

(別紙4-1)

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 | 0175-000-777 | | |
| 法人名 | 有限会社エーデルワイス | | |
| 事業所名 | グループホーム エーデルワイス | | |
| 所在地 | 北見市末広町350番地59 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年7月30日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年9月19日 |

※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 | http://www.kaiyokouhou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0175000777&SCD=320&PCD=01 |
|-------------|---|

【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 | 北海道北見市本町5丁目2-38 |
| 訪問調査日 | 平成24年8月30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)】

ご縁の合った利用者様の人生をお預かりしているという気持ちで、いつ最後の時がきて後悔のないように、特に食事に配慮し、盛り付け、見た目、彩、季節ごとの旬の食材や行事食、セレクトメニューなど選ぶ楽しみ、見る楽しみも交えながら食事の支援を行っています。毎日、動と静の時間を区別し、午前中は心身活性の目的のもと、下肢リハビリ、体操、音楽療法、笑いの療法、回想法、朗読など取り入れ、療法の最後には、活性された心身をリラックスさせるために深呼吸を行い、療法の終了となります。午後は、居室で休まれる方、読書をされる方、作業療法にて野菜の皮むきや、編み物を行われる方等一日のうちでメリハリがつく支援を行っています。

2ヶ月に一度の運営推進会議では、施設内の活動状況報告など、より詳細に発表し、家族様、地域住民の方々、関係者の方々との共有を図っています。運営推進会議第二部では、季節に合った行事を取り入れ、利用者様、家族様、地域の方々と昔を懐かしみながら交流が図れる場を設定しています。また、職員の研修にも力を入れ、定期勉強会時や運営推進会議にて発表の場を持ち、人材育成に繋げています。

【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)】

グループホームエーデルワイスは、木造2階建ての2ユニットのグループホームになっています。隣接してデイサービスセンターが併設しており、行事に際して利用者・家族同士で交流が行なわれています。環境面でも高等技術専門学院・中学校・店舗に囲まれた住宅地に立地しています。特に食事を楽しむことに力を入れ、5月には連休御膳と題して、寿司バイキング・焼肉・餅つきをしたり、セレクトメニューで好きな方を選べる工夫を行なっています。日々の食事では、嚥下低下が見られる利用者には、圧力鍋を使用し煮物等を柔らかくしたり、カロリーアップのプリン・ゼリーの補助食を提供、食事回数を夕食を入れ4回にして希望に沿った食事支援を行なっています。アクティビティでは、動と静のメリハリを付ける為、午前中下肢リハビリ・体操を取り入れ、音楽療法や笑いの療法、朗読も行なっています。午後には読書の時間・食材の下ごしらえ・編み物等自主的に行動できる支援に取り組んでいます。職員のスキルアップを兼ねた研修への参加を定期的に外部・内部研修を行い、2ヶ月ごとに行なわれている運営推進会議の中で発表する事で情報を共有し質の向上に生かしています。

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) | ○ 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) | ○ 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、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 | | | |

自己評価及び外部評価結果(1番地)

| 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 | 事業所理念は、職員が見やすい場所に掲示していません。新人研修時に理念の意味や大切さを伝えたり、全職員が作成した目標をスタッフ間で読み合わせ、職員の意識を高め、理念共有のケアの実践に繋げています。 | 事業所の理念と職員が掲げた目標を見やすい場所に掲示、意識を高め質の高い支援を心掛けています。 | |
| 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 | 運営推進会議、季節の行事、防災訓練、町内会など地域との交流を図れるように、工夫を行っています。 | 事業所内の行事や町内会行事にそれぞれ積極的に参加し、日常での散歩や買い物でも挨拶を交わすなど地域との交流も深まっています。 | |
| 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 | 二か月に一度開催している運営推進会議などで、地域の方々に、事業所が行っている支援方法や認知症についての理解などの報告会や交流会を設け、サービスの向上を図っています。 | | |
| 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 | 運営推進会議では、グループホームでの活動状況を報告し、利用者様、家族様、地域の方、関係者の方から意見を頂き、話し合い、ケアの向上に繋がっています。 | 民生・地域包括担当者・町内会長、利用者・家族・系列事業所利用者が参加、警察官やSW、NHK、近隣住民まで幅広く出席する運営推進会議を活用して活動状況・意見要望の話し合いの他、地域との交流や行事、勉強会等を行っています。 | |
| 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 | 認知症サポーター養成講座や行方不明者捜索時、運営に関わることなどについて連携を図り、疑問点については意見を求め、サービスの向上に繋がっています。 | 管理者は認知症サポーター養成講座講師等、高齢者に関わる多種の研修を行っており、市や包括支援センター担当者とは、緊密な関係であり、意見や相談を日頃から行なう関係が出来ています。 | |
| 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 | 定期勉強会などで、身体拘束の意味を知り、身体拘束を行わないことを認識し、実践している。 | 内部研修で高齢者虐待防止を含め多くの職員と勉強会を開き、具体的な行為を理解し、身体拘束を行わないことを実践しています。夜間のみ玄関に施錠しています。 | |
| 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 | 定期勉強会などで、高齢者虐待について学ぶ機会を持っている。虐待について正しい知識を持ち、虐待のないケアを実践している。 | | |

