

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 | 3992600092 | | |
| 法人名 | 株式会社 共栄 | | |
| 事業所名 | グループホーム ほほえみ | | |
| 所在地 | 高知県幡多郡大月町弘見4163-247 | | |
| 自己評価作成日 | 令和元年10月21日 | 評価結果 市町村受理日 | 令和2年2月13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>平成25年3月に1ユニットで開設し、平成28年4月から2ユニットでの運営を行っている。事業所は田園や小山に囲まれてはいるが、町内5地域の中心地に位置し、役場、消防分署、警察駐在所、協力医とは10分以内の距離であり、安心できる生活圏にある。</p> <p>事業所理念として、①利用者の基本的人権を守る、②プライバシーを守る、③自由な生活の保障、④地域の一住民として生活するを掲げ、項目毎に職員の具体的な行動目標を明示して、理念の実践に取り組んでいる。</p> <p>利用者の生活の基本である命と健康の維持には特に留意し、協力医との密な連携のもとに、昼夜早期受診や早期医療相談に取り組み、健康管理に専念している。</p> <p>地域のボランティア団体との協力も密であり、積極的な地域交流が可能で、利用者も地元に住んでいるという実感を持って、安心して暮らすことができています。</p> |
|--|

※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 | https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action_kouhou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=3992600092-00&ServiceCd=320 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|--|
| 評価機関名 | 高知県社会福祉協議会 |
| 所在地 | 〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ |
| 訪問調査日 | 令和元年11月20日 |

【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>事業所は周囲を田畑に囲まれ、敷地内には季節の草花や広々とした野菜畑があって、車いすでも日々の散歩が充分楽しめる。協力医や役場、消防署、駐在所などの近くにあるため、利用者、家族、職員の安心にもつながっている。管理者は看護職の資格を持ち、専門職としての知識や技術が医療との連携にもつながり、利用者や家族にとって心強いものとなっている。</p> <p>地域との協力関係が築かれ、事業所が交流の場として機能しており、毎年開催の輪投げ大会には、地域から40~50名の参加がある。</p> <p>開設時からの理念について、職員は「自分が利用者の立場だったらどうか」と常に問いかけ、理解を深め、ケアへの実践につなげている事業所である。</p> |
|---|

自己評価および外部評価結果

ユニット名:さくら棟

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 「楽しく自分らしく、笑顔で過ごせる共同生活介護の形成」という基本理念をもとに、月々のスタッフ会で介護支援が基本理念から外れたものになっていないかを見直し、理念と実践の同一化を図るよう留意している。 | 開設時からの基本理念を、具体的な目標を設定して実践し、毎月のスタッフ会で理念が日々の介護支援に反映されているかを話し合っている。入社時の職員研修では理念が具体的に説明され、理解を深めるための研修を継続して行っている。 | |
| 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 | 地域住民との交流を密にし、事業所での諸問題を発信し、色々な活動への協力を依頼して、地域とのつながりを深めている。地域団体や個人の訪問を頻繁に受け、利用者も地域住民との交流を楽しむことができています。 | 管理者も地区住民であり、地域の情報が把握しやすい。事業所は、地域の老人クラブ等の活動や交流の場所になっており、毎年11月開催の地域の輪投げ大会には、40～50名の参加者がある。近隣住民からの野菜の差し入れも多い。 | |
| 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 | 管理者は、事業所で認知症高齢者から学んだ様々な思いや知識を、町内の団体から要請を受けた研修会講師や、個人からの認知症に関する相談を随時受けて活かしている。 | | |
| 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 | 会議では、事業所内の日常生活の様子や運営上の課題を報告し、意見や助言を得て、運営に活かしている。地域代表の委員からは地区ぐるみでの協力体制を得ているほか、行政や医療機関代表の委員からは、各々の立場からの助言や指導を受けている。 | 会議には行政、地域代表、家族代表、医療代表等7名の外部参加者があり、利用者の日常生活や事故報告、身体拘束等、運営上の課題を事前に資料として配布し、協議している。外部評価結果も報告し、意見を得ている。家族には会議録を送付している。 | |
| 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 | 町主催の地域ケア会議に参加し、学習や情報交換の場として活用している。町職員とは運営推進会議のほか、日頃から介護保険制度や運営上の課題への助言や指導を受けている。 | 町主催の地域ケア会議が毎月開催され、町内の保健、医療、福祉の代表者が町内の福祉施設との交流を図り、意見交換を行っている。事業所としての実情を伝え、協力関係ができています。 | |
| 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 | 身体拘束マニュアルに沿って、職員は身体拘束となる行為とその弊害を学んでいる。家族には束縛しないケアについて説明し、理解を得る努力をしている。転倒予防のためにセンサーマットが必要な利用者は、家族に同意書を書いてもらっている。 | 転倒防止のためのセンサーマットを使用している利用者の家族にはリスクを説明し、同意書をもっており、定期的に必要性について再検討している。言葉での拘束を含め、年2回、虐待の芽チェックリストを使って職員の意識啓発に努めている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|---|--|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 昨年ユニットリーダーが高齢者虐待防止研修を受講をし、その受講内容に沿って虐待の芽チェックリストを使って職員の意識啓発を行い、虐待予防に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 地域ケア会議で成年後見制度の研修を受けるなど、職員は制度について学習し、今後に備えている。 | | |
