

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 | 3373200157 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 高梁市社会福祉協議会 | | |
| 事業所名 | グループホームささゆり苑 | | |
| 所在地 | 岡山県高梁市成羽町長地453-5 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 5 年 11 月 6 日 | 評価結果市町村受理日 | |

【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)】

高梁市に合併する前の平成12年、介護保険制度施行と同時に開設されたグループホームです。小規模で個々に対応するような支援方法の施設が少なかった中で、地元の中学校跡地に建てられたため、地域住民のご協力、ご支援を頂きながら運営を行ってきました。毎月1日は農産物の差し入れ、また町内会から施設周辺の草刈り、地域行事への参加、他に団体から慰問などご協力を頂いています。「ゆったりとした空間で穏やかに暮らす～」という理念を掲げ、豊かな自然環境のなか、各利用者様それぞれの意思を尊重しながら支援することに努めています。

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3373200157-00&ServiceCd=320&Type=search |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|------------------|
| 評価機関名 | 有限会社アウルメディカルサービス |
| 所在地 | 岡山市北区岩井2丁目2-18 |
| 訪問調査日 | 令和 5 年 11 月 17 日 |

【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)】

地域との関わりや利用者が穏やかに暮らせるように支援することを大切にしている。施設が元学校の校庭に建っていて、広大な敷地の草刈りが大変なところ、役場の方や地域住民、さらには家族会の方に手伝って頂き縁を深めている。秋祭りでは、神輿を軽トラックに乗せて施設まで運んで頂き、渡拍子の太鼓が鳴り響いて、利用者もリズムに合わせて手を叩いていた。正月に向けて、門松を作成する予定もある。災害時の対応では、地域住民代表の方や民生委員の方との連携から施設が孤立しないようにいつでも連絡が取れるような体制を築いている。そんな利用者が生活しやすいように様々な工夫を凝らしている。トイレ誘導の際には早めに言葉掛けをして失敗を減らし、食事の際には、入れ歯のない方へは、食べやすいように刻んだりもしている。運動不足やフラストレーションが溜まらないようにと、体操やボール転がし、風船バレー、連想ゲームや歌を歌うなど、毎日朝と昼の2回レクリエーションを実施している。施設内はささゆりの花達が、地域に愛され、利用者を愛し、花言葉の如く上品な淡いピンクの花びらが咲き乱れ、落ち着いた雰囲気職員・利用者共に奏でていた。

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 | 母体が社会福祉協議会であり、地域の方が安心して暮らせる街づくりのため努力している。苑内では入居者の方の笑顔を目標に、日々支援を行っている。 | 理念は玄関や事務所、キッチンに掲示している。「ゆったりとした空間でおだやかに暮らす」を目標としており、入浴、排泄、食事などの生活にて、ADL維持向上を目指している。毎朝の申し送り時や月1回のミーティングにて、理念を振り返るようにしている。 | |
| 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 | 開設当初より地域の方々と四季を通じて交流をしている。秋祭り慰問、地区住民の草刈り、野菜の差し入れ、地元的神社へ初詣や新年会、運動会、物産展、秋祭りなどに参加している。 | 役場の方、地域住民、家族会の方が年1回来られて、目の前の広大な敷地の草刈りを手伝って頂いている。秋祭りでは、神輿や渡拍子の太鼓が鳴り響いていた。利用者と職員が作成した編み物を成羽地域局と中センターにて展示された。月1回、地域住民から野菜の差し入れがあり、ノートに記録している。 | |
| 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 | 近隣の方や職員の親御さんの介護の相談を受け、各種専門職、担当機関への連絡調整をしている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1回運営推進会議を実施。家族や利用者も参加し、現況報告を行い、要望を聞いている。欠席者の家族には報告書を送付。苑の玄関に閲覧ファイルを置いている。運営やサービス提供の詳細等、意見を伺っている。 | コロナ禍でも感染対策をした上で対面式で実施していた。高梁市介護保険課、成羽支所、包括支援センター、民生委員、家族代表が参加している。入居者状況、行事報告、事故やヒヤリハットの報告を行った。事故報告の対策を全員で考えて、「気をつけて下さい」とアドバイスを頂いた。 | |
| 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 | 運営推進会議には必ず市職員の出席を頂き、普段でも電話等で相談に乗ってもらっている。職員が、毎月1回包括支援センター、病院関係者、ケアマネなどが集まる成羽シルバーネットワーク会議に参加し、地区の現状把握、情報収集と交換を行っている。 | 窓口は管理者。書類提出がある場合には、直接持参することで face to face の関係が継続されている。月1回開催される、成羽シルバーネットワーク会議では、特養やデイの方も参加するので、相談や情報交換の貴重な場となっている。 | |
| 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「介護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 | 現在のところ、拘束を必要とする入居者は居ないが、マニュアルのファイルに常時備えている。また、ミーティングで研修を行い、職員間で何が拘束に当たるか、虐待に当たらないか、常に話し合っている。 | 身体拘束委員会では、利用者の現状やチェック表を活用して、身体拘束にあたるかどうかの確認をしている。夜中に部屋を間違えた方がいて、安全面に考慮してセンサーを取り付けた。スピーチロックにならないように、「後から行きます」と言葉をつけ足している。 | スピーチロックについて知識を深めてみてはいかががでしょうか。 |

