

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 | 4492100013 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人 | | |
| 事業所名 | グループホームひだまり | | |
| 所在地 | 大分県東国東郡姫島村1658番地の1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年2月20日 | 評価結果市町村受理日 | 平成27年4月3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 | 福祉サービス評価センターおおいた | | |
| 所在地 | 大分県大分市大津町2丁目1番41号 | | |
| 訪問調査日 | 平成27年3月13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)】

①多くの高齢者の方々は、住み慣れた村で家族や友人に囲まれて暮らすことを願っています。ひだまりでは、認知症高齢者の方々が生まれて育った慣れ親しんだ環境のもとで自由でくつろいだ生活をする事により、言葉数が増えたり表情が明るくなったり落ち着きを取り戻すなど認知症の進行を遅くすることを支援し認知症になっても姫島から出ていなくても良い「ひだまりがあるから」と地域住民に安心していただくホーム作りを目指しています。
 ②開かれたホーム作りのため、家族、近隣、地域住民、保育所、幼稚園、近所の子供たちをプライバシー保護に配慮しつつ日中時間に関係なく受け入れています。
 ③認知症になっても生まれた島にいてよかったと思われるように、地域の催し事に積極的に参加し、今までの生活の延長を楽しめるように交流を図っています。

【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)】

- ・入居前にお試し利用期間を設け、本人の思いや家族の思いを尊重した事業所利用に繋がっている
- ・環境や生活に合わせ、休暇や変則勤務体制が取られ、働き易い職場環境作りが行われている。
- ・全利用者が、日常的に外気や季節の移り変わりを感じる、様々な屋外活動や外出支援が行われている。
- ・トイレでの排泄や職員による衛生製品の工夫やアイデアが、排泄の自立支援、経済的負担軽減に繋がっている。

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広がったり深まり、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、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 | 毎朝ミーティングの後、理念を復唱し利用者の意思を尊重できる介護を行っている。介護に困った時に振り返る材料として共有している。 | 地域密着型事業所としての理念と、毎日、心がける3項目を事業所内に掲示し、地域活動や日々の利用者支援の中で、意識づけされ、実践されている。 | |
| 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 | 今年は、運動会が悪天候のため中止となり参加できませんでした。お誕生日会は地区の方と家族が歌や踊りに参加してくれて一緒に楽しんでいます。 | 隣接する住宅や地域住民と日常的に会話を交わし、地域と事業所との交流が行われている。また、近隣住民の支援や気配りにより、地域とのより良い関係づくりが行われている。 | |
| 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 | 運営推進会議やケアマネ会議において情報交換を行い認知症高齢者が多く受け入れ施設が無いので増床を戸の希望が強く今年度2ユニットとなります。 | / | / |
| 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 | 運営推進会議において事業所での現状や活動内容の報告を行い会議で取り上げられた意見を職員会議で報告し問題点を改善しながら共有している。又、村内の福祉サービスについても話し合い連携したサービスが提供できる体制作りをしている | 村の様々な職種の役職員が委員として参加し、2か月に1度開かれている。運営や利用者支援について、それぞれの委員の立場から助言や提案を受け、話し合いが行われている。議事録も詳細に記録されている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 村の担当者とはたえず連絡をし合い新規事業の開設に向けても多大な協力をいただいている。解らない事は調べて前向きに取り組んでくれる。 | 村唯一のグループホームとして、高齢者支援や事業所運営について、担当職員との密な連携が取られており、協働体制が構築されている。 | |
| 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 | 昨年、身体拘束について不十分との意見をいただいたのですぐさま計画をして拘束0に向けて取り組み職員の意識改革につなげた。身体コウソクシナイケアに取り組んでいる。 | 今年度の目標達成計画として、積極的に取り組まれている。利用者の安全を最優先に家族への配慮や様々な工夫、アイデアを取り入れ、リスク回避が行われている。 | |

