

平成22年度

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 | 1472602745 | 事業の開始年月日 | 平成17年3月1日 | |
| | | 指定年月日 | 平成17年3月1日 | |
| 法人名 | 医療法人社団 珠泉会 | | | |
| 事業所名 | グループホーム オカリナ | | | |
| 所在地 | (252-0241) 神奈川県相模原市中央区横山台2-5-1門倉センタービル3F | | | |
| サービス種別 定員等 | 小規模多機能型居宅介護 | 登録定員 | 名 | |
| | | 通い定員 | 名 | |
| | | 宿泊定員 | 名 | |
| | 認知症対応型共同生活介護 | 定員計 | 18名 | |
| | | ユニット数 | 2ユニット | |
| 自己評価作成日 | 平成22年10月5日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成23年3月31日 | |

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

| | |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 | |
|----------|--|

【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)】

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">日々の生活の中でいつも笑顔があるように、意向に添いながら寄り添うケアを心がけ、穏やかな生活が送れるように支援している。認知症が進んでいく中で、生活歴を大切に、出来ることに目を向けながら、潜在能力を引き出せるような支援を行っている。色々な場面に直面したときに、迅速な対応が出来るように職員個々にスキルアップを図っている。利用者一人一人がその人らしい生活が送れるように、ご家族様との連携を密にとりながらお互い支え合いの信頼関係を構築している。 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 社団法人 かながわ福祉サービス振興会 | | |
| 所在地 | 横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階 | | |
| 訪問調査日 | 平成22年11月26日 | 評価機関 評価決定日 | 平成23年2月14日 |

【事業所の概要】

この事業所はJR相模原駅からバスで5分バス停から1分の住宅地にあり、ビルの3階を利用した2ユニットのグループホームである。呼び出しインターホンは1階の建物入り口に設置されている。3階の玄関や各ユニット入り口は施錠されていない。建物は鉄筋コンクリート造りで居室の最小床面積は15.01㎡とゆとりのある広さになっている。建物と同じビルの1階には大きなスーパーが入っており、同3階フロアには協力医療機関のクリニックが開業していて、日々の生活の利便性が良い環境にある。近くには大きな公園もあり四季折々の花や緑を楽しむことができる。

【事業所の理念】

法人の理念「1人1人の価値観と生活パターンを大切にします・あなたらしい暮らしを共に作っていきます」もあるが、さらに各ユニットごとの独自の理念を開所時に職員で作付け加えた。それらをスタッフルームのドアに掲示し、ミーティングで共有認識し、ケアプラン作成に反映させるようにしている。

【医療連携と終末期対応】

協力医療機関のクリニックの医師とは24時間連絡できる体制があり、利用者や家族の希望、家族の協力を確認してターミナルケアに取り組んでいる。ターミナルケアプランもミーティングで話し合い職員が共有して看取りを行っている。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域 | 自己評価項目 | 外部評価項目 |
|--------------------------|---------|---------|
| 理念に基づく運営 | 1 ~ 14 | 1 ~ 7 |
| 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | 15 ~ 22 | 8 |
| 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 ~ 35 | 9 ~ 13 |
| その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | 36 ~ 55 | 14 ~ 20 |
| アウトカム項目 | 56 ~ 68 | |

