

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 | 1072100488 | | |
| 法人名 | 有限会社 ミヤマ | | |
| 事業所名 | グループホーム三山ホーム箕郷 | | |
| 所在地 | 群馬県高崎市箕郷町東明屋400-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年12月30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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/ |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | サービス評価センターはあとらんど | | |
| 所在地 | 群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階 | | |
| 訪問調査日 | 平成24年1月20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)】

既存の2階建ての建物を改装しているためバリアフリーのホームではないため、職員の対応でカバーしています。階段などは必ず職員の見守りにて、普段の生活の中でリハビリとして活用しています。「笑顔」を大切に、聞く事から聴くことに重点をおいています。入居者のその人らしく暮らすことの為に生活歴や今入居者の出来る事にも職員で取り組んでいます。防災訓練は年6回、内夜間想定は2回しています。地域の人達に私たちの出来る事は、還元していきたいと思えます。地域の施設を利用させていただきながら、地域に溶け込んでいきたいです。

【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)】

①理念にある「その人らしく」を具現化する努力と工夫をしている。それは、その人らしい生活の把握やケアについて細かく具体的なプランに添っており、利用者の「目標」や「こうしたい」という思いを大切に、身体に合わせた墓参り支援・家族旅行や家族との関係づくり等で実践され積み重ねられている。
 ②防災に関しては意識が高く、訓練・備蓄等は準備され、緊急対応、救急対応に加え災害時の消防署立合い訓練や自主訓練及び近隣への協力体制等が整備されている。今後もより充実した取り組みを検討していることから、利用者の生命を守ることを運営者としての責任と捉え、努力を続けていることが確認出来た。

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 | 理念を大事にし職員会議にて毎回確認。職員同士にて理念に添っているか、振りかえの時間を持っている。 | 職員会議時に理念を共有し先輩職員が後輩職員に指導している。理念の項目ごとにその都度共有している。 | |
| 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 | 地域の行事には出来る限り積極的に参加している。夏まつりやクリスマス会等大きなイベントの時は、ポスターを貼り気軽に参加していただけるよう声かけしている。 | 商工会との認知症への啓発活動や公園や地域の福祉センターの利用等で交流を行っている。運動会には地域住民を招待している。 | |
| 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 | 地域の方達から要望があり「認知症の方達へのかかわり方」として講習を行う。認知症の劇ができる。 | | |
| 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 | 2ヶ月に一度開催し、ご家族、利用者、地域の方々にも活動報告をし、災害時の時の協力をお願いしている。地域の行事をおしえて頂いている。年2回、ホームの行事に参加していただき、利用者様の様子を見て頂いている。 | 定期的開催され、利用者・家族・行政・地域住民・区長・民生委員等が参加している。地域交流行事・状況報告がされ、意見交換が行われている。納涼祭とクリスマス会等の行事を運営推進会議に併せて行い近隣住民の参加も呼びかけた。 | |
| 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 | 推進会議を主として、担当者の方にはホームの「今」を見て頂き、問題発生時には即連絡し、意見を頂いている。 | 行政や商工会・職員等で認知症への理解を地域に広めるために、寸劇を行った。また、その後「認知症との関わり方について」の講演も行い連携している。 | |
| 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 | 職員会議での確認。日中は玄関にはカギを掛けない。言葉の拘束はないか、職員同士で確認している。身体拘束宣言をしている。 | 玄関は開錠されている。職員は身体拘束について勉強をしている。研修参加者には発表とレポートを提出してもらい、職員が共有している。 | |
| 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 | 研修に参加し、勉強会として持ち帰った情報を職員会議にて行い、職員全体で共有している。職員同士で虐待が起こらないように、注意している。 | | |

| 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 | 職員が研修に参加。日常生活自立支援を活用している入居者がいるので、関係者と連絡しあい、支援している。 | | |
| 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 | 説明し、納得して頂いた場合、契約書にサインをして頂いてから、入居している。 | | |
| 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 | 面会時にお聞きしている。又運営推進会議に参加して頂き意見を述べて頂いている。3ヶ月に1度アンケートをしている。 | 面会時には要望等を聞いている。3ヶ月に一度のアンケートを行い、家族から意見を吸上げている。お便りの個別の報告欄で日常の様子や身体状況等をお知らせしている。嗜好品等でも個人で好きなものを飲めるように支援している。 | |
| 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 | 職員会議に出席し、職員の意見を聞いている。個別に意見を聞いている。 | 月に1度の職員会議で意見を出してもらっている。その他に職員から管理者やホーム長に意見が届くこともある。ホーム長はその意見を運営者に繋げている。公平に意見聞くような配慮もしている。 | |
| 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 | 職員が自分に必要な研修を受けている。働きながら介護福祉士、ケアマネを目指している。 | | |
| 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 | 職員全体のスキルアップを目指し、バランスよく研修に参加出来るように、心掛けている。 | | |
| 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 | 連協に入り、同業者との交流会、勉強会に参加。それぞれの事業者の良い所を参考にさせて頂いている。イベント時には声している。 | | |

