

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 | 1270901885 | | |
| 法人名 | 医療法人 沖縄徳洲会 | | |
| 事業所名 | グループホームなしの郷 | | |
| 所在地 | 千葉県船橋市大穴 7-22-2 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年2月16日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年5月18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)】

四季を通じての行事に積極的に取り組んでいる。
限られた環境の中での生活で季節の移り変わりを認識してもらうことを表現することにより、生活環や季節感をよみがえらせることが狙いである。

※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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|-----------------|
| 評価機関名 | 特定非営利法人ACOPA |
| 所在地 | 千葉県我孫子市本町3-7-10 |
| 訪問調査日 | 平成23年2月24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)】

(医)沖縄徳洲会が当地域に医療のみならず充実した介護サービスを提供する目的で、平成15年に老健等に隣接して開設したグループホームである。職員の定着が良く、面会見の良い管理者や、看護・介護に精通した顧問のもとで、以心伝心チームワーク良く家庭的なホーム運営が行われている。本年度は5名の新しい入居者を迎え、融和に気を配りながら生活の中にそれぞれの役割を持たせて、本人本位の生活が継続できるように支援している。採光や照明にも配慮した広く明るく開放的なホームで、母体の医療法人や隣接の介護施設と連携して安心と安らぎのあるサービスの提供に努めている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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ます (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、安心して暮らさせている (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 | 「入居者個々の人権を尊重し日々その人らしい暮らしが送れるよう、利用者の個別性を重視したケアの提供」を理念とし、すべてのスタッフが共有実践し、更なるQOLの向上を図っている。 | 理念はホーム開設後間もない頃にスタッフ間で話し合って作り上げたものである。わかり易く玄関に掲示して、困難に直面すると常に理念に立ち返って介護の実践に努めている。 | |
| 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 | 同一敷地内の老健施設と行事を通しての交流が日常的に行なわれている他、町内会の住人として社会福祉協議会を通して年間行事等に声をかけていただき参加し交流を図っている。 | 同一敷地内の老健のホールに地域のボランティアの来訪が多く、一緒に参加して交流を深めている。また、運営推進会議に地域の関係者を招いたり、市内の看護専門学校や福祉専門学校の研修生を毎年積極的に受け入れる等、地域との良い関係を作っている。 | |
| 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 | 定期的に地域のミニデイに参加し血圧測定、健康管理、リハビリ体操の他グループホームや認知症を理解するための講話を行なっている。 | | |
| 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 | 22年度の目標として運営推進委員会への積極的な取り組みを掲げ年間6回の開催が実現、内容的にも現時点で抱えている問題点を優先テーマとし各々の専門的立場からのアドバイスを心得てケアサービスに反映させている。 | 本年度から運営推進会議を年6回、日にちを決めて開催している。毎回、家族代表・地域包括・地区社協・民生委員などの参加を得ており、内1回は会議終了後入居者・家族・スタッフも一緒になって手作りの料理で会食し、交流を深めている。 | 本年度のホームの課題として年6回の運営推進会議を開催し、関係者の理解を深めた。引き続き継続実施により充実されることを期待したい。 |
| 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 | グループホーム連絡会が定期的に行なわれ高齢者福祉課及び介護保険課の職員が必ず出席し伝達事項や質疑応答等、意見交換の場が設けられている、又講師を招いての研修会が行われケアサービスに活かされている。 | 顧問が昨年まで船橋市グループホーム連絡会の副会長を務め、行政とも協力して市内グループホームの発展に力を注いで来られた。現在も連絡会の諸行事には毎回参加して、行政関係者とも交流を深めている。 | |
| 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 | 身体拘束は人権侵害であることを全職員が認識しており、身体拘束のないケアに取り組んでいるが、入浴時と夜間は人員的に見守りが万全に出来ない等の理由から家族の同意をえて玄関の施錠を行なっている。 | 県の身体拘束排除の研修には毎年積極的に参加するとともに、受講後はホーム内で伝達研修を実施して身体拘束をしないケアに努めている。 | |
| 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 | 虐待は絶対にあってはならない行為として全職員が認識している、言語による虐待もかたく禁じ虐待防止に努めている。 | | |

