

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 | 2373800396 | | |
| 法人名 | シルバーサービス株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホーム安心樹 | | |
| 所在地 | 愛知県小牧市大字池之内398番地 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 2年 1月17日 | 評価結果市町村受理日 | 令和 2年 4月 6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.kaizokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2373800396-00&ServiceCd=320&Type=search |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 中部評価センター | | |
| 所在地 | 愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F | | |
| 訪問調査日 | 令和 2年 2月 6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)】

毎日のようにカラオケを行い、活力ある歌声で生き生きと暮らしています。地域の行事へも多数参加の声をいただき、地域に根付いた施設になりつつあります。入居者が昔、経験してきたことをもう一度この施設でとイベントも多く開催しました。家庭菜園をはじめ、収穫の喜びを皆で分かち合いました。喜怒哀楽も入居者、職員皆で分かち合い暮らしています。

【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)】

地域交流が素晴らしい。幼稚園との定期的な交流、中学校の運動会には席を設けてもらい、利用者は旗をもって応援を行う。中学の防災訓練では、老人役のエキストラとして活躍している。地域のカフェ「百笑会」や認知症カフェ、地域行事に参加するなど、地域の一員として認められている。ホームで催される「折り紙教室」には、地域からの参加があり、交流は日常化している。地域出身の利用者が多く、農業に携わっていた利用者もいることから、今年度、今までの生活を尊重して「家庭菜園」を作った。利用者自らが苗植えや水やり、収穫を行い、職員にアドバイスをすることも。菜園が利用者の自信に繋がっている。職員は利用者のやりたいことを見つけるため、観察や利用者の声、家族の声を聴くなどして、ホームでの役割を見つけ、利用者の自信に繋げている。

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

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 開設時から理念の継続はされている。日常の勤務の中で職員の行動、言動などに根付いている。 | 玄関に理念を掲示し、パンフレットにも明示して内外に周知している。理念抜粋「人格の尊重」は職員に浸透している。できることを見つけて自信に繋がるように支援しており、会議で現場支援との繋がりを確認している。 | |
| 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 | ボランティア、近隣幼稚園の定期訪問、町内会、学区の行事、オレンジカフェ、日常の買い物など地域との交流を行っている。 | 管理者は地域協議会の福祉部員として務め、区長の支援もあり、地域活動に利用者と共に参加している。地域行事、幼稚園児や中学生との交流は利用者の楽しみである。ホーム行事には地域からの参加がある。 | |
| 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 | 運営推進会議や町内の行事、オレンジカフェへ参加することにより、地域の人々へ認知症の理解の発信を行っている。また、地域の中学校での職業人体験の場として開放し、認知症の理解を発信している。 | | |
| 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 | 年6回開催しており、体験型会議の継続を行っている。委員、家族から多くの意見をもらい、地域の情報も取り入れながらサービスの向上に努めている。 | 運営推進会議の前に利用者対象の音楽療法などを行い、参加者も参加する体験型会議としている。行政・地域包括支援センター・区長・民生委員・家族が参加し、参加者からの意見をホーム運営に活かしている。 | |
| 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 | 運営推進委員のメンバーに市職員がいる。疑問があれば相談している。毎月1回、市から派遣される介護相談員の訪問もある。市で開催される研修にも時間の許すかぎりではあるが参加している。 | 運営推進会議には、市の介護保険課や地域包括支援センター職員の毎回の出席があり、介護相談員の毎月の来訪もあり、ホームの状況や取組みは行政に理解されている。市の研修には積極的に参加している。 | |
| 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 | 市で開催される身体拘束・虐待の研修に積極的に参加している。職員に情報を共有し、身体拘束については敏感に職務にあたっている。 | 身体拘束廃止委員会を3ヶ月毎に開催し、身体拘束適正化に対する意識は高い。玄関は坂があり危険なため施錠があるが、外出したい利用者には職員が同伴して出掛けている。職員は受容に取り組み、具体例をもって話し合い、意識向上を図っている。 | |
| 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 | 職員同士、虐待についても敏感に職務にあたっている。お互いに声をかけあうことで虐待を防いでいる。 | | |

