

(別紙4-1)(ユニット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 | 0170501589 | |
| 法人名 | 有限会社 シャイニング | |
| 事業所名 | グループホーム トロの森 (トロの森 I) | |
| 所在地 | 札幌市清田区美しが丘4条7丁目7番12号 | |
| 自己評価作成日 | 令和元年8月3日 | 評価結果市町村受理日 |

【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)】

利用者との仲が良く、毎日笑顔で生活しています。洗濯物を干したり、玄関先で団欒しているなど家庭的な環境作りに努めています。管理者は地域の自衛消防団に入り、地域での活動にも積極的に参加できるよう心掛けています。児童会館や地域の子供達が遊びに来られたり、施設行事には地域住民の参加を頂いたり地域に根付いた施設作りを心掛けています。

【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)】

開設から18年を迎える事業所で、昨年の胆振東部地震で被災し、9カ月あまり避難生活を余儀なくされてきました。運営者は、全員一緒に生活を継続することが認知症の利用者にとって最良であると判断し、行政と折衝し、北広島市にある系列デイサービスを閉鎖し、仮事業所としました。避難中は、持ち込みの私物が限られたり、仕切りで囲うだけの個人空間しかとれないなど不自由がありましたが、利用者の状況変化の度にアセスメント、モニタリングを繰り返し検討するなど、現状に添ったケアに取り組む諦めない介護の姿勢は、大変な時期を乗り越えた職員への自信につながっています。

避難先でも運営推進会議を開催し現況を伝え、特に町内会長には地元住民との情報の橋渡し役を担ってもらうなど、双方向関係を継続しています。度重なる引っ越しでは多くのボランティアの支援を受け、更に「トロの森を支える会」の発足は、事業所が前進する原動力となっています。避難中も、園芸療法、音楽療法、ドックセラピー、フットケアなど、変わらぬアクティビティに取り組み、与えられた環境の中で「今」を大切にしようとする事業所の姿勢が窺えます。建替え復旧後は、環境の変化に戸惑いながらも、利用者の表情は明るく穏やかで、和やかな会話が聞こえています。職員は家族との繋がりを大切に、着実に元の生活を取り戻す作業に取り組む、地域とは被災経験から得た教訓を基に、地元消防団との連携強化を図っています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

| | |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JisyosyoCd=0170501589-00&ServiceCd=320&Type=search |
|-------------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | |
|-------|----------------------|--|
| 評価機関名 | 株式会社ソーシャルリサーチ | |
| 所在地 | 北海道札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2 | |
| 訪問調査日 | 令和1年8月30日 | |

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

| 項目 | | 取組の成果 | | 項目 | | 取組の成果 | |
|----|--|------------|--|----|---|------------|---|
| | | ↓該当するものに○印 | | | | ↓該当するものに○印 | |
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (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 ほとんどつかんでいない | 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 |
| 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広がったり深まり、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、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 |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) | ○ | 1 ほぼ全ての利用者が 2 利用者の2/3くらいが 3 利用者の1/3くらいが 4 ほとんどいない | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1 ほぼ全ての利用者が 2 利用者の2/3くらいが 3 利用者の1/3くらいが 4 ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30、31) | ○ | 1 ほぼ全ての利用者が 2 利用者の2/3くらいが 3 利用者の1/3くらいが 4 ほとんどいない | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1 ほぼ全ての家族等が 2 家族等の2/3くらいが 3 家族等の1/3くらいが 4 ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28) | ○ | 1 ほぼ全ての利用者が 2 利用者の2/3くらいが 3 利用者の1/3くらいが 4 ほとんどいない | | | | |