| | |
|-------|--------------|
| 事業所名 | グループホーム オカリナ |
| ユニット名 | バンジー |

| アウトカム項目 | | | |
|---------|-----------------------------------------------------|--|----------------|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------|--|----------------|
| 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ます。 (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 |
| 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：9,10,19) | | 1, ほぼ毎日のように |
| | | | 2, 数日に1回程度ある |
| | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない |
| 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の拡がりや深まりがあり、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 |
| 66 | 職員は、活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, 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 |
| 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 |
| 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. ほとんどいない |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------|------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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踏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 | 理念をホームの見やすい位置に掲示し、日々のサービスで大切な事を意識してミーティングをしている。全員が発言しやすい雰囲気作りをしている。 | 理念は、開所時に職員が話し合い各ユニットごとに作成している。ミーティングで理念の共有について話し合い、ケアプラン作成に活かしている。 | |
| 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 | 散歩や買い物の際に挨拶で交流を深めている。毎月1回、生き生きサロン・ボランティアによるカラオケ大会等地域との交流を図っている。 | 地域の老人会メンバーが中心となっている「生き生きサロン」の方が月1回訪問してくれ、交流している。地域行事の「どんど焼き」の案内をいただいたが参加できていない。 | 積極的に地域行事や地域防災、老人会行事などにかかわり、地域の一員としてさらに交流を深める機会を作られるように期待したい。 |
| 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 | 横山地域包括センター主催のケア会議に出席、又相模原地区の地域密着型施設職員の交流会に参加し、意見交換を行っている。 | | |
| 4 | 3 | 運営推進会議を活かした取組み 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 | 定期的に運営推進会議を開催し、双方からの意見交換を行いサービスの向上に努めている。 | 会議の年間計画を作り、2ヶ月に1度開催し、事業所の運営報告や行事報告をしたうえで、委員から意見やアドバイスをもらい、サービス向上につなげている。8月の会議から家族も参加している。 | |
| 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 | 市町村との連携を密に取り、市町村事業を積極的に受け入れている。 | 地域ケア会議に出席し、公民館での講演「認知症について」の講師をしている。介護保険課の職員とは現在、スプリンクラーの設置申請の件で相談をしている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6 | 5 | <p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p> | <p>身体拘束を行わないケアを職員は認識している。認知症の進行により行動障害が悪化したケアの方法はスタッフでケアの工夫について検討を行い、身体拘束のないケアを実践しているが、現在1名いる。居室には鍵はなく、夜間は防犯上玄関に施錠を行っている。</p> | <p>玄関や各ユニットの出入り口は夜間だけの施錠で日中は施錠していない。職員は「見える拘束見えない拘束」について研修し拘束のないケアに取り組んでいる。</p> | |
| 7 | | <p>虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃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>関連法について学べる様資料作成、いつでも学べる様にしている。入居者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告を行っている。</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>勉強会を開催して制度理解を図っている。必要な方には支援している。現在1名が制度を活用している。</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</p> | <p>入居時・更新時に説明を行い、署名・捺印を頂いている。</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並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>電話や面会時に遠慮なく希望・要望を言いやすい環境作りをしている。又苦情窓口をグループホーム玄関に掲示し、苦情が発生した場合は苦情対応手順に従い対応している。</p> | <p>今年8月の運営推進会議から家族も委員として参加している。年2回の家族会を開き意見を聞いたり、訪問時に話し合っている。会えない家族には、電話や郵送で報告し意見を聞いている。</p> | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。各ユニットのミーティングに参加し情報収集や意見交換を行っている。 | ミーティングで提案したい意見は事前に記載できる用紙があり、職員は気づいたことを提案している。提案された内容はミーティングで話し合い運営に反映されている。 | |
| 12 | | 就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | 介護福祉士・ケアマネジャー資格に向けたアドバイスを行っている。報酬改定・社会情勢で必要な知識の情報提供・勉強会を行っている。 | | |
| 13 | | 職員を育てる取組み 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を進めている | 研修は本人の希望・管理者からの参加指示を受けながら日常のケアに必要な知識・技術取得の為に参加している。参加後は報告書を提出し回覧・自己学習を行っている。 | | |
