

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 | 1275800116 | | |
| 法人名 | 医療法人社団 阿伝の会 | | |
| 事業所名 | グループホーム杜の街 | | |
| 所在地 | 千葉県大網白里市南飯塚404-11 | | |
| 自己評価作成日 | 平成30年11月7日 | 評価結果市町村受理日 | 平成31年1月18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.jp/12/index.php |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人ヒューマン・ネットワーク | | |
| 所在地 | 千葉県船橋市丸山2-10-15 | | |
| 訪問調査日 | 平成30年11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)】

家庭的な生活が出来るように環境作りをしている中で利用者様の自立を尊重している。畑があり作物や花壇作りをし季節感を楽しんでもらえるように工夫している。終末期においてもご家族様や主治医や訪問看護との連携をとり馴染んだ環境の中で最期を迎えてもらえるようにしている。

【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)】

①ホームでは家族・利用者の思いを受け止め、住み慣れたホームで入居から終末期までの継続的な支援に取り組んでいる。「無理強いせず、その人らしさをいつまでも大切にするケア」の方針が職員に浸透し、利用者の毎日の生活が楽しく、日々穏やかに生活していただけるよう支援に努めている。②職員は利用者との関わりを多く持ち、利用者が何でも好きなことが言える関係づくりに努め、ゆっくりと自宅にいるように暮らしていくよう取り組んでいる。③利用者は、畑で野菜を育て、花々の手入れを楽しみ、調理を行い、後片付けを手伝うなど、一人ひとりの役割のある生き生きとした日々を過ごしている。④終末期には利用者本人・家族の意向を確認しながら、主治医、訪問看護師、家族、職員がひとつのチームとして看取り介護に関わり、馴染んだ居家で人生の最後を迎えられるよう努め、終の棲家として「その人らしさ」を尊重するケアに取り組んでいる。

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 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拡がり深まり、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 | | | | |

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 | 事業所内に理念を掲示しており常に念頭に置き業務に遂行していけるようにしている。 | 法人理念「笑顔に勝る接遇なし」を基に「穏やかにそしてその人らしさをいつまでも大切にするケア」を心がけている。職員は利用者との関りを多く持ち、利用者のことを良く知り、出来ることを見つけ出す支援に努めている。認知症の利用者の方々にゆっくり、ゆったり、安心・安全に日々穏やかな生活を過ごして頂くよう取り組んでいる。 | 理念は利用者・家族、職員理解の為にホーム玄関や事務室に常に掲示され、周知・理解に努めることが期待される。 |
| 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 | 近隣の住民の方と地域の交流を図り絆を築きあげることができるよう心がけている。 | ホームの東屋に散歩に来られた方との立ち話を楽しみ、散歩に出た時には畑仕事の方と声を交わし、近所の保育園の園児には窓から手を振って挨拶をしている。ホームの夏祭りや運動会には地域の方も参加し、ボランティアによる、音楽療法や紙芝居の慰問が行われるなど、利用者が地域で暮らしていけるよう交流に努めている。 | 利用者保護、安全性等の懸念もあるが、ホームのことを知って頂くためにも地域の町内会、自治会に加入するなどし、さらに地域に密着した外部との交流が望まれる。 |
| 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 | 運営推進会議や行事を通し地域の方に理解していただけるように努力している。 | | |
| 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 | 参加できないご家族様には事前に意見を伺う。要望や注意すべきことに関しては会議等で話し合っている。 | 運営推進会議は市高齢者支援課職員、地域民生委員、家族代表が参加し年6回開催されている。会議記録からは、テーマとしてノロやインフルエンザ等感染症対策、災害時対策、利用者の外出等について活発に討議されており、運営に反映されていることが確認できた。 | |
| 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 | 必要時には連絡をさせていただいたり運営推進会議等で情報を共有している。 | 市高齢者支援課とは介護保険更新時の代行申請や介護タクシーの手続き等について常に連絡をとり合っている。また、運営推進会議に市職員が参加しアドバイスを受けるなど協力関係を築いている。市主催の感染症やケアマネジャー研修会に参加し連携を図っている。 | |
| 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「介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 | 身体拘束をしないケアを取り込んでいる。代替策を検討し対応している。 | マットレスやクッションを使用するなどの代替策を常に考え身体拘束をしないケアに取り組んでいる。ベッドから降りてしまう方や夜間徘徊する利用者には「見守る」支援に努め職員は常に見回りをしている。やむを得ない時には家族の同意を得て、使用は限定的である。拘束は介護側の都合で有り、代替ケアの方法などの選択肢を常に考え支援に努めている。 | 職員理解はされているが、さらに、「虐待や身体拘束」など、具体的な事例を取り上げた職員研修や、「チェックリスト」などを用いた職員一人ひとりの意識を高める取り組みが望まれる。 |
| 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されることがないように注意を払 | 職員が念頭に置きながら日々の介護しているが気づくことがあれば注意をしている。 | | |

