

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 | 2290300017 | | |
| 法人名 | 有限会社それいゆ | | |
| 事業所名 | ぐるーぷほーむしあわせの家かんなみ | | |
| 所在地 | 静岡兼田方郡函南町間宮617-3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成 28年 2月 20日 | 評価結果市町村受理日 | 平成 28年 月 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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|-------------------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人静岡県介護福祉士会 |
| 所在地 | 静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階 |
| 訪問調査日 | 平成 28年 3月 22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)】

認知症ケアのプロ集団を念頭に、認知症ケアの実践と理論の裏付け、心理考察の探求、コミュニケーションの展開を図っています。全員参加型の研修を毎月実施しており、過去の研修履歴にいつでもアプローチできるようにしています。地域に密着したホームを目指し、地域の活き活きサロンへの参加(毎月)、地元の園児・児童・生徒との交流、認知症サポーター研修終了の方の実体験受け入れ等積極的に行っています。職員のやる気引き出しには「目標管理」を実施し、自らの年間目標について、「ヒアリング」→「宣言」→「実践」→「コーチング」→「実践」→「成果報告」の一連の流れの中でスキルアップを図っています。職員相互への感謝の心を伝える「Thanks Story Card」を発行し、理念に基づいた感謝と奉仕の心を意識することで、利用者の快いケアにつながることを狙っています。

【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)】

認知症ケアについて、職員一人ひとりが研修を受け専門職である事に自覚を持った施設です。理念をもとに、利用者の住み心地良い環境作りや尊敬を持って、声かけ時の言葉遣い、態度等に気をつけるように自己評価をされたりして、振り返りを常に行う体制作りに努めています。職員の質の向上を目指し年間の目標を持ち、達成できるように個々の面談をするなど、職員のモチベーションを上げる仕組み作りをしたり、働きやすい環境作りに努めています。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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 | 職員会議では2～3か月に一度、職員全員で「理念」、「運営方針」及び「日常の5心」について読み合わせをしています。業務で難解な場面には理念に戻った対応を心がけています。 | 「理念」「運営方針」等を会議の中で唱和し、共有しています。理念について、より理解が深まるよう枝葉となる解釈文として、事業所独自の「日常の5心」を作成し、ミニテストを実施するなど、周知する為の仕組みが作られています。 | |
| 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員として日常的に交流している | 近くにある保育園や農業高校生との交流、地元自治会で開催している生き生きサロンに毎月(第2金曜日)参加しています。地域の盆踊りに参加したり、子供会の神輿では途中休憩にホーム園庭に来ていただき、子供とお年寄りの交流ができました。 | 施設の周りにある保育園や「地域サロン」に参加、高校生が訪問されたりと交流を持っています。近隣の住民とも日常的な交流が持っており、野菜を頂いたり、散歩中言葉を交わす関係が来ています。また、地域の行事にも積極的に参加されています。 | |
| 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 | 隣接している市で1月に開催された「認知症フォーラム」にシンポジストとして管理者が参加し、地域連携について発信する機会がありました。この他に地域の方に向けて認知症の研修に出向くなど、地域貢献をしています。 | | |
| 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 | ホーム入居者の生活場面の紹介、地域の方との交流、職員のスキル向上のために実施した内容、認知症に関するホットな話題など充実した2時間となっています。現在、認知症カフェの実施に向けて意見交換をしています。 | 運営推進会議の開催については、独自のスタイルで実施しており、2グループ年6回開催しています。2グループにする事で、より多くの方の参加が実現しています。会議の中で毎回認知症についてのミニ研修やヒヤリハット、来園者数、外出などの施設の報告がされています。 | |
| 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 | 業務に関する報告や介護認定調査に関する連絡を密に取り合ったり、又、地域ケア会議、認知症疾患センターが開催する研修会に参加しています。困難事例についての打ち合わせ(会議)など連携の機会を持っています。 | 行政へ業務に関することを報告するなど積極的な関わりを持っています。市町村で行われる地域ケア会議や研修にも参加をしています。また、行政に対して積極的に意見をあげ、認知症カフェの実施に向けて取組を行っています。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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 | 職員研修の中で取り上げ、厚労省で明示している11項目について再確認をしています。家族の了解をもらって玄関の扉については施錠を実施しています。外出願望のある利用者には引き止めないでなるべく職員と一緒に外に出るようにしています。 | 身体拘束に関する研修会に参加されたり、施設内でも事例を取り上げた研修を行っています。利用者の行動を制限せず、利用者の行動に合わせ、一緒に外を歩くなどの対応を行っています。虐待や接遇については、理念に立ち返り自己覚知を行っています。 | |
| 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 | 虐待防止について、不適切ケアと合わせて研修を実施しています。昨年9月に報道された社会事件については全社研修の機会に映像を視聴し、感じたこと、この現場で欠落又は不足していたことなど全員意見を出し合い、集計して再認識する機会としました。 | | |

