

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 | 3910117815 | | |
| 法人名 | 医療法人 成仁会 | | |
| 事業所名 | グループホーム つくしの里 | | |
| 所在地 | 高知市鴨部1079-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成26年12月8日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成27年4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)】

開設して11年を迎え、ここ2年間は重度化が進んだ事もあり、看取りや、それに近い状態でのケアに取り組んできました。同法人が経営するクリニックとの連携もあり、インシュリン投与の方や人工透析者の受け入れ等、医療面でも手厚く、入居者様やご家族に安心して頂けていると自負しています。また、入居者様の希望をできるだけ取り入れ、個別外出にも力を入れて来ましたが、最近では地域活動に力を入れ、入居者様に反映される様努力しています。その結果地域の方が、流しソーメン用の竹を準備から設置までして下さったり、かき氷の機械を持ちこんで、入居者様にふるまったりしてくれています。芋ほりにも誘って頂き参加したり、地域の美術展に参加させてもらったりもして、外部の方々との触れ合いが増えるようになりました。今年7月よりGH1階にて、認知症カフェを開催した事で、ボランティアの方がホームに来てくれるようになり、来年はその方々のお力を借り、百歳体操も始める予定をしています。まず職員が地域に出て行く事で、GHやそこで生活している入居者様の事を知って頂けるよう頑張っています。

※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.kaijokensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kihon=true&JizyosyoCd=3910117815-00&PrefCd=39&VersionCd=022 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|--|
| 評価機関名 | 高知県社会福祉協議会 |
| 所在地 | 〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ |
| 訪問調査日 | 平成27年1月13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)】

事業所は国道沿いにある母体法人クリニックと同一敷地内にあつて医療連携ができており、認知症で腎臓病疾患を持つ利用者を受け入れて、インシュリン投与や人工透析などを継続しながら暮らしを支援している。
管理者等は理念とする「地区の一員として地域や自然に溶け込む暮らし」の実践に取り組み、地区総会で司会を務めたり、地区の美術展への出品、不燃物の清掃当番等を通じて地域に溶け込む努力をしている。努力の成果も表れ、最近では事業所の行事に、住民から流しそうめん用の竹の準備やかき氷作り、芋掘りへの誘い等の協力や声かけがあり、交流が増えている。事業所1階ホールでは、市社会福祉協議会や西部地域高齢者支援センター・民生委員等の協力や支援を受け「認知症カフェ」を毎月開催するほか、講座などを企画し、地域住民や利用者が参加する地域に開かれた事業所となるよう取り組んでいる。また、利用者の希望に沿って個別の支援に出来るだけ応じ、踊りやコンサート・買い物や一時帰宅等、利用者の思いに寄り添って暮らしを支援している。

自己評価および外部評価結果

ユニット名：1組

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 入居者・家族・職員が笑顔で、地域に溶け込んだ暮らしという理念を、職員で考え実践できるよう、折にふれ確認している。仕事の日には1日1回は復唱するなど、周知してもらえるよう声をかけている。 | 心の通い合いによる笑顔と、地域や自然に溶け込む暮らしを理念とし、職員が理解して実践できるように、管理者がケアの場面で注意したり、職員会等で振り返ることで職員に理念を意識づけている。管理者や職員は地域に溶け込めるよう、事業活動の中で理念を実践している。 | |
| 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 | 入居者様と共に、地域での行事やイベントに参加したり、鴨田の美術展に出品したりと、できるだけ交流を図っている。隣の浜幸さんとは、密接なお付き合いができており、誕生日のケーキにカードを添えてくれたり、お菓子を頂いたりしている。 | 地区総会や防災会などに地域の一員として参加している。地域の美術展への出品や不燃物の清掃当番等に参加するほか、事業所1階ホールを市社会福祉協議会の提案で開放し、民生委員等の協力を得て「認知症カフェ」を毎月開催するなど、地域住民との交流に役立っている。 | |
| 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 | 高齢者支援センターや、社会福祉協議会の方々の協力を得てグループホーム1階で、認知症カフェを月に1度開催している。鴨部会や鴨田町作りの会などに入り、積極的に地域の方と交流し、管理者は認知症サポーターとして、認知症やグループホームの理解をしてもらえるよう活動している。 | | |
| 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ヶ月に一度事業所からの報告を中心に、意見交換を行っている。事故や苦情なども報告する事で、風通しの良い組織作りを目指している。認知症カフェ開催のきっかけも、運営推進会議での話しがきっかけになっている。 | 会議は2カ月毎に、利用者とその家族・地区会長・市職員が参加して開催している。事業所から近況や行事報告等があり、参加者から質疑や助言等を受ける双方向的な会議になっている。外部評価結果についても話し合っているが、地域代表等外部委員が欠席となることもある。 | 外部からの参加者が少数であり、欠席の場合に内部だけの会になることも予想されるので、外部委員の人選を行い、外部の意見をより収集できるようにし、会議の活性化につなげ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 | 地域包括支援センターの方には、運営推進会議や、西部地区グループホームの会で情報交換したり、つくしカフェの運営や防災などについて、教えて頂いている。問題が起きた時は、介護保険課に相談にいき、正確な情報を得られるよう気を付けている。 | 高齢者福祉支援センター職員等とは、運営推進会議や認知症カフェ等の運営を通じて相談や連絡を密にしている。市担当者からはボランティアの紹介や、地域で開催予定の百歳体操の活用に関する助言を受けるなど、協力関係を築いている。 | |
