

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 | 2891300028 | | |
| 法人名 | 社会医療法人社団 正峰会 | | |
| 事業所名 | メディケア柏原 | | |
| 所在地 | 兵庫県丹波市柏原町柏原1436-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成29年12月24日 | 評価結果市町村受理日 | 平成30年3月21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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosvoCd=2891300028-00 |
|----------|---|

【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 姫路市介護サービス第三者評価機構 | | |
| 所在地 | 姫路市安田四丁目1番地 姫路市役所 北別館内 | | |
| 訪問調査日 | 平成30年1月24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)】

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型グループホームでの取り組みとして脳活性リハビリ(くもん学習)、運動療法、生活リハビリを取り入れ進行予防に努めています。 ・生活リハビリにて食事の盛り付け、食器拭き、食器すすぎ、洗濯物たみ等の役割を見つけ職員と共に取り組んでいます。 ・健康面においても水分量1500cc・食事・排泄・運動・に力を入れ体調管理にも努めています。 ・母体病院との連携にて月2回の往診や週1回の訪問看護にて健康管理の充実を図っています。 ・地域資源を利用して、外出買い物、理美容室の利用、書道教室、音楽療法、ハンドマッサージ、ボランティア来訪等地域交流の場として取り組んでいます。 |
|---|

【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)】

| |
|--|
| <p>地域に事業所が開所し、10年が経つ。法人内の医療機関や高齢者施設及び在宅事業所の一体的支援で、地域住民の安心につなげている。法人理念に「地域とともにあなたと生きる」を掲げており、事業所は、地域包括支援システムの構築に向けて「認知症サポーター養成講座」を継続的に開催している。「エビデンスに基づく介助方法」「排便サポート」「やわらか食」などについて、制度を導入するなどして取り組んでいる。日々の関わりのなかで、地域住民や家族と共同しての多角的支援に取り組み、法人理念の実践に繋げている。入居者の重度化への対応と看取り支援の充実に向けての計画を進めており、法人内医療機関や地域の社会資源との更なる連携が期待される。</p> |
|--|

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ます (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、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 | 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 | 玄関及び、事務所に理念を掲げている。出勤時、朝礼時、毎月のユニット会議にて音読や、唱和をおこなっている。法人の取り組みである、クレドを平成27年4月から朝礼時、ユニット会議にて唱和するとともに、ユニット会議において、職員一人ずつ、クレドの目標を発言し、共有している。 | 法人の基本理念「地域とともに、あなたと生きる。」を基に、事業所独自の基本方針(「個別ケアの実践」「職員教育」「地域との共存」)が立てられている。また法人全体で行動規範である「クレド」を導入し、スタッフの挑戦目標・行動指針として掲げられ、年度事業計画・行動計画にも反映されている。スタッフは日々の関わりに活かしている。それらの実践については、会議などで定期的に振り返り、共有する機会を設けている。 | |
| 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 | 地域ボランティアの来訪、書道教室、コーラス、朗読等共に過ごして楽しんで頂いている。近隣の店への買い物等を通して地域に密着した生活に取り組んでいる。 | 敷地内に併設されているデイサービスと合同で、近隣の保育所との交流会を定期に行っている。入居者は、スタッフとともに公民館へ出向いてゲートボウルや囲碁ボウルなどを地域住民とともに楽しんでおり、関係性構築の取り組みが実践されている。散歩や、近隣のスーパーへ買い出しの際などには、近所の方から声を掛けて頂くことも多い。今後は更に、トライやるウィークの受け入れや、近隣の中学校との交流なども計画している。 | 事業所の取り組みや、地域での役割を更に明確にしなが、若い世代も含めた地域の支援者を増やすためのきっかけとして、また、一体的な地域づくりに向けても一層の関係性の積み上げに期待したい。 |
| 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 | 3ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、地域の区長、民生委員、介護相談員に参加して頂き、対応に困ったケースやその対応などを報告し、理解を深めて頂いている。また、認知症サポーター養成講座をご家族様や地域の方を対象に開催し、啓発に努めている。 | | |
| 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 | 運営推進会議に家族会代表として家族にも順番に参加して頂き、ホームでの取り組み(訪問診療、運動療法、学習療法、音楽療法、書道教室等)の説明や見学をして頂き、意見を頂いた。今年度も3ヶ月に1回開催している。(丹波市では地域密着型サービス第三者評価の実施回数の緩和に係る適用通知書に基づく) | 区長、民生委員や家族会などに加え、行政(市介護保険課)からも直接に参加頂きながら、3ヶ月毎に開催されている。事業所情報や、外部評価の開示などに加え、地域や行政からの要望、利用者(家族)からの要望など、様々な課題の共通理解に取り組んでいる。併設のデイサービスからも年に1回の参加があり、災害時における避難所としての機能体制など、地域での一体的な支援についての意見交換がおこなわれている。 | |

