

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 | 2372400248 | | |
| 法人名 | 医療法人 宏友会 | | |
| 事業所名 | グループホーム元気村 | | |
| 所在地 | 半田市浜田町3-10-5 | | |
| 自己評価作成日 | 平成26年1月11日 | 評価結果市町村受理日 | 平成26年4月18日 |

利用者様となるべくコミュニケーションをとるようにし、忙しい中でも職員との信頼関係を築いていけるように日々努力している。行事や家族会やレクレーション等、利用者様の状態はそれぞれ違って、統一して行う事は難しくなっているが、喜んで頂ける様努力している。

※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 | |
|----------|--|

【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)】

職員の意識向上のために法人の研修会・認知症研修会に多数の職員が参加しており、その結果、認知症状の理解の向上、夜勤のマニュアルの作成や、年4回の季刊誌を積極的に職員同士で作成するなど意欲的である。また、毎月職員全員が理念に添った目標を個別に掲示して、お互いに確認し合い運営に反映している。運営推進会議に多くの家族(6~12名)が参加しており協力的である。家族アンケートでも家族の困っている事、不安等を職員が聞いてくれると記載しており、職員と良好の関係が伺える。

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------|--|--|
| 評価機関名 | 福祉総合研究所株式会社 | | |
| 所在地 | 名古屋市東区百人町26 スクエア百人町1F | | |
| 訪問調査日 | 平成26年1月27日 | | |

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. 全くない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目: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、活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 2372400248 | | | | | |
| 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 | リビング入り口に誰でもよく分かるように理念が提示してあり全職員がその実践に努力しているが、立地的な問題もあり地域の協力は得難い状況である。 | 元気村の理念を基にして、年2回目標を個別に設定しており、理念の周知はしている。また、日々の業務で実践している。 | |
| 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 | 周囲に住宅がなく商業施設が殆どということで、地域との繋がりは難しい。運営推進会議開催時には、地域の方へも参加を呼びかけている。ボランティアの受け入れ行事を通して交流している。 | 周辺は大きいショッピングセンターが建ち並び、そこにおやつや食材を職員と一緒に買い物に行っている。友達が面会に来たり、地域のボランティアの受け入れが増えている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | 二ヶ月に一度の運営推進会議でテーマをあげて主にご家族に向けて色々な情報を提供し、頂いた意見を日常業務に活かしている。季刊誌を創り限られた施設ではあるが置かせてもらっている。 | | |
| 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 | 二ヶ月に一度職員が会議のテーマを決定し、家族や外部の方に方に対し開催し、出てきた意見は元気村メールにて結果報告、その後の施設サービスに活かされている。 | 運営推進会議では、利用者について事故報告・食事・トイレ誘導・入浴等の日常的な事や救急時の体制等を報告して、出席者より質問・意見・要望を受けてサービスの向上に活かしている。 | 年6回開催しており、そこでの意見がサービスの向上に活かされている。利用者や自治会等にも、運営推進会議の参加を呼びかけることを期待したい。 |
| 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 | 介護保険課、包括等は運営推進会議へ参加して頂き、意見交換なども行っている。 | 役所との連携は、毎月の利用者状況の報告書を持参時や認定更新の際、実情についての相談や意見・対応を聴きながら共に取り組んでいる。市民会館に季刊元気村のチラシを置いている。 | |
| 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 | 基本的には行わないが、利用者様の安全の為やむを得ない場合はご家族の承諾を得て行い記録を記入している。玄関は夜間のみ施錠している。施設内で数箇所、安全の為、常時施錠している。 | 管理者は職員に身体拘束の内容とその弊害についてミーティング時に話す事で理解している。やむえない場合は、その都度家族に相談している。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 身体変化は(外傷、内出血など)記録し報告、原因等について話し合っている。虐待とはどういうことを含むのか、知識や意識について常に考え学ぶ姿勢を皆が持つようになっている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 成年後見制度については学ぶ機会はあるが実践へとは結びついていない。介護度が高くなってきており意志疎通が難しくなっている為、自立支援を心掛けているがかなり難しい。 | | |
| 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 | 契約の際は担当職員が十分に説明を行い、疑問に感じることは説明を行っている。解約時に関しては特別には行っていない | | |
| 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 | 日常的に職員は利用者様やご家族と互いに意見を言い合える関係作りに努力し、要望や意見は連絡ノートなどで全職員へ周知している。、運営推進会議での意見は運営に活かされている。 | 家族や来訪時に意見や要望をノートに記載して、全職員が確認するようになっている。対応はすぐにできるもの・時間がかかるものなど臨機応変に対応し運営に反映されている。 | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている | 毎月のミーティング、連絡ノートなどで意見を出したり、意見交換をしている。 | 個人面談が年2回あり、目標・希望等聞く機会を設けている。管理者は職員もパートも分け隔てなく意見が言える雰囲気を作り、質の向上に反映されている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | 個々の意見がよく聞いてもらえシフトが組まれる為働きやすい。一方でスタッフの人数に日や曜日により偏りがみられ来所した家族に「職員が少ないのか」などの指摘を受ける事もある。 | | |
| 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 | 法人内外の研修の機会が多い。参加を望めばスキルアップに繋がると思う。 | | |
| 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 | 研修によってはグループワークなどの交流を図れる事もあるが機会は少ない。同敷地内に努める職員同士でも、交流の機会は限られ、広がりはあまりない。 | | |

