

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 | 1092700010 | | |
| 法人名 | (有) 桜井商事 | | |
| 事業所名 | グループホーム 月夜野の里 | | |
| 所在地 | 群馬県利根郡みなかみ町真庭363 (電話) 0278-62-3348 | | |
| 自己評価作成日 | | 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 | http://www.kaigo-johp.pref.gunma.jp/ |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--------------------|--|--|
| 評価機関名 | サービス評価センターはあとらんど | | |
| 所在地 | 群馬県前橋市富士見町小暮 704-2 | | |
| 訪問調査日 | 平成26年6月23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>個々のニーズを把握し能力を発揮。その人らしさを表現出来るようにしている。その人の体力に応じた生活を支援している。</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>共用空間と居室が清潔で整理整頓され、不快な臭いがしない。共用空間はいくつかのテーブルに分かれ、いろいろな方向を向いて座っている。利用者同士の会話も聞こえ、認知症デイサービス利用者を含め、お互いの動作に影響されない工夫をしている。居室は持ち込まれている物等は多くはないが、おむつを居室内のトイレ内で保管し、尊厳が確保されている。共用空間の延長としての庭には野菜や花が楽しめ、ふらっと外に出ていきたい利用者にはいったん足を止められ、気分転換の場所として最適である。</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 | 地域との関わりをわかりやすく表現し見易い位置に掲示。理念を共有し実施、契約時に説明している。 | 利用者を尊重し、地域と共に歩んで行こうとする理念が掲げられている。新規入職者に理念を説明して日頃のケアに繋いでいる。 | |
| 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 | 保育園・小学校の運動会、マラソン大会に連絡を頂き応援に行っている。地域の育成会の御神輿が来てくれ庭でスイカ割りをして交流を図っている。回覧板を回してもらい地域交流を図っている。 | 地域の祭りの日に事業所も夏祭りとして催しを行い立ち寄ってもらうことが継続されている。毎年事業所側でも志向を凝らし、デイサービス事業所も参加し地域住民と関わる日に定着した。今後は事業所の専門性を活かした取り組みを実施したいという思いがある。 | |
| 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 | 地域や家族の方にも認知症について知識を深めていただけるよう認知症サポーター研修の運営推進会議での開催を検討している。 | | |
| 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 | 二ヶ月に一度偶数月に参加者で日程を決めて実施。区長、行政、老人会、家族、利用者、職員が参加。行事や研修報告などを通じて意見交換をしている。 | 定期的開催され、利用者・家族代表・区長・民生委員・行政・地域住民が出席して、活動・行事・研修等が報告され、意見交換がされている。家族代表者を決め代表者のみが参加している。 | 家族全員に案内を周知して、事業所の実践内容や現状、地域との交流等、家族等が情報を共有し、意見も表出する場になることを期待したい。会議内容も家族等に報告してほしい。 |
| 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 | 事業所の運営推進会議の他に地域ケア会議やケアマネ会議・介護予防サポーターに参加。職員が見守り支援員に登録。必要に応じて行政に相談。情報交換や協力を努めている。 | 地域の会議や報告で行政とは連絡を取り合っている。認知症サポーター養成講座を依頼した。 | |
| 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 | 身体拘束廃止マニュアルを作成。身体拘束について共通の認識を持ち拘束を行わないケアに取り組んでいる。 | 玄関は開錠されている。車いすの拘束ベルト等の拘束はしていない。スピーチロックにも気を配り、気付いた時はその場で注意している。 | 身体拘束の実態はないが、身体拘束に関する勉強会や研修に参加して具体的な行為等を理解する機会にしてはいいかがか。 |
| 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 | 日々の業務を見守り、行き過ぎた言動があったときは見過ごさず、その都度指導するようにしている。社会情勢から話題を取り上げ、ケース会議で話し合っている。 | | |

| 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 | 成年後見制度についての資料を掲示している。現在は活用している利用者は居ない。 | | |
| 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 | 契約時に重要事項説明、運営規定について説明。疑問点については十分説明をし理解、納得をして頂いている。 | | |
| 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 | 面会時に状況を説明したり、家族の要望を伺い常にニーズに対応できるように態勢を整えている。 | 本人からは外に出かけたい・美味しい物が食べたいという希望を家族の状況に合わせてケアプランに連動させることがある。意見が出てこない家族の希望や要望をどう出してもらうかを考えている。 | |
| 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 | 月二回のケース会議の中で意見交換を行い随時相談にも応じ情報収集を行っている。 | 月に3回意見交換の場があり状況報告からケアの見直しに繋げている。出された意見は管理者から事務長に報告している。 | |
| 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 | 職員個々の努力や実績を把握し100%のリクエストを勤務表に取り入れ、リフレッシュ出来るように有休休暇が取りやすいように配慮している。 | | |
| 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 | 職員の経験年数と実績、個々の能力に応じた研修に参加。職員のニーズも取り入れ研修に参加。 | | |
| 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 | 地域密着型連絡協議会の総会や研修、地域拡大ケア研修の参加を等して質の向上に努めている。地域高齢者支援ネットワークのメンバーに登録もしている。 | | |

