

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 | 0473100212 | | |
| 法人名 | (有)タックス | | |
| 事業所名 | グループホーム花水月 | | |
| 所在地 | 宮城県遠田郡美里町淑廻前22-3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成 24年10月 16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)】

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>自分の家族と同じように接し1日1回でも利用者さまの笑顔がみられるように努めている。また、日中は施錠せず利用者様が自由に入出入りできるようにしており近隣の方と会話の様子も見られている。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

※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://yell.hello-net.info/kouhyou/ |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 | | |
| 所在地 | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階 | | |
| 訪問調査日 | 平成24年11月7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>JR東北本線小牛田駅から南東方向の人家、お寺、畑、堤防等が散在するのどかな環境にあり、民家を改装した建物は家庭的な雰囲気を漂わせている。理念の最初に謳われているのは「笑顔と元気」である。調査日に秋の日差しの中で、入居者と職員が談笑しながら元気に洗濯物を干しているのが印象的であった。ケアの工夫としては①家庭と同じように献立表は作らず、入居者のその日の希望と冷蔵庫にある食材を活用しての調理方法、②見当識障害の対応のため居室の見易い所に適度の大きさの時計やカレンダーの配置、③急変時の対応のため各室への緊急連絡先や本人の既往症等が書かれたホワイトボードの備付け等である。</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、安心して暮らさせている (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 | | | |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホーム花水月)「ユニット名 」

| 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 | 日々の支援を通じて理念を実践するために会議で振り返る機会を設けいつでも目の届くところに掲示している。 | 理念は一昨年に職員総意で作成した。キーワードは「利用者の笑顔と元気」である。調査日に秋の日差しの中で入居者と職員が談笑しながら元気に洗濯物を干していた。なお、理念が長文なので見直しを考えている。 | |
| 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人として日常的に交流している | ホームで行っている行事に近隣の方を招待した。また散歩時などはこちらから、声をかけるように心がけ顔なじみになってきている。 | 毎年7月地域の子どもの会の神輿がホームに来訪し、入居者手作りの七夕飾りで歓迎している。8月の夏祭りでは地域のボランティアとの交流を楽しんでいる。日なたぼっこの時は、通りすがりの人達と挨拶を交している。 | |
| 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 | 実践を通じての認知症の理解や支援方法は積み上げていることはできていない。 | | |
| 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 | 7月に会議を開きホームの現状を報告し意見を頂いた。 | 今年7月初めて運営推進会議を開催した。出席者は区長、民生委員、町(地域包括)、家族等7人である。この中で入居者(1人)と緊急時に協力が得られる隣接住民(2人)の参加が特筆される。次回は12月の予定である。 | 長年の懸念であった運営推進会議を初めて開催したことは評価したい。サービスの向上には地域の理解と協力が重要なので、運営推進会議への積極的な開催の取り組みを期待したい。 |
| 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 | 運営推進会議に包括支援センターに参加していただく中で意見や協力を頂くようにしている。 | 町では運営推進会議へ出席したり、献立の栄養指導をしている。介護保険や生活保護の適用・更新手続等でも指導を受け、関係は良好である。毎年外部評価には町の同行があるが、今回は急用のため取止めとなった。 | |
| 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 | 玄関の施錠は日中はせず人が通るとチャイムが鳴るシステムがあり、利用者さまが外出た場合は付き添うケアを行うように努めている。内部研修においても具体的な例をあげ防止に取り組んでいる。 | 日中は鍵をかけず、出入り自由である。外出したがる人もいるが、外出した時は引き止めず、一緒に散歩に出かけている。景色が自分の故郷の様子と違うと言って直ぐに戻ってくる。運営推進会議のメンバーである隣家や近隣からも見守りを受けている。 | |
| 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 | 日々の介護の場面で職員間で虐待になっていないのか検討しながら対応している。 | | |

| 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 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 | マニュアルを作成しいつでも確認できるようにしている。 | | |
| 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 | 利用開始時、また契約内容変更時は直接説明するように努めている。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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 | 普段からコミュニケーションを大切にし面会時に対応した職員より意見、要望を聞くように努めている。 | 利用料金は毎月家族が持参するので、その時意見を聞いている。本人の健康状態を聞かれた時はその様子を説明している。息子さんの面会があると一緒に帰りたい人には、その原因を探り不安の解消に努めている。 | |
| 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 | 日々の申し送りや会話の中から意見を交換しあっている。 | 日々の申し送りや職員間の雑談の時に意見や提案が出される。服薬拒否や嚥下障害への対応、症状に合ったポータブルトイレの使い方等で意見が出され、これをケアに活かしている。職員の食事代には助成がある。 | |
| 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 | 個々の労務状況を把握し検討中である。 | | |
| 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 | 本人の希望を取り入れながら実行している。 | | |
| 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 | 都合がつく限り交流するように努めたい。 | | |