| 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つくり、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組みをしている | 研修・講習会・交流会等の外部の方と交流する機会があり。又参考になる、ケア方針等を取り入れている。 | | |
| 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 サービスの利用を開始する段階で、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 | 入居時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16 | | 初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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 | 入居時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。必要時には電話で気軽に相談できる環境を作っている。 | | |
| 17 | | 初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 本人・家族・関係者から情報を頂き、管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設・高齢者住宅等の情報提供を行い、本人・家族に選択して頂く。 | | |
| 18 | | 本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 入居者と共に作業・活動を行う事により喜びや楽しみを分かちあい、役割分担を担って頂く事によって生活の活力に繋げられる様支援している。 | | |
| 19 | | 本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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 | 家族と面会時や電話で情報交換を密に行い、本人・家族の希望、要望を聞き、必要時には話し合いの場を作り一緒に支えている関係を築いている。又、行事参加等積極的に声かけを行っている。 | | |
| 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 | 周囲の人達と関係が途切れない様に電話や手紙の支援を行っている。 | 馴染みの美容院や墓参りには家族が同行している。利用者の知人が訪ねてくることもある。日々の買い物で1階のスーパーの方とも顔馴染みになり挨拶を交わしている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 個々の関係を把握し、良好な交流が出来る様に座席の配置を変えたり、個々が助けあえる様に支援を行っている。 | | |
| 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 | 関連機関に退所された方は、その後の様子や面会に行っている。 | | |
| 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。 | 日常的にスタッフと共有の場を設定して本人の要望を引き出す様に努めている。困難な場合は行動や言動からくみ取っている。 | 家族や本人からモニタリングで希望を聞いたり、日常の会話の中で思いを把握している。意思疎通が困難な場合にはその人の表情や様子から汲み取っている。 | |
| 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 | 本人・家族から生活歴等の情報を提供して頂き、回想法を用いて個性の把握に努めている。 | | |
| 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 | | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>本人・家族の要望を聞き、職員全員でアセスメントを行いICFの視点でケース検討・ケアプランを作成し、3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さない判断した時は期間途中でもプラン変更を行っている。</p> | <p>本人や家族の希望を基に見直し、職員が交代でケアプランの素案を作り、ミーティングで全員が意見を出し合い、検討したうえでケアプランを作成している。</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>毎日ケアプラン評価を記入している。連絡ノート・カンファレンス記録等も活用し情報を共有し必要時にはカンファレンスを行っている。</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>状態変化や本人・家族の希望に応じて支援している。</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>民生委員・地域包括センターの職員が2ヶ月に1度グループホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い協働している。年1回消防署と合同で消防訓練を実施している。</p> | | |
| 30 | 11 | <p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p> | <p>月1回かかりつけ医を受診している。体調不良時は随時受診している。本人が動けない場合はかかりつけ医がグループホームに診察にきている。</p> | <p>以前からかかっていた整形外科や眼科などには家族が同行している。内科は協力医療機関の医師が24時間対応してくれている。週1回の訪問歯科があり、希望者は治療を受けている。</p> | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | | <p>看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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>看護師の資格を持っている者が日常的に健康管理を行うと共に急な体調変化は24時間体制で行っている。</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、また、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。又は、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>極力入院しない方向で支援している。入院した場合は家族に状態確認を行うと共に主治医と相談して早期退院に向け支援している。</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>グループホームで可能な限り対応を行っている。医師・家族と相談し家族全員の同意の元に本人が一番望ましい生活環境を支援している。重度化に関しては書面により同意を得ている。必要に応じて、病院・介護老人保健施設への支援も行う。</p> | <p>契約時に「重度化した場合の対応に関する指針」を説明し、意向を確認して同意を得ている。ターミナルケアに移行する場合には「看取り介護についての承諾書」を交わしている。