

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 | 2895000293 | | |
| 法人名 | 医療法人社団 旭診療所 | | |
| 事業所名 | グループホームあかね雲大池山荘 | | |
| 所在地 | 兵庫県神戸市北区西大池1丁目32番1号 | | |
| 自己評価作成日 | 令和元年5月27日 | 評価結果市町村受理日 | 令和1年7月11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)】

当事業所は山に囲まれた静かな環境にあり、四季折々の景色を眺めることができ、季節の移ろいを窓から感じられます。最寄駅から徒歩5分、最寄りのインターチェンジから10分以内と交通の便がよい場所に建っています。地域との関わりが深く、ふれあい喫茶を始めとした地域行事には積極的に参加しています。毎年秋のふれあい文化展には作品を展示させていただいております。

季節に関連した行事を月に1度以上は行っており、スタッフと入居者が共に楽しめるような工夫を凝らしています。日々の暮らしでも両者がお互いに協力し、楽しみながらのんびりと暮らせるようなサービスの提供に努めています。医療面では隣接する介護老人保健施設との医療連携体制が整っています。看護師が定期的に訪問し、気になる事があればすぐに相談することができます。運営主体が医療法人であり、急変時には担当医師が対応します。

※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 | 令和元年6月11日 | | |

【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)】

当施設は、静かな山間に位置し最寄り駅から徒歩約5分と福祉施設としては絶好の環境にある。施設は、居室とリビングが一体的に設計され居住者が動きやすいように、また、職員も見守りがしやすいように配置されている。地域とホームとはお互いの催しに参加し合う形で双方の交流を積極的に行っている。施設長の「介護は駕籠かきの天秤と同じく、介護する職員のバランス感覚とお互いの思いやりが重要である。団結力を高めるのが運営の基本である。」との考えが職員によく浸透しておりチームワークは良好である。開設後3年目の浅い施設であるがハード・ソフト両面に亘って行き届いたホームである。

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 | 開設時にスタッフ全員で考え、理念を作成した。玄関や各フロアのスタッフルームに掲示するとともに名札の裏にも理念が記載された用紙を入れ、職員間で共有している。 | ホームの理念は○自由と生きがい○安心と信頼○地域と共生 であるが、これは「皆が入りたいグループホームとは」というテーマで職員で“ブレインストーミング”で作成した。採用時にこの理念が共有できるかどうかを職員に問うている。 | |
| 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 | 地域で開催される行事は積極的に参加している。主な交流としてはふれあい喫茶やふれあい文化展があり、地域の方々との交流を図っている。運営推進会議には毎回、地域住民の代表者が参加しており、情報交換をしている。 | 法人として自治会に加入している。地域の催しの①ふれあい喫茶②ふれあい文化祭③納涼大会④桜祭にはこちらから参加し、ホームの餅つき大会には地域の人に来て盛んに交流をしている。 | |
| 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 | 地域住民の見学をいつでも受け付けている。運営推進会議にて日々の取り組みを紹介している。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 2ヶ月に1回の頻度で開催している。会議では日々の取り組みを報告し、出席者からの意見を頂戴し、それをもとにサービスの向上に努めている。出席者同士でも活発な議論が展開されている。 | 会議では色々建設的な意見が出て、例えば「ふれあい文化祭」への出店等の提案もあり実現している。家族の参加はあまりないが会議録は後日全家族に配付している。行政関係者はメンバーになっていない。 | |
| 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 | 電話やファックス等で連絡をとり、情報交換に努めている。代表者が市の担当者と会う場合には、事業所の実情について伝えている。 | 市の連絡窓口は、市役所本庁舎1階にある「介護指導課」で、法令解釈などについての照会は必要な時に電話で行っている。その他、適宜連絡・相談を心掛けている。 | |
| 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 | 身体拘束廃止委員会の主導のもと、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。これまで身体拘束をした実績はない。マニュアルや指針を整備し、年2回は全職員に研修を行っている。 | 玄関は常時施錠しているが、行政の実施指導では特に指摘はなかった。2年前に一度徘徊の事例があったが1時間で解決した。指針に基づき研修も良く行っている。センサーマットの利用はあるが、事前に家族とよく話し合い同意を得ている。 | |
| 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 | 1年に1回以上は高齢者虐待についての研修を行い、周知徹底を図っている。研修ではグループワークにてお互いに議論しながら、考える機会を設けている。マニュアルを作成し、虐待防止に取り組んでいる。 | 虐待が起こる根源は職員のストレスにあるので、ストレス解消の為に懇親会の開催を始め、平素からコミュニケーションを取ることに意を用いている。メンタルヘルス研修の実施を始め、スピーチロックにも注意している。 | |