| 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 | 契約時には、事業所のケアに関する考え方や取り組み、退所を含めた事業所の対応可能な範囲についての説明を行っている。心身の重度化の対応に関する事項については、家族の理解と同意が得られるように説明している。 | | |
| 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 | 利用者とは日ごろの関わりの中で要望を聞き、実現に努めている。家族には面会時や電話で意見を聞いている。毎月の手紙通信では、利用者の日々の生活状況や心身の状況を報告し、また、利用者に変化があれば電話で随時報告して、信頼関係の構築に努めている。 | 利用者との会話から要望を聞き取るように努め、把握した思いを毎月のスタッフ会等で報告して、ケアプランに反映させている。家族からも個別に聞き、本人をせかさないうほしいといった要望をケアの改善につなげている。以前開催されていた家族会がなくなり、家族同士で話し合う場がない。 | 家族が集まって話し合う場合は、事業所の改善につなげるためにも重要であり、家族会の再開を期待する。 |
| 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 | 代表者の出席も求め、月々の職員会で運営に関する意見交換を行い、管理者は職員と業務改善やサービス内容について話し合っている。日頃の問題はいつでも意見を聞く体制をつくり、忌憚のない意見を受け、全体問題として受け止めることにしている。 | 毎月のスタッフ会では、働きやすい環境づくりを大切にして、職員からの提案で業務及び勤務シフトの見直し等を行った。利用者の受け入れに関しても、職員の意見を聞いている。 | |
| 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 | 規程に基づいた就業改善を図るために、平成30年度から介護労働安全センターの訪問指導を受け、各自が向上心を持って働けるような職場環境、条件の整備に努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 平成28年度は介護福祉士国家試験5名の受験で全員合格、リーダー研修を1名が受講した。平成29年度は訪問介護員初任者研修2名受講、平成30年度は高齢者虐待防止研修会を1名受講等、職員の資質向上に努めている。 | | |
| 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り組みをしている | 管理者は町の地域ケア会議に参加し、町内の各種事業所との意見交換会や行政からの情報伝達により、サービスの質の向上に役立っている。町内の事業所職員と利用者との交流会を持ち、情報交換も行っている。 | | |
| 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 | 入所の希望や手続きは家族が関与することが多いが、入所する本人は不安が大きく、納得できるまで来所してもらってコミュニケーションを図ったり、家庭訪問をして信頼関係を築くことに努めている。 | | |
| 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 | 契約前に家族から苦労話や不安を聞き取り、入所生活等について話し合い、信頼関係を築いている。認知症に関わる病気の説明で、家族の認知症についての理解が深まることもある。入所後は利用者の生活状況を逐次報告し、安心が得られるよう配慮している。 | | |
| 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 | 入所申し込みをして待機していても、いざ親を預けることへの葛藤をもつ家族や、家族は即座に入所を希望するが、それを理解納得できない本人の葛藤などケースバイケースであり、本人、家族の真の意向を確認し、必要に応じたサービスの紹介も行っている。 | | |
| 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 | 利用者は人生の先輩であるということを職員は共有しており、本人の思いや不安、喜びを知ることに努め、個々の得意分野で力を発揮してもらい、お互いさまという気持ちや、共に暮らしているという関係性を築くように努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19 | | <p>○本人を共に支えあう家族との関係</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</p> | <p>家族の協力や家族の意向が必要なことを家族に伝え、利用者の状況は逐次家族に連絡して、協力関係を築いている。また、家族にも必要な支援を行うことで、家族の不安や負担を軽減し、信頼関係の構築に努めている。</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>センター方式を活用してアセスメントを行い、個々の利用者の馴染みの関係の継続支援を重視し、馴染みの人や場所との交流を支援している。行きつけの理美容院への外出や自宅への外出、地域へのドライブ等、行動範囲が狭くなっていく高齢者の唯一の楽しみが継続できるよう支援している。</p> | <p>入所時には、本人や家族、入所前のケアマネジャーから馴染みの場所及び暮らし方の情報をセンター方式を活用して把握している。行きつけの理美容院の利用などは、家族の協力も得て継続できるように支援している。</p> | |
| 21 | | <p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p> | <p>共同作業時には、職員が必ず入り仲間づくりを支援したり、会話を促したりして、良好な関係を築く雰囲気づくりをしている。関係づくりが困難な利用者は、テーブル席の工夫をしたりして、トラブル防止に努めている。</p> | | |
| 22 | | <p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p> | <p>入院による退所後は入院中の病院へ日々見舞いに行き、家族が県外居住で町内に身寄りがない利用者の場合は、洗濯を請け負ったり、それまでの関係性を維持している。本人が亡くなった場合には、葬儀に参列している。</p> | | |
