

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 | 0272501412 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人もみじ会 | | |
| 事業所名 | グループホームにこにこプラザ六戸 | | |
| 所在地 | 青森県上北郡六戸町大字犬落瀬字権現沢54-636 | | |
| 自己評価作成日 | 令和元年9月1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 | |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 青森県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 青森県青森市中央3丁目20番30号 | | |
| 訪問調査日 | 令和1年10月9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)】

| |
|---|
| <p>世代間交流の場を大切に、近隣の学校行事への参加や職場体験等の受け入れを積極的に行っている。 また、町内会に加入し、職員が町内の清掃活動に参加することで地域との交流を深めている。</p> |
|---|

【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)】

| |
|---------|
| <p></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りや深まりがあり、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、活き活きと働いている (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、安心して暮らさせている (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 | 常に職員の目に付く玄関や事務所、ホール等の場所へホーム理念を掲示することにより、職員が意識して利用者様の対応を行っている。 | 法人の理念は地域密着型サービスを踏まえた内容であり、ホームの理念は個人のケアについて掲げている。地域との関わりを積極的に行い、利用者が地域で安心して暮らすことができるように努めている。 | |
| 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 | 近隣の学校行事に参加することで、世代間交流を行っている。また、町内会に加入し、町内の道路清掃活動や町の行事等へ積極的に参加している。 | 町内会に加入し、清掃活動等、町内活動に協力している。ホーム内の畑は地域住民の協力で耕しており、中学生と利用者がじゃがいもを掘る等、交流を行っている。また、地域の昔話を読む団体や踊りの団体等の訪問、書道の先生による習字教室も行っている。 | |
| 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 | 地域住民への認知症に対する理解を深める機会の提供として、職場体験等のボランティアの受け入れを積極的に行っている。 | | |
| 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 | 運営推進会議は2ヶ月に1回、開催している。会議ではホームの運営状況を報告し、委員から意見を得てケアサービスの向上を図っている。 | 運営推進会議では事業計画や自己評価及び外部評価結果、運営の報告、情報提供、課題の改善等、ホームのケア向上のための話し合いを行っている。開催日を年間でお知らせすることで、委員の参加を得やすいように努めている。 | |
| 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 | 役場に自己評価及び外部評価結果を報告して、関係機関にパンフレットや広報誌を配布し、ホームの現状や取り組みを伝えている。また、運営推進会議を通じて現場の状況や課題について相談している。 | 運営推進会議で運営に関する相談をして、助言をいただいている。役場には自己評価及び外部評価結果を提出し、パンフレットや広報誌の配布を行っている。 | |

| 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 |
| 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 | 介護保険指定基準における身体拘束禁止の対象となる具体的な行為について、部署内で定期的に勉強会を実施し、拘束にあたる内容がないか再確認することで、全職員が身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 毎年、身体拘束に関する研修を開催して理解を深めるほか、法人で身体拘束適正化委員会を設置している。マニュアルや書類等も整備しており、身体拘束が必要な際の手順も確立している。ホーム内は基本的に施錠せず、玄関にセンサーを設置して、外出傾向のある利用者には職員が付き添う等、支援を行っている。万が一、捜索が必要になった時は法人内での協力体制を整備している。 | |
| 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部署内で定期的に勉強会を実施し、全職員が虐待を見過ごすことのないよう対応ができるように取り組んでいる。 | | |
| 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支援している | 外部研修に参加して、権利擁護や日常生活自立支援事業、成年後見制度について学ぶ機会を持ち、研修後は資料を回覧し、全職員へ周知している。成年後見制度を利用している利用者様があり、対応している。 | | |
| 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 | 契約の時はホームの理念・方針・取り組み事項について十分な説明を行い、利用者様やご家族の不安や疑問に対応している。また、契約改定時にも同様の説明を行い、ご家族に同意を得ている。 | | |
| 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 | 面会時は職員からご家族へ積極的に声がけをし、近況報告することでご家族が気軽に話しやすい環境を整えている。また、玄関に意見箱を設置し、意見等が出された際は苦情処理シートに記入して会議で話し合う等、改善に向けた取り組みの体制を整えている。 | 家族には月1回利用者の近況や受診状況を手紙で送付している。家族や利用者の希望や意向の聞き取りは、家族の面会時や利用者との日々のコミュニケーションにより行っている。利用者の声から洗面台の蛇口を回転式からレバー式に変える等、利用者の生活改善に努めている。 | |
| 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 | ホームの運営方針や利用者様の受け入れ決定事項等を職員に伝達し、職員の意見を聞く機会を設けており、必要に応じてグループホーム会議やケア会議等を実施し、ケアの実践に反映させている。 | 2ヶ月に1回、グループホーム会議を開催し、ホームの運営について職員と意見交換や検討を行っている。職員の意見により、利用者の見守り向上のため、事務室で行っていた業務をホールでも行えるようにする等、業務改善に努めている。 | |

