

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 | 2890800168 | | |
| 法人名 | 株式会社 陽楽 | | |
| 事業所名 | グループホームMボヌール | | |
| 所在地 | 〒655-0852 神戸市垂水区名谷町字平ノ垣内871-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成 27年 7 月 28 日 | 評価結果市町村受理日 | 平成 27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 | |
|----------|--|

【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 日本福祉文化研究センター | | |
| 所在地 | 〒534-001 大阪市都島区友渕町1丁目3-36-401 | | |
| 訪問調査日 | 平成27年8月7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)】

近隣に「あじさい公園」があり、緑に囲まれた静かな環境です。また医療機関がバックボーンであり、医療と介護のほどよい連携を志したホームです。医師の指示のもと管理栄養士が栄養管理を行い、昆布と鰹節の出汁を基本とした「京料理 花萬」の美味しい食事が好評です。ホーム内にパン工房と屋上菜園を設置し、皆で楽しく収穫したり、手作りのパンを焼いたりおやつを作ったりと、作ることで育てる喜びを共有しています。リビングからバリアフリーで出られるウッドデッキを利用して、日光浴をしたりお茶を飲んだり、プランターのお花のお手入れなどをしながら、通りを歩かれる方も挨拶が来ています。お向かいには同系列の有料老人ホームがあり、多彩なイベントにお誘いを受けますので、ちょっとしたお出かけ気分でも都度楽しませて頂いています。今年度より音楽療法の会を月に3回実施するとともに、歌や楽器演奏を中心としたボランティアさんの来館を定期に実施しています。

【第三者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)】

法人の母体が地域医療からスタートしたこともあり、地域との関係性が良好で、利用者と家族のの安心につながっています。また、管理者が看護師であり、有料老人ホームの栄養士との連携ができています。隣接する有料老人ホームでのミニコンサートやイベントに、グループホームからも参加されています。利用者家族のアンケートからも、職員との良好な関係性が読み取れ、毎年のアンケートへの対応が信頼関係に繋がっています。このグループホームの特徴として、食事と栄養管理がきめ細やかに検討され、それが利用者のQOL向上にもつながっているようです。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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している (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 | | | |

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 者 第 三 | 項 目 | 外部評価 | |
|--------------------|---|---|--|
| | | 自己評価 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 | 玄関に施設理念を掲げている。平成25年3月には、施設理念に基づき、より簡素化した理念を全職員で作成し、新入職員に対しても、その都度説明を行っている。 | 施設理念共に、職員全員で作成した「私たちの基軸」を玄関に掲げ、より具体化した取り組みをしている。職員それぞれが今年度の目標を設定し、事業所全体で共有して日々のケアで実践している。 |
| 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 | 行事案内は地域の民生委員さんや学校へも送付させて頂き、ボランティアさんとのやり取りも、定期的の実施できている。施設周辺の散歩は頻回に実施し、挨拶を交わしている。 | 地域の民生委員や地元の幼稚園児との連携が良好で、行事には多くの人たちが参加している。正面玄関フロアを整備し、定例のお茶会を開催し、地域の人たちとの交流も図っている。法人設立の母体となっている地域医療(クリニック)の存在も大きい。 |
| 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 | あんしんすこやかセンターとは常に連携し、施設見学等の要望には積極的に対応している。また、飛び込みの施設見学希望についても随時案内を行っている。 | |
| 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か月に1回の予定で開催し、意見交換を活発に行っている。日常生活の写真を毎回20枚程度スライドショーで見せ、状況報告をしている。 | 2か月に1回の定例会議には、利用者、家族、民生委員、地域住民、精神科医、地域包括、事業所職員が出席している。家族には議事録を送付して現状報告しており、家族アンケートからもホームの運営など丁寧な説明がされていることが窺われる。 |
| 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取り組んでいる | 市町村主催の研修会や説明会には必ず参加し、情報を確実に得ようとしている。また、空室が出そうな場合には待機者への連絡と同時に、あんしんすこやかセンターへも連絡を欠かさずに行っている。 | 市からの情報提供により、研修などに積極的に参加している。東垂水地区のあんしんすこやかセンターとは密に連絡を取り、相談助言を受けている。困難事例の対応では適切な助言や情報により、速やかに解決に至っている。 |
| 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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 外部主催の施設従業者虐待防止研修へもスタッフを出しており、平成26年度も大学より講師を招き、施設内において研修を実施し全員が参加した。毎日16時からのミニカンファレンスでも不適切ケアの話し合いを行っている。 | 大学講師を招いたり、外部主催の研修には職員が参加して不適切ケアについて勉強している。研修後は教育訓練報告書を作成して振り返りを行い理解を深めている。事例を用いた研修は、フロアリーダーが中心に行っている。 |
| 7 | (6) ○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 | 入居者様への声掛け等においても、不適切と感じた場合には、お互いが指摘しあい、注意喚起をしている。神戸市の高齢者虐待防止研修ビデオをいつでも見れるようにして、意見交換も行っている。 | 社内研修では神戸市の虐待防止研修ビデオを見たり、不適切ケアの事例を基に話し合ったりしている。職員は初心に戻ることで全員が共有出来るようにミーティングや申し送りでも意見交換している。 |

