

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 | 2372001111 | | |
| 法人名 | 医療法人 光生会 | | |
| 事業所名 | グループホーム エバグリーン | | |
| 所在地 | 愛知県豊橋市多米町字大門10番地 | | |
| 自己評価作成日 | 令和5年 10月 25日 | 評価結果市町村受理日 | 令和6年4月3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 | https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2372001111-00&ServiceCd=320&Type=search |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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『サークル・福寿草』 |
| 所在地 | 愛知県名古屋市中区三本松町13番19号 |
| 訪問調査日 | 令和6年1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)】

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>光ユニット 1. ゆったりと暮らしを楽しむ中で、その人らしく自己実現が出来るような自立支援の援助。 2. 地域の一住人として、日常的に社会参加し、施設も地域の社会資源として活用される様に努めていく。 住み慣れた自宅ではないけれど、ここも悪くないと思っていただけの環境づくり、またコロナ禍の影響あり、出来る事に制限は残るが職員のアイデアを出して出来る事の実現を図る。</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>感染症問題が長期化している状況であるが、ホームでは、感染症対策を行いながら利用者の外出の機会をつくる取り組みが行われており、年間を通じて、様々な外出の機会がつけられている。日常的にホームの周辺を散歩したり、地域の行事に出かけたり、喫茶等を楽しむ機会もつくりられている。家族との交流についても、利用者との交流が中断しないような取り組みを継続している。毎月実施しているモニタリング(月間評価)の際には、家族との面会の機会をつくっており、利用者や家族の意向等を把握するとともに、利用者との交流の機会につなげている。また、運営推進会議についても、令和5年からは外部の方も参加する対面方式での会議を本格的に再開しており、会議の関係者との意見交換等を行い、ホームへの理解を深めてもらう機会につなげている。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活き活きと働いている (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

[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 | 気持ちよく、自己実現が出来る援助 その人らしく、その人らしく という、高い目標ではあるが理念を掲げ、職員が共有し実践を目指している。 | 基本理念を職員による支援の基本に考えながら、日常の支援を通じて職員間で理念を共有が行われている。職員が目標をつくり、管理者が定期的に評価を行い、理念の振り返りにつなげる取り組みが行われている。 | |
| 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 | 行事等の案内の書かれた広報紙を市民館など地域に配布しているお祭りや防災訓練など地域の行事に感染対策に気をつけながら徐々に参加出来るようになった。 | 地域の方との交流については、ホームからも可能な限り参加する機会をつくり、地域の方との交流が行われている。また、地域の方にホームに来てもらう取り組みについても徐々に制限を緩和している段階でもある。 | 以前から構想している地域の方との交流会に再開について、可能な範囲で実現につながることを期待したい。 |
| 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 | 毎月機関紙「エバ通信」を家族に配布し、また地域の回覧板でも回覧している。地域に顔を出して認知症でも何も変わらない、を心掛けて実践に努めている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1回の運営推進会議に利用者、家族の代表者、民生委員の方々が参加し、話し合いをしている。各委員会の報告もしている。 | 令和5年に入ってから、外部の方に参加を案内し、対面方式での会議を本格的に再開しており、会議の関係者との情報交換が行われている。会議の委員の中には交代している方もあり、新たな交流の機会にもつながっている。 | |
| 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 | 市の相談員が定期的に来訪され、利用者から話を聞いて下さり、ご意見をいただいている。(今年度は多忙で休みとの事、運営推進会議のメンバーが市の介護相談員をされている) | 市内の介護事業所が集まる研修会や講習会等が行われる際には、ホームからも参加する機会をつくっている。また、市役所の場所で行われている作品展にホームも協力する取り組みが行われている。 | |
| 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「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 | エバグリーンで身体拘束虐待ゼロ推進委員会を設置しており、年2回勉強会を開催したり、委員会を毎月行っている。言葉や態度からの精神的な虐待になること等勉強会を通じて振り返っている。 | 身体拘束を行わない方針で支援が行われており、利用者もエレベーターを動かすことができることで、職員間で利用者の見守りが行われている。また、身体拘束に関する委員会や職員研修を実施し、職員の振り返りにつなげている。 | |
| 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 | 身体拘束虐待ゼロ推進委員会で虐待事件について話し合い、回覧したり、勉強会を行い、気が付きにくい利用者様に我慢させていることをなくすよう努めている。 | | |

