

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成30年5月25日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|--|-----------|--|
| 事業所番号 | 3490100298 | | |
| 法人名 | 有限会社 バースト | | |
| 事業所名 | グループホーム丹那の杜 | | |
| 所在地 | 〒734-0034 広島県広島市南区丹那町22番10-10号 (電話) 082-254-0708 | | |
| 自己評価作成日 | 2018年5月1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_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=3490100298-00&PrefCd=34&VersionCd=022 |
|-------------|---|

【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 | 広島市安芸区中野東4丁目11番13号 |
| 訪問調査日 | 平成30年5月25日（金） |

【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）】

『共生』と『よりそい』を理念に家庭的な雰囲気の中で笑顔でその人らしい生活を送っていただく為、職員が支援しています。
地域の行事への参加を積極的に行うとともに利用者様に季節を感じて頂ける行事・イベントを行う。
家族とのコミュニケーションを行い、どのように生活したいか等の要望を聞きケアプランに反映できるように取り組んでいる。

【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）】

グループホーム丹那の杜は 開設当初から掲げている行動7則を毎朝・夕の申し送り時に唱和し、管理者を中心に職員全員が一丸となって、利用者がその人らしい生活が送れるよう、利用者本位の支援を提供している。職員には積極的に外部研修等に参加してもらい、専門的知識、技術の習得、実践がなされ、根拠のある介護を意識した支援の提供を事業所全体で目指し、日々の支援を展開している。運営推進会議ではホームの課題を率直に伝え、活発な意見交換がなされ参加者からの助言や提案が得られる等、地域と良好な関係を築いている。オーナーが元町内会長をしていた事もあり、地域との繋がりがあり、とんど・秋祭り・盆踊りへの参加や職員が地域のクリーンキャンペーンに参加している。又、地域の防災でもオーナーが消防団に所属し施設を避難場所として提供し、非常食の備蓄もしており、炊き出しの演習をする等地域に貢献している。

グループホーム丹那の杜

| 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。 | 朝の申し送りの際に、利用者の前で行動七則の復唱を行っている。理念に沿ったケア実践ができるように毎月ミーティングにてケア会議を踏まえて話している。 | 行動七則をリビング・事務所に掲示し、行動七則の「共生」「よりよい笑顔」を基に七則を掲げ、利用者がその人らしく過ごせる環境づくりに努めている。毎日申し送り時に行動七則を唱和し、職員会議でも定期的に行動七則について、話し合い共有し常に意識し実践に繋げている。 | |
| 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。 | 町内会行事(とんど・盆踊り・秋祭り等)への参加を積極的に取り入れている。散歩等で地域の人にあつた場合挨拶を必ず行うようにし、交流できるように努めている。 | 町内会に加入しており、とんどを近くの小学校に、盆踊りを公園に、近くの神社の秋祭りに参加している。職員は地域の清掃活動(クリーンキャンペーン)に参加して地域と交流している。町内の消防訓練に参加し、施設は地域の避難場所になっていて、非常食の備蓄をして備えている。 | |
| 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。 | 地域の人へのアプローチは不足しているが認知症の人の理解については地域行事に利用者様と参加する事で少しずつでも理解を促している。 | | |
| 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。 | 偶数月に定期的(2か月に1回)に開催しており、町内会長・民生委員・地域包括センター・消防署の方のご意見を取り入れるように努めている。又、今年度から会議終了後に身体拘束廃止委員会を開催することになっている。 | 運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、町内会長・元民生委員・地域包括支援センター職員・消防署・体協会長・家族代表・看護師が参加している。事業所からは現状の報告、行事の実施状況、参加者からは災害時のアドバイス、対策等の意見が出され、活発に意見交換されている。また、出された意見は職員間で検討し運営に反映されている。 | 管理者は運営推進会議に多くの家族に参加して頂き、意見を聞きたいとの思いがあり、今後イベント時に合わせて会議を開催する事で、多くの家族の方が参加される事を期待します。 |
| 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。 | 制度的な疑問や質問については電話連絡にて行っている。市役所担当者についても親身に指導して頂いている。 | 地域包括支援センター職員の参加があり、事業所の状況を報告している。市担当者とは、電話や更新申請手続き等の際には、窓口の日頃の状況を伝えるとともに、研修や法制度の情報を聞く等、連携に努めている。 | |
| 6 | 5 | ○身体拘束をしないケアの実践 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。 | 高齢者虐待防止・身体拘束排除をテーマとした研修を年間2回研修計画に盛り込み事業所全体で研修を行う。管理者は、新しい情報に常に敏感となり外部研修等に積極的に参加している。『身体的拘束等の適正化の指針』についても整備して、職員に周知し、介護の質の向上を目指している。 | 身体拘束マニュアルを整備し、職員は身体拘束による弊害や内容を理解していて、絶対にしないという強い気持ちで支援している。年1回の研修を行い、職員に周知している。玄関の施錠はしているが、行動制限はしない事を原則に、利用一人ひとりの行動に配慮し、利用者の安全確保に努めている。 | |
| 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。 | 毎朝復唱している行動七則に明記すると共に職員研修を行い虐待の定義を再確認させている。毎月のミーティング時にも注意喚起しており、常に職員間で意識しあえる環境作りを心掛けている。記録や報告書等にも管理者が必ず確認し見過ごされないように注意を払っている。 | | |

