

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 | 0170500987 | | |
| 法人名 | 有限会社シルバーバック | | |
| 事業所名 | グループホーム さくらの里 | | |
| 所在地 | 札幌市清田区真栄2条1丁目3番26号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成31年1月31日 | 評価結果市町村受理日 | 平成31年3月6日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

| | |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kihon=true&JigvosyoCd=0170500987-00&PrefCd=01&VersionCd=022 |
|-------------|---|

【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 福祉サービス評価機構Kネット |
| 所在地 | 札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハウス401 |
| 訪問調査日 | 平成31年2月20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)】

個別支援と外出支援に力を入れています。小樽観光・動物園・回転寿司・バイキングなど、入居者様の希望を取り入れ、皆様が楽しめるよう支援しています。また、地域の方々との繋がりも深く、町内会の行事に参加させていただいたり、さくらの里の外出支援や、日々の食事作りや、掃除などのボランティアとして地域の方々がお手伝いして下さっています。

【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)】

当事業所は、区役所・大型スーパー・レストランなどが立ち並び便利な場所に位置し、最近、新築・移転した1ユニットのホームである。これまでのホームと間近な場所に移転したことから、長年、地道に築いて来た地域との緊密な関係をさらに深めつつある。利用者は、町内会の交流会や花壇の整備など諸行事に参加するとともに、ホームのさくらの里祭り、ラン伴に多くの地域の人々が駆けつけ協力している。また、ボランティアとして、外出レクばかりでなく、調理・掃除といった日常の生活場面で毎日のように来訪があり、交流を深めている。災害面では、地域住民による防災協力隊のホーム支援など、地域ぐるみの支援協力体制ができており、利用者は安全・安心な暮らしを送っている。利用者にとって毎日の楽しみの食事は、好みを反映した献立、嫌いなメニューの時は個別に違うものに変えたり、食欲がない時は好みの物の提供を受けている。外出では、希望による買い物、散歩、外食など個別の支援を受けたり、入浴では曜日や時間を決めず希望の時に入浴するなど、個別ケアを享受している。利用者の笑顔あふれる生活を支える職員は、管理者を中心に、職員同士チームワークも良く、毎月の勉強会や外部研修に参加し、介護知識や技術を研鑽し、個別ケアにより利用者一人ひとりが楽しく安心して安全に暮らせるよう支援に努めている。