| 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 |
| 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 | 権利擁護に関する研修を年に1回実施している。昨年度は成年後見支援センターよりパンフレットをいただき、管理者が研修を行った。 | 後見人制度を利用している入居者は夫婦で2人いる(後見人は弁護士)。制度をわかりやすく解説したパンフレットがあり、それを要請のあった家族さんに渡している。職員研修は年1回実施している。 | |
| 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 | 契約の締結においては契約書や重要事項説明書に基づき、およそ2~3時間をかけて十分に説明を行っている。疑問点はその都度説明し、納得していただいてから契約を交わすようにしている。 | 当初の契約時には、契約書などを基に出来ることと出来ないことをきっちりと説明している。その後は介護報酬の改定以外の契約改定はないが、改定時には改訂要旨を記したものと重要事項説明書のセットで説明している | |
| 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 | 介護計画書の見直し毎に利用者やご家族へ意見や満足度を尋ねている。各ユニットの入口に相談窓口についての貼り紙を掲示するとともに意見箱の設置、運営推進会議の場をもってご意見を伺うようにしている。 | 利用者とは普段の接触の中で、また家族とは来所時に意見を聞いている。相談窓口(管理者)、ご意見箱も置いているが活用されていない。運営推進会議にも家族の参加はない。 | 家族の意向は個別に聞くことはもとより必要であるが、公の会議の中で披露して頂くことも大切であると思う。運営推進会議に家族が参加しやすいような環境を工夫されてはいかがでしょうか。 |
| 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 | 月1回の頻度で全体会議を開催し、そこで意見や審議する内容の有無を聞くようにしている。管理者は時間の許す限り、自ら各ユニットの会議に出席し、そこでも聞くようにしている。 | 月1回のユニット会議と年2回の職員との個々のミーティングにおいて職員の意見を聞いている。職員の意見を具体化した事例としては、老健「あすなろ」と当ホームの情報の共有化を図ったことがある。 | |
| 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 | 代表者が年に2回実施される人事評価において職員個々の目標や実績を把握している。また、管理者や各ユニットリーダーとも連携し、個々の能力に応じた給与体系や職場環境の整備に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 月1回のペースで全職員に対し施設内研修を開催している。職員個々の経験と力量に応じて外部の研修に参加させている。研修終了後は報告書を提出させ、研修で得られた知識を業務に活かせるようにしている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 北区内のグループホームが集まる連絡会を2~3ヵ月毎に開催している。事業所からは代表者と管理者もしくは介護職員が毎回出席して情報交換を行っている。そこで得られた情報をもとに質の向上に努めている。 | | |

| 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 | まずはスタッフ側から関わることから始め、そこから関係づくりを構築している。関わることで安心してもらえ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 | 入居時にはご家族に要望や意向を尋ね、介護計画書やケアに活かしている。入居直後にはこまめに電話や様子を報告し、関係づくりに努めている。 | | |
| 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 | 入居前にアセスメントを行っている。そこから問題点やご本人の困っていることを抽出し、介護計画書に反映させている。 | | |
| 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 | 節度を持ちながら家庭的な雰囲気ですぐに接し、個々の特性を理解し、信頼関係を築いている。行事やレクリエーションを通じて入居者同士の交流を図れるように努めている。 | | |
| 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 | 面会時には来訪の感謝の意を示すとともに近況を報告している。毎月サービス状況報告書を作成し、家族のもとへ写真やイラストも交えながら報告をしている。変化があれば、その都度連絡している。 | | |
| 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 | ご家族との外出や外泊は自由に行っていた。入居しても長年来の友人や知人の訪問を大いに歓迎しており、実際にその方々が頻りに訪れている。 | 開設3年目。利用者の入居歴も浅いため家族以外の知人や友人もよく訪れている。この関係を途切れないようにするため家族にも協力いただいている。 | |
| 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 | 日々、スタッフが利用者同士の関係を把握しており、日常会話や家事などをしながらスタッフが架け橋となって、利用者同士の交流につなげている。行事の機会を設けて、交流できるようにも取り計らっている。 | | |

