

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 | 4370104855 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 リデルライトホーム | | |
| 事業所名 | グループホーム カムさあ | | |
| 所在地 | 熊本県熊本市龍田陳内3丁目37-7 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年3月2日 | 評価結果市町村受理日 | 平成23年4月22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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 あすなろ福祉サービス評価機構 | | |
| 所在地 | 熊本市南熊本三丁目13-12-205号 | | |
| 訪問調査日 | 平成23年3月17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)】

ご入居者が自分らしく最期まで暮らすことができるホーム運営を目指している。室内はバリアフリーになっており、ご自分の力で自分らしく生活を営むことができるよう、ご家族と連携を図りながら支援するように心がけている。認知症ケアを中心に、個々の個性を活かした生活をスタイルを確立できるよう、カムさあを生活環境を整え、どなたでも、ご自分のペースで過ごすことができる馴染みの関係を大切に、ご入居者の笑顔がより多くなるようなケアを実践している。看取り介護については、ご本人・ご家族の希望があれば、主治医・ご家族との連携を図りながらサポートする体制を行っている。ご本人・ご家族の想いを形にすることができるよう、これからもホーム運営を職員一丸となり実践して参ります。

【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)】

総合生活支援センターの一角を占めるホームでは、要介護度平均4という重度化や白寿を迎えられた入居者等高齢化が進んだ中で、入居者一人ひとりの特性や個性を把握し、傾聴・共感・受容する姿勢を持った寄り添いのケアにより、穏やかなその人らしい生活を支援している。開設当初からの入居者の言葉である「私は最期までここがよい。」からスタートした終末期ケアは医療機関との連携や家族との協力により多くの経験をノウハウとして蓄積し、運営推進会議や県の福祉・介護人材緊急対策確保事業研修会等で開示し、今後のグループホームのあり方として法整備等に提言している。職員は現状に満足することなく、今年度もキャリアアップやこの1年を振り返り、新たな介護理念を立て、その実現に真摯に取り組んでいる。家族との関係も構築し、地域に根ざしたホームとしての信頼関係は磐石なものであり、福祉人材育成や認知症ケア啓発への寄与は大いに評価できる。地域ニーズを把握し校区での健康づくりや介護予防教室等の構想もあり、今後も高齢者福祉・認知症ケア推進に大いに期待される。

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、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. 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

| 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 | 理念に基づき、生活の中で自己決定できるように支援しながら、自分らしく暮らすことができるよう、ケアの方針で迷うことがあれば、理念に立ち返りケアするように努力している。 | リデル・ライト両女子の基本理念「愛と奉仕の精神」を根本にして、ホーム独自の理念のもと、この一年を振り返り、全スタッフが理想・目標とする「介護理念」を作成している。家族・職員等がよく分かりやすく単純軽快な介護理念であり、職員のケア基本として活かされ、原点としている。また、スタッフルームへの掲示による意識向上や、管理者は事あるごとに理念や介護目標を想起させ、全職員が思いを一つに理念や介護理念の実践に真摯に取り組んでいる | |
| 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 | 季節行事に地域の方に参加していただく機会を多く持つようにしている。また、地域の行事や日常的な買い物・散歩を通じて地域の中で生活している一員であることを念頭に置き対応している。 | 開設時より地域の中で暮らし続けるための取組みにより、確固たる基盤が作られている。地域への行事参加や子どもたちが遊びに立ち寄り、近隣の買い物等地産地消への取組みや散歩時の歓談、隣接の総合生活支援センターのデイ利用者との交流等に取り組んでいる。 | 運営推進会議を自治会と一緒に進めることや自主事業として校区での健康作り教室や介護予防教室の構想もある。福祉人材育成や認知症ケア啓発への寄与は大いに評価できる。地域のニーズを把握されており、今後も職員の専門性やケア実践を活かした取組みに大いに期待される。 |
| 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 | 日常的に行っているケアの積み重ねを、運営推進会議や地域向けの勉強会を開催して認知症の理解を求める機会をつくっている。 | | |
| 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 | 運営推進会議を2ヵ月毎に1回開催し、サービスの内容や現在の課題等を報告し、サービスに対して意見をいただくようにしている。今後も、運営推進会議を活かした取組みを継続したい。 | 定例化した運営推進会議は事前に議題を提示し、多くの資料やパワーポイントやプロジェクター等を駆使しながら、ヒヤリハットや看取りケア実践、防災訓練、外部評価結果等が詳細に分かりやすく報告し、委員との意見交換によりサービス向上に活かしている。議事録から透明性のある運営体制であることや、この会議を通して地域コミュニティーを構築していることが確認された。特に今年度は開設5年目を向かえ、開設当初から今日までの入居者の状況を振り返り、委員へ披露されており、自分らしく生き生きとした生活をされている様子に、このホームの理念やケア方針を映し出している。 | |