| 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 |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 制度を利用している者がいるため、職員は勉強会を通し、理解している。必要時は関係者と話し合い支援している。 | | |
| 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 | 契約時は時間を充分に取り、わかりやすく説明している。医療機関も契約時には参加してもらい、本人・家族に安心して暮らせるように理解を得ている。 | | |
| 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 | 日頃の面会時に職員、管理者が家族に生活状況を報告したり、必要であれば電話連絡も行っている。家族からの意見、要望はユニット主任に伝え、各ユニットで話し合いをもうけ、反映させている。 | 年2回の家族会の日帰り旅行には、多くの家族が参加する。地域出身者も多く面会も頻回であり、アンケートでは「家族の話を良く聞いてくれる」など、好評である。「やすらぎ新聞」で、利用者の近況を家族に伝えている。 | |
| 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 | 何かあれば組織として連携ができています。各ユニット主任はいつでも職員と意見交換ができる環境にある。代表も各ユニット主任から相談、報告を受けている。代表は職員との距離を縮め相談しやすい場を設けている。 | 会議で意見を述べる機会がある。意見を言いやすい環境であり、職員から頻りに提案が出され、実行に繋げている。管理者は職員の自主性を尊重しており、職員が自然に力を出せる職場環境が実現している。 | |
| 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回人事考査、自己評価を行っている。顧問も毎日数回、顔を出し、職員にねぎらいの言葉をかけ勤務状況を把握している。代表もその都度努力を評価している。個々の職員の実績は顧問に報告。職員会議などで努力の評価をしている。 | | |
| 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 | 月1回の職員会議は必ず出席し、県、市主催の研修には時間を調整して参加できるように心がけている。 | | |
| 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 | 同社の有料老人ホームに出入りする関係者や市や他業者による研修などで交流の機会が多くある。地域の行事にも参加し、他施設の物と交流を深めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 事前面談を行い、話しやすい環境で本人からゆっくりと話を聞き、会話の中からさりげなく心配事や本人の思いを聞き出すようにしている。聞き取った情報は書面で残しアセスメントをして職員へいち早く情報を共有できるようにしている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 事前面談で家族から入所に至るまでの状況や本人の生活歴などを詳しく聞き、施設への要望や不安などを理解したうえで施設での生活の内容を説明している。 | | |
| 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 | 入居前のアセスメントを把握したうえでゆっくりと段階を踏み、不安なく生活できるように支援している。家族と本人が必要としているプランをあげ、サービスの内容を説明している。 | | |
| 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 | 理念のもと、毎日の生活は入居者と職員が協力している。利用者中心の生活を職員が支援している。 | | |
| 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 | 家族の面会や外出、外泊も多いです。家族とは常に連絡、報告、相談ができる関係を築いている。家族との協力関係も図られている。 | | |
| 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 | 職員と馴染みの場所や入居者の自宅へ出かけることが多くある。知人や友人、親戚関係の面会もある。 | 地域出身の利用者も多く、友人が訪ねて来る。「家庭菜園」ができ、苗植えから収穫まで携わり、今までの生活を継続している。家族の支援で一時帰宅や旅行に出掛け、化粧や毛染め等の習慣継続も支援している。 | |
| 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 | 入居者の生活の中心となっている場は共有スペースの居間である。互いに相手を思いやり、理解し助け合っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 重度化や医療が必要になった入居者は敷地内の施設へ転居されるケースが多いため関係の継続をしている。自宅やその他の場合も情報の提供や支援経過を伝えるなどをし、継続している。 | | |
| 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 | 入居者とのかかわりの中で常にさりげなく聞き出すようにしている。傾聴ボランティアや相談員からも話の内容を伺い、面会時の家族からも情報を聞くようにしている。情報は記録に残し職員間で共有し、ケアに活かしている。 | 意思の表出できる利用者が多く、日常生活の中で思いを聞き取ってケース記録に記入し、職員は共有して実行している。カンファレンスで振り返りを行い、利用者の「思い」の実現に努めている。 | |
| 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 | 入居前の生活歴や情報は職員間で把握し共有している。親戚や兄弟の面会時にも情報が得られることもあり、新しい情報を得た場合にはすぐに職員間で共有するようにしている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 1日3回の申し送りが入居者の1日の生活状況を把握している。記録の確認をし、行動や発言などからその都度、情報を共有している。 | | |
| 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 | 本人の希望を聞き出し、担当者を決め、毎月1回モニタリングを行っている。家族には状況が変化した時、面会時には常に現状を報告している。 | 居室担当者が日々の観察を行い、毎月計画作成担当者がモニタリングを行って計画を見直している。更新時や状態変化時にはサービス担当者会議を開き、利用者・家族の意向を反映した介護計画を作成している。 | 利用者・家族の意向を反映した介護計画であるが、達成度が分かりづらい。そのひとらしさ(個別ケア)のため、質の高い介護計画の作成を期待したい。 |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 個人の記録は1日の様子を様子をわかりやすく記録するようにしている。毎月1回のカンファレンスで情報を共有し、必要であれば介護計画の見直しをしている。 | | |
| 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 | 本人や家族の要望にできるだけ寄り添って対応できるように努めている。必要に応じて通院介助、必要物品の買い物など柔軟に対応している。 | | |

