

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 | 0572609246 | |
| 法人名 | (株)えがお | |
| 事業所名 | えがお神宮寺 ほほえみ館 | |
| 所在地 | 秋田県大仙市神宮寺字上栗谷田67-5 | |
| 自己評価作成日 | 平成29年11月20日 | 評価結果市町村受理日 |

※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.akita-longlife.net/evaluation/ |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 秋田マイケアプラン研究会 | |
| 所在地 | 秋田県秋田市下北手松崎字前谷地142-1 | |
| 訪問調査日 | 平成29年12月11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)】

・年間の社内研修計画に基づき研修を実施し、職員のレベルアップに務めている。また、法人で実践報告会を実施しており毎年発表している。毎年グループホーム全国大会への参加など、認知症介護の最新情報に触れる機会を作っている。
 ・「家族の会」を年に2回開催し、ご家族様との交流や情報交換に務めている。毎年恒例になっておりご家族様も喜んで参加下さっている。
 ・町内会に入会し、町内行事に利用者様が参加することはもちろん、職員は町内の準備の手伝いから参加させて頂いている。ご近所の方からは、農作物など頂いたり日常的に交流ができています。

【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)】

利用者が地域の方々と馴染みの関係を保ちながら住み慣れた地で安心して暮らし続けられるよう地域との繋がりを大切なものとして運営されており、ホーム自体が地域の一人として認知されています。繋がりを深めるために年間目標にも設定し、町内行事や総会に参加し、また、地域向け広報で情報発信して地域に開かれた事業所としての役割に積極的に取り組んでいます。利用者が好きなことやこれまでしてきたことを生活の中に取り入れ、個々のできる力を活かした過ごし方を大切に支援が行われています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～53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 |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 54 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 | 61 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 |
| 55 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 | 62 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 |
| 56 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 | 63 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 |
| 57 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 | 64 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 |
| 58 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 | 65 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 |
| 59 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 | 66 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 |
| 60 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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 理念の理解・共有のため、採用時は随時、また全社員は年度初めに代表取締役による研修を設定している。年度毎の会社の事業計画やユニット・個人の目標も、理念をベースに目標設定している。 | 利用者と職員が地域の一員として関わりを持ちながら「地域と共に」生活できるよう支援されており、目標に掲げて職員一人ひとりが努力し、実践しています。 | |
| 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 | 町内会に入会しており、また男性職員は町内の青年会にも入会している。町内の祭りや行事には利用者の参加はもちろん、職員は準備から参加させてもらっている。 | 地域との繋がりを大切にしており、関わりやすい環境をつくる等、積極的に努力している様子が窺えます。地域向け広報紙で情報発信もしており、職員が利用者と一緒に戸別訪問して配布しています。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している | 「認知症なんでも相談所」について事業所発行の広報誌を通じ、相談窓口としての機能をPR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 | 2ヶ月に1回会議を開催し、事業所の現状や活動報告を行っている。会議で話し合われた内容は、全職員に周知し、サービス向上に活かすように努めている。 | 会議ではホームの取り組み等を具体的に報告して意見交換しています。参加者からの発言も多く、運営に活かされており、検討事項については後日結果報告しています。 | |
| 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 | 「認知症なんでも相談所」は行政との協働で行なっている。サービス提供情報など、「月刊えがお」の発行・配信により情報提供している。行政とのやり取りの際には、できる限り窓口に出向くようにしている。 | 事務的なことは法人本部で行っていますが、更新手続きや種類提出には管理者が窓口に出向いており、関係づくりに努めています。 | |
| 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「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 | 身体拘束を行わないケアについて、社内研修・事業所内研修を実施、全職員が受講し、実践している。 | 研修及びOJTを通して職員が理解し、身体拘束をしないケアを実践しています。リスクについても家族に説明しています。 | |
| 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 | 高齢者虐待防止についての社内研修を実施し、受講している。不適切なケアについて職員間で確認している。 | | |