| 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 |
| 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 | 運営推進会議開催の際、地域包括支援センターの職員に参加していただくと共に、運営に関することは、熊本市役所の担当者に確認するなど、気軽に相談にのっていただける。又、介護サービス支援員の方に月1回来て頂き、サービス向上に努めている | 運営推進会議への参加のみならず市担当者との緊密な関係により運営上の相談等に適切なアドバイスを得る等良好な関係にあり、ホームも多くの行政からの見学を受入れ、行政との協働による認知症ケア啓発に努めている。毎月訪問する介護相談員の情報や報告書により入居者の思いを把握したり、相談員からの率直な意見をケアサービスに反映させている。 | |
| 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 | 身体拘束の影響や内容を理解した上で、日常的に扉に施錠することや身体を拘束するケアをしないように、安全面に配慮するよう努力している。 | 身体拘束や虐待はもともと行わないことと全員が認識し、法人での身体拘束廃止委員会への参加や研修により身体拘束の弊害を全職員が正しく理解している。虐待についてもボディチェック表を用いて記録として残すこととし、入居者個々の状態の観察、所在確認の徹底、外出傾向の早期察知により寄り添いのケアや一緒に散歩に出かける等落ち着いた日常を支援している。 | |
| 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のないよう注意を払い、防止に努めている | 職員会議や研修会で職員は、虐待について学ぶ機会がある。日常的には、入浴時のボディチェックを行い、虐待が見のがされないようにしている。言葉の虐待については、職員間で注意するよう日々心がけている。 | | |
| 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 | 権利擁護を活用されている方は、現在の所いっしょやらない。権利擁護は研修会等で学ぶ機会が設けてあるが、全職員が理解できている状況には至らない。権利擁護については、ご家族などには具体的に説明をする場合もある。 | | |
| 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 | 契約時に、十分な説明を行うように努力しているが、一度に多くのことを説明させていただいたため、契約後も疑問点やご不明な点がないか、お伺いするよう心がけている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居者やご家族からのご要望については、実現できるように検討している。日常的に、入居者の意向に耳を傾けるケアを実施できるように努力している。また、ご家族が来られた際やモニタリング後の説明の際、ご要望がないか伺いするようにしている。 | 入居者には日常的な関わりや会話の中で意見や要望を引き出すよう寄り添いのケアに取り組んでいる。家族には訪問時の近況報告の他、率直な意見や要望を引き出すよう積極的にコミュニケーションを図っている。又、モニタリング後にはカンファレンス報告書を作成し、家族の意見や要望を聞きプランに反映させている。ホーム内外の苦情・相談担当窓口・担当者を明示し、第三者委員による助言や苦情対策委員会による体制等も確立している。 | 家族の相談事に丁寧な説明による不安解消や服薬についての疑問点等も詳しく説明しており、家族からの信頼は絶大なものである。家族も日常の訪問や行事への参加等家族参加型のホームであり、今後、家族交流会等も一考され、家族同士が悩みを話し合う機会や、意見や要望を話しあう場を検討されることを期待したい。 |
| 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 | 日頃のケアの中でも、意見を交換するようにしている。月に1回の職員会議の場で話し合う必要があれば、その場を活用している。 | 管理者は職員とのコミュニケーションに努め、日々現場で解決出来る様に意見交換を行い、毎月の職員会議で話し合っている。又、法人内の責任者会議、管理者会議、身体拘束委員会等に参加し、ホーム内では業務分掌により役割を分担し、事故防止アンケート調査を行ったり、マニュアルを見直している。テラスの有効活用は生活のクオリティを上げる等職員の観察力が活かされ、代表者も毎週ホームを訪れ、入居者の現状や職員の状況把握に努めている。 | |
| 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 | やりがいや向上心を持つことができる、スキルアップ研修会や施設内研修・外部研修などを整備している。給与については、1年毎の昇給や夏季休暇・冬季休暇・年休など取りやすい環境になっている。 | | |
| 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 | 施設内研修を年10回以上開催している。その他、勤務期間に準じ初級・中級・上級職に分類し、適正な研修内容になるよう内容を3タイプ用意している。教育システムは充実している。 | | |
| 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 | 昨年、複数連携事業の予算をいただき、認知症に関する勉強会を他事業所と連携し実施する。また、グループホーム協議会などで交流することがある。他事業所との職員間交流を来年度企画する予定である。 | | |

