

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 | 2172400273 | | |
| 法人名 | 大和産業株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホーム垂井だいわ福寿の杜 | | |
| 所在地 | 岐阜県不破郡垂井町栗原372-1 | | |
| 自己評価作成日 | | 評価結果市町村受理日 | 平成22年1月8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://kouhyou.winc.or.jp/kaihosip/infomationPublic.do?JCD=2172400273&SCD=320 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 ぎふ住民福祉研究会 | | |
| 所在地 | 〒5016232 岐阜県羽島市竹鼻町狐穴719-1 はしま福祉サポートセンター内 | | |
| 訪問調査日 | 平成21年11月28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)】

月1回音楽療法、2か月1回フラワーアレンジ・エステ、年1回家族参加の日帰り旅行、毎月季節にあわせた行事など利用者様にいろいろな娯楽を提供しています。散歩やドライブ、喫茶店などなるべく外に出る機会をつくっています。手先を使う作業にも力を入れています。(大人の塗り絵・刺し子・折り紙など)

【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)】

グループホーム垂井だいわ福寿の杜は、垂井町の南部に位置し、養老山脈の四季の彩りや、田園風景等、自然が活かされている場所に立っている。開設して3年が経過して、地域住民との交流が盛んになり、地域密着型としてのグループホームとしての役割を發揮している。この施設の特徴は、代表者が利用者の安全、安心を一番大切に捉えており、職員の人員配置に余裕が感じられる。ケアや支援は利用者本位に行われ、利用者が散歩に行きたい、喫茶店に行きたい、ドライブに行きたい等、急な要望にも、直に対応が出来る体制が素晴らしい。また、様々な行事が行われているが、そのいづれにも家族の参加がある。更に、音楽療法やエステ、フラワーアレンジ、園芸等利用者が日々、元気で活躍するようになる楽しみごとも多く企画され、地域の保育園、ボランティアの受け入れ、役場との連携も取れており、素晴らしい施設である。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 | | | |

