

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 | 0570608505 | | |
| 法人名 | 有限会社 テレサ | | |
| 事業所名 | グループホーム テレサ | | |
| 所在地 | 秋田県男鹿市脇本脇本字向山166-12 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年10月13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 | 秋田県秋田市東通三丁目9-31 | | |
| 訪問調査日 | 平成23年11月28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)】

職員それぞれが、事業所の理念を理解しながら、日常的な介護ケアを十分把握しながら、利用者個々の能力や状況に応じた介護サービス計画により実施している。又、管理者を中心に職員体制も充実しており、今年度2名の職員が退職・採用があり比較的職員の移動が少なく、職員の連携意識が向上しているのが特徴である。

【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)】

可能な限り在宅時と同じような生活スタイルを継続できるよう、また、残存機能維持向上、一人ひとりの習慣や思い等を把握され、メンタルケアにも力を入れて支援をされています。施設長は県内外の運営に関する情報を得ては運営に反映されています。職員は資質向上の為に各種の研修にも積極的に参加されサービスの向上に努力されています。敷地内には東屋のある公園があり、四季折々の日本海が眺められ癒される場所となっています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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

グループホーム テレサ

| 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 | 運営上の方針や目的を管理職者会議で話し合い、お互いに職員同士はその意義について確認し合っている。 | 見直しされた理念を事業所随所に掲示され、日常的に意識されています。また 職員会議やミーティング等でも意識付けされ本人本位の支援を重視された理念を大切にしています。 | |
| 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 | 地域の行事・催し物に積極的に参加しているが、逆に地域住民が当施設へ日常的に来所し交流する機会は少ない。(敬老のつどい、幼稚園児の訪問など) | 季節的な行事だけでなく、日常的に地域との関わりを多く持ち、共に暮らす地域住民の一員として関わっていく努力をされています。 | |
| 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 | 地域住民とのつながりを持つため、常に施設を開放し利用者の状況を理解してもらい、励ましを頂いている。(特に生花教室・茶道教室等) | | |
| 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践、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 | 運営推進員の皆さんへ、グループホームの状況報告をし、ご意見をいただき、この提言を基に地域とのつながりを深めることに努めている。(不定期の開催ですが、2ヶ月に1回の予定で努力している) | 事業所は地域の理解と支援を頂くために、開催時間・会議内容など工夫され多くの意見・要望などを頂き運営に活かされています。会議録もわかりやすいように記録され、職員に共有されています。 | |
| 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 | 地域密着型導入以来、市と十分な連携を取り合いながら利用者の介護ケアを行っている。 | 運営推進会議には毎回出席されています。また 様々な相談にもアドバイスや助言などを頂いています。包括職員との連携も深めて協力を得ながら利用者支援に繋げる取り組みをされています。 | |
| 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 | 医師と相談してケアに努めており、身体拘束等ははしていない。また玄関は夜間のみ施錠であり日中は二重チャイムで対応し十分である。 | 全職員が拘束(身体・言葉など)に対して弊害を認識され、支援する取り組みが行われています。 | |
| 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 | 虐待については開設以来1度もなく、利用者も虐待を受けるような人おらず、職員へもそのような行為のないよう十分研修に参加し虐待につながらないよう指示している。 | | |

| 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 | 権利擁護に関する研修会等へ職員の参加を勧め、自立支援事業や成年後見制度について理解を深めているが活用する人はいない。 | | |
| 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 | 新しく入居時の契約の際に、重要事項の説明をし家族等の理解と合意を得て納得して頂いている。 | | |
| 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 | 運営推進委員会のメンバーに家族代表も入っており、要望等を出してもらい直ちにそれらを施設運営に反映させている。 | 面会時には個室で話しやすい雰囲気づくりに留意し、意見・要望などの引き出しに努力されています。また 外部評価の時の家族アンケートの結果も参考にしてサービスの向上に活かされています。 | |
| 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 | 毎月一回、管理職会議を行いその後、東棟・西棟でそれぞれ職員会議を行い運営・ケアに関する意見交換をし反映させている。 | 職員会議では多くの時間をかけて、全職員から意見や要望などを聞く機会を設けています。またミーティングや申し送りノートなどの利用もあり運営に活かされる取り組みが行われています。 | |
| 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 | 管理者及び職員は、十分意見を聞き職場環境の整備に努めている。なお、職員増員の要望もあるが、経営状況もあるので検討課題としている。 | | |
| 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 | 代表者は管理者や職員を研修会へ積極的に参加出来るようにし、職員の資質の向上に努めている。 | | |
| 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 | 地域密着型であり、市内のグループホームとお互い情報交換をし空室情報や職員の研修、事務的な作業手順及び勉強会を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居時は、本人は大変不安を持って入所しているので職員全員でその対応に十分注意している。また、利用者を安心させるため環境作りに努めている。 | | |
| 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 | 入所時に家族が困っている事や心配している事等について、入居者から十分な話を聞き出し親しい職員・入居者の関係を築いている。 | | |
| 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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする | | | |
| 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 | Iユニット全員と職員が一家族であると認識して、全員で一緒に暮らす一家族としてその輪を築いている。 | | |
| 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 | 家族も本人もお互いを必要とし、心が通じ合うよう努めている。特に面会等の機会をおおくするよう工夫している。 | | |
| 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 | 馴染みの人や親族の関係を大切にするため、大いに面会に来よう願っている。また、馴染みの場所へのドライブ等に心がけている。 | 本人からは日常の関わりの中で、ご家族からは本人の生活歴・習慣など協力を得ながら、可能な限りこれまでの生活の延長線上にあるよう、知人・馴染みの場所などへ外出するなどの支援が行われています。 | |
| 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 | 以前から入居されている利用者は仲間意識が強く、途中から入居された方をなかなか受け入れる事が出来ない場合があり、疎外感が生じないように対応している。 | | |