| 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 | 勉強会や、資料を配布し、話し合いの場を設けている。又家族や地域にも情報を提供している。 | | |
| 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 | 契約時に細かく説明しているが、不安や疑問など、その都度分かりやすく丁寧に説明する様心掛け、声をかけている。 | | |
| 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 | 運営推進会議が定期的であり、入居者や家族の意見や思いを伝える場としている。又イベント時に家族参加の場を設け、意見や要望など記録し、話し合いが出来るようになってきた。 | ホームでは「月間評価」を通じて、家族との毎月の面会の機会をつくっており、交流につなげている。利用者や家族からの要望等については、管理者が把握し、運営法人の幹部職員に報告している。また、毎月のホーム便りの作成が行われている。 | |
| 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1回ユニットでのカンファレンスに管理者が参加し、また同様にグループホームのリーダー会を月一回と必要時に行っている。管理者とユニットリーダーは福祉部門の社内の会議に参加している。 | ホームでは、毎月の職員会議やリーダー会が行われており、職員から出された意見等を検討し、ホームの運営に反映する取り組みが行われている。日常的にはリーダーが職員との意見交換等を行い、職員一人ひとりの把握が行われている。 | |
| 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 | 希望休の配慮がある。また5年、10年の勤続年数の職員には休暇旅行等の配慮がある。常に残務はきちんと残業として報告するよう会社が伝えてくれている。 | | |
| 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 | 法人内外の研修に積極的に参加し、研修報告を回覧したり、各委員会に職員が所属し、勉強会等を開催して自分達の勉強にしている。今年度は施設内で小規模の開催実施が多い。 | | |
| 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 | 愛知県グループホーム協議会東三河ブロックに所属し、再開され始めた研修や勉強会などで積極的に同業者と交流を持つ様になっている。良いものは話し合い、取り入れるよう努めている。 | | |

| 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 | 事前の訪問調査で不安や要望を聞き、情報を把握・共有し、本人の気持ちを第一に考え、統一したケアで不安が軽減できるよう、話し合いをしている。 | | |
| 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 | 直接説明できる機会が少ないので、少ない来訪時や電話連絡の際、日々の生活がわかるよう近況をお知らせしている。 | | |
| 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 | 家族・本人の希望・要望を把握し、必要に応じ、歯科衛生士や管理栄養士、リハビリ技師や医師など、他職種に相談しながらサービスの提供に努めている。 | | |
| 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 | おやつ作り、洗濯物などの家事、創作活動など、1人ひとりのADL、特技を生かしながら、一緒に行うことで喜びや楽しみを共にしている。主役になれる場面を作れるように支援に努めている。 | | |
| 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 | 来訪時、月間評価を通じて、現状報告をしながら、日常的な会話や表情なども伝えている。状態が変化した場合や受診報告、リスクの共有などその都度現状報告をしている。会えない分、毎月写真をお送りし喜んでいただいている。 | | |
| 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 | 家族・友人等の関係をぜひ継続されるようご家族にも伝えている。直接面会も出来るようになった。タブレット面会、電話も対応可。年賀状や暑中見舞いを出している。 | 外部の方との交流が困難な状況が続いているが、関連事業所に身内の方が利用している際には、交流の機会がつけられている。家族との外出も行われており、身内の方の葬儀に出かける機会もつくり、馴染みの方との関係継続にもつながっている。 | |
| 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 | 他ユニットの職員間で協力して、より利用者同士の行き来がしやすく、時間を共有し、楽しめるようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 同法人内であれば、各事業所の相談員と連絡を取り合い、本人の様子、経過の連絡を取り合える。コロナ禍の為、今年度も入院してしまうと見舞いは困難である。 | | |
| 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 | 利用者様の担当制を取り入れ、趣味や意向の把握に努め、生活の中に取り入れ、個別に対応できるようにしている。 | 職員間で利用者を担当する取り組みも行いながら、利用者の意向等を把握し、共有につなげている。また、センター方式を活用したアセスメントの実施や毎月のカンファレンスを実施しており、利用者や家族の意向等を日常の支援につなげている。 | |
| 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 | センター方式を活用し、生活歴や馴染みのものなど、本人・家族から話を聞き、情報収集し、個別に支援していける様にカンファレンス等で話し合いを行っている。 | | |
| 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 | 日頃から情報の共有や意見交換は課題であり、連絡ノートやヒヤリハットノート等を活用し現状の把握に努めている。事例が多い場合は個別に話し合いの機会をその都度設けて対応している。 | | |
| 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 | 毎月1回、定期的にかンファレンスを行い、それ以外に必要なに応じて、本人、家族の意見を元に、介護計画の作成、見直しを行っている。 | 介護計画については、現状、6か月での見直しが行われており、利用者の状態変化等に合わせた対応が行われている。1日1ページの記録用紙の活用も行いながら変化等を把握し、毎月のモニタリング(月間評価)につなげる取り組みが行われている。 | |
| 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 | 日常の様子や気づきを個人記録、連絡ノートに細かく記録し、情報共有や意見交換をするとともに、カンファレンスを行い、介護計画の作成見直しに活かしている。 | | |
| 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 | 併設デイケア、隣接の老人保健施設や母体の病院や地域包括支援センターと連携し、サービスの受け入れ体制を構築している。 | | |