| 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 | 職員は交代で、身体拘束をしないケアについての研修に参加し、職員会で発表する事で周知できるようにしている。また、3ヶ月に1度身体拘束委員による勉強会を行い、つくしの里で考えられる身体拘束についてなど、事例を上げて具体的に話し合いをしていくよう心掛けている。 | 職員は外部研修や3カ月毎の身体拘束委員による勉強会で理解を深め、毎月の職員会で身体拘束をしないケアの振り返りや意識付けを行っている。利用者と目を合わせて話す事や、言葉による拘束のない対応を心掛けている。日常的に施錠はせず、利用者の行動を見守っている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 職員は交代で、虐待防止の為の研修に参加し、職員会で発表する事で周知できるようにしている。また、3ヶ月に1度虐待防止委員による勉強会を行い、つくしの里で考えられる虐待の事例について話し合いをしたり、毎月認知症ケアの勉強会を行うと同時に、職員のストレスや人間関係の悩みがないか等気を付けている。 | | |
| 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 | 職員全員が完全に理解はできておらず、勉強会への参加も、管理者・リーダークラスに留まっている。現状はその都度に応じて、ご家族の相談に応じている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 契約時にはご家族にもお話し、ゆっくり時間を取って説明している。特に医療連携や看取りについて、詳しく説明している。また、退去を求める場合の説明にも時間を取っている。 | | |
| 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 | ご家族訪問時や誕生日会、毎月のお便りや電話などで、日々の様子や変化などはお伝えしている。年2回の家族会の時は、担当職員が中心となって、個別にご家族の意見や、要望等が聞き出せるよう気を付けている。 | 家族会を年2回開催し、利用者と一緒に花見や量販店への外出にも出かけている。誕生日会には家族も出席するが、日常的に家族の来所が多く、意見や要望を聞き出している。意見箱には投書はなく、家族会として家族だけの話し合いは行っていない。 | 家族には世話になっている思いがあり、意見を控えている場合も考えられるので、家族会では家族だけで話せる場を設けて、家族同士の自由な意見交換から率直な意見を汲み取る取り組みを期待したい。 |
| 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 | 月1回、職員会議の場で意見交換や相談ができるようにしている。各組のリーダーが個別の意見を聞いた時には管理者に上げ、管理者は出された意見を皆で話し合い、法人の会に出している。 | 毎月の職員会には全職員が出席し、認知症ケアの勉強会を行ったり、職員の意見や提案を話し合っている。今後、ユニット毎に職員会を開き、介護計画も課題にして職員への意識付けを図ることを検討している。管理者で解決できない課題や意見は、法人の会へ提出し相談している。 | |
| 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 | 月に一度各部署の代表が集まる会と、介護部門の管理者が集まる会で、他部署と調整しながら、就業環境の整備に努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 各個人の経験年数に沿って、ステップアップしていけるように研修計画を立てている。また、個人でこういう勉強がしたいというものを出してもらい、それに沿った研修にも率先して行っている。 | | |
| 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 | 西部地区のグループホームの会へ参加したり、個々が外部の研修会で知り合った方々と、情報交換や交流をしている。最近は認知症カフェを通じて、他施設との交流も増えて来た。 | | |
| 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 | 入居前にご本人と会い、不安や心配事を取り除けるよう話をさせて頂いている。入居後も気が付いた事や、お話しされた事を記録に残し、信頼関係が築けるよう努めている。 | | |
| 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 | ご本人よりご家族の希望で入所される場合が多いので、入居前には何度かお話をしたり、事業所の見学をして頂くなど、ご家族が抱える罪悪感を少しでも取り除けるよう努めている。 | | |
| 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 | ご家族との話し合いの中で、相談を受けた時には利用可能なサービスや介護保険等についてのお話しはしている。ケアプラン作成にあたって、ホームに慣れて頂く事は第一だが、事前のお話しの中で必要と思われる支援は、取り入れるよう心掛けている。 | | |
| 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 | 入居者の重度化が進む中でも、個々にできる事は、その方の役割りとしてお願いしている。その時に感謝の言葉を掛けるように心掛け、お互い様という関係が築けるようにしている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 19 | | <p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p> | <p>電話やお便りで、日々の状況をお知らせしたり、ご家族の面会時には、お話しするように気を付けている。ご家族には誕生日会やお花見、フジグランへの外出等参加して頂き、入所された事で関係が薄くならないよう努めている。</p> | | |
| 20 | (8) | <p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p> | <p>地元の方や自宅へ帰ることがある方については馴染みの場所や、人との関係が継続できるよう努めている(行きつけの美容院、習っていた踊りの先生の発表会、檀家であるお寺へ行く等)。しかし、多くの入居者は別の地域から来たり、関係が途切れている事が多いので出来ていない。</p> | <p>利用者が入居するまでの人や場との関係を把握し、自宅に帰って友人と会ったり、行きつけの美容院の利用、踊りの発表会、寺への参拝、趣味や買い物などの支援を通じて、できる限りの関係継続に努めている。</p> | |
| 21 | | <p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p> | <p>入居者の重度化と認知の進行が進み、他者との関わりが難しくなっている。職員は入居者の感情の起伏に気を配り、間に入るよう心掛けている。また、認知の有る無しに関わらず、相性の良い方々で外出できるように努めている。</p> | | |
