

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 | 0990100356 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 正恵会 | | |
| 事業所名 | グループホーム ホームタウン上河内 | | |
| 所在地 | 宇都宮市下倉町1234-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成28年11月28日 | 評価結果市町村受理日 | 平成29年3月7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.kaigokensaku.jp/09/index.php |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人アスク |
| 所在地 | 栃木県那須塩原市松浦町118-189 |
| 訪問調査日 | 平成28年12月14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)】

グループホームホームタウン上河内ではご利用者様が第2の我が家として安心して穏やかに生活していけるようなホーム作りを目指しております。
ご利用者一人一人がその人らしい生活を送ることが出来るように、各担当者がモニタリングを日々おこない、それを元にカンファレンスにて議論し、アセスメントしたものをケアプランとしており、全職員ケアプランに沿ったケアの実施をめざしております。

【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)】

職員が作った『生きる喜びを持って共に歩もう一歩ずつ「笑顔の風が吹き抜ける明るいホーム』を事業所の理念としている。開設から5年目になるが、当初からの職員が半数近く残っており、理念の実現に向けて、利用者一人ひとりがその人らしい生活を送るためのケアを実践している。介護計画作成にあたっては、利用者の担当職員は日々モニタリングを行い、2ヶ月毎のユニット会議で意見交換を行い、ケアマネージャーや計画作成担当者は家族の要望と合わせてこれらを介護計画に反映させている。ほとんどの利用者は、職員が通院介助をしてくれ、往診にも来てくれること等から、近くの協力病院をかかりつけ医にしている。重度化・終末期についても、これまでも看取りの事例があり、今後も利用者や家族の希望があれば、この協力病院の往診と訪問看護で対応していきたいとしている。訪問看護師が週1回訪れ健康等に関するアドバイスを行っており、歯科医の訪問診療も週1回あり、口腔ケア、入れ歯の調整を行ってくれるなど、利用者の健康管理にも努めている。

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

| 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 | 開所時に理念を作ったが、開所時からの職員は理解しているが、5年目に入り、職員の入れ替わりもあり理解をしていない職員もいる為、ユニット会議の際に新人職員にも理解してもらう必要がある | 『生きる喜びを持って共に歩もう一歩ずつ「笑顔の風が吹き抜ける明るいホーム』』を事業所の理念としている。開設当初からの職員が半数近く残っており、自分たちで理念を作ったということもあり、利用者一人ひとりがその人らしい生活を送るための支援など、理念を念頭に置いたケアが行われている。一方、新たに入った職員への理念の浸透が課題となっている。 | 開設当初からの職員が半数近く残っており、現在は事業所の理念に基づいた実践が行われているが、新たに入った職員にも日々の指導等を通して理念を理解してもらい、理念を実現するためのケアにつなげるられるように努めてほしい。 |
| 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 | 不定期ではあるが、作成している広報紙を回覧板に入れてもらったり、上河内地域自治センターに置いてもらい情報の発信はしているが、地域とのつながりは薄いと思う。その他は地域のイベントに参加できる範囲で参加、ボランティアとの交流程度となっている。利用者の散歩の時や職員が通勤時に挨拶をする程度になっている。 | 自治会に加入し、事業所の広報誌を回覧板に入れるなど情報の発信にも努めている。福祉祭りやふれあい祭りなど地域のイベントにも参加しており、祭りに参加している保育園の子どもたちとの交流も行われている。事業所では毎月イベントが行われており、ボランティアにより津軽三味線、フラダンス、お囃子などが披露されている。 | |
| 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 | 運営推進会議で参加していただいている方や、広報紙で、理解や支援の方法を説明しているが、グループホームからの発信は難しい。今後、機会があれば地域の人々に向けて活かせればと思う | | |
| 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か月に一度の運営推進会議でご利用者様の状況報告や取り組みについて説明し、自治センター、居宅、自治会長、時々ご家族様にも出席して頂き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 | 運営推進会議は、併設の小規模多機能型居宅介護施設と共催で、年6回開催されている。利用者・家族・自治会長・民生委員・自治センター職員・地域包括支援センター職員等が参加し、情報の提供、意見の交換などが行われている。会議では、利用者の個別ケアについて詳細な説明が行われたり、家族アンケートの結果とその対応などの報告も行われ、参加者との意見の交換が行われている。 | 会議資料等にある利用者の個別ケアに関しての個人情報については、匿名として扱うなど個人のプライバシーには配慮しているが、今後とも個人が特定されることがないように配慮の徹底を図ることが望まれる。 |
| 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 | 運営推進会議で自治センターの方にも出席して頂き、ご利用者様の状況報告や取り組みを説明している。 | 事故報告等は市役所へ提出するが、市の出先機関である上河内自治センターとの関わりが強い。運営推進会議に自治センター職員が参加しており、情報や意見の交換を行っている。自治センターが事務局となり、上河内地域の高齢者・障がい者関係の関連施設で構成されている連絡協議会が2年前にできており、研修等が行われ、自治センター職員との意見の交換の場ともなっている。 | |

