# 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 2873100560 | | |
| 法人名 | 株式会社　メデカジャパン | | |
| 事業所名 | グループホーム　川西ケアセンターそよ風 | | |
| 所在地 | 兵庫県川西市出在家町22-7 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年9月23日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年1月14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-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do |

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | |
|---|---|
| 評価機関名 | 株式会社　H.R.コーポレーション |
| 所在地 | 兵庫県西宮市甲陽園本庄町6－8－102 |
| 訪問調査日 | 平成22年9月30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）】

共同生活住居において、家庭的な環境の下で、利用者の進行を緩和し、心身の状況に合わせ、自立した暮らしが出来るよう、適切なサービスを提供する事を目的とします。利用者の意思及び人格を尊重し、常に、利用者の立場にたったサービスの提供に努めるものとします。医療機関との連携をはかり、その人らしく暮らし続けることを、支援する地域密着型サービスに取り組んでいます。

田園風景が残る住宅地の中の広い敷地に立てられた施設は広々としており、廊下もゆったりとした広さがあり、温かみのある色調で統一された明るい共有空間の中で時間が穏やかに経過している。利用者の重度化に伴い、外出の機会が減少する傾向にあるが、介護タクシーの利用や家族の協力を得て出来る限り外出の機会が持てるように支援している。また、ホーム内で気分転換や下肢筋力低下予防ができるように「うめぼし体操」を行ったり、施設のベランダにテーブル椅子を置き1日に1回は外気に触れ心身の機能低下を予防している。医院と医療連携を取り訪問診療を受け、診察や受診の結果を記録して連携を密にしており、更に訪問看護とも連携を十分に取り、日常の健康管理体制が図られている。利用者の重度化に伴い地域の方とは交流が持ちにくい中で、地域の祭りの時は、御輿がホーム前に来訪し、、地域の行事への参加 をしている。園児の来訪があるほか、唱歌の会のボランティアの方と一緒に唱歌を謳うことを楽しみにしている。

## Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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 | |
|---|---|---|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる（参考項目：23,24,25） | | 1. ほぼ全ての利用者の |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいの |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいの |
| | | | 4. ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある（参考項目：18,38） | | 1. 毎日ある |
| | | | 2. 数日に1回程度ある |
| | | ○ | 3. たまにある |
| | | | 4. ほとんどない |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている（参考項目：38） | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている（参考項目：36,37） | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている（参考項目：49） | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | ○ | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている（参考項目：30,31） | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 62 | 利用者は、その時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 |

| | 項　目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | | 1. ほぼ全ての利用者が |
| | | ○ | 2. 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | | 1. ほぼ全ての家族等が |
| | | ○ | 2. 家族等の2/3くらいが |
| | | | 3. 家族等の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどできていない |

# 自己評価および第三者評価結果

| 自己 | 第三者 | 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<br>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 | 「そよ風憲章」を企業理念とし、全体会議・ミーティングにおいて、意義や役割を考え、共有している。 | そよ風憲章に基本理念・介護サービスの基本方針・品質方針を掲げ、「共に生きる」を開設当初から方針として表現し全職員で話し合いを持ちながら実現できるように取り組んでいる。そよ風憲章を基に毎年統一スローガンを掲げている。今年度のスローガンは、「共生社会の実現」としている。ミーティングの機会に家族からの苦情や要望を話し合いを持つ時に開設当初からの方針に立ち戻り振り返りを行っている。 | 統一スローガンを元に職員が現状を踏まえ理解し易い方針として地域密着型サービスとしての役割を盛り込んだ、川西ケアセンターそよ風としてのより具体的な取り組みを期待する。 |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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 | 重度化の為、地域との繋がりを積極的にするのは困難な状況ではあるが、近所付き合い、地元の活動、ボランティア等との交流に努めている。 | 隣接する畑で幼稚園の行事があるときには、園児の来訪があるほか、幼稚園で催される行事へ招かれ交流を持っている。近隣の畑でできた作物を住民が持ってこられたり日常的な交流がある。地域の行事への参加や地域の祭りの時は、御輿がホーム前に来訪し、交流を楽しみにしている。理美容も地域の美容師がボランティアで来訪しカットやパーマをしてもらっている。利用者の重度化が進む中で、唱歌の会のボランティアの方と一緒に唱歌を謳うことを楽しみにしている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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 | 地域の人々、ボランティア等、当センターに出入りして頂いている方々に、認知症の人の理解を得て、受け入れて頂けるよう努めている。 | | |