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 | 地域に溶け込めるように理念を作り、職員はこれを、ミーティングで復唱し皆で目標を頭に入れ、仕事に取り組んでいる。 | 住んで良かったホームに、ご近所さんと仲良しになろう、手を握り合って、その温もりを感じようとの理念が、職員に周知されており、職員全員が、この目標に取り組む姿勢が観られる。 | |
| 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 | 地域から、行事参加の声かけをしていたりできるようになってきた。ホームでの行事も年々地域の方の参加が増えてきている。 | 開設して3年経過し、地域から行事の参加の呼び掛けがあるほど地域との交流が盛んになっている。ホームの便りを公共施設や近所に配布しており、施設の内容やボランティアの募集等を掲載し、地域に向け積極的にアピールしている。 | |
| 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 | 運営推進会議で民生委員や地域代表の方に、いつでも相談に来ていただけるよう伝えてあるし、相談も何件か受けている。 | | |
| 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 | 毎回、利用者の入居情報、事故報告、行事等報告し、助言やアドバイスをしていただいている。職員にも報告しサービス向上に活かしている。 | 運営推進委員会は定期的に開催しており、会議の様子は会議録に記録してある。また、ミーティングで報告をし、他の職員にも共有できる体制を取っている。そこからの情報で地域の行事に参加したり、家族等の要望を運営に反映させたりしている。 | |
| 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に取り組んでいる | 毎月1回役場に行き情報交換をしている。2ヶ月に1回の運営推進会議にも毎回参加していただいている。 | 開設当初から役場担当者と協力関係が出来ている。特に、施設長や事務局長は、役場全体とも交流が深く、様々な情報がいち早く施設に伝わるようになってきている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 研修に行った職員が報告、回覧などで全員に熟知させているが、事故防止のため2段階に、夜間のみ施錠している。 | 身体拘束については、マニュアルで職員に周知している。また、ミーティングのなかで、必ず、身体拘束について話し合い、職員同士で確認し合っている。 | |
| 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 | 研修に行った職員が報告、回覧などで全員に熟知させている。職員の目に付く箇所に気をつける言葉など張って虐待防止がないように努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 職員には順次研修にて勉強してもらっている、レポートで全職員にも報告している。必要な方には話しをしている。 | | |
| 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、納得いただけるまで説明を行い、改定等は家族会のときに説明しご理解していただく。 | | |
| 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 | 契約時に、施設長、管理者または外部機関に話せること伝え、契約書にも外部機関連絡先が掲示してある。相談箱の設置もしている。 | 家族会が出来ていて、その中から意見や要望が施設に出される仕組みになっている。また、運営推進会議にも複数の家族が参加しており、出てきた意見は、職員協議のうえ施設運営に反映させている。 | |
| 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 | フロア会議、ミーティング等で意見を聞き、その意見を幹部会議で報告検討している。 | 幹部会議の内容も職員に伝わるシステムとなっている。また、毎日行うミーティングやフロア会議等で職員が意見を出しやすい環境を整えており、活発な協議をしている。出た意見は、運営に反映させている。 | |
| 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 | 就業規則を変更し、岐阜県子育て支援企業に登録した。 | | |
| 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 | 段階に応じて研修に参加している、参加できなかった職員には、レポート提出やミーティングで研修報告してもらい理解してもらうようにしている。 | | |
| 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 | グループホーム協議会へ参加している。同じ地区のグループホームの運営推進会議に参加したり来て頂いたり交流の機会をもっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 事前面接に行き本人とゆっくり話し、アセスメントをしっかり取り不安なこと、求めていること等受け止め努力をしている。 | | |
| 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 | 事前面接、契約のときに家族と話す機会を設けている。 | | |
| 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 | 相談時、本人や家族の思い、状況を確認し必要としている支援が出来るよう対応に努めている。 | | |
| 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 | ご本人の気持ちを尊重し少しでも気持ちに添えるよう努力している。掃除、洗濯、炊事など出来る範囲で参加できない部分を職員がサポートしている。 | | |
| 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 | 会報にて1ヶ月の様子を知らせたり、行事参加や面会時に家族との良い関係を築い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 | 喫茶店や床屋など出来る範囲で馴染みの店に行っている。家の近くを散歩やドライブなどしている。 | 地域との交流が盛んになり、地域住民との馴染みの関係がどんどん広がっている。また、利用者が今まで生活して来た馴染みの関係が継続できるよう、本人の希望があればそれに応え、実行して望みを叶えるように支援している。 | |
| 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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 利用者同士の関係を把握し、孤立しないように、利用者同士が交流できる空間を作っている。利用者同士の性格を見極め問題が起こらないように配慮する。 | | |

| 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 | 退所のときいつでも相談にのる旨を伝え、必要があれば関係を断ち切らないように対応する。 | | |
| 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 | アセスメントを大切に本人の希望に添えるようケアプランを立てて実行している。家族の協力が必要なときは話し合い協力を依頼している。 | 一人ひとりの背景や思い、今までの暮らしぶりや趣味、やりたいことなどを職員が把握したうえで、日々の暮らしや今日、何がしたいかなど、会話や態度で確認するよう心がけている。本人本意を最優先している。 | |
| 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 | 事前面接のときに、本人、家族からアセスメントを取り把握につめるほか、家族の面会時や本人との会話から情報集めケアに生かす取り組みをしている。 | | |
| 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 | 利用者の出来ること、得意なことを見つけるように活動時に目を向けて観察して実行できるところは、挑戦している。毎朝、健康チェックを行い、異常がある場合は看護師に連絡して主治医と連携を取り対応している。 | | |
| 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、家族の意向を確認、月1回のモニタリングで現状把握、フロアー会議でケース検討を行い意見を出し合っている。介護計画に盛り込んでいる。 | モニタリングがしっかり出来ていて、そこに本人の希望や要望、家族の意見を取り入れ、更にフロアー会議で、主治医等関係者の意見を聞きながら、職員全員でケース検討をして介護計画を作成している。 | |
| 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 | ケース記録や各チェック表、申し送りノート、業務日誌などで情報の共有を図りケアプランの作成見直しに活用している。 | | |
| 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 | 通院介助、健康診断やその他必要に応じてサポートしている。 | | |

