

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 | 4790100400 | | |
| 法人名 | 有限会社 シルバーケア 夢 | | |
| 事業所名 | グループホーム サンサン丸 | | |
| 所在地 | 沖縄県那覇市首里末吉町3丁目60番地1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年2月18日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年5月7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://www.kairokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosvCd=4790100400-00&PrefCd=47&VersionCd=022 |
|----------|---|

【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 介護と福祉の調査機関おきなわ |
| 所在地 | 沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレスト西205 |
| 訪問調査日 | 平成25年3月4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)】

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・足浴 夜足浴を行う事で、皮膚状態や、水虫の感染予防を行っている。またコミュニケーションや足の触れる事で、精神的な安定を図ることができる。さらに足を温める事で身体の循環がよくなり、入眠しやすい環境を作ることができる。 ・口腔ケア 毎食後の口腔ケアを行っている。口腔内の衛生を保つとともに、嚥下の状態や食事の形態を検討し、家族や歯科との連携を図っている。 ・調理 利用者の状態に合わせて、一緒に調理を行うことができる。台所で、調理することで、嗅覚や味覚、聴覚等の五感を刺激する。また食欲をそそる事で身体づくりができる。 |
|--|

【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)】

| |
|--|
| <p>開所して1年目の事業所であるが、運営推進会議を2か月に1回定期的に開催している。会議での委員の意見を運営に反映し、地域の人も参加できる囲碁サークルを立ち上げている。また、職員の見解を取り入れながら事業所運営がなされ、毎晩足浴を実施する等している。利用者は折り紙で事業所内の飾り付けやモップがけ、三線を弾いたり、囲碁を楽しむ等をしており、利用者一人ひとりの能力を発揮できる個別支援を実践している。さらに、医療との連携により、重度化や看取りの方針を作成し、利用者や家族の希望に応じる体制が行われている。</p> |
|--|

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広がったり深まり、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

確定日：平成25年5月1日

| 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 | 職員全員で理念づくりを行っている。業務ミーティングやケース会議で読み合わせを行い、意識づけしている。 | 「笑顔で、優しく、心から愛情をこめて」の理念と「地域に根ざし、地域と一体となった社会参加への支援」を含む3つの方針は、全職員で話し合っ作られている。職員は、利用者の気持ちを汲みながら支援しており、理念は採用時に説明され、会議やミーティング等で共有している。 | |
| 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 | 地域推進運営委員会や保育園との交流。・地域推進運営委員会、二か月に一回 ・保育園との交流、お好み焼き会や保育園の人形劇に参加する。 | 事業所の地域には自治会はないが、隣地域の自治会長や有識者と連携して、敬老会や小学校の運動会等に利用者と共に参加している。事業所のお好み焼きパーティーに保育園児が参加したり、利用者が保育園に出かける等、定期的な交流がある。 | |
| 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 | 地域の方に向けた、認知症の理解についての勉強会を計画中 | | |
| 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 | 囲碁サークルの立ち上げ、ボランティアとの交流会・地域の方が参加できる囲碁サークルを開催中 | 運営推進会議は、利用者や家族、市職員、自治会長等が参加し、2か月に1回開催されている。活動内容や事故報告等もされ、委員の要望で毎月の行事予定表を家族に発行している。利用者の声を運営推進会議に提案し囲碁サークルを立ち上げ、地域住民も参加している。 | |
| 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取り組んでいる | ・若年性認知症のケアに対する相談および指導していただき、ケアにつなげている。 ・精神科デイケアの活用 | 若年性認知症の利用者受け入れについて、市の担当者に相談し助言等を得ており、要支援の利用者については地域包括支援センターと連携しながら支援している。管理者は市のグループホーム連絡会の準備に一員として参加している。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護保険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 | 身体拘束に対する勉強会、業務ミーティングやケース会議で意識づけしている。 | 身体拘束をしないケアについて利用開始時に家族に説明し、職員に対しては勉強会を実施し、玄関も施錠しないケアをしている。家族からベッド柵による拘束の要望等があったが、リスク等について家族と話し合い、会議やミーティング等で検討し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 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 | 業務ミーティングやケース会議で周知徹底 | | |
| 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 | 入居時、利用者様3名、成年後見人制度を利用している。 | | |
| 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 | 利用者様、ご家族が納得いくまで、話し合いを行う。 | | |
| 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 | 地域推進運営委員会への参加や行事への参加で意見や要望をいただく。地域推進運営委員会の参加。クリスマス会の参加、遠足の参加。 | 利用者の意見等は直接聞き、運営推進会議に提案して地域の人でも参加できる囲碁サークルを立ち上げている。家族の意見は、運営推進会議や事業所の行事参加時等に聞く機会とし、「行事予定が前もってわかれば協力できる」という意見を受け、行事予定表を作成し配布している。 | |
| 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 | 職員の意見を反映させる仕組みをつくっている。互助会等の行事で、意見を取り入れ、働きやすい環境の取り組みを検討している。 | 管理者は、互助会の交流の場等で職員の意見や要望を聞く機会としている。「足浴サービスを実施したい」という意見があり、毎晩足浴を実施し、利用者の安眠につながっている。また、「産休や育休を導入して欲しい」という職員の要望に応じるため、就業規則改定の検討をしている。 | |
| 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 | 産休や育児休暇の導入の検討 | | |
| 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 | 社内の研修委員の選任や勉強会の開催等 | | |

