

令和 5 年度

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 | 2772402703 | | |
| 法人名 | 株式会社 ウィズ・ケアサポート | | |
| 事業所名 | グループホームそおれ | | |
| サービス種類 | 認知症対応型共同生活介護 | | |
| 所在地 | 大阪府枚方市長尾元町7丁目36番1号 | | |
| 自己評価作成日 | 令和5年 5月10日 | 評価結果市町村受理日 | 令和5年7月3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)】

・スタッフひとりひとりが常に考え、チームでケアにあたることを大切にしている。入居者様にとって良いケアができるよう、日々の書面による情報交換やスタッフに意見をもとめ、情報を共有している。毎月、スタッフが入居者様の課題をあげ、その課題に全スタッフで取り組んでいる。毎月のミーティングでは、全入居者へのケアの確認、見直しをし、各スタッフが考えた課題を評価し、次回の課題へと繋げている。医療機関との連携を図り看取りケアを実践している。家族様とも定期的に連絡を取り、情報交換をし、信頼関係を築いている、枚方市グループホーム連絡協議会の事務局として、グループホームの啓蒙活動、認知症を知ってもらおう活動に協力している。また法人全体でグループホームの入居者様のケアに取り組むことを心掛けている。

【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)】

訪問介護、居宅介護支援、介護タクシー等の事業を展開している株式会社が運営するグループホームです。ホームは道路を隔て中・小学校のすぐ前に位置し、校庭から子ども達の元気な声が聞こえてきます。また周辺には自然豊かな田園が広がり、四季の移ろいを感じることができる環境です。「①お客様の立場で、ともに考えます。②お客様に笑顔と感謝の気持ちで接します。③チームワークで仕事に取り組めます。」を基本理念に掲げ、実践しています。コロナ禍で何かと制限のある毎日でしたが、「コロナ禍だからできない」のではなく工夫を重ねて普通の暮らしを実現してきました。広い敷地を活かした青空認知症カフェ(そおれdeおしゃべりカフェ)も3年半ぶりに再開することができました。代表や管理者が率先して現場に入り職員をフォローする体制は、職員から「不安なく働くことができる」との声を聞くことができます。ホームの畑で採れた旬の野菜を使った手作り食事にも利用者好評です。代表が「うちの自慢は職員に恵まれていること」と職員の頑張りを承認する職場環境は、職員の士気を高め定着率の高さに表れています。「そおれ(イタリア語で太陽)」の名前の通り、利用者中心の笑い声が聞こえてくる温かい雰囲気になった家庭的なグループホームです。

【事業所基本情報】(介護サービスの情報公表制度の基本情報リンク先URLを記入)

https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&lievsvoCd=2772402703-00&ServiceCd=320&Type=search