| 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 | 自宅などに訪問しご本人、ご家族、関係者のかたに直接会ってお話を伺っている。また、入所前に施設内の見学をお願いしている。 | | |
| 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 | 今までの困っていること、不安に思っていることなど何でも気軽に話して頂けるように努めている。 | | |
| 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 | ご本人、ご家族の意思を確認した上で実施するよう努めている。 | | |
| 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 | 毎日の生活の中でコミュニケーションを図るように努めている。 | | |
| 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 | ご本人の体調の変化などが生じた場合ご家族に連絡している。またご本人とご家族の関係維持の為、月に1回はホームに面会に来て頂けるように協力をもたらしている。 | | |
| 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、知人の方が面会に来られる際は、ご本人の意見を確認し対応している。 | 入居者は家族の面会を心待ちにしている。疎遠だった妹さんや昔付き合いのあった近所の人の来訪もある。その時はお互いを気使い、自分の気持ちを聞いてもらっている。散髪は馴染みの訪問理容を利用している。 | |
| 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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 日常生活において利用者同士に関係を把握し対応している。 | | |

| 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 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 | ご本人、ご家族の意見を確認した上で実施するように努めている。 | | |
| 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 | 本人、ご家族、関係者の方から希望、意向を聴き取り意思を尊重しながら、本人の些細な訴えを見逃す事のないよう気配りする。 | 日々の関わりで、そっとして欲しい時は聞こえないふりをする、本音を言う時は、ぼそっと一言つぶやくなど本人の特徴を把握し、これをケアに活かしている。7月の七夕づくりは手先の器用な入居者の力を活かしている。 | |
| 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 | 本人、ご家族より、これまでの生活の状況・経歴を把握して、生活歴を理解した上で対応するよう心掛けをする | | |
| 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 | 連絡を密に行い一人ひとりのペースに合わせて過ごす事が出来るよう、介護日誌の記録の情報を共有して支援する。 | | |
| 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・家族と面談を行い希望や意向を確認。状況を職員から徴収をし全体像を把握して日々の介護記録、サービス状況の確認を行い、月1回のモニタリングを実施している。 | 月1回、家族から意向を確認し、モニタリングを実施している。計画は3ヶ月毎に見直している。腹部の腫れや嚥下障害など医療的ケアが必要な場合は、協力医の往診の時に指導を受け、それを計画に反映している。 | |
| 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 | 毎日の申し送り、介護記録、申し送りノートをとって利用者の状況を職員間で共有している。状況が変化した時は再アセスメントを行い見直しを行っている。 | | |
| 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、その時々にも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 | 必要に応じて事業所内のヘルパーの通院介助やデイサービスでの催物の合同参加の実施をしている。 | | |

| 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 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 | 地区のイベントに参加したりホームでの行事に参加して頂くなど行っているが、協働までには至っていない。 | | |
| 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 | ご本人、ご家族の意見を確認し協力医療機関の受診を行っている。入所前のかかりつけ医を希望される方には、ご家族協力の元受診している。 | かかりつけ医での受診が2人、協力医での受診が7人である。かかりつけ医での受診は家族が付添っている。その際はホームでの様子を記載した文書を渡し、医師からの情報は記録に残している。協力医の往診もある。 | |
| 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 | 月2回の往診時利用者様の状況を明確に伝え相談している。また、変化があった際は電話連絡を行い指示を頂いている。 | | |
| 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。 | ご家族、医療機関と連携を取り合っている。 | | |
| 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 | 今後の在り方について早い段階から本人、家族との話し合いを持ち施設での出来ない部分を説明して本人の意思、家族の意向を確認する。終末期には主治医の指示に従う。 | 入居者は重度化しており、急変により病院で死亡した人もある。しかし、ホームには看護師がおらず協力病院からも24時間体制への協力は得られていないので、終末期ケアはしない方針である。家族は看取り介護を願っているがホームで出来ることを話している。 | 家族には早い段階からホームで出来ることと出来ないことを説明している。しかし、ホームを終の棲家と願う家族もいるので、現在の体制で可能な重度化や終末期への対応について明確にした文書の作成が望まれる。 |
| 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 | AEDを設置し使用方法を職員が理解している。マニュアルを作成状況に応じ対応している。 | | |
| 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 | 運営推進委員会開催時に災害時の緊急体制の確認をするとともに協力体制の確立を計る。年2回の防災訓練を実施して11月には消防署の指導と近隣の方への協力を頂いている。 | 区長・民生委員等の参加を得て避難訓練を年2回実施した。昨年の大震災では避難場所を転々と移動し苦労したので、今後の避難場所はその心配のない自家発電がある同一法人が運営する通所介護事業所と決めた。 | |

