

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

| | | | |
|---------|------------------------|------------|------------|
| 事業所番号 | 2872700360 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 正峰会 | | |
| 事業所名 | グループホーム さくらんぼ(母屋) | | |
| 所在地 | 兵庫県西脇市黒田庄町黒田 1601-30番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年3月6日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年5月10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.kaijokensaku.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosvoCd=2872700360-00&PrefCd=28&VersionCd=022 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 姫路市介護サービス第三者評価機構 | | |
| 所在地 | 〒670-0955 姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階 | | |
| 訪問調査日 | 平成25年3月27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)】

学習療法・アクアスポーツへの参加を積極的に取り組み、残存能力の維持・体力・筋力の維持を図っている。
また、個別ケアを重視し、一人一人に役割を持って頂き生き生きとした生活の支援を行っている。最後まで、馴染みの関係の中で暮らして頂けるよう、医療との連携を図り看取りケアを行っている。

【第三者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)】

職員と入居者との関係がユニット間でも共有できるように職員配置などにも工夫をし、ユニットを交代して業務を行う事でグループホーム全員の利用者が把握できるような体制づくりに努力が感じられる。又、利用者の状況についても排泄面などにおいて、トイレを使用して排泄が可能かどうかを実践しながら排泄の状況を改善した事例もみられ、利用者の日常生活動作の向上にも努めている。認知症状改善のための「くもん学習療法」や身体機能の向上のための「アクアスポーツ」等の実施効果についても継続した取り組みを行っている。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 | | 取り組みの成果 該当するものに 印 | 項目 | | 取り組みの成果 該当するものに 印 |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25) | 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19) | 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) | 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20) | 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) | 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 | 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) | 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28) | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | | |

自己評価および第三者評価結果

(セル内の改行は、(Alt+Enter)です。)

| 自己 | 第三者 | 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 |
| 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 | 「お一人おひとりが生き生きと輝き、居心地のよい豊かな暮らしを創る」を独自の理念とし、個別ケアの実践・職員教育・地域密接方施設として地域との共存を目指している。 | 事業所独自の理念を事務所に掲示して朝礼で唱和するとともに、日々、ケアを行う中で地域密着型サービスの意義を確認するようにしている。また広報誌「さくらんぼの暮らし」に掲載して関係者と認識の共有を図っている。 | |
| 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 | 地域ボランティアを通じ、地域の方との交流を図っている。 また、地域行事に参加したり、来訪して頂き交流を図っている。 | 初詣・とんど・秋祭り・クリーンキャンペーンなど地域行事に参加し、秋祭りには事業所の前庭を開放して休憩所として使用していただいている。また毎月生け花の講師を招いたり、トライやるウィークを受け入れたり、幼稚園・保育園からの訪問もあり、交流が広がってきている。 | 地域代表(区長・副区長)・民生委員の協力のもと地域との交流は少しずつ確実に増えてきている。今後も地域行事への参加、広報誌配布、事業所主催の行事への招請など継続的に取り組むことを期待したい。 |
| 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 | 事業所独自では、地域に向けて積極的に発信できていないが、運営推進会議を通じ理解を深めて頂こうと思う。 | | |
| 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 | 運営推進会議では、必ず近況報告を行い話し合いを行っている。また、そこでの意見を前向きに検討しサービスの向上に努めている。 外部評価やISO審査結果についても報告し、意見を聞かせて頂いている。 | 地域代表(区長・副区長)・民生委員・家族・地域包括支援センター職員・事業所職員を構成メンバーとして2か月に1回定期的に開催している。内容も報告だけに留まらず話し合い・相談が行われている。 | |
| 5 | (4) | 市町村との連携 市町村担当者との頃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 | 運営推進会議を通じ、市町村担当者との協力関係が構築されている。 | 運営推進会議で地域包括支援センター職員と話し合うが市町担当者とは話す機会はなく、普段、事業所の実情やケアサービスの取り組み状況を市町担当者に直接伝え情報共有を図ったりすることは少ない。 | 事業所の日頃の運営状況について情報提供しグループホームの実情を知っていただく取り組みを望みたい。広報誌を持参したり、事業者連絡会結成を視野に入れて同一地域にあるグループホームとの交流を図っていくことを期待したい。 |
| 6 | (5) | 身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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 | 身体拘束を行わない事を基本としており、勉強会を各ユニットミーティングで行い、全職員が理解できるよう努めている。また、玄関の施錠については開設当初より行なっておらず、ベッド柵についても必要最低限に努め、拘束をしないケアに努めている。 | 身体拘束の事例はない。全職員にマニュアルを配布し、ユニットごとに「身体拘束をしないケア」について勉強会を実施している。「まとめてサービス向上委員会」が年3回会議を開き活動している。玄関施錠は開設以来行っていない。 | |
| 7 | (6) | 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 | 虐待については、勉強会などで学ぶ機会を設けてはいるが、全職員が理解できるまでには至っていない。 特に、スピーチロックについては気がかりである。 | 全職員はユニットごとの勉強会で「虐待の防止」について勉強しているが、職員の理解に個人差があることを管理者は把握しており、日々の暮らしの中で気配りして防止に努めている。 | |

