

【事業所概要(事業所記入)】

| | | | |
|---------|-------------------|------------|-----------|
| 事業所番号 | 2570100913 | | |
| 法人名 | 有限会社 ライフビレッジ | | |
| 事業所名 | グループホームやすらぎの郷 | | |
| 所在地 | 滋賀県 大津市下阪本4丁目6-37 | | |
| 自己評価作成日 | 令和2年6月16日 | 評価結果市町村受理日 | 令和2年10月8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 | NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター | | |
| 所在地 | 滋賀県大津市和邇中浜432 株式会社平和和邇店2階 | | |
| オンライン調査日 | 令和2年10月2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)】

生活が単調にならない様に、月曜日から土曜日までの午前中は、デイサービスを実施し、カラオケや映画、健康体操など提供し楽しんでもらっている。食事に力を入れており、三度の食事を美味しく食べてもらう事により、ご利用者の健康と満足を目指す。四季折々の飾り付けや、お花見や餅つき等の年間行事を実施する事により、今がいつなのかを実感してもらい易く工夫している。個別的なサービスが適時適切に提供出来る様に、スタッフ全員を対象に認知症を研修を実施している。身体拘束廃止委員会および身体拘束に関する研修についても実施している。看取りは「重度化した場合の対応に係る指針」「看取り介護についての同意書」を整備して入居者・家族に配慮し、実績も多く、利用者・家族から安心感・信頼感を得ている。地域から見える施設を目指しており、年に4回の月例会には地域住民に参加していただいている。また運営推進会議には自治連合会や学区社会福祉協議会、民生委員児童委員の役員に参加していただいている。

【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)】

利用者に「我が家」と感じてもらえる居心地の良い施設を目指し、利用者の気持ちに沿った運営に努めている。職員研修の課題で「利用者に係わる場面についても実施している事」を討議している。項目は「コミュニケーションの取り方」「移動や移乗」等9項目について詳細にまとめ、日々実践に努めている。デイサービス併設により人的交流の機会を増やしたサービスが出来るメリットがある。。平日はデイサービスとの往来は自由であり、餅つきなどの行事は共同で行い、季節感あふれる飾り付けも楽しんでいる。利用者の重度化やコロナ禍で外出は制限される中、利用者の楽しみの1つである、三度の食事にメニューの要望を積極的に取り入れている。敷地内の散策や室内で出る企画、塗り絵等職員と共同で楽しみ、充実した生活を過ごせる工夫をしている。LED化、クロスの変更等明るい生活環境確保を進めている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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ます (参考項目:9,10,19) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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 |
| 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 |
| 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 | 運営理念の3つ目に「地域密着」をうたっており運営方針にも「地域との交流を大切にします」と説明している。住み慣れた地域や人間関係を大切に、暮らしの継続を心がけている。職員がより具体的に理解したうえで行動ができるように、理念と方針に関する研修を実施している。 | 3項目の運営理念をもとに、具体的な運営方針をかけた、職員研修で理解を深め意識付けをしている。職員自身が暮してみたい家づくりを目指している。家族にも入居の際、理念を伝えている。 | |
| 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 | 地域の行事には参加する様に心がけている。又グループホームの夏祭りや餅つきなどの行事には、自治会役員をはじめ地域の有志の方の参加があり、交流に努めている。 | 利用者に介護度の高い人が多いので、「出かける交流」ではなく、施設の行事に地域の方々に参加してもらう工夫をして交流を深めている。コロナ禍発生により、交流できない状態が続いている。 | |
| 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 | 徘徊SOS緊急ダイヤル協力事業所として登録している。又、地域の要望があれば認知症等に関する出前講座に出向いている。地域で行われる多職種連携の研修会や認知症の研修会に参加している。大津市社会福祉協議会の実施する、施設連絡会に加入している。 | | |
| 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 | 地域からの代表3名、地域包括支援センター担当者、家族代表1名、職員はグループホームから2名の計7名で構成し2ヶ月に1回開催している。ここで出される提案や課題は対応策を打ち出しサービス向上に生かしている。 | コロナ禍で、運営推進会議を開催していない。報告事項を文書で2ヶ月毎に配布し、アンケートを添付、意見を募っている。提案があった分は、運営に反映する配慮をしている。要望により、内容を家族に開示している。 | |
| 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 | 市の介護保険課には、介護保険法施行内容の指導を受けたり、入居者の情報確認や指導を受ける様にしている。地域包括支援センターには活動内容の報告などで定期的に交流している。 | 市の通知に不明な点があれば都度、関係課と連絡をとり、確認と指導を受けている。 | |
| 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 | 3か月に一度、「身体拘束廃止委員会」を開催し、現場での情報を共有し、年に2回、職員に向けた身体拘束廃止の研修を行っている。 | 3ヶ月毎に身体拘束廃止会議を開催、年2回防止のための職員研修をおこなっている。徘徊は近年発生していない。問題となる事例は発生していない。リビングから玄関が見渡せるので、施錠はしていない。 | |
| 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 | 管理者は虐待防止の研修を受講しそれを持ち帰り全スタッフに指導している。年に2回、身体拘束の研修の中に高齢者虐待防止についても組み入れて開催している。またスタッフにはストレスマネジメントに配慮している。 | | |

