

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 | 0195003306 | | |
| 法人名 | 株式会社 ハンループ | | |
| 事業所名 | グループホーム 水色の詩 | | |
| 所在地 | 北海道北見市幸町4丁目1番25号 | | |
| 自己評価作成日 | 令和5年4月24日 | 評価結果市町村受理日 | 令和5年7月4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)】

一人ひとりの希望する暮らし、安心できる暮らしがホームで実現できるよう支援し、職員と利用者が支え合う関係づくりに努めています。
夏には駐車場で花火、冬には民謡や、お琴の団体の方にボランティアで訪問いただき、鑑賞、交流しています。
現在はコロナ禍にて訪問いただくことが難しくなっていますが、今後の来訪制限の緩和にて、再開していければと思います。
利用者からの提案や、利用者から教わる機会を大切に、ともに楽しい時間を共有できるよう、日々取り組んでいます。
オムツの使用を最低限にし、表情から察してさりげなく誘導、介助し、尊厳を大切にケアを行っています。
利用者の体調や状態に合った日常活動に参加していただけるように支援し、行事やレクリエーションの時間を出来るだけつくり、職員と利用者が共に楽しく過ごすことができるよう努めています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

| | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先URL | mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosvoCd=0195003306-00&Se |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|------------------|
| 評価機関名 | 有限会社 NAVIRE |
| 所在地 | 北海道北見市とん田東町453-3 |
| 訪問調査日 | 令和5年6月2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)】

令和3年に運営母体が変わった当事業所は、4階建て2ユニットで夕陽ヶ丘通りに面した交通利便性に富んだ場所に立地しています。「出来る喜び、楽しみを見つけ健康的に暮らせるように支えます」を理念として利用前の生活の延長の生活を保証するために見守り、利用者それぞれの出来ること、出来ないこと、理解できる事、理解が困難な事をよく見極め食器拭きやタオルたたみ、居室やリビングの掃除など役割の支援を継続して認知症の進行を抑える取り組みを行っています。自立排泄を目標に車いすから歩行→オムツからリハビリへ移行しトイレでの排泄を可能し介護度も下げた利用者もあり、意欲や希望を実現する支援を心掛けています。年計画(月1回)職員の見守り向上を目的に資料を配布しています。クラスターが2回発生し対応に苦慮し、労力が重なる環境の中、利用者の生活の質を維持し管理者、職員は丸となって利用者を支えています。

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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない | | | |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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踏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 | 管理者は職員の入社時に、理念についてオリエンテーションを行い、ミーティング時にも、理解が深まるよう話し合っており、理念に基づいたケアを提供できるよう努めている。 | 職員には振り返りが出来るように理念は目につく場所に掲示しています。職員は利用者の意思やしたいことに合わせ支援に努めています。理念はパンフレットに記載し、ホームページには施設の概要を乗せています。 | |
| 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 | ホームの運営推進会議や避難訓練にも参加を呼びかけており、関係づくりに努めている。 | 新型コロナ感染予防対策の為、交流できない状況にありますが、町内会の回覧板や運営推進会議議事録で互いの情報交換を行っています。 | |
| 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 | 運営推進会議に地域住民の参加をいただき、認知症の症状や対応についての説明や、出席した入居者家族の談話を聞く等、認知症に対する理解をいただけるよう努めている。 | | |
| 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践、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 | 運営推進会議には入居者家族や地域住民、包括支援センター職員等の参加をいただき、意見については各ユニットのミーティングにて、サービスの向上につながるようよく話し合っている。 | 運営推進会議は委員から意見や要望を頂き、書面報告を行っています。家族全員、町内会、行政担当、地域包括センター担当に議事録を送付しています。 | 利用者家族へ運営推進会議の意味と利用者の活動の内容がわかるように記載することで、運営推進会議の理解や改善が図れることから、定期的な開催を期待します。 |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 不明な事があれば問い合わせたり、対応困難なケースについて相談に乗っていただいたりしている。 | 市担当者には運営推進委員になって頂きながら、特に事業所の状況について情報・協力等支援して頂いています。また、空き情報・研修などの情報交換を行っています。 | |
