

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 | 1270902248 | | |
| 法人名 | 有限会社 アート アシスト | | |
| 事業所名 | グループホームつぶぞろい | | |
| 所在地 | 千葉県船橋市本町5-17海老川マンション | | |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月28日 | 評価結果市町村受理日 | 平成29年3月31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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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人材パワーアップセンター |
| 所在地 | 千葉県松戸市栗山542-2 |
| 訪問調査日 | 平成28年11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)】

利用者の「自立支援」と「残存能力の活用」をめざしている。個々の生活歴を尊重しゆったりと寄添いながら心地よい介護を目指している。本人や家族・医師・看護師・管理者・職員等で話し合いケアプランを作成している。終末期の看取りも本人・家族・医師・看護師・管理者・職員等で本人の意思を確認し看取りをおこなっている。開放的なGHを目指し、地域住民の皆様遊びにしやすい施設にしています。また近隣小学校の生徒さんが職業見学でグループホームに来て頂いたり運動会や学芸会等に招待を受けています。利用者の高齢化と共に家族の方の以後の不安を解消するため、看取り介護を含めその都度連携を持ちながら行っています。

【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)】

利用者全体の介護度が年々上がっていく中、施設が「自立支援」と「残存能力の活用」に向けたケアに熱心に努めています。職員は、その経験を活かし利用者の介護度の変化をしっかりと把握し、そのレベルに合わせたケアの実現に努めているのが感じられます。運動会、芸能鑑賞会、音楽会など地域の小学校の催しに参加し、児童との触れあいも行われ利用者の大きな楽しみになっています。また、施設が入居しているマンションの敷地内で近隣住民も参加して納涼会など開かれ、地域との交流も活発に行われています。職員の工夫と創意で調理された食事は和やかな会話の中で利用者は完食していました。