| 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 | 入居前に、受入に関するケアカンファレンスを行い、安心して入居いただけるように心がけている。不安やご要望は、入居時のみではないため、日々の表情や言葉から心の中をくみ取るようにしている。 | | |
| 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 | 安心してご家族をご入居していただけるよう、不安や要望等を気軽にお話いただけるよう、より良い関係が築けるよう努力している。 | | |
| 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 | その方らしく生活していただけるよう、必要とされる支援は、他サービス利用も含め、必要とされる支援に優先順位をつけながら、実施できるように努力している。 | | |
| 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 | 昔の体験談を聞いたり、一緒に調理や家事をする中で、入居者を尊敬し、より良い関係を築けるよう日頃より関わりを持っている。入居者の方々の様々な経験により学ぶことも多く、共に支えあえる関係が築けている。 | | |
| 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 | ご本人とご家族の絆を大切に、カムさあご家族が協力し、入居者が自分らしく生活することができるように、協力しながらご本人を支援する関係を今後も大切にしたいと考えている。 | | |
| 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 | 職員は、馴染みの関係が何故必要か理由を理解しながら、関係が途切れないように、手紙や電話・毎月の報告書等を活かし、より良い関係の継続が図れる工夫を行っている。 | 入居者それぞれのネットワークを活かしながら、馴染みの関係性の継続に取り組んでいる。誕生日に家族と一緒に外食にでかける方や重度化しても毎週自宅に帰られる入居者には職員が送迎し、知人の訪問や大勢で訪問される家族等家族の協力のもと、出来る時に支援したいと取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 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 | 個々の入居者が孤独感を感じないように、職員が入居者の間に入り、話がしやすいように日常的な支援をしている。入居者同士のコミュニケーションは、職員が行う形とは異なり、生活をする上で、必要不可欠であるため、良好な環境が継続できるように努力する必要がある。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取り組み 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 | 契約が終了しても、ご家族がカムさあを訪ねてくださり、入居者の方に会いに来ていただける、より良い関係が保たれている。カムさあが契約終了の入居者の方を大切に思うよう、ご家族もカムさあを大切にしてくださるので、より良い関係の継続ができるよう、毎日のケアを大切に過ごしたい。 | | |
| 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 | ご本人がご自分の言葉で伝えることができる方が少なくなってこられたので、職員間やご家族の意向を聞きながら、生活の質が向上できるようにカンファレンス等を通じ、個々のペースに合わせたケアを今後も心がけたい。 | 今まで言えていた思いや希望が、次第に表出できなくなった入居者もおられ、その時の状況や背景などを探り、寄り添いのケア・傾聴に取り組み、会話の中で思いを推察したり、意向の表出が難しい場合でも、スタッフは如何に選択肢を提案できるかという点に力を入れた支援を展開している。居室で食事をしたいたとの希望に職員も一緒に居室で食事を取る姿等個々のペースや意向を大切に“一瞬”を視点に置き支援している | |
| 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 | その方が、生きてこられた生き方を尊重できるように、その方を取り巻く方たちに話を伺い、これまでの暮らし方を把握するように心がけている。 | | |
| 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 | 日々の記録表を24時間表を活用していることで、食事・睡眠・排泄・余暇の過ごし方・リハビリ等を時間を軸にして記録するようにしている。3カ月～6カ月毎にモニタリングを実施することで、現状の把握に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 定期的なモニタリングを通じ、入居者の今にあったサービス内容の検討を継続している。モニタリングの結果をご家族に説明し、ご要望を確認する機会にしている。現状に即した介護計画であるよう心がけている。 | 定期的なモニタリングの他、介護度変更、事故後の見直し、入院中の入居者には毎日職員が入院先に出かけ状態把握によりプランを見直す等現状に即したプランを作成している。援助内容は詳細で、全職員がケアに反映させるため分かりやすい言葉で作成し、家族や主治医等入居者に関わる関係者の意見等を取り入れ、職員の観察力・気づきを反映したプランである。 | |
| 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 | モニタリング期間を1週間設け、実際に介護計画内容に合せ、ケアを複数の人数で実施している。日々のケア状況も合わせ、モニタリング終了後のカンファレンスで介護計画の見直しを継続して行っている。 | | |
| 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 | ご本人やご家族に必要なニーズについては、柔軟に対応できるように、全職員が心がけ多方面から検討するようにしている。 | | |
| 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 | 入居者の重度化により、ご本人の力を引き出す生活より、安全を守る生活が主体になっている。地域の資源を活用するということは、地域の方に入居していただけるように今後も地域に貢献してゆきたい。 | | |
| 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 | 多くの入居者が往診を受けている。そのため、看護師や職員が往診結果をご家族に説明することで、納得のいく受診支援を実施しています。 | 入居前からのかかりつけ医となっており、在宅診療に志のある医師の往診(3箇所)や受診となっている。往診時には家族も訪問されており、主治医から本人・職員・家族に説明され、地域の歯科からの訪問歯科を採り入れている。定期受診や緊急受診には家族と看護職員が病院で待ち合わせし、医師からの説明を一緒に聞くことで情報を共有している。また、日常的的確な記録や健康管理により異常の早期発見に努め、適切な医療を支援している。 | |