| 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 |
| 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 | 介護相談員の訪問、ボランティアの定期訪問、オレンジカフェ、必要物品の買い物など社会との交流を持ちながら刺激のある楽しい生活ができるように支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している | 協力医療機関が主治医となっていて月に2回往診がある。必要時には個別の往診がある。協力医とは24時間連携が取れており、検査が必要な時でも迅速に対応できる。医師から家族への状況説明も必要であれば行っている。 | 全員が協力医をかかりつけ医とし、月2回の往診を受けている。毎月2回の訪問看護師による健康管理や、医師との24時間連携により、家族の安心に繋げている。専門医への通院受診は家族対応である。 | |
| 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 | 月2回の訪問看護がある。入居者の状況を把握してもらい適切な医療につなげている。ケアで疑問に思ったことなど相談にも応じてもらっている。 | | |
| 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。 | 入院時には情報提供を行っている。入院中は面会することで状況の把握に努め家族、医療機関からも状況報告を受けている。退院時には情報提供を依頼し、退院後のケアにつなげている。 | | |
| 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 | 契約時、終末期のあり方について説明をしている。身体の状態に応じ、医師・家族・事業所とで話し合い支援している。 | 入居時に重度化指針を伝え、利用者・家族の意向を確認している。医療的ケアがない場合、家族の意向があれば看取りを行う方針である。医療的ケアが必要になった場合は、法人の有料老人ホームを選び、最善の住み替えとなるように努めている。 | |
| 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 | 勉強会や協力医の指導を受け、訓練をしている。日中、夜勤時の緊急対応を整備し、周知の徹底、身につける実践をしている。 | | |
| 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 | 年2回日中、夜間想定 of 災害訓練を実施している。地域住民にも協力して参加してもらっている。災害時の備蓄品も毎年、見直し点検をしている。 | 年2回(昼・夜間想定)の避難訓練を行い、内1回は消防署の立ち合いを得て助言を受けている。非常時には区長・民生委員の協力体制が築かれている。地域の中学校の防災訓練に、利用者と共に参加している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 個人の人格を把握し、個々に合わせた声かけを行っている。入居者が親しみのある呼び名で呼ばれることで本人の思いを話やすくすることができている。 | 利用者への呼びかけは、家族の理解と同意を得て、反応の良い呼称を用いている。家族アンケートのコメントに「温かい言葉で接してくれる」とあり、「尊敬や誇り」を尊重した支援がうかがえる。 | |
| 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 | 言葉かけは入居者が自己決定しやすいような言葉をかけるように努めている。日常生活の中で表情や行動を観察し、入居者との会話を多くして思いや希望を探るように努めている。 | | |
| 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 | 1日の生活の流れはあるが本人のペースにあった生活が送れるように支援している。 | | |
| 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 | 着替えは本人が大方決めている。ほかの人に褒めてもらうことで自分に自信を持つことができるように支援している。外出時にはおしゃれを楽しむ様子もうかがえる。 | | |
| 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 | 入居者と職員の共同で食事づくりをしている。準備も片付けも役割分担できている。食事時にはBGMを流し会話を交えながら食事をしている。毎週金曜日には2ユニット合同昼食会を開催している。 | 配食業者の献立をアレンジし、家庭菜園で収穫した野菜を使用して調理している。包丁で切る・味見・盛り付け・配下膳などを利用者が手伝っている。職員も同じテーブルで談笑しながら喫食し、和やかな食事風景である。 | |
| 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 | 個々の普段の食事量、形態を把握し、個別に対応している。食事、水分量摂取はチェック表で把握している。本人の体調や食事のタイミング、介助法などを工夫し、食事が進むように支援している。 | | |
| 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 | 毎食後、洗面所にて口腔ケアを行っている。義歯は毎晩消毒のため、管理し起床時に本人に渡している。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄パターンを把握し、行動、言動からタイミングを察知しできるだけトイレでの排泄を支援している。食事・おやつ前には順番にトイレに行く習慣ができています。夜間も個々の排泄タイミングを把握し、誘導している。 | 自立の利用者も多いが、さりげない見守りでトイレでの排泄が継続できるよう支援している。トイレ拒否の利用者に、職員が利用者役となって声かけのシュミレーションを行うなど、試行錯誤を繰り返し実践に繋げている。 | |
| 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 | 毎朝のラジオ体操、散歩、水分摂取などできるだけ薬に頼らないようにしている。個々の排泄パターンを把握し便秘の対応には気を付けている。 | | |
| 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 | 入浴は午後に行うことが多い。希望の時間に入ってもらえるように声をかけている。職員と1対1で接する場なので会話も深まる。入居者の本音の思いがきける場となっている。 | 2日に1回入浴しており、気持ちよく入れるよう湯をかけ流して循環させている。利用者の重度化に備え、機械浴槽を備えている。好みの湯温に配慮し、本人のペースで入浴できるよう支援している。 | |
| 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 | 就寝時間は決まっているが眠れない方やまだテレビを見ていたい方には無理強いしないようにしている。居室で眠れない時には職員を近くに感じられる居間のソファで眠るものもある。 | | |
| 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 | 全職員が薬の内容を自主勉強、情報共有にて把握している。処方の変更などはその都度申し送りノートなど書面にて情報共有を徹底している。不安な時は協力医にいつでも相談できる体制を築いている。 | | |
| 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 | 入居者同士、自然に役割分担ができています。午前、午後のレクリエーションは楽しい時間となっている。カラオケを導入したことで毎日の楽しみになっている。 | | |
| 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 | 散歩は毎日の日課になっているが天候の思わしくない時は施設内で体操を行っている。施設で使用する日用品を買い出しに行くことも外出支援の一環としている。 | 食材の買い出しや近隣への散歩、地域のサロンや地域行事に参加している。個別外出で喫茶店や日用品の買い物支援、家族会の年2回の日帰り旅行等に出掛けている。畑や花壇の手入れをしたり、ウッドデッキでは洗濯物干しや日向ぼっこを楽しんでいる。 | |

