



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 | 2874001783 | | |
| 法人名 | 有限会社 ほおずき | | |
| 事業所名 | グループホームCHIAKIほおずき姫路阿成 | | |
| 所在地 | 兵庫県姫路市飾磨区阿成鹿古408 | | |
| 自己評価作成日 | 令和2年12月15日 | 評価結果市町村受理日 | 令和3年〇月〇日 |

※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/28/index.php |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 ライフ・デザイン研究所 |
| 所在地 | 兵庫県神戸市長田区萩乃町2-2-14 |
| 訪問調査日 | 令和3年1月14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)】

事業所テーマ【励ましと喜びを共有できる連帯づくり】をもとに、入居者様の日々の生活の中での出来事や気持ちの変化に寄り添い、励ましと喜びを共に感じながら、安心した生活が送れるように努めています。各ユニット単位での外出行事を積極的に開催し、外出先での季節感を味わったり、職員が推薦する店舗での食事を実施しています。日々の日課においても、近隣のスーパーへの食材の買い出しや喫茶店へ出かける事で地域での生活を大切にしています。また、ケアにおいては利用者本位となるように個別対応を行っています。家族様の意向も配慮して訪れるように来訪時には話し合いを行い、ケアの方向性を決めていきます。通院・受診に関しても事業所での対応と訪問診療、家族様対応と選択肢を設けています。家族様の希望があれば看取り対応が行える環境作りにも力を入れています。

【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)】

①チームケアによる入居者支援・「励ましと喜びを共有できる連帯づくり」を事業所テーマに置き、ご家族・地域・医療従事者の力をお借りしながら「チームケア(協同)」を実践し、入居者本位の日常生活となるよう取り組んでいる。②日常に適切な刺激を組み入れて支援・本年度はコロナ禍での感染症予防を実践しながらの事業所内行事の開催。通常では、日常的に外出行事(季節の外出や誕生日外出、外食・喫茶外出、ドライブ等)を提案し、入居者ご本人が参加等を決定し臨まれている。③地域とともに・地域の方々との協力を得て実施している「こども食堂」、祭り(正月の餅まき等)や子ども神輿見学、様々なボランティアの協力、ご家族と地域医療従事者との橋渡し、知識還元の一環としての実習受入れ(専門学校生)、地域防災訓練への参加等、地域に根差した事業所となっている。(本年度は交流行事は中止となっている)

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55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 ↓該当するものに〇印 | | 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに〇印 | |
|----|----------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 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) | 〇 | 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) | 〇 | 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) | 〇 | 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) | 〇 | 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) | 〇 | 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) | 〇 | 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37) | 〇 | 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) | 〇 | 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) | 〇 | 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 | 〇 | 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) | 〇 | 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 | 〇 | 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) | 〇 | 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