| 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) | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p> | <p>利用者個々の思いを深く知るため、職員一人ひとりが利用者を受け持ち、日々の生活で一層の心の底にある思いや、不安や喜び楽しみを知り職員間で共有してケア方針を決め、職員全員が同じ視点で関わることに努めている。</p> | <p>加齢により繰り返す体調不良の不安や、健康維持のための運動等、利用者の不安を知り、希望に沿ってどう解決できるかを職員全員で検討し、支援に努めている。会話が困難な場合も、必ず目を合わせ、声をかけることで、いつでも受け入れる姿勢であることに努めている。</p> | |
| 24 | | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p> | <p>本人、家族からの情報収集、入所前の担当ケアマネジャーからの情報をもとに、一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方の把握に努め、馴染みの場所に出向いて思い出を回想したり、生活歴の思い出話を傾聴することで、記憶にある生活を蘇らせることに努めている。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 職員は、利用者一人ひとりの生活リズムを理解し、本人の生活の全体像を把握している。一日の過ごし方は、毎日問いかけて意思確認をし、本人同意のもとに生活支援を行っている。自分でできることや、家事作業を手伝う等、本人のできる範囲で力を発揮してもらっている。 | | |
| 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 | 入所者の日々の思い、家族の要望を踏まえ、定例や随時の会でモニタリング結果を協議し、利用者の心身状態や思いに合わせた介護計画を作成している。職員は受け持ち利用者の日々の心身状況を観察して理解を深め、スタッフ会で情報交換して、情報共有している。 | 利用者毎の担当職員が行ったモニタリング結果を管理者がとりまとめ、本人、家族の意向も踏まえ、毎月のスタッフ会でのカンファレンスで必要な見直しを行い、ケアプランは細かな修正が継続的に加えられている。本人の状態に変化があった場合には、随時見直している。 | |
| 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 | 個別ファイルに、食事、水分摂取量、排泄状況、バイタルチェック状況等の心身の状況、日々の暮らし振りやエピソードを記録している。職員はいつでも確認できるようにしている。勤務の引継ぎは記録や口頭で行い、情報共有している。 | | |
| 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 | 利用者の健康維持を重要課題とし、疾病の早期発見と治療のため職員が受診同行をし、家族にはその後に報告するなど、柔軟な対応をしている。町外に年金を引きだしに行く身寄りのない利用者には、ドライブがてら銀行での引き出しを支援している。 | | |
| 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 | 周辺地域の老人クラブ団体と毎年輪投げ大会を開催したり、町内の各種ボランティア団体の来訪で、利用者の知人や友人との出会いを楽しむことができている。周辺の地域住民は、緊急事態には事業所に駆け付けてくれている。 | | |
| 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 | 利用者全員協力医をかかりつけ医とし、月1回の往診と、随時の外来受診により健康管理ができている。緊急時には、夜間でも当直の医師、看護師に電話相談し、管理者が同行受診して、治療を受けることができている。 | 本人、家族の希望で全員が協力医をかかりつけ医として、月1回の往診を受けている。眼科などの専門医の場合も、緊急に受診する場合は事業所が対応している。結果は必ず家族に報告し、経過記録を残し、職員間で共有している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 管理者は看護職であり、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援が行えるようにしている。協力医の外来相談や電話相談で指導を受けて、対応している。介護職員は、日々のバイタルチェックや観察で状態補変化があれば、直ちに管理者に報告している。 | | |
| 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 | 利用者入院時には管理者が日々病院を訪問し、看護師や医師との情報交換により、治療期間や退院見込みについて指示を得ている。看取りの時期に入り、家族の意思が動揺している場合には、家族、医師、管理者の三者で話し合い、家族の意向を聞くようにしている。 | | |
| 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 | 入所時に重度化指針を説明し、家族の思いを確認している。重度化時には、協力医により入院処遇を受け、看取りは病院でという連携ができています。事業所での看取りは体制上困難であり、運営推進会議でも是非を協議し、看取り体制実現は無理という結論に至った。 | 事業所のできることを、できないことを確認し、入所時の説明で重度化した場合について説明して、同意を得ている。状態の変化に応じて、その都度、家族と協力医と話し合いながら、支援に努めている。人員体制上困難なため、看取りは行っていない。 | |
| 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 | 消防署やAED販売業者の協力を得て、応急手当や蘇生術の研修を実施し、職員は、救急車が到着する前に処置すべきことや、準備すべきことについて学習している。 | | |
| 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 | 消防署の協力を得て、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を定期的に行っている。夜間想定訓練の実施と、備蓄品の準備も留意している。 | 夜間想定訓練マニュアルを作成し、今年3月の災害訓練は夜間想定として、区長や老人会会長を含めた地区住民も参加し、避難訓練や消火訓練を行った。非常食や水等の備蓄品は、3日分を準備している。 | |