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 介護保険市民オンブズマン機構大阪 | | |
| 所在地 | 大阪府大阪市北区天神橋 3-9-27 (PLP会館3階) | | |
| 訪問調査日 | 令和5年 6月21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 3. 家族の1/3くらい 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 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. 太いが増えている 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、その時々々の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 | マニュアルも常に読めるよう、各階に置いている。基本理念を事業所内に掲示したり、ミーティングなどを通してケアの理念を確認している。 | 「①お客様の立場で、ともに考えます。②お客様に笑顔と感謝の気持ちで接します。③チームワークで仕事に取り組みます。」を基本理念に掲げ、実践しています。理念は職員の目につく所に掲示し、日常的に確認できるように工夫しています。また、ミーティングでも理念の確認を行っています。 | 理念の具体化のための目標を定期的に考え、取り組まれてはいかがでしょうか。 |
| 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 | 現在、コロナウイルス感染症のため認知症カフェは中止している。地域で認知症の講座を積極的にこなっている。 | コロナ禍で地域との交流は制限がありましたが、公民館で認知症の講座や認知症サポーター養成講座の講師をしました。デイサービスの実施等、地域の中での生活を大切にする取り組みにも積極的です。今年6月には広い敷地を活かした青空認知症カフェ(そおれdeおしゃべりカフェ)も3年半ぶりに再開することができ、地域の方たちも参加しました。果樹園で採れた柿を届けてくれる地域住民もいます。 | 今後、長年積み重ねた認知症ケアの知識や技術を、地域の認知症に対する啓発に活かす活動が、一層広がることが期待されます。地域財産としての事業所運営に繋がることでしよう。 |
| 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 | 地域の会の会長の方と定期的に情報交換をおこなったり、地域で認知症の講座も行っている。中止しているが、感染症が落ち着き次第、毎月第3日曜日に認知症カフェの開催を予定している。 | / | |
| 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 | 2ヶ月に一度、地域の会の会長・地域包括支援センター職員・入居者様・入居者様の家族様に出席してもらい開催している。またその様子をミーティングでも報告している。議事録を玄関付近においており、自由に見ることができる。 | 利用者・家族・地域の会会長・地域包括支援センター職員等の参加で2ヶ月毎に実施し、参加者から評価や助言を得て、ホームの運営に活かしています。コロナの状況を見ながら書面での報告等行ってきましたが、現在は対面での会議が再開できています。委員からの意見や労い・励ましの言葉は記録し、職員間で共有しています。委員から「このホームでは尿臭などを感じるものがなく、家庭の匂いがします」との意見がありました。 | |

| 己 自部 外 | 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 |
| 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 | 連絡協議会の事務局でもあり、行政側とも情報交換を行っている。疑問な点はすぐに確認している。その際、運営状況などを伝えている。 | 分からないことや困ったことがあれば、市の担当者に相談できる関係です。コロナ感染に関する相談も積極的におこなってきました。ホームはグループホーム連絡会の事務局を担当しています。コロナ禍で活動を中止していましたが、今後は事業所交流等積極的に実施し、災害時協定書の作成・締結を進めていきます。 | |
| 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 | 玄関は防犯上、常時施錠している。「身体拘束防止」については「倫理要綱」やマニュアルで定めるとともに、ミーティングで取り上げることもある。また勉強会も行っている。運営推進会議で身体拘束適正化について毎回、幅広い意見を求めている。 | 身体拘束等適正化委員会を2か月毎に開催しています。身体拘束防止に関する研修も実施し、職員全員がレポートを提出しています。「自分がされて嫌なことは人にしない」を基本姿勢とし、学びを深めています。 玄関は防犯上施錠していますが、閉塞感を感じさせないように、外出の機会を多くつくるように努めています。 管理者は、職員のストレスにも配慮し有休の取得や、シフト作成時は希望を聞く等、配慮しています。 | |
| 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 | 「法令遵守マニュアル」等で虐待防止通報義務等は、明示を行っている。事業所内にも資料を掲示している。年2回、研修を行っており、虐待防止に努めている。 | | |
| 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 | 法人代表者が、社会福祉士の資格を保持しており、実際に後見人として活動しているためこれらの制度を、熟知している。また入居者様の中にもこの制度を利用されておられる方がおり、連携もとれている。必要に応じて、職員への研修等を今後、検討したい。 | | |
| 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 | 前もって、契約書を渡し、先にしっかり読んでもらってから、契約時に十分に説明を行っており、理解していただき、疑問点などはすぐに解決するようにしている。 | | |

