

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 | 4090700040 | | |
| 法人名 | 北九州ヘルスケアサービス株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホーム黒崎 | ユニット名 | らくらく・ほのぼの |
| 所在地 | 福岡県北九州市八幡西区東王子7番8号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年6月12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。

| | |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|---------------------------|---------|------------|
| 評価機関名 | 株式会社 アーバン・マトリックス 福祉評価センター | | |
| 所在地 | 福岡県北九州市戸畑区境川一丁目7番6号 | | |
| 訪問調査日 | 平成27年6月29日 | 評価結果確定日 | 平成27年11月6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)】

当事業所は、閑静な住宅街の中に位置し、近隣には警察署・郵便局・ショッピングモールなどの公共機関及び商業施設や緑豊かな遊歩道もあり、恵まれた環境である。事業所の1F部分は、居宅介護支援事業所や訪問介護、デイサービス、訪問看護ステーションが併設されており、近隣の小学校・市民センターとの交流や山笠祭りなど地域との交流も盛んである。法人全体で教育体制を整えているため、研修や人材育成については充実している。年2回の家族会を開催している。多くの出席者を得る事が出来、御家族間の交流も図れている。今後も家族との交流を図ると共に、地域住民との交流も力を入れていきたい。

【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)】

黒崎駅にも近く利便性もよい立地ながら、緑道にも面しており、閑静な住宅街に位置している。事業所理念に基づく、ユニット名『ほのぼの』『らくらく』の名の通り、利用者もゆったりと過ごせる雰囲気である。デイサービスと訪問看護、居宅介護支援事業所が併設されており、特に訪問看護は医療連携体制の支援もあり、協力医の往診と合わせて、医療的にも安心も充実している。また、町内会の会合に会議室を開放したり、運営推進会議での地域からのメンバーも多く名を連ねるなど、地域との関わりも深い。平素より、周辺の緑道沿いを散歩したり、近隣の商業施設等に出かけるなど外出する機会も多く提供されている。

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 |
|----|--|----|---|
| 58 | 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:25,26,27) | 65 | 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:9,10,21) |
| 59 | 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:20,40) | 66 | 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:2,22) |
| 60 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40) | 67 | 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) |
| 61 | 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:38,39) | 68 | 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) |
| 62 | 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:51) | 69 | 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 |
| 63 | 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:32,33) | 70 | 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 |
| 64 | 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:30) | | |

| 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 | 従来の経営理念に基づき、ホーム独自の理念を作成し、事業所内に掲示。また、入職時研修や所内ミーティング・会議にて情報共有し実践に繋げている。理念の中にユニット名を入れ、理念の具現化に努めている。 | 企業理念は玄関入口に掲載されている。事業所理念はやわらかいイメージでわかり易く、その中にある『ほのぼの』『らくらく』という言葉がユニット名に採用されている。事業所理念は、随時、ミーティング等でスタッフにも徹底されている。 | |
| 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 | 町内会に入会し、ふれあい昼食会や敬老会などに参加している。また、町内会会合の際の会議室の提供等、開かれたホームを目指している。 | 隣接する、マンションの町内会へ事業所の会議室を開放する等地域とは友好的関係が築けている。地域の祇園やふれあい昼食会にも継続的に参加もしている。 | |
| 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 | 家族会や運営推進会議を通して、地域貢献できるよう取り組んでいる。 | | |
| 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 | 二ヶ月に一回(偶数月・第二土曜日)の運営推進会議において活動・行事・苦情相談等を報告するとともに地域・家族からの意見をホーム内会議でフィードバックしている。 | 2カ月毎の定期開催がなされている。地域から4名もメンバーとして含まれており、ケア報告はもちろん、地域からの要望も十分に反映している。過去に地域の要望でAEDを購入した実績がある。 | |
| 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 | 管轄の包括支援センターの職員が運営推進会議の構成委員となり、日ごろから連携を図っている。困難事例等について相談、解決にむけて取り組んでいる。今回で2度目となるがH26年10月より、市の介護相談員を導入している。 | 対応に苦慮する入居者の対応について抱え込まず、地域包括へも相談するなどあらゆるケアを想定して実践につなげている。月に2回社会福祉協議会の介護相談員を受け入れ、入居者のコミュニケーションにも活かしている。 | |
| 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 | 身体拘束禁止については入職時研修及び事業所内研修(年1回)に参加し、理解を深めている。現在、身体抑制「ゼロ」の方針で取り組んでいる。やむをえず身体拘束をする場合は、マニュアルに添って対応する。過去1年間実績なし。 | 入職時及び年1回の研修においてスタッフ同士、知識と理解を深めている。マニュアルに沿い、身体抑制『ゼロ』の方針で取り組みこの1年間は実績がない。家族には説明と同意を得た上でセンサーマット等で抑制せず、事故を未然に防ぐ取組がなされている。 | |
| 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 | 虐待防止関連法については、職員採用時研修及び事業所内研修で理解を深め、事業所内、自宅においても早期発見・防止に努めるよう地域包括支援センターとも連携を密にしている。 | | |