</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>マニュアルを作成している。スタッフの力量に応じて看護師が指導している。緊急時には看護師が24時間体制で報告を行う。</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>定期的に避難訓練を実施。マニュアル作成。非常用の食品・備品を準備している。</p> | <p>年に4回防災・避難訓練を実施している。そのうち1回は消防署の指導を受けている。建物は鉄筋コンクリート造りで防火扉が設置されている。夜間の火災を想定した訓練も行っている。災害用の備蓄もしている。</p> | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | 14 | 一人ひとりの人格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 | 個々の人格を尊重し、プライドを傷付けない様に認知症の行動障害に対応している。 | 個人情報に関する書類は鍵のかかる棚に保管している。プライバシー保護の研修をしており、職員は利用者個々の人格を尊重しながら接している。 | |
| 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 | 食べたい物・やりたい事・行きたい所等を日頃のコミュニケーションから聞きだし、自己決定出来る様に声かけして、作業・活動を行っている。 | | |
| 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 | 食事・外出等の希望や要望を聞きだすように努め、希望に添える様に支援している。又、時間の概念のない入居者には本人の負担にならない程度に生活リズムを作り支援している。 | | |
| 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 | 自己決定できる方は本人の希望を取り入れ、洋服を選んでもらっている。定期的に訪問理美容を利用している。 | | |
| 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 | 食べたいメニューを取り入れたり、簡単な家事作業を行っている。又、好き嫌いのある方は個別に対応している。職員も同じ食事を入居者の間に入り一緒に食べている。 | 日常生活の中で食事の好みを聞き、高齢者向きの献立に反映している。食事の準備や後片付け、おやつ作りなどを職員と一緒にやっている。時には外食や出前も楽しんでいる。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>毎日の献立・摂取量は個々に記録し、摂取量や嗜好を把握してバランス良く摂取出来る様にしている。食事・水分形態も個別に対応している。</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</p> | <p>口腔ケアの重要性を理解して、毎食後に口腔ケアの声かけを行っている。本人の自立度に合わせ、援助を行っている。年2回の歯科検診を行っている。</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向けた支援を行っている</p> | <p>個々の排泄パターンに合わせてトイレ誘導を行っている。又、排泄状況に応じた用具を選定している。</p> | <p>水分摂取量や排泄チェック表を記入し、個々の排泄パターンに合わせた声かけをして、トイレでの排泄を支援している。排泄能力の維持改善が見られる利用者がいる。</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>水分摂取・適度な運動を心がけている。食事でも繊維質の多い物を考慮している。</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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている</p> | <p>極力本人の希望に応じて支援している。</p> | <p>基本的には週2回以上であるが、毎日入りたい方にも対応している。入浴を拒否する方には雰囲気を変えて声かけし誘導している。部分浴や清拭に変更することもある。</p> | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>夜間良眠出来る様に日中の活動量を確保する。又、個々の健康状態・身体能力に応じて休息が必要な方は臥床時間を設けている。</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>内服している薬の一覧表を見て、作用・副作用について理解している。内服確認したら処方箋に印鑑を押している。症状変化時は医師に相談を行い、指示を受ける。</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>個々の生活歴の中から得意分野のある方は積極的に作業を行ってもらっている。外出等の行事を行い気分転換を図っている。また、飲酒も可能で現在1名嗜む方がいる。</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。また、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>季節感を味わえる様に企画を行い外出している。歩行不安定な方も車椅子にて積極的に外出出来る様支援している。</p> | <p>日常の外出としては、交代で1階のスーパーに食材などを買いに出かけている。車での外出は、花見や相模川河川敷のこいのぼり見学、外食などを楽しんでいる。</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>本人の能力に応じて買い物時の支払い・レシート・つり銭の受け取り等を行なってもらう。本人が欲しい物がある時は買い物に付き添い支援している。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 手紙等自由に出せる様支援している。 | | |
| 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 | 家具の配置・季節の飾り付け等、家庭的な雰囲気が持てる様にしている。 | 南向きの居間兼食堂は明るく、観葉植物があり季節の花や飾りつけがされ、清潔で居心地のいい環境になっている。ソファの置かれている談話コーナーもゆったりとしている。 | |
| 53 | | 共用空間における一人ひとりの居場 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 | 談話コーナーや共用部分を自由に使える。 | | |
| 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 | 自宅で使い慣れた家具・小物を持ち込んでいる。在宅からの持ち込みの際には衛生面にも注意して疥癬等の感染症に注意して消毒している。長期間着用していない衣類は洗濯して熱処理してから使用している。 | 使い慣れた家具や仏壇、写真などがあり、クローゼットは2ヶ所で収納もしやすい。床面積にもゆとりがあり清潔でゆったりした居室である。 | |
| 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」や「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 | 移動スペースには手すりを設置し移動の妨げにならない様に環境整備を行っている。個々の能力に配慮して、目印・トイレ・浴室は表示し居室には表札をつけている。 | | |

