

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 | 3190400030 | |
| 法人名 | 社会福祉法人 こうほうえん | |
| 事業所名 | グループホーム あがりみち(白砂) | |
| 所在地 | 鳥取県境港市上道町 2087-2 | |
| 自己評価作成日 | 平成23年12月1日 | 評価結果市町村受理日 |

※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 | http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690 |
|----------|---|

【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 福祉経営ネットワーク | |
| 所在地 | 東京都千代田区九段北4-1-9-4F | |
| 訪問調査日 | 平成23年12月16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)】

「地域の中で、安心して暮らす」事を大切に、利用者の生活を支援している。散歩、買い物、美容室、墓参り等を通して、地域に向き、近隣の方との馴染みの関係を保っている。地域の方は、畑でとれた野菜や花を持って来られ、交流が盛んである。公民館のサークル等が定期的に訪問し交流を行っている。又、逆に公民館の活動に参加をしたり、保育園児との交流を行ったりと、人との関わりも大切にしている。利用者は、昔ながらの生活習慣が継続しながら、自立に向けて、一人ひとり「出来る事」を役割とし、自身の自信に繋がっている。職員は、地域に向けて、認知症サポーター養成講座や、認知症予防教室等の活動に参加をしている。管理者は、県の認知症介護指導者として、県内の活動に参加し、認知症ケアの推進に努めている。

