

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 | 1770500070 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人 春風 | | |
| 事業所名 | グループホーム春風 | | |
| 所在地 | 石川県珠洲市折戸町ラの部26番地 | | |
| 自己評価作成日 | 令和3年9月28日 | 評価結果市町村受理日 | 令和3年12月7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.jp/ |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|--------------------------|
| 評価機関名 | (有)エイワイエイ研究所 |
| 所在地 | 金沢市無量寺5丁目45-2 サンライズⅢ106号 |
| 訪問調査日 | 令和3年10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)】

当ホームは丘の上に立地し、少し歩けば海も見える自然に囲まれた場所にあります。建物は木造住宅であるため、家にいるような感覚で過ごしていただけたと思います。天気の良い日は散歩に出かけ歩くことで、気分転換や健康増進、歩行機能の維持・向上に努めています。また、利用者一人ひとりが暮らしの中でできる力を発揮し、笑顔で過ごせるようお手伝いをさせていただいています。

【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)】

当ホームは「安全を最優先に、利用者の人格を尊重し開かれた環境でゆったりとした生活をしていただきます」を理念として掲げている。日常生活場面では利用者のリスクを考慮しながら個々の「出来る事」を一緒に行ったり、見守り重視の事故予防に取り組んでいる。又、「利用者のニーズ」「健康管理」「職員が必ず行う事」を重視した介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。介護計画の更新・見直し時は家族の声も大切にしており、計画送付時に日常生活や介護に対する家族の希望・要望を書面で返信してもらっている。医療面では提携医による訪問診療や協力医療機関(市総合病院)による支援体制を確保し、適切な連携を図っている。コロナ禍でも丘の上にある立地条件を活かし、気軽に戸外に出る機会を設けたり、家族とも感染対策を施しながら面会できるようにしている。理事長の在住地域の為、近隣住民とは良好な関係を構築しており、運営推進会議の際にも多くの地域住民の参加協力が得られている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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 |
|----|--|---|----|---|
| 60 | 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 | 67 | 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) |
| 61 | 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:18,42) | ○ 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 | 68 | 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) |
| 62 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42) | ○ 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 | 69 | 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) |
| 63 | 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:40,41) | ○ 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 | 70 | 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) |
| 64 | 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:53) | ○ 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 | 71 | 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 |
| 65 | 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 | 72 | 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 |
| 66 | 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 | 朝の申し送り時にケアマネや管理者から「今日もケガのないようにお願いします」と、理念の『安全を最優先に』という部分が職員全体に浸透するように声かけしている。かと言って利用者に何もさせないのではなく、できるだけ体を動かしてもらるように、毎日掃除や洗濯などを職員と一緒にしている。 | 「安全を最優先に、利用者の人格を尊重し開かれた環境でゆったりとした生活をしていただきます」を理念として掲げている。理念は事務所内の掲示や毎朝の申し送りを通じ、職員への周知を図っている。 | |
