

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 | 4470201056 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人一燈園 | | |
| 事業所名 | グループホーム新別府一燈園 2階なごみ | | |
| 所在地 | 大分県別府市大字鶴見字新別府3051番地3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年11月20日 | 評価結果市町村受理日 | 平成28年1月27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 | |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 福祉サービス評価センターおおいた | | |
| 所在地 | 大分県大分市大津町2丁目1番41号 | | |
| 訪問調査日 | 平成27年12月10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)】

・利用者や職員の安心安全のため、利用者一人一人に対するケア方法を統一出来るように、個々に合わせた特別マニュアルを作成し、見やすい場所に掲示し支援している。
 ・地域との交流が盛んで、地域の運動会、文化祭、あいさつ運動、お祭りなどに参加したり、当施設で行われる夏祭り、秋刀魚と新米の会、合同防災訓練などを通し、地域の一員として過ごしている。
 ・食事は、全て手作りで、その場で作ることににより匂いや音が食をそそりおいしく食べて頂いている。主食は栄養面を考え玄米食にし旬の食材を取り入れ、時には一緒に買い物に行き料理をすることもある。
 ・利用者が終の棲家として居心地良く暮らせるように、また職員が生き活きと働けるように、マナーチェック表を導入し情報交換し認知症を深く学ぶと共に職員のケアにも力を入れている。

【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)】

・利用者の生活歴・バックグラウンドやエピソードを、本人や家族から丁寧に聞き取り、職員で共有し、日々の支援に活かしている。
 ・個々の利用者が気持ちよく過ごせるように、個別の支援マニュアルを作り支援が行われている。
 ・ボランティア訪問・地域行事・事業所行事など、地域と積極的な交流が持たれており、利用者の楽しみや馴染みの関係、安心に繋がっている。