| 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 |
| 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 | 開放した開かれた施設づくりをめざしているため毎朝虐待防止にかんする言葉の復唱を行い職員に意識づけている。地域の方も自由に入出入るので常に他者の目があり虐待防止につながっている。 | | |
| 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 | 外部研修を受講したものは理解できている。その他は自施設研修 | | |
| 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 | 入所時に管理者から丁寧に説明を行っている。又、入・退院を含め支払い時に詳しく説明を行い納得を得ている。料金改定の際は家族会議を開催し改定の理由を説明し了解を得ている。 | | |
| 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 | ご家族には、入金時や面会時に常に問いかけ、何でも気やすく言ってもらえるような雰囲気作りを留意している。出されて意見については、毎朝のミーティングで話し合い早期解決を図っている。 | 家族の面会も多く、意見や要望は職員間で話し合わせ、支援に繋げている。職員が家族の思いを傾聴し、支援に繋げると共に介護者への支援にも努めている。 | |
| 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 | 職員会議で運営状況の現状を報告している。運営や決定事項は殆ど職員と合同で進めて行き全員で話し合っ決定する等自分たちで働きやすい環境作りをしている。 | 職員間のコミュニケーションが取れている。職員の育児、孫育てや家庭環境に合わせた休暇や変則勤務体制をとることができ、緊急時のシフト交代にも迅速に対応できる働きやすい職場環境作りが行われている。 | |
| 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 | 経営者も現場の職務に携わっているため、業務内容の改善や悩みなど把握できている。家庭の事情があれば短時間であれば帰れるようにし、学童がいる職員は非常時には連れて来れる配慮をしている。給料もUPできている。 | | |
| 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 | 職員1人1人がより高い知識・技術・資格確保のための研修を受講できるように働きかけ計画、実践している。 | | |

| 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 |
| 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 | 同業者とは運営推進会議、ケアマネ会議を通じ交流できている。他施設から寝たきり者の散歩コースの受け入れを行い利用者職員共に交流を図っている。 | | |
| 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 | ここで暮らすことを納得してもらうために無料でお試し期間を設け事前面談で得た希望や要望、好き嫌い等本人の思いに寄り添えるように職員一人一人が信頼関係を築いていくよう努めています。 | | |
| 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 | 本人と相談者(村外)が離れている場合、24時間電話相談受け入れ、土・日相談面会受け入れ等家族に負担の無いように話を聞くよう努めています。ご家族には、安心して利用できるように生活の様子を見ていただくようにしています | | |
| 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 | 本人と家族の意向が違う場合、まず体験入所していただき、入所可能か否かを判断していただく。まだ在宅生活が可能な場合は、村内の各事業所と連絡調整し在宅サービスを利用しながら当事業所への入所を理解するように支援しています。 | | |
| 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 | 職員も利用者も皆知り合いで、馴染が深く安心して暮らせる環境です、その中でも尊厳を重んじ利用者も家族の一員と言う意識の元、お互い協働しながら生活できるように努めています。 | | |
| 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 | お楽しみ会や収穫祭には家族の参加を求め本人と家族、職員で歌や踊り食事を通して交流を図り日々の暮らしの出来事や情報の交換と共有に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 馴染みの方や地域の方が気軽に立ち寄れるオープンな環境作りを心がけています。生家や自宅に立ち寄れるドライブを計画し家族や知人近所の方との交流が出来るように支援するとともに姫島巡りを週3回位しています。(冬季は中断) | 村民の皆が顔見知りの関係で、村全体が馴染みの場となっている。近隣住民や訪問者、職員やその家族とも、馴染みの関係が作られており、日常的に交流、支援が行われている。 | |
| 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 | 個別に話を聞いたり、相談に乗ったり、みんなで楽しく過ごす時間や気の合う者同士で過ごせる場面作りをするなど、利用者同士の関係がうまくいくように職員が調整役となって支援している。テーブルの配置や席替えなども行う。 | | |
| 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 | 病院に転院した利用者の面会に行ったり家族の悩みを聞いたり見守るように心がけている。他病院、他施設に移られた後も、他事業所ケアマネと連携し情報交換をしている。 | | |
| 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 | 入所時に家族からこれまでの暮らしぶりを聞き取り本人の望む暮らしが出来るように取り組んでいる。困難な場合は日々の暮らしの中で言葉や表情行動から本人の望むこと嫌う事を把握しストレスのない生活出来る支援をしています。 | 利用者の生活歴、意向、心身の状況や、家族の意向、思いを把握し記録している。利用開始前には必ず「お試し利用」をすることで本人の思いを尊重して事業所の利用に繋げている。 | |
| 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 | 村内の医療・福祉の関係者が運営推進会議・ケアマネ会議の中で情報交換し在宅認知症の方の現状がほぼ把握できているので入所後は、家族からの情報を収集し又、昔話からどんな暮らしをしていたのかを知り日々のケアに役立てています。 | | |
| 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 | 利用者1人1人の生活リズムを把握するとともに行動や話しぶりから本人の全体像を把握する。ミーティングで状態報告し1日をかけて本人への働きかけを含めて記録し全員で確認し共有するようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者ごとに担当を決めて課題とサービス内容を全体で協議して介護計画に反映している。職員会議でモニタリングして必要なサービスが提供できるよう計画している。 | 利用者の生活歴や思いを大切にした介護計画を作成し、毎月、全職員参加の下でケアカンファレンスを行い、支援経過のモニタリングを行っている。 | |
| 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 | 個別のファイル記録簿に食事・水分・排泄・バイタル・入浴・プラン等日々の暮らしの様子や本人の言葉やエピソードを記録している。毎朝のミーティングで確認し情報の共有を図っている。 | | |
| 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 | 本人・家族の要望やその時の状況に合わせて臨機応変にサービスできるようにしています。 | | |
| 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 | 包括支援センター・診療所・福祉施設と連携を密にして支援に関する情報交換・協力関係を築いている。島でとれた魚や野菜の差し入れを利用者と処理し季節感を味わいながら食している。 | | |
| 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、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 | 協力医療機関である診療所の医師・看護師が毎月1回定期的に診察に来てくれている。突発性の受診は基本的には家族に同行を求めているが継続治療は職員が代行し受診結果は必ず家族に報告している。入院時は家族と同席で説明を聞くようにしている。 | 掛かりつけ医の診療所医師が、オレンジドクターとして利用者の心身両面のサポートに取り組まれており、情報の共有、医療と介護の連携が図られている。利用者の病状や薬の処方等、その都度アドバイスを受けている。 | |
| 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 | 介護職員は1日2回のミーティングで、利用者の報告を行う。毎日入浴での全身観察、ケアを通じて異状の発見が早く健康管理が出来る。異常時は電話で看護師と相談ができ医師への報告、診察がすぐ可能な状態になっている。 | | |

