

(別紙4-1)

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 | 0175300391 | | |
| 法人名 | 社会医療法人 明生会 | | |
| 事業所名 | するーらいふ 台町 | | |
| 所在地 | 網走市台町2丁目7番4号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年11月18日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年1月5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"> ・訪問看護との医療連携 ・受診、入院の医療連携 ・職員の気付きを基にしたアセスメント、ケアプラン ・運営推進会議の活用で、台町地区高齢者支援体制を検討 ・網走市市民活動センターと協同し、ボランティア活動の受入れ実施 ・認知症ケアの内部研修実施 |
|--|

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表センターページで閲覧してください。

| | |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0175300391&SCD=320 |
|-------------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|-----------------|
| 評価機関名 | 有限会社 NAVIRE |
| 所在地 | 北海道北見市本町5丁目2-38 |
| 訪問調査日 | 平成23年12月15日 |

【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>閑静な住宅街に立地する2階建て2ユニットで、系列のデイサービスが併設されています。見晴らしが良く、知床連山やオホーツク海が一望でき、四季折々の景色を楽しむことが出来る環境となっています。脱施設を目指す中で、居心地の良い空間作りを考え、階段の幅や高さ、手すり、居室3部屋に1箇所のトイレ配置になっており、利便性に配慮がされています。開設時、代表者とホーム長が話し合い、定めた理念を基により高いサービスが提供できるようにと年度目標を設定し、それを具体化するためにユニット目標、個人目標を掲げ、職員は常に知識や技術のスキルアップを目指しています。また、学習・ロックゼロ・地域運営推進・危機管理等の委員会設置や担当職員によるアセスメントの充実を図るなど、職員一人ひとりの気付きや思いが原動力となり、現場実践の向上に活かされています。介護度の高い利用者が多く、重度化やターミナルケアの対応も実施されており、職員が今できること、必要な情報を共有しながら利用者、家族の気持ちを第一に考え、思いに添った介護の徹底を図っています。開設6年目に入り、地域、家族との関係は良好で運営推進会議を有効に活用し、利用者だけではなく、地域の高齢者が安心して暮らせる地域作りに取り組んでおり、地域全体で福祉を考える場となっています。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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、活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 | | |

自己評価及び外部評価結果

| 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 | 理念の設置を、玄関、エントランス、会議室に設置し共有している。又、年度初めに、全体会議や各ユニット会議で、理念の再確認、共有を図り、その後も継続して実践に取り組んでいる。 | 「時間を大切に ゆったりとくつろぐ、ぜいたくな時間を過ごせる、家族との時間を刻んでいく、家と庭が自然の中で呼吸する、ぬくもりのある、すろーらいふ」を理念に掲げ、年度初めの全体会議やユニット会議の中で共通認識を図っています。 | | |
| 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 | 夏祭り開催時、町内会を招待、花いっぱい運動の参加、避難訓練の町内会参加、町内会ゴミ拾いの参加、又、日常的に出会う町人の方々はこちらから挨拶をしている。 | 町内会行事、花いっぱい運動、ゴミ拾い、総会等に参加し、交流しています。また、事業所行事、夏祭り(すろーらいふフェスティバル)に町内会住民も参加するなど盛大に行われており、地域活動の場としても取り組んでいます。ボランティアの受け入れも多く、利用者の元気ある生活に繋がっています。 | | |
| 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 | 認知症サポーター養成講座の実施 | | | |
| 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 | 検索ネットワークや災害時の各台町町内会との連携を協議し、避難訓練にも実際に頂いている。又、各ユニットでの企画や取り組みを紹介、報告し、GHの理解を深めている。 | 事前に事業所の運営推進委員会による打ち合わせ、検討が行われています。会議は概ね2ヶ月に1度開催し、協力、理解を深めています。SOSネットワーク連絡受け窓口、地域の相談窓口となり、メンバーと共に地域高齢者が安心して暮らせる地域作りに取り組んでいます。 | | |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者や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 | 運営推進会議への参加等、サービス実施の相談を密に行っている。 | 行政とは常に連携を取り、相談や情報交換に努めると共に地域高齢者の福祉増進に力を注いでいます。 | | |
| 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「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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束廃止委員会設置し、ケア内容の評価体制を構築している。現在、対象者は居ないが、勉強会の開催等で知識を深めている。必要な場合は、家族と協議し了承を得てから実施を行なう。 | 身体拘束廃止委員による研修やアンケートを実施する中で、職員はケア内容、行動を振り返るなど、日々の介護サービスのあらゆる場面で利用者本位のケア実践に努めています。 | | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 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 | 虐待に関する勉強会やユニット会議を実施し、すろーらいふ全体の取り組みとして、常に自分達のケア内容を客観的に見つめなおしている。 | | | |

