

自己評価および外部評価結果

| 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 | 玄関やフロアに理念を掲げています。利用者一人ひとりの生活リズムを考えたケアについて、日頃から話し合いを行っています。 | 職員全員で話し合い作ったケア理念を掲示し、スタッフ会議で定期的に振り返り、実践に繋げている。ありがとうという感謝のこころを忘れず笑顔で接することを全職員が心がけている。 | |
| 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人として日常的に交流している | 自治会に加入し、回覧板を回したり、地域の清掃活動や防災訓練など、イベントには積極的に参加しています。また、地域のボランティアさんからの招待や訪問により、交流を行っています。 | 回覧板から地域の情報を得て清掃活動や防災訓練に参加している。西川ふれあい公園での催し・俳句や書道の展示会に出かけたり、近所の方が開催する民謡やフラダンスのコンサートに出かけ近所の方とお茶飲みしたりしている。また西川祭りには駐車場で山車が来て近所の方も集まり楽しんでいる。日常的にもゴミ出しや郵便局に行くなど交流している。 | 今まで積み上げてきた地域との関わりをもとに、今後は近所の方が事業所に来てくれるよう働きかけ、認知症を理解してもらうことで、更に利用者が地域に溶け込めることに期待したい。 |
| 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 | 地域ケア会議に出席し、地域の方々に認知症やグループホームについて話す機会を設けています。地域包括支援センター主催の家族向け介護教室でも認知症について話をする機会がありました。 | | |
| 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 | 二か月に一回、運営推進会議を開催し、活動内容・利用者状況の報告を行っています。参加者から意見・情報を頂き、サービス向上につなげています。 | 地区代表・民生委員・地域包括職員・他の事業所管理者・家族・利用者などが参加し活動報告・意見交換している。地震想定避難訓練を実施するにあたって話し合いアドバイスをもらったり、避難場所の変更をお願いするなどサービス向上に活かしている。 | |
| 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 | 市の担当者からメール情報を頂いています。介護保険で不明点があれば、市の担当課に電話で相談しています。 | 市よりメールで感染対策など情報提供を受けている。また何かあれば市の担当者と連絡を取り合っており、要介護認定の変更申請をするにあたって相談した。また市の新しい取り組みについての説明会にも参加した。 | |
| 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「介指定義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 | マニュアルを作成し、事故・ひやりはと検討の際やスタッフ会議の中で話し合いを行っています。日中は玄関の施錠は行わず、安全確保のため、センサーを設置し、利用者の安全な環境作りを行っています。 | 法人の研修に参加し、グループワークや事例検討で学び拘束について理解している。また伝達講習を行ない資料は全職員に配布している。現在、麻痺があり転倒の危険がある方にペット柵を使用しているが解除に向け話し合っている。家族から安全確保のため拘束の要望があった場合も弊害について説明し、自由な暮らしを支援している。施錠はしていない。 | |
| 7 | (5-2) | ○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 | 研修への参加をし、伝達を行っています。日頃から話し合いを行ったり、お互いが注意し合うなどし、虐待防止に努めています。また、夜勤者の精神的な負担を軽減できるよう日中の対応を行っています。 | 法人の研修に参加し、伝達講習している。事例を上げて「虐待にあたるのか？あたらぬのか？」を職員で話し合い、周知徹底している。また職員同士で注意し合い防止に努めている。夜勤者の負担を軽減できるよう日中出来ることを行ない、夜勤明けの職員には声をかけ労をねぎらっている。 | |

| 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 | 対象の利用者は居られませんが、今後に備え話を聞いたりしています。 | | |
| 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 | 契約締結・解約の際には、十分な説明を行い納得された上で捺印して頂いています。改定等の際には書面により説明を行っています。 | | |
| 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 | 家族面会時や電話などで状態を伝え、利用者・家族からの意見や要望があれば、申し送りや連絡ノートを活用し情報の共有に努め、必要時は改善を行っています。 | 家族の面会時に様子を伝え意見を聞いている。笑顔で接し、何でも言いやすい関係づくりに配慮している。遠方の家族には電話で意見を聞いている。もらった意見は申し送りや連絡ノートで共有し、サービス向上に活かしている。 | |
