

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 | 1090300052 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人 大門 | | |
| 事業所名 | グループホームいずみ | | |
| 所在地 | 桐生市菱町3丁目1996-1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和元年8月5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 | |
|----------|--|

【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群馬社会福祉評価機構 | | |
| 所在地 | 群馬県前橋市新前橋町13-12 | | |
| 訪問調査日 | 令和元年8月21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)】

私たちができることは家族が介護の限界を感じたら、お年寄りをおあずかりして普通の生活を送ってもらうことです。介護する、介護されるの関係ではなく、ともに暮らす仲間として生活していきます。認知症高齢者だからといって「だめ」ではないのです。できることをたくさん見つけて、それらをつなぎ合わせてまた生活できるのです。そのお手伝いをするのが私たちです。認知症高齢者の方がその人らしく、最期まで自由にありのままに自信をもって暮らしてもらうのが私たちの願いです

【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)】

地域とのつきあいでは、公民館での作品展や小学校の運動会に利用者が参加し、事業所の運動会や作品展に幼稚園や小学生が参加するなど、双方の関わりがある。また、サークル活動の人達の訪問や事業所が防災時の避難場所に指定されており、地域の中の事業所となっている。新たに入居した利用者の家族には、ミニ家族交流会や1日入居体験等を通し事業所内を見ていただくことにより、運営上の意見収集に努めている。更に重度化や終末期では、家族に対し計画的な面談の機会を作り、終末にむけた体制、環境作りを実施し、3~4名の看取り支援に繋がっている。入居者の馴染みの関係の継続においては、職員も同行し家族との1泊旅行や、自宅外泊を望む入居者に対し、ベット等のハード面の整備を家族に促す等、家族を巻き込んだ行動を積極的に行っている。

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) | ○ | 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、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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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 | 理念が玄関・事務所に掲げられており、ミーティングなどで理念の実現に向けて話し合いを行っている。また、介護日誌に掲載しており日々職員の目に触れられ確認できるようにしている。 | 開設当初、職員皆で作成した理念は、管理者、職員の利用者への関わりの軸として根づいており、支援方法の振り返りや利用者の思いを検討する機会に指針として活用している。 | |
| 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 | 散歩や花の水遣りのときなど気軽に挨拶を交わしたり、一緒に回覧板をおきに行ったりしている。隣組に加入し、組合の活動に参加しています。また地域の保育園、幼稚園、小学校などと、定期的な行事参加をしている。 | 積極的に地域に出向き人脈を作ること、地域が関心を向けているところに目を向けることが地域との交流では大切と捉え、組合活動や公民館活動に参加、またホームが地域の避難場所になっている。地域の保育園や小学校、中学校と定期的な行事参加を行っている。 | |
| 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 | 介護予防教室の開催等、地域住民を対象に認知症の理解に今後も継続して行って行きたい。 | | |
| 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 | 定期的に運営推進会議を行っており、そこで意見交換を行い、サービスの向上に活かしている。また家族の方に運営推進会議の内容についての実践・結果について説明している。 | 2ヶ月に1度の会議では、役所支援課、町会長、他ホームの管理者、職員、家族代表が参加し、新たに民生委員も加わり、意見交換が行われている。取り組み内容は、近所の方の防災訓練参加や火災ベルの玄関取り付け、近所の方へ駐車場提供依頼等が実現されている。 | |
| 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取り組んでいる | 地元の公民館などを利用して展示会などにも参加。桐生市の担当職員の対して施設における行事に参加を促している。今年度は介護教室の開催と1日入居体験を予定している。 | 事業所の実情や取り組みの伝達では、包括支援センターの職員へ1日入居体験の実施、介護保険・認知症についての研修講師の依頼、介護教室の開催依頼をし、事業所に出向く機会を作り連携を図っている。 | |
| 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 | 開設時より、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また身体拘束についての勉強会を実施し、正しい理解を深めている。 | 身体拘束をしない支援で大事な点は、利用者との関わりを多くもち、本人の思いに寄り添えるよう忍耐強く待つ事と捉え支援している。年2~3回研修を開催し職員間で話し合いの機会を作ったり、利用者の情報をよく理解するよう指導したりしている。 | |
| 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 | 虐待への理解・認識を深め、利用者がその人らしく、快適に過ごせる生活支援をすると共に、虐待への注意・防止ができる判断がもてるよう、勉強会を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 地域福祉権利擁護をすでに活用している利用者がおり、関係者とは常に連絡を取っている。また、研修や勉強会により各職員が権利擁護や成年後見に関して理解できるよう機会をつくる。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 契約書や重要事項説明書の該当箇所を示しながら、口頭で説明をしている。また契約前にも面談を行い十分な説明と同意を得てから契約を結んでいただく。 | | |
| 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 | 利用者家族による1日入居体験を実施。アンケートを作成し、意見、要望などを把握。それらを集約し、運営に反映している。また、ミニ交流会を開催。家族との相互関係を深める機会を設けている。玄関に意見箱も設置している。 | 家族との接点を作る目的で、1日入居体験やミニ家族交流会を対策に挙げ、実践している。体験を通し火災時の応援者の駐車場確保についてや加湿器の水切れ防止について意見があり、近隣のお店の駐車場を借りたり、加湿器の水チェック表を作成して、業務に反映している。 | |
| 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 | 毎月行っているミーティングの時や日常業務の中で随時話し合いを行い、早めの対応を心がけている。また職員に対して面談を行っている。 | 職員と話し合う機会は月1回のミーティングや、日頃の業務内である。職員からはゴミの分別、温度湿度管理の励行、食品の賞味期限の取り扱い等の意見があり、管理者も対応できる内容は迅速に行動し、具体的な方法を全員で話し合っている。 | |
| 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 | 個々の意見を尊重し、それぞれが相談しやすい環境づくりにつとめている。また、日々ストレスや悩みを把握するよう、コミュニケーションを図っている。各職員の自己評価、及び管理者による評価を実施し、個別の実績や、要望の把握に努め、同時に賞与査定の評価に加えている。 | | |
| 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 | 勉強会、外部研修の機会を増やしている。職員一人ずつ一年に一回以上は研修に参加できるように機会を作っている。 | | |
| 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 | 県内・ブロック別に別れてレベルアップ研修に参加している。 | | |