グループホーム丹那の杜

| 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。 | 年間研修に取り入れる体制をとっている。管理者が利用者様の状態把握をすることで家族と制度利用について話ができる状態である。後見人制度等については管理者が説明できるようにしている。 | | |
| 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。 | 契約締結については管理者が説明を行っている。締結時に分からない事や疑問点については締結後でも質問等して頂けるように口頭で伝えている。 | | |
| 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。 | 毎年開催している敬老会の際に家族会を実施し、意見聴取に取り組んでいる。又、意見箱を設置しアンケート用紙に記入できるようにしている。管理者・看護師は日頃からご利用者のご家族と連絡を取るよう努めている。 | 家族が事業所を訪れた時や家族会や運営推進会議時に様子をお聞きしている。又、毎月写真を手紙と同封し、利用者の様子を家族に伝えて意見や要望を聞いている。家族から意見を聞いて会議で検討し運営に反映している。 | |
| 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。 | 管理者が職員と会社の間で意見提案の調整を行っている。職員については個別の意見聴取のみでなく、毎月1回ミーティングにて意見を聴けるようにしている。代表者・事業部長とも管理者が毎週会議を実施し意見交換できる場を設けている。 | 管理者は普段の業務中や月1回のフロア会議や毎朝・毎夕の申し送り時に、日常業務に関する職員の要望や意見を聞き、業務に反映している。年4回の自己評価を実施し職員の意見や提案を聞く機会を設けている。 | |
| 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。 | 事業所に衛生推進者を設置し、日頃から就業環境の改善に努めており、職員のメンタルヘルスケアの実践もしている。職員の質や業績を反映させた形で半期に一度処遇改善加算で一時金を支給している。雇用契約更新時においては勤務時間の延長(パートから常勤等)、労務雇用に関する話し合いの場を設けている。 | | |
| 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。 | 認知症介護基礎研修・実践者研修・管理者研修の受講を促し、今後の管理者及び計画作成担当者候補を育成している。又、介護プロフェッショナルキャリア段位制度を利用し、職員の資質向上に取り組んでいる。 | | |
| 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。 | 協力関係にある他施設への相談や見学等実施している。又、外部研修への参加も積極的に実施している。 | | |

グループホーム丹那の杜

| 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。 | 事前面接で話を聴きそれを反映させたケアができるようにしている。利用者様のニーズ把握及び信頼関係ができ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。 | 事前面接でも家族様の要望等は聞いているがサービス開始後に面会に来られた時など管理者もしくは看護職員が話をしている。また関係づくりとして定期的に家族様に施設行事参加の案内をしている。 | | |
| 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。 | 入所に伴い必用とされるニーズ、サービスを検討し福祉面だけでなく医療面についても看護職員を踏まえ話をしている。 サービスについては管理者と介護支援専門員が協同のもと対応を決め家族様に説明している。 | | |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。 | 職員がミーティング・申し送り等にて一緒にできる事を分析し一緒に何かすることで関係作りに努めている。また理念である共生について日々考え介護している。 | | |
| 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。 | できるだけ介護職員と話ができるよう時間を作るとともに家族と一緒に話ができる事も話している。 | | |
| 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。 | 家族様以外の面会も実施し(家族の了解のもと)馴染みのある関係が途切れないように家族とも話している。馴染みのある場所については家族様と外出できるように支援している。 | 利用者は家族と一緒に馴染みの美容院や外食に行き、結婚式や葬儀・墓参りにも出掛けている。友人や知人が来訪した際は、湯茶でもてなし、リビングや居室で歓談してもらっている。 | |
| 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。 | レクリエーションでの壁画作成等、利用者様方が協同できる事も視野に入れ関わりができるように努めている。 洗濯たたみ・食器洗い等実施し、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。 | 契約終了後も49日法要など後に手紙がきた際連絡を取るなどしています。また退所時に一言添えて説明はするがフォローする体制はある。 | | |