| 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 |
| 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 | 身体拘束委員会を定期的に開催している。またほぼ毎月行っているミーティングで議論している。また、行政の開催する研修には代表が参加出来るようにしている。 | | |
| 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 | 母体の社協より権利擁護に関しての情報を得ている。現在、生活支援員、後見人、司法書士の訪問を受けている利用者があり、職員も理解している。 | | |
| 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 | 契約時に契約書、重要事項説明書の内容を説明、理解と納得を得ている。改定の際は、家族の面会時に直接説明、面会の困難なご家族には電話で連絡を行っている。 | | |
| 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 | 面会の家族には利用者の日常を報告している。また意見が出やすいよう玄関に苦情箱を設置している。本人の意向を確認し、外出や献立の希望などニーズの把握ができるよう努めている。現在はコロナ感染症防止のため感染対策を行い、面会時家族のご希望を聞いている。 | 面会は玄関先で対面で行っている。面会に来られない方へは、電話にて連絡を取るようになっている。毎月1回の郵送物には、利用者の写真を同封している。職員が撮った動画を家族の方に見せたら大いに喜んで頂けた。利用者へは、その都度何をしたいのかを傾聴して寄り添うようになっている。 | |
| 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 | 毎朝、夜間帯の様子や医療情報、行事などの申し送りを行い、また月1回の職員ミーティングで意見を出し合っている。日常で不便に思ったり疑問に思うことは、その都度職員から管理者への提言があり、職員全員に情報共有が出来ている。 | 月1回のミーティングで意見を交換を行っている。どの利用者に対しても同じように接せられるように職員間で確認している。管理者は、日常会話からも職員の意見を聞き取るように心掛けている。管理者とケアマネジャーは職員の健康状態を第一に考えていて、無理のないシフト調整を行っている。 | |
| 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 | 管理者が個々の状況を把握するように努め、局長、総務課、介護保険課長、成羽支所長に報告・相談している。 | | |