| 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 | 居室を利用者一人ひとりの家とみなし、居室の出入りにはノックを行い、衣服の出し入れには本人の同意を得るようにしている。利用者には年長者への敬意をもって接することを基本とし、尊厳を守るよう、特に言葉遣いを理念の中心としている。 | 居室の出入り際には、その都度声をかけ、許可を得るようにしている。入浴時やトイレ介助の際は特に留意し、本人のプライドを傷つけず、尊厳を守る支援を行うよう職員に徹底している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 日頃から利用者一人ひとりに声をかけ、意思表示が困難な利用者からは表情を読み取ったり、顔きや首振りで意思を示すことができるような言葉かけを工夫して、些細なことでも本人が決める場面をつくっている。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりの日々の状態をみながら、本人の希望を聞き、休息が必要な利用者は午前中の1時間はベッドで安楽にすることや、行きたい所へ外出したり、庭の散歩は職員が同行したりと、その日の一人ひとりのペースを大切にしている。 | | |
| 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 | その人の好みの衣服を家族が準備しているが、毎朝その中から本人の着たい衣服を決めてもらったり、行きつけの理美容院に同行したりして、身だしなみに気を付けることができるよう支援している。 | | |
| 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 | 利用者が親しむ田舎料理を中心に、近隣からの野菜や魚の差し入れや、庭先の畑の収穫物を使うこともあり、季節の食材を念頭に献立している。できる利用者には食器洗い等を手伝ってもらい、皆で食前の口腔体操をして、食事を楽めるようにしている。 | 鰹の刺身やたたき、焼魚や煮魚など、個々の嗜好に合わせた調理を行っている。差し入れも含めて庭の畑から季節の食材を使うなどして、利用者にごしらえを手伝ってもらいながら、食事を楽しんでいる。 | |
| 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 | 水分補給は、1日1,500CCを目標に好みに応じた飲み物や、お茶ゼリーの工夫をしている。栄養バランスを考え、食事療法の必要な利用者には食材や調理方法に留意して、献立をしている。 | | |
| 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、本人の自立度に合わせた介助や、声かけで口腔ケアを行っている。必要な場合は歯科外来受診に同行し、義歯の調整や歯石や歯垢取りをすることで、口腔の健康状態を保つよう支援している。 | | |
| 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むけた支援を行っている | 排泄記録や個々の排泄の意思を確認し、昼間はトイレ誘導、夜間はポータブルトイレ等を使用して、個々に合わせた排泄支援をしている。入院で排泄機能が低下した利用者でも、早期におむつを外し、トイレ誘導を重ねることで、尿意、便意を知らせることができるようになっていく。 | 排泄チェック表や個々の排泄の動作を確認して、介助や誘導を行っている。排便状況も把握し、緩下剤等の調整を行っている。排泄の失敗で気兼ねする利用者には、紙パンツを勧めることで安心感を得ている。入院後も、排泄の自立を継続できるよう相談、支援を継続している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 排泄記録から個々の排便状況を把握し、水分補給や食材、運動にも留意して、必要に応じて主治医の処方薬の服用や浣腸を行い、便秘予防に留意している。 | | |
| 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 | 個々の入浴希望を確認し、嫌だと言う利用者には無理強いせず清拭を行い、翌日には入浴するよう声かけを行い、週3回は入浴ができるように支援している。毎日入浴の希望者には、毎日入浴してもらっている。 | 一番最初に入浴したい、同性介助を好む、毎日入浴したい、浴槽にはつきりたくない等、利用者の希望に応じた対応をしている。拒むことがある利用者に対しても声かけ誘導し、週3回は入浴す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 | 利用者一人ひとりの体調や、心身の機能を勘案しながら、日中の活動を調整したり、日光浴や、居室での午睡時間等で、生活リズムを整えるように努めている。 | | |
| 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 | 薬箱を整理し、職員が服薬内容を確認できるようにしている。薬の準備は二重、三重に確認し、服薬時には薬の朝昼夕の区別、氏名を確認し、本人に手渡しの場合は、飲み込みの有無を確認している。処方変更があれば、職員全員に周知できるよう、引継ぎ記録で徹底している。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりの得意分野に合わせて、園庭の畑での野菜づくりや日々の家事の手伝い、塗り絵、貼り絵の創作等、生活歴の中で得意だったことを見出し、気分転換できるよう支援をしている。 | | |
| 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 | 自力歩行可能な利用者には、園庭の散歩や草引き、野菜の世話ができるよう支援している。帰宅願望が強く戸外に出る利用者には、公道まで付き添い、ある程度歩いて自分に折り合いをつけた頃を見計らって車で迎えに行っている。その他、買い物、美容院等、本人の希望に沿って同行している。 | 季節の草花と野菜畑周辺の散歩は、車いすの利用者も含め、日々行われている。買い物やドライブ等で戸外に出ることは少なく、全員が年に1、2回の花見や初詣に出かける程度である。家族の協力があっても、3回位の外出となっている。帰宅願望の利用者も、足腰が弱くなり戸外へ出ることがなくなっている。 | 利用者の高齢化に伴い、外出の機会が減っていることから、家族や地域の協力も得ながら、外出支援を増やす工夫を期待したい。 |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 自己管理できない利用者は、本人に説明したうえで、家族からの預かり金を事務所で管理し、本人の要望に応じて買い物をしている。また、家族の同意を得て、少額を本人が所持している場合もある。 | | |