| 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 |
| 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 | ○思いやりや意向の把握 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。 | 初期面接での資料等も活用し伝えられない利用者様については利用者様の代弁者として本人本位で検討している。ミーティング等でも情報を共有し思いや意向を検討している。 | 職員は、毎月のカンファレンスでは、本人本位の思いや意向を把握するよう努めている。日常の行動や表情の中から意向や希望を汲み取るように努めている。家族の来訪時に聞いたり、生活歴も参考にしている。自分から意向を伝えにくい方には、入浴時や食事時に話を聞いて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。 | 初期情報だけでなく家族様からの情報収集に努めている。看護師・計画作成担当者が生活歴を把握し他職員が分からない時は担当職員より情報を得る。経過把握について定期的にモニタリングを行っている。 | | |
| 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。 | ユニットリーダーが中心となりその他の職員もミーティング等で情報を共有している。現状把握については介護職員だけでなく看護職員、計画作成担当者も把握するよう努めている。 | | |
| 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。 | 計画作成担当者がモニタリングを行い介護計画を作成している。計画については看護師等の意見も踏まえるようにしている。現状に促しているかはモニタリングやケア会議で議題としている。 | 毎日の申し送り時に利用者の様子を報告・記入し、計画作成担当者がモニタリングを行い、それを基にサービス担当者会議を行い、介護計画を作成している。通常は介護計画は6ヶ月で見直し、状態変化により計画が本人に適さないと判断した時には、期間途中でも現状に沿った介護計画の作成をしている。 | |
| 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。 | ケア記録には必要最低限のみ記載し、ケアに力を入れるようにしている。情報の共有は各フロアに設置のiPadを利用したSNSや申し送りノートを使用して情報共有の簡潔かつ迅速化に努めている。 | | |
| 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。 | 管理者と家族様が密に連絡をとることでニーズ把握が行えたとともに既存のサービス以外の知識も有しているため情報提供することができる。支援については計画作成担当者と密に連絡をおこなっている。 | | |
| 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。 | 社会資源の活用は地域行事の参加のみであり、公民館や小中学校行事・イベントへの参加は乏しい。小学生やボランティア等の慰問には積極的に協力している。近隣の小学校からは、ホワイトボードを寄贈して頂きました。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診診断 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。 | 契約時に主治医の選択を行って頂くと共に利用者様・家族様の意向によって協力病院以外での受診も可能としている。 | 入居時に、かかりつけ医を継続出来る事を伝えている。事業所のかかりつけ医は3名いて、月2回の往診があり、利用者・家族・職員共に安心している。皮膚科は月1回往診があり、訪問歯科も往診がある。他科については職員が送迎を支援している。職員で看護師がおり又、かかりつけ医は24時間連絡が取れ、随時の往診にも対応が可能となっている。 | |