| 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 |
| 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 | ボランティアの方による活動、馴染みの店など地域の場所や人の力を活用している。 | | |
| 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、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 | 月2回往診に来てもらい、協力医師の指示により、専門の医療が必要なときは協力医師より予約を取ってもらい専門の医療に受診している。 | 家族同行の受診により、利用前からのかかりつけ医を希望できる。受診時には、協力医およびホーム看護師が利用者についての情報を提供し、受診後は家族から結果を聞き、連携を満にしている。 | |
| 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 | 介護支援専門員が看護師であり、気軽に相談でき健康面も支援している。夜間も連絡体制が出来ており、迅速に対応している。 | | |
| 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。 | 施設看護師が病院と連携を取り情報交換や相談をして連携を取っている。退院のときは家族、医師、管理者、看護婦でカンファレンスを行い、退院後の対応など話し合う。 | | |
| 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 | 現在の状態をこまめに家族に伝え、重度化したときの対応を少しずつ話しあっている。終末期については、家族、医師、管理者、看護婦などで話し合い出来る範囲で取り組んでいる。 | 重度化した場合や看取りの対応については、協力医を中心とした医療体制を整えた上で全職員に共有を図り、ホームとしての方針を打ち出している。また段階的に家族、医師、看護師、職員が話し合いを行い、対応を確認しながら取り組んでいる。 | |
| 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 | 急変時、事故発生時のマニュアルを作成し、周知徹底している。定期的に訓練をしている。 | | |
| 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 | ホーム独自のマニュアルを作成それに基づき避難訓練を実地、マニュアルの見直しを行っている。消防署も交え年1回避難訓練を実地している。 | 避難訓練は、職員がユニットで一人になる夜間を想定して行っている。近隣住民の参加については、声かけはしたが実現されていない。備蓄は、水、食料3日分の用意があり、職員はその内容について周知している。 | 災害が夜間に発生した場合、近隣住民の協力は不可欠である。運営推進会議などで議題に挙げ、地域にお願いされる機会を検討いただきたい。 |

| 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 |
| 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 | 常に目上の方に話していることを頭においている。面会簿や個人情報の取り扱いには注意している。 | 利用者の尊厳を大切に、誇りやプライドを傷つけない言葉かけや対応が事務所内に掲示され、職員への周知を図っている。また、外部研修での学びをホーム会議で報告し、職員同士で確認しあっている。 | |
| 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 | 本人の意思や希望で行動出来るように支援している。買物のとき野菜など選んでいただく。 | | |
| 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 | 利用者の毎日の状態に合わせ、本人と相談しながら希望にそった支援をしている。 | | |
| 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 | 定期的にエステを開催している。入浴の着替えは同じものにならないように、洋服の片付けにも気をつけている。化粧道具を持って来て頂きお化粧するように声かけをしている。 | | |
| 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 | 食事の準備や配膳、盛り付けなど、出来ることは職員と一緒にこなしている。時々外食もして好きな物を選んで食べて頂いている。 | 野菜の皮むき、米とぎ、盛り付け、配膳、後片付け、食器洗いなど、利用者の出来る力を活かし、職員と一緒にやっている。食事中には利用者と職員が、食べている料理や食材について楽しく会話する姿が見られる。 | |
| 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 | 食事形態は、個人によって「変更している、食事量は水分量、チェック表に記入して確認する。栄養バランスの取れていない方はナースに報告して医師の指示を仰いでいる。 | | |
| 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 | 今年は垂井町成人歯科検診を、して頂き歯の状態を職員が把握し毎食後の口腔ケアに行かせました。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄チェック表を活用して、個々の排泄パターンを把握、トイレ誘導を行う。なるべくおむつ利用を避けるように努力している。 | 排泄チェック表で個々のパターンを把握し、おむつを使用しないトイレでの排泄を支援している。また便秘の方については協力医と相談し、水分、運動、薬を調節し対応している。 | |
| 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 | 排泄チェック表、水分チェック表などを利用して便秘の原因を探し散歩、マッサージ、体操を取り入れ医師と相談しながら服薬などで調節している。 | | |
| 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 | 週3回曜日は決まっている。時間は午前中に入ることが多いが希望によっては午後でもOKである。本人が希望すればいつでも入浴ができるように、対応している。 | 入浴日でない日には足浴で対応し、快適に過ごしてもらえよう工夫している。また入浴を拒む利用者には、「リハビリだよ」と声かけするなど、一人ひとりに合った対応で支援している。 | |
| 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 | 個人の習慣にあわせて、ベット、畳などで対応している。休憩場所の畳スペースも少し昨年より広くして使いやすいようにした。 | | |
| 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 | 個別のケース記録に処方箋をファイリング、職員が随時確認できるようになっている。重要な薬については詳細が把握できるよう別紙にファイリングしている。申し送りノートや業務日誌にて変更の旨を記入、職員全員把握できるようにしている。 | | |
| 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 | 音楽療法・フラワーアレンジメント・エステなど定期的に参加できるようにしたり、散歩や買い物、本人希望の手芸や塗り絵を常に用意しておくように心がけている。 | | |
| 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 | 散歩、ドライブ、行事、など利用者の希望で外出している。家族に協力して頂き定期的に家に帰れるようにもしている。 | 日常的な散歩や行事でのお出かけに加え、その日その日の利用者からの外出希望にも、できる限り対応している。個別には、近所の床屋や買い物、ドライブに出かけたり、自宅に立ち寄り仏壇にお参りするなどの支援をしている。 | |

