

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 | 2892500022 | | |
| 法人名 | メディカル・ケア・サービス関西株式会社 | | |
| 事業所名 | 愛の家グループホームとうじょう | | |
| 所在地 | 〒673-1341 兵庫県加東市南山3丁目23-27 | | |
| 自己評価作成日 | 平成31年1月15日 | 評価結果市町村受理日 | 令和2年1月28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 | |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人ニッポン・アクティブ・ライフ・クラブ兵庫福祉調査センター | | |
| 所在地 | 尼崎市南武庫之荘2丁目27-19 | | |
| 訪問調査日 | 令和2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)】

入居者様たちが、社会とのかかわりを、継続していくことです。できるだけ外出をしていただけるように、予定を組んでその方の行きたいところへ、外出に行ったりと、個別に対応しています。また南山の体操教室・あざみ会に、出来るだけ参加しています。町内の行事にスタッフも入居者様とともに、参加しています。(夏祭り・クリーンキャンペーン・子供会との世代間交流会等)また、ホームの行事やお祭りの時は、町内会の支援を得て開催できています。また、力を入れているのは、毎日の日課として、午前中に、入居者様全員を出来るだけ散歩にお連れしているということです。午前中の光を浴びることにより、時間感覚を正常に戻す。そして、漫然と向精神薬や眠剤を使うことなく、夜よく寝ていただき、昼間を活動的に過ごしていただくということです。認知症の方々のBPSDに対しては、薬剤を用いることなく、ケアの力で、BPSDを軽減できるように、努力しています。

【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)】

約30年前に山を切り拓いて宅地化された静かな住宅団地の高台に位置している。運営主体のメディカル・ケアサービスは「認知症ケアのリーディングカンパニー」を自認し、全国的にグループホーム運営を展開しており認知症ケアについて高いノウハウを有している。ホームの運営理念の大きな柱が“地域との連携”であり、その理念に基づき地域イベントへの入居者・スタッフの積極的な参加や逆にホーム行事に対する地域住民の支援など双方向での交流を活発に行っている。運営面について、家族との関わりが薄いことがやや危惧されるが、真面目で忍耐力のあるスタッフが多く、強いリーダーシップを持った施設管理者の元、全職員のチームワークの良さでより充実した施設運営が行われることが期待できる。

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○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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) | ○ | 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20) | ○ | 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) | ○ | 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない |
| 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12) | ○ | 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々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 (参考項目:28) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | | | |

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 三者 | 項目 | 自己評価 | 第三者評価 | |
|--------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| | | | 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 | 運営理念・クレドがある。愛の家では、朝礼のときに毎日唱和している。各ユニットの目標も、クレドをもとにスタッフとの話し合いにより作っている。 | 会社の理念を受けてホーム独自の理念を定めており、毎朝礼時に唱和している。4年前に現在の理念を作るときはスタッフで話し合っで決めた。反則者には厳しく指導するし、スタッフ同士でも注意し合う雰囲気になっている。 | |
| 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 | 毎週、町会のいざいざ日感体探にスタッフと入居者様が出かけている。町内会行事や、体操教室、クリーンキャンペーン等、積極的に参加しています。また、町内の民生委員さんを中心としたボランティアの方も、月2回以上来てくださっている。 | ホーム運営の大きな柱であり、双方向で活発に交流している。特にホームの秋祭りには250人以上の地域の人が来所し、祭りを共催している。中学校の福祉学科の生徒が来てゲームをしたこともある | |
| 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 | 昨年より、RUN伴を愛の家主体で開催している。今年は、自立支援介護のスペシャリストを呼び、加東市数か所で講演をもらった。 | | |
| 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 | 参加メンバーは、ほぼ同じであるが、運営推進会議用冊子をホームで作り、視覚的に見ていただけるように、工夫している。町内会の民生委員の方々や、市の職員の方に、助言指導をいただき、ホームのケアの質の向上に生かしている | 隔月に開催している。自治会長や民生委員等地域事情に精通した人の貴重な意見は運営に活かしている。家族には参加呼びかけをしているが参加はない。議事録は作成し公表しているが家族には配付していない。 | 施設運営には地域力の活用に加え、家族の理解と協力が不可欠であると考える。運営会議の構成メンバーを始め議事録の配付方法等再構築されることを望みます。 |
| 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 | 今年度は、地域密着型事業所対抗運動会やRUN伴のイベント、研修会などを市政の協力を得て、出来た。 | 市の窓口は高野介護課。月に1回は市を訪問し報告・相談をしている。その他本ホームの施設長が30施設で構成している「事業所連絡会」の副委員長をしており、その立場でも市とのかかわりは多い。研修会の講師依頼もある。 | |
| 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 | 身体拘束の研修は2か月に一回実施している。また、2か月に一度、身体拘束廃止に向けての、ケアチェックシートを、スタッフに配布し、管理者とともに、ホーム内に身体拘束や不適切ケアがないかどうかを、確認し、その資料をもとに、身体拘束廃止委員会を開催している。現在、玄関の施錠もホーム内の施錠もない。 | 玄関・部屋共無施錠。これまで身体拘束の事例はない。研修と共に「ケアチェックシート」により拘束有無について確認している。4か月に1度「廃止委員会」も開いている。 | |
| 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 | 上記同様 | 研修を実施すると共に職員間で見守り合うようにしている。身体拘束と同様、虐待は職場環境の悪さからくるストレスによるものであり、職員の特技を發揮させたりほめたりと、平素からストレスの出ない楽しい職場環境作りを心掛けている。 | |

| 自己 | 三者 | 項目 | 自己評価 | 第三者評価 | |
|----|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 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 | 自立支援介護については、常に意識をもってケアを実践している。成年後見制度は、長い間研修を行っていない。研修を計画したい。 | 現在成年後見制度適用者はいない。これまで2回職員の講師で研修をしたことがあるが最近はない。今後は資料などを備えて家族への情報提供に努める。 | |
| 9 | (8) | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 重要事項説明書や、契約書、パンフレット、入居者様の日々の暮らしをビジュアル化した資料を用いて、十分な説明を行っている。疑問点がないか、確認している。 | 今回の消費税10%導入時を始め、これまでの契約改定にあたっては十分に説明したうえで「同意書」を頂いている。今後も同様の方法をとる予定。今まで死亡以外の契約解除はない。 | |
| 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 | MCS本社が毎年実施している「家族様満足度アンケート」がある。本社に直接アンケートを送付していただき、本音を聞けるようにしている。その結果をもとに、ケアの改善や、取組みの見直しを考え、年間を通した行動計画表を作り、実践している | 本社が毎年度始め直接家族にアンケートを実施しており、結果はホームに送られてくる。「施設に訪問しても歓迎感がない」という意見には玄関に呼び鈴を設置して対応した。その他面会時の帰り際に意見を伺うことが多い。 | |
| 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 | MCS本社の、取組みで、スタッフアンケートが、上記同様に本社と直接やりとりして実施されている。スタッフの意見や、不満に対しての取組みも実施しており、改善計画をたてて、それにむけて努力している。 | 本社が職員に対して直接「スタッフアンケート」を実施しているがあまり書いていない。月1回のユニット会議を始め日々の会話の中で意見を聞いている。勤務シフトの変更は職員の意向で採り入れた。 | |
| 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 | キャリアパス制度と給与制度が昨年度より、変更になった。昇給については、定期昇給は毎年全員10月にあるが、それ以外にも新しい評価制度ができ、4月と9月にも定期昇給とは別に昇給するようになった。(新入職スタッフは、3月6月9月12月と評価時期がある) | | |
| 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 | 毎月、月ごとの研修テーマが、MCSで全社的に定められている。これに基づき、研修を実施している。また、法人外の研修に関しては、個人の申し出により、会社の経費にて、研修を受けることが出来る仕組みがある。 | | |
| 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 | 加東市民病院の看護師・STの方々と、タクティールケアの取り組みを行っている。月に一度、愛の家に市民病院の方々に来てもらい、一緒に勉強会・意見交換会を実施している。また、年2回、加東市内の他事業所の方々と、運動会を開催し、準備なども他の事業所の方々と会議を重ねながらしている。他事業所の運営推進会議にも参加している | | |