| 22 | | <p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p> | <p>ご本人の死去により退所となるケースが殆どで、その後も事業所を尋ねてくれたり、認知症カフェに来て頂くなどして、関係が保てるように努めている。</p> | | |
| 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) | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p> | <p>ご自分で希望が伝えられる入居者については、行きたい所、食べたい物等希望に添えるように努力しているが、意向の把握が難しい方については、ご家族のお話や生活歴から、その方のお好きな事を考え支援している。</p> | <p>入居時に本人・家族から生活歴等を聞き取る中で思いや意向を把握し、入居後も生活の中から思いや希望を聞いて本人本位に暮らせるよう努めている。思いや意向を言葉で表すことが困難な利用者には、表情や様子等から把握に努めているが、職員で思いを共有する記録がない。</p> | <p>センター方式の「私の姿と気持ちシート」等の資料を参考にし、利用者一人ひとりの思いや意向を把握した職員が、追記できるように工夫することで、全職員による共有と利用者への理解が深まることを期待したい。</p> |
| 24 | | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p> | <p>入居前にご本人、ご家族から情報を集め把握しているが、入居後も面会の方や、日々の話の中から、情報を集め続けている。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 体調についてはバイタル確認、食事・排泄表などで変化を見逃さないようにしている。食事が減った、不眠等気になる事がある時は詳しく記録に残し、申し送りノートや業務日誌で現状の把握に努めている。 | | |
| 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 | 管理者や計画作成担当者、各担当職員が、ご本人やご家族と話し、その時々課題や問題点について話し合っているが、ケアプランとしては現状に追いついていない。申し送り時や、ミニカンファレンスの時に出る職員の気づきを、タイムリーにケアプランに反映させていく事ができていない。 | アセスメントは主として担当職員が行い、管理者と計画作成担当者が分担して各ユニットの介護計画を作成している。3～6カ月毎にモニタリング・ミニカンファレンス・カンファレンスを職員で行い、計画の見直しを定期と状態変化時に行っている。家族の意見は毎月聞いて計画に反映し、管理者は常に計画の実行を確認している。 | |
| 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 | 個別の記録としては、食事、排泄、入浴、バイタル表などがあり、個人の記録は暮らしぶりが浮かぶような書き方を意識してもらっている。医療的な事や、特記事項などは蛍光ペンで色分けし、職員は勤務の前に、申し送りノートを確認してから仕事を始めるようにしている。 | | |
| 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 | 7月より事業所1階で認知症カフェを始めた事で、ボランティアの方が来てくれるようになったり、地域の方が流しソーメンの竹を用意し組み立ててくれたり、芋ほりに参加させて下さる等、事業所が地域に向けて活動していく事が、入居者に戻ってくるようになった。個別にマッサージの方にも来てもらっている。 | | |
| 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 | 鴨部会や鴨田町作りの会での活動に、職員が関わる事で、七夕の時には鴨田保育園の園児さんが飾り付けした笹を頂いたり、起震車を法人が呼んだ時も園児さんが参加してくれた。入居者が鴨田美術展に参加したり、鏡川緑地公園のイベントにも行けるご家族には一緒に参加して頂いている。 | | |
| 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し、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 | 事業所のかかりつけ医の他、ご本人やご家族に希望の医療機関への受診や通院に職員が行っている。ここ一年は特に歯医者、眼科の治療に力を入れ、近隣の歯科(訪問もしてもらえ)と眼科を決め、早期治療を心掛けている。 | 利用者の多くは腎臓病の既往症があり、透析をする必要があることから、かかりつけ医は母体法人の医療機関と医療連携している。他科への受診・通院は職員が支援して、受診情報は同行した職員から得て、口頭や申し送りノートで家族及び職員間で共有している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 提携医療機関と医療連携の契約を結んでいるので担当看護師が週に1度訪問してくれている。担当看護師には訪問時でなくても、健康管理や医療面の相談に乗ってもらい、医師との橋渡しをしてもらっている。 | | |
| 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。 | 入院時はサマリーを作成し、入院先の看護師に細かい説明をしている。早期退院に向けて病院関係者との連絡を密にする等関係作りには気を配っているが、それ以外にも洗濯は事業所でする事により、定期的なお見舞いが確実にできるにしている。 | | |
| 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 | 入居時に重度化や終末期のあり方については詳しく話しをしているが、急変時には再度ご家族やご本人の希望を確認し、話し合いをするようにしている。看取りを行った経過は、職員の不安を払拭する事に繋がり、今後も対応して行ける自信になったと思う。 | 「看取り介護の指針」を作成し、入居時に事業所としての方針を本人・家族に説明している。隣接する母体法人クリニックとの医療連携もあり、本人・家族の希望に沿って、看取り介護を行う体制を整えている。これまでに看取り経験もあり、家族と共に終末期ケアに関わっている。 | |
| 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 | 年に1回消防の方による救急法を行っている。透析の方も多いので、担当看護師から指導を受けたり、施設内での研修も行っている。 | | |
| 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 | 年に2回、火事や地震を想定した避難訓練を実施しているが、地域住民の参加は無い。しかし12月の認知症カフェで非常用食糧の試食を始め、来年2月には鴨部会や町内会の方の協力のもと、地域の方にも参加して頂き、炊き出しを予定している。 | 年2回の防災訓練を行っている。今迄は地域住民の参加が得られなかったが、町内会や地域住民にチラシを配り、起震車による体験や炊出し計画を立て参加・協力への関係作りを行っている。備蓄品は3日分以上の水やレトルト食品などを用意しているが、母体法人との分散保管を検討している。 | |