| 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 | 契約終了後でも、必要に応じフォローしている。その後の生活状況をご家族に尋ねている。ご本人にも直接近況を尋ねるようにしている。 | | |
| 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 | (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 | ご本人の意向や希望は必ずお聞きしている。さらに日常会話の中からも希望や要望を聞きだせるように努め、介護記録に残すようにしている。認知症の進行されている方については表情や行動から思いを推測し、可能な限りの支援につなげている。 | 3ヶ月に1回行っている介護計画見直しの折に、本人や家族から思いや意向を聞き取っている。また日常会話の中からも汲み取るように努めている。困難な場合には本人の表情や行動から推測している。 | |
| 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 | 入居前に事業所からの情報をいただき、書類や面談の場面において生活歴、趣味、嗜好などを把握している。それらをもとにケアに活かすようにしている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | ひとりひとりの生活パターンは介護記録に生活の様子を記録し、把握するように努めている。重要な変化があれば、申し送りノートにて現状を共有している。 | | |
| 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 | 介護計画書の見直し時には必ずご本人やご家族および他の職種からも意見や意向を尋ねている。それを反映させた上でスタッフ間でカンファレンスを開き意見交換しながら作成している。 | 本人やその家族、関係者から意見を聞き、計画作成担当者を中心に職員で話し合い、介護計画を作成している。3か月毎にカンファレンスを行い見直している。 | |
| 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 | 日々の様子については介護記録に残し、さらに申し送りノートも使って、情報共有を図っている。それらとともに月1回のフロア会議でスタッフ同士で知恵を出し合いながら実践している。 | | |
| 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 | 個別の外出や入退院時の送迎や緊急時の受診など、ニーズに応じたサービスを柔軟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 | 開設時の研修で地域にどんな社会資源があるのかを調査した。ご本人の生活スタイルに合わせて紹介し利用できるように支援している。積極的な外出支援を勧めるために施設内研修でもこのテーマで話をした。 | | |
| 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 | かかりつけ医は入居時に相談し、選ぶことができる。法人理事長でもある診療所の医師が月2回訪問している。同法人以外で希望される病院にかかる場合は受診できるように支援し、ご家族に協力をお願いしている。 | 本人や家族の意向を大切にしている。入居時に、これまでのかかりつけ医にするか、事業所の協力医にするか選択していただいている。協力医は月に2回訪問診療している。かかりつけ医を受診する場合には家族に協力していただいている。 | |
| 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 | 看護職員が1名配置され、日々介護職と連携を取っている。何か変化があれば、すぐに相談し、的確に指示を出せる体制が整っている。 | | |
| 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。 | 入院した場合には必ず1度はお見舞いに行くようにしている。病院の地域連携室と必ず連絡をとり、情報を得るようにしている。入院にあたっては介護や服薬状況等の情報を提供している。 | 利用者が入院する際には、介護サマリを作成し医療機関に提供している。入院中は見舞いに行き、医療機関の地域連携室と密に連絡を取り、情報交換を行いながら早期退院に向けて支援している。 | |
| 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 | 重度化対応・終末期ケア対応指針を定めており、契約時に説明している。実際に重度化や終末期となった場合はご家族に意向をお聞きし、ご本人やご家族の希望に沿うような体制を整えている。地域の病院や系列の老人保健施設との連携がとれるようにしている。 | 重度化や看取りケアに関する指針を作成している。本人や家族の意向を聞きながら、希望に沿うように地域の医療機関や老人保健施設等と連携しながら支援する体制を整えている。 | |
| 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 | 事故・急変発生時フローチャートを作成し、各フロアの見えるところに置いている。緊急時対応についての研修を定期的に行い、全スタッフがいざというときに対応できるようにしている。 | | |
| 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 | 年に2回避難訓練を行っており、その中で避難方法について全員が習得できるのを目指している。同時に施設内研修では火災や災害時の対応についてまとめた資料を研修時に全スタッフに配布し、理解できるようにしている。 | 災害時対応マニュアルを作成し、災害にいつでも対応できるように定期的に研修会を開き、職員の共通理解が得られるように努めている。地域の自治会の協力を得ながら年2回避難訓練を行っている。 | |