| 自己 | 第三者 | 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 |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 運営推進会議を、2ヶ月に1回、開催出来るように努め、事業所の取り組みや内容、課題を明らかにし、地域の理解や支援を、得る為に努めている。 | 年6回実施に向けて取り組んでいるが、今年度は今までに5月、9月の2回実施している。地域住民代表社（自治会会長）、入居者家族代表、地域包括支援センター職員の方に参加してもらっている。地域の家族の会の方への参加も現在呼びかけを行っている。開催前には、質問や意見を事前に聴取し議題に取り上げるように取り組んでいる他、運営推進会議実施日に消防訓練を見てもらい現状を把握してもらえるようにし、協力依頼や意見をもらえるようにしている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携<br>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 | 日頃から、連絡を蜜に取り、市が開催している会議に、積極的に参加している。市との、協力関係が築けているとおもう。 | 他市からの利用の申し込みなどがあれば市に相談したり、ホームの課題や現状を報告し普段から交流を持つように取り組んでいる。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介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 | 利用者の安全を確保し、自由な暮らしを支援しているが、玄関については、センター前の交通事情により、施錠している。身体拘束は、やむ得ない場合のみ、家族様に相談し、同意書をもらっている。 | 車の交通量の多い道路に面した玄関は利用者の安全性を考え施錠している。ホーム内は自由に移動できるようにしているが、2階から1階へ下りる階段へ通じるユニットの入り口にはドアの開閉で鳴るベルをつけ安全確保を行っている。身体拘束委員会を開催し、身体拘束の現状把握を行い継続状況を確認し必要性を検討、拘束が必要最低限となるように取り組んでいる。身体拘束が必要な場合、家族に説明、話し合いを行い同意を得た上で身体拘束を実施している。（抑制服、ベット柵、安全ベルトなどを夜間のみ拘束に使用している。）利用者を中心に考え拘束以外に代わるものがない場合のみ実施するようにしている。身体拘束を行わなければならない場合には、家族を含めて全職員で話し合いを持っている。 | 家族を含めた話合いの下、実施されているが、話し合いの内容・詳細を記録と残していく事が期待される。<br>今後も委員会を継続していくことが望ましい。 |

| 自己 | 第三者 | 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 | (6) | ○虐待の防止の徹底<br>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注意を払い、防止に努めている | 勉強会ミーティング等を実施し、身体的虐待、心理的虐待の防止、早期発見に努めている。 | 勉強会やミーティング時に身体的虐待のみでなく、精神的虐待についても話をしている。日々のケアの場面の中で注意を促し早期発見と防止に努めている。利用者の表情や何気ない言葉・行動から虐待の防止や早期発見を行うように取り組んでいる。 | 虐待について継続的に勉強会を持ち理解を深める取り組みが望ましい。具体的な事例や内容で全職員で話し合いを行い振り返りの機会を持つ取り組みが望ましい。 |
| 8 | (7) | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 個々の必要とされるニーズを、話し合い、情報提供出来るように、積極的に研修等に参加し、周知を図っている。 | 法人での研修会で権利擁護について実施があり知識は持っているが、現在まで相談はない。 | |
| 9 | (8) | ○契約に関する説明と納得<br>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 | 契約時は、重要事項説明書の説明を、丁寧に行い、納得を頂いた上で、手続きを進めている。不安や疑問等に対応し、話し合える体制を整えている。 | センター長と計画作成担当者・必要に応じてユニットリーダーと共に契約・重要事項説明書の内容を時間をかけて説明を行い、理解を得て契約するようにしている。契約解除についても具体的な内容・事例をあげて家族が理解し易い言葉で説明を行い現在までトラブルはない。契約解除に対しては、利用者の状況の変化に合わせて随時の家族への説明や話し合いを持つようにしている。契約書・重要事項説明書の改定がある場合は、再度家族に来訪してもらい改定部分の説明を行い変更部分のみ文書化し同意を得るようにしている。 | |
| 10 | (9) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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 | 家族会を定期的に開催し、家族等からの意見、要望があれば対応している。ミーティング等で、前向きに受け止め、ケアに活かしている。 | 定期的に家族の面会があり、日々の状況や個別記録を閲覧してもらいないながら職員から声かけを行い話を聞くようにしている。職員が聞いた話は、連絡ノートで全職員で情報を共有し、センター長にも報告され、必要に応じて話し合いを持ちケアに活かすように取り組んでいる。状態の変化があればその都度、電話連絡を行っているが、電話連絡時も意見や要望を言う機会を持てるようにしている。医療機関受診時には、医療機関受診の記録を残している。 | |