| 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 | 入居時に限らず、利用者の訴えに対して、何を考えて何を言おうとしているのかをできる限り聞き取るようにしている。 | | |
| 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 | 入居前の相談から何回か面談を持ち、これまでの生活状況・心身状態を聞き取り、問題となっていることや、要望を明確にしている。 | | |
| 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 | 事業所として相談者が必要としている支援にあわせたサービスを充分検討し、対応している。 | | |
| 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 | 生活暦を大切に、得意な事を日々の生活の中に取り入れていく事において、職員の知らない言葉・出来事・方法・場面など様々な発見があり、双方向の関係が築けている。 | | |
| 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 | 行事への参加、通院への同行、状態の変化などその都度連絡・相談を行い、協力をしていただいている。また、家族旅行を定期的に行っており、かかわりを深めている。 | | |
| 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 | 馴染みのあった方のホームへの面会を歓迎し交流できるように働きかけ支援している。 | 「馴染み」とは本人の心の中に残っているものや印象に残っている事と捉え、友人と馴染みのケーキ屋に買い物に行ったり、踊りの趣味の友人が来た時は踊りを披露してもらったり等、馴染みの関係が切れない努力をしている。 | |
| 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 | 個々のレベルに応じ、一人一人が孤立せずに関わり、支えあえるよう、職員が調整役となり、体制づくりをしている。 | | |

| 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 | まだそのような方はいないが、そのような利用者がいれば、継続的な関係を築けるよう努めたい。 | | |
| 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 | 日々の関わりの中で声かけをし、言葉や表情などから本人の意思を推測し、それとなく確認している。一対一でコミュニケーションを図れる場面を作り、普段思っていることや考え希望などの把握に繋げている。意思疎通が困難な人には、ご家族や関係者から情報を得るようにしている。 | 思いや意向の把握は、表情やしぐさを情報として捉え支援している。手を握ると笑顔がでたり、発語の少ない人が好きな歌手の歌を聞き、一節が言えたりすることで、思いを捉えている。利用者間の関係性においては、共有空間の席の距離を、さりげなく離れた配置をしている。 | |
| 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 | 入居前に家族から生活歴を伺う事以外に、ホームで暮らしている中で知りえた本人の暮らしの一端を記録に残し、職員全員で共有し、活用している。以前利用していた施設・病院にも情報が足りない場合には連絡を取っている。 | | |
| 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 | 利用者一人一人の生活パターンを把握し、行動や言葉、表情、体調などからその人全体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 | 毎月のモニタリングと3ヵ月ごとのケアプランの見直し・作成時点で、家族の意見を聞き取りながら反映をしている。状態変化がみられた場合には、随時見直しを行う。 | 介護計画はケアマネジャーが一括して作成し、家族には面会時説明している。カンファレンスは月1回開催し、3ヶ月毎にプランの見直しをしているが、毎日の記録では計画の具体策との繋がりがわかる内容は少ない。 | 常に個々のプランが手に取れる保管方法も考慮し、プランと日々の支援記録の連動が見える記録を期待したい。 |
| 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 | 個別のファイルを用意し、日々の暮らしの様子や本人の言葉、表情など記録し、いつでも職員が確認できるようにしている。ケアの対応が変化した場合は必ず情報が共有できるようにしている。 | | |
| 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 | 本人、家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応している。またホームドクターには定期的な往診だけでなく、臨機応変に対応していただいている。 | | |