| 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 |
| 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 | 金銭は施設長が管理しているが、家族と相談して了承を得た方は、財布をもってもらっている。買い物や喫茶店に行ったとき財布から払う方あり。 | | |
| 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 | 家族と相談して、都合の良い時間にかけて頂いている。手紙も出来るだけ書いて頂く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 | 毎日、ほとんど利用者全員で、掃除をする。季節が分かるよう壁画を毎月利用者様と作成する。玄関に季節の花を生ける。 | 各ユニットの居間の壁には、毎月利用者による季節の作品が飾られ、調査日には折り紙とはり絵の紅葉の壁画がかけられていた。またソファやベンチが置かれていたり畳の間があったりと、自由に寛げる用意がある。 | |
| 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 | 玄関、畳スペース(拡張)、ソファと好きなところに、気のあった者が座れるようにスペースが確保してある。 | | |
| 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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 家族の写真を飾ったり、仏壇、家具など自由に持ってきていただいている。 | 入居時、場合によっては入居後にも、利用者や家族に対し、今まで使っていた物を持ち込んでもらうよう話している。利用者が居心地良く安心して過ごせる居室作りを全職員で検討し工夫している。 | |
| 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 | トイレの標識、居室の名前などわかりやすいように工夫してある。知能リハプリントを生かし分かる力を引き出している。 | | |

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 | 2172400273 | | |
| 法人名 | 大和産業株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホーム垂井だいわ福寿の杜 | | |
| 所在地 | 〒503-2123 岐阜県不破郡垂井町栗原372-1 | | |
| 自己評価作成日 | | 評価結果市町村受理日 | 平成22年1月8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://kouhyou.winc.or.jp/kaiGISip/infomationPublic.do?JCD=2172400273&SCD=320 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 ギふ住民福祉研究会 | | |
| 所在地 | 〒5016232 岐阜県羽島市竹鼻町狐穴719-1 はしま福祉サポートセンター内 | | |
| 訪問調査日 | 平成21年11月28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)】

| |
|---|
| <p>月1回音楽療法、2か月1回フラワーアレンジ・エステ、年1回家族参加の日帰り旅行、毎月季節にあわせた行事など利用者様にいろいろな娯楽を提供しています。散歩やドライブ、喫茶店などなるべく外に出る機会をつくっています。</p> |
|---|