| 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 |
| 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 | 管理者、職員は内部研修等で、成年後見制度について話し合い、活用できるような体制作りを行っている。 | | |
| 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 | 契約時や解約等の際は、利用者様や家族様の不安や疑問点など尋ねられる環境作りを行い、充分の説明を行い、理解を得ている。 | | |
| 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 | 面会時や運営推進会議時等、利用者様、家族様より意見、要望を聞き、運営に反映させている。 | 毎月の訪問時や運営推進会議時に、状況説明や意見要望を聞き入れたり、行事のときにも大切な機会と捉え運営にその都度反映しています。 | |
| 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 | 勉強会や個人面談、日々のコミュニケーションから、機会を設け、反映させている。 | 毎月の会議や定期的な勉強会、日常の支援を行なっている時など、職員の意見や要望を聞いて、改善する等取り組んでいます。 | |
| 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 | 面談等から、管理者、職員個々の努力や実績、職務状況を把握し、各自が向上心を持って働ける環境、条件整備に努めています。 | | |
| 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 | 代表者は、内部研修、外部研修の機会を多く設け、勉強会や運営推進会議などで発表の機会を多く設けたり、行事委員会や食事委員会など設け、一人ひとりが役割を持ち積極的に働けるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 網走ブロックグループホーム協会の研修会や行方不明者捜索訓練を通して、交流する機会を持ち、サービスの質の向上に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 環境変化などから、本人様の不安な気持ちや、困っていることなど、ゆっくりと傾聴し、家族様、スタッフ間で情報共有を図り、その方のリズムに合ったケアを提供し、少しずつ不安な気持ちを取り除くように支援しています。 | | |
| 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 | 上記同様、面会時や電話など話し合いの場を多く設け、少しでも多く不安を解消し、信頼関係が構築されるように支援しています。 | | |
| 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 | ご家族様面会時等に、情報共有し心身状況及び疾患状況を把握した上で、他のサービス利用も検討し対応している。 | | |
| 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 | 利用者様の思いを傾聴し、表情や行動、言動から喜びや不安を共に分かりあえるように接しています。また、勉強会や研修会などで学んだことを生かし、利用者様との信頼関係の構築に繋がっています。 | | |
| 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 | ご自宅にいた時と同じような雰囲気を作りながら、家族様とスタッフが連携を図りながら利用者様を支えています。 | | |
| 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 | 本人様の馴染みの人との交流が継続できるよう、運営推進会議や行事を通し、家族様と交流の場を設けたり、その方のバックグラウンドに焦点をあてた外出等をし、馴染みの生活を継続できるように支援しています。 | 利用者の生活歴から、自宅へのドライブ、周辺に住んでいる昔なじみの友人知人に会いに行くなど、関係が途切れないよう支援をしています。 | |
| 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 | 日々の生活の中でのコミュニケーションや朝の療法、行事など希望と体調を確認しながら、利用者様同士が参加出来るように環境を整えています。 | | |

