

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 | 2471200309 | | |
| 法人名 | 有限会社 希ぼうの里 | | |
| 事業所名 | グループホーム ホコホコ | | |
| 所在地 | 三重県伊賀市依那具1004 | | |
| 自己評価作成日 | 平成30年10月5日 | 評価結果市町提出日 | |

※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 | www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JigvosvoCd=2471200309-008&PrefCd=24&Versi |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 評価認証推進機構株式会社 |
| 所在地 | 三重県四日市市八王子町439番地1 |
| 訪問調査日 | 平成30年11月24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)】

ホコホコの特徴は、生活の広がりや心がけ一人ひとりの想いに添った外出や地域住民としての暮らしを支えていることです。居間と食堂の前面は庭に続く開放的なテラスで、お茶を飲んだり散歩をしたりと緑の景色と風を感じながらの暮らしが広がります。また病院への受診や通院は24時間体制で職員が付き添い対応しています。

私たちの信条は「いつのときも心に寄り添うホコホコの暮らし」です。老いは誰にでも訪れ、それは人生にとってかけがえのない実りのときです。在宅介護では支えることが難しくご自分の家に住みづらくなったとき「自宅に変わる家」として移り住んでいただき、日常のごく普通の暮らしを大切に人生終焉のその時まで誇りを持って暮らしていただくことです。

【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)】

施設の作りは居間等の共有空間は民家を改築しているため、今迄暮していた家の雰囲気や保たれている。居間からは大きく開く掃き出し窓で、その先は広いテラスとなっており、天気の良い日には外の空気に触れられる良い空間が作られている。また、庭先から広がる田園風景の畔伝いに、事業主が桜を植樹し、春には庭先で壮大な花見が行われている。