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、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 | 利用者と一緒にを行うケアを実践している。ADLの機能低下を防ぐ。残存能力や機能低下を防ぐ支援をしています。 | 年々介護度が上がっていく中で利用者が現在持っている能力を見つけ出して「それを一緒にする」ことを目標にしています。終身での介護を目指しているので持っている能力を少しでも長く保てるようにケアをしています。 | |
| 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 | 運営推進会議や地域小学校、又自治会等を通して地域との連携を取っている。同じマンション住民の理解が得られている | 地域の小学校の運動会、音楽会、芸能鑑賞会等の催しに参加していますが、利用者はそこでの児童との交流を心から楽しんでいます。また、同じマンション内で納涼会なども開いて近隣住民との理解も深めるようにしています。 | |
| 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 | 認知症サポーターを管理者が推進しており銀行や地域での啓蒙活動に取り組んでいる。認知症の理解と共に普通の生活ができることを地域に証明している | | |
| 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 | 町会長や民生委員、又家族利用者等を出席頂き開催している。地域包括支援センターの方も毎回参加して頂いています。 | 町会長、民生委員、地域包括支援センター職員等に出席して頂いて年に3回程開催しています。出席者に対し、施設の活動状況について報告し理解を深めるようにしています。 | 運営推進会議は、地域の理解と支援を得るために大切な機会です。きめ細かく開催されることが期待されます。 |
| 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 | 生活支援課や包括支援課等とは定期的に訪問頂き利用者に面接して頂いている。推進会議を通じて近隣の皆さんや知見者の方も協力いただいています。 | 生活保護の関係では「生活支援課」が、グループホームの関係では「包括支援課」が担当になっていて、それぞれ密接に連絡をとっています。特に生保の受給者が多いことから「生活支援課」には利用者との面接など頻繁に来て頂いています。 | |
| 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 | 人権の根幹に係る部分と考える。職員も身体拘束の研修を受けたりしている。 | 管理者、職員共に、身体拘束は人権に直結する問題と捉え、拘束をしないケアの実現に向けて強い意識をもって取り組んでいます。職員も外部の研修等に参加して更に理解を深めてもらうようにしています。 | 身体拘束に限らず外部研修の結果は職員全体に伝わることを望まれます。また、その結果は、記録として保存されることが期待されます。 |
| 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 | 職員研修や市の研修等を通じて虐待防止や拘束の研修を強化しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の8割は生活保護の方で常に生活支援課のワーカが施設に来ていただき、成年後見の話等をお伺いしている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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 | 利用者と家族の方に立ち会って頂き契約書・重要事項説明書等を丁寧に説明し、解らないところは丁寧に説明をしている。又生保の方には生活支援課の担当職員に掲示しています | | |
| 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 | 気軽に話せるように家族に声かけをしている。又相談ごとがある時には、その意見や要望を真摯に受け止めている | なるべく多くの家族の方と話す機会を持ちその意見を聞いたり、また、利用者の日々の様子を伝えたりするようにしています。ただ、生保の受給者が多いこともあって多くの家族の意見を聞けてはいません。 | |
| 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 | 職員会議を開催し、意見や要望を運営に反映させている。地域の方が積極的に参加していただき感謝しています。 | 毎日、朝・夕にミーティングを行い利用者の日々のケアについて連絡をとっています。また、年1、2回の職員ミーティングには夜勤専門の職員も出席して利用者についての情報、運営についての意見などを話し合うようにしています。 | |
| 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 | 職場の働きやすさや環境作りを真摯に考えながら長く働いていけるようにしている。 | | |
| 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 | OJTでの訓練を主体としながら職員の可能性の確保に努めている。自分の親だったらどうしたいのか？ | | |
| 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 | グループホーム連絡会などを通じて交流の機会を増やしている。地域交流の機会を儲けています。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人の希望・家族の希望等傾聴し本人が何の時に楽しいのか見極めながら運営している。 | | |
| 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 | 家族からのアセスメントや要望を聞きながら、家族と一緒に困っていることを解決していく。本人の意向も反映させている。 | | |
| 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 | 支援の方法として安全・快適・安心・又残存機能の能力を活用して頂き、ほめることや感動を一緒に分かち合えるようにしている | | |
| 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 | 利用者の家であり職員はあくまでも出来ない部分をサポートする立場にあり尊厳を保持しながらさりげない寄添いをする。 | | |
| 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 | 定期的に家族の来所を促し利用者・家族の意見を吸い上げケアに反映するようにしている。 | | |
| 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 | 家族と共にその利用者の友達・趣味仲間等GHに来ていただいたりして、交流の輪をつないでいくようにしている。GH入居により家族が来やすい環境を提供しています。 | 趣味の編み物の仲間が来たり、クリスチャンの利用者のところへ教会の方が来てくれたこともあります。ただ、入居後時間が経つと訪問者が少なくなるのでなるべく多くの方に来てもらえるような環境作りに努力しています。 | |
| 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 | 利用者同士で支え合う関係が出来ている。仲間意識が強く常に支え合っている。毎日楽しい生活が出来るようにサポートしている。 | | |

| 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 | 契約終了後も家族の方がGHIに見られ一緒に世話になっていた他の利用者の方と会話をしたり職員と思い出話をしている。 | | |
| 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 | 利用者のなじみの物を居室に持ち込んでおり思い出を大切に利用者の思いを尊重している。 | 一人ひとりの思いや希望などを掴み、その意向に沿うようにケアしています。介護度の高い利用者は自分の思いや意向を十分に表現できない場合がありますが、長く勤務している職員が多く利用者との信頼関係ができていますので、その場合でもその思いや意向は把握できています。 | |
| 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 | 趣味のことや若かりし頃の世相等を考慮し職員もその時代のことを勉強し会話に幅を持たせられるようにしている。近所の皆様と顔見知りになりいい関係が出来るようにしています。 | | |
| 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 | アセスメントやケアプランを通して又通常のADLの状況を把握し職員間や家族・看護師・医師等と共有している。 | | |
| 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 | 介護計画を作成する前に家族や本人の意見又職員・医師・看護師等の意見を吸い上げモニタリングを作成し介護計画に反映させている。 | ケアプランは、本人の状態、意見、家族、医師、職員ら周囲の方々の希望、意見等をよく聞き、モニタリングを行い作成しています。見直しの基本は3か月ですが、同様の方法を重ね現状に即したプランの作成をしています。 | |
| 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 | 業務日誌を活用ADLの事や趣味・嗜好の事等毎日の些細なことにも目を向け楽しい生活が出来るようにしている。 | | |
| 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 | 一番は利用者の生活を快適に過ごしていただくことだと信じている。その為に笑顔が見えるサポートにしていける。意見を聞き生活に反映させる。 | | |

