

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 | 2192300115 | | |
| 法人名 | 旭商事有限会社 | | |
| 事業所名 | グループホームくるみ | | |
| 所在地 | 岐阜県養老郡養老町色目1017 | | |
| 自己評価作成日 | 平成31年2月5日 | 評価結果市町村受理日 | 平成31年4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 | http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/21/index.php?act=on_kouhou_detail_022_kan=true&j_gyosyoCd=2192300115-00&ServicCd=320&Type=search |
|----------|---|

【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 旅人とたいようの会 | | |
| 所在地 | 岐阜県大垣市伝馬町110番地 | | |
| 訪問調査日 | 平成31年3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)】

利用者の希望に沿った支援をし、認知症になっても、毎日楽しく、穏やかに過ごせるような環境づくりに努める。
職員が、認知症についての知識を深める努力をする。
地域のみなさんに、認知症になっても施設でも、自宅でも、安心して暮らせる、ということが理解してもらえよう施設を目指す。

【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)】

利用者一人ひとりのできる事を見つけ、やりたい事を聞いて、その人らしく暮らしていける支援をしている。利用者の生活歴や価値観を尊重し、どんな場面でも丁寧な言葉掛けに注意し利用者や家族との信頼関係を大切にしたいケアをしている。開設後2年目であるが、月2回の「いきいきサロン」への参加を通し、地域社会や住民との交流があり、事業所や認知症についての理解が徐々に深まるようになってきている。利用者が楽しいと感じ生きがいをもって生活できるように、洗濯物量みや雑巾縫い等をやってもらったり、レクリエーションで楽しんでもらったりできるようにしている。職員確保に苦慮しながら、利用者の視点で穏やかな暮らし方ができるよう努力している事業所である。

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

[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 |
| 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 | 利用者様のライフスタイルを尊重したケアを、職員が理解出来ているかを管理者は指導している。よかれと思っていることが、強制的なケアになっていないかを考えながらケアにあたるように指導している。 | 月1回のケア会議にて理念の意義を振り返り、日常のケアで実践している。気づいた時に管理者は、その都度具体的に指導している。利用者個々に出来る事や楽しい事を探し、その人らしく生活できるように支援している。 | |
| 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 | 地域活動である、「いきいきサロン」に行くことで、地域の方たちに自然に溶け込めるように努めている。 | 好天時の散歩や近隣の飲食店で住民と声を掛け合い、月2回の「いきいきサロン」でお茶を飲みおしゃべりをして交歓している。生け花のボランティアとの交流もあり、住民から野菜を頂く事もある。秋祭りには山車を見に出掛けている。 | |
| 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 | 運営推進会議で、災害時、オムツの提供ができることや、この施設が利用できるようになっていることを説明しました。 | | |
| 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 | 私たちの活動の説明だけでなく、認知症の方を介護している方のご相談も受け付けていることを、説明させていただきました。 | 事業所の近況や活動内容を報告している。認知症の方への接し方や身体拘束しない介護について話し合っている。地域との関わり方やボランティアの活用等について、提案や助言をもらい取り入れている。 | |
| 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に取り組んでいる | 事故報告を早めに報告することを心がけています。 | 各種の書類提出時に、担当者に実情を説明している。町主催の会議に出席し情報交換し、困難事例等については包括支援センターに助言を得ている。災害時のボランティア拠点として要請を受け協力予定である。 | |
| 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 | 身体拘束ができないことを、職員にはもちろんですが、近所の方にも、介護施設は身体拘束ができないことを説明しています。 | 利用者の行動を制限したり、上から目線で指示したりするような言葉遣いは、特に注意している。玄関は施錠せず、外出しようとする人には、散歩やドライブに誘って気分を変えて、落ち着くようにしている。身体拘束委員会を設置し、拘束しないケアに努めている。 | |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている | 暴力等は目につきやすいですが、ネグレクトは周囲にはわかりにくく、見過ごされがちです。 | | |