レク活動として脳活などを工夫して取り入れ、塗り絵や折り紙等の作品作りを頑張り依那古地区文化祭に出品している。職員は、一人ひとりの作品集を作り家族に喜ばれている。また、年3回の健康教室を開催するなど、地域に貢献している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 | 「いつのときもその人の心に寄り添う支援」が理念の柱です。理念に基づいた標語を作って日常的に取り組む努力をしています。 | 理念から、老いてもここは自宅の離れという普通の生活ができる場所となる様な支援が実践されており、折に触れ理念に基づいた標語を作って、新鮮な気持ちで基本に立ち返ったケアが出来る様心がけられている。 | |
| 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 | 運営者は昔から地域住民として生活しています。ホームは運営者宅を増改築して使用しているので地域の理解があり、継続して交流に努めています。 | 依那古地区市民センター長の呼びかけで、利用者の作成した塗り絵などを地区文化祭に施設のコーナーを作ってもらって展示している。また、地域のボランティアに体操や手芸に来てもらっている。 | |
| 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 | やすらぎ支援員の養成講座や依那古小学校の総合学習、南中学校の職場体験実習の場として提供しています。 | | |
| 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 | 活動内容や外部評価の結果、改善に向けての取り組み、ホームの状況などを報告しています。また、避難訓練にも参加してもらい、頂いた意見は職員ミーティングで話し合い、改善に取り組んでいます。 | 出された意見については職員会議で対応を検討し、運営や介護に対する改善に取り組んでいる。さらに多方面の参加者により多角的な意見の収集に向け検討を行っている。 | 運営推進会議に家族代表の参加が無い事から、運営推進会議での報告事項や、出された意見及びその意見に対する対応結果等について家族に通知する手段の考慮が望まれる。 |
| 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 | 管理者が伊賀市社協やケアプランセンターを定期的に訪問しています。また伊賀市から介護相談員の毎月の訪問があります。 | 管理者が定期的に訪問し、施設の状況を細かく報告し、意見を介護に取り込んでいる。 | |
| 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 | 12月度のミーティングで身体拘束をしないケアの点検を行いました。また毎月のミーティングで個々の支援内容を確認し、検討しています。 | 身体拘束廃止委員会を設置し、ベッド柵を少なくすることなど、グレイゾーンの改善にも意欲的に取り組んでいる。 | |
| 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 | 12月度の職員ミーティングで高齢者虐待防止に関する社内協議を行ないました。職員は互いに話し合い虐待防止に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 運営者は地域福祉権利擁護研修会で勉強しました。これまで3名の利用者様が成年後見制度や権利擁護センターを利用され協力してきました。現在も1名が伊賀市社協の権利擁護センターを活用しています。 | | |
| 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 | 契約内容は重要事項説明書に基づき説明しています。特に重度化した場合におけるホームの方針や入院時の対応、利用料金の内訳などを丁寧に説明しています。 | | |
| 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 | 面会時に日頃の様子をお伝えし、要望を聞くようにしています。面会の少ない家族は、毎月の職員ミーティングで確認し、電話で報告しています。また運営推進交流会を企画して参加を呼びかけています。 | 玄関には家族が来訪時に意見を入れられるポストを配し、職員が利用者の日頃の様子などを報告して、介護に対する意見を聞いている。来訪が少ない家族には定期的に電話をかけ、来訪と同じように情報交換がされている。 | |
| 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 | 管理者は毎月の職員ミーティングに参加して活発な意見交換を心がけています。ミーティングでの協議内容や意見は、実務に反映できるよう取り組んでいます。 | 毎月ケア会議を行い意見の共有化を図っている。日常的には、勤務期間が長い職員が多く、アットホーム的な雰囲気で見えやすい状態を作っている。 | |
| 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 | 運営者は職員の勤務状況や健康状態、要望を把握するよう心がけています。就業規則は都度見直しを行い改善しています。また資格取得への支援、勤務時間の調整等、職場環境を整えています。 | | |
| 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 | 定期的に社内研修を実施しています。また職員に応じた研修支援や資格取得のための奨励金制度を設けています。 | | |
| 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 | 全国認知症グループホーム協会の会員として情報を得ながらサービスの向上に努めています。管理者は伊賀市社協や他事業所を定期的に訪問し、情報交換に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 計画作成者と担当のスタッフが本人の想いや心身の状態、ご家族の意見、要望等を踏まえて支援内容を検討します。そして、毎月のスタッフミーティングで安心を提供できるよう話し合っています。 | | |
| 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 | 入所前の調査で本人の状態や問題点、生活習慣や病歴等をお聞きします。また、家族が抱えている不安や心配事を聞かせてもらい、ホームでの支援内容に繋げています。 | | |
| 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 | ホームの特徴を説明した上で最善の支援方法を検討します。本人の状態に応じて他の施設やサービスを提案させていただくこともあります。 | | |
| 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 | 残存機能を維持できるよう自然体で見守り、無理のない暮らしをサポートしています。互いに信頼できる関係づくりを心がけています。 | | |
| 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 | 家族には定期的に日頃の様子をお伝えし、理解してもらっています。家族と共に過ごせるよう交流会などの場面づくりをしています。 | | |
| 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 | いつでも気軽に来てもらえるよう働きかけています。季節のイベントや買い物、美容院などへも本人の要望で出かけるよう努めています。 | 入居時のアセスメント、施設独自のフェイスノート記録などにより、馴染みを把握し、地元でのイベント参加や地元への買い物、馴染みの美容院の利用などを支援している。 | |
| 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 | 利用者さんの気性や相性に配慮しながら席の配置などの工夫をしています。利用者さん同士支え合う場面もありますが、逆に混乱や孤立することもあるので場面に応じて対応しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 入院や退去をされたときは、現状を記入したフェースシート(介護サマリー)で支援内容や注意点、生活状況の情報提供を行い、必要に応じて相談支援を行っています。 | | |
| 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 | 職員が把握した本人の思いや気づいたことを日々の記録と看介護記録に記録します。その内容は、スタッフ間での引継ぎや申し送りノートで共有し、その人らしい暮らしができるようサポートしています。 | 1人の職員が2~3人を担当して、日頃から思いや意向を介護記録で記録し、引継ぎ時などで職員間で共有し、1人ひとりの思いに沿ったケアが心がけられている。 | |
| 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 | 入所に至る経過や生活歴、病歴等をお聞きし、調査表に記録します。入所後はフェースシートを作成し、継続した支援が出来るよう取り組んでいます。 | | |
| 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 | 看介護記録と共に暮らしの記録を付けています。その日の様子や心身の状態を記録し、次のスタッフに引継ぎます。また毎月の全員ミーティングで記載内容を確認し、現状の把握に努めています。 | | |
| 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 | 正職員が担当分けて利用者さんの状態や課題を把握します。そして介護計画を作成し、計画作成者を含む全員ミーティングで協議します。家族にはその都度報告し相談します。体調等に変化が生じたときは見直します。 | 1人の職員が2~3人を担当して日頃からの思いや意向を記録した介護記録をもとに、計画作成者と話し合いながら、1人ひとりに合わせた計画作成を心がけている。 | |
| 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 | 看介護記録はバイタルチェック、食事摂取量、排泄の状況等を記録し、介護支援日々の記録は、その日の様子を記入します。その記録をもとに介護計画の見直しや職員間での情報共有に活かしています。 | | |
| 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 | 病院への受診や通院は全てホームが対応します。ご家族とは連絡を密にして、連携を心がけています。また必要に応じて介護認定などの代行サービスも行っていきます。 | | |