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) | <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 ながりが拡がり深まり、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 過ごしている (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 | | |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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踏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 | 運営理念を確認出来るようスタッフルームに掲示している。日常業務で確認し、介護サービス計画に理念が活かせるように取り組んでいる。 | 職員全員で検討を重ね作り上げたケア理念は、運営理念と共に玄関や事務室の目につきやすい所に掲示し、理念に沿った毎月の目標を立て実践に繋げている。 | |
| 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 | 町内活動に参加し、ホームの行事にも地域の方々に参加・協力していただいている。普段の生活の場でも調理・掃除・外出レクなどのボランティアとして参加いただき交流を深めている。 | 高齢者交流会や花壇作りなど町内会の行事に参加するとともに、ホームの祭り、ラン伴には地域の人の多数の参加・協力がある。毎日のように地域の人が調理や掃除などボランティアとして駆けつけ、災害時には強力な支援体制を組んで支援してくれている。 | |
| 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 | 運営推進会議やホームの行事に参加して頂き、又、地域の認知症の勉強会の講師を行ったりその都度、認知症の人への対応の仕方などを学ぶ機会を作っている。 | | |
| 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 | 町内の方々や家族様にも参加いただき、年間活動計画や日々の活動内容を報告し、今後の課題について話し合い、意見をもらっている。 | 会議には利用者や家族、包括支援センター、町内会、民生委員など毎回20人前後の人が出席し、サービス向上に役立つ意見を述べるとともに、認知症介護や薬の話など、地域の人を知りたいこと、してほしいことを盛り込んで、有意義な会となるよう努めている。 | |
| 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 | ホームの運営に関わることで相談したり、助言をいただいたりしている。又、清田区管理者会で行った徘徊高齢者等模擬捜索訓練では、行政・警察・地域包括支援センターなどに協力頂いた。 | 市や区の管理者会議に管理者が積極的に出席している。ホームの運営について直接出向いて相談したり、助言を得るなど、信頼と協力関係を築いている。 | |
| 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「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 | 身体拘束廃止委員会を立ち上げ、定期的に委員会を行い、話し合いの内容を全スタッフに伝え、常に身体拘束を意識したケアを行なっている。 | 身体拘束廃止委員会を定期的に開催し、「身体拘束廃止指針」を作成している。チェックシートでのチェック、「身体拘束をいたしません」の宣言掲示を行い、常に意識して身体拘束のないケアに努めている。言葉による抑制も虐待と考え職員同士注意し合っている。 | |
| 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 | 身体拘束委員会で虐待防止について話し合い、入居者が安全で安心して暮らせるよう意識してケアを行なっている | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 外部研修に参加したり、勉強会を行なっている。 | | |
| 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 | 契約時には、契約書・重要事項説明書・運営規定などを読み合わせ、疑問点など尋ね、説明し、理解・納得が頂け、安心して入居できるように努めている。 | | |
| 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 | 利用者の発言や、家族様からの意見・要望を聞き、ケアカンファレンスで話し合い、反映できるように努めている。 | 利用者、家族は、運営推進会議に多数出席し意見を述べる機会としている。日常、利用者からの意見を意識して引き出すよう努めているが、態度や表情からもシグナルを汲み取り、個人記録に記載し、運営や介護計画に反映できるよう努めている。 | |
| 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 | 一人ひとりの職員と個別に話し合える機会を設け、意見や提案を聞き取り、業務がスムーズに遂行できるように心がけている。 | 職員は、自分で目標を立て、自分がどこまで出来たか評価し、成長のチェックを半年に1回行っている。管理者の個人面談を1年に1回設けているが、日常、何かあった時にはいつでも話を聞くよう心掛けている。ケアカンファレンスでは、職員が中心となって進め、職員同士が意見を出し合うことを重視している。 | |
| 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 | 職員の勤務状況や労働環境・条件を整備し働きやすい職場になるよう努めている。 | | |
| 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 | 業務上で向上して欲しい内容の研修に参加してもらったり、必要と考えられる内容の研修をホームの勉強会で行なっている。 | | |
| 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 | 清田区管理者連絡会の中で、研修会・講習会・SOS徘徊模擬訓練などを行なっている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------|------|---|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 入居前にホームに何度か遊びに来ていただき、他入居者との交流を通して困っている事や要望などを知りアセスメントし、介護計画を立て、安心して入居できる、関係づくりに努めている。 | | |
