

(様式第1号)

自己評価及び外部評価結果票

【事業所概要(事業所記入)】

| | | | |
|---------|-----------------------|------------|--|
| 事業所番号 | 4190200495 | | |
| 法人名 | 株式会社 三栄 | | |
| 事業所名 | 株式会社 三栄 グループホームすぎの子成和 | | |
| 所在地 | 唐津市和多田西山10番49号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成29年11月16日 | 評価結果市町村受理日 | |

※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URL | www.kaigokensaku.mhlw.go.jp |
|-------------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------|---------|------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 佐賀県佐賀市鬼丸町7番18号 | | |
| 訪問調査日 | 平成29年12月21日 | 外部評価確定日 | 平成30年1月10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)】

介護理念である「その人らしく笑顔ある生活作り」の実現の為、利用者の意向や思いを把握し、一人一人の個性に応じた生活が穏やかに営める様に支援している。
また、生活リハビリを積極的に取り入れ、身体機能の低下を予防している。今後地域行事への積極的参加を増やして、より地域社会の一員として生活する事を目指して行きたい。

【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)】

法人内のグループホームでは三番目の開設である。昔からの集落の中にあり、静かな環境でもある。建物は先の二事業所の経験を踏まえた設計になっており、居室の押入れなど、アイデアや工夫が活かされている。また、法人母体の事業には設備管理や警備保障もあり、24時間換気システムのほか、防犯カメラの設置など近年の痛ましい事件にも配慮した対策である。利用者が集まるダイニングには対面式キッチンからの匂いや音が聞こえ、食事の用意をする職員とも話しやすい距離で家庭と同じである。日常の動作を大切にケアが行われており、できるだけ本人にやらせてもらうことで残存能力の維持にも努めている。職員同士には、会話や動きから互いに助け合うチームワークの良さがうかがえる。

