

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 | 3092200058 | | |
| 法人名 | 有限会社 オカヒコ | | |
| 事業所名 | グループホーム ちかの ユニットA | | |
| 所在地 | 和歌山県田辺市中辺路町近露1358-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年2月7日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年7月30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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3092200058&SCD=320&PCD=30 |
|----------|---|

【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 市民生活総合サポートセンター | | |
| 所在地 | 〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル | | |
| 訪問調査日 | 平成24年4月12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)】

認知症ケアに特に力を入れている。認知症といういまだに、行動障害に目が向けられ厄介者という概念が強いが、当ホームでは、行動障害にて苦労されているご家族からの入居申し込みにも積極的に受け入れ行動障害はケア方法により改善され、消失することを理解していただき、当ホームにきて、穏やかになった等を実感していただけるよう日々のケアを工夫している。実際行動障害が軽減した方や消失した方もおられ、今は穏やかな生活を送っておられる。認知症者はその方それぞれのケアが必要なため、スタッフもその都度戸惑い等があるが、理念にある応援者をもっとうに日々取り組んでいる

【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)】

山々に囲まれ自然に恵まれた旧家の一角に位置する当該ホームは、昨年の台風で大きな被害に遭い、ライフラインが閉ざされ、生活が困難となりましたが、地域の方々の協力や支援により職員が一丸となってケアにあたり乗り越えることができ、地域との繋がりが深まっています。「私達は応援者です」という理念をもとに、日常生活の中で利用者が食事作りに参加することを大切に、利用者一人ひとりの持っている力を引き出し生かせるようなケアに努めています。利用者の生活行動の中で排泄、入浴、移動等の場面でのリスクを考え、自由に生活が出来るように支援し自立にむけたケアを行うことにより在宅復帰された事例もあります。また職員はコミュニケーションや日々の関わりを大切に、試行錯誤しながら応援者という立場でケアにあたっています。

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 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

| 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 | 開所前にスタッフ研修を実施しその研修の中で理念の必要性を共通認識し、スタッフ全員にて理念を構築しホーム大広間に常時掲示し日々実践に向け取り組んでいる | 「私達が応援者です」という理念をフロアに掲げ、地域の中で生活していくために、できるだけ自分の力で自由に生活できるよう支援しています。家族にも理念を充分理解してもらい、介護の場面におけるリスクについても説明をしています。職員は応援者として日々のケアの実践に繋がっています。 | |
| 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 | 地域の行事等に積極的に参加するよう心がけている。買い物も地域のスーパーへ入居者と一緒にいき、地域との繋がりがとれるよう取り組んでいる。災害時、地域の支えがあり非常事態を乗り越えられた。 | 小学校の運動会や文化祭、バザー等に参加したり、小中学生の体験学習の受け入れをしています。また、スーパーに買い物に出かけ近所の方とも顔なじみになり、野菜の差し入れ等の交流もあります。 | |
| 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 | 具体的には取り組めていないのが現状である | | |
| 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 | 運営推進会議にて現状報告・課題となっていることを含め提示し意見を頂いている。ホームの活動状況を映した写真等を時折見て頂くのようにスタッフが入居者と触れ合っているか理解して頂けるよう配慮し取り組んでいる | 運営推進会議は、医師や町内会長、家族代表等の参加の下、2か月に1回開催しています。利用状況や活動状況の報告を始め、感染症対策や災害対策等についても話し合われ、出された意見や要望は職員間で検討し、運営に反映させています。 | |
| 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取り組んでいる | 市担当者とは、運営者が運営経験が乏しいため、制度上の疑問等が生じた際には電話・メール等にて相談し助言を頂きサービス向上に取り組んでいる | 市担当者とは顔馴染みであり困難事例や相談事があれば市に出向いたり、電話やメール等でやりとりを行い協力関係が築けるよう努めています。 | |
| 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「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 | 開所時より玄関の施錠はもとより身体拘束をしないケアを実施している。入所者が戸外へ出たいときは一方的に行動要求を阻止するのではなく付き添ったり、見守ったりしスタッフが対応し取り組んでいる | 身体拘束についての研修は、職員の経験等に合わせ行っています。身体拘束をしないケアは当たり前のこととして捉え、玄関の施錠はせず利用者は自由に出入りし、散歩に1人で出かける利用者もいます。言葉による拘束等、不適切な対応がみられた職員にはその都度注意し指導しています。 | |
| 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 | 現状では高齢者虐待に関して理解を深める機会の提供は不十分である。防止に関する取り組みとして管理者・主任・ドクター・NSを中心に虐待の有無について観察し取り組んでいる | | |