| 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 | 入居者の尊厳やプライバシーについては、採用時の新人オリエンテーションや研修を行い、外部の研修にも参加している。毎月の職員会でも定期的に議題に上げ、話し合いを続けているが、徹底するまでには至っていない。 | 居室への入室には必ずノックをして声をかけ、開放した場所では着替えやおむつ交換等はないよう注意し、利用者ごとに面会簿を作成して近親者のみに訪問客がわかるようにしている。職員は採用時に研修を受け、個人情報保護について理解している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | ご自分で意思表示ができる方は、それに沿えるよう支援しているが、それが難しい方はできるだけ自己決定の場面が増えるよう、気をつけている。 | | |
| 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 | 基本的な流れはあるが、朝は無理に起こさず朝食はそれぞれご自分のペースで食べて頂いたり夜間入浴はできてない分、入浴時間の幅を広く持つなど気をつけている。 | | |
| 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 | できる範囲でお化粧したり、アクセサリーをつける、洋服を買いに行き、ご自分で選んで頂く等心掛けています。定期的に美容師さんに来て頂き、髪の手入れには気をつけている。行ける方についてはできるだけ理美容室に行っている。 | | |
| 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 | 食事形態(刻み、トロミ、ミキサー食等)を入居者様に合わせる事はもちろんだが、ホットプレートや土鍋を使い、メニューを工夫したり、時にはお弁当や、寿司なども取り入れている。またできる方は盛り付けや下ごしらえ、洗い物等積極的に手伝ってくれている。 | 献立や食材の購入は専門業者に委託しているが、利用者の嗜好に合わせて調理の変更等もしている。誕生日会や行事の際には皿鉢や弁当・お好み焼き等、利用者の希望に応じて変化を持たせている。利用者はできることを手伝い、職員も同じ物を食べて食事を楽しんでいる。 | |
| 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 | 透析の方以外は、一日1000cc～1500ccを目指している。外部からメニューや食材を取っているのので、カロリーやバランスはきちんとできている。水分表を時間でチェックし、少ない時はいくようにし、食事量が少ない時も、早めに担当看護師に相談している。 | | |
| 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に、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 | 毎食後の歯磨きを行っている。ご自分でできない方は職員が口腔ケアを行い気をつけている。 | | |
| 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 | 排泄表を使い排尿、排便の有無をチェックして、時間でのトイレ誘導を心掛けている。各個人の排泄パターンを知る事で、できる限りおむつの使用を最小限にする事と、トイレでの排泄を続ける努力をしている。 | 排泄チェック表から各利用者の排便・排尿パターンを把握し、トイレへの誘導と排泄に努めている。利用者はオムツ使用もあるが、布パンツにパッドの使用を多くし、緩下剤使用時にも出来るだけ紙パンツは使用しないようにして、自立に向けて支援している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 便秘改善に向けて、水分・食事・運動を行っているが、透析患者さんや、便秘がひどい時は担当看護師や医師に相談している。 | | |
| 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 | 基本は2日に1回の入浴をベースにしているが、希望があれば添えるよう心掛けている。体調に応じ入浴が難しい時は、清拭や、足浴等で対応している。 | 少なくとも2日に1回は入浴する事を基本にしているが、利用者の希望に応じて柔軟に対応している。人工透析や体調・入浴拒否等により入浴の日時を適宜変更しながら支援している。入浴できない時には、清拭や足浴等を行い皮膚の乾燥に配慮している。 | |
| 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 | その時々で出来るだけ自由に過ごして頂けるようにしている。夜間眠れない時は、無理をせず話したり、飲み物を摂取したりして対応している。 | | |
| 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 | 個別に薬のファイルを構えたり、現在服薬している薬の内容を介護記録の前に入れて置き、職員が把握できるようにしている。服薬については何重ものチェックが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 | 洗濯物や食事の下ごしらえ、盛り付け、洗い物等最初はお願いで始めても、役割や楽しみになるよう気をつけている。また、花の好きな人は園芸を、歌の好きな方はCDやDVDを聴いたり、見たりして貰っている。散歩時に買い物に行ったり、モーニングや外食も希望に沿えるよう支援している。 | | |
| 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 | 日常的には散歩や近くのコンビニや古着屋に行ったり、モーニングやドライブに出かけている。ご本人の希望によっては、お寺、展示会、美術館、発表会、理美容院、ご自宅等へ出掛けるようにしている。 | 日常的には喫茶のモーニングサービスや菓子店に行ったり、散歩を兼ねてコンビニエンスストアに買い物に行く事もある。毎月1回は外食をし、季節の花見等のドライブにも出かけている。車椅子の利用者も可能な場所には一緒に行き、利用者の希望する場所への外出支援に努めている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 入居者の希望があれば、ご家族との話し合いによってご自分で持って頂いている。できる限りは外出時ご自分で支払いをして頂くなど、気をつけている。職員と出掛けてご馳走して頂く事もあり、プライドを傷つけないようご馳走になるが、ご家族には報告し、後で代金を返している。 | | |
| 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 | 携帯を持たれている方もおいでるし、ご家族やお知り合いに掛けたい時は、職員がお手伝いしている。また、掛かってくる電話もお繋ぎしている。ご自分で手紙を書く方についても、職員がお手伝いしている。 | | |