| 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 | 利用者の尊厳の保持を基本とし、敬語で話すように努めている。すべての部屋が個室であり、ロックができることでプライバシーを保てるようにしている。 | 人権擁護、プライバシー保護のマニュアルを作成している。トイレや入浴等に誘うときの言葉遣い、日常会話での敬語の使用と、あらゆる時と場に応じて相手を思いやる気持ちを持って行動している。 | |
| 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 | ご本人の訴えや希望には必ず耳を傾けている。すべての場面で自己決定ができるように働きかけている。ただし、ご本人の決定が他の方の迷惑になる場合は希望通りにならない場合がある。 | | |
| 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 | 1日をご本人のペースに合わせて過ごせるよう尊重し、また希望を優先させて過ごしていただけるようにしている。 | | |
| 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 | 私服で過ごされており、要望に応じて服を選んでいただいている。月2回訪問理容サービスがあり、パーマやヘアカラーにも対応している。また、好みを聞きながらマニキュアや化粧ができるように支援している。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 食事の準備は意欲のある方と一緒にしている。下膳はできる方にはしていただいている。行事やレクリエーションでは入居者とスタッフが一緒に調理をし、お互いに楽しみながら行っている。 | 献立から調理までは隣の老健施設で行っている。料理はカロリーから栄養分まで綿密に計算されている。配膳や後片付けは利用者と一緒にしている。 | 食事の楽しみは食べるだけでなくそれを作ることにあります。利用者と一緒に献立を考え、調理する機会を月に一度ぐらい作ってみてはいかがでしょうか。 |
| 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 | ひとりひとりの状態や嗜好を見極め、適切な支援を行っている。問題があれば隣接する老人保健施設の管理栄養士と相談ができる。水分が進まない方に対しては好みの物を提供したり、提供の仕方を工夫するなどして水分量の確保に努めている。 | | |
| 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、スタッフが全員に口腔ケアの支援を行っている。できるところはしていただきながら、足りない部分は介助している。訪問歯科が週に1度はあり、全員が月1回以上は口腔内のチェックをしていただいている。年に1回は歯科医による口腔ケアの勉強会を行っている。 | | |

| 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 | 排泄チェック表をもとに個別の排泄パターンを把握している。重度になってもトイレでの排泄ができるようにスタッフ同士で協力している。昨年にはオムツの当て方の勉強会を行い、知識をさらに吸収できた。 | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、その時間が来ればさりげなくトイレへ誘導している。排泄の自立支援に向けて研修会を開き、職員全員が知識を深めるよう努めている。 | |
| 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 | 看護職の指導のもと自然な排便ができるように努めている。また、運動を促したり、飲み物の工夫を行ったりと水分を摂ることで便秘の解消に努めている。 | | |
| 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 | 入りたいかどうかを個々に尋ねてから入浴していただいている。個人の嗜好に合わせてながらのんびり入っていただくように配慮している。季節によっては菖蒲湯やゆず湯を行っている。 | 入浴は週2回、午後が原則となっている。本人の希望を聞き、その時の気持ちに沿うよう支援している。季節によっては菖蒲湯やゆず湯を作り昔を思い出していただいている。 | |
| 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 | 好きなときに部屋に入って休めることを最大限尊重し、休めるように支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 個々人の薬袋を用意し、用法や用量が記載された用紙を把握している。特に薬の変更があった場合には職員全員が把握するとともに注意深く観察し、主治医や看護師に報告している。 | | |
| 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 | 入居時に生活歴や趣味・嗜好などを聞き取っている。それをもとにケアプランを作成し、個々に応じた役割やレクリエーションを通じて楽しみや張り合いのある生活が送れるように支援している。 | | |
| 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 | ドライブや買い物など積極的に外出支援を行っている。日常会話の中で行きたいところを聞き出し、出かけられるように支援している。また、ご家族との外出も積極的にっており、一緒に出かけることができることをアピールしている。年に2回以上は遠足の行事を取り入れている。 | 利用者が出かけたい所を本人や家族から聞き取り、その願いを叶えてあげるように努めている。日ごろの買い物と一緒に出かけたり、花見やいちご狩り、動物園等に車で遠出することもある。家族や友人、知人が訪れた際には、一緒に外出するよう協力を呼び掛けている。 | |