| 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 | 資料を基に学習をし、必要時があれば支援している | | |
| 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 | 入居時に契約書についての説明を行い、ご家族様より同意を得ている。疑問事には対応している。 | | |
| 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 | 面会時や運営推進会議、毎月のおたより等で意見や要望を伺ったりしている。 | 常に利用者やご家族の来訪時に声をかけ、意見・要望の把握に努めている。夏祭りや敬老会、お誕生会など家族参加行事が多く家族からの意見・要望を聞き出す機会としている。得られた情報は利用者一人ひとりの「個々の記録」に記され、職員間で共有され、支援に反映させている。 | |
| 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 | 会議や申し送りの中で意見や提案を聞き反映させている。 | 管理者は普段から職員に積極的に声掛けを行い、何気ない会話を通じて職員が意見や提案を言いやすい関係性を築けるよう努めている。意見やアイデアは気軽に受け止め、カンファレンスで検討しサービスに反映させている。職場を改善していく雰囲気づくりを行い、職員のモチベーション向上につなげている。 | |
| 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 | 自己評価表を用いて賞与にも反映させ仕事へのやりがいにも反映させている。 | | |
| 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 | 外部への研修に参加させ知識を習得し更なる資格などを習得できる機会を多くさせていく努力をしている。 | | |
| 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 | 他のグループホームへも見学で学び勉強して実践している。 | | |

| 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 | ご本人との会話の中で不安なことや要望を聞きだし安心して生活が出来るように努めている。 | | |
| 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 | 入居前での面談で要望等を聞きながら信頼関係を築いていけるようにしている。 | | |
| 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 | ご本人の状態、状況を確認しながらご家族様との話し合い何が必要なのか対応していく。 | | |
| 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 | ご本人のペースの合わせながら家族のような関係を築きあげている。 | | |
| 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 | ご家族様に毎月のおたよりを発行し現状などを報告し共に支えていく関係を築いている。 | | |
| 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 | 面会や希望での外出や外泊を支援している。 | 家族の面会が多く、知人・友人が面会に来られ、職員はゆっくり過ごせるよう配慮している。ご家族と外出し自宅に行ったり、子どもたちと一緒に的外食を楽しんでいる。知り合いに手紙を出し、友人などに会いたいという希望は家族に連絡し対応している。利用者は紙芝居や音楽療法などのボランティアの来訪を楽しみにするなど、馴染みの関係継続を支援している。 | |
| 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 | 孤立しないように一緒に関わりながら支え合えるように支援している。 | | |

| 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 | 退所後も手紙や電話などで近況を伺ったりしている。 | | |
| 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 | ご家族様と話し合いながらのご本人様より希望や意向を聞き出し対応している。 | 日々過ごす中で利用者一人ひとりのつづやき、出来ること、支援に対する反応の把握に努め、言葉に出して訴えることのできない利用者は表情や言葉、声のトーンなどから要望を汲み取り「個々の記録」で情報を共有して支援に活かしている。家族からは、利用者の思いや願い要望を分かってくれているとの、評価の声が多く寄せられている。 | |
| 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 | ご家族様より話しを聞いたり生活していく中で情報収集している。 | | |
| 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 | 日々の観察や申し送りの中で情報を把握していく。 | | |
| 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 | ご本人様を交えてのカンファレンスを行い意見を反映している。 | 職員は日常的に話し合い可能な限り自立した生活ができるよう支援の見直しを行っている。半年ごとのカンファレンスの中で、利用者を交えて本人の意向やケア内容を話し合い、課題となった案件は介護計画に反映させ全職員で共有している。入院等の急変時は計画の見直しをしている。介護計画は利用者一人ひとりの「経過記録」に挟みこみ、常に全職員がプランを意識した支援に努めている。 | 管理者は現在半年ごとのモニタリングを3か月ごとに実施したいと考えている。さらに現状に即した介護計画作成の取り組みに期待する。 |
| 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 | 日々の記録や申し送りで状態を観察し情報を共有し対応を検討している。 | | |
| 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 | 要望の添えるように一緒にご本人様やご家族様と考えていく。 | | |

