

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 | O170401335 | | |
| 法人名 | 株式会社 メガ・フレア | | |
| 事業所名 | グループホーム ふれあ | | |
| 所在地 | 札幌市手稲区手稲本町2条2丁目4-11 | | |
| 自己評価作成日 | 平成30年11月25日 | 評価結果市町村受理日 | 平成30年12月25日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

| | |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先URL | http://www.kaigokensakumhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail.2017.022_kani=true&JigyosyoCd=0170401335-00&PrefCd=01&VersionCd=022 |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|-----------------------|
| 評価機関名 | 株式会社 サンシャイン |
| 所在地 | 札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F |
| 訪問調査日 | 平成30年12月7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)】

利用者の方、一人ひとりの生活に合わせご自分のペースで日々、過ごして頂いています。雪が降るまでは、外出する機会を作っています。また、施設内の取り組みとして、おやつを作ったり、誕生会・お花見会・敬老会・忘年会など、ご家族様と一緒に食事をする機会を作り、利用者様・ご家族様・職員で同じ時間を共有し楽しむ機会を多く作るよう努めています。この機会を多く作る事で、ご家族と職員の関係はもちろん、ご家族様同士、また利用者様と他利用者様のご家族との関係も良好となっております。利用者様と職員の関係は良好で、気軽に話しが出来る関係となっております。医療の面に関しては、開設当初から看取り支援に取り組んでいます。24時間体制で医療機関と連携しており、毎日の健康から終末まで、医師の協力を得ながら、ご本人はもちろん、ご家族様も安心して穏やかに生活して頂けるよう、日々、取り組んでいます。職員も明るく、利用者様・職員と笑顔が多いホームが特徴です。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

「グループホーム ふれあ」は、JR手稲駅から徒歩5分ほどの住宅地にある1ユニットの事業所である。駅前の商店街に近く、周囲に公園や手稲神社があるなど利便性に優れている。2階建ての2階がホームの住まいになっている。利用者は町内会の花壇整備や盆踊りに毎年参加している。神社祭りには駅通りの歩行者天国で地域住民と一緒に、よさこい踊りを観賞している。今回は近隣のコミュニティカフェに行き、参加者と交流している。開設13年が経過する中で地域との協力関係を築き、代表者は町内会の役員を引き受けている。区のふれあいフェスティバルに毎年協力し、見学者を受け入れて地域に開かれた運営を行っている。運営推進会議に家族の参加が多く、来訪頻度も高い。家族の意見も採り入れて手摺りやテーブル、家具類を配置し、自力での移動が安全に出来るように工夫し、自立につながっている。大きな行事や誕生会に家族と過ごす機会を設けたり、毎月写真入りの「ふれあたより」を送り暮らしの様子を伝えている。利用者同志や職員との会話を楽しむ家庭的な暮らしは家族にも喜ばれている。職員は研修で学びを深め、モニタリングを基に介護計画を作成して個別支援を行っている。