| 自己 | 第三 | 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 | (7) | 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 | 権利擁護については、全員が理解できるまでには至っていない。必要な利用者に関しては、家族と話し合いパンフレットの提供など試みている。 | 現在、成年後見制度を活用している事例がある。管理者は、一部を除く職員には両制度についての知識が十分でないことを把握し、今後、学習会の実施を検討している。また必要な家族等にはパンフレットなど情報提供できる体制はある。 | |
| 9 | (8) | 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 | 契約時に重要事項説明書及び契約書に利用者の権利・義務を明示し内容を説明し同意を得ている。改定時にはその都度連絡し、理解や納得が得られるよう心掛けている。 | 入居前に本人に見学してもらい本人面接を行っている。契約に際して管理者は重要事項説明書・契約書を約2時間かけて丁寧に説明し、理解・納得を得た上で署名捺印していただいている。費用面についても詳しく説明を行っている。 | |
| 10 | (9) | 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 | 家族面会時などに出た意見は、職員間で話し合い迅速に対応できるよう心掛けている。 | 普段、家族が面会に来られた時やユニットごとの忘年会などの行事の機会に相談を受けたり、要望を聞いて事業所内で共有し運営に反映するようにしている。 | |
| 11 | (10) | 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 | 利用者主体のケアサ・ピスが実施されるよう、ミーティング・カンファレンスなどの機会を通じて職員間で話し合い、質のよいケアを提供できるよう向上を図っている。 | ユニットごと全員参加のミーティングを毎月1回、実施し、運営についてや利用者ごとの個別ケアについて話し合っている。管理者は、普段のケア提供の中だけでなく年2回実施する職員の自己申告・面接を通じて聴き取った意見・提案を運営に反映するようにしている。 | |
| 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 | 年2回チャレンジ目標を設定し、毎月の業務報告書に繋げ自己評価している。目標の結果については、個人面談を行うと同時に、個々の悩みや不安に思っていることなどを向き合って話せる機会を設けている。 | | |
| 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 | 必要な研修を受講しミーティングなどで報告を行い他の職員にもフィードバックを行なっている。また、法人内の研修にも参加させて頂いている。 | | |
| 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 | 地域の同業者(同グループを含む)と交流研修や相互訪問などの機会を設けてはいる。 | | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 |
| 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 | 面接時に本人の不安や、求められているサービスなどについて、ゆっくりと傾聴し安心して利用できるよう思いを受け止め対応している。 | | |
| 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 | 入居申し込み時に、家族の不安や求められているサービスなどについて、ゆっくりと傾聴し安心して利用できるよう思いを受け止め対応している。 | | |
| 17 | | | 初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 申し込み時や面接時の様子・情報から利用者にとって一番に必要とされているサービスを見極め、在宅サービスの利用・他事業所の利用を視野に入れ初期対応を行っている。 | | |
| 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 | 日常生活の中でこれまで経験されてきた、家事全般の軽作業や季節の祭りごとなどに関する風習や、昔ながらの知恵を教えてください、暮らしを共にしている。 | | |
| 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 | 年末年始の外泊や、ホームでの行事に参加を呼びかけ共に過ごしていただける機会を設けている。また、日常の様子をユニット便りの発行でお伝えし、共に支えあえる関係を築いている。 | | |
| 20 | (11) | | 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 | どの利用者も今まで生活しておられた家や近所の話をされる事が多いが、遠方の方に関しては馴染みの場所を訪れ懐かしんでいただく事が困難な状態である。ただ、友人やなじみの方の面会については積極的に受け入れている | 利用者の希望により住み慣れた自宅を見に行ったり、年賀状を出したり、馴染みのお好み焼屋に行ったりしている。秋祭りには事業所前を休憩所として開放しており、利用者は祭りの雰囲気を楽しみながら地域の方々と一緒に話を楽しんでいる。 | |
| 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 | 少人数での散歩や外出を行ったり、仲の良い利用者同士が過せるように配慮している。また、孤立しがちな利用者には間に職員が入り仲介役をしている。 | | |