| 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 | (6) | ○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 | 現在、権利擁護事業を利用されている方が3名。いつでも説明できるよう社内研修を定期的に行い、学ぶ機会を設けている。また、権利擁護等制度に関するパンフレットを用意し家族や地域の方が閲覧できるようにしている。 | 本人や家族に対しては家族会(年2回)等の機会等で、制度に関する情報提供や説明がなされている。職員においても研修において理解を深めようとしている。 | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 契約及び解約についての基準を設け、入居時に利用者・ご家族に十分に説明・同意・捺印を得ている。また、重要事項の変更時は、家族会を開催し説明・同意・捺印を得ている。 | | |
| 10 | (7) | ○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 | 運営推進会議や家族会にて利用者や家族が参加し、外部者へ向けて、意見を表せる場を設けている。また、介護サービス相談員も月一回訪問している。意見・要望があった場合には、ミーティングなどで話し合い運営に反映させている。また、意見箱の設置や利用者アンケートを実施している。(実績・AED設置) | 家族会の実施にも熱心で交流会を兼ねた食事会との同時開催する等の工夫で参加率も高い。平素の面会時にも直接意向を受け付けることもあり、かなり意向を反映できる体制にあると言える。意見箱も事務所入り口に設置されている。 | |
| 11 | (8) | ○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 | 月1回の管理者会議報告会に続き、スタッフミーティングにて、意見を聞く場を設け、反映させている。また、年1回キャリアアップに対する意向確認を行っている。 | 随時、管理者がスタッフに声かけしながら把握に努めている。また月1回のスタッフ会議においても把握に努めている。 | |
| 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 | 年に一回人事考課・年二回賞与考課・必要に応じて面談を行うとともに、衛生管理委員会を設置し、働きやすい職場環境の整備に努めている。 | | |
| 13 | (9) | ○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している | 20代から60代の男女問わず、個々の能力や特技を活かし役割分担・チームワークに取り組んでいる。また、資格取得に向けての支援も組織的に行っている。今年は、介護福祉士の資格取得支援予定である。 | 19歳から幅広く年齢層を受け入れる中、男性スタッフもいるなど誰もが働きやすい職場が目指されている。資格取得のための休みの調整やスタッフの休憩室の確保もなされている。 | |
| 14 | (10) | ○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる | 人権や職業倫理について入職時及び事業所内研修を行い、利用者の人権尊重に努めている。 | 入職時及び年1回の研修において職員同士、知識と理解を深めている。パーソナルデータを十分配慮し、声かけにも活かされている。 | |

