

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 | 0792710014 | | |
| 法人名 | 株式会社 コスモメディアカルサポート | | |
| 事業所名 | グループホームかねやま | | |
| 所在地 | 福島県大沼郡金山町大字中川字沖根原1223-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年9月14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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 福祉ネットワーク |
| 所在地 | 〒974-8232 福島県いわき市錦町大島2番地 |
| 訪問調査日 | 平成27年10月31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)】

開所し9年になる。地域密着型サービス事業所として始まり、散歩や外出時、ご近所の方との交流を行い、顔なじみの関係を構築し、地域に溶け込んでいます。また、ご利用者様の築き上げてきた交友関係を、グループホーム入所後も継続しています。いつも晴れの日だけの生活ではなく、普段の生活を送れるよう支援しています。毎日の園内の掃除・食事の準備・後片付けなど利用者の身体状況に応じた作業を行い、役に立っている・仕事をしたという安心感を得られるようなケアを提供し、利用者様の住み慣れた環境作りを維持できるように取り組んでいます。また、職員研修も出勤扱いとして行い、学ぶ機会を設け、事業所全体の介護力向上につなげています。

【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)】

地域密着型サービスの意義をふまえこれまでの取り組みを活かしながら、管理者と職員は役割を考え意見を出し合い、理念を新たに作り利用者一人ひとりにあったケアの実践につなげている。地域の行事に参加し、事業所の行事に呼びかけたり、高校生の実習体験の前に学校に向向いて説明するなど、認知症を理解してもらえるようにしている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 | | |