| 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 | 老老家族、独居、家族が遠隔地等必要性が増えつつある、成年後見人制度によって認知症高齢者の権利が擁護されると学ぶ、必要性が生じた際には活用を勧めたい。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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 | 運営規程、重要事項説明書、契約書を各2部作成し説明を行い理解・納得の上、署名捺印をし相互で1部ずつ所持する。 | | |
| 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 | 常に全職員が利用者、家族の立場に立って家族からの意見や要望等に耳を傾け、生活上問題となる事項について職員間で検討し、必要に応じ家族にも加わってもらい結果を記録に残し運営会議等で公表し解決策の糸口になっている。 | 職員は家族来訪時にはホームでの生活の様子を詳しく話すとともに、家族の希望や要望にも耳を傾けている。運営推進会議でも、行事等について家族の希望を確認したり、ホームの運営上の悩みを投げかけ、話し合ったりもしている。 | |
| 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 | 日常的に業務に関する話し合いの場を設け職員から業務上改善したい事、提案事項等の意見を出し合い業務に反映させているが全員参加はシフト上困難なので当日不参加の職員には必ず伝達するように徹底させている。 | 全体の定例会議が開催できない事情があるので、毎日の引継ぎ時のミーティングを重視している。また、日々の業務を通じて各ユニットの管理者が職員の意見を受け止めており、訪問調査時に面接した職員からも働き易い職場との声が聞かれた。 | 職員の入れ替わりも少なく円滑な運営が行われているが、今後職員の世代交代も予想されるので、定例会議を開催し、課題の共有や研修などの仕組み作りを期待したい。 |
| 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 | | | |
| 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 | 内外の研修を始めインフルエンザ・ノロウイルス等の感染期には特に集中してくり返しトレーニングを行なっている、研修を受けられない者については伝達し全職員が知識を共有するように指導している。 | | |
| 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 | 定期的と同業者との交流があり勉強会や情報交換を行ないサービスの向上を図っている。 | | |

| 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 | 住み慣れた家や家族との別れ、環境の変化に戸惑う混乱の初期状況から自分の居場所として安心できるよう本人の情報を手がかりに時間をかけて見守り、傾聴等で精神的安定を図り信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | 利用者同様家族の心理状態は想像を越えるものと察します、家族にしか分からない部分を理解することは初期において限界がありますが、本人家族の潤滑油となって支え信頼関係が持てるよう努力している。 | | |
| 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・家族の要望を重視しながら何が一番困っているか、出来ないのか、優先順位を見極めながら欲張らずに本人の自尊心を尊重した対応を心がけている。 | | |
| 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 | 職員は利用者を介護される人と捉えずに共に生活する人と捉え家族の一員として行動を共に暮らすことで信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | 家族と離れて暮らす孤立感を少なくし本人と家族と一緒に過ごせる機会(年間行事等)に声かけし絆を深めるようにしている。 | | |
| 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 | 入居に際して得た情報を駆使しその人の一番輝いていた時代に焦点を合わせ話題に取り入れての記憶への働きかけで環境の変化をカバーしたり家族や知人の面会時間は居室でゆったり過ごしてもらい好物の持ち込みなども適量を許可している。 | 利用者・家族からの生活歴の情報を基に馴染みの関係を把握し、ホームでも継続できるよう支援している。ホーム内には公衆電話も設置されており、電話をする方や、隣接のデイサービスでの生け花や書道等に参加する方も多く、馴染みの方との交流を図っている。 | |
| 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 | 長期に生活を共にする入居者同士が馴染みの関係を保ち孤立を防ぐためスタッフ間での情報を蜜にし調整支援している。 | | |

