

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 | 2271100791 | | |
| 法人名 | 有限会社ライフケアセンターよつば | | |
| 事業所名 | グループホームはづき | | |
| 所在地 | 静岡県沼津市東間門616-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成 29年 1月 31 日 | 評価結果市町村受理日 | 平成 29年 4月 3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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|-------------------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人静岡県介護福祉士会 |
| 所在地 | 静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階 |
| 訪問調査日 | 平成 29年 2月 23 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)】

高齢化が進み、現在は9名中5名が90を超えている。身体能力も認知症もかなり進んでおり、出来る事が少なくなっている。そんな中でどんな小さな事でも何か出来る様、「場作り」を心掛けている。
レベルが下がってもその中で自立したものを残していく。
理念にもあるように縁があって同じ空間、同じ時を過ごすのである。楽しい一日でありたい。会話を大切に、時にはケンカしたり、でも笑顔の絶えないホームでありたい。

【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)】

事業所独自の理念を職員で話し合い『縁あって共に過ごす時間が笑顔だったらもっとうい』と掲げている。職員一人ひとりが意識し、同じ時間を共有する事の大切さを感じている。職員は、利用者との会話を多くするように心がけ明るい雰囲気を作られている。職員同士が意見を言い合える環境にあり、利用者の支援方法を日々話し合っている。事業所では、天気に関係なく外出する機会を設け、年間を通じて社会的交流の機会が作られている。毎日立ち寄る店舗では、利用者が座る場所を提供してくれ、顔の見えるお付き合いが出来ている。また、手作りの焼き釜を活かしてピザ作りやBBQなど食を通じて楽しむ機会を積極的に取り入れている。

funnikideaxtuta

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、活き活きと働いている (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 | 前回の外部評価の時の助言もあり、皆で理念を出し合って新しく決めた。言葉通り利用者、職員が共に過ごす時間が充実かつ楽しいものになるように心掛けている。 | 職員よりアンケートを取り、投票や話し合いを繰り返しながら独自の理念が作られている。理念には仕事の時間も自分達の人生の時間であるという意識を持ち、同じ時間を笑顔で過ごしていきたいという思いが込められており、意識化されている。 | |
| 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 | 近所の方とは今まで通りよい関係を続け、地域全体はお祭りのお菓子配りで存在を知ってもらい、毎日の買い物は近所の八百屋、ガソリンスタンド、コインランドリーなど利用して交流している。無理せず少しずつ広げていきたい。 | 地域行事の夏祭りでは、神輿を行う子ども達にお菓子配りを事業所が継続して行っており定着している。道路からは目立ちにくい立地である為自ら地域に出て行く事で、年数をかけて近隣の店舗や住民と顔なじみの関係が作られてきた。地域住民の見守り役としても協力している。 | |
| 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 | 毎日行っている八百屋では、ある程度理解してくれておりあまり手を出さずに見守ってくれる。お菓子や果物など出してくれ、座るスペースを作ってくれている。 | | |
| 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 | 毎月出すお便りに写真などで見てもらったり、GH協議会で報告、意見を求めたりしている。運営推進会議でも話し合いの回を設けている。 | 日常の写真を使って活動報告をしたり、実際の調理場面に参加して頂き、事業所の様子を見る機会として運営推進会議を活用している。また、地域の情報を共有する場となっている。 | 家族や職員に運営推進会議に出席していただいておりますが、欠席された職員にも家族会議の内容を全体で共有し、サービス向上に繋げていくと良いでしょう。 |
| 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 | 担当者が変わるとホームへの関わり方も違う。ここのところ運営推進会議への参加はないがGH協議会への参加は積極的で、聞きたいことや市への不満なども話し合っている。 | 市に対して会議などの参加依頼、事故報告書の提出、介護認定に関する相談等を行っているが、会議への市担当者の参加はない。包括支援センター職員とは、相談できる関係性が作られており、会議の参加協力も得られている。 | |
| 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 | 認知症が進み、今までは外に出なかつた人が出たりして警察に頼んだり探すことがあった。座っていてなどそのつもりはなくても拘束へつながっていく言葉の拘束の怖さなど常に気をつけたい。 | 離設のリスクが高い人もおり、時間を決めて玄関センサーを利用している。また、玄関の施錠もむやみに行わず、職員や家族と情報を共有しながら取り組んでいる。散歩の際には同じコースを歩く事で、利用者自身が認識しやすい様に習慣化を活かした対応の工夫がある。 | |
| 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 | 絶対にあってはならない事であるし、一つひとつ確認している。些細な事から発展しないように気をつけている。 | | |

