

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 | 1271202887 | | |
| 法人名 | 医療法人社団 昌擁会 | | |
| 事業所名 | グループホーム蒼生 | | |
| 所在地 | 松戸市松戸新田265-2 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年10月17日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年12月9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.kaigokensaku.jp/12/index.php |
|----------|---|

【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 日本高齢者介護協会 | | |
| 所在地 | 東京都港区台場1-5-6-1307 | | |
| 訪問調査日 | 平成25年11月28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)】

人口透析患者で認知症であっても母体である柏フオレストとの連携により、グループホームでの生活が可能で週3回の通院の送迎も行っている。
最寄りの駅から3分程度に立地してご家族様が訪ねて来られやすい。
グループホーム蒼生は、職員の都合を優先せずに入居者様お一人一人の思いを大切に個別ケアに取り組んでいる。また、地域に向けた介護相談や車椅子無料貸し出し、月一度のボランティアさんの催しなどを開催している。地域に開かれたホームを目指し、いつでも、誰でも立ち寄れるように配慮している。

【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)】

利用者に対しホーム側の都合を押し付けることがありません。例えば、朝食は4:30~9:00頃まで好きな時間に食べており、風呂も夕食の後に入る人が居る等、全て入居者のペースを尊重しています。
近隣の人達や多種類のボランティア等が絶えず出入りし、地域に密着した理想的な施設です。
2階の非常口には滑り台が設けられていて、居室付近の廊下の壁面には、見た目にも美しい個人別の防災用頭巾にその人の常用薬の明細を記した票を添えて掛け、万一の場合に備えている等、防災面に留どまらず、ホーム内の至る所で、様々な独自の工夫が満ち溢れんばかりに見られます。
担当医師は、24時間オンコール体制で対応してくれ、口腔ケアの重要性を強調し、月2回の訪問診療時には、家族の同席を勧める等家族からも高く評価されており、医療面で安心できます。

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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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 | 運営理念を軸に物事を職員、管理者で決定しました。また地域に開かれたグループホームとして職員は、受け入れる雰囲気を作ってくれている。 | 地域医療との連携、地域と信頼を築き交流する等3項目の理念を掲げ、ホーム内の目に触れやすいところに掲示しています。職員は、一斉唱和等は特にしていませんが、毎日のケアが自然と理念の実践になっています。 | |
| 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 | 敬老会や町内会のもちつき大会にも参加しています。また、毎年の納涼祭は地域に向けた活動として事業所自体が地域の方を受け入れ活動しました。 | 町内の自治会に加入し、敬老会や餅つき大会等の行事に一部の利用者が参加しています。毎年ホーム主催の納涼祭には地域の人たち10数人が参加し花火などで賑やかに交流しています。実習生も受け入れ、10種類以上のボランティアが入れ替わり立ち替わり来訪しています。 | |
| 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 | 認知症サポーター研修、車いすの無料貸出しも行っています。また認知症の人の理解として様々な展示物を外に掲示させていただいています。 | | |
| 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 | 2か月に一度の運営推進会議にて御家族様、地域包括支援、町内会、民生委員の方々から様々なご意見をいただき運営に反映させていただいております。 | 地域包括支援センター、自治会長、民生委員、お寺の住職、薬局の薬剤師、ボランティア等外部からの参加を得て毎奇数月に開催し、防災関係や医療と介護の連携等身近な問題について話し合っています。宅配の刻み食の利用を考える時皆で試食し検討するなど、ホーム運営面に役立っています。 | |
| 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 | 松戸市介護相談事業にて介護相談員を月に一度派遣していただいています。また、事故報告、ヒヤリハット、ケアプランにたいしての専門的な視点にて意見を伺うために市役所に適時、来訪している。 | 市担当には必要の都度報告・相談しています。運営推進会議には地域包括支援センターが出席しホームの現況を熟知しています。毎月来訪する介護相談員は、市担当のホーム理解への重要な橋渡し役でもあります。 | |
| 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 | 県の主催する身体拘束の外部研修に職員を参加させています。その研修を職員全員が研修報告書と資料と共に回覧をおこなっている。 | 利用者本位に徹したケアを行っており、職員も具体的にどうすることが身体拘束となるのかを理解しています。玄関を出ればすぐ交通の多い通りに面しているので、日中も施錠していますが、外出したい気配を感じた場合は、ちょっと一緒に庭に出る等配慮しています。 | |
| 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逃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 | 職員の態度や言葉使いも含め虐待に関しては職員指導をしている。また内部研修としてマニュアルの回覧、個々のアンケートも行っている。 | | |