| 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 | 民生委員や町会長・地域密着した方々の来所もおおく、運営推進会議等皆さんが参加して頂いている。近くの小学校の行事にも積極的に参加しています。 | | |
| 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 | 家族や本人との聞き取りをし当GHにきている医療機関以外になじみの病院に行く方はその関係を重視し病院にそのままかかれるようになった。月に20回くらいGHに来て頂き利用者の健康管理をお願いしています。 | 施設の協力医が毎日来て下さるので、利用者の小さな症状にもすぐ診察をして頂いたり相談をさせて頂いています。それ以外でも電話での相談や、急病の場合の応急処置や病院への紹介状を頂いています。 | |
| 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 | 看護師は病気や感染症・その時々流行しているもの(ノロウイルス・インフルエンザ等)の予防の仕方等の説明をしている。消毒の基本である手指の洗い方等実践に基づいた指導を頂いています。 | | |
| 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。 | 入院時は提携先の病院に搬送されることが多く以前の病歴等カルテがあるため関係が良好であり、ワーカからの説明や医師からの説明等にも家族と共に職員が同席している。訪問診療の紹介状などで入院先もスムーズに行っています。 | | |
| 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・医師・職員等で話し合いながら終末期の関わりを話し合っている。基本的に医療行為がない場合は本人・家族又医師がOKであるならば終末期をGHで迎えてもらう。年々ADLの低下と認知症の進行又高齢になることにより終末期や看取りの回数が増えています。 | 施設の協力医が毎日来て下さるので、利用者の小さな症状にもすぐ診察をして頂いたり相談をさせて頂いています。それ以外でも電話での相談や、急病の場合の応急処置や病院への紹介状を頂いています。 | |
| 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 | 軽微なものは職員が手当をするが、基本的には医師に連絡し判断を仰ぎながらの救急手当や救急搬送になります。家族に報告することを忘れないようにしています。 | | |
| 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回消防訓練を行い一回は消防所にも立ち会って頂き通報訓練・避難訓練・誘導訓練を行っています。GH内はスプリンクラの設置をし、GH内は禁煙を徹底している。 | 消防署立会いの訓練、自治会と共同の訓練の2回行っています。夜間の災害も想定し、消防署の指導を仰ぎながらその対応を考えています。車イスの多い利用者を避難先の小学校まで避難させるのは厳しい状態であることが今後の検討課題です。 | |