| 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 |
| 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 | 事故にて金銭管理をしている者もいる。施設で管理している者は外出先で金銭を支払う時に職員が入居者にお金を渡し、支払いの支援につなげている。 | | |
| 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 | 携帯電話を所持している者もいる。家族に電話をしたいと訴えがあれば自己にて電話をかけてもらっている。かかってきた電話の取次ぎも行っている。 | | |
| 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 | 共有空間の居間にはソファがあり、入居者全員がくつろげる場となっている。食堂、台所、居間と一つの空間となっているため入居者は自由に行き来できるようになっている。 | 食堂とリビングに分かれており、明るく清潔な環境である。2つのユニットの中心に共有空間の「ふれあい広場」があり、地域交流に活用されている。両ユニットの利用者が行き来し、カラオケシステムを利用し、歌好きな利用者の楽しみの場となっている。 | |
| 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 | 入居者全員が仲良しであり、一人でいるというよりは皆、自然と仲間のいる場所へ集まっている。自室へ行き、休息をとる事も自由に行っている。 | | |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 各居室には入居者の馴染みの者が持ち込まれている。それぞれに暮らしやすい配置となっている。 | 洗面台・クローゼットが設備され、居室の入り口は各々の暖簾が迎えている。使い慣れた家具や家族の遺影、鏡台、家族と連絡する携帯電話が持ち込まれており、利用者が掃除する居室は居心地よい環境である。 | |
| 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」「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 | 身体状況の変化に応じ、環境整備をしている。必要なものには目印をつけたり、物の配置を工夫している。 | | |

