

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

| | | | |
|---------|----------------------|------------|------------|
| 事業所番号 | 2892000122 | | |
| 法人名 | 有限会社 ほおずき | | |
| 事業所名 | グループホームCHIAKIほおずき明石西 | | |
| 所在地 | 兵庫県明石市二見町東二見574-8 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年10月12日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年2月25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.kaijokensaku.jp/28/index.php |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|-----------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 ライフ・デザイン研究所 |
| 所在地 | 兵庫県神戸市長田区菟乃町2-2-14 |
| 訪問調査日 | 平成24年11月5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)】

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・地域の皆様が気軽に立ち寄られ、高齢者のさまざまな相談にも対応できる地域に密着した施設。 ・職員のスキルアップ支援体制の充実(専門性の高い介護を実現する為)。 ・居室は(トイレ・風呂・洗面・洗濯物・靴箱・台所)自宅と変わらない設備・環境が整っているため、認知症の急激な低下も見られず、その人らしい暮らしを安心して続ける事ができる。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【第三者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)】

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>①家族としての共同生活・事業所を設備(ハード)として捉えるのではなく、入居者を含めそこに係わる全ての者(家族、地域、職員他)が事業所集った「家族」であるとの認識の下、日々、家族としての共同生活を具現化している。入居者が永く楽しい生活を享受できるよう「元氣くぱり 笑顔くぱり」を事業所のテーマとしている。</p> <p>②ケアマネジメント・入居者個々人の状況に応じた(きめ細やかなアセスメントの実施)ケアの実践、並びに現況変化へのリアルタイムなプラン変更(家族・職員等の意見集約による)。</p> <p>③生活環境・高齢者専用賃貸住宅をグループホームへ転用した事業所であるため、居室内設備に特長がある。独立キッチン、洗面台、バス、トイレ等が設置されている。これらを入居者自身の現況に応じて日々のケア実践に上手く活用している。</p> <p>④管理者と職員の一体感・管理者は、職員とのコミュニケーションを最重要課題とし、職員との共感・共鳴が「家族」としての共同生活達成の要諦と捉え実践している。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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している (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 | | |

自己評価および第三者評価結果

| 自己 | 第三者 | 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 | 会社の理念を理解した上で、朝礼時、全員で基本理念を唱和し、施設テーマを日々の目標に掲げ、実践に繋げている。 | ホームそのものが「家族」であるとの認識の下、「元気くばり、笑顔くばり」を事業所テーマとして、日々の生活を豊かなものとする運営を実践している。 | |
| 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 | 近隣住民の方に行事やボランティアでの参加を掲示板で知らせ、顔見知りになる交流を図っている。 | 近隣との交流(地域行事に参加、近隣の畑での収穫物を頂く、地域ボランティア協力によるホーム行事運営等)が常態であり、入居者もその一員として暮らしている。また、近隣の学生等も遊びに来ている。 | 地域の方が気軽に立ち寄って頂けるような企画の実施を更に勘案されるとともに、地域の社会資源としての取り組みの継続に大いに期待をします。 |
| 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 | 二見地区の在宅介護支援センターが近隣に出来たので連絡を密に行い、地域重視での支援方法、課題を共有し、実践に活かしている。 | | |
| 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 | 会議で利用者・家族・知見者の皆様が意見交換できる議題内容を検討し、質の向上に繋げる工夫している。 | 会議で入居者への介護実践事例(退院入居者へのケア実践:BPSDへの取り組み)を発表し、出席者双方での共通確認も図れた(「地域介護の集い」としての機能醸成)。また、会議事録は関係者全員に郵送等している。 | |
| 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に取り組んでいる | 多くの情報はホームページ等で対応している。明石市介護サービス事業者連絡会にも加盟、明石ふれあい介護相談員が月2回出向いて行政との橋渡しが出来ている。 | 市の介護サービス事業者連絡会への参加、介護相談員の受け入れ(来訪)によりホームの透明性確保や行政との連携を図っている。 | |
| 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 | 施設での研修、他事業所からの事例等も学び、実践している。日中は玄関施錠なく、自由な出入りにしている。 | 法人全体としての姿勢(『身体的拘束等の弊害』の払拭)を根底に、安易な一時的拘束より「自立した生活」のために「入居者本人にとって何が望ましいのか？」を判断の尺度とし、職員全員で拘束等のないケアに取り組んでいる。 | |
| 7 | (6) | ○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 | 虐待について研修し、具体例を挙げ事例検討を行い、日頃行っているケアも虐待していないか、利用者の異変、職員間での気付きの中からチェックを行っている。 | 介護現場での様々な場面での事案をヒントとし、日々のケアがどうなのかを職員間相互でチェックし合い、入居者の権利擁護実践につなげている。また、管理者は、職員のメンタルヘルスに留意し、きめ細やかでタイムリーなコミュニケーションを実践している。 | |

