

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 | 2772401770 | | |
| 法人名 | 有限会社 ひまわり | | |
| 事業所名 | グループホーム ひまわり | | |
| 所在地 | 大阪府枚方市氷室台1丁目14-20 | | |
| 自己評価作成日 | 平成28年7月13日 | 評価結果市町村受理日 | 平成28年12月7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 | |
|----------|--|

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター | | |
| 所在地 | 大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階 | | |
| 訪問調査日 | 平成28年10月25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)】

入居者6名という少人数の利点を生かしてきめ細やかなサービスを心掛けています。ホームの理念である《一人ひとり個性豊かに心豊かに》を職員が毎日復唱し、密にカンファレンスを行い、一丸となってより住み良いホームとなるよう日々研鑽を積んでいます。

【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)】

介護保険制度が始まって間もなく2003年1月1日に、地域住民である代表者が事業所を設立した。地域住民として地域との繋がりが密であるという強みが運営推進会議のメンバーに現れている。参加者は行政の他、自治会長・役員、老人会会長、高齢者支援の会、子供会、民生委員、精神授産施設徳風管理者、と多岐に亘っている。それぞれが事業所を支えてくれている。代表者や事業所職員等も地域交流の場で「福祉について」の話しをしたり、また、高齢者セミナー等でも講演するなど、双方向で支え合い協力しあっている。利用者も地域の体操に参加したり、草引き等美化活動に参加するなど地域の人々と共に生活している。職員の一人は「ここは、家庭的で、職員と利用者の関係ではなく、家族のような関係です。私の両親が将来介護を必要としたら、この施設に入って貰います。」と断言する。

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) |
| 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) |
| 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) |
| 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、生き生きと働いている (参考項目:11,12) |
| 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 |
| 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 |
| 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

[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 | 「一人一人個性豊かに心豊かに」という理念を朝礼で復唱してから夜勤者と日勤者の引継ぎをしている。 | 管理者、職員は、法人の理念、事業所の理念、をリビングルームに掲げ、毎日、唱和してその理念を共有し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人として日常的に交流している | 地域の行事に参加したりホームで「ひまわり祭り」を開催し、地域の人や近隣の介護・障害の施設からも参加して頂いた。ゴミ捨てや散歩等で近隣の人達に挨拶をしている。 | 事業所から100m離れた処にあるゴミ収集所まで、利用者と共にゴミ捨て旁々、近隣の人々と挨拶を交わしている。この10月から事業所でオレンジカフェを開設、近隣の高齢者を抱える家族のための介護相談を行い地域福祉にも拘っている。 | |
| 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 | 自治会に参加したり近隣に”ホーム便り”を配布して理解や支援を得られている。推進会議の開催時に質問が出れば答えている。 | | |
| 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 | 自治会長、民生委員、地域包括、老人会、高齢者支援の会、近隣の施設職員等、幅広い方々に参加頂き、サービス向上が図れている。 | 地域の理解や支援を得るために幅広い関係者の参加を得て隔月に開催し、そこでの色々な情報や意見を事業所のサービスの向上に活かしている。より多くの利用者や家族の参加が得られればより有意義な会議となる。 | |
| 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 | 市の福祉指導監査課、生活福祉室に質問・相談・報告を行い、協力してサービス向上が図れている。 | 市役所の担当者とは、折に触れ訪問や電話連絡で事業所の実情や日頃のケアサービスについて報告、相談をするなど連携を持ち情報交換を行っている。 | |
| 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 | 職員には年に1回以上の身体拘束の研修を行い、意識を高めている。帰宅願望の強い新規利用者には頻回に散歩に出たり話をすることで落ち着いて生活して頂ける様になった。 | 全ての職員は、定期的な研修会を通して身体拘束が与える身体的精神的苦痛を十分理解し、拘束のないケアの実践に努めている。 | |
| 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 | 虐待防止の研修を行い意識を高めている。利用者・職員共にストレスを溜めないよう、早期に管理者が話し合いの時間を設けている。 | | |