| 自己 | 第三者 | 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 |
| 11 | (10) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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 | 全体会議やユニットごとのミーティング等で、スタッフの意見を聞き、状況を把握し、サービスの向上に努めている。 | 毎月行われる全体会議や各ユニット会議で職員からの意見を聴取する機会としている。勤務上各リーダーと集まりが難しい状態であるが、夜勤帯に集まり、話を行うようにしている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備<br>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 | 日頃の努力や具体的な実績、ハードな勤務状況を把握し、意見や要望が言える職場環境、条件に努めている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み<br>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 | 支社研修やセンター内の研修を受講する機会を確保し、働きながら技術や知識を身につけていくことを支援し、職員の育成に取り組んでいる。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 同業者との交流を強化。勉強会や研修、行事等で情報交換し、サービスの向上に努めている。 | | |
| **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<br>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 | 日頃より本人に向き合いながら、本人の気持ちを受け止めて、信頼関係を築いていくように努めているが、発語が少なくなってこられている為、安心を確保する工夫をしている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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 | 家族等の立場にたって、話を傾聴、気持ちを受け止めながら、家族の気持ちを理解し、関係づくりに努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 家族様より本人のこれまでの生活習慣等を聞き、出来る限りの対応に努め、必要としている支援を、見極めたケアプラン作成し提供、3ヶ月ごとの見直しを行っている。 | | |

| 自己 | 第三者 | 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 |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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 | 「共に生きる」の関係を重視し、表情、発言等を特に注意し、安心して生活出来るように努めている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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 | 日頃の様子を、「そよ風だより」で報告、話し合える場を作り、必要なときには、家族の協力を得ながら、より良い関係を築いていけるように支援している。 | | |
| 20 | (11) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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 | 利用者の生活暦を把握しつつ、馴染みの人に会いに行ったり、来所して頂いたりして、関係が途切れないようにしている。外出の機会を増やすように努めている。 | 利用者と馴染みの方の来訪がある場合は、ゆっくりと面会出来るように支援している。家族の協力を得ながら外出の機会をより多く持てるように支援しており、外出時に思い出の場所や馴染みの場所に出かけてもらえるようにしている。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援<br>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 | 利用者同士でコミュニケーションが取れるように、話題を提供したり、一緒にレクリェーションをしたり、一人ひとりが孤立しないように、職員が支援している。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 必要に応じて、本人と家族の経過をフォローし、本人の状況、習慣、好み、これまでのケアの工夫等の情報を伝える。相談や支援に応じている。 | | |
| **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 | (12) | ○思いや意向の把握<br>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 | カンファレンスにて、3ヶ月ごとにケアプランの見直しをしている。本人の視点にたって、意見を出し合い、家族にも参加して頂き話し合っている。 | 利用開始時に家族から得た情報を基に日々利用者と関わる中で本人表情や話から、希望や意向を把握し記録に残している。またカンファレンス前には担当職員がモニタリングを行ない職員間の情報の統一を図っている。 | |

| 自己 | 第三者 | 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 |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握<br>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 | 一人ひとりの生活暦や馴染みの暮らし方を把握し、自分らしく暮らしていくことを支援している。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握<br>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 | 一人ひとりの１日の暮らしの流れにそって、本人の出来る力、わかる力を発見。スタッフ間で、情報を共有しながら、現状の把握に努めている。 | | |
| 26 | (13) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 月に一度、ミーティング、カンファレンスを行い、ケアプランの見直し、現状に即したケアプランを作成している。家族の意見、要望を取り入れ作成している。 | 面談時に得られた情報から初期ケアプランを作成して、約1ヶ月後に個別具体的なケアプランを立案している。介護支援経過に実施状況を記載している。毎月行われるユニット会議の中で利用者一人ひとりのケアカンファレンスを行い変化や兆しを見逃さないようにしてプランに盛り込むようにしている。ケアプランは具体的な内容が記載されている。カンファレンス前には担当職員がそよ風独自のモニタリング用紙を使用しモニタリングを行なっている。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映<br>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 | 職員間で情報を共有、日々の行動を、介護記録に記入し、ケアプランの見直しに活かしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々に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 | ニーズに応じて柔軟な支援を、臨機応変に提供、地域の人々やボランティアの協力で、サービスの多機能化を進めている。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働<br>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 | 地域の人や場の力を借りて、理美容院、買い物、喫茶店等に出かけ、安全に豊かな暮らしを、楽しむことが出来るように支援している。 | | |