| 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 |
| 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 | 危険な薬品を保管している所は施錠しているが玄関等は施錠はしていない。ユニット会議で拘束の勉強会を行い、全職員が拘束をしないケアに取り組み、拘束に値する事が見られた時は職員間で話し合い改善するようにしている。 | ユニット会議の中で開いている勉強会のテーマの一つとして、グループホーム長が資料を作成し身体拘束に関する学習を実施している。帰宅願望者が外に出てしまう時でも制止することなく職員が付き添って行ったり、車椅子で座位が保持できない人にもベルト等で固定することなく滑り止め等で対処するなど、身体拘束のないケアに努めている。職員が利用者の行動を抑制するような言葉づかいを使うことも時としてあるが、その場で注意したり、会議等で話し合い改善に努めている。 | |
| 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 | ユニット会議で虐待の勉強会を行い、日々のケアの中で職員同士で注意を払えるように、また意見を言い合える関係を築き虐待が見過ごされる事のないようにしている。 | | |
| 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 | 経験の長い職員はある程度理解は出来ていると思うが、理解できてない職員が多い為、学ぶ機会を設ける必要がある。 | | |
| 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 | 契約書をもとに説明を行っている。改定があった際には文書を送付し、また面会時説明する等ご理解をいただくようにして、文書により同意を得るようにしている。不安や疑問が発生したときは、その都度、説明を行っている。 | | |
| 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 | ご利用者様の要望等を聞き取り実現可能な範囲で対応している。ご家族様からは、面会時に希望や要望を聞くようにしている他、法人等のアンケートを実施し、回答のデータをもとに問題点を改善できるようにユニット会議でも話合っている。 | 家族等の意見・要望は、面会時や法人が実施している家族アンケート等で聞く機会がある。職員の名前が分からない、日用品の購入を代行してほしいなどがでている。これらの意見等に対しては、ユニット会議で職員と話し合い、玄関に名前を書いた職員の集合写真を貼りだしたり、食料品の買出しの時に要望のあった日用品も一緒に購入するなどの対応をしている。また、家族等からの要望と対応については運営推進会議にも報告している。 | |
| 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 | 運営に関しての意見や提案等はユニット会議や面談の際にホーム長に伝える機会はある。節約等は職員が意見を出し合い、委員が中心となり、改善されてきている。 | 運営に関する職員からの意見や提案等は、日頃の会話、ユニット会議や面談時等に直接話し合っており、職員アンケートも行うなど、伝える機会は数多くある。個別ケアに関する意見、家族からの要望への対処方法、節約や備品購入に関する提案などが出ており、運営に反映されている。 | |

| 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 |
| 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 | 人事考課表で自己評価をしたり、自己申告書で適正を判断する機会はある。また資格を取る際の補助などもある | | |
| 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 | 法人外から講師を呼び法人内での研修や法人全体での発表会、また2か月に一回、法人内での全体研修、ユニット会議での勉強会を行い知識を深められるようにしている。 | | |
| 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 | 職員全体となると同業者との交流や勉強会はない | | |
| 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 | 入所前の面談の段階でご本人とを話す中で左記の通り関係性を作るように努めている。また、その後はご利用者様は何かか会話が成立する方が多いので、話を傾聴し要望等は可能な限り実現できるようにしている。失語症などある方には表情やしぐさを読み取り気づける様に努力している | | |
| 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 | 入居相談の段階で具体的な悩みなども聞き取るように心がけている。また、その後契約する際、ご本人と面談をする際なども改めて聞き取りし、出来る限りの情報を得られるように努めている。入居後はまめに面会に来られるご家族との信頼関係は築けていると思う。面会時や月に一度、ご利用者様の様子を手紙で知らせたり、体調や変わったことがあった際には速やかに報告している。家族からの要望等には耳を傾けるように努めている。 | | |
| 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 | 15、16より獲た情報をもとに入居前担当者会議にてサービスを決めている。その後は2か月に一度ユニット会議でカンファレンスを開き、問題点などを話し合い必要としている支援を見極めるようにしている。希望があれば、マッサージ等、他のサービス利用もしている。 | | |