| | |
|-------|--------------|
| 事業所名 | グループホーム オカリナ |
| ユニット名 | マハロ |

| アウトカム項目 | | | |
|---------|-----------------------------------------------------|--|----------------|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------|--|----------------|
| 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ます。 (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 |
| 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：9,10,19) | | 1, ほぼ毎日のように |
| | | | 2, 数日に1回程度ある |
| | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない |
| 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の拡がりや深まりがあり、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 |
| 66 | 職員は、活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, 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 |
| 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 |
| 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. ほとんどいない |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | 1 | <p>理念の共有と実践</p> <p>地域密着型サービスの意義を踏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</p> | <p>理念はスタッフ室及びユニット玄関に掲示し、会議や3ヶ月ごとに行うカンファレンスで理念の実践に向けて話し合い、利用者個々の思いやペースに合わせた生活の支援に努めている。</p> | | |
| 2 | 2 | <p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p> | <p>地域の社会福祉協議会「いきいきサロン」や、カラオケボランティアの実施により、地域の方々との交流を図っている。又、日々の買い物等でスーパーの従業員さんと顔馴染みなり、声を掛けあえる仲になっている。</p> | | |
| 3 | | <p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p> | <p>横山地域包括センター主催のケア会議に出席、又相模原地区の地域密着型施設職員の交流会に参加し、意見交換を行っている。</p> | | |
| 4 | 3 | <p>運営推進会議を活かした取組み</p> <p>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</p> | <p>運営推進会議年間計画を立案し、実施後は議事録を作成し職員に報告している。</p> | | |
| 5 | 4 | <p>市町村との連携</p> <p>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</p> | <p>横山地域包括センターと情報交換を行うと共に行き来している。必要時に相模原市介護保険課にサービスについて確認を行う。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6 | 5 | <p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p> | 職員は身体拘束に関する勉強会を行っている。認知症進行により行動障害が悪化した場合のケアの方法はスタッフでケアの工夫を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいるが、現在2名いる。(家族の同意・定期的に評価を行い解除に努めている) | | |
| 7 | | <p>虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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> | 関連法について学べる様に資料を作成し、いつでも学べる様にしている。入居者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告して | | |
| 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> | 勉強会を開催して制度理解を図っている。必要な方には支援を行っている。現在2名の方が制度を活用している。 | | |
| 9 | | <p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p> | 入居及び更新時に説明を行い署名・捺印を頂いている。 | | |
| 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並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> | 面会時、希望や要望を伺いながら確認を行っている。又契約書・ホーム玄関に苦情窓口を掲示し、苦情が発生した場合は苦情対応手順に従い対応を行っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。日報・勉強会・ミーティング議事録などからも情報収集を行っている。 | | |
| 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 | 介護福祉士・ケアマネージャー資格習得に向けたアドバイスを行っている。報酬改定・社会情勢で必要な知識の情報提供・勉強会を行っている。 | | |
| 13 | | 職員を育てる取組み 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 | 外部研修参加。参加後は報告書を提出し、回覧して自己学習を行うと共にミーティング時にも報告し職員全体で学べる様にしている。ケアプラン立案に関しては、個々のスタッフの能力に応じて育成する | | |
| 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つくり、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組みをしている | 研修・講習などで外部の方々と交流する機会があり、参考になるケア方針など取り入れている。 | | |
