

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 | 1272500511 | | |
| 法人名 | NPO法人 流山ユー・アイネット | | |
| 事業所名 | グループホーム わたしの家 | | |
| 所在地 | 千葉県流山市西深井176-1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和3年6月25日 | 評価結果市町村受理日 | 令和3年8月11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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/ |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|

【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コミュニティケア街ねつと |
| 所在地 | 千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7 |
| 訪問調査日 | 令和3年7月20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)】

わたしの家で働く職員のうち18人中13人が10年以上のベテランでありその中でも、20年前の開設以来勤務職員は7名にのぼる。その為職員は高齢化しているが、様々な事例を経験している。尚、昨年度もコロナ禍の中感染対策を行いつつ、2件の看取りを終え開設以来看取り件数14件となる。H29年にAIロボット「眠りスキャン」を導入したことによって、身体状況の把握が出来ることでデータ化されることで看取りに向かう状況変化をとらえやすくなった。また、他事業所より困難事例を任せられ、職員たちもそつなくこなせている。また、そのようなこなせられる雰囲気がある。職員が長く働いている分職員間のアットホームさがあり、そのアットホームさが利用者さんにも影響していると思われる。ケアに関しても開設当初より玄関の鍵をかけない等のホームの理念を理解した上で実践している。地域柄自然に囲まれており、散歩をよくするので散歩中に馴染みの近所の方から声をかけられ、野菜や花などを頂く事も多い。利用者が迷子になってしまった場合や徘徊中の混乱時にも協力して下さる。

理念である「安心」「尊厳」「信頼」は、安心できる環境を作り、尊厳を大切に、信頼関係を築くというもので、入居前と同じように自由に行動ができるように取り組んでいる。玄関は施錠せず、利用者は自由に外出し、職員は見守りで支援している。近隣住民の理解を得ており、サポートしてもらえる関係を築いている。看取りは、指針等を整備し対応をしている。食事は管理栄養士による献立を職員が調理し、利用者も食事の配膳や下膳などできる事で参加している。お風呂は毎日準備し、基本的には入りたい利用者はいつでも入ることができるようにしており、時間帯は、できるだけこれまでの生活の延長となるように夕方に支援するようにしている。職員の高年齢化に備えて、リファラル採用(職員の紹介、推薦)で中堅職員を採用しており、先を見据えた良い取り組みと思われる。

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、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 | | |

自己評価および外部評価結果

| 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 | 職員誰もが答えられるように、「安心」「尊厳」「信頼」の理念を共有している。 | 理念は「安心」「尊厳」「信頼」で、事務所やリビングに掲示している。家族を介護するように利用者を尊重して支援するという考え方が職員に根付いていることがうかがえる。 | | |
| 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 | コロナ禍であっても、感染予防対策をとりながら散歩をしているので、近所の方々が声をかけて下さり、お花等を頂くこともある。 | 近隣小学校の健康教室に参加したり、ホームでお祭りなどを実施していたが、コロナ禍のため、点では近隣の散歩に留まっている。ホームは施錠をしていないため利用者は自由に外出しており、外出する利用者には近隣住民が声掛けをしてくれる関係性を築いている。 | | |
| 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 | 事業所に認知症地域支援推進委員を配置して、いつでも相談できるように、市報や認知症ケアパスで周知している。 | | | |
| 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 | GH/DY合同で行っているが、今年度はコロナ禍の為、書面での報告という一方的な形になってしまった。 | 運営推進会議には市担当者、地域包括支援センター職員、自治会長、民生委員、近隣住民、家族会代表、利用者、管理者、ユニット長などが参加している。今年度は運営状況を書面で報告している。 | 運営推進会議は参加者とホームの双方向のやり取りによって運営の改善を期待するものである。時間はかかっても書面のやり取りをして意見交換することを期待する。また、この機会により多くの利用者家族に参画してもらうこともよいと思われる。 | |
| 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 | 市の介護支援課地域密着型施設の担当者に相談したり、認知症地域支援推進委員を通じて連携をとるようにしている。 | 管理者は市の担当課とはさまざまな報告や相談をしている。また、現在は中断しているが、介護相談員を1か月に1回受け入れている。 | | |
| 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「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 | 当GHの身体拘束廃止に関する指針に基づいて年度初めに職員全体で研修及び再確認を行い、行動の自由を意識し、言葉によるスピーチロックをしないように心がけている。玄関の施錠は開設当初より行わず、自由に外に出られるようにしている。 | 「身体拘束廃止に関する指針」を整備し、考え方や基本方針、体制、対応手順、教育研修体制も丁寧に記載している。玄関は施錠せず、職員は言葉による拘束にも配慮している。 | | |
| 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 | コロナ禍の為、全体研修は難しかった為書面による研修及び、日々の申し送り等での話し合いや、職員間で意識するように心掛けている。 | | | |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

