

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 | 3571000268 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人 浜木綿 | | |
| 事業所名 | グループホームはまゆう | | |
| 所在地 | 光市室積村1529-1 | | |
| 自己評価作成日 | 評価結果市町受理日 | 平成27年4月15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)】

・認知症があっても普通の生活を営むことは、ごく当たり前であり、認知症によって現れる諸症状を受け入れることが、グループホームを営む私たちの使命であると考えます。理念の「自分らしく自由に」にそって、決して怒らず、こちらの価値観を押し付けず、利用者の価値観を敏感に感じること。また、今何をしたいかを汲み取れるよう常に会話をするように心がけています。・医療連携で、医師や看護師など常に連絡の取れる体制をしている。・地域の方の季節の野菜やお米などを安く提供してもらっている。・自然に囲まれたとても良い景色の中で、楽しみながら生活してもらおう。

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

| | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク | | |
| 所在地 | 山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内 | | |
| 訪問調査日 | 平成26年10月24日 | | |

地元の自治会に加入され、総会に出席されている他、近隣4ヶ所の自治会に出向かれて、認知症や事業所の説明をされて理解を得ておられるなど、事業所と地域とのつきあいを深めておられます。地域向けに介護相談のパンフレットを配られ、日常的に電話や来訪などでの介護相談に対応しておられます。運営推進会議で災害対策について話し合わせ、市の出前講座を利用して「大規模災害対策」の研修をしておられる他、「介護施設の業種や業務内容がよくわからない」というメンバーの意見を受けて、資料を作成して説明されるなど、運営推進会議を活かして、利用者や事業所への理解につなげておられ、サービスの質の向上に取り組んでおられます。市が主催する災害時訓練に自主的に参加され、市や消防署と協力関係を築いておられる他、事業所の緊急時連絡網に地域の消防団員が加入され、協力を得ておられるなど、災害時の地域との協力体制を築いておられます。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～56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 | |
|----|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 57 | 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2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない | 64 | 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 | ○ | 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 |
| 58 | 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 | 65 | 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 |
| 59 | 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 | 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 | ○ | 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 |
| 60 | 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 | 職員は、生き活きと働けている | ○ | 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 |
| 61 | 利用者は、戸外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 |
| 62 | 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 | 69 | 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 |
| 63 | 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

| 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 | 理念「自分らしく自由に」を良く見えるところに掲げて、いつも頭に入れて利用者を尊厳し実践している。 | 事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。朝夕のミーティング時や日常の業務の中で話し合い、職員は理念を共有して実践に取り組んでいる。 | |
| 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 | 自治会に入り、野菜など届けていただいている。地域の方が入りやすいよう心がけている。理事長、管理者で近隣の自治会総会へ参加している。 | 自治会に加入し、総会に出席している。近隣の4ヶ所の自治会の総会に出向いて、認知症や事業所の説明をしている。地域向けに介護相談のチラシを配り、日常的に電話相談等を受けている。ボランティア(フラワーアレンジメント、民族楽器、バイオリンの演奏、フラダンス、たぬき踊り)の来訪がある。地元の小学生や高校生の来訪があり交流している。地域の朝市に買い物にでかけたり、地元の農家から米を購入している他、地域の人から野菜等の差し入れがあり、日常的に交流している。 | |
| 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 | 認知症の理解や支援を自治会の集まりなどで話をしたりし、地域の人々に向けて活かしている。 | | |
| 4 | (3) | ○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。 | 評価を皆で理解し、より良いケアが出来るよう取り組んでいる。 | 評価の意義について説明し、自己評価をするための書類を全職員に配布し、記入したものを管理者がまとめている。職員は、ケアの振り返りと捉えている。前回の評価結果を受けて、応急手当(火傷、出血、嘔吐、発熱等)の基礎訓練の実施や利用者の症状に合わせた事例検討を朝夕のミーティング時に行なっているなど、改善に取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 5 | (4) | ○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 | 意見交換などをサービス向上に活かしている。 | 年6回開催し、活動報告、ボランティア状況、活動目標、行事予定、認知症、外部評価について報告し、話し合いをしている。介護施設の種類についての質問があり、資料を作成して説明している他、土砂災害等の対応についての意見を受けて、市の出前講座を利用して避難方法等について学ぶなど、サービスの向上に活かしている。 | |
| 6 | (5) | ○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 | わからないことやちいさなことで市役所へ直接出向いて協力関係を築くよう取り組んでいる。 | 担当課には運営推進会議の議事録の提出に出向いたり、電話で相談や情報交換をするなど、協力関係を築いている。地域包括支援センターとは、運営推進会議時に相談等をしているなど、連携している。 | |
| 7 | (6) | ○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 | 玄関の施錠は家族の意向、警察の助言もあり、交通量が多いことや不審者がいるなどの情報もあり、危険なため絶対にせざる得ない。身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 内部研修で年1回研修し、職員は理解して抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。事業所の玄関は道路に面し、階段があり危険なため、施錠をしているが、別の出入り口や勝手口は開けている。利用者の外出を察知した時には、職員と一緒に散歩に出かけるなどの工夫をしている。スピーチロックについては、管理者が注意している他、職員間でも話し合いをしている。 | |
| 8 | | ○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 | 常に怒ることの無いよう、やさしく接するケアをするよう話をしている。 | | |
| 9 | | ○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 | 受け入れをし、支援している。 | | |
| 10 | | ○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 | 十分説明をし、疑問が出れば説明することを伝えている。 | | |