| 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 |
| 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 | 沖縄県GH連絡協議会への参加により、職員間の交流を行っている。 | | |
| 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 | アセスメントをしっかり行い、ニーズの掘り起こし等、時間をかけて本人様の話をしっかり聴く。 | | |
| 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 | アセスメントをしっかり行い、ニーズの掘り起こし等、時間をかけてご家族様の話をしっかり聴く。 | | |
| 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 | 訪問診療や医療機関との連携、薬剤師等との連携を行っている。 | | |
| 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 | アセスメントやケアプランの作成し、ケース会議等で検討している。 | | |
| 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 | カンファレンスを行っている。 | | |
| 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 | 本人の希望により、外出支援やこちらへ足を運んでいただき環境を整えている。教会やパーキンソン友の会への参加、もあいへの参加を行っている。 | アセスメントで利用者の地域社会での関係性を把握し、来所した知人に話を聞いてパーキンソン友の会への送迎支援につながった利用者もいる。教会や模合への同行支援もあり、事業所での囲碁サークルに利用者の知人の参加もあり、馴染みの人や場への継続支援がされている。 | |

| 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 |
| 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 | 外出時に利用者がお互いをかばい、車椅子を押してくれる。 | | |
| 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 | 退所時支援を行い、地域につないでいる。 | | |
| 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 | きめ細かいアセスメントを実施、ケース会議や業務ミーティングの実施 | 職員は、日々の関わりの中で利用者に寄り添い、観察や声かけを通して利用者の意向を把握している。折り紙の得意な利用者には、共用空間の装飾用に折ってもらい、三線の好きな利用者は、自由に三線を弾いたり歌ったりしてもらっている。 | |
| 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 | きめ細かいアセスメントを実施 | | |
| 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 | バイタル表、体重表、排泄チェック表、支援経過表等の記入することで、日々の体調を管理している。 | | |
| 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 | 医師や家族、他のディサービスやディケアとのカンファレンスを行っている。 | 担当者会議に本人や家族も参加し、医師が参加する場合もある。会議等で職員の意見も確認し、介護計画が策定されている。モニタリングと介護計画の見直しは6か月に1回となっている。状態変化により、区分変更申請後の結果で見直す予定の利用者がいる。 | |
| 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 | 業務ミーティングやケース会議で検討実施。 | | |

| 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 |
| 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 | 教会へ参加、モアイへの参加、友人との会食等。 | | |
| 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 | 囲碁サークルの開催。 | | |
| 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 | 利用者様の病院受診に同行。もしくは、日々の体調管理や状態を主治医に報告している。医師や看護師がカンファレンスに参加している。 | 受診は、利用者や家族の希望のかかりつけ医で、家族と管理者が同行して直接日頃の状態を伝え、同行できない時は、血圧や睡眠記録等の情報を提供している。また、月1回の訪問歯科や週1回の訪問看護の診療がある。情報提供体制として、元看護師の介護支援専門員が日頃から状態変化等を把握し対応している。 | |
| 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 | バイタル表、体重表、排泄チェック表、支援経過表等の記入することで、日々の体調を管理している。看護師の意見や状態報告を行っている。 | | |
| 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。 | 入院や退院時のカンファレンスに参加、救急時には、同行し状態を報告し連携に努めている。 | | |
| 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、事業所です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 | 重要事項説明書の中に、重度化して終末期に向けた方針を明記し、利用者及び家族に同意を経ている。医師を含めたカンファレンスを行い、終末期に向けての説明や心構えを提起している。 | 重度化した場合の対応指針と終末期の援助方針が作成され、利用開始時に説明している。訪問診療の医師や訪問看護師との連携もとれており、医療的な協力体制ができています。職員の不安感に対応し、医師も会議に参加して、職員の勉強会も行なわれている。 | |
| 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 | 緊急連絡先や本人様の病状や薬の内容を作成している。外出時は持ち歩き、緊急事態に備えている。 | | |