| 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 | 県の主催する権利擁護の外部研修に参加している。その理解として職員が全員、理解できるように回覧をおこなっている。 | | |
| 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 | 契約時にホーム長により契約書の内容の確認をいただき補足説明や疑問などに答える。また解約時には医療的立場からの意見として医師にも参加していただいている。 | | |
| 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 | 運営推進会議を通じてご家族の皆様の意見を頂戴し、ホーム運営に反映させている。また、玄関にご意見箱を設置し、意見が出やすいようにしている。細かな要望は職員が聞き取り管理者に報告し送りにて伝達共有している。 | 利用者については、市から毎月派遣される介護相談員及び傾聴ボランティアが外部者として意向の把握に努めてくれます。2カ月に1回開催の利用者の自治会の場もあります。家族については、面会や運営推進会議、イベントで来訪時、介護計画作成時に意見を聞いています。 | |
| 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 | 毎月の会議にて提案や要望を話し合う機会を設けている。会議での決定事項は会議議事録にて母体への報告や各職員への周知としている。 | 毎月のフロア会議（ホーム全体の合同職員会議）、及び介護計画作成時の担当者会議等で率直に話し合っています。職員は外出・行事・食事・防災・園芸のいずれかの係に属し、それぞれの分野で責任感を持ってホーム運営に関わっています。 | |
| 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 | 半年に一度個々の自己評価書の提出にて左記の把握に努めている。 | | |
| 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 | 県が薦めている実践者研修の受講・グループホーム協議会の研修また診療所の研修に参加をしている。また、専門書のミニ図書館を作り1ヶ月間の貸し出しをおこなっている。 | | |
| 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 | 蒼生から他のグループホームへ培われた経験などを発信できるように研修を実践している。また、他のグループホームの見学や研修でのグループワークにて交流している。 | | |

| 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 | 今まで暮らして来られた生活を良く知っている方や本人と直接、話をして様々な方向性から、ここで生活することの安心感を確保するように努めている。 | | |
| 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 | 初期の面談にて、その関係作りに時間をかけている。また、初期だけではなく随時、面談を設け家族等が困っていること不安なことの相談を行っている。 | | |
| 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 | 認定情報やセンター方式、ご家族からの情報により、個々に寄り添って安心して過ごしていただけるように申し送りの徹底、日々の生活の中から情報収集に努めケアへとつなげている。 | | |
| 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 | 食事は入居者と共に同じ食事を会話をしながら楽しみ、食事の準備を共にお手伝いしていただいている。また、入居者の自治会において要望、意見を出し合っている。 | | |
| 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 | ご家族が来られたら面談の機会をもって様々なことを伝えるようにしている。個別ケアノートにて本人の声、ご家族の声、また職員との交換日記のようにしている。 | | |
| 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 | 面会時間を設けず、お友達が毎日ホームに遊びに来られたり、近所のスーパーまた自宅に帰る、寺、神社などに行けるように支援している。 | 利用者は地域からの入居者が多く、家族や近所の友人、知人が24時間いつでも自由に訪問できる体制作りをしています。馴染みの場所へも、散歩で近くのお寺やスーパーなどに出掛けるなど関係が途切れないよう支援に努めています。 | |
| 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 | 高齢からくる聴覚、視覚障害にて気持ちが伝わらない時がある。その際は相手の耳となり目となり、その気持ちを代弁してあげたり、また、一人一人が家族のような一員になれる様に支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 契約完了しても他県からの家族からの相談にも応じたり、また、ご家族が立ち寄ってくださったりと支援や相談に応じています。また農家をされているご家族が野菜を届けてくださったり、大工仕事を引き受けてくださっている。 | | |
| 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 | 家族より情報を得たり普段の会話から希望や意向を汲み取り、入居者本人が思っていることを主体とし一人一人の思いを大切にしている。 | 家族が参加する運営会議やケア会議、或いは来訪した時に利用者の情報を得ています。また、利用者全員参加の蒼生自治会が隔月に開催され、思いや意向を直接把握するようにしています。結果は申し送りノートで、職員に周知しています。 | |
| 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 | 入居前にご家族やまた、ご本人に近い方に話を伺い、どのような暮らし方をしてきたかを聞き出すようにしている。また本人との会話からも探る様にしている。 | | |
| 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 | 本人の残存能力を最大限に生かせることができるように支援している、また日々、細かく経過記録に記載し状態の把握に努めている。 | | |
| 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 | 職員は朝の申し送りにおいて、また家族等は日々面談を設けさせていただき個々に即した介護計画書を作成し、ご家族の同意をえて、職員間で情報を共有している。 | 介護計画は、計画作成者がホーム長及び居室担当者共々家族や利用者との日々の面談で得た情報を反映し、医師、看護師、各専門医の意見を参考に作成しています。計画の見直しは6ヵ月毎に行い、また、変化に応じてその都度見直しをしています | |
| 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 | 日々の記録経過にて職員間の情報共有を行っている。また提案や課題や工夫は申し送りノートを生かし、情報の共有をおこなっている。 | | |
| 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 | お天気の良い時に散歩に出かけたり、園芸に取り組めるように支援している。また、ご家族が連絡しなくても本人と外出が出来る環境を常に整えている。 | | |