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 | 開所から9年経過し、職員の入れ替わりもあり、現職員で新しい理念を作り上げ、事務室やリビングに掲示している。新しく職員が採用になったときは理念の内容をしっかりと伝えている。利用者のケアに行き詰ったときは理念を振り返って、再確認している。 | 職員の年齢層が広くいろいろな意見・提案を取り入れ新しい理念を作っている。利用者が培ってきた生活を大切に、これまでとは異なる見方でケアの実践につなげている。 | |
| 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 | 事業所が所在する地区に部落費を払っている。町の回覧物は区長様が配布してくださり、園周辺の方々には野菜を頂いたり、お茶を飲んで頂いたり顔なじみになっており防犯にもつなげている。 | 地域や保育園の運動会、近くの施設の秋祭りに参加したり、事業所の夏祭りに呼びかけるなど交流を図っている。定期的にボランティアの方が踊りを披露してくれたりしている。 | |
| 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 | 運営推進会議の委員の中にも認知症の介護に関わっている方もいる為、グループホームの生活を通して伝えている。また、地元の川口高校の実習を人材育成の貢献として受け入れている。 | | |
| 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 | 地区委員の経歴が多様で2年度ごとに入れ替わっているためグループホームでの検討事項などにそれぞれの立場から答えをくださる。地域包括センターの看護師には健康管理について相談し助言を頂いている。 | 会議で、出席者から車椅子の方の避難についてシーツや毛布を使用したらどうかと助言をもらい、訓練に活かしている。管理者は、職員が夜間のとき不安なので、保健師に相談し専門的なことを話をしてもらい、不安を取り除くようにしている。 | |
| 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 | 管理者が町担当者と連絡を取ったり、定期的に町役場を訪問したり、運営推進会議の委員として来て頂いたときに状況を報告している。各種申請の手続き代行も行い、町担当者も出入りは自由にしている。 | 日頃から町の担当者に事業所の状況を伝えたり、問い合わせをするなどしている。管理者は、認知症サポーターやキャラバンメイトの養成を町に働きかけている。 | |
| 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 | 身体拘束や日中の施錠は行っていない。身体拘束廃止の講習会に参加した職員より職員会議や報告書で報告を受け、身体拘束による利用者の身体的・精神的弊害を理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。園周辺の出入りは自由に行っている。 | 身体拘束はしないことを基本としている。不安で落ち着かない方には、家族や医療機関と連携し身体拘束はしないようにしている。一緒に出かけたり入浴時間を調整するなど、そのひとの生活リズムに合わせた暮らしができるようにしている。 | |
| 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 | 新聞やテレビのニュースを職員会議で取り上げ、話し合う機会を持っている。また、業務の中で互いの言動を再確認することも行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 職員会議などで説明しているが管理者が対応することが多く、他の職員の理解は少ない。現在権利擁護の制度を利用されている方はいないが、講習会に参加し、事業所での勉強会につなげたい。また、ご家族へも権利擁護の説明等を送付している。 | | |
| 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 | 契約時は時間を取り、利用料金や事業所の特色、看取りに関しての当事業所の説明、医療連携体制の取り組み、町診療所が協力医院である事、夜間の緊急時の対応は他町村の病院か指定の病院に救急搬送になる事など詳しく説明し、同意を得るようにしている。 | | |
| 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 | 利用者に個別に担当者を配置し、毎日の関わりの中で得られる本人の思い・表出できない方の思いを察し、利用者の立場に立った運営を心掛けている。ご家族の面会時には状況報告をし、家族との会話を増やし、話しやすい雰囲気づくりをしている。 | 家族の方から食事のメニューについて要望があり、利用者の好みの食材を取り入れた食事作りをしている。職員の言葉かけや対応について意見があり、職員間で話し合いケアの改善・向上につなげている。 | |
| 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 | 職員会議等で職員からの情報や意見を聞く場を設けている。また、月1回の管理者会議では、施設運営の報告や検討事項を話し合い、提案事項については十分協議の上、早急な回答を心掛けている。 | 車いすの利用者が車輪に手を挟まないようカバーをするなどの提案が出され、安全に暮らせるよう取り組んでいる。勤務時間や勤務体制について意見が出され、本部と話し合い意向に添えるよう検討している。 | |
| 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 | 年1回の昇給と年2回の賞与制度を実施。人事考課制度制定により、自己目標に対する成果を賞与へ反映。職員の他事業所への異動も行い、レベルアップを促している。 | | |
| 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 | 職員の希望する研修(外部含む)への参加を積極的に行っている。また、グループ会社全体の研修会や資格取得のための勤務調整も行い支援している。 | | |
| 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 | 外部研修の参加により同業者との交流を図り、情報収集を行える。GH協議会などへ参加し他事業所との情報交換を行い、質の高いサービス提供ができるよう努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用前に自宅などで実態調査を実施し、生活状態を確認し、本人の希望されている事の不安を理解し安心してサービスを利用していただけるよう関係づくりに努めている。 | | |
| 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 | 利用申し込みに来られた段階でご家族には利用申し込みに至った経緯などを伺い、事業所のサービスを事業所見学しながら説明させていただいている。 | | |
| 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 | 相談時、本人や家族の思いをしっかり受け止め、実態調査を行い、支援方法を職員会議で話し合っている。 | | |
| 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 | 職員の年齢層の幅が広く、利用者からは子供や孫のような関係がある。時には教職員だった利用者が若い職員に教える姿があったり、日常生活の中では女性だけなので台所の仕事を進んで手伝っていただいている。 | | |
| 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 | 利用者の事業所での様子を家族に伝えることで、家族の重荷にならないような関係を築いている。距離を置くご家族にも、定期的なお便りと電話連絡を行い、事業所での様子を一言添えている。 | | |
| 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 | 地域で暮らす知人の面会があり、自宅と同じように過ごしていただいている。馴染みの理・美容室へも個別に出かけている。利用者様の兄弟や家族には自宅のように面会に来て頂いている。 | 家族の元へ出かけたり、友人を訪ねたり、墓参りに出かけるなどなじみの関係が継続できるよう支援している。知人が勤めている近くの道の駅に行くなど、これまでの関係が途切れないようにしている。 | |
| 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 | 利用者同士の関係性について職員が把握し共有している。それぞれの相性なども考慮し食事の席などを配慮している。自由にセッティングできるソファを2か所に分け場面づくりをし、ゆっくりくつろげるよう配慮している。毎日のお茶の時間は職員も一緒に雑談に混じったり、状況に応じ職員が仲介役となっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 退所された利用者のご家族が訪問してくださったり、近況報告をしてくださる事もある。また、他の事業所へ移られた方のところに利用者と一緒に面会に行くこともある。地域的に密接なところがあるので、退所されても引き続きお付き合いを大切にしている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | 職員は日々の関わりやセンター方式(C・D)を利用し、本人の思いや希望を聞きだしたり、意思疎通の困難な方には言葉や表情から推し量り、ご家族の情報も得、自分らしさを尊重し本人の思いに添えるよう努めている。 | 方言で話しかけ、思いの意向を伝えてもらえるよう努めている。利用者のことばからヒントをもらい、思い当たることを把握し、職員間で共有しケアに活かしている。 | |
| 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 | センター方式(A・B)利用し、家族に協力をお願いし、生活歴の把握に努めている。面会に来られた知人や友人から話を伺うこともあり、職員間で共有している。行きつけの理・美容室に行った際、趣味などを聞くこともある。 | | |
| 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 | 毎日のバイタルチェック表により、一人ひとりの生活リズムを把握している。様式の改善に努め、朝・夕の申し送りで情報を伝え、援助につなげている。生活の中でどんな些細なことでもできる事・分かる事を発見するよう努めている。利用者の担当を決め、センター方式を活用している。 | | |
| 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 | 日々の関わりの中で利用者や家族の思いや意見をお聞きしたり、毎月のモニタリングやケア会議で職員の気づきも出し合い、本人の思いに添った介護計画の作成に生かしている。また、介護計画の期間終了前に見直しを図り現状に即したケアにつなげている。 | 本人・家族・担当職員が話し合い、その人にあった個別の介護計画を作成している。状態変化が続いている利用者の家族には、日常的に連絡を取り、変化に応じた柔軟な見直しをしている。 | |
| 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 | 日々のケース記録に本人の言葉や行動の様子を記入し、状態や思いの変化を共有できるようにしている。また、個別にバイタル表を作成し、身体状況の確認をしている。日々の記録を根拠にしながら、介護計画の見直し、評価につなげている。 | | |
| 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 | 本人や家族の状況に応じて希望される町外の医院の受診その送迎など必要な支援を柔軟に対応し一人ひとりの要望に応え、満足度を高めるよう取り組んでいる。 | | |