| 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 | 月一回のスタッフ会議では、個々の意見を聞く環境を作り、ケアの見直し・業務改善につなげています。 | 職員は管理者に何でも言いやすく、普段から意見を出し合い、タイムリーな意見交換に努めている。月1回のスタッフ会議では出された意見について再検討しサービス向上に活かしている。また月2回の管理者会議で代表者に職員の意見を伝えており、AEDを購入してもらえたことになった。 | |
| 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 | 月二回の管理者会議で各事業所の運営状況を確認し、職場の問題点・苦情等の相談に乗っています。 | | |
| 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 | 積極的な内部・外部への研修受講を推進し、更なる力量向上に努めています。 | | |
| 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 | 他法人の運営推進会議のメンバーになっています。また、グループホーム同士の交換研修を行っています。 | | |
| 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 | 入居前に本人・家族から生活状況や想いを聞き取り、安心できる環境づくりに努めています。センター方式のアセスメントも活用しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 家族の苦労・想いを受け止め、今後について話し合う機会を持っています。 | | |
| 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 | ケアマネージャー・管理者が本人・家族の自宅に訪問し、本人・家族から話を聞き、その時々に必要な支援を見極め、出来る限り柔軟なサービスを心掛けています。 | | |
| 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 | 家事活動や畑・花の世話など、利用者と職員が一緒に行うことで、一人ひとりが役割を持った関係作りに努めています。また、本人が人の役に立っているという喜びを感じて頂けるようにしています。 | | |
| 19 | (7-2) | ○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 | 広報誌・活動報告を二か月に一回送付しています。そこには、各利用者の居室担当が日頃の状態を書いています。また、来所時や電話でも状況を伝えています。 | 居室担当職員が様子を手紙に書き2ヶ月に1回広報紙と一緒に家族に送付している。また行事にも参加してもらえるよう案内を出している。利用者の写真を撮りためて個人のアルバムを作り、家族や親戚の面会時に見てもらうことで会話の糸口となっている。外泊や外出など家族の協力を得て出かけている。 | |
| 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 | 馴染みの関係が維持できるよう友人や親戚の方が気軽に来て頂けるよう話しています。また、家族には外出の機会を作って頂けるようお願いしています。 | センター方式に家族に記入してもらったり、本人から話を聞いて把握している。元同僚など知人が面会に来られた時はゆっくり過ごしてもらい、いつでも来てもらえるよう声をかけている。以前利用していたサービス事業所に遊びに行き懐かしい人に会ったり、家族の協力を得て墓参りに行くなど関係継続の支援をしている。 | |
| 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 | 気の合う利用者同士が居室内で過ごす姿も見られます。家事活動を利用者同士で声を掛けあい、一緒に行ったり、出来ない事は助け合える環境作りに努めています。 | | |
| 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 | 必要に応じて、入居時の記録の提供をし、相談や援助を行える支援体制に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 居室担当者が中心となり、本人の希望・意向の把握に努めています。連絡ノートにて職員間の情報の共有を図り、プラン作成時には担当者の意見と共に活用しています。 | 日頃からゆっくりと関わる時間を多く持ち、希望や意向の把握に努めている。言葉にすることが苦手な方のために携帯型ホワイトボードが用意しており、希望などを書いてもらうようにしている。また、大勢の中では話さないが個別に対応すると口を開く方もおり、入浴時や居室で一人で話を聞くなど、その人に合わせた方法で思いや意向を把握するよう工夫して対応している。把握が困難な場合は、普段の様子を注意深く観察して検討し、推測している。 | |