自己評価および外部評価結果

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|--------------------|-----|---|--|---|-------------------|
| | | | 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 |
| 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 | 施設の理念を作成し、玄関・事務所に掲示している。毎朝、申し送り時に唱和して一人一人が実践に繋げられるよう努めている。 | 理念は、法人が運営する三つのグループホームで統一されている。最初のグループホーム開設の際、当時の職員達が創り上げ、その後、具体的な言葉に換えて現在に至っている。勤務に入る前の唱和や、目に付く場所への掲示で意識付けを図り、立ち戻る原点として浸透している。「その人らしく笑顔ある生活作り」の下に細かく示しているが、なかでも残存能力を活かし自立を促す支援は日々のケアで実践されている。 | |
| 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 | 運営推進会議や夏祭りの開催、ボランティアの受け入れ等で地域との交流を深めている。また、散歩等で出会った時は挨拶をし、会話する事で馴染みの関係が出来て来ている。 | 昔からの集落に建つ事業所である。自治会に加入し、事業所の夏祭りには近隣住民も招き交流を図っている。避難訓練を行う際にはAED講習も開き参加を呼びかけている。消防署が向うく機会を活かし、住民にも役に立てばとの想いからである。地域に馴染み、見守りや連絡を頼める関係も築いている。 | |
| 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 | 運営推進会議や夏祭りの開催等で利用者の方とふれあう機会を持っていただく事で、認知症を理解して頂けるよう努めている。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 2ヶ月に1回開催している。家族・地域住民(区長・民生委員)市町村担当者・介護相談員に参加して頂き、施設の入居状況、活動状況、災害時の対応、高齢者介護等に関する意見交換を行い、施設運営の参考にしてている。議事録は玄関に設置し公開している。 | 運営推進会議は外部の人の目が入る貴重な機会であることを理解し、メンバーの率直な意見にも真摯に耳を傾けている。一時間半ほどを要し、事業所からの報告だけではなく双方向な意見交換の場となっている。全ての家族にも開催を知らせ出席をお願いしている。開設してまだ三年目だが、サービス向上に繋がるよう努めている。 | |
| 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 | 運営推進会議や役所訪問時の機会を利用して良好な関係の構築に努めている。運営上不明な事や、施設で発生した事故については常に報告相談を行い、指示やアドバイスを受けている。 | 運営推進会議メンバーでもあり顔馴染みである。市担当者からの連絡事項はパソコンへのメールも多いが、事業所からの問い合わせ等では電話や直接出向くこともある。相談事も言いやすく、市担当者側にも一緒に取り組む姿勢がうかがえる。実直に対応してもらえる関係を築いている。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|-----|---|--|--|-------------------|
| | | | 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) | ○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 | 基本的に身体拘束は行わない事でサービス提供を行っている。やむを得ず拘束が必要な時は、本人、御家族に説明を行い、書面での了解を頂いている。また、ミーティングや研修等で身体拘束への理解を深めている。 | 外部での研修もあり、受講した職員による報告講習も行っている。現在まで身体拘束の事例はなく、職員にも身体拘束をしないケアが浸透している。玄関に施錠はないが、センサーは設置しておりチャイムが知らせている。通常は職員の日配り等で安全で安心な生活が確保されている。仮に外へ向かう利用者があれば行動を抑えることなく、本人が納得するまで暫く一緒に歩くことを基本としている。 | |
| 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 | ミーティングや研修会参加等で高齢者虐待についての理解を深めている。また、不適切なケアが虐待へ繋がることをミーティング等で伝えている。 | | |
| 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 | ミーティング等で学んでいる。現在施設生活で円滑な生活が営まれていて、制度利用を検討した方はおられない。 | | |
| 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 | 利用開始時や契約変更時は家族や利用者本人に説明し、納得して施設利用が出来る様に努めている。不安や疑問には丁寧に説明し理解を得ている。 | | |
| 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 | 家族の面会時生活状況を説明し、家族の意見や要望を聞くようにしている。コミュニケーションを取ることで意見、要望を言いやすい関係作りに努めている。意見、苦情が出た場合は迅速に対応する事で速やかに解決できるようにしている。玄関に意見・苦情用紙を設置している。相談窓口を重要事項説明書に明記している。唐津市の介護相談員事業を利用し、利用者の意見を聞いていただいている。 | 来所時に顔を見て話す以外にも、毎月の利用料送付の際にホーム便りと各々の近況を添えている。一人の利用者に対し状況を書く職員を毎月変えることで、視点の変化やワンパターンにならないよう工夫している。来所時は近況報告や世間話も交えながら気軽に何でも話してもらえるよう努めている。出された意見や要望は速やかに対応し記録されている。月に一度、介護相談員の訪問もあり、二時間程度の滞在ではあるが忌憚のない意見がもらえ、利用者との橋渡し役としても期待している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|-----------------------------|-----|---|---|--|-------------------|
