

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 | 3990100418 | | |
| 法人名 | 株式会社 ライフテラス | | |
| 事業所名 | グループホーム 憩いの生活館-いっく- | | |
| 所在地 | 高知市一宮東町一丁目26-3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年5月1日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成27年7月24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)】

「入居者様もスタッフも笑顔で」をモットーに入居者様の声に耳を傾け、家族の皆様とも連携を取り、本人様が望むサービスを提供できるよう心掛けています。

※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.kaiyokensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&jiyosyoCd=3990100418-00&PrefCd=39&VersionCd=022 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|------------------------------------------|
| 評価機関名 | 高知県社会福祉協議会 |
| 所在地 | 〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ |
| 訪問調査日 | 平成27年6月16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)】

「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」その人らしい生活を送るという理念を実践する為に、職員は少なくとも1日1回は“笑顔”になることを心がけ、笑顔を大事にして「理念に基づく運営」に生かしている。

日頃のケアの場面では、抑制的な言葉づかいがあったときに、職員同士で注意しにくい場面でも、相手の職員の肩に手を添えることで気づきを与え、気づかされたことに「ありがとう」と答えることで、コミュニケーションをうまくとるという方針を定め、こうしたケアの姿勢で利用者の尊厳を守り、穏やかな生活に繋げるようにしている。また、利用者の日々の生活の様子等をインターネット配信して、家族は各々のパスワードでいつでも見ることができ、「安心と信頼に向けた関係づくり」に役立てている。

職員には研修への参加を推進し、外部講師による研修やマニュアルを見直すなど、人材育成や雇用を大切にして質の高いケアの提供を目指している。生活環境では、手洗い用洗浄器や加湿用噴霧器等を使い細やかな配慮をしている。