| 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 |
| 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 | サービス利用が終了しても、定期的に行事案内をしたり、訪問したりと関係性を継続していくように支援しています。 | | |
| 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 | 利用者様が発した言葉や表情、行動等アセスメントシートに記録し、利用者様の思いや希望、意向の把握に努めています。家族様面会時に確認することもあります。 | アセスメントから利用者様の暮らしを把握、日常の利用者の発する言葉・表情から意向の把握に努め、職員間も情報を共有し支援をしています。 | |
| 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 | 利用者様、家族様より生活歴や馴染みの暮らしを聞き取り、その後も回想法などで知り得た情報を基に、一人ひとりの暮らし方の把握に努めています。 | | |
| 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 | アセスメントシートを活用しながら、職員は一人ひとりの状況を把握し、コミュニケーションから本人様の思いを引き出し、残存機能を活用し、自立支援に繋げています。 | | |
| 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 | 日々のアセスメントやカンファレンスから利用者様の課題を明確にし、利用者様、家族様の意向を聞き取りながら、ケアプランに反映しています。 | 毎月の会議や日誌からモニタリングを行い、家族の訪問時にも聞き取りをして6ヶ月ごとに見直し、現状に即したケアプランに反映しています。 | |
| 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 | 利用者様の活動状況、食事、入浴、排泄、精神面等、個別日誌に記録し、職員間の状況共有から、ケアの実践と介護計画に活かしています。 | | |
| 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 | 利用者様、家族様の状況に応じ、通院介助、早期退院の支援など、グループホームの特性と柔軟性を活かし、支援に努めています。 | | |
| 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 | 2ヶ月に一度開催される運営推進会議では、民生委員、地域ボランティア、町内会長、包括等の参加があり、第二部では他者と交流を図りながら、行事を実施し、利用者様の活性に繋がるように支援しています。 | | |
| 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 | 個々の利用者様が希望する、かかりつけ医での受診となっています。受診の際は、利用者様の普段の心身状況を記載した手紙を持参し、情報共有を図っています。又、受診が困難な利用者様、ホーム往診医を希望される利用者様は協力医による往診体制となっています。 | 利用者の希望するかかりつけ医の受診を行い、協力医による往診も月2回行なわれています。訪問看護とも協力医が連携して支援を行なっています。 | |

| 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 |
| 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 | 介護スタッフが利用者様の普段の心身状況、気づきなどホーム看護師や訪問看護ST来訪時に情報提供し共有を図っています。また、状態変化時等は訪問看護ステーションとの医療連携体制ができており、健康管理や相談が出来るようになっています。 | | |
| 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。 | 入院の際は、医療機関や家族からの情報を基に相談し、経過を見ながら早期退院に向けた話し合いを行っています。 | | |
| 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、事業所で行え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 | 利用者様の状態が重度化したり、終末期になった場合事業所で可能な限りの支援が出来るように、本人様、家族様、主治医、訪問看護と状態変化前に話し合い、情報共有し、連携を図っています。また、カンファレンスや検討会議など実施し、準備を行っています。 | 重度化・終末期についての指針を作成しており、家族に説明し同意書を交わし必要に応じ話し合いをしています。職員は、実際に看取りを経験し、重度化・終末期に関わる外部研修にも参加しています。 | |
| 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 | 利用者様の急変時や事故発生時に臨機応変に対応できるよう、普段からシュミレーションを行っています。又、勉強会などでも学ぶ機会を設けています。 | | |
| 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 | 避難訓練は、年二回地域の方の協力を得て、特に人員体制が少ない夜間を想定した訓練を実施しています。又、普段からシュミレーションを行い、初期消火、消防通報、避難誘導など災害時に対応出来るように訓練しています。 | 夜間想定での避難訓練はこれから実施予定ですが、昼間のシュミレーションでの避難訓練を、実施しています。地域住民との協力体制も整い、利用者が安全で迅速に避難出来るよう話合っており、布団等を使用しての訓練など工夫しています。 | 職員と近隣住民への連絡方法・誘導・見守り及び今年度中に2回避難訓練の実施、火災だけでなく地震や水害対策も検討し、備蓄や持出し品の確認する等対応することを期待します。 |
| 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 | その方の生活リズムに合った誘導や、声かけ(耳元や声のボリューム)に注意し対応しています。コミュニケーション時はゆっくり視線を合わせその方の思いを傾聴しています。 | 一人ひとりの人格を尊重し利用者の気持ちを大切に考え、トイレや入浴介助の際に言葉掛け等さりげないケアを心掛けています。書類の扱いに関してもプライバシーに配慮されています。 | |
| 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 | 日常生活の中で着る服を選んで頂いたり、嗜好調査や普段の会話から本人様の食べたい物を引き出し、普段のメニューや行事食に取り入れられたり、季節の外支支援時など主体性のある支援を提供しています。 | | |
| 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 | 利用者様の生活リズムへの配慮(朝食時6:30~9:00を設定)があり、生活歴や体調、本人様のペースを大切に、その人らしい生活が継続出来るように支援しています。 | | |
| 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 | エレガンス療法にて、化粧をしたり、外出時など季節に合った服装を選び外出したりと、身だしなみやおしゃれが出来る支援をしています。 | | |

