

高齢者グループホーム瓢箪家

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和元年12月25日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|--|-----------|--|
| 事業所番号 | 3493100048 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 成 城 会 | | |
| 事業所名 | 高齢者グループホーム瓢箪家 | | |
| 所在地 | 広島県安芸郡熊野町城之堀二丁目28番41号 (電話) 082 (573) 0558 | | |
| 自己評価作成日 | 令和元年11月24日 | 評価結果市町受理日 | |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

| | |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=3493100048-00&ServiceCd=320 |
|-------------|---|

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | |
|-------|---------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 FOOT&WORK |
| 所在地 | 広島県安芸郡海田町堀川町 1番8号 |
| 訪問調査日 | 令和元年 12月 25日 (水) |

【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）】

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・認知症高齢者の暮らしやすい環境づくりに努めております。・各居やトイレの配置、照明等プライバシーを配慮したものとなっております。・利用者の自立を促し、介護者の介護負担の軽減に配慮した前傾姿勢支持テーブルを全トイレに設置しております。浴室にも、前傾姿勢保持テーブルを法人独自で開発設置しております。・日々の生活の活性化のため、月1回の外出行事、逆ミニデイを実施しております。 |
|---|

【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）】

| |
|--|
| 高齢者グループホーム瓢箪家は、法人の理念「楽しい心、謙虚な心、感動する心」を全ての職員が理解され日々の業務で実践されている。利用者の生活歴や近隣との関わり等、入居前や入居後の情報や日々の関わりの中で利用者お一人おひとりの思いや意向を引き出して把握され、介護計画の作成につなげていて、利用者の思いに添った外出支援にも取り組まれている。介護計画は、利用者・家族の意向を尊重しながらも出来るだけ残存能力を活かし、その人らしく生き活きと生活出来るように自立支援を行っている。活躍の場面として、居室や共有部分の掃除、地域の祭りへの参加、事業所周辺の散歩、畑の草取り、ジャガイモ掘り、花の手入れ、歌を歌う、ぬり絵やちぎり絵等、利用者お一人おひとりの生活歴や力を活かした役割や気分転換を図り、張り合いや喜びのある日々が過ごせるように支援に取り組んでいる。 |
|--|