| 自己 | 者 第三 | 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 | (7) | ○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 | 施設研修、法人本部での研修等、学ぶ機会を確保している。運営推進会議でも必要な場合は、情報提供を行っている。 | 本部主導の権利擁護に関する制度にかかる基本研修を受講し、事業所での会議においては、新聞記事を活用したタイムリーなテーマ(市民後見等)についても周知し、磨きをかけている。 | 権利擁護に関する理解度をより高めるため、地域包括支援センターの職員に協力を願い学習会を開催しては如何でしょうか。 |
| 9 | (8) | ○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 | 入居のしおり等を用い、丁寧に説明をし内容を理解して頂いた上で入所となる。退居に至った場合は、入居者に合った退居先、その後の行き先等(施設、医療機関、在宅)話し合いを行って、理解を得られるよう努めている。 | 契約は、事前に見学や「入居のしおり」等により事業所の実態を充分理解いただいた上で、締結している。重度化・終末期についての基本方針も了解いただいている。退居となる場合には、ご本人に望ましい次の「場」への支援を行っている。 | 家族からよくある質問をまとめ、今後の契約や職員教育に活かせる取り組みにも期待をします。(Q&Aの作成等) |
| 10 | (9) | ○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 | 利用者、家族の意見要望はカンファレンス、電話、来訪時等に傾聴し、運営推進会議などで外部の方の意見も聞き、改善できるように取り組んでいる。 | カンファレンスでの入居者の思いや要望等の聴き取り、アンケートや家族会での家族よりの意見等の吸い上げ、意見箱やホームページでの意見受け入れ等多様なチャネルを設置している。家族からは、関係性の深さから直接的な意見表出の方が多い。 | |
| 11 | (10) | ○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 | 本社事業所訪問、全体会議、GH会議、又は問題が生じた場合、マイチャレンジ等を利用し、解決法を検討し運営に反映している。 | 事業所内会議(施設会議、GH会議)での意見具申、本社職員の来訪による聴き取り等機会は複数設けている。マニュアル検討会は職員からの意見により発足したミーティングである。 | |
| 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 | 職員が同じ質で平等に働けるよう職場環境の整備を行い、向上心を持って働ける条件を整えている。 | | |
| 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 | 定期的に段階に応じた研修を実施している(全体・施設長・主任・新人)。施設内では事例に合ったOJTの取り組みが行われている。 | | |
| 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 | 明石市介護サービス事業者連絡会、地区の在宅サービスゾーン協議会に参加し、他事業所と相互訪問を行い意見交換会を行い、サービスの質向上に役立っている。 | | |

| 自己 者 第三 | 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 | 本人が話しやすい場面を設置し、安心と信頼関係づくりにセンター方式、基本情報シート等を活用している。 | | |
| 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 | 家族の介護に対する意向について傾聴し、生活全体を共通理解した信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | カンファレンスを実施し、最も適したサービス内容は何か話し合い、他のサービス(施設)等の提案も行っている。 | | |
| 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 | できる事は共にいき、分からない所はお互いが教え支えあって、共に暮らす環境を築いている。 | | |
| 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 | 本人が不安感を持っているときには家族に、気づきの部分等も都度報告し、協力をお願いして共に支援を行えている。 | | |
| 20 | (11) ○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 | 退職した職員や地区のボランティアさんが頻回に来所され、利用者との関係が維持・継続できている。 | 家族と定期的に墓参りに出かけたり、沖縄まで旅行されたりと入居前と同じような暮らしが継続できるよう支援している。また、地域のボランティアが頻度を上げて訪問してくださり、ヨガや書道など以前からの習い事も楽しんでおられる。 | |
| 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 | スタッフが情報を持ち寄り、利用者同士が会話しやすい環境とお互いが関われる役割りをもてる様に努めている。 | | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 | 退居した場合も、電話対応などで現状を傾聴し、それに応じた支援や相談を行っている。 | | |
| 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 | (12) | | ○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 | 対話の中から本人の思いを聴き取りミーティングに話し合いを持ち、内容によっては家族も含め検討を行っている。 | 日常会話や日々のケア記録のなかから、入居者の思いや意向を汲み上げ、また、家族よりの意見も交え、ご本人が望む生活が行えるよう検討している。 | |
| 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 | 本人、家族、親戚、友人、ヘルパー、ケアマネなど関わっていた方より、出来るだけ情報を得ている。 | | |
| 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 | 「できていないこと」への援助だけでなく、「できていること」「さらにできるように」する視点で把握できるように努めている。 | | |
| 26 | (13) | | ○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 | 利用者の現状態を踏まえ、本人・ご家族・スタッフの意見と日々のケース記録を情報源とし、常に現状のサービス提供がよいかを、見直し、検討、確認している。 | 介護計画をつくる際の家族の役割を留意し、多くの、そして極力制約のない意見(勿論『本人本位』は譲らず)を反映すべく進めている。入居者の現況と介護計画の整合チェックも多くの者の意見を採り入れている。 | 家族からのよりダイレクトな要望等を聴き取ることが出来るよう、様式(ツール)を工夫されて活用されては如何でしょうか。 |
| 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 | ケース記録ケアプラン(実践項目)記入の際、変化に気づき職員間で情報を共有し、経過観察、申し送りノート等で把握して見直しに活かしてる。 | | |
| 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 | 話し合いを持ちながら、希望される専門の事業所にも相談し、必要に応じた対応ができる取り組みをしている。 | | |