【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)】

このグループホームは設立して4年が経過し、隣接の小規模多機能型居宅介護デイハウスと協働で、利用者個別の日常的な地域との交流が進められている。運営推進会議においては、東日本大震災を踏まえて、市役所をはじめ近隣地域との防災訓練や緊急避難場所の設定を進め、地域相互防災協定までに発展しつつある。また、自治会・公民館などとの交流から情報を得て、地域の特産「米粉」を使った菓子作りを取り入れ、利用者の生活に新たな取り組みが生まれている。高齢者介護を経験した職員も多く、認知症への理解が進んでおり、相互の協力に基づく利用者への支援の進捗が期待される。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、生き生きと働いている (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、安心して暮らしている (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、基本方針、スローガン掲げ朝礼、ミーティング時に唱和し、互惠互助を読み上げ理解を深め、実践につなげている。 | 法人の理念、基本方針、スローガンを始め事業所独自の目標を掲示し、職員への周知が行われている。 | |
| 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 | 日常的な買い物、散歩を行い馴染みの関係を築いている。自治会に入会し地域の季節行事、清掃活動、運動会、公民館活動に積極的に参加している。 | ホームの広報誌「だんだんよ」は地域に向けた広報誌として毎月発行され、施設の活動の報告が掲載されている。地域の地区長経由で、住民への広報手段となっている。 | |
| 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 | 包括支援センターと協力し認知症サポーター養成講座に、認知症予防教室等に参加して、地域に認知症の理解を伝えている。 | | |
| 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 | 会議には、自治会長、民生委員の参加もあり、地域やホーム内の情報の共有を行っている。又、会議を通して、防災訓練を地域の方の協力を得て行ったり、米粉を活用したお菓子作りを行い盛んに活動している。 | 2カ月に一回運営推進会議が行われている。市役所、自治会長、公民館長、地域包括支援センター市社協などからの参加があり防災関連の連携などが進められている。 | |
| 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取り組んでいる | 市の長寿社会課を中心に随時情報交流を行っている。2ヶ月に1回、運営推進委員会のメンバーとして参加して頂き、会議での情報を活かして、サービスの質の向上に努めている。 | 上記運営推進会議に参加して、各種の地域行政情報をもたらしている。ホームからは利用者の入退居状況の報告や利用者と家族の相談など連携が行われている。 | |
| 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、抑制廃止に仕組み、現状を、グループホームステップアップ、エリア内会議で報告を行っている。言葉の抑制等、毎月チーム会で取り組み検証している。 | 法人の決まりにより、身体拘束は、全く行われていない。関連して、最近話題になる、虐待防止法関連の事項も職員で検討されている。 | |
| 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 | 法人内の研修に参加し、学ぶ機会を作っている。日々のケアにおいても、職員がお互いのケア、言葉かけについて、注意し合える関係を作っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 制度活用の必要があれば成年後見センター等の関係機関に橋渡しができるようにしている。司法書士の説明会に参加し、学ぶ機会を作っている。 | | |
| 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 | 契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し同意を得ている。ホームにおいて出来ること、出来ないことの説明を行っている。疑問は理解していただけるよう説明している。同法人内のホームとの共有を図っている。 | | |
| 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 | 日頃より、利用者、家族から意見や要望を引き出せる様、関係作りに努めている。又、法人よりアンケートを行い、ケアに反映させている。ご意見箱の設置や、ホームページ等で苦情窓口の紹介をしている。 | 法人の利用者家族アンケートが年一回行われている。さかいエリアのホーム長会議に於いて検討・対応がされている。結果のまとめや対応アクションは家族に広報誌で報告されている。 | |
| 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 | 管理者はミーティング、申し送りや職員会議で意見や提案を聞く場を設けている。又、個別での意見も持つよう努めている。代表者は、随時ホームを訪問し、職員との交流の場を作る努力をしている。 | 職員の介護方法を検討するのは、チーム会議であり、それを受けてリーダー会議で検討を進めている。みんなで、話し合い検討することにより、前向きなものが得られている。 | 現場職員からの提案をうける方法として、会合だけでなく、提案書なども有効と思われる。 |
| 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 | 年1回、表彰制度を設け、職員が向上できるように働きかけている。研修参加、資格習得について、随時案内を出し、参加しやすい環境に努めている。 | | |
| 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 | 年間教育計画に沿った研修参加を促している。研修資料の供覧を行っている。介護福祉士、介護支援専門員の勉強会も企画され、働きながらトレーニングしていく環境を整えている。 | | |
| 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 | 職員間で、相互に訪問しあい、また、学習会を持つことで、意見交換を行っている。管理者は認知症ケアの推進のため、県内の同業者と交流する機会を持っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居後は、管理者や担当が中心となり、本人の不安なところ、求めているところなど自身から聴く場を設け確認し、受け止めるよう努めている。特に、担当者は信頼関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 相談受付から利用開始までに必要に応じて面接や電話を行うようにし、不安なことや求めていることを伺っている | | |
| 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 | 本人・家族の置かれている状況などを確認し、どのように支援することがいいのかを、見極め、他事業所へ橋渡しする等、必要としている支援を提供する努力をしている。 | | |
| 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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 日々の生活において、料理や掃除、畑、庭の事等の知恵を頂きながら、人生の先輩である利用者を尊重し、共に生活が送れるよう努めている。 | | |
| 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 | 面会の方も多く共にホームでの時間を気軽に送って頂くよう交流会の案内やホームの行事にも参加していただけるよう声をかけている。家族にも受診等の役割を依頼し、共に支え合う関係を大切にしている。 | | |
| 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 | 利用者ひとり一人の生活史を把握し、馴染みの関係が継続できるよう支援している。自宅に行ったり、墓参りしたり、馴染みの店での買い物、手紙・電話のやり取りなど支援している。 | 利用者の生活歴はケアプランにも一部記載されており、職員が活用している。昔馴染みの美容室への外出や、利用者の友人の来訪もある。隣接のデイハウスの効果もあるとのことである。 | |
| 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 | お互い上手く力を発揮してもらうような場を持つ配慮をしている。又、ひとりで孤立されている時は職員が中に入り関わり合いが出来るよう努めている。相性を見極め関わり合えるよう努めている | | |