グループホーム丹那の杜

| 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。 | 管理者・看護師への連絡については各フロア設置のiPadでのSNSを利用して、介護職員が直接報告することが出来、迅速に的確な報告体制がとれている。看護師については夜間帯や休日なども24時間連絡体制がとれるようになっている。 | | |
| 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、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。 | 主治医及び協力医療機関については管理者と看護師を窓口として相談・指導がうけられる体制ができています。重度化に伴い受け入れ病院の紹介や情報提供等も行ってけるとともに必要がある場合は家族への病状説明及び治療計画についても説明をしてくれる。 | | |
| 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、事業所ですることができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 看取りについての意向調査アンケートを実施。看取りを行った職員の話を研修時に行い今後看取りについての体制を強化していく。 | 契約時に看取り指針を基にホームの方針を説明し、状態が変化した際に改めて説明を行い、意向を再確認している。食事摂取量の低下、体重の変化、疾病の状況の把握に努め、ご家族へ報告をしている。看取り期に近い様子が継続している場合は、かかりつけ医・看護師・職員と共に終末期の意向を本人、家族と話し合い確認している。今年度、2人看取りをしている。 | |
| 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。 | マニュアルの整備、連絡体制を確立している。3施設が隣接している利点を生かし緊急時には別のユニットへの応援体制がとりやすくなっている。 | | |
| 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。 | 年間2回消防訓練を実施した際に、天災を想定し避難訓練を行っている。災害についてはマニュアル作成し、町内の自主防災会との連携をとっている。 | 年に2回の避難訓練を行い、内1回は消防署立会いの下、昼夜を想定した訓練を行っている。隣接する併設事業所グループホーム丹那とディサービス・サービス付き高齢者向け住宅と合同で訓練を実施している。地域の炊き出し演習も参加し、地域との協力体制を築いている。 | |
| 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。 | 個人情報保護についての研修は定期的実施している。声掛けについて人格を尊重できていない声掛け等がないか職員同士で注意できるようにしている。 | 運営方針に利用者の立場に立つ事や、丁寧な対応と言葉遣い等が謳われており、定期的に人権に関する研修を実施し、職員は言葉遣いや身だしなみ等のケアチェックを行い、日々の対応を振り返っている。会議で話し合う機会も多く、随時注意喚起したり、馴れ合い等が見られた場合は都度注意し、職員への周知に努めている。 | |
| 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。 | 発語を促すケアを目指し、レクリエーション等では嚙下体操や歌唱を行っている。自己決定できるように2つから選ぶような声かけを心掛けている。 | | |
| 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。 | 転倒リスクの高い利用者様・介護度の高い利用者様を優先してケアにあたっていることもあり、個別での希望にそった対応は不十分であるかと思われるため今後は対応が行き届くように心がけたい。 | | |

グループホーム丹那の杜

| 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 |
| 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。 | 顔拭や洗面、髭剃り等個別に援助している。口紅・乳液・化粧水を使用されている利用者様もおられる。 | | |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。 | 楽しみがもてるよう食器への盛り付けを考えて提供している。献立は外部委託業者によりカロリー計算された食事となっており、毎月献立について委託業者との『給食会議』を開催している。不定期ではあるが、魚の解体ショー・素麺流し等のイベント食も開催している。食後は洗い物等をしてくれる利用者様もおられる。 | 朝食は配食業者の食材を利用して作り、昼食と夜食は併設事業所の厨房で作られた物が提供されている。利用者は、出来る人は下膳や洗い物等を行っている。家族と外出し、外食を楽しまれる利用者もいる。併設のデイサービスにて魚の解体ショーやそめん流しを行い、利用者は楽しまれている。 | |
| 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。 | 食事量(カロリー計算等がなされたもの)や水分量については記録し職員が把握できるようにしている。また摂取量低下等については看護師に相談しDrへ報告という流れができています。一人ひとりの状態に合わせた食事形態(キザミ・ミキサー・トロミ)での支援をしている。 | | |
| 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。 | 口腔ケアは毎食後行い、義歯使用者は毎日夕食後に洗浄剤にて消毒をする。また週2回訪問歯科往診があり治療についての相談やケアをして頂いている。 | | |
| 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。 | 毎月のオムツ使用料を表にし前月との使用料の違いを確認している。排泄パターンを把握し、可能であれば日中のリハビリパンツを布パンツ対応としている。定期的にトイレに座って頂くように支援している。 | 排泄の支援が必要な方は、チェック表を参考に排泄リズムを把握し、仕草等の排泄のサイン等も見ながらトイレへの声掛けや誘導している。個々に合った支援の方法やパッドの種類など相談しながら実施している。職員間で気づきノートを活用し情報を共有し、利用者の力に合わせて自身で排泄ができるよう支援している。 | |
| 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。 | 看護師の指示の下に排便コントロールを行っている。職員は排便の有無を記載しマイナス何日かを報告し、下剤のコントロールを実施している。 | | |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 夜間浴等を行っていないが入浴の順番等配慮している。入浴剤やゆず等で入浴が楽しく入浴できるように支援している。入浴日についてはユニットの都合が優先で決めているため、あまり自由とはいえない。 | 入浴は日中の時間帯に週に2~3回を目安に、湯温や入浴の順番、短時間での入浴等、個々の希望に添いながら一人ずつ気持ち良く入ってもらっている。柚子等の季節湯をしたり、希望がある時は入浴剤を使用している。又、シャワー浴の対応もしている。入浴を断る方には声掛けのタイミングや習慣に配慮する事で無理の無い入浴に繋げている。 | |
| 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。 | 昼夜逆転傾向にならない程度の仮眠は行っている。昼食後等ベッドへの臥床を行い座りっぱなしや下肢浮腫の軽減に努めている。布団については1週間に1度は寝具の洗濯及び布団干しを行い安眠でき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。 | 服薬については訪問薬剤師・看護師に指導を受け管理・投薬を行っている。また服薬の管理は鍵のできる場所へ保管し在庫管理も薬剤師・看護師が定期的におこなっている。 | | |