| 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 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 | 法人理念を認識するために、始業時には理念の唱和を行い理解を深めています。また、理念実践の為に勉強会を実施しています。 | 理念に基づく運営に留意(勉強会の実施)し、「励ましと喜びを共有できる連帯づくり」を事業所テーマにおき、入居者の「本人本位(自己決定)」「自立支援」「生活の継続」が実現できるよう全職員で取組んでいる。 | |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している | 日常生活での買い物や散歩等の活動時に店員さんや近所の方との挨拶や会話があります。また、近隣の喫茶店や店舗に出掛ける機会があり地域と交流しています。 | 日々の散歩や買い物時での近隣の方々との会話、地域の祭りや正月の餅まき、こども神輿見学、こども食堂(場所の提供:自治会等の協力あり)、様々なボランティアの協力等、地域に根差した暮らしとなっている。(本年度は地域行事は中止) | 本年度はコロナ禍の中で、地域行事等の中止をはじめ、外出の規制や面会禁止等により、双方向での交流が困難な状況となりました。コロナ終息後には、また、安心して楽しみの多い日常の暮らしが戻ることを願います。 |
| 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 | 地域の防災訓練等に参加し、車いす介助の方法等について伝えています。また、地域包括と連携し、GHの内容等の見学会及び子ども食堂の開催などを地域の方々との交流を設けています。 | | |
| 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ヶ月に一度で開催し、GH内の事故事例やヒヤリハット対策を報告し、改善案を頂いています。介護事業者に対する地域の理解を深めています。開催が難しい場合は書面にて意見交換を行っております。 | 会議では、事業所よりの一方的な情報発信に留まることなく、感染症対策、地域との連携(ふれあいサロン、認知症カフェ等)、看取り介護、介護人材について等、多くのテーマで意見交換等を行い、運営に活かされている(DVDを活用した可視化での情報提供にも努めている)。 | |
| 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に取り組んでいる | 基幹地域包括支援センター主催のマネジメント会議等に参加したり、定期的訪問を行い、事業所の情報を伝えています。 | GH連絡会、地域ケア会議等に参加し、情報共有・課題の検討等を行い運営に活かしている。地域包括支援センターとは日常より、困難事例相談等の連携が取られており、認知症サポーター研修・見守り隊等でも協力実績がある。 | |
| 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 | 身体拘束に関する勉強会の実施だけでなく、日々の対応についても不適切なケアに繋がる可能性がある場合には職員間で話し合っています。 | 本社基礎研修・事業所勉強会・事例検討(毎月)による日々のケアを振り返り学習により、身体的拘束等への理解を深め、本人本位の支援を実施している(「身体的拘束等の弊害」についても共有)。日中帯は玄関口・フロア出入口は開放している。 | |
| 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 | 高齢者虐待に関する勉強会を実施し、虐待に繋がる不適切なケアに関しては、職員間での解決の話し合いや他の対応策を講じるようにしています。 | 研修並びに勉強会・事例検討(日々のケア振り返り含む)を通して、職員は「不適切なケア」の発生要因を理解し、その払拭に取組んでいる。また、職員間コミュニケーションにも留意し、「孤立化」することのないように努め、チームケア力向上に取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 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 | 介護職員としての倫理について学び、アドボカシー機能をどのように発揮するかを実践しています。必要に応じて関係者の理解と協力を求めています。 | 現在、権利擁護に関する制度を活用している方はおられないが、職員は制度活用が認知症高齢者への支援の方策として有用であることを理解しており、状況に応じて家族等へ情報を提供している。 | |
| 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 | 契約時前より十分な説明を行い入居者様・家族様に理解と同意を得ています。契約後も気になる事があれば随時説明を行い、理解して頂いています。 | 入居後に不具合が生じないよう、事業所見学・体験(日中帯)、質疑応答等をおこない疑問点・不安感が無い状態にして契約を締結している。契約時には関連書類を丁寧に説明し理解いただいている(重度化・終末期への対応方針)。 | |
| 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 | 家族様にも運営推進会議に参加して頂き、気になる事や意見を頂き、改善案を出しています。会議の場に参加出来ない家族様に対しては書面(議事録)や面会時などに今の現状を伝え、今何を望んでいるのかを聞き、改善に取り組み、月末のお便りに個別に進捗状況の報告を行っています。 | 運営推進会議、行事参加時、来訪時、WEB・電話、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。いただいた意見等は直ちに共有・検討し、フィードバックするとともに運営に活かしている。 | |
| 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 | 職員と業務やケアについて個別に話し合う時間を設けています。運営に関する疑問や質問にも対応しています。全体会議でも意見を集約して話し合っています。 | 月例会議(全体・フロア)の場で業務面について振り返り、改善・提案等も聴き取り運営に活かしている(「チームケアについて」「協同」「基本動作の徹底」等)。また、管理者との個別面談(マイチャレンジ)も実施し、能力向上施策にも取り組んでいる。 | |
| 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 | 定期的に個人面談(マイチャレンジ)を実施し、個人目標を設定し、目標が達成できる環境作りをしている。目標達成できたかどうかは本人を交えてフィードバックしながら評価をしている。 | | |
| 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 | 法人内の研修を受ける機会を設けています。経験年数によっては外部研修も受講できるようにしています。また希望する研修についても柔軟に対応しています。 | | |
| 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 | 姫路市のグループホーム協会に参加し、ネットワーク作りをしている。他法人の主催する研修会へも参加して、情報交換や相互の取り組みについて話し合っています。 | | |