| 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 | 利用者で成年後見制度を活用されている方がおられ、職員はその実際に触れ、勉強した知識を振り返っています。前項目同様、職員研修のメニューに入れ、年に一度は振り返る機会があります。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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 | 契約に際して重要事項を読み上げ、わかりやすく説明しています。利用者のよりよい暮らし支援に向けて介護計画の重要性に触れ、センター方式のシート記入依頼を契約時にしています。 | | |
| 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 | ホームでの様子を電話や便りで届け、面会時には気軽に話せる雰囲気の中をこころがけています。毎年8月に家族アンケートを実施し、この中の記述欄にご意見をもらえるようにしています。 | 年に一回家族アンケートを実施して、意見を聞く機会としています。出された意見は、会議で取り上げ改善に繋げています。また、遠方の家族に対しては、電話等で日常の様子を報告しています。センター方式の記入を家族に依頼し、利用者の思いをプランに反映されています。 | |
| 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 | 毎月の職員会議では全員が発言するコーナーを設け、様々な意見やアイデアを話し合うようにしています。9月と3月の2回、個人面談を実施しています。この面談では勤務や行事、個人的なことも含め約30分の時間をかけています。 | 毎月職員会議が行われ、意見を出し合っています。年に2回個人面談を行い、個別面談シート、目標管理シート等を活用し職員の意見を聞くようにしています。管理者は、職員の意見を一部会議で取り上げ、運営に活かした取組を行っています。 | |
| 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 | 職場内の透明性を良くするために、可視化を図り、各種自己評価や取得資格、目標管理項目などを掲示しています。毎月の職場研修の他に全社研修を実施し、やむを得ず欠席の場合は、相応のレポート課題を出し、一定水準の引き上げを図っています。 | | |
| 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 | 年度初めに、自己の目標をかかげ、管理者のヒアリングを経て、各自目標管理を実施しています。中間ヒアリングでは進捗の確認や進めるためのコーチングをし、職員に合った指導内容を実践し、一歩先の前進を図っています。 | | |
| 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 | 函南町にある4つのグループホームで連絡会議をもち、3か月に一度、管理者が集まって各回の課題に関して意見交換をしています。その他、包括センター主催のケア会議やフォーラムに参加しています。 | | |

| 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 |
| 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 | センター方式のシートに、一カ月かけて家族から記入していただいた、生活背景や認知症の様子について把握し、ご本人の不安を回避に努めています。初期は寄り添いの時間を多くとり、安心してもらえるようにしています。 | | |
| 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 | 入居直後はなるべく面会の時間を多くとってもらえるよう家族にお願いしています。双方の信頼感を維持し、ホームに早く慣れて、多くのことを知ってもらえることで安心につながっています。 | | |
| 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 | 家族の様子を聞いたうえで、今、ご本人にとってどのような対応が良いか判断しています。ホームには看護師や人職員が常勤勤務しており、医療や介護保険制度上のサポートをとっています。 | | |
| 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 | 理念からブレークダウンした運営方針の第一に「利用者第一」を掲げており、さらに認知所介護に基本であるパーソンセンタードケアの実践では、寄り添い、支え、引き出す介護を実践しています。 | | |
| 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 | 「家族支援」をテーマにした研修を4回に分けてしました。ここに至るまでにあつた見えない苦労や葛藤に思いを寄せ、共感することで負担を軽くし、本来の姿に戻ってもらえます。その結果、いいケアになっていくものと確認しています。 | | |
| 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 | 入居前の友人が訪ねて来られたり、地元の馴染みの場所に行ったり、ドライブして沼津や土肥の海岸に出かけたりしています。実家が遠い方は、当時の思い出を回想していただきながら、話題を持ちかけたりしています。 | 天気が良ければ、馴染みの公園などに日常的に出かけています。希望に合わせ、車で自宅周辺をドライブしたり、墓参りにいく事もあります。また、旧友との交流の機会には、事業所も協力するなど個々に合わせた対応ができています。 | |
| 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 | レクリエーションの内容によって、グループメンバーが変わったりします。職員は心理的なサポート回り、円滑に進むよう支援しています。利用者同士、いたわりの声を掛けあったりする光景がととどきみられます。 | | |

