

### 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2) |            |  |
| 所在地     | 千葉県印西市草深137-1      |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成26年6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 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a> |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

**【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27年7月31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)】**

今年度より、介護職員処遇改善換算を算定することにより、職員に対して研修に行く機会を増やし、管理者より職員に対して面談を行なう事により、業務についての悩み事や、業務改善についての提案を話し合える場を設けることが出来た。まだ始めたばかりなのでうまく活用していけるかどうかは、今後次第だが、職員が生き活きと働ける環境を整えていくことによって、結果的に利用者様に質のいいケアを提供できるように努力している。

**【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)】**

「質の高い外出支援」を今年度の目標に掲げ、全職員で共有して取り組んでいる。ADL(日常生活動作)低下防止を図るため、できる限りホーム周辺の散歩に利用者をお連れしているほか、近隣のショッピングセンターへの外食を行う等、外出を通して生活の活性化を図っている。またケアの充実のみでなく、働きやすい職場環境作りにも前向きに取り組んでおり、介護職員処遇改善加算の算定のほか、年に2回管理者と職員との面談の時間を設け、不安に思う事や悩み等が早期に解決できるように努めている。今後に向けても利用者優先のケアの実践に向け、ADLが異なる利用者に対して均等なサービスが提供できるよう前向きに取り組む姿勢が確認できた。

**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<br>↓該当するものに○印                                                | 項目                                                                        | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印                                                  |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65<br>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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                                              |
| <b>I.理念に基づく運営</b> |     |                                                                                               |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                              |                                                                                |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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いる。基本理念に則って業務を行っている。                                                                                                                                                          | 「質の高い外出支援」を今年度の目標に掲げ、全職員で共有して取り組んでいる。ホームの年間目標に関しては、毎月の「こまくさ会議」の中で職員に周知し、外出活動の充実につなげている。                                      |                                                                                |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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、近所への散歩や買い物等を行っている。地域の行事については近所の高齢者クラブの会長様が、運営推進会議に参加してもらうようになり、情報の提供と参加を心がけている。実際に参加する機会が増えた。こまくさの行事にも高齢者クラブの方々や、子供会の子達を招き、交流を図っている。                                           | 今年度、高齢者クラブ会長の協力を得る事ができ、地域清掃活動、防災訓練等の地域行事への誘いを受け参加する機会が増えていると共に、子ども会との繋がりもでき、流しそうめん、いも掘り、クリスマス会など子どもとの関わりも増え、地域との交流の幅が広がっている。 |                                                                                |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                          | やりたい希望はあるが、実行には至っていないが、管理者がキャラバンメイトの研修を受けてきた。キャラバンメイトとして、小学校へ訪問した。                                                                                                                         |                                                                                                                              |                                                                                |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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、施設ケアマネ1名、管理者1名で行っている。そこで事業所の現状状況、行った行事、課題等を取り上げている。近所の高齢者クラブの会長様や、現在は退所された利用者様のご家族が運営推進会議に参加して頂いている。                                                            | 運営推進会議には、市の担当課職員、民生委員、家族代表の参加を受け、2か月に一度定期的に開催している。会議ではホーム内の現状報告のほか、外出行事の様子を写真で報告している。また退居された家族が地域住民の代表として会議に参加されている。         |                                                                                |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>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                 | 運営推進会議に出席して頂いていて、介護保険改正の際や、加算算定の件について、市役所と連絡を密に取り、郵送で済むような書類もなるべく持参し、顔の見える関係作りに努めている。                                                                                                      | 市の担当課との連携では、運営推進会議を通じて意見交換が図れているほか、年度が変わり担当者が変更になった際にも、新担当者との連携を図り、顔の見える関係作りに努めている。                                          |                                                                                |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束排除宣言を事務所に掲示している。また、認知症利用者への言葉遣い、接し方については都度、管理者から会議等で注意を行っている。                                                                                                                          | 身体拘束をしないケアの実践に向けては、言葉遣いや職員の態度については、日頃から丁寧な対応を心がけている。また、今年度から定期的に職員面談を実施し、職員のストレスの蓄積を未然に防げるように努めている。                          | 現状身体拘束の事例は発生していないが、現在センサーマットを使用している利用者に対して、使用の頻度や終了に向けた目標等をケアプランに反映できると良いであろう。 |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>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逃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       | 当法人内に研修制度あり、今年度からキャリアパス要件を作成し、各職員に本年度の目標を立ててもらい、それに沿って研修に行けるように配慮している。虐待については、ここでは主に精神面での虐待について言葉遣いや接し方、表情、態度等、管理者より、会議等で注意を行っている。それでも変わらない時は個別に注意を行っている。玄関の施錠は離脱防止のため、ほかに手段がなくやむを得ず行っている。 |                                                                                                                              |                                                                                |