| 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 | 契約終了後も家族との交流を通して得た情報に応じたアドバイス等で家族の精神的負担を軽減させる支援を心がけている。 | | |
| 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 | 入居当初「希望の処方箋」という書式のものに家族の本人に対する思いや希望を自由に記入して頂き把握してきたが長年利用されている利用者の状況も変わってきており新たにアセスメントの見直しを始め各担当者が中心に本人に見合った内容を検討している。 | 入居時「希望の処方箋」に利用者と家族の思いや希望を記入してもらい、職員間で情報を共有している。また、利用者毎の居室担当職員は日常の会話や仕草から利用者の思いを把握し、詳細なアセスメントを行いケアに臨んでいる。 | |
| 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 | 利用者のこれまでの暮らし方や生活習慣を「生活史」の書式に記載してもらい参考にしている。 | | |
| 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 | 出来る事、できない事を見極め残存している機能を活かした暮らし方を大切にしている。 | | |
| 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 | 利用者が安全で安心して暮らすため居室担当スタッフを中心に定期的、もしくは支障が生じた際にモニタリングを行い本人に見合った介護計画を立案、家族本人の意向を反映させた援助計画を作成し説明、同意を得て実践している。 | モニタリングは毎月介護支援専門員と居室担当スタッフが行っている。見直しが必要な時には見直しシートに記入しケア会議で話し合い、介護計画の変更を行っている。計画を変更した時は家族に説明し同意を得ている。 | |
| 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 | 業務日誌、個人記録、連絡簿に1日の生活状況を明記し各々の情報を共有し実践や援助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 | 本人や家族に対し思入れや要望が満たされるよう働きかけ利用者の正しい情報を把握しそれに対して的確なアドバイスを行なっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 地域のボランティア団体による日舞や演芸が定期的に行なわれ(隣接老健施設)一緒に観劇が出来る楽しみ事として支援している。 | | |
| 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 | 母体である医療施設と24時間体制で連携している、緊急時の対応については職員対応で家族負担の軽減をはかり事後報告で家族に同意を得ている他往診制度も導入されて居り配薬も可能、現在全利用者が利用しているが、一部の方がメンタルクリニック受診を併用されている。 | 入居前からのかかりつけのメンタルクリニック受診を併用している利用者もいるが、全利用者が24時間の支援体制がある母体の千葉徳洲会病院の医師を主治医としている。緊急時は隣接の老健の看護師のサポートも受けられ、安心して適切な医療を受けられる環境にある。 | |
| 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 | 看護師が在籍、日々のバイタルチェックを始め利用者の異変等の情報を逐一伝え指示をうける体制が整っている、看護師は24時間連携可能であり状況に応じて適切な対応をおこなっている。 | | |
| 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。 | 入退院に際しては連携病院と往診制度が導入されており受診から退院に至る課程まで往診部を通じて行なわれ常に連携は保たれている | | |
| 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 | 重度化及び終末期の指針について入居時に文書で説明、同意を得ているが、万一同のような状況を事前に予測できる場合は再度、構成されている主要メンバーと家族とで終末期に向けた方針について話し合い事業所でできる内容の説明を行い最終的には病院で終末期を迎えられるよう配慮し各々が共有している。 | 入居時には「重度化及び終末期についての指針」を説明し、できる限りホームで対応するが、最終末期は母体の病院で迎えることで同意を得ている。昨年は重度化した入居者が多く、家族・職員間で終末期に向けての話し合いを重ねた。 | |
| 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 | 利用者の急変や事故は予告なしに突如発生する事を職員は常に視野に入れ万が一に備えて応急処置や知識についてマニュアル化し勉強会や訓練で定期的に学習し緊急時に備えている。 | | |
| 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2回定期的に併設老健施設との協力体制下で昼・夜を想定した災害訓練を消防関係者の指導を受けて実施している、消防署への連絡、初期消火、避難訓練及び地震による家具の転倒防止等のほか非常食の備蓄、災害に備えての知識を身につけている。 | 年2回定期的に消防署の指導を受けて災害訓練を実施しており、昨年スプリンクラーの設置工事も完了した。非常食の備蓄も確保しており、隣接の老健施設との・避難誘導・夜間災害時等の協力体制もできている。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者一人ひとりの認識の違いを否定せず相手が感じている状況に逆らわず話を合わせ自尊心を傷つけずにプライバシーを大切に、精神的安定を図るような対応をしている。 | 居室に他人が入るのを嫌がる方や訪問者と居室でお喋りされる方等、それぞれの気持ちに添った支援をしている。プライベートな事は利用者の耳元で伝える等プライバシーに配慮し自尊心を傷つけないよう対応している。 | |
| 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 | 利用者の好みや意思を大切に、一人で出来ることが活かされるよう希望に沿って働きかけ支援している。 | | |
| 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 | 本人の今までの生活習慣を乱さないよう利用者が好む自由な過ごし方を優先し日々楽しみ事やメリハリが持て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 | 出張理容師による整髪や、スタッフと一緒にこなうヘアカラー、化粧等身だしなみの支援をしている。 | | |
| 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 | 日常的に利用者と一緒に食事の準備や片付けが行なわれている、和食の調理は利用者のほうが先輩格で教えられることも多い、個々の嗜好は本人の希望と、スタッフ間でも長年食事を共にして居ると好み分かり献立に取り入れるようにし、楽しみにされている。 | 食事作りは利用者と一緒にいき、配膳、下膳も協力して行っている。ミキサー食や刻み食等利用者の状態に合わせた支援と個々の嗜好は大切にしている。食材は馴染みの専門店から取り寄せているが、近くのお店まで利用者とともに歩いて買い物に行き、新鮮な食材があれば献立に取り入れることもある。 | |
| 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 | 1日の栄養カロリーを1500calぐらい食事含有水分量800ml(隣接管理栄養士指導)便秘対策として野菜を多くし各食事時のお茶も含め水分量には特に気を使い摂取量のチェックを行い個々の栄養バランスを考慮し支援している。 | | |
| 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 | 口腔ケアは諸々の合併症の予防に欠かせない、毎食後全員に周知徹底させている。 | | |