| 己 | 自部外 | 項目 | 自己評価 | | |
|----------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | |
| | | | 外部評価 | | |
| | | | 次のステップに向けて期待したい内容 | | |
| 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 | 「運営推進会議」「行事」「担当者会議」等への参加を呼びかけている。入り口付近に意見箱を設置し、家族様の面会時には入居者様の状態を随時報告しており、面会がない入居者様の家族様には定期的に電話し、状態などを説明している。 | コロナ禍での感染予防に配慮し、家族の面会は予約制で玄関横の小部屋やリモートで実施しました。自由に面会できない家族の気持ちに応えるため、毎月担当職員が写真を添えて手紙を送っています。定期的に更新するブログも家族には好評です。 | |
| 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 | 月に一度のミーティングや定期的に面談を行い、常勤社員の目標設定への取り組みなど、意見を交換する場や、様々な提案等を検討する機会がある。 | 毎月各フロアで会議を行い、業務の連絡・行事報告・課題等を話し合っています。代表や管理者は職員に「自分で考えて行動する」ことを伝え続けてきました。今では職員の主体性が発揮され上司から「任せて安心」と評価されています。また、代表や管理者が率先して現場に入り職員をフォローする体制の中で、職員からは「不安なく働くことができる」との声を聞くことができます。 | |
| 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 | 「人材育成制度」の取り組みの中で、定期的な面接あるいは話し合いの場がある。 | | |
| 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 | 法人全体の勉強会を毎月、行っている。毎月、目標をたて、どの程度できていたか、自らも評価する。また個々には「資格取得制度」「外部研修参加支援制度」が活用できる。 | | |
| 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 | グループホーム連絡会への参加を行っている。連絡協議の事務局にもなっている。コロナ感染症の動向をみつつ、以前の行っていた他施設の職員同士の交流も検討している。 | | |
| 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 | 入居当初は、スタッフとのコミュニケーション等を重視して関わり、気付いたことを書き出し、情報を共有している。毎月、入居者様の課題についても取り組んでいる。また勉強会ケア方法などの統一かを図っている。 | | |

| 己 自部 外 | 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 |
| 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 | 家族からお聞きしたことは、今後のケアに生かせるよう記録に残している。面会時にご要望が無いが、聞いている。面会がない方は必要に応じて電話をさしあげている。 | | |
| 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 | 具体的な事例は無いが、必要に応じて、相談に乗っている。 | | |
| 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 | 入居者様個々に応じた自立支援の視点を「ケアプラン」で明記し、そのようなケアを行えているか、定期的に確認している。 | | |
| 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 | 「状況報告書」でご本人様の様子をお伝えしたりしている。又、「ケアプラン」において家族の役割が明記されている。しかし面会や行事への参加が難しい家族様もおられる。 | | |
| 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 | 家族様同意のもと、友人などの面会を、受け入れている。馴染みの整骨院から訪問を受け入っていた事例もある。 | 職員は、これまでの馴染みの関係を少しでも継続することが利用者にとって大切なことと理解し、支援に努めています。コロナ禍で制限はありましたが、職場の元同僚の面会があったり、馴染みの散髪屋に行く利用者もありました。同会社が運営している介護タクシーを利用して馴染みの所に出かけたり、自宅に帰ったりする利用者もありません。 | |
| 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 | 入居者間でコミュニケーションがとれるよう支援の方向性を示した「ケアプラン」もあり、スタッフが入居者様同士の橋渡しができるよう支援に努めている。 | | |
| 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 | 以前、入居されていた家族様の相談により、入居されることもあった。また、地域がちがうため入居にいたらなかったが、相談を受けた事例もあった。 | | |