| 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 | ご本人が訴えのできる方にはよくお話を聞いて安心して頂けるようにしている。各職員が得られた情報に基づきコミュニケーションを取りながら信頼関係を築いてい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 | 情報交換を密にとり安心して頂け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 | 対応した職員は会話の中で知り得た情報を基にケアプランを作成している。 | | |
| 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 | 施設内の生活で役割を持って頂く事でやりがい、生きがいに通じるような毎日を送って頂けるよう援助している。利用者様の意見を尊重しながら、無理のない生活の支援に努めている。 | | |
| 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 | ご家族でなければできない利用者様への支援については、無理の無い範囲でお願いし、共に利用者様の生活を支えていけるようにと考えている。 | | |
| 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 | 利用者様によっては、次第に足が遠のいてしまわれるご家族もみえ難いところもあるが、折にふれ様子をお伝えしながら、施設に足を運んで頂けるようにと考えている。 | 入居してから、馴染みの場所になっている、近隣の桜並木通りに花見に行ったり、利用者(誕生日)スペシャルデーには利用者の希望に添って馴染みのラーメン屋・鰻屋・お寿司屋等に行く等馴染みの関係を支援している。 | |
| 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 | 限られた生活空間の中で一日の大半を過ごされる方も多いため、トラブルも起きるが席替えなどで早めに関係の修復を行っている。お手伝い、レクリエーション等での会話の時間を大切にしている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 長期的にフォロー、支援にあたる体制はととのえられていないように思う。ご家族からの申し出があれば、対応は可能かと思う。入院されている場合のお見舞いは行っている。 | | |
| 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 | 施設内の生活においてはなるべく希望に添えるようにご意見を伺いながら対応しようとしている。外出、社会との関わりに関しては、なかなか思いに添えない事が多い。 | 日々のコミュニケーションの中で本人の希望、意向を聞くように努め、入浴時や就寝介護の際に会話を業務メモに記入し、担当へ伝えケアプランの計画へと繋げている。又、表情やつぶやきも利用者の一覧に書き計画と合わせて共有して支援に活かしている。 | |
| 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 | 利用者様によっては十分な聞き取りができない方もいる。ご家族の協力が得られる方については、今までの暮らし方を今に繋げるよう職員間で情報交換、情報の共有をしている。 | | |
| 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 | 日誌、バイタル表、特変記録などから全職員が目を通し共通のケアを実践している。 | | |
| 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 | 各担当職員がチームやミーティング、申し送り時などにモニタリングを行い、プランの作成を毎月評価をしている。各プランがファイルリングされていて各職員が同じ支援ができるようにしている。 | ケアプランは半年毎に見直し作成している、常に本人、家族の要望を聞き反映させ現状に即した介護計画の作成に努めている。介護計画を毎月マンスリー評価で経過と評価を行い、職員全員が共有出来るようファイリングしている。 | |
| 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 | 日常的な様子は日誌、カルテなどを通して記入し情報を共有している。必用に応じて「特変」の記載も行う。 | | |
| 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 | 同じ建物内での受診、リハビリの利用の他に、必要ならば専門医、総合病院の受診をご家族に勧めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 定期、不定期、に地域のボランティアに在所して頂いたり、ご家族の協力でおやつ作りなどを行っている。 | | |
| 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 | 二週間に一度往診医による診察がある。希望があればかかりつけ医の受診も継続して受けて頂け、情報提供による協力を行っている。 | 提携医の往診が2週毎にあり、24時間の連絡も可能で薬の相談、体調の変化による指示は夜間でも相談が出来きる体制であり、利用者・家族の安心に繋がっている。かかりつけ医の受診は家族対応としているが、家族との連携を図り適切な医療支援をしている。 | |
| 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 | 常に利用者様の状態について連絡をしたり、支持を仰いだりできる看護師がいる。1階病院ナースやデイサービス内ナースにも必要に応じて相談、指示を受けられるよう連携をとっている。 | | |
| 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。 | 退院時のサマリーにより情報を得ている。必用に応じ、電話、Faxなどで連携をとっている。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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 | 三ヶ月に一度終末期についての対応の意向を伺っている。ターミナルとなった際はご家族、医師、ナース、施設長立会いのもとで同意書を作成し連絡を密に取り合いながらケアにあたっている。 | 家族に重度化や終末期の方針を説明して、同意を得ており、その後の対応も医師が確認して家族、職員への説明など十分な支援の連携ができています。終末期支援や看取りなど、法人内で勉強会を開き資料については、運営推進会議資料として家族にも説明している。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 最近においては数回、市の消防職による指導、訓練をうけており、施設のマニュアルもある。 | | |
| 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 | 定期的に避難訓練や火災の初期消火などについて市の消防に指導を仰ぎ行っている。地域との協力体制についてはどの程度まで望めるか不明。 | 避難訓練は消防署の指導の下行い、夜間想定訓練や職員間で避難、誘導方法を確認している。各階には消火栓、防災扉が有り火災時に有効な設備である。備蓄に関しても水、食料、オムツ等充実させるなど災害対策に積極的に取り組んでいる。 | 避難訓練はダミーを使い行うなどより実践に即し精度を上げる工夫を感じる。一度は全員参加の避難訓練が実施出来ることを期待したい。 |