| 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 | 研修を実施、受講している。日常生活自立支援事業の利用に結びつけた実績があり、また成年後見制度が必要な方には支援する体制を整えている。 | | |
| 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 | 契約書や重要事項説明書に基づいて説明し、同意を得て、ご理解を頂いている。不安や疑問点には丁寧に説明しご本人やご家族の不安・疑問に対し、理解・納得いただけるように説明し努力している。 | | |
| 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 | 玄関にご意見箱を設置し、ご本人・ご家族に遠慮無く意見を頂けるようにしている。また面会時には、ご家族に意見を伺い、よりご本人の生活の質が高まるよう、支援している。 | 気兼ねなく意見、要望が言い出せる関係づくりに努め、運営に反映させています。運営推進会議や家族会でも意見が出されており、管理者会議で検討している他、アセスメントにも活かされています。 | |
| 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 | 管理者は毎週開催する管理会議、毎月の主任会議やユニットカンファレンス等にて、職員の意見や提案を聴く機会を設けている。また、代表者や総合施設長は、月に1～2度は来訪し、管理者と意見交換する時間を設けている。 | 管理者会議や主任会議を通じて職員の意見が法人本部に伝えられています。職員が遠慮なく意見を出せる環境があり、運営に反映されています。 | |
| 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 | 個人目標を設定し、目標達成に向けて向上心を持って取り組めるように、内外研修への参加促している。また、毎年、社内実践報告会を開催したり月2回の社内研修を設定して、学べる環境を整備している。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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 | 社内で行う研修は教育委員会を組織し、計画に基づき実施している。また、外部から専門的分野の講師を招き研修会を行っている。外部研修は、個人の能力・目標・希望に応じ計画的に参加させている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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 | 大曲仙北地域密着型介護事業者連絡会に入会しており、研修会への参加等を通じて、同業者との交流・情報交換を行っている。また、日本認知症グループホーム協会に加入しており、全国大会の実践報告に参加している。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用申し込み後、ご本人と面接し、聴取している。不安が少なく利用開始できるよう、入居前の見学を行い、関係づくりに努めている。ご家族からもお話を伺い、ご本人の望む生活の支援をしている。 | | |
| 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 | 入居前に連絡を取り合い、不安や疑問が少なく入居できるよう支援している。 | | |
| 17 | | ○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 | 調理や掃除等、家事作業を一緒に行い、関係を築いている。編み物をご本人から教わることもある。 | | |
| 18 | | ○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 | ご家族の負担にならない程度に、外泊・外出・面会・電話等にて、関わりが継続できるように努めている。また、「家族の会」を設立し、ご家族同士や職員との交流の場を設け、共にご本人を支えていくという関係を築いていけるよう努めている。 | | |
| 19 | (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 | 馴染みの方との面会が頻繁にあり、気軽に遊びに来てくださっている。また、思い出のある場所・馴染みの場所に出掛ける等の援助を行えるように努めている。 | 近隣から入居された方が多く、遠方に住む家族や地域の方々と馴染みの関係を保ちながら生活できるよう支援が行われています。家族の協力が得られている他、職員が思いに応えられるよう努めています。 | |
| 20 | | ○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 | 利用者様同士が、お互いに協力しあって作業を行ったり、仲の良い方同士で会話ができるようソファ席の工夫など支援している。様々な人間関係がある事を理解し、関わりを援助・仲介している。 | | |

| 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 |
| 21 | | ○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 | 退去後も、面会や電話にて連絡をとり、相談にのり、必要に応じて必要な介護サービスにつなぐ等、情報提供をしている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 22 | (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 | ご本人から話を伺ったり、ご家族から情報を頂き、望む暮らしや意向の把握に努めている。意思の伝達がうまく出来ない方については、ご本人の立場に立って把握するように努めている。 日々の暮らしの中からも、生活の意向の把握ができるよう努めている。 | 日常生活の中で意向の把握に努めています。家族の話や日々の状況を記録に残してアセスメントに活かし、介護計画に反映させています。 | |
| 23 | | ○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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 入居時にご本人やご家族からうかがっている。入居後も情報の追加があればフェースシートに追記している。 | | |
| 24 | | ○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 | アセスメントやモニタリングなどにより、現状の把握に努めている。また、日々の過ごし方や、心身状態、ご本人の能力等について、職員が情報を共有できるように記録に残し、把握するように努めている。 | | |
| 25 | (10) | ○チームでつくる介護計画 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 | ご本人・ご家族の希望を聴取し、また、介護職員・医師・看護師等、関係者からの意見をまとめ、介護計画書を作成するように努めている。サービス担当者会議に、できる限りご家族に参加していただくようにしている。 | 担当職員がモニタリングし、介護計画の目標達成状況を家族に報告しています。必要に応じて随時見直しが行われ、現状に沿った介護計画を作成しています。 | |
| 26 | | ○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 | ケアプランに沿った記録を行い、またご本人からの訴えや言動などは詳細に記入するようにしている。記録は職員間の情報共有やアセスメント、計画立案時に活かしている。 | | |