| 己 | 自 | 部 | 外 | 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 | |
| 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 | 2ヶ月ごとに担当をきめ、モニタリングを行い、定期的に「ケアプラン」を評価し、本人様の意向がくみ取れているか確認し、課題をあげ、スタッフ全員でその課題に取り組んでいる。またミーティングの際、入居者様ひとりひとりのケアについて話し合っている。 | 職員は、利用者との何気ない会話や動作から本人の意向や要望を把握し、介護記録に残し、職員間で共有しています。散歩や入浴の時間は、利用者の思いを知る貴重な時間となっています。日々の記録は、利用者の声や表情が伝わるような記録で、家族にも見てもらっています。離職者が少なく、利用者との馴染みの関係ができていることも、質の高い個別支援に繋がっています。 | | |
| 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 | 今までの生活歴や馴染みの暮らし方を家族様から聞き、把握できる範囲でケアに活すよう心掛けているが、どこまで生活歴に踏み込んでいいるのか難しい点もある。 | | | |
| 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 | アセスメントの活用と、「ケアプランの評価」を1ヶ月に1度、担当を決め、振り返り、課題などもあげている。 | | | |
| 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 | 「担当者会議」が行われている。「アセスメント」「評価(モニタリング)」は、介護従業者も参加している。また毎月の課題目標も決め実行している。 | 利用者・家族の思いや希望を尊重した介護計画になっています。基本は6ヶ月毎に見直し、状態に変化があった場合は随時見直しています。毎月のフロア会議では、利用者一人ひとりのカンファレンスを実施しています。計画作成担当者は、事前に家族から意見を聞き、介護計画を更新しています。また、計画作成時には「誰が見てもわかりやすい計画」を心がけています。 | | |
| 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 | 入居者様の人となりが見えるような個人記録を、書くように努めており、指導も常におこなっている。これらをミーティングで発表し、情報共有している。 | | | |

| 己 自部 外 | 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 |
| 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 | 代表、管理者が現場に入り、実際にケアにあたっており、柔軟に支援やサービスに取り組める環境になっている。 | | |
| 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 | 地域資源を活用するといった事例までは無い。 | | |
| 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 | 全員が指定医療機関を主治医としている。但し、本人(家族)の希望があれば、他院受診も可能であるし、必要な支援も行っている。 | 月2回、連携の主治医の訪問診療と週1回の訪問看護師による健康管理を行っています。夜間や緊急時の対応は、往診日以外でも適切な医療が受けられる体制を整え、家族や利用者の安心を得ています。他院受診も希望があれば可能です。通院は家族の同行受診を基本としていますが、難しい場合は介護タクシーの利用や職員の付き添い等、都度相談に応じています。月1回歯科衛生士の口腔ケアも受けています。 | |
| 31 | ○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している | 医師の往診が月2回あり、毎週の医師が来られ、その他に看護師の訪問が月に2回ある。また電話等にて相談は、いつでも可能であるので、必要な支援を行っている。 | | |
| 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 | 入院時も頻繁に医療機関と連絡を密に取り、医療機関との退院に向けた支援をおこなっている。 | | |

| 己 | 部外 | 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 |
| 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 | 終末期のありかたについて、医師や家族様を交え話し合いを行っている。看取りについての勉強会もおこなっている。また看取りケアの経験もあり、振り返りなどもミーティングを行っている。 | 入居時に重度化や終末期の説明を行い、意向を確認しています。看取り介護の開始時期は、主治医が説明を行い、再度意向を確認しています。利用者の尊厳を尊重し、最期までその人らしく過ごせるように支援しています。看取りの部屋は趣味の物や家族の写真を置き、音楽や香りに包まれた「心地良さ」に配慮しています。看取り後は振り返りミーティングを行い、今後の支援に活かしています。また、医療機関と連携して看取り介護の研修会も行っています。 | |
| 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 | 医療機関との勉強会や外部研修に参加し、急変時に備える取り組みをしている。しかし全ての職員、定期的な訓練 実践力というところに不十分さを感じている。 | | |
| 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 | 全職員が 全ての災害に昼夜を問わず、利用者を安全に避難できるという方法を非常に難しい課題と考える。定期的に消防訓練は年3回実施。実際に消防隊の方にもきていただいて訓練も行っている。地域との連携は住宅が隣接していないこともあり、協力が得るのは難しいと思われる。 | 災害マニュアルや緊急連絡網等を作成し、年3回の消防訓練を利用者参加で実施しています。利用者の参加は身体状況を考慮した上で、避難場所に集合することに重点を置いています。訓練後は課題を話し合い、BCP(事業継続計画)策定にも反映しています。災害時の備蓄品は2か所の倉庫に保管して管理者が管理しています。備品一覧表は内容を点検し、倉庫内に分かり易く掲示しています。 | |
| 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 | 勉強会をおこなったり、言葉遣いについてはミーティングや必要に応じて指導し、ホーム内にポスターを貼り、適切な言葉で話すよう教育や雰囲気作りをしている。 | 定期的に施設内研修(接遇マナー、身体拘束、法令遵守等)を実施し、研修報告書で考え、気づく力を培っています。接遇マナーは「言葉遣いは心遣い」を共有し、ミーティングやポスターで気づきの意識化を図っています。ポスターは職員の目につきやすい所に掲示しています。日頃から職員間で注意喚起ができる風通しの良い職場環境にあります。 | |