| 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 | 共用空間は決して広くないが、季節に応じた飾りをしたり、できる限り居心地良く過ごさせて頂くよう工夫している。 | 食堂兼居間は手狭であるが、テレビコーナー等を設けて利用者が思い思いに過ごせるように工夫している。調理や配膳の様子も間近に見えて生活感を与え、トイレや浴室は職員が目配りできる配置となっている。玄関口には生花等を置いて、季節を感じられるようにしている。 | |
| 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 | ご本人の希望によって、フロアの椅子やソファのお好きな場所で過ごして頂いている。また、居室に戻って過ごされるのも、自由にして頂いている。 | | |
| 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 | 入居前にご本人やご家族と相談して、できるだけ馴染みの家具等を持って来て頂いているが、現実には古かったり、大きかったりで難しい。しかし、趣味の物や小物を置いたり、各担当者が工夫して写真を飾るなどしている。 | 居室のベッドは備品であるが、寝具は利用者が各自持参している。各居室には家族の写真や家族からの絵手紙・孫からのプレゼント、自筆の書画や趣味の帽子、花鉢等が置かれ、利用者それぞれが落ち着いて暮らせる居室にしている。 | |
| 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 | 各居室入口に目印をつけたり、手すりが行き届かない所は代替りの動線ができており、安全に移動できるよう気をつけている。 | | |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|----------------|----|---|-----------------------|----------------|
| 項目 | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 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 | 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回程度ある | | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | ○ | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | ○ | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 66 | 職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12) | | 1. ほぼ全ての職員が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | ○ | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | ○ | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | ○ | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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

ユニット名：2組

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 入居者・家族・職員が笑顔で、地域に溶け込んだ暮らしという理念を、職員で考え実践できるよう、折にふれ確認している。仕事の日には1日1回は復唱するなど、周知してもらえるよう声をかけている。 | | | |
| 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員として日常的に交流している | 入居者様と共に、地域での行事やイベントに参加したり、鴨田の美術展に出品したりと、できるだけ交流を図っている。隣の浜幸さんとは、密接なお付き合いができており、誕生日のケーキにカードを添えてくれたり、お菓子を頂いたりしている。 | | | |
| 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 | 高齢者支援センターや、社会福祉協議会の方々の協力を得てグループホーム1階で、認知症カフェを月に1度開催している。鴨部会や鴨田町作りの会などに入り、積極的に地域の方と交流し、管理者は認知症サポーターとして、認知症やグループホームの理解をしてもらえるよう活動している。 | | | |
| 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ヶ月に一度事業所からの報告を中心に、意見交換を行っている。事故や苦情なども報告する事で、風通しの良い組織作りを目指している。認知症カフェ開催のきっかけも、運営推進会議での話しがきっかけになっている。 | | | |
| 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 | 地域包括支援センターの方には、運営推進会議や、西部地区グループホームの会で情報交換したり、つくしカフェの運営や防災などについて、教えて頂いている。問題が起きた時は、介護保険課に相談にいき、正確な情報を得られるよう気を付けている。 | | | |
| 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 | 職員は交代で、身体拘束をしないケアについての研修に参加し、職員会で発表する事で周知できるようにしている。また、3ヶ月に1度身体拘束委員による勉強会を行い、つくしの里で考えられる身体拘束についてなど、事例を上げて具体的に話し合いをしていくよう心掛けている。 | | | |

| | | | | | |
|----|-----|---|--|--|--|
| 7 | | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p> | <p>職員は交代で、虐待防止の為の研修に参加し、職員会で発表する事で周知できるようにしている。また、3ヶ月に1度虐待防止委員による勉強会を行い、つくしの里で考えられる虐待の事例について話し合いをしたり、毎月認知症ケアの勉強会を行うと同時に、職員のストレスや人間関係の悩みがないか等気を付けている。</p> | | |
| 8 | | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p> | <p>職員全員が完全に理解はできておらず、勉強会への参加も、管理者・リーダークラスに留まっている。現状はその都度に応じて、ご家族の相談に応じている。</p> | | |
| 9 | | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>契約の締結、解約また改定等の際は、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</p> | <p>契約時にはご家族にもお願いし、ゆっくり時間を取って説明している。特に医療連携や看取りについて、詳しく説明している。また、退去を求める場合の説明にも時間を取っている。</p> | | |