| 自己 | 第三 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22 | | 関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 同グループ内に様々な事業所があり、生活されている中で入院による状態変化や家庭の事情などで他施設を希望される時には、希望される施設やサービスを紹介させていただいている。 | | |
| 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 | (12) | 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 | 利用者が何を求め、望んでいるかを知るために家族から情報を得たり、本人の言葉や行動・表情から推測し把握に努めている。 | 入居時に家族から希望を聞いている。センター方式によるアセスメントを行い、本人の意向・履歴・心身状態などをまとめ、適宜追記している。また日々、生活の様子を見守る中で行動・表情から本人の本音を汲み取るように努めている。 | |
| 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 | 入居に至るまでの様子について、様子をバックグラウンドに出来るだけ詳しく記載していただくようお願いし、生活歴や趣味・特技などからも「その人らしさ」を発揮できるよう努めている。 | | |
| 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 | 毎月実施するユニット会議にて、日々の過ごし方や心身状況を話し合い現状把握に努めている。 | | |
| 26 | (13) | 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 | 利用者または、家族から生活歴・個性・要望等を聞き、求められている事を把握できるように努めている。また、利用者現状を把握し職員とモニタリングを行い課題を明らかにしたうえで介護計画を作成するよう努めている。 | ユニットごとの職員全員によるカンファレンスを月1回開催し、3か月ごとにモニタリングを実施している。基本的に介護計画は6か月ごとに見直しているが、変化が見られる場合は柔軟に対応している。見直し前に家族の意向を把握する機会作り工夫が望まれる。 | 家族はケアパートナーとしての立場にある。介護計画作成前に家族と話をする機会を作り、家族の意向を伺って家族の思いを計画に反映する工夫を望みたい。 |
| 27 | | 個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 「誰が・いつ・何を・どのようにして・どう対応したか」を記録に残し、情報の共有に努めケアサービスの向上を目指している。 | | |
| 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 | 利用者や家族の状況・要望に応じて「その人らしい生活」が送れるよう、個々のペースにあわせた支援を行っている。 | | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 | 近隣のスーパーなどに出かけ、必要な物品を選んでもらってはいる。また、近隣へ散歩に出かけ、地域の方と顔見知りになれるよう努めている。 | | |
| 30 | (14) | | 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 | 利用者が入居前に利用されていた、かかりつけ医からの情報をもらい、希望に添った対応を心掛けている。また、協力病院や協力歯科医院も確保できているが、利用者・家族の希望する医療機関で自由に受診できる事も説明している。 | 利用者家族の希望に沿ったかかりつけ医の受診支援が行われているが、従来からの継続医療が必要な方を除き入居後は協力医に受診変更し、週1回協力医の往診を受けている方が多い。 | |
| 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 | 医療連携体制の契約を結んでいる、同グループ内の訪問看護師に、利用者の状態の変化などを相談している。また、必要に応じて様子を見に来て頂き、健康管理について支援してもらっている。 | | |
| 32 | (15) | | 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。 | 協力病院が、ホームの母体であるため担当医に利用者の状態を相談しながら、早期退院に向けての話し合いを行なっている。また、病棟の看護師とも情報交換を行い、互いに相談しながら利用者に適した対応を第一に考えている。 | 入院時には入院サマ리를届け、退院時には家族と一緒に退院時カンファレンスに出席してサマリの入手を行うなど、医療機関・家族との連携を図って早期退院に向けた支援に努めている。入院中は状況を伺い、見舞いを兼ねて洗濯物を回収したりしている。 | |