| 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 |
| 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 | 環境に慣れていない状況を理解し、本人の気持ちが出せるようにコミュニケーションに配慮しています。関係性が築きやすい手法を選択するようにしています。 | | |
| 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 | 入居をするにあたっての不安等を聞きながら、要望に答えられる様にしています。何でも話せる環境作りの為に介護計画書の説明の際に今の不安等を常に聞き、職員とも共有しています。 | | |
| 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 | 入居前に利用していたサービスを聞き、その代替えが何にあたるか説明し、包括支援センターや地域が行っているサービスの情報提供を行い利用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 | 援助する側・援助される側の関係ではなく、共に生活するパートナーとして生活をどう送るかを共に考えながら行っている。 | | |
| 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 | 在宅支援の立場から家族の行って来た介護の姿勢を尊重し、家族にしかできない事へのアプローチを支援できる体制づくりを行っています。 | | |
| 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 | 契約時に馴染みの関係を聞き、来訪できる事を伝え、定期的に面会に来られています。自宅に戻り、馴染みの人や場所での関係が継続できるよう家族様の協力を得ています。 | 家族との外出(買い物、食事等)・外泊(正月等)、友人・知人の訪問、馴染みの喫茶店でのティータイム、季節の便り投函、携帯電話での会話等、今迄の生活感ができる限り長く継続するよう支援している。 | 新型コロナウイルス感染予防のため、外出・面会の制限もやむない現況です。馴染みの方(家族さま等)との交流については、その方法等の工夫により、引き続き、双方の安心に繋げていただけるように願います。 |
| 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 | 気の合う方同士の席の確保を行い、会話しやすい環境作りをしている。孤立しがちな方は、職員が間に入り、入居者様同士が関わり支え合えるよう工夫し、その時々に応じた対応をしている。 | | |

| 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 | 退去や入院後も連絡が取れるように体制を整えています。 | | |
| 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 | 一人ずつの成育歴にも配慮し、暮らしに関する希望や意向の経緯を探る事で本人本位に近づけるよう検討しています。 | 入居者お一人おひとりの係わり(会話、言動把握、仕草・表情等)の中から、ご本人が望む日常となるよう、その思い・意向を汲み取っている。キャッチした情報は送り・連絡ノート・介護記録等で共有している。 | |
| 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 | 定期的にあセスメント表を見直し、情報の追加などを行っている。家族様に本人様との会話を伝えそこから出てくる情報収集をしています。 | | |
| 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 | ケース記録を時系列に合わせて記入すようにし、一日の過ごし方等について全員が把握できる仕組みが出来ている。 | | |
| 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 | 利用者様・家族様より意見と要望を伺いながら、他職種からの情報を踏まえて、色々な観点からの介護計画を作成している。定期的に個別カンファレンスを行っている。 | 入居者の思い・意向、家族の要望(担当者会議への出席あり、聴き取り実施)にパートナー(介護職員)・医療従事者の意見を踏まえ、ご本人の「今」にマッチした介護計画を作成している。毎月のケアカンファレンス・モニタリングをプランの見直し等へ繋いでいる。 | |
| 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 | 個別ケース記録に工夫した内容等を入れている。職員間で情報共有を行い、カンファレンス時にケア方法を決め、介護計画書に活かしている。 | | |
| 28 | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 地域の様々なサービスの情報収集を行い、本人様・家族様の要望に沿えるサービスを提供したり、取り入れたりと柔軟に対応している。 | | |