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 ↓該当する項目に○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 | 理念については毎月カンファレンスで全職員で確認している。また、理念に基づき毎月具体的な目標を掲げマナーチェック表を導入し自己の振り返りにつなげている。 | 解りやすい言葉で表現された理念は、一つ一つが職員の利用者支援の心がけとして生かされている。 | |
| 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 | 地域の運動会、文化祭、お祭りの参加。地域の方を招いてのアニマルセラピー、夏祭りや秋刀魚と新米の日は恒例になっており沢山の参加がある。、散歩時には近隣住民との交流があり老人会の作った野菜を頂いたりする。 | 事業所開設時からの事業所行事やボランティアとの交流は、よりよい関係づくりや認知症の人の理解・支援として継続されるなど、積極的な交流の取り組みが行われている。 | |
| 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 | 実習生やボランティアの受け入れ、月1回の朝、登校時に通学路に立ち地域の方々と交流をしたり、行事の時は地域の方に積極的に利用者に関わって頂き認知症を少しでも理解して頂ける交流している。 | | |
| 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 | 運営推進会議で行事や施設の取り組みなどの報告を行っている。サービス向上委員会、リスクマネジメント委員会からの報告もを行い、意見を頂いている。自治会の賛助会員になることで、情報などを頂き地域行事に参加し交流を深めている。 | 地域に開かれた地域密着型事業所として、地域全世帯に運営推進会議の広報を行っている。事業所廊下にも案内を掲示し、面会者にも参加を呼び掛けている。 | |
| 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取り組んでいる | 地域の方がたと、消防署合同での防災訓練を行い、広報なども利用し市町村との関係を深めることが出来た。今年度より推進会議に市役所高齢福祉課職員の参加があり、報告を通し協力関係を築いている。 | 運営推進会議に別府市職員の参加が得られている。行政から、介護事業所の情報提供を求められ、グループホーム利用者や介護現場の生の声を伝え、事業所と行政の協働が行われている。 | |
| 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 | 玄関はすべて開放している。身体拘束は行わない。という姿勢で支援し、利用者の安全を確保するための工夫に取り組んでいる。また外部研修を受講したり、二ヶ月に1回の内部研修を行い、意識を強化している。 | 利用者の認知症の症状について職員間で話し合い、原因を探り、リクライニング車椅子の利用や、マットを利用し安眠に繋げることで、ベルトやベッド柵に頼らない生活支援が行われている。 | |
| 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 | 虐待防止委員会が中心となり、内部研修会やミーティング等を通じ、高齢者虐待防止関連法について理解浸透や遵守に向けた取り組みを行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 施設内に成年後見制度を活用されている方がいるため、身近に学ぶ機会が持っている。その他制度等については研修も行われている。 | | |
| 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 | 重要事項説明書や契約書の内容を十分時間をかけて説明を行い家族の疑問等に丁寧に対応している。家族会などで理解、納得を得ている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に一回自治会、地域包括支援センター、利用者家族の代表に参加して頂き運営推進会議にて意見や要望を頂いている。家族面会時には信頼を得られるよう必ず話す機会をつくり、意見の出せる関係を築き反映できるよう努力している。 | 家族面会も多く、面会時には全職員が家族とのコミュニケーションを取ることを心掛けている。サービス向上委員会では、会話の中から気になる言葉を拾い上げ、全職員で共有し、話し合われ、支援に活かされている。 | |
| 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 | 年に1回の人事効果制度や自己申告書を活用し、個人面接も行っている。日常のコミュニケーションを大切に、毎月のカンファレンスやミーティングでは自由に意見が出せる雰囲気作りをしている。 | 各ユニット毎と、ユニット合同でのカンファレンスが開かれ、意見を出し合っている。勤務時間調整等、職員間での協力支援体制も構築されている。 | |
| 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 | 職員に対し年に1回自己目標を提出させ達成具合を振り返る機会を設けている。優れた職員に対しては賞与にて反映している。残業時間の削減、休憩時間の確保に向け取り組んでいる。 | | |
| 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 | 経営企画室が担当し新人研修、ステップアップ研修、フォローアップ研修など、職員を階層別に分けて計画的に研修を行っている。また外部の研修にも積極的に参加し、また参加した職員による内部研修も行っている。 | | |
| 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 | 別府市のグループホームで構成する別府市グループホーム連絡協議会に加入しており、定期的な会合や、協議会が主催する研修会などに参加し他事業所と交流を行いサービスの向上に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用に至る迄の相談は相談員や担当ケアマネジャーが本人とゆっくり話し、今の置かれている状況を理解することに努めている。利用者に寄り添うケアに努め本人の心のケアに努めている。 | | |
| 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 | 担当ケアマネジャーが家族に対しても困り事等をしっかり傾聴し信頼関係を築きながら家族の不安や家族負担の軽減に向け支援に努めている。信頼関係を早く気づけるように出来るだけの会話をし要望が出しやすい環境を作っている。 | | |
| 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 | 必要に応じたサービス機関の紹介や地域包括支援センターへの紹介等を行っている。緊急性がある場合は関係機関と連携・調整し、柔軟な対応を行うように努め生命の安全に留意している。 | | |
| 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 | 利用者が自分の力を発揮できる場面(役割)作りを行い、自己実現(喜び)へとつなげている。感謝の意を表すことで、他人に対する労りや喜びの感情が芽生え、お互いに助け合っているとの思いが強くなっている。 | | |
| 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 | 面会時、家族会、郵便等などで本人の状態報告を行い、家族の思いなども引き出し相談しながら利用者の生活を一緒に支えられるよう努めている。 | | |
| 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 | 行事の一環として家族や知人過ごせるよう、外泊や外食の援助を行っている。面会に来られた知人などには再来しやすい声掛けと環境作りに努めている。ドライブの途中に馴染みの場所に立ち寄ることもある。 | 本人、家族から生活歴、馴染みの人や場の情報を得て支援に生かしている。ボランティアや地域の人との新しい馴染みの関係も構築されている。 | |
| 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 | 利用者同士の関係や背搔くなどを考慮し座席の位置などにも気配りし軽作業やレクリエーションを通し、利用者同士が上手に関われる環境作りに努めている。上手くコミュニケーションが取れない利用者には、職員が橋渡しとなっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入院などによりやむを得ず退去される方は居宅ケアマネージャーに引き継ぎ、継続的なフォローをしている。他の施設に移られた方には面会に訪問したり交流を続けられるように支援している。 | | |
| 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 | 利用者の日常生活の中での言動、行動、表情などに関心を持ち、常に情報を得ようと努力している。希望や意向を明確に出来ない方に対しては真意を推し量ったり、家族からの助言も頂いている。暮らしを支えるシートを作成し、検討をしている。 | 利用者の歴史やバックグラウンド、その人らしさを「暮らしを支えるシート」としてまとめ、3カ月毎に確認、新たに知り得た思いや情報は、加筆され職員間で共有されている。 | |
| 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 | 担当ケアマネージャーからの情報収集や入居前の自宅訪問、出来ない場合は家族や後見人の方に来園して頂くなどして出来るだけ詳細を把握できるように努めている。 | | |
| 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 | 家族や本人から伺った情報やケアスタッフの情報を合わせ、日常生活を把握しながらその人らしい暮らしを支えるシートや日課表を作成し現状の把握に努めている。変化があるときには検討し共有している。 | | |
| 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 | 個々の利用者担当職員がおり、家族や本人から伺ったアセスメント、更に日常生活の中での職員の気づき、情報をもとにケア計画を作成し、毎月のカンファレンスにて意見交換し作成している。毎日モニタリングを行い、評価も行っている。 | 利用者の担当職員が中心となり、全職員で現状に即した具体的援助計画を話し合っている。プランに対し、毎日モニタリングが行われ、3カ月に1度のプラン見直しが行われている。 | |
| 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 | 介護計画に基づいたケアの実践、結果を日誌に記録するよう努めている。また計画の遂行状況を毎日モニタリングし、毎月総括を行いプランの見直しを行っている。 | | |
| 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 | 本人や家族の状況に応じて通院や買い物、外出等の支援を行っている。家族や本人の希望に応じ外泊の支援や施設で一緒に食事をするなど随時柔軟な対応を心がけている。食事の形態や本人趣向に合わせたメニューも配慮している。 | | |