自己評価及び外部評価結果

| 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 | |
| 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踏まえた事業所理念を作り、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 | 施設長は毎年、創設日に理念の見直しを行い、新人職員が入職する度にオリエンテーションで理念の説明を行っている。理念の実践に関してはOJTの中で管理者が理念に基づいた指導を行っている。 | 日々のサービス提供場面で、理念がケアに反映されているか管理者が指導し、共有、実践に繋がっています。職員入社時には、理念の説明と教育を行い、認識の一致に努めています。理念は事業所内に掲示し、契約時には家族にも伝えていきます。 | | |
| 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人として日常的に交流している | 近隣店舗への買物や町内会活動の参加・施設行事へ町内会役員・地域住民を招待するなどして地域との交流を図っている。管理者が地域の消防団として登録を行い、実践大会等に参加をしている。 | 被災し北広島市の事業所に仮移転した時期も、町内会長が、地元住民との情報の橋渡し役を担っていました。事業所は地域向けの広報誌を年2回発行し啓発に努め、災害時でもボランティアの協力を得るなど、地域との繋がりを深めています。実習生の受け入れも行っています。 | | |
| 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 | 地域から認知症の相談を受けた場合は、地域担当の包括支援センターと連絡をとり、協力体制を取りながら本人・家族の支援を行っている。認知症当事者が介護サービスを受けた後も、家族の支援は継続的に行っている。SOSネットワーク徘徊模擬訓練など、認知症に関連する勉強会等の開催協力・地域への参加呼びかけ等を行っている。 | | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組 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回開催し施設の現況報告や施設行事等の予定・実績報告を行なうと共に参加者から意見等を頂き、今後の改善案として取り入れている。 | 運営推進会議は年6回開催しています。特に被災後は、運営者の利用者に対する思いや考え、現状報告を詳細に行い、家族、行政職員、町内会長等の意見抽出に努め、理解と支援を呼びかけています。また、身体拘束適正化委員会も同時開催し、透明性を確保しています。 | | |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者とは頃々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取り組んでいる | 施設長が認知症指導者という事もあり、札幌市の認知症事業への参加協力を行っている。施設着が定期的に市役所・区役所に赴き、施設の広報誌を通して施設の取り組みを報告している。 | 運営者は、認知症ケア指導者として行政の事業にも係わり、協働関係を構築しています。今回の被災では、事業所運営継続の為、札幌市と北広島市と折衝を重ねています。両市と災害復旧等の課題解決の連携を図っています。 | | |
| 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 | 開設当初から現在まで身体拘束を行った事はなく、夜間帯以外は玄関の施錠も行っていない。身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1回開催し、身体拘束に関する勉強会や施設の現状の報告を行なうと共に参加者と意見交換する場を設けている。新入社員が入職した場合には、新人職員を対象に身体拘束の勉強会を開催している。 | 身体拘束適正化委員会を年4回開催し、その内の2回は勉強会も兼ねており、身体拘束の基礎知識と、事例検討を行い、身体拘束の弊害と共通理解に努めています。新人職員入社時にも教育を行っています。利用者の自由な生活を大切にするとともにリスクについて家族と常に話し合っています。SOSネットワークに加入し、玄関は夜間のみ施錠しています。 | | |
| 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 | 最低、年2回、施設内・外で虐待に関する勉強会に参加。3ヶ月に1回開催する身体拘束適正化委員会内でも虐待に関する施設の現況報告を行なっている。身体拘束適正化委員会で開催する勉強会内容は参加者から学びたい内容の意見を参考に勉強会内容を定め、計画・実施を行っている。 | | | |