| 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 | 病院等への入院または施設入所後も、入居者との関係を大切にしている。家族と連絡を取りながら直接訪問したりしている。 | | |
| 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 | ケアプラン作成時に、本人・家族等の希望を十分取り入れ作成している。今では概ね本人の意向を把握できている。 | 関わりの中で信頼関係を築きながら、言葉や表情などから確認や推測するようにしています。また入浴時は気分的にもリラックス出来る機会でもあり、思いなどを聞ける時もあり、内容は職員で共有されています。 | |
| 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、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 | 入居前の事前面接は本人・家族・担当のケアマネージャーからの聞き取りなどで生活歴や馴染みの生活状況を把握し、ケアプラン作成に十分活かしている。 | | |
| 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 | 利用者の心身の状態がどの程度であるか把握し、本人の持っている能力・技術を十分に活かせるよう毎日の生活の中で配慮している。 | | |
| 26 | (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 | 本人・家族から話を伺い、希望に添ったホームでの生活が送れるような介護計画を作成をするため、職員の意見も反映させたケアプランを作成している。 | 事前訪問時ご家族や本人の要望や意見などが取り入れられ、職員から意見を聞き職員会議で検討され本人本位の計画が作成されています。また毎月モニタリングも行われ、状態に応じて見直しも行われています。 | |
| 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 | 利用者個人のケア記録の記入は勿論のこと、職員会議及び・申し送り事項等に細心の注意をし介護計画の見直しに活かしている。 | | |
| 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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする | | | |

| 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 | 施設内に自前の自然公園もあり、周辺の風景や草花の観賞をするなど自然の資源を活用し利用者は安全で豊かな暮らしをしている。 | | |
| 30 | (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し、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 | かかりつけ医等については家族と十分協議をして受診している。また、訪問看護ステーションとの連絡もよく取っている。さらに薬局の薬剤師が直接来て服用等の指導を受けている。 | 本人・ご家族の希望するかかりつけ医に受診しています。協力医・訪問看護センター・薬局・2週間に1回の往診など総合的に関係機関との連携が確立され、適切な医療が受けられる体制が整っています。受診情報は個人の通院記録などで共有されています。 | |
| 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 | 県看護協会で行っている訪問看護ステーションが毎週1回来所し、適切な指導を受け日常の健康管理や受診時の参考にしている。 | | |
| 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。 | 入院した際に利用者の心のケアを大切にしながら病院の主治医・看護師・医療相談員との連携を十分に取、関係づくりに努めている。 | | |
| 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 | 重度化及び終末期を想定しながら、家族や医療機関及び訪問看護ステーションでその支援作りに取り組んでいる。 | 現在は看取りはしていませんが、将来的には主治医・ご家族・本人・関係機関との連携を密にしながら、安心して最期を迎えられるよう事業所として方向付けがされています。 | |
| 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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 常に急変や事故発生を念頭に置き、職員全員が初期対応を考えながら職務に当たっている。避難訓練は実施している。 | | |
| 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 | 災害対策について昼夜を問わず緊急連絡体制一覧表に沿って行動するよう心がけているとともに、地域(近隣)住民との協力体制を図っている。また、消防計画をと整え地区消署の協力を得て避難訓練を実施している。 | 運営推進会議終了後委員も参加しての避難訓練が行われています。東日本大震災教訓も踏まえ、津波を想定し高台にある小学校へ避難訓練、更に通信網遮断時の連絡体制の見直し等、様々な事態をしての体制が強化されています。また地域住民との協力体制も徐々に広げる努力がされています。 | |