| 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 |
| 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 | ご本人が出来る事はして頂き、出来ないところは手伝っている。また出来る方には、職員と一緒に、洗濯物たたみや食器洗いなど手伝って頂き役割を持って生活出来る様に支援している。 | | |
| 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 | ほとんどのご家族様はホームに対しての理解を示して下さり、職員では対応できない所は協力をお願いして共に支えていく関係を築けている。 | | |
| 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 | ご利用者によっては週に1、2度ご自宅へ日中帰られる方もいるが、入所後は馴染みの人や場所との関係は薄れてしまっている。 | 帰宅願望があり月に一回くらいは家族が外食に連れて行く人、自宅が近いこともあって週に1、2回自宅に帰る人もいるが、多くの方は馴染みの場等へ外出する機会が少なくなっている。来訪者も家族や親戚が主で知人の訪問は少ない。近所に住んでいる親戚が来ても認識できない人もいる。高齢化や認知症の進行に伴い馴染みの人や場所との関係性が薄れて来ており、今後の関係継続への取り組みが課題となっている。 | |
| 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 | 狭い空間でありちょっとした事で口論などトラブルも発生する事があるが職員が間に入り仲介するようにしているが、解決が困難な場合は席替えをする等、臨機応変に対応している。孤立してしまった時は職員が積極的に関わる様になっている。 | | |
| 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 | 開所後11件の退所があり、一名が再入所されたが必要なときのための連絡になっている。 | | |
| 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 | 話を傾聴し出来る限り、希望に添えるように支援している。困難な場合はご家族の協力を得たり、職員間で話し合い、その人らしい暮らし方を検討している。お話しの方で可能であれば、カンファレンスでご自分の意向を述べて頂いている | トマトジュースを飲みたい、髪を染めたいなど利用者の要望に答えて購入したりしている。玄関の音が出るセンサーを切って外に出してしまう人に対して、ケアカンファレンスで一緒に話し合い、職員が付き添って外出させる約束をする等の対応もしている。希望や意向の把握が困難な場合には、意向等を推測して対応している。個別ケアの実践を運営のテーマにしており、その人らしい生活ができるように取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 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 | ご本人やご家族様からの情報、入所前に利用していたサービス事業者の情報をもとに把握に努めている。 | | |
| 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 | 個人のケース記録を作成し、食事量、排泄、入眠状況など共通の支援状況の他に、個別の支援を加え、また訴えや表情などを記録し現状の把握に努めている。また、左記を把握する上でもモニタリングを実施している。 | | |
| 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 | ご利用者様にはそれぞれ担当職員が決まっているので担当者がモニタリングを行いケアマネ、計画作成者がそれを元に介護計画を作成している。ユニット会議ではカンファレンスを行い職員同士で話し合っているがご家族様の参加は難しい | 2ヶ月毎のユニット会議の中で、担当職員が作成した日々のモニタリング結果を持ち寄り、話し合っている。ケアマネージャーや計画作成担当者は、職員からの意見、利用者や面会時に聞いた家族の要望等を把握し、これらの情報をもとに介護計画を作成している。その後も、半年ごとに、職員、利用者、家族の意見・要望を把握し、状況の変化に応じて、介護計画の見直しを行っている。 | |
| 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 | 個別のケース記録にケアプランを載せ、モニタリングがしやすいように工夫し、またケアプランをピックアップし毎日の実践状況を評価できるようにしている。ユニット会議や連絡ノートの活用、申し送り等で情報を共有出来るようにしている | | |
| 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 | ご本人やご家族の要望、認知症の進みや、身体機能の状態の変化に応じて生まれるニーズに対応出来るように取り組んでいる | | |
| 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 | 地域資源を活用する機会も少なく、また地域資源の把握をする必要がある | | |

