

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 | 3591500230 | | |
| 法人名 | サンキ・ウエルビ株式会社 | | |
| 事業所名 | サンキ・ウエルビ グループホーム熊毛 | | |
| 所在地 | 山口県周南市呼坂9-7 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年9月28日 | 評価結果市町受理日 | 平成28年3月8日 |

※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27年10月30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)】

| |
|--|
| <p>地域住民との関わりを大切にし、地域貢献として見守りたいとして活動している。利用者様個々人の生活習慣を重んじ自己決定を大切にしている。2週間に1度、定期往診に協力医が来られ、情報の提供を行ってご家族に定期的にお知らせしている。利用者のご家族同士の交流もあり、施設側と話しやすい関係ができています。</p> |
|--|

【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)】

| |
|--|
| <p>運営推進会議で地域での事業所のありかたを検討しておられ、そこでの意見を基に地域への働きかけが行われた結果、自治会にも加入され地域の関係者とのつながりを広げておられます。得られた情報や協力により利用者や職員の地域行事への参加などの交流が進展し、徘徊見守りネットワークの模擬訓練への協力に取り組みされたり、災害時の避難場所としての事業所の役割についても検討されるなど、地域とのつながりが深まっています。職員は利用者の思いや意見を聞いておられ、意見交換や提案を行って日々の運営に反映しておられ、シニアエクササイズを毎週取り入れて体力維持を図られたり、運動会やボーリングで大笑いをさそったり、家族と温泉に行けるよう歩行器使用の訓練を行われるなど、地域や家族と協力して利用者の楽しみごとや活躍できる場面づくりの支援をしておられます。</p> |
|--|

