

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 | 1293600043 | | |
| 法人名 | 医療法人社団 雅厚生会 | | |
| 事業所名 | グループホームこまくさ(ユニットI) | | |
| 所在地 | 千葉県印西市草深137-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成29年12月7日 | 評価結果市町村受理日 | |

※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/12/index.php |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|------------------------------|
| 評価機関名 | 株式会社アミュレット |
| 所在地 | 東京都中央区銀座5-6-12みゆきビルbizcube7階 |
| 訪問調査日 | 平成31年2月5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)】

今年度のグループホームのキャッチコピーを安心と掲げ、利用者様とご家族様が安心できる空間作りを目指し、スタッフが安心して働ける環境作りに努めております。利用者様が安心して笑顔で過ごせるように日々努力しています。スタッフが生き生きとし働きやすい環境を整える事で、利用者様に良いケアが提供できると思っております。

【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)】

利用者の生活の活性化を図るために平成30年度は季節に合わせたイベントに力を入れ母の日や父の日、七夕、秋祭り、クリスマス会、節分の豆まきなど季節行事を通じて利用者の楽しみの幅を広げています。外食やドライブなども定期的に取り入れるなど戸外活動も増え利用者の活動の幅も拡充しています。ホーム内でも安心して楽しく過ごせるように日々のレクリエーションなども工夫を図っています。利用者の笑顔も多く、職員とも馴染みの関係を築いています。今後に向けては、利用者一人一人のADL(日常生活動作)の低下を招かないようなアプローチについても全体で検討し、さらなる質の向上を目指しています。

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. 全くいない |
| 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) | ○ 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 | 基本理念を事務所に掲示して基本理念に則って業務を行っている。理念とは別に毎年、キャッチコピーを掲げ日々の支援に反映させている。 | 平成30年は「安心」を平成31年は「改善」をホームの目標に掲げ、全職員で共有して取り組んでいます。ホームの年間目標に関しては、2ヶ月毎の「こまくさ会議」の中で職員に周知するほか、伝達ノートを通じて周知しています。 | |
| 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 | ボランティアさんの訪問を受け入れている。高齢者クラブと行事を合同で行っている。運営推進会議のメンバーに高齢者クラブの会長や民生委員が入っている。地域の行事に参加し交流している。 | 地域の高齢者クラブと良好な関係を築いており、高齢者クラブ主催行事の芋掘りなどに利用者も参加しています。さらに民謡やギター演奏、合唱、大正琴等地域のボランティアの方も定期的に訪れています。事業所の夏祭りでは子ども会と合同で実施するなど地域と良好な関係を築いています。 | |
| 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 | スタッフがキャラバンメイトの研修を受け小学校での認知症サポーター養成講座の活動をしている。地域の高齢者クラブに依頼され介護の知識や認知症の講演をしている。 | | |
| 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度、家族代表2名、市職員1名、民生委員1名、高齢クラブ会長、施設ケアマネ、管理者で行っている。そこで事業所の現状状況、グループホームと法人の行事、活動報告をし、地域の情報を収集している。議事録を掲示し利用者様、ご家族、スタッフが閲覧できるようにしている。 | 市の担当課職員、地域代表として民生委員や高齢者クラブ、利用者家族代表者の参加を受け2ヶ月に一度定期的開催しています。会議を通じて様々な意見交換を行うことで民生委員の方にもホームの役割を知って頂くなどの機会にもつながり有意義な会議となっています。 | |
| 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 | 運営推進会議に出席して頂いて、顔の見える関係作りに努めている。介護保険改正の際や、加算算定の件について、その他不明な事も担当者に相談している。 | 市の担当課の職員は2ヶ月に一度の運営推進会議に参加を頂いており、定期的に連携を図ることができています。また、運営上の疑問点などは気軽に相談できる体制があり、日頃から協力関係を築くことができています。 | |
| 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 | 身体拘束排除宣言を事務所に掲示している。そこに禁止の対象となる具体的な行為を記載しスタッフに周知している。玄関の施錠は離脱防止の代替え手段がなく、また防犯の為施錠している。 | 「身体拘束排除マニュアル」に基づき日々適切な支援を行っています。法人内には「身体拘束廃止委員会」を設置しておりホームからも委員を選出し年2回実施しています。また県主催の身体拘束廃止研修に職員を派遣し意識や知識の向上を図っています。 | |
| 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 | 毎年スタッフが高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修を受講している。受講後はこまくさ会議で研修報告をし、情報を共有している。事業所内での虐待が見過ごされる事がないように、特にスタッフの言葉遣いには注意を払っている。個人面談を行い、スタッフに業務上のストレスや不安はないか等を聞いている。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットⅠ)