| 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 | 今年度はコロナの関係で研修は行えなかったが、現在GH内に成年後見人制度を活用されている利用者の方が2名ほど居る。また、ご家族からの後見人に関する相談も受けている。 | | |
| 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 | コロナ禍であっても契約・解約時には通常どおり時間をかけて行っている。また、契約後も疑問があれば常時お受けする旨も伝えている。改定に関しては書面を通じて行っている。 | | |
| 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 | コロナ禍の為今年度は家族会の開催が出来なかったが、面会等を通じての要望や意見は伺えたが、家族同士の交流ができなかったのが残念である。 | 現在はコロナ禍のため開催されていないが、家族主体の家族会を年3回実施している。家族会でも意見をも運営に反映している。家族とのコミュニケーションは非常に良好で、面会時や電話でも直接意見を聴取している。 | |
| 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 | 毎日の申し送り時や、職員と個別に相談や提案を受け、極力反映できるように心掛けている。 | コロナ禍で定期的な会議は実施していないが、朝礼や日常業務の中で意見を吸い上げている。年4回の面談でも直接意見を収集している。ボトムアップの風土があり、職員からの意見は多く出ている。 | |
| 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 | 個々の努力や能力に応じて給与等に評価している。 | | |
| 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 | コロナ禍の為、研修を行うことは困難であったが、日常働きながら、都度トレーニングしたり、指導、また、職員間で互いに向上できるように心掛けている。 | | |
| 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 | コロナ前は、市のグループホーム連絡会や、入所部会参加で交流を図っていたが、現在は行えておらず、電話等で相互に連絡を取り合い状況報告や相談をしている。 | | |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

| 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 | 入所前の面接での情報収集に合わせて、ご家族にセンター方式への記入を協力していただき、ご本人が少しでも安心できるように入所する前に本人の人生の生活歴等を把握するようにしている。 | | |
| 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 | 入所前面接や、契約時に入所に至る際の経緯を伺い、その中で家族の心情を共感し汲み取るようにしている。 | | |
| 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 | 入所に向けて、本人家族が何を一番必要としているのか、十分に話し合うようにしている。また、本人だけではなく、場合によって入居後の家族のメンタルケアも行っている。 | | |
| 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 | 個々の意思を尊重し、入居者、職員双方が心地よく助け合えるような環境を整えている。 | | |
| 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 | ご本人と家族の築き上げてきた環境を大切に、家族とともにご本人のケアや相談を、面会や、電話、メールで行い共有する努力をしている。 | | |
| 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 | コロナ前は、面会の制限がなかった為、誰でも自由に訪問できたが、現在は面会が自由にできない為、制限しながらの窓際面会や、電話、手紙等で交流している。 | 現在は中断しているが、ホームへの家族や友人等の来訪はよくあった。コロナ禍で面会が難しくなっているが、予約制で窓越しでの面会を実現している。また、メールやSNSで写真を送付して、近況を知らせるようにしている。 | |
| 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関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 個々の相性を把握したうえで、できるだけ相性が合う同士を近くにできるように、食事の席等を考えている。また、トラブル等がある場合もあるので随時その時々で対応している。 | | |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

