

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 | 4772800076 | |
| 法人名 | (有) 豊 | |
| 事業所名 | グループホーム 光風の家 | |
| 所在地 | 沖縄県豊見城市字高嶺299-1 2F | |
| 自己評価作成日 | 平成21年12月10日(木) | 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)】

・協力医療機関との連携で訪問診療などを取り入れることでご家族の病院受診への負担もなにより細かい健康管理ができています。必要に応じて訪問歯科診療なども受けていて口腔内のケアにも努めている。・本人の思いにできるだけ柔軟に対応できるように外出・外泊支援をしている。・どこの家庭にもあるような素朴なあたたかさが感じられるような雰囲気づくりをしている。・買い物は地域の商店を利用し散髪も必要に応じて地域的美容室を利用することにしており、常的に外出をするようにしている。

※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.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4772800076&SCD=320 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | |
|-------|--------------------|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会 | |
| 所在地 | 沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1 | |
| 訪問調査日 | 平成22年2月19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)】

事業所は小高い丘の閑静な住宅地に位置し、開所8年を経過する県内では先駆的な存在である。センター方式のアセスメントシートを活用して利用者の意向を把握し、家族も交えた会議において家族の希望や要望を捉えケアに活かしている。調理は専門の調理師が事業所の台所で調理している。利用者職員全員が揃って食卓を囲む風景は和やかな雰囲気である。以前看取りに取り組んだ経験から、重要事項説明書に看取りケアの指針を記載し、事業所としてできることできないことを具体的に説明している。事故報告書やヒヤリハット報告書が資料として多数保管されており、事故防止に対する意識の高さが伺える。

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 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 | 地域密着型サービス移行後、創設者の理念を大切にしながら職員と共に運営理念を作成し毎日の報告書に記載し、毎朝の申し送りの時に職員で復唱し業務に取り掛かるようにしている。 | 「高齢者を人生の先輩として敬うこと」と「地域との交流」を理念として掲げ、業務日誌に記載し朝の申し送り時に復唱することで、共有を図っている。利用者との散歩時は、地域の方との挨拶を交わしたり、利用者の過去の体験を聞く等高齢者を敬う姿勢が感じられた。 | |
| 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 | 法人代表者が地域出身ともあり積極的に自治会に加入している。自治会の放送スピーカーを屋上に設置し協力体制に務めている。敬老会の準備や伝統エイサーの演舞の場所提供など。 | 自治会の要請により事業所の屋上にスピーカーを設置しているので地域の行事等、情報収集がしやすい。自治会とはなじみの関係で、老人会長や婦人会長等と事業所が地域に貢献できることを話し合っている(認知症の予防教室や小学校での認知症の読み聞かせ学習等)。 | |
| 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 | 認知症キャラバンメイトとして研修などに参加している。地域への発信は弱いと思うが地域の代表者などへ呼び掛けている。 | | |
| 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 | 定期的な運営推進会議開催時に行っているサービスについて報告し、意見や要望などを傾聴しアドバイスをもらうようにしている。 | 以前は定期的な開催ができなかったが、平成21年6月より運営推進会議が定期的開催されている。会議内容としては事業所の全体状況や、サービス提供の報告、その他様々な意見交換がおこなわれている。 | 昨年まで会議が開催されず、認知症ケアの積み重ねを地域へ還元することができなかった。今後は運営推進会議を通して、これまでの地道な取り組みを地域へ還元されることを期待したい。 |
| 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 | 定期的な運営推進会議開催時に行っているサービスについて報告し、意見や要望などを傾聴しアドバイスをもらうようにしている。 | 市の協力体制のもと定期的に会議が開催されている。開催にあたって担当者から、事業所のサポーターとして参加者の協力が必要であることを強く後押ししてくれた。 | |
| 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 | 外の門扉を含め常に玄関は開放し、自由に出入りできる様にしている。 | 玄関は基本的に開放しているが、夜間は防犯上の理由から施錠している。管理者は、「待っててね」等の言葉による行動抑制も拘束と捉え、日常的に起こりうる状況を予測し、拘束をしない介護の大切さを認識している。 | |