| 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 | 接遇の研修などもあり、職員が皆より良い対応ができるよう心掛けている。入浴、排泄時など、プライバシーが十分に守られない環境も少々あるが、職員の工夫で対応する努力をしている。 | 法人内で勉強会も積極的に行い、事業所全体の意識向上と接遇、尊厳保護の取り組みを積極的に行っている。 | |
| 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 | それぞれの意志、希望などに耳を傾け、可能な限りそれに沿うよう努力している。言葉にできない方に対して何らかの形でできる感情や表情に注意し、気持ちを汲み取るように思っている。 | | |
| 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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 居室が2階、3階と分かれており、自由に部屋への出入り、休息が取れない。ご自分の意志で動ける方に関しては、それぞれのペースで過ごさせている。リビングベッドでの休息には限りがある。 | | |
| 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 | それぞれにお部屋に身だしなみが整えられるものを用意されている方もみえるが、大半は職員が行っている。髭剃り、食後の口、手などの清潔など気をつけている。整髪は職員(有免許)が利用者様全員行っている。 | | |
| 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 | 入居者様がだんだん重度化しており、準備に携われる方はごく一部となっている。片付けの部分でしか日常的にかかわって頂いていない。ご家族の協力で嗜好品を持ち込まれる事もある。 | 利用者は、食事の後片付けや食器拭きなど出来ることを一緒にしている。家族の協力の下、手作りおやつやランチバイキングは好評で家族会と合わせて実施するなど、食事を楽しむ工夫をしている。 | |
| 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 | 食事時には、見守り、声掛け、介助により一定量を召し上がって頂けるよう心掛けている。チェック表で食事量の把握を行い、食事形態を考えその方の状態に合うものとなるように対応している。 | | |
| 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 | 毎食後の口腔ケアを習慣化しチェックシートを活用しているが、残存能力に合わせたケアは少なく、職員が行ってしまう事が多い。週に一度、義歯洗浄剤使用、器具の消毒を行っている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 個々の排泄リズムを掴む為、チェック表を活用し、必用に応じて随時のトイレ誘導、パット交換を行っている。重度の方が増え、オムツの使用を減らす事は難しくなっている。 | 排泄チェック表にはその時の状況が分かり易く記入してある。排泄は常に寄り添い表情や仕草を観察して、周囲に気づかれないよう誘導している。 | |
| 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 | 十分な水分補給や、牛乳、ヨーグルト、腹部マッサージ等で排便がスムーズにできるように補助している。様子を見て便秘薬の服用を行っている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 基本的に午前中に一般浴、午後機械浴の設定があり、週に2~3度の入浴をして頂いている。入浴のタイミングとか入浴の仕方などはその方の意向に沿う努力をしている。 | 季節湯(菖蒲、ゆずなど)で入浴を楽しむ工夫をしている。入浴が困難な人はミスト浴で利用者に添った支援に努めている。入浴好きな利用者も多く個別浴の利点でリラックスした絶好のコミュニケーションの場としても大いに活用している。 | |