| 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 | 一人ひとりがこの地で生活されてきた方で、さまざまつながりを持っている事を職員が理解し、地域協力隊、理・美容院、診療所、役場、福祉施設等の協力を得ている。 | | |
| 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 | 利用開始時、本人・ご家族希望のかかりつけ医の話をし、事業所対応であれば、町内の診療所受診ということで同意を得ている。町内の診療所で家庭的な診察を受けることで、安心を得られることもある。また、診療所の看護師も利用者の知人である事も医師より適切な指示を受けられる要素である。 | 家族の要望があり、職員が生活記録を持って同行し、安心して受診できるようにしている。専門医については家族が行けないときは、職員が代行することもある。 | |
| 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 | 定期的に同一法人の看護師が来所。利用者様の日常の状態を確認し、アドバイスを頂き受診時役立てている。看護師不在の時でも連絡可能であり、疑問などに答えて頂き、利用者様の健康管理や医療支援につなげている。 | | |
| 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。 | 家族との連携を密にし、家族に医療機関との情報提供に関する同意を得、直接医療機関との情報交換や相談をし、本人の負担軽減に努めている。また、面会をし本人とのつながりを大事にしたり、事業所内での対応可能な段階で早期退院できるように努めている。 | | |
| 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 | ご利用開始時に緊急時や終末期について話し合い。事業所の限界も説明し同意を得ている。今までに終末期の方の支援を診療所・ご家族の協力の元に行った経緯はある。終末期の看取りに関する対応指針を作成し、看取りは実施しないことを利用開始時家族には了解を得ている。状態の変化はあるごとに本人の思いや家族の気持ちに注意を払い、支援につなげている。 | 同一法人の看護師が定期的に訪問した時に、重度化や終末期について話してもらい、職員の知識を深めるようにしている。緊急時は、家族の意向を優先し、適切な対応をするようにしている。 | |
| 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 | 事業所にAEDを設置しており、消防署より応急手当推進事業所として認定を受けている。また、消防に出向き、救命救急講習会を全職員が受けている。 | | |
| 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 | 避難訓練を毎月実施し、紙芝居を作成し利用者様に理解を得られるよう努めている。地域協力隊は火災通報装置に連動している連絡網で駆け付けていただいている。火災通報装置連動スイッチが設置済み。食料・飲料水、防災グッズなどを備えている。 | 消防署の協力を経て、避難訓練を行っている。訓練後、夜間を想定し職員ひとりで行えることを確認する訓練をしたらどうかとアドバイスを受け、検討している。 | |