| 自己 | 者三 | 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 | ボランティアの方と行事を楽しみ、共に過ごし、顔馴染みになっている。災害時に地域の方にも支援して頂ける声掛けは随時行っている。 | | |
| 30 | (14) | ○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 | 協力医の定期的な往診がある。歯科や皮膚科などへの受診は家族と相談の上、希望時は職員が病院受診を行っている。受診内容は家族と職員で情報共有しケースへの記録の実施を行っている。 | 協力医(内科)による隔週での往診のほか、歯科の訪問も受けている。皮膚科・精神科等への受診には、ホームもサポートしている。医療関連情報は、家族並びに全職員が共有できるよう帳票類を整備している。 | |
| 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 | 申し送り・ケース記録・往診記録・気付いた事は報告・連絡・相談でスムーズな看護が受けられている。 | | |
| 32 | (15) | ○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。 | ご家族との連絡を密にし、病院関係者とも情報交換し、早期に退院できるよう努めている。入退院時の関係機関との連携は、施設長が中心になり対応している。 | 入院中の入居者の不安感を軽減するため、多くの職員が頻度を上げて面会している。管理者は、家族・病院との連絡を密にして情報を共有し、早期退院へ向けた動きを行っている。 | |
| 33 | (16) | ○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、事業所の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 | 契約時に、重度化した場合の指針を説明し、方針確認を行い、医師との話し合いやご家族からの相談も受けられる体制が整っている。 | 入居契約時に基本方針を理解いただき、入居者自身の現況の変化に応じ、事業所のできる事、難しい事を踏まえ、医師、家族と共に本人にとって望ましいケアとなるよう取り組んでいる。 | |
| 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 | 定期的に社内研修、技術勉強会を行い、実践的な取り組みを行っている。 | | |
| 35 | (17) | ○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 | 建物全館にスプリンクラーを設置し、定期的な避難訓練を実施している。地域の皆様には運営推進会議などで協力をお願いしている。 | 年2回の避難訓練(日中帯、夜間帯想定)を定期的実施している。運営推進会議においては種々の立場の方から災害対策に対する意見をいただき、また、地域の協力も同時にお願している。 | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 | (18) | ○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 | 認知症ケアの身近な事例を通して、家族・スタッフが話し合い、人格を損ねないように対応している。 | 認知症高齢者へのケア事例を検討材料とし、ご本人の自尊心、羞恥心の尊重並びに個人情報の保護を図りながら、事業所のテーマ「元氣くばり 笑顔くばり」が実践できるよう職員・家族が話合う時間を持っている。 | | |
| 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 | ご本人の思いが聴ける人間関係を築き、生活を行っていく過程で、その都度思いや希望が聴ける働きかけをしている。 | | | |
| 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 | 当日をどう過ごすか希望を傾聴し、日々の目標をご本人が決定し、実現できるように支援を行っている。 | | | |
| 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・家族の希望に添えるように、個別に対応している。タンスの中の衣類も、自由に出し入れできる環境を整えている。 | | | |
| 40 | (19) | ○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 | 誕生会等も家族に参加してもらっている。食事の準備、片付け等共に行っている。好みも傾聴し、メニューにも取り入れている。 | メニュー作りから食材の購入、調理、配膳・下膳等の担当を可能な部分で協働し、「食」を1日の大切な出来事として取組んでいる。定期的な外食や誕生日会でのイベント食も楽しみとなっている。 | | |
| 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 | 毎食事量、水分量、体重は記録に残している。様子を見ながら、その人にあった食事形態、介助方法を支援している。栄養バランスは、旬のものを利用する事で確保できている。 | | | |
| 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 | 一人ひとりの状態に応じた口腔ケアを実施している(うがい、歯磨き、ポリデント洗浄)。理解できにくい入居者様には、職員が口腔ケアの支援を行っている。 | | | |