| 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 |
| 15 | | ○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 | 研修年間計画に基づき、社内研修(講義・実技)を月一回実施している。また、職員のキャリアに応じて社外研修に参加する機会を設けている。さらに、新人職員への指導も中堅職員が行い、キャリアアップに努めている。 | | |
| 16 | | ○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 | 管理者、職員が社外研修に参加し、同業者との意見情報交換へと繋げている。研修で得た情報を元に利用者へのアプローチへ繋げた事がある。 | | |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 17 | | ○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 | インテークには管理者・訪問看護師が伺い、本人との会話の中から不安感・要望に深く耳を傾けている。その思いを介護計画に反映させ、安心した生活を送ってもらえるように支援している。 | | |
| 18 | | ○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 | 申し込み時、入居時等、十分に面談を行い、家族が相談しやすい環境作りに配慮し、小さなことでも話していただけるような関係づくりに努めている。 | | |
| 19 | | ○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 | インテーク時、入居時、アセスメントを行い、課題や本人の心身に関するニーズを見極め支援している。 | | |
| 20 | | ○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 | 本人のできる事・できない事を見極め、ごみだし・食器洗い・拭き掃除・洗濯物たたみ等自分で出来ることは見守り・寄り添いながら共に実行し、生活の場であることを意識している。 | | |
| 21 | | ○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 | 介護計画作成時には意見を聞き、プランに反映させながら家族と共に本人を支える姿勢を持っている。また、月一回、ケア報告書にて日々の生活を報告している。今後、家族との外出や外泊など在宅復帰も視野に入れた取り組みも検討したい。 | | |
| 22 | (11) | ○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 | 知人等の面会時には再訪していただけるよう、環境作り・雰囲気作りに努めている。また、帰宅願望の強い方を自宅へお連れし、ご近所の方との交流や馴染みの場所への外出支援も行っている。 | 美容院やなじみの商店街に行く支援も必要に応じ対応している。日中落ち着かれない入居者に対し、自宅にお連れし安心できるようなケアも柔軟に行っている。また、地元の方や友人の面会にお茶やお菓子を提供するなど再来してもらえるような配慮もなされている。 | |

| 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 |
| 23 | | ○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 | 個々の性格・生活スタイルを把握し、個人の状態に合わせた支援を行いつつ、入居後の利用者間のなじみの関係づくりも大切にしている。 | | |
| 24 | | ○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 | サービス利用が終了しても本人やご家族に電話や手紙にて連絡を取り合っている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 25 | (12) | ○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 | 日常の会話や生活を通して本人の希望をアセスメントしている。本人からの聴取が困難な場合は生活背景やその人らしさなどを大切に本人本位に検討すると共にご家族からの情報を参考にしている。 | インタビュー、契約時又は定期の家族会の際に、家族を含めて意向を聞き出せるようにしている。スタッフ間においては連絡帳(申し送り)やカンファレンスにおいて共有されている。 | 初回のインタビュー時、基本情報に生活歴や意向は記載されているもその後においては経過記録や申し送りへの記載に留まっている。今後、アセスメントに記載されケアプランとして一層個別ケアにつながることを期待します。 |
| 26 | | ○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 | アセスメントにて本人・家族からこれまでの生活歴等の把握に努めている。 | | |
| 27 | | ○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 | これまでの生活歴を参考に現在の生活スタイルを把握しケアプランに反映させている | | |
| 28 | (13) | ○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 | 担当者や利用者・家族・医師・訪問看護師等関係者でカンファレンスを行い(3~6ヶ月に1回)、本人の意向を反映したケアプランを作成している | 極力、協力医往診時に合わせカンファレンスすることで他職種での検討がなされている。訪問看護連携は併設であるため、管理者が毎日日誌を確認している。スタッフ間は連絡帳にてケアの共有がなされている。 | |
| 29 | | ○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 | 日々の様子は経過記録に記入すると共に、カードックスを活用し、職員間で情報共有している。介護計画の見直し時には、経過記録やケア報告書(モニタリング)を参考にしている。 | | |