| 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 |
| 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 | 看護体制は専任の看護師を配置している。介護職員と同じ日々の関わりをもらっていることから、職員の信頼も高く、早期の気づきであっても随時、相談できるような体制が図れている。 | | |
| 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。 | 入院された場合は、出来るだけお見舞いに行き、入院中の状態も把握できるように心がけている。このことにより、早期退院がスムーズにできるように職員全員で協力している。 | | |
| 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 | 終末期については、ご家族のご意向を十分に聞き、緊急時の対応や主治医との連携を図れるように、細心の注意をとりながらチームで支えることができる体制を設けている。 | 重度化対応とターミナルの指針に基づき、本人・家族との説明や話し合いを繰り返し、事前指定書による確認や急変時の緊急搬送についても確認を行っている。かかりつけ医の往診や家族の協力のもと、研修でのレベルアップは職員の看取りケアへの取り組みの強化や入居者への思いとなって表れ、その経験を地域や介護事業所など研修会で発表し管理者はグループホームのあるべき姿を発進していきたいとしている。終末期ケアは職員の経験の有無によっては感動や不安等に大きな差があることを踏まえ、全職員にアンケートを行っており、職員は最期まで関わられることにやりがいを感じている。 | |
| 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 | 急変時の対応は研修会等で勉強できるようにしていると共にマニュアルを作成もしている。しかしながら、職員が緊急時となった場合の実践力に不安を抱えている。そのため、今後も勉強会を含めた学ぶ場を多く設け、不安除去に努めたい。 | | |
| 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回に消防訓練を定例化している。地域の自治会や地域自衛消防団と連携しながら実施している。また、防火意識を全職員で持ち、定期自己点検や、屋外の可燃ごみの放置などがないように放火対策にも注意している。 | 消防署立会いの地域と連携した総合訓練と自主訓練を実施し、消火・通報・避難や消火器の使用方法を訓練している。スプリンクラーの設置が完了し、毎月の建物自己点検では避難口の鉢植えなどの置き場所に考慮するなどの30項目について検討し、コンセントの確認等により、まずは火を出さないこととしている。台風災害時の一時避難場所としての地域からの要望や意見交換が運営推進会議の中で行われており、地域から自然災害の受け入れ拠点として期待が高い事業所である。 | 防火管理者は隣接法人施設と共に備蓄の検討中であり、今後も、地域との相互協力体制を確立し、地域の防災拠点として大いに期待される。 |