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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ユニット) | | | | | |
| 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。 | 法人の理念「楽しい心、謙虚な心、感動する心」の理念を唱和をし理解を深め実践している。また瓢箪家独自の「利用者様との3つのお約束」を作り職員で共有を図っている。 | 法人の理念「楽しい心、謙虚な心、感動する心」と事業所独自の「利用者様との3つのお約束」「利用者様に丁寧に接します」「利用者様に笑顔で接します」「利用者様に感謝の気持ちで接します」と併せて事務所に掲示し朝礼時に唱和している。日々のケアサービスにおいても理念が活かされているか、特に、「お一人おひとりに寄り添った」支援が来ているかどうかを確認しながら実践につなげている。 | |
| 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。 | 地域行事や地域の保育園、幼稚園との合同行事に積極的に参加し、地域のスーパーなどにも週一回買い物に積極的に外出して交流を深めている。 | 町内会に加入していて、地域の納涼祭に模擬店(射的)を出店し、利用者も参加して楽しんでいる。保育園や幼稚園の運動会を見に行ったり、保育園児と芋の苗を植え、芋掘りを一緒に行ったり、又、敬老会に参加している。ミニディ(ふれあい祭り)に参加したり、熊野中学校の職場体験を受け入れ、生徒と交流している。週1回の手作り料理の日には、近隣のスーパーに、利用者と一緒に食材を買いに行き地域の方と交流している。 | |
| 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。 | 地域の行事に出かけた際や相談を受けた場合にアドバイスをしている。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 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ヶ月に一回会議を開催し現状報告意見交換の場を設け会議での意見をサービス向上に活かし、活動報告の他に委員の意見を反映させた行事、消防訓練に取り組んでいる。 | 会議は2ヶ月に1回開催し、家族・民生委員・高齢者支援課職員・地域包括支援センター職員・町地区社会福祉協議会職員・小規模多機能管理者・管理者・職員で開催している。利用者の状況や行事報告、ヒヤリハット報告、身体拘束委員会の報告、災害時の対応等について意見交換をしている。参加者からの意見や助言を得て、サービス向上に活かしている。 | |
| 5 | 4 | ○市町との連携 市町担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。 | 市町担当者とは日頃から連絡を取り合い、運営推進会議では事業所の状況報告やケアの取組みを積極的に伝えると共に、意見、協力や情報共有を行い連携している。 | 町担当課とは運営推進会議時や電話の他、介護保険申請時に相談して助言を得たり、情報交換している等、協力関係を築くように取り組んでいる。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議出席時に情報交換し、必要に応じて問い合わせや相談を行い連携を図っている。 | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 6 | 5 | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>代表者及び全ての職員が「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。</p> | <p>小規模多機能ホーム舞良戸、高齢者グループホーム瓢箪家との合同で身体拘束廃止・高齢者虐待防止委員会を設置、3か月に1度、会議をもって身体拘束廃止に取り組んでいる。</p> | <p>法人内研修で学び、職員は身体拘束やスピーチロックについて理解し、拘束や抑制のないケアに取り組んでいる。内容は「スピーチロックの対策について」(言葉による強制・抑制)・「ドラッグロックの対策について」(薬の過剰投与)等であり、職員同士が身体拘束について考え、話し合う機会となっている。玄関は施錠しているが、利用者が外に出たいと言う希望に合わせて職員と一緒に出かけ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は3ヶ月に1回開催し、意見交換し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。</p> | |
| 7 | | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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のないよう注意を払い、防止に努めている。</p> | <p>身体拘束廃止・高齢者虐待防止の勉強会、研修会に参加しケアの振り返りや、不適切なケアになっていないか、検討を重ね取り組んでいる。</p> | | |
| 8 | | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p> | <p>成年後見制度については、必要性がある場合には地域包括支援センターにつなげる体制を整えている。成年後見制度については勉強はしている。今後定期的な勉強会の機会を設けていきたい。</p> | | |