| 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 |
| 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 | 管理者とスタッフが高齢者権利擁護、成年後見制度の研修を受講している。日常生活自立支援事業については今後、学んでいきたい。 | | |
| 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 | 契約時には必ずご家族様と一緒に一つ一つの項目を声にし説明をして確認して頂き同意を得ている。不安や疑問点も確認し答えている。改訂の際は手紙で説明をし不明点は電話で受け答えをしている。 | | |
| 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 | 運営推進会議での家族代表の参加、苦情相談担当者を設置している。また気づいた点はいつでも話して下さいと家族に説明している。 | 家族からの意向や要望については面会時や運営推進会議参加時に直接確認しています。また外部の苦情相談窓口を利用できることについても家族に説明しています。利用者からの意向や要望等については日常会話の中から収集しています。 | |
| 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 | 毎月1回会議を実施し、そこで意見交換をしている。年に2回の個人面談の実施。毎日の申し送りの時にも意見や提案を聞き、反映できる事は行うようにしている。 | 年2回の個人面談を定例化し管理者から直接意見や要望等を確認しています。また日頃からも職員に声をかけ現状の確認などを行うほか2ヶ月毎のこまくさ会議を通じて意見や要望等確認しています。 | |
| 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 | 非常勤職員に関しては、勤務時間や勤務日数が個々に違うのでしっかりと把握するように努力している。常勤職員に関しては毎年公休をしっかりと取り、有給も取れる様に努めている。 | | |
| 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 | 個人面談の際に希望する研修の要望を聞き、なるべく要望に沿った研修に行く機会を作っている。法人内の研修にも参加出来るように勤務を調整している。 | | |
| 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 | 市主催の多職種合同研修会に参加し、他の事業所の職員と交流を持ち、意見交換をしている。法人内で委員会活動があり、法人内の他部署との交流ももてる。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットI)

| 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 | サービス開始前に可能な限り本人にも見学して頂き家族を含めて話を聞きアセスメントしている。話やすい環境作りに努めている。 | | |
| 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 | 入居申し込み時には電話だけではなく、直接お会いしてお互いの表情を見ながら安心して話しが出来るように努めている。 | | |
| 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 | 話しに耳を傾け、必要としているサービスを見極めるように努めている。 | | |
| 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 | 洗濯物を畳んだり、お皿洗い、テーブル拭き等本人に出来る事はして頂いている。スタッフと一緒に料理やおやつ作りをしている。また、利用者様が自ら申し出て下さるような関係作りも心掛けている。 | | |
| 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 | 面会時に近況の様子を伝えるようにしている。利用者の状況を毎月お手紙で知らせ家族と情報を共有するように努めている。手紙で間に合わない事は電話で連絡している。 | | |
| 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 | 関係継続は望ましい事であるので、面会等の制限を設けず支援に努めている。 | 家族の協力を得て馴染みの場所のお連れ頂いたり、お正月には自宅に外泊する等、ケースは多くありませんが利用者一人一人の状況に応じてこれまでの関係性が継続できるように取り組んでいます。 | |
| 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 | 認知症による易怒性や他者とのトラブルになる恐れのある方を把握して、フロアの席を配慮している。お話好きな方やお世話好きな方を把握しスタッフが仲介し、孤立しないように、また良好な関係が築けるように支援をしている。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットI)