| 己 自部 外 | 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 | 選択できるような声かけを行い、ケアを行うよう努めている。しかし自己決定というものが困難になっている入居者様もおられる。 | | |
| 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 | スタッフサイドの優先事項もあるので、その点をふまえてバランスをとりながら、希望に沿って支援している。 | | |
| 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 | 定期的に散髪もおこなっている。食後の口まわりは専用の布巾を用意したり、髭そり、爪切りなどの身だしなみについてはチェック欄を作り確認している。 | | |
| 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 | 職員も昼食は同じメニューをとり、食器拭きなどできることをし、そしてさりげなく見守る支援をしている。食事前にその日メニューを書いてもらい、貼りだしたりしている。盛り付けはコロナ禍で中止している。 | キッチンリビングと接しており、食材を切る音や匂いが漂い、利用者の五感を刺激しています。食事は3食ともホームで作っています。利用者の重度化に伴い、食事担当の専任職員を配置しました。ホームの畑で採れた旬の野菜や美味しい米にこだわった食事は利用者に好評です。利用者は米とぎや食器拭き等、個々に出来る手伝いをしています。広い庭で「青空カレー」や「焼き芋パーティー」を楽しみ、忘年会の「鍋料理」や手作りの「おせち料理」等、「食事の楽しみ」を工夫をしています。日曜日の夕食は趣向を変えて、温かいレトルト食品等を提供しています。 | |
| 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 | 水分量は専用の水分表を用意し把握に努めている。また管理栄養士に指導報告書を作成してもらい、栄養管理に努めている。必要に応じて、私物の飲み物も購入している。また定期的に体重測定もおこなっている。 | | |

| 己 自部 外 | 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 |
| 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 | 声のかけ方を工夫し、ゼスチャーを加え、口腔ケアは、3食後行っている。必要に応じてモア歯ブラシも使用している。入れ歯洗浄剤も使用している。また必要に応じて歯科医師や歯科衛生士に相談し、指導してもらっている。 | | |
| 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 | 原則トイレ誘導を基本とし、定時のトイレ誘導をおこなっており、方法、間隔も個々に応じて、対応している。 | 利用者の排泄リズムと個々のサインを見逃さずにトイレでの自然な排泄を支援しています。夜間にオムツ等を必要とする場合は、不安や不快感のない対応に心がけています。尿パット等の衛生用品は、個々の皮膚の状況や排泄量に応じて対応しています。1階トイレの壁には職員のアイデアによる大型の「クマちゃんシール」を貼り、利用者からも「可愛い」と好評です。 | |
| 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 | 水分、食事、運動を把握し励行している。定時の誘導、声かけを行うことで便座に座る機会を増やしている。下剤服用の入居者様もいる。必要に応じて医師にも相談している。 | | |
| 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 | 毎週、入浴日の予定を決めて、本人の体調や希望により入られなかった時は予定を変更し、週2回は入浴されている。浴室では1対1になるため、日頃話せないような話をするように心掛けている。 | 入浴は週2回ですが、入浴日は柔軟に対応し、希望があれば同性介助も可能です。毎日の入浴希望にはシャワー浴で対応しています。入浴後は個人用の保湿乳液で乾燥予防をしています。また、毎日の使用で良好な肌の状態を保っています。1対1の入浴時間は日頃話せない事を話せる場として大切にしています。2階に設置したリフト浴は利用者の身体の状態に応じて使用しています。 | |
| 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 | 体調を崩すことのないように睡眠をとってもらい、不眠傾向にある時は必要に応じて医師にも相談している。昼寝もされる方もおられる。 | | |