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 | 2373800396 | | |
| 法人名 | シルバーサービス株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホーム安心樹 | | |
| 所在地 | 愛知県小牧市大字池之内398番地 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 2年 1月17日 | 評価結果市町村受理日 | 令和 2年 4月 6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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2373800396-00&ServiceCd=320&Type=search |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 中部評価センター | | |
| 所在地 | 愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F | | |
| 訪問調査日 | 令和 2年 2月 6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)】

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>毎日のようにカラオケを行い、活力ある歌声で生き活きと暮らしています。地域の行事へも多数参加の声をいただき、地域に根付いた施設になりつつあります。入居者が昔、経験してきたことをもう一度この施設でとイベントも多く開催しました。家庭菜園をはじめ、収穫の喜びを皆で分かち合いました。喜怒哀楽も入居者、職員皆で分かち合い暮らしています。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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)】

| |
|----------|
| <p> </p> |
|----------|

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

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 開設時から理念の継続はされている。日常の勤務の中で職員の行動、言動などに根付いている。 | | |
| 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 | ボランティア、近隣幼稚園の定期訪問、町内会、学区の行事、オレンジカフェ、日常的買い物など地域との交流を行っている。 | | |
| 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 | 運営推進会議や町内の行事、オレンジカフェへ参加することにより、地域の人々へ認知症の理解の発信を行っている。また、地域の中学校での職業人体験の場として開放し、認知症の理解を発信している。 | | |
| 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 | 年6回開催しており、体験型会議の継続を行っている。委員、家族から多くの意見をもらい、地域の情報も取り入れながらサービスの向上に努めている。 | | |
| 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 | 運営推進委員のメンバーに市職員がいる。疑問があれば相談している。毎月1回、市から派遣される介護相談員の訪問もある。市で開催される研修にも時間の許すかぎりではあるが参加している。 | | |
| 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 | 市で開催される身体拘束・虐待の研修に積極的に参加している。職員に情報を共有し、身体拘束については敏感に職務にあたっている。 | | |
| 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 | 職員同士、虐待についても敏感に職務にあたっている。お互いに声をかけあうことで虐待を防いでいる。 | | |