| 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 | 成年後見人制度を利用している利用者が一人いる。以前一人いた為、安心できる部分、不安な部分など勉強になっている。上手に活用していきたい。 | | |
| 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 | 説明出来ていると認識している。 | | |
| 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 | コミュニケーションを図り言い合える関係作りが大事だと、日頃から来所した時には様子を話したり要望を聞くように努めている。家族の思いをくみ取れる関係を築いていきたい。 | 『利用者が思いを伝えられる時に意見を聞く』事を意識しており、言葉で伝えられなくても、希望に合わせた暮らしが継続できるように活かされている。また日頃の会話から聞き取った事は、申し送りノートにて共有している。家族とは、面会時やお便りにコメントを書くなどして意見を聞いている。 | |
| 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 | 申し送りノートなどの活用により意見を書いてももらったり、普段から言い易くなるよう、小さい決め事でも何人かと話して決めている。職員が受け身になりがちなので気を付けていきたい。 | 朝礼の際に職員より直接意見を聞いたり、個別面談(不定期)を行うなど、意見が言いやすい環境となるよう努めている。決定事項は、申し送りノートで伝達している。月1回のカンファレンスにおいて職員から出された提案について意見交換を行っている。 | |
| 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 | 努めている。定期的に顔を出して管理者、職員に声をかけて把握している。 | | |
| 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 | 社内研修はカンファレンス時、資料を順番に作成し回覧している。毎日の勤務をこなす事で精一杯で講習、研修には行きたがらない。資格を取る事にも消極的である。少しずつ進めていきたい。 | | |
| 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 | している。GH協議会、地域ケア会議など出来る限り出席する様にしている。その他GHも見学させてもらったり、困った時お互いに話し合ったりしている。 | | |

| 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 | 努めている。コミュニケーションを一番に考えて本人が安心感を持つようにしていく。同時に家族ともコミュニケーションを取りさらに細かい情報を得る様に心掛けている。 | | |
| 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 | 努めている。本人と同様に安心感を持ってもらえるように、会話を大切にしている。 | | |
| 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 | 本人が判断出来ない事も多く。家族にはここでの暮らしをよく説明し本人の意向に添っているのかを重要としている。GHの生活が本人にとって合わない時は他の利用も視野に入れている。 | | |
| 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 | 自分の家ではない事は大体の人は分かっている。常に[してもらう]という受け身の依頼心は強い。常に共に生活していくことに意識を持ってもらうよう、一緒に考えて決めたり教えてもらったり場作りをしてゆく。 | | |
| 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 | 家族は入所すると自由には出来ないと思っている人も多い、本人はGHIに住むことになったが自由にどんどん連れ出したり、家に泊まったりGHを利用して欲しいと伝えている。会話の中にも家族の名前を出し忘れない様にと思っている。 | | |
| 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 | 来所した時居心地の良い雰囲気作りに努めている。またいつでも来てほしい事も伝え送り出している | 近所の人や昔からの友人の面会は、希望に合わせて対応している。場合によっては、馴染みの美容院に行ったり、地元をドライブする事もある。利用者の不利益になりそうな時は、家族等に確認をするなど面会にも配慮している。 | |
| 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 | 認知症の度合いもあり難しい利用者もいるが、自然な関わりが出来る様、席を考えたり、時には職員が意図的に入ったりして支援している。 | | |

| 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 | 亡くなったの退所が殆どなので、それきりになる事が多いが中には遊びに来てくれる人もいる。スーパーで買い物をしていると声をかけてくれる人もいる。 | | |
| 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 | 生活の中で本音を言える関係作りをし、本人の気持ちを把握できるよう努め自分の意思を示すことが困難になっても本人本位になるよう努めている。 | 日頃より、本当の思いが何かを聞き取るように努め、困難な時は、今までの生活から利用者側に立って思いを引き出すような支援を行っている。しかし、職員の持つ情報が、アセスメントとして積み上げられておらず、課題整理や評価に活かされていない。 | 計画書作成にあたり、課題の抽出は、アセスメントが根拠となってきます。情報は、アセスメントへ落とし込み、分析を行う事で、現状に即した計画となります。職員全体で取り組まれる事を期待します。 |
| 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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 本人との会話の中から聞き出したり、家族からも情報を得て今までの暮らしと大きく変わらないように努めている。ただ最近は一人居る人も増え家族が分からないという事も少なくない | | |
| 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 | 会話、行動のひとつひとつを皆で把握するように努めている。特変、気になる事、報告など申し送りノートに書き入れ共有している。 | | |
| 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 | 概ね1ヶ月に一度のカンファレンスで話し合いをしている。その時々で必要であれば話し合っている。家族にも来所した時など利用して話し合う。 | 計画に対してカンファレンスを行っているが、モニタリングについては継続・終了のみの記載が多く具体的な内容は示されていない。計画書は追記を行いながら更新されている。家族とは来所時に説明し、意見を聞いている。 | |
| 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 | 毎日の個別記録、申し送りノートなど共有している。どんな小さな事でも書き入れるようにしている。書き入れる事が重要であるが、職員によっては出来ていないので徹底していきたい。 | | |
| 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 | 出来る限り対応していきたい。家族にはホームに入っても自由にして欲しいと伝えられている。 | | |