| 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 |
| 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、本人の日常生活、病態経過を報告し2～3日に1回見舞うようにしている。医師からの説明は、家族を同伴させ行き違いのないように心がけている。 | | |
| 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 | 事業所ができる最大のケアについて入所時に説明を行っている。重度化し医療が必要になった場合は、家族、診療所と話し合いながら対応している。関係機関と連携しなるべく地元で、入院、入所できるように支援している。 | 利用者や家族の希望を聞き、支援経過に記録している。職員間で情報の共有が行われており、協力医療機関と連携しながら終末期支援に取り組んでいる。 | |
| 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 | 夜勤時の緊急対応についてマニュアルを作成し周知徹底を図っている。 | | |
| 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 | 防災・非常災害マニュアルを作成し共有している。防災訓練を年2回実施し夜間想定訓練を行った。村が行う防災訓練にも参加している。今年度スプリンクラー設置した。 | 目標達成計画として、夜間訓練とスプリンクラー設置をあげ、消防職員指導の下、夜間想定訓練が実践され、スプリンクラーも設置されている。食材や衛生製品などの備蓄もある。 | |
| 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 | 毎月の職員会議において個人の尊厳、プライバシー保護について話し合っているが時にトイレの介助などで尊厳に欠ける場面がある。その都度反省しているが慣れたころに出てくる。 | 利用者、家族との親しい関係の中にも言葉遣いや対応に配慮し、個人情報の保護を理解した取り組みに努めている。 | |
| 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 | 本人の思いや希望をかなえられるように日々の生活からくみ取るように支援しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 基本的な1日の流れはあるが、形にはまった過ごし方はしていない。利用者の状況によってその日その日でスケジュールが違い柔軟な生活を送っている。 | | |
| 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 | 化粧の習慣が無かった方たちですが、入浴後の乳液を塗ったりするくらいです。整容、髭剃り、着衣の汚れ、食べこぼし等に配慮し誰が来ても恥ずかしくないように心がけています。 | | |
| 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 | 献立は1か月から1週間献立に変更し旬のものが調理できる工夫にしました。差し入れでメニュー変更したり材料の下ごしらえなど一緒にします。片づけも時間がかかったりやり直しが多くありますがやる気を尊重し一緒にしています。 | 毎食、近隣からの差し入れや事業所農園で育った食材を使い、手作りの食事が作られている。旬の食材や食べ慣れた物なども多く取り入れ、食べ易い大きさや柔らかさに配慮された献立となっている。職員も同じものを食べている。 | |
| 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 | 1人1人の体調と1日の摂取量を把握しています。水分を取れない方には本人の好む飲み物を用意し必要量確保できる支援をしています。 | | |
| 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3回歯磨きを行い、洗面所に行けない方は義歯洗浄と口腔ケアを行い肺炎防止に取り組んでいる。口腔体操を取り入れ嚥下機能のリハビリを行っている。 | | |
| 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 | オムツ使用者や尿意のない利用者も日中はトイレで排泄が出来るように時間を見計らって便座に座られて排泄を促している。日中のおむつ外しに取り組んでいる。 | 毎朝、利用者全員がパンツに履き替え、日中はトイレでの排泄に取り組んでいる。職員全体でおむつ外しやパッド利用の軽減に取り組み、衛生品の消費軽減や排泄の自立に繋がっている。 | |