| 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 サービスの利用を開始する段階で、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 | 入居相談時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録する。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16 | | <p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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>入居相談時に聴取している。不安な事等柔軟に対応できる様にしている。</p> | | |
| 17 | | <p>初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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>本人・家族・関係機関から情報提供をして頂き管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設等の情報提供を行い本人・家族に選択して頂く。</p> | | |
| 18 | | <p>本人と共に過ごし支え合う関係</p> <p>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている</p> | <p>本人の意向を認識し共に活動を行う。役割分担を担って頂く事により、生活の活力を引き出し、役割を果たして頂いた時は感謝の言葉を掛けている。</p> | | |
| 19 | | <p>本人と共に支え合う家族との関係</p> <p>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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>面会時や行事の時に来設された時には情報交換を密に行い、必要に応じて職員が本人・家族の間に入り関係構築を行っている。又行事参加など積極的に声がけお行っている。</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>友人の面会や手紙・電話など出来る様支援している。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 個々の関係を把握して食席などを決めている。又個々が助け合えるよう支援している。自由に交流できる様、将棋などの娯楽活動も行っている。 | | |
| 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 | 他施設共情報交換を行い、家族とも相談し本人にとって混乱の少ない状況を想定してスタッフが統一したケアサービスを行っている。退所後も行事に参加して交流を図る機会がある。 | | |
| その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 23 | 9 | 思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。 | 入浴・食事・外出等希望を聞いている。又本人の希望や要望を聞き出す様に努めている。 | | |
| 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 | 本人・家族からヒアリングしている。サマリーなどから情報提供を受け把握し、又回想法等を用い個性の把握に努めている。 | | |
| 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 | ケアプラン・アセスメントで把握している。又本人の状況に合わせて個別対応をしている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>スタッフ全員でアセスメントを行い、本人・家族のニーズを元にICFの視点でケース検討・ケアプランの作成をし、3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に滴さないと判断した時は期間途中でプラン変更を行う。</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>ケース記録に様子・ケアプラン評価を記入している。連絡ノートも活用し情報を共有し、記録は次回プラン作成時に活用している。又会議・勉強会及び入居者のカンファレンスを行い、プラン作成に活用している。</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>状態の変化や本人・家族の希望に応じて、介護老人保険施設等の支援を行っている。</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>民生委員・横山地域包括センター職員が2ヶ月に1回ホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い協働している。年1回消防署と合同で訓練を実施。</p> | | |
| 30 | 11 | <p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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楽しみながら、適切な医療を受けられるように支援している</p> | <p>月1回かかりつけ医を受診している。体調不良時随時受診している。本人が動けない場合はかかりつけ医が診察にきている。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | | <p>看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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>看護師が日常的に健康管理を行なうと共に急な体調変化は24時間体制で報告を行なっている。</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、また、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。又は、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>極力入院しない方向で支援している。入院をした場合は家族に状態確認を行うと共に主治医と相談して早期退院に向け支援している。</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</p> | <p>ホームで可能な限り対応を行なっている。医師・家族とも相談の上で本人が一番望ましい生活環境の支援を行なっている。重度化に関しては書面により同意を得ている。必要に応じて病院・老健への支援も行なう。10月に1件ターミナルケアを終えた。</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>マニュアルを作成している。スタッフの力量の応じて看護師が指導を行なっている。緊急時は看護師に24時間体制で報告を行なう。</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>定期的に避難訓練を実施。マニュアルを作成している。非常用の食品・備品を準備している。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | 14 | 一人ひとりの人格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 | 個々の人格を尊重し、プライドを傷つけない様に認知症の行動障害に対応している。個人情報に鍵のかかる棚に保管し、個人情報で不要となった書類等はシュレッダーにかけて廃棄している。 | | |