| 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 |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 制度を利用している者がいるため、職員は勉強会を通し、理解している。必要時は関係者と話し合い支援している。 | | |
| 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 | 契約時は時間を充分に取り、わかりやすく説明している。医療機関も契約時には参加してもらい、本人・家族に安心して暮らせるように理解を得ている。 | | |
| 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 | 日頃の面会時に職員、管理者が家族に生活状況を報告したり、必要であれば電話連絡も行っている。家族からの意見、要望はユニット主任に伝え、各ユニットで話し合いをもうけ、反映させている。 | | |
| 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 | 何かあれば組織として連携ができています。各ユニット主任はいつでも職員と意見交換ができる環境にある。代表も各ユニット主任から相談、報告を受けている。代表は職員との距離を縮め相談しやすい場を設けている。 | | |
| 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回人事考査、自己評価を行っている。顧問も毎日数回、顔を出し、職員にねぎらいの言葉をかけ勤務状況を把握している。代表もその都度努力を評価している。個々の職員の実績は顧問に報告。職員会議などで努力の評価をしている。 | | |
| 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 | 月1回の職員会議は必ず出席し、県、市主催の研修には時間を調整して参加できるように心がけている。 | | |
| 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 | 同社の有料老人ホームに出入りする関係者や市や他業者による研修などで交流の機会が多くある。地域の行事にも参加し、他施設の物と交流を深めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 事前面談を行い、話しやすい環境で本人からゆっくりと話を聞き、会話の中からさりげなく心配事や本人の思いを聞き出すようにしている。聞き取った情報は書面で残しアセスメントをして職員へいち早く情報を共有できるようにしている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 事前面談で家族から入所に至るまでの状況や本人の生活歴などを詳しく聞き、施設への要望や不安などを理解したうえで施設での生活の内容を説明している。 | | |
| 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 | 入居前のアセスメントを把握したうえでゆっくりと段階を踏み、不安なく生活できるように支援している。家族と本人が必要としているプランをあげ、サービスの内容を説明している。 | | |
| 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 | 理念のもと、毎日の生活は入居者と職員が協力している。利用者中心の生活を職員が支援している。 | | |
| 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 | 家族の面会や外出、外泊も多いです。家族とは常に連絡、報告、相談ができる関係を築いている。家族との協力関係も図られている。 | | |
| 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 | 職員と馴染みの場所や入居者の自宅へ出かけることが多い。知人や友人、親戚関係の面会もある。 | | |
| 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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 入居者の生活の中心となっている場合は共有スペースの居間である。互いに相手を思いやり、理解し助け合っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 重度化や医療が必要になった入居者は敷地内の施設へ転居されるケースが多いため関係の継続をしている。自宅やその他の場合も情報の提供や支援経過を伝えるなどをし、継続している。 | | |
| 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 | 入居者とのかかわりの中で常にさりげなく聞き出すようにしている。傾聴ボランティアや相談員からも話の内容を伺い、面会時の家族からも情報を聞くようにしている。情報は記録に残し職員間で共有し、ケアに活かしている。 | | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 入居前の生活歴や情報は職員間で把握し共有している。親戚や兄弟の面会時にも情報が得られることもあり、新しい情報を得た場合にはすぐに職員間で共有するようにしている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 1日3回の申し送りが入居者の1日の生活状況を把握している。記録の確認をし、行動や発言などからその都度、情報を共有している。 | | |
| 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 | 本人の希望を聞き出し、担当者を決め、毎月1回モニタリングを行っている。家族には状況が変化した時、面会時には常に現状を報告している。 | | |
| 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 | 個人の記録は1日の様子を様子をわかりやすく記録するようにしている。毎月1回のカンファレンスで情報を共有し、必要であれば介護計画の見直しをしている。 | | |
| 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 | 本人や家族の要望にできるだけ寄り添って対応できるように努めている。必要に応じて通院介助、必要物品の買い物など柔軟に対応している。 | | |