| 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 |
| 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 | セレクトメニューにて、食べる楽しみにより一層深みを持たせたり、旬の食材等で季節感を出している。食後等食器拭きやテーブル拭き等残存機能を活用できるように支援しています。 | 旬の食材や新鮮なものを取り入れた食事を心掛けています。職員で構成されている食事委員会において、盛付・味付け・栄養バランス・利用者の好みを考慮し、楽しく食事が出来るよう努めています。 | |
| 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、水分量については記録がとられており、利用者様の状態に合わせて、おにぎりを提供したり、嚥下状態に合わせてトロミを付けたりと対応しています。不足分は、栄養補助食品や高カロリーの物を提供し、栄養低下を防止しています。 | | |
| 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、声かけや介助により、口腔ケアを促しています。入床時には、入れ歯を薬品につけおきしています。 | | |
| 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 | アセスメントシートセンター方式にて個別の排泄パターンを把握し、排泄の失敗等を防ぐため早めの誘導を実施しています。 | トイレでの排泄を大切にしながら排泄パターンを活用し利用者の羞恥心や不安に配慮したケアを心掛けています。 | |
| 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 | 便秘予防の為、起床時より乳製品などを提供し、腹部マッサージや歩行により腸の蠕動運動を活性化させたり、食事の量の調整や食物繊維の多い食材を使用し、排便を促す様に支援しています。 | | |
| 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 | 利用者様の健康状態に合わせて、希望に応じた入浴時間となっています。好きな歌を歌ったり、回想法等を行いながら、昔の話をしたりリラクスのできる入浴を支援しています。 | 利用者の希望に添った支援を心がけ週2回以上入浴出来るよう配慮しています。入浴拒否の場合でも時間を変えて促す工夫も行なっています。 | |
| 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 | 日中の活動量を充実させ、夜間安眠し生活のリズムが乱れないように配慮しています。眠れない利用者様には、ホットミルクやお話を傾聴し、本人様の心が安心出来るように支援しています。また、不眠の原因を見極められるようにアセスメントしています。 | | |
| 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 | 個別の服薬ファイルにて管理しています。薬の効果や副作用等ファイルに明記されており、服薬変更時は、スタッフ全員に周知し、症状や状態変化の観察も注意しながら行っています。 | | |
| 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 | 個々の利用者様の馴染みの生活や自立支援として、仏様のご飯やお水のお供え、食器拭き、花の水やり、五並べ、編み物、野菜の皮むき、新聞や伝記の読書など個別の支援に繋がっています。 | | |

| 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 |
| 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 | 季節に合った外出を実施、桜見学や運動会に行ったり、お祭りや、利用者様の馴染みの場所に外出、運営推進会議等、本人様の希望を確認しながら外出支援をしています。 | 日常的に散歩や、暖かい時期にはベンチに腰掛け外気浴を行っています。外出行事が年間計画の中に多数組み込まれています。 | |
| 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 | 外出支援時等に買い物に出かけ、利用者様の希望に応じて、買い物支援等を行っています。 | | |
| 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 | 市内及び遠方のご家族様に対し、絵手紙を出したり、電話するなどして、家族様、利用者様に安心して生活できる環境作りに配慮しています。 | | |
| 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 | 玄関には花があり季節を感じることができるようになっています。居室には、馴染みのある家具(仏壇やタンス)や生活用品が持ち込まれ、居心地良く過ごせるように工夫しています。 | 共用空間は広く明るく清潔で、安全に配慮しています。壁には季節感のある飾り付けや行事等の写真が飾られ、エアコンも使用しながら温度・湿度にも気を配り居心地よく過ごせるよう努めています。 | |
| 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 | 居間にはソファが置かれ、テーブルの配置や椅子の位置などにも配慮し、利用者様が心地良い環境作りを実施しています。 | | |
| 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 | 居室には、馴染みの家具(仏壇やタンス)や写真などあり、安心して過ごせる環境作りとなっています。 | 居室には馴染みの家具や椅子、仏壇やテレビを持ち込まれ家族の写真を飾るなどその人らしい居室となっています。 | |
| 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」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 | 要所には、手すりが設置されており、ホーム内の段差もない。対面式のカウンターにて利用者様に調理の手伝いをさせていただいたりと残存機能の活用を図っています。 | | |