく見守りしている。拒否しない方にはプライバシーよりも転倒防止を優先し付き添っている。人格の尊重に関しては、何度も同じ訴えを繰り返すご利用者に言葉かけが指示的になることがあり、周りの職員より管理者へ報告があがり、個別に指導している。</p> | | |
| 37 | | <p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p> | <p>日常の場面で個々の能力に合わせて洋服の選択や活動に参加する、しない等の一つ一つの意思確認に努めている。自己決定が難しいご利用者にはこれまでの生活歴、趣味、嗜好を把握して、職員が推測しながら好きな色やおやつの選択などを支援している。</p> | | |
| 38 | | <p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p> | <p>日課と職員側の決まり（入浴日・シーツ交換日等）に添って過ごして頂く中で、ご利用者の意向に添わない事や、別に希望があった場合は臨機応援に対応し、その日できない事は日程を調整し支援する。</p> | | |
| 39 | | <p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している</p> | <p>選択できる方はご自分で衣類を選ぶ支援をしている。着脱しやすいサイズ等のアドバイスは家族へ行っている。月2回美容師の訪問で希望者には散髪を支援している。</p> | | |

| | | | | | |
|----|----|---|--|---|---|
| 40 | 15 | <p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p> | <p>旬の食材を使用した料理を提供するように心がけている。食事をする時は職員もご利用者と一緒にテーブルにつき会話をしながら食事を楽しんでいる。毎日の食事の準備や調理、片付けは職員のみで行っている。以前は時々材料切りをお願いすることもあったが職員の付き添いが必要になり、人員配置に無理が生じた。作る楽しみは個々の能力に合わせてレクレーションとしてぼたもち作りや漬物づくりをする程度である。また、個々の嗜好を把握し、その方のお誕生日には好物を提供している。</p> | | |
| 41 | | <p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p> | <p>入居時に今までの食事量を確認して提供する量を決めて支援している。ごはんとお茶の量に関してはどの職員が提供しても同じ量を提供できるように個々の量を決めて量り提供している。そうすることで水分量の確保や体重管理に活かしている。栄養バランスに関しては毎月の体重測定と必要時の採血検査で主治医と栄養バランスを検討するようにしている。</p> | / | / |
| 42 | | <p>○口腔内の清潔保持</p> <p>口の中の臭いや汚れが生じないように、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</p> | <p>毎食後、口腔ケアを促している。個々の能力に応じて支援が必要だが、自歯磨きは磨き残しがあり、仕上げ磨き支援が必要。仕上げ磨きを拒否される方は時間をずらして再度支援をするように心がけている。月1回、協力歯科の訪問検診があり助言や指導、治療に繋げている。使用後の歯ブラシは毎回消毒している。</p> | / | / |

| | | | | | |
|----|----|---|--|---|---|
| 43 | 16 | <p>○排泄の自立支援</p> <p>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向けた支援を行っている</p> | <p>日中は入居者全員にトイレでの排泄支援を行っている。リハビリパンツや尿とりパッドは使用しているが一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレ誘導を実施するように心がけている。夜間も排泄自立可能な方には居室にポータブルトイレ、尿器、バケツ等を置き準備、片付けの支援のみを行っている。オムツ着用は最終手段の支援となっている。</p> | | |
| 44 | | <p>○便秘の予防と対応</p> <p>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</p> | <p>毎朝、きな粉牛乳かヤクルトを提供している以外、便秘症のご利用者には個々に合わせてヨーグルトやオリゴ糖入り牛乳を提供している。水分摂取量は1日の目標を1000ccとし、さりげなく水分を促し、午前、午後20分ぐらいの体操も取り入れ便秘予防に取り組んでいる。</p> | / | / |
| 45 | 17 | <p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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、個々に応じた入浴の支援している</p> | <p>入浴は週3回と決め個々に曜日を決めて支援している。時間帯は日中の入浴のみ。10時半頃から16時頃までで順番はご利用者と相談しながらお声かけしている。決められた入浴日以外にも希望があれば臨機応変に対応している。浴槽に浸かる時間やお湯の温度は好みを把握して対応している。</p> | | |