| 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 |
| 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 | 入居者のプライバシーには十分配慮し、入居者の尊厳を大切に言葉遣いには注意している。 | 接遇の中で特に気をつけていることは言葉遣いで、人格を尊重した声かけをしています。援助が必要などきもさりげないケアを心がけて支援されています。情報関係にも守秘義務に理解され、管理が徹底されています。 | |
| 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 | 入居者は日常生活の中で自由に希望を表現しており、自分で決めることが出来るよう配慮している。入居者もまた自由に意見を出している。 | | |
| 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 | あくまで入居者の希望を最優先し、その人らしい暮らしが出来るよう支援している。 | | |
| 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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする | 本人の希望が叶うよう、自宅に居た時のように場にふさわしい身だしなみやおしゃれが出来るように支援している。 | | |
| 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 | 入居者1人ひとりの好み等を事前の調査で確認し、それを活かした食事の提供をしている。また職員・入居者が一緒になって準備したり盛り付け・片付けをして楽しんでいる。行事食や季節の食材を取り入れ代替食も提供している。外食も行っている。 | 職員が交代で食事の準備をされており、簡単な下拵えは利用者も一緒に行っています。一人ひとりの状態に合わせた調理内容になっています。各テーブルには職員が付き一人ひとりに気を配りながら、楽しく食事出来るように雰囲気作りも大切にしています。 | |
| 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 | 栄養摂取や水分補給については特に配慮をし、職員が常に入居者を観察し1人ひとりの状況や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 | 常に口腔内の清潔保持に努めている。自分で出来る人は声掛けをして行ってもらい、自分で出来ない人には職員が手伝って毎食後に行っている。特に入れ歯等には注意を払っている。 | | |

| 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 | 排泄チェック表を作成し、日中と夜間の個別対応に十分配慮し、トイレ誘導時に心配りしている。トイレ等については必ず職員が見守りしている。 | 自尊心に配慮し、可能な限りトイレでの排泄支援を行っています。排泄用品も一人ひとりに合ったものを使用し、昼夜の使い分け、ポータブルトイレの利用など自立に向けた支援が行われています。 | |
| 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 | 便秘予防対策として、食後に便器に座ってもらったり、飲食物の工夫や公園への散歩など適度な運動と水分補給で個々に対応している。また、主治医や訪問看護師へ相談したりしている。 | | |
| 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 | バイタルチェックや本人の意向、表情や体調の具合を確認して、曜日や時間帯を決めての楽しい入浴時間としている。 | 週2回以上を基本に、1日の入浴者を少なくしてゆっくりと入浴しています。気の合う同志が入浴することもあります。浴槽には移動バーが取り付けられ自立度を高めると共に、安全面にも配慮されています。 | |
| 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 | 安心して気持ち良く眠れるよう医師や訪問看護ステーション・薬剤師に常に相談できる体制になっており、それらと相談しながら行っている。 | | |
| 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 | 服薬については、入居者全員が同じ調剤薬局を利用しており、薬剤師が持ってきて服薬の方法または医療機関への問い合わせ等も行っている。 | | |
| 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 | 入居者それぞれの役割分担があり、出来る部分と出来ない部分をお互いに協力しあって楽しさを引き出す工夫をしている。誕生会・敬老会等の行事、外出や外出等の支援もしている。 | | |
| 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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする | 好天時には外出する日が多くなっており、車イス利用の人も出掛けたりしている。普段は行くことのない場所へも行っており大変喜ばれている。家族の負担にならないよう職員で行っている。 | 日常生活の中での外出は、これまでの生活の継続ととらえて支援されています。遠出の外出もあり大変喜ばれています。外出することで利用者も職員も気分転換が図られ、サービスの向上に活かされています。 | |

| 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 |
| 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 | 預かり金制度を作り、本人が自由に使用出来るようにしている。特に外出時は職員と一緒に所持・使用するようにしている。 | | |
| 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 | 入居者本人の希望を十分に受け入れ、施設の電話で本人から電話するように支援している。手紙を書く人はいない。 | | |
| 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、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 | 廊下等にもソファやテーブルを置いて自由に過ごせるようにしている。また日光浴の出来る場所を設置し、東棟・西棟両ユニットの利用者で楽しく過ごしている。毎月2回、生花教室を開催し生花による季節感を出している。茶道教室も開催している。(不定期開催) | 廊下やホールには、行事や外出時の利用者の笑顔いっぱいの写真が飾られています。屋根のある広いペランダは日光浴やお茶会などが出来る場所となっています。ホールは広々としており全員(2ユニット)が楽しめる空間があり、様々な行事等に利用されています。 | |
| 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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする | 共有空間の居間で1人になったり、気の合う人と居られるような場所を作るため常に居間の配置換えを行い、入居者に喜んでもらえるよう工夫に努めている。 | | |
| 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 | 居室については、入居者へ提供した場所であり自由に自分の部屋として使用してもらっている。模様替え等も自由に行っており、工夫をしている。 | 入所時に「ここがあなたの部屋ですから自由に使ってください」と施設長がお話しされ不安を取り除く工夫をされており。居室には好きなぬいぐるみやご家族の写真・思い出の品々が持ち込まれ、温かい雰囲気を醸し出しております。ベッドの種類や位置は一人ひとりに適するように備えつけられています。 | |
| 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 | 1人ひとりの力・能力を活かす為に施設内の掲示板を利用し、それぞれの制作した物や写真が飾られたり、入居者が喜ぶ工夫をしている。 | | |