| 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 |
| 30 | | ○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・家族の意向・ニーズを基に栄養士による安全でバランスのよい食事の提供や作業療法士によるミュージックケアの実践など専門職種と協働し柔軟に対応している。今後も、デイサービス等併設事業所などと連携し機能を拡大したい。 | | |
| 31 | | ○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 | 利用者にかかわる地域資源を把握し、本人が築いてきた関係を継続できるよう支援している。 | | |
| 32 | (14) | ○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、医療について本人・家族の意向を確認し意向にそった支援をしている。各々の主治医とは定期的及び異常時訪問看護師とともに連携をとっている。事業所のかかりつけ医については、月2回の往診以外にも適宜連絡をとり適切な医療を受けられるよう支援している。 | 希望があれば、元々のかかりつけ医への受診が可能であるが、協力医の往診もできるようになっている。訪問看護連携もあり、平素のかかりつけとの連携はもちろん必要時や緊急時のしっかり対応できるようになっている。 | |
| 33 | | ○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 | 訪問看護師の訪問の際に介護職員は日々の気づきを報告し健康管理を行いつつ、適宜、訪問看護師の指示のもと対応している。さらにケアプラン作成においても、医学的な視点からの意見を参考に連携して立案している。 | | |
| 34 | | ○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。 | 受診・入院時は同行し、医療機関への情報交換を行っている。また、退院に関する準備(退院後のケアプランやベット調整など)においても連携室等と情報交換を行っている。さらに、定期的に近隣の医療機関への挨拶や相談を行い、関係づくりを行っている。 | | |
| 35 | (15) | ○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 | 入居時には重度化した場合における(看取り)対応指針・同意書(終末期に対する意向)を得ており、状態変化に応じて家族や職員など関係者全員で話し合い、支援している。 | 入居時にターミナルにおける事業所の指針も説明と同意を受けている。また、状況に応じかかりつけ医や訪問看護とも連携し対応できるように体制がある。研修も定期開催があり知識を深めると同時にスタッフの精神的ケアにも努められている。 | |
| 36 | | ○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 | 年1回社内研修にて救急救命士による急変時の対応について地域住民や家族も参加し実施した。また、AEDを取り入れ、事故発生時の対応や事例検討についても研修等を行い学んでいる。 | | |

| 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 |
| 37 | (16) | ○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 | 非常時避難できる方法及び連絡体制について把握し年2回避難訓練を実施している。避難場所は近隣の小学校と職員全員に周知している。夜間想定については計画中である。また非常時の持ちだし用として飲料水や非常食等を備蓄している。 | 地域的には、地震と火災のリスクが高いと想定され、地域住民の参加の上、年2回(夜間想定含む)の避難訓練が開催されている。備蓄は水分や非常食、高カロリー食等、3日間を想定し準備されている。 | ホーム自体が2階にあるため、特に夜間は誘導困難が予想されます。今後、協議中とのことでしたが地域との協定による、有事の際の具体的な役割分担等を明確にできると良いと思います。同時に法人内の応援も効果的に機能できるのかも検証できるよう期待します。 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 38 | (17) | ○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 | 年1回人権・尊厳及びプライバシー保護についての社内研修を実施している。日ごろより、利用者の尊厳を損ねない対応となるよう、管理者を中心に指導を行っている。また、入浴や排泄時のプライバシーについては特に配慮するようにしている。 | 入浴は個浴で行う、大声で排泄の有無を言わない、トイレや居室のドアを開け放したままの介助をしない、入室時はノックをする等の細かい配慮が日々徹底されている。研修も開催され、定期的にも知識向上がなされている。 | |
| 39 | | ○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 | インテーク時に本人や家族から意向や希望を聴取するとともに、日々の関わりの中の声かけにより可能な限り自己決定できる場面を作っている | | |
| 40 | | ○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し、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 | 本人の希望や意向に応じてサービスを提供するよう心がけている。例えば、入浴方法レクレーション等一人一人の生活習慣や希望に沿った支援をしている。 | | |
| 41 | | ○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 | 入浴、更衣時には洋服を本人が選べるよう支援している。男性利用者の髭剃り・眉整え・顔そりなど好みの身だしなみの支援をしている。希望に応じて理美容の利用も支援している。 | | |
| 42 | (18) | ○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 | 食事を生活の一部と考え、「食べる」楽しみだけではなく、本人の意向や能力に応じて食事の下ごしらえや味付け・盛り付け・後片付けを一緒に行うことで、「食事」全体を楽しんでいる。 | 馴染みあるお箸やお湯のみが持ち込めたり配膳や盛り付けを手伝ってくれる入居者もいたり、家庭的な雰囲気がある。また回転ずしの業者を招いたり、簡保の宿に向いたり大々的な食事会の開催や、入居者と共にお好み焼き等を作って食べたりと様々な食事を楽しめる企画がある。 | |
| 43 | | ○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 | 栄養士による献立により、バランスの良い食事を提供している。また、本人の状態に応じて、食事摂取や水分確保の支援を行っている。 | | |