利用者とおやつ作りや暖かい時期には外出の機会も多く、職員は本人の自立面や会話を引き出しながら常に笑顔で接している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | 項目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25) | ○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない | 63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています (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 (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している (参考項目:30,31) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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踏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 | いつでも理念を確認出来るよう、スタッフルーム前に置いていますが、時間を作り確認し合うという機会は以前に比べ、減っているのが現状です。(以前は職員会議の度に行なっていたが、出来ない事が増えてしまった) | 開設時の理念を分かりやすい言葉に変え、理念の中には地域密着型サービスの意義を踏まえた文言が入っている。職員会議で理念の言葉を書くことで意識づけになり、職員は利用者に接する時に理念を振り返って対応している。 | |
| 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 | 毎年、町内盆踊りや神社のお祭りに参加し交流をしています。また、街路樹の手入れや資源ごみ回収に協力しています。最近では、近隣のコミュニティーカフェに行き、交流の機会を作りました。 | 利用者は町内会の花壇整備や盆踊りに参加したり、神社祭りに商店街も共催して行う、駅前通りの歩行者天国でよさこい踊りを住民と観覧している。コミュニティカフェで、参加者から「くす玉」のプレゼントもあり、今後も参加したいと考えている。 | |
| 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 | 町内盆踊りに毎年参加していた事から、最近では、会場の席を確保して頂けるようになりました。また、「来年も来て下さいね」と声をかけて下さるようになりました。 | | |
| 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 | 運営会議では、施設の活動報告・今後の予定を報告しています。また、会議内で身体拘束についての話しもしています。会議の内容は、職員にも伝えご家族様と職員が共通の理解で支援を行っています。 | 2か月ごとに会議を開催し、地域関係者では婦人部の役員が参加し、家族参加は平均して5名ほどで非常に高い。行事、外部評価の報告や防災などのテーマで意見を交換し、9月の地震対応を報告する中で質疑応答が活発に行われている。 | |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる | 必要に応じ連絡を取っていますが、積極性は欠けていると思います。 | 市からのアンケートに協力し、制度利用やサービス評価の確認をしている。生活保護担当者とは、情報交換や必要に応じて連絡を取り連携を密にしている。市の管理者会議で実施した研修内容を見て職員会議で共有し、サービスに活かしている。 | |
| 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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 新しい支援を検討する時は、拘束にはならないかを常に考えています。玄関の施錠に関しては、交通量の多い立地から、戸を半扉にし、施錠しているのが現状です。 | 「身体拘束等の適正化指針」を新たに作成し、委員会を運営推進会議に位置付け会議で協議している。職員は議事録で共有し、勉強会で不適切なケアを学び、身体拘束禁止行為の11項目も理解している。ユニットの玄関は中から開けられるように工夫し、拘束のないケアに取り組んでいる。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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 | 虐待について学ぶ事も大事ではありますが、職員の欠員状態が続く、業務が過密ぎみの状態です。その結果、ストレスが溜まり、そのストレスが虐待のきっかけにならないよう、自由に休暇を取ってもらいリフレッシュしてもらうようにしています。 | | |