| 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 | リビング内にベッドが増え、今までより休んで頂きやすい環境となっている。日中、個室で休んで頂いている方もみえる。 | | |
| 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 | 薬剤情報がいつでも見られる状態であり、薬の変化も把握しやすくなっている。チェック表により、服薬を確実に出来るようにしている。 | | |
| 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 | 日常的な食事の片付け、洗濯たたみなどに携われる方が限られている。施設内での楽しみも限られるが、ボランティアなどの訪問も以前に比べ増えている。外出の機会を増やす努力が必要。 | | |
| 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 | 日常的な外出支援はなかなか難しい。ご家族の協力のもと、不定期に外出される方もみえる。 | 日常的な外出は近くのホームセンターへ買い物に出かけている。家族の協力で外出して昼食を済ませてくる人もいる。誕生日など本人の行きたい所への支援や、花見見物など四季を感じる外出支援もある。 | 施設の立地環境など日常的な外出は厳しいが、外気に触れて季節を感じ五感で楽しむことは大切なこと、これから外気に触れ、色々な刺激を受ける機会を多くされることを望んでいる。 |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | お金の支払いが可能で、ご自身でお小遣いを持ってみえる方もみえるが、個々の小遣いは施設で管理しており、必要時にはご家族の了解を得てから使用している。 | | |
| 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 | リビング内の電話の使用は可能で、ご本人の希望があれば、かける事はできる。手紙のやり取りは今はない。 | | |
| 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 | 車椅子使用の方が増え、移動時など余裕を持った空間を確保することが難しくなっている。廊下も含め、リビング内にも、ソファ、畳、椅子など自由に座れる空間作りをしている。 | 廊下は広くエレベーター前だけでなく、廊下の途中に長いすを設置して、家族との会話を楽しむなど気楽に歓談できる。居間にはベット2台置いてあり、何時でも休憩できる配慮をしている。壁には季節の行事や催し物の写真が貼ってあり、暮らし易さが伝わって来る。 | |
| 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 | 季節感など感じて頂くために、壁面への装飾や花などで工夫している。日中は殆どリビングで過ごされている事が多い。 | | |
| 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 | ご家族の協力、関心のある方については使い慣れたものを持ち込まれ居心地の良い空間を作られている方もみえる。写真や誕生日カードを飾っている。 | ベッド、タンスが備え付けられている以外は慣れ親しんだ大正琴など好みの物を持ち込んでいる。ベッドの柵で危険を感じる利用者には職員の手作りカバーが付けられている。落ち着いて安心して過ごせる生活環境を工夫している。 | |
| 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 | 居室、トイレ等わかるよう表示しているが十分とはいえない。段差などの危険なところは職員の見守り等で対応している。動線上、手の届く場所に危険なものなど置かない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 | 2372400248 | | |
| 法人名 | 医療法人 宏友会 | | |
| 事業所名 | グループホーム元気村 | | |
| 所在地 | 半田市浜田町3-10-5 | | |
| 自己評価作成日 | 平成26年1月11日 | 評価結果市町村受理日 | 平成26年4月18日 |