| | | | 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 | 朝の申し送り時、月1回のカンファレンス・ミーティング時業務で出てきた意見や提案を検討し、受け入れるよう努力している。 | 職員会議は18時から約一時間半、休みの職員は自由参加で開かれている。カンファレンスを主とし、日頃の気付き等も含め意見は活発に出されている。利用者の言葉から日曜の朝食がパンになったこと、利用者同士の関係を察知して席替え案が出されたこと等々がその例である。また、管理者としては働き易い職場であるよう配慮も必要で、勤務表作成時にはできる限り休暇希望を汲んでいる。唯一の男性職員でもあり、力仕事などを引き受け、職員とのコミュニケーションも大切にしている。法人として現場の声が上部にも届くシステムとなっている。 | |
| 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 | 職員個人の能力や実績、やる気、希望に応じた労働条件を設定しているが、職員が満足しているとは言えない。今後個人面談等を取り入れ、職員の希望や不安を把握していきたい。 | | |
| 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 | 研修会や勉強会の案内は職員全員に知らせている。必要な時は業務扱いで参加し、後日ミーティング等で他の職員へ周知している。 | | |
| 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り組みをしている | 唐津市のグループホーム連絡会に参加し、勉強会や意見交換を行う様に心掛けているが、参加が十分には出来ていない。 | | |
| 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 | 利用前に、家族・医療機関・居宅介護事業所の担当ケアマネから情報を得ている。本人との面談を行い不安や要望等を聞き本人への理解を深め収集した情報やアセスメントに沿ったケアプランを作成するよう努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|-----|---|--|---|-------------------|
| | | | 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 | 利用前に家族や本人との面談を行い、困っている事、不安な事、要望等の把握に努めている。ケアプランについても説明し、納得いただいた上でのサービスを実施している。 | | |
| 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、居宅介護事業所の担当ケアマネ、医療機関の情報を元に、施設生活に慣れていただくことから始め、徐々に他の必要なサービスを取り入れて行くようにしている。 | | |
| 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 | 本人の生活歴、好みを十分に把握し、得意な事を教えて頂いたり、手伝って頂いたりしている。 | | |
| 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 | 月1回の文書での状況報告や、電話・面会時の近況報告で家族との協力関係が構築出来るように努めている。 | | |
| 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 | 面会や、電話等には制限は無く、自由に出入りが出来る様にしている。面会時はお茶等を提供しゆっくり出来る様に配慮している。家族へは毎月状況報告書、写真、ホーム便りを送付している。行事開催時は案内を送り、共有の時間を過ごして頂けるようにしている。 | 入居までの人間関係などは本人や家族はもとより、担当のケアマネジャーからも話を聞き情報を集めている。具体的な支援として、電話の取次ぎはいつでも可能であり、手紙の投函や盆正月の帰宅、家族との墓参りなどが挙げられる。支援により繋がりが継続できるよう努めている。 | |
| 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 | 入所当初のプランには「馴染の関係作り」を上げ、職員がサポートしている。利用者の相性や個性を考慮して座席を決めたり、一緒に行動する際の組み合わせを考えている。馴染の関係作りは出来ている。 | | |
| 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 | 入院等で退所された時は、面会に出向いたり、介護に対する相談等があった場合は支援している。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|------------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 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 |
| 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。 | 会話や行動、表情から各自の思いや希望を汲み取れる様に努めている。出来るだけ本人の希望に添う様にしているが、出来ない時は理由を説明し納得して頂けるように努めている。 | 職員は、日頃の関わりの中で傾聴と行動の観察を心掛けている。利用者から思いが聞けるのは入浴中の寛いだひとときや、居室で話し相手をしている時、また就寝前にデイルームと一緒に過ごす時などである。聞き取ったことは朝礼や勤務引継ぎの際に口頭でも伝えあい共有を図っている。下半身に麻痺があっても自分で立ちたいという思いを汲み取り、ケアプランに反映させたのはその一例である。 | |
| 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 | 本人や家族、担当ケアマネジャーからの情報提供を受け、生活歴・病歴・好み等の把握に努めている。得られた情報は職員間で共有出来るようにしている。 | | |