【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)】

| |
|----------|
| <p> </p> |
|----------|

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. 全くいない |
| 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 | 地域に溶け込めるように理念を作り、職員はこれを、ミーティングで復唱し皆で目標を頭に入れ、仕事に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 地域から、行事参加の声かけをしていただけようになってきた。ホームでの行事も年々地域の方の参加が増えてきている。 | | |
| 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 | 運営推進会議で民生委員や地域代表の方に、いつでも相談に来ていただけるよう伝え、相談も何件か受けている。 | | |
| 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 | 毎回、利用者の入居情報、事故報告、行事等報告し、助言やアドバイスをいただいている。職員にも報告し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に取り組んでいる | 毎月1回役場に行き情報交換をしている。2ヶ月に1回の運営推進会議にも毎回参加していただいている。 | | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 研修に行った職員が報告、回覧などで全員に熟知させているが、事故防止のため2段階に、夜間のみ施錠している。 | | |
| 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 | 研修に行った職員が報告、回覧などで全員に熟知させている。職員の目に付く箇所に気をつける言葉など張って虐待防止がないように努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 職員には順次研修にて勉強してもらっている、レポートで全職員にも報告している。必要な方には話しをしている。 | | |
| 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、納得いただけるまで説明を行い、改定等は家族会のときに説明しご理解していただく。 | | |
| 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 | 契約時に、施設長、管理者または外部機関に話せること伝え、契約書にも外部機関連絡先が掲示してある。相談箱の設置もしている。 | | |
| 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 | フロアー会議、ミーティング等で意見を聞き、その意見を幹部会議で報告検討している。 | | |
| 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 | 就業規則を変更し岐阜県子育て支援企業に登録した。 | | |
| 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 | 段階に応じて研修に参加している、参加できなかった職員には、レポート提出やミーティングで研修報告してもらい理解してもらうようにしている。 | | |
| 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 | グループホーム協議会へ参加している。同じ地区のグループホームの運営推進会議に参加したり来て頂いたり交流の機会をもっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 事前面接に行き本人とゆっくり話し、アセスメントをしっかり取り不安なこと、求めていること等受け止め努力をしている。 | | |
| 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 | 事前面接、契約のときに家族と話す機会を設けている。 | | |
| 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 | 相談時、本人や家族の思い、状況を確認し必要としている支援が出来るよう対応に努めている。 | | |
| 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 | ご本人の気持ちを尊重し少しでも気持ちに添えるよう努力している。掃除、洗濯、炊事など出来る範囲で参加できない部分を職員がサポートしている。 | | |
| 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 | 会報にて1ヶ月の様子を知らせたり、行事参加や面会時に家族との良い関係を築い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 | 喫茶店や床屋など出来る範囲で馴染みの店に行っている。家の近くを散歩やドライブなどしている。 | | |
| 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 | 利用者同士の関係を把握し、孤立しないように、利用者同士が交流できる空間を作っている。 | | |
| 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 | 退所のときいつでも相談にのる旨を伝え、必要があれば関係を断ち切らないように対応する。 | | |

| 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 |
| 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 | アセスメントを大切に本人の希望に添えるようケアプランを立てて実行している。家族の協力が必要なときは話し合い協力を依頼している。 | | |
| 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 | 事前面接のときに、本人、家族からアセスメントを取り把握につめるほか、家族の面会時や本人との会話から情報集めケアに生かす取り組みをしている。 | | |
| 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 | 利用者の出来ること、得意なことを見つけるように活動時に目を向けて観察して実行できる場所は、挑戦している。毎朝、健康チェックを行い、異常がある場合は看護師に連絡して主治医と連携を取り対応している。 | | |
| 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、家族の意向を確認、月1回のモニタリングで現状把握、フロー会議でケース検討を行い意見を出し合っている。介護計画に盛り込んでいる。 | | |
| 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 | ケース記録や各チェック表、申し送りノート、業務日誌などで情報の共有を図りケアプランの作成見直しに活用している。 | | |
| 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 | 通院介助、健康診断やその他必要に応じてサポートしている。 | | |
| 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 | ボランティアの方による活動、馴染みの店など地域の場所や人の力を活用している。 | | |
| 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、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 | 月2回往診に来てもらい、協力医師の指示により、専門の医療が必要なときは協力医師より予約を取ってもらい専門の医療を受診している。 | | |