| 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 | 退所後もお祭りに招待したり、時々電話をしてその後のご本人や家族の様子を伺ったり、時には家族の方から相談の電話を受けることもある。 | | |
| 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 | ご本人の長年の生活習慣を継続できるように、意向や希望を極力反映できるように心掛けています。また、困難な方の場合には家族からの聞き取りにて反映するようにしています。 | 普段の会話の中や、時には家族から聞き取って、思いや意向の把握に努めている。できるだけ本人が望む暮らしをできるような支援に努めている。 | |
| 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 | 入居前にご家族にセンター方式シートの記入にご協力いただき、生活歴、なじみの暮らし、入居までの経緯を把握するようにしています。 | | |
| 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 | 入居前の生活ベースを維持しながら随時、身体状況の変化に応じて対応している。日々の心身の健康状態は把握しており、特に変化がある場合は随時家族に報告連絡相談している。 | | |
| 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 | コロナの影響もあり、担当者会議の開催ができなかった為、家族に関しては電話や面会の際に意見や意向確認を行った。また、職員からは紹介や直接意見をもらい反映した。 | この1年ほどはコロナ禍により、対面での会議が開催できない状況であるが、基本的に、利用者や家族の意向を踏まえ、職員の意見を聞いて、計画作成担当者が介護計画を作成している。 | |
| 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 | 利用者の日々の様子や健康状態を含め記録に残し、特に重要な変化や内容に関しては、職員間の申し送りノートを活用して把握できるようにしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 時には入居家族の相談も随時受けることもあり、本人のみならず家族の精神的なケアも行っている。ケースによっては地域包括にも協力してもらっている。 | | |

| 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 |
| 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 | コロナ禍の為、現状では行っていない。 | | |
| 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 | 入居時に、できるだけかかりつけ医の訪問診療が継続できるように、連携をとっている。 | 利用者の医療ニーズの状況を把握したうえで、利用者、家族の意向を確認して受診を支援している。専門医の受診が必要な場合は、家族に同行を依頼している。 | |
| 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 | 医療連携体制加算により、24時間連絡できるようになっており、ささいな事も常に相談できるような体制になっている。 | | |
| 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。 | A病院は、医師・看護師・家族・職員との連携がとりやすく、直接話し合う機会を設けてくれている。B病院に関しては、医師や看護師ではなく、医療連携室の相談員を通してしている。 | | |
| 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 | 重度化や、看取りが近い方に対して、直接家族と面談をして、今後の方針を書面にて確認し医療と連携をはかり、家族も含め、チームで看取りを迎えられるようにしている。(家族も最期を一緒にかかわることで家族に感謝されている) | 事前確認書にて重度化や終末期をどのように過ごしたいか意思確認をしている。終末期が近いと医師が判断した場合、終末期ケアについての同意書を作成して、本人、家族が安心して過ごせるように支援している。 | |
| 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 | 緊急時に備えての対応は緊急対応ファイルをつくり、電話口に設置している。また、利用者の緊急時の個別救急対応情報提供カードを作成し一緒にしている。 | | |
| 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 | 地震火災の避難訓練は行っているが、実際に避難場所(ホーム外)に避難しなければならない訓練はできていない。 | 消防署の指導の下に、年2回、自然災害や火災を想定して避難訓練を実施している。食料などの備蓄もしている。 | 昨今は想定外の災害が多く発生していることから、職員全員で非常時について普段から話し合っておくことが期待される。 |