| 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 |
| 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 | 利用が終了してもよい関係づくりに努め面会、電話連絡をとっている。気軽に来苑していただける関係を持っている。 | | |
| 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 | 利用者と家族の思いや意向を生活支援計画表に反映させている。利用者、家族のケアに対する要望を計画に活かし互いに確認しあっている。 | 年2回の生活支援計画表の作成・見直し時に面談を行っている他、日頃から利用者本人や家族の何気ない言葉も意向や要望ととらえ、記録し職員間で共有し、支援計画に反映するよう努めている。 | |
| 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 | 生活歴や環境の把握に努め、入居前のサービス経過を相談受付表に記載し把握している。家族からも随時情報を得ている。それらを生活支援計画表やヒストリーシートに記入し共有している。 | | |
| 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 | 介護日誌や個人記録に利用者ひとり一人の一日の過ごし方や状態を把握し、細かいことの気配りにも努めるよう支援している。申し送り等で共有している。 | | |
| 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 | 利用者、家族からの意向要望を取り入れ生活支援計画表を作成している。月1回モニタリングを行い、取り組みの検証を行っている。 | 利用者・家族との日頃の会話で発せられる言葉から意向や要望を把握し、その実現のためにミーティングやチーム会議の場で話し合い、アイデアを盛り込みながら生活支援計画を作成している。 | 利用者支援において、事業所の目指す方向の共有とチームワークの推進が構築されつつある。職員が定着し、チームワークがより強化されることに期待したい。 |
| 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 | 個人記録、連絡ノート、モニタリング等を共有し生活支援計画表の見直し評価をし、職員間で共有している。日々の申し送りやチーム会で、気づきや工夫を伝達している。 | | |
| 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 | 家族が県外などで早急の受診の支援が行えない時等の支援は、連絡を取り合い柔軟に対応している。又併設のデイハウスの協力を得ている。 | | |

| 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 | | ○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 | 1人ひとりの地域での馴染みの深い方を把握し、関わりが絶たれる事の無い様配慮をしている。自治会、公民館等の交流を大切に、楽しみに繋がる様に支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○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 | 利用者、家族が希望するかかりつけ医で医療の継続の保持をし、又往診の体制が持てるよう情報の共有に努めている。診療の際に相談できる体制を持っている。 | 基本的に家族が希望するかかりつけ医に家族が通院の同行あるいは往診依頼をしている。それが難しい場合は、往診可能な医師を紹介し、職員が同行の代行をする支援を行っている。 | |
| 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 | 訪問看護ステーションと契約し、定期的に情報共有を行っている。また状態変化時は速やかに、相談、助言を頂き、利用者の日常の健康管理に努めている。併設のデイハウスの看護師の協力も得られている。 | | |
| 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、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。 | 入院先の主治医、相談員と連携を図りながら情報提供を行い退院にむけての話し合いを行っている。入院中は職員も面会に行き関係作りに努め、ご利用者の安心感につながるようにしている。 | | |
| 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 | 定期的に家族に意向確認を行っている。かかりつけ医とも相談し、共によりよく安心して暮らせるケアに努めている。職員は、終末期をどの様に支援するか学ぶ為に、研修に参加し、職員自身や利用者、家族の死生観に向き合う努力をしている。 | 入所時にホームにおける生活やルール、重篤化した場合の対応方法について本人及び家族に確認している。利用者の状態が変化した際にも、再確認している。看取りについては、職員が研修を受講している他、ホームとしても体制整備に努めている。 | |
| 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 | 急変を予測し対応を職員間で確認し合っている。法人内での緊急時対応の研修を受け、資料の供覧も行い技術の向上に努めている。デイハウスとの協力体制も整えている。 | | |
| 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 | 防火訓練をデイハウスと連携し年2回行い、地域の方にも案内し参加して頂いている。災害時地区の避難場所にもなっている。月2回、自主訓練を行い、全職員が対応出来る体制を作っている。独自に備蓄品あり。 | 併設のデイハウスとともに地域の協力も得て年2回防災訓練を実施している。また、独自にホーム内の避難設備の点検や職員の対応体制について確認する訓練も行っている。 | |

