

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 | 3090100235 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 すずらん会 | | |
| 事業所名(ユニット名) | 認知症対応型老人共同生活援助事業所 わかやま苑 | | |
| 所在地 | 和歌山市屋形町1丁目39番地2 | | |
| 自己評価作成日 | 令和6年 1月 12日 | 評価結果市町村受理日 | 令和6年3月19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://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/ |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 和歌山県和歌山市手平二丁目1-2 | | |
| 訪問調査日 | 令和6年2月6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)】

当事業所では利用者様日常生活の人権を尊重し常に利用者様の立場に立ち、その人がその人らしく生活できるよう支援しています。日常生活の中でも、調理や洗濯物等、職員とともに行うように努めています。利用者様の健康管理においては、協力病院と密に連絡を取り、定期受診や急変時の時間外での診察も受けるように連携を取っています。いつでも相談できる体制作りにも努め、健康で安全に生活できるように取り組んでいます。生活機能向上では理学療法士の助言や指導を頂き、発声や手足の運動、食事前の嚥下体操にも取り組んでいます。

【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)】

市の中心部に立地し、同一建物の中に特養も併設されており、協力病院も隣にあるなど、利便性の高い環境である。経験豊富な職員が多く在籍しており、比較的軽度の方からターミナル期の方まで、その人の状態に応じたケアの提供ができています。協力病院が隣にあるという利点を活かし、往診や緊急時の診療、歯科往診等、医療体制が充実しており、医療ニーズの高い方でも安心して生活することができる。災害対策にも注力しており、備蓄品の整備や避難訓練の実施だけではなく、非常時の調理訓練も行うことで、いざという時に全員が利用者を守る体制が整えられている。

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 | | | | |

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 | グループホームの理念として「みんなと一緒に暮らす『ここはみんなのお家』」を掲げ、管理者と職員一同で理念を共有し、日々の支援に努めている。 | 理念は施設内に掲示され、会議の場等でも職員間で共有されている。分かり易い理念であることから、職員は、日常的に理念が実現できているかを確認し合い、支援に反映させている。 | |
| 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 | 道路に面した掲示板を、毎月季節に合わせて利用者と共同で作成し掲示している。コロナ感染対策の為、行事は行っていませんが、回覧板の行き来や挨拶をかわし交流を図っている。 | コロナ禍以降、行事の開催等が無くなり、地域の方との交流の機会は減少しているが、ボランティアの受け入れ等、以前の状態に戻す取り組みを行っている。近隣に商店が多いことから、食材の購入や、職員が個人的に買い物に行く等、お互い顔の見える交流は行えている。 | |
| 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 | 感染対策の為、外出の機会もない状態ですが地域の店舗を使い職員が、買い物代行したり、テイクアウトなどでコミュニケーションを図っている。 | | |
| 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 | 2か月に一度、行っていたが現在は感染対策の為、開催出来ない為、グループホームの活動報告を書面にて委員の方々に報告している。 | コロナ禍以降は感染対策のため、2か月ごとに書面により開催している。施設の現況を家族や地域、行政の関係者に伝えることで連携を図っている。 | |
| 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に取り組んでいる | 市役所が近いので、直接出向いたり、各市役所担当者、介護保険課等に相談・指導を受けている。 | 必要に応じてその都度、市の担当課に相談・連絡等を行っている。運営推進会議の参加だけでなく、空床状況を共有したり、研修案内等の情報提供を受けたりと、適切に連携がとれている。 | |
| 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 | 身体拘束は行っていない。身体拘束についての苑内研修を行い、理解を深めている。全職員で安全確保に気を付けながら、身体拘束を行わない介護の実践に取り組んでいる。言葉による拘束も行わないよう心掛けている。 | 現在、身体拘束を行っている事例はない。委員会を月1回開催し、不適切なケアが行われていないか確認等を行ったり、年2回全職員を対象とした研修を実施している。全職員が、身体拘束を行わないという共通認識を持っている。 | |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている | 高齢者虐待についての苑内研修を行っている。職員全体で各利用者様の状態について共有しケアの方法について検討し、個々に適したケアを実践している。また、職員のストレス軽減のためにも日々話し合いながらケアを行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 管理者やケアマネージャーが外部研修に参加、リモート研修にも参加している。伝達研修にて職員と共に学んでいる。 | | |
| 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 | 契約書や重要事項説明書は書類を見ながら説明を行っている。わからない事や不安があれば聞き取り、理解・納得が得られるようにしている。 | | |
| 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 | 誰でもいつでも意見を提案できるように、意見書を設置している。意見・提案があればすぐに対応できるように努めている。 | 以前は、感染対策のために面会制限を行っていたが、家族の要望に応え、現在では、一部制限に留め実施している。家族来苑時には、積極的に会話するよう心がけ、要望を汲み取る努力をしている。食事についての要望が多いので、特別食の提供を行う等の取り組みを行っている。 | |
| 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 | 毎日の申し送りや、適時のフロア会議で職員からの意見や要望を聞く機会を設けている。それを管理者参加のケアマネ会議で反映させている。月1回、リーダー会議も行っている。職員へのアンケートも行っている。 | 会議の場等で、職員が意見を表明できる機会は多い。日常的にも施設長や管理者は、職員と対話することで意見を汲み取る努力をしている。ケア内容やレクリエーションの提案についてのことが多いので、意見を反映させていることも多い。勤務時間等の要望にも柔軟に応じることができている。 | |
| 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 | ケアマネ会議にて職員の勤務状況について報告を行っている。リーダー会議でも意見・要望を聴いている。定期的に業務改善のアンケートを行い、より良い環境作りに取り組んでいる。 | | |
| 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 | 2か月毎に様々な2つのテーマで苑内研修を行っている。外部研修は機会があれば参加している。業務の中で一人一人のスキルチェックや助言・指導を行っている。 | | |
| 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 | 入所待機者の担当ケアマネージャー等と交流を持ち、他事業所の環境サービス、問題解決等、情報交換を行いながら、サービスの向上に努めている。 | | |