| 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 |
| 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 | 管理者は権利擁護に関する研修を受講しそれを持ち帰りスタッフ全員に伝える。また過去に成年後見制度につないだ事例や地域福祉権利擁護事業を利用されていた事例があり、実践的に学ぶ機会もあった。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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、解約時には担当者が書面をもって説明し、疑問にも答え、理解納得を図っている。また利用料金変更の際の合意書取り交わしの際にも丁寧な説明を心掛けている。 | | |
| 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 | 直接伝えにくい事は、市の介護福祉課や地域包括支援センター等を利用する様に伝えている。利用者とは日々の会話の中から探る様にしており、ご家族とは面会時や電話で話を聞く時間を設けている。 | 利用者本人とは、日々の接遇の中で意向や気持ちを汲み取るようにしている。コロナ禍で、家族との交流が制限される中、リビングの網戸越し面会をしている。家族からの電話の際は、要望等聴取するようにしている。 | |
| 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 | 管理者は職員との日常の会話、指導を重視し、意見・提案は朝礼で報告し、全体会議等で協議し、日常のケアに活かしている。また半年に1度、職員の個別面談を実施している。 | 日々、管理者は職員との会話を通して細かな所まで意見を汲取っている。個人面談を年2回実施し、個別の要望の聞き取りと人材育成の機会としている。職員会議は2ヶ月に1回開催している。 | |
| 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 | 事業所として「キャリアパス」を作成し、年齢、男女を問わずスタッフの努力や実績を評価し報酬に反映している。外部研修にも積極的に参加してもらっている。 | | |
| 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 | OJTの実践により、日々その場で事例検討を実施し、毎朝の引継ぎ時には認知症介護研修をダイジェストに実施している。又、外部研修受講や2ヶ月に1度の認知症研修を実施している。キャリアアップのために、介護福祉士の受験を推奨している。 | | |
| 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 | 月例会等で協力参加してもらい、その後の話し合いでサービスの質の向上につなげている。他事業所からの意見については全職員に周知するようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 契約に至るまでに見学等を通じて、その間に情報収集をし、環境変化によるダメージを最少限にする様にしている。同一建物内のデイサービスを利用されていた利用者については、職員間で情報を引き継ぐようにしている。 | | |
| 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 | 契約に至るまでに見学やを通じて、その間に家族の思いを傾聴する機会を持っている。家族等の不安や悩みを聞き、ホームとして対応可能なことをしっかりと伝え、安心していただけるよう配慮している。 | | |
| 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 | 支援の優先順位はアセスメント等で把握し、それに基づき実践している。 | | |
| 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 | スタッフは介護する人ではなく、生活のパートナーとして、共の暮らしの構築に努めている。生活のパートナーとしてかかわるために、本人の生活歴や趣味嗜好等の情報を集めるようにしている。 | | |
| 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、スタッフ、家族が同じ目線でリンクしあい、よい関係を築く様にしている。また職員がそのような目線で利用者に対応できるよう、毎朝の申し送りや研修で繰り返し伝え、管理者が状況把握に努めている。 | | |
| 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 | 過去の生活歴をアセスメントする事により常に会話の中で意図して取り上げる等の支援をしている。又、昔のアルバムの持込も推奨している。 | コロナ禍により、交流しにくい状況にある。電話による友人等との交流は維持している。訪問を受けた場合も携帯や窓越しの距離をおいた接触になるので、認識されにくい状況にある。 | |
| 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 | 個室の選定、居間での座位置、食堂の席の選定、職員の適度な関わりで関係の構築に努めている。利用者そのものの状態や周囲との関係性は日々変化していくため、細かな変化にも気づけるように観察している。 | | |