| 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 | 住宅地から離れた高台にあり、地域住民も高齢化しているため、近隣からの訪問はほぼない。公民館を借りての交流会や地区祭礼見物、盆踊りへの参加などで交流に努めてきているが、昨年と今年は地区祭礼も地域行事も中止となり、交流はできていない。 | 現在はコロナ禍の為に自粛しているが、平時は公民館での住民との交流会や地区祭礼見学等を通じて地域との交流を図っている。理事長の在住地域の為、近隣住民とは良好な関係を構築している。 | |
| 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 | 理事長はもともと地域住民であり、地域の高齢化が進んでいるため、時々相談を受けたり困っていることはないかと声をかけたりすることはある。地域に向けた研修や啓発等の取り組みは行っていない。 | / | / |
| 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 | 運営推進会議では、事業所の活動内容の報告や事故報告等を行うことで普段の様子を知ってもらい、認知症介護や事業所の活動への理解と協力を求めている。出席者は地域住民が多いが、事業所の活動に対しての意見は少ない。 | 地域住民代表・公民館長・市担当者等をメンバーとし、運営推進会議を開催している。今年度は2ヶ月毎に感染対策を施した上で開催、又はレジュメを送付する形式となっている。広報誌(春風便り)を用い、ホームの活動内容をメンバーに分かりやすく紹介している。 | |
| 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 | 市担当者とは運営推進会議以外にも、利用者やサービスについての課題や疑問が生じたときにはその都度相談し、協力を求めている。 | 運営推進会議を通じ、市担当者との連携強化を図っている。運営上の疑問点が生じた場合は都度、担当課に相談し助言を受けている。 | |

| 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 |
| 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「介護保険法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 | 事業所内で身体拘束廃止委員会を設置し定期開催している。身体拘束の内容や弊害、手続き等を初心者でも理解できるように内部研修を複数回行い、身体拘束をしないケアへの取り組みを意識付けしている。 | 身体拘束廃止委員会を3ヶ月毎に開催している。認知症についての理解を深めながら、身体拘束の具体的な行為や弊害、又、不適切ケアや虐待防止についての検討も行っている。ケアマネジャーを中心にスピーチロックによる行動制限の廃止にも取り組んでいる。 | |
| 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がないように注意を払い、防止に努めている | 内部研修を行い、職員各自が不適切なケアを行っていないか振り返りを行うことを促し、虐待防止に努めている。 | | |
| 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 | 必要性が高いと思われる利用者を、それぞれの制度利用につなげた事例が過去に複数回ある。制度についての内部研修については、近年は行っていない。 | | |
| 9 | | ○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 | 契約時には重要事項の説明と事業所としてできること・できないこと等の説明を行い、不安や疑問点等を確認している。利用料金改定の際は文書による説明を行い、理解・同意を得ている。 | | |
| 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 | 契約時に苦情相談窓口についての説明を行っている。家族等には定期的に意見や要望等を自由に記入する用紙を送付している。苦情があれば経過・結果も含め運営推進会議で報告することとしており、その議事録は利用者家族全員にも配布している。 | 平時は面会時に家族の意見・要望を聴くようにしている。又、介護計画送付時(3ヶ月毎)に返信用封筒を同封し、日常生活や介護に対する家族の希望・要望を書面に記載してもらうように工夫している。家族の希望に応じ、LINEやショートメールでの気軽な情報交換も行っている。 | |
| 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 | 月1回の職員全員が参加するミーティングで、管理者が職員からの要望や提案等を聞いている。それ以外の何時でも、ケアマネや管理者、理事長に意見や提案を伝えることができる。 | 毎日のミーティング時に職員間で意見交換できる機会を設けている。又、月1回のミーティング時に管理者が職員の意見・提案を募り、運営面に反映するようにしている。 | |
| 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 | 給与水準は高いとはいえないが、勤務表は職員個々の希望にできる限り沿う形で管理者が作成している。それ以外に、年間を通して季節の野菜等を職員全員に無料配布する機会は多くある。 | | |