| 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 |
| 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 | 地域包括センターと連携体制が構築されており、相談体制を確立している。 | | |
| 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 | 入居時、十分な時間をとり、契約内容の説明を行っている。又、契約内容追加等がある場合は、その都度、説明し契約を結んでいる。 | | |
| 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 | 家族会の実施で意見を頂いている。又、随時家族がこられた際に、不安や要望がないかを確認し、本人、家族の要望をケアプランへの反映している。すぐできる事はすぐに実施している。 | 運営推進会議や家族会、来訪時の機会に不安や要望を問いかけ、何でも言うて貰えるようコミュニケーションを図り、訪問しやすい環境作りを心掛けています。家族会を通し、冬支度の窓ふき、網戸の取り外し等、理解と協力が得られています。 | |
| 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 | 毎月のユニット会議を開催している。又、普段からスタッフの考えや意見を聞き、ケア内容、業務内容に取込んでいる。 | ホーム長はそれぞれの分野や立場で意見討議が出来るよう、全体会議やユニット会議のシステムを構築し、質の向上を図っています。日常的に職員の意見や提案に耳を傾けており、働きやすい環境整備に努めています。 | |
| 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 | 人事考課を採用しており、年度末、面接、評価を実施している。 | | |
| 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 | 学習委員を設立しており、計画的、定期的に内部研修会、勉強会の実施に勤めている。又、外部研修会の案内を掲示、参加の促しをしている。 | | |
| 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 | 網走市内のグループホームが集まる会があり、定期的な会議を実施し、職員向け研修会等の検討を重ねている。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人の要望や家族との面接、居宅ケアマネからの情報を元に不安や要望を理解し、カンファレンスの場面で共通認識し、ずれのないように関係作りに努めている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 入居時、入居されてからも随時、不安に思う事、困る事など話をよく聞き、関係作りに努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 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 | 支援の内容に優先順位をつけ、本人、家族とスタッフの思いがずれ違わないようすり合わせを行っている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | 入居者が得意な事に率先して取り組めるように、時には頼る場面も持ちながら、生活を共にしている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援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 | 自宅への外出や食事会の機会を作り、家族との絆が保て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 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 | 友人に面会依頼をし、馴染みの関係が継続できるよう支援している。 | 利用者のこれまでの生活の継続を支援し、お祭りや理美容院へ出掛けたり、自宅へ帰ったり等、馴染みの場所との関係が途切れないよう努めています。また、友人が気軽に面会に来て貰えるよう働きかけています。 | |
| 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 | 入居者同士の交流ができるよう少人数で体操や他ユニットとの共通企画等で関係作りを支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 市内で会う時等声をかけさせて頂き、その後の様子等お話し、相談、サポートに努めています。 | | |
| 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 | センター方式を使用し本人、家族の思いや暮らし方の希望や意向を書いてもらい、その後も継続して情報収集に努め、ケアに取り入れている。 | センター方式を活用し、生活歴を把握する中で本人の思いや発した言葉等を集約し、職員は共通理解を図り、実現に向け取り組んでいます。 | |
| 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 | 馴染みの暮らしが継続できるよう情報をとり生活に取り入れている。 | | |
| 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 | 3ヶ月ごとにアセスメントを行い、心身状態の変化を職員間で共有し、見直している。 | | |
| 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 | 本人、家族の意向を主体に医師、看護師、OT、介護員、ケアマネそれぞれの意向を反映したケアプランを作成している。 | 職員は担当制で、本人や家族の意向を主体にどのようなケアが必要か、また、職員の気付き等を基にアセスメントし、職員全員で検討する中で、他職種の意見を盛り込み、介護計画を作成しています。経過記録に支援方針が記入されています。 | |
| 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 | 日々関わったスタッフが経過記録にアセスメント、結果どのようなケアが必要かを書いたものを元にモニタリングし、計画の見直しに役立っている。 | | |
| 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 | 家族と本人だけの時間をスタッフが側面から支えるというホーム内のケアに限らず、柔軟な支援を提供している。 | | |
| 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 | 踊りや歌といったボランティアを導入する事で楽しむ事ができるよう支援している。 | | |
| 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 | 本人、家族に受診先を選択して頂き、スタッフが一緒に受診する事で医師との関係作りに努めている。 | 利用者一人につき、複数のかかりつけ医と連携しており、家族が付き添って行けない時や家族と一緒に職員が受診支援を行なっています。受診後の結果報告も行ない、情報を共有しています。 | |