| 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 |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 運営推進会議、丹波市グループホームネットワーク会議等に積極的に出席し、情報交換や情報共有に努めている。 | 運営推進会議での意見交換等に加え、介護相談員の定期訪問もあり、入居者と直接に話す機会を設けている。そこで抽出された「思い」や「課題」は、それらの実現・解決に向けて共有し、困難事例などについても相談できる機会となっている。また、気象警報が発令された際には安否確認を頂くなどの連携も確認できた。今後は、市で整備されつつある地域包括支援センターとの連携にも期待したい。 | |
| 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 | 利用者の身体的安全、職員の手薄な時間帯(特に夕方以降)にやむを得ず、玄関の施錠を行うことはあるが、身体拘束ゼロ、拘束をしないケアを目指し日々取り組んでおり、これ以外の身体拘束に類する対応は行っていない。また毎年必ず、身体拘束に関する勉強会を開催し、職員教育に努めている。 | 身体拘束の事例は無く、施設玄関の施錠については、実施の理由を明確にしなが、センサー設置などを行い、できるだけ開放するなど、施錠が常態化しないための取り組みが確認できた。研修の機会については、認知症ケアの中の位置付けで年間研画の中にも含まれており、日々において、拘束の無い安全・安心に向けてのケアの実践に取り組んでいる。 | |
| 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 | 虐待防止マニュアルを基に、情報や職員の意見から不適切な対応がないかを日常的にチェック、検討することで虐待防止に努めている。 | スタッフが抱えるストレスは因となり、ケアに影響を与えるとのリスク管理のもと、管理者を始め、スタッフ間で互いに伺い合い、抱えないよう、孤立しないように配慮している。刻々と変化する利用者の状況は、タイムリーにスタッフ間で共有され、その対応についても共通理解を心がけており、メンタルな負担の軽減に努めている。スタッフの要望により休憩室を整備するなど、職場環境改善への取り組みについても確認できた。 | |
| 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 | 今年度、現時点では開催が出来ていないが、次年度3月中に実施予定。 | 研修会を計画し、スタッフへの制度理解を進めている。今後は、パンフレット等を活用しながら地域へ発信する機会を設けながら、必要に応じて地域包括支援センターなどへ繋げていく役割にも期待される。 | |
| 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 | 入居前の見学時や契約時に、契約書・重要事項説明書に沿って、家族に説明し、同意を得ている。また、質問、疑問点等があれば、いつでも相談に応じる旨も伝えている。 | 管理者と介護支援専門員とで、入居者や家族の思いを伺っている。介護保険制度の説明や利用料金などの諸項目について、重要事項説明書を用いて説明を行い、納得を得たうえで契約書に署名を頂いている。事業所で出来る事と出来ない事や、退所時の要件についても具体的に説明し、理解を得ている。 | |