| 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「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 | 身体拘束の具体例をあげて、細かなケースについても、拘束に値するものか、ミーティングにて話し合っている。事業所周辺の状況を鑑み、安全性の観点から玄関の施錠は欠かせないと判断しており、施錠を行っている。 | 身体拘束・高齢者虐待防止の委員会は職員が全員委員となり拘束弊害の理解・周知に努めています。年4回委員会は書面でユニット毎に利用者の拘束有無の確認と年2回の書面研修では道内の事例や起こりやすい要因等を資料で示し職員に周知しています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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、高齢者虐待防止法等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 | 高齢者虐待防止についての外部研修会に参加し、参加出来なかった職員も、ミーティングにて情報を共有している。虐待を未然に防ぐため、不適切なケアについて、日常的に話し合っている。 | | | |
| 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な支援している | 権利擁護についての外部研修会に管理者とともに職員も出席し、出席出来なかった職員に対しても、ミーティングにて情報を共有している。必要に応じ、各制度の利用について関係者と話し合っている。 | | | |
| 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 | 契約については書面、口頭にて、理解をいただけるよう説明した上、締結している。不明な点は質問していただき、納得されるまで説明している。 | | | |
| 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並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 | 運営推進会議を定期的に開催しており、市職員や地域住民、ボランティア等とともに利用者家族にも参加していただき、意見を伺っており、運営に反映している。 | コロナ感染予防の為、面会は玄関フード越しなどで支援しています。議事録を家族に送付し事業所の状況を伝え協力を頂いています。意見や要望は電話で聞き取り情報を共有しています。 | | |
| 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 | 日常的に意見提案を受け付けているが、月1回のミーティングに管理者も出席、運営に関する意見や提案を聞く機会としており、各職員と意見交換を行い、反映させている。 | 書面にて会議を開催しミーティングも書面伝達の申し送りノートや生活記録ノートで対応し利用者のケアに対応しています。 | | |
| 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 | 各職員の勤務時間等希望のシフトへの反映、非常勤職員から常勤職員への登用、勤続実績により昇給を行う等しており、自信を持ち、安心して勤務出来るよう努めている。 | | | |
| 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 | 外部研修への参加については、勤務時間の調整や、勤務時間内での参加を認める等、積極的に参加を促している。新人職員には研修日程を定め、実際の現場にてケアや業務を学習している。 | | | |
| 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 | 地域包括支援センター主催の交流会、勉強会に管理者、職員が定期的に参加し、実際のケースについて話し合ったり、情報交換を行っている。 | | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 サービスの利用を開始する段階で、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 | 家族を交え、安心していただける雰囲気づくりに配慮し、本人の言動や様子から不安や要望を汲み取れるように努めている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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 | 家族の不安や、今までの生活の経緯、本人と家族の関係等、状況の把握に努め、安心していただけるように対応している。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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、家族から得た情報から、必要に応じて担当ケアマネージャーとも話し合い、本人や家族の希望に適したサービス、ケアについて検討し、家族に伝えている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 料理や食器洗い、施設内外の清掃や畑作業等、入居者の能力に合わせてお願いし、職員と共に生活する関係を築いている。また、入居者が否と断ることが出来るような声かけに努めている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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 | 入居者の状況について細かに連絡、相談するようにし、家族の希望も伺っている。また、入居者の希望により、外出、外泊を共にしていただけるように、家族に声かけしている。 | | |
| 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 | 入居者の希望に添って馴染みの関係を維持することが出来るよう、面会の機会作り、手紙のやり取り、外出の支援等、対応に努めている。 | 3ヶ月に1回の訪問美容でカットしていますが、中には馴染みの美容室で家族の協力のもと出掛けている利用者もあり、馴染みの関係が途切れないように支援しています。 | |
| 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 | 食器拭き等の日常活動、レクリエーションや景勝地への外出等、入居者が皆で関わる機会づくり、入居者同士の交流を深める支援をしている。 | | |