| 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 |
| 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 | 介護支援専門員が看護師であり、気軽に相談でき健康面も支援している。夜間も連絡体制が出来ており、迅速に対応している。 | | |
| 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。 | 施設看護師が病院と連携を取り情報交換や相談をして連携を取っている。退院のときは家族、医師、管理者、看護婦でカンファレンスを行い、退院後の対応など話し合う。 | | |
| 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、事業所の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 | 現在の状態をこまめに家族に伝え、重度化したときの対応を少しずつ話しあっている。終末期については、家族、医師、管理者、看護婦などで話し合い出来る範囲で取り組んでいる。 | | |
| 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 | 急変時、事故発生時のマニュアルを作成し、周知徹底している。定期的に訓練をしている。 | | |
| 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 | ホーム独自のマニュアルを作成それに基づき避難訓練を実地、マニュアルの見直しを行っている。消防署も交え年1回避難訓練を実地している。 | | |

| 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 |
| 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 | 常に目上の方に話していることを頭においている。面会簿や個人情報の取り扱いには注意している。 | | |
| 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 | 本人の意思や希望で行動出来るように支援している。買物のとき野菜など選んでいただく。 | | |
| 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 | 利用者の毎日の状態に合わせ、本人と相談しながら希望にそった支援をしている。 | | |
| 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 | 定期的にはエステを開催している。入浴の着替えは同じものにならないように、洋服の片付けにも気をつけている。 | | |
| 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 | 食事の準備や配膳、盛り付けなど、出来ることは職員と一緒におこなっている。時々外食もして好きな物を選んで食べて頂いている。 | | |
| 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 | 食事形態は、個人によって「変更している、食事量は水分量、チェック表に記入して確認する。栄養バランスの取れていない方はナースに報告して医師の指示を仰いでいる。 | | |
| 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 | 今年は垂井町成人歯科検診を、して頂き歯の状態を職員が把握し毎食後の口腔ケアに行かせました。 | | |
| 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 | 排泄チェック表を活用して、個々の排泄パターンを把握、トイレ誘導を行う。なるべくおむつ利用を避けるように努力している。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄チェック表、水分チェック表などを利用して便秘の原因を探し散歩、マッサージ、体操を取り入れ医師と相談しながら服薬などで調節している。 | | |
| 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 | 週3回曜日は決まっている。時間は午前中に入ることが多いが希望によっては午後でもOKである。本人が希望すればいつでも入浴ができるように、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 | 個人の習慣にあわせて、ベット、畳などで対応している。休憩場所の畳スペースも少し昨年より広くして使いやすようにした。 | | |
| 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 | 個別のケース記録に処方箋をファイリング、職員が随時確認できるようになっている。重要な薬については詳細が把握できるよう別紙にファイリングしている。申し送りノートや業務日誌にて変更の旨を記入、職員全員把握できるようにしている。 | | |
| 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 | 音楽療法・フラワーアレンジメント・エステなど定期的に参加できるようにしたり、散歩や買い物、本人希望の手芸や塗り絵を常に用意しておくように心がけている。 | | |
| 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 | 出来る限り希望に沿って、戸外に出かけているがなかなか希望が少ない。 | | |
| 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 | 金銭は施設長が管理しているが、家族と相談して了承を得た方は、財布をもってもらっている。 | | |
| 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 | 家族と相談して、都合の良い時間にかけて頂いている。手紙も出来るだけ書いて頂く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 |
| 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 | 踊り場のボードに季節の行事を記入したり、季節にちなんだコメントを記入。共用スペースには、利用者と職員が共同で作った作品を飾っている。 | | |
| 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 | ソファ、畳スペース(拡張)、踊り場など利用者同士お話ししたり、外を眺めたり自由に過ごせるようにしてある。 | | |
| 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 | 家族の写真を飾ったり、仏壇、家具など自由に持ってきていただいている。 | | |
| 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 | トイレの標識、入浴の使用札など、出来る限り工夫している。 | | |