| 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 |
| 11 | (7) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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 | 第三者委員を設けている。家族からの意見や要望を聞いているが、苦情の申し立ては無い。 | 相談や苦情受付体制や第三者委員を明示し、処理手続きを定め、契約時に家族に説明している。毎月送付している事業所だよりに相談や苦情の受付担当者を明記している他、運営推進会議時や面会時、電話などで家族の意見や要望を聞く機会を設けている。運営に反映すまでの意見は出ていない。 | |
| 12 | (8) | ○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 | 常にミーティングで職員に意見や提案を聞く機会を設けて、反映させている。 | 管理者は、朝夕のミーティング時に職員の意見や提案を聞く機会を設けている他、日常の業務の中でも聞いている。浴室の床マットの購入やトイレの手すりの取り付けなど、利用者の安全面についての提案を反映させている。 | |
| 13 | | ○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 | 環境の整備に努めている。 | | |
| 14 | (9) | ○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 | 研修を受ける機会の確保し、職員を働きながらトレーニングしている。 | 外部研修は、職員に情報を伝え、段階に応じて勤務の一環として参加の機会を提供している。受講後は復命研修をし、資料は閲覧できるようにしている。内部研修は、年間計画を作成して、介護技術研修や利用者の状態に合わせた低血糖、食中毒、身体拘束、ピック病、人口肛門、てんかん等について、月1回実施している。新人職員は、管理者が1ヶ月間指導し、働きながら学べるように支援している。 | |
| 15 | | ○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 | 同業者と常に連絡を取れる機会をつくり、サービスの質の向上に努めている。 | | |

| 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 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 16 | | ○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 | 安心して過ごしてもらう為、信頼関係が築けるよう努めている。 | | |
| 17 | | ○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 | 家族等困っていること、不安なこと、要望など聞いている。 | | |
| 18 | | ○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 | 必要とする支援を見極めた対応に努めている。 | | |
| 19 | | ○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 | 共に暮らしている者同士の関係を築いている。 | | |
| 20 | | ○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 | 本人と家族の絆を大切に考えている。 | | |
| 21 | (10) | ○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 | 本人の馴染みの人、場所の関係が途切れないよう支援に努めている。 | 親戚の人や友人、知人の来訪がある他、孫との文通、絵手紙、年賀状の支援をしている。自宅周辺のドライブ、家族の協力を得ての墓参り、外出、外食など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。 | |
| 22 | | ○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 | 利用者同士の関係を把握し、支援に努める。 | | |
| 23 | | ○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 | 終了後も相談、支援に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | | | | | |
| 24 | (11) | ○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 | 本人の希望、意向の把握に努めている。 | 入居時に、本人、家族から趣味や好きな食べ物、好きな歌、希望や意向を聞き取って、入居者家族記録に記録している他、日常のケアの中での気づきや言葉、表情などをケース記録や業務日誌に記録して思いや意向の把握に努めている。職員間で共有するまでには至っていない。困難な場合は本人本位に検討している。 | ・共有するための工夫 |
| 25 | | ○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 | サービス利用時に把握するよう努めている。 | | |
| 26 | | ○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 | 一人ひとりに合った過ごし方の把握に努めている。 | | |
| 27 | (12) | ○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 | スタッフ全員で利用者の状態など常に話し合っている。 | 月1回のミーティング時に、計画作成担当者を中心にカンファレンスを開催し、本人や家族の要望、主治医、看護職等の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。1ヶ月毎にモニタリングを実施し、6ヶ月毎の見直しをしている。状態の変化があればその都度見直し、現状に即した介護計画を作成している。 | |
| 28 | | ○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 | 職員の間で情報は、常に共有し活かしている。 | | |
| 29 | | ○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 | 柔軟な支援に取り組んでいる。 | | |