利用者様となるべくコミュニケーションをとるようにし、忙しい中でも職員との信頼関係を築いていけるように日々努力している。行事や家族会やレクレーション等、利用者様の状態はそれぞれ違って、統一して行う事は難しくなっているが、喜んで頂ける様努力している。

※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 | |
|----------|--|

【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)】

職員の意識向上のために法人の研修会・認知症研修会に多数の職員が参加しており、その結果、認知症状の理解の向上、夜勤のマニュアルの作成や、年4回の季刊誌を積極的に職員同士で作成するなど意欲的である。また、毎月職員全員が理念に添った目標を個別に掲示して、お互いに確認し合い運営に反映している。運営推進会議に多くの家族(6~12名)が参加しており協力的である。家族アンケートでも家族の困っている事、不安等を職員が聞いてくれると記載しており、職員と良好の関係が伺える。

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|----------------|--|--|
| 評価機関名 | 福祉総合研究所株式会社 | | |
| 所在地 | 愛知県名古屋市東区百人町26 | | |
| 訪問調査日 | 平成26年1月27日 | | |

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. 全くない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目: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、活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 2372400248 | | | | | |
| 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 | 理念は数箇所施設内に展示してあり共有と実践を心掛けている。 | | |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している | 周囲に住宅地がなく、地域との繋がりが難しい。ボランティアの受け入れや会議への参加依頼、広報誌の配布など、職員ベースでの間接的な働きかけは行っている。 | | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | ご家族に対しては運営推進会議や元気村メール等、日々の情報伝達を通じて行っているが、地域の人々に向けては無い。民生委員の方の運営推進会議への参加はして頂いている。 | | |
| 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 | ご家族、地域包括センター、介護保険課、地区民生委員の方を招き、二ヶ月に一度の運営推進会議、半年に一度の家族会にて話し合い、意見交換を行いサービス向上に繋がるようにしている。 | | |
| 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取り組んでいる | 運営推進会議への参加をして頂き、頂いた意見は施設運営に活かされている。必要な情報はその都度伝えている。 | | |
| 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 | 夜間危険防止の為、4点柵をしている利用者様が3名みえるが、ご家族に許可を得て、記録をしている。施錠は場所によってされているが、玄関は夜間のみ施錠されている。 | | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 虐待について学ぶ機会は無かったがマニュアルが常に見れるようにしてある。利用者様の身体観察は蜜に行っており、職員全員で把握、話し合いを行い共有することで防止に努めている。 | | |