| 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 |
| 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 | 生活していく上で出来るだけ、地域の中で探し活用する様に努めている。 | | |
| 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 | かかりつけ医の継続は家族の協力が必須であるがなるべく続けている。協力医も風邪など突発的には診てくれ、二週間に一度の往診に来てくれる。 | 協力医がかかりつけ医となっており、月2回の往診を行っている。発熱時や体調不良時には、随時往診が受けられる。入所以前からのかかりつけ医を継続する場合は、家族が受診対応を行っている。同系列施設の看護師が訪問し、連携を取りながら健康管理を行っている。 | |
| 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 | 同系列の看護師が概ね一週間に一度来てくれる。協力医との連絡を取り把握している。困った時は相談している。 | | |
| 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。 | 最近の大きな病院は看護師の担当が決まっているので相談しやすい。入院後病状が不安定な人がいたが少しの間訪看を入れてくれた。その後も心配を訴えたと切ることなく期間を長くしてくれ、受診している。悪化すればすぐ入院させてくれる。一例であるが安心感が大きい。 | | |
| 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 | 家族とは早い段階から話し合いを持っている。ホームでの看取りを決めた時も、協力医は協力的に動いてくれる。同系列の看護師も点滴や相談にのってくれている。夏に看取ったが娘の希望で最期を一緒にとのことでホームに泊まり希望通り看取る事が出来た。 | 入所時に重度化した場合の対応について説明し、状態の変化があるたびに家族と話し合いを行っている。看取りについては、家族の希望を聞き、ホームのできることを伝えて検討している。協力医と相談し体制は整えているが、医療的処置により設備面で対応が困難になる場合は、同系列の施設を案内するなど方向性を決めている。 | |
| 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 | マニュアルを置いたり、現在の入居者の状態で起こりうる事を話したり、起こった時も反省点など考え話し合っている。 | | |
| 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 | 避難訓練を定期的に行っている。高齢化と共に一人暮らしの方が増えている。声掛けはしているものの具体的にはしていないので考えていきたい。夜間を想定した訓練も実践していきたい。 | 災害対策としてマニュアルを作成し、非常食や水の確保はされている。消防署への通報訓練・消火訓練を年2回に行っている。今年度は、土砂災害についてのマニュアルが追加された。地域は、高齢化が進んでおり協力は難しいところもあるが、救援物資などは避難所に申し出ている。 | 火災の訓練は、定期的に行われているが地震や風水害を想定した訓練が行われていません。マニュアルの見直しをしながら職員への周知をするとともに地域の災害時の取り組みを知るとより良いでしょう。 |