| 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 |
| 27 | | ○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 | 地域のボランティア、町内会の方々との交流等、地域の方から協力を得ている。また、消防署には避難訓練時の立ち会いや救命講習会をしてもらっている。 | | |
| 28 | (11) | ○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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 | ご本人やご家族の希望を確認し、かかりつけ医への受診を支援している。また、往診が必要な利用者様にはかかりつけ医が居宅療養管理指導を行っている。かかりつけ歯科医やかかりつけ薬局とも、必要時に必要な援助を受けられるように連携を図っている。 | 協力医と連携を図っている他、希望に沿って医療が受けられる支援が行われています。 | |
| 29 | | ○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 | 24時間対応可能な看護師(非常勤)を確保しており、週に1回は健康状態確認のため来訪している。急変時や体調不良時は、随時連絡をとっている。また、かかりつけ医の担当看護師とも、密に連絡を取り合い、継続的な健康管理に努めている。 | | |
| 30 | | ○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。 | 病院関係者へ情報提供している。また退院へ向けた調整や支援について病院関係者と情報交換している。 | | |
| 31 | (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 | 入所時に事業所の「看取りの指針」に基づき、事業所のできうる限界についても説明している。また、状態に変化があった際には、ご本人・ご家族やかかりつけ医と話し合い、方針を決めている。 | 家族の「住み慣れた場所で」という希望があり、初めての看取りを経験しています。看取りケア終了後に話し合いが行われ、指針、マニュアルを新たに作成する等、今後に向けて前向きな取り組みが行われています。 | |
| 32 | | ○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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 普通救命救急講習を年2回行い、職員は2年に1回は受講するようにしている。 | | |
| 33 | (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 | 非常災害時の対策・対応について、研修会を実施している。定期的に避難訓練を実施しており、町内の方にも協力を呼び掛け参加していただいている。災害毎の事業所独自のハザードマップを作り、事務所に掲示している。 | 大雨の状況で、地域の一部に避難指示が発令される前に行政と連携して実際に避難を経験しています。水害を想定した訓練後で防災マニュアルの見直しを行っていたこともあり、地域全体の課題として取り組んでいます。 | 運営推進会議等を通じて、訓練に参加して下さる方の季節や時間に応じた具体的な支援方法の検討を期待します。 |

| 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 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 34 | (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 | 社内に接遇マナー向上委員会があり、各ユニットに一人委員を配置している。委員が中心となり、ユニットごとに接遇の目標を決め、ご本人のプライドを傷つけたり、プライバシーを損ねるようなケアや言葉かけにならないよう、3ヶ月に1回、全職員がチェックシートで自己確認している。 | 利用者を理解することに努め、気を遣わせることのない話し方をする等、接し方に気を付けています。本人が気にしていなくても耳元でトイレ誘導したり、入浴時の同性介助にも配慮しています。 | |
| 35 | | ○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 | 出来る限り、自己決定できるよう、個々人の能力に合わせ選択してもらう方法を考え支援している。また、思いや希望を表出できるように、個々人の状態に合わせた、会話の仕方や関わり方を行うように努めている。しかし、全員が十分に希望が表出できているかといえは、課題はある。 | | |
| 36 | | ○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 | 職員側の都合やペースで業務を進めることのないよう努めている。入居者様主体の生活を考え、個々人の状態や希望に合わせ、必要時は業務の変更等を行っている。しかし全員に対して十分にできているかといえは課題がある。 | | |
| 37 | | ○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 | ご本人の希望に沿った服装、化粧などの支援のため、ご家族にも協力頂きながら、必要な物を揃えられるようにしている。理美容はご本人の行きつけのお店に行けるよう支援している。 | | |
| 38 | (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 | 献立を考える際には季節の食材を意識している。ご本人の力に応じて調理の下ごしらえから味付け、盛りつけ、また片付けを行なっている。 | 食事の準備等は進んで手伝ってくれる方が多く、生活の一部としてごく自然に行われています。外食を取り入れ、芋煮会やバーベキューを行って外でも楽しめる工夫をして気分転換を図っています。 | |
| 39 | | ○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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 食事や水分摂取量は把握できるよう記録している。また、一日を通じて必要な水分量が摂取できるように取り組んでいる。栄養バランスについては、なるべく多くの食材を使用するように心がけている。 | | |
| 40 | | ○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 | 毎食後の口腔ケアは習慣化されており、ご本人の状態に応じ支援している。 | | |