| 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 |
| 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 | ホームを退居された方もその後の様子を家族に尋ねたり、面会に行くこともあります。退去の時は家族の了解をいただいたうえで、それまでのコミュニケーション情報などをお伝えしたりしています。 | | |
| 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 | センター方式のC-1-2シートをつかってそれぞれの担当者がその人の気持ちになりきって「思い」「楽しみ」「不安」などを記述し、介護計画に反映しています。 | センター方式を活用しており、入所時に家族に記入を依頼しています。また、担当者は定期的に見直しを行い、現状把握と分析に努めています。24hシートなども使用し、記録としても活用されています。 | |
| 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 | 前出のとおり、契約時に説明して、1か月に時間をかけて家族にこれまでの情報を記述してもらっています。さらに来訪される友人には当時の様子を伺い、強み(ストレンクス)の把握に努めています。 | | |
| 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 | 早出及び遅出担当者は、その日利用者と交わしたコミュニケーションから一つのケースをピックアップしたうえで記録化し共有するようにしています。利用者別にまとまったところで家族にお便りと一緒にお届けしています。 | | |
| 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 | ユニット別の職員会議でミニカンファレンスを持ち、ユニット間で共有しています。一人の利用者を3名の職員が担当し、計画作成担当者が案をまとめ、意見を含め、回覧しています。キャップテンは処遇内容を毎日チェックしています。 | 職員会議にてカンファレンスを行い、情報・ケアについて共有しています。一人に対して3名の職員を中心に、ケア内容について意見を出し、計画作成担当者が取りまとめて作成しています。ケアの実施状況については、日々の記録にチェックされデータ化しています。 | 入所時に家族からの意向や電話にて意見を聞いていますが、利用者が希望する生活につなげる為にも直接、家族と意見交換できる機会として、カンファレンスの場に家族が参加できるとより良いと思います。 |
| 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 | 個別のケース記録の他に、早出と遅出勤務の職員は、一人の利用者についてその日に交わしたコミュニケーションについて会話の言葉や表情の観察記録をとり、介護計画にフィードバックしています。 | | |
| 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 | 介護度の変化に応じて、経費老人ホームや特養への移動を希望される方には先方への打診をかけ、安心して移動できるよう支援をしています。映画の好きな方には月に一度の映写会を実施している他事業部門に引率して楽しみの機会を持っています。 | | |