| 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 |
| 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 | 尊厳、プライバシーを損ねるような言葉かけ、態度を取らないよう常に意識を持ち職員の徹底を図っている。声の大きさ、トーン、タイミング、話の内容に配慮し個人情報の漏洩防止、秘密保持の徹底を行っている。 | 利用者への対応は、尊厳の尊重やプライバシーに配慮するよう職員間で認識を共有している。言葉による抑制はしていないか、常に自分の言動や対応を振り返る等、利用者への支援姿勢を職員相互で留意している。 | |
| 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 | 本人の希望や意思、関心、嗜好を伺うように声をかけ、又、表情やしぐさにも注意し本人が気軽に選択しやすい場面をもうけている。 | | |
| 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、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 | 基本的な1日の中の流れはあるが体調、気分に合わせて柔軟に対応している。日々の関わりの中から、本人の思いを聞き出す努力をし、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 | 職員の価値観で決めることはせず、本人の思いを確認しながら、身だしなみやおしゃれを支援している。職員は、一人一人の好みを知る努力を行っている。 | | |
| 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 | 季節を感じられるメニュー作成から、買い物、調理準備、片付けなど利用者と共にやっている。職員も、一緒に食事を取り、楽しく時間を過ごしている。 | 食事は、利用者からの意向を反映して献立を立てており、買い物や調理、配膳等は、希望や職員の声かけにより、利用者が関わっている。座席は、利用者間の関係性に配慮し、楽しい雰囲気環境づくりに努めている。 | |
| 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 | 一日1500~1600カロリー、水分1500cc以上を目安に個々の状態に合わせ提供の仕方や種類を変更し提供している。水分、食事は記録しかかりつけ医と連携し体調管理に努めている。 | | |
| 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 | 毎食後口腔ケアの声かけ見守りを行っている。自分で出来かねる方は職員が支援し清潔に努めている。歯科衛生士、訪問看護とも連携している。 | | |

| 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 |
| 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むけた支援を行っている | 排泄パターンを把握しながらトイレ案内、パット交換を支援している。今までの排泄アセスメントを考慮し布パンツに変更するなど残存能力を活かしトイレでの排泄を支援している。 | 利用者の生活リズムや排泄状況の把握に努めており、できる限りトイレでの排泄が可能となるよう対応している。排泄アセスメントを行い、個々のパターンを職員間で共有し、個別性の高い支援を行っている。 | |
| 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 | 薬に頼るばかりではなく個々の状態に合わせて水分、運動、食事に気を付け対応し、食物繊維やサンファイバーなど摂り入れ自然排便を促す支援をしている。機能低下した方でも必ずトイレに座る習慣を整えている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 希望、体調に配慮しながら入浴の案内をしている。入浴に気が向かない方に対しては個別で気の向く時間帯を把握したり足浴を行ったり入浴の支援を行っている。家族の協力も得ている。 | 利用者の当日の希望や体調を把握し、気が向かない場合は無理強いない配慮をしている。アプローチの方法を職員で模索し、家族の協力を得ながら促している。入浴時間は、利用者の意向に沿って対応している。 | |
| 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 | 個々の生活習慣に配慮し就寝時間も個々に合わせて支援している。日中の活動量を増やしたり散歩、外出など気分転換にも努め安眠に向けている。 | | |
| 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 | 医師からの処方箋を必ず2名で確認し目的、副作用、用法、用量、日にち分の薬があるかを確認し指示に従い服薬している。服薬の管理はチェック表に記入している。 | | |
| 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 | 利用者の趣味、興味のある事を聞き、活動出来る様支援している。家事等も自分の役割として自信を持って頂ける様、支援をしている。地域の方の協力も得て催しなどの参加も支援している。 | | |
| 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。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 | その日の体調に配慮しながら散歩に出かけたり、地域のイベント等へ少しでも多く出かけられる機会が持て、馴染みの方との関係が継続できるよう支援している。自宅への外泊も行っている。 | 利用者の日々の体調を把握し、外出が可能な場合は、散歩や買い物、地域のイベントへ出かけている。出かけた先で地域の馴染みの人々と交流が図れるよう対応している。また、墓参り等、定期的な外出も可能となるよう、職員間で連携を図り対応している。 | |