| 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 |
| 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 | 普段の支援の中で虐待の自覚がないかもしれないので見過ごされていないか常に話し合いを持つ。 | | |
| 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 | 制度についてはリーダー研修などで学ぶ機会をつくっている。現在青年後見人制度を利用している方は1人おり、その家族からも内容について教えてもらったりしている。 | | |
| 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 | 利用料金や個人負担金についての内容は細かく表示し、説明している。質問等があれば、即座に対応できるようにしている。 | | |
| 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 | 介護相談員を受け入れたことにより利用者の声なき声に耳を傾ける相談員の気づきと苦情相談の窓口があるということをご家族には話している。 | 昨年は不定期で3回事業所便りが発行され、事業所内には壁新聞が貼られ、外出先での利用者の様子や利用者に関する内容などが見られる。毎月介護相談員を受け入れ、利用者の意向を把握し、利用者の好みを献立に取り入れる等して改善に取り組んでいる。 | 現在の業務量からみて定期的に便りを発行することは難しいので、今後は壁新聞を縮小して家族等へ配布する等情報交換の資料として活用されるよう期待したい。 |
| 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 | 休みの希望はほぼ確実に実現したり、休憩時間も連携して取れている。 | 定期的な休憩時間、休みの希望等は職員の希望が反映されている。外部の研修案内を事業所内に掲示しているが、職員から参加の希望は聞かれない。現在は離職もなく安定した職員配置となっている。 | |
| 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 | 顧問に社会労務管理者がいる。労働基準法により管理されている。又、職員の実績を認め、賞与等に反映するよう努めている。 | | |
| 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 | 限られた少ない職員の人数である為、研修への参加は大変だができるだけ参加している。 | | |

| 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 | グループホーム連絡会を通じ、定期的に管理者会議を開催。その中で勉強会や研修会を開催している。 | | |
| 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 | すぐにサービスを開始するのではなく事前に本人に会い、本人の必要としていることは何かを把握しスムーズな関係づくりができるようにしている。 | | |
| 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 | サービス開始前に緊急時の連絡も含め、病院受診、個人の購入品の持ち込みなど小さなことまで家族と話し合うようにしている。 | | |
| 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 | 役所や地域包括支援センターとも協力し地域密着型の必要サービスを「その時」ごとに利用し、グループホームの入居が必要ならば協力し対応するようにしている。 | | |
| 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 | 常に感謝の気持ちと人生の先輩であることを意識した関係作りを行っている。会話の中にもそれを取り入れている。「教えてもらう」という場面をつくり三味線や詩吟、縫いものなどができる方から教えてもらっている。 | | |
| 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 | 取り組んでいる事などの経過報告や暮らしぶりを見ていただいたりして本人を共に支えている関係を築いている。職員で、できること、出来ないことを明確にし、定期的なカンファレンス時に無理強いしない程度に協力をお願いする。例えば、衣服の管理や寝具の管理など。 | | |
| 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 | つながりが途切れないよう面会の際にも職員がさりげなく間に入り、話題のフォローに努めている。家族との外出の機会も支援しているが、実際には難しい。 | 利用者の入居経路が介護保険施設や病院等からとなっているため、なじみの関係が途切れてしまっている場合が多く、家族との外出の機会も支援しているが難しい状況にある。今後は関係が継続している、在宅の段階からショートステイの利用をしよう考えている。 | |