| 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 | 地域のボランティア、薬局、整骨院、床屋、消防団、町内の自治会の方々などの支援をいただき日々の様々な生活支援を協力していただいている。 | | |
| 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 | 家族の意向や状況に応じて受診や往診などの支援をしている。また、かかりつけ医だけではなく専門医の受診、往診もご家族に説明しお願いしている。 | 内科が隔週月2回、神経内科、眼科、皮膚科が月1回、歯科は都度(実質殆ど毎日一人)往診があります。数名の透析利用者にも対応しており、適切な医療体制が出来ています。また週1回の看護師のメディカルチェックなど随時相談出来るように支援しています。 | |
| 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 | 週に1度の看護師のメディカルチェックと月に2度の医師と看護師の往診にて密に相談している。また点滴、浣腸、排便、吸痰などの訪問看護に随時、来ていただいている。 | | |
| 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。 | 入居者が入院された場合にはこまめに訪問したり情報の交換を行っている。早期に退院できるように病院の相談員と面談したり、綿密に話し合い退院計画を立てる。 | | |
| 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 | 創設後、5件のホームでの看取り経験があり、重度化や看取りの支援の指針をもち、職員、家族、主治医の共通理解を働きかけている。また、ホーム独自の看取りの指針があり、スタッフも参加しての会議をおこなうようにしている。 | 重度化及び終末期の説明は、利用者の体調の変化に伴い「承諾書」「生死に関する考えの確認」「看取り介護同意書」の3回に分け、家族に説明し同意を得ています。ケア会議では医師や関係者が話し合い、職員へは申し送りノートで周知しています。また、外部研修やターミナルケアマニュアルで職員研修に取り組んでいます。 | |
| 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 | それらが実践を通じ行えるように細やかに指導している。また、迷いがあるときの連絡体制を一本化して、すぐに相談できるように、また解決出来る体制を整えている。 | | |
| 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 | 避難訓練や自衛防衛組織をシフト表に毎日更新し災害にそなえている。 | 年2回、夜間出火、昼間調理場からの出火等様々な場合を想定し、機器点検業者と共同し、消防団副団長等近隣の人たちの協力を得ながら、消防・避難訓練を実施しています。独自の工夫として、左記のごとく、毎日の勤務者に対応する役割分担表を日々更新掲示しています。 | 備蓄は最低限のものを準備し、運営母体からも支援を受けられる体制にありますが、停電が2～3日続いても対処できるよう備蓄品の見直しをしておくことが必要です。 |

| 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 |
| 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 | 一人ひとりの尊厳や願いを最大限に尊重し入居者の人格や誇りを傷つけないような接し方、言葉使い、態度、配慮を心がけている。 | 入社時に権利擁護の研修の中で接遇マナーの研修を行っています。日常支援の中でも、必要に応じ指導したり、申し送りノートで伝えています。特にトイレ誘導時の声かけには注意を払い、利用者への呼びかけは「～さん」で統一しています。 | |
| 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 | 小さなことでも出来るだけ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 | 起床時間や入床時間また食事時間など、その方の毎日の希望が優先となる為、全員違う毎日を過ごしている。また、食事時間や今日食べたい物を聞いて朝食の主食などは、決定している。 | | |
| 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 | メイクや訪問理容また、起床時の洗顔やブラシを渡し、出来るだけ自分で出来るように声かけや支援をしている。好きな洋服を自ら選んで着用したい方には、納得いくまで楽しんでいただけるようにしている。 | | |
| 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 | 食事の下ごしらえや盛り付けまで、行える残存能力を毎日生かして、いただけるようにぎりぎりまで支援している。 | 食材は毎日業者から届けられています。利用者もできる人は食材を切ったり、片付けを手伝っています。食べる時間は自由で、利用者に合わせた支援を行っています。日曜日の昼食は利用者の要望に応じお寿司など好きな出前を取ったり、外食に出かけるなど楽しみの一つになっています。 | |
| 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 | ウエイトコントロールにて、血液検査での栄養状態など見て、ドクターと相談しながら、また食事係を置いて日々検討している。管理栄養士による栄養管理と様々な疾患の食事にも対応している。 | | |
| 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 | 歯科衛生士によるひとりひとりのケアを教えさせていただき、それを実践している。また、わかりやすいように口腔内の写真撮影し、職員で共有している。訪問歯科はほぼ毎日来られ相談している。 | | |