| 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 |
| 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 | 自治会で実施している「生き生きサロン」には毎月出かけています。地域の方との2時間ほどの交流は馴染みの関係となり、同郷の話題や方言が飛び交い、認知症の方への理解の場となっています。 | | |
| 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 | これまで馴染んだかかりつけ医を継続される利用者もおられます。ホームの協力医は平日は概ね毎日往診で来られています。日常の健康管理はもとより、急変対応や入院先の確保などで安心の支援になっています。 | ほぼ毎日協力医が往診し、健康管理を行っています。緊急時の対応、入院先の確保と支援により安心できる体制が整っています。家族、本人の希望により、今までのかかりつけの先生に受診も可能で週1回、訪問歯科診療が入っており、協力体制が出来ています。 | |
| 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 | 看護師は常勤勤務をしており、健康管理や夜間を含めた急変対応の他、日常の介護業務にも積極的に対応し、利用者・介護職員の大きな安心につながっています。また、医師との連携が円滑に機能しています。 | | |
| 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。 | 入退院時は互いにサマリーを送信し、双方の情報が共有されています。またSWを通じて退院可能な示唆があると、管理者や看護師が行って、受け入れの可能性について検討し、早期の対応をしています。 | | |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居契約時に「重度化指針」を説明し、終末期について、その時点での意向を確認しています。さらに、終末時の場面には、家族に頻りに連絡を取り、本人・家族の意向を尊重した対応をしています。 | 終末ケアについては、入所契約時に説明を行い、家族の意向に沿った対応ができるように職員研修を行っています。終末期の対応として、家族と頻りに連絡を取り、状況を報告しています。場合によっては、家族が泊れるような環境があります。 | 終末ケアについて、家族・本人の意向に沿ったケアに努めていますが、医師、家族等が同席した形でカンファレンスを開催し、終末期ケアについての説明・同意が行われるとより良いでしょう。 |
| 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 | 急変時対応はルートマニュアルを見えるところに掲示し、全職員がそれぞれ意識障害や誤嚥、てんかんなどの急変に関する初期対応のファイルを配布してあり、いつでも見れるようになっています。 | | |
| 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 | 年に2回、防災訓練を実施しています。うち1回は、地元の消防署が参加し、訓示をいただきました。行政側から、地域に向けた防災に関する講和にも、利用者を含め参加したことがあります。 | 消防署立ち合いの防災訓練を定期的に行っています。地域で行われている防災訓練にも年2回参加されています。防災部会は、3施設合同で各月に実施されています。 | 課題としている備蓄の整備、施設で行う防災訓練に地域の方の協力が得られる体制が作られる事を期待します。 |

| 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 |
| 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 | 尊厳を保つ言葉使い、トイレや入浴対応時の気にならない程度の声掛けを実践しています。接遇やコミュニケーションについて研修を重ね、念い一度の自己評価を実施し、自分自身が客観的にみれるようにしています。 | 職員は、接遇自己チェック、不適切ケアチェックを各年2回、自己評価し、定期的に振り返りを行っています。接遇やコミュニケーションの研修会も定期的に関催され、調査中の言葉かけも丁寧に行われていました。 | |
| 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 | 利用者本位の推進の中で、本人の思いを第一に尊び、実施しています(ドライブ、買い物他)。日常のコミュニケーションでは思いを引き出すための言葉やノンバーバルな面の観察を意識し、日々の暮らしの担当記録に落としていま | | |
| 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し、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 | 集団レクありきではなく、その人のペースに職員が合わせ、希望に沿った支援をしています。パーソンセンタードケアを軸にして、いかなる支援をすれば、その方の輝く顔が引き出せるかを意識しながら努めています。 | | |
| 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 | 外出や買い物では、身だしなみを整え、少々緊張感をもってもらえるよう、容姿、整容を支援しています。美容院や散髪など、お馴染みのところの希望があれば一緒に行くなど笑顔の支援をしています。 | | |
| 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 | お誕生日には好みを聞いて主食やおやつを提供しています。手伝える方には一緒に参加していただいています。遠足では早朝よりお弁当を用意し、buffet方式のバイキングではご家族の参加もあります。 | 調理は、専門の職員が2階で全員分を行っています。施設内に調理中の匂いを感じる事ができました。利用者と畑でできた野菜の収穫や、盛り付け・おやつ作りを一緒に行う事で食に対しての楽しみを提供しています。 | |
| 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 | メニューは利用者の希望やアンケート等を参考に、前日に食材を買求め・手作りで提供しています。水分摂取量は日々、チェック・記録しています。塩分控えめ、肥満防止等その方に応じて分量の制限をしている方もおられます。 | | |
| 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 | 食後の口腔ケアは三食共に、食後実施し、職員には支援人数の記録を日々実施しています。毎週、訪問歯科診療があり、口腔ケア及び状態の維持に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 夜間、紙おむつを利用の方も日中は布パンツの使用でトイレ対応したりしています。日中は排泄の声掛けなど留意し、リズムが取れるよう支援しています。 | 夜間はリハビリパンツ、紙おむつを使用していますが、昼間は布パンツとし、タイミングを見てトイレ誘導するなど自立に向けた取組を行っています。 | |
| 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 | 日々の排泄チェック表を活用し、便秘がちの方は、運動や整腸になる飲食物の摂取などの工夫をしています。必要に応じて、看護師による排便の実施をする方もおられます。 | | |
| 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 | 職員の家族の手作りで、みかんの皮を干したもののや入浴剤で香りを楽しみ、ゆったりと入っていただいています。特に曜日や入浴回数を決めることなくいつでも入れるようにしています。嫌いな方はタイミングや声掛けに工夫をして入っていただいています。 | 毎日入浴できるようにしており、入浴回数は、希望に合わせて対応しています。みかんの皮を干した物、入浴剤を使用して入浴する楽しみを考え、配慮しています。入浴が嫌いな方に対しては、担当を変えたり、タイミングを見て誘導するなど工夫をされています。 | |
| 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 | 無理に誘導することなく、その方の意思を尊重し対応をしています。なかなか寝付けない方は、寄り添って話をしたり、飲み物など軽く摂っていただき、心をゆったりしてもらったうえで入眠してもらっています。 | | |
| 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 | ヒヤリはとすることは全職員で共有し、誤薬防止を図っています。二人確認、声を出しての本人対応、服薬を確認するまでその場を離れないなど実施しています。効能や副作用について、目標管理項目として取り上げている職員が複数います。 | | |
| 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 | 「一人ひとりに役割や居場所のある暮らし」を念頭に、その人らしさを引き出すようにしています。職員はその方の生活背景や嗜好を考え、日常生活の中での会話や楽しみの中に活かしています。 | | |
| 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 | 好天の日は、いそしんで外に出て、外気浴や散歩を楽しみ、気分転換や季節環境を体感していただくよう支援しています。外出頻度はデータ化され、外部からホームに來訪される方と共に、ホームの風通しとなる透明度指標に反映しています。 | 日常的に天気の良い日は外に出て、外気浴をしたり、近所を散歩に出かけています。実績は、データ化され振り返りに役立てています。気分転換と外出する楽しみを持てるように努めています。 | |