| 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 |
| 44 | | ○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 | 食前に口腔体操を行い、誤嚥予防に努めている。また、毎食後、口腔ケア実施の声かけ・介助を行い口腔内の清潔保持に努めている。 | | |
| 45 | (19) | ○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にあわせ誘導や声かけを行い、日中はトイレにて排泄可能な全ての利用者がトイレでの排泄を行っている。 | 日中はトイレで排泄をするのを基本としており、排泄パターン表にて個別に時間やタイミング等を細かく対応できている。この取組において、紙パンツから布パンツ+パットとおむつ外しの実績へもつながっている。 | |
| 46 | | ○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 | 栄養バランスの良い食事の提供や水分補給、乳製品摂取及び適度な運動を行うことで、便秘予防に努めている。また、便秘のサインがある利用者については事前に主治医より指示を受け、訪問看護師の指導のもと、服薬管理を行っている。 | | |
| 47 | (20) | ○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 | 本人の意向を確認し、曜日や時間など対応している。また本人のペースを大切にゆっくり入浴できるよう配慮している。 | 基本的に月・水・金曜に個浴にて対応だが、時間等様々な要望に応じている。女性・男性の介助の希望や重度の2人対応も対応できている。便失禁等あれば随時シャワー浴にて対応している。 | |
| 48 | | ○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 | 外出や散歩などを取り入れ、日中の活動性を上げることで夜間安眠を促しつつ、不眠の際には、安らぐ様、温かいお茶を勧めるなど支援を行っている。本人の希望に応じて使い慣れた寝具を利用するなど環境にも配慮している。 | | |
| 49 | | ○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 | 本人の疾病や内服の情報収集を行い、訪問看護師の指示のもと内服管理をしている。また状態の変化時は速やかに連絡・相談を行い、指示を仰いでいる。 | | |
| 50 | | ○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 | 本人の希望や意向、「出来ること」を把握し、ゴミ捨て・牛乳瓶返却・調理・洗濯などの役割作りを行っている。また、季節に応じた催し物やレクリエーションを行い、生活の中に楽しみが持て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 |
| 51 | (21) | ○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 | 利用者の希望に応じて、季節感を感じられるような花見(桜・チューリップ・紫陽花など)・初詣などのドライブを行っている。また、日頃の生活の中でも近隣への散歩や買い物、家族同伴での買い物などを行っている。 | ホームの裏に緑道があり平素より散歩がなされている。また、近隣商店街に買いものに行くことや季節の花を観に行くドライブも開催されている。 | |
| 52 | | ○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 | 原則的に金銭の保管は事務所にて行っているが、可能な場合は安全に配慮した上、お金を自分で所持している。買い物やヤクルト販売の訪問時には、職員見守りのもと本人が支払いをしている。 | | |
| 53 | | ○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 | 遠方の家族への電話や手紙など、家族との関わりが持てるよう支援している。 | | |
| 54 | (22) | ○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 | トイレ・浴室・食堂等共用スペースは安全で清潔であるよう等に心がけ、清掃・整理している。また季節ごとの飾りを利用者と職員共同で行い、居心地のいい空間作りに取り組んでいる。さらに、なじみの空間への配慮や植物や動物などを取り入れることで生活感が感じられるよう工夫している。 | 光が良く入り、とにかく明るく、ブラウンを基調とした落ち着いた空間である。リスクを想定し、壁面に安全ピンを使わないことやトイレ内に汚物入れを置かない等細かな配慮がある。ベランダには花のプランターもあり、水やりも含めて気持ち安らぐ空間づくりがなされている | |
| 55 | | ○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 | リビングでの食事席の配慮や食事席以外にもソファなど席を用意し、広い空間の中で自由に好きな場所に座れるようにしている。 | | |
| 56 | (23) | ○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 | 居室はなじみのある家具や日用品を活用し居心地よく過ごしてもらえるよう工夫している。また、使い慣れた福祉用具も業者と連携をとる事で活用できるよう配慮している。 | テレビ等の電化製品やなじみの家具やご位牌に至るまでは自由に持ち込めるようになっている。また、ベットや床寝が良いのかや部屋の全体配置は状態に合わせ事故なく快適に過ごせるよう配慮されている。 | |
| 57 | | ○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 | 廊下の手すりやバリアフリーを整備し本人の「出来ること」「わかること」に応じ活用できるよう支援している。またナースコールやセンサーなど必要に応じて活用できるよう福祉用具とも連携をとっている。 | | |