| 自己 | 第三者 | 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 |
| 30 | (14) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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 | かかりつけ医の状況を把握し、本人や家族が希望する医師による医療が、受けられるように支援している。月に2回、訪問診療の利用、週1回、訪問看護師と連携をとっている。 | 藤末医院と医療連携を取っている。訪問診療を受けている方は、医療機関受診の記録に受診や訪問診療など診察や受診の結果を記録して残している。外部への他科受診には家族に受診同行依頼をしている。家族が受診同行する場合は、前もって電話などで普段の状況を伝え、医療機関受診の記録に伝えた内容残している。受診結果は家族より報告を受け、記録として残している。訪問看護との連携は、看護師との連絡表を作成し日々の変化を介護職員が記載し看護師来訪時に報告漏れがないようにしている。看護師も返答・コメントを細かく記載され連携を十分に取り、日常の健康管理体制が図られている。 | |
| 31 | | ○看護職との協働<br>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 | 週1回、訪問看護師と連携をとり、日頃から、介護職と看護職の関係を蜜にし、一人ひとりの健康管理や医療支援が出来ている。 | | |
| 32 | (15) | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 病院関係者、本人、家族等との情報交換や相談に努め、本人のストレスや負担を軽減する為に、早期退院を実行している。 | 入院時は、ホームよりサマリーを作成し病院へ情報提供を行っている。緊急で救急搬送する以外は、協力医療機関の医師の紹介で入院がスムーズに行なわれている。入院中はこまめに面会に行き、馴染みの関係の継続を図ると共に、家族とも連絡を密にとり医療機関からの説明があるときには同席し話を聞くことができ、スムーズに退院できるように積極的な支援を行っている。 | |

| 自己 | 第三者 | 項　目 | 自己評価<br>実践状況 | 外部評価<br>実践状況 | 外部評価<br>次のステップに向けて期待したい内容 |
|---|---|---|---|---|---|
| 33 | (16) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 早期から話し合いの機会を作り、方針を共有し、医療連携体制を整えて、センターで出来ることを十分に説明し、チームで支援に取り組んでいる。 | 管理者・職員は利用者の重度化が進む中で、ケアの充実を検討し対応している。ターミナルの受け入れに関しても全職員で十分話し合いを持ち、看取りを行うようにしている。契約時に緊急時・急性期を含む医療・看護体制について、「重度化した場合における対応に関わる指針」で明文化し説明を行い同意を得ている。ターミナル受け入れ時は、かかりつけ医、訪問看護、家族を含め話し合いを持ち利用者の在宅療養を支えるようにとり組んでいる。ターミナル受け入れ時は家族の理解と協力はもとより、職員へも十分に説明と理解を得るように話を行い看取りを行うようにしている。現在までに家族の協力の下３名看取りを行った。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え<br>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 | 救命救急講習を、積極的に職員は受講し、応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実際の場面で活かせるようにしている。 | | |
| 35 | (17) | ○災害対策<br>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 | 火災に備えて、年2回、消防訓練を実施。利用者の重度化に合わせた避難方法を話し合い、地域との協力体制をとっている。 | 昼夜想定での避難誘導訓練を行っている。運営推進会議時に避難誘導訓練を実施し見てもらうことで地域の協力依頼を行っている。災害に備えた備品等の準備に関しても検討しており、現在水・食料の準備を行っている。スプリンンクラー設置に向け検討中である。 | |
| **Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援** | | | | | |
| 36 | (18) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている | 利用者の尊厳と権利を守り、利用者主体の支援が、出来るように配慮している。個々に合った言葉かけや対応をしている。 | 利用者一人ひとりの尊厳を考えた声かけができるように配慮している。排泄や入浴時のプライバシーについては、注意を促している。排泄や入浴は利用者の言葉や表情・態度から利用者の羞恥心を最小限にできるように配慮している。 | |

| 自己 | 第三者 | 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<br>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 | 利用者が言葉では十分に、意思表示が出来ない状況の中で、本人の思いや希望を把握し支援している。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 一人ひとりの生活ペースやその日の本人の意向を把握し、利用者主体のケアを提供、希望にそって出来る限り支援している。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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 | ボランティアカットを利用し、身だしなみやおしゃれを支援、外出時は、いつもと違う本人の好みや意向で、おしゃれをして頂いている。 | | |
| 40 | (19) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 一人ひとりの力を活かしながら、利用者と職員が一緒に食事の準備、食事や片付けをして、食事が楽しいものになるように支援している。 | 重度化が進む中で調理への参加が難しい状態の利用者が多いが、調理はフロアーで行い食事が楽しみとなるように取り組んでいる。利用者の重度化で調理のみの職員を配置して一連の作業に参加できなくても雰囲気が味わえるようにしている。嚥下状態の悪化もあり、ソフト食の導入やトロミを使用し経口摂取ができるようにしている。外食の機会も持つように取り組んでいるが、身体状況の悪化により機会が減少しつつある。食材は食事担当職員が発注し納入を受ける他、近隣のスーパーへの買出しを行っている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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 | 一日を通じて、必要な食事や水分が取れるように支援している。身体状況に合わせた食事形態を提供している。 | | |