| 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 |
| 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 | 非常時に備えて、食料や水、医薬品を備蓄している。消防訓練を年2回行っている。 | 災害対策として消防署立会いで、昼間想定火災訓練が1回実施されている。地域住民への協力依頼は行われているが訓練への参加はない。スプリンクラーや一斉通報装置が整備されているが、非常災害に対するマニュアルが不十分で備蓄がされていない。 | 消防法施行規則に基づき、夜間想定を含め年2回の訓練を実施すると共に、地域住民の訓練への協力や災害マニュアルの整備及び備蓄が望まれる。 |
| 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 | 業務ミーティング等で話し合いを行っている。おむつや下着を見えるところに置かない。わかりやすく、丁寧な説明を心がけている。 | 利用者の意向は日頃のケア時に把握し、利用者の想いを大切に支援している。支援困難時は利用者に向き合い、尊厳を傷つけない対応を心掛けている。ミーティングで「下着やおむつは目に触れない場所に置く」「言葉かけはゆっくり・わかりやすく丁寧に」等、話し合っている。 | |
| 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 | 入浴や外出（散歩等）は本人の意向によって決める。 | | |
| 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 | 食事の時間は利用者に合わせる。 | | |
| 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 | 髭剃りの支援。理容業者の連携。爪切り。 | | |
| 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 | 食事を五感で感じる食事の提供を心掛けている。台所で利用者と一緒に料理をつくったり、香で食欲をそそるような支援、また見た目においしいような食事の提供を行っている。 | 食事は3食事業所で作っている。週3日は調理専任職員が、他の日は職員が交代で調理し、献立はその日の食材や利用者の要望で決めている。利用者は食材の買い物や野菜の下ごしらえ、下膳、洗い物等を行っている。管理者は利用者と共に同じ食事を摂っている。 | |
| 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 | 食事の介助、声かけを行い、食事が楽しく、十分な栄養がとれるように支援している。また誤嚥がないように見守りを行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 口腔ケアの実施、訪問歯科の指導のもと、歯冠ブラシの導入。 | | |
| 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 | 排泄記録の実施、声掛けや時間誘導で排尿のコントロールを行っている。排泄記録を主治医との連携に使用し主治医の指導のもと、お薬の調整を行う。コンチネンス等の勉強会に参加し、利用者の排泄で困っていることに取り組んでいる。 | 排せつ記録や仕草で利用者の状態を把握し、おむつ使用の利用者も体調を見ながらトイレ誘導をしている。排せつに関する研修内容を全職員で共有している。また、排せつに課題のある利用者は、居室をトイレの近くへ配置したり、足上げの訓練や水分摂取量の把握で改善に繋げている。 | |
| 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 | 繊維質やイモ類の食事の提供、バランスのとれた食事の提供や、おやつ時にヨーグルト等の乳製品を提供する。 | | |
| 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 | 好きな時に好きな時間に入浴ができる。自由な入浴。週に2回に人、3回に人、毎日の人、それぞれ違う。 | 入浴は同性介助を基本として、週3回で個浴対応している。希望により毎日入浴の利用者もいる。入浴後は手足の爪をチェックし、化粧やパック、マニキュア等の整容も支援し、毎晩足浴を実施している。脱衣所の温度に配慮し、入浴を嫌がる利用者には声かけの工夫等をしている。 | |
| 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 | 睡眠記録を導入し、医師と連携している。 | | |
| 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 | 服薬管理を行っている。 | | |
| 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 | 囲碁をしたり、散歩をしたり、皆でカラオケに行ったりして、楽しんでいる。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人の希望により、外出支援を行っている。家族と外出する機会を与えている。 | 日常的に事業所近くの散歩や食材の買い物に出かけ、1階のデイサービスで理学療法士によるリハビリも受けている。盆・正月は自宅に帰り、月1回カラオケに行き、美術館等へも出かけている。個別の外出支援として買い物や教会、知人との食事等を実施している。 | |
| 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 | 家族の希望により、数人の方の現金を預かり、買い物支援を行っている。現金は、お小遣い帳により管理しており、家族の方に報告を行っている。 | | |
| 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 | いつでも好きな時に家族に電話することができる。 | | |
| 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 | 利用者の好きなものをお部屋に入れて、リラクセスできる環境をつくっている。折り紙や飾り付けを利用者が自ら行う。囲碁や三線を好きな場所で行う。 | 共用空間は利用者が作成した季節の飾りつけがあり、風通しが良く音にも配慮されている。調理の匂いが感じられ生活感がある。利用者はテレビ前のテーブルや椅子、壁側に配置されているソファ、玄関横には、地域の方との交流コーナーがある等、ゆっくり寛ぐ空間がある。 | |
| 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 | 共有の空間で、トランプしたり風船バレーをして楽しむことができる。 | | |
| 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 | 左側が不自由な方へベッドの場所の移動した。寝具は各自好きな物を使用している。(ゴザ、毛布等)テレビやラジオの持ち込み等、好きな物を自由に使用。 | 居室はベッドやタンスを備え、利用者の状況に応じて家具の配置や、部屋を間違えない工夫等を行っている。窓は2重カーテンとなっており、外からの視線に配慮され、馴染みの物としてテレビやラジオ、基盤、三線等を持ち込んでいる利用者もあり、持ち込みが少ない利用者もいる。 | 利用者が安心して居心地良く過ごせるように、家族の協力を得ながら馴染みの物を持ち込んでもらい温かい雰囲気づくりの工夫を期待したい。 |
| 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 | 使いじりがある方をトイレの前にお部屋を交換し、トイレの場所をわかるように常に電気をつけ、ドアを開けることで、使いじりがなくなった。部屋の入口に名前をつける事で、自分の部屋を間違えなくなった。 | | |