| 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 |
| 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 | 資格のない職員や介護経験の少ない職員には毎月ミーティング時の研修、毎朝の申し送りや疑問や不安を解消できるよう、実践や相談の場を設けている。また認知症介護基礎研修を受け職員間で復命している。 | | |
| 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 | 計画担当者はケアマネ協会の部会に参加し、他の施設との情報交換に努め振り返りを行い、管理者や他の職員とサービスの見直しや質の向上に努めている。管理者はデイ利用の家族会へ、職員も他の研修会に参加している。 | | |
| 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 | 入居前、ご本人や家族に施設を見学して頂き安心して入居できるよう配慮している。アセスメントは、本人の現状・生活歴を考慮し、十分な情報収集に努め信頼関係を築けるようなプランの導入を心がけている。 | | |
| 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 | 家族とご本人との関係、どのような思いを抱いているのか、施設入居にあたっての要望などを聞いている。前担当ケアマネから情報収集をし客観的な判断を下すこともある。 | | |
| 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 | アセスメントの情報を元に初回プランをたて、ご本人、家族の納得を頂く。全職員は、入居前から情報を十分に読み取り理解を深め統一した支援が出来るようにしている。また福祉用具担当者に相談に乗ってもらっている。 | | |
| 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 | 若い職員も中年の職員も、日常生活でわからないことを入居者に尋ねたり、教えてもらっている。洗濯たたみ、野菜の皮むき、繕い物など、役割分担のある入居者も居られる。 | | |

| 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 |
| 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 | 消耗品購入や受診援助など家族と本人が顔を合わせる機会を設け、家族との繋がりを密にしている。日頃の様子も家族に伝え、生活状況を把握してもらうようにしている。 | | |
| 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、親戚、友人、知人等の面会は受け付けており、感染対策を行い可能な限り行っている。地域の団体からの農産物提供など、交流を続けている。 | 面会是对面式で実施していて、家族・親戚、友人、知人も訪れた。家族の方が来られら際には、お互い抱き合っって涙を流す場面も窺えた。家族と一緒に実家へ帰ったり、買い物へ出掛けたりして、馴染みの場を楽しんでいる。窓際の日光が当たる場所で、腰掛けて落ち着かれる方もいる。 | |
| 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 | 利用者同士の関係に気を配り、把握するよう努め、気の合わない方の座席を工夫したり、トラブル時は直ぐに間に入り解決できるよう対応している。難聴、弱視の方やコミュニケーションをとるのが難しい方には職員が上手く間に入り、潤滑油になるよう努力している。 | | |
| 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 | 退居の際には写真や色紙・本人の作品等を渡している。必要に応じて、可能なことは支援していくことを伝えている。退居後も家族と連絡を取り、機会があれば、ご本人に会いに行き状況把握している。 | | |
| 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 | 一緒に生活しながら、ご本人の希望や意向の把握に努めている。ご本人から直接言葉での意思表示が難しい場合は、ご家族や在宅で関係のあった保健師さんやケアマネに相談し、可能な限りご本人本位の生活となるよう支援している。 | 日常の何気ない会話の中から利用者の思いや意向を把握し、口頭や業務日誌に記載して伝えている。管理者が利用者の意見を集約し、月1回のミーティングにて、情報共有を行っている。自分でも何でもできる方へは、転倒防止にならないように言葉掛けや見守り体制で寄り添う介護をしている。 | |
| 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 | ご本人やご家族、関係機関等からの話を聞いたりして、これまでの生活の把握が出来るよう努めている。昔話からも生活歴の見えることが多いので、普段の会話を大事にしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 健康記録に一日の過ごし方、心身状態、有する能力等の記録を行っている。日常生活の様子を観察しつつもと違う事があれば迅速に管理者に報告、職員間で相談するようにしている。特記事項は大至急回覧や朝の申し送り、事業日誌、支援経過で情報共有するよう努めている。 | | |
| 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 | ほぼ毎月1回、出勤職員全員参加のミーティングを開催し、入居者の生活状況・身体状況における個別の課題を話し合い、本人・家族・医療機関と相談の上、介護計画を作成している。更新時や変化があったとき、なくても6ヶ月に1回モニタリングを行っている。 | 入居前にアセスメント票にて、経歴、家族構成、趣味などを把握して、介護計画を作成している。特段の事情がなければ、6ヶ月毎に更新している。モニタリングは半年毎に行っていて、ドクターの意見も参考にしている。ケアマネジャーは、情報収集を大切にしている、利用者の特性を活かし、希望が持てるようなプラン作りを心掛けている。 | |
| 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 | 健康記録とは別に支援経過記録を作成し、確実に情報を共有しながら実践や介護計画の見直ができるよう取り組んでいる。支援経過への記入の仕方、着眼点を職員で統一できるように話し合っている。 | | |
| 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 | 利用者9名が協力医契約を結んでいる診療所から月に1~2回の受診または往診を受けている。病状により家族対応の受診の方もいる。緊急や都合が付かない時の受診や買い物は、代行することもあるが、柔軟にニーズに応えられるよう出来るだけ便宜を図っている。 | | |
| 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 | 地域との交流は、作品展示を市や地域で行い、ケーブルニュースにて展示を放送してもらった。作品を見て頂いた地域の方より作品に使用していた古切手などを地域の方から送られた。また地元の直売所の方が利用者とともに門松作りをしたり、地域で出来た野菜を月1回持参して頂き利用者の食材に利用している。 | | |
| 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 | 緊急のときは協力病院である市立病院を受診。また受診が困難な利用者は毎月の定期往診をお願いしている医院がある。また緊急の場合もその医院へ相談し、指示を受けたり往診してもらうなどの対応をしている。 | かかりつけ医は入居時に選べるが、全員が協力医に転医されている。往診は月1~2回。ドクターとの関係も良好で、利用者の声に耳を傾けるので笑顔に繋がっている。夜間の急変時には、家族と連携して病院へ搬送して頂いている。他科へは、基本家族が連れて行くが、意思疎通ができる方は、介護タクシーを利用する場合もある。 | |