| 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 |
| 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 | 人事考課時に個別面談を実施して、職員の状況や考えについて把握し、向上心を持って働けるように職場環境・条件の整備に努めている。年2回、健康診断を実施し、職員の健康管理を行っている。 | | |
| 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 | 経験年数に応じて外部研修を受講したり、資格取得支援によりスキルアップを図っている。外部研修受講後は資料回覧し、職員間で研修内容の共有を図っている。 | | |
| 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 | 町主催の「地域ケア会議」に定期的に参加することで、介護事業者との交流や情報交換等、連携を図っている。また、グループ内での部門会議に参加して、ネットワーク作りや他事業所と交流を図り、サービスの質の向上を図っている。 | | |
| 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 | 入居相談時より利用希望者やご家族と面談する機会を設け、身体状況や思い・希望・ニーズ・不安を把握している。必要に応じて地域包括支援センターや主治医との連携により、本人の安心確保に努めている。 | | |
| 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 | ご家族からの相談受付時より面談する機会を設けて、思いや希望、ニーズ・不安を把握するように努めている。 | | |
| 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 | 利用者様に必要な事やご家族の要望を見極め、他のサービス利用も含めた対応を行っている。 | | |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 食事の準備や日常生活の軽作業を一緒に行ったり、畑仕事等で生活歴・職歴に応じた役割を担ってもらい、利用者様と職員が互いに支え合う関係を築いている。 | | |