| 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 |
| 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 | 必要に応じて自宅復帰の為の支援として、居宅介護支援事業者の紹介を行う事もあるが、その後の経過を知る機会はある。 | | |
| 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 | 家族からの情報を元に本人の様子を観察してアセスメントしている。必ず本人に生活に対する意向を聞き、その思いをケアプランに反映している。 | 利用者の思いや意向については、日常会話から収集するほか、ケアプラン作成や更新時のアセスメント時に現状及び課題等を収集し、ケアプランに反映し、利用者本位の支援が図れるように取り組んでいます。 | |
| 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 | 入所時には本人や家族、担当ケアマネから生活歴や暮らし方を必ず聞き把握出切るように努めている。その情報を事務所内に掲示しスタッフ全員が共有するようにしている。普段の会話からも生活歴を聞き出せるようにしている。 | | |
| 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 | 毎日心身状態の把握に努めている。変化があった際は柔軟に対応している。その方に合った1日の過ごし方をしてもらっている。 | | |
| 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 | モニタリング、アセスメント、ケアプラン、担当者会議、定期的に行っている。担当者会議での各異見を反映させる事が出来る様に努めている。 | アセスメントで収集した現状や課題等を踏まえて担当者会議の中で職員家族の意向を確認し総合的な意見を踏まえケアプランを作成しています。ケアプランの達成状況については、計画実施表に記録すると共に、毎月のモニタリングで確認しています。 | ケアプラン内には主治医に協力を頂きながら支援を進めていくケースも確認できたため今後に向けては主治医の意見も担当者会議で確認できると良いと考えます。 |
| 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 | 個別記録以外に、特記すべき事は業務日誌に記載したり、ケアの変更等はスタッフ間の伝達ノートに記載したり、申し送りを利用してミニカンファレンスを行い情報の共有に努めている。 | | |
| 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 | ご本人の状態や状況を把握し、法人内との関係機関と連携し、柔軟な対応が出来る様に取り組んでいる。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットI)

| 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 |
| 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 | 近隣の高齢者クラブや自治会と行事を合同で行っている。自治会や幼稚園から行事に招待される事があるので参加している。 | | |
| 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 | 併設のクリニックでの受診支援を行っている。それ以外の診療科目や、以前からのかかりつけ医を希望された際にはご家族様に付き添いを依頼している。 | 併設のクリニックと日頃から連携を取る事ができており利用者の急変時にも迅速に対応できる体制としています。クリニックの院長による訪問診療も2週間に一度実施しており必要な医療を迅速に受けられる体制は当ホームの強みとなっています。 | |
| 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 | 併設のクリニックの看護師と普段から情報は共有し、利用者の状態に変化等あった時は、すぐに報告している。 | | |
| 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。 | 入院時には診療情報提供書や介護サマリーを医療機関に提供している。 | | |
| 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 | 入所時に「入居者の重度化及び看取り介護に関する指針」について説明し、同意を得ている。入居されて状態が変化してきた際に再度話し合いの場を設けている。地域の関係者としては併設のクリニックが対応している。 | 重度化した場合や終末期のあり方については契約時に「入居者の重度化及び看取り介護に関する指針」を説明し、家族と同意を取り交わしています。今年度もホームで看取り介護を行っています。職員の知識等を深めるために外部で開催される看取りケアの研修にも派遣しています。 | |
| 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 | 訓練を定期的には行っていないが、緊急時は併設のクリニックに連絡し指示を仰ぎ夜間はナースオンコールがある。 | | |
| 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回避難訓練を実施している。1回は夜間を想定し実施している。地域との協力体制は今後の課題である。 | 平成30年10月に消防署の立会いの下で火災を想定した避難、消火、通報訓練を実施しています。災害に備え「災害対策マニュアル」の整備や災害備蓄品に関しても食料や水等必要数確保し、消費期限などもこまめに確認しています。 | 今後に向けては風水害に備えた訓練についても定期的実施できることを期待します。 |

グループホームこまくさ(ユニットI)

| 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 | ケアに対して無理強いせず、本人の認知面での理解の程度や精神面を観察しながら、その人に合った声かけで対応している。 | 利用者のへの対応については職員一人ひとりが適切に対応しており、居室へ入室する際にも、一声かけるほかノックをすることを徹底しています。今後は「介護職員のための虐待予防チェックノート」を活用した言動や行動の振り返りも予定しています。 | |
| 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 | 自己決定が出来る人にはきめてもらっている。出来ない人にはスタッフが本人の想いを汲んで対応している。普段からコミュニケーションを図り気持ちを汲み取る事が出来るように努めている。 | | |
| 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 | 毎日出来ているわけではないが出来る時は行っている。自分のペースで過ごせる方には過ぎて頂いている。 | | |
| 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 | おしゃれまでは支援できないが整容を整える事はしている。汚れた衣類はその都度着替える様にして身だしなみを整えている。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 職員と共に出来る事(テーブル拭き、箸のセッティング、食器洗い等)を行っている。献立をホワイトボードに書き出し、皆さんに知ってもらう工夫をしている。 | 食事については施設の厨房で作られた食事がホームに運ばれ、ホーム内で盛り付けをして提供しています。専用のボードに食事メニューを利用者に書いて頂き食事メニューを可視化しています。行事食や外食なども定期的に取り入れ食事の楽しみにつなげています。 | |
| 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 | 食事摂取量、水分摂取量は毎日観察して記録している。1日の水分摂取量は1000ccを目標としている。今年度から水分補給ゼリーを取り入れて水分量のアップを図っている。本人の状態に応じて食事形態や介助方法を検討している。 | | |
| 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 | 毎食後に口腔ケアを実施している。その人に合った、声掛けや介助を行っている。毎週火曜日には訪問歯科診療をお願いしている。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットI)