| 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 |
| 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 | 排泄記録で便秘の方には芋や繊維質の多い食材を提供している。又、腸の働きを良くするために体操や腹部マッサージ体操を取り入れている。頑固な便秘には服薬で排便コントロールを行っている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 毎日入浴を行っているが入浴嫌いの方は1日おきとしている。入浴拒否をする場合は、時間を置いて誘導するか翌日無理なく入浴できる配慮をしている。 | 毎日入浴できる。家族の希望で隔日入浴にするなど、利用者や家族の希望を組み入れている。介護度1～5までの利用者全員が湯船に浸かり、ゆったりと入浴を楽しむ支援が行われている。 | |
| 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 | 利用者の生活スペースに合わせて、午睡したり、夜間良く眠れるように日中の活動に配慮している。眠剤を服用されている方は睡眠状況を把握している。不安が強くて眠れない方は、眠れるまでそばについている場合もある。 | | |
| 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 | 薬の処方や容量が変更されたり本人の状態変化が見られた場合は連絡帳と回覧で全職員が把握する。その後、観察、記録、話し合いを行い協力医療機関と連携を図っている。 | | |
| 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 | 日々の生活で自分も役に立つんだと言う満足感を味わえる取り組みをしている。昔好きだった踊りや趣味を発揮できるように支援しています。 | | |
| 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支援している | 本人の思いを把握し、家に帰りたようであれば散歩やドライブをしながら望みがかなうよう支援している。近所の友達や地区の方と雑談が出来るよう車から降りて話したりしている。車いすの方も馴染の風景を見て安心するように15分位の散歩をして行きかう方と話が出来るよう支援しています | 日常的に外気浴や散歩をし、村民体育大会には、事業所ブースや、トイレブースが準備され、利用者全員が参加している。個別、集団での様々な屋外活動が行われており、馴染みの場所や季節の移り変わりなどを感じる事の出来る外出支援が日常的に行われている。 | |

事業者名:グループホームひだまり

| 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 | お金は所持しておらず、金銭管理は家族にゆだねています。 | | |
| 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、暑中見舞いを出しています。 電話はいつでもかけたり受け取ったりできる状態にしています。 | | |
| 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 | ホールは明るく窓から畑で働く人を見たり遠くの山々の変化で天気を予想したり季節の移り代わりを感じています。 壁面には自分たちが作成した手作りのはり絵や切り絵を季節に応じて作成し楽しんでいます。 | 利用者と共に、ちぎり絵や布小物を使った季節感のある作品作りをして事業所内に展示している。共有空間の中心の食卓、ソファで思い思いに寛ぎ、近隣の行き交う人と会話を交わし、周囲の畑や景色で季節の移り変わりや生活感を感じる事の出来る共有空間となっている。 | |
| 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 | 冬はこたつで気の合う入居者同士がくつろいだりデッキや廊下の椅子でくつろげるようにしています。 | | |
| 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 | 布団は今まで本人が使用していたものを持ち込んでいます。 | 居室入口には、利用者の笑顔の写真が掲示され、居室には家族写真や新年に書いた書初めなどが飾られている。換気や清掃などの環境整備にも努めている。 | |
| 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 | トイレには「便所」とわかるように表示し部屋には自分の顔写真を貼り判別が出来るようにしています。 | | |