| 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 | 食べたい物・やりたい事・行きたい所等、日常生活の中で聞き出し、自己決定出来る様に声かけし作業・活動の場を作っている。 | | |
| 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 | 本人の希望や要望を聞き出す様努めている。時間の概念のない入居者には、本人の負担にならない程度に生活のリズムをつくり支援している。 | | |
| 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 | 本人の希望を取り入れ洋服は自分で選んでもらう。定期的に訪問理美容利用している。 | | |
| 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 | 一緒に食事の準備や片付けを行なっている。好き嫌いのある方は個別の対応している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>毎食、食事チェック表にて摂取量の確認を行う。摂取量が不足している場合は補食を行なう。補助食品を利用したり、個々の嗜好を取りいれながら健康状態に応じた対応を行なっている。食事・水分形態も個別に対応している。</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</p> | <p>口腔ケアの重要性を理解して毎食後、義歯の管理・口腔ケアを行っている。自分で行えない方はスタッフが管理し行い、個々に合った用具で支援している。年2回の歯科検診を行なっている。</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向けた支援を行っている</p> | <p>排泄表から個人の排泄パターンを把握して誘導を行なう。また、排泄状況に応じた用具を選定している。排泄機能向上のある方は、ケアプランにて重点的に取り組んでいる。</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>水分補給に心がけ、不足がちな方は水分チェックし必要量が摂取できるよう支援している。体操などの運動量を確保している。毎朝の牛乳と繊維質の多い物を考慮している。</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、個々に応じた入浴の支援をしている</p> | <p>極力本人の希望に応じて支援している。在宅で夕方入浴していた方は、夕食前後に希望に合せて支援している。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>夜間安眠できるように、日中の活動量を確保し、個々の健康状態に応じて、日中の休息が必要な方は臥床時間を設けている。</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>薬と処方箋を確認して内服した所まで確認を行う。完了したらチェック表・処方箋にサインをする。利用者の内服している薬の一覧表をカーデックスにファイルし常に作用・副作用について理解する。症状変化時は医師に相談し指示を受ける。</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>調理手伝い・洗濯干し・たたみなど日課として役割を担ってもらっている。散歩や買い物など外出し気分転換を図っている。飲酒も可能だが現在嗜む方はいない。喫煙者現在1名おられ、希望時は提供している。</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。また、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>希望に応じて、近隣散歩や買い物に出かけている。車椅子の方も積極的に散歩に出かける様支援している。家族の協力を得て温泉や墓参り、個別又はグループでの外食・花見や初詣など支援している。</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>個人金庫に保管・出納帳に記し、入金時家族に確認して頂きサインしてもらっている。能力に応じ買い物時の支払い・お釣りやレシートの受け取りなど行なってもらう。本人の欲しい物がある時は買い物に付き添い自分で買い物したと満足感が得られる様支援している。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>能力に応じて家族の了解の元、居室に電話を設置している。設置していない方がかけたいと希望された場合は職員が支援している。また、ホームから家族へ連絡等でかける際、入居者にも電話口にて頂き、話す機会を支援している。手紙も本人が返事を出せる様に支援している。</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>生活空間の飾りつけは、入居者・スタッフの手作りの作品を飾ったり、季節に合わせ工夫している。また、消臭にも気配りをしている。体力のない方には、ウイルス除去芳香剤を使用している。</p> | | |
| 53 | | <p>共用空間における一人ひとりの居場</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通りに過ごせるような居場所の工夫をしている</p> | <p>談話コーナーや共用部分を自由に使用できる。</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>家具は自宅で使い慣れたものを持ち込んで頂き、希望者には仏壇の持ち込みも許可している。また、安全に暮らせるよう、本人・家族と相談し配置している。道具の持ち込みの際には、衛生面にも十分注意している。</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」や「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>移動スペースには、手すりを設置し流し台・洗面台は高齢者に合せた高さにしてある。トイレ・浴室には表示をし、個々の居室には表札を掛けている。トイレ・居室までの案内矢印などの工夫も行なっている。</p> | | |