| 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、子機を使って利用者が自由にかけることができるようにしている。手紙は自分の意思で書くことができる利用者には職員が手伝い、郵送しているが、少数である。 | | |
| 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 | 壁には安らぎが得られる飾りや、共同で作った創作物を張り付けたりしている。家族から寄贈された花や、季節の行事に合わせて創作物を配置し、利用者に季節感を感じてもらっている。フロアのカーテンを開くと戸外は田園に囲まれ、季節に応じた作物が実り、自然の恵みから季節感を満喫できている。 | リビングでは外の景色を眺められる場所が多く、ソファの配置も、仲良し同士がゆっくりとおしゃべりできるスペースを工夫している。広い庭には季節の花畑や野菜畑が広がり、廊下の壁には利用者の作品が飾られて、ゆったりとした生活が送られている。 | |
| 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 | 利用者個々の好みの居場所や、気の合った利用者同士の居場所があり、座布団やクッション等の工夫をして、リラックスできる居場所づくりをしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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 | 入所時にそれまで使っていた馴染みの家具や、馴染みの品物、見慣れた物を持ち込んでもらい、個々に応じた居室づくりに留意し、壁には自作の塗り絵や、誕生日プレゼントの創作物、家族写真を貼って楽しみの持てる雰囲気づくりをしている。 | 利用者の安全を考えたベッドや椅子、テレビ、ポータブルトイレが設置されている。家族の面会を書き込むカレンダーや、家族写真が壁に貼られ、日中にベッドで休む時間を作っているときにも、楽しめる工夫をしている。 | |
| 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 | 利用者の心身の状況に合わせ、手すりの設置や福祉用具の整備等、リスクを予防して、自立支援に取り組んでいる。また、一人ひとりの理解力や判断力を見極め、必要な目印やその都度の声かけ、見守りで、安全かつ自立した生活が送れるよう工夫している。 | | |

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|----------------|----|---|-----------------------|----------------|
| 項目 | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 4. ほとんどできていない |
| 57 | 利用者職員が、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 | 64 | 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 | | | ○ | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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

ユニット名: すみれ棟

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 「楽しく自分らしく、笑顔で過ごせる共同生活介護の形成」という基本理念をもとに、月々のスタッフ会で介護支援が基本理念から外れたものになっていないかを見直し、理念と実践の同一化を図るよう留意している。 | | |
| 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 | 地域住民との交流を密にし、事業所での諸問題を発信し、色々な活動への協力を依頼して、地域とのつながりを深めている。地域団体や個人の訪問を頻繁に受け、利用者も地域住民との交流を楽しむことができています。 | | |
| 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 | 管理者は、事業所で認知症高齢者から学んだ様々な思いや知識を、町内の団体から要請を受けた研修会講師や、個人からの認知症に関する相談を随時受けて活かしている。 | | |
| 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 | 会議では、事業所内の日常生活の様子や運営上の課題を報告し、意見や助言を得て、運営に活かしている。地域代表の委員からは地区ぐるみでの協力体制を得ているほか、行政や医療機関代表の委員からは、各々の立場からの助言や指導を受けている。 | | |
| 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 | 町主催の地域ケア会議に参加し、学習や情報交換の場として活用している。町職員とは運営推進会議のほか、日頃から介護保険制度や運営上の課題への助言や指導を受けている。 | | |
| 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 | 身体拘束マニュアルに沿って、職員は身体拘束となる行為とその弊害を学んでいる。家族には束縛しないケアについて説明し、理解を得る努力をしている。転倒予防のためにセンサーマットが必要な利用者は、家族に同意書を書いてもらっている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 昨年ユニットリーダーが高齢者虐待防止研修を受講をし、その受講内容に沿って虐待の芽チェックリストを使って職員の意識啓発を行い、虐待予防に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 地域ケア会議で成年後見制度の研修を受けるなど、職員は制度について学習し、今後に備えている。 | | |
| 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 | 契約時には、事業所のケアに関する考え方や取り組み、退所を含めた事業所の対応可能な範囲についての説明を行っている。心身の重度化の対応に関する事項については、家族の理解と同意が得られるように説明している。 | | |
| 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 | 利用者とは日ごろの関わりの中で要望を聞き、実現に努めている。家族には面会時や電話で意見を聞いている。毎月の手紙通信では、利用者の日々の生活状況や心身の状況を報告し、また、利用者に変化があれば電話で随時報告して、信頼関係の構築に努めている。 | | |