| 9 | | <p>契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p> | <p>意見、不安、疑問点を尋ね、パンフレット、関係資料を用いて十分に説明を行い、理解納得の上で契約している。</p> | | |
| 10 | 6 | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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。</p> | <p>日頃より利用者、家族とのコミュニケーションを大切にしている。話しやすい雰囲気をつくり意見要望が出しやすいように努めている。また、運営推進会議や行事等で利用者や家族、外部の方の要望を聞き、サービスの向上に努めている。</p> | <p>運営推進会議や面会時・電話・手紙・事業所の近況報告・利用者の様子を記した便りを送付して、家族からの意見や要望を聞いている他、事業所主催の各行事に参加をして頂き、意見が出やすい環境作りに努めている。それらの意見や要望は検討し運営に反映している。</p> | <p>細かな周期で介護計画を作成しており、利用者の意向も反映されていますが、事業所として、更なる極みを目指しています。家族とのコミュニケーションの機会を増やし、行動記録を家族に見てもらって日々の様子が伝わり、家族の意見、要望が出やすくなり、それらの意見を反映し、利用者を支援される事を期待します。</p> |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 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。 | 職員ミーティングの場を定期的に設け一人ひとりの声を聴くようにしている。また意見を聞きながら事業計画や年間計画にも反映させている。 | 毎月の職員会議や日々の業務の中で職員の意見を聞く機会を設けている。現状にあわせ勤務体制を変更する等職員の意見を運営に反映させている。又、別に個別の意見を聞く時間を設けたり、「情報共有ノート」に意見を記入して会議で検討し運営に反映している。 | |
| 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。 | 半期に一度の面接、チャレンジ目標や自己評価をつうじて一人ひとりの目標づくりの支援をしている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取組み 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。 | 外部、内部研修、勉強会に参加、また参加していない職員へ伝達復命会を実施、学んだことはチームで共有している。 | | |
| 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つくり、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組みをしている。 | 定期的に地域の在宅ケア検討会に参加し、意見交換、情報収集ができています。 | | |
| 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。 | 事前に本人、家族の話を聞きアセスメントを行い、本人を交えて職員が集まり話している。またケアプランの原案にもなっている。本人との関わりについては、傾聴・観察を充分に行いコミュニケーションを図りながら安心して過ごせるように配慮している。気がついたことを記録に残しスタッフ全員が参考にしながら支援を行っている。 | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 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。 | 入居前に家族の困っていること、要望などを聞きケアプランの原案を作成している。インテークでしっかりと話を聞き、不安解消に努めている。 | | |
| 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。 | 入所時には本人の日常生活動作を十分に見極め、家族等の状況把握、思いや意見を伺い必要な支援を見極める。また職員ミーティングを行い必要な支援を見極めている。 | | |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。 | 一方的な介護にならないように努めている。 | | |
| 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。 | 日頃からご家族には面会時に、日々の様子を伝えるようになっている。写真や動画で様子を見てもらうこともある。また変わった事があれば、電話で報告している。 | | |
| 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。 | 今まで通りの馴染みの場所やお墓参りやご自宅へ外出などを継続的に支援している。 | 家族の面会や友人、自宅近所の人の来訪がある他、電話での交流を支援している。馴染みの理容院・美容院に出かけたり、地域の敬老会に出かけている。又、法事や家族の協力を得て、外出や外食、外泊していて、馴染みの関係が継続出来るように支援している。 | |