| 自己 | 者三 | 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 | (7) | ○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 | 管理者が成年後見人制度の外部研修にも参加し、法令順守管理者の立場から、施設内で資料を配布し伝達している。また、ケアプランにプライバシーの保護等を反映させている。法令順守委員会をリーダー間で持ち、定期的に話し合っている。 | 成年後見利用の方が3名おり、管理者が外部主催の法令順守や成年後見制度の研修には毎回参加し、職員に伝達している。神戸市主催の市民後見人制度についての研修も定期的に関催されている。 | |
| 9 | (8) | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約時には必ず2名以上の職員(管理者及び事務責任者)があたり、パンフレットに基づいて説明し、了解を得ている。 | 契約時には管理者と事務責任者が十分時間をかけて説明している。入居時にも家族が納得されるまで丁寧に説明し了解を得ている。 | 職員リーダーや計画作成担当者に、契約における意味を理解してもらう取り組みをすることで、新たな気づきが出てくるのではないのでしょうか。 |
| 10 | (9) | ○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 | 苦情・要望の案件については運営推進委員会でも報告し、対応や結果を説明している。 | 利用者からの苦言はどんな小さなことでも苦情として捉えている。運営推進委員会で報告し対応を説明、改善している。また、制度の変更点なども伝えるようにしている。 | |
| 11 | (10) | ○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 | 毎月のフロア会議や適宜の個別面談等で意見を出し合っている。また、管理者は随時スタッフに声掛けを行い、相談事をよく聞くように心がけている。フロアが会議に先立って、リーダー会議を毎月1回以上実施し情報共有を図っている。月2回の症例カンファレンス時には経営者の医師と意見交換が持っている。 | 定例の会議は利用者の安全が確認出来るスタッフルームで行っている。管理者は職員の相談事にアドバイスしサポートを行っている。症例カンファレンスは管理者と頻りに訪れる代表者を交えて意見交換をしている。 | 管理者が医療関係の専門職である特徴を生かし、職員育成の観点から介護職員が出来る医療行為についても研修等でスキルアップに繋げてはどうか。 |
| 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 | 年間の目標管理表を各自提出してもらい、半年ごとに個別面談で見直しを行い、後半へつないでいる。また、家族様からの言葉等はきちんとスタッフにも伝え、ケア対応への評価につなげている。サービス残業不可の徹底を守っている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 介護サービスや技術、介護知識の向上につながる研修への参加を、スタッフ個々の力量を考えて計画している。研修参加後は、資料を回覧し、伝達講習会を時に開催している。 | | |
| 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 | 2カ月ごとの地域のグループホーム連絡会にリーダーや施設長がそれぞれ参加し、意見交換や情報を共有し、持ち帰ってスタッフに報告している。 | | |