| 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 | 隣接する小学校・保育園・幼稚園などとの交流がもてるよう努めている。 | | |
| 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 | かかりつけ医との連携を図り隔週の往診や必要時の早急な診察を受けられるように支援している。 | かかりつけ医には、家族か職員が付き添い受診している。また内科、歯科指定医により定期診察があり、訪問看護師も週1回定期訪問し処置や薬の管理を実施し、職員の支援相談に関わっている。 | |
| 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 | 看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。看護職員がいないときには介護職員の記録のもとに確実な連携を行っている。 | | |
| 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・退院の際には必ず職員が立会いまた、事前に連絡を取り合いながら協働に努めている。 | | |
| 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 | 重度化・終末期のあり方については、それぞれの利用者の状況にあわせ、随時、家族・かかりつけ医と相談を行っている。 | 入居時に重度化対応につき説明しているが、食事が食べられなくなった時点で、1ヶ月に1度、1週間に1度と家族との関わりを計画的に実施し、希望等を聞いている。看取りについては早期の段階から話しておくことが大切と捉えており、実践に繋げ3~4例の看取りを行っている。 | |
| 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 | ひやりはっと・事故の記録を職員全員に共通認識として記録。救急救命講習は行っているが、定期的に行うよう努めたい。 | | |
| 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 | 火災時の避難訓練は定期的実施。消防署にも協力を頂き、実際の訓練と避難方法の確認を行っている。 | 年2回消防署、職員、近所の方の参加で避難、救出訓練を実施している。近所の方は安全確保や利用者の見守り役となっている。火事ぶれについては玄関にサイレンベルを付け、近所に知らせる工夫をしている。居室の戸を開けておくことで、避難確認としている。備蓄は、2日分整備している。 | |

| 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 | ミーティングの時に利用者の誇りを損ねないような対応や、親しみと尊敬を持った言葉づかいにするよう指導している。 | 利用者の尊厳に対してはさりげなく、大声を出さず、気を遣いながら一人ひとりに合った対応を心掛けることを大事にしている。利用者間の関係性でもさりげないトイレ誘導や、職員の立ち位置の工夫で食事介助をしたり、さりげない理由を見つけ席の配置を変える等の努力を行っている。 | |
| 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 | 利用者の思いを受け止め、本人が決めてできる事は自分で継続していけるよう、ゆとりを持った態度で接していけるよう努めている。 | | |
| 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 | 一日の流れはあるが、一人一人の体調に合わせてたり、本人の気持ちを尊重して出来るだけ個別に対応している。 | | |
| 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 | 季節に合った衣類を着ていただくよう促す。自宅から持参したお好きな服をきて頂いている。着こなしは本人に任せているが、出来ない方は職員が見立てている。訪問理美容が定期的にきていただいているが、馴染みの店がある方には継続して行っていただいている。 | | |
| 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 | 下膳などを中心に一緒に行っている。また好きなものをきいてメニューに取り入れている。醤油やソースなどフライや目玉焼きなどにかける調味料もできるだけ選んでいただき、お茶の時間には簡易的なメニュー表などを用いてお好きなものを選択していただき提供している。食事やおやつなど個人の好みを把握し個別メニューの変更なども行っている。 | 3社の食材業者が入っており、それぞれのメニューを組合せ、独自の献立表を作成している。時には庭の野菜を使ったり、調味料を選ばせたり、庭の藤棚の下でお茶会を実施したりなど食事の楽しみがある。利用者からフルーツの希望があり、献立に反映させている。 | |
| 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 | 食材業者を利用しており、専門家による献立作りとなっている。その献立をベースに野菜を増やす、季節の行事食に変更する、麺類やパン食への変更など変化のある食事内容となるよう工夫している。 | | |
| 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 | 毎食後の口腔ケアは利用者に声かけ、見守り、介助を行っている。就寝前には義歯を洗浄剤に浸けている。 | | |