| 目 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 |
| 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 | 今年度は研修に参加する事はできていないが、毎年職員の選定を行いながら研修の参加を行っている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約時に利用規約説明書・重要事項説明所の内容に沿って説明を行い、要所要所で不安や疑問点がないか確認を行い理解・納得ができるよう努めている。介護保険法改正時には口頭や文章を用いて説明を行っている。 | | |
| 10 | 6 | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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 | 「ご意見用紙」という施設独自の用紙を3ヶ月に1回、家族に配布し定期的に意見・要望を聞く機会を設けている。面会時にも家族と会話する機会を設け、日常的に意見や要望を聞く機会を設けている。契約時には第3者機関の苦情受付窓口の説明を行っている。 | 運営推進会議や誕生会などに多くの家族が参加しています。仮事業所にも家族等の訪問が多く、折に触れ意見や要望を受け、運営に活かしています。毎月発行の「トロメール」や担当職員から個別の手紙、6か月毎に「ご意見用紙」を配布し、暮らしぶりを伝えながら、定期的に要望等の把握に努めています。 | |
| 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 | 職員間で開催するユニット会議、ユニット会議で出された議案及び以外の議案をユニットリーダー（主任クラス）と管理者で検討する主任会議、主任会議で出された議案及び以外の議案を管理者と役員が検討する運営会議、運営会議で出された議案及び以外の議案を役員で検討する役員会議の4つの会議を通して、職員から要望や意見を各クラス会議で検討を行い、全職員・役員が参加する全体会議で検討結果を職員にフィードバックしている。 | 職員の意見や提案、要望はユニット会議や各役職別に開催される会議を経て、全体会議の場で検討結果を伝え、運営に反映しています。管理者や室長による個人面談を設けて、職員個々の相談に対応するなど、就業環境の整備に努めています。キャリアパス制度を導入し、職員の働く意欲とスキル向上にも活かしています。 | |
| 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 | キャリアパス制度を導入し、評価段階を明確にしている。年2回面談を通して評価査定を行い、結果をキャリアパス制度に照らし合わせて処遇整備を行っている。市のワークライフバランスplusに企業登録を行い、職場環境・条件の整備に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 新人職員育成マニュアルで基準を定め、一定期間までは統一された指導方法で人材育成が行われるよう努めている。管理者が職員の力量を見定めながら研修内容を定め、参加を促している。OJTや会議を活用しながら職員に沿った人材育成を行うよう努めている。 | | |
| 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組をしている | 清田区グループホーム管理者連絡会で区内のグループホーム事業所と、清田区ケア連絡会やSOSネットワーク徘徊模擬訓練等でグループホームのみならず、他の介護・医療事業所との関係作り、上記の団体が企画している勉強会への企画・運営・参加を行っている。 | | |
| 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 | 契約時に本人・家族から意見や要望等を聞くと共に、施設で活用しているセンター方式（アセスメントシート）を渡し、事前（入居前）に情報を得るようにしている。入居後は改めてアセスメントを行いながら関わりを多く持ち、関係性が早く構築されるよう努めている | | |