| 33 | (16) | | 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 | 重度化したときの対応については、主治医の許可があれば、協力病院の協力のもと同法人内の訪問看護師が対応する体制にある。また、ホームで出来るだけのケアについても、家族と十分話し合っている。 | 事業所では看取りケアの指針を作成し、重度化や終末期に向けた方針が共有されている。入居時に利用者家族に事業所の方針を説明して「看取りケアの同意書」を取り、その時々に応じた支援を行っている。昨年は事業所内で3件の看取りを行っている。 | |
| 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 | 救急救命法(心肺蘇生法)の講習会や訓練を、最低年1回行なっているが、職員全員が落ちついて対応できるまでの訓練は行なえていない。 | | |
| 35 | (17) | | 災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている | ホームの300M範囲内に同グループの病院・施設があり緊急時には避難できるようになっている。また、早い段階で災害の恐れを予想できる時には、地域の公民館に避難できるようになっている。 | 今年3月実施の夜間想定避難訓練を含め年2回防災訓練を行っている。建物が平屋で2ユニットであり、夜勤者は各ユニット1人づつの人員配置であるため夜勤者に不安はない。運営推進会議で地域への協力依頼もしており、地域の防災訓練に参加した経験もある。 | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 |
| その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | | |
| 36 | (18) | | 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 | 出来なくなってしまわれた事・分からなくなってしまわれた事に関しては、自尊心を傷つけないよう配慮している。特に排泄面に関しては、誘導時の声のかけ方等にも配慮し行なっている。 | 暮らしの中でその人らしいあり方を尊重してゆっくりとした時間設定をして一人ひとりのペースに合わせた支援に努めている。トイレ誘導に際して、他人に分からないようさりげない声掛けで誘い、プライバシーに配慮した支援を行っている。 | |
| 37 | | | 利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている | 「自己選択・自己決定を尊重し支援する」事を大切に捉え、個々の個性や理解力にあわせ、対話を行なっているがゆっくりと関われない時もある。 | | |
| 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 | 「お一人おひとりのペースを尊重する」事を重視したケアを目指し、実施しているが、場合によっては、職員の都合を優先している時もある。 | | |
| 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 | 好みの服や化粧品など、馴染みのものを持ち込んで頂き、外出時には少しお洒落をしていただくなどの工夫を行っている。 | | |
| 40 | (19) | | 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 | 同グループ内の配食サービスで作られた副食を利用者と一緒に盛り付け・配膳している。汁物は近所の方に頂いた野菜や、ホームで取れた野菜を使い調理している。また、週に2度の手作り食事や行事食を一緒に作っている。 | 配食サービスで作られた副食を利用者の方と準備したり、湯呑みや茶碗、お椀は持ち込んでおられ、馴染みのある物が使用できるよう工夫している。又施設内の行事などでおやつを作ったり週2回は利用者の方と一緒に食事作りを行っている。 | |
| 41 | | | 栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 減塩食で、カロリー計算された食事を提供し、食事の摂取量を記録し個々の食事量を把握している。また、個々の習慣に応じて提供している。 | | |
| 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 | 起床・就寝時に歯磨きや義歯の手入れを行い、定期的に洗剤につけるなど状態を見て必要な部分を支援している。また、機能低下があり援助が必要とされる場合は、ガーゼ等で口腔内を拭き清潔を保てるよう支援している。 | | |