| 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 | 代表者の出席も求め、月々の職員会で運営に関する意見交換を行い、管理者は職員と業務改善やサービス内容について話し合っている。日頃の問題はいつでも意見を聞く体制をつくり、忌憚のない意見を受け、全体問題として受け止めることにしている。 | | |
| 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 | 規程に基づいた就業改善を図るために、平成30年度から介護労働安全センターの訪問指導を受け、各自が向上心を持って働けるような職場環境、条件の整備に努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 平成28年度は介護福祉士国家試験5名の受験で全員合格、リーダー研修を1名が受講した。平成29年度は訪問介護員初任者研修2名受講、平成30年度は高齢者虐待防止研修会を1名受講等、職員の資質向上に努めている。 | | |
| 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り組みをしている | 管理者は町の地域ケア会議に参加し、町内の各種事業所との意見交換会や行政からの情報伝達により、サービスの質の向上に役立っている。町内の事業所職員と利用者との交流会を持ち、情報交換も行っている。 | | |
| 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 | 入所の希望や手続きは家族が関与することが多いが、入所する本人は不安が大きく、納得できるまで来所してもらってコミュニケーションを図ったり、家庭訪問をして信頼関係を築くことに努めている。 | | |
| 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 | 契約前に家族から苦労話や不安を聞き取り、入所生活等について話し合い、信頼関係を築いている。認知症に関わる病気の説明で、家族の認知症についての理解が深まることもある。入所後は利用者の生活状況を逐次報告し、安心が得られるよう配慮している。 | | |
| 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 | 入所申し込みをして待機していても、いざ親を預けることへの葛藤をもつ家族や、家族は即座に入所を希望するが、それを理解納得できない本人の葛藤などケースバイケースであり、本人、家族の真の意向を確認し、必要に応じたサービスの紹介も行っている。 | | |
| 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 | 利用者は人生の先輩であるということを職員は共有しており、本人の思いや不安、喜びを知ることに努め、個々の得意分野で力を発揮してもらい、お互いさまという気持ちや、共に暮らしているという関係性を築くように努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|---|--|------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 家族の協力や家族の意向が必要なことを家族に伝え、利用者の状況は逐次家族に連絡して、協力関係を築いている。また、家族にも必要な支援を行うことで、家族の不安や負担を軽減し、信頼関係の構築に努めている。 | | |
| 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 | センター方式を活用してアセスメントを行い、個々の利用者の馴染みの関係の継続支援を重視し、馴染みの人や場所との交流を支援している。行きつけの理美容院への外出や自宅への外出、地域へのドライブ等、行動範囲が狭くなっていく高齢者の唯一の楽しみが継続できるよう支援している。 | | |
| 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 | 共同作業時には、職員が必ず入り仲間づくりを支援したり、会話を促したりして、良好な関係を築く雰囲気づくりをしている。関係づくりが困難な利用者は、テーブル席の工夫をしたりして、トラブル防止に努めている。 | | |
| 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 | 入院による退所後は入院中の病院へ日々見舞いに行き、家族が県外居住で町内に身寄りがない利用者の場合は、洗濯を請け負ったり、それまでの関係性を維持している。本人が亡くなった場合には、葬儀に参列している。 | | |
| 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 | 利用者個々の思いを深く知るため、職員一人ひとりが利用者を受け持ち、日々の生活で一層の心の底にある思いや、不安や喜び楽しみを知り職員間で共有してケア方針を決め、職員全員が同じ視点に関わることに努めている。 | | |
| 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、家族からの情報収集、入所前の担当ケアマネジャーからの情報をもとに、一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方の把握に努め、馴染みの場所に出向いて思い出を回想したり、生活歴の思い出話を傾聴することで、記憶にある生活を蘇らせることに努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 職員は、利用者一人ひとりの生活リズムを理解し、本人の生活の全体像を把握している。一日の過ごし方は、毎日問いかけて意思確認をし、本人同意のもとに生活支援を行っている。自分でできることや、家事作業を手伝う等、本人のできる範囲で力を発揮してもらっている。 | | |
| 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 | 入所者の日々の思い、家族の要望を踏まえ、定例や随時の会でモニタリング結果を協議し、利用者の心身状態や思いに合わせた介護計画を作成している。職員は受け持ち利用者の日々の心身状況を観察して理解を深め、スタッフ会で情報交換して、情報共有している。 | | |
| 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 | 個別ファイルに、食事、水分摂取量、排泄状況、バイタルチェック状況等の心身の状況、日々の暮らし振りやエピソードを記録している。職員はいつでも確認できるようにしている。勤務の引継ぎは記録や口頭で行い、情報共有している。 | | |