高齢者グループホーム瓢筆家

| 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 |
| 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。 | 家事等の日常生活の中で関わりを持ち、また買い物や料理を一緒に行ったり、入居者同士が互いを支え合えるよう支援に努めている。 | | |
| 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。 | 退去を希望された際には、居宅等、連絡、提携している。退去後も、家族や関係担当者に連絡し、その後の経過を聞き、必要な場合は再度入居が出来る支援をしている。退去された後も気軽に立ち寄られる関係づくりに努めている。 | | |
| 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。 | 本人や家族にどうしたいかを聞き、また日々の生活の中で行動や言動から読み取る努力をしている。 | サービスを開始する際には、アセスメントで利用者、家族の意向を把握している。利用者の健康状態、生活歴、現在の生活状況、基本動作、食事・口腔状態、排泄状態、コミュニケーション、感情が不安定等の周辺症状、家事等状況を聞き取り記録している。又、本人の意向や家族からの要望など漏らさず確認を行い、利用者の施設での生活において最適な支援を行う為に、詳細に把握し本人本位に検討している。 | |
| 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。 | 入所時からご家族やこれまで利用のサービス機関等より情報収集を行い、また面会時も利用しご家族から生活歴、嗜好等把握に努めている。 | | |
| 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。 | 日頃から現状把握に努め職員間で情報を共有している。情報共有ノートをしっかりと活用している。 | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 26 | 10 | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p> | <p>定期的にカンファレンスを行い話し合い、新たなニーズをケアプランの原案に反映している。利用者が事業所において本人・家族の意向に沿った生活が営めるよう介護計画書に反映している。</p> | <p>アセスメントシートで利用者の状況を本人・家族から聞き取っている。利用者により異なるこれまでの生活内容、楽しみ、身体の状態等詳細に把握する事で利用者の最適なサービス計画を作成するように努めている。計画には、本人・家族の意向を入れて援助方針を決め課題を示している。3ヶ月に1回モニタリングを実施し1年に1回見直しをしている。利用者の状態に変化があった場合はその都度見直し、現状に即して介護計画を作成している。</p> | |
| 27 | | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p> | <p>個別の介護記録に日々の状況を記入し、職員ミーティングで話し合い、情報の共有を行う。常に本人に合ったサービスを提供出来るよう努めている。</p> | | |
| 28 | | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p> | <p>個別の要望に応じて、柔軟に対応している。通院、買い物等への付き添いを行っている。お墓参りや馴染みの美容院への外出支援にも取り組んでいる。</p> | | |
| 29 | | <p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p> | <p>町内会や地域の行事を把握し参加している。</p> | | |
| 30 | 11 | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p> | <p>協力医療機関により週1回訪問診療を実施している。ご本人やご家族の希望があれば主治医を変更せず、そのまま継続し受診同行している。必要に応じて専門医への受診も行っている。</p> | <p>事業所の協力医療機関の他に、利用者や家族が希望する医療機関がかかりつけ医となっている。協力医療機関については、週1回の往診があり、他科の医療機関の受診については、家族の協力を得て事業所が支援している。緊急時や夜間はかかりつけ医の24時間体制があり、適切な医療が受けられるよう支援している。家族に対し定期受診の結果は面会時に随時報告し、緊急受診の場合は出来るだけ速やかに電話で報告し、安心して頂いている。</p> | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 | | <p>○看護職員との協働</p> <p>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。</p> | <p>職場内の看護師に連絡・相談している。それ以外は隣接している施設に看護師がいるので相談することができる。また関係医療機関とも連絡をとりあい緊急時に対応できる体制がとれている。</p> | | |
| 32 | | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>入院時付き添い家族と一緒に医師や看護師から説明を受けるようにしている。また、時々面会に行き関係者から状態を聞き情報交換に努めるようにしている。</p> | | |
| 33 | 12 | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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。</p> | <p>重度化した場合や終末期のあり方について、事業所で出来ることを説明した上で、本人や家族の意向を可能な限り、契約時に聞くようにしている。</p> | <p>契約時に重度化や終末期について家族に「看取り介護について」として説明し了解を得ている。重度化した場合は、早い段階で本人・家族の意向を聞き、かかりつけ医と相談し、医療機関への入院や併設の特別養護老人ホームへの移設を含めて、方針を決定し職員全員で共有し、支援に取り組んでいる。</p> | <p>看護職員の確保は近年より難しくなり、体制が中々整備できない状況にありますが、看護職員を確保し、施設・管理者・職員の思いが、利用者へ届き、「この施設で良かった」と思って頂けるように、更に努力される事を今後期待します。</p> |
| 34 | | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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。</p> | <p>マニュアルを作成している。心肺蘇生法の講習会への参加などで万が一に備えられるようにしている。</p> | | |
| 35 | 13 | <p>○災害対策</p> <p>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。</p> | <p>消防計画に基づき定期的に訓練を行い、職員が災害時に迅速に対応できるように準備をしている。運営推進委員の皆様にも協力を呼びかけている。</p> | <p>年2回昼夜間を想定した火災時の避難、通報、消火訓練、風水害を想定した避難訓練を消防署立会いで、利用者も参加して実施している。又、法人の併設施設と合同での避難訓練も実施している。運営推進会議で地域との協力について話し合い、協力をお願いしている。</p> | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 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。 | 特に言葉がけには十分に気を付けている。介助が必要な時も、本人の気持ちを大切に考えさげない言葉がけを心掛けている。また自己決定をしやすい言葉がけをするように努めている。 | 利用者の権利擁護と尊厳の維持について職員の研修を行っている。プライバシーに配慮したサービス、「居室やトイレに入るときはノックを行う。排泄の確認は他の入居者様に聞こえないようにする」等、職員はお一人おひとりの生活習慣・価値観に留意して利用者の主体性に気を配って支援を行っている。職員間で注意し合える関係性もある。 | |
| 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。 | 日頃からご本人の思いや希望、自己決定が出来るような言葉がけに配慮している。 | | |
| 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。 | 時間を決めることなく、その日の体調や気持ちを考慮し、一人ひとりに合った暮らしができるよう支援している。 | | |
| 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。 | 更衣のときには好みの服を自分で選んで頂いたり、毛染めしたり、馴染みの美容院へでかけるなどの支援をしている。 | | |
| 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。 | 職員も入居者と一緒にテーブルを囲んでなごやかな雰囲気づくりに努めている。配膳・片付けもできるだけご利用者で行うようにしている。手作り料理や行事を通じて、職員、管理栄養士、入居者と一緒に料理や食事に取り組んでいる。 | 3食とも配食業者の食事を提供している。御飯とみそ汁は施設で作り、パン食も準備している。利用者は、食事の盛り付け、配膳、食器洗い、テーブル拭き等を出来る人は職員と一緒にしている。食事形態は、利用者の状態に応じて、刻みやミキサー食・トロミ・ソフト食に対応している。利用者と職員は、同じテーブルで持参の弁当を食べ、会話を楽しんでいる。週1回昼に手作り料理の日を設け、食材の買い出しも、利用者と一緒にしている。隣接の有効スペースを利用してすき焼きを食べたり、ミニディで「蟹鍋・寄せ鍋」等を食べている。 | |