| 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 |
| 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 | 地域の方々との交流を継続しながら、利用者様の個人情報には十分注意している。生活歴や家族・知人の話などから一人ひとりのプライドを傷つけないよう声掛け・対応している。難聴の利用者でホワイトボードを使用することでスムーズな会話が行えている・ケア会議などで利用者に対しての対応は常に検討している。 | 一人ひとりの状況に合わせて話しかけ、馴れ馴れしくならないよう、誇りを損ねない対応をしている。地域の入居者が多く利用者同士でプライバシーを損ねるような場合は、職員が間に入り対応している。 | |
| 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 | 意思表示が困難な方もおられ、しぐさや表情で本人の思いをくみ取り、簡単な選択肢で決定できるように働きかけている。個別に場所を変え、本人の思いを素直に表出できる場の提供している。 | | |
| 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 | 食事や水分補給時の時間はあがるが、利用者のその日の状態に合わせて、その方のご希望をお聞きしたり、他の方の思いをくみ取り、入浴や散歩、ドライブなどの一人ひとりの思いに配慮し、柔軟に対応している。 | | |
| 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 | 行きつけの理・美容室や化粧品等の買い物も本人の希望に添った援助を務めている。金銭面で衣類を自由に購入できない方には、晴れの日(お盆・正月)用に買い求めてたり、ご家族と本人の希望を共有し対処している。季節ごとの衣替えや朝の着替えなど自己決定が困難な方には職員と一緒に買い、本人の希望に添えるよう支援している。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 利用者の希望や旬のメニューを取り入れそれぞれの嗜好を理解しており、肉を食べれない方へは魚に変更するなど、代替品にも柔軟に対応している。また食事準備や片づけも利用者と一緒に、職員も一緒にテーブルに付き、同じものを頂いている。 | 近くの方や職員から季節の食材をもらい、食事作りをしている。柳津の虚空像尊のお参りのときは蕎麦屋で食べたい物を選んでもらったり、回転寿司に出かけるなど、食事を楽しんでいる。 | |
| 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 | 利用者様一人ひとりのバイタル表の職員共有により摂取量・栄養のバランスや水分量をだまかに把握している。年2回の同法人の栄養士に指導を受けている。体重増加の利用者もあり、マンナンひかりを利用し、量は同じでもカロリーは抑える工夫をしている。また、食欲のない方へは病院より栄養剤を処方していただいたり、個別に市販の栄養機能食品などを活用した。ご家族より好物の差し入れを頂くこともあった。 | | |
| 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に、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 | 高齢者の口腔ケアの重要性を職員が理解しており、毎食後声掛けにより実施している。自分で行える方が多いので時々口腔内の状態を伺いながら清潔保持に努めている。医師の指導で舌苔のケアも取り入れている。 | | |