| 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 |
| 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 | ほとんどのご利用者様が職員付き添いで、かかりつけ医となっている協力病院に定期的に受診しており、受診結果はその都度ご家族へ報告している。また必要に応じて専門医への紹介をして頂き受診している。またご家族様の希望された病院を受診される事もある | 入居時に利用者のほとんどが、かかりつけ医を職員が通院介助してくれる近くの協力病院に変えている。協力病院以外を希望する場合は、家族の通院介助となるが、困難な場合は職員が同行している。受診内容等は、家族には面会時やユニット便りで伝え、職員には連絡ノートやユニット会議で周知している。訪問看護師が週1回訪れ、睡眠や排便、栄養に関するアドバイスを行っており、歯科医の訪問診療も週1回あり、口腔ケアや入れ歯の調整を行ってくれるなど、利用者の健康管理に努めている。 | |
| 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 | 週一回訪問看護師が来訪し健康状態のチェックを行い、ご利用者様の様子や状態を報告し助言等を受けてケアを行っている。また必要に応じてホームへ来て頂き診ていただいたり、電話等にて状態を報告し助言を受けている。 | | |
| 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。 | 入院の際には、ご利用者様の情報を提供し、退院に際しては電話等で状態を説明してもらったりサマリー等で退院後の注意点を確認している。 | | |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 終末期における看取りについては、条件が揃えば対応するという方針を取っており、一方のユニットでは、2件のターミナルケアを実施。またご家族様にはグループホームで出来る事を説明し理解を得た上で話し合いを行っている。看取りを希望されていても、医療を希望される時もあり、ご家族の意向を大切にしている | これまでに看取りを行った事例が2件あり、今後も利用者や家族の希望があれば、近くの協力病院の医師の往診と訪問看護で対応していきたいとしている。利用者の状態が悪化した際、家族と緊密に連絡を取り、入居時はホームでの看取りを希望していても、入院希望に変わる場合もあり、家族の意向を最優先に支援していきたいと考えている。経験の乏しい職員のために、勉強会を適時行っている。 | |
| 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 | 急変時や事故発生時の対応マニュアルはあるが、経験の浅い職員もおりすべての職員が熟知出来ていない。ユニット会議で健康管理の勉強会を行っているが実践力を身につける勉強会が必要である | | |
| 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 | 隣接する小規模多機能事業所と、定期的に避難訓練を行っている。今年も消防署員に来て頂き通報からの本格的な訓練と消火訓練を行った。前年指摘のあった災害時の備蓄品として非常用の水を購入している。 | 避難訓練は半年ごとに年2回、うち1回は消防署員立会いのもとで行っている。施設にはスプリンクラーが設置され、防災マニュアルを作成している。外部からの侵入者等への対策は、夜間施錠することで備えている。災害時の備蓄として、飲料水を用意している。運営推進会議では、自治会長から非常時の協力について前向きな意見が出ている。 | 夜間の火災等の際、避難した利用者の見守りなど、近隣の住民の協力を得ること、災害に備え、非常食の備蓄、停電時の対応など、さらなる取り組みを期待したい。 |

| 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 |
| 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 | 職員はご利用者の状態や様子に気を付け、その人に合った声掛けや対応をしている。認知症が進み、上手く出来ない事も増えてくるが、自尊心を傷つけずに常に感謝の言葉を述べるようにしている。不適切な対応には、ホーム長やリーダーがその都度注意、指導をしている。 | 利用者の呼びかけは「さん」付けで、丁寧な対応を心掛けている。トイレ誘導を嫌がる利用者には、何気なく散歩に誘い、帰りに済ませてもらうなどの配慮をし、汚物はトイレに置かれた新聞紙にくるんでさりげなく持ち出すなどの工夫をしている。利用者の意向には可能な限り対応するようにしているが、新人職員が「待ってて」など不適切な対応をした場合は、ホーム長などがその都度指導している。職員は年4回行われる法人内の全体研修で、適切な対応について学んでいる。 | |
| 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 | 自己決定が可能なご利用者は、ご自分で選んだり、決められる様に働きかけている。困難な場合は職員や家族が決定することもある | | |
| 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 | 起床時間や食事時間など、ご利用者様のペースを大切にしているが、食事時間などは時間の制限もあり職員ペースになっているときがある。全利用者となると、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かは疑問である | | |
| 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 | そのように支援をしているが、認知症の進行により、身だしなみに無頓着になってきている方も多く、何を着ていいのか解らないなど意思表示が困難な場合は職員が支援している。 | | |
| 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 | 3食全てを職員が作っており、献立表を記入しマンネリ化しないように工夫している。皮むきやお茶入れ、食器洗い等、出来る方にはお願いし、早番と日勤者が同じ物をフロアで摂り、コミュニケーションを図れるようにしている。好き嫌いを考慮し別メニューで対応する時もある | スーパーで食材をまとめ買いし、職員が献立を作成し調理している。季節の食材を使い、利用者の状態に応じて個別に、きざむ、たたくなど、飲み込みやすくなるよう工夫をしている。利用者は自分専用のお茶碗、汁椀、箸、湯呑を使い、ゆっくりと自分のペースで食事を楽しんでいる。食材の皮むき、お茶入れ、食器洗い、食器拭きを手伝う利用者もいる。行事の際は、職員と共におやつ作りを楽しんだりもしている。 | |
| 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 | 全てのご利用者様の食事摂取量、水分量をチェックし、低栄養、脱水に注意をしている。必要に応じて介助や捕食を提供したり、水分のバリエーションを変えたりしている。1日の水分トータルを出し全職員が把握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 |
| 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 | 毎食後の口腔ケアを実施し自分で出来る方は声掛け見守りをし、出来ない方は職員が介助、週1回の訪問歯科でも歯の手入れや、口腔ケアのアドバイスをうけている。夜間は義歯の方は洗浄剤につけて対応している。 | | |
| 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 | リハビリパンツ、パット使用の方が多いがパットを使用せず自立している方もおられる。日中はほとんどトイレ誘導をしており、夜間も可能な限りトイレ誘導を行っている。トイレの訴えが無い方にはトイレに行きたい仕草を見逃さないようにし、2～3時間おきに誘導を行っている | ほとんどの利用者がリハビリパンツとパッドを使用している。居室でポータブルトイレを使用している人もいる。ケース記録を見ながら、職員同士うまく連携し、適時にトイレへの声掛け誘導を行っている。本人の希望で、室内外のスロープを利用し歩行訓練を始めた結果、車椅子から杖をついての歩行となり、リハビリパンツが取れたという事例がある。 | |
| 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 | 起床時に牛乳や水等を飲んでいただき、排便を促したり、腹部マッサージを試みたりしている。食生活等で改善できない場合は、医師に相談し、下剤を服用する時もある。場合によっては、訪看時に適便や浣腸を施してもらうときもある | | |
| 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 | 週に2回は入浴出来る様にしている。入浴チェック表を活用し入浴の頻度を把握出来る様にしている出来る限り入浴の希望に添えるようにはしているが、どうしてもマンパワーのある午後の時間帯になってしまい、行事や特変があった時などは潰れてしまう事もあり希望に添えない時もある。 | 週に2回、午後に入浴しているが、毎日入りたいと希望する利用者には、入浴の回数を増やすなどの対応をしている。入浴を嫌がる利用者には、担当を相性のいい職員に変えて説得するなどの工夫をしている。体の状態に応じてシャワー浴のみの利用者もいる。寝たきりなど重度の場合は、職員2人で抱えて入浴させている。毎日行っている足湯は、利用者と職員の大切なコミュニケーションの場となっている。浴室にはエアコンを設置し、温度差をなくす工夫をし、勉強会では湯あたりへの対応などを学ぶなど、職員はより良い入浴支援ができるよう努めている。 | |
| 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 | 体調や体力を考慮して一人ひとりに合わせた休息時間を設けるようにしている。昼夜逆転を予防する為にも日中はなるべく活動的に過ごしてもらうようにしているが、夜間、眠りが浅く寝付けない方もいる。 | | |
| 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 | 服薬管理簿に処方箋を保管し、確認出来るようにしている。服薬に変更があった時は、連絡ノートにも記載し、情報の共有に努めている。変わった事があった場合は記録に残し、医師に報告している。服薬は職員管理としている | | |