| 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 | (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 | 排泄記録にて個々の排泄パターンを把握して、トイレ誘導や排便コントロールを行っている。排泄形態も個々に応じて日中と夜間で変えている。 | 利用者一人ひとりの排泄状況については「排泄チェック表」に記録し職員全体で共有しています。日中は定時の声かけや誘導によりトイレにお連れし、トイレで排泄できるように支援しています。 | |
| 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 | 水分は1日に1000ccを目安にしている。腸内環境を整える為に週に二回ヨーグルトをおやつに取り入れている。水分補給用ゼリーも取り入れている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 3グループに分け、ローテーションで入浴している。便失禁等激しい時は随時シャワー浴などで対応している。希望が一番風呂に入浴している方はいるが全員の希望には合わせられていない。炭酸泉を取り入れている。 | 入浴は週2回のペースで利用者のその日の体調を考慮し入浴して頂いています。入浴中は職員が介助につき安全面に配慮するほか、炭酸泉を導入しており入浴の楽しみにつなげています。利用者の状態に応じては併設のデイサービスの機会浴槽も使用しています。 | |
| 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 | 昼食後にお昼寝の支援をしている。日中傾眠の強い人、体調不良の方など状況に応じて居室、またはフローの畳みスペースで休んで頂いている。日中に活動し夜間良眠できるように支援している。 | | |
| 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 | 薬剤情報をファイルしていつでも見れるようにしている。薬が変更、追加になった時は伝達ノートで周知するようにしている。お薬によってはバイタル測定の指示や様子観察の指示を出している。 | | |
| 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 | 月に1回季節のイベントを計画し実施している。毎日16時からレクリエーションを行っている。家事等の役割をお願いしている方もいる。嗜好品について自己管理していただいている方もいる。 | | |
| 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 | なるべくその方の希望に沿って外出出来る様に努めている。ご家族の協力を得て外出している方もいる。 | 天候や気候の良い時期にはホーム周辺の散歩にお連れしています。近隣のコンビニエンスストアまで買い物に出かけたり、外出行事として少人数で桜を見に行ったり外食やドライブなども取り入れています。また家族の協力を得て外出するなど、戸外に出かけられるように支援しています。 | |

グループホームこまくさ(ユニットI)

| 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 |
| 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 | 出来る方にはお金を所持して頂いている。預かりのおこずかいを持って買い物へ出かける支援をしている。全員のお小遣いを管理者が管理し、日常生活品やお薬代などそこから支払っている。 | | |
| 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 | 出来る方にはやってもらっている。御家族に年賀状を書く支援をしている。 | | |
| 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 | 共用の空間で混乱や不快が生じないように配慮しているが、室温に関しては個人差があるので不快と感じる方もいるようだ。居間には季節感が出るように、季節の物や貼り絵、装飾品で工夫をしている。 | 利用者が集うリビングルームには、利用者が作成した作品や季節に合わせた作品などを装飾をし、落ち着ける環境となるように配慮しています。廊下やトイレ、浴室の共用部分は清潔に保ち、転倒の危険となるものは放置せず、安全性にも配慮しています。 | |
| 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 | 気の合ったもの同士同じテーブルで過ごせるように席の配慮をしている。リビングにはソファ席を用意し、好きな場所で過ごせる工夫をしている。 | | |
| 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ごせるような工夫をしている | ご家族様の協力を得ながら、本人が使用していた物や馴染みの物や好みに応じた生活用品を持参して頂き、安心して過ごせる工夫をしている。 | 居室内へは、これまで使い慣れたものや愛用品の持ち込みも可能とし、家具類の配置等についても本人や家族と相談の上決定し、居室内において居心地良く過ごせるように配慮しています。 | |
| 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 | 各居室に表札を掲げ、トイレや浴室には大きく表記して、場所の認識が出来るように配慮している。 | | |