自己評価および外部評価結果

ユニット名：やまもも

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 各ホールに理念を掲示していつでも見えるようにしている。近隣の行事へ見学に行ったり近所を散策するなど、好みのことができるよう心掛けている。 | 「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」本人らしい生活を送るという理念の実践のため“笑顔”を心がけ、利用者の笑顔のある暮らしに向けて取り組んでいる。利用者へ積極的に言葉かけを行い、得た情報を気づきや振り返りに繋げてケアプランに活かしている。 | |
| 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 | 近隣のスーパーに買い物に出かけ、レジの支払いや店員さんと話をしたり、近隣の住民と話をするなど地域との交流が出来る限り出来るよう努めている。幼稚園の訪問や小学校の社会科見学などに利用してもらい交流がある。 | 事業所で開催される「いきいき百歳体操」に参加し、住民やデイサービス利用者や交流している。また、幼稚園や小学校から年2回の訪問があり、歌や演奏、会話を楽しむとともに、運動会にも招待されている。地域とは地元での買い物などを通じて、日常的に交流している。 | 「いきいき百歳体操」や事業所のイベント、防災訓練等にさらに多くの地域住民の参加が得られて協力関係を築けるよう、呼びかけを継続することを期待したい。 |
| 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 | 週1回地域交流室を開放し、「いきいき百歳体操」を近所の方と行っている。小学校等の社会科見学に施設を活用してもらっている。 | | |
| 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 | 行事・事故・入退去者・入院・防災の報告を行い、地域の代表、家族、市の職員等と意見交換し情報交換している。 | 運営推進会議では、町内行事の情報を得たり、意見交換等により近隣の幼稚園や小学校との密度の高い交流につなげている。防災も議題にして、避難方法などを積極的に話し合い、昨年「福祉避難所」の認定を受け、備蓄等についてさらに検討することになっている。 | |
| 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 | 必要に応じ、事業係や福祉課等の各担当者を訪問し相談している。「いきいき百歳体操」では北部地域高齢者支援センターとの協力関係がある。 | 行政には運営推進会議の場を通じて事業所の状況を伝え、必要に応じて福祉課等各担当者を訪問して相談したり、適宜報告を行い協力関係を築いている。 | |
| 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 | 外部研修に参加してもらい、職員に内容をユニット会で報告して周知を促している。また、定期的に資料を配布し注意している。 | 研修や伝達講習によって、身体拘束に関する知識を共有している。月1回法人代表者が職員に情報紙を発行して、社会の出来事を参考に、権利擁護や虐待・身体拘束防止に対する意識づけを行っている。また、言葉による抑制が生じない対策を考えるなど、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 毎年外部の研修に参加してもらい、職員に周知を促している。また、月に1度のユニット会を行い、話し合いの場を設けている。 | | |
| 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 | 実際に成年後見人を立てている方の説明を職員にし、周知できるようにしている。また、実際に成年後見人が訪問した際には、職員に紹介し説明をしている。 | | |
| 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 | 管理者から本人様・家族様に直接説明したり、説明の文章を送るなどして疑問点を尋ね、説明し納得できるように努めている。 | | |
| 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 | 意見箱を設置し、家族の意見を聞ける環境を作っている。家族会総会では家族だけで話せる場を設け、意見交換し質問に返答をしている。 | 家族会総会には10家族ほどの参加があり、防災、病気・入院時の対応、食事のバランス等に関する意見が出され、運営に反映させている。また、インターネット配信により、家族に利用者の状況を伝えて喜ばれており、家族の要望に沿って、職員の写真と名前を玄関フロアに掲示している。 | |
| 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 | ユニット会を開催し、意見交換をしている。ユニット会には代表・管理者も参加し、意見交換や報告等を行っている。 | 職員には「気づき」のノートが配布され、自分自身の振り返りに活かしている。月1回のユニット会には代表者も出席しており、職員の意見を反映しやすい環境をつくっている。職員は研修や各種報告会へ参加し、スキルアップへの意識が高い。 | |
| 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 | 勤務状況等を確認しながら、問題点を職員に確認しながら業務が円滑に行えるように環境を整備している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 職員が順番に研修に参加でき、希望の研修があれば管理者に相談することで勤務を調整し、参加できるようにしている。 | | |
| 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 | 研修に参加してグループワーク等で意見交換を行い、交流を図っている。同業者の方に当グループホームへの見学・訪問を勧めている。 | | |
| 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 | 入居前に事前面談を行い、生活歴や状況を把握し、本人や家族と話をし全職員が統一したケアを行えるようにしている。 | | |
| 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 | 初期段階で家族ともコミュニケーションを図り、不安に思う事や要望等を話し合う事で信頼関係を築くように努めている。 | | |
| 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 | 聞き取り調査を参考に職員と話し合い、検討し、より良い支援ができるように努めている。 | | |
| 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 | 職員が一方的に行うのではなく、一緒に行うようにしており「ありがとうございました」の気持ちを忘れずに支援している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 19 | | <p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p> | 月に1度家族あてに手紙を出し、日々の近況報告を行っている。面会時も精神面や体調面などを報告し、取り組みを伝え、家族も状態が分かるように努めている。 | | |
| 20 | (8) | <p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p> | 入居者様が希望される時は電話を掛けたり、手紙を書いたりしている。また、散歩や買い物にて近隣住民と会話をしている。馴染みの関係や新しい関係を作っている。また、家族に昔の写真を持ってきていただき、話を聞く事で情報収集を行い、会話に役立っている。 | 入居前の生活歴や、馴染みの人や場所等の情報を個人ファイルにまとめ、追記や修正を行っている。利用者が墓参りを希望し、近くまで行くこともある。親類や友人の面会があるほか、手紙や電話を利用して関係性を尊重する支援をしている。 | |