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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. 全くいない |
| 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、活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 | 開設時に掲げた事業所理念を見直しあらたに職員間で理念を作った。日々意識して業務にあたりどう対応すべきか迷った時に立ち戻り実践につなげている。 | 職員間で話し合っって理念の見直しを行い、新たに「科学的根拠に基づいた介護をします」を加えている。理念を事業所内に掲示し、ミニカンファレンスで唱和している他、全体会議やケアカンファレンスで話し合っって確認し、理念を共有して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 | 自治会員として地域清掃活動に利用者とともに参加している。地域のまつりや催し物には必ず参加し顔なじみの関係を保っている。 | 自治会に加入し、総会に参加して地域の情報を得て、地域の清掃活動や支所の夢まつり、お大師様などの地域の催し物に利用者と職員が一緒に参加している。中学生の福祉体験を受け入れ、中学校の運動会やブラスバンド演奏の見学に行っている。ボランティア(フラダンス、ジャグリング、フルート演奏)の来訪がある。社会福祉協議会の徘徊見守りネットワークの立ち上げに伴い、事業所も模擬訓練に協力し、地区の見守り隊となっている。地域の人から水仙の花の差し入れがある。利用者は散歩や買い物、受診時などで近隣の人たちと挨拶を交わしているなど、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 | 管理者は毎月1回、熊毛地区認知症家族会に参加し傾聴とアドバイスを行っている。熊毛中学校1年生を対象として毎月1回認知症への理解を深めている。 | | |
| 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。 | 毎年度の外部評価の改善点を検討し、全職員で改善に取り組む理解を深めた。 | 自己評価は管理者が評価の意義について説明し、全職員に評価をするための書類に記入してもらい、まとめている。前回の外部評価結果を受けて目標達成計画を立てて、職員に実践力が身につくための応急手当や初期対応の定期的な訓練への取り組みやヒヤリハット記録についての改善への取り組み、災害時の地域との協力体制を構築するために自治会に加入し、地域行事へ参加したり見守り隊を発足し地域との交流を深めているなど、評価を活かして具体的な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 | 利用状況を報告し、施設での取り組みと事例報告相談し、いただいた意見を実践し次の推進会議で実践内容報告を行っている。 | 会議は2ヶ月に1回に開催し、利用者状況や行事報告、ヒヤリハット報告、研修報告、自己評価及び外部評価結果等の報告をしている他、前回の会議で出た課題への取り組み状況報告や事例検討をし、意見交換を行っている。メンバーからの意見や協力により地域行事への参加などの交流が進展し、災害時の避難場所としての事業所の役割についても話し合うなど、そこでの意見をサービス向上に活かしている。 | |
| 6 | (5) | ○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 | 市担当者には推進会議の場や電話などで相談しやすい関係ができています。 | 市担当者とは運営推進会議の他、申請手続などで直接出向いたり電話で相談を助言を得ているなど、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時の他、直接出向いたり、電話で相談をして情報を得ているなど、連携を図っている。 | |
| 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 | 身体拘束はしてはいけない行為と全職員が理解しており、安全確保の必要性が生じた時は、推進会議で相談・意見をうかがった上で家族の同意と拘束内容・時間を記録している。 | マニュアルがあり、内部研修で学び、全職員が身体拘束について理解している。玄関は施錠しないで、外出したい人には職員と一緒に出かけている他、地域の人の見守りもある。スピーチロックについては、気になることがあれば、その場で管理者が指導したり、職員同士で注意し合っている。 | |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている | 県や市で行われる虐待の研修に参加し、社内現任研修で研修報告し、職員間で虐待につながる言動を見逃さないように日々勤めている。 | | |
| 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 | 権利擁護については社外研修等で学び職員に報告しているが現在入居者に対象はおられない。 | | |
| 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 | 重要事項説明書、契約書の文面を分かりやすい言葉で説明し家族からの疑問点については、具体的な金額や内容を聞いて説明している。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の言動や家族からのご相談や苦情があれば、対応したスタッフが苦情受付シートに記入し管理者に報告し苦情対応内容家族の反応などシートに残し全職員が共有している。 | 相談や苦情の受付体制や処理手続きを定め、契約時に家族に説明している。電話や面会時、3ヶ月に1回開催している認知症家族会や年1回開催している家族交流会などで、家族から意見や要望を聞いている。毎月の請求書送付時に本人の様子を伝えたり、管理者や職員が声をかけて意見を言いやすいように工夫している。運営に反映する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 | 月に1回小規模とグループホームの全体会議を設けその場ではセンター全体の意見を、月に1回グループホーム会議ではグループホーム内のことを意見交換している。 | 拠点会議(月1回)、グループホーム会議(月1回)、ケアカンファレンス(月1回)、個人面談(月1回)等で職員の意見や提案を聞く機会を設けている他、日常業務の中でも聞いている。職員の意見からシフト内の業務の見直しを行って利用者に関わる時間を確保したり、行事や外出先の企画に取り組むなど、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 | 正社員については上期・下期で、時給職員に関しては年1回考課表を自分でつけることで自己反省や研鑽に勤め、管理者は個人の意見をくみとり必要と思えることはすぐに整備している。 | | |
| 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 | 認知症実践者研修は毎回1名受講している。 毎月1回現任研修で知識を深め実践して介護の質をあげ技術を向上する場がある。 | 外部研修は職員に情報を伝え、職員の希望や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。資格取得や自己参加への協力をしている。法人研修は初任者研修、ケアマネ研修、管理者研修等段階に応じた研修を行っている他、グループホーム部会(年4回)で事例検討や接遇、マナーなどを学んでいる。内部研修は毎月1回開催し、外部講師(薬剤師)による服薬や副作用についての研修や管理者や職員が講師となってテーマに添って実施している。職員一人ひとりの研修計画を作成し、計画的に受講できるよう工夫している。 | |
| 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 | サンキ・ウエルビィの他の施設に出向いたり来てもらったりして意見交換をしている。 | | |

