

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 | 0475101598 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 青葉福祉会 | | |
| 事業所名 | 青葉の風 | | |
| 所在地 | 仙台市青葉区荒巻字三居沢1-16 | | |
| 自己評価作成日 | 平成 26年 9月 30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)】

私たちの理念として職員全員がお年寄りの尊厳と習慣をお守りすることを大切にしています。また三つの文化をお守りしています。「礼儀正しい文化」「物を大切にする文化」「忍耐強い文化」

※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.kai gokensaku.jp/ |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|

【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26 年10 月15 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)】

開設10年目の当ホームは、三居沢の奥まった静かな環境の中にある。隣接する同法人のデイサービスや特別養護老人ホームと連携しながら事業所運営を行っている。全職員は事業計画作成時にホームでの各種行事や日常生活支援の内容について気づきや改善点などを意見として提出している。それらは事業計画書に盛り込まれ、冊子となって、日常の支援や行事に活かされている。ホームでは、馴染みの職員が継続して支援できるように職員異動は最小限に止めており、3年以上の勤務者は9人のうち8人で、最も長い人は10年である。このことは入居者の安心感につながっている。

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:青葉の風)

| 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 | 地域住民との交流も含め、事業所独自の理念を掲げ、職員全員が理解し実践の場で活かされている。会議の場でも理念を念頭「柱」とし話し合いをしている。運営方針に沿って実践している。年間目標を掲げている。 | 全体会議や主任リーダー会議の折に話し合い、継続している。主たる理念の他に年間目標を決めている。入居者が習慣としていた墓参や季節の行事食の提供をすることなどで理念の実践に努めている。 | |
| 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 | 近隣は他事業所が主であるが、納涼大会、餅つきへの参加や日常的な交流を行っている。(茶話会、絵の交換)地域でのお祭りにも参加。保育園児との交流もある。町内会防災訓練にもお誘いを受けている。 | 立地上、近くに民家はないため隣接の介護施設とのつきあいが主なものである。保育園の食事会に招かれ、ステージ発表を見たり、園児の質問に答えたりして交流している。町内会の防災訓練では炊き出しに協力した。 | |
| 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 | 家族会、運営推進会議を開催し取り組んでいる。平成26年度からは同法人の運営推進会議にも参加し、地域交流を図っている。 | | |
| 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 | 家族代表、主治医、地域包括支援センター、町内会長、民生委員の方に参加して頂いている。事業所からの報告、参加者からの意見を多く頂けるようにしている。少しずつではあるが、地域との交流も増えてきている。 | 昨年課題となった項目である。隔月に年6回開催され、参加者から「ホームの事が良く分かった」との意見が聞かれた。屋上庭園の手入れや、折紙やハーモニカを教えるボランティアの紹介などがあり、反映された。 | |
| 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 | 実地指導、集団指導の場で、事業所の実情や取り組みを報告している。随時不明な点があれば相談している。 | 市の担当部署に、法令や省令の解釈や生活保護制度に関する相談等が主である。電話でのやりとりが多い。 | |
| 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 | 定期的研修を行っている。理念の尊厳をお守りする観点から身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 年2回研修をしている。講師は所長、管理者が務めている。職員は拘束する事の弊害について、あらゆることの意欲の低下に繋がる事から、本人が辛いだけでなく職員の負担がかえって増すことなどを理解している。玄関の施錠はしていない。 | |
| 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 | 定期的研修を行っている。理念の尊厳をお守りすることを常に会議の場で話し合いをしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 権利擁護においても定期的に研修を実施している。 | | |
| 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 | 十分な説明を行い理解、納得が得られるよう努めている。気軽に相談できる雰囲気を中心けている。 | | |
| 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 | 定期的に家族会を開催している。意見箱も設置。毎年家族アンケートを実施し、意見を反映している。 | 家族アンケートで着替えを頻繁にして、いろいろ着せて欲しいとの家族の要望があり、支援に反映させた。食の細い入居者の家族に電話で相談をしたり、隔月の「文の日」に手紙を出し様子を伝えている。 | |