| 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 |
| 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 | 地域の役員や市職員が運営推進会議に出席しています。また、介護相談員の毎月の訪問もあります。地元の学校や消防には理解を深めてもらい地域のイベントなどには参加するよう心掛けています。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望する医療機関の受診が可能で利用されています。受診や通院は、ご家族との連絡を密にしてホームが対応しています。 | 利用者のそれまでのかかりつけを基本とし、受診はホーム職員が同行して対応している。歯科は訪問医療を受けているが、医師の都合により抜ける月もある。 | 家族の心配事の多くは健康・病気に関してであり、ホームでの受診対応には家族から非常に感謝されているが、受診する事や受診結果について家族との情報確認を更に密とすることで、家族との更なる信頼性の向上が期待される。 |
| 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 | 准看護師を職員(非常勤)として配置し、健康管理の強化を図っています。介護職員は毎日のバイタルチェック(血圧、脈拍、体温)や食事摂取量、排泄状況等を確認し、体調変化の早期発見に努めています。 | | |
| 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。 | 入院先の担当医、看護師に現状を記入したフェースシートと看介護記録で説明します。病状や見通については家族と一緒に聞かせてもらい帰園に備えます。また、身の回り品や洗濯物も必要に応じて対応しています。 | | |
| 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 | 利用者や家族の意向、医師の指導に基づき可能な限り終身対応を行います。終末期に予想される課題や問題点、医療支援については三者(主治医、家族、ホーム)で話し合い、協働体制を確認します。この方針は日ごろから説明し、理解を深めています。 | 利用者、家族とは入居時から、終末期の方針について説明し、折に触れ以降の確認を行い、主治医を含め3者で協議して対応している。開所以来5名の看取りを支援した。 | |
| 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 | 事故発生時や救急時に備えて緊急時対応マニュアルを整備しています。その内容は全員ミーティングで確認しています。 | | |
| 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 | 消防署の指導による避難訓練を運営推進会議に於いて地域関係者や市の担当者に参加してもらい実施しています。運営者は接続建物に常駐し、夜間もすぐに応援できる体制になっています。 | 運営推進会議に合わせ避難訓練を行っている為、地域関係者、市担当者等の多くの訓練参加がある。代表者自宅が施設に隣接していることから、緊急時対応はタイムリーに可能である。また、地区との連携があり、対応の依頼ができる。 | |