グループホーム ちかの (ユニットA)

| 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 | スタッフにおいては権利擁護に関する研修機会乏しく十分な理解が出来ていない。実際後見人制度を利用している入居者の方はおらず現場にて意識されていないのが現状である | | |
| 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 | 契約時には入居後予測されることを含め(リスク・心身の低下・退去要件等)家族様等が理解できるよう専門用語を可能な限り使用せず理解・納得して頂けるよう配慮し取り組んでいる | | |
| 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 | 敬老会の際には家族会を計画しご家族様から直接意見をいただけるよう心がけている。23年度も家族会を計画したが、台風被害により家族会開催が出来なく、家族等の意見を聞く場を提供できていない。 | 面会時に家族の意見や要望を聞くよう心がけています。また管理者の携帯番号は家族に伝え、いつでも相談等が出来る体制で、何でも話しやすい雰囲気づくりに努めています。 | |
| 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 | 定期的にスタッフミーティング実施しスタッフの意見を聴衆し運営に役立てている。行事企画や外出等はスタッフの意見・提案を元に成り立っている | 毎日のミーティング時や業務中に時間を作り、各フロア主任、リーダーが職員の意見を聞くようにしています。その日の利用者の状況を見て職員からの提案で花見やドライブ等に出かけたりすることもあり、意見を取り入れ運営に反映させています。 | |
| 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 | 主任やその他中心スタッフには定期的に自己評価表をつけてもらいその都度目標設定をしてもらい意識向上に取り組んでいる。皆勤手当等の実施し意欲向上へ取り組んでいる | | |
| 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 | 受講資格を有するスタッフには認知症実践者研修への参加を積極的に促している。育成に関しては、全スタッフにケースを担当してもらい個別の事例を通し段階的に成長していけるよう取り組んでいる | | |
| 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 | 複数の事業所にて連携・協力し研修会を実施し他事業所との交流の機会を持ちサービス向上に取り組んでいる | | |

| 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 | 本人の状況把握には事前に面談し、アセスメントを行い今までの生活習慣等についても介護者を含め、本人に係わる関係者からも情報収集を行い取り組んでいる | | |
| 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 | 入居が決まるまでのご家族様の苦悩等を理解したうえで、本人を含めたご家族様の自立を重視し新たな関係性が構築できるよう配慮し話し合いを実施している | | |
| 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 | 相談時に本人の状態・ご家族様の状況等を確認しながら、現状で出来る限り支援方法(他のサービス利用等)を提案しながら両者にとってよりよい方法を一緒に考えるよう努力し取り組んでいる | | |
| 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 | ホームの理念は支えあう関係性を根底とし理念を構築している。当ホームには介護という考えはなく支援を目的に日々のケアにあたりお互いに支え合っていけるよう関係性を築いている | | |
| 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 | 前項と同様家族様も一緒に笑い・泣き・楽しむ等の機会をつくりより良い関係性が構築できるよう配慮し支援している | | |
| 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 | 一部の入居者の中には本人にて友人・知人へ手紙を書きスタッフと共に郵便局へ行き手紙をだし返信をまち再度手紙をだすという支援を実施し関係性が途切れないように取り組んでいる | 晩酌を楽しみにされる利用者のもとへ馴染みの酒屋さんが配達に来たり、近所の方の訪問、知人や友人との手紙のやりとりの支援をしています。誕生日に家族がケーキを持ってお祝いに来られたり、彼岸には家族と共にお墓参りに行く等、馴染みの人と場所との関係が途切れないよう支援しています。 | |
| 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 | 生活の場であり、共同生活の場でもあるためご自分の部屋はご自分で掃除。洗濯・調理・食器洗い・その他の掃除を全員でしてもらい支え合いながら生活しているという環境を提供している | | |

グループホーム ちかの (ユニットA)

| 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 | 持病等の悪化により長期入院され、退所(契約終了)となった場合はご家族様・本人様との関係性が途切れないう入院先に頻繁に伺い今後の受け入れの可能性等相談に応じ対応している | | |
| 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 | 入居前にご本人・ご家族様から生活リズム・ライフサイクル等を聞き取り本人の生活リズムを尊重した支援を実施している | 入居前に自宅を訪問してこれまでの状況を把握しチェックシートに記入し、ホームでの面談でも聞き取りをして、利用者や家族の希望や意向を把握しています。また日々の関わりの中で話された言葉やしぐさ、表情を観察し思いを汲み取るように努めています。 | |
| 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 | 入居前に御本人・ご家族・関係者・ケアマネ等より聞き取りを行い把握に努め日々のケアに反映できるよう取り組んでいる | | |
| 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 | 入居前のアセスメントにより個々の力を引き出したり、出来なくなっていることを察知し支援の方法を検討するよう努めている | | |
| 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 | 本人の言動や思い等を反映し介護計画に盛り込み暮らしを実感できる支援や安心できる環境づくりと状況や必要性に応じた計画作成に心がけている。また作成前には家族の意向を聞き反映できるよう取り組んでいる | 本人や家族の意向や思いをもとにケース担当者が案を出し、計画作成担当者が中心となって職員間で話し合い医師や看護師の意見を反映させた介護計画を作成しています。毎月モニタリングを行い、6か月に1回、または状況に変化があればその都度、見直しを行っています。 | |
| 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 | 各ケース担当を設けケース担当が中心になりモニタリングを実施している。一日の暮らしぶりを記録しているがスタッフ個々の能力に差異があり情報の共有化には不十分なところがある | | |
| 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 | 近隣の診療所との提携・連携により2週間に1回ドクターが往診1週間に1回NSが訪問し御本人の健康管理等に努めている | | |