| 自己 | 三者 | 項目 | 自己評価 | 第三者評価 | |
|----------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 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 | 本人・家族との話し合いを持ち、生活状況、本人の状態、困っていることなどを聞いている。入居後も、毎月、ホームからのお便りを、スタッフから、管理者から、計作成担当者からと、お送りし、家族様に少しでも安心していただけるように、努力している。 | | |
| 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 | 入所の申し込みの、段階で、家族の困りごと、心配ごとを聞く。入居までも、都度、本人様の状況をお尋ねする。また、毎月、家族様に向けての手紙を書き、本人様の御様子や、ケアの実施状況について、お知らせしている。 | | |
| 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 | 相談を受けたとき、本人と家族が、必要としている支援を考え、グループホームなので、インフォーマルなサービスでしかないが、外出をしたり、話をしたり、地域交流をしたり、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 | すべてのホーム内の家事作業は、入居者様に出来るだけ行ってもらっている。入居年数が長い入居者様が多いので、スタッフ対入居者様といった関係というよりも、本当に身内のように感じている | | |
| 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 | 都度家族様に、連絡し、相談し意思確認している。ケアプランにおいて、実行する場合も、家族様の協力が必要となる場合は、協力をあおいでいる。 | | |
| 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 | 入所までに行っていた場所、自宅に出掛けてもらっている。外泊したい・・・などの、要望がある場合も、実行できるように、支援している。 | 入居者の外出希望には可能な限り応じている。ドライブ・買い物等1人月2回のペースで外出している。家に帰る希望は少なく正月に4人が帰宅したが泊まらまかった。知人などへの連絡の際はホームの電話が自由に使えるようにしている。 | |
| 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 | 席の配置であったり、家事作業を協力してやっていただいたり、一緒に食事を作ったり、盛り付けたりと、共同作業を通じて支え合えるようにしている | | |

| 自己 | 三者 | 項目 | 自己評価 | 第三者評価 | |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 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 | 長い間退所がなかった。看取りによる退所がほとんどです。 | | |
| 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 | ドリームケアプランをたてている。その人の行きたい場所・食べたい物を聞き取り、個別な外出支援などを実施している。 | 入居者の希望実現に向け、個別に「ドリームプラン」を立てている。入居者の意向は家族から聞くのが一番多い。入居者の人生経験から家事などで逆に教わることもあり勉強になることも多い。 | |
| 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 | 担当しているケアマネさんや事業所の方に話を聞いたり、家族様に、話を聞いたり、写真等をみせていただいている。 | | |
| 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 | 「できない」と決めつけず、まず本人にいろいろなことをやっていただく。機能訓練を食事前に全員で行い、また個別にそれぞれの入居者様にあった機能訓練を実施している。 | | |
| 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 | ホームに来ることが難しい家族様にも、電話にて意向を聞き、また、最近では、整形外科のドクターも交え、話し合いを持ち、心身ともに支えることの出来る取組みをしている。 | 介護計画については、3ヶ月ごとに、管理者・計画作成・ケアスタッフ2名が参加して、見直しを行っている。家族には、事前に連絡し、要望などを聞き、作成後に説明し、確認を取っている。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | ケア日報・介護記録・申し送りノート・排泄表・バイタルチェック表などを、活用し、記録を行い、スタッフ間で、情報共有を行っています。 | | |
| 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 | 日々、入居者様の状態は変化するので、食事の内容をはじめとする細かいことも、都度臨機応変に対応できるようにしている | | |