| 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 |
| 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 | なるべく外部研修を受けられるよう日程の調整や交通費の支給を行い、研修記録は資料とともに全職員に回覧することとしている。資格を持たずに入職した職員には介護職員初任者研修受講を奨励し、優先的に勤務日程調整を行う。介護に必要な知識や理解を高めるために内部研修も随時行っている。 | | |
| 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 | 介護職員が同業者と交流する機会はほとんどない。ケアマネが珠洲市ケアマネ連絡会で研修会に参加したり他事業所のケアマネと情報交換を行ったりはしている。 | | |
| 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 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 | サービス利用開始前にケアマネが本人との面談に向き、安心して話ができるように努め、本人の言葉を傾聴している。 | | |
| 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 | 利用開始前に面談の機会を作るなどして、家族の困りごとや思い、要望等を聴くようにしている。家族の状況を理解し、安心してサービス利用ができるように言葉かけしたりして関係構築に努めている。 | | |
| 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 | 本人と家族の状況・状態を把握した後、まずは自事業所での対応が可能かどうかを管理者や介護職員と話し合い検討している。場合によっては他の施設等をすすめることもある。 | | |
| 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 | 毎日、食事の準備や後片付け、洗濯や掃除等、利用者の意欲を大切にしてそれぞれができることを職員と一緒にやっている。一緒に作業やおしゃべりをする中で、利用者の話を聴いたり教えてもらったりして関係性の構築に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 職員の支援だけでは本人を支えきれないこと、本人が安心して生活していくためには家族の協力が必要なことを折に触れ家族に伝え、コロナ対応しながらの面会をすすめている。家族の思いや事情・負担は理解しつつ、面会以外に電話での交流など、できる限りの協力をお願いしており、定期的に電話をかけてくださる家族もいる。 | | |
| 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 | 外出先で知人に出会えば、ゆっくり会話できるよう配慮している。面会や手紙、電話などでのつながりを制限することではなく、またいつでもどうぞと声かけしている。本人から希望があればできるだけ対応しているが、積極的にこちらから会いに出かける支援はしていない。 | コロナ禍でも家族とのつながりが途切れないよう、感染対策を施した上(玄関や外でソーシャルディスタンスを保つ等)で面会できるように配慮している。 | |
| 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 | 利用者同士のやりとりは見守っているが、トラブルが起こりやすいと判断すれば座る場所を変えるなどの対応をその都度している。 | | |
| 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 | 他の施設や病院に移って契約が終了となる場合が多いが、その際には先方に本人の状況・情報を詳しく伝えている。利用終了後は、市中で偶然家族等に出会った際に「お元気ですか」などとその後の様子をうかがうことはある。 | | |
| 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 | (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 | 個別にケアマネが話を聴いたり、日頃の利用者の言動や表情などから推し量ったりして本人の意向の把握に努め、ケアカンファレンス等で共有するようにしている。 | 日常会話の中で、利用者個々の意向・要望等を拾い上げるようにしている。又、ケアマネジャーが1:1の場面で、利用者の「思い」を聴くようにしている。利用者の意向・思いを聴いた場合は職員間で情報共有し、その実現に努めるようにしている。意思疎通が難しい場合は、表情・仕草等から「思い」を探るようにしている。 | 利用者から聴いた意向・要望・思いは、本人の言葉で個人の記録用紙に残される事を期待する。 |
| 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 | 初回アセスメントで得られなかった情報が、サービス利用開始後に本人や家族等から得られることはよくあるので、そういったことを意識しながら会話している。得られた情報はその都度職員間で共有するようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の様子・状態は日々の申し送りの他に、毎月のケアカンファレンスでの話し合いで確認し合っている。 | | |