| 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 | 事前面接では、出来る限り本人様の希望や不安を聞き、どの様な支援が必要か話しあっている。本人の望む暮らしを実現できるよう努めている。 | | |
| 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 | 事前面接や電話等の相談により、家族様が困っていること、不安や要望を聞き、適切なサービスを家族と共に選択している。家族様にも安心してもらえるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 本人様と家族様がその時に必要とされている支援を考え、当施設のサービスと共にボランティアの方々の活用も含めた支援に努めている。が、感染状況により現在は活用できていない。 | | |
| 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 | 職員全体で、一人一人に適したケアを行い、それぞれの趣味や特技を生活の中で活かせるように支援している。寄り添い、共に過ごすことで、みんなで一緒に暮らすという理念の実現に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 現在、外出、行事等、行っていないが日常の変化や様子等、互いに何でも報告・相談出来るよう連絡を密にしている。苑で撮った写真を渡して元気な様子をお伝えしている。 | | |
| 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 | 感染状況により、外出が出来ない為、友人や知人より電話やハガキで現状報告しあっている。(6月より落ち着いている為、制限付きで面会を行っている) | コロナ禍以降、外出する機会は少なくなっているが、現在は、面会についての制限を一部解除しており、家族や友人と会う機会を確保している。 | |
| 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 | 利用者同士のそれぞれの関係を考慮しながら、各個人やグループに応じた役割を持ってもらい、互いに支え合いながら生活できるよう取り組んでいる。レクリエーション等、楽しめるように支援している。 | | |

| 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 | サービス利用が終了しても、家族様からの相談を受け付け、関係の継続を大切にしている。 | | |
| 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 | 日々の関わりの中から、個々の思いや意向の把握に努めている。家族様から趣味や生活歴を教えて頂いている。職員には気付いた事は大切にできるように心がけてもらっている。気付いた事は職員で共有するようにしている。 | 入所時に、家族から生活歴を確認し、裁縫や編み物等の趣味を継続できるよう支援している。ケアプラン更新時や面会時にも、家族からの思いを聞き取っている。 | |
| 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 | 本人や家族様、入所前の担当ケアマネジャーから生活歴やサービス利用の状況を聞き取るようにしている。入所時には、それまで使用していた日用品や家具等、馴染みの物を持ち込んでもらえるように依頼している。 | | |
| 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 | 毎日、バイタルチェック・食事・水分摂取量・排泄パターン等の把握を行っている。個々に支援経過を記入し、心身の状態に合わせた生活を送れるように配慮している。 | | |
| 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 | 本人・家族様、医師や看護師・PT・栄養士・介護スタッフ等と意見交換しながら、介護計画を作成している。各利用者様の担当スタッフで毎月目標、モニタリング、24時間シートを作成し全職員で共有している。 | 基本的には、6か月ごとに他職種協働でプランを更新している。モニタリングは毎月実施し、利用者ごとの担当者が月の目標設定を行い、適切なケアの実施にむけて取り組んでいる。必要があれば、その都度プランを作成し直している。 | |
| 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 | 利用者様個別の支援経過記録を毎日記録している。行ったケアや本人の思いや言葉、表情等、日々の状態や気付いた事等記入し、職員間で共有している。フロア会議で意見交換をしながら介護計画の見直しに活かしている。 | | |
| 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・家族様の状況、その時々々のニーズに応じられるように、協力病院との連携や、他フロアとの協働、その他のサービスの活用についても検討し、対応できるように努めている。 | | |

