

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 | 1092300043 | | |
| 法人名 | 上野村社会福祉協議会 | | |
| 事業所名 | グループホームひだまり | | |
| 所在地 | 群馬県多野郡上野村大字乙父630-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年11月4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 | 平成27年11月25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)】

上野村は、一人暮らし、夫婦二人暮らしの高齢者も多く、認知症を患い、介助が必要になっても、「生まれ育った上野村で生活したい」と考える高齢者やその家族は多く、「グループホームひだまり」は重要な役割を果たしています。「グループホームひだまり」は、社会福祉協議会として地域に貢献してきた事業所としての村民の信頼は厚く、地域密着型サービスとして、なくてはならないサービスとなっています。その思いが実現できるように、ご利用者一人一人と信頼関係を築き、職員が担当のご利用者を持ち、その人に寄り添い、状態に合わせた支援ができるよう日々、努めています。

【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)】

事業所は、個別支援として、その人その人の希望や力に合わせた支援をしている。外出やレクリエーションでは、その方の行ける場所で、できる活動を楽しめるように支援している。例えば、本が好きな方には図書館の利用を促し出かけた、夫が暮らす高齢者住宅に会いに行く方には、夫の負担を考え排泄介助をしてから案内するようにしている。また、その人にあったケアが出来るよう、入居者毎に担当職員が決まっており、思いをくみ取るように努めながら、担当職員が中心となって個別援助計画を立てている。また、日々の記録を個別援助計画と関連づけて記録することで、職員の統一したケアにつながり、計画の見直し等の際にも役立っている。

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 | 職員全員が理念の趣旨を深く理解し、業務において、実践できるように日々努めている。 | 開設時の理念を平成24年に職員で見直しを行い現在の理念とし、目のつくところに掲示している。理念について、意見をすり合わせるような話し合いの機会はないが、月1回のケア会議等で、意識して理念に基づいたものになるよう、管理者が指導している。 | |
| 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 | ・村の行事(体育祭、地域のお祭りなど)に参加 ・正月の「初絵売り」の子どもと接し、初絵を買う。 ・デイサービスの利用者や「いこいの里」(高齢者 住宅)の人達との交流。 | 地区対応で行う村民体育祭は村の大きな行事であり、職員も参加し、利用者は見学に出かけている。その他、春や秋の祭りに出かけ、地域とのつながりがある。1階のデイサービスセンターに来る慰問見学等の誘いを受けたり、個人的に行き来したり等の交流がある。 | |
| 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 | 村の行事に参加した時やボランティアによる舞踊などの催し物などを通して、認知症の人の理解を深める機会としてもらっている。また、村の広報誌でも紹介してもらっている。 | | |
| 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 | 定期的に保健福祉課と家族、民生委員、医師、看護師、職員等で、事業所の取り組み内容や具体的な課題を話し合い、運営に活かしている。 | 家族は遠方に住んでいる方が多く、また、会議メンバーが他の委員と重複していたりと、会議の出席が難しく、3~4ヶ月に1回の開催となっている。会議は報告と質疑応答の時間を設けているが、活発な意見交換には至っておらず、双方向的な会議にはなっていない。 | おおむね2ヶ月に1回の会議開催とともに、地域の理解と支援を得るための会議となるような工夫を期待したい。 |
| 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取り組んでいる | 保健福祉課が併設されており、きめ細かい連絡と情報交換を日々行っている。保健・福祉・医療連絡調整会議が開催されている。 | 不定期開催の保健福祉課主催の保健・福祉・医療連絡調整会議により、村担当者と事業所の他、併設事業所の各報告が行われ、連携に努めている。 | |
| 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 | 「身体拘束はしない」を職員全員が認識している。現在、転倒転落防止のため、ベッド柵4点使用が1例となっている。 | ヒヤリハット報告について、ケア会議やミーティング等で話し合い検討していくことで、職員全員で情報共有している。身体拘束しないように、ベットを布団に変えたり、センサーマットを使用したりしているが、家族同意のもとベット柵を使用している方もいる。身体拘束についての研修は行っていない。 | |
| 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 | 虐待防止マニュアルを作成して、職員に周知させるとともに、利用者の身体、職員の勤務態度にも注意している。 | | |