| 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 |
| 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 | 週1回、看護師の資格を持った職員の勤務日を設けている。1週間の記録から体調変化や受診状況を確認し、ご本人からも聞き取りを行い、入浴や爪切り、耳掃除、皮膚の状態など含めて健康管理を行っている。 | | |
| 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 | 利用者が入院した場合は付き添って行き情報提供をしている。また、各種保険証などの個人情報と服薬ファイルを持参し、スムーズに情報提供が出来るようにしている。入退院時に医療連携シート(高梁版)を提出し、入院中は電話連絡などで家族や病院からの状況把握に努めている。 | | |
| 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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 看護師の勤務の開始と共に看取りの指針を提示。終末期にも主治医への相談や、ご家族の協力を得て対応できるよう取り組んでいる。 | 看取りは実施していない。急変した際には、家族と相談して、自宅療養か入院かを決めて頂いている。入居時に、【医療連携体制加算に係わる指針に対する同意書】にて説明し、サインを頂いている。急変時における対応について、職員間で意見を出し合っている。 | |
| 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 | ご利用者の急変や事故時に適切に対応できるよう毎月のミーティングで話し合い確認している。 | | |
| 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 | 入居者を含めての消火避難訓練を年2回実施。消防計画を苑内に提示し対応できるように勤めている。緊急時自動通報装置の設置で、地域の協力体制が出来ている。また、地元消防団の参加もあり、定期的に作動訓練をしている。スプリンクラーと火災通報装置を設置済み。 | 年2回、消防署立ち合いの基、昼夜想定で火災訓練を実施し、業者の方も来て火災報知器の確認もして頂けた。連絡網は事務所と食堂内に掲示している。備蓄は、お米と水を2～3日分、宿直室で保管している。災害時に備えて、地域住民代表の方や民生委員とは、いつでも連絡を取れる体制が築けている。 | |
| 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 | 若い職員は祖父、祖母と孫のような会話になっていることもあるが、全職員、利用者の尊厳には気をつけている。“適切でタイムリーな言葉掛け”について臨機応変に対応出来るよう気を配っている。 | 呼称は苗字に「さん」付けで呼んでいる。利用者の個人的情報は鍵のついている書棚に収納している。排泄失敗時には、周りに気づかれないようにして、「ちょっと用事があります」と耳元で囁いている。利用者の気持ちを考えて、接し方や言葉かけを注意している。 | |