| 10 | (6) | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p> | <p>ご家族訪問時や誕生日会、毎月のお便りや電話などで、日々の様子や変化などはお伝えしている。年2回の家族会の時は、担当職員が中心となって、個別にご家族の意見や、要望等が聞き出せるよう気を付けている。</p> | | |
| 11 | (7) | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p> | <p>月1回、職員会議の場で意見交換や相談ができるようにしている。各組のリーダーが個別の意見を聞いた時には管理者に上げ、管理者は出された意見を皆で話し合い、法人の会に出している。</p> | | |
| 12 | | <p>○就業環境の整備</p> <p>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</p> | <p>月に一度各部署の代表が集まる会と、介護部門の管理者が集まる会で、他部署と調整しながら、就業環境の整備に努めている。</p> | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|---|--|--|
| 13 | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p> | <p>各個人の経験年数に沿って、ステップアップしていけるように研修計画を立てている。また、個人でこういう勉強がしたいというものをだしてもらい、それに沿った研修にも率先して行っている。</p> | | |
| 14 | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p> | <p>西部地区のグループホームの会へ参加したり、個々が外部の研修会で知り合った方々と、情報交換や交流をしている。最近では認知症カフェを通じて、他施設との交流も増えて来た。</p> | | |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | |
| 15 | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p> | <p>入居前にご本人と会い、不安や心配事を取り除けるよう話をさせて頂いている。入居後も気が付いた事や、お話しされた事を記録に残し、信頼関係が築けるよう努めている。</p> | | |
| 16 | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p> | <p>ご本人よりご家族の希望で入所される場合が多いので、入居前には何度かお話をしたり、事業所の見学をして頂くなど、ご家族が抱える罪悪感を少しでも取り除けるよう努めている。</p> | | |
| 17 | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p> | <p>ご家族との話し合いの中で、相談を受けた時には利用可能なサービスや介護保険等についてのお話しはしている。ケアプラン作成にあたって、ホームに慣れて頂く事は第一だが、事前のお話しの中で必要と思われる支援は、取り入れるよう心掛けている。</p> | | |
| 18 | <p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p> | <p>入居者の重度化が進む中でも、個々にできる事は、その方の役割りとしてお願いしている。その時に感謝の言葉を掛けるように心掛け、お互い様という関係が築けるようにしている。</p> | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|-----|---|---|--|--|
| 19 | | <p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p> | <p>電話やお便りで、日々の状況をお知らせしたり、ご家族の面会時には、お話しするように気を付けている。ご家族には誕生日会やお花見、フジグランへの外出等参加して頂き、入所された事で関係が薄くならないよう努めている。</p> | | |
| 20 | (8) | <p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p> | <p>地元の方や自宅へ帰ることがある方については馴染みの場所や、人との関係が継続できるよう努めている(行きつけの美容院、習っていた踊りの先生の発表会、檀家であるお寺へ行く等)。しかし、多くの入居者は別の地域から来たり、関係が途切れている事が多いので出来ていない。</p> | | |
| 21 | | <p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p> | <p>入居者の重度化と認知の進行が進み、他者との関わりが難しくなっている。職員は入居者の感情の起伏に気を配り、間に入るよう心掛けています。また、認知の有る無しに関わらず、相性の良い方々で外出できるように努めている。</p> | | |
| 22 | | <p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p> | <p>ご本人の死去により退所となるケースが殆どで、その後も事業所を尋ねてくれたり、認知症カフェに来て頂くなどして、関係が保てるように努めている。</p> | | |
| 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) | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p> | <p>ご自分で希望が伝えられる入居者については、行きたい所、食べたい物等希望に添えるように努力しているが、意向の把握が難しい方については、ご家族のお話しや生活歴から、その方のお好きな事を考え支援している。</p> | | |
| 24 | | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p> | <p>入居前にご本人、ご家族から情報を集め把握しているが、入居後も面会の方や、日々の話の中から、情報を集め続けている。</p> | | |

| | | | | | |
|----|------|--|---|--|--|
| 25 | | <p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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</p> | <p>体調についてはバイタル確認、食事・排泄表などで変化を見逃さないようにしている。食事が減った、不眠等気になる事がある時は詳しく記録に残し、申し送りノートや業務日誌で現状の把握に努めている。</p> | | |