| 自己 | 者三 | 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 | ご入居前の面談に伺ったスタッフ2名以上(主としてリーダーや施設長)が中心となって、介護情報書を作成し、各ユニットに回覧して、その方の情報を各自が把握するようにしている。ご入居後は各自知り得た情報はカルテに記載している。 | | |
| 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 | ご入居前の面談に伺った時に、その方の内外の生活環境や現状および過去の生活歴をご本人や家族様から出来るだけ詳しく聞き、介護情報書を作成している。 | | |
| 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 | ご入居時には、介護情報を元に、ご本人・ご家族の意向を中心とした暫定のケアプランを作成して提示し、その後約1か月後にケアプランを修正してし再度承認を得る旨を説明している。 | | |
| 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 | 施設の日課の中で、その方が楽しんで行えることをスタッフと一緒に出来るように常に声掛けをしている。 | | |
| 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 | 家族様が面会に来られた時には、直近のご様子をお話し、またご家族の思いを聴いていくようにしている。入居者様から家族様に電話をして頂く支援も行っている。 | | |
| 20 | (11) | ○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 | ご友人やご親戚からの電話取次ぎや、ご本人からの電話をかけたいたいの希望には、その都度速やかに対応している。 | 利用者と友人の馴染の関係を支援し、利用者亡き後も事業所との交流が続いている。遠隔地の家族とは、メールのやり取りで密な連絡が速やかに取れるようにしている。 | |
| 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 | 状況に応じて席替えや場所の設営を頻回に行うが、その際には常にご入居者同士の関係を考慮している。 | | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 | 突然入院となった場合には、しばしば電話訪問や病院訪問を行い、退院後を見据えた相談を行っている。また、ご逝去された場合も残された家族様と半年ぐらいまではコンタクトを取って経過を追っている。 | | |
| 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 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 | サービス担当者会議には家族様の参加も多く、意向を十分に伺うことが出来ている。また、入居者様には常にどうしたいかをお聞きして、無理強いほしくないこととしている。 | 家族の訪問時に聞き取りなどを行っているが、時間的に無理な場合は電話やメールにおいてニーズの把握を行っている。日々のケース記録等で利用者状況の共有化を図っている。 | 職員間で、利用者の想いや意向を共有出来るよう、的確な記録を作成することが業務の効率化につながります。 |
| 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 | 新しい情報が出てきたときには、その日のカンファレンスで取り上げ、介護情報書にも追記している。 | | |
| 25 | | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 日々の介護記録に時系列で記録していくことで、継続した状態把握が出来ている。 | | |
| 26 | (13) | | ○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 | サービス担当者会議で出た意見を取り入れてケアプランを適宜修正している。入居者様の各担当スタッフからの申し入れをカンファレンスで取り上げ、改善につなげている。毎月末にモニタリングを各担当者が記載してケアマネに提出している。 | 年2回の介護情報の見直しを担当職員が中心となって作成している。家族の訪問時に計画作成に対する意見を伺い、課題の設定を行っている。管理者は職員に対し、アセスメントにつながる情報を求めている。 | チームでつくることを意識した介護計画、モニタリングとなるには、関係者の声が反映される場づくりと、職員の意識変化が必要です。 |
| 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 | 介護記録は時系列で記入し、出来るだけご本人の言葉をそのまま記録するようにしている。1ヶ月ごとのモニタリングにつなげ、次のケアプランに役立てている。 | | |
| 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 | ご本人の言葉を大切に、出来るだけ正確に家族様にもお伝えし、外出の機会や買い物の対応などを速やかに行っている。 | | |