| 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 |
| 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 | 家族の面会時や日々の生活の中で会話をし、要望、苦情など聞き取り、業務に反映している。また、苦情の相談窓口として管理者のほか、市の介護保険課に直接伝えることも可能である旨、入居契約時に説明している。 | 面会時や状況報告などの日々の関わりからの聞き取り、「満足度調査」の実施、年に2回開催される家族会や、2ヶ月毎に開催される運営推進会議で出される意見とあわせ、それらを年度事業計画にも反映しながらスタッフ間でも共有し、実現に向けて取り組んでいる。 | |
| 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 | 月1回、ユニット会議、責任者会議、各委員会を開催し、職員からの意見や案を抽出し、改善できるよう検討している。法人全体としての取り組みで「クレド」を立ち上げ、職員が目標に向かい意見や提案が出来る体制づくりに役立っている。 | 各種会議での意見抽出に加え、年に2回の面談(人事考課)の中では、労務・人事なども含めた様々な意見を得、課題とされるものは実現に向けて「事業計画～行動計画」に反映される。また管理者は、日々の業務の中でも気軽に意見が交わらせる関係づくりに努めている。 | |
| 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 | 年2回、個別に育成面接を行い、課題と成果を確認の上、各職員⇄管理者⇄法人間で共有している。また、日頃の努力を認め、事業所における役割を見出し、モチベーションを維持、向上できるように努めている。 | | |
| 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 | 職能チェックリストにて、個々の力量を把握している。不足している業務を目標チャレンジシートに目標に掲げ、具体的遂行手段を挙げ、不足分を充足できるよう努めている。また、法人内外の研修、講演会に参加し、自己研磨に努め、会議にて研修報告を行なう機会も設けている。 | | |
| 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 | 丹波市サービス事業者協議会に参加し、情報交換や研修会参加の機会を設けている。また、丹波市地域密着型サービスネットワーク会議が3ヶ月に1回開催され、各事業所の報告や情報提供、相談等を行っている。このほか、法人単位でも排泄ケアや学習療法をテーマにした会議、交流会を開催しており、参加を通して事業所のサービスの質向上につなげる様努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | バックグラウンドや自宅での生活習慣等を参考に、スムーズな会話へ繋げ、今後の信頼関係の構築につながる様努めている。また、本人の表情や言葉から、悩み・不安・要望などを読み取り、安心した生活を送って頂けるよう対応している。 | | |
| 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 | 家族と話し合う場を設け、不安や要望、自宅での対応方法など聞き取り、安心して利用して頂けるよう対応している。その中で必要に応じ、安全・安楽確保のための福祉用具の使用他、個別に提案、また協力を依頼し、共に本人を支えていく関係を築く様に努めている。 | | |
| 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 | 本人のその時の状態や本人からの相談、また面会時の家族からの相談内容等から、その方の今に何が必要かを検討し、必要に応じて地域の他サービスの提案も行なっている。また、入居後間もない利用者や状態に特に留意が必要な方については、入居前からの主治医との関係性を重視し、必要時には書面でのやりとりも行いながら、医療面のサポートを確実に受け続けることができる様に支援している。 | | |
| 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 | 24時間共に生活する仲間として、支え合い、助け合い、協力しながら人間関係を築いている。 | | |
| 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 | 入居受入れ時や援助計画作成時、また日々の生活の中で必要が生じた際に、家族にケアへの協力、また参加を求め、共に本人を支えるスタンスを共有している。また年2回の家族会開催とともに、家族に行事やアクティビティに参加していただき、本人とホーム内で接する機会を増やしていただくことで、職員とも関係を密にしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 数ヶ月に1度、少ない方でも年1回はご家族の協力を得て生まれ育った地域への帰郷外出を支援している。親戚や近隣の方と久しぶりに会えるなど、有意義な機会になっている。 | 入居時のアセスメントを重視し、その人の背景やこれまでの関係性を、スタッフは共有している。年々、入居者の身体状況は重度化し、外出する機会も困難になってきているが、入居者や家族から出された要望や、スタッフからの提案などをミーティング等に持ち寄り、それらの実現に向けて検討している。これまで利用されてきた美容室への昼食を兼ねての外出支援や、その人の故郷(自宅)へ帰る機会などの家族との協同支援を確認した。 | |
| 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 | 共同生活の場として助け合い、励ましあい、協力しあう関係作りを職員、利用者同士共に行なっている。時に利用者が利用者の体調を気にして声をかけたり、散歩時手をつないで一緒に歩いて下さっている事がある。 | | |
| 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 | 入院時または他事業所へ移られる時は、利用者の心身状態をサマリー等に記録し、情報提供を行っている。また、入院先、退居先の事業所との連携を継続して図るとともに、退居後も介護、医療に関する相談に応じている。 | | |
| 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 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 | センター方式アセスメントを活用して利用者の思いや希望の抽出に努めている。また、必要時にケアカンファレンスを開催し、家族、また可能であれば本人にも参加して頂くことで思いや希望を聴取している。 | スタッフは、入居者の自己選択の機会を増やす事を目標にしている。意思表示の困難な入居者が大半であるため、スタッフは「気付き」を大事にしながら日々の関わりを大事にしている。それらの「気付き」をミーティングに持ち寄って集約し、スタッフ間で共有している。 | |
| 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 | 入居時に自宅での生活の様子や生活暦、家族構成(家族の呼び名まで)等を書面化し、把握している。日々の会話の中で何度も出てくる言葉は、家族に聞き、情報収集している。 | | |