| 26 | (10) | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | <p>管理者や計画作成担当者、各担当職員が、ご本人やご家族と話し、その時々課題や問題点について話し合っているが、ケアプランとしては現状に追いついていない。申し送り時や、ミニカンファレンスの時に出る職員の気づきを、タイムリーにケアプランに反映させていく事ができていない。</p> | | |
| 27 | | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p> | <p>個別の記録としては、食事、排泄、入浴、バイタル表などがあり、個人の記録は暮らしぶりが浮かぶような書き方を意識してもらっている。医療的な事や、特記事項などは蛍光ペンで色分けし、職員は勤務の前に、申し送りノートを確認してから仕事を始めるようにしている。</p> | | |
| 28 | | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p> | <p>7月より事業所1階で認知症カフェを始めた事で、ボランティアの方が来てくれるようになったり、地域の方が流しソーメンの竹を用意し組み立ててくれたり、芋ほりに参加させて下さる等、事業所が地域に向けて活動していく事が、入居者に戻ってくるようになった。個別にマッサージの方にも来てもらっている。</p> | | |
| 29 | | <p>○地域資源との協働</p> <p>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</p> | <p>鴨部会や鴨田町作りの会での活動に、職員が関わる事で、七夕の時には鴨田保育園の園児さんが飾り付けした笹を頂いたり、起震車を法人が呼んだ時も園児さんが参加してくれた。入居者が鴨田美術展に参加したり、鏡川緑地公園のイベントにも行けるご家族には一緒に参加して頂いている。</p> | | |
| 30 | (11) | <p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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</p> | <p>事業所のかかりつけ医の他、ご本人やご家族に希望の医療機関への受診や通院に職員が行っている。ここ一年は特に歯医者、眼科の治療に力を入れ、近隣の歯科(訪問もしてもらえ)と眼科を決め、早期治療を心掛けている。</p> | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|------|---|---|--|--|
| 31 | | <p>○看護職との協働</p> <p>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</p> | <p>提携医療機関と医療連携の契約を結んでいるので担当看護師が週に1度訪問してくれている。担当看護師には訪問時でなくても、健康管理や医療面の相談に乗ってもらい、医師との橋渡しをしてもらっている。</p> | | |
| 32 | | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>入院時はサマリーを作成し、入院先の看護師に細かい説明をしている。早期退院に向けて病院関係者との連絡を密にする等関係作りには気を配っているが、それ以外にも洗濯は事業所でする事により、定期的なお見舞いが確実に出来るにしている。</p> | | |
| 33 | (12) | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、事業所です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</p> | <p>入居時に重度化や終末期のあり方については詳しく話しをしているが、急変時には再度ご家族やご本人の希望を確認し、話し合いをするようにしている。看取りを行った経過は、職員の不安を払拭する事に繋がり、今後も対応して行ける自信になったと思う。</p> | | |
| 34 | | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p> | <p>年に1回消防の方による救急法を行っている。透析の方も多いため、担当看護師から指導を受けたり、施設内での研修も行っている。</p> | | |
| 35 | (13) | <p>○災害対策</p> <p>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</p> | <p>年に2回、火事や地震を想定した避難訓練を実施しているが、地域住民の参加は無い。しかし12月の認知症カフェで非常用食糧の試食を始め、来年2月には鴨部会や町内会の方の協力のもと、地域の方にも参加して頂き、炊き出しを予定している。</p> | | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | <p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p> | <p>入居者の尊厳やプライバシーについては、採用時の新人オリエンテーションや研修を行い、外部の研修にも参加している。毎月の職員会でも定期的に議題に上げ、話し合いを続けているが、徹底するまでには至っていない。</p> | | |

| | | | | | |
|----|------|--|---|--|--|
| 37 | | <p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p> | <p>ご自分で意思表示ができる方は、それに沿えるよう支援しているが、それが難しい方はできるだけ自己決定の場面が増えるよう、気をつけている。</p> | | |
| 38 | | <p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p> | <p>基本的な流れはあるが、朝は無理に起こさず朝食はそれぞれご自分のペースで食べて頂いたり夜間入浴はできてない分、入浴時間の幅を広く持つなど気をつけている。</p> | | |
| 39 | | <p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p> | <p>できる範囲でお化粧したり、アクセサリーをつける、洋服を買いに行き、ご自分で選んで頂く等心掛けている。定期的に美容師さんに来て頂き、髪の手入れには気をつけている。行ける方についてはできるだけ理美容室に行っている。</p> | | |
| 40 | (15) | <p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p> | <p>食事形態(刻み、トロミ、ミキサー食等)を入居者様に合わせる事はもちろんだが、ホットプレートや土鍋を使い、メニューを工夫したり、時にはお弁当や、寿司なども取り入れている。またできる方は盛り付けや下ごしらえ、洗い物等積極的に手伝ってくれている。</p> | | |