| 21 | | <p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p> | 入居者様の性格や出来ることなどを考慮し、座れる席や作業内容をその都度変更しながら会話する機会を作り、関わり合いを持てるよう支援している。 | | |
| 22 | | <p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p> | サービス利用が終了した利用者様の家族とも連絡・相談できるように努めている。 | | |
| 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) | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p> | 入居者様が安心して無理なく生活できるように、体調変化などその都度申し送りをするなど情報を共有している。意思疎通が難しい方は日々の動作や家族から情報をもらい、思いを汲み取るようにしている。 | 食事の希望を聞く時に、その他の要望も聞くようにしている。利用者の希望に沿って、職員と一緒にスーパーで買い物を楽しむこともある。意思疎通の困難な利用者もいるが、短い単語で意向や思いを汲み取り、家族からも情報を得て把握に努めている。 | |
| 24 | | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p> | 本人の生活歴や環境について、本人または家族や知人から情報を収集し、今までの生活の様子を把握できるよう努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 日々の生活から一人ひとりの出来ること、出来ない事の把握・理解に努め、職員間で情報交換を行っている。 | | |
| 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 | 職員で情報を共有し、意見交換を行うとともに本人・家族の意見・要望を取り入れた介護計画を作成し、定期的に見直しを行っている。 | 本人の状態や情報を基にケアマネジャーが介護計画を作成し、申し送りやユニット会で職員の意見を聞いて修正している。本人に歩きたい意向があれば、歩行リハビリを計画に取り入れるなど、家族と共に支援している。入居後数か月の利用者は、状態の変化や気づきを毎日ノートに記載し、介護計画の作成に活かしている。 | |
| 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 | 職員間で情報を共有しながら実施し、気づいた事があった際、また入居者様に変化があった際は介護計画の見直しを行っている。 | | |
| 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 | 医療連携体制を活かし、入居者様にとって負担となる受診や入院の回避、入院時は退院支援室等と連絡を行うようにしている。また訪問内容や栄養バランスを考え、配食サービスを利用している。 | | |
| 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 | 地域の幼稚園・小学校・高校と交流が行えるよう、運営推進会議などで情報を収集し支援している。 | | |
| 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し、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 | 入居前からのかかりつけ医に継続して受診している方もおり、必要に応じて希望の病院受診を行える体制を取っており、状態や家族の要望に応じて職員が同行している。 | 利用者や家族が希望する医療機関での受診を基本とし、家族又は必要に応じて職員が同行している。月1回訪問診療を受け、事業所の看護師が健康管理をしている。受診結果や看護記録の情報は職員間で共有している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 入居者様の状態を看護師に報告・相談し、変化がある場合は24時間体制で相談し指示が得られるようにして、入居者様に安心して過ごしてもらえるよう支援している。 | | |
| 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 | 入院時には情報を提供し、日頃の状態を電話連絡や直接入院先へ向むいて担当看護師や医師等と家族の意向を含めて話し、地域連携室等と連絡をとっている。 | | |
| 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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居者様、家族様に「重度化した場合における対応に関する指針」を説明し、同意を得ている。医療と24時間体制での連携を確保し支援している。 | 入居時に、重度化や看取りの方針を利用者と家族に説明し、同意を得ている。入居期間が長期になれば、再度意思確認を行っている。医療連携で終末期の疼痛緩和の支援を行い、利用者の状態を職員と家族が共有して終末期のケアに取り組んでいる。月1回の研修や対応マニュアルの見直しも進めている。 | |
| 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 | 緊急時の対応マニュアルや、緊急時のフローチャートをいつでも見える場所に掲示し、迅速な対応が出来るようにしている。また、看護師より対応についてケースに合わせ打合せをしている。 | | |
| 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 | 夜間・日中を想定し、防災避難訓練を定期的実施している。また、隣接している有料老人ホームの職員とも協力し実施している。 | 昼間と夜間の火災を想定した避難訓練を実施し、消防署の助言も得ている。防災や災害避難については、隣接の老人ホームと2階通路で繋がっており、両施設職員の協力体制がある。非常用食糧等は2階に3日分以上を備蓄し、訓練で非常食を使用する計画もある。 | |
| 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 | 入居者様と接する場合、目線を同じ高さに合わせ、表情を見ながら傾聴し、その方が笑顔で過ごして頂けるように努めている。 | 申し送りの内容がプライバシーに関わることに配慮し、伝達する声の大きさに注意している。トイレに隣接する浴室は広く、温度調節や換気状態を良好にし、排泄の失敗時にはアコーディオンカーテンを使って人格を尊重した対応をしている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | | ○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 | 本人が決めることを大切にし、本人希望の飲み物、食事内容の選択、趣味や運動が出来るようにしている。 | | |
| 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 | 入居者様のペースを保ち、可能な限り共同生活の適用に心がけ、1日の流れが保てるように支援し、入床・起床も本人の希望に沿えるよう努めている。 | | |
