

### 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   | 2370301653        |            |            |
| 法人名     | (有)わかば            |            |            |
| 事業所名    | うるケアホームふたば 2階     |            |            |
| 所在地     | 名古屋市北区楠三丁目811番地-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月25日       | 評価結果市町村受理日 | 平成29年3月10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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2370301653-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2370301653-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</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『サークル・福寿草』  |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年11月15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)】**

施設理念に基づき、事業所独自のスローガン「大切にしよう一人ひとりの笑顔と感謝の気持ち」を掲げ、利用者様の一日一日が笑顔で過ごせる大切な時間となるように、職員一丸となってケアに取り組んでいます。家事の役割分担、趣味を楽しめる環境作り、お風呂上がりの一杯を職員とおしゃべりしながら楽しむなど、ひとり一人のできる事、やりたい事を見極め、共に過ごし支え合う関係を築けるよう取り組んでいます。

**【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)】**

**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くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<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、活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。                             | 利用者様の経験と知識に対し、尊敬と敬意の念を持って、教えて頂くという姿勢を忘れず利用者様のできることをペースに合わせ支援している   |      |                   |
| 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。                             | 自治会のゴミ当番や毎年開催される盆踊り、防災訓練などに参加し交流している   |      |                   |
| 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。                           | 重度の認知症の方も買物や地域行事に参加し、車の乗降や場所の確保など協力して頂いている。また毎年中学校の職場体験の受入れも行っている  |      |                   |
| 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。        | 年6回開催し、現状報告・活動報告等をしている。また、民生委員からの地域情報やご家族からの意見・要望を取入れサービス向上に努めている  |      |                   |
| 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。                   | 更新申請や毎月の書類提出等適宜窓口に出向いている。生活保護の受入れ相談や連絡を取りながら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<br>代表者および全ての職員が「介指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。 | 各ユニットにポスターを掲示。職員同士が注意喚起し理解を深めている。玄関の施錠はしていないが、フロア出入口は2階のみ、一時的に安全の確保ができない場合に施錠しているが、入居時や家族会等で説明し了承をもらっている |      |                   |
| 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。        | 日々のケアの中で職員同士が注意を払っている。また、身体状況の観察を行い、何か異変があれば管理者に報告するようにしている  |      |                   |

| 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。    | 現在、金銭管理サービス等を利用されている方や個々の必要性を関係者と話し合い活用できるように支援している          |      |                   |
| 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。                         | 不安や疑問を今までにあった事例等で分かり易く説明するなどして理解・納得に努めている                    |      |                   |
| 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。                     | 家族会や運営推進会議にて意見を頂けたり、面会時に職員が積極的に話しかけ、意見や要望を話し易い環境づくりに努めている    |      |                   |
| 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。                                      | 現場での改善点や提案など気づいた時にいつでも管理者が聞ける体制をとっている                        |      |                   |
| 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。      | 日々のコミュニケーションの中で職員個々に課題や期待を伝え、その努力や実績を評価し働きやすい職場環境を整えるよう努めている |      |                   |
| 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。         | 経験を重ねた先輩職員が、一緒に働きながら必要に応じて、介護技術・コミュニケーション技能を実践指導している         |      |                   |
| 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。 | 同業者とのネットワーク作りや相互訪問等の活動が十分にできておらず、今後取り組むべき課題となっている            |      |                   |

| 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 |
| <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。 | 職員が可能な限りコミュニケーションをとる事で、信頼関係を築き、不安や要望など表せやすいように関係づくりに努めている                  |      |                   |
| 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。            | ご家族の不安なことや要望を話し、優先順位の高いことから解決につなげ、順次報告している                                 |      |                   |
| 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・ご家族からの要望を最優先とし、利用者様の健康状態・精神状態等の情報収集・認知症の進行度合を考慮し、ご本人のできる事を見極め支援している    |      |                   |
| 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。                        | 利用者様ができる事・得意な事はお願いし、できない事を一緒に行いながら対等な関係を築くように努めている                         |      |                   |
| 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。         | 遠方でなかなか面会に来られないご家族には定期的に連絡したり、ご本人と手紙のやり取りができるよう支援している                      |      |                   |
| 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。                     | ご本人の希望で、入居前からのかかりつけ医に継続して往診に来て頂いたり、ご家族や馴染の理容師の方に散髪して頂いたり、関係が途切れないように支援している |      |                   |
| 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。                 | 利用者様同士の関係を全職員が把握している。口論になる時もあるので仲裁し、利用者様同士が円満な関係を築けるように支援している              |      |                   |