| 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 | 事業計画作成時に職員全員から意見をもらい反映させている。 | 事業計画を策定するに当たり、全職員から意見を聞いている。入浴支援の工夫、生活リハビリについて、不要な行事についてなどに気付きや意見が寄せられ、本年度の事業計画に反映されている。 | |
| 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 | 人事考課により取り組み、反映させている。 | | |
| 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 | 内部、外部研修を通し学ぶ機会を設けている。併設施設の専門職員からの教育も受けている。 | | |
| 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 | 仙台市内のGH協議会の研修、交流(交換研修)や仙台市内開催の研修、法人内研修に参加し、サービス向上に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 信頼関係を築くことから行っている。1対1のコミュニケーションの場を意識して作り(寄り添いケア)要望に耳を傾け、意向を汲み取れるよう努めている。話しやすい環境作り心がけている。職員間の情報を共有している。 | | |
| 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 | 面会の際や電話等によって話を聞く機会を設けている。職員全員が親身になり接することで相談しやすい環境作り、信頼関係作りにも努めている。各担当ケースを中心に実施。 | | |
| 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 | 上司、管理者と相談しながら、柔軟な対応をしている。 | | |
| 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 | ケアされるケアを念頭に、職員は利用者様が本人らしく生活できる距離感を大切にしながら支援している。また家事や文化などを話の中から教えて頂き、共に楽しみながらも支え合える関係となるよう努めている。 | | |
| 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 | 近況状況、行事のお誘い等により面会や行事に来て頂けるよう働きかけ、実際の状況をお伝えできるよう努めている。状況が変化した際には一緒に支えていける関係を築いている。 | | |
| 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 | 情報を元に出来る限り今までの環境が保たれるよう努力している。ケース担当が家族等と相談し外出や交流を支援している。また電話や手紙のやり取りを支援している。 | 誕生日に家族と一緒に食事に出掛けたり、本人が眠っている時に訪れた家族は起きている時間帯に再度来てもらい、話をすることが出来た事例もある。しかし、面会に訪れる家族は週に1人位で少ない。 | |
| 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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 個々の個性や能力を踏まえ、円滑な人間関係が保たれるように支援している。職員が仲介に入る事で利用者様同士が関係性を保たれるよう支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 契約終了後も気兼ねなく相談をして頂けるよう声をかけている。退所後も手紙を頂いたり、立ち寄って頂ける家族もいる。 | | |
| 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 | 個別や日常会話から意向を把握し、細かな記録や生活歴等を家族からも参考に聞きながら本人本位となるよう努めている。本人の意向や思いをケアプランにも反映している。 | 入浴時や居室で1対1になる時に、「ひとりで食べたい」や「優しくして」などの言葉を聞き取っている。それらの言葉はケース記録に書き、共有して介護計画に反映させている。 | |
| 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 | センター方式を活用し情報収集を行い把握している。(本人、家族)日常生活の会話の中から意向を汲み取れるようにしている。 | | |
| 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 | 状況が把握されやすい記録の工夫に努めている。職員全員が現状を把握し対応の統一が出来るよう話し合いを行っている。 | | |
| 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 | 本人、家族の意向を確認しながら状態に応じ作成している。都度状況が変化した場合も家族と相談の上作成している。毎月の評価、定期的な見直しアセスメントを実施。 | 本人の「自分のペースで食べたい」、「トイレでの排泄」や家族の「出来る事はさせて」など本人、家族の希望・要望を個別の介護計画に反映させている。毎月のモニタリングや見直しは全体会議の場で話し合われる。 | |
| 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 | 介護計画見直しに繋がるよう、個別記録の様式を工夫するなど情報を共有、意識しながらサービス提供できるようにしている。個別記録には会話内容、表情や様子がわかる記録となるよう努めている。 | | |
| 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、家族の要望を出来る限り実施している柔軟な支援が出来るよう心かげている。 | | |