| 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 | 個々を尊重した言葉かけや関わりを常に念頭に置き、ケアにあたっている。 | 今年度の介護理念にも盛り込まれた一人ひとりを大切にケアは、入居者の横に座り一緒に花を生ける等全職員に入居者目線での寄り添いや傾聴の姿勢等に表れている。職員の言葉かけは優しく、高齢者として尊敬の念を持ってケアに当たっている。職員の守秘義務など個人情報保護についても注意を払っている。 | |
| 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 | 入居生活で強制することは無い。本人の気持ちを表すことが出来るようにケアの在り方を、表情・言葉に耳に傾けるようにしている。 | | |
| 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 | その日をどのように過ごすか希望をとっているわけではないが、出来る限りご本人のペースを大切に、その方らしい生活に近づけるように日々支援するように努力している。 | | |
| 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 | 季節ごとにご家族にご協力いただき、おしゃれできるように支援してもらっている。理美容や入浴後のスキンケアにも気を配っている。 | | |
| 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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 個々の能力に合せ役割分担を行っている。食事の準備は、一緒に手伝っていたく方や皿を拭く方、調理を見学する方など食事を作る過程においてどのような形でも参加できるように意識している。 | 食への関心に繋がるように出来る事を一緒に行い、下ごしらえや食器拭きなど入居者も楽しみながら手伝っている。肉・魚のセレクト料理を日々用意し、数種の飲み物の他、きざみ・ミキサー食など嗜好や状態に合わせている。誕生日には好物の献立にしたり、家族との外食など個々に添った支援が行なわれている。 | |
| 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 | 食生活は、身体づくりの基本になるため、過度なカロリー摂取を避け、栄養のバランスを考慮した食事の提供を行っている。飲み物は、数種類用意し、一日1500ml摂取を目標に支援している。 | | |