【評価機関】

| 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 | 職員が、それぞれの性格や、生活歴を把握しており、その時々の様子を見ながら、職員のペースにならないように声掛けや対応をしている。 | 事業所の理念として、「安心」「尊厳」「信頼」を掲げて、職員間で理念を共有しており、一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねないように、丁寧な声掛けや対応を心がけている。 | |
| 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 | 声掛けをして、本人が選択するまで待ち、できるだけ希望に沿うように本人の意思をできる限り尊重している。 | | |
| 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 | その人の生活歴を尊重し、体を休めたいときは休んでもらったり、食事時間もその人のペースに合わせて対応することもある。 | | |
| 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 | 生活のメリハリが持てるように、随時声掛けを行い本人の好み等を取り入れている。 | | |
| 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 | コロナ禍の為、調理を一緒に行うのは控えているが、できる方に付いては感染対策に気を付けながら、配膳や片付けは一緒に行っている。 | 献立はホームの管理栄養士が作成し、職員が調理をしている。献立作成時には、季節感を大切に、利用者の希望を取り入れるようにしている。特に、誕生日には希望に添えるようにしている。 | |
| 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 | 食事量や水分量は個別に管理しており、その人に応じた量や、形態を変えながら、極力ご自身で食べられるように工夫している。 | | |
| 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、ハミガキを実施しており、サポートが必要な方は職員がケアしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 個々の排泄パターンを把握しており、その人のタイミングに応じて声掛けしたり、随時トイレ誘導を行っている。また、オムツ対応の方でも日中はトイレで排泄できるように支援している。 | 排泄パターンを把握して、個別にトイレ誘導をして排泄の自立に向けて取り組んでいる。夜間はおむつを使用する利用者も、日中はできるだけ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 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 | 管理栄養士が食物繊維等にも気を付けながら食事を提供し、個人持ちにはなるが、ヤクルト等の乳製品を取り入れている方もいる。 | | |
| 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 | 入浴好きな方は、声掛けや希望で入浴できるが、嫌いな方に関してはその人のタイミングに合わせてその日その時に声掛けをして、気持ちよく入浴できるように時間をかけて努力が必要な場合もある。 | できるだけ、希望の時間に入浴できるよう支援している。入浴したくないという場合は、気分転換を図りながら時間をかけて声掛けをするなど工夫している。 | |
| 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 | 昼間も個々の自由にあわせて昼寝をしたり、リビングのソファでTVを見たりしている。また、安心して睡眠にはいれるように声掛けをしている。 | | |
| 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 | 服薬に関しては個々の病歴を把握し、誤薬のないように慎重に取り扱っている。また、いつでも確認できるように全員の薬示表を一冊のファイルにしていつでも見られるようにしている。服薬の症状に関しては薬剤指導もあり相談することもある。 | | |
| 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 | コロナ禍の為、今まで出来ていたイベントを自粛しており、主だった活動が出来ていないが、人によっては書道の先生であったことを活かし、毎日お習字で食事のメニューを欠かさず書いてもらっている。 | | |
| 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 | コロナ禍の為特段遠くへの外出は自粛しているが、ホーム周辺はいつでも自由に散歩等できるようになっており、本人が行きたいその時に行けるように随時対応している。(一人で外に行きたい方に関しては、後方から見守り支援している) | 感染予防のため、外出は自粛しているが、希望に応じてホーム周辺の散歩に出かけている。一人で外に出たいという利用者には、後方から見守りながら支援している。 | |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

| 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 | 現在1名のみ本人の希望により所持金を管理している。所持金の金額の管理は家族管理に任せている。その他全員お小遣い程度の金額を預かり、管理し欲しいものがあればその中から購入できるようにしている。 | | |
| 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 | 家族から本人に電話が来ることもある。携帯を所持されている方も一人いる。時々不安から家族に電話をし安心される方もいる。 | | |
| 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 | リビング内にソファを色々なスペースに配置して自由にくつろげるようにしている。(コロナ禍であってもディスタンスがとれる配置になっている)また、季節感を感じられるように季節の花を飾ったり、地域ボランティアさんに、庭に四季折々の花を鑑賞できるように手入れして頂いている。 | ホームの庭に、地域のボランティアが、四季折々の花を植えに来てくれており、季節を感じることができる。数か所にソファを置いて、一人でゆっくりと過ごすこともできるようにするなど、くつろげ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 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 | 窓際から中庭の自然を見ながら独りになれる場所があり、思い思いに自由に過ごされている。その他、リビングの色々な場所にソファや椅子を配置し自由に過ごせるように工夫している。 | | |
| 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 | 出来るだけ本人の生活で使用していたものを持ち込んで頂き安心できる空間にしている。家族写真や趣味の作品を居室内に飾っている方もいる。 | 利用者がくつろいで過ごせるようにするために、入居時に、これまで使用していたものを持ってきてもらうように話をしている。また、安全安心に暮らせるように、動線にも配慮している。 | |
| 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 | 居室からトイレや、リビングに出てく際に自分の力で安全に出てこられるように、個々の身体及び認知の状態に応じて動線を作っている。 | | |