| 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 |
| 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 | ご家族の面会時には近況を報告し、その思いに耳を傾けて、共に利用者様を支えていく関係を築いている。 | | |
| 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 | 行きつけの美容院の希望に対し、ご家族へ連絡調整を行っている。また、地域の知人が通う併設のデイサービスに出向き、馴染みの関係を継続する支援に努めている。 | 馴染みの関係は入居時に利用者や家族等から聞き取り、把握している。法人内のデイサービスへ通所している知人との面会や馴染みの美容院への送迎、家族への電話の取り次ぎ等、馴染みの関係が途切れないように努めている。 | |
| 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 | 利用者様同士の人間関係を把握し、より良い関係となるように働きかけを行っている。 | | |
| 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 | 入院等によるサービス終了後にも、利用者様やご家族が希望する場合には相談に応じたり、必要な情報提供や支援を行っている。また、退居先の関係者へ情報提供を行っている。 | | |
| 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 | (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 | 入居時の面談により、利用者様の思い・希望・意向を伺い、把握するように努めている。さらに日々の会話・行動やご家族から情報収集を行い、可能な限り意向に沿った対応をしている。 | 入居時に意向や希望を確認している。意向の確認が難しい利用者でも、家族や知人を通じて情報収集したり、利用者の反応を見たり、話しやすい雰囲気を作る等、意向の把握に努めている。利用者の意向は、行事や介護計画にも反映させている。 | |
| 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 | 利用者様やご家族と面談を実施し、センター方式によるアセスメントを実施している。生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境等の把握に努め、職員間で共有している。 | | |
| 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 | 利用者様一人ひとりがその人らしく過ごす事ができるよう、体調や表情を観察しながら、レクリエーションや軽作業を通じて利用者様個々の有する力の把握に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 介護計画作成時は利用者様やご家族と面談を行い、アセスメントシートを活用して意向や課題について話し合い、職員の気づきを取り入れている。3ヶ月に1回は評価を実施し、介護計画の見直しを行っている。 | 介護計画の作成は利用者や家族の意見、介護計画の実施状況等を踏まえ、月1回開催のカンファレンスにて全職員で検討している。また、身体状況や入院等、利用者の状況に変化があった場合は随時、介護計画の見直しを行っている。 | |
| 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 | 介護記録に日々の様子・ケアの実践・結果等を記録して、朝・夕の申し送りの際にも再確認する等、職員間で情報共有し、介護計画の見直しに活かしている。 | | |
| 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 | 勤務時間の関係で、定時の面会時間に来所できないご家族へは面会時間を延長する等、柔軟に対応している。 | | |
| 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 | 避難訓練時、地域の町内会長や協力者にも参加していただき、地域住民と協力体制を構築している。また、地域ケア会議に参加して医療・介護事業者と情報共有や連携を図り、関係作りを行っている。 | | |
| 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 | これまでの受診状況を把握し、利用者様やご家族が希望する医療機関での受診を支援している。受診結果は電話や面会等を通じて、ご家族へ報告している。 | 協力病院との連携もあるが、利用者の希望する医療機関の受診を行っている。受診はホームでも対応し、結果については月1回の手紙や電話で報告している。家族が通院に付き添う場合は、ホームへ結果を報告していただき、情報を共有している。 | |
| 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1回、訪問看護師が来訪し、受診状況や日々の体調の変化を伝えて相談する等、連携を図りながら利用者様の体調管理を支援している。また、体調不良時は随時、電話連絡している。 | | |
| 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、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。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。 | 入院の際は医療機関と必要な情報交換を行いながら、病院やご家族と連携を図り、早期退院できるように支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者様やご家族の意向を踏まえ、主治医と連携を図りながら、ホームとして対応可能な事、困難な事を十分に説明し、納得していただいた上で重度化・終末期の対応を行っている。 | 重度化・終末期の対応について、方針や体制を整備している。入居時に重度化・終末期の意向を確認し、重度化した場合は再度意向を確認し、医療機関や家族と連携しながら支援を行っている。 | |
| 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 | 全職員が救急救命講習(2~3年に1回)を受講し、急変時や事故発生時の対応の訓練を行っている。 | | |
| 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 | 運営推進委員にも参加していただき、避難訓練を年2回実施する等、災害発生時の地域住民との協力体制を整えている。また、災害発生時に備えて食料・飲料水・消耗品等を備蓄している。 | 年2回、日中・夜間を想定した避難訓練を行っている。訓練は職員や利用者のほか、運営推進会議委員や消防署の協力もある。災害発生時の備蓄品は3日分の食糧や飲料水のほか、日用品や毛布を用意している。また、ホーム内の消火器やスプリンクラーは定期的に業者の点検を行っている。 | |
| 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 | 利用者様の言動を否定することなく、プライバシーを損なわないような声かけや対応を行っている。 | 入居時に個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ている。職員は利用者を年長者という意識で接し、性別や利用者個々の性格を尊重し、トイレの声かけや入浴等、プライバシーへ配慮するように努めている。 | |
| 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 | 利用者様の力量に応じて、表情や反応を読み取り、声かけし、自己決定できるように支援している。 | | |
| 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 | 利用者様個々の趣味や過ごし方のペースを把握し、楽しみを持ち、心地良く過ごせるように支援している。活動や行事への参加は利用者様の意思を尊重している。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者様の個性や希望を尊重し、外出時等のお化粧品やおしゃれについて支援している。また、馴染みの美容院を希望する方には、ご家族へ連絡調整を行い、協力をいただいている。 | | |
| 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 | 季節の食材を取り入れた献立を作成している。また、食事の準備の際は利用者様の力量に応じて野菜の皮むきや食後のトレイ拭き等、職員と一緒に準備や片づけを行っている。 | 利用者の嗜好にも個別に対応している。誕生日には利用者の好きな献立の提供やホーム内の畑で収穫した野菜を使う等、季節感を取り入れている。食材の皮むきや片付け等、希望する利用者と一緒にいき、役割を持っていただくことで生きがい作りや自立支援に向けた取り組みを行っている。 | |
| 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 | 1日の食事量や水分量を概ね把握し、不足している場合には代替品にて補っている。 | | |
| 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 | 食後は利用者様一人ひとりの力量に応じて、口腔ケア時の見守りや義歯の洗浄等の支援を行っている。 | | |
| 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向けた支援を行っている | 利用者様個々の排泄パターンを把握し、事前にトイレ誘導を行うことで自立に向けた支援を行っている。紙オムツや尿取りパット使用の方へは適切であるか、見直しを随時行っている。 | 排泄状況を記録し、利用者の排泄パターンを分析してトイレ誘導の時間を把握している。なるべく紙オムツを使用しないケアを心がけ、介護計画にも反映させている。紙オムツが必要になった時は家族へ説明し、意向の確認を行い、方針を決定している。 | |
| 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 | 必要に応じて朝食に牛乳やヨーグルトを提供する等、食材や献立の工夫を行ったり、体操や運動をしていただいている。便意が曖昧な方は定期的にトイレ誘導を行い、自然排便を促す工夫を行っている。 | | |