| 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 | 近隣住民のボランティア、実習生の受け入れ等を積極的に行っている。病院、理美容室などの協力体制も出来ている。また、災害時の協力依頼や施設の消防訓練にも地域の方々に参加して頂いている。 | | |
| 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 | 基本的には本人や家族の同意を得て、定期的に職員の同行で協力医を受診している。また、希望に応じて昔からのかかりつけ医に往診してもらっている。専門医(皮膚科、歯科、眼科など)の往診もある。 | 希望の掛かりつけ医となっている。訪問看護職員とも話しやすい関係が作られており、様々な相談やアドバイスを受ける等の連携がとられている。 | |
| 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 | 訪問看護ステーションと契約を行い、1週間に1回の訪問にて、日頃の健康管理や医療面での相談、助言、対応をしてもらい、連絡指示ノートに基づき体調管理に努めている。 | | |
| 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。 | 入院時は職員も同行、情報提供し、混乱のダメージを最小限に抑えるよう配慮している。1ヶ月を越える入院となると施設を退去することとなるため、職員による病院訪問や快復状況の確認を行いながら、主治医とも退院計画の相談を行うなど連携を取っている。 | | |
| 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、事業所です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 | 重度化対応、終末期対応指針を作成している。入居時には説明し、毎年確認書を交わしている。職員全員で施設の方針を共有できるよう意識統一を行っている。またその旨を家族や本人につたえ希望等の確認を行い、状況の変化に合わせて話し合いを持っている。 | 重度化・終末期対応の指針をもとに、利用者・家族の要望を踏まえ、カンファレンスを開き、全職員で指針を共有し、穏やかな看取り支援を行っている。 | |
| 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 | マニュアルを職員全員で回覧している。消防署の協力により心肺停止時の対応、蘇生法について学んだ。またAEDも設置され使用方法及びその際の留意点の講習も受けた。 | | |
| 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 | 最低年2回、利用者と共に避難訓練を行っている。地域住民、消防署参加型の消防訓練を毎年おこなっている。また、運営推進会議でも避難訓練状況の報告を行い、今後も地域の方々の協力をお願いしている。備蓄も出来ている。 | 定期的に事業所単独、ディサービスと合同での避難誘導訓練が行われている。訓練の際、移送時の利用者役や利用者の見守りとして、地域住民の協力が得られている。 | |

| 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 | 施設全体で職員のマナー委員会を設け、マナーチェック表を活用し、利用者に対する言葉遣いや態度の指導・教育、啓発を行っている。2ヶ月に1回プライバシー保護についての研修を行っている。 | 利用者へ丁寧な言葉かけが行われている。利用者に合わせて言葉かけでコミュニケーションがとられている。事業所全体で研修や学びの機会を持ち、個々の職員のマナーが守られ気持ちよい暮らしに繋がっている。 | |
| 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 | 話しは最後まで傾聴し、行動は待つ介護を行い、声掛けするときは複数の選択肢を提示し、本人の意向を確認しながら支援している。意向を表すことが困難な方には表情などからくみ取るぢりよくを行っている。 | | |
| 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 | 一日の基本的な業務流れはあるが、入居者の体調やニーズに合わせ、生活の支援を行っている。午睡や消灯時間など、生活習慣に合わせた柔軟な対応を行っている。 | | |
| 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 | 自己決定の出来る利用者に対しては、好みの服を選んでいただくよう援助している。出来ない方にはその方らしい服を選ぶよう心がけている。整容については物品の準備をしたり身だしなみに心がけている。定期的に移動美容室をお願いしている。 | | |
| 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 | 毎日、職員による手作り料理を提供し、時には調理や盛りつけと一緒にしたり、毎日後片付け等の手伝いをお願いしている。食事も同じテーブルで、同じものを食べ食事の時間が和やかに楽しくなるよう配慮している。食事前の運動も欠かさない。 | 個々の利用者の心身の状況に合わせた食形態や自助具を利用し、穏やかに会話を楽しみながら食事が行われている。おやつレクレーションや行事食を楽しんだり、事業所で収穫された野菜を使った料理も食卓へ上っている。 | |
| 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 | 食事や水分量のチェックを行い把握している。玄米食を取り入れたり、水分摂取量の確保のため好みの飲物を個別に提供している。利用者の嚥下や咀嚼力に応じて、粥やきざみにして出している。 | | |
| 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 | 口腔ケアの方法を個別に表記し統一したケアを行っている。毎食後歯磨きや義歯の洗浄の声かけを行い、一人ひとりの力に応じてケアを行っている。希望により訪問歯科に往診を依頼している。 | | |