| 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 | 入所相談マニュアルを作りそれに沿って困っている事、不安な事、要望などを聞き取り、関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 入居相談時、他のサービスがある事やサービス機関への連絡等ができる事を伝えている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | 本人の希望や要望、できる事などをアセスメントし、暮らしの中でも人生の先輩から学ぶ気持ちを持ち、支え合う関係ができるように努めている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支え合う家族との関係 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 | 来所された時は必ず近況を伝え、家族様が意見を言いやすいような環境を作っている。又、行事や誕生会に参加を呼びかけるなど、共に支えていく関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望に沿うよう友達が遊びに来たり、生まれ育った場所、今まで住んでいた家などに出向いたりしている。 | 親戚や友人の来訪も多く、寛いで過ごし、買い物に出掛け、ホームの食事を一緒に食べ、中には泊まっていく人も見られる。馴染みの美容院へ予約して出掛けたり、神社参拝に行くなど、これまでの生活習慣を大切にした支援を行っている。 | |
| 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 | 利用者同士が良い関係を築けるように、できる事を一緒に協力して行っていただくように支援している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--|--|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | その後の様子や困っていること・相談にいつでも応じる事を伝えている。 | | |
| 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 | 本人の希望や要望、できる事などをアセスメントし、個別に外出・買い物・ドライブなどに行っている。 | 日々の会話や家族の情報から本人の意向や希望を把握することは勿論、本人の表情や態度から本人の気持ちを汲み取るよう努めている。利用者を第一に考え、その人その人に合わせて、思いや意向に沿うよう支援している。事業所独自の詳細なアセスメントは3か月毎に見直している。 | |
| 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 | 本人や家族から生活歴、馴染みのある暮らし方を聞き取り把握するよう努めている。 | | |
| 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 | 毎日のミーティングで話し合い、一日の流れを決め、心身状態など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 | 担当職員がモニタリング・アセスメントをし、職員全員で目を通し、ケアマネがケアプラン原案をつくり、会議でスタッフの意見・アイデアをまとめ、家族の同意を得て介護計画を作成している。 | 毎月のケアカンファレンスで利用者全員のモニタリングを行っている。毎日の個人記録は介護計画と連動し、介護計画の内容とその日の実施状況が把握できる仕組みとなっており、個別記録を基本に、本人・家族の希望、医師の指導内容を入れ3か月毎に、状況に変化がある時はその都度介護計画を見直している。 | 職員は、より良いケアを目指して毎月内部研修を行っているが、外部研修をさらに充実させたいとの意気込みがみられるので、薬に頼らない自力排泄の推進など、介護計画による個別ケアの更なる充実を期待したい。 |
| 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 | 個別記録の内容から朝のミーティングで、ケアの方向性を考え、それを基本にカンファレンスにてケアプランの見直しを行なっている。 | | |
| 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 | 要望や希望に合わせ、音楽鑑賞・ドライブ・外食・買い物など柔軟な支援に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 町内会活動に参加したり、調理・掃除・傾聴などのボランティアを受け入れ一緒に活動したり、暮らしを楽しむよう支援している。 | | |
| 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 | 月2回の往診・定期的な歯科往診の他、本人・家族が希望する医療の受診もホームで行っている。 | 協力医療機関から月2回の往診、訪問看護師の週1回の訪問がある。医師、看護師とも24時間の連携体制がとられ、安心できる医療体制を築いている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 毎日のバイタル測定、月1回の体重測定、日々の排便・体調・生活状況を訪問看護師に伝え相談し、看護師からの指示で家族や主治医に連絡している。 | | |
| 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。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを | 入院先病院に情報提供し、管理者は家族と共に医師へホームでの状況を伝え、診療内容や早期退院できるように相談している。又、それらの内容を主治医に伝え、入院先病院へ医療情報提供をしてもらっている。 | | |
| 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、事業所で行え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 | 本人・家族・医師と方針を共有できるように指針を作成し、説明と話し合いを行なっている。 | 入居時に重度化指針を説明し同意を得ている。重度化した時は家族、医師を交えて話し合い、看取り同意書を作成している。看取りマニュアルも整備しており、看取りの同意を得ると職員の勉強会を開き、その人への最善の支援方法を話し合っている。これまでに数人の看取りを経験している。 | |
| 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 | 事故・救急時の対応マニュアルがあり、定期的を確認している。又、救急時の対応訓練研修などにも参加できるよう努めている。 | | |
| 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・防災担当者を決め、災害マニュアルの習得・点検を行い、年3回の避難訓練(火災2回・災害1回)を行なっている。 | 自然災害を含め年3回の避難訓練を実施しており、運営推進会議と同時開催するなどの工夫を凝らしている。地域の自衛消防連絡網や地域住民による防災協力隊のホーム支援など、災害対策について地域ぐるみの支援協力体制が築かれている。非常用食料や照明・防寒用品も整備している。 | |