| 41 | | <p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p> | <p>透析の方以外は、一日1000cc～1500ccを目指している。外部からメニューや食材を取っているので、カロリーやバランスはきちんとできている。水分表を時間でチェックし、少ない時はいくようにし、食事量が少ない時も、早めに担当看護師に相談している。</p> | | |
| 42 | | <p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p> | <p>毎食後の歯磨きを行っている。ご自分でできない方は職員が口腔ケアを行い気をつけている。</p> | | |
| 43 | (16) | <p>○排泄の自立支援</p> <p>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</p> | <p>排泄表を使い排尿、排便の有無をチェックして、時間でのトイレ誘導を心掛けている。各個人の排泄パターンを知る事で、できる限りおむつの使用を最小限にする事と、トイレでの排泄を続ける努力をしている。</p> | | |

| | | | | | |
|----|------|---|--|--|--|
| 44 | | <p>○便秘の予防と対応</p> <p>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</p> | <p>便秘改善に向けて、水分・食事・運動を行っているが、透析患者さんや、便秘がひどい時は担当看護師や医師に相談している。</p> | | |
| 45 | (17) | <p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p> | <p>基本は2日に1回の入浴をベースにしているが、希望があれば添えるよう心掛けている。体調に応じ入浴が難しい時は、清拭や、足浴等で対応している。</p> | | |
| 46 | | <p>○安眠や休息の支援</p> <p>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</p> | <p>その時々で出来るだけ自由に過ごして頂けるようにしている。夜間眠れない時は、無理をせず話をしたり、飲み物を摂取したりして対応している。</p> | | |
| 47 | | <p>○服薬支援</p> <p>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</p> | <p>個別に薬のファイルを構えたり、現在服薬している薬の内容を介護記録の前に入れて置き、職員が把握できるようにしている。服薬については何重ものチェックができるようにしている。</p> | | |
| 48 | | <p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p> | <p>洗濯物や食事の下ごしらえ、盛り付け、洗い物等最初はお願いして始めても、役割や楽しみになるよう気をつけている。また、花の好きな人は園芸を、歌の好きな方はCDやDVDを聴いたり、見たりして貰っている。散歩時に買い物に行ったり、モーニングや外食も希望に沿えるよう支援している。</p> | | |
| 49 | (18) | <p>○日常的な外出支援</p> <p>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</p> | <p>日常的には散歩や近くのコンビニや古着屋に行ったり、モーニングやドライブに出かけている。ご本人の希望によっては、お寺、展示会、美術館、発表会、理美容院、ご自宅等へ出掛けるようにしている。</p> | | |

| | | | | | |
|----|------|--|---|--|--|
| 50 | | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p> | <p>入居者の希望があれば、ご家族との話し合いによってご自分で持って頂いている。できる限りは外出時ご自分で支払いをして頂くなど、気をつけている。職員と出掛けてご馳走して頂く事もあり、プライドを傷つけないようご馳走になるが、ご家族には報告し、後で代金を返している。</p> | | |
| 51 | | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p> | <p>携帯を持たれている方もおいでるし、ご家族やお知り合いに掛けたい時は、職員がお手伝いしている。また、掛かってくる電話もお繋ぎしている。ご自分で手紙を書く方についても、職員がお手伝いしている。</p> | | |
| 52 | (19) | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p> | <p>共用空間は決して広くないが、季節に応じた飾りをしたり、できる限り居心地良く過ごせて頂くよう工夫している。</p> | | |
| 53 | | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p> | <p>ご本人の希望によって、フロアの椅子やソファのお好きな場所で過ごして頂いている。また、居室に戻って過ごされるのも、自由にして頂いている。</p> | | |
| 54 | (20) | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p> | <p>入居前にご本人やご家族と相談して、できるだけ馴染みの家具等を持って来て頂いているが、現実には古かったり、大きかったりで難しい。しかし、趣味の物や小物を置いたり、各担当者が工夫して写真を飾るなどしている。</p> | | |
| 55 | | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p> | <p>各居室入口に目印をつけたり、手すりが行き届かない所は代替りの動線ができており、安全に移動できるよう気をつけている。</p> | | |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|----------------|----|---|-----------------------|----------------|
| 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 | 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. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 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 | 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回程度ある | | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | | | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. ほとんどいない |