グループホーム ちかの (ユニットA)

| 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 | 具体的には取り組めていないのが現状である | | |
| 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 | 近隣の診療所との提携・連携により2週間に1回ドクターが往診1週間に1回NSが訪問し御本人の健康管理等を行い適切な医療が受けられるよう支援している | かかりつけ医の継続については契約時に説明し、本人及び家族が希望する専門医の受診や歯科への受診は家族が対応しています。提携の診療所の医師が2週間に1回の往診があり、看護師が週1回訪問して健康管理をしています。緊急時は提携医が24時間対応できる医療体制となっています。 | |
| 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 | 週一回のNSの訪問により入居者の健康管理等はもちろんスタッフの相談にも応じていただき日々のケアにつなげている | | |
| 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。 | 主治医・NS等と協力・連携し早期退院に向け支援を行っている。具体的には過去2名の方が入院されたが、協力・連携により早期退院されホームに帰って来られてケースがある | | |
| 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 | 入居時契約段階で提携医に主治医になっていただけるよう話をし終末期におけるホームのケア方針等を説明し同意を得て契約の締結に取り組んでいる | 契約時に重度化や終末期のホームの方針を説明しています。重度化がみられれば、医師が早い段階から本人や家族に説明し、ホームでできないこと、リスクについて話し合い、本人や家族の思いを大切に支援しています。職員にも看取りの対応について指導を行い、看取りを経験した事がケアへの自信に繋がっています。 | |
| 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 | 急変・事故等が発生した際にも、提携医による往診体制を24時間確保し電話による報告・相談から往診とその時の状況に応じた対応を確保し取り組んでいる | | |
| 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 | 火災等を想定防災訓練を半年に1回のペースで訓練し実践に役立つよう取り組んでいる。また、ハード面でも、いち早く全館にスプリンクラーを設置し防災意識を高めている | 避難訓練は主に夜間を想定して年2回行い、そのうち1回は消防署の立ち会いで実施しています。訓練後、消防署員の講義があり消火器の使用方法等の指導を受けています。運営推進会議では今回の台風災害についてガスボンベや備蓄、避難場所の確保等が話し合われています。 | ホーム敷地内の広場が避難場所になっていることもあり、今後の訓練は、地域の方に呼びかけ災害を受けた体験を踏まえた訓練をされてはいかがでしょうか。 |

| 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 | 一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重した対応に努めている。排泄ケアの場面においても本人のプライド・プライバシーに配慮しさりげない声かけを実施するよう取り組んでいる | 一人ひとりの尊厳を守りプライバシーを損ねないケアを心がけています。排泄時には「ちょっと行ってくる」とさりげない声かけを心がけたり、恥ずかしいとの声もあり状況判断し一人で入浴している利用者もおられます。 | |
| 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 | 個々の入居者の分かること・分からないを把握する中で外出・買い物等日常生活の中で希望を実現したり、自己決定についても意思表示が難しい方にも選択できる機会を設けるよう取り組んでいる | | |
| 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 | 個々の生活リズム・サイクルを把握・尊重し個々の状態やペースに合わせた暮らしが出来るよう取り組んでいる。入浴も夜間を希望する方には夜間入浴にて対応している | | |
| 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 | 可能な限り起床時及び就寝時・入浴時の着替えの際着替えをご自分で選んでいただけるよう取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入居者の出来ること・出来ないことを把握したうえで、常に可能性を見い出しながら一緒に調理を行い出来ないことを少しでも出来ることに出来るようサポートするよう取り組んでいる | 献立はさりげない会話の中で、利用者のその日の希望を聞き決めています。近くのスーパーへ週2回利用者と買い物に出かけています。下ごしらえや調理、後片付け等、一人ひとりのできることを職員と共にしています。利用者と職員は同じテーブルを囲み食事を楽しめるよう支援しています。また年1回程度、外食に出かけています。 | |
| 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 | 毎食の食事水分摂取量・その他の水分摂取量をおおを個人別に記録することにより、一日の摂取量を把握し脱水・便秘予防に取り組んでいる | | |
| 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 | 毎食後口腔ケアを実施し、個々のADLや残歯等の状況に合わせたかたちで口腔の清潔保持に努めている | | |