| 自己 | 者 第三 | 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 | (20) | 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 | オムツの使用は基本的に取り入れておらず、トイレでの排泄が行える事を目標に行なっているため、個々の排泄リズムを掴みトイレの声掛けから行なっている。 | パッドは使用しているが、利用者全員がトイレに行く、もしくは介助でトイレに行く事を行っており、実際に日中は全員がトイレに行き排泄を行っている。又、入居後すぐはおむつ対応であったがトイレで排泄ができるようになった事例も見られた。 | |
| 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 | 利用者一人ひとりの排便チェックを行なっているが、全員の状態を把握するまでには至っていない。ただ、便秘にならないように、水分量には注意し、出来るだけ薬に頼らないように心掛けている。 | | |
| 45 | (21) | 入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている | 利用者の希望に合わせて、くつろいで入浴していただけるよう支援している。また、入浴は毎日行っており、時間帯も出来るだけ希望に添えるよう配慮している。 | 夕方15時30～20時30を入浴時間と設定し、週に2～3回程度は入浴をされている。又、個浴になっているので利用者のペースに合わせて入浴介助ができています。しょうぶ湯やゆず湯なども季節毎に行っている。 | |
| 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 | 落ち着かれない利用者に対して、事務所や居室でゆっくりと会話をし安心できるよう支援している。また、眠前薬を服用されている場合は、出来るだけ服用せずに休んでいただくために、生活のリズムを整えるよう支援している。 | | |
| 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 | 健康を維持するために必要な薬については、医師の指示通りに服薬が出来るよう支援している。症状の変化については確認し、往診時に報告するようにしている。 | | |
| 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 | 趣味や得意な事を活かし、それぞれが主役になれる機会や場面を作り、暮らしを楽しめるよう支援している。また、日常生活の中でも役割を持ち、「自分は必要とされている」と感じていただけるよう支援している。 | | |
| 49 | (22) | 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 | 誕生日や年末年始を中心に、家族と外出していただく機会を設け支援している。 | 花見や紅葉狩り、初詣等は毎年行っている。又利用者の誕生日の際は家族の方と利用者が外食する機会を設け職員も希望があれば参加している。 | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 | 基本的に、現金は預からないこととしており、利用者本人が強く希望されたり、家族様が望まれる時には、本人(家族)管理にて所持して頂いている。 | | |
| 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 | 電話は自由に使えるようになっているが、耳が聞こえにくくなっておられる利用者が多いため、電話での会話は難しい状態である。ただし、希望があれば使用して頂いている。また、年賀状を家族様宛に出してもらっている。 | | |
| 52 | (23) | | 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 | 天気の良い時には、ホーム前の庭にでて日光浴を兼ね季節の花木を見たり風や匂いを感じていただく機会を作っており、季節を体で感じていただけるよう室温(空調)にも気をつけている。 | 共用空間は採光が取れるように大きな窓があり開放的であると同時に廊下に椅子なども設置され利用者の方が過ごしやすい場所で自由に過ごす事ができるような工夫がみられた。 | |
| 53 | | | 共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている | リビングや廊下にソファを設置し、気の合う方同士で談話を楽しめるようにしている。また、天気の良い日などは、日光浴をかねて玄関先の椅子に座り会話を楽しんでいる。 | | |
| 54 | (24) | | 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 | 個々の生活習慣を大切に、家族の写真や思い出の品・馴染みのある家財道具などを家族の協力を得て持ち込んでいただいている。また、一人で過したい時には、さり気なく見守るなどの的確な配慮を心掛けている。 | 居室には馴染みのある家具や写真、利用者の方が作成された作品等も飾り付けてあり表札等にもこだわりがあり、各居室に玄関があるような工夫がみられた。 | |
| 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 | 居室の表札を自分で選んで頂いたり、自分で作って頂いたものを使用し居室を把握できるよう工夫している。トイレは馴染みのある漢字で「便所」と表示し混乱を防ぐよう工夫している。 | | |