| 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 | 感染状況で対面はできないが、幼稚園児から手作り雛人形をいただいた。 | | |
| 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・家族様の希望を優先し、かかりつけ医の診察を受けられるように支援している。協力病院以外の医療機関とも連携を取り、相談・報告を行いながら、適切な医療を受けられるように支援している。家族様にも協力を依頼している。 | 月に1回、協力医療機関の医師による回診がある。緊急の往診は、夜間も可能であるため、入所時に協力医療機関への変更が多い。整形外科や眼科も近く、徒歩や車いすで通院できる。 | |
| 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 | 日々の体調や異変時の報告・相談はいつでもできる体制になっている。受診の付き添い、服薬管理は看護師が行っている。互いに申し送りノートで情報を共有している。 | | |
| 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。 | 入院時にはカンファレンスを行い、病院関係者との連携を密に取っている。入院時には情報提供書を作成し渡している。入院中にも様子伺いに行き、状態把握と病院との連携を図れるように努めている。 | | |
| 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 | 重度化や終末期が近付いていると思われる時には、家族様、医師、看護師と話し合いを行い、出来る限り希望に沿えるように取り組んでいる。ターミナル期には、看取りに関する指針に沿って、多職種協働で支援していけるように努めている。入所時に看取りに関する指針について説明を行い、署名・捺印を頂いている。希望があれば、再度契約を行っている。 | 入所時に、重度化した場合や、看取り期の希望を聞いて同意書を作成し、体調変化のタイミングで再度要望を確認している。医師から家族に状態の説明を行うとともに、看取りを希望された場合には、施設で可能な医療処置等の範囲を伝えている。 | |
| 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 | 外部研修や苑内研修において、傷病の理解や急変時の対応について学んでいる。緊急時にはマニュアルに沿って対応するようにしている。職員には柔軟な対応が出来るように指導している。 | | |
| 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2回、施設全体で避難訓練を行っている。火災や地震、停電に対応できるように訓練を行っている。避難経路の確認や消火器の位置等、全職員が把握しておくように指導している。 | 防災委員が作成した具体的な想定で、入居者も全員参加の訓練を実施している。災害時の食料や、水の備蓄も十分な量を確保している。また、断水に備えて、トイレ内に生活用水を入れたペットボトルを常に置いている。 | |

| 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 |
| 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 | 一人一人の性格や経歴等を把握し、人格を尊重したケアに努めている。本人の気持ちを大切に、誇りやプライバシーを傷つけないような声掛けや誘導を行っている。 | 定期的に入権研修を実施している。本人の希望に沿って、笑顔が出るような、その方に合った声掛けを心掛けている。呼び名も苗字だけでなく、親しみのある下の名前を使うこともある。トイレ誘導も、他者に聞こえないように声かけをする等の配慮をしている。 | |
| 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 | レクリエーションへの参加や、入浴等、本人の希望を聞けるように努めている。テイクアウトも本人の希望に添えるように努めている。本人の思いを尊重したケアの実践に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入浴時間や日中活動等、本人の体調やペース、希望や気分に沿って行うよう努めている。職員側の気持ちや時間に余裕を持ち、個別に柔軟な対応が出来るように努めている。 | | |
| 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 | 一緒に着る服を選んだり、髪を整えたりしている。散髪は月に一度、理髪店の方が来てくれている。 | | |
| 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 | 昼食かおやつは、出来る限り利用者様にも手伝ってもらいながらフロア調理を行っている。ご飯は毎日フロアで炊いている。利用者様に食べたい物を聞き、献立やテイクアウトを考えている。 | 季節感を取り入れた料理や、お寿司や焼き肉そうめん等の食事イベントがある。感染対策で皆で行う調理は控えているが、自分用のお寿司を巻いたり、サンドイッチを挟むなど調理の機会もある。利用者のリクエストでテイクアウトもしている。 | |
| 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 | 一日の食事・水分摂取量を記録して把握している。栄養士により、カロリー管理されている。個別に対応したメニューや形態で提供している。嗜好調査を行いながら、栄養バランスの良い食事を提供できるように取り組んでいる。 | | |
| 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、自分で行える方には声掛けを行い、洗面台で歯磨き・うがいをしてもらっている。介助が必要な方には職員がケアを行っている。 | | |