| 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 | 日常生活自立支援や後見人制度を各一名ずつ利用している。職員に対する研修も行っている。 | | |
| 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 | 時間を掛け説明を行い、納得の上締結・契約を行っている。又、質問があれば、随時訪問や電話で対応している。 | | |
| 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 | 朝礼、職員会議、連絡ノート等で利用者や家族様からの意見や要望が周知されている。又、地域運営推進会議で発表している。 | 利用者とは、日頃の会話や様子の中から、また、家族等とは来訪されたときに話し合う時間を持ち、意見・要望等を聞き出し運営に反映させるようにしている。 | |
| 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 | 朝礼や職員会議で困ったことや改善点等を話し合っている。又、職員が個別で管理者に話をする場合もある。 | 月に1回、職員会議を行い、行事や接遇、利用者の対応に関する事など運営に関する職員の意見を聞く機会が設けられ、出た意見を運営に反映させている。年2回、個別面談の機会も設けられている。 | |
| 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 | 資格取得を奨励し、手当の支給を行っている。又、各自の思いを聞き、やり甲斐や向上心が持てるような環境作りをしている。 | | |
| 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 | 一人ひとりのケアの実際については勤務時に社員が指導し、統一したケアが出来る様努めている。又、研修についても案内をしたリ施設内研修を行ったりしている。 | | |
| 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 | 近隣の介護・障害施設とは連携を取り合い、お互いの催し事に参加する等、交流を深めている。地域包括とは運営推進会議等で意見交換が行われている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入所前、入所後、本人の不安やストレスを除くべく、関係者や親族と密に連携を取り、情報交換を行っている。入所後も入所前のケアマネが訪問されることもある。 | | |
| 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 | 生活暦の把握に努め、本人の希望を汲み取るよう努めている。又、随時、家族様には訪問や電話対応をお願いしている。 | | |
| 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 | 本人、家族様の希望や思いを時間を掛けて聞き取り対応する。初期は入所前と大きな違いが無い生活が出来、本人が不安なく過ごせることを最優先とする。 | | |
| 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 | 会話の機会を多く持ちコミュニケーションを取ることで理解し合い、共に学び、相互扶助の生活となるよう考えてケアを行う。 | | |
| 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 | 近隣に住み、面会しやすいご家族様は頻回に訪問され様子を見て頂けるが、来られない方にも毎月介護日誌や受診記録を送付しサインを頂いている。 | | |
| 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 | ゴミ捨てや自治会の草取り等、近隣の方との交流を行っている。又、地域の方から芋掘りのお誘いを受け参加したりしている。 | 利用者本人と地域社会との継続を維持していくために、利用者の希望を聴く会で出された馴染みの人や場所への訪問を、家族の協力も得ながら支援している。 | |
| 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 | 動ける利用者が不自由な方の動きに合わせて手助けしたり思いやりの言葉を掛けたりされている。年齢や障害の違う者が共生する一つの家族のように生活出来ている。 | | |