グループホームくるみ

| 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 | 管理者が家族に制度の活用や、必要な方には支援をしている。 | | |
| 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 | 契約時だけでなく、利用者の状態により、転倒等の可能性が高くなってきた場合等は、その都度、理解を求めている。 | | |
| 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 | ご家族の面会の際、職員が必ず話しかけ、利用者様の状態や、利用者様の最近の様子を説明するようにしている。 | 利用者からのやりたい事や食べたい物等の意見は、出来る限り叶うように支援している。家族からは、面会時に意見を引き出すように聞いている。面会の少ない家族には、定期的に電話や手紙を出し意見を聞いている。 | |
| 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 | ケアマネ、看護師等からも意見を求めている。 | 毎月のケア会議以外でも日常業務のなかで、様々な意見が出て取り入れている。「レクリエーションに楽器を取り入れたい」に鈴・カスタネットやトライアングルを購入した。洗濯物置も実行した。勤務も職員の希望にしている。 | |
| 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 | 残業がないように、職員同士、話し合い、協力しあうことが大切だということを指導していく。 | | |
| 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 | 認知症の知識を深めてもらえるように、その職員の知識レベルや、勤務経験に応じたテキストや、本を使い研修を行っている。 | | |
| 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 | 他の施設の方や、他事業所のケアマネの見学等を積極的に受け入れる。 | | |

グループホームくるみ

| 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 | 新しく入られた入所者の状態を、職員全員が観察し気づいたことを報告し合い、情報を共有する。 | | |
| 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 | 管理者が家族に入所後の様子を報告し、家での様子や、対応を聞く。 | | |
| 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 | 他の社会資源、(社協の金銭管理のサービス等)の活用を説明する。 | | |
| 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 | ご本人の生活歴や、考え方を尊重する。 | | |
| 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 | ご家族からそれまでの生活歴を聞き、特に好きなこと、得意なことを教えてもらい、自宅で過ごしていたような生活ができるように支援していく。 | | |
| 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 | 利用者の希望を聞き、ご家族に連絡した上で、友人が面会に来ていただく。 | 馴染みの人や場を日常生活のなかで把握するようにしている。家族や友人が面会時には、居室やソファにて歓談してもらっている。家族の協力で自宅や墓参に行く人もいる。家族の声が聞きたい人には電話をかける支援をしている。 | |
| 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 | 利用者どうし、共同作業や、レクを通じて関わり合えるように職員が支援をしていく。 | | |

グループホームくるみ

| 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 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 | 退所後も、ご家族が相談に応じられるようにする。 | | |
| 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 | 些細なことでも、利用者の希望を職員全員で共有するようにしている。 | 落ち着いて思いが聞けるように、入浴時、居室や夜間に聞いている。耳の遠い人には、答えやすいように二択での聞き方や近付いて聞いている。困難な人には仕草や表情で把握している。 | |
| 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 | 入所前に利用していたサービスや、ケアマネから情報を収集する。 | | |
| 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 | アセスメントを行うことや、月に1度のケアカンファレンスを行う。 | | |
| 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 | 毎月行われるケア会議、モニタリングでプランの変更が必要かどうかを話し合う。 | 利用者と家族の意見を聞き、ケア会議で話し合い医師の意見も取り入れ介護計画を作成している。毎月のケア会議でモニタリングし、必要時はアセスメントをし直し、介護計画を変更し申し送りで伝達している。 | |
| 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 | 申し送りノートを活用し、利用者の些細な変化を、職員全員が共有できるようにしている。また、朝礼では、夜勤者から夜間の様子を聞くことで、昼間の過ごし方を考えるようにする。 | | |
| 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 | ニーズの変化を把握する。 | | |

グループホームくるみ

| 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 | 本人の状態にあった、環境を、提案する必要があるようにしていく。 | | |
| 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 | 治療方針は、本人、家族と主治医とどのようになっているのかを把握しておく。 | かかりつけ医は、本人と家族の希望で決めている。家族が受診に付き添う場合は、日頃の様子を書面で渡し受診後に家族から報告を受けている。希望で歯科や精神科の訪問診療を利用する人もいる。 | |
| 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 | 往診以外の受診の必要性については、主治医からの指示により、適切な受診を受けている。 | | |
| 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。 | 入院した時は、サマリーをできるだけ早く、入院先の担当者に持っていく。 | | |
| 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 | 「看取りの指針」を用い、リビングウィルがあるか、ご家族から終末期における本人の希望を伺っておく。 | 入居時に事業所の方針を、利用者と家族に説明している。事業所での看取りは行っていない。重度化や終末期に至る前に、家族とも話し合い利用者にもふさわしい複数の選択肢を示している。摂取量が少ない人には、医師の指示で栄養剤を補給している。 | |
| 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 | 救急救命の講習への参加を積極的に行っている。 | | |
| 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 | 緊急時に備えて、消防署の協力を得て、年2回の消防訓練を実施している。 | 夜間想定し避難訓練を実施している。居室入口ドアに懐中電灯を掛け、安全な避難に備えている。水、米、非常食、ランタンやカセットボンベ等を備蓄している。訓練時に、住民の協力が得られていない。 | 様々な場面で、避難訓練に住民の協力が得られるように働きかけ、実現できるように努力されたい。 |