| 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 | 毎月ケアカンファレンスを行い、職員全員で利用者の状態やケア内容について話し合い、本人・家族の意向を踏まえながらサービス計画書を作成している。サービス計画書は基本的には3カ月毎に家族に交付し、同意を得ている。 | 「利用者のニーズ」「健康管理」「職員が必ず行う事」を重視した介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。介護計画の内容は個人の記録用紙に印字し、職員への周知を図っている。現状に即した計画となるよう、基本、3ヶ月毎にモニタリングや内容の見直しを行い、家族に交付している。 | サービス内容は抽象的ではなく、より具体的に明示される事を期待する。又、介護計画の内容は利用者本人にも説明されることを期待する。 |
| 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 | サービス計画は個人記録用紙に転記し、毎日チェックすることで計画内容の把握とそれにそったケアが行われるようにしている。記録に関しては、記載もれがあったり書き方が適切でなかったりすることがあるため、確認し合って訂正や追加を行い情報共有が確実にできるように努めている。 | | |
| 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 | 利用者本人と家族に特別な事情があって他に手段もなかったことから家族に対しての支援を一部行ったことはあるが、積極的に柔軟なサービス提供を行っているわけではない。 | | |
| 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 | 外出行事の際には市内のバス会社の貸し切りバスを利用するなど、なるべく市内の資源(商店等)を利用するようにしているが、協働まではしていない。 | | |
| 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 | 契約時に事業所の協力医療機関と受診支援についての説明を行い、かかりつけ医を選択してもらっている。家族が通院対応困難な場合が多いため、事業所で対応できる協力医療機関に変更することが多い。 | 提携医による訪問診療、又は協力医療機関(市総合病院)への受診を選べるようになっている。協力医療機関への受診は職員が送迎・付き添いを行い、主治医に適切な情報提供を行っている。 | |
| 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 | 当事業所に看護師は在籍せず、訪問看護ステーションとの契約もない。必要時にかかりつけ医に連絡・相談している。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者が入院となった際には情報提供を行い、できるだけ短期間で退院できるようお願いしますと病院側に伝えている。入院中はできるだけ面会に行って状況を確認し、必要に応じて退院前に病院でのカンファレンスを行っている。 | | |
| 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、事業所の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 | 契約の段階で、延命措置を希望するかどうか本人と家族で話し合っておくことをすすめている。重度化に際しては、こまめに家族等に状況を連絡・報告し今後の対応について話し合っている。看護師がいなくても原則として看取りは行わない方針だが、利用者の状態と家族の希望、かかりつけ医の協力と施設の看取りの指針に合意がなされた場合に限って、看取りを行ったことがある。 | 原則として看取りは行わない方針であるが、条件(提携医の協力、家族の強い希望、医療依存度が低い等)が整えば終末期の支援も実施している。利用者の身体状況の変化に応じ、協力医療機関や特養施設への移行等も支援している。 | |
| 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 | 毎年職員全員参加で、消防隊員から心肺蘇生法とAEDの使用方法について学ぶ機会を作っており、応急手当や初期対応についてはその際に質問方法を学んでいる。しかし昨年は諸事情でその機会が中止になり、全職員が実践力を身に付けているとはいえない。 | | |
| 35 | (13) | ○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている | 緊急時の職員連絡網にそって連絡する訓練はしているが、なかなかスムーズにいかない。また、地震などの災害時に携帯電話が通じにくくなることもあるため、LINEを使って連絡する提案はあったが、職員全員がLINEを使えるわけではないため、実現は今のところ未定。緊急時の対応マニュアルはあるが、職員が内容を熟知しているとはいえない。 | コロナ禍の為に中止しているが、平時は市の出前講座を活用し、応急手当のポイントを学ぶ機会(年1回)を設けている。救急搬送に備え、消防指定の用紙に予め必要な情報を記載している。 | |
| 36 | (14) | ○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている | 協力医療機関との連携はとれているが、バックアップ機関との交流はない。 | 提携医(訪問診療)や協力医療機関(市総合病院)による支援体制を確保している。 | |

| 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 |
| 37 | (15) | ○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている | 夜勤者は1名だが、理事長と管理者の自宅が事業所の目の前にあり、すぐに駆け付けることができる体制となっている。 | 1ユニットの為、夜勤者1名の対応となっているが、ホーム眼前に在住する理事長・管理者による応援体制を整えている。又、緊急連絡網による職員間での応援体制も整えている。 | |