| 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 |
| 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に支援している | 制度について、各職員が自ら学び、それらを必要とする利用者には活用できるようにしている。 | | |
| 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 | 契約は事前の入所申込順としている。入所申込の際も説明を行い、契約時には、さらに細かい説明を行っている。 | | |
| 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 | 担当者会議において、家族の要望や利用者への処遇改善事項を聞いて、運営に反映させている。 | 遠方の家族が多いなか、家族とともに利用者を支えることができるよう、受診などの機会にかかわりを持ってもらい、状況を把握してもらえるように依頼している。面会時や認定時期に、家族の意向を確認している。意見は、職員の「連絡ノート」に記録して、職員は業務前に必ず読むことを指導されている。 | |
| 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回のケア会議の中で、職員からの意見や提案を聞いている。この会議には事業所代表者も出席しており、管理職にも意見が伝わりやすくなっている。 | 管理者は、月1回のミーティングや業務のなかで意見を聞き、年末年始の業務における意見などを、代表者につなげている。研修参加の案内の他、有給取得についても案内を行っている。 | |
| 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 | 労働条件としては、休日日数及び残業ゼロを掲げ処遇改善手当等、給与面でも配慮している。有給休暇取得も出勤人数を考慮しながら、なるべく希望に沿えるようにしている。 | | |
| 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 | 外部研修を計画的に受けさせている。また、その他、職員が自ら希望する研修も受けられるようにしている。 | | |
| 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 | 他施設での見学、研修の機会を設け、勉強する機会をつくっている。また、職員が外部の研修に参加した時、他施設の職員との交流を通じて、サービス向上に活かすようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 十分に本人と話し合い、不安や疑問点、要望などを明らかにし、職員間でそれを共有し、支援計画を立て、一日も早く共同生活に慣れるよう援助している。 | | |
| 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 | 家族の要望を聞くほか、サービスの内容説明、経済的負担の軽減等の問題に積極的に関与して、家族と事業者との信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | 当事業所の他、保健福祉課や介護事業全体で協議して、最善のサービスが提供できるよう心掛けている。 | | |
| 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 | 利用者個々の状況に対応しつつ、洗濯物をたたむ、テーブルを拭く、など簡単な作業を体調を考慮しながら、して頂いている。出来る方には、自分が着る洋服を職員と一緒に選んでいただいている。 | | |
| 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 | 家族が出来るだけ多く面会に来られるよう、面会に来やすい環境を整えるよう努めている。また、利用者の状態等を必要に応じて、その都度家族に連絡している。 | | |
| 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 | 本人の馴染みの方の面会や高齢者集合住宅、デイサービス利用者との交流など、外部の方と接する機会を多くしている。 | 1階のデイサービスセンター利用者の知り合いが顔を出したり、高齢者住宅に住む夫のところへ案内したりと、行き来できるよう支援している。その他、本が好きな利用者を図書館に連れて行ったり、訪問美容があるなか馴染みの床屋に行ったりと、支援している。 | |
| 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 | 小さな村であるため、顔見知りが多く、利用者同士のコミュニケーションは良好であるが、席には配慮している。 | | |

| 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 | 事業所にとらわれず、社会福祉協議会として、村内全体の高齢者の問題に取り組んでいる。 | | |
| 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 | カンファレンスや日々の利用者との会話などから、「その人の思い」を把握するように努めている。また、日々のき記録の中からも利用者の思いをくみ取り、それを尊重したケアプラン、個別援助計画を立て、実行している。 | 利用者毎に担当職員が決まっており、担当職員が中心となりその方の意向を把握し、その情報を職員全員で共有することにより、より深く知ることができると考えている。 | |
| 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 | 利用者の生い立ちや生活様式を考慮し、入所以前の生活、習慣をなるべく守れるように、必要な支援を行っている。 | | |
| 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 | 個々のADLに合わせたケア方針を決め、本人の有する能力が最大限活かせる暮らしが出来るように努めている。 | | |
| 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 | 利用者本人、家族、職員、その他関係者が参加して担当者会議を開き、介護支援専門員がケアプランを作成、そのケアプランを基に介護職員が個別援助計画を作成している。利用者一人一人に担当の職員がついており、その担当職員が計画を立てている。 | 介護支援専門員がケアプランを作成し、そのケアプランをもとに担当職員が個別援助計画を作成している。また、日々の記録においても、個別援助計画に合わせた記録をすることで、モニタリングや見直しの際に役にたっている。3ヶ月毎に担当職員を中心に評価を行い、現状に合わせた介護計画となっている。 | |
| 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 | 日々の申し送り、連絡ノート等で、必要な情報は職員間で共有している。また、個人のファイルの「日々の記録」は、個別援助計画に反映できるよう書き方を工夫している。 | | |
| 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 | 外出や買い物、受診等、一人ひとりのニーズに応じて対応している。 | | |