| 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 | おおまかな1日のスケジュールは決まっているが、利用者の体調や気分等で臨機応変に対応している。バイタルチェックや排泄チェック、食事量等の記録で状態の確認を行っている。この情報を職員間で共有出来るように努めている。 | | |
| 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 | 利用者や家族の意向を聞き、カンファレンスを行い、本人に合ったプランになる様に作成している。家族とは月1回の情報提供を行うと共に面会時等に意見交換を行なっている。月1回のカンファレンス時に職員間で意見を出してプランに反映させている。 | ケアプランの設定期間は6ヵ月ごととしているが、変化があれば臨機応変に見直している。本人の希望は日々のケアの中で把握し、家族の要望等は来所時の会話から汲み取ろうとしている。なかでも現状維持を望む声は多く、生活リハビリとして午前中は様々な運動を取り入れ、楽しみながら出来るよう支援している。計画は毎月のモニタリングで分析確認されている。 | |
| 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 | 個別記録のファイルにケアプランも綴じ込み常に確認出来るようにし、プランに沿ったサービス提供とその記録が出来るように努めている。また、申し送りノートや回覧文書等で情報の共有に努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 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 |
| 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 | 体調や気持ちの変化に合わせ、関係機関と協力してサービス提供を行うように努めている。医療機関と協力してリハビリ通院の支援を行っている。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している | 夏祭り等地域の方の参加が増えてきている。また、唐津市ボランティアの来訪が増えてきている。今年度は小学生の訪問を初めて受けて、利用者が大変喜ばれた。今後さらに地域資源の活用を進めていきたい。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診診断 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 | 協力医だけでなく、利用者・家族の意向を確認し医療機関への受診を行っている。原則職員付き添いで行っているが、必要時は家族対応をお願いしている。 | 殆どの利用者は協力医をかかりつけとしているが、入居前からの馴染みの医師のままというケースもある。受診には職員が同行することが多く、変化がなければ報告は後日まとめて行っている。また、家族が付き添う場合は日常の様子を口頭で伝え、病状によりファイル携行や事業所から直に医師へ連絡しておくこともある。本人や家族が希望する医師による医療が受けられるよう支援している。 | |
| 31 | | ○看護職員との協働 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 | 利用者の体調に変化ある時は、看護師へ報告し対応を検討している。緊急時や判断に迷う時は主治医の判断を仰いでいる。 | | |
| 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、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。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時はホームでの生活状態や既往歴、内服薬の情報を提供し、円滑な治療が受けられるように支援している。入院中は面会に行ったり、病状説明の際には同席させていただき、状態把握に努めている。その情報は職員間で共有している。 | | |
| 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 | 入居時に重度化の指針や、ターミナルケアの方針を書面にて説明し理解を得ている。状態が重度化した時は、随時家族と話し合いを持ち、必要に応じ医療機関と相談しながら、今後の方針を決定している。 | これまでに看取りの経験はないが、希望があればその用意はある。職員のフォローに向け、時期が迫れば勉強会も予定される。容態の変化に伴い何度でも話し合いを重ね、本人や家族が安心して納得した最期を迎えられるよう支援している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----------------------------------|------|--|---|--|---------------------|
| | | | 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 |
| 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 | 緊急対応マニュアルを作成し、事務所に備えている。また、随時消防署から講師を招き、救急蘇生法等の講習会を実施している。 | | |
| 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 | 定期的に避難誘導訓練、防火訓練を実施している。地区の避難所までのルート確認は出来ているが、利用者との避難訓練は出来ていない。今後実際の避難訓練を行うと共に、地域住民を加えた緊急連絡網の作成の必要がある。 | 年二回の避難訓練のほか、原子力発電所事故を想定した訓練も別途行っている。消防署が立ち会うこともあり、利用者も一緒に屋外へ出る体験をしている。近隣住民への周知も行っているが参加には至っていない。職員は消火器や火災通報装置の使い方を承知しており、非常食や水等の備蓄もある。訓練での気付きや指摘等があれば速やかに改善され全員に周知している。 | 近隣住民との協力体制構築に期待したい。 |