| 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 |
| 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 | 一人ひとりの一日の過ごし方、その日のバイタル、状態の変化などは毎日記録に残し、その中でも特に重要な情報は、記録の確認とは別に口頭で申し送りをした上、朝礼にて報告し職員間で共有を図っている。 | | |
| 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 | 月に一回はモニタリング会議を開き、現プランが現状と合っているかを職員間でチェックしている。また、プランの改定時は家族からも希望や意見を聴取し、それらを反映するように計画作成者と担当者が共同で作成している。 | 個々の支援計画は、毎月のモニタリング、3ヶ月間で集約し、6ヶ月毎に更新されている。スタッフは1人で入居者2名を担当しており、介護支援専門員との共同で作成される。スタッフの皆が関わる日々の記録(評価シート)は、簡潔に集約された様式を用いており、効率よく記録と振り返りができている。 | |
| 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 | 日々の様子やケア実施内容は個々のケース記録に残している。その記録をもとに担当者がモニタリングを実施し、モニタリング録をプランの見直しに活用している。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 一人ひとりの嗜好や趣味を活かす視点から、出身地への里帰り、お誕生日の外出などの個別外出を援助した。また、家族対応の受診の際にも、不安を訴えられる家族には、利用者の介助として付き添いを行った。 | | |
| 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 | 地域活動への参加、ボランティア受入れ、近隣の店での買い物、介護相談員訪問受入れなど、地域資源の活用にて地域に密着した生活の支援に努めている。 | | |
| 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 | 2週間に1回、協力医療機関(法人母体病院)からの訪問診療がある。緊急時や時間外、休日対応も行ってもらえる体制ができている。また本人や家族の要望により、その他のかかりつけ医への受診の支援も行っている。 | 本人や家族の意向を聞きながら、従来からのかかりつけ医の受診が可能である。主には法人内の医療機関が主治医を受け持つことが多く、定期の往診が受けられており、入居者および家族の安心につながっている。他科の受診についてもスタッフが付き添うなどし、受診につなげている。 | |

| 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 |
| 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 | 24時間看護師と連絡を取り合うことのできる体制をつくっている。また、週1日の訪問看護があり、利用者の健康状態を把握した上で報告し、同時に医療面の相談などを行っている。このほか月2度の訪問診療に付き添い、主治医とコミュニケーションを図っている。 | | |
| 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。 | 入院は、ほとんど法人母体病院になるため、病棟看護師や医療連携室職員とのネットワークは構築されている。入院された場合は、こまめに様子を伺いに行き、看護師、医療連携担当者から状況確認を行い、早期退院に向けての相談も行っている。 | 多くのかかりつけ医は法人内の医療機関であるため、受診や入退院における情報のやり取りについてはスムーズに行えている。退院後の支援の在り方についても、退院時カンファレンスに同席するなど家族との共通理解に努めている。 | |
| 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 | ご入居時に医療連携に関する説明を行うが、その際に終末期に受けることのできるサービスについても説明する。また重度化、終末期にさしかかった場合は、医師、家族を交えた話し合いの場を設け、本人・家族の思いにできるだけ寄り添った支援ができるよう取り組んでいる。このほか、家族様へ重度化、終末期のアンケート調査を行い家族様と情報の共有を行っている。 | 医療連携は、法人内の病院や、訪問看護事業所と随時の連携体制をとっている。終末期支援については、契約時に家族の意向を確認しているが、看取りの事例は無く、医療機関や特養などの他施設へ移られたケースが多かった。これまでの事業所と家族とが積み重ねてきた関係性から、最近では家族からの看取りの要望の声があがってきている。事業所は、支援方法や体制の更なる確立に取り組んでいる状況である。 | 入居者の重度化にともない、家族からは更に看取りへの期待が増えることが予想されるため、研修会などを設けながら、家族も巻き込んだチームケアに向けて、更なる支援体制にづくりに期待したい。 |
| 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 | 救急救命講習の受講を奨励している。また日々、緊急時の対応について学ぶ機会を設けるとともに、訪問看護師による勉強会を開催している。 | | |
| 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 | 水難想定訓練年1回、また地震・火災想定訓練年2回を実施している。火災想定訓練のうち1回は必ず消防署の指導を受けている。また消防団ほか、地域の皆様の協力を頂くことを区長を通じてお願いしている。(逆に、可能なきは事業所側から地域への協力を働きかけることも提案している。) | 定期的に地震・火災・水災の避難訓練を消防署の指導のもとで実施している。更に、地域の代表や知見者を交えて開催している運営推進会議の中でも、事業所が地域の避難所としても機能するよう働きかけており、隣接のデイサービス事業所とともに地域の安心に向け一体的に取り組んでいる。 | |