| 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 |
| 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 | 介護相談員の訪問、ボランティアの定期訪問、オレンジカフェ、必要物品の買い物など社会との交流を持ちながら刺激のある楽しい生活ができるように支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかか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 | 協力医療機関が主治医となっていて月に2回往診がある。必要時には個別の往診がある。協力医とは24時間連携が取れており、検査が必要な時でも迅速に対応できる。医師から家族への状況説明も必要であれば行っている。 | | |
| 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 | 月2回の訪問看護がある。入居者の状況を把握してもらい適切な医療につなげている。ケアで疑問に思ったことなど相談にも応じてもらっている。 | | |
| 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。 | 入院時には情報提供を行っている。入院中は面会することで状況の把握に努め家族、医療機関からも状況報告を受けている。退院時には情報提供を依頼し、退院後のケアにつなげている。 | | |
| 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 | 契約時、終末期のあり方について説明をしている。身体の状態に応じ、医師・家族・事業所とで話し合い支援している。 | | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 勉強会や協力医の指導を受け、訓練をしている。日中、夜勤時の緊急対応を整備し、周知の徹底、身につける実践をしている。 | | |
| 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 | 年2回日中、夜間想定 of 災害訓練を実施している。地域住民にも協力して参加してもらっている。災害時の備蓄品も毎年、見直し点検をしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 個人の人格を把握し、個々に合わせた声かけを行っている。入居者が親しみのある呼び名で呼ばれることで本人の思いを話やすくすることができている。 | | |
| 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 | 言葉かけは入居者が自己決定しやすいような言葉をかけるように努めている。日常生活の中で表情や行動を観察し、入居者との会話を多くして思いや希望を探るように努めている。 | | |
| 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 | 1日の生活の流れはあるが本人のペースにあった生活が送れるように支援している。 | | |
| 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 | 着替えは本人が大方決めている。ほかの人に褒めてもらうことで自分に自信を持つことができるように支援している。外出時にはおしゃれを楽しむ様子もうかがえる。 | | |
| 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 | 入居者と職員の共同で食事づくりをしている。準備も片付けも役割分担できている。食事時にはBGMを流し会話を交えながら食事をしている。毎週金曜日には2ユニット合同昼食会を開催している。 | | |
| 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 | 個々の普段の食事量、形態を把握し、個別に対応している。食事、水分量摂取はチェック表で把握している。本人の体調や食事のタイミング、介助法などを工夫し、食事が進むように支援している。 | | |
| 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 | 毎食後、洗面所にて口腔ケアを行っている。義歯は毎晩消毒のため、管理し起床時に本人に渡している。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄パターンを把握し、行動、言動からタイミングを察知しできるだけトイレでの排泄を支援している。食事・おやつ前には順番にトイレに行く習慣ができています。夜間も個々の排泄タイミングを把握し、誘導している。 | | |
| 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 | 毎朝のラジオ体操、散歩、水分摂取などできるだけ薬に頼らないようにしている。個々の排泄パターンを把握し便秘の対応には気を付けている。 | | |
| 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 | 入浴は午後に行うことが多い。希望の時間に入ってもらえるように声をかけている。職員と1対1で接する場なので会話も深まる。入居者の本音の思いがきける場となっている。 | | |
| 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 | 就寝時間は決まっているが眠れない方やまだテレビを見ていたい方には無理強いしないようにしている。居室で眠れない時には職員を近くに感じられる居間のソファで眠るものもある。 | | |
| 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 | 全職員が薬の内容を自主勉強、情報共有にて把握している。処方の変更などはその都度申し送りノートなど書面にて情報共有を徹底している。不安な時は協力医にいつでも相談できる体制を築いている。 | | |
| 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 | 入居者同士、自然に役割分担ができています。午前、午後のレクリエーションは楽しい時間となっている。カラオケを導入したことで毎日の楽しみになっている。 | | |
| 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 | 散歩は毎日の日課になっているが天候の思わしくない時は施設内で体操を行っている。施設で使用する日用品を買い出しに行くことも外出支援の一環としている。 | | |

| 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 |
| 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 | 事故にて金銭管理をしている者もいる。施設で管理している者は外出先で金銭を支払う時に職員が入居者にお金を渡し、支払いの支援につなげている。 | | |
| 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 | 携帯電話を所持している者もいる。家族に電話をしたいと訴えがあれば自己にて電話をかけてもらっている。かかってきた電話の取次ぎも行っている。 | | |
| 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 | 共有空間の居間にはソファがあり、入居者全員がくつろげる場となっている。食堂、台所、居間と一つの空間となっているため入居者は自由に行き来できるようになっている。 | | |
| 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 | 入居者全員が仲良しであり、一人でいるというよりは皆、自然と仲間のいる場所へ集まっている。自室へ行き、休息をとる事も自由に行っている。 | | |
| 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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 各居室には入居者の馴染みの者が持ち込まれている。それぞれに暮らしやすい配置となっている。 | | |
| 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 | 身体状況の変化に応じ、環境整備をしている。必要なものには目印をつけたり、物の配置を工夫している。 | | |