| 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 | 本人や家族の要望を聞き、服を選んだり購入したりしている。家族と相談し、パーマ・カラーなど好きな髪型にしている。 | | |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 入居者様の出来る範囲で調理への参加を促し、盛り付けや配膳を一緒に行っている。入居者様の好みや希望を重視し、食事を作るようにしている。 | 配食業者が栄養士の献立による食材を配達し、事業所で調理している。盛り付けや配膳は可能な利用者と職員が一緒に行っている。週1回は自由食とし、すき焼きや焼き肉等利用者の好みに合わせ、買い物でさしみや好みの総菜も買って食事を楽しんでいる。 | |
| 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 | 管理栄養士の配食メニューが配達され、偏らない食事提供に努めている。毎食摂取量・水分量を確認して記録し、食事量の減少や脱水に注意している。 | | |
| 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、歯磨きを促し、毎晩義歯の洗浄を行っている。本人の要望を聞きながら歯科医の訪問診療も受けている。 | | |
| 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 | 尿意・便意の無い方に対して排泄のパターンを把握し、時間誘導を行い自力排泄を促している。また、表情や行動などから尿・便意を確認し、誘導を行っている。 | 日頃から利用者の排泄パターンを把握してトイレに誘導し、必要時に付き添っている。リハビリパンツやパッド使用の利用者が多く、おむつ使用の利用者はいない。利用者の状況に応じて排泄の支援方法を適宜見直し、排便チェック表に記録しながら排泄の自立を支援している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | | ○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 | なるべく下剤を使用せず排便が出来るように、食物繊維と水分補給が摂取できるように努めている。状態に応じ看護師に相談し、指示をもらっている。 | | |
| 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 | 本人から入浴のアセスメントをとり、希望を聞き好みの時間で入浴している。一般家庭と同じ雰囲気を保つように心がけ、毎日でも入れる環境を作っている。 | 利用者の入浴希望に合わせて毎日でも入れるように、午前・午後とも浴室使用の準備ができています。少なくとも週に2～3回は入浴できるよう心掛け、個々に沿った支援をしている。入浴チェック表で、身体の清潔保持の確認をしている。 | |
| 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 | 日中、居室での休息を希望される方には誘導を行っている。定期的に布団を干し、シーツ交換を行う事や居室の灯りの調整を行い、入眠しやすい環境提供できるよう努めている。 | | |
| 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 | 個々がどのような薬を飲んでいるか職員に周知するよう促し、症状の変化の確認に努めている。薬が変わった際には看護師より申し送りを行っている。服薬時には他職員と一緒に確認し、名前・日付・朝昼夕を声に出して確認している。 | | |
| 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 | 出来る家事は協力してもらい、得意なものを把握し家事援助をしている。また、買い物・散歩などに出掛け、気分転換を図っている。 | | |
| 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 | 買い物や散歩に誘い、一緒に出掛けている。家族と一緒に出かけるときもあり、月に1回は遠出の外出を計画し実施している。 | 年間計画で月1回以上は四季を楽しむ遠出や外出の機会をつくり、車いすの利用者も出かけている。また、週1回はスーパーへ買い物に行き、生活を楽しんでいる。買い物や遠出の様子はインターネットで紹介し、家族も安心して見守ることができている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 希望の入居者様にはお金を持ちたい気持ちを尊重し、家族の了承を得て、自己理解できる程度のお金を持っていただいている。また、外出などの買い物時には自身で払えるよう声掛け等を行い、支援している。 | | |
| 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 | 希望があれば電話の支援をしている。手紙を書いたり、年賀状などを書けるように支援している。 | | |
| 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 | 食事を楽しめる環境が作れるように、3食の調理へ参加してもらっている。季節を感じてもらえるよう、季節に合わせた飾り付けを行うことや、入居者様の要望に応じて照明・湿度・温度の調整を行うなど環境整備をしている。 | 居間等の共用空間は広くゆったりしており、居心地よく過ごせる構造になっている。臭気もなく温度や採光を調節し、庭や景色を楽しむこともできている。また、幼稚園児の大きな貼り絵が空間に和みを与えている。1階には歩行訓練用の平行棒が設置されており、利用者がリハビリに使用している。 | |
| 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 | 共用空間に、季節に合わせた飾りなどを一緒に作っている。ソファや畳のスペースを設置し、自分のくつろぐ空間が保てるようにしている。気の合う入居者同士、隣あわせの席に座るなどの工夫をしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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 | 使い慣れた家具や飾り物、時計・仏壇・寝具を使用している。出来る限り今まで住んでいた居室環境に近づけるよう努めている。 | 居室は広く、遠方の家族が簡易ベッドで利用者と共に過ごすことができる。ベッドとクローゼットと洗面台以外は、好みの家具や飾り物、仏壇などを持ち込み、その人らしさのある居室になっている。季節の衣替えは家族が協力し、独居の利用者は職員と一緒にいる。 | |
| 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 | 浴室・トイレなどに手すりなどを設置し、入居者様が使いやすい高さになっている。食事の際には踏み台を使用するなどして座位の調整を行い、正しい姿勢で食べれるよう工夫している。 | | |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|----------------|----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|
| 項目 | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 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 | 64 | 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回程度ある | | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが | | | ○ | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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