| 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 | H29年度は5月に接遇面の改善を全職員で図っていくことを学ぶ機会を持った。1月には利用者の視点に立ち、根拠に基づいたケアを行える様にスキルアップを図るための勉強会を開催予定。 | 法人全体で「アセッサー制度(段位制度)」を導入し、その中では、利用者本位の介助方法などをエビデンスに基づいて基準化しており、それらを実践するため、定期の研修会も開催し、職員は日々のケアに反映している。接遇面については、気付いたらタイムリーに、職員同士で、指摘し合える関係づくりに務めている。 | |
| 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 | 自分の思いをなかなか表現できない方に対して、まずは事前の声かけにて反応を見、その様子によって思いを汲み取るように努めている。また、本人の行動や言動などを記録し、アセスメントを行うことで、そこから本当のニーズを掴む様に努めている。 | | |
| 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 | 一人ひとりのご希望、嗜好や生活歴から得た情報をもとに日課や楽しみになるものに取り組む援助を行っている。(援助計画は少なくとも6ヶ月に1回、また必要な場合は随時見直しを行っている。) また日々、個々の生活において無理のない程度に声掛けを行い、本人の行動、表情、様子から今の状態を把握、判断することで個々の生活リズムを大切に支援している。 | | |
| 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 | 個々の利用者ができるだけご自分で整容が行える様、日常的にお声かけ等で支援している。また、衣類等についてお気に入りの素材や好みの色を毎回、尋ねながら、その日の気分にあったおしゃれができるよう支援している。 | | |
| 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 | 利用者、職員が同じテーブルを囲み、食事することが当たり前になっている。また一人ひとりの能力に応じ、盛り付け、洗い物、食器拭き、配膳や片付けに参加をお勧めしている。食事準備や片付けへの参加が難しい重度の方についても、月1回のおやつ作りには部分的に参加していただき、作るよこびから食べる楽しみまでを支援している。 | 法人内のセントラルキッチンが、一体的にメニュー、食材調達などの管理をしている。連携しての取り組みとして、「やわらか食」の提供を開始し、対象者へ、アセスメントを取りながら、順次ミキサー食から移行している。これにより、視覚からの食欲増進にもつながり、摂取量もこれまでより増えている。口腔内の残渣物も少なくなり、誤嚥の防止にもつながっている。食事時にはスタッフは同席し、音楽や会話を楽しみながら時間を共有している。 | |