| 24 | (9-2) | ○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 | 日々の生活の様子や本人・家族・知人と話す機会を持つことで、生活歴の把握に努めています。 | 入居前に自宅を訪問し生活環境や過ごし方を確認するとともに、本人・家族から提供された情報や、職員がヒアリングした内容をセンター方式のアセスメントシートに整理し、生活歴や馴染みの暮らし方を把握している。サービス利用の経過についても、以前利用していた介護支援専門員や施設から情報提供を受け把握している。入居後も日々のかかわりの中や面会者からの情報取得に努め、把握した内容はアセスメントシートに追記し、職員間で共有している。 | |
| 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 | 記録や連絡ノート、申し送り等で現状の把握に努めています。 | | |
| 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 | 本人・家族の思いを感じ、居室担当者、他職員を交えカンファレンスを行い、介護計画を作成しています。プランチェック表を利用し、毎月評価を行い必要時見直しを図っています。 | 介護計画は利用者や家族の意向を確認しながら関係する職員でケアカンファレンスを実施し、3ヶ月毎に作成している。入居して間もない方は暫定プランにより1ヶ月間経過してもらい、その後本人・家族も参加するサービス担当者会議を開催し計画の見直しを行っている。介護計画に基づいたケアの実施状況はプランチェック表を用いて毎日チェックを行い、モニタリングは居室担当者が毎月、計画作成担当者が3ヶ月毎に実施し、必要に応じて随時計画の見直し・再作成を行っている。 | |
| 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 | 申し送りや介護記録、連絡ノートを活用しています。日々、問題があれば、その場で話し合い見直しを図っています。連絡ノートにて情報の共有を図っています。 | | |
| 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 | 必要時は通院や外出の同行など、その時々本人や家族の状況に合わせた対応を行っています。 | | |

| 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 |
| 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 | 外に出ることで近隣の方々と馴染みの関係が作れるようにしています。地域の中で楽しみを持ち、生きがいを感じながら過ごして頂けるように努めています。 | | |
| 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 | かかりつけ医の受診は家族に状態を伝えたり、手紙を渡すなどの対応をとっています。往診の際は職員が付き添っています。特変時には、電話での問い合わせや職員が付き添い、受診を行うなどの対応をとっています。 | 本人や家族が希望するかかりつけ医となっている。家族同行の受診を基本としているが、緊急時などは職員が代行するようにしている。必要時にはバイタルや排便状況などの健康状態を報告する文書を用意し、医師に円滑に情報提供できるよう支援している。受診状況や薬の情報など医療に関する情報は「ケアノート」で一元的に管理して情報共有し、適切な医療が受けられるよう支援している。 | |
| 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 | 看護師が居ないため、状態の変化に気付いた時は、早めに家族に伝え、受診をお願いしています。 | | |
| 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。 | 医師・看護師・相談員にGHの出来る範囲を理解して頂き、病院関係者と情報交換や相談を行っています。 | | |
| 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 | 看護職員が居ないため、医療行為が出来ない事は入居時より家族には伝えていません。家族には重度化した場合、法人運営の特別養護老人ホームの利用を考えて頂けるようお話しています。 | 入居時に、重度化した場合や終末期の意向を本人・家族に確認し、事業所が対応し得る最大のケアについて医療面での限界も含めて説明したうえで話し合い、意向を尊重した支援につながるよう取り組んでいる。また、本人の状態変化に応じてその都度、家族と話し合いを行い、本人や家族の意向を踏まえ、主治医や法人の特別養護老人ホームと連携を取りながら安心が得られるよう支援している | |
| 34 | (12-2) | ○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成しています。特変時には、職員間で連絡がとれる体制をとっています。 | 緊急時対応マニュアルが作成されており、電話の側に掲示されていて全職員に周知されている。法人内で開催される救急救命講習をほぼ全員が受講しているほか、消防署員の指導によるAED操作や人工呼吸、のどに物が詰まった際の対処等の訓練を定期的の実施し、全ての職員が対応できるようにしている。 | |