| 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 |
| 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 | 洗濯物たみやお茶いれ、テーブル拭き、調理の手伝い等出来る事を見極めお願いしたり、散歩や利用者同士での将棋、買い物など、気分転換が図れるように、可能な限り対応しているが、買い物等外出の機会は少ない | | |
| 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 | 近所の散歩は希望があったり、天気の良い日はお誘いして行っているが、普段は行けない場所への外出は行事に限られており機会も少ない。ご家族と外出し外食や買い物をされるご利用者様も居られるが限られたご利用者様になっている。地域の人の協力は難しい | 散歩は近所を歩き回る程度で、決まった利用者だけが行っている。重度の人を車いすに乗せて近所を回ったり、職員が帰宅願望の強い利用者と一緒に歩くこともある。外出は、桜や紅葉の時期に出かけたり、最近では、動物園に行き、動物に餌をやるなどして楽しんだ。個々の外出の様子はケース記録に記入し、職員間で情報を共有している。 | |
| 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 | お金の管理が出来るご利用者様には、お金を所持して頂き、希望に応じて買い物に出かけたり、ホーム敷地内の自販機でジュースを購入したりしている。管理が難しいかたは、ご家族の同意を得て職員が購入している。 | | |
| 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 | 手紙のやり取りはほとんどなく年賀状ぐらいであり、書ける方だけになっている。電話も希望があれば出来る様にしているが限られたご利用者のみで、自らかける事はほとんどない。 | | |
| 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 | フロアにはユニットごとに対面式のキッチンがあり、ガラス窓が多く明るい感じである。廊下や脱衣室には、天窓があり日中太陽の光を取り入れており、浴室や脱衣室の温度差がないように配慮している。また正月やクリスマスなど、その時々季節感や行事に合わせた飾り付けを工夫している。 | 食堂を兼ねたりビング、廊下、トイレなど、共用空間は広くゆったりとしており、白い壁に木目の床、天窓で、明るく温かみのある空間となっている。対面式キッチンからは料理のにおいが漂い、家庭的な雰囲気を醸し出している。壁には行事の写真や、利用者が作ったちぎり絵などの作品が飾られ、クリスマスツリーなど季節を感じさせる飾り付けもされている。空気清浄機と加湿器を設置し、特に夏冬の温度と湿度管理には気を配っている。 | |
| 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 | フロアには、六角形のテーブルがあり、ご利用者様同士が話をしやすくしていたり、トラブルがあった時はテーブルを離して距離をおけるようにしたり、居室は個室になっており一人になりたい時は居室で過ごせるようにしている | | |