| 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 |
| 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 | サービス導入前に本人面談し、本人の話を傾聴し本人から伝える事が出来ない時は、使用されていたサービス先、ケアマネジャー・担当医・ご家族から聞き取りを行っている。 | | |
| 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 | 申し込み前・中に見・契約時と何度も面談する機会を設け、安心して話して頂ける関係作りを心がけている。 | | |
| 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 | 本人、ご家族 本人と関わりがあった方からの情報を皆で共有し優先順位でケアプラン作成を行っている。 | | |
| 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 | 本人が出来ることしたい事は出来るように支援出来ないところを支援し双方「ありがとう」が交わせる関係を心がけている。 | | |
| 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 | 本人の状況を毎月1回お便りにして報告し、心のケア面で家族の関わりで共に介護しているという関係に心がけている。 | | |
| 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 | 地域行事に参加し、地域の方が面会や外泊など恒例となっていることが途切れないよう支援していく。 | 家族や親戚の人、友人、知人の来訪がある他、電話での交流の支援をしている。家族の協力を得て、馴染みの理美容院の利用や買い物、墓参り、葬儀への出席、家族の散髪などを支援し、馴染みの人や場所との関係が途切れないように取り組んでいる。 | |
| 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 | 個々人が優位にたてるレクリエーションや仕事を提供し、お互いの存在が認め合える関係作りの支援を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 死亡退去の場合はお便りをしてグリーフケアに努めている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | 本人の思いとご家族の意向が大きく違ったときは、強制的ではなく時間をかけて本人代理となって本人の思いに近づけるよう働きかけている。 | 入居時のアセスメントで思いや意向を聞き、フェイスシートに記録している。日々の生活の中での利用者の言葉や表情を「介護支援経過」に記録し、月1回のカンファレンスで話し合っている他、計画作成担当者が中心となってミニカンファレンスで検討し、「介護支援経過」に記録して、思いや意向の把握をしている。困難な場合は「業務日誌」で確認し、申し送りで情報を交換して本人本位に検討している。 | ・記録の工夫 |
| 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 | サービス導入前にフェイスシートを用い情報を得ている。又ご親戚や知人などが面会に来られた際も本人の情報収集の機会ととらえている。 | | |
| 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 | サービス提供支援記録を用意把握している。又状態変化があった時や服薬などが変わり、変化が考えられるときは24hシートを用意把握している。 | | |
| 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 | 初回ケアプランについてはサービス導入前の情報収集を行い、毎月1回モニタリングを行い、最低3ヶ月に1回と必要時にケアカンファレンスを行い、全体でケアプランを見直している。 | 本人の思いや家族の意向、主治医からの情報、看護師や職員の意見を参考にしてケアカンファレンスを実施して話し合い、介護計画を作成している。月1回、利用者を担当する職員を中心にモニタリングを行い、6ヶ月ないし1年に1回見直しを行っている他、利用者の状態に応じて見直しを行い、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 | 個々の人のサービス提供支援記録に記録し、共有しなければならない情報は業務日誌に記載していち早く全体が把握するようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | グループホームという共同生活介護の場で医療依存度が高くなり状態が悪化した際、グループホームで出来る看取りでよいのかその都度確認している。 | | |
| 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 | 自治会に参加し、地域住民と関わりながら民生委員・地域ボランティア・地元中学生などの来訪など地域との交わりが持続できている。 | | |
| 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 | 普段はご家族の意思で契約されたかかりつけ医(協力医)が2週間に1度往診され、診療情報をご家族に報告している。又専門医が必要な時は協力医と家族施設が話し合い連携している。 | 本人や家族の同意を得て協力医療機関をかかりつけ医とし、2週間に1回訪問診療を受けている。他科や専門医へは家族の協力を得て受診支援をしている。協力医療機関とは連絡を密にし、緊急時を含め適切な医療が行わ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 | 毎朝、看護師に体調報告(排泄・食事量・睡眠)している。看護師は速やかに対応し、主治医と連携し対応医師の指示を介護職も共有している。 | | |
| 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。 | ターミナル入院以外の経験がないか、入院時サマリーを提供し、担当SWとご家族と情報交換を行う姿勢をもっている。 | | |
| 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 | 体調変化があった時はすぐにご家族に連絡し、検査や入院加療の意思確認を行い、主治医・ご家族・施設で方針を決めている。 | 契約時に重度化や終末期に向けて移設も含めて事業所でできることを家族に説明している。実際に重度化した場合は、早い段階から家族や医師、看護師等関係者や職員で話し合い、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。 | 現任研修(社内)で実際に起こりうる場面想定し、実践研修を行っている。 | 事例が生じた場合は、ヒヤリハット・苦情・事故報告書に記録し、ヒヤリハット対策会議で検討して、一人ひとりの事故防止に努めている。年1回消防署の協力を得て救急救命法やAED講習を受けている他、月1回の内部研修時に緊急時の観察、感染症対策、心肺蘇生法等、テーマを決めて訓練を行い、管理者が実践力が身につけているかの確認をしている。 | ・応急手当や初期対応の定期的訓練の継続 |
| 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 | 自治会や総合支所・消防署に協力を得て夜間想定火災訓練や川の氾濫による避難訓練を実施している。 | 消防署の協力を得て夜間火災を想定した避難訓練を、利用者も参加して実施している。運営推進会議で災害時の地域との協力体制について話し合い、事業所を災害時の避難場所として活用できないか検討するなど、体制づくりに取り組んでいるが、十分とはいえない。 | ・地域との協力体制づくりの継続 |
| 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 | 排泄や入浴などさりげない言葉で誘導し、支援の内容を説明し同意を得るよう心がけている。 | 法人の初任研修や現任研修で接遇について学び、職員は人格の尊重とプライバシーの確保について理解し、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。気になるところは管理者が注意している。書類の保管にも留意している。 | |
| 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 | 本人の意思を尊重しやりたくない事は強制せず、本人の意思に沿っている。 利用者が自分の思いを言いやすい雰囲気大切にしている。 | | |
| 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 | 本人が希望することをなるべく、その時に出来るよう皆で話し合う その時間を作っている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1度の訪問理容の際は短く切るのではなく利用者が好まれる髪型にしている。 | | |