| 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 | 年に二回、ホーム内で防災訓練を行っています。地域の防災訓練には、利用者も参加し、地域の方の協力が得られるようにしています。地震対策についても、地域の方や他施設の方にアドバイスを頂き、訓練を行っています。 | 防災訓練を年2回実施しており、うち1回は消防署員立会いのもと実施されている。今年度は地震対応の訓練を特に重点的に実施した。ヘルメット等で頭部保護を行ったり、出入口の確保や一次避難場所の選定・確認など、実践的な訓練が行われている。また、地域の方や消防署員から頂いたアドバイスや訓練の結果を受けて感じた課題などを基に皆で話し合い、今後活かす予定である。 | |

| 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 |
| 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 | 年長者であることを常に意識し、一人ひとりに合った言葉掛けを行っています。職員同士の会話では、イニシャルを使うようにしています。否定する言葉は使わずに、話はゆっくりと最後まで聞くように心掛けています。 | 利用者は目上の方であると意識し、なれなれしい言葉かけにならないように心がけ、職員間で注意し合って対応している。利用者の個人情報も注意して取扱い、記録等のファイルは適切に保管している。また、申し送りでは利用者名はイニシャルを使い具体的に誰のことを第三者に知られないようプライバシーに配慮して実施している。入浴や排泄の介助は本人を傷つけないよう配慮して行っている。 | |
| 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 | 本人が意思決定しやすく、本人の思いや希望が引き出せるような言葉掛けを行っています。また、表情や行動にも気を配り、思いや希望が聞けるようにしています。 | | |
| 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 | その日の状況に合わせ、その方のペースに合った過ごし方が出来るように支援しています。 | | |
| 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 | 衣類は本人の好みに合わせて選んで頂いたり、本人と相談しながら選ぶようにしています。美容院は、出来る限り馴染みの店へ行って頂けるよう家族へお願いしています。 | | |
| 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 | 買い物・食事の準備や後片付け等、無理のない範囲で一緒に行っています。食事は一緒のテーブルで行い、時にはホームの畑で採れた野菜や家族から頂いた野菜を使用し季節感を味わって頂きます。誕生日には本人の好みのメニューを取り入れ、提供しています。 | 買い物、準備、後片付けなど、利用者個々の力を活かしながら職員と共に行い、職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく会話しながら食事している。食事中はテレビを消しラジオをつけて食事に集中できるよう工夫している。献立は利用者の希望を取り入れながら職員が立てており、嫌いな物がある場合は代替食を用意したり、箸が使えない方には形態を変えて自分で食べられるようにするなど、一人ひとりに合わせた対応を行なっている。また、ホームの畑で利用者と共に収穫した野菜など季節の物を探り入れたり、外食の実施や干し柿づくり、誕生日には希望メニューを実施し、利用者の楽しみとなっている。 | |
| 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 | その方に合わせた食事量を提供しています。好き嫌いのある方には、代替メニューや調理の工夫を行っています。体調や季節に合ったメニューや水分の提供を行っています。 | | |

| 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 |
| 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、口腔ケアの声掛けを行っています。拒否のある方には、声掛けを工夫しています。出来るところは自分でして頂き、介入が必要な方には仕上げ磨きや口腔内の確認をしています。必要時は歯科受診の付き添いをおこなっています。 | | |
| 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 | 排泄チェック表を使用し、個々に合った排泄パターンを確認し、声掛け・付き添いを行っています。 | トイレ誘導等の支援が必要な利用者には排泄パターンを把握し、また、普段の様子も注意深く見守り、適切なタイミングで羞恥心にも配慮しながら誘導し、失敗を防ぐよう支援している。リハビリやパット類は、本人の意向を確認し、使用根拠についても十分に検討した上で使用するようになっている。排泄時の介助については本人の状態に合わせて必要最小限に留め、自立に向けた支援に取り組んでいる。 | |
| 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 | 水分・乳製品の摂取や腹部マッサージを行っています。改善が見られない場合には、主治医に相談し薬の処方など検討して頂いています。 | | |