| 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 |
| 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 | ご自宅で使用していた、馴染みの家具などを、持ってきて頂いたり、ご本人とご家族で相談し使い易いように工夫している。また生活するうえで不便や危険が生じた場合はご家族に相談し移動したり撤去して頂いたり、必要なものは持参して頂いている | 各居室の扉の横には、花の絵と利用者の名前入りの木製プレートがあり、さらに間違えないように利用者名が大きく書かれた紙が貼られた部屋もある。居室はゆったりと広く、エアコン、洗面台、ベッド、マットレス、物入れ用の台が備え付けられている。利用者は、テレビやソファ、仏壇、遺影など、家から持参したなじみのものに囲まれて暮らしている。 | |
| 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 | 居室やトイレなどは、わかりやすいように表示をしたり、立ち上がりやすいように手すりも工夫されている。廊下にも手すりをつけ安全に歩行が出来るように、また居室入口に、足元灯があり安全には配慮している。 | | |

自己評価および外部評価結果

| 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 | ホーム理念としまして、生きる喜びを持って共に歩もう一歩ずつ「笑顔の風が吹き抜ける明るいホーム」を掲げ職員一人ひとりに周知し日々のケアを行うようにしている。しかし、開所当初に決めたもので、全員が理解しているかといわれると難しいところもある。 | (評価結果はおおるりユニットのシートに記載) | |
| 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 | 地域の方との関わりはほとんどないが、行事などでボランティア様を呼び交流を図っている。同時に利用者様もボランティア様と関わることで良い刺激になると思い行っている。 | | |
| 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 | 不定期ではあるが、広報誌を作成し、地域包括支援センター、居宅介護サービス、自治センターにお配りし、多方面からも地域の方に認知症についての理解や支援について認識していただけるようにしている。 | | |
| 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 | 運営推進会議では、地域包括支援センター、自治会の方々にホームの運営状況報告し、多方面からの意見を頂いている。頂いた意見を活かしサービスの向上につなげている。 | | |
| 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 | 市町村との連携は、運営推進会議を通しホームの事情やケアサービスの取り組みを積極的に伝え、意見をいただくようにしている。 | | |
| 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 | 身体拘束について勉強会を行ったが、職員全員が理解している訳ではない。今後勉強会を重ね職員一人ひとりが身体拘束についての理解を深めるようにしていく。 | | |
| 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 | 虐待についての勉強会を行ったが、職員全員が理解している訳ではない。今後勉強会を重ね職員一人ひとりが虐待についての理解を深めるようにしていく。 | | |

| 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 | 現在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設けていないため、勉強会を行い職員一人ひとりに学ぶ時間を設けていきたい。 | | |
| 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 | 契約時にしっかりと契約内容の説明をするようにしている。不安点や疑問点にはゆっくり、丁寧、分かりやすく説明するようにしている。 | | |
| 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 | 法人にて年1回ご家族アンケートを実施し、利用者様ご家族様の意見、要望にしっかりと耳を傾け意見、要望にお応えできるようにしている。それらを運営に反映させていた | | |
| 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 | ユニット会議を通し職員の意見、提案する機会を設けている。また、年に3回人事考課の際に面談をおこなうようにしている。 | | |
| 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 | 人事考課表により自己評価表を使用している。職員は自己評価をもとに上司と面談を行っている。面談を通して職員一人ひとりの意見を聞くようにしている。 | | |
| 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 | 法人外の研修は参加の機会は少ない。今後研修参加の機会を増やしていきたい。法人内の研修は積極的に参加している。中堅職員、経験年数を重ねた職員を中心にリーダー研修、チューター研修に参加し、職員のスキルアップを図っている。また、会議内にて勉強会を毎回実施するようにしている。 | | |
| 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 | 同業者との関わりはほとんどない状況である。毎年行っている法人内の親睦会くらいしか関わる機会はない現状。 | | |