| 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 | 転居先を訪問したり情報を頂いたりして経過を聞いたり、本人と面会したりしている。 | | |
| 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 | ゆったりとした日常を送るよう努め、本人の希望や意向を汲み取れる態勢を作っている。必要時は個別の担当者会議を開催し検討を行っている。 | 利用者本人がどのように暮らしたいか、一人ひとりの希望や意向は毎日の関わりの中や、「利用者の希望を聴く会」で聞き出し、「お楽しみ支援」で実現するようにしている。 | |
| 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 | ゆったりとした対応をすることで生活歴や生活環境を聞き取る事が出来るので、職員は、業務に追われバタバタしないよう心がけている。 | | |
| 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 | 少人数なので一人ひとりがよく見える環境にある。家事等に進んで参加して頂き、機能保持向上を図っている。 | | |
| 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 | 個人記録や日報、連絡ノート等により情報を共有している。必要時カンファレンスを行い、計画を立てモニタリングを行っている。 | 介護計画の期間は一応長期計画を12ヶ月短期を6ヶ月としているが、月々のモニタリングや支援経過の中で変化が起きた時には、その都度担当者会議で話し合い、臨機応変に介護計画の見直しをするようにしている。 | |
| 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 | 介護記録や連絡ノートにて気づきや問題点を共有し、必要時には計画の見直しの為の担当者会議を開催する。 | | |
| 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 | 一人ひとりの希望を如何に実現させるかはいつも心にかけているが介護職員が少ないので多機能化が困難ではあるが地域との交流等で閉じこもりを防止し、開かれた施設を目指し支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 自治体行事や他施設の催しへの参加を積極的に推進している。又、デイ利用者を迎えることで入居者以外の利用者・家族・ケアマネ等の外部からの風が入っている。 | | |
| 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 | 個別の通院はもとより全員の往診が1/月、個別の往診が1/月ある。他科受診の指示を受ければ随時受診している。 | 内科医、歯科医については、事業所の協力医が全ての利用者のかかりつけとなっているが、本人や家族の希望する受診支援も行っている。他科の受診は事業所の職員が支援している。 | |
| 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 | 医療連携の訪問看護師の訪問が2/月あり相談や必要な医療的処置が受けられる。 | | |
| 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 | 重症の際、主治医の紹介病院に搬送する体制がとられている。看取り体制も出来ており病院と連携をとりながら随時対応している。 | | |
| 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 | 看取りのマニュアルに沿い、医療関係者・家族と連携を取り対応する。重度化した時は、家族様の意向をその都度確認するようにしている。 | 重度化した場合や終末期のあり方について、家族等と話し合いを行い、事業所として出来る事を関係者を交えて説明している。また、看取り介護指針を作成し、その都度同意書も交わしている。 | |
| 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 | 普段から事故防止の態勢を取るよう情報交換を密にし、個別の注意点を把握しているが事故が発生した場合を日常的に想定しすぐに動けるよう喚起している。 | | |
| 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 | 施設独自や地域の防災訓練に参加している。又、災害に備え、各自のベッドに防煙用タオルを常備している。水やビスケット等の備蓄もある。 | 災害時における避難訓練や消防訓練を利用者と共に年に4回夜間を想定した自主訓練等を含めて行っている。災害に備えた備蓄品も整えられている。しかし、夜間を想定した地域の方々と共に行う避難協力体制は少し不十分である。 | 職員が利用者を安全な処まで誘導した後の見守りを近隣の方にお願ひし、実際に訓練に加わって頂くなど、いざという時に混乱しないような役割分担と訓練が望まれる。 |

| 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 | 3ヶ月ごとに自己評価し言葉使いについても再考を促している。利用者間の言葉使いについても暴言があれば本人に、適切でない旨、説明を行っている。オムツ交換や排泄時等にドアを閉め、プライバシーの保護に留意している。 | 利用者一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉掛けや対応でトイレ介助や入浴介助が行われている。介護計画など個人情報も事務所の書庫に施錠して保管されている。 | |
| 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 | 意思表示が出来る方がほとんどなので意思が聞き取りやすい会話を頻回にし、思いや希望を聞き取り、自己決定できるように誘導している。 | | |
| 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 | ある程度の規則正しい時間の過ごし方は大切なことと思われるが、精神疾患があるので、体調に応じて臨機応変に対応している。 | | |
| 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 | バザーや買い物支援で季節に合った洋服を購入したり、訪問美容で自分の希望に沿ったカットをして貰い笑顔が見られている。 | | |
| 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 | その日の当番がリーダーとなり皆で口腔体操を行う。食事の準備片付け等、積極的な参加があり、多過ぎるかと思われる食事量も残されることはほとんど無い。パーティーが催されバイキングやケーキ等楽しめる機会も多い。 | 食材会社の食材を利用者は調理や盛りつけを職員と共に行っている。時には利用者の好みを聞きながら行事食を一緒になって作り、楽しく語らいながら食事する家庭的な雰囲気でも満ち溢れていた。 | |
| 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 | 地域の方から旬の野菜を頂くこともよくある。食事量、水分量は正確に記録されている。必要時は軟らかいものを提供する等の配慮もなされている。 | | |
| 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、就寝前、職員の見守りや指示の元、口腔ケアが出来ている。2/月歯科往診があり義歯管理も出来ている。 | | |