| 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 |
| 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 | 自己管理が可能な方にはお金を持って頂いている。お金を事務所に預ている方も買い物等に行く時には自身で支払いをして頂くよう支援している。 | | |
| 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 | 本人の思いを理解し気兼ねする事なく手紙や電話が出来る様配慮している。携帯電話を持参されている方の、発信の手伝いをし、自由に使用できる様支援をしている。 | | |
| 52 | (19) | ○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 | 高齢者にとって住みよい色使いをし、和風感を保ち家庭的な雰囲気味わって頂ける様配慮している。食事作りの音、匂い、季節の食材、色取りの組み合わせや季節の花等、五感に働きかけている。 | 「和風」を基調とした色使いや装飾等、利用者が落ち着けるよう家庭的な環境づくりに努めている。季節の草花や利用者職員で手作りした装飾品を掲示している。清掃も行き届いている。生活の中で、五感への働きかけを意識した取り組みがなされている。 | |
| 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 | 気のあった方と一緒に席を用意し、お互いの力を発揮してもらう場を作る配慮をしている。又一人で孤立される方がおられる時は職員が間に入り関わり話ができるよう努めている。 | | |
| 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 | 居室には使い慣れた物や馴染みのある物に囲まれ、安心して過ごして頂けるよう環境作りに配慮している。必要な物があれば、家族に馴染みの物を持って来て頂くか、本人と共に買い物している。 | 居室には、家庭で使用していた物や馴染みのある品を置くことで、安心して過ごせるよう配慮している。必要な物は家族に持参してもらうか、買い物する等、季節に応じた居室空間を利用者とともに作っている。 | |
| 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」「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 | 個々の残存機能を活かし、自立に向けた生活が送れる様支援している。状態に合わせた用具、椅子の高さの調整(座布団、足台、クッションを利用している)をしている。 | | |

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 | 3190400030 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 こうほうえん | | |
| 事業所名 | グループホーム あがりみち(青松) | | |
| 所在地 | 鳥取県境港市上道町 2087-2 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年12月1日 | 評価結果市町村受理日 | |

※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 | http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690 |
|----------|---|

【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 福祉経営ネットワーク | | |
| 所在地 | 東京都千代田区九段北4-1-9-4F | | |
| 訪問調査日 | 平成23年12月16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)】

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

【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)】

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

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) <input type="radio"/> | 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) <input type="radio"/> |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) <input type="radio"/> | 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) <input type="radio"/> |
| 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) <input type="radio"/> | 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) <input type="radio"/> |
| 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) <input type="radio"/> | 66 | 職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12) <input type="radio"/> |
| 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) <input type="radio"/> | 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 <input type="radio"/> |
| 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) <input type="radio"/> | 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 <input type="radio"/> |
| 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、安心して暮らしている (参考項目:28) <input type="radio"/> | | |