| 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 | 配膳や片付けが出来る能力が残っている利用者は現在いないが利用者の好みを把握して準備しながら食事を楽しく待っている会話を心がけている。 | 昼食と夕食は専任の調理員を確保し、三食とも事業所で調理している。利用者の好みを聞いたり、メニューの写真や絵を見てもらいメニュー選びの参考にし、利用者の状態に応じた形態で提供している。お月見会や運動会、家族交流会など行事の時の手づくりおやつ、誕生日の夕食、利用者の好きなそばめしやおやつづくり(クレープ、月見団子、ロールケーキ、プリンアラモード)など、食事が楽しみなものになるよう支援している。食卓の配置も利用者が使いやすく会話が弾むよう工夫している。 | |
| 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 | サービス提供記録に残し一日トータル量を把握している。それに基づき食事形態や内容を工夫している。 | | |
| 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 | 義歯の洗浄、口腔ケア時は付き添い口腔内のチェックを行い必要な時は訪問歯科を利用している。 | | |
| 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 | 排泄パターンを記録して把握し、トイレで排泄する習慣を保っている。 | 排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握して、声かけや誘導でトイレで排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。パットを利用する際には、使用時間帯を検討し、常時使用しなくても済むよう支援している。 | |
| 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 | 毎朝、排便状況を看護師に報告し食事摂取量・食水量・前日の体調などを報告し、指示を受け排便誘発の支援をしている。 | | |
| 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 | 入浴表で入浴状況を把握し、入浴・清拭・更衣がとどろりなく行われ、本人の希望を聞いて時間帯を決めている。 | 希望すれば毎日いつでも入浴でき、本人の希望や生活時間にあわせて入浴している。利用者の状態に合わせて清拭やシャワー浴、部分浴などの支援を行い、シャンプーの種類の選択や保湿クリームの使用など個々に応じた支援をしている。 | |