| 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 |
| 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 | 法人内管理栄養士が献立を作成しているため、栄養バランスは十分にとれている。配膳時、個々に応じた大きさ、軟らかさ、量を調整し、配膳を行っている。水分不足に注意し、寒天で摂取して頂く等の配慮も行い、日々全員の水分量をチェックしている。 | | |
| 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 | 食前に食事前体操を、食後には口腔ケアを行い、清潔保持に心掛けている。 | | |
| 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 | 個別に排泄アセスメントを行い、個々に合わせた排泄サポートを行っている。尿パッド、オムツ類についてはTENAを導入しており、夜間の睡眠確保と日中の余暇活動の支援にも繋がっている。また、日中は排せつに介助が必要な方でもトイレでの排泄が当たり前になる様、排泄パターンや排泄前のサインの把握に努め、トイレ誘導を行っている。 | 居室内にトイレが設けられている。排泄チェック表を記録し、利用者一人ひとりの排泄パターンや習慣を把握している。オムツ、パット類の品目も含めてトータル的に管理している。その人に応じた呼びかけ・見守り・トイレ誘導などにより、自立に向けたトイレでの排泄を支援している。入院でADLが低下された方について、オムツ使用からパットのみへの移行につなげた事例が確認できた。 | |
| 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 | 適度な水分量を摂っていただくために一人ひとりの一日の水分目標値を設け、摂っていただいている。水分が不足になりがちな方に対しては寒天ゼリーで代用している。排便促進のためヨーグルトを毎夕食時提供するなど、排便コントロールを行っている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴の時間帯は広く設け、夕食前に入りたい方、夕食後に入りたい方、毎日入りたい方、隔日で入りたい方など、個々の希望に添うかたちで支援している。 | 入浴の頻度は、入居者のご希望を聞きながら、一人2日毎に設けられ、夕食の前後の時間帯に実施されている。ご希望によっては、毎日の入浴にも対応が可能である。設備の問題もあるが、可能な限りで「変わり湯」などの雰囲気づくりにも取り組む予定である。入浴をコミュニケーションや身体観察の貴重な機会とスタッフはとらえている。 | |
| 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 | 一人ひとりが夜間最もよく休めるように個々に応じた就寝時間にお声かけをし、就寝介助を行っている。TENAを導入したことで、夜中のトイレ誘導やおしめ交換を最小限にし、安眠に繋がっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 現在服用されている薬の種類や用法は、説明書をケースファイルに閉じておりいつでも確認できるようにしている。また処方薬が変更された時は訪問診療記録や受診報告書にて周知している。 | | |
| 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 | 一人ひとりの役割や楽しみはサービス計画のひとつとして日々取り組んでいただけるように支援している。(テーブル拭き、食器片付け、自主学習、ウォーキング、季節の飾り物づくり、読書、書道、音楽など) | | |
| 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 | 個々のその日の要望によって、買い物や喫茶、散歩などの外出を実施している。特にお誕生日には外食を企画させて頂くことが多く、好評を得ている。また家族の協力を得て遠方への外出を実施したこともある。運動療法として散歩を掲げ、ホーム周辺を利用者様の歩行状態に応じた距離で歩いて頂いている。 | 入居者の重度化が進み、外出の機会も少なくなりつつあるが、日々の関わりの中から出される入居者や家族からの要望に、スタッフからの提案を加えながら、入居者の選択肢を増やそうと努めている。家族の協力も得ながら、散歩程度の外出の機会を、更に日常的に行えるよう取り組んでいる。 | |
| 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 | 外出し買い物をする機会を個々の能力やご希望に合わせて設けている。予算に応じた品選び、支払い時にお金を手渡しする等、一連の手続きの中でできるところをご自分でして頂け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をしている | 個々の希望に応じ、家族への電話や手紙の支援を行っている。 | | |
| 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 | リビングルームに季節を感じられる飾り付けを施したり、玄関やベランダに草花を置くといった工夫をしている。 | 建物内は和風の趣で、皆が集まるリビング・食堂は採光が程よく、畳のスペースも設けられている。廊下の壁には飾り棚が随所に設けられており、季節のものや入居者の作品が飾られおり、休憩・歓談用のテーブルセットも置いてある。 | |

| 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 |
| 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 | リビングルームに畳スペースを、廊下に椅子(対面に配置)を、また玄関前にベンチを設置し、ゆっくり談話できるスペース作りに努めている。 | | |
| 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 | 家具は備え付けのものがあるが、馴染みのあるものがあれば持ってきていただけることをご説明している。写真や本などのほか、仏壇やテレビ、トレーニング器具、観葉植物、ミシン等を持ってこられている方がおられる。 | 居室の表札は、スタッフとの共作で個々の好みに装飾されている。居室内にはトイレが設けられている。備え付けの家具も準備されているが、個々で使い慣れた家具も持ち込みが可能であり、スタッフは利用者個性の尊重を、家族と共同している。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 居室前に表札や目印となるものを掲げることで一人ひとりが自分の居室を判別できるようにしている。またリビングルームの椅子のみならず、畳スペースや廊下の休憩スペースをつくり、一人ひとりが思い思いの場所でゆっくり過ごすことができる様に配慮している。 | | |