| 自己 | 三者 | 項目 | 自己評価 | 第三者評価 | |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 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 | 隔週月曜日は、ハーモニカボランティア、毎週金曜日には、「体操教室」第一火曜日には、「あざみ会」、町内の方々にたくさん助けてもらっています。 | | |
| 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、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 | 体調不良時は、夜間、昼間にかかわらず往診に来てもらっている。また、必要時は、ホームから診療所に入居者様をお連れし、健康管理をしている。 | かかりつけ医は、協力医療機関である近隣のやすらぎの森診療所が、第1・第3月曜日に往診があり、24時間365日対応をしてくれており、夜中でも、点滴などの対応もしてくれている。 | |
| 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 | ケア日報を活用し、ホームの看護師、主治医に、入居者の状態を伝え、また、相談し、適切な処置・医療を受けられるようにしている。早期発見と早期治療を心がけている。 | | |
| 32 | (15) | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時は、介護サマリーを作成して、持参している。また、病院の医療連携室は、出来るだけ訪問するようにしており、病院スタッフとの、関係作りに努めている。 | 状態変化については、かかりつけ医が医療情報をもとに、施設側と連携し、随時対応してくれており、加東市民病院以外にも、西脇市民病院への入院もある。退院時には、2日前までに、介護サマリーをもとに、カンファレンスを行い、情報共有し、体制を整えている。 | |
| 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 | 入居時、重度化したときのこと、ターミナルケアのことについて話をする。入居後も、回復のみこみがなくなった場合、医師や管理者から、状態について説明し、ターミナルケアについて、家族の意向などについて、再度確認している。それを、ケアプランに反映させ、同意をいただき、看取りを実施している。 | 契約時、説明の際、重度化に向けた看取り指針などについても説明がされているが、状況に応じて、かかりつけ医からの意見をもとに、家族に確認し、管理者・リーダーも参加し、緊急時プランを作成されている。 | |
| 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 | 緊急時の対応については、定期的に研修を実施している。また、各ユニットにはマニュアルを設置し、いつでも見れるようにしている。 | | |
| 35 | (17) | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている | 消防訓練は、年2回開催している。内一度は夜間想定で行っている。また、愛の家は、災害時の、避難施設として、指定されている。 | 火災時の消火・避難誘導などの訓練は、消防署へ定期実施の記録書面がある。その他の災害については、施設は、高台にあり、福祉避難所に指定されており、備蓄品の準備もされている。 | |

| 自己 | 三者 | 項目 | 自己評価 | 第三者評価 | |
|----------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 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 | スタッフには、毎日、入居者様に対して、認知症があっても、一人の人生の先輩・一人の個人として接しようと、社内のクレドにて読み合わせており、実践している。 | 具体的な対応については、居室に出入りの際は、キッチンと了解を得る。固有名詞の出る申し送りなどは、離れた場所で、扉を閉めて、行う。その他、携帯電話上の取り扱いについても厳しく制限している。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている | 起床時間を定めていない。食事も個別対応のメニューにしている。飲み物なども、好きな時に好きな物を飲めるように支援している。 | | |
| 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 | ご入居様の起きたい時間に起きてもらう。寝たい時間に寝てもらう、食事の時間も定めていない。入浴も、毎日入りたい時は、入れるように支援している。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している | 訪問カットの方が、月1回来ている。昔でいう「特養カット」ではなく、本人様の希望に沿った長さにしてもらっている。 | | |
| 40 | (19) | ○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 全員で、盛り付け、配膳を行っている。また、お米を研ぐ、具材や果物などのカットも入居者様にしてもらっている。食事後の、食器洗いや、お皿を拭く作業・ワゴンに仕舞う作業も入居者様にしてもらっている。 | 食事の前には、15分の体操を取り入れ、食欲の増す工夫がある。メニューは、法人本部で、管理栄養士の一括管理となっているが、内容によっては、地域性や個人の好みを考慮して変化させている。 | |
| 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 | 水分チェックシート・食事量チェックシートを使用し、毎日の食事量などが、わかるようにしている。また、好き嫌いに応じて、別メニューでも対応している。 | | |
| 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 | 毎週、歯科医による口腔ケアを木曜日に実施している。また、歯科医師の指導・助言に基づく口腔ケアを実施している。 | | |