| 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 | 個々の尿意や意志を大切に排泄のサインを見逃さないよう、職員間で連携を密にし声掛けや誘導、介助を行っている。個々の体調や状況に合わせてオムツやパットを使用している。 | できるだけトイレでの排泄ができるよう具体的な個別支援マニュアルが作成されている。おむつの利用者にも、職員二人体制でトイレで排泄する支援を行っている。 | |
| 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 | 毎日、玄米食、野菜や乳製品を取り入れた食事を提供している。朝の体操や食事前の運動や家事活動などで体を動かす機会を設け、便秘予防に取り組んでいる。また主治医と相談しながら、自然排便に努めている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 週3回の入浴が基本だが、個々のペースや時間帯を大切に、天然温泉でゆっくりと話しながら入浴を楽しんでいただいている。安全面や清潔保持、プライバシー保護に配慮し支援している。 | 利用者が嫌な思いで入浴することのないよう、個別の「声掛け」のマニュアルを作成している。重介護度の利用者も、職員二人体制で、安全面に配慮し、湯船にゆったりと浸かり、かけ流しの温泉を楽しむ支援が行われている。 | |
| 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 | 個別の生活リズムに合わせて就寝しており、テレビや新聞を読んだり、趣味活動しながら、ゆっくりと過ごせるように支援している。休息も同様で、体調やその日の行動に合わせて、居室や食堂のソファでゆっくり休んでいただくようにしている。 | | |
| 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 | 利用者の個人ファイルに病名や薬の内容、処方箋をファイルし把握に努めている。服薬マニュアルを表記再々再度の確認をし誤薬防止に努めている。臨時薬や処方変更など薬に関することは伝達ノートに朱記し情報の共有を行っている。 | | |
| 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 | 趣味活動(縫い物、計算、カルタなど)への取組を行っている。家事(洗濯たたみ、お碗、お盆、テーブル拭きなど)も個々の能力に合わせてお願いし継続することで、責任感、達成感や満足感が得られるよう、感謝の言葉を伝えている。 | | |
| 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 | 散歩や食材の買い物、ドライブ等の機会を作り、戸外に出て気分転換やストレスの解消に努めている。また、日常会話の中より出た個人のニーズで外食やウインドウショッピングなどで楽しんでいただいている。季節を観じて頂けるよう季節に応じた場所へ出掛けている。 | 介護度の重度化により、集団での外出が困難になっているが、利用者の心身の状況に合わせて職員が協力し、様々な外出支援が行われている。日常的に、外気浴や園庭での野菜の成長を楽しめるよう支援が行われている。 | |

| 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 |
| 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 | 買い物に同行した時に、小遣いの中から嗜好品を購入し、自分で精算する場面を作っている。 | | |
| 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 | 居室に電話を設置しており、いつでも家族や友人と電話でゆっくり話せるように支援している。また、友人からの手紙には、職員が声かけを行い、電話を掛けるなどして、関係が途絶えないよう配慮している。 | | |
| 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 | リビングに入ると調理を作る職員の姿や香り、音など生活感を感じる造りになっている。また、ソファを置いて団らんが出来るようになっている。廊下にも、休憩用の椅子や観葉植物を置いている。季節感を大切に飾り付けを行っている。 | 共有空間は、清掃が行き届き、衛生的な環境が保たれている。利用者の関係に配慮しながら、ソファや畳の間を活用し、役割や楽しみ事ができる居心地の良い共有空間づくりが行われている。 | |
| 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 | 少人数掛けのテーブルやその方の落ち着けるリクライニングチェア、ソファを設置し利用している。仲の良い利用者同士で過ごせるような席の配慮を行っている。又廊下の椅子も活用されている。 | | |
| 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 | 利用者が居室でゆっくりと過ごせるように、自宅で使い慣れたソファやテーブル、家具類を自由に入れていただき、家族の写真や思い出の品、自作の品などを飾り、個々の個性に合わせた部屋作りを家族と一緒にやっている。 | 家族の利用者への思いが、居室づくりに活かされている。馴染みの家具や好きな人形に囲まれ、面会者とゆっくりと共に過ごすことのできる居心地の良い居室づくりが行われている。 | |
| 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 | 利用者が混乱や失敗が生じたとき、職員間で話し合い、解決策を出し合って対応している。トイレの表示や備品の使用方法の明示など行っている。 | | |