| 38 | (16) | ○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 | 事業所が住宅地から離れた高台にあり、地域住民の高齢化が進んでいることもあって、災害時の協力をあおぐことは難しい。施設において被災する可能性のある災害については折に触れ職員全体で確認し合うようにしている。訓練に関しては、市で行われる防災訓練に合わせて自身の身を守る訓練を行っている。火災発生を想定した避難訓練は年2回行っている。 | 災害時の対応マニュアルを整備し、消防設備業者立ち会いの下で火災を想定した訓練を実施(年2回)している。又、普段から地震や地すべりを想定して話し合いを重ねたり、市独自の防災訓練(地震想定)にも参加し、防災への意識づけを図っている。ホームの玄関に防災グッズ(非常持ち出し袋、防災頭巾等)を常備している。食料等はリスト化し保管しているが、水の備蓄は課題として認識している。 | |
| 39 | (17) | ○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている | 災害時の対応マニュアルは整備してある。備蓄については現在のところ完備とはいえない。災害時に使用する防災頭巾を玄関に常備している。 | | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 40 | (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 | 人格を尊重した言葉かけや対応に努めているが、不適切と思われる言葉かけはないとは言い切れない。 | 利用者に対し適切な言葉遣い・対応が出来るよう、「認知症」に関する勉強会を重ねて理解を深めるようにしている。又、トイレ誘導時はさりげなく誘ったり、利用者を前にしての情報交換は控える、申し送りは食堂で行う等、プライバシーにも注意を払っている。 | |
| 41 | | ○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 | なかなか思いを言葉にできない利用者もいるが、その都度、本人の言葉を待ったり、選択肢を用意して選んでもらったりなど、工夫に努めている。 | | |
| 42 | | ○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 | スケジュールは職員の都合で決めることがほとんどだが、本人の希望によって外へ草取りなどに出ることもある。何をすることも、利用者のその日の状態やペースに合わせたものとなるように気を付けている。 | | |

| 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 |
| 43 | | ○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 | 頻りに着替えてどれを洗濯したらよいかわからなくなる利用者もいるが、本人の意向を尊重して対応するよう努めている。ただ、着脱介助が必要な利用者に関しては、着脱しやすい衣類を職員が選択しがち。理美容院については事業所への訪問理容を利用する人が多い。 | | |
| 44 | (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 | 毎日、野菜の皮むきなどの下ごしらえや食後の食器拭きなどを利用者と一緒にやっている。地区祭礼の日は祭り御膳、年末には餅つきを行い正月三日は雑煮を食べる。昔からの食文化を大切に考えて提供している。 | 理事長が育てる旬の野菜を存分に活用し、季節感や郷土色ある手料理を提供している。利用者個々の得意な事で、食事の準備や後片付け時に役割を担ってもらって、いる。季節毎の行事食(雑煮、赤飯等)を楽しむ機会も設けている。 | |
| 45 | | ○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 | 野菜を多く取り入れた食事となっている。本人の状態に合わせて食事形態の工夫、食器選びや量の調整などを行っている。水分を摂りたがらない利用者には、本人の好みの飲み物で水分を摂れるよう工夫をしている。 | | |
| 46 | | ○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 | 毎食後の歯磨きと毎晩の入れ歯除菌洗浄を習慣づけている。必要な人には支援を行っている。 | | |
| 47 | (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 | ポータブルトイレは使用せずトイレで排泄することを基本としている。失禁がある方に対しては、排泄パターンの把握に努め、本人のできること・わかることを維持していけるよう、最適なオムツの選定や介助方法を随時検討し対応している。 | 利用者個々の持てる力を活かし、「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な方には排泄パターンを見極め、適宜お誘いの声をかけている。排泄備品使用時は本人にとって最適な物を選定している。 | |
| 48 | | ○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 | 牛乳やヤクルトなどの乳製品や水分の摂取、体操やレクなどでの運動をすすめるなどして便秘防止に努めているが、下剤を服用している利用者は多い。下剤服用している場合は排便状況の確認に努め、医師に相談しながら下剤の調整を行っている。 | | |