| 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 |
| 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 | ご本人のペースに合わせた支援に努めている。希望を伺って、今どうしたいか？何を食べたいか？など、外出先や献立を決める等自己決定の尊重に努めている。 | | |
| 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、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 | 食事や水分補給等体調管理に不可欠なこと以外の過ごし方は、ご利用者の希望に沿って支援している。例えば個人用のお菓子の差入れがあった場合は、居室で適量をお出してゆっくり食べて頂いている。居室や食堂またはホールで、テレビ鑑賞、色塗り、読書など自由に過ごしていただいている。 | | |
| 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 | 季節の衣服をご家族や職員で準備し、選択はご本人にしている。自分で選択出来ない方は、職員が気をつけている。又2か月に1回の業者がきて散髪される時に利用者に希望を聞かれる。 | | |
| 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 | 誕生日にはご本人の好きなものを献立に取り入れ、食事を楽しんでいただけるよう職員間で相談して決めている。片付けも下膳や洗い物等手伝ってくださる利用者が居る。行事食にも力を入れ、食べたい物の希望を聞き季節のメニューに取り入れている。外にでて花見のお弁当を食べたり、パン食い競争などして利用者に季節感を味わってもらうよう努力している。 | 食材が施設に届き、施設内で3食手作りで、残食はほぼゼロ。誕生日には家族からケーキの差し入れや赤飯やちらし寿司を提供したら喜んで頂けた。地域の方から頂いた野菜が食卓を彩り、たこ焼きやお好み焼きパーティーは利用者の人気を博している。 | |
| 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 | 食事量、水分摂取量の記録を行い、適切な栄養摂取や水分確保が出来るよう努めている。厳密なカロリー計算をしているわけではないが、給食関係に携わっていた職員が居り、助言がある。量の調節、嗜好食品の選択でその方の病気に合わせた食事管理に努めている。 | | |
| 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 | 毎食後のうがいや歯磨き、週3回の入浴日は入れ歯洗浄剤を使用し、口腔内の清潔保持に努めている。又、協力歯科医院への受診介助や必要に応じて、往診を御お願いし、助言、治療等の支援を行っている。 | | |
| 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 | 9名中7名が紙パンツを使用、2名が失禁パンツ使用されているが、トイレでの排泄に努めている。日中は出来るだけトイレの排泄している。申し送りや記録の振り返りで、排泄パターンを把握、パターンにあった声掛け、誘導を行い、失敗の少ないよう努めている。 | トイレは各居室に設置されているので、ポータブルトイレを使用している方はいない。職員が清掃した際やタオル交換時、健康記録表を活用して、排便チェックができています。布パンツで過ごしている方が2名いて、自分でできる方へは自立支援を促している。 | 排便チェックを見直してみてもいいかがでしょうか。 |