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 | 1293600043 | | |
| 法人名 | 医療法人社団 雅厚生会 | | |
| 事業所名 | グループホームこまくさ(ユニットⅡ) | | |
| 所在地 | 千葉県印西市草深137-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成29年12月7日 | 評価結果市町村受理日 | |

※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/12/index.php |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社アミュレット | | |
| 所在地 | 東京都中央区銀座5-6-12みゆきビルbizcube7階 | | |
| 訪問調査日 | 平成31年2月5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)】

今年度のグループホームのキャッチコピーを安心と掲げ、利用者様とご家族様が安心できる空間作りを目指し、スタッフが安心して働ける環境作りに努めております。利用者様が安心して笑顔で過ごせるように日々努力しています。スタッフが生き生きとし働きやすい環境を整える事で、利用者様に良いケアが提供できると思っております。

【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)】

利用者の生活の活性化を図るために平成30年度は季節に合わせたイベントに力を入れ母の日や父の日、七夕、秋祭り、クリスマス会、節分の豆まきなど季節行事を通じて利用者の楽しみの幅を広げています。外食やドライブなども定期的に取り入れるなど戸外活動も増え利用者の活動の幅も拡充しています。ホーム内でも安心して楽しく過ごせるように日々のレクリエーションなども工夫を図っています。利用者の笑顔も多く、職員とも馴染みの関係を築いています。今後に向けては、利用者一人一人のADL(日常生活動作)の低下を招かないようなアプローチについても全体で検討し、さらなる質の向上を目指しています。

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. 全くいない |
| 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) | ○ 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 | 基本理念を事務所に掲示して基本理念に則って業務を行っている。理念とは別に毎年、キャッチコピーを掲げ日々の支援に反映させている。 | 平成30年は「安心」を平成31年は「改善」をホームの目標に掲げ、全職員で共有して取り組んでいます。ホームの年間目標に関しては、2ヶ月毎の「こまくさ会議」の中で職員に周知するほか、伝達ノートを通じて周知しています。 | |
| 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 | ボランティアさんの訪問を受け入れている。高齢者クラブと行事を合同で行っている。運営推進会議のメンバーに高齢者クラブの会長や民生委員が入っている。地域の行事に参加し交流している。 | 地域の高齢者クラブと良好な関係を築いており、高齢者クラブ主催行事の芋掘りなどに利用者も参加しています。さらに民謡やギター演奏、合唱、大正琴等地域のボランティアの方も定期的に訪れています。事業所の夏祭りでは子ども会と合同で実施するなど地域と良好な関係を築いています。 | |
| 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 | スタッフがキャラバンメイトの研修を受け小学校での認知症サポーター養成講座の活動をしている。地域の高齢者クラブに依頼され介護の知識や認知症の講演をしている。 | | |
| 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度、家族代表2名、市職員1名、民生委員1名、高齢クラブ会長、施設ケアマネ、管理者で行っている。そこで事業所の現状状況、グループホームと法人の行事、活動報告をし、地域の情報を収集している。議事録を掲示し利用者様、ご家族、スタッフが閲覧できるようにしている。 | 市の担当課職員、地域代表として民生委員や高齢者クラブ、利用者家族代表者の参加を受け2ヶ月に一度定期的に開催しています。会議を通じて様々な意見交換を行うことで民生委員の方にもホームの役割を知って頂くなどの機会にもつながり有意義な会議となっています。 | |
| 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 | 運営推進会議に出席して頂いていて、顔の見える関係作りに努めている。介護保険改正の際や、加算算定の件について、その他不明な事も担当者に相談している。 | 市の担当課の職員は2ヶ月に一度の運営推進会議に参加を頂いており、定期的に連携を図ることができています。また、運営上の疑問点などは気軽に相談できる体制があり、日頃から協力関係を築くことができています。 | |
| 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 | 身体拘束排除宣言を事務所に掲示している。そこに禁止の対象となる具体的な行為を記載しスタッフに周知している。玄関の施錠は離脱防止の代替え手段がなく、また防犯の為施錠している。 | 「身体拘束排除マニュアル」に基づき日々適切な支援を行っています。法人内には「身体拘束廃止委員会」を設置しておりホームからも委員を選出し年2回実施しています。また県主催の身体拘束廃止研修に職員を派遣し意識や知識の向上を図っています。 | |
| 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 | 毎年スタッフが高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修を受講している。受講後はこまくさ会議で研修報告をし、情報を共有している。事業所内での虐待が見過ごされる事がないように、特にスタッフの言葉遣いには注意を払っている。個人面談を行い、スタッフに業務上のストレスや不安はないか等を聞いている。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットⅡ)