| 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 |
| 30 | | ○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 | 利用者が暮らしを楽しむことができるよう支援している。 | | |
| 31 | (13) | ○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 | 希望通りの関係を築きながら支援をしている。 | 本人や家族の希望する以前からの医療機関をかかりつけ医とし、受診や往診の支援をしている他、他科受診の支援もしている。看護職員を配置し、受診時には健康状態等についての情報提供をしている。受診結果については家族に電話で連絡をしている他、請求書送付時に受診状況を同封して報告している。緊急時にはかかりつけ医に連絡し、指示を得て、救急搬送や往診の対応をしているなど、適切な医療を受けられるよう支援している。 | |
| 32 | | ○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 | 職場内の看護師は常に情報交換し、処置や相談ができるようにしている。 | | |
| 33 | | ○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。 | 病院関係者、かかりつけ医との連携を大切にしている。入院が長引くときなど家族と医師の話し合いの場を作り支援している。 | | |
| 34 | (14) | ○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、事業所の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 | 家族、職員、看護師、医師で連携をとり、出来る限りの支援をしている。重度化や終末期に向けた対応をしている。 | 「重度化対応、終末期対応指針」があり、事業所のできる対応について契約時に家族に説明している。実際に重度化した場合は、早い段階から、家族、主治医、看護職等で話し合い、医療機関への移設や事業所での看取りなど、方針を共有して支援に取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 35 | (15) | ○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。 | 事故発生時には報告書に記録をしすぐに対応策を検討している。消防の普通救命講習研修に少しずつ職員は参加をするようにしている。 | その場の職員で対応策について話し合い、ヒヤリハット、事故報告書に記録して、朝夕のミーティング時に繰り返し確認し、共有して一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。止血や火傷などの応急手当や初期対応の基礎訓練をしているが、全ての職員が実践力を身につけるまでには至っていない。 | ・全職員による応急手当や初期対応の定期的な訓練の継続 |
| 36 | (16) | ○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回の避難訓練や年に1回市での災害訓練に参加し、地域とも協力体制を築いている。 | 年2回事業所独自で消火、通報訓練、避難誘導、避難場所の確認を利用者と一緒を実施している。事業所の緊急時の連絡網に地域の消防団員が加入しており、災害時に協力が得られるよう関係を築いている。年1回、市が実施する災害訓練に自主的に参加し、市や消防署と災害時の避難等の対応について話し合いをしている他、運営推進会議でも災害時の対応について話し合っている。食糧の備蓄をしている。 | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 37 | (17) | ○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 | 常に尊厳を大切にケアをするようにしている。気づいたらスタッフ同士注意をしたり報告するようにしている。 | 施設長や管理者は、マニュアルに基づいて人格の尊重とプライバシーの確保について職員と事例検討をし、理解をしている。不適切な言葉かけや対応があれば、管理者が注意したり、職員間で話し合いをしている。個人情報には保管し、守秘義務について遵守している。 | |
| 38 | | ○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 | 自分の思いを表したり、自己決定できるよう小さな合図を見逃さないよう支援している。 | | |
| 39 | | ○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 | 希望に添ってその人にあったペースで支援している。 | | |
| 40 | | ○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 | その人らしい身だしなみ、おしゃれを支援している。 | | |

| 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 |
| 41 | (18) | ○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 | 地域で採れた野菜、米などを使いスタッフと共に準備をしたり、食事をしている。旬な野菜が届いたら皆で包むなどし、何が食べたかなど聞いている。 | 地元の朝市で食材を買ったり、収穫した野菜や差し入れの野菜、地元の米などを使って、三食とも事業所で調理している。利用者は下ごしらえ、台拭き、下膳など、出来ることを職員と一緒にしている。職員は利用者と同じ食事をしている。季節の行事食、喫茶店の利用(2回)などの他、家族の協力を得ての夕食など、食事が楽しみなものになるよう支援している。 | |
| 42 | | ○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 | 一人ひとりに合ったものを医師とも相談しながら提供している。 | | |
| 43 | | ○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、本人に力に合った口腔ケアをしている。 | | |
| 44 | (19) | ○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 | 排泄チェック表を見て排泄状況を確認し、一人ひとりに合った支援をしている。 | 排泄チェック表を活用して一人ひとりのパターンを把握し、声かけや誘導の工夫をして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。 | |
| 45 | | ○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 | 水分補給をまめにしたり、声かけをする。排泄チェック表を確認し、便が出ない場合医師の処方で便秘薬を飲む。 | | |
| 46 | (20) | ○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、個々に応じた入浴の支援をしている | 基本入浴は一日おきだが、便失禁時にはすぐにシャワーをするようにしている。希望があれば、柔軟に朝にでも入浴するようにしている。 | 入浴は一日おきの14時30分から16時の間可能で、希望に合わせて毎日の入浴や午前中の入浴の支援もしている。体調によってシャワー浴や足浴、清拭の対応をしている。他、入浴剤や柚子湯にして入浴が楽しめるように支援している。入浴をしたくない人には、時間を変更したり、職員の交代や曜日の変更、声かけの工夫をしている。 | |