| 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 | 利用者の健康維持を重要課題とし、疾病の早期発見と治療のため職員が受診同行をし、家族にはその後に報告するなど、柔軟な対応をしている。町外に年金を引きだしに行く身寄りのない利用者には、ドライブがてら銀行での引き出しを支援している。 | | |
| 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 | 周辺地域の老人クラブ団体と毎年輪投げ大会を開催したり、町内の各種ボランティア団体の来訪で、利用者の知人や友人との出会いを楽しむことができている。周辺の地域住民は、緊急事態には事業所に駆け付けてくれている。 | | |
| 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 | 利用者全員協力医をかかりつけ医とし、月1回の往診と、随時の外来受診により健康管理ができている。緊急時には、夜間でも当直の医師、看護師に電話相談し、管理者が同行受診して、治療を受けることができている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 管理者は看護職であり、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援が行えるようにしている。協力医の外来相談や電話相談で指導を受けて、対応している。介護職員は、日々のバイタルチェックや観察で状態補変化があれば、直ちに管理者に報告している。 | | |
| 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 | 利用者入院時には管理者が日々病院を訪問し、看護師や医師との情報交換により、治療期間や退院見込みについて指示を得ている。看取りの時期に入り、家族の意思が動揺している場合には、家族、医師、管理者の三者で話し合い、家族の意向を聞くようにしている。 | | |
| 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 | 入所時に重度化指針を説明し、家族の思いを確認している。重度化時には、協力医により入院処遇を受け、看取りは病院でという連携ができています。事業所での看取りは体制上困難であり、運営推進会議でも是非を協議し、看取り体制実現は無理という結論に至った。 | | |
| 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 | 消防署やAED販売業者の協力を得て、応急手当や蘇生術の研修を実施し、職員は、救急車が到着する前に処置すべきことや、準備すべきことについて学習している。 | | |
| 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 | 消防署の協力を得て、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を定期的に行っている。夜間想定訓練の実施と、備蓄品の準備も留意している。 | | |
| 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 | 居室を利用者一人ひとりの家とみなし、居室の出入りにはノックを行い、衣服の出し入れには本人の同意を得るようにしている。利用者には年長者への敬意をもって接することを基本とし、尊厳を守るよう、特に言葉遣いを理念の中心としている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 日頃から利用者一人ひとりに声をかけ、意思表示が困難な利用者からは表情を読み取ったり、顔きや首振りで意思を示すことができるような言葉かけを工夫して、些細なことでも本人が決める場面をつくっている。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりの日々の状態をみながら、本人の希望を聞き、休息が必要な利用者は午前中の1時間はベッドで安楽にすることや、行きたい所へ外出したり、庭の散歩は職員が同行したりと、その日の一人ひとりのペースを大切にしている。 | | |
| 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 | その人の好みの衣服を家族が準備しているが、毎朝その中から本人の着たい衣服を決めてもらったり、行きつけの理美容院に同行したりして、身だしなみに気を付けることができるよう支援している。 | | |
| 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 | 利用者が親しむ田舎料理を中心に、近隣からの野菜や魚の差し入れや、庭先の畑の収穫物を使うこともあり、季節の食材を念頭に献立している。できる利用者には食器洗い等を手伝ってもらい、皆で食前の口腔体操をして、食事を楽めるようにしている。 | | |
| 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 | 水分補給は、1日1,500CCを目標に好みに応じた飲み物や、お茶ゼリーの工夫をしている。栄養バランスを考え、食事療法の必要な利用者には食材や調理方法に留意して、献立をしている。 | | |
| 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、本人の自立度に合わせた介助や、声かけで口腔ケアを行っている。必要な場合は歯科外来受診に同行し、義歯の調整や歯石や歯垢取りをすることで、口腔の健康状態を保つよう支援している。 | | |
| 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むけた支援を行っている | 排泄記録や個々の排泄の意思を確認し、昼間はトイレ誘導、夜間はポータブルトイレ等を使用して、個々に合わせた排泄支援をしている。入院で排泄機能が低下した利用者でも、早期におむつを外し、トイレ誘導を重ねることで、尿意、便意を知らせることができるようになっていく。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 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 | 排泄記録から個々の排便状況を把握し、水分補給や食材、運動にも留意して、必要に応じて主治医の処方薬の服用や浣腸を行い、便秘予防に留意している。 | | |
| 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 | 個々の入浴希望を確認し、嫌だと言う利用者には無理強いせず清拭を行い、翌日には入浴するよう声かけを行い、週3回は入浴ができるように支援している。毎日入浴の希望者には、毎日入浴してもらっている。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりの体調や、心身の機能を勘案しながら、日中の活動を調整したり、日光浴や、居室での午睡時間等で、生活リズムを整えるように努めている。 | | |