| 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 | 一人ひとりの希望やリズムに合わせて入浴を行っています。入浴剤の使用や好みの湯温なども考慮しています。拒否のある方には、タイミングをはかったり、声掛けに工夫をしています。 | 週3回の入浴を基本としているが、希望があれば毎日でも入浴できるよう対応している。時間帯は午前・午後共に可能で、本人の生活リズムに合わせて入浴してもらっている。湯温や入浴剤の使用、同性介助などは本人の希望に合わせている。利用者は付き添いの職員と会話したり歌を歌ったりしながらゆっくりと入浴を楽しんでいる。 | |
| 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 | 一人ひとりに合ったリズムで休んで頂いています。判断の難しい方には、身体状況に配慮し、職員が声掛けを行っています。 | | |
| 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 | 処方薬についてのファイルを作成し、常に確認が出来るようにしています。処方内容の変更や状態変化は、連絡ノートにて情報を共有しています。必要時、医師・薬剤師へ連絡をとっています。 | | |
| 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 | 趣味や生活歴から楽しみや、やりがいを感じ生活して頂けるよう支援しています。役割を持って頂くことで、喜びや張り合いを感じて頂けるよう支援しています。また、好みの飲み物を聞き、提供しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 季節に応じた外出計画を立てています。散歩や買い物、地域の催し物の他、短時間でもホームの外に出る機会を作るようにしています。家族には受診と合わせ、外出や食事の機会を設けて頂けるようお願いしています。 | ホーム周辺の散歩や回覧板の配達、郵便局やクリーニング店への用足し等、日常的に外出している。ベランダにテーブル・椅子を出しお茶を飲んだり、畑の草取りや収穫なども行い、外の空気に触れる機会が増えるよう支援している。季節に応じて花見に出かけお弁当を楽しんだり、他事業所の行事への参加、温泉施設で足湯に入りおやつを食べ土産物見物してくるなどの外出行事も盛んに実施しており、利用者に喜ばれている。 | |
| 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 | ご自分で出来る方には自身で管理して頂いています。本人の希望時には、家族からの預り金で購入しています。 | | |
| 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 | 年賀状を家族や知人に出しています。電話の希望がある際は、ホームの電話を利用して頂いています。遠方のご家族へは、写真入りの手紙の郵送も考えています。 | | |
| 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 | フロアや廊下・玄関の壁には季節を感じて頂ける作品や昔懐かしい生活風景の絵葉書を飾っています。畳スペースは、談話や作業の場所だったり、思い思いの場所になっています。 | 日当たりのよいデイルームはゆったりとしており、季節感のある利用者作品を展示し、落ち着いた過ごせる雰囲気である。畳コーナーがあり冬期間はこたつが設置され、玄関前にもう一つデイルームがあり、利用者は好みの場所で思い思いに過ごしている。清掃・消毒・換気が定期的に行なわれ、またテーブルの座席の位置は利用者同士の関係に配慮されており、清潔で居心地の良い空間づくりがなされている。 | |
| 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 | フロアの畳スペースやソファ、デイルーム、玄関の長椅子にて、気分に応じ思い思いの時間を過ごせるよう配慮しています。 | | |
| 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 | 可能な限り、自宅で使われていた物を持ってきて頂くようにしています。写真や花、ぬいぐるみや作品など、一人ひとりの好みに合わせて飾られています。 | 本人・家族の希望に応じ、馴染みの家具や写真、装飾品等を持参してもらい、その人らしい居室作りを支援している。全ての部屋が日当たり良く、明るく開放的であり、居室からベランダに直接出ることが出来る作りとなっている。自分で掃除を行う方もおり、部屋に愛着をもって暮らしている。 | |
| 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 | 手すりを設置し、段差が無く、安全に生活できるように考えられています。また、利用者に分かりやすいように、各居室の表札や浴室・トイレの表示がされています。 | | |

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 ↓該当する項目に○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、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 | | | | |