| 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 | 居室への出入り時の声掛けを必ず行い個々の性格や生活歴を把握した上で言葉かけや対応をするように努めている。 | 本人の希望する呼び方をしている。同姓が複数の場合は名前で呼んでいる。日常の会話は方言が多く、食事の時は「スプーン」というよりも方言の「しゃじ」の方が分かる人もいる。スピーチロックには注意している。 | |
| 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 | 個々の理解力を把握し表情や態度も含め確認しながら対応している。反応がない場合は選択してもらう方法で対応している。 | | |
| 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 | 個々の気持ちや体調を考慮し対応している。 | | |
| 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 | 町内の理容師に来訪して頂き、ご本人から直接話してもらい希望を伝えている。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 可能な利用者様には毎食時、介護者とともに配膳を行っている。またホールにて食材の準備をして頂くこともある。行事の際は業者に注文することもある。 | 家庭と同じように献立表は作らず、入居者のその日の希望と冷蔵庫にある食材を用いて調理している。栄養やカロリー等は町の栄養士から指導を受けている。野菜や果物の皮むきは昔とった杵柄の力を活かしている。 | |
| 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 | 状態に合わせて食事形状、バランスで対応している。年に1~2回町の栄養士実際に食べた献立表を確認してもらい助言をアドバイスを頂いている。 | | |
| 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 | 日々の歯磨き、義歯のケアを支援し状況に合わせた清潔保持に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄表を作成し一人一人の排泄パターンや習慣を考慮し支援するように努めている。 | 排泄の自立者が6人で、オムツやパットの使用者が3人である。トイレ誘導の際は尿意や便意の兆候を見逃さないようにしている。オムツ等の交換時間は排泄表を活用している。夜間はポータブルトイレを利用している。 | |
| 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 | 個々の排泄状態の把握と排泄表を使用し、飲食物の工夫をするように努めている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 利用者さまがリラックスして入れるよう声掛けや入浴剤を使用している。 | 毎日入浴は可能であるか、夏場のシャワー浴は週4回、今の時期は週2回の人が多い。以前に夜間入浴もあったが、感情が高まり不穏になったので取止めた。入浴を拒む人はいないが、体調によって清拭を行っている。 | |
| 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 | 一人で休む時間も大切に出来るよう声掛けにて対応している。 | | |
| 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 | 個々のファイルを作成しいつでも確認できるようにしているが、副作用の理解については不足している。 | | |
| 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 | ご本人の意見を尊重し洗濯ものたたみ、モップかけ、花の水やりなど職員と共に行っている。 | | |
| 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に支援している | 習慣や希望に合わせて、ご家族の協力も得ながら対応している。天気の良い日は個々の状態にあわせ可能な限り外に出るよう努めている。 | 近隣の公園へ花見に行き弁当を食べたり、お寺の境内で開かれる夏祭りを楽しんでいる。晴天の日は気分転換のためホームの庭でひなたぼっこをしたり、洗濯物を干すのを手伝ったりしている。選挙の投票日には家族の協力を得て投票に出かける人もいる。 | |

| 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 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 | 対応していない。 | | |
| 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 | 本人の希望を取り入れながら実行している。 | | |
| 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 | 季節の物や摘んできた花を飾ったりし居心地良く過ごせるように努めている。 | 玄関には笑顔の文字が入った理念が掲げられ、その横には入居者の笑顔の写真が並んでいる。更にその隣には「家内仲良く、そろって健康・・・」などの文言が綴られた「世渡りの道」という色紙が貼られている。ボランティア手作りの手芸品が雰囲気をなごませている。 | |
| 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 | 居室やイスの配置状況に合わせ対応している。 | | |
| 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 | 本人が使い慣れたものを、使いやすいものを可能な限り持ってきて頂けるようにしている。 | 見当識障害への対応のため、居室の見やすい所に本人お気に入りの適度の大きさの時計やカレンダーを置いている。急変の事態に備えるため、各室に緊急連絡先や本人の既往症等を書いたホワイトボードを掲げている。 | |
| 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 | 段差には目印のテープをつけ個々の状態にあわせたベットの高さ柵を使用し自立で出来るように対応している。 | | |