| 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 |
| 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 | サービス終了後も相談を受けたり、場合によっては他のサービスを紹介したりしている。又、他施設に入居された方への面会も実施している。 | | |
| 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 | 本人の思いを聴き、又、伝えられない人に対しては、色々なサインにより気づいたり家族にたずねたりしている。支援に当たっては常に「本人にとってどうか？」をテーマに支援方法を検討している。 | 利用者のフェースシートを更新し、職員間で情報の共有と適切な対応を図っている。食事メニューについては前もって決めず、その都度利用者の希望を反映させた内容としている。 | |
| 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 | 生活歴や好きな事や物、嫌いな事や物、又、発症経過等も把握している。家族だけでなく、在宅時の担当ケアマネージャー等からも情報収集をしている。 | | |
| 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 | 現状把握はしているが、把握が難しい人にはセンター方式やひもときシートのアセスメント表を適時使用し情報の獲得に努めている。職員は「本人の力」「本人らしさとは何か」を常に考えて、利用者の情報を収集している。 | | |
| 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 | 現状から課題を見つけ出し、その課題を解決する為の目標を設定し、目標達成のための支援や対応を共有、実践し、評価につなぐと云う流れで実践している。 | 毎日モニタリング結果を記録し、介護計画に反映している。状況の変化がある時は都度介護計画を見直し、定期更新期間はおおむね6ヶ月で何れも家族に説明し承認を得ている。 | 介護計画は、利用者の変化がなくても3ヶ月毎に作成し、家族の承認を得て欲しい。 |
| 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 | 現状を書き、その現状からの気づきを書き、その気づきから必要とした支援を実践し、その人がどうなったかを記録している。気づきや支援の共有のみで終わることなく、必ずその結果まで共有するようにしている。 | | |
| 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 | 家族の宿泊を受入れたり、場合によっては入院の付き添いも実施した事がある。ホームの今までの支援や業務の流れについても、その根拠を知り、必要があれば、どんどん変更している。 | | |

| 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 | 民生委員の訪問や実習受け入れ、警察との行方不明時等の連携、歌や傾聴ボランティアの受け入れにも取り組んでいる。 | | |
| 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、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 | 協力医をかかりつけ医としている。2週間に一度の定期往診と急な場合の指示を受けられる体制のもとに支援している。利用者の日々の変化についてもこまめに連携している。 | 利用者と家族の了解を得て協力医をかかりつけ医としている。2週間1度の定期往診と週1回の訪問看護を実現している。特科診療は、職員同行で対応している。状況把握のため管理者が同行し、家族に連絡している。 | |
| 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 | 1週間に一度の訪問看護についての健康管理と、ならびに24時間オンコールで医療連携をとる体制のもとに支援している。また個々の職員が直接医療連携するのではなく、管理者を通して医療連携し、その情報を全職員に共有している。 | | |
| 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、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。 | 入院時の情報交換はもとより、出来るだけ早期に退院して、慣れ親しんだ環境にて安心して生活出来るように、病院とは連携している。 | | |
| 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 | 重度化や終末期の支援については「重度化した場合の対応に係る指針」「看取り介護についての同意書」を作成し、利用者、家族に説明している。又、状態の変化に応じて、適時適切な時にその対応について話し合っている。 | 入居時、文書にて確認、同意を得ている。終末期に入るとケアプランの変更があり、「看取り介護についての同意書」による確認をしている。終末期は経過の詳細を記録に残し、看取りケアに対応している。 | |
| 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 | 応急手当や初期対応についてはマニュアルを作成しスタッフに指導している。また夜間であっても必ず管理者が来設するようにしている。 | | |
| 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 | 災害時の避難訓練は全スタッフと利用者が参加し消防署の指導下で年2回の避難訓練を実施している。また緊急時の食料水も保管している。災害時には地区役員と連携を取ることにしている。 | ハザードマップで駐車場が浸水区域であり、避難場所は近隣の市民センターと小学校である。年2回の避難訓練を実施している。地域住民や自治会に訓練参加を依頼している。マニュアルがあり、備蓄は7日分している。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者一人一人の誇りやプライバシーを尊重するために、声掛けや、声のトーン等に気をつける様にしている。又、個人情報を含む文章や書類は事務所の保管庫で管理している。 | 職員は、利用者との接遇の際、利用者各人の誇りを尊重した声かけに努めている。定期的に職員研修を行うとともに気づきにはレポートを書き、職員間の共有を図っている。 | |
| 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 | 自分で選べる人には、選べる場面を作り、選べない人には、反応や過去の嗜好などを参考にし、思いに気づき支援する様にしている。 | | |
| 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し、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 | 利用者個人個人のペースを尊重する様にしている。起床や就寝時間の違い等、一人一人の暮らし方を探り、そのペースに近い生活が出来る様に支援している。 | | |
| 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 | 選べる人には、その日着る服を選んでもらい、又スカートが常だった人にはスカートで過ごしてもらい、個人の好みを尊重して対応している。 | | |
| 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 | 食べる時間や場所、好み等を知り美味しく食べられる支援をしている。又、食事の準備や後片付けは出来る人、やりたい人を楽しみながら参加してもらえる様に支援している。 | 食事メニューは、都度利用者の希望を入れた内容としている。事業所内で調理し、利用者には参加してもらうようにしている。職員が同席して利用者と同じメニューを食事する事を原則としている。 | |
| 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 | 利用者一人一人の状態や習慣に応じて、馴染める美味しい食事提供に努めている。食事量と水分量はチェック表にて管理し、又制限に関しても医療の指示に添う対応をしている。 | | |
| 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 | 毎食後の口腔清拭は個別的な方法で実施している。又 義歯の洗浄消毒や場所によっては歯間ブラシも介助に使用している。利用者によっては歯科医院での歯科衛生にも同行している。 | | |