| 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 | |
| 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 | 契約時に本人・家族から意見や要望等を聞くと共に、施設で活用しているセンター方式(アセスメントシート)を渡し、事前(入居前)に情報を得るようにしている。入居後は本人の様子をFAX及び電話連絡にて小まめに報告を行なうよう努めている。 | | | |
| 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 | 事前(入居前)に本人・家族の意見・要望を確認し介護計画の作成及び職員間で情報の共有を図り、統一したケアを実践できるよう努めている。介護計画作成後は本人・家族に説明を行い、承認を頂いた上でサインを頂いている。 | | | |
| 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 | 本人だけではなく、職員も共に家事・活動を行いながら関係性を構築し、その中で本人の行える事を積極的に取り入れながら生きがいややりがいを持って生活して頂けるよう努めている。 | | | |
| 19 | | ○本人を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 | 入居契約時から面会に来て頂けるよう伝え、面会時には職員や他入居者とも会話できる場面を設け、気軽に面会に来て頂けるよう環境作りに努めている。面会のみならず施設行事等への参加の呼びかけも行っている。 | | | |
| 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 | 行事等を通して、御家族様だけではなく知人の方や住んでいた町内の方にも参加依頼をしている。 | 利用者の誕生日に友人を招いたり、退去者の入院先に利用者で見舞いに出かけるなど関係継続の支援に努めています。ボランティアとして退去者家族や退職者の訪問を受けるなど、利用者との馴染みの関係が継続されています。外食や法事出席は家族の協力を得ています。 | | |
| 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 | 職員全員が利用者同士の関係性を把握し、協働して行える家事や活動への参加の促し、利用者同士が会話できる場面を設けたりと日々の中で利用者同士の関係性が持てるよう努めている。 | | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組サービス利用(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 | 以前、入居されていた家族や退職された職員を中心に家族会が発足され、施設行事等のボランティアを行ってくれている。施設の畑に関しても以前、入居されていた家族の手伝いで畑の維持が成されている。 | | | |
| 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 | 本人との日々の会話の中で意向を聞き出したり、意向の実践に当たり必要な情報を家族から頂いたり、本人の意向を実践に向けて行えるよう努めている。介護計画更新時には本人・家族の意向を改めて確認し介護計画に反映できるよう努めている。 | 入居時に家族の協力でアセスメントシートを作成し、生活歴、職歴等の情報をまとめています。入居後は、利用者の言葉や、言葉に出来ない思いを行動や表情から汲み取っています。利用者の真意を推し測り意向の把握に努め、介護記録に記載し職員間で共有しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居前にセンター方式(アセスメントシート)に記入してもらい、職員間で情報共有できるように努めている。キーパーソンが分からない情報に関しては、キーパーソン以外の家族・親族の面会時に情報を得よう努めている。 | | |
| 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 | 入居時にセンター方式(アセスメントシート)を活用し、情報を把握し、その後も介護計画更新時に改めてアセスメントを行い、以前との比較に努めている。 | | |
| 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1人1人に職員が担当制を設け、介護計画更新時にセンター方式(アセスメントシート)を活用し、本人の課題やより良く暮らせるためのアイデアを明記する事としている。定期的に介護計画の評価出しやモニタリングを行い、家族への説明や家族ら意見を聞き出すよう努めている。 | 担当職員は定期的にあセスメントシートを作成し、計画のモニタリングを行っています。ユニット会議で職員が検討し、3ヵ月毎の見直しを行っています。家族の思いや要望を3ヵ月ごとに家族カンファレンスで共有することとなっています。介護記録は独自の書式で、職員の気付きや工夫の記載欄があり、介護計画の見直しに活かしています。 | |
| 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 | 生活記録には本人の言葉と行動を記入する欄と、その言動に関して職員の気付きや工夫を記入する欄を書式に設けている。介護計画更新時のアセスメントで使用するセンター方式(アセスメントシート)の中で本人の言葉と行動を記入する欄には、職員の思い込み等が反映されないよう生活記録から本人の言葉を抜き取り、本人の思いに近い課題に対する根拠作りを行うよう努めている。 | | |
| 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、既存のサービスにとられない、柔軟な支援やサービスの多機能化 | 日々の状況によって変化する課題に関しては臨機応変に対応し、必要とあれば新たに介護計画に盛り込むなど、本人の状況に応じた対応ができるよう努めている。 | | |
| 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 | 基本的に毎日近隣店舗に買物に赴き野菜・魚を選んだり、自らが好むものを購入したりと自己決定を行える場面を設けるよう努めている。施設近隣の公園まで出掛けるなど目的や楽しみを持って運動が行えるよう努めている。 | | |
| 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 | 訪問診療に関しては、施設としての協力病院はあるが強制ではなく、本人・家族が希望する病院を優先している。本人に特別変化があった際には夜間に関わらず相談を行えるよう協力体制の構築ができています。 | 希望するかかりつけ医への受診を優先しており、通院介助は家族対応です。緊急の場合等は職員が支援する場合があります。協力医療機関の訪問診療は、この9月から月1回に変更されましたが、24時間電話対応ができます。看護職員が週1～2回訪問し、利用者の健康管理に努めています。 | |
| 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 | 法人内の看護職員は週1～2回程度、施設に来訪し利用者の健康管理を行っている。施設に来訪してなくても電話にて相談を行うことも可能で、何かあれば助言を頂けるシステムとなっている。訪問看護師に関しては訪問診療時以外でも電話にて相談に応じてくれる体制となっており、必要に応じて医師からの助言も頂ける体制となっている。 | | |