高齢者グループホーム瓢筆家

| 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 |
| 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。 | 食事量や水分摂取量を毎日記録している。1日1200cc以上の水分摂取をチームで共通認識し、脱水予防に努めている。管理栄養士からの助言も得ながら栄養状態の把握に努めている。 | | |
| 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に、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、一人ひとりに合ったケアをして、義歯の管理も含め口腔内の清潔保持に努めている。週1回歯科の往診にきていただき、ブラッシング等の指導を受けている。 | | |
| 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向けた支援を行っている。 | 定期的にトイレの誘導を行ない、記録に残し排泄パターンを考慮した個別の誘導を行っている。(日中紙パンツ使用2名) | 排泄チェック表を活用して、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、さりげない声かけや誘導でトイレでの排泄や排泄(気持ちの良い)の自立に向けた支援をしている。はねあげ式肘掛け手すりを設置し、便座に座って倒した手すりに寄りかかり、腹部に力を入れ自力で排便し易くしている。紙パンツも出来るだけ使用せず、布パンツでの対応をしている。 | |
| 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。 | 排便状態を把握し水分補給、食事量、服薬の調整を行っている。毎日のリハビリ体操やラジオ体操、散歩等の生活リハビリの場を設け、予防に取り組んでいる。 | | |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 原則週3回の入浴であるが、本人の希望などによって、臨機応変に支援している。 | 入浴は基本的には週に3回ですが、利用者によっては希望や体調に合わせて、臨機応変に入浴の対応をしている。体調に応じてシャワー浴、足浴や清拭を行っている。入浴したくない利用者には、時間や職員が変わって声をかける等対応し、個々に応じた入浴を支援している。 | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 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。 | 消灯時間、起床時間などは設定せず、ゆっくりと居室で休んでいただけるよう支援している。夜間眠れない時には温かい飲み物を飲んで頂いたり、職員が付き添うことで安心して頂けるよう努めている。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりを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。 | 職員は処方薬の確認をしている。日々の変化に注意しながら病状の変化が見られたら主治医に相談している。 | | |
| 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。 | 無理のない方法で家事やお花の水やり等の生活活動を本人のペースに合わせて職員と一緒にやっている。日頃から散歩やドライブ、お好きな方は時にカラオケや壁画づくりなどで気分転換し楽しんで過ごして頂けるよう援助している。 | | |
| 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。 | 入居者の気分に合わせ散歩に出掛けたり、思いに添った外出行事を考え実施している。遠出の外出などでは、ご家族の協力も得ながら支援に努めている。月に一回ミニドライブを実施している。 | 周辺の散歩や月1回のミニドライブでレクトやゆめタウン(買物)・マリーナホップ(水族館)・野呂山・三景園(あじさい)等に出かけている。大型スーパーに車で買い物に行き、自己決定出来る利用者には、化粧品や洋服、おやつ等、自分で商品を選び支払いもしてもらい、その他の利用者には、職員と一緒に食材を選んでもらう等、自分で出来る喜びを感じてもらっている。家族の協力を得て外出している等、利用者が戸外に出かけられるように支援している。 | |
| 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。 | ご本人の希望があれば持って頂いている。外出支援やミニドライブでは本人がお金を持ち、支払いをしている。 | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 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時間帯を考慮し、出来る限り応えられるように支援している。携帯電話を所持している方もいる。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地の良い共用空間づくり 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。 | 共用の空間、居室とも間接照明や電球色を基本とし落ち着いた環境づくりに努めている。 | 窓からの日差して明るい共用空間は、壁には利用者の作品や季節の飾りを飾り、生活感や季節感が感じられるように工夫している。ゆったりと広い空間にはテレビ・高さの違う食卓テーブル椅子を配置し、利用者は思い思いでくつろいでいる。台所は食堂と対面式で、ご飯を炊く匂いや食事を用意する音等がして家庭的な雰囲気を感じる事が出来る。温度や湿度、換気等に配慮して居心地よく過ごせるようにしている。トイレや浴室は使いやすく、清潔にしている。リビングではソファに腰かけ、庭を眺めたり、読書を楽しまれている。 | |
| 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。 | 食堂、台所以外にホールがあり、一人で静かに過ごしたいときは、ホールのソファで寛ぐこともできる環境になっている。 | | |
| 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。 | 入居者の希望により馴染みの物を自由に置いて頂いている。居心地良く生活出来る工夫をしている。自宅が使われていた照明やダンス、椅子を持ち込まれた方もいる。 | 居室には、テレビ・整理ダンス・収納ボックス・テーブル・椅子・観音様・時計・こたつ・位牌等、使い慣れた家具や好みの物を持ち込み、家族の写真や自分の写真・カレンダー・色紙・刺繍作品等自分で作った作品や花を飾って、利用者が居心地良く過ごせるように工夫している。 | |
| 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」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。 | 全館バリアフリーになっており、廊下の横手すり、居室・トイレの出入り口の縦手すり等、移動し易い工夫があり、全トイレにFUNレストテーブル(前傾姿勢支持テーブル)、浴室には前傾姿勢保持テーブルを設置し安全でしかも自立しやすい工夫が施されている。 | | |

| V アウトカム項目(1ユニット) | | | |
|------------------|--|---|---|
| 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。 | ○ | ①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい ④ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある | ○ | 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 |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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させている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない |

高齢者グループホーム瓢箪家

| | | | |
|----|---|---|---|
| 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 | ○ | 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 |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている | ○ | 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 |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている | ○ | ①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない |

高齢者グループホーム瓢筆家

| 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ユニット) | | | | | |
| 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。 | 法人の理念「楽しい心、謙虚な心、感動する心」の理念を唱和をし理解を深め実践している。また瓢筆家独自の「利用者様との3つのお約束」を作り職員で共有を図っている。 | | |
| 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。 | 地域行事や地域の保育園、幼稚園との合同行事に積極的に参加し、地域のスーパーなどにも週一回買い物に積極的に外出して交流を深めている。 | | |
| 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。 | 地域の行事に出かけた際や相談を受けた場合にアドバイスをしている。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 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ヶ月に一回会議を開催し現状報告意見交換の場を設け会議での意見をサービス向上に活かし、活動報告の他に委員の意見を反映させた行事、消防訓練に取り組んでいる。 | | |
| 5 | 4 | ○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。 | 市町担当者とは日頃から連絡を取り合い、運営推進会議では事業所の状況報告やケアの取組みを積極的に伝えと共に、意見、協力や情報共有を行い連携している。 | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 6 | 5 | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>代表者及び全ての職員が「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。</p> | <p>小規模多機能ホーム舞良戸、高齢者グループホーム瓢箪家との合同で身体拘束廃止・高齢者虐待防止委員会を設置、3か月に1度、会議をもって身体拘束廃止に取り組んでいる。</p> | | |
| 7 | | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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。</p> | <p>身体拘束廃止・高齢者虐待防止の勉強会、研修会に参加しケアの振り返りや、不適切なケアになっていないか、検討を重ね取り組んでいる。</p> | | |
| 8 | | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p> | <p>成年後見制度については、必要性がある場合には地域包括支援センターにつなげる体制を整えている。成年後見制度については勉強はしている。今後も定期的に勉強会の機会を設けていきたい。</p> | | |
| 9 | | <p>契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p> | <p>意見、不安、疑問点を尋ね、パンフレット、関係資料を用いて十分に説明を行い、理解納得の上で契約している。</p> | | |
| 10 | 6 | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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。</p> | <p>日頃より利用者、家族とのコミュニケーションを大切にしている。話しやすい雰囲気をつくり意見要望が出しやすいように努めている。また、運営推進会議や行事等で利用者や家族、外部の方の要望を聞き、サービスの向上に努めている。</p> | | |

高齢者グループホーム瓢筆家

| 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 |
| 11 | 7 | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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。</p> | <p>職員ミーティングの場を定期的に設け一人ひとりの声を聴くようにしている。また意見を聞きながら事業計画や年間計画にも反映させている。</p> | | |
| 12 | | <p>○就業環境の整備</p> <p>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。</p> | <p>半期に一度の面接、チャレンジ目標や自己評価をつうじて一人ひとりの目標づくりの支援をしている。</p> | | |
| 13 | | <p>○職員を育てる取組み</p> <p>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。</p> | <p>外部、内部研修、勉強会に参加、また参加していない職員へ伝達復命会を実施、学んだことはチームで共有している。</p> | | |
| 14 | | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている。</p> | <p>定期的に地域の在宅ケア検討会に参加し、意見交換、情報収集ができています。</p> | | |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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。</p> | <p>事前に本人、家族の話を聞きアセスメントを行い、本人を交えて職員が集まり話している。またケアプランの原案にもなっている。本人との関わりについては、傾聴・観察を充分に行いコミュニケーションを図りながら安心して過ごせるように配慮している。気がついたことを記録に残しスタッフ全員が参考にしながら支援を行っている。</p> | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 16 | | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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。</p> | <p>入居前に家族の困っていること、要望などを聞きケアプランの原案を作成している。インテークでしっかりと話を聞き、不安解消に努めている。</p> | | |
| 17 | | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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。</p> | <p>入所時には本人の日常生活動作を十分に見極め、家族等の状況把握、思いや意見を伺い必要な支援を見極める。また職員ミーティングを行い必要な支援を見極めている。</p> | | |
| 18 | | <p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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。</p> | <p>一方的な介護にならないように努めている。</p> | | |
| 19 | | <p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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。</p> | <p>日頃からご家族には面会時に、日々の様子を伝えるようにしている。写真や動画で様子を見てもらうこともある。また変わった事があれば、電話で報告している。</p> | | |
| 20 | 8 | <p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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。</p> | <p>今まで通りの馴染みの場所やお墓参りやご自宅へ外出などを継続的に支援している。</p> | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 21 | | <p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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。</p> | <p>家事等の日常生活の中で関わりを持ち、また買い物や料理を一緒に行ったり、入居者同士が互いを支え合えるよう支援に努めている。</p> | | |
| 22 | | <p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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。</p> | <p>退去を希望された際には、居宅等、連絡、提携している。退去後も、家族や関係担当者に連絡し、その後の経過を聞き、必要な場合は再度入居が出来る支援をしている。退去された後も気軽に立ち寄られる関係づくりに努めている。</p> | | |
| 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 | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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。</p> | <p>本人や家族にどうしたいかを聞き、また日々の生活の中で行動や言動から読み取る努力をしている。</p> | | |
| 24 | | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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。</p> | <p>入所時からご家族やこれまで利用のサービス機関等より情報収集を行い、また面会時も利用しご家族から生活歴、嗜好等把握に努めている。</p> | | |
| 25 | | <p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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。</p> | <p>日頃から現状把握に努め職員間で情報を共有している。情報共有ノートをしっかりと活用している。</p> | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 26 | 10 | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p> | <p>定期的にカンファレンスを行い話し合い、新たなニーズをケアプランの原案に反映している。利用者が事業所において本人・家族の意向に沿った生活が営めるよう介護計画書に反映している。</p> | | |
| 27 | | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p> | <p>個別の介護記録に日々の状況を記入し、職員ミーティングで話し合い、情報の共有を行う。常に本人に合ったサービスを提供出来るよう努めている。</p> | | |
| 28 | | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p> | <p>個別の要望に応じて、柔軟に対応している。通院、買い物等への付き添いを行っている。お墓参りや馴染みの美容院への外出支援にも取り組んでいる。</p> | | |
| 29 | | <p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p> | <p>町内会や地域の行事を把握し参加している。</p> | | |
| 30 | 11 | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p> | <p>協力医療機関により週1回訪問診療を実施している。ご本人やご家族の希望があれば主治医を変更せず、そのまま継続し受診同行している。必要に応じて専門医への受診も行っている。</p> | | |