グループホームこまくさ(ユニット2)

| 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<br>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    | 当法人内に研修制度あり、毎年研修計画を作成しているが、全職員が計画通りに行けてはいない。特に成年後見人については必要性を感じている。                                   |                                                                                                      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約時に必ず行っている。サービス費の改定も法律の改正に伴いあり得ることも説明している。その際は同意書を頂いている。                                            |                                                                                                      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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、苦情相談担当者の設置。またいつでも気づいた点はスタッフ誰でも話して良いことを家族には説明している。                                    | 2カ月に一度実施している運営推進会議に家族代表の方が参加され、家族からの意見を定期的に収集している。また、家族からの要望を受け、面会者名簿を利用者個別に作成する等、意向を踏まえた取り組みが確認できた。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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回こまくさ会議を実施し、そこで意見交換をしている。それ以外でも気づいた点についてはいつでも話してほしいと言っている。                                        | 毎月「こまくさ会議」を開催し、利用者への支援方法や業務手順の確認等、職員の意見を反映しながら決定している。また、今年度から職員面談を取り入れ、職員個別に意向や要望等を確認している。           |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 特にパート職員に関しては、勤務時間の融通を聞いている。常勤職員に関しては毎年、公休をしっかりとれるように勤務表を作成している。当法人には登山部や、合唱部が有り、他部署との交流を持てる機会を作っている。 |                                                                                                      |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 本年度より、キャリアパス要件を作成し、本年度の目標を立ててもらい、それに沿って研修に行けるように配慮している。                                              |                                                                                                      |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | グループホーム協会に入会している。全国的な大会や、関東支部等の発表会の連絡をもらい、参加するようにしている。                                               |                                                                                                      |                   |

グループホームこまくさ(ユニット2)

| 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 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |                                                                                      |                                                                                           |                                                                                                          |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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、本人にも参加してもらい、家族を含めてアセスメントしている。                                               |                                                                                                          |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 同上                                                                                        |                                                                                                          |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 同上                                                                                        |                                                                                                          |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 本人にできることはやってもらう。一緒に洗い物をしたり、洗濯をたんだりしてもらっている。同じ空間で同じ時間を過ごせるように努力している。                       |                                                                                                          |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 利用者の状況を毎月お手紙で送っていて、家族と情報を共有するように努めている。                                                    |                                                                                                          |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 元々デイサービスに通っていた利用者には、日中デイサービスへ案内したり、家族と一緒に一時帰宅するなど支援している。                                  | 馴染みの人や場所との関係継続の支援では、法人内のデイサービスに通われていた利用者には、要望に応じ、デイサービスに案内しこれまでの関係性の継続に努めるほか、家族の協力を得て一時帰宅や親類の結婚式への参加もある。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 毎日必ず全体でレクリエーションを行っている。4人～6人掛けのテーブルで食事を摂ってもらっているが、中には認知症による易怒性や、他者とトラブルになりやすい人は、座席を調整している。 |                                                                                                          |                   |