| 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 |
| 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 | 基本的にお金は事務所で預かりし、いつでも使えるようにしている。ご本人が希望すれば紛失しても差し支えない範囲の金額を所持していただいている。 | | |
| 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 | ご本人の希望に応じて電話や手紙を送れるように支援している。ご家族やお知り合いからの手紙が来れば、返事を書くように働きかけている。 | | |
| 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 | 廊下や居間の窓は大きくとられ、光が十分に差し込みやすくなっている。リビングの床の色は光の差し込み具合によって刺激にならないように配慮している。居間には季節を感じてもらえるような掲示物を貼っている。電気の色は暖色系から寒色系までの設定ができる。 | 居間兼食堂とキッチンが一体となっており、窓が大きく明るく広々としている。整理・整頓が行き届き快適な空間となっている。居間や廊下には行事の写真や季節を感じさせる作品が掲示されている。 | |
| 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 | 共用空間の窓側にそのような場所があり、そこに椅子を2つ置いている。日差しが入り、日向ぼっこをする光景が見られる。気の合う者同士が座って会話を楽しむこともできる。 | | |
| 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 | ご本人が居心地よく過ごせるように使い慣れた物やなじみの家具、好きな物などを持ち込んでいただくようお願いしている。それによって、以前の住まいに近づけるように工夫している。 | エアコンやベッド、タンス(大・小2種)は常備されている。洗面台も設置されている。ベッドやタンスは移動可能なため、持ち込んだ作品や写真とともに配置を工夫しながら居心地よい居室づくりを楽しんでいる。 | |
| 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 | 建物内部はバリアフリー構造であり、廊下には手すりを設けている。トイレや浴室にも手すりを設けて、安全に過ごせるように工夫している。 | | |

基本情報

| | |
|-------|---|
| 事業所番号 | 2895000293 |
| 法人名 | 医療法人社団 旭診療所 |
| 事業所名 | グループホームあかね雲大池山荘 |
| 所在地 | 兵庫県神戸市北区西大池1丁目32番1号 TEL 078-586-2000 |

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

【情報提供票より】令和元年5月20日事業所記入

(1) 組織概要

| | | | | |
|-------|-----------|--------|----|---|
| 開設年月日 | 平成28年7月1日 | | | |
| ユニット数 | 2 | 利用定員数計 | 18 | 人 |
| 職員数 | 16 | 人 | | |

(2) 建物概要

| | |
|------|---------------|
| 建物構造 | 木造2階建ての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) | 75,000 | 円 | その他の経費(月額) | | 円 | |
| 敷金 | 30万円 | | | | | |
| 保証金の有無 (入居一時金含む) | 無 | | 有りの場合 償却の有無 | | | |
| 食材料費 | 朝食 | 310 | 円 | 昼食 | 510 | 円 |
| | 夕食 | 490 | 円 | おやつ | 110 | 円 |
| | または1日当たり円 1420円 | | | | | |

(4) 利用者の概要(月日現在)

| | | | | | | |
|-------|-----|-------|----|-----|-----|------|
| 利用者人数 | 18名 | 男性 | 6名 | 女性 | 12名 | |
| 要介護1 | 3名 | 要介護2 | 5名 | | | |
| 要介護3 | 6名 | 要介護4 | 3名 | | | |
| 要介護5 | 1名 | 要支援2 | 0名 | | | |
| 年齢 | 平均 | 87.1歳 | 最低 | 77歳 | 最高 | 101歳 |

(5) 協力医療機関

| | |
|---------|------------------|
| 協力医療機関名 | 医療法人社団 まほし会 真星病院 |
|---------|------------------|

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び第三者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 | 40 | 利用者と職員と一緒に食事の準備や片付けをする機会が少ない | 毎日の暮らしの中でお手伝いしていただく機会を設ける | <ul style="list-style-type: none"> 月に1度は一緒に食事を楽しむことができる行事を取り入れ、調理を一緒に行う 日常生活においてもできる方にお手伝いをお願いする スタッフと入居者様が一緒にメニューを考える機会を設ける | 12ヶ月 |
| 2 | 4 | 昨年度の運営推進会議において入居者様のご家族が出席した実績がなかった | 毎回の会議において最低1名でも出席できるようにする | <ul style="list-style-type: none"> 開催日や時間帯を変更することを検討する 今まで以上にご家族に出席できないか打診する 案内文の中に会議で取り上げてほしい議題や意見を記載していただく欄を設ける | 12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、行を挿入して下さい。

(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="checkbox"/> ②利用者へサービス評価について説明した |
| | <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する) |
| | <input type="checkbox"/> 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() |