ユニット名: ゆず

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 各ホールに理念を掲示していつでも見えるようにしている。近隣の行事へ見学に行ったり近所を散策するなど、好みのことができるよう心掛けている。 | | |
| 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 | 近隣のスーパーに買い物に出かけ、レジの支払いや店員さんと話をしたり、近隣の住民と話すなど地域との交流が出来る限り出来るよう努めている。幼稚園の訪問や小学校の社会科見学などに利用してもらい、交流がある。 | | |
| 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 | 週1回地域交流室を開放し、「いきいき百歳体操」を近所の方と行っている。小学校等の社会科見学に施設を活用してもらっている。 | | |
| 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 | 行事・事故・入退去者・入院・防災の報告を行い、地域の代表、家族、市の職員等と意見交換し、情報交換している。 | | |
| 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 | 必要に応じ、事業係や福祉課等の各担当者を訪問し相談している。「いきいき百歳体操」では北部地域高齢者支援センターとの協力関係がある。 | | |
| 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 | 外部研修に参加してもらい、職員に内容をユニット会で報告して周知を促している。また定期的に資料を配布し注意している。 | | |

| | | | | | |
|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 7 | | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p> | <p>毎年外部の研修に参加してもらい、職員に周知を促している。また月に1度のユニット会を行い、話し合いの場を設けている。</p> | | |
| 8 | | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p> | <p>実際に成年後見人を立てている方の説明を職員にし、周知できるようにしている。また実際に成年後見人が訪問した際には、職員に紹介説明をしている。</p> | | |
| 9 | | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p> | <p>管理者から本人様・家族様に直接説明したり、説明の文章を送るなどして疑問点を尋ね、説明し納得できるように努めている。</p> | | |
| 10 | (6) | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p> | <p>意見箱を設置し、家族の意見を聞ける環境を作っている。家族会総会では家族だけで話せる場を設け、意見交換し質問に返答をしている。</p> | | |
| 11 | (7) | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p> | <p>ユニット会を開催し、意見交換をしている。ユニット会には代表・管理者も参加し、意見交換や報告等を行っている。</p> | | |
| 12 | | <p>○就業環境の整備</p> <p>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</p> | <p>勤務状況等を確認し、問題点を職員に確認しながら業務が円滑に行えるように環境を整備している。</p> | | |

| | | | | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 13 | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p> | <p>職員が順番に研修に参加でき、希望の研修があれば管理者に相談することで勤務調整し、参加できるようにしている。</p> | | |
| 14 | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p> | <p>外部研修に参加し、同業者と意見交換をしている。北部地域のグループホーム連絡会に参加し、同業者と情報交換をしている。</p> | | |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | |
| 15 | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p> | <p>入居前に事前面談を行い、生活歴や状況を把握し、本人や家族と話をし全職員が統一したケアを行えるようにしている。</p> | | |
| 16 | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p> | <p>初期段階で家族ともコミュニケーションを図り、不安に思う事や要望等を話し合う事で信頼関係を築くように努めている。</p> | | |
| 17 | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p> | <p>聞き取り調査を参考に職員と話し合い、検討しより良い支援ができるように努めている。</p> | | |
| 18 | <p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p> | <p>入居者様が「自分は必要とされている」と思えるようそれぞれできる作業を見つけ、実施していただけるよう声掛けし、皆が協力して生活していける関係を築いている。</p> | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 19 | | <p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p> | <p>月に1度家族あてに手紙を出し、日々の近況報告を行っている。面会時も精神面や体調面などを報告し、取り組みを伝えて家族も状態が分かるように努めている。</p> | | |
| 20 | (8) | <p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p> | <p>入居者様が希望される時は、電話を掛けたり手紙を書いたりしている。また散歩や買い物にて近隣の住民と会話をしたり、馴染みの関係や新しい関係を作っている。また、家族に昔の写真を持ってきていただき、話を聞く事で情報収集を行い会話に役立てている。</p> | | |
| 21 | | <p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p> | <p>入居者様の性格や出来ることなどを考慮し、座れる席や作業内容をその都度変更しながら会話する機会を作り、関わり合いを持てるよう支援している。</p> | | |
| 22 | | <p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p> | <p>サービス利用を終了した利用者様の家族とも、連絡・相談できるように努めている。</p> | | |
| 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) | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p> | <p>入居者様が安心して無理なく生活できるように、体調変化などその都度申し送りをするなど、情報を共有している。意思疎通が難しい方は、日々の動作や家族から情報をもらい思いを汲み取るようにしている。</p> | | |
| 24 | | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p> | <p>本人の生活歴や環境を、本人または家族や知人から情報を収集し、今までの生活の様子を把握できるよう努めている。</p> | | |