| 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 | 排泄チェック表を記入し、それぞれの排泄パターンを把握し、その方にあったトイレ誘導・声掛けを行っている。排泄パターンに合わせ、オムツ・パットを使い分け、出来る限りトイレでの排泄が継続できるように支援している。 | 排泄パターンのチェックリストを活用している。オムツの交換間隔を調整し、快適に過ごせるよう配慮されている。個別の関わりで、精神的不安からの頻尿が改善されたり、適切なトイレ誘導で、パットの使用が減るケースもあった。 | |
| 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 | 排便周期を把握し、食事や水分摂取量に気を付けている。運動や腹部マッサージ等の支援も行っている。便秘傾向で排便コントロールが必要な方には、医師・看護師の指示のもと適切に便薬等で調整している。 | | |
| 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 | 基本的には週2回の入浴を予定しているが、本人の体調や気分に合わせて実施している。失禁等、その場の状況に合わせて柔軟に入浴できるように取り組んでいる。 | 状態に適した入浴方法で対応している。機械浴を利用する場合は、看護師とスタッフ2名の3人態勢で介助している。入浴を拒否される方には、不快な気分にならない言葉で誘い、入浴を楽しめるよう対応している。 | |
| 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 | 日中活動を促し夜間良眠できるように努めている。一人一人の生活リズムや体調に合わせて休息をとれるように配慮している。不穏時には、寄り添い話を聞き安心して眠れるように支援している。 | | |
| 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 | 看護師が服薬管理を行い、介護職員が服薬介助を行っている。個々の薬情をファイルしており、職員全体で把握・確認を行っている。症状の変化や、経過観察に努めている。 | | |
| 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 | 生活歴や職歴、趣味等の得意分野を發揮できるような役割を持ってもらったり、頼みごとをして、活き活きとした生活が送れるように取り組んでいる。クラブ活動や外出等で気分転換を行っていたが、感染対策の為、現在は行っていない。 | | |
| 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 | 季節を感じてもらえるように散歩やドライブに出かけたり、希望に沿って買い物や外食支援等行っていたが、感染対策の為、現在は外出支援は行っていない。 | コロナ禍以前は、少し離れた公園や和歌山城に出かけたり、食品の買い出しに入居者も同行していた。感染予防対策で外出を控えているが、利用者も理解を示しており特に要望はない。2月から車いすヨガのボランティアの来訪予定があり、その際は、部屋を出て建物の7階まで移動し、少しでも身体を動かせるよう工夫されている。 | 外出支援が盛んであった施設であるため、車いすヨガの受け入れをきっかけに、豊富な外出支援の経験を活かして、感染予防に配慮しながら可能な範囲で、外出の機会を作っていくことを期待したい。 |

| 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 |
| 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 | 本人で所持しているのは少額だが、家族様協力により事務所で預り金を管理している。本人と買い物に出かけたり、外出に行ったりと現在は出来ない為、食べたい物を聞き、フロア調理やテイクアウトし、欲しい物があれば職員が買ってくる。 | | |
| 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 | 本人の希望時には職員が電話を繋げ、直接話ができるように支援している。 | | |
| 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 | 共用空間は空調や明るさ等、不快にならないよう配慮を行っている。花や手作り品等を飾り、季節感を感じられるような空間作りに取り組んでいる。 | 日中は、皆がリビング兼食堂で過ごし、パズルや塗り絵をしたり、居心地よく過ごしている。仲の良い利用者同士で一緒にテーブルを囲み、食事前には美味しそうな香りが漂う中、洗濯物を畳んだり、様々なレクリエーションに活用されている。トイレの数が多く、混乱することは無い。廊下にソファを設置し、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | |
| 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 | リビングや居室等、思い思いに過ごしてもらえるようになっている。気の合った者同士で過ごしたり、趣味活動に取り組んだりできるように配慮している。 | | |
| 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 | 家族様に協力してもらい、馴染みの家具や生活用品を持ち込んでもらい、その人らしい空間作りになっている。居室内は本人の希望や動線に沿って家具を配置し、装飾も自由に行っている。 | 写真や思い出の品だけでなく、自宅で使っていたテレビやオーディオ、枕と布団等使い慣れた物を持参している。居室は十分な広さがあり、タンスも備えている。グループホームは、建物の3階にあり、外の景色が良く見え、窓が大きいため明るく、本人が居心地よく過ごせる居室になっている。 | |
| 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 | 家具の配置や、ベット周りの日用品の置き方、必要な介護用具等、その方にとって安全で使いやすいように工夫している。本人の能力を活用できるように配慮している。 | | |