| 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 | 一人ひとりのサインを理解し、さりげないトイレ誘導を心掛けている。また、時間や本人の習慣を把握し尿意の少ない方にも時間を見計らいトイレ誘導している。中にはリハビリパンツを使用することで夜間の安眠につながっていたり、夜間ポータブルトイレを使用することで、失禁がなくなり、日中常も布パンツになられた方もいる。 | 自分でできることは自分でしてもらい、見守りながら自立に向けた支援をしている。失敗したときには、周りに気づかれないようにさりげなく声かけし、不安を軽減できるよう配慮している。 | | |
| 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 | 朝のリハビリ体操を継続し、食物繊維の多い食事を提供し、自然排便を促している。中には病院より整腸剤や下剤を処方されている方もいる。医師に相談しその時の体調により、下剤の乗数の変更は可能にしている。食事量や水分量のチェックも行っている。 | | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | ご本人の希望に合わせて入浴時間をお聞きし、個別に入浴している。体調により入浴ができない方には、手浴・足浴・清拭などを支援している。自分できるところは見守り、困難な方には介助により入浴していただいている。女性の利用者だけのため、中には男性の介助を拒まれる方もおられる為、同性の職員の介助を行う。 | ゆず湯や入浴剤を使用し、季節感や香りを楽しんで入浴できるようにしている。近くの温泉施設に出かけ、いつもと違う風呂に入り、気分転換してもらっている。 | | |
| 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 | 生活のリズムを整えるため、日中の活動量を多くし、夜間の安眠につなげている。職員の起こす行動から不穏につながらないように注意している。就寝・起床時間は大まかであり、それぞれのペースを重視している。休息も自由にできるよう雰囲気づくりに努めている。 | | | |
| 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 | 薬は管理庫に保管している。職員は毎回処方された内服薬の薬指し書を確認し、内服時は安心して服薬できるよう声掛けし、月1回・週1回の起床時薬もあり、飲み残し・飲み忘れの無いよう、目の届くところに記入したり、担当者に遅番・早番が確認をしている。薬袋の回収も行い、チェックしている。利用者の体調の変化がみられる場合には詳細な記録を取り、家族や医療機関に情報提供している。 | | | |
| 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 | 一人ひとりの生活歴を把握し、利用者は 全員女性である事から、生活に密着した役割を持って頂けるよう、毎食時の盛り付け・下膳後の食器拭き、朝の掃除等をそれぞれのADLに合わせ行っている。また趣味の編み物や日記を付けるなどの一人ひとりの行えることを理解している。 | | | |
| 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 | 個別・複数での散歩・ドライブ外出、個別に自宅訪問や家族との外食・買い物の支援を行っている。体調を把握し天候をしっかりと確認し、気分よく出かけられるよう配慮している。 | 近くの道の駅に買物やコーヒーを飲みに出かけたりしている。事業所内の畑仕事や周辺の散歩など、外に出る機会を多くしている。近隣の福祉施設や温泉施設などがありいつでも外出支援ができるようになっている。 | | |

| 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 |
| 50 | | ○お金の所持や使うことへの支援 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 | 小遣いを所持されている方もおられるが、管理は難しいので家族同意の上、希望時お渡しして買い物などの時は自分でお支払できるよう援助している。 | | |
| 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 | 遠方にいる家族もおられる為、電話を希望されたときは対応している。中には仕事をお持ちの家族もおられる為、家族の負担にならないよう支援している。また、電話の子機を使い人目を気にせず自室で話せるよう配慮している。手紙のやり取りもされている方もおり、今後も継続できるよう支援する。 | | |
| 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 | 共用であるリビングフロアからは四季の移り変わりを鑑賞でき、園内の壁などには季節ごとの折り紙で作成したものを貼ったり、その時々写真も貼っている。空調も利用者様の状態を把握し、こまめに調節している。 | 一人ひとりが好みの場所で、その人のペースで居心地よく過ごしている。手洗い、うがい、湿度の調整や換気を行い、感染症対策をしている。できる方にはモップで掃除をしてもらっている。 | |
| 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 | ソファを2か所に配置し区画をしながら自由に座っていただけるようにしている。テーブル席も3か所あり、自由に移動し、会話できるようにしている。時には一人の時間として自室でくつろがれるよう支援している。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切に本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。 | 自宅から持ち込んだテーブルや椅子でくつろいだり、自分の手芸作品や写真を貼ったり、テレビやラジカセットを持ち込み居心地良く過ごされている。個々の居室の様子は本人の希望をできるだけ叶えられるよう家族と相談しながら実施している。 | 居室がわかるように利用者の目線に合わせて、名前を貼っている。手紙を書きたい方には机を持ってきてもらい、その人らしく暮らせるようにしている。利用者職員と一緒に衣替えを行い、整理整頓している。 | |
| 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 | 事業所内部はソファやテーブルは固定せず、ご利用者のADLに合わせて移動させ、一人ひとりのできる事・分かる事を低下させないよう配慮している。居室内に夜間ポータブルトイレを置き、利用されている利用者もおられる。車椅子を自走されたり、居室間違いをされる方には本人への声かけや、他利用者様の理解を得られるような声掛けをしている。 | | |