| 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 | 個々の排泄パターンを把握し毎日の管理日誌で排泄量をチェックしている。全員に対してトイレでの排泄を習慣づけているが、失敗する時のためにパットやリハパンを利用し、失禁が本人の苦痛にならない様配慮している。 | 全職員は、一人ひとりの排泄パターンや習慣、サインを把握している。あからさまな誘導ではなく、さりげなく声掛けをして排泄の自立に向けた支援をしている。 | |
| 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 | 食材の工夫、散歩や体操、水分補給、腹部マッサージ、必要時には下剤での調整等を行っている。排泄についてはこまめに記録を行っている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 基本3/週の入浴と季節によりシャワー浴を支援する。睡眠につなげられるよう、夕食後の入浴を基本としている。 | 夕食後午後6時半からの入浴を基本として、入浴が楽しめるように普通の家庭の風景に近づけた支援をしている。デイサービスの利用者がいるので昼間の入浴も可能になっている。 | |
| 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 | 室温や寝具に留意し夏場はアイスノンを使用している。眠れないときは水分補給や傾聴等安らぎにつながる支援を適宜行っている。 | | |
| 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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 処方箋ファイルを作成、薬の保管、準備、服薬確認うい行い、服薬変更時には申し送りや連絡ノートで周知徹底している。又、状態の変化は速やかに医師に伝え相談している。 | | |
| 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 | 個々の生活歴を踏まえ修理や植木の水やり、ゴミ捨て、食事の準備や片付け、洗濯物の干し、たたみ等を共に行っている。又、レクにて心身機能の維持を図っている。 | | |
| 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 | 地域や施設行事の参加、個人支援での買い物同行を行っている。散歩やゴミ捨て等でホーム外の空気を吸いリフレッシュできている。出かけた場所の希望も会話の中から聞き出すよう努めている。 | 利用者の希望に添ってゴミ出しを兼ねた散歩に出掛けたり、近くの店へ買い物に出掛けたり、コスモス畑やオレンジカフェ、時には近くの温泉へ出掛けたりもしている。 | |

| 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 | 基本、ホームで管理し外出時や催しには自分で支払うことも推進している。 | | |
| 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 | 手紙のやり取りは困難だが、家族との連絡が出来る方は電話にていつでも話が出来ている。 | | |
| 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 | 閑静な住宅地の2階建て住宅であり、あまり人目は無い。必要に応じてロールカーテンで光を調節できる。窓の外には緑が多く見られ季節を感じられる。近隣住民がホームの庭に菖蒲を置いて下さったりしている。 | 明るい台所と繋がった食堂は、食事作りの音や匂いに満ち生活感が漂っている。壁には利用者と職員の共同作業で作った季節の飾り付けが施され、居心地よく過ごせる工夫が見られる。施設の前庭には季節の野菜や花が植えられ利用者と共に手入れをしている。 | |
| 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 | 自室で過ごしたり、リビングで皆と過ごしたりして体調や気分に応じて自由に移動してもらえる。 | | |
| 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 | 各自の部屋で使い慣れた家具や写真を配し、自宅で過ごしているような安らぎを得られるようにしている。又リビングで家族のような親交がある。 | それぞれの居室には、利用者の使い慣れた家具や家族の写真などが持ち込まれ、その人らしく居心地良く過ごせるための工夫が見られる。中には仏壇等を持ち込んで毎日お参りしている利用者もいる。 | |
| 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 | ”トイレ”等の大きな表示やテープによる危険告示、手すり設置等にてADLの自立に努めている。 | | |