グループホーム ふれあ

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 学習の機会は設けていません。成年後見制度の説明や必要性のある方が現在いない・相談もないことから、関係者との話しあいや活用には至っていません。 | | |
| 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 | 解りやすい言葉で説明するようにし、確認をしながら進めています。契約時から、質問しやすい関係づくりに努めています。 | | |
| 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並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 | ご家族様の為に意見箱を設置していますが、大体は面会に来られた際、直性、ご家族よりお話しがある事が多いです。 | 運営推進会議や来訪時に家族の意向などを聞いている。提案を採り入れテーブルやソファなどを使い、利用者が安全に移動できる工夫で自立につながっている。意見などは個人記録で家族とも共有し、回覧ファイルにも個別に記載している。 | |
| 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 | 定期的に職員会議を開き、意見交換の場を設けています。日常の業務の中でも、気軽に意見交換できる空気をつくり、いつでも話しが出来るようにしています。 | 職員会議で外部研修の報告、勉強会を行ったり、ケアについての確認や業務の簡素化などで意見を交換している。年に1～2回代表者との個人面談がある。管理者は業務の中で常に職員と話し合い、意見や提案を活かしている。 | |
| 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 | 常に過剰労働にならないか勤務時間をチェックしている。モチベーションを高めるために研修機会を多く設定させ個々の知識の向上を務めるように指導しています。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 個人面談を年2回設定し個々の悩みや問題点のヒアリング、また個々の目標設定も含めた受けたい研修等もヒアリングをし実際の研修に反映させるようにしています。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 年2回の個人面談の他に懇親会等を開催時には参加、地域のネットワークとしては町内会行事への参加を促し経営者と従業員とで参加しています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 サービスの利用を開始する段階で、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 | 入居前にご本人に来所して頂く提案をさせて頂いておりますが、来所が難しいのが現状です。その為、ご家族から、多くの情報を聞き出し、入居後、安心して生活して頂ける環境作りに努めています。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 入居前に出来るだけ多くお話しをするようにし、話しやすい関係づくりに努めています。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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 | ご本人の様子や言葉から状況を判断し、その時々にあった対応を行っています。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 相手の思いを少しでも多く理解できるよう、相手の立場になり考え行動し、そこから、自然に笑顔が引き出せるよう心掛けています。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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 | 定期的にご家族参加の食事会を行っていた事から、他入居者様のご家族と入居者様が気軽に話し出来る環境が出来、また他入居者様のご家族同士が気軽にお話しできる環境が出来ています。 | | |
| 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 | 面会はどの方も定期的にあります。来訪時は、お部屋でゆっくり過ごして頂いています。 | 町内会の盆踊りに毎年参加し、会場席の配慮や住民の話かけもある。近くの公園が馴染みの場所で遊んでいる子供たちを見て楽しんでいる。利用者同志や職員と会話をし、行事で家族と一緒に過ごすホームの環境が馴染みの暮らしになっている。 | |
| 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 | お話しが合いそうな方同士を同じテーブルにして過ごして頂く事で、自然と会話がうまれています。また、コミュニケーションを図れない方でも職員が介入し、関わりを持つ事で関係が途切れないよう心掛けています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 退去後も気軽にお話しや相談をして頂けるような関係づくりを心掛けています。 | | |
| Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 23 | 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 | 言葉で伝える事が出来る方も困難な方も、表情や行動からその方の思い理解するよう心掛けています。 | 殆ど会話が可能で、難しい場合には話しかけて思いを把握している。課題分析(アセスメント)表を6か月ごとに更新しているが、職員視点からの心身情報についての記載内容が多く見られる。 | 課題分析表(アセスメント)表の下段に項目を設け、利用者の言葉で、暮らしの習慣や趣味嗜好などを記載して変化も追記し、介護計画に連動出来るよう期待したい。 |
| 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 | 普段の会話やご家族様のお話から、多くの情報を得よう努めています。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 一人ひとりの生活のペースを尊重し、日々、過ごして頂いていきます。また、状態の変化が見られた時は、職員間で情報を共有し、その時に適した支援を行うよう努めています。 | | |
| 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 | 定期的に担当者会議を開催しています。また、会議以外でも、日々の生活から気になる事項が出てきた時は、その時々で支援の検討をしています。 | 3か月ごとに計画を見直している。職員のモニタリングを基に会議で評価し介護計画を作成しているが、計画書1表の家族意向欄に記載のない事例も見られる。日々の記録では個人記録の書式を工夫し、サービス内容で変化の記載も考えている。 | 家族の意向を丁寧に聞いているので、介護計画書1表に具体的な内容の記載を期待したい。その意向が2表につながり、モニタリングに活かすことが出来るよう期待したい。 |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 個人記録にケアプランを載せているので、毎日、評価するようにしています。気づきなどがあれば、個人記録に記載し、計画の見直しに活かせるようにしています。 | | |
| 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 | ご本人や家族の状況に応じた支援を心がけており、変化にも臨機応変な対応を心がけています。 | | |
| 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 | 町内のイベントに参加し交流する機会を作っています。しかし、地域支援の活用という点では、情報収集不足であり、積極的な活用には至っていない。 | | |
| 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 | 本人・ご家族様の意向を汲んだ診察が受けれるよう主治医への協力を求めています。急な臨時受診も素早く対応して頂き、安心を得られていると思います。 | 利用開始時に受診先の意向を確認し、月2回協力医の訪問診療を殆どが受けている。緊急時や必要な時は家族も同行して主治医の説明を受けている。医療ファイルに往診と受診、医療情報を利用者ごとに綴り、内容を共有している。 | |