| 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 |
| 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 | 「心に寄り添う支援」を大切に、その人に合った言葉かけや対応ができるようミーティング等で確認し、職員間で気を付けています。 | 勤続の長い職員が多く、家庭的な雰囲気があり、利用者は安心して日常生活が送れている。トイレ誘導などはさりげない声掛けで、自然な流れで行われている。今後はなれ合い過ぎに注意は必要である。 | |
| 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 | 職員は、その人の関心ごとや好みを把握し、日々の暮らしに活かせるよう働きかけています。そして可能な限り自己決定をしてもらっています。 | | |
| 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 | その人の状態や体調に合わせて生活できるよう支援しています。1日の日課を設けず思い通りに過ごしてもらえるよう個別対応に努めています。 | | |
| 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 | 服装は着慣れたものやその人らしいおしゃれができるよう支援しています。毛染めやカットはホームで職員が行うこともあります。希望で美容院や理髪店に出かけています。 | | |
| 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 | 四季の食事を提供できるよう心掛けています。調理や配膳、洗い物、食器等の後片付けを力量に応じてして貰っています。食事前の口腔体操(パタカラ)と忍にん体操を日課にしています。 | 食材は地元調達が多く、近隣からの寄贈も多く、献立を前もって作成せず、毎日材料を確認してその日に食べたいもの、料理したいものを調理している。利用者にもと料理学校長がおり、調理や味付けにアドバイスをもらっている。 | |
| 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 | 調理師の日頃のアドバイスをもとに栄養バランスや食べやすさの工夫をして食事作りをしています。看介護記録には、毎日の食事摂取量を記録して栄養管理に努めています。 | | |
| 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 | 食後の声かけと見守りで口腔ケアをサポートしています。入れ歯の方は、義歯洗浄剤を使用して清潔保持に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 毎日の排泄状況を記録し、排泄パターンを把握してサポートしています。便秘には、かかりつけ医の指導を受けながら便薬服用や浣腸を行い、心地よい身体維持に努めています。 | 毎日の排泄記録からその人なりのパターンを把握し、急がせない自然な声掛け誘導で、自然なトイレ排泄を促している。 | |
| 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 | 食物繊維を多く含んだ料理や乳製品の摂取を心がけ、水分も多く取るようにしています。食事前には誤嚥予防の「パタカラ運動」を実施したり、体操やお腹のマッサージ、足踏みなどを行っています。 | | |
| 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 | 清潔保持と安全に入浴できるよう2人の職員がサポートします。無理強いせず前向きな気持ちで週2～3回入浴してもらっています。更衣から入浴までプライバシーに配慮しています。 | 二人介助や、夜間入浴、季節を感じる入浴剤の使用などにより、一人ひとりの思いに沿った入浴支援が行われている。入浴拒否の時は清拭で対応もしている。 | |
| 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 | 一人ひとりの生活パターンを尊重し、昼間はなるべく活動してもらい生活リズムを整えて、夜はゆっくり休んでもらえるよう支援しています。不眠の方は主治医の指導の下、安眠できるようサポートしています。 | | |
| 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 | 薬の用途に応じ、職員が仕分けして管理しています。病状に変化があるときは、早めに主治医に報告して指示を受けるようにしています。 | | |
| 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 | 利用者さんの生活歴や想いに沿って興味を持っていただけそうなものを提供し、一日を楽しく過ごしてもらえるよう支援しています。 | | |
| 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 | 地区のイベントに参加したり、季節の花を見に行ったり、ドライブや買い物など、それぞれの希望に沿って外出支援をしています。 | 利用者の介護度が高くなってきた事などから、毎日の散歩等が難しくなっているが、リビングから掃き出しまで繋がっている広いテラスがあることで、この利用により、お茶や食事、時にはバーベキューなど外食の気分が味わえている。 | |

| 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 |
| 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 | ご家族と相談してお小遣いは、ホームで管理していますが、買い物などでは、力量に応じて本人が使えるようサポートしています。 | | |
| 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 | 利用者さんの要望に応じて手紙を書いたり電話を掛けたり、その都度対応しています。 | | |
| 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 | 建物は民家改修型で落ち着きがあります。日当たりの良い居間の前面が広いテラスで緑の景色や風を感じながらのお茶やお喋り、洗濯物の出し入れなど生活空間が広がります。室内は馴染みの家具や装飾で居心地良くつらえています。 | 廊下の各ドアに利用者家族からの手作りの色とりどりの暖簾が掛り、所々に安全と談笑用に椅子が置かれている。施設長がリビングからも花見ができるように植えた土手沿いの桜の木々や、中庭の庭木や盆栽など昭和の家庭的な雰囲気を醸し出している。 | |
| 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 | 居間の他にホールにソファを置いて3~4人がくつろげる場所を設けています。テラスや庭には、ベンチやテーブルを置いてゆったり過ごせるようにしています。 | | |
| 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 | 部屋の入り口は写真入りの表札と暖簾を付けています。室内は使い慣れた物や思い出のある物など持ち込みは自由で、自分の好みで家具などの配置や飾りつけをされている方も多数おられます。 | 入所前に自宅寝室の写真を撮り、その雰囲気を大切に引き継ぐよう工夫している。在宅時に大切にしていた趣味の物が多く飾られ、使い慣れた美容器具など、個性様々な部屋作りができていて、その人らしい生活の場となっている。 | |
| 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 | 転倒防止に努めています。ホーム内は、歩行の妨げになる物は無いように心がけ、歩行に不安な方とは一緒に歩いています。物事や場所が分かりやすいよう貼り紙や声かけに工夫して誘導しています。 | | |