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、基本方針、スローガン掲げ朝礼、ミーティング時に唱和し、互惠互助を読み上げ理解を深め、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 | 日常的な買い物、散歩を行い馴染みの関係を築いている。自治会に入会し地域の季節行事、清掃活動、運動会、公民館活動に積極的に参加している。 | | |
| 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 | 包括支援センターと協力し認知症サポーター養成講座に、認知症予防教室等に参加して、地域に認知症の理解を伝えている。 | | |
| 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 | 会議には、自治会長、民生委員の参加もあり、地域やホーム内の情報の共有を行っている。又、会議を通して、防災訓練を地域の方の協力を得て行ったり、米粉を活用したお菓子作りを行い盛んに活動している。 | | |
| 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取り組んでいる | 市の長寿社会課を中心に随時情報交流を行っている。2ヶ月に1回、運営推進委員会のメンバーとして参加して頂き、会議での情報を活かして、サービスの質の向上に努めている。 | | |
| 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、抑制廃止に取り組み、現状を、グループホームステップアップ、エリア内会議で報告を行っている。言葉の抑制等、毎月チーム会で取り組み検証している。 | | |
| 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 | 法人内の研修に参加し、学ぶ機会を作っている。日々のケアにおいても、職員がお互いのケア、言葉かけについて、注意し合える関係を作っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 制度活用の必要があれば成年後見センター等の関係機関に橋渡しができるようにしている。司法書士の説明会に参加し、学ぶ機会を作っている。 | | |
| 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 | 契約書、重要事項説明書を分かりやすく説明し同意を得ている。ホームにおいて出来ること、出来ないことの説明を行っている。疑問は理解していただけるよう説明している。同法人内のホームとの共有を図っている。 | | |
| 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 | 日頃より、利用者、家族から意見や要望を引き出せる様、関係作りに努めている。又、法人よりアンケートを行い、ケアに反映させている。ご意見箱の設置や、ホームページ等で苦情窓口の紹介をしている。 | | |
| 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 | 管理者はミーティング、申し送りや職員会議で意見や提案を聞く場を設けている。又、個別での意見も持つよう努めている。代表者は、随時ホームを訪問し、職員との交流の場を作る努力をしている。 | | |
| 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 | 年1回、表彰制度を設け、職員が向上できるように働きかけている。研修参加、資格習得について、随時案内を出し、参加しやすい環境に努めている。 | | |
| 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 | 年間教育計画に沿った研修参加を促している。研修資料の供覧を行っている。介護福祉士、介護支援専門員の勉強会も企画され、働きながらトレーニングしていく環境を整えている。 | | |
| 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 | 職員間で、相互に訪問しあい、また、学習会を持つことで、意見交換を行っている。管理者は認知症ケアの推進のため、県内の同業者と交流する機会を持っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居後は、管理者や担当が中心となり、本人の不安なところ、求めているところなど自身から聴く場を設け確認し、受け止めるよう努めている。特に、担当者は信頼関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 相談受付から利用開始までに必要に応じて面接や電話を行うようにし、不安なこと求めていることを伺っている | | |
| 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 | 本人・家族の置かれている状況などを確認し、どのように支援することがいいのかを、見極め、他事業所へ橋渡しする等、必要としている支援を提供する努力をしている。 | | |
| 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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 日々の生活において、料理や掃除、畑、庭の事等の知恵を頂きながら、人生の先輩である利用者を尊重し、共に生活が送れるよう努めている。 | | |
| 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 | 面会の方も多く共にホームでの時間を気軽に送って頂くよう交流会の案内やホームの行事にも参加していただけるよう声をかけている。家族にも受診等の役割を依頼し、共に支え合う関係を大切にしている。 | | |
| 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 | 利用者ひとり一人の生活史を把握し、馴染みの関係が継続できるよう支援している。自宅に行ったり、墓参りしたり、馴染みの店での買い物、手紙・電話のやり取りなど支援している。 | | |
| 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 | お互い上手く力を発揮してもらうような場を持つ配慮をしている。又、ひとりで孤立されている時は職員が中に入り関わり合いが出来るよう努めている。相性を見極め関わり合えるよう努めている | | |

| 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 |
| 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 | 利用が終了してもよい関係づくりに努め面会、電話連絡をとっている。気軽に来苑していただける関係を持っている。 | | |
| 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 | 利用者と家族の思いや意向を生活支援計画表に反映させている。利用者、家族のケアに対する要望を計画に活かし互いに確認しあっている。 | | |
| 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 | 生活歴や環境の把握に努め、入居前のサービス経過を相談受付表に記載し把握している。家族からも随時情報を得ている。それらを生活支援計画表や履歴シートに記入し共有している。 | | |
| 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 | 介護日誌や個人記録に利用者ひとり一人の一日の過ごし方や状態を把握し、細かいことの気配りにも努めるよう支援している。申し送り等で共有している。 | | |
| 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 | 利用者、家族からの意向要望を取り入れ生活支援計画表を作成している。月1回モニタリングを行い、取り組みの検証を行っている。 | | |
| 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 | 個人記録、連絡ノート、モニタリング等を共有し生活支援計画表の見直し評価をし、職員間で共有している。日々の申し送りやチーム会で、気づきや工夫を伝達している。 | | |
| 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 | 家族が県外などで早急の受診の支援が行えない時等の支援は、連絡を取り合い柔軟に対応している。又併設のデイハウスの協力を得ている。 | | |