| 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 |
| 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、必ず個々の能力に合わせた口腔ケアを実施し、異常の早期発見に努めている。 | | |
| 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 | 出来る限りトイレで排泄していただけるよう、個々の排泄パターンを理解した上で支援している。 | 24時間のケース記録は摂取と排泄を色分けし詳細で分かりやすく、個々の排泄パターンの把握に繋がっている。昼夜を問わず全員をトイレでの支援とし、時間やしぐさにより誘導している。 | |
| 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 | 野菜中心の食事や繊維質・乳製品を多く取り入れた食事の提供に努めている。また、活動量を増やすため、個々のできる力に合わせた運動を実施している。便秘により、日常生活が円滑に行えない状況になり易いため、便秘には注意を払っているが、慢性の便秘の方については主治医に相談し、緩下剤の服用も行っている。 | | |
| 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 | 入浴可能な時間は決めている。その中でも、その方が気持ちよく入浴していただけるよう、また、楽しんで入浴していただけるように支援している。 | 朝から夕刻まで本人の希望の時間に応じ、保湿のための入浴剤を使用したり、一人ひとりとゆっくりと向き合い、寛ぎや楽しみの入浴となる様に努めている。併設のディサービスには機械浴の設備を揃えており、状態に応じた支援が可能となっている。 | |
| 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 | 個々の生活習慣に応じた休息を取り入れるようにしている。衣類調整や加湿にも注意図り、安心して眠れる環境づくりを心がけている。 | | |
| 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 | 職員が薬の内容を把握するため、個々の薬情報をファイルし、どのような薬を飲まれているか理解できる仕組みをつくっている。また、薬は3回確認するようにしており誤薬のないよう職員全員で取り組んでいる。 | | |

| 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 |
| 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 | 個々の興味が異なるので、個々の生活歴を参考に役割を通じ、張りのある生活を日々支援するように職員全員で取り組んでいる。 | | |
| 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 | 個々のその日の希望に沿った外出は出来ていないが、季節ごとの外出と日頃の散歩の支援をしている。また、ご家族の協力もあり、定期的な外出や旅行もなさっている。 | 体調や気候に合わせて、近隣への散歩や中庭に出たり、改修がされたベランダでお茶を楽しむなど車椅子の入居者も外気に触れる機会を持つように努めている。毎月の行事に植木市見物や花見などを取り入れ、近くのカフェで職員と一緒に食事やお茶を楽しみ、毎週帰宅される入居者の送迎や、家族との旅行や外出などが行われている。 | |
| 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 | お金の管理は個々の能力とご家族との話し合いで支援している。ご家族の協力が不可欠で、外出した際は、お金が使えるように支援している。 | | |
| 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している | 職員は、ご家族や大切な方に対する入居者の気持ちを理解した上で、電話や手紙でのやりとりが出来る支援を行っている。 | | |
| 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 | 共有空間は、入居者が心地よく生活する空間であるため、音楽や光・室温・湿度などに十分配慮した環境を整えるよう努力している。職員が皆で混乱しないような工夫をすることで空間づくりを行っている。 | 季節の樹木が植えられた中庭を望むリビングを中心に入居者と職員の穏やかな日常がある。心身の状態に合わせた手すりの設置や、ソファや椅子は三種類を用意し、同じ姿勢が長く続かないよう職員も一緒に移動し寄り添っている。和やかなBGMを流し、柔らかい日差しの差し込む清潔で快適な空間となっている。 | |
| 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 | リビングには3タイプの椅子を用意している。入居者が思い思いに過ごすことのできる居場所づくりを行っている。また、1Fテラス・2Fテラスにもテーブル・椅子等を置き、どの空間でもゆっくり過ごせるよう工夫している。 | | |

| 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 |
| 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 せるような工夫をしている | 出来る限りご本人の馴染みの使い慣れ た物を、カムさぁに持ち込んでいただ けるようご家族の協力をお願いしている。 | 筆筒や仏壇・写真など思い出の品や、使い慣れた 馴染みの品物が家族の協力で持ち込まれ、其々に 個性が表れた落ち着いた空間となっている。担当職 員と共に使いやすい居室作りを行い、全室に置か れた加湿器は風邪予防となり、見た目にも優しい飾 り物となっている。 | |
| 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 | 個々の力を理解し、わかる工夫やできる 工夫をしている。わかる工夫として、日め くりカレンダーやタンスへの表記の実施。 できる工夫として、手すりを整備しバリア フリーにすることで建物内を自由に過 すことができるように工夫している。 | | |