| 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 |
| 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 | 買い物に行った際は、なるべくご自身で支払い、釣銭の受け取り等。支障のない方は自然体で対応していただき、見守るようにしています。スーパーやコンビニでの買い物などは生活リハビリとして重要な社会資源と考えていま | | |
| 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 | 覚えている方にはご自身で電話番号を言っていただき、代行で職員がプッシュボタンを押すなどの支援をしています。また、家族の声を聴いてもらいたい場合は電話をもらうよう事前連絡して、家族から掛けてえもらうように支援しています。 | | |
| 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 | 共用スペースの音環境に対し、BGMを流し、昼食時はラジオ放送を流しています。また、職員は品位をもった言動で利用者の居心地の向上に努めています。空調への過度な依存を慎み、陽光、爽やかな空気環境の維持に努めています。 | ゆったりと過ごして頂くように、BGMを流したり部屋の風通しを良くするため、ドアを開けておいてもいいように暖簾を使用してプライバシーに気をつけています。共有スペースには、ソファや畳コーナーがあり、くつろげるスペースが確保されています。 | |
| 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 | 畳コーナーや複数のソファや置き椅子等、小空間や居場所に利用してもらえるようにしています。テーブルは、3~4人席で独立した形にし、個々の意見や小さなまとまりを大事にする対応をしています。 | | |
| 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 | 各居室は、各々馴染みの家具や絵・写真などを持ちこんでもらい、自分だけの部屋として安心できる領域にさせていただけるようにしています。入口は、表札代わりに自分で作った創作品で名前を示しています。 | 馴染みの家具を置いたり、本人が気に入っている写真や人形など飾ってあります。居室の入り口には手作りの表札があり、個々に合わせて居室は、過ごしやすい環境づくりに努めています。 | |
| 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 | お風呂やトイレは、文字を読まなくても形で示した暖簾や、絵姿で場所がわかるようにしています。食器の洗いいものは種類ごとに入れ物を用意し、目的の食器が取り出せるように話得ています。 | | |