| 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 |
| 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 | 契約時に今まで活用していた地域資源等を聞き、継続して参加できるように支援している。日々の買い物・散歩で近所の方々に挨拶をし、交流を図っています。又定期的に近所の喫茶店に出かけ、馴染みの関係性を構築しています。 | | |
| 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 | 契約時に協力医(内科・訪問診療・訪問歯科)がある事を伝え、選んでもらっています。状態に合わせて訪問診療等を説明し、本人様・家族様が納得した医療を受けられるように支援している。 | 協力医(内科)による往診(月2回)及び急変時への対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。入居前からのかかりつけ医への受診は家族と協同している(4名)。また希望者及び必要時には歯科の訪問(口腔ケア含む)も受けている。 | |
| 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 | 介護職員からの相談・報告等、少しの変化でも報告が来ている状態です。その中で健康管理が行われており、協力医・薬剤師との連携が図れている。 | | |
| 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。 | 家族様と連携を密にし、入院時には病院に出向き、回復状況の把握を行っています。病院の地域連携室とも情報交換を行っています。往診の方に関しては主治医と相談して他の医療機関と連携が図れるようにしています。 | 入院中は入居者の不安軽減のために職員が面会に行き、家族とも情報を共有している。病院とは早期退院を目標に連携し、退院時にはホームでの暮らしに不具合が生じないよう情報を入手し、ホームでの支援に活かしている。 | |
| 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 | 重度化・終末期の話に関しては全入居者・家族様に意向調査をしている。ほおずきのGHも終末期を過ごす一つの選択肢として家族様に提案をしています。 | 入居者が重度化・終末期の状況となった場合には、ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう、関係者(本人・家族、医療従事者、事業所等)で相談・検討しながら取り組んでいる。この一年では1名の方を看取らせていただいた。 | |
| 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 | 社内・施設内においての研修・勉強会を実施し、全職員が対応できるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 消防訓練や避難訓練を通じて様々な災害時に対応できるようにしています。地域における避難所に移動が可能な対策も取っています。 | 定期(年2回)での通報・消防・避難訓練(日中帯・夜間帯想定)を実施している。防災マップ・避難場所及び経路の確認も実施し、有事に備えている。また、地域の防災訓練にも参加し、地域との協力体制も整備できている。非常食・飲料水等も備蓄(3日分)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 |
| 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 | 1人1人の生活や生活歴を把握し、個々の自尊心・羞恥心に配慮しながら声かけや対応をしています。 | 入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に十分配慮しながら、今まで培ってこられた事柄(技能、趣味、習慣等)のうち「できる部分を、ご本人が望むタイミングで」体现していただくよう支援している(散歩、家事手伝い、TV観賞等)。 | |
| 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 | 入居者のできる事。できない事。できるがしたくない事。できないがしたい事。の把握に努め、個々の状態に合わせた生活を送ってもらえる様に情報収集を行い実施をしています。 | | |
| 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 | 個々の生活ペースに配慮しながら支援していますが、職員によっては多少の対応についての支援の差が生じています。 | | |
| 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 | 服の買物等、家族様に了承を得て預り金から一緒に買い物に行き、購入をしています。また訪問美容など依頼し、外出をしにくい方にも楽しんで頂いています。 | | |
| 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 | 近くのスーパーと一緒に買い物に行き、会話を楽しみながら食事作り、後片付けを行っている。また外食を各ユニットで実施しています。誕生日の日には食べたい物等を聞き、個別で外食や喫茶店に行くことは新型コロナウイルスの影響により自粛しております。 | 「食事レク(月1回程度)」の日には、入居者が献立決めから食材の購入(事業所内の畑での収穫野菜含)、調理・盛り付け、洗い物等、「出来てやりたい部分」を職員と会話を楽しみながら一緒に行っている。行事食や外食・喫茶、手作りおやつも喜んでおられる。 | 「食」を通じての活動は入居者の方々にとっても楽しみが多いものです。「出来る力」「参加意欲」を活かす支援に今後も期待をしています。 |
| 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 | 個人の病歴、好みを把握し状態に応じた食事形態を検討し、日々のチェック管理を行っている。水分補給に関しても1日の水分量が把握できるよう努めています。 | | |
| 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 | 1人1人の状態に応じた口腔ケアを実施している。入居者様・家族様の希望を伺い、月一回の訪問による歯科診療も実施しています。 | | |

| 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 |
| 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 | トイレでの排泄が維持できるようトイレ誘導等を行っています。また自尊心に配慮しながらハビリアパンツから布パンツの変更に努めています。 | 入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人にマッチした方法(2人介助、同性介助、声掛けのタイミング・方法等)によりトイレでの排泄が行なえるように支援している。夜間帯はポータブルトイレ、パッド交換の方もおられる。 | |
| 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 | 体調管理表により、毎日の排便確認を行いチェックを行っている。日々の散歩等で運動を行い、腸の運動を促している。食物繊維なども考慮しながらメニュー作りをしています。 | | |
| 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、職員の都合や曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている | 季節に応じたゆず湯・しょうぶ湯等の実施を行い、また、体調不良等で入浴ができない場合には手浴・足浴・清拭などを実施しています。 | 週2~3回の入浴を基本に、ゆっくりゆったりとした入浴時間となるよう支援している(2人介助、車椅子の方も湯舟に浸かる、職員との会話等)。季節湯(葛蒲湯、ゆず湯等)も喜んでおられる。 | |
| 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 | 畳の部屋・ソファを活用し、状況に応じた休息を促している。夜間なかなか入眠できない方には足浴を実施し、安眠を促す等の工夫をしています。 | | |
| 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 | 薬局に居宅療養管理指導を依頼し薬剤師に薬の副作用等の説明を受けている。状態が変化した際には医師と薬剤師に連携依頼しています。服薬管理マニュアルの見直し、服薬手順等も統一しています。 | | |
| 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 | アセスメントを適宜、取り直しその時、その時の状況・状態に合わせた楽しみ事・気分転換を支援している。家族様にも本人様の思いを伝え、実現できるように支援して頂いています。 | | |
| 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 | 市内市外の観光地にも外出し、若い頃の話をしてもらいながら、次回の場所を決めています。家族様にも定期的な外出の協力を頂いており、施設で行った場所などの情報交換を行い、色々な場所に行けるようにしています。 | 日々の散歩や買い物、庭園の草花・野菜の苗付け、水遣り等、日常から外気に触れる機会が多い。季節の外出(花見・桜・紫陽花・秋桜・紅葉等、初詣他)や誕生日外出、ドライブ(姫路城、手柄山、鹿島神社)等、適度な刺激となる支援も実施している。 | 今後もご家族の理解・協力をいただきながら、面会・外食・通院同行の機会等も活用し、入居者個々人のご家族等(馴染みの関係)との大切な時間の確保の継続支援を願います。 |