| | | | | | |
|------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 法人研修にて学ぶ機会があり、個人的に学ぶ機会もあった。利用者様や家族の意見に応じた対応をしている。 | | |
| 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 | 丁寧に説明を行い、納得して頂けると理解している。 | | |
| 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 | 運営推進会議や家族会、面会時にご意見を伺う場や言い出しやすい環境作りに努めている。意見交換ノートの活用、ミーティングや申し送り等で職員全員把握している。 | | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている | ミーティングや申し送り等で意見は出されるが、反映されているかは分からない。 | | |
| 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 | 半年毎に個人実行計画書を作成し、目標管理に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 法人研修や認知症ケア研修など、様々な法人内外の研修を行っている。研修報告書や資料の共有で学んだ事を職員同士で分かち合っている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 法人内の別のグループホームの職員と勉強会を行った。他の事業所の運営推進会議に参加させて頂く機会を得た。 | | |
| 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 | 入所時はアセスメントと蜜に行い職員間で共有し、生活暦などをきっかけにコミュニケーションを図り、信頼関係が持てるように努めている。 | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 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 | 来所時ご様子をお伝えしたり、ご家族には話しやすい環境作りに努めている。疑問に感じたことなどは安心して納得頂けるまで対応して信頼関係を築くように努力している。 | | |
| 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 | 金銭的な負担を感じているご家族に負担の少なくなるサービスの情報を提供した。アセスメントを利用しニーズの把握に努め、サービスに活かせるようにしている。 | | |
| 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 | ご家族によってはご本人に対する気持ちに差がある。ご本人、ご家族の立場に立ち理解するように努め、アットホームな雰囲気作りを行っている。できるお手伝いはできるだけやって頂いている。 | | |
| 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 | 利用者様に問題行動があってもご家族が「せめられてる」と感じられないように配慮しながら日々の様子をお伝えし、ご家族がご本人の状態を把握できるようにしている。 | | |
| 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 | 馴染みの方が来訪される事もあり、またいつでも来て頂けるような雰囲気作りやお声掛けを行っている。 | | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 利用者様同士の関係を把握し、気の合った利用者様同士近くに寄って頂くなど席替えを行ったり、関わりが広がるように職員が間に入ったりしている。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取り組み 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 | 相談があればできる限り支援に努めている。他のホームへ行ったり、入院された方を訪問したりしている。 | | |
| 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 | 日頃からコミュニケーションをとり希望や意向を引き出せるように、又は言い出し易い関係になれるように努めている。またケアプランの担当者にご本人の希望等、伝えるようにしている。 | | |

| | | | | | |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 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 | アセスメントでご本人、ご家族から聞き取りを行っている。委託介護支援事業所と連携をとっている。 | | |
| 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 | 入所時にアセスメントを行っている。日々のご様子は介護記録や日誌に記入し共有に努めている。 | | |
| 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 | 担当を決めて半年に一度介護計画を作成している。ご本人、ご家族に希望をお伺いしたり、ミーティングにてカンファレンスを行い皆で検討、見直しを行っている。 | | |
| 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 | 日々、日誌、個人カルテにご様子を記録し、何か特変があれば別に詳細な記録をとっている。申し送りをする事で情報を共有し利用者様が過ごしやすいようにと話し合っている。 | | |
| 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 | 一階にてリハビリやシニアフィットネスを行っている。ご希望又は提案し、利用されている方が数名みえる。 | | |
| 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 | ボランティア受け入れが増え、歌謡ショーやフラダンスは恒例になりつつある。利用者のご家族による手作りおやつも人気がある。地域貢献の活用は少ない。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかか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 | 二週間毎に往診があり、ご本人の希望やご家族が同席し相談できる環境にある。他の病院の受診については事前にご家族に承諾を得て協力を得ている。1階の医師への相談も可能である。 | | |
| 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 | 疑問に思うことは看護師にすぐに相談できる。依頼すればすぐに来訪してくれ指示を仰ぐ事ができ、全職員で把握している。受診の必要性の判断を得ている。 | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 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。 | 書面、電話による情報提供を相互にやりとりしている。入退院情報をかかり付け医とも共有している。退院時にはサマリーによって状態を把握しているがもう少し詳しい情報が欲しい。 | | |
| 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 | 意向事前確認書により大まかな方針は決めているが、ターミナルになれば往診医、看護師、施設長から十分に説明し、方針を統一させ多職種連体して看取りを行う事ができる。運営推進会議にて看取りについて話し合う事ができた。 | | |
| 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 | 新入職員を中心に救命訓練や、火災想定の実験訓練を行い、実際のシミュレーションをし学ぶ事ができた。落ち着いてできるようにマニュアルがある。 | | |
| 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 | 消防立会いのもと実際に避難訓練を行っている。フィードバックにて指摘を受けている。現在のところ、地域の協力は得られていない。 | | |
| 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 | 常に接遇に関する話し合いを行い、研修にも参加し実践を心掛けている。正しい言葉使いや心配り等学ぶ機会が得られた。 | | |
| 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 | 意思表示できる方に対しては希望をお聞きしたり、自己にて決定できるような言葉掛けを行っている。意思表示できない方、言葉では伝えられない方は、表情から汲み取るよう努めている。 | | |
| 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 | 画一的になっている部分もある。職員側で時間や都合を優先している事は多いが、一日を通してTVを見たり、本を読んだり、居室で休まれたりと自由にゆったりと過ごされている。 | | |
| 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 | 整容は職員が行っている事が多いが、可能な方は自己決定できるように援助している。色の好みのはっきりされている方にはご本人の好きな色の服や日用品を選択して頂いている。 | | |