| 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 | 地域福祉施設等と協同しながら支援している。また定期的に余暇活動としてボランティアの方に来て頂いている。(フラワーセラピー、アニマルセラピー、折紙、保育園児慰問) | | |
| 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 | 係りつけ医による月1回の往診や受診、緊急時等相談したいことがあれば、随時連絡が取れる体制が整っている。希望する受診(病院)も対応している。 | 入居者全員がかかりつけ医を受診している。専門医受診には職員が付き添い、結果については「通院報告書」に記載している。契約の訪問看護師は週1回訪れ、バイタルチェック、相談などに対応している。 | |
| 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 | バックアップ施設であるアルテイル青葉、契約している訪問看護にて健康状態の相談、看護を受けている。24時間オンコール体制をとっている。 | | |
| 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。 | 入院の状況になった場合には、家族と共に職員が付き添い、医師の説明時に立会いサポートするようにしている。病院関係者にも利用者様の普段の生活状況を説明し、家族の希望に沿いながら、早期退院できるように努めている。利用者様、家族の不安がないよう施設への受け入れを整えている。 | | |
| 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、事業所の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 | 重度化指針、終末期の対応方針を定め、意向確認している。看取りにおいては本人、家族の思いに沿ったケアを心がけている。かかりつけ医と連携を取りながら、今後の変化に備え、検討している。 | 事業所として看取りをする方針であり、経験もある。家族とは段階的に話し合いをし、意思の確認をしている。家族は親しんできたところでの最期を望んでおり希望があれば併設の特養で医療行為を少し取り入れながらの看取りにも対応している。 | |
| 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 | マニュアルに沿いながらも主治医、アルテイル青葉、訪問看護と相談しながら、対処法について相談をしている。 | | |
| 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 | マニュアルに沿って併設施設と合同避難訓練を年2回実施している。スプリンクラー、自動通報装置、火災報知器等の設置し定期点検も行っている。非常用食料、備品等も準備している。 | 消防署の助言で居室は防災カーテンに替えた。職員は「和室に積んである毛布が役立つ」「天候や出火場所により避難経路は変わること周知する」と、意見や感想を述べている。 | |

| 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 | 尊厳と習慣をお守りする理念の観点からプライバシーにも配慮したケアを実践。本人を尊重した呼び方、恥ずかしい思いをさせない声かけ対応をしている。 | 皆のいるところで入居者についての話をしない、失敗した時の支援は食卓から見えないようにする、など特に気を付けている。自己決定については促すのではなく、待つ姿勢で臨んでいる。 | |
| 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 | その時に訴える言葉ともう一方で本当に言わんとしている意思を汲み取りながら、その方に伝わる方法で話をしている。また本人のペースを守り、納得されるタイミングを確認している。自己決定 | | |
| 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 | 業務中心ではなく、利用者様に合わせたケアを実践(寄り添いケア)状況を把握した上で、希望に沿った支援が出来るようにしている。 | | |
| 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 | 普段から身嗜みを整えるよう配慮している。行事、外出時にはお洒落をして頂いている。洋服なども一緒に買物をしている。いつでも化粧品を揃えている。家族にも相談し洋服などを持ち込んで頂いている。 | | |
| 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 | 食事の時間を団欒の時間として大切にしている。職員も一緒に楽しく食事をとる事で和やかな、さりげないサポートをしている。買物から調理、片づけまで利用者様の能力に応じて一緒に行っている。買物の際は旬の食材、新鮮なものを一緒に選び、取り入れチェック表を用いて食事、水分量を把握している。食事形態の工夫や代替食の提供を行っている。(好みの物)食事の楽しみを損なわないよう配慮している。食事においては介助するのではなく介添えを行うようにしている | 食卓で食事を待つ間も話や笑い声が聞こえ、和やかである。台所で手伝う姿も見られた。座位で傾く方にはクッションで姿勢を保ち、食事しやすいように配慮している。調理師資格を持つ職員がおり、バランス等の栄養管理は出来ている。 | |
| 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 | | | |
| 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 | 毎食後に口腔ケアを実施、必要に応じその都度実施している。(身嗜みの観点)自立の方も可能な限り口腔チェックを行っている。協力歯科医院とも連携を図っている。 | | |