| 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 |
| 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 | 基本的に金銭に関しては立替となっております。買い物などの際はお金を持ってもらい、自分の物を買った際はご自身でレジで精算してもらるように支援しています。 | | |
| 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 | 暑中見舞い・年賀状など特定の時期に限りますが、家族様や大切な方に出すように支援をしています。携帯電話など持ち込みの方もおられ自由に電話をされています。 | | |
| 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、生活感や季節感を盛り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居者様による四季を感じられる手作りの品を飾ったり、季節の花を活けたり、より家庭的な雰囲気や季節感を感じとれる空間に近づけるよう心掛けています。 | 季節を感じれる玄関口(花や飾り付け)、適度な採光の入る開放感あるリビング、笑顔一杯の行事写真や季節飾りが貼付された壁面、野菜が収穫できる畑や季節の草花が楽しめる花壇等、ゆったりとした時間の流れる共用空間となっている。 | |
| 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 | ソファや畳部屋等、気の合った方が会話しながら過ごせるよう一人ひとりの席を確保している。食卓の座席はその時々状況により、見直しを行っている。 | | |
| 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 | ご自宅の居室に近づけるよう、ベッドやタンス等、使い慣れた品を持参して頂いている。写真や思い出の品等もご家族様に依頼し、本人様が安心して居心地の良い空間づくりに配慮しています。 | 使い慣れた馴染みの大切なもの(ソファ・筆筒、家族写真等)を持ち込み、居心地の良い居室となるよう支援している。個々人のADLの変化へも設えを工夫する(安全な居室環境)等を検討して対応している。 | |
| 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 | 共有場所・居室が分かりやすいよう、表示しています。居室内入り口・共有スペース壁側すべて・トイレ・脱衣場・浴室に手摺を設置し活用されている。浴室洗い場には、スベリ止めマット・肘付きの椅子を使用し転倒防止に努めています。 | | |

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 | | | | | |
|----------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題 | 目標 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容 | 目標達成に要する期間 |
| 1 | 2 | ○事業所と地域とのつきあい 本年度はコロナ禍の中で、地域行事等の中止をはじめ、外出の規制や面会禁止等により、双方向での交流が困難な状況となりました。コロナ終息後には、また、安心して楽しみの多い日常の暮らしが戻ることを願います。 | コロナ禍の中、感染対策を十分に行い、地域の方々との交流やボランティアグループの導入の計画と実施。ワクチン接種後に活動量が増加する可能性があります。オンラインでの交流も検討していく予定です。 | <ul style="list-style-type: none"> 自治会の会合への参加や近隣施設との交流 登録ボランティアグループの活用 自施設の会場提供(喫茶の開催等、イベントの開催) オンラインでの交流活動 | 12ヶ月 |
| 2 | 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。 | 家族様を中心とした馴染みの人との関係性を継続する為、定期的な訪問依頼や感染予防を考慮した少人数による交流会を開催していく予定です。 | <ul style="list-style-type: none"> 家族様や馴染みの方との交流 オンラインでの交流会の開催 動画により活動内容の発信 | 随時 |
| 3 | 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。 | 食べる事の楽しみを利用者一人ひとりに焦点を当てて考えていく。食事に関する個性を引き出せるように一緒に検討できる様に工夫する。 | <ul style="list-style-type: none"> 食事に関するアセスメントの実施(本人、家族へのヒアリング等) 食事の場面へ利用者の参加を促す(買い物、準備、提供、後片付け等) 個別の夕食や行事食、食事形態の変更等、利用者のニーズを反映させる | 随時 |
| 4 | 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。 | 個別の状況(認知症状、身体状況、本人の思い等)の情報を収集し、外出支援へと繋げる。家族への意向も聞き取り、感染予防対策を徹底した上で少人数による定期的な外出支援を検討していく。 | <ul style="list-style-type: none"> 個別状況の把握(認知症状、身体状況、本人の思い等)を実施する。 家族からの希望や意向を聞き取り、場合によっては帯同や予算についても話し合う。 外出を通じて社会との繋がりや地域の方との交流を持てるように配慮する。 | 12ヶ月 |

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。