| | | | | | |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 25 | | <p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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</p> | <p>日々の生活から一人ひとりの出来ること、出来ない事の把握・理解に努め、職員間で情報交換を行っている。</p> | | |
| 26 | (10) | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | <p>職員で情報を共有し、意見交換を行うとともに本人・家族の意見・要望を取り入れた介護計画を作成し、定期的に見直しを行っている。</p> | | |
| 27 | | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p> | <p>職員間で情報を共有しながら実施し気づいた事があった際、また入居者様に変化があった際は介護計画の見直しを行っている。</p> | | |
| 28 | | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p> | <p>医療連携体制を活かし、入居者様にとって負担となる受診や入院の回避、入院時は退院支援室等と連絡を行うようにしている。また、訪問理容や栄養バランスを考え、配食サービスを利用している。</p> | | |
| 29 | | <p>○地域資源との協働</p> <p>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</p> | <p>地域の幼稚園・小学校・高校と交流が行えるよう、運営推進会議などで情報を収集し支援している。</p> | | |
| 30 | (11) | <p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p> | <p>入居前からのかかりつけ医に継続して受診している方もおり、必要に応じて希望の病院受診を行える体制を取っており、状態や家族の要望に応じて職員が同行している。</p> | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 31 | | <p>○看護職との協働</p> <p>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</p> | <p>入居者様の状態を看護師に報告・相談し、変化がある場合は24時間体制で相談し指示が得られるようにして、入居者様に安心して過ごしてもらえるよう支援している。</p> | | | |
| 32 | | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>入院時には情報を提供し、日頃の状態を電話連絡や直接入院先へ出向いて担当看護師や医師等と家族の意向を含めて話し、地域連携室等と連絡をとっている。</p> | | | |
| 33 | (12) | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p> | <p>入居者様、家族様に「重度化した場合における対応に関する指針」を説明し、同意を得ている。医療と24時間体制での連携を確保し支援している。</p> | | | |
| 34 | | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p> | <p>緊急時の対応マニュアルや、緊急時のフローチャートをいつでも見える場所に掲示し、迅速な対応が出来るようにしている。また、看護師より対応についてケースに合わせ打合せをしている。</p> | | | |
| 35 | (13) | <p>○災害対策</p> <p>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</p> | <p>夜間・日中を想定し、防災避難訓練を定期的実施している。また、隣接している有料老人ホームの職員とも協力し実施している。</p> | | | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | | |
| 36 | (14) | <p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p> | <p>入居者様と接する場合、目線を同じ高さに合わせ表情を見ながら傾聴し、その方が笑顔で過ごして頂けるように努めている。</p> | | | |