| 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 |
| 49 | (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 | 入浴は基本的に2日おき、日中の午後の時間帯としており、個々の希望に合わせてはいない。ただ、入浴順番に関しては利用者の希望に合わせてたり、湯温の好みなどを考慮し決めている。入浴を拒否する人には、どういった対応がいかを話し合い試みながら支援している。 | 2日おきにお風呂を沸かし、利用者個々の要望(湯温、順番等)に沿った入浴を支援している。重度の方でも安楽に入浴できるよう、リフト浴を設置している。入浴を拒む方には無理強いせず、声かけを工夫したり、別の日に改めてお誘いしている。 | |
| 50 | | ○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 | 利用者一人ひとりの生活リズムについてはだいたい把握している。特に夜眠れない人については日中の活動性を高める努力をしたり、明かりの調節や関わり方を検討しながら対応しているが、ケアだけでは不十分な場合には医師と相談しながら薬の調整を行う。 | | |
| 51 | | ○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 | 利用者の個別ファイルにそれぞれの薬の説明書をはさんでありいつでも確認できるようにしているし、薬が変わった時はその内容と状態変化の確認を行うよう申し送りしている。しかし職員全員が服薬内容を把握しているとはいえない。ケアマネが随時状態変化がないかを確認し、医師との連携を図っている。 | | |
| 52 | | ○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 | 一人ひとりの得意なこと、好きなことなどの把握に努め、好きなことを積極的に行えるよう支援に努めている。折り紙や塗り絵を自由に楽しんでいる人もいる。また、本人のできる力を活かした役割作りもすすめている。 | | |
| 53 | (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 | 一人ひとりの希望にそった外出支援は、基本的に家族に対応をお願いしている。個別に外へ散歩に出たりはするが、ふだんは行けないような場所には外出行事として皆で一緒に車で出かけることが多い。 | 丘の上に立地している条件を活かし、コロナ禍でも気分転換を兼ねて戸外に出る機会(ベンチでの日向ぼっこや足湯、お地藏さんにお参り、季節の果物を取りに行く等)を設けている。平時には貸切バスを借りて、普段行けない場所(植物園等)への外出も支援している。 | |
| 54 | | ○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 | トラブル防止のため本人にお金は持たせておらず、事業所に預かり金もない。一人ひとりの欲しいものは、その都度事業所の立替払いで購入している。 | | |

| 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 |
| 55 | | ○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 | 本人や家族等からの希望があれば、その都度やりとりの支援対応をしている。 | | |
| 56 | (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 | 利用者が動きやすく危険性が少ないものとなるよう心掛けて家具などを配置している。建物は既存の木造住宅を改修したものであるため夏は暑く冬は寒い、コタツや石油ストーブなど生活になじみの深いものを使用することで、家で過ごすという感覚を持ってもらいやすいと考える。 | 木造住宅を改築した建物内は、生活感のある空間となっている。「家」の雰囲気大切に、過度な飾り付け等は控えている。冬季は一般家庭と同様にコタツや石油ストーブも用いて暖を取っている。窓から自然豊かな風景が眺められ、季節感を十分に味わうことができる。今後の利用者ニーズに備え、Wi-Fi環境を整えている。 | |
| 57 | | ○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 | 建物の構造上、共用空間の中に独りになれたり気の合った利用者同士で過ごせるような場所はない。そのためトラブルが起きることもあるので、気の合う人、合わない人など利用者同士の関係性を考慮し、居間や食堂での座る場所を決めている。 | | |
| 58 | (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 | 入居時に本人の使い慣れている物を持ち込んでくださいと伝えているが、必要最低限のもののみという場合がほとんど。アルバムや写真を持ち込む人もいるが、寂しがる人には家族やペットの写真を貼るなどしている。 | 入居時に使い慣れた物(寝具類、身の回りの小道具等)や安心できる物(家族の写真、アルバム等)を持ち込んでもらっている。 | |
| 59 | | ○身体機能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 | 廊下や玄関、浴室、トイレに手すりがある。元は一般的な木造住宅であるため廊下は狭いが、その分手すりや壁づたいに歩きやすい。歩行状態や本人の使いやすさなどを考慮し、歩行器やシルバーカーを使用している人もいる。自室やトイレなど場所がわからない人のために、文字表示を貼っている(文字表示が一番理解しやすいと思われるため)。 | | |