| 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 | 入所前の面談の段階でご本人とを話しする中で左記の通り関係性を作るように努めている。その後は利用者様の不安言動時は、寄り添い言動をしっかりと傾聴し、利用者様の安心の確保と同時に信頼関係作りにも努めている。ゆっくり信頼関係を築いていき利用者様に安心して生活していただけるようにしている。 | | |
| 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 | サービス内容を丁寧に説明する。ご家族様の不安、要望にしっかりと耳を傾ける。どんな内容でもしっかりと対応する。こまめな電話連絡やお手紙を送付し良い関係作りにも努めている。 | | |
| 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 | 15、16より獲た情報をもとに入居前担当者会議にてサービスを決めている。日々の生活状況をケース記録に細かく記入し、利用者様の状況把握をするようにしている。特変が見られた場合はすぐにご家族様と連絡を取るようにしている。また、モニタリングをもとにカンファレンスを行いその時に必要な支援内容を話し合い、ケアプランを作成し、ご家族様に目を通していただき同意をいただくようにしている。 | | |
| 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 | 職員と利用者様という関係で一方的に介助を行うのではなく、自己選択、自己決定をしていただきご利用者様の意見を傾聴しながら共に生活を行っていく。また、利用者様のADLに合わせた介助を行うようにしている。 | | |
| 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 | 職員はご家族様との会話の機会を大切にしている。ご家族様来訪時に生活状況をわかりやすく報告するようにしている。その際ご家族様から意見や疑問点がある場合は親身に対応させていただいている。また、利用者様とご家族様だけで会話をする機会を設けご家族の絆を深めていただくようにしている。 | | |
| 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 | ご家族様やご友人との面会、ご本人希望による電話連絡。また、ご家族様希望で外出や外泊などの機会も提供し、馴染みのある人や場所との関係が途切れないように努めている。 | | |
| 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 | 日々の生活をしっかりと把握する。利用者同士の会話などもしっかりと聞いておき利用者同士の関わりを把握する。一人になってしまった利用者様がいた際は職員が隣に座り孤立を防ぐようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | サービス契約が終了されたご家族にもご利用時の感謝の気持ちを忘れずに対応するようにしている。相談などにもしっかりと対応し良い関係を継続していく。 | | |
| 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 | その人らしさを大切にケアを行っている。利用者様一人ひとりとコミュニケーションを図り、利用者様の意思や尊厳を大切にケアを行っている。 | | |
| 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 | 入所の段階で本人ご家族より出来る限りお話の中でこれまでの生活等を聞くようにしており、それをアセスメント表に記載し確認している。また、その後もコミュニケーションを図り昔の話をする。ご家族様来訪時、または電話連絡をし過去の情報を集める。これらを行い生活歴や馴染みの暮らし方の把握に努めている。利用者様の馴染みの生活に近づけるようにご家族様に協力していただき自宅から馴染みの物を持ってきていただいている。 | | |
| 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 | 日々の生活の変化をケース記録にしっかりとまとめるようにしている。職員一人ひとりがケース記録の見返しや職員間での申し送りで見直し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 | カンファレンスの際に利用者様のモニタリングの集計結果を報告するようにしている。職員間で話し合いをし話し合いをもとに介護計画の作成を行っている。また、ご家族様にも日々の生活状況の連絡をし、必ず作成した介護計画に目を通して頂き同意をもらうようにしている。 | | |
| 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 | 日々の生活をケース記録にしっかりと記入をする。カンファレンスでの職員間の話し合いや、モニタリングの集計結果の報告をし職員間の情報交換を行っている。その情報をもとに介護計画の見直し、作成に活かしている。 | | |
| 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 | 出来る限りニーズに対応できるようにしている。日々生活の中で訪れる状況変化に対応できるよう医療との連携を図り、柔軟な支援、緊急時の対応、ターミナルケアなどのサービスの多様化に取り組んでいる。 | | |