| | | | | | |
|----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 37 | | <p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p> | <p>本人が決めることを大切にし、本人希望の飲み物、食事内容の選択、趣味や運動が出来るようにしている。</p> | | |
| 38 | | <p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p> | <p>入居者様のペースを保ち、可能な限り共同生活の適用に心がけ、1日の流れが保てるように支援し、入床・起床も本人の希望に沿えるよう努めている。</p> | | |
| 39 | | <p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p> | <p>本人や家族の要望を聞き、服を選んだり購入したりしている。家族と相談し、パーマ・カラーなど好きな髪型にしている。</p> | | |
| 40 | (15) | <p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p> | <p>調理への参加を促し、盛り付けや配膳と一緒にしている。週1回の自由食では入居者に希望を聞き、一緒に献立を考え自身で食べたい物を選び、楽しみの支援をしている。</p> | | |
| 41 | | <p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p> | <p>管理栄養士の配食メニューが配達され、偏らない食事提供に努めている。毎食摂取量・水分量を確認し記録して食事量の減少や脱水に注意している。</p> | | |
| 42 | | <p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p> | <p>毎食後、歯磨きを促し、毎晩義歯の洗浄を行っている。本人の要望を聞きながら歯科医の訪問診療も受けている。</p> | | |
| 43 | (16) | <p>○排泄の自立支援</p> <p>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</p> | <p>尿意・便意の無い方に対して排泄のパターンを把握し、時間誘導を行い自力排泄を促している。また、表情や行動などから尿・便意を確認し誘導を行っている。</p> | | |

| | | | | | |
|----|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 44 | | <p>○便秘の予防と対応</p> <p>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</p> | <p>食物繊維・乳製品、また水分摂取を促している。看護師に報告し、状態や運動方法について相談している。</p> | | |
| 45 | (17) | <p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p> | <p>本人から入浴のアセスメントをとり、希望を聞き好みの時間で入浴している。一般家庭と同じ雰囲気を保つように心がけ、毎日でも入れる環境を作っている。</p> | | |
| 46 | | <p>○安眠や休息の支援</p> <p>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</p> | <p>日中、居室での休息を希望される方には誘導を行っている。定期的に布団干し、シーツ交換を行う事や、居室の灯りの調整を行い入眠しやすい環境提供できるよう努めている。</p> | | |
| 47 | | <p>○服薬支援</p> <p>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</p> | <p>個々がどのような薬を飲んでいるか職員に周知するよう促し、症状の変化の確認に努めている。薬が変わった際には、看護師より申し送りを行っている。服薬時には他職員と一緒に確認し、名前・日付・朝昼夕を声に出して確認している。</p> | | |
| 48 | | <p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p> | <p>出来る家事は協力してもらい、得意なものを把握し家事援助をしている。また、買い物・散歩などに出掛け気分転換を図っている。</p> | | |
| 49 | (18) | <p>○日常的な外出支援</p> <p>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支援している</p> | <p>買い物や散歩に誘い、一緒に出掛けている。家族と一緒に出掛けるときもあり、月に1回は遠出の外出を計画し実施している。</p> | | |

| | | | | | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 50 | | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p> | <p>希望の入居者様にはお金を持ちたい気持ちを尊重し、家族の了承を得て、自己理解できる程度のお金を持っていただいている。また、外出などの買い物時には自身で払えるよう声掛け等を行い、支援している。</p> | | |
| 51 | | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p> | <p>希望があれば電話の支援をしている。手紙を書いたり、年賀状などを書けるように支援している。</p> | | |
| 52 | (19) | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p> | <p>食事を楽しめる環境が作れるように、3食の調理へ参加してもらっている。季節を感じてもらえるよう季節に合わせた飾り付けを行うことや、入居者様の要望に応じて照明・湿度・温度の調整を行うなど、環境整備をしている。</p> | | |
| 53 | | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p> | <p>共用空間に、季節に合わせた飾りなどを一緒に作っている。ソファや畳のスペースを設置し、自分のくつろぐ空間が保てるようにしている。気の合う入居者同士、隣あわせの席に座るなどの工夫をしている。</p> | | |
| 54 | (20) | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、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</p> | <p>使い慣れた家具や飾り物、時計・仏壇・寝具を使用している。出来る限り今まで住んでいた居室環境に近づけるよう努めている。</p> | | |
| 55 | | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p> | <p>浴室・トイレなどに手すりなどを設置し、入居者様が使いやすい高さになっている。食事の際には踏み台を使用するなどして、座位の調整を行い正しい姿勢で食べれるよう工夫している。</p> | | |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|----------------|----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|
| 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 | 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. 利用者の2/3くらい | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらい | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 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 | 64 | 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回程度ある | | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | ○ | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが | | | ○ | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 66 | 職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12) | ○ | 1. ほぼ全ての職員が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | ○ | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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、安心して暮らせている (参考項目:28) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が | | | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. ほとんどできていない |