| 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 | 村では昔ながらの行事がまだ多く残っており、干し柿、干し芋、柏餅作りねど、地域の伝統行事を行い楽しんで頂いている。 | | |
| 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 | 本人や家族の希望を確認の上で、医療機関との連携を図っている。へぎ地診療所の医師との連携が密になっており、緊急時の対応も確に十分な医療を受けられるようになっている。 | 入居前からのかかりつけ医である診療所が引き続きかかりつけ医となっており、週1回の往診がある。皮膚科や眼科等の受診は、診療所の紹介状を受けて、家族に受診を依頼している。医療経過記録を作成することにより、状況変化がわかるようにしている。診療所医師の提案による「緊急対応マニュアル」には、急変時の連絡手順等が明記しており、職員で共有している。 | |
| 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 | 現在、施設内に看護職はいないが、利用者が適切な受診や看護を受けられるように対応している。 | | |
| 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。 | 入退院時は、病院のソーシャルワーカーと連絡を密にして、早期退院に向けて、あるいは、退院後の生活についての情報を得ている。病院への利用者の情報提供や退院前に利用者の状態を把握する為に施設側から病院へ出向くなどしている。 | | |
| 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 | 重度化した場合や終末期のあり方について、本人や家族の希望を早期に聞くようになっている。継続的な医療行為が必要になった時は、施設では対応できない旨を説明している。開設以来、4人の看取りを施設内で行っている。(今年度は2人) | 入居時に、重度化や終末期の対応について口頭で説明しており、状況においては、診療所の医師から説明が行われている。看取りには、職員に心構え:マニュアルをもとに指導をしており、家族には宿泊できるようベットを用意するなどしている。 | 揺れ動く家族の心情を考慮して、入居時に書面による説明を行い、その後も状況変化において確認が行われることを期待したい。 |
| 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 | 「緊急時対応マニュアル」を作り、それぞれの職員が必要時、適確な判断が出来るよう話し合っている。また、心肺蘇生、AEDなどの実施訓練等を行っている。 | | |
| 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 | 管轄消防の指導のもと、事業所全体で、近隣住民も参加してもらい、年2回総合避難訓練を消防計画のもと実施している。夜間については、職員全員で話し合っている。夜間を想定した避難訓練を昼間に実施することを予定している。 | 年2回、併設の事業所と合同の避難訓練を行っており、近隣の方は避難した利用者を避難場所まで誘導するという役割も決められており、参加がある。現在、夜間想定訓練を検討中である。 | 夜間を想定した災害時における基本となる対応方法などの話し合いを行い、想定した訓練を実施され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 | 利用者個々の人格を尊重した対応とプライバシーを配慮した声掛けの指導、及び、守秘義務の徹底をしている。 | 法人の理念に「老幼稚園ではない」とあるように、ちゃん付けでなくさん付けで呼ぶようにしている。排泄誘導の際には大声でなく近づいて声をかけたり、職員間で排泄記録を確認する際には、周囲に聞こえないよう配慮する等している。 | |
| 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 | 日々の利用者との会話の中から、利用者の思いや希望を理解し、自己決定そして実現のための支援をしている。 | | |
| 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 | 個人の気持ちに合わせて職員の側の都合などで強要しない、決まり通りの介護にしないように心がけている。本人のペースに合わせた援助をしている。 | | |
| 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 | 希望があれば、美容院や理容店への送迎を行っている。あるいは、美容師、理容師に施設へきてもらっている。衣服も本人が選べるよう、援助している。 | | |
| 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 | 食事は関係施設全体を賄う厨房から配食されているが、おやつ作りや簡単な料理作りに参加してもらうこともある。また、食べたい物を聞き、外食に出かけたり、お弁当を取ったりして、食事を楽しくもらえるようにしている。 | 関係施設全体をまかなう厨房から食事が届けられている。利用者が落ち着いて食事ができるように、職員は座って見守るように指導されている。厨房に弁当を依頼して出かけたり、うどん屋や回転寿司に出かけたりしている。また、まんじゅう作りやおはぎ作り、干し柿作りも行っている。 | |
| 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 | 栄養バランスは栄養士のメニューにより管理されている。水分や食事の摂取量は、必要に応じて記録している。体重は、2ヶ月に一度測定している。 | | |
| 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、一人ひとりの状態に合った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 | 排泄は、個々の排泄のパターンに合わせた排泄介助により、自立に向けた支援を行っている。特に、夜間は、使用するパットを選択、上手く活用し、なるべく睡眠が妨げられないよう、配慮している。 | 排泄の自立にむけて、排泄のチェック表を作成して、その人にあった時間やそわそわした動作などの傾向を把握して、誘導している。尿量などを把握しながら、昼や夜にあわせた適切なパット等を選択し、支援している。トイレには、利用者がわかりやすいよう「便所」と表記している。 | |
| 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 | 便秘は、運動、食物繊維、水分摂取などで予防している。必要に応じて、排泄チェック表に記録している。自然対応が出来ない場合は医師の指示に従っている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 週3回は、入浴して頂けるようにしている。本人の体調や都合による変更にも対応している。また、柚子や入浴剤を入れ、入浴を楽しんで頂いている。一般浴槽、特殊浴槽、シャワーキャリーなどその人の状態に合わせて対応している。 | 入浴は、週3回予定しており、体調にあわせて無理強いせずに変更している。入浴を嫌がる方の場合には、その人の気持ちが高まるようにして入浴へと案内している。スポンジを2種類用意して、好きなもので洗ってもらうなど、できることはしてもらるようにしている。 | |
| 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 | 就寝時の居室の温度、適切な寝具などで安眠出来るように、対応している。 | | |
| 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 | 利用者の既往歴や薬剤情報提供書をもとに、副作用などの症状の把握にも努めている。「薬チェック表」の活用、飲み込めたかどうか確実に確認する、などしている。 | | |
| 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 | 個々の得意としている事柄を引き出し、生活の中に取り入れられるようにしている。例えば、本が好きな利用者には、図書館に行き、本を借り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支援している | 天気の良い日は、できるだけドライブや散歩など屋外へ出かけて頂けるようにしている。個々の希望に沿った外出が出来るように支援している。家族との外出は、特に進んで頂くようにしている。 | 無理強いせず、こちらから提案しながら希望を聞き、外出を支援している。特定の利用者に限られないよう簡単なチェック表を作成して、みなが外気にふれることができる機会づくりをしている。 | |