グループホームこまくさ(ユニット2)

| 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<br>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                    | 自宅復帰の為の支援として、居宅の訪問と、居宅介護支援事業者の紹介を行っている。その後の生活についてはなかなか知る機会はない。 |                                                                                                                             |                                                                                   |
| <b>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</b> |      |                                                                                                        |                                                                |                                                                                                                             |                                                                                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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                                           | アセスメント時、必ず本人に生活に対する意向を聞いている。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る。                                  |                                                                                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 実際に使っていた家具などを持ち込んでもらっている。他施設利用者には入所前にもどのような過ごし方をしていたか聞いている。    |                                                                                                                             |                                                                                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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、利用者の状態の把握に努めている。また、変化等あった場合は記録に残し、その都度柔軟に対応している。            |                                                                                                                             |                                                                                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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。                           | 現状や課題についてをアセスメントで収集し、ケアプラン原案を作成、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る。ケアプランの達成状況については、日々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る。 | ケアプラン作成に至っての一連のケアマネジメントは確立しているが、今後に向けては担当者会議に医療関係者の声も反映し他職種連携でケアプランが作成できると良いであろう。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個人記録ファイルをフロアーに置き、関わったスタッフが直ぐに記録を書けるようにした。                      |                                                                                                                             |                                                                                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 毎日ではないが、個別対応業務で個別なニーズに対応できるように時間を確保している。                       |                                                                                                                             |                                                                                   |

グループホームこまくさ(ユニット2)

| 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<br>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                                      | 近所の高齢者クラブの会長様が運営推進会議に参加してもらえるようになり、自治会の行事に呼んでももらえるようになった。なるべく1人でも参加できるようにしている。 |                                                                                                           |                                                              |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 総合的には併設のクリニックで行っているが、それ以外の診療科目や、以前からかかっている病院等の付添いにはご家族にお願いしている。                | 適切な医療が受けられるような支援としては、全利用者が法人内のクリニックをかかりつけとし、月2回往診を受けている。往診以外にも医師に報告し指示を仰ぎ必要に応じて他科受診や他の医療機関を受診できるよう支援している。 |                                                              |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 利用者の状態の変化等あった時は、すぐに併設のクリニックの看護師に報告している。                                        |                                                                                                           |                                                              |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 家族を通して、利用者の状態把握に努めている。                                                         |                                                                                                           |                                                              |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。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。           | 重度化や終末期に向けた方針については、入居時に「入居者の重度化及び看取り介護に関する指針」を交わし、同意を得ている。利用者の重度化が進んだ際には、主治医、家族を交え、今後の方針について検討している。       |                                                              |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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、緊急時は夜間ナースオンコールがある。                                             |                                                                                                           |                                                              |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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。その内の1回は夜間を想定したものをやっている。                                        | 法人内に「安全管理防災委員会」を設置し、委員会を中心として年2回、火災を想定した避難訓練を実施している。併設の老人保健施設と合同で日中及び夜間を想定した訓練も実施している。                    | 併設施設との避難訓練へ計画的に実施できているが、今後に向けてはホーム単位でより明確な災害対策が強化できると良いであろう。 |

グループホームこまくさ(ユニット2)

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |                                                                                  |                                                                                               |                                                                                                                    |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | ケアに対して決して無理強いせず、本人の利認知面での理解の程度や精神面を観察しながらその都度柔軟に対応している。                                       | 利用者に対して誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応が図れるように、日々の申し送りを通じて注意を払うほか、毎月の「こまくさ会議」の中で、認知症利用者への関わり方について再度確認する等、適切な対応が図れるように取り組んでいる。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 自己決定がちゃんとできる人と、できない人がいる。出来る人にはもちろんやってもらうが、できない人はスタッフが本人の想いを汲んで対応している。                         |                                                                                                                    |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 時間的、マンパワー的に常に出来ているわけではない。出来る時は行っている。                                                          |                                                                                                                    |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 整容は基本サービスに含まれている。寝癖や目ヤニ、涎など綺麗にするように心がけている。                                                    |                                                                                                                    |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 準備は一緒には行っていない。食事と片付けの一部を利用者と一緒に行なっている。                                                        | 食事は、施設内の厨房で調理し、ホームに運ぶ形式としている。テーブル拭きや後片付けにおいては利用者も参加できるように取り組んでいる。食事を楽しむ工夫では、行事食の実施やイベントで外食に出かける等、食事の楽しみにつなげている。    |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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。本人の状態に応じて食事形態も変えている。認知症状による拒食が課題である。工夫点などを記録できるようにその方の座る椅子に用紙を下げている。 |                                                                                                                    |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 食後の口腔ケアは基本サービスに含まれている。毎週月曜日に訪問歯科診療をお願いしている。月曜日以外でも緊急時には来てくれる。                                 |                                                                                                                    |                   |