| 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 | |
| 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、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。 | 利用者が入院した際には、他の利用者とお見舞に行き、関係性の維持に繋げている。またお見舞時には担当の医師・看護師から現状報告を頂き、施設・病院間での情報共有を図ることが出来ている。入院時は必要な治療を行うが、利用者の状態を加味し施設でも治療を行えると医師が判断した場合には、早期の退院も視野に入れて治療方法を考慮してくれる。 | | | |
| 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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる | 契約時に終末期の意向を確認している。また利用者の状態に合わせて終末期に向けて、契約時よりも詳しい内容でインフォームドコンセントを行う。医師が終末期と判断した場合には家族・病院・施設とムンテラを行い、医師から今後の説明を行っている。施設は施設で出来ること・出来ないことを説明の上、定期的にインフォームドコンセントを行い、家族の変わりやすい心情を理解し、何度も家族の意思の確認を行っている。 | 入居時に、急変時及び終末期の医療処置に関する確認書を交わし同意を得ています。段階に応じて、終末期に向けた話し合いを家族と繰り返し行い、看取りの際は、改めて医師、家族、職員で話し合いを重ね連携し、利用者、家族の希望に沿った支援に努めています。特に、自身の最期について希望を聞いている場合は、その思いを尊重し支援しています。 | | |
| 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 | 救命救急講習会を定期的に開催し、応急処置や初期対応の訓練を行っている。利用者急変時には職員が1人で悩むことがないよう、夜間帯に関わらず施設長・管理者と電話にて相談し合える体制を整えている。また職員の夜間当番制を作り利用者急変時に応援に駆け付けることができる体制を整えている。 | | | |
| 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 | 非常災害マニュアルを作成し、職員・役員が参加する全体会議にて内容の周知。避難訓練についてもマニュアルに沿った避難を行い、消防から意見を頂いている。また避難訓練では地域住民に参加して頂き、実際に地域住民との連携方法を訓練の中で確認を行っている。施設の緊急連絡網には地域住民の連絡先も了承の上、入れさせて頂いている。 | 避難訓練は、仮事業所で地震を想定した訓練も含めて3回、現在地での訓練は夜間想定で1回、消防署指導の下、地域住民の参加を得て実施しています。図上訓練も行っています。非常災害マニュアルを整備し、防火チェックリストを活用した点検を毎日行っています。事業所職員が入団し、地域消防団とも連携を強化しています。 | 被災経験から得た教訓を忘れずに、全職員が年1回は経験出来る様にシフトを工夫し、様々な災害に対する避難訓練を重ねることを期待します。新しい事業所での課題をあぶり出し、利用者を安全に確実に避難させる方法や経路の確認に努める事を期待します。 | |
| 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 | 認知症または認知症の方のケアではなく、1人の人としてどうあるべきかを考え、日々のケア方法に還元するよう努めている。また外部の講師を専属講師として契約し、日常の人と接する状況を実際に見て頂き助言を頂いている。 | 新人職員入社時や日々のケア提供場面で、管理者が支援方法や言葉かけの指導を行っています。更に月1度、外部から講師を招き、職員の実践状況を確認した上で、アドバイスを受けるなど、職員のモラル向上に取り組んでいます。 | | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている | 日々の買物で本人の購入したいものを確認し、一緒に買物に出掛けたり、食事調理前に食材を伝え、本人達の希望する調理方法に変更したりと日々の中で希望の聞き入れや、自己決定を促すよう努めている。 | | | |
| 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 | 1日の大きな流れとして職員側が定めたペースで過ごす事が多いが、1人1人に対しては本人の希望を取り入れた内容を組み込むことは出来ている。 | | | |
| 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 | 施設行事や外出等で化粧したり、おしゃれをして出かける事はあるが、日々の中で化粧やおしゃれに関心を示す事は少ない。 | | | |