グループホーム ふれあ

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31 | | ○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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 | 訪問看護時に体調や生活の気づきを報告しています。必要に応じて、主治医への報告や診察の調整をして下さり、細かな支援が受けられています。 | | |
| 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、また、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。又は、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。 | 入院時は基本情報を渡しています。また、退院時は注意点や退院後の生活のアドバイスを、都度、確認しています。 | | |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居時に終末期の支援について説明しています。また、終末期が近くなってきていると判断した時も、再度、ご家族様と今後について話し合い、必要に応じて、主治医から説明をして頂いています。 | 利用開始時に重度化対応と、対応が難しい項目を文書で説明し、同意書と看取り希望の確認書を得ている。状態の変化でその都度方針を確認し、主治医指導の下で看取りを行っている。終末期に勉強会で看取りケアを学び、振り返りも行っている。 | |
| 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 | 急変時や事故などの対応についてのマニュアルは、すぐ見れるところに置いてありますが、今年度は、その勉強会は開催出来ていません。 | | |
| 35 | 13 | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている | 年に2回、昼夜を想定した火災避難訓練を行っています。しかし、地震や水害時の訓練が不自由な為、訓練の機会を作る必要があると感じています。 | 2回とも昼と夜を想定した避難訓練を行い、家族の参加を得ている。消防署の事情で昨年も立ち会いでの指導は無かったので、消防署に協力の依頼を検討している。事業所として予想できる非常災害時対応マニュアルの作成を予定している。 | 火災以外の地震、風雪、土砂崩れなどの対応マニュアルの作成を期待したい。また地震などを想定し各ケア別の対応を話し合い、内容をマニュアルに加えながらの勉強会も期待したい。 |

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

| | | | | | |
|----|----|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|
| 36 | 14 | ○一人ひとりの人格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 | 職員全員が同じ支援が出来るよう、個々の状態の情報共有し、引継ぎや業務日誌、職員回覧物にて支援法の確認を行っています。 | 利用者への呼びかけ方は、本人や家族に意向を確認している。不適切な声かけがあれば、その都度注意を促したり会議の中で再確認している。 | |
| 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 | 一人ひとりのレベルに応じ、質問の仕方を変えたり、言葉を簡単にするなどし、自己決定出来るよう意識して関わっています。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | その方のペースに合わせた支援に努めています。職員間の意識の開きが起らないよう職員会議などを利用し、意見交換も行っています。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している | 起床時や離床時に身だしなみを整え、出来ない方はお手伝いをしています。洋服を自己決定出来る方がいらっしゃいますので、決めて頂いています。 | | |

グループホーム ふれあ

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | その方の得意とする作業を出来る時に職員と一緒にこなしています。 | 利用者と一緒におはぎや桜餅、にしん漬けを作ったり、焼き肉パーティーやバイキング外食などに出かけて楽しんでいる。誕生日は献立を中止し、本人の好きな料理を職員の手作りで提供している。 | |
| 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 | 毎日、食事摂取量・1日の水分量を記録に記載し、栄養状態や水分量を把握するよにしています。皆さんと同じ時間に食事を食べれない時は、時間をずらして提供する工夫をしています。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | ご自分で出来る方は1日1回～2回の方もいますが、出来る範囲で声かけをし、口腔ケアの促しを行っています。また、ご自分で出来ない方は、こちらで介助しています。 | | |
| 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 | 定期的に声をかけ、トレイでの排泄を促しています。また、トレイまでの歩行が難しくなっている方は、お部屋にポータブルトイレを設置し、支援しています。 | 全員の排泄をケアチェックシートに記録し、声かけを工夫しながら失敗が少なくなるようにトイレに誘導している。テーブルやソファを手摺り代わりに利用し、自力でトイレまで移動できるように配置を工夫して自立にむけた支援を行っている。 | |
| 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 | 毎日の排便状態を記録し、排便パターンを把握しています。便秘になりがちの方は、主治医に相談し指示を貰っています。 | | |
| 45 | 17 | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている | 入浴は週2回、入れるように進めています。また、ひとりひとりのペースに合わせ、急がずゆっくり入浴して頂いています。 | 毎日午後の時間帯に、一人週2回の入浴を支援している。入浴剤を使用したり好みの湯加減にして入浴が楽しめるように工夫している。身体状況や本人の体力面に配慮して、二人介助やシャワー浴など柔軟に対応している。 | |
| 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 | ひとりひとりが取りたい時に休息を取って頂いております。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 医療記録を全員で確認するようにしています。また、薬の内容がすぐに確認できるよう、薬ファイルを用意しています。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | それぞれの得意な事を見つけ、一人でも出来る、出来た！という自信につながる支援を行うようになっています。 | | |