グループホームこまくさ(ユニット2)

| 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<br>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                              | 排泄記録にてその人の排泄パターンを把握し、基本2時間ごとの誘導を行っている。ただし、自立で行かれている利用者はなかなか介入できない状況である。                                           | 利用者一人ひとりの排泄状況を「排泄記録」に残し、排泄パターンを職員間で共有している。排泄においては、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る。               |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                                              | 基本、食事は全量摂取。水分は1日に1000ccを目安にしている。運動面では個々のADL等勘察し、生活レベルでの機能訓練という形で行っているのと、9:30と16:00に体操を行っている。また下剤にて排便コントロールも行っている。 |                                                                                                          |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                             | 一人一人のタイミングに合わせた入浴はできていない。職員の都合で3グループに分け、ローテーションで入浴している。また、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。                              | ホームでは炭酸泉を導入している。入浴については、利用者の体調やタイミングを考慮し、3日に一度のペースで入浴できるように支援している。入浴中は職員が介助につき安全に入浴できるように支援している。         |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                                               | 昼食後にお昼寝をする人や日中傾眠の強い人、体調不良の方など、随時居室にて臥床してもらっている。                                                                   |                                                                                                          |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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                                          | 薬局よりお薬の説明書を頂いている。それをファイルしていつでも見れるようにしてある。薬が変更、追加になった時は、特に気を付けて様子を観察し記録に残している。                                     |                                                                                                          |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | なるべく個別対応ができる様にシフトも組んでいるが、毎日できるわけではない。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<br>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 | 本人のニーズがあれば行けるように支援している。ご家族と一緒に外出している利用者もいるが、地域の協力は得られていない。                                                        | 毎日の散歩を日課としている利用者には、職員が同行し、外出できるように支援している。さらに、ホームで外出行事の企画や家族の協力を得て、お花見や神社、ドライブ、ショッピングモール等に外出できるように支援している。 |                   |

グループホームこまくさ(ユニット2)

| 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<br>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                                                  | 出来る方にはしてもらっている。それ以外に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<br>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。                                                                                                                               |                                                                                                              |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 玄関、廊下、浴室、トイレはできているが、居間、食堂は、一人一人が快適に過ごせる環境とは言い難い。エアコンをつければ、ちょうどいい人と寒いと言う人がいる。テレビをつければうるさいと言う人と聞こえないと言う人がいる。台所にはあまり利用者は立ち入らない。食事後の食器を下げに来る程度である。 | 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装飾をし、落ち着ける環境となるように配慮している。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る。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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                                                      | 共用空間に独りになれる工夫はない。気の合ったもの同士同じテーブルで手作業をしたりすることはある。                                                                                               |                                                                                                              |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                          | なるべく本人が使っていた家具等を持って来てもらうようにしている。ベッドに関しては後々の事を考えると介護用ベッドを提案している。                                                                                | 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る。                         |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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                                             | 「できること」「わかること」を活かした作りにはなっていない。家庭的というよりも、一般的な施設っぽい作りになっている。そのため安全ではあると思う。自立した生活を営めるよう関わっている。                                                    |                                                                                                              |                   |