グループホーム ちかの (ユニットA)

| 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 | 個々の排泄パターンを把握することで、自力でトイレでの排泄が出来るよう支援している。時間にとらわれることなく個々の表情・しぐさ等からアプローチするよう心がけ支援している | 一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレ誘導を行い自立支援に繋げています。表情やしぐさ等のサインを見逃さず失敗のない排泄を心がけ、オムツや紙パンツから布パンツになり自立に向けて支援しています。 | |
| 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 | 食事量や食種・水分摂取量・活動量等便秘を生活習慣や生活サイクルそのものにまで視野を広げ改善できるよう取り組んでいる。NS等との連携により服薬コントロールも併用している | | |
| 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 | 曜日や時間にとらわれず個々の状況に合わせて入浴を提供している。拒否が見られた際も時間をズラシアプローチし、ゆとりある時間にて入浴を提供している。夜間を希望される方には希望通り夜間入浴を提供している | 入浴はその人の状況に応じ週3～4回で昼食後より15時ごろが基本に支援しています。希望があれば夜間入浴にも対応しています。3か月入浴しない利用者については職員と一緒に温泉に行き、一緒に入浴したこともあります。拒否する場合は無理強いすることなく、声かけ等に工夫しながら本人の希望に添ったケアを心がけています。 | |
| 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 | 個々の体力や状況に応じて居室で休んでいただく時間を設けたり、畳スペース・ソファ等で少しの間休んでいただいたりし対応している | | |
| 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 | ドクター・NS・薬剤師との交流の機会が比較的多く情報交換もできる環境が整っているため各スタッフが個別に相談・助言を受けその知識を身につけるよう取り組んでいる | | |
| 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 | 個々の生活歴等の把握に努め日々ケアにあたっている。畑作業や草むしり・洗濯干し等を通じ戸外でできる機会を毎日つくり気分転換の機会をつくり取り組んでいる | | |
| 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 | 毎日行う洗濯干しを通じ戸外へできる機会をつくり気分転換おn機会をつくっている。また、畑作業や草むしり・玄関掃除等定期的に行ってもらい、自然と戸外へ出でいただけるよう配慮し取り組んでいる | 日常的に洗濯物を干しに行く、玄関の掃除、畑作業等をしたり、自由に散歩に出かけ山菜採りに行く等、一人ひとりの意思に任せて外に出ることを支援しています。週2回は職員と一緒に買い物に行っています。またその日の気分ドライブに出かけ花見や海を見に行くこともあります。 | |

グループホーム ちかの (ユニットA)

| 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 | ご自分で金銭の管理が出来る方が少ないためご家族様には説明・同意得金銭の所持は控えていただいている。買い物の際には、好きなものを買っていただき、ホームにて立て替えるよう支援している | | |
| 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 | 入居時にご自宅や家族への電話の取次ぎ等に関しては話をし理解・協力を頂いているため、御本人が電話をかけたい際には、電話をしていただいている。また、友人等と手紙のやり取りを行っている方もおられる | | |
| 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 | 共有スペース空間には生活感や季節感を取り入れられるよう天窓を設けたり、木製品を使用したり、なじみある家具と使用したりし家庭的な雰囲気の中で生活できるよう配慮している。広間からすぐにウッドデッキへでれるよう配慮し採光を十分に取り入れられるよう工夫している | 明るい光が差し込むウッドデッキに続く広いリビングには、季節の花が生けられ、利用者のぬり絵や貼り絵等の作品が飾られ、壁には落ち着いた飾り付けがなされています。畳コーナーにはカーペットが敷かれ利用者の休憩場所となり、キッチンからは食事を作る音や匂いが漂い生活感あふれ安心して過ごせる空間が作られています。 | |
| 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 | 採光に配慮して天窓を設置している。廊下には長椅子を置き入居の方が一服できるよう配慮している。ウッドデッキにはテーブル椅子を置き気軽に外気浴ができるよう配慮し工夫している | | |
| 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 | 各居室には各々の方が昔からなじみのある家具や仏壇等を持参していただきいち早くご自分の部屋であることを理解していただけるよう工夫している | 居室のベットは備え付けとなっています。本人や家族と話し合いながら仏壇やタンス、机、鏡台等、使い慣れた家具や馴染みの物が持ち込まれ配置を考え使いやすく居心地の良い空間となる様工夫しています。 | |
| 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」「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 | 個々のADLも様々なためまた、ADLの変化も様々なためそれらに対応できるよう食事テーブルの高さや廊下の広さ・トイレの広さ・機能性に十分配慮し内部を設計し車椅子生活になってもできるだけ自立した生活がおくれるよう工夫している | | |