高齢者グループホーム瓢筆家

| 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 | | <p>○看護職員との協働</p> <p>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。</p> | <p>職場内の看護師に連絡・相談している。それ以外は隣接している施設に看護師がいるので相談することができる。また関係医療機関とも連絡をとりあい緊急時に対応できる体制がとれている。</p> | | |
| 32 | | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>入院時付き添い家族と一緒に医師や看護師から説明を受けるようにしている。また、時々面会に行き関係者から状態を聞き情報交換に努めるようにしている。</p> | | |
| 33 | 12 | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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。</p> | <p>重度化した場合や終末期のあり方について、事業所で出来ることを説明した上で、本人や家族の意向を可能な限り、契約時に聞くようにしている。</p> | | |
| 34 | | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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。</p> | <p>マニュアルを作成している。心肺蘇生法の講習会への参加などで万が一に備えられるようにしている。</p> | | |
| 35 | 13 | <p>○災害対策</p> <p>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。</p> | <p>消防計画に基づき定期的に訓練を行い、職員が災害時に迅速に対応できるように準備をしている。運営推進委員の皆様にも協力を呼びかけている。</p> | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 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。 | 特に言葉がけには十分に気を付けている。介助が必要な時も、本人の気持ちを大切に考えさりげない言葉がけを心掛けている。また自己決定をしやすい言葉がけをするように努めている。 | | |
| 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。 | 日頃からご本人の思いや希望、自己決定が出来るような言葉がけに配慮している。 | | |
| 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。 | 時間を決めることなく、その日の体調や気持ちを考慮し、一人ひとりに合った暮らしができるよう支援している。 | | |
| 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。 | 更衣のときには好みの服を自分で選んで頂いたり、毛染めしたり、馴染みの美容院へでかけるなどの支援をしている。 | | |
| 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。 | 職員も入居者と一緒にテーブルを囲んでなごやかな雰囲気づくりに努めている。配膳・片付けもできるだけご利用者で行うようにしている。手作り料理や行事を通じて、職員、管理栄養士、入居者と一緒に料理や食事に取り組んでいる。 | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 41 | | <p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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。</p> | <p>食事量や水分摂取量を毎日記録している。1日1200cc以上の水分摂取をチームで共通認識し、脱水予防に努めている。管理栄養士からの助言も得ながら栄養状態の把握に努めている。</p> | | |
| 42 | | <p>○口腔内の清潔保持</p> <p>口の中の汚れや臭いが生じないように、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。</p> | <p>毎食後、一人ひとりに合ったケアをして、義歯の管理も含め口腔内の清潔保持に努めている。週1回歯科の往診にきていただき、ブラッシング等の指導を受けている。</p> | | |
| 43 | 16 | <p>○排泄の自立支援</p> <p>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向けた支援を行っている。</p> | <p>定期的にトイレの誘導を行ない、記録に残し排泄パターンを考慮した個別の誘導を行っている。(日中紙パンツ使用2名)</p> | | |
| 44 | | <p>○便秘の予防と対応</p> <p>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。</p> | <p>排便状態を把握し水分補給、食事量、服薬の調整を行っている。毎日のリハビリ体操やラジオ体操、散歩等の生活リハビリの場を設け、予防に取り組んでいる。</p> | | |
| 45 | 17 | <p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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、個々に応じた入浴の支援をしている。</p> | <p>原則週3回の入浴であるが、本人の希望などによって、臨機応変に支援している。</p> | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 46 | | <p>○安眠や休息の支援</p> <p>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。</p> | <p>消灯時間、起床時間などは設定せず、ゆっくりと居室で休んでいただけるよう支援している。夜間眠れない時には温かい飲み物を飲んで頂いたり、職員が付き添うことで安心して頂けるよう努めている。</p> | | |
| 47 | | <p>○服薬支援</p> <p>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。</p> | <p>職員は処方薬の確認をしている。日々の変化に注意しながら病状の変化が見られたら主治医に相談している。</p> | | |
| 48 | | <p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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。</p> | <p>無理のない方法で家事やお花の水やり等の生活活動を本人のペースに合わせて職員と一緒にやっている。日頃から散歩やドライブ、好きな方は時にカラオケや壁画づくりなどで気分転換し楽しんで過ごして頂けるよう援助している。</p> | | |
| 49 | 18 | <p>○日常的な外出支援</p> <p>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。</p> | <p>入居者の気分に合わせ散歩に出掛けたり、思いに添った外出行事を考え実施している。遠出の外出などでは、ご家族の協力も得ながら支援に努めている。月に一回ミニドライブを実施している。</p> | | |
| 50 | | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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。</p> | <p>ご本人の希望があれば持って頂いている。外出支援やミニドライブでは本人がお金を持ち、支払いをしている。</p> | | |