| | | | | |
|----|--|---|--|--|
| 46 | <p>○安眠や休息の支援</p> <p>一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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</p> | <p>日中の休息は居室でくつろぐ 方、居間のソファでゆっくり される方等思い思いに過ごされ ている。夜間排泄の失敗がある 方へは定時での排泄介助を行 い、汚染することなく気持ちよ く眠れるように支援している。 また、室温を調整し快適に休 んで頂くようにしている。睡眠 導入剤や睡眠薬は安易に使用 せず、生活リズムの見直しに 取り組み夜間に眠れるように 支援している。</p> | | |
| 47 | <p>○服薬支援</p> <p>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</p> | <p>薬は看護師の責任の下管理し ており、介護職には個々の指 示薬の内容、薬の目的の理解と その症状の観察を指導してい る。服薬は確実に支援するた め、一包化し、袋に名前と日 付服薬時間を記載し、記載事 項を読み上げ本人確認を行 い対応している。</p> | | |
| 48 | <p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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 生活暦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</p> | <p>個々の能力に応じたの工作や 数字並べ色塗り等を促し達成 感を味わえるように支援して いる。役割は洗濯物たたみ、 草取りを日課にされている方 がおられるが、少数である。 季節行事ごとに昼食会を開 き、歌や踊りが出るように 仕向けて、にぎやかな時間 を過ごしている。</p> | | |

| | | | | | |
|----|----|--|--|--|--|
| 49 | 18 | <p>○日常的な外出支援</p> <p>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に支援に努めている。また、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</p> | <p>日常的に特定の人に眼科定期受診と医療リハビリ通院送迎を支援している。遠足は全員対象で支援し、以外は希望者に花見ドライブや紅葉ドライブ、地域のイベント等の外出支援をしているが参加される人は限られる。地域の人々の協力はイベントの際、車いす席を事前に実行委員へお願いする連携程度。家族の外出支援は困難でお盆とお正月に外泊される方は1名のみ。外出もごく一部で、家族と過ごす時間は面会が中心になっている。</p> | | |
| 50 | | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p> | <p>外出支援時にお金を所持して頂く事はあるが現在、ご本人で管理できる力のある方はいない。</p> | | |
| 51 | | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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している</p> | <p>家族から手紙や贈り物が届いた時はご本人より電話や手紙でのお礼を伝えられるように支援している。担当職員からご家族には毎月写真入りの近況報告を出しており、家族より毎月様子が知れて安心しているとの声が聴かれた。</p> | | |
| 52 | 19 | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）がないように配慮し、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている</p> | <p>家具の配置は日なたに椅子を置いたり、棚で仕切りをしたり工夫して居心地のいい空間作りを心がけている。テーブル席は一人ひとり決めており、自席があることで安心感を持たれている。また、テーブルとテーブルの間の空間も車いすが2台通れる幅を確保し、安全に移動できるようにしている。</p> | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 53 | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p> | <p>自席は気の合ったご利用者同士が隣りになるように決めており、会話がかみ合わなくても表情良くコミュニケーションを取れる方もいる。ソファ部分や中庭周囲にテーブルとイスを配置して自分のお気に入りの場所で過ごすして頂いている。</p> | | |
| 54 | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p> | <p>居室にはベッドとクローゼットがあり、入居時に家族がテーブルとイス、衣装ケース、整理棚等を持ち込まれる。使い慣れたものを持ち込む方はごく一部。家具の配置は転倒防止を優先しているが、結果過ごしやすい配置となっている。</p> | | |
| 55 | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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</p> | <p>ベッド柵介助バーの角度や車いすを置く位置を、一人ひとりの身体レベルに応じて検討し、安全に自力で移動している。テーブルや椅子の高さも個々に合わせ、良い視界や姿勢で食事を取り、ムセや食べこぼしを防いでいる。車椅子はブレーキをかけやすいようにラップの芯を取り付けたり工夫している。</p> | | |

V アウトカム項目

| | | | |
|----|---|---|---------------|
| 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 |
| 57 | 利用者と職員と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 |
| 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 |
| 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見られている。 (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 |
| 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 |

| | | | |
|----|--|---|---------------|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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：9, 10, 19) | | 1 ほぼ毎日のように |
| | | | 2 数日に1回程度ある |
| | | ○ | 3 たまに |
| | | | 4 ほとんどない |
| 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の拡がりや深まりがあり、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 |

| | | | |
|----|------------------------------------|---|---------------|
| 66 | 職員は，生き活きと働いている。 (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 |
| 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 |
| 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 ほとんどいない |