| 己 自部 外 | 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 |
| 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 | 「薬剤情報書」はいつでも最新のものとなるようにしているため、服薬内容はすぐ分る。疑問があれば薬剤師に確認している。 | | |
| 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 | 個々に応じて、家事参加、家事同伴、日光浴、散歩、個別外出、DVD鑑賞 読書、編み物等々支援している。畑で野菜を育て、水やりも行っている。役割をもつという点で特に積極的に家事参加に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 散歩や外気浴をおこなっており、個別外出を行っている。コロナ禍であったため、個別外出はひかえる傾向にあったが今後の動向を見極め実施を検討する。 | コロナ禍の外出支援を工夫し、敷地内の散歩や野菜畑の水やり、玄関前の縁台での外気浴等、一日一回は外気に触れ、気分転換を図っています。天気の良い日は「サンサン散歩」や近隣公園の「花見散歩」等を楽しんでいます。散歩中に田植えを目にしたたり、「カエルの合唱」を聞いたりしてこの地域ならではの自然も味わっています。感染状況を見据えながら日常的な散歩を展開しています。 | |
| 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 | お金を所持している入居者様はいるもののコロナ禍であったため、実際に使うことはなく、どこかへ隠すこともあり、基本的に管理は本人にまかしている。 | | |
| 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 | 個別には取り組んでおり、テレビ電話なども利用されている。スマホを所持している入居者様もおられる。 | | |

| 己 | 自部外 | 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 |
| 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 | 季節の花を植えたりしている。リビングに花を飾ったり、趣味で描かれた絵なども飾っている。季節がわかるようなポスターを毎月、作成し貼っている。換気は定期的に行っており、空気の澁みは感じない。特別不快な音、光もないと感じている。 | 花や野菜畑のある広い庭や玄関前の縁台は「憩いと楽しみの場」になっています。リビング兼食堂は、季節花や趣味の作品等を飾り、レクリエーションを楽しめるスペースやゆっくりと寛げるソファを設置しています。また、廊下にも椅子を置き、一人になれる場所もあります。職員が撮影した利用者の写真パネルからは、日々の穏やかで心豊かな暮らしが伺えます。感染対策に留意した、掃除の行き届いた居心地良い生活環境になっています。 | |
| 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 | 相性などを考え席を決めている。必要に応じて席替えをしている。廊下などにも椅子やソファを置き、居室以外にも一人になれる場所を作っている。 | | |
| 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 | 家族からの手紙や自分で描いた絵、写真などを壁に貼っている。テレビを設置している居室もある。毎朝、居室をまわり、整理整頓している。センサーが入居者の移動を知らせ夜間対応に繋いでいる。 | 居室にはベッド、筆筒、押し入れが備えてあります。利用者の馴染みのある物は持ち込みができます。家族の写真、絵やホームからのお祝いカード等は壁に飾ってあり、その人らしい居心地良い部屋になっています。職員は居室に入る時にも一人ひとりに応じた対応を心がけています。また、職員の手作り表札は、それぞれ大きさを変えるなど自分の居室と分かりやすいように工夫しています。 | |
| 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」「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 | ホーム内に観葉植物があり、自発的に水やりをされたりしている。ほうきなども置いており、自発的に床を掃除される入居者様もおられる。手摺を設置し、車椅子の使用が十分可能なスペースも設けている。 | | |