| 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 | 必要な人には排泄チェック表、ならびに排泄アセスメント表を使用し排泄パターンをしり、排泄の自立に向けた支援を実施している。 | 自立出来る利用者は3～4名である。排泄チェック表等により、自立を促している。利用者の重度化が進み、多くが支援が必要で、状態を詳しく記録に残し、共有し、支援の改善に繋いでいる。 | |
| 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 | 便秘の予防のため十分な水分摂取や、飲むヨーグルトやバナナ等を食生活に組み込んでいる。又、毎日の健康体操の実施もしている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 利用者の好みの時間帯での入浴や、入浴回数で対応している。 | 利用者は週平均3回入浴している。ヒートショックを起こさないように配慮している。1対1になるので思い出話を話している。2人介助がいる利用者はデイサービスの広い浴室を利用している。 | |
| 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 | 睡眠の個性は重視しており、その時々適時適切に対応している。例えば、時間、寝具、寝衣、場所等。 | | |
| 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 | お薬手帳にて、個別に薬の効用、副作用、用法、用量について、いつでも確認出来るようにしており、症状の変化もチームで確認出来る様にしている。 | | |
| 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 | 洗濯物たたみや塗り絵、ビデオ鑑賞等、各自が役割を持ち過ごせる様支援している。利用者の好みや長所を生かしたケアプランを作成して実践している。 | | |
| 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。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 | 地域の散策、又ドライブや買い物、外食なども実践している。介護度の高い入居者は園内での散歩、日光浴を行っている。 | ドライブ、買い物、外食等を楽しんでもらえるようになってきたが、重度化とコロナ禍対応で、ほとんど外出できなくなっている。施設は広く、川に面しており、周囲の散策は極力行う配慮をしている。 | |

| 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 |
| 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 | お金を持つだけで安心している人や使用する事により満足される人など、個別的に能力や希望を精査し支援している。 | | |
| 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 | 電話を掛ける手伝いをしたり、手紙の代筆をしたり、来た手紙をファイルに整理したりする支援を実施している。 | | |
| 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 | 共有空間は暮らしの継続の視点で和のしつらえを基本としている。又、光や温度、湿度の管理は常に心がけている。又、共用のデイサービスフロアでは季節毎の飾りつけをし季節を感じられる演出をしている。 | 共用の居間は、利用者が混乱を起こさないように、飾り物等をせず、シンプルにしている。デイサービスフロアに行くとき季節毎の飾り付けがあり、利用者の気分転換を感じるようにしている。計画的に設備の更新をしている。 | |
| 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 | 居間や食堂や和室には、それぞれに一人用の椅子やソファ、座布団等を置き思い思いに過ごせる様に配慮している。 | | |
| 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 | 馴染みの家具や家族のアルバム等の持込を勧めている。又、仏壇を持ち込まれている方もおり、我が家として落ち着いて暮らせる様に支援している。 | 入居時、和洋室選択が可能だが、今は空き室に入居してもらうことが多い。馴染みの家具等を持ち込み実家に帰った気持で暮してもらえるようにしている。中身が見通せる収納棚を備え、探し物の悩み解消の成果をあげている。 | |
| 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 | 必要な所には手すりを付け、他には全てみきり仕様になっている。又、壁は二色ずりにして、空間をとらえ易い工夫をしている。 | | |

2 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 | | | | | |
|----------|------|--|-----------------------------------|---------------------------|------------|
| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題 | 目標 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容 | 目標達成に要する期間 |
| 1 | 26 | 介護計画書に関して、6か月ごとの見直しまたは状態変化時に見直しを行っている。 | 介護計画書に関して、状態に変化がなくても6か月ごとの見直しを行う。 | 利用者ごとの介護計画書作成状況のチェック及び管理。 | 6ヶ月 |
| 2 | | | | | ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。