| 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 | 現在は入院されても、病院で面会が禁じられている事が多いため、状況に応じてソーシャルワーカーなどから情報を得ている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 日頃の言動や表情、様子から希望や意向を把握し、可能な限り希望に添えるようミーティングで話し合い、必要に応じて家族に対応を依頼している。 | 入居前に生活歴や希望する生活を聞き取っていますが、日々の変化に合わせて支援に努めています。 | |
| 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 | 本人や家族、または担当ケアマネジャーより、生活歴や趣味嗜好、既往歴や生活状況、過去のサービス利用等を聴取し、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 | 入居者の楽しみや、体調、生活リズム、料理や清掃等の活動が安全に出来ているか等、よく見守りし、把握に努めている。 | | |
| 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 | 定期的にモニタリングを行い、介護計画の内容を検討し、状況によって変更を行っている。計画はご家族に説明を行い同意をいただき、ご家族の意見や希望も取り入れている。 | 毎朝申し送りノートで生活の様子や状態の変化を把握し、ユニット毎の書面伝達会議で利用者のカンファレンス、モニタリング、アセスメントを行っています。基本6ヶ月で見直しを行い、利用所の状況変化が生じた場合はその都度見直しを行っています。 | |
| 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 | 情報共有、要点の把握がしやすい個別記録の書式作成、書き方の改善に努めており、円滑な引継ぎ、ケアプランの基礎資料として活用している。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望に応じて、受診の同行や生活物品の購入代行、ボランティアの受け入れ等、柔軟な支援を行っている。 | | |
| 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 | 民謡やお琴の会等、地域の方にボランティアで演奏や教授をしていただき、皆で楽しんでいる。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望する医療機関を受診していただき、受診結果を伺い情報共有している。特に希望のない場合は、事業所と関係の深い医療機関へ受診していただき、往診等のサポートを受けている。 | 家族の協力の基かかりつけ医の受診や往診を行っています。家族の都合により事業所が受診の支援しています。その他必要に応じて皮膚科の往診や歯科への受診を支援しています。週1回の訪問看護による利用者の健康相談や健康管理を行っています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | | ○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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 | 週に1度訪問看護師に来訪していただき、健康状態や全身の状態の観察を行っている。 | | |
| 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、また、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。又は、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 | 入居者の入院時には、日々の生活の様子を介護添書にまとめ医療機関に送付しており、管理者は担当看護師や医師と細かに連絡を取り合っている。また、定期的に本人にも面会し、状態を確認している。 | | |
| 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 | 事業所として、重度化した場合や終末期の対応についての指針を定め、家族と話し合い共有している。訪問看護サービスや医療機関とも話し合い、チームで取り組む体制づくりに努めている。 | 入居前に利用者・家族に重度化や終末期に向けた方針を説明し、理解して頂いています。医療機関の協力が整わないため現在看取りは行うことは出来ない状況となっています。看取り研修は年1回書面で研修を行っています。 | |
| 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 | 急変時対応マニュアルを用意し、事故や急変に備えている。また、訪問介護ステーションにオンコールし、指示を受けて対応する体制となっている。 | | |
| 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 | 緊急時対応マニュアルを用意し、年2回の防災避難訓練を実施している。その際、消防署職員や地域住民にも参加を呼びかけ、有事の協力体制づくりに努めている。 | 令和4年度はクラスターが2回発生したことから、防災設備会社による通報システム等の使い方・検証のみとなっています。オール電化のため、ランタンや携帯用のガスコンロを用意しています。 | 利用者の命と安全を守るため、年2回の火災避難訓練と災害に対して職員とシミュレーションを行うことを期待します。 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | 14 | ○一人ひとりの人格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 | 入居者のプライドやプライバシーを侵害する声かけや対応がないよう日々注意し、ミーティングにて話し合っている。 | 基本苗字で○○さん付けで呼んでいます。業務中はプライバシーに配慮して小さな声で職員同士は会話をし誇りを損ねないように心掛けています。 | |
| 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 | 利用者が自由に主張、自己決定が出来るよう、声かけの工夫や雰囲気づくりに努めている。 | | |
| 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 | 先に決めて伝えるのではなく、入居者本人の意向を確認、尊重しながら支援している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 更衣する際は、入居者の希望を聞いて一緒に用意している。髪は本人が理容師に希望を伝え、散髪していただいている。 | | |