| 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 | 施設見学や空き室のある時のお試し利用等している。生活歴、家族、ケアマネ等からの情報を共有。本人の要望を把握し柔軟な対応が出来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 | 施設見学、入所申込時に家族からの要望、困っていることをじっくり傾聴し課題解決でき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 | 施設見学、基本情報、事前調査により本人の必要としている支援を見極め、現在の施設状況を説明、納得して頂いた上で申込手続きをしていただいている。 | | |
| 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 | 職員は常に利用者の立場に立ち、どんな言葉にも傾聴の姿勢で能力を発揮できるように配慮し感謝の気持ちを忘れないようにしている。 | | |
| 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 | 月夜野の里通信や面会時に行事参加への協力依頼をしている。季節毎の衣類の差し替えや外来受診の付き添い等協力していただいている。家族との外出等の要望にも応えている。 | | |
| 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 | デイサービス利用者に来ている友人との交流。自宅付近を散策しながら懐かしい人との交流。買物等に出掛けた際、馴染みの方との交流を図ることが出来る。 | 月に4日から5日お楽しみ食事会があり、旬の地域で食べていた献立を提供している。家族や近所の人との交流を続け家族の面会時間は20時まで受け入れ、編み物の材料を持ってきてもらったり、お化粧をしている人もいます。 | |
| 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 | 生活の中で状況に応じたコミュニケーションや交流が図れるように支援。レクリエーション時は個々の希望を取り入れて参加をしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 生活環境が変化することで生じる不安を傾聴、不安が軽減できるように対応。退所後も家族の訪問を大切にしている。 | | |
| 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 | 正月に一年の抱負を書いたり、七夕で短冊に願い事を書いて貰っている。日々の会話の中から意向を把握するように努めている。困難な場合は家族と相談している。 | 日常の会話の中や様子から意向等汲み取りケース会議やカンファレンス時に検討し、食べたい物・外出希望等、実践に繋げている。家族からは面会時等で確認している。 | |
| 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 | 生活歴の情報を共有し得意なこと、趣味、馴染みの関係を把握し生活の中に取り入れている。本人の使用していた品物を持ってきて下さるよう家族に伝え、持ってきて頂くようにしている。 | | |
| 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 | 本人の希望を伺いながら食器拭き、片付け、洗濯物畳、買物の手伝い、計算問題、塗り絵、読書など個々の能力を発揮できるようにしている。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望を伺い、職員と話し合いながら1人1人にあった介護計画を作成している。3ヶ月に一度カンファレンス、毎月モニタリングを実施し必要に応じて介護計画を見直している。 | 毎月のモニタリングを基に定期的なカンファレンスを行い、介護計画の見直しは3ヶ月毎に実施されている。また、状態変化時には随時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 | 介護計画に基づいて記録、日々の状況を観察、記録し情報を共有。必要に応じて介護計画を見直している。 | | |
| 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 | 自宅近くへの外出。馴染みの場所への散歩。理美容室の利用。買物、外食など家族と相談しながら希望に応じている。 | | |

| 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 | 地域の図書館に利用カードを作り、ビデオや本を借りて楽しんでいる。 | | |
| 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 | 契約時に希望の医療機関を伺い、主治医に受診できるようにしている。緊急時に協力病院に受診する事は家族から了解が得られている。家族の希望に応じて希望の歯科受診もしている。必要に応じて他の医療機関でも受診している。 | 協力医に9人がかかっている。入居前から協力医にかかっていた利用者もあり、関係性は良好である。受診支援を行い、歯科についても訪問歯科と希望の歯科受診等支援をしている。 | |
| 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 | 日々の生活状況、変化状況を看護師に報告し相談の上受診。受診後の様子も看護師に報告し情報を共有しながら対応している。 | | |
| 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。 | 入院時には生活状況を説明。認知症による行動障害の様子も説明。早期から安心して治療が受けられるように支援。精神的に安定が図れないときは医師と相談、病院と連携を保ちながら安心して治療に専念できる環境で対応している。 | | |
| 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 | 契約時に重症化や終末期の対応について家族、本人に説明。医師より入院の指示が出るまで協力病院、デイサービスの看護師とも連携を図り協力を得ながら慣れた環境で生活が継続できるように取り組んでいる。看取りの体制を整えている。 | 看取りの経験があり、体験する前は賛否両論あったが、今では良い支援をさせてもらったと感謝している。看護師もおり今後も希望があり、環境を整えば希望に添えたいと考えている。 | |
| 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 | 急変や事故発生状況を把握。バイタル測定、身体上の変化を捉え初期対応が出来るように看護師より指導を受けている。 | | |
| 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 | 年2回の避難訓練を実施。職員の工夫した品物を使って避難。運営推進会議の中で近隣者の協力体制が得られている。また、協力病院からの協力体制も整っている。避難訓練の様子をみいただいている。 | 併設の事業所と合同で利用者と職員が参加し、年2回避難訓練を実施している。加えて事業所独自の訓練を昼夜想定で通報・避難・消火訓練を実践している。地域の防災協力委員を登録している。 | |