| 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。                    | 相談や支援できる体制はできている。   |      |                   |
| <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。   | ご家族からの情報、通院時や散歩中、また、人前で話す事が苦手な方には居室などでゆっくりと話せる時間を確保し、希望や意向の把握に努めている                                   |      |                   |
| 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。                                       | ご家族や援助者より、生活歴やこれまでのサービス利用の経過等聞き取りを行っている。また、ご本人との会話の中から得た情報をご家族に確認しながら把握に努めている                         |      |                   |
| 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。   | 日々の生活の様子や変化を見落とさないように観察・記録している。状態の変化があった時には、申し送りにて全職員が情報を共有し、必要に応じて記録の書式を変更している                       |      |                   |
| 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。 | 現状課題となっている事、有する力を活かした役割や残存機能の維持など、居室担当を中心に職員の意見を反映した介護計画の作成に努めている。また、ご家族の面会時に様子をお伝えし、要望などをその都度お聞きしている |      |                   |
| 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。                        | 申し送りの中でケアの気づきや提案があれば話し合い、実践・結果を介護記録に記入。毎日の申し送りで情報を共有しながら介護計画の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<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。               | ご高齢や遠方などのご家族の状況を考慮して、入院時の着替えの補充や洗濯、ご本人の様子を電話でお伝えするなど支援している  |      |                   |

| 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 |
| 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。                                     | 地域のボランティアによる演奏会を楽しんで頂いたり、自治会行事にも参加しながら、地域との交流が深められるよう支援している  |      |                   |
| 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。                                 | 月2回のかかりつけ医と週1回の歯科医の往診がある。また、入居前からのかかりつけ医・専門医を希望される方には、継続して適切な医療を受けられるように支援している                                       |      |                   |
| 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。                         | 月4回の訪問看護師と利用者様の情報を共有し、適切な処置や受診の指示をもらっている。同時にリハビリも実施している。24時間体制での連携も行っている   |      |                   |
| 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。 | 定期的にご家族から治療経過を伺ったり、病院に出向き看護師から様子を聞いている。入院時には施設から介護サマリー、退院時には病院から看護サマリーの提供にて相互の情報共有に努めている                             |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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。 | 入居時に重度化対応指針を説明し、同意書を頂いている。状態の変化があった場合にも、再度ご家族等に意志確認を行い、状況に応じてご家族・医師・訪問看護師・職員で情報を共有しながら、施設でできる事を話し合い、連携しながら支援に取り組んでいる |      |                   |
| 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。   | マニュアルはあるが、応急手当や初期対応の研修や訓練を受けていない職員が多く、実践力が身につけていないため、定期的な研修・訓練が今後の課題   |      |                   |
| 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。   | 地震や火災を想定した避難訓練を実施している。また、学区主催の防災訓練にも利用者様と参加し、地域の協力が得られるように努めている  |      |                   |

| 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 |
| <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。                   | 一人ひとりの性格などを理解し、それぞれの場面に応じた声かけを行っている。言葉遣いが馴れ合いになったり、不適切な対応があった場合には、その都度注意している                                 |      |                   |
| 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。                     | 日常生活で自己決定できるような場面を意図的に作ったり、声かけや選択肢を工夫している。自己決定が難しい利用者様には、表情や仕草などから思いをくみ取るよう努めている                             |      |                   |
| 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。 | 一人ひとりのペースに合わせた支援を行っているが、起床時間や朝食時間など、職員主体となっている時もあるので、希望に沿った支援の意識統一が必要。また、喫茶店や散歩など可能な限り付き添うが、状況により希望に添えない時もある |      |                   |
| 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。                                  | ご本人の好みで洋服は選んで頂いているが、重ね着されている時は、気候に応じた服装になるよう声かけしている。また、男性の利用者様で自己にて髭剃りができない方は、伸びている時もあるので定期的な身だしなみに努めたい      |      |                   |
| 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。     | 調理・盛り付け・片付けなど一緒に行っている。副食にほとんど手をつけない方もおられ、調理過程で好みの味付けに個別で変更するなど、食事が楽しみなものになるよう支援している                          |      |                   |
| 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。          | 一日の食事・水分量を介護記録に記入し、摂取量が少ない時には、ご本人の希望される物を提供し、栄養摂取や水分確保に努めている。また、食事形態・トロミ・アレルギーの代替など一人ひとりに応じた支援をしている          |      |                   |
| 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。                   | 週1回の訪問歯科医にて治療・口腔ケア・義歯調整を行っている。医師・衛生士から口腔ケアについて指導を頂き、利用者様の状態に応じた口腔ケアを介助・声かけにて行っている                            |      |                   |