| 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 | 保育園や、市や町内のお祭り等の行事に積極的に参加したり、機会あればボランティアや実習生を受け入れ、社会との触れ合いを大切にしている。 | | |
| 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し、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 | 当法人の医療機関だけでなく、本人や家族の希望に沿った受診を大切にしている。本人の状態や家族の希望等で定期的に受診している。 | 運営母体が医療機関であることで、利用者の健康状態に合わせた定期的及び随時の医療面での支援が行われている。受診についても柔軟な対応が行われている。また、ホームに看護師が勤務しており、医療面での支援が行われている。 | |
| 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 | 24時間を通じての詳細な記録を残し、看護師がいるときには相談・指示を受けながら対応している。不在時は電話対応で指示を受けることができる。 | | |
| 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。 | 詳細な記録を残し、医師や看護師と相談をしながら対応している。入院後の医療機関との情報交換も管理者が各相談員を通じて行っている。 | | |
| 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 | 本人・家族との重度化を含む、今後の話し合いを行い、主治医から家族へのインフォームドコンセントなど医療との連携を図りながら、できるだけ希望に沿った支援を提供できるようにしている。 | 母体の医療機関と連携していることもあり、ホームでの看取り支援には対応していないことを家族にも説明が行われている。利用者の段階に合わせた家族との話し合いを重ね、関連の医療機関等、次の生活場所への移行支援が行われている。 | |
| 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 | 日頃より様子の異変を察知できるよう状態観察に努め、看護師がいる時は指示を受けたり、主治医に連絡をして対応している。 (日曜、夜間は隣接の老健看護師が指示) | | |
| 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 | 定期的に色々な想定をした訓練を実施し、地域の訓練にも参加している。施設内に災害時用の水や食料も消費期限を確認しながら保存している。 | 年2回の避難訓練を実施し、夜間を想定した訓練や通報装置の確認等も行われている。日常的にも職員間で役割分担を行う取り組みが行われている。地域の防災訓練に参加し、協力関係につなげている。また、ホーム内に備蓄品の確保も行われている。 | ホーム建物の設備の経年劣化に伴い、通奏装置の取り換え工事を実施している。非常災害に関する様々な想定を行いながら、利用者の安全につながることを期待したい。 |

| 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 | 1人ひとりの人格を尊重した声掛けや対応がどうあるべきか考えて実践している。委員会の中で待遇など、どういう提案がいいか勉強会等を行い、検討、実施をしている。 | 基本理念に掲げられているように、利用者が「その人らしく」生活することを目指しながら、利用者を尊重し、その方に合わせた支援が行われている。ホームでチェックシートを活用した職員の振り返りの機会をつくりながら、注意喚起等につなげている。 | |
| 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 | 職員が主導になりすぎない介護を心掛けている。委員会や勉強会を利用して、利用者が自己決定できるよう声掛けのしかたに配慮している。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりの意思や希望を聞き、尊重した支援を心掛けている。 | | |
| 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 | 季節の行事にあった懐かしい着物や浴衣など着る機会を作っている。床屋・美容院にお連れしている。ひげそり、爪切り支援をして清潔かつキレイに過ごせるようにしている。 | | |
| 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 | 管理栄養士の作る献立を提供している。中庭で育てた野菜を献立に加え、美味しく楽しんでいる。テイクアウトランチや自由献立で雰囲気を変えた食事を楽しんでいる。 | 食事については、外部のセントラルキッチン方式で提供しており、利用者の身体状態に合わせた食事形態の対応も行われている。ホームの畑で収穫された野菜を加える等、ホームで調理を行う機会もつくり、利用者の楽しみにつなげている。 | 食事の提供方法が変更されたことで、ホームのキッチンで調理やおやつ作り等の機会が減っている状況でもある。可能な範囲でおやつ作り等の機会が増えることを期待したい。 |
| 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 | おやつ時、お茶以外にスポーツ飲料や乳酸菌飲料、野菜ジュース等温度や形状を変えて提供し、水分補給や好みや楽しみになるよう工夫する。体重測定を本人の状況に合わせ随時行い変化を観察している。 | | |
| 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 | 毎食後に声掛け、誘導し、口腔ケアの介助等を1人ひとりに合わせ行っている。夜間は義歯を外し、每晚、洗浄剤を使用し清潔を保っている。口腔ケアセットも週に1度消毒している。 | | |