グループホーム丹那の杜

| 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 |
| 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。 | 気分転換として散歩や外気浴を行っている。天気の良い日はウッドデッキでお茶を飲んだり合同でレクリエーションをする事で気分転換を図っているが役割取得としては乏しい。アセスメント時の生活歴の情報収集を踏まえ支援している。 | | |
| 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。 | ご家族に協力して頂きながら外出支援を実施している。家族や地域を踏まえたケアを運営推進会議や家族会等で議題に上げて検討している。 | 気候の良い時は、隣接する神社や周辺の散歩等に出かけたり、年間を通して初詣に始まり、桜等の花見や、とんどや盆踊り等に出かけている。又、時には隣接するデイサービスに魚の解体ショーやそうめん流しに出かけている。個々の希望を聞きながら家族の支援の下、又は、管理者が外食などの個別の支援にも取り組んでいる。 | 外出支援があまり出来ていないようなので、今後、利用者の体調を見ながら個別対応での外出支援も取り入れて頂くように期待します。 |
| 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。 | 御家族からの要望もあり個人での金銭管理は行っていない。使用する場合は立替を原則としている。 | | |
| 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。 | 電話や手紙については利用者様の希望があれば出来る様に支援している。面会の少ない利用者様が電話や手紙のやり取りができるように字や絵を書くレクリエーションを実践している。 | | |
| 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。 | 季節が感じれるような工夫は足りていない。トイレの匂いについては薬剤や消臭剤を使用し不快にならないようにしている。空調の掃除で共有部分の温度調整や省エネには配慮している。対面キッチンのため食事作り時の匂いや音がかかる設備になっている。 | リビングの大きな窓からの採光は十分で、明るく開閉によって外気に触れる事が出来る様になっている。キッチンリビングの中心部にあり、椅子やソファ等に掛けてテレビを見ながら、利用者がいつでもくつろげる場所になっている。玄関やリビング、洗面所などに季節の花を掛け、利用者の季節の折り紙、貼り絵を飾っている。温度、湿度、換気を調整し、利用者が居心地よく過ごせるように工夫している。 | |
| 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。 | 共有空間ではテーブル席以外にもソファを設置し環境整備に努めている。 | | |
| 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。 | 居室は寝具をはじめ使い慣れたものを置いてもらうようにし、自分の部屋であるという認識を促せる環境作りに努めている。 | 本人・家族と相談し、希望に沿って居室内を整えている。整理棚・小箆箱・衣装ケース・テレビ台・テレビ・イス・時計・本・人形・仏壇等、好みの物を持ち込み、家族写真やぬり絵などの自作品を飾って、居心地よく過ごせるよう工夫をしている。 | |
| 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。 | トイレの扉には解りやすく張り紙をしている。できるだけ安全に生活できるようにバリアフリーでの造りにはなっている。 | | |

| V アウトカム項目 | | | |
|-----------|--|---|---|
| 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 |

グループホーム丹那の杜

| | | | |
|----|---|---|---|
| 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、生き生きと働いている | ○ | 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 グループホーム丹那の杜

作成日 平成 30 年 5 月 28 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組み内容 | 目標達成に要する期間 |
|------|------|-----------------------|------------------------|--|------------|
| 1 | 4 | 運営推進会議へのご家族の参加が少ないこと。 | ご家族の参加人数を、毎回2名以上にすること。 | 会議の開催日に年間行事を実施してご家族とご入居者の方の時間と、会議への参加者数のアップを目指す。 | 1年間 |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 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。