| 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 |
| 41 | (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 | 排泄チェック表に記録して個々人の排泄パターンを把握している。誘導が必要な方にはその都度言葉かけや誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。おむつ使用から、リハビリパンツ使用への変更、トイレでの排泄の促しの実績がある。 | チェック表を活用してタイミング良くトイレで排泄できるよう支援しています。状況に応じて排泄用品を使用し、快適に過ごせるように配慮しています。 | |
| 42 | | ○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 | 個々人の排便状況に合わせて、水分量や食事の内容に注意している。医師と相談の上、必要に応じ下剤や整腸剤の調整を行っている。また、腸内環境が整うよう、オリゴ糖の提供も行っている。 | | |
| 43 | (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や健康状態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 | 毎日入浴して頂ける体制をとっている。また、可能な限り本人の希望する時間に入浴していただいている。血圧や体温など体調面に注意しながら入浴の支援をしている。 | その日の気分や希望に合わせて自由に入浴できるよう本人の意思に任せており、ゆっくりお風呂を楽しんでいただいています。就寝前に入浴を希望された場合には、それに応えることができる体制を整えています。 | |
| 44 | | ○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 | 日中の活動を充実することで、夜間の眠りを促すようにしている。散歩など活動のあとは随時休息をとって頂けるよう、促している。 | | |
| 45 | | ○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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 投薬カレンダーを利用し、飲み忘れや投薬ミスが無いように管理している。用法・用量・副作用の可能性等、個々人の薬について職員が確認できるように情報をファイルし、かかりつけ薬局とも連携している。 | | |
| 46 | | ○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 | ご本人が生活歴や職歴から、こだわって行っている事やこれまで果たしてきた役割など、出来る限り継続できるよう支援している。 | | |
| 47 | (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 | 散歩やドライブは日常的に支援している。また季節に応じた外出も行っている。その際はご本人の希望にできる限り添えるよう努めている。時には職員と自宅へ戻り、畑作業をすることもある。しかし、ADLの低下からご本人の望む場所に出かけることができない方もいる。 | 花が好きな利用者には花壇の管理をお願いし、個別の希望にも応じて職員との外出を楽しみにしている利用者もおります。外出が難しい利用者には花を飾ることで季節感が得られるよう配慮しています。散歩や広報の配布を一緒に行い、地域住民との交流を心がけた外出支援が行われています。 | |

| 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 |
| 48 | | ○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 | お金を自己管理されている方は、買い物時に支払いされたり、他に職員の付き添い援助のもとで支払いされている。お金を自己管理されていない方でも、買い物時にご家族よりお預かりしているお小遣いをお渡しし、買い物を楽しんでいただく等の援助をしている。 | | |
| 49 | | ○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 | 希望により、電話を掛けることは自由にできるようにしている。中にはご本人が携帯電話を所有している方もおり、ご家族と自由に通話されている。 | | |
| 50 | (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、臭い、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 | 家庭的な雰囲気になるように、季節感のある物や利用者様に馴染みのある物を用意している。季節を感じていただけるようなホールのレイアウトにも気をつけている。日射しや照明の調整、温度・湿度・換気は時間を決めてチェックする体制をとっている。 | ホールで過ごす利用者も多く、利用者同士の関係性に配慮してレイアウトを変更する等して穏やかに過ごせる工夫をしています。両ユニットの造りは異なりますが、それぞれの利用者の機能に応じて生活できるよう支援しています。 | |
| 51 | | ○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 | 廊下・玄関・ベランダに椅子を設置し、独りでのんびり過ごしたり、気の合う方同士で会話ができるように配慮している。また、利用者様同士で居室を行き来されている方もいる。 | | |
| 52 | (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 | 使い慣れた物や好みの物、ご本人が思い入れがあって使用している物は、できる限り持ってきていただけるように、必要性をご家族に説明しお願いしている。できる限り、自宅での生活を継続できるように配置なども配慮している。 | ホームの物を有効に使用しながらも、私物の持ち込みに制限せず、馴染みのある物が持ち込まれています。家族写真を飾っている方、鉢植えの水やりを日課にしている方、それぞれが自分の生活の場をつくっています。 | |
| 53 | | ○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 | アセスメントをもとに利用者様の身体機能に応じ、シルバーカー・歩行器などを使用している。必要な場所には手すりを設置するなどしている。 | | |