| 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 | 地域資源の把握が出来ていないため今後把握していき支援に活かせるようにしていきたい。 | | |
| 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 | ほとんどの方がホーム提携医院をご利用されているが、ご家族様の希望があれば以前のかかりつけ医院の通院も行い適切な医療を受けられるように支援している。 | | |
| 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 | 週一回の訪問看護来訪時に利用者様の状況や、通院状況の報告をし情報交換を行っている。その際に指示を頂き日々のケアに役立てている。また、主治医にも通院時に指示を受けたことを報告するようにしている。 | | |
| 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。 | 入院中は病院とこまめに連絡とるようにし情報交換をするようにしている。入院時に情報交換をしておくことで利用者様の状況を把握する。退院後の対応、指示を頂いたり病院関係者との関係作りを行っている。 | | |
| 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 | 入所される前に契約内容説明時に重度化された場合や終末期を迎えることになった際の話し合いをするようにしている。日々の生活状況を電話連絡したり、月に一回お手紙を送り状況の共有を図っている。また、重度化、終末期が近づいてきた際は、ご家族様と話し合いを行い今後のことについて話し合いをする。 | | |
| 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 | 急変時対応マニュアルを作成し活用している。職員が対応に困った際活用し、上司、訪問看護、主治医と連絡を取り指示を頂き対応するようにしている。 | | |
| 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 | 現在火災の避難訓練マニュアルのみ作成しており火災の避難訓練のみ行っている状況。今後地震、水害の避難マニュアルを作成し避難訓練を行っていくようにする。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者様一人ひとりが人生の先輩である事を忘れずにしっかりとした対応や、丁寧な声掛けを心掛けている。同時に利用者様の人格や誇り、プライバシーを損ねないようにしている。 | | |
| 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 | 日々の生活の中から自己選択・自己決定のケアを大切にしている。利用者様からご希望があれば出来る限り対応できるようにしている。 | | |
| 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 | 利用者本位のケアを行っている。職員の都合ばかりを押し付けるのではなく、利用者様の言動、行動に寄り添うケアを行うようにしている。 | | |
| 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 | その人らしい身だしなみになるように一緒に洋服を選び、おしゃれを楽しめるようにしている。 | | |
| 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 | ご利用者様に合わせ野菜の皮むき、お茶入れ、台拭き、食器拭きなどを一緒に行うようにしている。また、食事と一緒に取るようにし食事の時間を楽しめるようにしている。 | | |
| 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 | 献立は決まっていないが、献立表にしっかりと記入し職員が栄養バランスに片寄がないように注意して調理している。また、水分はお茶だけでなく多様化し水分摂取していただいている。また、1日の水分量も統計している。 | | |
| 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、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 | 利用者様のレベルに合わせて毎食後口腔ケアを行っている。週に一回訪問歯科来訪時に口腔ケアを行っていただき、口臭、口腔内の清潔を保っている。 | | |

| 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 | こまめなトイレの声掛けを行うようにする。トイレ誘導を行いご自分で排泄できる環境作りをする。こまめなトイレ誘導をすることによって、失禁を減らし利用者様に不快感を与えないようにしている。 | | |
| 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 | ストレスも便秘の原因になるため、ストレスの軽減を図るため出来る限りコミュニケーション、寄り添う時間を作るようにする。体操の時間を設け運動をする機会を提供している。また、飲食物の工夫をしている。繊維質の食材を調理したり、乳製品の提供をしたりする。また、医師に相談し下剤をいただくようにしている。 | | |
| 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 | 声掛けをし、ご本人に選択をしていただくようにしている。入浴拒否された場合は無理に入浴せず、時間をおいて声掛けをし入浴していただくようにしていただくなど本人のタイミングに合わせて入浴していただくようにしている。 | | |
| 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 | 一人ひとり居室があり食後などに休みたい時に居室で休むことができる。全室個室になっているので個人の時間を過ごすことが出来、安心して気持ちよく休んでいただけるようになっている。 | | |
| 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 | 服薬管理簿を使用している。通院時にいただく薬の説明書をファイルし保管している。日々服薬管理簿に目を通し、薬の変更や薬の副作用などの確認をするようにする。また、利用者様がどんな薬を飲んでいるのか確認するようになっている。 | | |
| 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 | 利用者様の生活歴から趣味、役割を探しそれを活かして生活していただけるようになっている。家事が得意な方には洗濯物量、台拭き、食器拭きなどを行っていただいたり、園芸が好きな方はお花の水やりなどを一緒に行い気分転換の時間を提供している。 | | |
| 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 | 現状では中々外出する機会を提供できていない。現在は、散歩、食材の買い出し、通院、行事の外出、本人希望の買い物くらいになっている。今後出来る限り外出の機会を増やしていけるようにしていきたい。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者様の希望に応じてお金の所持をしていただくこともある。その際は、紛失等に十分に注意するようにしている。 | | |
| 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 | ご本人より希望があれば出来る限り対応できるようにしている。 | | |
| 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 | エアコン、温度計、空気清浄器、加湿器が設置しており、温度対応や乾燥を防ぎ不快感の無いよう生活していただけるようにしている。また、季節感を感じて頂くために壁の装飾などを行い工夫している。 | | |
| 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 | 個人で各居室があるため居室で一人で過ごすこともでき、フロアで気の合った利用者様同士で過ごすこともできるようになっている。 | | |
| 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 | 持ち込み可能なため使い慣れたタンス、テレビ、ソファなど持ち込んでいただき好みの居室にすることができ、居心地よく過ごしていただけるようになっている。 | | |
| 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 | 利用者様一人ひとりのADLや認知機能の低下などを把握しておく。自立度の高い方はご自分で行える事は行っていただくようにしている。また、見守り、一部介助が必要な方はできるところまで行っていただくようにし、廃用症候群や残存機能の低下を防ぐようにしている。 | | |