| 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 | 食事の献立は、入居者の希望を取り入れながら作成しており、調理の下ごしらえや盛り付け、食後の片付けを、入居者とともにやっている。 | 献立は1週間毎で順番に担当する職員が決め、利用者の状態に合わせて提供しています。職員は利用者と食事を行うため利用者の体調や嗜好の変化に気づき即個々の対応を可能としています。家族の一員として野菜の皮むきや茶碗洗い・拭き等のお手伝いをお願いしています。 | |
| 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 | 食事量や水分摂取量を生活記録に記入し、不足のないように把握している。水分はお茶、コーヒー、ココア等用意し、それぞれの好みに合わせて提供している。 | | |
| 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 | 毎食後、義歯の洗浄や歯磨きを声かけし、自力で出来ない方には介助、出来る方も最後に職員が磨き残しがないか確認している。義歯は週に1回、義歯洗浄剤に漬け、殺菌している。 | | |
| 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 | 排泄チェック表を作成し、排泄パターンの把握に努め、適切にトイレ誘導し、失禁が少なくなるよう支援している。極力、オムツを外して生活していただけるように対応している。 | 約半分の利用者は自力でトイレでの排出を行っています。排泄チェック表や行動・表情で職員は利用者の誘導を支援しています。 | |
| 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 | 家事活動で身体を動かす機会を多くし、排泄チェックを行い、便秘傾向の方には、起床後冷水を飲んでいただいたり、マッサージしたりして、排便を促している。 | | |
| 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 | 1週間に2、3回は入浴していただけるよう考慮しつつ、入居者の希望を確認しながら対応している。 | 週2回午後を基本とし、ゆったりと入浴を楽しめるよう支援に努めています。中には見守りにより1人で入浴する利用者がいます。入浴が困難な方はシャワー浴や入浴拒否の場合はタイミングを図って誘導や職員・日程変更を行っています。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | それぞれの生活習慣、体調に合わせて自由に休んでいただいているが、夜間に良く眠れるよう、日中に身体を動かす機会を多くしている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 薬の内容を、ファイルにして把握出来るようにしている他、変更があった際には、変更内容を申し送りしている。また、誤薬のないよう三段階のチェックを行っている。 | | |
| 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 | 入居者それぞれが趣味や、役割を持ち活動が出来るよう、生活歴や希望に応じて趣味の道具を用意したり、力を活かせる活動にお誘いしたりしている。 | | |
| 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。また、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 | 外食等の希望には、家族に協力をいただき、一緒に出かけていただいている。 | コロナ感染防止の為、外出は出来ない状態にありますが、家族の支援の基、受診の帰りに家族の自宅で食事や買い物を楽しむ利用者もいます。 | |
| 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 | お金の所持を希望される入居者には、家族と相談の上、少額持っていたり、トラブルの元となることも多いのでその事も伝え、慎重に対応している。 | | |
| 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 | 電話や手紙のやりとりを希望された際は、まず先方に連絡させていただき、本人の状態を伝え協力をお願いしている。手紙の場合は代筆も行っている。 | | |
| 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 | 生活感を出すため、ぬいぐるみや観葉植物を配置したり、季節に応じた装飾も行っている。家具の配置も、躓き、転倒の危険が少ないように配慮している。室温を快適に保ち、騒音や光の調節などにも注意し問題があれば速やかに改善している。 | 共同空間には、季節感のある作品が飾られ行事では利用者と職員と一緒に飾り付けをしています。居間にはソファが配置され利用者が何処でも寛げる場所となっています。 | |
| 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 | ダイニングチェア以外にもソファ、椅子、テーブルを設置し、居場所づくりをしたいが、スペースの問題があり、安全面でも困難である。 | | |
| 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 | 自宅で使用していた馴染みの家具や、家族の写真等を用意していただき、安全に配慮して配置している。 | 居室には収納し易いクローゼットが設置されています。使い慣れたテレビやタンスなどが持ち込まれ、ぬいぐるみや孫・家族の写真が飾られています。テレビゲームの麻雀をする利用者もいてその人らしく過ごしやすい環境となっています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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」や「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 | 廊下、トイレ、バス等に最低限の手すりを設置し、足の弱い方も自力で移動出来るよう配慮したり、居室を間違えないよう、居室戸横に名札を付けたりしている。 | | |