| 自己 | 者 第三 | 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 | あんしんすこやかセンターとも連携を密にとり、神戸市の施策を常に注意して情報を得ていくようにしている。 | | |
| 30 | (14) | ○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 | ご入居時に、ご家族様の意向をお聞きし、かかりつけ医は指定して頂いている。受診や往診についても、状況を十分に説明し、了解を得たうえで実施している。家人様が受診に付き添えない時はスタッフが代行して付き添う場合もある。 | 入居前のかかりつけ医がある利用者には健康状態報告書の送付により状況が確認されている。法人母体(クリニック)が昔から地域で開業しており、地域医療との連携が家族の安心感につながっている。 | |
| 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 | 常勤の看護師を1名配置しており、日勤帯は、医療・介護の情報共有は密に出来ている。夜間や看護師の休日はオンコールで連絡が取れるようにしている。 | | |
| 32 | (15) | ○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。 | ご入居者様の入院には看護師が付き添い、病院に対してはかかりつけ医の紹介状と共に看護情報提供書も持参している。退院調整にも積極的に対応できている。 | 入院時には管理者が中心となり対応し、的確に医療情報を伝えられている。退院に向けてのカンファレンスにも管理者が参加し、医療関係者との連携を図り、情報交換、相談に努めている。 | 第三者後見人がいる場合、入退院時の対応などについて事前に話し合っておくことが大切です。 |
| 33 | (16) | ○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 | 夜間は看護師がオンコール対応の為、処置に対する限界があることも家族様と状況に応じて話し合い、出来る事・できない事の説明を十分に行っている。訪問看護ステーションの介入もご家族様にお願ひしながら、出来る事の希望に沿っていくようにしている。 | 開設以来7名の看取りを行った実績がある。契約時に出来ることの範囲を重要事項説明書等の書面を用い家族に説明している。家族の協力を得て、看取りのケアプランを作成し、訪問医療時のサービス提供を受ける場合もある。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 救急時対応マニュアルを作成し、定期的な勉強会を開催して、訓練をしている。教育委員会が年間スケジュールに沿って勉強会を企画し、担当者に講師依頼を行っている。 | | |
| 35 | (17) | ○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 | 火災訓練を年2回実施すると共に、非常ベルへの対応を学習し、避難経路の確認を怠らないようにしている。垂水区の管理者会で3日分の非常食の備蓄が決定し、整備している。 | 年2回の訓練のうち、夜間を想定した訓練も行っている。実際に避難音を鳴らし、独歩、護送、搬送の確認を定期的に行い、職員が見える場所で確認。変更があれば周知している。備蓄の試食も年に1回行っており、管理栄養士の意見も聞いている。 | |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 | (18) | | ○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 | パーソン・センタード・ケアの考え方を元に認知症の「人」への対応をスタッフ全員が出来るようにしていく。各入居者様の不穏時対応は、スタッフ間で統一対応になる様話し合っている。 | 職員が利用者の人格を尊重していくことが出来るよう、職員自身に目標・管理シートを作成してもらい、研修に積極的に参加することでパーソン・センタード・ケアの考え方の定着を目指している。 | 利用者のQOLを高めるために職員全員が意識的に利用者と接し、アセスメントを深める工夫が大切です。 |
| 37 | | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている | ご入居者様が、何事においても選択できるような問いかけを心がけている。 | | |
| 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 | 日課に沿って介護サービスは実施されているが、参加や不参加の意思はその都度確認し、代替のサービスを考え、提供している。 | | |
| 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 | その都度様子を見て対応している。家族様からの依頼でスタッフがその方にあった新しい衣類を購入してくることもある。 | | |
| 40 | (19) | | ○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 | 参加することを好まれる方にはうまくお声掛けをして一緒に調理や片づけをしている。手伝って下さる様子をよく観察し、負担の程度を見極めている。 | 隣接事業所の厨房で調理されたものが運ばれているが、イベントの際は全員で食事会の開催やバイキング形式、食べる場所を帰る等、取り組みを月に1回実施している。利用者が出来る範囲で片付けを行っている。 | |
| 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 | 定時の提供以外にも、個別で居室に持っていったり、複数回提供が必要な方にはその都度対応している。 | | |
| 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 | 3食後とも、うがいのお声掛けや義歯の洗浄等を支援している。不具合を発見した時には、訪問歯科診療へ連絡し、早期の改善を心がけている。 | | |