高齢者グループホーム瓢箪家

| 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 |
| 51 | | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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。</p> | <p>ご本人の希望があれば時間帯を考慮し、出来る限り応えられるように支援している。携帯電話を所持している方もいる。</p> | | |
| 52 | 19 | <p>○居心地の良い共用空間づくり</p> <p>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。</p> | <p>共用の空間、居室とも間接照明や電球色を基本とし落ち着いた環境づくりに努めている。</p> | | |
| 53 | | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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。</p> | <p>食堂、台所以外にホールがあり、一人で静かに過ごしたいときは、ホールのソファで寛ぐこともできる環境になっている。</p> | | |
| 54 | 20 | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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。</p> | <p>入居者の希望により馴染みの物を自由に置いて頂いている。居心地良く生活が出来る工夫をしている。自宅で使われていた照明やタンス、椅子を持ち込まれた方もいる。</p> | | |
| 55 | | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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。</p> | <p>全館バリアフリーになっており、廊下の横手すり、居室・トイレの出入り口の縦手すり等、移動し易い工夫があり、全トイレにFUNレストテーブル（前傾姿勢支持テーブル）、浴室には前傾姿勢保持テーブルを設置し安全でしかも自立しやすい工夫が施されている。</p> | | |

| V アウトカム項目(2ユニット) | | | |
|------------------|--|---|---|
| 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。 | ○ | ①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい ④ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある | ○ | 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 |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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させている | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない |

高齢者グループホーム瓢箪家

| | | | |
|----|---|---|---|
| 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 | ○ | 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 |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている | ○ | 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 |
| 66 | 職員は、活き活きと働けている | ○ | ①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない |

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 高齢者グループホーム瓢箪家

作成日 令和元年 12月 26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 | 7 | 虐待につながる不適切なケアを、自らが点検し、是正する点が弱い。 | 不適切なケア、特に不適切な言葉遣いを改め、利用者が自己決定できるような声掛けを行う。 | 勉強会を通して、「不適切な言葉遣いチェックノート」を作成する。 | 令和2年3月 |
| 2 | 10 | 本人が、今出来ていることを継続する視点が弱い。 | 介護計画を作成する際、本人が出来ることを支援する目標が掲げられ、チームで取り組むことが出来ている。 | カンファレンスへのご家族の参加の働き掛け、新たな、アセスメントシートを活用していく。 | 令和2年9月 |
| 3 | 33 | 現在、看護職員がいないため、医療行為が必要な利用者や終末期を迎えるにあたって、の対応が出来ない。 | どんな利用者の受け入れることの出来る事業所づくり | 看護職員の採用というのが大きな前提となります。すぐに解決できない問題ではありますが、どんな利用者様でも、受け入れることのできる事業所を目指したいと思います(願望として記載しました)。 | 未定 |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。