| | | | | | |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 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 | 食事の片づけを一緒に行い役割を持って頂いている。時折行事で調理を一緒に行ったり、食事をバイキング形式にしお好きな物をご自分で取って頂き食事の楽しみを感じて頂いている。 | | |
| 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 | 食事形態は状況に応じて、普通食、刻み、極刻み、ミキサー食等で見直し対応している。水分摂取は医療職と相談しながら行い必要があればチェック表に記入している。 | | |
| 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 | なるべくご自分でやって頂くよう声掛けを行い、見守りが必要な方には付き添い援助している。義歯の清潔や自歯の温存に加え、舌苔の除去を行っている。 | | |
| 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 | トイレの回数は利用者様によって違い、ご本人の状態によって排泄介助の方法も変えている。利用者様によっては定時にトイレのお誘いをし、トイレでの排泄を目指している。 | | |
| 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 | 便秘の方には朝牛乳を提供したり、昼食には全員ヨーグルトをお出しし、薬以外にもスムーズな排便ができるよう支援している。パット交換の方も状態によってポーターに座って頂く事もある。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 曜日や時間に決まりはあるがある程度、希望をお伺いしている。ゆっくり入浴を楽しんで頂きたいが、難しい事もある。 | | |
| 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 | 日中でも居室やリビングで臥床して頂いている。道路沿いなので二重窓を閉め騒音を防いでいる。夜間安眠できるよう日中はなるべく活動的に動いて頂いている。 | | |
| 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 | 薬の変更がある度確認している。チェック表を作り、確実に服薬して頂けるようにしている。薬の副作用、用法を理解できるように薬剤情報がいつでも見れるようにしている。 | | |

| | | | | | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 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 | 縫い物が得意な方にはお願いしたり、洗濯たたみやお皿拭きなどお願いして、感謝の言葉を伝える事で役割ややりがいを感じて頂けるようにしている。ノンアルコールを飲んで頂く機会を作った。 | | |
| 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 | 行事で買い物に出かけた。ご家族の協力を得て外出される方もいる。全員で出かけることは難しく数人で出かける機会はある。 | | |
| 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 | 主に施設で管理し、必要時にご家族に了解を得て使用している。ご自分で管理できそうな利用者様は数名しかみえない。 | | |
| 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 | ご本人の希望があればご家族に了解を得て電話できるように支援している。 | | |
| 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 | 季節の花を飾ったり季節行事の飾り付けをしたりしている。毎月のカレンダーは季節感を感じるように利用者様と一緒に作っている。リビングでは車椅子が通りにくく何度か机の配置を工夫した。 | | |
| 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 | リビング内にソファーや本棚が設置しており、廊下にもベンチがあり、思い思いに過ごして頂ける環境である。テレビの前にソファーが設置しており、野球観戦などができるようになっている。 | | |
| 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 | 壁面に穴を空けることができず装飾も少ない。車椅子の通行や転倒回避の為、物の少ない居室も多い。 | | |
| 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 | 居室入り口には名前が貼ってあり分かりやすいようにしてある。トイレも分かりやすいように表示している。建物が古く段差もあり危険もある為、手摺をつけたり改善できる部分は努力している。 | | |