| 自己 | 者第三 | 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 | (20) | ○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 | 入居者様のご様子を観察しながらお声かけをし、便秘状況や付着等を確認して看護師に報告し、処置につなげている。 | ポータブルトイレを利用される方はなく、生活リズムや排泄パターンを把握し、声かけや見守り等を行っている。外出時には、事前にトイレの場所の確認なども行っている。 | |
| 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 | 毎日ヨーグルトを10時に提供している。排便困難時には腹部のマッサージも行ない、下剤の調整をきめ細かく見ていき、4日以上便秘を防止している。 | | |
| 45 | (21) | ○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 | 入浴日の設定は行っているが、その方の意思をその都度確認し、時間をずらしたり、翌日に再度お誘いする等工夫している。シャワー浴や清拭にも振り替えている。 | 各ユニット毎に一般浴、機会浴で対応し、基本的に週2日の入浴を確保し、土日に清拭を行っている。菖蒲湯や柚子湯などの季節湯を楽しんでもらっている。 | |
| 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 | 傾眠が日中も見られる時にはベッドに誘導し、1～2時間は居室で休んで頂くことも計画に入れていく。その間、訪室は頻回に行っている。 | | |
| 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 | 薬情やお薬手帳等、各入居者様分を見やすく設置し、いつでも調べる事が出来るようにしている。可能な限り1包化とし、確実に飲めたかの確認もしている。日中は看護師を配置し、夜間はオンコールで相談できる。 | | |
| 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 | ほとんどの入居者様は一日中リビングで過ごされるため、スタッフがかわるがわるお声掛けをし、レクリエーションやボランティアさんの活動も定期的に取り入れる工夫をしている。 | | |
| 49 | (22) | ○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 | ちょっとした散歩に出かけることがすぐできる環境で、外出の機会は多く取れている。屋上菜園での栽培・収穫も、入居者様はしっかりと参加できている。 | 近隣の買い物、散策、公園への外出、利用者の希望に応じて外食、美容室への外出支援を行っている。隣接の有料老人ホームでの定期販売にも出かけている。屋上菜園で季節感を味わって頂けるよう工夫している。 | 本人や家族と相談し、外出の予定等、ケアプランに組み込むことも検討されると良いでしょう。 |

| 自己 | 者 | 第三 | 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 | 買い物のご希望があれば相談にのり、好みの物をしっかりと聞いてスタッフが代行したり、一緒にお金を持って外出し、購入している。代金はまず会社が立て替え、その後領収書を添付して引き落としとしている。 | | |
| 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 | ご本人からの申し出がある時はすぐに対応している。また、少し不穏がみられるような時には家族様へ一緒に電話をかけたりにしている。 | | |
| 52 | (23) | | ○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 | リビングからそのまま出られるデッキで、日光浴や花への水やり、洗濯物を干したり取り入れたりと、家庭での日常生活を実践している。季節感を大事にしながら小物を手作りして飾り、四季のインテリアを取り入れたリビングにしている。 | 2つのユニット間の間仕切りを外すことによって利用者全員がレクリエーションやイベントに参加することが可能となり、馴染みのボランティアの訪問等多様な活用が可能となっている。屋上にはEVで上ることが出来、気候の良いときには団らんや季節の園芸栽培を楽しむことができる。 | |
| 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 | 状況に応じてソファの移動や席替えを行い、入居者様間の付き合い方を常に観察して変更に結びつけている。 | | |
| 54 | (24) | | ○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 | ご入居時に馴染みの品を持ち込んでいただくように説明し、スタッフが一緒に居室へ行ったときには馴染の物を話しのテーマに取り入れられている。行事の時の写真も随時居室に飾っている。 | 各部屋にはトイレ、洗面、エアコンなど設置されている。居室には染みの絵画、書籍、テレビなどが持ち込まれ、各部屋からはベランダにも出ることが出来ます。 | |
| 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 | 居室に物を置いておくことが難しい入居者様に対しては、家族様とも話し合い、共用部のクローゼットにお預かりする。季節ごとの衣替えは、できるだけ入居者様と担当者が一緒に行い、不要な物は家族様に持ち帰って頂く。 | | |