| 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 |
| 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、個々に応じた支援をしている | 利用者様の入浴習慣を把握し、利用者様一人ひとりのタイミングに応じて入浴できるように支援している。入浴をしたがらない利用者様には時間を置いたり、職員を変えて対応する等、工夫を行っている。 | 基本的に週2回入浴日を設け、利用者の予定や希望による対応が可能となっている。入浴をしたがらない利用者には時間を置いて声がけする等、清潔を保てるように支援している。また、入浴に関する意向も確認し、羞恥心に配慮して入浴を楽しめるように努めている。 | |
| 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 | 利用者様一人ひとりの生活のリズムを把握し、寝付けぬ時は付き添いをしたり、好みの飲み物等を提供し、安心できるように配慮している。また、その日の体調や状況に応じて、日中に居室やホールのソファで休息していただくように配慮している。日中活動の場を提供して、夜間良眠の生活リズムが整うように支援している。 | | |
| 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 | 全職員が利用者様の内服薬等を把握し、内服薬の変更があった場合は、申し送り等で全職員へ周知し、状態変化等を観察している。 | | |
| 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 | テーブルやトレイ拭き、洗濯物畳み等、利用者様一人ひとりの力を活かした役割を担っていただいている。利用者様からの希望により、手作りおやつを実施している。 | | |
| 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 | 利用者様の希望を取り入れ、敷地内にある農園で収穫を行ったり、花壇の手入れを職員と一緒に実施している。また、天候の良い日はホーム周辺を散歩していただいたり、季節を感じていただけるような外出行事を随時行っている。 | 日常的な散歩のほか、ホーム内のデイサービスや馴染みの美容院等、利用者が希望する場所へ外出できるように支援している。お墓参り等、ホームで対応が困難な場所は家族と相談し、できるだけ希望を叶えられるように努めている。 | |
| 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 | 利用者様やご家族の意向のもと、利用者様に応じた範囲でお金を所持していただき、日常生活で購入したい物があれば購入できるように支援している。 | | |
| 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 | ご家族の同意により、利用者様の希望に応じた電話や手紙等の取り次ぎの支援を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 各ユニットで季節感を取り入れた装飾を行い、玄関には季節の花を飾る等、工夫している。天候や時間帯によって日差しや照明等を調節し、居心地良く過ごせるように配慮している。 | ホーム内は季節感のある装飾や利用者が制作した書道を展示しており、清掃も行き届いて清潔を保っている。また、廊下も広く、居室の場所は利用者の目線に合わせて床に印を付ける等、生活しやすい工夫を行っている。また、冷房と床暖房で温度調節が可能であり、各所に温湿度計を設置して確認を行っている。 | |
| 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 | ホールの片隅にソファを設置しており、気の合う利用者様同士が思い思いに過ごしていただけるように居場所を工夫している。 | | |
| 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 | 使い慣れた家具等を持参いただいたり、ご家族の写真を飾ったり、趣味の手工芸品を飾り、心地良く過ごせるように工夫している。 | 居室には家具やソファ、ベッドを備え付けており、利用者は縫いぐるみや家具等、馴染みの物を持ち込んで、利用者個々に合わせた居室作りを行っている。また、ナースコールの他に車いす利用者が職員を呼びやすいよう、追加でチャイムを設置する等、生活しやすい工夫を行っている。 | |
| 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」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 | 利用者様一人ひとりの力量を見極めながら、できる所は見守り、支援している。混乱したり、行動の失敗が続く時は利用者様の気持ちに配慮しながら、職員が付き添いを行っている。居室入口の表札は目に付きやすい所へ掲示し、居室を間違えないようにしている。 | | |