| 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 | | ○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 | 1人ひとりの地域での馴染みの深い方を把握し、関わりが絶たれる事の無い様配慮をしている。自治会、公民館等の交流を大切に、楽しみに繋がる様に支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○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 | 利用者、家族が希望するかかりつけ医で医療の継続の保持をし、又往診の体制が持てるよう情報の共有に努めている。診療の際に相談できる体制を持っている。 | | |
| 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 | 訪問看護ステーションと契約し、定期的に情報共有を行っている。また状態変化時は速やかに、相談、助言を頂き、利用者の日常の健康管理に努めている。併設のデイハウスの看護師の協力も得られている。 | | |
| 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、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。 | 入院先の主治医、相談員と連携を図りながら情報提供を行い退院にむけての話し合いを行っている。入院中は職員も面会にいき関係作りに努め、ご利用者の安心感につながるようにしている。 | | |
| 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 | 定期的に家族に意向確認を行っている。かかりつけ医とも相談し、共によりよく安心して暮らせるケアに努めている。職員は、終末期をどの様に支援するか学ぶ為に、研修に参加し、職員自身や利用者、家族の死生観に向き合う努力をしている。 | | |
| 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 | 急変を予測し対応を職員間で確認し合っている。法人内での緊急時対応の研修を受け、資料の供覧も行い技術の向上に努めている。デイハウスとの協力体制も整えている。 | | |
| 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 | 防火訓練をデイハウスと連携し年2回行い、地域の方にも案内し参加して頂いている。災害時地区の避難場所にもなっている。月2回、自主訓練を行い、全職員が対応出来る体制を作っている。独自に備蓄品あり。 | | |

| 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 |
| 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 | 尊厳、プライバシーを損ねるような言葉かけ、態度を取らないよう常に意識を持ち職員の徹底を図っている。声の大きさ、トーン、タイミング、話の内容に配慮し個人情報の漏洩防止、秘密保持の徹底を行っている。 | | |
| 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 | 本人の希望や意思、関心、嗜好を伺うように声をかけ、又、表情やしぐさにも注意し本人が気軽に選択しやすい場面をもうけている。 | | |
| 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、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 | 基本的な1日の中の流れはあるが体調、気分に合わせて柔軟に対応している。日々の関わりの中から、本人の思いを聞き出す努力をし、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 | 職員の価値観で決めることはせず、本人の思いを確認しながら、身だしなみやおしゃれを支援している。職員は、一人一人の好みを知る努力を行っている。 | | |
| 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 | 季節を感じられるメニュー作成から、買利物、調理準備、片付けなど利用者と共に行っている。職員も、一緒に食事を取り、楽しく時間を過ごしている。 | | |
| 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 | 一日1500~1600カロリー、水分1500cc以上を目安に個々の状態に合わせ提供の仕方や種類を変更し提供している。水分、食事は記録しかかりつけ医と連携し体調管理に努めている。 | | |
| 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 | 毎食後口腔ケアの声かけ見守りを行っている。自分で出来かねる方は職員が支援し清潔に努めている。歯科衛生士、訪問看護とも連携している。 | | |