| 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 |
| 47 | | ○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 | マイペースに落ち着いて過ごせるように支援している。 | | |
| 48 | | ○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 | 薬のファイルは常にスタッフがみれるようにしてある。新しい薬が処方された場合は、連絡帳で把握できるようにしている。 | | |
| 49 | (21) | ○活躍できる場面づくり、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 | ボランティアの生花、フラワーアレンジメント、フォルクローレ、フラダンスに参加する。野菜の下ごしらえ、洗濯物干しやたたみや外への日光浴などの支援をしている。 | 野菜の下ごしらえ、台拭き、下膳、掃除、洗濯物干し、洗濯物たたみ、ぬり絵、はり絵、チラシのこよりづくり、かるた、トランプ、魚釣りゲーム、シャボン玉、本読み、テレビ視聴、ドッグセラピー、ボランティア(フラワーアレンジメント、民族楽器やバイオリン演奏、フラダンス、たぬき踊り)の来訪など、活躍できる場面づくりをして、楽しみごとや気分転換の支援をしている。 | |
| 50 | (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支援している | 体調に考慮しながら、季節の花見や外食をする、ドライブに行くよう支援している。日ごろは事業所周辺の散歩や犬を見に外へ行くように支援している。 | 季節の花見(桜、梅、紫陽花、銀杏)、ドライブでの花壇巡り、普賢寺、朝市での買い物、喫茶店、周辺の散歩などの他、家族の協力を得ての外出、外食、墓参りなど、戸外に出かけられるよう支援に努めている。 | |
| 51 | | ○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 | 孫や家族と出かけるときにお金を持ちたいという方には支援している。希望があれば支援します。 | | |

| 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 |
| 52 | | ○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 | 絵手紙など送ったりしている。孫と文通をされている方もおられるので支援している。 | | |
| 53 | (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 | ソファを所々に置き、休息出来る様になっている。花などを置き季節感を取り入れている。 | 料亭を改築した事業所は装飾品や置物を活かし、壁には利用者の作品の貼り絵やぬり絵、習字、行事や利用者の普段の様子を撮った写真などが飾ってある。趣味の活動をする作業台、椅子、ソファ、長椅子などを多数配置し、一人ひとりの居場所となっている。利用者は台所の職員と話ながら、下ごしらえや台拭きを手伝っている。温度、湿度、換気に配慮し、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | |
| 54 | | ○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 | 自分のペースで過ごせる居場所がある。 | | |
| 55 | (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 | 居室にソファなど置き自分のペースで過ごせるようにしている。使い慣れた物の持参を家族と話し、持参してもらっている。 | 箆笥、衣装ケース、ソファ、椅子、テレビ、ぬいぐるみ、位牌、化粧品など使い慣れたものを持ち込み、自分の作品の貼り絵やぬり絵、折り紙、家族の写真を飾り、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | |
| 56 | | ○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 | 一人ひとりに合った安全かつ出来る限り自立した生活が送れるよう支援している。 | | |

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームはまゆう

作成日: 平成 27 年 4 月 15 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 | 24 | 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握を職員間で共同するための工夫を考える。 | 一人ひとりの声を職員間で把握し、希望などなるべく聞けるよう支援する。 | 記録のノートを作り、一人ひとりの声を記入する。 職員間で常に見えるようにする。 | 6ヶ月 |
| 2 | 35 | 全職員による応急手当や初期対応の定期的な訓練の継続 | 一人ひとりの状態に応じた事故防止、急変、事故発生時に備え全職員が応急手当や初期対応の訓練を行い実践力をつける。 | 定期的な訓練をし全職員の応急手当、初期対応がすぐできる体制にする。 | 6ヶ月 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

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。