| 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 | 定期的なボランティア、相談員の訪問を受けて交流を行っている。 | | |
| 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 | 受診はご家族様にお願いしている。都合がつかない場合は職員での対応している。主治医とは情報共有するようにしている。 | 基本的に全利用者がかかりつけ医で、受診には家族に同行して貰っている。診療内容は病院の医師にメモ書きしてもらい、職員はその情報を家族と共有している。 | |
| 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 | 訪問看護師の訪問がほぼ毎日なので常に情報を共有し相談できるようにしている。 | | |
| 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。 | 病院のソーシャルワーカーと連絡を取り合い今後の方向性について話し合ったりしている。 | | |
| 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 | 重度化した場合にご家族に意向を伺い主治医や訪問看護と連携をとりながら支援している。 | 契約時、終末期ケアも考慮し、「同意書」を利用者・家族と交わしている。重度化した場合には、主治医と職員が連携して終末期についての話し合いをして繰り返して実施し、看取りに対する体制づくりをしている。 | 看取り後のカンファレンスやグリーフケアの実施など、看取りに立ち会った職員のストレス軽減の取り組みが期待される。 |
| 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 | マニュアルや訓練で実践に備えている。 | | |
| 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 | 年に3回の消防訓練を受けている。 | 消防署指導による訓練を含め年3回の防災訓練を実施している。避難場所は利用者がリハビリに行く隣接する老人保健施設であり、スムーズな移動ができ利用者の混乱は少ない。 | 夜間における防災訓練には、組織スタッフ、避難経路など手付かずの部分が多い。せめて3棟の連絡体制や手順などを明確にすることが望まれる。 |

| 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 | ご本人様の気持ちを尊重しながら対応をしている。 | 利用者が歩こうとした時に一寸した「危ないから座って下さい」の様な口調はやめるよう、管理者は常に職員に言い聞かせ、利用者本人の気持ちを損ねる言葉使いを特に、職員に徹底している。 | |
| 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 | 行動や会話の中でご本人様の思いや希望を探っている。 | | |
| 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 | 個々のペースを大切にしながら希望に沿えるように支援している。 | | |
| 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 | 好みを聞きだしご家族様の協力を得ながらその人らしい支援をしている。 | | |
| 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 | 一緒に食事の準備をし料理を作り食事をし片付けをしている。 | 「カレーが食べたい」との利用者の声を反映したり、運動会にお弁当を作って利用者の皆と味わうなど食事を楽しむ工夫が行われている。昼食は評価者も参加したが、職員も一緒に楽しく、笑顔が目立つ食事であった。 | |
| 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 | 水分量、食事の摂取量を記録して目安となる量を提供でき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 | 希望者は月2回の訪問歯科による口腔ケアを行っている。毎食後の口腔ケアをいっている。 | | |

| 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 | 個々の排泄状況を把握して声掛け、誘導をしている。 | スムーズな排便に向け植物繊維を多く摂取するような献立をしている。(利用者の中には乳製品を摂取される方もいる。) 「家に帰りたい」がトイレタイムの合図など、個々の利用者をきめ細かく観察し、トイレでの排泄に拘った支援が行われている。 | |
| 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 | 繊維質の多い食事や乳製品を摂取してもらっている。運動も心がけ毎日の体操を習慣づけている。 | | |
| 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 | 午前、午後の入浴時間を設け希望時間に入浴できる工夫をしている。 | 週2回希望の時間に入浴し、シャワーチェアやリフト浴、車椅子の方は安全性を考慮し二人対応など一人ひとりに合わせた支援が行われている。職員は利用者の褥瘡の有無などを確認し、入浴後は保湿剤を塗布し肌荒れに注意している。 | |
| 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 | 生活のリズムを把握し安心して眠れるようにしている。 | | |
| 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 | ファイルに薬の説明書をはさんでいる。薬の変更があった場合は誰がみてもわかるようにしてある。 | | |
| 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 | 個々の得意や趣味を把握し楽しく過ごせるように役割がもてる場を作っている。 | | |
| 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 | 希望に沿えるように家族に外出の依頼をしている。 | 遠出の外出には家族の協力を得ている。利用者は日常的にホーム周辺の散歩を行い近隣の方と挨拶を交わしている。スーパーへの買物やサクラの花見など季節を楽しむ支援が行われている。 | |

| 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 |
| 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 | 買い物や外食などはお金を渡し支払いをしていただいている。 | | |
| 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 | 希望がある場合はご家族様に確認後に電話や手紙のやりとりを支援している。 | | |
| 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 | 入居者様が制作したものや写真を飾ったりしてある。 | 広々とした建物の中の広い廊下スペースに、“咲き誇るヒマワリと遠方にそびえる富士山”の写真がホームの居心地の良さを演出している。 | 建物のハード的な共有空間のみならず、利用者の趣味・特性を活かした華道や園芸倶楽部などの工夫をした共有空間づくりに期待する。 |
| 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 | 入居様同士が気兼ねなくリラックスしつるげる場所を提供している。 | | |
| 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 | 自宅でご本人様の使い慣れたものを持ってきていただき居心地よく過ごしていただけるようにしている。 | 利用者の使い慣れたものを部屋持ち込み、落ち着いた居心地良い居室にしている。転倒防止のために、床にマットを敷くような安全性のアップにも努め、一人ひとりの利用者の危険をチームで共有している。 | |
| 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 | できることやわかることを声かけ見守る。 | | |