| 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 |
| 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 | 本人のお金は、本人家族より預り、必要に応じて使えるようにしている。 | | |
| 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 | 家族との手紙のやり取り、電話等は、いつでも出来るように支援している。但し、認知症を患っていらっしゃる方たちなので、誤解、不安な事などが生じないように、配慮している。 | | |
| 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 | 居住空間は、季節感が出るような作品などを飾っている。室温は、利用者の体感を聞きながら、一年中適温を確保している。また、前回、ご指摘いただいた事項(トイレドア)の件は、改善しました。 | 共用空間は、換気に気を配り、週1回はホールから場所を変えて体操をする時間を持ち、その時間にホールの掃除を行い清潔を保つようにしている。七夕飾りなど、季節感ができるような作品を飾っている。 | |
| 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 | 共用スペース内にソファを置いて、一人になったり、利用者同士で話をしたり出来る場所を確保している。 | | |
| 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 | 自室の使い方は、個性を活かし、自宅で使用していた家具や位牌等の持ち込みなど、本人が安心して暮らせるように配慮している。 | 自宅で使っていたものを、持ち込んでもらえるよう伝えているが持ち込みは少なく、自分でぬった塗り絵のカレンダーを、飾ってもらえるようにしている。位牌・家族の写真を飾られている人もいる。 | |
| 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 | 手すりや特殊浴槽など、安全かつ快適な生活が送れるように設計してある。車椅子での移動にも支障をきたさないよう、十分なスペースを確保している。 | | |