| 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 |
| 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 | 職員が間に入りお互いを結びつけるような会話をしたり、関係性について職員間で情報を密にしている。席の配置も状況に応じ柔軟に対応している。 | | |
| 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 | 疾患の進行等での入院や経済的負担により契約を終了したご家族とも、面会やその後の相談をうけたり関係は続いている。 | | |
| 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 | 本人の思いや暮らしについては常に話題等にもあげ検討している。職員の視点だけではなく「介護相談員」の気づきなどにも耳を傾け利用者本位の希望・意向の実現に努めている。 | センター方式を活用して利用者の意向を確認している。特に利用者本人が「したいこと」「不安に思っていること」「困っていること」など、声をあげて伝えることができない利用者の視線に立って詳細に把握し、記載している。 | |
| 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 | ご家族の協力と理解を得ながら生活歴などを把握するようにしている。プライバシーに触れる際は個人情報の観点から気をつけるようにしている。 | | |
| 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 | 個人の暮らしの現状把握については常に職員間でも情報を共有にしていると思う。例えば、頓服で内服する時や誘導の際の言葉掛けの方法、本人の有する力など。1日のうちでもどのタイミングで入浴や活動を促したほうがいいのかなど。 | | |
| 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 | 本人や家族、協力機関の医師や専門家の意見を介護計画に反映していると思う。 | 家族参加のもと3か月ごとにサービス担当者会議を開催し、活発な意見交換がおこなわれている。モニタリングにおいて、一人ひとりの課題目標に対する達成状況及び評価が詳細に記載されている。職員と家族の日程調整に苦慮している状況がみられる。 | 今後は事前にサービス担当者会議の日程を年間計画として組み入れて当該開催月の勤務調整を行うなど、無理なく会議が継続されるような工夫を期待したい。 |
| 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 | 日々の記録の中でも勤務形態(日勤・夜勤・病院受診)など色分けで反映し、その情報を職員間で共有しながら実践や介護の計画に活かしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 緊急時の病院受診やご家族が対応困難なことに関しては出来る限り協力するようにしている。 | | |
| 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 | 近隣事業所内の景観のよい所をドライブコースに使用させてもらったりしている。 | | |
| 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 | かかりつけの病院は本人とご家族の希望を優先にしている。また、必要であれば訪問診療をし適切な医療をうけられるよう支援している。 | 開設当初から協力医療機関のかかりつけ医による定期的な訪問診療が行われている。処方薬が確実に常勤看護師へ引き継がれるように、2組に分け診療時間を調整し受診支援を行っている。現在一人の方が協力医療機関以外のかかりつけ医を受診している。 | |
| 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 | 常勤で看護師を配置している。小さな異変でも報告し協力病院の医師と連携、指示を受け現場に活かしている。必要であればすみやかに受診とつながりその流れはご家族にも説明、報告されている。 | | |
| 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。 | 治療計画を把握しホームの居室確保期間などを病院関係者へ伝えているが期間よりオーバーしたとしても、治療終了後に安全に生活できるようなら、ご家族・病院・ホーム担当と話し合いをし受入をしている。 | | |
| 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 | 現在、ホームでの看取りを希望されているご家族はいない。ほとんどが特養の申し込みをしている。 | 以前終末期に取り組んだ経験から、重要事項説明書に、看取りケアの指針が記載され、利用者や家族に、ホームで「出来ること」と「出来ないこと」を具体的に説明している。ほとんどの家族は特別養護老人ホームへの入所を希望している。 | |
| 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 | 消防署の協力を得て応急手当や蘇生術の研修を受けている。 | | |

| 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 |
| 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 | 防火管理者と法人代表者が中心となり防災訓練を実施している。次回は消防職員立会いのもとでの防火訓練を実施する予定である。 | 昨年7月より年2回定期的に避難訓練を実施している。今年7月頃に消防職員立会いのもと、訓練を実施する予定である。事業所の2階に管理者が住んでおり緊急時には対応できる状況だが、職員は夜間の避難誘導に不安を感じている。 | 避難経路が玄関の1か所のみのため、今後は地域住民の協力を得ながら、夜間火災が発生したことを想定した実践的な訓練の実施を期待したい。 |
| 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 | 排泄に関しては直接表現を使わず○▲□などの呼び方で定着している。常に人生の先輩であるということを念頭におき会話をするようにしている。 | 利用者の羞恥心に配慮して直接的な表現を使わず、事業所独自の記号を用いて排泄状況を把握している。食事場面においては、利用者から出来る限り発言してもらうような姿勢が感じられる。 | |
| 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 | 生活の場面において選択して決定していただく場面をさりげなくつづけている。着替えや食事のメニューなど。 | | |
| 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 | 突然の外出希望にもできるだけ対応できるようにしている。 | | |
| 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 | 鏡を見ながら髪をといたり、クリームを塗ってもらったり、日常生活の活性化につながるように支援している。 | | |
| 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 | 食後のお膳ふきやおしぼりたたみ、役割としてがんばってもらっている。 | 開設当初は職員が調理をしていたが、献立の偏りと業務に対する負担の影響が出てきたため、昨年より昼と夕の2食は調理師がホームの台所で調理を担当している。朝は職員が準備している。利用者は調理の下ごしらえや片づけ、お盆を拭くなどの役割を担っている。 | |
| 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 | 水分摂取表に記入し把握している。 | | |