| 自己 | 者三 | 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 | (20) | ○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 | 各部屋にトイレがある。本人の排泄パターンを把握し、自信を失わないように支援している。外出時には下見を行い、利用者の安心に繋げている。 | 居室にトイレが設置されており、排泄パターンやサインを把握し、トイレでの排泄が実践できるよう支援している。遠足等長時間での外出に際しては、充分下見を行い、入居者が不安にならないよう支援している。 | |
| 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 | 午前はラジオ体操、午後はタオル体操、又個別にも運動を行っている。排便記録、食事量のチェックを行いケースに記録、確認する事で便秘の予防に取り組む対応をしている。 | | |
| 45 | (21) | ○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 | 各部屋に浴室があり、ご家族も一緒に入浴できる。併設のデイサービスの大浴場も活用し、週に3回以上を目標としており、必要な場合はそれ以上も対応している。 | 居室に浴室が設置されており、週3回以上の入浴を計画に入れている。訪問された家族との入浴も可能であり、実施されている方もおられる。また、併設の通所介護事業所の大浴場での入浴も希望に応じて利用している。 | |
| 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 | 自室での休息・共用の場での休息と、状況に応じて、本人が選択できる支援を行えている。 | | |
| 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 | 服薬管理表にて、薬の目的、副作用、用法、用量等把握している。状態変化で追加薬がある場合は情報を共有し、経過観察を行い、医師に報告している。 | | |
| 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 | 認知症の進行と共に役割、楽しみごとを検討し、今までと変わらない生きる張りを持ってもらえるように努めている。 | | |
| 49 | (22) | ○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 | 個別にはスーパー・薬局・散歩等、職員と共に外出を行っている。外食や季節に応じた外出行事もご家族に相談し、出掛けられるように支援している。 | 日常的には、買い物(スーパー、洋装店、ペットショップ等)や散歩に出向き、季節の外出(初詣、花見、秋祭り、菊花展等)は、入居者の希望も踏まえ、家族の協力の下、実施している。 | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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、全員の預かり金は金庫に保管し、必要に応じスタッフがご本人の希望額を出し、個々に使用されている。支払い場所で支払える利用者様には、必要額を手渡し、支払ってもらう。 | | |
| 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 | 本人、家族の希望で携帯を所持している方については携帯の充電を確認し、相方に不安が無いよう支援している。本人から電話の希望があれば施設電話の使用で対応している。 | | |
| 52 | (23) | | ○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 | 季節に合わせて共用居間の模様替え(机の配置・座布団の色)、温度調整、換気、下駄箱・居室の不快な臭いを消す等の環境整備作りを行っている。 | 入居者ご本人が自分の家であると感じられる玄関、四季を感じられるようなリビングの設営(テーブルの配置替え、座布団の模様替え)、日々の生活に不快にならない採光や温度調節等多岐にわたり居心地の良い空間づくりの工夫が見て取れる。 | |
| 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 | 一人ひとりの時間の過ごし方をよく観察し、廊下の空間に椅子を配置する等の環境を整えたり、職員が間に入り新しい関係づくりもできる共用の場も設ける工夫をしている。 | | |
| 54 | (24) | | ○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 | 現状の見慣れた物、使い慣れた物を本人の身体機能、ADL状況に合わせた利用方法を家族と相談しながら工夫をしている。 | 居室には、風呂・トイレ・洗面台等が設置されプライバシー、衛生面での環境が整備されている。使い慣れた物品や設備等もADLに応じて利用できるよう家族と共に検討し支援している。 | 今後も、利用者の状態の変化に合わせて、家族と相談しながら居心地の良い居室作りの継続を願います。 |
| 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 | 居室に表札を掛けたり、カレンダーやトイレ等、分かりやすい表示にしている。移動スペースは十分にとり自立した生活を送れる工夫をしている。 | | |