| 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、自立以外の利用者については、日中はトイレ誘導を行い夜間は予防的にリハパンを使用しながら可能な限りトイレ誘導を行ない排泄の失敗を出来るだけ少なくするよう支援している。 | 職員は利用者の排泄リズムを把握し、日中はトイレ誘導を行い排泄の自立を支援している。夜間は出来るだけ安眠できるよう利用者毎にリハパンやパットの種類を工夫している。 | |
| 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 | 食事での工夫として野菜を多く摂取する、水分量の確保、乳酸飲料やヨーグルトを定期的に飲用、適度な運動等で対応している。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴は清潔保持に欠かせない日課として特定はしない、行事等で時間的余裕がない時以外は週3日は入浴してもらうことになっているが入浴を楽しみにしている人、嫌いな人とさまざまにいると工夫を凝らしているが、入浴後は全員が気持ち良かったと満足してくれる。 | 利用者は週に3回程度の入浴を基本としている。2～3人一緒に入れるゆったりとした浴室は、仲の良い方と誘い合って入浴もできる。入浴が嫌いな利用者には声掛けのタイミングを工夫し無理強いせず支援している。 | |
| 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 | 加齢に伴い睡眠時間が短く睡眠パターンも一定しないことから一応入眠時間は決められているが他者への迷惑行為がない限り個々の状況に応じた対応をしている、他者の睡眠の妨げになる場合はスタッフが側で見守り静観している。 | | |
| 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 | 薬が処方されている利用者の説明カードで薬の内容の全てが把握できるようにしてあり、用量、用法に合わせて分包、色分け、粉末にする工夫と、誤薬を防ぐためのマニュアルを掲げ服薬前の名前の確認を3回行なうよう徹底指導している。 | | |
| 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 | 趣味を活かしたアクティビティとして、折り紙・刺繍パッチワーク・書道・編物・貼り絵等を取り入れ利用者が得意の分野で役割を持ってもらい作成完成する喜びを分かち合っている。 | | |
| 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支援している | グループホームの中だけにとどまらない生活環境づくりが必要であり、利用者のレベルに合わせて行動範囲で行っているが全員参加で楽しめる戸外活動としてホームの庭での行事が中心となり戸外で食べる食事は一番人気となっている。個人的に家族と外出を希望される方もいる。 | 利用者のレベルに合わせて天候の良い日には近くを散歩をしたり、コンビニに買い物に出掛けている。戸外活動としてホームの庭やテラスで食べる食事は利用者の楽しみになっている。家族が同行し墓参りや外食に出掛ける方もいる。 | |

| 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 | | | |
| 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 | 家族への年賀状や暑中見舞いのハガキ作成を支援しやりとりが出来ている、公衆電話が設置してあり家族や友人との交信ができる。 | | |
| 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 | 利用者の生活の中心は中央に位置するリビングで全居室が一望できます、入居者がこれまでの生活習慣や生活様式の違いから混乱したり孤立しないよう調度品は少なくしカーテンは暖色、採光も2種類の電燈で調整、室内は季節ごとに変化を持たせ四季が分かるように工夫、特に作品の制作は利用者との共同作業でおこなわれている。 | リビングの壁には利用者の作品や行事の写真が飾られ、ゆったりとした広いリビングには食事テーブルの他くつろげるようソファーが置かれている。畳コーナーには季節の調度品が飾られ、利用者が洗濯物を畳んだりホッとできる場所になっている。共有空間も毎朝職員と一緒に掃除を行い清潔に心掛けている。 | |
| 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 | 炬燵のある和室や、リビングの周囲にソファーを設え好みに応じて自由に過ごせるようになっている。 | | |
| 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 | 新しく生活を展開していく場として生活環境の変化を最小限に留める、本人が使い慣れた調度品で整えこれまでの生活習慣、生活様式が配慮された空間で「自分の城」として快適で居心地よく過ごせるよう工夫している。 | 居室は8畳と広くクローゼットもある。転倒やつまずきに注意し動線の安全確保を一番に考え整理整頓されている。利用者が仏壇を持参時には電気のローソクを使用する等、安全で居心地良く過ごせるよう家族とも話し合っている。 | |
| 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 | ホーム内の主要個所(トイレ・各居室)に手作りの表示をして場所が分かるようにしている、リビングの壁を利用して手作りの日めくりカレンダーや利用者と一緒に制作する絵や手芸品で春夏秋冬を表し今の季節を分かりやすくする工夫をしている | | |