| 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 | 1人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄を促している。日中は紙パンツや布パンツを使用している。夜間も必要に応じてトイレやPTイレを使用するなど誘導を行っている。 | 排泄記録を残し、申し送り等を通じて情報を共有し、一人ひとりに合わせた排泄支援が行われている。トイレでの排泄を基本に声かけ等を検討し、医師や看護師との排泄に関する医療面での連携も行いながら、排泄状態の維持、改善につなげている。 | |
| 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 | 排泄の有無を確認し、栄養士、看護師と連携を図りながら、水分摂取、食物繊維の豊富な食品を出すよう工夫している。又、散歩や体操で腸の活動を促したり、排便チェック表を使用し主治医から指示を受けて下剤を用いている。 | | |
| 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 | 体調によりシャワーチェアを使用して、安全で無理がないように介助したり、入浴剤を使うなどゆったりと気持ちよく入っていただけるよう心掛けている。ゆず湯、菖蒲湯なども楽しまれている。 | 利用者が週3～4回の入浴ができるように支援が行われており、入浴を拒む方にも声かけを行いながら定期的な入浴につなげている。時間についても午前と午後に行い、利用者の意向等に配慮している。また、季節に合わせた入浴も行われている。 | |
| 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 | 空調や照明などの調節、又日中の活動量を増やす様にしている。眠れない時はお茶を出し、落ち着くまでゆっくり話を傾聴している。不眠が続くようであれば主治医と相談している。 | | |
| 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 | 職員の管理把握の元、処方箋通りに確実するよう支援している。服薬中の薬の目的や副作用を一覧にし、職員全員が把握し、看護師に状態の変化等細かく記録し報告している。ご家族にも薬が変わった時には状態をその都度伝えている。 | | |
| 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 | 本人の好きなこと(書道、創作、計算、外出など)を1人ひとりに合わせて取り入れている。又、食事作り、おやつ作り、洗濯物干したたみ、ゴミ捨てなど日常生活活動への参加を声掛けしている。 | | |
| 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 | 受診の帰り道でも、買い物や喫茶店、食事などの寄り道をし、個別に楽しめる時間として使っている。感染状況に気をつけ実施していきたい。 | 利用者の外出の機会が徐々に増えており、今までの生活に戻す取り組みが行われている。地域の行事に出かけたり、喫茶等を楽しむ機会をつくっている。また、季節等もに合わせた花見や初詣等の外出行事も行われている。 | |

| 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 | 買い物や欲しいものがある時に使えるよう、出納簿で管理し、定期的な家族の来訪時に確認してもらい領収書をお渡ししている。個人で少額だが財布を持参されている方もおられる。 | | |
| 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 | 希望あれば本人自ら電話をしたり、自分でかけられない方には職員がお掛けし、本人と話をしてもらっている。ご家族や友人、知人の手紙は渡して、返事が書けるよう字の練習等行い年賀状など手紙を出している。 | | |
| 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 | 花や観葉植物、小物、共同で作成した壁画やカレンダー等を取り入れ、季節感を感じられるように工夫している。車椅子でも移動しやすいようスペースを確保している。行事の写真や創作物を掲示し、思い出話に花を咲かせたりしている。 | ホーム内は広めの空間が確保され、リビングから離れた場所にソファが置かれてあり、利用者がゆったりと過ごすことができる生活環境がつけられている。また、行事等の写真や利用者の作品を掲示する等、アットホームな雰囲気づくりも行われている。 | |
| 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 | エレベーター前、居室横等にソファを設置し、他のユニットの利用者でもゆったり過ごせるようにしている。他のユニットの方にもコーヒーをお出ししたり対応している。 | | |
| 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 | 本人の愛用品等を設置し、自宅からスライドした家庭的な雰囲気を感じられるように、家族にお伝えし協力していただいている。 | 居室には、利用者や家族の意向等にも合わせた使い慣れた家具類の持ち込みが行われており、一人ひとりに合わせた居室づくりが行われている。なお、当ホームの居室については、病院を改装していることで、居室の広さ等が異なっている特徴がある。 | |
| 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 | 一人ひとりの状態に合わせ電動でベッドの高さを合わせたり、家具の配置等、動線を考えながら自立できるように、その都度本人やご家族と相談しながら環境整備を行っている。 | | |