| 自己 | 三者 | 項目 | 自己評価 | 第三者評価 | |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 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 | 紙パンツではなく、出来るだけ布パンツの使用をすすめ、トイレ誘導をしっかりと実施している。現在は、全員昼間はトイレに行ってもらっている | 起床時間は、7:00～9:30の間で、個別の生活リズムを優先し、排泄の自立が困難な人には、様子を見ながら、2時間おきにトイレ誘導をされている。 | |
| 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 | 起床時に冷水や冷たい牛乳を飲んで、交感神経を刺激する。朝晩の散歩、漢方薬を、飲んで腸の調子を整える。毎日、牛乳をたくさん飲んでもらうなどの支援をしている | | |
| 45 | (21) | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている | 入浴が自立されている方は、好きな時間、好きな日に入っていただいている。介護度の高い人は、ホームの都合が優先されてしまっている | 週に、2～3回の入浴ができるようにされており、時間帯も、1:30～2:40～5:00と緩やかに組まれている。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している | 朝食の時間は設定していない。また、朝は、起きたい時間に起きてもらう。昼間、出来るだけ、活動してもらい、眠剤や、精神薬は使わない。現在、全員安眠している。 | | |
| 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 | ケア日報に、内服のこと、内服の変更について、都度記載し、服薬の効能や、副作用については、介護記録に、薬情報を挟み込み、都度スタッフが読むようにしている。 | | |
| 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 | 家事を得意としている人、習字の好きな人、塗り絵、手芸の好きな人それぞれにありますが、趣味が継続できるよう、それぞれの人の特技に合わせた役割をになってもらっている。レクリエーションでも生け花教室・歌の会など、色々なメニューを提供している | | |
| 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 | 毎日、午前と午後散歩している。買い物に行ったり、一人一人の希望にあわせて外食も実施している。また、町内会の行事、ドライブにも出かけている。家族様の参加は少ない。 | 午前中に外気のもとで、日光を浴びるを基本として、10:30頃から、11:45の間に、2:1か、1:1の対応で、順次15分程度の散歩を実施されている。また、出かけた希望や買い物の要望に合わせて、スタッフの個別対応ができている。 | |

| 自己 | 三者 | 項目 | 自己評価 | 第三者評価 | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 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 | 自分で、お金を自己管理していただいている人もいます。(家族様の同意の上) | | |
| 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 | 携帯電話を持っておられる方が、2名いる。また、希望時は、ホームの電話を使い、いつでも電話していただいている。手紙を書ける方は少ないが、書ける方は、筆や筆記用具をお渡しし、年賀状や季節のお便りを書いていただいている。 | | |
| 52 | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 温度は、入居者様の希望に合わせて調節している。季節感については、出来るだけ色々な観葉植物を置いたり、するとともに、テーブルの上には、コップを置いたり、お茶を置いたりあまり、片付けすぎず生活感が出るようにしている | リビングのテーブルには、読みかけの新聞や、お茶・お菓子など、ちょっと手を出してつまめる工夫として、あえてきちんと片付けてしまわないというスタッフのこだわりが、意図されているようだ。 | |
| 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 | 共同空間に関しては、席順に注意し、(合う合わない等があるため)気の合った人同士で、話が出るようにしている。 | | |
| 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 | 入居時は、出来るだけ家にあつたものを持ってきていただき、思い出の品や写真を置いて、本人にとって、違和感のないものになっている。 | 廊下から見える居室の壁面には、自作の大きな書道作品があつたり、写真等、ミニ作品展になっているところもある。自宅で飼っておられた犬を家族が時折連れてこられる人もある。 | |
| 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 | テーブルの高さは、身長によって変更している。また、入居者様が自分たちで、食器やカップを取ることが出来るように、ワゴンを利用している。常にテーブルの上には、お菓子やポットを置き、好きな時に、自分でお茶が飲めるようにしている。 | | |