| 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 |
| 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 | 緩下剤服用者が9名中8名。健康記録表で排便状況を把握し、朝の申し送りで必ず情報共有している。また、デイサービス利用時は、排便手帳を記入し情報共有している。 | | |
| 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 | 本人の希望に沿う入浴が100%はできていないかも知れないが、入浴の順番やお湯の温度にはご本人の意向に沿えるよう努めている。体調により、清拭や足浴、シャワー浴を行うこともある。入浴時を使用したり、ゆず湯などで、気持ちよい入浴を楽しんでもらっている。 | 週3回の提供で、入浴時には身体の異変をチェックするようにしている。入浴時間は、平均20分程度。浴槽は3方向から介助ができるようになっていいる。季節湯としてゆず湯を提供したり、気分を変えるために入浴剤を使用したりしている。入浴を拒否をされる方へは、「体重を測りに行こう」と言葉掛けをしている。 | |
| 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 | 日中はレクや体操にお誘いするが、原則、無理に誘わず、希望を伺い、休息したい時は休んで頂いている。夜間も就寝時間(8時)はあるが、その日の体調や気分により決まてはいない。暖かい日は、出来るだけ外にでて体操やレクを行っている。 | | |
| 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 | 個別に薬ファイルを作り、目的や副作用、用法、用量の把握を行っている。受診や往診後の情報は至急回覧で迅速に情報共有している。ご本人に変化があった場合は服薬の確認を行い、医師やかかりつけ薬剤師と相談を行っている。 | | |
| 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 | 個々の能力に合った役割分担を行い、張り合いのある生活となるよう支援している。好みのお菓子の購入、外出支援、読書、コーヒータイム、塗り絵やちぎり絵、工作等の気分転換ができるよう努めている。 | | |
| 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 | 時候のよいときには戸外の散歩、おやつ、ドライブを実施している。個別には、買い物支援にも対応している。また利用者と一緒に、苑の畑に季節の野菜を植えて見守り、収穫を行っている。菜の花祭りや、ひまわり祭りにも職員が、同行している。 | 春には、敷地内で咲いた桜を眺め、職員手作りのお花見弁当を堪能した。夏には、地域のひまわり・菜の花祭りに参加して、お土産購入や食事を楽しんだ。秋には、大きな庭で運動会を開催し、パン食い競争を行った。畑では季節の野菜を栽培し、利用者は収穫を手伝った。 | |

| 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 | 金銭管理が困難な利用者も居られるが、ご本人の希望で家族と相談の上、小銭程度のお金を待っておられる方もある。 | | |
| 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 | 定期的に電話をかけてくださる家族と、直接お話し頂いている。かけて欲しい希望がある時は、職員が取次して居室でお話しいただいている。利用者に家族から暑中見舞いのハガキや家族状況など毎月便りが届く利用者さんも居られる。また利用者も返事を送られている。 | | |
| 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 | 天候や季節・時間に応じて、日差しや照明・温度の調節をしている。又、共有空間には季節の花やその月の塗り絵や皆さんで制作した手芸品などを飾ったりしながら、居心地の良い空間となるよう努めている。 | 食堂には、古切手をふんだんに使って、富士山、真珠の耳飾りの少女、ラッセンのイルカの作品が堂々と飾られていた。廊下には、数々の切り絵が貼られていた。評価当日は日課のTV体操をした後のティータイムを楽しんでいた。毎日レクリエーションを開催し、体操、脳トレ、風船バレーをしている。 | |
| 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 | 食堂の座席は、入居者の状態に応じて席替えを行い居心地よく過ごせるように配慮している。洗濯物を畳んでもらったり、ホールのスペースも活用しご本人が好きな場所で過ごせるように環境を整えている。 | | |
| 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 | 馴染みの品々や家具、寝具、写真等を持ち込んで頂くようお願いしている。本人と相談しながら居心地のよい部屋となるよう努めている。また、苑所有のソファなどを置き、面会時などに使って頂いている。また行事の写真なども積極的に貼っている。 | ベッド、作り付けの棚、クローゼット、非常灯、エアコン、トイレが備え付け。居室で、塗り絵をしたり読書をしたりして過ごしている。居室は、明るい光が差し込み、家族の写真や大好きな猫グッズに囲まれて生活している。好きな植物の写真を切り集めて、アルバムにしている方もいた。 | |
| 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 | 自室やトイレが分かるよう、名前や造花で目印を掲示したり、通路や居間等ご利用者の移動スペースには障害物を置かないよう配慮している。下肢筋力低下の利用者さんの居室には動線上に更に手すりを取り付けるなどし、能力に応じて可能な限り安全で自立した生活が出来るよう取り組んでいる。 | | |

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 | 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. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 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 | 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回程度ある | | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | | | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. ほとんどいない |