| 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<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。                              | 定期的な声かけや誘導を行っている。声かけを断られた方やトイレ誘導での排泄タイミングが合わなかった方は、時間をずらして声かけや誘導を行い、トイレでの排泄ができるように支援している                    |      |                   |
| 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。  | 毎日のラジオ体操と食事・水分量の管理、排便日を記録している。下剤はかかりつけ医と相談しながら、個々の排便状態に応じ服用している。散歩や腹部マッサージ等、できるだけ下剤に頼らず自然排便を促すよう努めている       |      |                   |
| 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。                        | 希望されなくても、意思表示ができる方には希望を伺っている。意思表示が困難な方には、体調に合わせ重度の方でも二人介助し、個々に沿った支援をしている                                    |      |                   |
| 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。   | 一人ひとりの生活リズムや体調に合わせて、自由に好きな場所で休息されたり、ご本人のタイミングで就寝されている。介助が必要な方は、昼寝や就寝など声かけし、希望に沿っているが、時々職員都合で就寝介助している事がある    |      |                   |
| 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。  | 薬情報は個人ファイルで保管し、いつでも確認できる。薬の変更等、その都度申し送りにて全職員に周知し、症状の変化があれば医師に報告している。服薬は名前等袋に印字されており、ご本人の前で読み上げ、飲み込みまで確認している |      |                   |
| 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。                             | 個々の力を見極め活かせる役割を支援しているが、できる方だけの支援となっており、柔軟な支援に取り組む必要がある。ご家族と相談しながら、外食・喫煙・飲酒・嗜好品など、医師の指示の範囲で楽しめるよう支援している      |      |                   |
| 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。 | 一人ひとりのその日の希望に沿って外出する事は難しいが、天気の良い日に散歩に出かけたり、週1回の食材の買い出しや、日用品の買い物と一緒に出かけている                                   |      |                   |

| 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<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。  | ご家族よりお預かりしている金銭は、個人台帳にて施設管理している。ご家族が了承され、少額のみ、ご本人が自己管理されている方もいる。嗜好品や日用品など希望に応じてご本人が購入できるよう個々に応じて支援している       |      |                   |
| 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。   | ご家族がご高齢や遠方でなかなか面会に来られない場合など、手紙のやり取りを支援したり、ご家族やご友人に年賀状を送っている。また、要望があれば電話で話せるよう支援している                          |      |                   |
| 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。 | 共有空間は広く、キッチンも対面式で全体が見渡せるので、調理中などに参加できない方とも会話ができるようになっている。季節毎に天井や壁飾りを付け替え、季節感を感じられるように工夫している                  |      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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。  | 玄関やベランダにベンチを設置し、自由に独りで過ごせる空間を設けたり、利用者様がくつろげるように共有空間にソファとテレビが置いてある。テレビを観ながら談笑したり、昼寝をしたり、思い思いの場所で過して頂けるようにしている |      |                   |
| 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。  | 居室には馴染の家具や生活用品を持ち込み、テレビや仏壇、家族写真を飾るなど、利用者様とご家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる空間作りに努めている                                |      |                   |
| 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。   | 居室やトイレには表札をつけ、共有空間・トイレ・浴室には手すりを設置している。共有空間には極力物を置かず、掃除・洗濯・下膳など、利用者様のできる事が安全に行えるよう、動線を確保している                  |      |                   |