外部評価軽減要件確認票

| | |
|-------|------------|
| 事業所番号 | 2372400248 |
| 事業所名 | グループホーム元気村 |

【重点項目への取組状況】

| | | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 重点項目① | 事業所と地域とのつきあい (外部評価項目：2) | 評価 |
| | 周辺には民家がなく、地域との交流は少ないが、町内会区長を介してホーム担当の民生委員が決まり、地域との交流を深める準備を行っている。今後は自治会や消防団・保育園等の交流もしたいと望んでいる。年4回元気村の季刊誌を市民会館に置いている。 | ○ |
| 重点項目② | 運営推進会議を活かした取り組み (外部評価項目：3) | 評価 |
| | 年6回開催している。利用者の状況や活動報告、意見や要望等の質疑応答をしてサービス向上に反映されている。事故報告と取り組み方・脱水症の対策・看取り等についてマニュアルに沿っての説明を行い、議事録は誰でも拝読できるように居間の入り口に置いてある。 | ○ |
| 重点項目③ | 市町村との連携 (外部評価項目：4) | 評価 |
| | 介護認定申請や利用者の状況報告書を持参して、市職員と情報交換を行っている。在宅ケア推進地域連絡会や南知多病院主催の講習会等に参画し市町村との連携に努めている。 | ○ |
| 重点項目④ | 運営に関する利用者、家族等意見の反映 (外部評価項目：6) | 評価 |
| | 家族会は年2回運営推進会議後に行っている。そのため運営推進会議に家族の参加が多い。家族の苦情・要望を受けた時、連絡のノートに記載し、すぐに対応出来る事はすぐに行い、時間を要する事はミーティングで話し合い、改善に努めている。家族向けのホーム便りは毎月発行している。 | ○ |
| 重点項目⑤ | その他軽減措置要件 | 評価 |
| | ○「自己評価及び外部評価」及び「目標達成計画」を市町村に提出している。 | ○ |
| | ○運営推進会議が、過去1年間に6回以上開催されている。 | ○ |
| | ○運営推進会議に市町村職員等が必ず出席している。 | ○ |
| 総合評価 | | ○ |

【過去の軽減要件確認状況】

| | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 実施年度 | 21年度 | 22年度 | 23年度 | 24年度 | 25年度 | 26年度 |
| 総合評価 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |

1. 外部評価軽減要件

- ① 別紙4の「1 自己評価及び外部評価」及び「2 目標達成計画」を市町村に提出していること。
- ② 運営推進会議が、過去1年間に6回以上開催されていること。
- ③ 運営推進会議に、事業所の存する市町村職員又は地域包括支援センターの職員が必ず出席していること。
- ④ 別紙4の「1 自己評価及び外部評価」のうち、外部評価項目の2、3、4、6の実践状況 (外部評価) が適切であること。

2. 外部評価軽減要件④における県の考え方について

外部評価項目2、3、4については1つ以上、外部評価項目6については2つ以上の取り組みがなされ、その事実が確認 (記録、写真等) できること。

| 外部評価項目 | 確認事項 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. 事業所と地域のつきあい | (例示) ① 自治会、老人クラブ、婦人会、子ども会、保育園、幼稚園、小学校、消防団などの地域に密着した団体との交流会を実施している。 ② 地域住民を対象とした講習会を開催若しくはその講習会の講師を派遣し、認知症への理解を深めてもらう活動を行っている。 |
| 3. 運営推進会議を活かした取り組み | (例示) ① 運営基準第85条の規定どおりに運用されている。 ② 運営推進会議で出された意見等について、実現に向けた取り組みを行っている。 |
| 4. 市町村との連携 | (例示) ① 運営推進会議以外に定期的な情報交換等を行っている。 ② 市町村主催のイベント、又は、介護関係の講習会等に参画している。 |
| 6. 運営に関する利用者、家族等意見の反映 | (例示) ① 家族会を定期的 (年2回以上) に開催している。 ② 利用者若しくは家族の苦情、要望等を施設として受け止める仕組みがあり、その改善等に努めている。 ③ 家族向けのホーム便り等が定期的 (年2回以上) に発行されている。 |

(注) 要件の確認については、地域密着型サービス外部評価機関の外部評価員が事実確認を行う。