| 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 |
| 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 | 管理者とスタッフが高齢者権利擁護、成年後見制度の研修を受講している。日常生活自立支援事業については今後、学んでいきたい。 | | |
| 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 | 契約時には必ずご家族様と一緒に一つ一つの項目を声にし説明をして確認して頂き同意を得ている。不安や疑問点も確認し答えている。改訂の際は手紙で説明をし不明点は電話で受け答えをしている。 | | |
| 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 | 運営推進会議での家族代表の参加、苦情相談担当者を設置している。また気づいた点はいつでも話して下さいと家族に説明している。 | 家族からの意向や要望については面会時や運営推進会議参加時に直接確認しています。また外部の苦情相談窓口を利用できることについても家族に説明しています。利用者からの意向や要望等については日常会話の中から収集しています。 | |
| 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 | 毎月1回会議を実施し、そこで意見交換をしている。年に2回の個人面談の実施。毎日の申し送りの時にも意見や提案を聞き、反映できる事は行うようにしている。 | 年2回の個人面談を定例化し管理者から直接意見や要望等を確認しています。また日頃からも職員に声をかけ現状の確認などを行うほか2ヶ月毎のこまくさ会議を通じて意見や要望等確認しています。 | |
| 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 | 非常勤職員に関しては、勤務時間や勤務日数が個々に違うのでしっかりと把握するように努力している。常勤職員に関しては毎年公休をしっかりと取り、有給も取れる様に努めている。 | | |
| 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 | 個人面談の際に希望する研修の要望を聞き、なるべく要望に沿った研修に行く機会を作っている。法人内の研修にも参加出来るように勤務を調整している。 | | |
| 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 | 市主催の多職種合同研修会に参加し、他の事業所の職員と交流を持ち、意見交換をしている。法人内で委員会活動があり、法人内の他部署との交流ももてる。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットⅡ)

| 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 | サービス開始前に可能な限り本人にも見学して頂き家族を含めて話を聞きアセスメントしている。話やすい環境作りに努めている。 | | |
| 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 | 入居申し込み時には電話だけではなく、直接お会いしてお互いの表情を見ながら安心して話しが出来るように努めている。 | | |
| 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 | 話しに耳を傾け、必要としているサービスを見極めるように努めている。 | | |
| 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 | 洗濯物を畳んだり、お皿洗い、テーブル拭き等本人に出来る事はして頂いている。スタッフと一緒に料理やおやつ作りをしている。また、利用者様が自ら申し出て下さるような関係作りも心掛けている。 | | |
| 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 | 面会時に近況の様子を伝えるようにしている。利用者の状況を毎月お手紙で知らせ家族と情報を共有するように努めている。手紙で間に合わない事は電話で連絡している。 | | |
| 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 | 関係継続は望ましい事であるので、面会等の制限を設けず支援に努めている。 | 家族の協力を得て馴染みの場所のお連れ頂いたり、お正月には自宅に外泊する等、ケースは多くありませんが利用者一人一人の状況に応じてこれまでの関係性が継続できるように取り組んでいます。 | |
| 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 | 認知症による易怒性や他者とのトラブルになる恐れのある方を把握して、フロアの席を配慮している。お話好きな方やお世話好きな方を把握しスタッフが仲介し、孤立しないように、また良好な関係が築けるように支援をしている。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットⅡ)