| 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 | 利用者一人一人の人格を尊重し、丁寧な言葉使いや対応を行うように心掛けている。また、トイレや居室に入る際は必ずノックしたり、声掛けする様に心掛けている。 | 利用者に聞こえ易いようにと大きな声になりがちだが、内容によってはトーンにも注意を払うよう努めている。トイレや入浴介助では最も配慮を要すが、ドアを閉める、ノックをする等々、恥ずかしいことは決して行わないという対応を徹底している。仮に不適切な場面に遭遇した場合、まず本人に理由を確かめ、そこから指導へ繋げることとしている。また、個人情報の取扱いに対する職員の意識は高く、ホーム便り等への写真掲載も入居契約時に承諾を得ている。 | |
| 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 | 利用者との関わりを密にし、話を傾聴し行動を観察する事で本人の思いや希望を汲み取れる様に努めている。また、利用者に関わける事で利用者が自己決定できる環境を作れ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 | 利用者の心身状態に合った生活が送れる様に、ホームの日課を押し付けることなく柔軟な対応が出来るよう努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 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 |
| 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 | 自立されておられる利用者に関しては、季節に合った範囲で自由にして頂いている。介助が必要な方に関しては、本人の希望を聞きながら援助している。定期的な訪問理容あり。 | | |
| 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 | 献立は栄養、彩どり、季節感を考慮して作成している。また、誕生日にはその方の希望に添った献立にしている。利用者の方には出来る範囲で参加していただいている。 | 献立は一週間ごとに当番の職員が考えている。利用者に食べたいものを尋ねたり、栄養のバランスなどにも配慮しながらの作成である。好き嫌いやアレルギーの把握もできており、苦手な食材の時には替わりを用意している。できるだけ自分の力で食べてほしいと願い、器や箸、スプーン等にも工夫をしている。家族対応だが高カロリー食の常備もある。誕生日には本人が希望する食事が用意され全員で祝っている。職員と利用者は一緒にテーブルを囲み、味付け等の話をしながら和やかな雰囲気である。 | |
| 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 | 食事量の確認は毎食毎全員行っている。状態に合わせてミキサー食等の提供も可能である。水分量、排尿量の確認が必要な方に関しては、日々のチェックを行っている。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 毎食後、介助の方、自力でできる方、それぞれに合わせて対応している。夜間は義歯を預かり洗浄剤に浸けて対応している。必要な方は歯科受診や往診で口腔ケアを受けて頂いている。 | | |
| 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向けた支援を行っている | 排泄チェック表を作成し、個々の排泄パターンの把握に努めている。また、タイミングを見てのトイレ誘導を行い、失禁を予防しオムツ等を使用しないですむように努めている。 | 排泄に関して自立した利用者も若干名いるが、任せたままでなく、さり気ない見守りを行っている。排泄状況の把握は健康チェックに欠かせないことと考えており、合わせて下剤の調整等も行っている。日中はトイレでの排泄を主とし、チェック表から誘導のタイミングも計っている。細やかなケアにより入居後にオムツから布パンツへと徐々に改善した例もある。このことは利用者にとっても費用負担の軽減に繋がっている。トイレ内に手摺りはもちろん、可動式ひじ掛けや背もたれも設置しており、体位の保持や立ち座りを助けることで自立を促している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 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 |
| 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 | 個々に排便状態の確認を行い、緩下剤等の調整で便秘の解消に努めている。また、水分補給・献立も便通の良いものを取り入れている。 | | |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | 基本的に1人につき週3回の入浴を行い、入浴の無い日は清拭を行っている。入浴日、大まかな時間は決まっているが、本人の希望、体調を見ながら柔軟な対応を心掛けている。また、柚子湯や菖蒲湯など季節に合わせて行っている。 | 入浴は一日置きとしているが、希望や必要があれば対応は可能である。一人ずつゆっくりと寛いでもらっている。入浴日以外では全身清拭や足浴、着替え等も含め状況に合わせた対応をしている。体調不良などで見合わせる日が続けばドライシャンプーでの洗髪もある。冬至に柚子が用意されるように、五月の節句では菖蒲の葉が入れられ季節を感じてもらえるよう配慮している。浴室、脱衣場共に暖房設備があり、ヒートショック対策も万全である。衣服の脱ぎ着はできるだけ本人に任せ、見守りながらのケアである。 | |
| 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 | 夜間良眠して頂ける様に、日中のリズム作りに努めている。昼食後は休息を促し、自室でゆっくり過ごされるようにしている。夜間不眠が続く時は医師へ相談し眠剤の調整をして頂いている。 | | |
| 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 | 処方箋の説明書で確認したり、看護師や薬剤師に相談することで理解に努めている。状態に変化ある時は、看護師に報告し、必要時は医師からの指示を仰いでいる。 | | |