| 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 | 入浴、排泄対応時など羞恥心やプライバシーに配慮。家族の面会時には空間に配慮。名前を呼ぶ時等1人1人の人格を尊重した声かけを行っている。 | 同性介助を基本にしているが全員に異性介助の了承は聞いていない。利用者に対して失礼な動きや嫌な顔をしない事を心掛け、利用者同士や職員との相性も考慮した声掛けをしている。 | |
| 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 | 職員が強制的にならないように周知徹底している。本人が思いや希望を表現し自己決定できるように働きかけている。 | | |
| 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 | 職員の都合ではなく、その人らしく生活していただけるように個々の状況や意向に合わせた対応を心掛けている。 | | |
| 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 | 起床時に整容、整髪等行い、入浴後に髭剃り等を行えるようにしている。外出時に本人の気に入った服を着用してもらっている。 | | |
| 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 | 希望により火、金の朝食をパン食にしている。楽しみ食時希望のメニューを伺い、買物も一緒にしている。職員と食卓を囲み、後片付けも一緒に行っている。 | 朝と晩は作っているが昼は併設のデイサービスと同じメニューである。旬の物をお楽しみ食で味わっている。家族等からの差し入れや飲み慣れた物の提供は自由である。職員も一緒に食べている。 | 多種類の飲み物の用意があるので、提供時に各利用者が選択できるメニューを作り、好みの物を選んでもらう場面を作ってはいかがか。 |
| 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、水分等個々の一覧表に記入し把握している。声かけ、促し、食事を小分けにする等の工夫をし本人の持っている能力を活用できるように支援している。本人のペースで摂取している。 | | |
| 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 | 毎食後口腔内に食物残渣がないか確認。声かけ、見守りを行い本人の能力が引き出せるように口腔ケアを行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄表に記録。排泄のリズムを確認しながら誘導。羞恥心に配慮しながら本人の希望にも添っている。布の下着を使用している。 | チェック表を基に昼夜の定時誘導や夜間のみおむつ等その人に合わせた支援を行っている。居室にトイレがあり、おむつは整理され、自立の方もいるが居室と共有空間ともに不快な臭いはしない。 | |
| 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 | 野菜(食物繊維が豊富な物)を中心としたメニューを取り入れている。10時の給茶時にはヨーグルトを提供。毎朝体操や歩行練習を行っている。排便観察を行い医師と相談し薬を処方している方もいる。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 声かけを行い、本人の希望に添えるように支援している。 | 入浴日が決まっており、最低週に2回は入っている。1日おきに声をかけたり、拒否者にはその人の入れる時や声かけの人を変える等で入浴が楽しめるよう支援している。 | その日に入る該当者に声をかけているので、全員にお風呂に入れることを声かけし、希望者には支援して欲しい。 |
| 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 | 天候の良い日には、外気浴をしながら飲茶や外食など行いリラックス出来るように支援。希望者には昼食後30分から1時間の休息を取っていただいている。 | | |
| 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 | 処方薬の説明書を読み理解を深める。毎日バイタル測定を行い健康状態を把握し変化に応じて主治医に連絡し受診。内服時、名前と本人確認を行い誤薬の無いように務めている。 | | |
| 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、お盆や食器拭き等本人の能力に応じて役割を果たしている。誕生日等には本人の嗜好に合わせて外食している。 | | |
| 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 | 帰宅の希望があるときは自宅まで外出したりしている。家族の面会時に外出等の協力が得られている。 | 日常的には庭に出て気分転換やお茶・散歩に出かけている。季節のドライブや家族との外出で出かける機会がある。 | |

| 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 | 施設内では家族の意向もあり、所持金は持っていないが、買物時にはお金を渡し支払いをしていただいている。 | | |
| 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 | 自ら電話を掛けることはないが家族から来た電話には出ている。 | | |
| 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 | 季節の花を飾り季節感を取り入れている。季節に合わせてちぎり絵や貼り絵等を作成し掲示している。 | テーブルの位置は食事やレクリエーション時に臨機応変に変えている。認知症デイサービス利用者のテーブル等いくつかに分かれて利用者の顔の向きが様々である。廊下に行事の写真が掲示してある。嫌な臭いはなく清潔である。 | |
| 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 | 広い廊下空間に椅子を置いて1人になれる空間がある。 | | |
| 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 | 利用開始時に自宅で使用していた馴染みの品を持ってきていただくようお願いし慣れた生活が保てるようにしている。 | タンスや椅子が持ち込まれ日常の写真やカレンダーが掲示されている。トイレが付いているが清潔である。 | |
| 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 | 自室が分かるように表札の高さの工夫。トイレ、洗面所などわかりやすく表示している。 | | |