| 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 |
| 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むけた支援を行っている | 排泄パターンを把握しながらトイレ案内、パット交換を支援している。今までの排泄アセスメントを考慮し布パンツに変更するなど残存能力を活かしトイレでの排泄を支援している。 | | |
| 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 | 薬に頼るばかりではなく個々の状態に合わせて水分、運動、食事に気を付け対応し、食物繊維やサンファイバーなど摂り入れ自然排便を促す支援をしている。機能低下した方でも必ずトイレに座る習慣を整えている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 希望、体調に配慮しながら入浴の案内をしている。入浴に気が向かない方に対しては個別で気の向く時間帯を把握したり足浴を行ったり入浴の支援を行っている。家族の協力も得ている。 | | |
| 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 | 個々の生活習慣に配慮し就寝時間も個々に合わせて支援している。日中の活動量を増やしたり散歩、外出など気分転換にも努め安眠に向けている。 | | |
| 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 | 医師からの処方箋を必ず2名で確認し目的、副作用、用法、用量、日にち分の薬があるかを確認し指示に従い服薬している。服薬の管理はチェック表に記入している。 | | |
| 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 | 利用者の趣味、興味のある事を聞き、活動出来る様支援している。家事等も自分の役割として自信を持って頂ける様、支援をしている。地域の方の協力も得て催しなどの参加も支援している。 | | |
| 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。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 | その日の体調に配慮しながら散歩に出かけたり、地域のイベント等へ少しでも多く出かけられる機会が持て、馴染みの方との関係が継続できるよう支援している。自宅への外泊も行えている。 | | |

| 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 |
| 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 | 自己管理が可能な方にはお金を持って頂いている。お金を事務所に預ている方も買い物等に行く時には自身で支払いをして頂くよう支援している。 | | |
| 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 | 本人の思いを理解し気兼ねする事なく手紙や電話が出来る様配慮している。携帯電話を持参されている方の、発信の手伝いをし、自由に使用できる様支援をしている。 | | |
| 52 | (19) | ○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 | 高齢者にとって住みよい色使いをし、和風感を保ち家庭的な雰囲気味わって頂ける様配慮している。食事作りの音、匂い、季節の食材、色取りの組み合わせや季節の花等、五感に働きかけている。 | | |
| 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 | 気のあった方と一緒に席を用意し、お互いの力を発揮してもらう場を作る配慮をしている。又一人で孤立される方がおられる時は職員が間に入り関わり話が出来よう努めている。 | | |
| 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 | 居室には使い慣れた物や馴染みのある物に囲まれ、安心して過ごして頂けるよう環境作りに配慮している。必要な物があれば、家族に馴染みの物を持って来て頂くか、本人と共に買い物している。 | | |
| 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」「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 | 個々の残存機能を活かし、自立に向けた生活が送れる様支援している。状態に合わせた用具、椅子の高さの調整(座布団、足台、クッションを利用している)をしている。 | | |

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部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 | 7 | 【現場職員からの提案を受けする方法として、会合だけでなく、提案書も有効と思われる。】 現状では、口頭での提案が殆どで、それについて管理者と職員間で対策を取っていたが、書面上では管理をしていなかった。 | 提案を書面で行い、その後の策も、書面でフィードバックできる体制を作る。(一連の流れを文章に残す) | 各毎月の、ユニット会議にて、提案を明確にし、管理者に提出する。その後の、リーダー会、ユニット会議にフィードバックする。 | 6ヶ月 |
| 2 | 10 | 【利用者支援において、事業所の目指す方向の共有とチームワークの推進が構築されつつある。職員が定着し、チームワークがより強化される粉々に期待したい】 昨年、年頭まで離職が頻繁にあり職員が定着しない為、チーム内での安定せず、職員の充実感や達成感に繋がらない状況があった。 | 固定チームの実践、定着する事により、支援体制の安定、職員のやりがいにつなげる。チーム内での職員の育成の環境を作る。 各委員会活動の充実(明確な目標を持った取り組み)。 | チームリーダーを中心にチームの体制を固め、固定チームを実践していく。 事業所の目標を達成する為に、各委員会の目標も4月初めに明確にし、年間取り組む。毎月又は2ヶ月に1回検証をしていく。 | 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、行を挿入してください。