| 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 | 入居前に、ホームに来ていただきホームの様子を見ていただいている。なぜホーム移るのか、家族から説明して頂き、そのようなケアをしている。 | | |
| 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 | 入居開始する前に、数回面談し、話しをお聞きしている。 | | |
| 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 | 話を聞きまだグループホームでなくてもいい場合、デイサービス、小規模多機能のことも説明し紹介している。 | | |
| 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 | 昔からの行事や食習慣について日頃からおしえて頂いている。職員は黒子になるようにしている。 | | |
| 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 | 1ヶ月に1度お便りで近況をお知らせし、イベント時には、参加していただけるように声かけしている。御正月を家族とすごす人もいる。 | | |
| 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 | なじみの病院、美容院、食堂等家族と出かけている。 | 家族の面会が増えている。昔からコーヒーが好きな人は今も継続されている。家族との外食やお彼岸やお正月の外泊支援がある。家族と温泉に行ったりお墓参り等で職員の支援もある。最近では近くの日帰り温泉に皆で出かけている。 | |
| 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 | 仲良しグループができている。一人になりたいときは、廊下を散歩したりしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 退去後も御見舞いや、死亡した場合も参列させて頂いている。 | | |
| 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 | 本人や家族に今までの人生の歩みをお聞きし、添えるようにしている。個別に買い物やお気に入りの歯医者に出かけている。 | 職員が日常的に希望等の発言や表情等を業務日誌に記入しておき、ケアマネジャーが確認している。家族の意向はアンケートや面会時に聞いている。 | |
| 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 | アセスメントシートを利用。それぞれの生活歴や思いを記入し、状態を把握し、支援に役立てている。以前のサービス提供者のところから情報提供書をいただいている。センター方式にて記入し職員皆で把握している。 | | |
| 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 | レクリエーション、生活リハビリを通じ、個別に状態を把握している。今出来ることをして頂いている。 | | |
| 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 | 変化があった場合、職員同士で話し合い、その方にあった介護を検討。本人、ご家族と話し合い、希望に添うようにしている。面会時には今の状況を説明し理解して頂き、プランに反映している。 | 介護計画は随時と3ヶ月に1度の見直しを行っている。毎月モニタリングを行っている。毎月のモニタリングを基にして計画の変更に結びつけている。 | |
| 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 | アセスメントシート、モニタリングを記入し、職員会議で意見を出し合う。業務日誌を見てから、業務に入るようにしている。サービス担当者会議にて共有している。 | | |
| 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 | 入所者の今必要なサービスは何かを考え、臨機応変にその都度対応している。 | | |

| 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 |
| 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 | 美容院、保養所、100円ショップ、福祉センター、足湯、文化センター等をおのおのが、利用している。 | | |
| 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、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 | 今までのかかりつけ医に受診したり、往診していただいている。家族の希望で、受診介助が必要な場合は、ホームで対応している。 | 希望のかかりつけ医の支援があり、受診は基本的に家族支援で行っている。協力医の月に2回の往診がある。かかりつけ医の受診支援などで家族が出来なくなった時には希望により協力医に変更できる。受診結果等は面会時や電話で内容を伝えている。 | |
| 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 | 職員の中に看護師がいるので、相談している。月2回主治医が来るので相談している。 | | |
| 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。 | 利用者、ご家族と相談の上、病院へお見舞いに行きながら、状態を把握し、病院相談員と、連携をとっている。入院時は、情報提供書を。退院時は、必ず、情報提供書を頂いている。 | | |
| 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 | 契約時や、介護保険の更新時に話し合いしている。特養や老健の相談員とも連絡しあい支援している。 | 救急(延命)についてのアンケートの結果を基に、また契約時や更新時や何かあった時はその都度と協力医への変更等や身体的な変化が生じた時に相談し合っている。職員には勉強会で共有することを指導している。緊急時訓練も予定して終末期に向けた支援体制に取り組んでいる。 | |
| 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 | 研修、職員会議での勉強会にて確認している。 | | |
| 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 | 年6回している。内2回は、夜間を想定しての訓練。運営推進会議にて地域の方々に、災害時のお願いをしている。 | 年に2回の消防署立ち合い訓練の他に自主訓練を4回行いそのうち夜間想定が2回実施された。炊き出し訓練ではおにぎりやケチン汁等を職員が作れるようにしている。同じ事をする大切さを感じ、他の災害時の対応も考えている。水・米・カップラーメンの備蓄が3~4日分用意されている。 | |