| 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 | 歩行運動、家事作業等で本人の能力に応じた日課作りを行っている。また、季節毎の行事や誕生会、ドライブ、食事会等で気分転換を図っている。 | | |
| 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。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 | 朝の散歩等で地域の方と挨拶を交わす等の交流は出来て来ている。また、季節毎の外出で季節感を味わって頂けるよう努めている。年2回利用者全員と希望される家族と一緒にホテルで昼食会を行っている。また、結婚式に参加される利用者もおられる。 | 歳を重ねるごとに体力の低下は否めず、日常的な散歩は難しくなっている。しかし、ウッドデッキでの日光浴は体内時計を整えるメリットもあり、笑顔でベンチに座る一コマが写真に収められている。利用者の方から外出の希望が聞かれることはないが、車椅子を利用するようになってからも花見や紅葉狩りなど、皆で出掛けられるよう支援している。全く戸外へ出ないという利用者はいない。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 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 |
| 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 | ホームで預り金の管理を行っているが、本人の希望で別途管理されておられる方もおられる。週1回希望を聞き嗜好品の購入を行っている。 | | |
| 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 | 電話は自由に使用して頂き取次も行っている。市内、市外を問わず1回10円を支払って頂き、利用者の「おやつ」として還元している。私信のやりとりも自由に行って頂いている。 | | |
| 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 | ホーム内に季節感のある飾り物をしたり、その時々での演出で季節感を味わって頂くようにしている。冬季乾燥時はデイルームに加湿器を設置し、各居室には濡れタオルを置き乾燥予防に努めている。体調不良時等居室で過ごされる時間が長い時は、ポータブルの加湿器を設置し乾燥予防に努めている。 | 利用者が日中を過ごすデイルームは広く、床暖房が設えてある。天窓からの日差しも明るい。壁際には腰掛けになる高さの畳コーナーがあり、目の前のウッドデッキにはベンチが並び日光浴も楽しめる。騒音はなく静かな環境である。廊下に歩行を妨げる物はなく、手摺りなど利用者が触れる箇所は感染症予防も兼ねて消毒も行っている。トイレや浴室はきれいに掃除され、臭気には特に注意を払っている。24時間換気システムが稼働しており、更に居室やデイルームに人がいない時を見計らい、窓の開放も行っている。 | |
| 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 | デイルームの席は希望や状況で決め、利用者の方が落ち着いて過ごせるようにしている。また、食事時以外の席は基本的に自由である。デイルームのソファでくつろぐ方もおられる。 | | |
| 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 | 自宅からダンス、テレビ等持ち込まれ過ごし易いようにしている。家族がシールで居室の壁を飾ったりしている。季節毎の衣類の入れ替えは家族に行っていたり、職員が利用者と一緒にこなったりしている。 | 居室に持ち込む品物には火気等の危険物以外に制限はない。各居室には押入れがあり、シーズンオフの寝具もゆったり収納でき、室内の片付けにも役立っている。ベッドフレームを宮付きタイプにしていることで、枕元に写真などを置いている利用者も多い。また、マットレス部分を畳に置き換えたベッドもあり、利用者の身体状況にも配慮されている。家族が壁を飾ってくれたり、職員も居心地良く過ごしてもらえるよう支援している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 (事業所記入欄) | 外部評価 (評価機関記入欄) | |
|----|----|---|--|-------------------|-------------------|
| | | | 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 |
| 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 | 各所に手摺を設置、バリアフリー、車いす、押し車の使用。居室、トイレは記名、目印等で出来るだけ自立した生活が出来るようになっている。また、転倒のリスクが高い方には居室にセンサーを設置して、見守り、誘導を行っている。 | | |

V. サービスの成果に関する項目(目標指標項目)アウトカム項目)(事業所記入)
 ※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○印をつけてください | |
|-----|--|--------------------------------------|----------------|
| 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 |

| 項 目 | | 取 り 組 み の 成 果 ↓ 該当するものに○印をつけてください | |
|-----|--|--------------------------------------|----------------|
| 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 |
| 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:2,20) | ○ | 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、生き活きと働いている。 (参考項目:11,12) | ○ | 1. ほぼ全ての職員が |
| | | | 2. 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 |