| 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 |
| 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 | 居室は一人部屋のため、プライバシーが保たれている。生活歴が個々により違うためその生活歴に寄り添うように職員は勉強している。 | 自分から話す人は少なく、なかには意思表示のできない方もいますので、なるべく一人ひとりの話をよく聞くようにしています。しかし利用者は自分一人を見て欲しいという気持ちが強く、焼きもちを焼かれたりする場合があります。 | |
| 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 | 合議性や本人の意見を吸い上げ日常生活のケアに働きかけている。毎日の生活に変化を付けマンネリしない工夫をしている。 | | |
| 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 | GHは利用者の家であり職員はあくまでのさりげないサポートをすところと思っている。職員がすぎることは良くないし自尊心を傷つけないさりげないサポートを致しています。 | | |
| 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 | 定期的にかットや買い物時のメイク等日常におしゃれを楽しみ洋服等清潔感のある物又本人の好きなものを選んで頂いて着ている。 | | |
| 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 | 食べるだけの食事だけでなく見た目や定期的に利用者の意見を尊重し一緒に料理をしながら食事している。 | 職員が冷蔵庫等にある食材を見て献立を考え作っています。利用者にはテーブルに座ってできる野菜の皮むきや、茶碗拭きを手伝って頂いています。介護度が上がり外食は無理になったので、敬老会ではレストランのデリバリーを頼んで喜ばれました。 | |
| 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 | 日常的に水分摂取はこまめをお願いしている。又食事も3食プラスおやつ等、そして利用者の嗜好を考えたメニューも提供している。季節のものを食する等四季を感じるようにしています。 | | |
| 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 | 食後に口腔ケアをして頂いています。入れ歯の調整や歯槽膿漏の防止等訪問歯科医と協議しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄も個々により違うのでトイレ誘導時間を考えその人の排泄時間を考慮し声かけ誘導している。トイレでの排泄を支援しています。 | 「おむつにはしない」という気持ちで「声掛け、誘導、確認」を行っています。時間や排泄チェックの記録を見て声を掛け誘導しています。排便については、自力が無理な場合、薬や医師に相談して対応しています。 | |
| 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 | 高齢になればなるほど便秘になりやすいので水分摂取をこまめに行っている。牛乳等も便秘によいので飲んで頂いている。 | | |
| 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 | 一人での入浴を楽しんで頂いているが、どうしても風呂の中は目を離すと危険な場所でもあるので職員が必ず付いて見まもりと利用者が洗えない場所をサポートしている。 | 基本的には週2回の入浴です。職員がすべて付き添い、一人でゆっくり入浴を楽しんで頂いています。これからの季節、入浴したがる人も出てきますが、入浴の心地よさをそれぞれが感じ取っているようで、拒否する人はいません。 | |
| 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 | 利用者の生活リズムに合わせての介護を行っている。 | | |
| 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 | 職員が管理をしている。誤薬の危険性を回避したいため。医師や薬局に方に効能などを確認している。 | | |
| 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 | 台所仕事・掃除・洗濯・買物等出来るところは一緒に行っています。又一声かけることによってありがたい感謝の言葉を忘れないように接しています。 | | |
| 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 | おやつや買い物等職員と一緒に出かけいける。又家族の方とデパートに行ったりして買物を楽しんでいる。 | 家族と外出し買い物や食事を楽しんでいた方もいましたが、年々多くの利用者の介護度が上がり外出するのは難しくなっているのが実態です。しかし、近くのコンビニにおやつを買いに行ったり、また外泊する利用者も一部います。 | |

| 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 |
| 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 | お金は家族に管理をして頂き家族が見えた時に請求等をしている。家族と利用者が一緒に管理の状況と話している。 | | |
| 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 | 定期的に手紙を兄弟でやり取りしている利用者もおります。又電話を使い子供と会話している人もいます。 | | |
| 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 | 部屋には料理の臭いが立ち込め家庭で過ごせるような配慮をしている。 | 廊下には利用者一人ひとりに宛てた小学生からの招待状や、実習生からのお礼の手紙が、また、リビングには利用者スタッフで作った季節感のある作品が掲示されています。各室は「ごく普通の生活の匂い」が感じ取れるよう配慮をしています。 | |
| 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 | 居間等で気の合った利用者で会話を楽しんでいる。又気の合った人同士で自分の部屋に行き会話を楽しんでいる。 | | |
| 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 | 使い慣れたものや仏壇など以前の生活を変わらない様に部屋に持ち込んでいる。 | 使い慣れたものの持ち込みは受け入れています。少ないのが現状です。転倒や夜間の行動の危険防止のため、部屋や床に物が多すぎたりする場合は、各室にある押入れを利用するようにしています。 | |
| 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 | 自立支援と残存能力の活用がGHの使命と考えています。笑顔を最後まで提供できるようにしています。 | | |