グループホームくるみ

| 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 | 誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応に努めている。また、認知症の方には、どういう声かけの仕方が、理解をしていただけか、考えながらケアをすることを指導していく。 | 利用者の価値観や人格を尊重し、丁寧な言葉遣いで接している。職員の都合を押しつけず、不快な思いをさせないようにしている。その人に合わせた声かけで、プライバシーの確保に努めている。 | |
| 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 | 利用者本人の誕生日には、食べたいものを聞いて、提供している。 | | |
| 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 | 食事はできるだけ全員で集まって食べるようにしているが、強制をすることなく、本人のペースにあわせている。 | | |
| 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 | 服を選ぶ時は、できるだけご本人と相談をするようにしている。 | | |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 残食を見ながら、利用者の好みや、食べ物の硬さに問題はなかったかを利用者から聞き取るようにする。 | 誕生日は希望の献立にし、日頃も食べたい物を聞き、その日の献立を決めている。野菜の皮むき、食器や食卓拭き、布巾畳みなどの出来ることをしてもらっている。おやつを手作りし会話をしながら食事をしている。 | |
| 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 | 1日の水分量の目標を、利用者ごとに決めている。 | | |
| 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 | 歯科往診の際、歯科医と利用者の情報提供をして頂くことにしている。 | | |

グループホームくるみ

| 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 | 時間をみながら、トイレ誘導を行っている。 | 日中はトイレ排泄を基本とし、自分の意思でトイレに行く人には見守りをして、他の人には時間をみてトイレ誘導している。夜間にポータブルトイレ使用する人もいる。利用者に不快感を抱かせず、自立できるようにしている。 | |
| 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 | 排便の回数等、毎日記録する。3日程度排便がなかったら、主治医に相談し、便秘薬の処方をお願いする。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴はご本人の体調をみつつ行っている。 | 利用者の希望で入浴順、時間、日にち、浴槽に浸る時間等に配慮している。一人で入りたい人には、少し離れて見守っている。体調でシャワー浴や足浴する人もいる。嫌がる人には声かけの工夫や時間を変えている。 | |
| 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 | 部屋の温度調節を行い、布団の厚さ等、希望に合わせてご家族に用意して頂く。 | | |
| 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 | 服薬リストの作成。症状の変化をこまめにチェックし、主治医に相談する。 | | |
| 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 | 利用者様好きなこと、できることを細かく把握することで、役割を決めている。 | | |
| 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支援している | 外出をしたいという希望にそえるように努力していますが、添えない場合は、家族に相談し、家族に対応していただけるようお願いしている。 | 陽気が良く好天時に近隣のお寺参りや散歩に車イスの人も、職員体制に配慮して職員が1対1で外出している。喫茶店や外食に行く事もある。初詣、花見、サクランボ採り、菜の花やコスモス見物に行っている。墓参り買い物は家族に協力を依頼している。 | |

グループホームくすみ

| 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 | お小遣いをホームが預かっているが、いつでも欲しいものがあれば、お小遣いでお買い物をしてもらうことはできる。 | | |
| 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 | 家族に電話をしたいと要望があれば、家族に電話をするようにしています。 | | |
| 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 | 夜間もトイレの場所がわかるように、適度な明かりをつけている。部屋と、共有部分の温度差ができるだけないようにしている。 | 壁面に利用者の作品や季節の飾り物で、会話が弾む雰囲気になっている。外の景色が見える場所にソファを置き、新聞を読んだり縫い物したりして自由に過ごしている。室温や換気に注意し加湿器や空気清浄器を置いて、居心地良く過ごせるようにしている。 | |
| 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 | 利用者どうしの相性を考え、座る場所を決めている。 | | |
| 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 | ベッドや、タンスの位置は、ご本人と相談しながら、使いやすいように変更している。 | 使い慣れたタンス、机、TV、ラジオ等を持ち込み、家族写真、家族写真入りカレンダー、自分の作品等を飾っている。本人と家族が話し合い、動きやすく使いやすいように、ベッドやタンスの位置など安全にも配慮している。 | |
| 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 | 部屋の位置を利用者のADLや希望に沿って決めている。夜間もできるだけトイレで排泄したい方はトイレに近い部屋を提供している。 | | |