| 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 |
| 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 | 申し送り、職員会議での確認。トイレのドアは閉めて介助したか、大きな声でトイレの声かけはしなかったか、声かけには、気をつけている。入居者の前で記録を広げないようにしている。 | 現場ではその都度注意したり声をかけている。個別の書類等で個人を特定できるものはふせておくことや排泄時のドアの状態や入浴支援等の場で気をつけている。 | |
| 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 | 今日の洋服は何を着用するか、おやつは何が食べたいのか、レクリエーションに参加するのか、散歩に行くのか、決めて頂いている。 | | |
| 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 | レクリエーションでは、その方それぞれの気持ちを優先。休んでいたい方、体を動かしたい方、作品を仕上げたい方、歌を歌い方、一人ひとりに気持ちを伺う。 | | |
| 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 | ご自分で整容出来る方には、出来るだけ率先してやっていただく。できない方には声かけにて希望を伺い支援している。 | | |
| 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 | 日常で基本的に、野菜の下準備、テーブル拭き、食器の後片付け等をして頂いている。必ず各テーブルには職員と一緒に食事をとっている。飲み込みの困難な方には、ソフト食を提供している。 | 材料を見てもらい利用者に「何をしたら良いですか？」と聞いて料理を教えてもらったりしている。利用者の食べたいものや好きなものを聞いて献立に取り入れている。外食に出かけたり、誕生日のお祝いをしている。 | |
| 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 | 毎日水分摂取量、食事量を記入しその方にあつた食事量を提供している。 | | |
| 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 | 食後必ず口腔ケアしている。 | | |

| 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 | 排泄表を利用して、それぞれにあったパターンを把握。無理なく声かけをしている。昼間の状態と夜間帯で、支援の仕方をかえている。他の入居者に気付かれないようにトイレ誘導している。 | チェック表を用いて各個人毎に決められたパターンで支援して個室のトイレで対応している。夜間も誘導している。紙オムツは持ち込み自由で処理代は徴収していない。紙オムツもあまり使わないで良いよう工夫している。 | |
| 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 | 野菜中心のメニューにしている。毎日ラジオ体操している。 | | |
| 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 | 入浴時職員とのコミュニケーションを楽しむようにしている。拒否した場合職員を替えたり、時間帯をかえたりし支援している。 | 月曜から日曜まで希望により入浴が出来る。拒否される場合は時間や人を交代して工夫している。最低でも週に2回支援している。清拭、シャワー浴、足湯、温泉に行っている。季節により、ゆず、しょうぶなどで楽しみな入浴の支援をしている。 | 「入浴できます、入りたい人いませんか」等のアナウンスをすることで、希望やタイミング表出の支援もしてみたいかがか。 |
| 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、午睡を好まれる方、自室でなくソファで休むとゆっくり出来る方、利用者それぞれの好みを把握している。夜間時入眠が困難な方は、特に昼間の動きを注意し、散歩や会話、水分量を心がけている。足浴等も | | |
| 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 | 職員全員が利用者の薬を把握し、様子をその都度主治医に報告し必要なお薬だけにしてている。 | | |
| 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 | 歌や踊りの好きな人、字を書くのが好きな人等、役割りが決まっています、楽しんでいます。 | | |
| 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 | 家族と協力し外食や買い物等に出かけている。遠くのお墓参り等も | 年間予定表を作成し初詣や買物、温泉、公園、散歩、福祉センターに行っている。運動会を行ってグループ分けをして応援合戦や玉入れ・パン食い競争を楽しんでいる。日常的にはラジオ体操を継続している。 | |

| 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 | 人によりご家族のご理解の上、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 | 利用者あてに家族からハガキや、荷物が届いた場合本人が電話でお礼を言え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 | 四季折々で季節感をだしている。昼間と夜間帯で明るさを調整している。季節がわかる様な、置物や、写真を掲示している。 | 1階と2階の2ユニットである。共用部分に拭きぬけがあり、階段がある。各ユニットには行事の写真や個人の目標が掲示されている。テレビやソファが置かれている。ユニットごとの雰囲気がある。 | |
| 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 | ソファでの居場所の確保。仲よし同士が楽しめるように、テーブルの配置に気をつけている。 | | |
| 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 | 御位牌や好きなぬいぐるみ、ど昔の写真等を持ってきている。 | 部屋に洗面台が設置され、ベッドや畳の部屋マットレス利用者もいる。作品や写真が飾られている。 | |
| 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 | センター方式を活用し今できる事はして頂いている。味噌汁を盛る人、食器を拭く人、いただきますの声かけをする人等 | | |