| 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 | 1人で行動できない利用者に対しては、車椅子・椅子・ベット・ソファと臀部が感じる感覚を変え休思にて体力消耗しないようにしている。 | | |
| 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 | お薬手帳や薬の内容を明確にし内服薬の変更など看護記録にて申し送り副作用などの観察項目も申し送られる。 | | |
| 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 | おやつは本人の好みの物、温度の物を提供し、散歩の習慣のある利用者には必ず取り入れるようにしている。 | 節分豆まき、五月人形の組み立て、母の日、七夕会、お月見会、運動会、敬老会、クリスマス会、年賀状づくり、カレンダーづくり、誕生会、屋上お茶会、DVDでの映画鑑賞、カラオケ、歌を歌う、シニアエクササイズ、リズム体操、タオル体操、健康体操、ボーリング、サッカー、ボール投げ、紙風船つぶし、風船バレー、玉入れ、輪投げ、ペタンク、じゃんけん、歩行ゲーム、生け花、茶道、脳トレ、ぬり絵、おりがみ、すごろく、積み木、しりとり、ことわざカルタ、漢字ゲーム、紙芝居、洗濯物干し、洗濯物たたみ、ごみ袋づくり、そうじ、ゴミ出し、野菜づくり(ピーマン、キュウリ、ミニトマト、ネギ)、おやつづくり、移動パン屋の利用など、活躍できる場面づくりや楽しみごとの支援をしている。 | |
| 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に支援している | 法事・葬儀などご家族の負担がかからないよう排泄調整を行い着替えなどを準備して安心して出かけられるよう支援している。 | 季節の花見(水仙、梅、桜、あじさい、コスモス、紅葉)、ドライブ(ツル見物、黒岩峡)、支所の夢まつり、お大師様参り、中学校の運動会やブラスバンド演奏の見学、外食、図書館への散歩、近隣の散歩など、戸外に出かけられるように支援している。本人が家族と温泉に行けるよう、歩行器使用の訓練を行い、家族の協力を得て温泉に出かけたり、外泊、法事や葬儀へ出席できるよう支援をしている。 | |
| 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 | 金銭管理が出来る利用者は現在おられず、ご家族や施設が管理しているが月に一度パンの販売車にてパンを選んだり 施設おやつの購入などお金を使う場を設けている。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人用の携帯電話の充電介助や本人宛てに来た手紙の管理、暑中見舞いや年賀状などの支援を行っている。 | | |
| 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 | 湿度・温度管理を行っている。 6S(整理・整頓・清掃・清潔・身美・作法)に基づき心地よい環境作りを心がけている。 | リビングは明るく開放的で、オープンキッチンからは調理の音や匂いがして、生活感がある。テレビやソファを配置し寛ぎのスペースになっている他、広い空間は体操するステージにもなっている。温度や湿度、共有部分の持ち手の消毒にも配慮し、利用者が居心地良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 | 気の合う利用者だけの時間や全体でふれあう交流の時間、自由行動の出来る場所を作るようにしている。 | | |
| 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 | たたみ生活の人には床畳対応として、使用していたダンスの持ち込みをし本人が使いこなせるようにしており布団も持ち込みで好きな物にしている。 | 寝具、ダンス、ラジカセ、時計、鏡、化粧品、シェーバー、衣類など、使い慣れたものを持ち込み、本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。 | |
| 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 | 夜間トイレの場所がわかりにくくなる利用者は、出口左にトイレとし 本人が行動判断できる工夫を行っている。 | | |

2. 目標達成計画

事業所名 サンキ・ウエルビィグループホーム熊毛

作成日：平成 28 年 2 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 | 24 (1 1) | 記録の工夫 | 利用者様お1人お1人の思いや意向、情報をカンファレンス記録や介護支援経過・業務日誌などに記録に残し情報を共有して本人本位の支援をおこなう | ①入居時のアセスメント・フェースシートを充実させる。 ②カンファレンス記録と介護支援経過を連動させ常に新しい情報を周知する。 | 6ヶ月 |
| 2 | 35 (15) | 応急手当や初期対応の定期訓練の継続 | いかなる緊急事態にも冷静に適切な対応ができる | ①現任研修において具体的な例を課題に出し実践訓練をおこなう | 6ヶ月 |
| 3 | 36 (16) | 地域との協力体制づくりの継続 | 地域になじむ施設となり、向こう三軒両隣の協力関係を構築する | ①地域、自治会の話しあいの場に参加する ②施設として地域に協力できることをアピールする | 12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。