グループホーム ふれあ

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。また、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 | 春～秋まで、月2回、全員参加の外出企画を考え実施しています。また、天気の良い日はホーム周辺を散歩する機会を作っています。 | 普段は近くの公園を散歩したり、玄関前のプランターの花を見て外気に触れている。前田森林公園に藤の花を見に出かけたり、紅葉ドライブで朝里ダム方面に外出している。ランチビュッフェやおやつ外食など外出する機会が多くある。 | |
| 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 | 個人でお財布を持っている方は1名で他の方は、ホームで管理しているのが現状です。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている | 電話をかけたい時は、早朝、深夜以外は取り次いでいます。 | | |
| 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 | 職員を交え季節ごとの作品を作り居間に貼って楽しんで頂いています。また、ロビーには植物や行事の写真を貼り、居心地の良い空間作りに努めています。 | 居間や廊下に、絵画や季節感のあるクリスマスツリー、手作りのリースなどが飾られている。観葉植物も多く、家庭的な落ち着いた雰囲気がある。手摺りや家具類の配置を工夫し、それぞれの利用者が可能な限り自分で移動しながら、自立した生活が継続できるように環境を整えている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている | ロビーに椅子を置き、ロビーの窓からの景色をゆっくり見れるようにしています。また、リビングは、気の合う方同士で、トランプや花札をして楽しんで頂ける環境作りをしています。 | | |
| 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 | 自宅で使用していた物や思い出の物を持ち込んで頂き、見慣れた物、使い慣れた物がある中で過ごして頂ける環境を提案しています。また、ご本人の生活を見ながら、家具の配置を変える工夫をしています。 | 入居前の生活習慣に応じてベッドや布団を持ち込んでいます。本人が使いやすいタンスや収納ケース、小物入れなどを配置して、その人らしい生活が継続できるように工夫している。本人の作品を飾ったり、今までの作品集も傍に置かれています。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「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 | 自力で安全、安心して移動が出来る事を考え、状況に応じ家具の配置を変えています。また、トレイの場所を示す目印をつけています。 | | |

目標達成計画

事業所名 グループホーム ふれあ

作成日：平成 30年 12月 18日

市町村受理日：平成 30年 12月 25日

【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 | 26 | 介護計画書1表に具体的な内容の記載が少ない。特に、ご家族様の意向欄の記載が少ない。 | 介護計画書1表にご家族様の意向を記載する。 | 面会時、ご家族様と利用者様とのなげない会話や行動、直接ご家族様と話した内容の中から、支援に繋げる内容はないか考えるよう意識する。あれば記録に残す。面会の少ないご家族様には、手紙を出し、要望を書いてもらい支援に繋げる。 | 6ヶ月 |
| 2 | 23 | 6か月ごとに更新しているアセスメント表が心身の情報についての記載しかなく、利用者様の習慣や趣味嗜好などの情報がない。 | アセスメント表に習慣・趣味嗜好など、心身の情報以外を記載する欄を作り、多くの情報を知る事が出来るアセスメント表にする。 | アセスメント表の見直しを行い、現在の習慣・趣味嗜好を記載していくようにする。そして6か月後の更新時、変化はないかを見直し、変化があれば、追記していく。 | 3ヶ月 |
| 3 | 35 | 火災以外の地震・風雪・土砂災害などのマニュアルがない。 | マニュアルの作成を行う。 | 地震・風雪・土砂災害時に起こりうる状況を細かく想定し、その時の対応を詳しく検討する。そして、状況状況の対応法が記載されたマニュアル作りを行う。 | 6ヶ月 |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。