| 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 | 排泄パターンにあわせてトイレ誘導、声かけ、介助を利用者ごとに行っている。また、利用者のしぐさ・落ち着かない様子などサインを読取り排泄介助に繋げている。できるだけトイレやPトイレで排泄できるよう支援している。 | 日々の排泄パターン表によりできる限り、トイレ誘導を心がけている。トイレ自立の人が半数いるが、夜間はポータブルトイレを使用し、安全面の確保をしている。トイレは車椅子の回転もできる広い空間であり、利用者も使い易い仕様になっている。 | |
| 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 | 毎日の体操・歩行や水分補給の徹底を行い、便秘対策に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 利用者1人1人のタイミングを考え入浴できるよう配慮。希望があれば毎日入浴を出来る体制をとっている。季節に応じて柚子湯や菖蒲湯など楽しんでいただいている。入浴できない方には部分浴や清拭、ベッド上での洗髪など行っている。 | 入浴日は決めてあるが、利用者の希望にそって、出来る範囲内で好きなように入浴出来るよう配慮している。また、入浴を拒む人には主治医の名前を出すと入浴する事もあり、利用者の情報を共有し支援している。ゆず湯や菖蒲湯で季節感を出したり、入浴剤の香り等で楽しめる工夫をしている。 | |
| 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 | 各利用者の体調の変化に合わせて、自室での休息や臥床を促している。 | | |
| 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 | 各自の利用者シートがあり、職員が薬の内容を確認できるようになっている。薬は服薬前に職員二人でダブルチェックを行い誤飲予防に努めている。本人に渡し、きちんと服薬できているか飲み込むまで確認をしている。水で服用しづらい方は、ゼリーを使い飲みやすくしている。 | | |
| 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 | お互いの関係を調整しつつ生活歴に合わせた仕事や役割となっている事を毎日行っている。気分によっては、職員と1対1で居室等で談話をしたり、買い物や散歩などしたりしている。 | | |
| 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 | 自発的な要望を伺ったり、会話のなかで出てくる事柄から推察して行きたいところ、見たいところなどに出かけている。月に一度は外食介助を行っている。個人的な買い物や自宅に行きたいといった希望がある方には個々に時間を設け対応している。 | 近隣への買い物や自宅への外出、外泊等を、家族と協力し実現に向け支援している。また、利用者の好みを聞き月1回外食支援を行ったり、職員が同行しての家族旅行も企画し、出かける機会を作っている。 | |

| 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 |
| 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 | 買物の時、お金などは自分で払っていただけるようにお金を渡す等工夫をしている。 | | |
| 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 | 年賀状、暑中見舞いなど手紙のやり取りができるよう支援している。電話をかけたいといった希望にも対応している。 | | |
| 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 | 毎月の壁紙と共に季節や行事を感じられる飾り付けなど利用者と一緒にしている。また自身の作成をした陶芸作品を玄関やフロアに展示し、コミュニケーションの場としている。湿温計をこまめにチェックしながら温度管理や湿度管理を行っている。 | 「居心地よい空間」を気持ちよい雰囲気や話しやすい声かけのある環境と捉え、利用者に関わっている。また、食事の席も気兼ねなく食べられる環境をさりげなく決め、支援している。職員会議で提案された温度、湿度管理も毎日行い、過ごしやすい環境作りをしている。 | |
| 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 | TV前に、ソファやテーブルを置いて生活していく中から個々の定位置や自身の居場所が確保できるようにしているほか、廊下のベンチや畳、ウッドデッキなどを活用して落ち着ける場所や日光浴、昼寝をしたりとくつろげるスペースを作っている。 | | |
| 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 | テーブルや筆筒、小物や写真など居室には馴染みの物を置き、自分の部屋という思いを持てる様に配慮している。 | 居室はベットと整理タンスが整備されているが、入居時に、仏壇を持参し毎朝手を合わせたり、馴染みのタンス、家族写真等配置して、自分の部屋の雰囲気が感じられる居室空間となっている。 | |
| 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」「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 | ホーム内はバリアフリーになっている。必要などころには手摺を設置。安全に配慮したつくりになっている。トイレを示す表示や居室前に名札を貼るなど自立して暮らせるよう工夫をしている。 | | |