| 自己 | 第三者 | 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<br>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 | 口腔ケアの重要性を理解し、毎食後、一人ひとりに合わせた口腔ケアを支援し、口腔内の清潔保持に努めている。 | | |
| 43 | (20) | ○排泄の自立支援<br>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 | 一人ひとりの排泄状況をチェックし、排泄パターンや習慣に応じた個別の排泄支援を行っている。出来るだけトイレ誘導をしている。 | 排泄パターンを利用者一人ひとり把握し、可能な限り自立した排泄ができ、オムツの使用を最小限にするように支援している。 水分・排泄記録・生活リズムを把握できるように表の記載している。生活リズムの表では、利用者の入眠の状況や日中の行動のパターンなども把握できるようになっている。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 個々の便秘の原因に応じて水分量・運動量・食生活の工夫を行い、医療と連携をとり薬対応を行っている。 | | |
| 45 | (21) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 利用者に無理強いをすることなく、入浴を楽しむことが出来る支援をしている。重度化に合わせ２人介助で入浴している。 | 便失禁などで汚染がひどい場合は適宜シャワー浴を行っている。利用者の体調や病状の変化、重度化による二人介助の体制が必要になってきており、利用者に無理強いすることなく入浴してもらえるように支援している。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | 一人ひとりの生活習慣や本人の活動状況を把握し、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援<br>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 | 薬の勉強会にて、薬の目的や副作用、用法や用量を理解し、飲み忘れや誤薬を防ぐ為の取り組みを実施。服薬の支援をしている。 | | |

| 自己 | 第三者 | 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 |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 一人ひとりに合った役割や楽しみ、気分転換の支援をしている。家族と協力して日々の暮らしが楽しめるように配慮している。 | | |
| 49 | (22) | ○日常的な外出支援<br>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 | 本人の思いに添った外出支援を家族や地域の人々と協力しながら支援している。重度化にも対応。その人らしい暮らしを保ち、意欲や自立を保つ支援をしている。 | 利用者の重度化に伴い、外出の機会が減少する傾向にあるが、介護タクシーの利用や家族の協力を得て出来る限り外出の機会が持てるように支援している。重度化に伴い、利用者様からの希望による散歩や外出は少なくなっているので、ホーム内で気分転換や下肢筋力低下予防ができるように「うめぼし体操」を行っている。 | |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援<br>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 | 個々に応じた金額を家族等と相談し合意を得てお預かりする。使途の内容を明確にし、管理方法をとりきめて支援している。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援<br>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 | 一人ひとりに有する力に応じて、外部との交流を支援、個別に電話を使用、読み書きできる方には暑中見舞い・年賀状・礼状を書いて頂いている。 | | |
| 52 | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 自らの五感を活かし、生活観や季節感を採り入れて利用者にとって居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 田園風景が残る住宅地の中の広い敷地に立てられた施設は広々としており、廊下もゆったりとした広さで、温かみのある色調で統一された共有空間は明るく穏やかに時間が経過している。、季節感のある装飾や観葉植物が五感刺激となり、居心地の良い環境の中にテーブルや椅子の配置を工夫し、利用者が思い思いに過ごせる空間作りが出来ている。 | |

| 自己 | 第三者 | 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 |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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 | 認知症の人は少人数であっても集団での生活は気持ちが落ち着かず不安やストレスの原因になるので、一人ひとりの居場所づくりに工夫をしている。 | | |
| 54 | (24) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | グループホームでは一人ひとりの居室について馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる、本人が落ち着いて過ごせる為の工夫を家族と相談しながらしている。 | 利用者の馴染みの家具や装飾品を持ち込み、家庭的な居室で、落ち着いた時間が過ごせるよう支援している。利用者一人ひとりの状態に応じて家具の配置を考え、安心して過せるように配慮している。希望があれば家族の宿泊ができるよう支援している。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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 | 一人ひとりの身体機能の状態に合わせた環境面での工夫を行い、安全かつ出来るだけ自立した生活が送れるように支援している。 | | |