| 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 | 排泄パターンに応じた声かけをしたり、トイレ誘導を行い、たとえ重度化してもトイレに座っていただくように支援している。また、夜間オムツが必要と判断されてもご本人が希望されなければ、その希望に合わせて配慮し、日々速やかに対応している。 | 利用者一人ひとりの排泄表を参考に、必要な人には声をかけトイレへ誘導しています。夜間は個々に合わせポータブルを置いたり、職員を呼べるようベッドサイドに居室ごとに異なる音の鈴を置いています。オムツから布パンツに変わった例もあり、自立への支援に努めています。 | |
| 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 | 毎日の朝の体操やオリーブ油などを下剤の代わりに使用している。 | | |
| 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 | 入浴は拒否があれば職員の都合に合わせてるのではなく、入居者の気持ちに合わせてるように支援している。また、その日の体の状態に合わせての判断が出来るように指導している。毎日入浴が可能である。 | 入浴日や時間は決めておらず、入りたい時に入浴出来る対応を取っています。1日3名程が入浴し、浴槽の湯は個々に入れ変えるなど利用者に合わせて支援をしています。入浴拒否の場合、無理強いせず、体調を確認した上で判断するよう心掛けています。 | |
| 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 | 入居者が眠れないときは、お話をしたり、日中の過ごし方などを考えて支援している、明かりや室温にも配慮している。 | | |
| 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 | いつでも薬情報が確認できるようにファイリングしており、また新しく処方された薬は申し送りノートにて各職員が目的や副作用について確認している。またホームの前に門前薬局があり薬剤師の方が毎日来てくださり相談や支援をしている。 | | |
| 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 | 入居者個々の生活歴や好み、習慣などを把握し笑顔でいられる毎日を送られるように支援している。 | | |
| 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 | 近所への散歩は気候や本人の希望に応じておこなっている。また外食、買い物外出などを日々支援している。また、庭でくつろげるように配慮している。 | 天気の良い日には数人に分け、近所のお寺まで散歩したり、利用者の希望で買物や外食に行く支援をしています。また、月1回の外出行事では動物園などに出かけています。ボランティアや家族、時には実習生が手伝う等、地域との交流が盛んなこともあり、協力体制が出来ています。 | |

| 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 |
| 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 | 認知症の進行によりお金を自分で管理するのは難しく、ご家族より預かり金を預かり、いつでも好きな時に欲しいものを好きな時に購入できるようにしている。自己管理していただいている方もいる。 | | |
| 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 | いつでも家族へ電話が出来るようにしている。また遠慮されたりがないように促してもいる。またご家族にも協力をお願いしている。年賀状を自ら作成したり、携帯電話を所持したり使用も可能である。 | | |
| 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 | 常に季節感を取り入れ、各ユニットに環境整備係を配置し様々な試みをしている。常に花があるまた触れられるように置き場所や管理なども本人が出来るように支援している。 | 玄関・階段・トイレ・浴室・食堂兼談話室(リビング)等共用部分は全体的に広くゆったりしています。リビングにはテレビを囲んで立派なソファが揃えられ、利用者と職員の共同制作になる季節感のある作品や花・観葉植物が飾られていて、寛げる空間となっています。 | |
| 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 | フロアの大きなソファにて皆さんがお話を楽しみながら過ごせる空間作りに配慮している。また、各居室で思い思いに過ごせるように配慮している。 | | |
| 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 | その方のなじみの家具を使っていただきたいがご家族様は新しいものを揃えがちになってしまうので今後も引き続きご理解とご協力をお願いと思っている。 | 居室は空調と幅広で安定感のある2段式の物入れ兼箆笥が備え付けです。箆笥は移動が可能なので、1段ずつにしたり好みに応じて部屋のレイアウトを変えることが出来ます。床はフローリングですが、ベッドにしたり、マットレスを敷くだけにすることも自由です。ソファ等馴染みの物を持ち込み、好きなぬいぐるみや家族の写真を飾る等、自分だけの居場所が確保されています。 | |
| 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 | 手すりや段差、浴槽、便座、手洗いの高さ、食卓テーブルの椅子の変更を行い身体機能に応じて設備を整えている。各居室が分かる様に各居室共に工夫をしている。 | | |