| 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 | 人生の先輩であることを念頭に置き声掛けを行っている。トイレやお風呂では、特にプライバシーを損ねないよう対応をしている。 | 運営理念、ケア理念に、人格尊重・プライバシー保護を謳っており、人生の先輩として丁寧な言葉かけを心掛けている。言葉による抑制についても虐待と考え、職員同士お互いに注意合っている。 | |
| 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 | 家族からの情報や本人の言葉・行動から希望や要望を知り、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 | 一人ひとりの生活リズムをアセスメントして、日々の過ごし方をできる限り希望に沿えるよう支援している。 | | |
| 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 | 洋服や靴など、家族又は、職員と一緒に買いに行き本人に選んで貰い、外出時など化粧や髪の設定をしている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 嫌いな物のメニューの日は個別に違うものを提供したり、食欲が無い時は、好みの物を提供している。また、料理・盛り付け・後片付けなどを自ら進んで行えるよう支援している。 | 献立は利用者の好みのもを聞いて取り入れたり、誕生日にはその人の食べたいものを作っている。季節季節の行事食は、節分の恵方巻きやひな祭り食など手作りを心掛け、職員との個人外食も取り入れ、利用者一人ひとりが食事を楽しめるよう工夫している。 | |
| 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 | 食事・水分チェック表を記入し、不足している場合、外食や好きな飲み物を提供している。 | | |
| 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 | 出来る部分は必ず本人が行い、不十分な所や仕上げは職員が行なう。個別に口腔指導も活用している。 | | |
| 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むけた支援を行っている | 一人ひとりの排泄パターンを把握し時間毎にトイレにご案内し、トイレで排泄できるよう支援している。 | 一人ひとり排泄チェック表で排泄パターンを把握し適切な声掛けで、全員トイレでの排泄を行っている。トイレ誘導の声掛けはそっと耳元で伝え、職員同士の連携はプライバシーに配慮し、合い言葉で伝え合っている。退院時のオムツ使用者には出来るだけ早く元に戻るよう努めている。 | |
| 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 | 排便チェック表の記入により排便パターンを知る。便秘薬は頓服と考え調整し服薬している。散歩・運動の他、オリゴ糖やマンナンライスを使用したり、繊維質の多い食材を沢山使用し、便秘の予防を行なっている。 | | |
| 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 | 曜日や時間を決めず、ほぼ毎日浴槽にお湯を溜め、午前でも午後でも希望の時間に入れるよう準備をし入浴していただいている。 | 利用者の入浴日をあらかじめ決めることなく、いつでも本人の希望で入浴できる環境を整え、週2回を基本として入浴を支援している。全身シャワー器も設置しているが、今まで使用事例が無く、全員湯舟で入浴している。 | |
| 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 | 個々の就寝時間や起床時間に合わせて入床・起床していただいている。 | | |
| 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 | 薬の用法・副作用については、連絡ノート等でスタッフ全員が把握し、本当にその人に必要なか主治医と相談し、必要がないが、本人が希望する場合偽薬(乳糖)服用。 | | |
| 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 | 一人ひとりの望んでいることを把握し介護計画で取り組み 又、日常の中でも出来る限り支援している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 買い物・散歩・外食などは、個別の希望を聞き、頻繁に行っている。全員での外出レクは利用者の行きたい所を聞き、地域の方々の協力のもと、年間を通し支援している。 | 商業施設など地域の繁華街に隣接し外出しやすい環境にあり、買い物・図書館・本屋など個別希望に沿った外出支援を行っており、これら本人の希望する外出を介護計画に取り入れ、日常的な機能訓練の機会としている。また、年に2回はボランティアの協力を得て遠方への外出行事を実施している。 | |
| 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 | 買い物は、本人に財布の中身を確認して頂き、出来る限り会計はして頂いている。 | | |
| 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 | 電話の希望がある場合は、行なっている。手紙の希望は、郵便局やポストまで行っていただくように支援している。 | | |
| 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 | 新築し利用者にとって、今まで以上に快適に過ごせる空間となった。大きい道路沿いではなくなったため、車などの騒音もきにならなく、居心地良く過ごせるようになった。 | 新築されたばかりで広く明るく、オイルヒーターによる暖房、24時間換気と加湿器が設置され、温湿度管理が行き届き、快適な共用空間となっている。季節季節の飾り付け、大型の貼り絵作品がすっきりと飾られており、清掃も行き届いている。 | |
| 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 | ソファで皆で談話・TV鑑賞をしたり、1人が好きな方には、カウンターや居室付近に椅子を置いて座ってもらったり、玄関近くの椅子で1人の時間を楽しんでいただいている。 | | |
| 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 | 入居の際に使い慣れたものや、安心出来る物、箸・茶わん・湯呑まで、本人が使用していた物を持って来て頂いている。 | 居室にはクロゼットがあり、オイルヒーターによる暖房、24時間換気装置が設置され快適な環境となっている。使い慣れた家具、テレビなどを持ち込み、家族の写真、絵など思い思いに飾り付け、居心地の良い生活空間を作り上げている。 | |
| 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」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 | 入り口に名前その他、花のイラストで自分の居室だとわかるようにしてある。洗濯を自身で行なったり、家事も分担して行っていたり、自立の工夫をしている。 | | |