| 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 |
| 31 | | ○看護職員との協働 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 | 体調の変化に気付いた時に、訪問看護ステーションハローへ24時間相談対応を行なっている。週に一度、訪問していただき、様子を確認している。 | | |
| 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、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。又は、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。 | 認知症状に対しての細かな対応方法やわかりやすい情報シートを使い、医療関係者との情報交換、情報提供に努め、関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 高齢の入居者が多い事もあり、入院、受診の場面等を利用しターミナルに向けた方針や家族の意向を確認させて頂いている。 | 入居時に重度化の場合や終末期のあり方の方針を説明し、同意書を取り交わしています。受診に際しターミナルについて、家族の意向を確認しながら取り組んでいます。今年ターミナルケアを実践しています。 | |
| 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 | 緊急時に備え、緊急対応マニュアルを作成し、スタッフが落ち着いて対応できるよう準備している。 | | |
| 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 | 日中、夜間の総合避難訓練を行い、全スタッフが対応できるよう準備している。又、町内会の方々の参加や見学を促し、協力体制の構築をしている。 | 日中と夜間想定での総合避難訓練を消防署立会で行なわれています。非常通報装置に町内会長含め3名が登録されており、細かな避難時の内容を説明し、理解を得ています。断水・停電・地震時に必要なことも計画的に取り組む姿勢が見られます。 | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | 14 | ○一人ひとりの人格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 | 一人ひとりの入居者の性格や家族からの情報を元に一人ひとりに合わせた対応を行なっています。 | 職員は担当者制になっており、入居者を見守りながらそれぞれ個人ファイルや水分排泄チェック表に書込み、ホール等の共用部に保管をしています。 | 水分、排泄チェック表の書き込み後は個人ファイルと一緒に目に付かないよう工夫するなど、保管方法の配慮に期待します。 |
| 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 | その人に合った希望の引き出し方を考えながら関わりを持つよう取り組んでいます。 | | |
| 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 | ケースカンファレンスを通じ、その人のペース、暮らし方を協議し実行、モニタリング、再アセスメントを行なっている。 | | |
| 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 | その人らしいと思われる服装を意識し、支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | その人の力や、体調に応じて調理や片付けと一緒にこなしている。 | 職員がユニット毎に献立を決めて買出しをしています。食材の下準備や後片付けは利用者の出来る範囲で行い、食事中は職員の声掛けにより笑顔と会話があり楽しみのひとつになっています。 | |
| 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 | その人に合った食形態で食事を用意している。又、好みに応じた飲み物で水分摂取しやすいよう配慮している。 | | |
| 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 | 毎食後が困難な場合は夕食後に個々の能力にあわせて口腔ケアをおこなっている。又、口腔ケア、嚥下の勉強会も実施しています。 | | |
| 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 | 尿意、便意のサイン、排泄間隔を把握し適時トイレ誘導を行なっている。 | 排泄チェック表を使いながらパターンを把握し、促しや誘導を行なっています。トイレは3人に1ヶ所の割合で居室に近く配置されて自立排泄に向けた支援がなされています。 | |
| 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 | 食事、水分、運動のみでは困難な為、医師と相談しながら、下剤のコントロールを行なうとともに、寒天を毎日の味噌汁や毎食のご飯にご飯に混ぜて炊き、便秘予防対策をしている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴の希望がある場合は、随時希望にそえるよう支援するが、現在は入浴時間を決めて行なっている。 | 週2回以上は入浴出来るよう取り組み、希望があれば夜間入浴も行っています。清拭への変更や入浴剤を使用し楽しむことが出来る支援をしています。 | |
| 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 | 一人ひとりの生活リズム、体調に合わせた睡眠、安眠に関わる支援を行なっている。 | | |
| 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 | 内服している薬の効果や副作用等の最低限の知識は把握している。全体としての薬に関する知識は不足している。 | | |
| 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 | 生活歴や家族からの情報、関わりの中からの積み重ねた情報を元に役割や楽しみを引き出す支援を行なっている。 | | |

| 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 |
| 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。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 | 入居者、家族と共に夏場を中心に外出を行なっている。又、その時、その瞬間に生まれた欲求や希望にはできるだけ、早い段階で対応し、今を大切に支援している。 | 近所に散歩に出掛けることは日課で、受診後に利用者のリクエストの寿司を食べたり、紅葉見学や自宅を見に行ったり、外気浴をする等屋外に出て空気を吸う刺激の大きさを支援しています。 | |
| 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 | 個々の能力に応じて金銭管理、支払い、買い物等の支援を行っている。 | | |
| 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 | 希望があれば対応し、本人が満足できるよう支援している。 | | |
| 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 | 入居者、家族が居心地が良い環境をテーマとし、現在環境整備を進めている。 | 廊下や食堂には、家族と一緒に外出した時のベストショット写真や普段の写真が掲示されています。共有空間の中でも利用者が一人になれる落ち着いた場所を提供しており、その人らしく過ごせるよう工夫しています。 | |
| 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 | 自己決定又は自力で移動ができない方に関しては、表情やしぐさ等から読み取り、心地良い居場所についてケースカンファレンス等で検討している。 | | |
| 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 | 本人、家族からの希望には応じ支援している。又、本人や家族の背景や状況も配慮しながらこちらからの提案や相談を行なっている。 | 居室には使い慣れた椅子やテーブル、仏壇、家族との写真等の品々が持ち込まれ、利用者の居心地の良さを配慮しています。本人が落ち着いて過ごせるようベッド等の配置を家族と相談しています。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 本人の能力に応じ、適所に手すりを設け、不安なく立ち上がり等できるようにしている。 | | |