| 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 |
| 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 | 必要に応じて自宅復帰の為の支援として、居宅介護支援事業者の紹介を行う事もあるが、その後の経過を知る機会はある。 | | |
| 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 | 家族からの情報を元に本人の様子を観察してアセスメントしている。必ず本人に生活に対する意向を聞き、その思いをケアプランに反映している。 | 利用者の思いや意向については、日常会話から収集するほか、ケアプラン作成や更新時のアセスメント時に現状及び課題等を収集し、ケアプランに反映し、利用者本位の支援が図れるように取り組んでいます。 | |
| 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 | 入所時には本人や家族、担当ケアマネから生活歴や暮らし方を必ず聞き把握出切るように努めている。その情報を事務所内に掲示しスタッフ全員が共有するようにしている。普段の会話からも生活歴を聞き出せるようにしている。 | | |
| 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 | 毎日心身状態の把握に努めている。変化があった際は柔軟に対応している。その方に合った1日の過ごし方をしてもらっている。 | | |
| 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 | モニタリング、アセスメント、ケアプラン、担当者会議、定期的に行っている。担当者会議での各異見を反映させる事が出来る様に努めている。 | アセスメントで収集した現状や課題等を踏まえて担当者会議の中で職員家族の意向を確認し総合的な意見を踏まえケアプランを作成しています。ケアプランの達成状況については、計画実施表に記録すると共に、毎月のモニタリングで確認しています。 | ケアプラン内には主治医に協力を頂きながら支援を進めていくケースも確認できたため今後に向けては主治医の意見も担当者会議で確認できると良いと考えます。 |
| 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 | 個別記録以外に、特記すべき事は業務日誌に記載したり、ケアの変更等はスタッフ間の伝達ノートに記載したり、申し送りを利用してミニカンファレンスを行い情報の共有に努めている。 | | |
| 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 | ご本人の状態や状況を把握し、法人内との関係機関と連携し、柔軟な対応が出来る様に取り組んでいる。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットⅡ)

| 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 |
| 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 | 近隣の高齢者クラブや自治会と行事を合同で行っている。自治会や幼稚園から行事に招待される事があるので参加している。 | | |
| 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 | 併設のクリニックでの受診支援を行っている。それ以外の診療科目や、以前からのかかりつけ医を希望された際にはご家族様に付き添いを依頼している。 | 併設のクリニックと日頃から連携を取る事ができており利用者の急変時にも迅速に対応できる体制としています。クリニックの院長による訪問診療も2週間に一度実施しており必要な医療を迅速に受けられる体制は当ホームの強みとなっています。 | |
| 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 | 併設のクリニックの看護師と普段から情報は共有し、利用者の状態に変化等あった時は、すぐに報告している。 | | |
| 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。 | 入院時には診療情報提供書や介護サマリーを医療機関に提供している。 | | |
| 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 | 入所時に「入居者の重度化及び看取り介護に関する指針」について説明し、同意を得ている。入居されて状態が変化してきた際に再度話し合いの場を設けている。地域の関係者としては併設のクリニックが対応している。 | 重度化した場合や終末期のあり方については契約時に「入居者の重度化及び看取り介護に関する指針」を説明し、家族と同意を取り交わしています。今年度もホームで看取り介護を行っています。職員の知識等を深めるために外部で開催される看取りケアの研修にも派遣しています。 | |
| 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 | 訓練を定期的には行っていないが、緊急時は併設のクリニックに連絡し指示を仰ぎ夜間はナースオンコールがある。 | | |
| 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回避難訓練を実施している。1回は夜間を想定し実施している。地域との協力体制は今後の課題である。 | 平成30年10月に消防署の立会いの下で火災を想定した避難、消火、通報訓練を実施しています。災害に備え「災害対策マニュアル」の整備や災害備蓄品に関しても食料や水等必要数確保し、消費期限などもこまめに確認しています。 | 今後に向けては風水害に備えた訓練についても定期的にも実施できることを期待します。 |

グループホームこまくさ(ユニットⅡ)

| 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 | ケアに対して無理強いせず、本人の認知面での理解の程度や精神面を観察しながら、その人に合った声かけで対応している。 | 利用者のへの対応については職員一人ひとりが適切に対応しており、居室へ入室する際にも、一声かけるほかノックをすることを徹底しています。今後は「介護職員のための虐待予防チェックノート」を活用した言動や行動の振り返りも予定しています。 | |
| 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 | 自己決定が出来る人にはきめてもらっている。出来ない人にはスタッフが本人の想いを汲んで対応している。普段からコミュニケーションを図り気持ちを汲み取る事が出来るように努めている。 | | |
| 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 | 毎日出来ているわけではないが出来る時は行っている。自分のペースで過ごせる方には過ぎて頂いている。 | | |
| 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 | おしゃれまでは支援できないが整容を整える事はしている。汚れた衣類はその都度着替える様にして身だしなみを整えている。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 職員と共に出来る事(テーブル拭き、箸のセッティング、食器洗い等)を行っている。献立をホワイトボードに書き出し、皆さんに知ってもらおう工夫をしている。 | 食事については施設の厨房で作られた食事がホームに運ばれ、ホーム内で盛り付けをして提供しています。専用のボードに食事メニューを利用者に書いて頂き食事メニューを可視化しています。行事食や外食なども定期的に取り入れ食事の楽しみにつなげています。 | |
| 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 | 食事摂取量、水分摂取量は毎日観察して記録している。1日の水分摂取量は1000ccを目標としている。今年度から水分補給ゼリーを取り入れて水分量のアップを図っている。本人の状態に応じて食事形態や介助方法を検討している。 | | |
| 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 | 毎食後に口腔ケアを実施している。その人に合った、声掛けや介助を行っている。毎週火曜日には訪問歯科診療をお願いしている。 | | |