| 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 |
| 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 | チェック表を用いて排泄パターンを把握している。サインを見逃さず支援している。オムツの弊害も考え、オムツの使用を減らすように努力している。可能な限りトイレでの排泄が出来るよう支援している。 | 皮膚疾患で悩んでいる方のオムツを外して治癒した事例があり、事業所ではサインを見逃さずトイレ誘導に取り組んでいる。夜間はパッド交換、声掛けでのトイレ誘導、一人で起きる方は見守りで対応している。 | |
| 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 | なるべく薬に頼らないよう、食事の工夫、水分を促している。マッサージや腹部の保温に努めている。主治医との連携も図っている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 個々の習慣やタイミングを大切にしながら行っている。入浴を拒む方には声かけ、対応の工夫を職員連携しながら対応している。季節感も取り入れている(菖蒲湯、ゆず湯) | 希望があれば毎日入浴可能である。職員と1対1になる機会であり、思いを聞く場ともなる。拒む方はその人に会ったタイミングでの声掛け、介助職員の人選などで対応している。職員の提案で入浴剤を使うこともある。 | |
| 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 | 個々の習慣に応じ、日中には適度な活動、安眠に繋がるよう働きかけを行っている。疲れやすい方には一定の休息がとれるようにしている。眠れない方には寄り添い対応している。 | | |
| 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 | 周知事項として職員がいつでも閲覧、確認できるようケース記録に種類、用法を記録しており、支援と確認作業に努めている。症状変化に応じ主治医との連携、家族へも報告している。 | | |
| 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 | 個々に合わせたケアを実践している。生活の場として職員が一緒になり家事作業等、会話等交えながら支援している。嗜好品としても団欒時コーヒーなどを挽くなど楽しみごとをお手伝いしている。 | | |
| 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 | 家族の協力を頂きながら、出来る限り実施している。生まれ故郷の外出、馴染みの場所への外出、墓参り、家族の展示会への外出など個別ケアの実践。取り組みを家族へも理解してもらい支援している。普段は週2回は利用者様と一緒に買物へ外出を行っている。三居沢周辺の散歩、屋上の菜園、テラスにて外気浴も行っている。 | 日常的な外出としては買い物や周辺への散歩である。花見、七夕、芋煮等季節に応じて外出や行事を年間計画に盛り込み実行している。家族との個別の外出の支援をしている。 | |

| 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 |
| 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 | 主に買物の機会を通じて支援している。希望に応じて、いつでも使用できるようにしている。家族にも定期的に預り金報告書を提出し、確認して頂いている。 | | |
| 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 | 定期的に行っている。2か月に1回、文の日として写真を同封した手紙を送っている。年賀状も送っている。電話での支援も行っている。遠方に住む家族には特に生活状況がわかるようお伝え出来るようにしている。 | | |
| 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 | 季節に応じ装飾を行っている。温度、湿度計を設置して随時対応している。換気も定期的に行っている。居間には和室など馴染みの物が配慮してある。 | 南側に大きくベランダが張出し、明るく広々とした居間兼食堂である。ベランダの柵には布団や洗濯物が干され、家庭の雰囲気が漂っている。居間の大テーブルを囲んで食事したり、団欒をしており、パンフレットに謳う「みんなと一緒に暮らす家」となっている。 | |
| 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 | 居間には和室、ソファなどもあり、好きな場所で過ごして頂いている。食席を合わせ皆と一緒に食事を囲む空間を大切にしている。 | | |
| 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 | 使い慣れた馴染みある家具の持ち込みを積極的に行っている。仏壇なども持ち込んで頂き、手を合わせる機会を支援している。ご家族の写真や昔の写真を飾り、居心地よく過ごせる工夫をしている。 | 洗面台やエアコンが備え付けである。タンスや物入れなど使い慣れた家具類を持ち込み、壁には思い出の写真や手作りの作品などをきれいに飾って、その人らしく安心して暮らせるように設えられている。 | |
| 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 | 車椅子の方でも使用できるスペースの広いトイレやシンク、洗面台、アイランドキッチンを設置している。建物内には使いやすさを考えた手すりや腰掛を設置。個々の出来る事を把握し、意欲を持って取り組んで頂けるよう対応、働きかけに努めている。 | | |