| 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 | 認知症が進んでくると上から言うような指導者のような声かけになっている時がある。親しみのある対応は大切だが考えながら行動したい。 | 環境面でのプライバシーの配慮はされている。カンファレンスの時、声掛けや人格を尊重した対応について話し合いを行っており、申し送りノートで伝達している。また、個別でもその都度話し合い、意識付けを行っている。 | |
| 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 | 自己決定の場面作りは些細なことでも作るように心掛けている。本人が自然にしていることに対してはあまり制止せず見守る様に努めている。 | | |
| 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 | ある程度一日のペースは決まっているが、その中で一人一人のペースを大切にしている。 | | |
| 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 | 化粧の習慣がある人には継続していく支援を。ヘアカットは訪問美容を利用している。行きつけの美容室にパーマ、カットに家族が連れて行ってくれる人もいる。 | | |
| 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 | 何が食べたい？と聞いても何でもいいよと消極的。答えられないという理由もあるかもしれない。好きなおかずはペロッと食べるなど様子を見て決めている。常に利用者中心に食事作り、配膳、片付けをしている。ホットプレートを活用し出来ていく楽しみを話したり、小さな事でも参加する場づくりをしている。 | 日頃の会話から、食べたいものを聞いたり、食べ物の好き嫌いを把握してメニューを決めている。食事の準備から野菜を切ったり、盛り付けや片付けなど出来ることは一緒に行っている。環境を活かしてピザ作りやBBQ等、食べる楽しみを感じられるよう支援している。 | |
| 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 | 水分は特に気にかけている。食事の偏りがある時は時間をおいて促したり、細めに補食をし、時には医師や看護師に相談し経口栄養などを利用する時もある。 | | |
| 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 | 一か月に一回の歯科往診がある。促せば出来る人、一緒にやれば出来る人、それぞれに合わせて支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 高齢化、認知症が進み日々状態が変わっている中、様子を見ながら対応している。小さな事でも自立した部分を残すよう努めている。夜間トイレに出て来なくなり尿失している人は以前出て来ていた時間にトイレに起こして様子を見ているなど。 | 認知症の進行や健康状態により、排泄パターンは変わるが、低下する前の排泄の時間を基準にその人に合った介助方法を行っている。なるべくおむつは使用せず、トイレで排泄できるよう対応している。 | |
| 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 | 基本的に食事、水分の摂取量を常に気にかけるように努めている。漢方薬、牛乳を毎日飲んでいる人もいる。出来るだけ自然に、オリゴ糖を取り入れたりしている。 | | |
| 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 | 時間帯は決まっているが、柚子湯にしたり入浴剤を変えたりその中でゆったりと入浴出来る様努めている。拒否する人には時間をおいてから誘ったり、午後をしたり、翌日にしたりと無理強いないようにしている。 | 午前から入浴を実施。バラやゆずなど使って季節感を出し、ゆっくり入浴出来るように工夫している。現在、毎日入浴の希望はないが、3日に1回入浴できるように対応している。拒否する方に対しては、時間をおいて誘い入りやすい状況にしている。 | |
| 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 | 夜はホーム全体を夜の雰囲気作りに努めている。良い眠りにつけるよう充実した日中を過ごすよう気を付けている。冬は湯たんぽを皆大変喜んで。現在は皆、困るほどよく眠っている。 | | |
| 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 | 服薬中の薬のファイルを作り皆で把握する様にしている。手渡しする人、袋から出して手にのせ飲み込みまで確認する人などそれぞれの状態に合わせて支援している。 | | |
| 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 | 会話の時間を大切にし何気なく言った事も拾い上げ、出来る限り支援し楽しい時間を作っていきたい。本人がやったり、やろうとしている時は邪魔をせず、継続出来る様支援している。自分も参加している、必要とされているという気持ちを感じられる生活にしたい。 | | |
| 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、行事などで出かける機会を多くする様に努めている。お茶の時間など出来るだけ日光浴も兼ねて外でする様にしている。家族にも食事や外出など自由にして欲しいと積極的に勧めている。 | 天気に関わらず、毎日外出する機会を設けている。晴天日はお茶を飲んだり、みんなで散歩に出掛け、雨天時でも近所のスーパーへ買い物する等地域交流の機会となっている。家族と外食に出かける事も自由に行えており、年間通じた外出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 | 基本的には事務所で預かっているが、持っている人もいる。自由に使えると話しても言ってくる人は殆どいない。買い物時お金を払ってもらう人もいる。以前本人のおこずかいを数えてもらったが数えられない人もいたので、繰り返しやっていきたい。 | | |
| 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 | 子供が遠方におり、定期的にかけてくる電話を受けている利用者がいる。荷物が届いた時は必ず電話をしている。名前は毎日書いてもらっているが文字を書けなくなっている。本人の状態により色々な形を考えていきたい。 | | |
| 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、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 | 共用部分は季節を意識して飾っている。最近の行事の写真の大ききして貼り、会話の中に入れていく。季節の花も意識してテーブル、周りに飾っている。整理整頓は少しずつであるが改善されている。テラスは修理、少し広げる予定。 | ひな祭りなど季節に合った物が飾られている。行事などの写真が玄関や共有スペースに貼ってあり、会話の一つとなっている。施設全体に木材が多く使用されており温かみを感じられる。居間と台所は同じフロアにある。浴室やトイレなど十分な空間であり動きやすい環境である。 | |
| 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 | 基本的に席は決まっている。自分の席が分からない人もいるが、ソファに座ったり、玄関の方には椅子を置いてあるため涼んだり休んだりしている。TVを観て笑いあったりしている人たちもいる。 | | |
| 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 | 自分の使い慣れた物を持ってきても良いとしているが、持って来る人は少ない。家族と職員とで配置するのが殆どだが、その後は本人が居心地よく過ごせる様、本人が分かる時は相談している。 | ベッドやタンスは、昔から使い慣れた物を持ってきている。部屋には、写真や小物が飾られ、その人が過ごしやすい雰囲気を作っている。入口にも写真や花を飾ったり、新聞受けを用意するなど個々に工夫をされている。 | |
| 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 | 必要に応じて手摺をつけ、建物全体はバリアフリーになっている。居室には名札をつけ、家具の配置を本人の身体の状態により変えることもある。 | | |