| 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 |
| 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 | 毎食後口腔ケアを実施している。また、訪問歯科の医師とも相談しながら口腔内の状態を把握している。 | | |
| 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 | 入居当時に日中・夜間問わずおむつだった方がトイレでの排泄を行った結果改善された。明け方排便が多かった方の便秘薬の時間を変更したところ、時間が離床後になり本人も朝のゆっくりした時間を過ごすことができると喜んでいいる。 | リハビリ用下着や尿パットなど一人ひとりの状態に合わせて、おむつを使用しないような取り組みを行っている。また便秘傾向にある利用者へは、ヨーグルトや繊維を多く含む食べ物を提供したり、腹部マッサージや水分摂取を促している。 | |
| 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 | 水分摂取を常に特にヨーグルトを毎日食べてもらっている。それでも便秘する方は医師と相談し下剤を処方してもらっている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 基本的には1日越しの入浴。だが希望や、必要とあれば毎日入浴でも対応できる。夜間入浴は職員体制上、きびしいと思う。 | 「体調がすぐれない、寒い」など入浴を拒否する利用者に対しては、対応する職員や時間さらに場所を変えることでスムーズに浴室へ誘導している。利用者自身から入浴に対する直接的な希望は聞かれない。 | |
| 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 | その方の生活パターンを把握して、夜間自然に入眠につながるよう日中に活動を促している。現在睡眠導入剤を内服している方はいない。 | | |
| 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 | 担当の医師より看護師が処方を受け内服を事前にカーデックス(看護記録)へ記入し全職員へ申し送り、また、薬に関して疑問などが生じた場合は協力の薬局より薬剤師と連携し服薬支援している。 | | |
| 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 | 本人が発する日常の会話や家族の情報、職員の介護記録、定例ミーティング等でのアセスメントの中から役割や楽しみごとを見出している。 | | |

| 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 |
| 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 | 定期的にドライブへでかけたりしている。モノレール乗車など事前に駅の係りとも連携し実現。 | 週に1~2回程度本島南部を中心に外出している。利用者から、「一度モノレールに乗りたい」との希望があり、会社と交渉し、車いすのままの乗車が実現した。天気の良い日には利用者と事業所周辺を散歩をしている。 | 現在の職員体制からは、日常的な利用者の外出に取り組んでいくことは難しい状況にある。今後はボランティア等を活用しながら利用者の継続した外出支援に期待したい。 |
| 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 | 現在お金を所持している利用者はいないが、会話の中でお金の話題をしたりしている。 | | |
| 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 | 会話のつながりは職員がフォローし遠方(ブラジル)からの電話も受けることができている。 | | |
| 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 | 家庭的な雰囲気壊さないようにしている。 | テレビの前にソファが置かれ、ゆったり過ごせる場所がある。また玄関横に椅子を配置し、一人で過ごせる場所を作るなどの工夫がみられる。ほとんどの利用者が日中は居室ではなく、共用空間で思い々に過ごす様子がみられた。 | |
| 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 | 天気のいい日には玄関先に籐椅子をおき、音楽を聴きながらくつろげるスペースをつくっている。 | | |
| 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 | 寝具類に関してはより家庭に近いものを使用する為ご家族に用意していただいたが、家具類に関しては必要最低限にとどまっている。たたみの部屋が落ち着くとのことでのたたみを敷いた部屋がある。 | 利用者の希望により畳の部屋が作られ、畳の上に座卓を置きゆったりと過ごせる居室作りがされている。自宅から馴染みの寝具、箆笥、鏡、時計、カレンダーなどが持ち込まれ落ち着ける空間作りがされている。 | |
| 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 | 本人の思いやできることへの把握に努めるようにしている。 | | |