| 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 | 薬箱を整理し、職員が服薬内容を確認できるようにしている。薬の準備は二重、三重に確認し、服薬時には薬の朝昼夕の区別、氏名を確認し、本人に手渡しの場合は、飲み込みの有無を確認している。処方変更があれば、職員全員に周知できるよう、引継ぎ記録で徹底している。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりの得意分野に合わせて、園庭の畑での野菜づくりや日々の家事の手伝い、塗り絵、貼り絵の創作等、生活歴の中で得意だったことを見出し、気分転換できるよう支援をしている。 | | |
| 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 | 自力歩行可能な利用者には、園庭の散歩や草引き、野菜の世話ができるよう支援している。帰宅願望が強く戸外に出る利用者には、公道まで付き添い、ある程度歩いて自分に折り合いをつけた頃を見計らって車で迎えに行っている。その他、買い物、美容院等、本人の希望に沿って同行している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 | 自己管理できない利用者は、本人に説明したうえで、家族からの預かり金を事務所で管理し、本人の要望に応じて買い物をしている。また、家族の同意を得て、少額を本人が所持している場合もある。 | | |
| 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、子機を使って利用者が自由にかけることができるようにしている。手紙は自分の意思で書くことができる利用者には職員が手伝い、郵送しているが、少数である。 | | |
| 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 | 壁には安らぎが得られる飾りや、共同で作った創作物を張り付けたりしている。家族から寄贈された花や、季節の行事に合わせて創作物を配置し、利用者に季節感を感じてもらっている。フロアのカーテンを開くと戸外は田園に囲まれ、季節に応じた作物が実り、自然の恵みから季節感を満喫できている。 | | |
| 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 | 利用者個々の好みの居場所や、気の合った者同士の居場所があり、座布団やクッション等の工夫をして、リラックスできる居場所づくりをしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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 | 入所時にそれまで使っていた馴染みの家具や、馴染みの品物、見慣れた物を持ち込んでもらい、個々に応じた居室づくりに留意し、壁には自作の塗り絵や、誕生日プレゼントの創作物、家族写真を貼って楽しみの持てる雰囲気づくりをしている。 | | |
| 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 | 利用者の心身の状況に合わせ、手すりの設置や福祉用具の整備等、リスクを予防して、自立支援に取り組んでいる。また、一人ひとりの理解力や判断力を見極め、必要な目印やその都度の声かけ、見守りで、安全かつ自立した生活が送れるよう工夫している。 | | |

ユニット名:

すみれ棟

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|----------------|----|---|-----------------------|----------------|
| 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 | 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. 利用者の2/3くらいの | | | | 2. 家族の2/3くらいと |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの | | | | 3. 家族の1/3くらいと |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない | | | | 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 | 64 | 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 | | | | 2. 数日に1回程度 |
| | | | 3. たまにある | | | | 3. たまに |
| | | | 4. ほとんどない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 少しずつ増えている |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. あまり増えていない |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 職員の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 職員の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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 | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | 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. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 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 | | | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが | | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが | | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない | | | | 4. ほとんどいない |