| 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 |
| 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 | 本人達が行える力を見極め、一緒に行える部分を手伝ってもらっている。 | 2ユニットとも献立は同じですが、利用者に合わせて工夫を凝らしています。毎日の食材の買い出しや調理、盛り付け、食器洗いなど、利用者の得意分野で力量を発揮してもらい、食事への関心を高め満足感に繋がっています。誕生会では、利用者の希望を叶えた料理を用意しています。 | |
| 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・水分量を把握できるよう表で視覚化し、当日の職員同士が一目で情報を共有できるよう努めている。1日に2回、職員間で当日の動きの確認の時間を取り、1人1人の状態や今後の必要な支援について話す場を設けている。 | | |
| 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 | 定期的に歯科医師による訪問歯科、歯科衛生士による口腔内の衛生管理指導を受け、1人1人に必要な治療と助言を頂いている。 | | |
| 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 | 入居時にリハビリパンツ等を使用しているも、排泄パターンの把握するなど、改めて本人にとってオムツの必要性をアセスメントし、自立に向けた支援を行うよう努めている。 | 排泄チェック表で排泄パターンを確認し、習慣を活かしながら、快適な排泄が継続出来る支援に努めています。日中はほとんどの利用者が布下着を着用しています。失敗を減らすよう、声掛けや誘導を行い、できるだけオムツやリハビリパンツなどを使用せず自信をもって生活できるよう取り組んでいます。 | |
| 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 | 排便が確認できていない方には起床時に冷たい牛乳の提供・散歩や買物等で普段よりも多く歩く機会を設け腸の活性化に繋がったり、食事への献立には繊維質の物が入るよう努め、薬を使用せず自然排便できるよう努めている。 | | |
| 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ず、個々に沿った支援をしている | 本人に入浴の確認は行うが、1人1人から何曜日に入りたいなどの希望はない。入浴に誘うと、そのまま入浴される方々が殆ど。 | 利用者が拒否することはほとんど無く、毎日入浴を楽しめるよう職員体制を整え、週2回以上を目安にしています。同性介助の要望も尊重し、職員との1対1の時間では歌や本音が聞かれる時もあります。湯上り時に冷たい飲み物を用意するなど、入浴を楽しめるよう工夫しています。 | |
| 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 | 昼夜逆転にならないよう日中は活動を多くし、昼寝についても長時間ではなく少ない時間でメリハリをつけた生活するよう心掛けている。 | | |
| 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 | 薬剤が変更になった場合は目的・用法・用量について職員間で情報を共有するノートに記載し情報共有に努めている。呑み込みが困難な方にはオブラートゼリーを使用するなど、服薬方法は職員間で統一している。 | | |

| 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 |
| 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行っている。 | 本人の行える、または行えそうな家事・活動には参加してもらったり、介護計画更新時など定期的にアセスメントを行いながら、本人が楽しめるような内容を介護計画内に組み込み実践に努めている。 | | |
| 49 | 18 | ○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、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 | 散歩や買物以外でも戸外に出て水分を飲んだり、本人の希望時にはすぐに出掛けられるよう努めている。本人の旅行希望の際には家族の協力の下、定期的に旅行に出かける事ができている。 | 玄関前での日向ぼっこや夕涼み、畑や花壇の水遣り、毎日の食材の買い出し、近隣公園への散歩は日課として、その日の状態や利用者の習慣、希望に応じて支援しています。花見、紅葉狩り、新年のどんど焼き、雪まつりなど季節に応じた外出や地域行事にも積極的に参加し、心身の活性化に繋げています。 | |
| 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。 | 現在、本人が金銭管理または少量の金銭を持っている方がいない。 | | |
| 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 | 現在、本人の希望で電話や手紙等で連絡のやり取りをする方がいない。毎年、年末に家族から了承を頂き、了承を頂いた親族に年賀状の作成を行っている。 | | |
| 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 | 室温湿度に関しては温度計を設置し不快にならないようエアコン暖房を使用し調整している。季節感に関しては、避難先から戻ってきたばかりでカレンダーが掲示している程度でそれほど採り入れられていない。 | 日中は、居間に通所の利用者や、頻繁にボランティアの訪問があり、利用者と共に和気あいあいと過ごせるよう、テーブルやいすの位置を工夫しています。2階は定員6人から9人へ増員予定で、余裕のある造りになっています。ユニットごとに、中央には対面式キッチン、廊下は回廊式設計になっています。食卓テーブルとソファが配置され、ベランダからの日当たりも良く、利用者が和やかに過ごせる空間作りに努めています。 | |
| 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 | 一人きりでいれるスペースが現在居室しかない。気の合う方とはソファで談笑したりしている。居室内は花や家族写真を飾り居心地の良い空間作りに努めている。 | | |
| 54 | 20 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居時に持ち入れる持ち物の説明を行い、極力本人が使い慣れた持ち物を用意して頂くよう伝えている。 | 利用者は、仏壇やペット、使い慣れた調度品等を持ち込んでいます。居室を広く感じさせる出窓には、絵や写真、ぬいぐるみなど飾り、壁に設置されたフックレールを活用して、洋服や自作品を掲示するなど、利用者の個性を反映した居室が作られています。 | |
| 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 | 導線には物を置かないようにし、手摺りだけではなく一人で掴まり歩けるような家具配置を心掛けている。また施設内部が未完成のため、今後さらに手摺の数が増え安全面が強化されていく予定となっている。 | | |