グループホームこまくさ(ユニットⅡ)

| 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 | (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 | 排泄記録にて個々の排泄パターンを把握して、トイレ誘導や排便コントロールを行っている。排泄形態も個々に応じて日中と夜間で変えている。 | 利用者一人ひとりの排泄状況については「排泄チェック表」に記録し職員全体で共有しています。日中は定時の声かけや誘導によりトイレにお連れし、トイレで排泄できるように支援しています。 | |
| 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 | 水分は1日に1000ccを目安にしている。腸内環境を整える為に週に二回ヨーグルトをおやつに取り入れている。水分補給用ゼリーも取り入れている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 3グループに分け、ローテーションで入浴している。便失禁等激しい時は随時シャワー浴などで対応している。希望が一番風呂に入浴している方はいるが全員の希望には合わせられていない。炭酸泉を取り入れている。 | 入浴は週2回のペースで利用者のその日の体調を考慮し入浴して頂いています。入浴中は職員が介助につき安全面に配慮するほか、炭酸泉を導入しており入浴の楽しみにつなげています。利用者の状態に応じては併設のデイサービスの機会浴槽も使用しています。 | |
| 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 | 昼食後にお昼寝の支援をしている。日中傾眠の強い人、体調不良の方など状況に応じて居室、またはフローの畳みスペースで休んで頂いている。日中に活動し夜間良眠できるように支援している。 | | |
| 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 | 薬剤情報をファイルしていつでも見れるようにしている。薬が変更、追加になった時は伝達ノートで周知するようにしている。お薬によってはバイタル測定の指示や様子観察の指示を出している。 | | |
| 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 | 月に1回季節のイベントを計画し実施している。毎日16時からレクリエーションを行っている。家事等の役割をお願いしている方もいる。嗜好品について自己管理していただいている方もいる。 | | |
| 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 | なるべくその方の希望に沿って外出出来る様に努めている。ご家族の協力を得て外出している方もいる。 | 天候や気候の良い時期にはホーム周辺の散歩にお連れしています。近隣のコンビニエンスストアまで買い物に出かけたり、外出行事として少人数で桜を見に行ったり外食やドライブなども取り入れています。また家族の協力を得て外出するなど、戸外に出かけられるように支援しています。 | |

グループホームこまくさ(ユニットⅡ)

| 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 |
| 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 | 出来る方にはお金を所持して頂いている。預かりのおこずかいを持って買い物へ出かける支援をしている。全員のお小遣いを管理者が管理し、日常生活品やお薬代などそこから支払っている。 | | |
| 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 | 出来る方にはやってもらっている。御家族に年賀状を書く支援をしている。 | | |
| 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 | 共用の空間で混乱や不快が生じないように配慮しているが、室温に関しては個人差があるので不快と感じる方もいるようだ。居間には季節感が出るように、季節の物や貼り絵、装飾品で工夫をしている。 | 利用者が集うリビングルームには、利用者が作成した作品や季節に合わせた作品などを装飾をし、落ち着ける環境となるように配慮しています。廊下やトイレ、浴室の共用部分は清潔に保ち、転倒の危険となるものは放置せず、安全性にも配慮しています。 | |
| 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 | 気の合ったもの同士同じテーブルで過ごせるように席の配慮をしている。リビングにはソファ席を用意し、好きな場所で過ごせる工夫をしている。 | | |
| 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ごせるような工夫をしている | ご家族様の協力を得ながら、本人が使用していた物や馴染みの物や好みに応じた生活用品を持参して頂き、安心して過ごせる工夫をしている。 | 居室内へは、これまで使い慣れたものや愛用品の持ち込みも可能とし、家具類の配置等についても本人や家族と相談の上決定し、居室内において居心地良く過ごせるように配慮しています。 | |
| 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 | 各居室に表札を掲げ、トイレや浴室には大きく表記して、場所の認識が出来るように配慮している。 | | |