基本情報

| | |
|-------|-------------------------|
| 事業所番号 | 2892500022 |
| 法人名 | メデイカル・ケア・サービス関西株式会社 |
| 事業所名 | 愛の家グループホームとうじょう |
| 所在地 | 〒673-1341 加東市南山3丁目23-27 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【情報提供票より】令和1年12月5日事業所記ノ

(1) 組織概要

| | | | |
|-------|------------|---------------------|------|
| 開設年月日 | 平成20年10月1日 | | |
| ユニット数 | 20 | 利用定員数計 | 18 人 |
| 職員数 | 13 人 | 常勤9名 非常勤4名 常勤換算9.6名 | |

(2) 建物概要

| | |
|------|-----------------|
| 建物構造 | 鉄骨造り 2階建 1・2階部分 |
|------|-----------------|

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

| | | | |
|---------------------|-----------------|----------------|-------|
| 家賃(平均月額) | 57,000 円 | その他の経費(日額) | 円 |
| 敷金 | 150,000 | | |
| 保証金の有無 (入居一時金含む) | 無し | 有りの場合 償却の有無 | |
| 食材料費 | 朝食 | 円 | 昼食 円 |
| | 夕食 | 円 | おやつ 円 |
| | または1日当たり 1,350円 | | |

(4) 利用者の概要(月 日現在)

| | | | | | |
|-------|---------|---------|----------|----|------|
| 利用者人数 | 18 名 | 男性 | 3 名 | 女性 | 15 名 |
| 要介護1 | 2 名 | 要介護2 | 8 名 | | |
| 要介護3 | 5 名 | 要介護4 | 3 名 | | |
| 要介護5 | 0 名 | 要支援2 | 0 名 | | |
| 年齢 | 平均 89 歳 | 最低 78 歳 | 最高 100 歳 | | |

(5) 協力医療機関

| | |
|---------|------------------------|
| 協力医療機関名 | 加東市民病院・やすらぎの森診療所・あきら歯科 |
|---------|------------------------|

目標達成計画

作成日: 令和 2 年 1 月 24 日

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 | 4 | 運営推進会議のメンバーが高齢になったり、入居者様の家族様が高齢になり、参加しにくかったりと当初に比べ、メンバーの数が少なくなっている。 | 運営推進会議の参加メンバーを再構築する。 議事録を家族様に配布していなかったの で、配布する。 | 家族様の参加をもっと積極的に呼びかけ、また、他の施設のスタッフ等にも、参加を呼び掛ける。議事録は、会議の開催された月に家族様に郵送に手配布していく。 | 5ヶ月 |
| 2 | 35 | 火災による避難訓練は、定期的に年2回開催できているが、地震時の避難訓練を開催できていない。 | 地震による避難訓練を実施する。 | 地震時の避難訓練や、避難場所や、地域との連携について、運営推進会議にて、話し合いを持つ。 | 3ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | 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、行を挿入してください。

(様式2(2))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

| 【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】 | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 実施段階 | 取り組んだ内容 (↓該当するものすべてに○印) |
| 1 サービス評価の事前準備 | <input type="checkbox"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った |
| | <input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した |
| | <input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした |
| | <input type="checkbox"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した |
| | <input type="checkbox"/> ⑤その他() |
| 2 自己評価の実施 | <input type="checkbox"/> ①自己評価を職員全員が実施した |
| | <input type="checkbox"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った |
| | <input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った |
| | <input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った |
| | <input type="checkbox"/> ⑤その他() |
| 3 外部評価(訪問調査当日) | <input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった |
| | <input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた |
| | <input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
| | <input type="checkbox"/> ④その他() |
| 4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開 | <input type="checkbox"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った |
| | <input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った |
| | <input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った |
| | <input type="checkbox"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った |
| | <input type="checkbox"/> ⑤その他() |
| 5 サービス評価の活用 | <input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した |
| | <input type="checkbox"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する) |
| | <input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する) |
| | <input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む) |
| | <input type="checkbox"/> ⑤その他() |