

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 | 2072800606 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 協立福祉会 | | |
| 事業所名 | 高齢者グループホーム あずみの里 | | |
| 所在地 | 長野県安曇野市豊科高家5285-11 | | |
| 自己評価作成日 | | 評価結果市町村受理日 | 平成28年3月28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.kaigokensaku.jp/ |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|----------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部 | | |
| 所在地 | 長野県松本市巾上13-6 | | |
| 訪問調査日 | 平成28年2月23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)】

グループホーム「あずみの里」は「かわかる皆さんに安心感をお届けします 小さなことでも皆さんで話納得しながらサービスを提供します。」を職場理念にサービスを提供しています。基本となる介護計画はご本人の意向を優先し作成しサービスを提供しています。担当者会議は最低でも年に2回はご家族や訪問看護等関わる皆さんで話し合われています。また、毎日行われるカンファレンスで必要なサービスがごまめに見直され、職員間で共有され統一されています。希望される方には終の棲家ともなれるような安心して暮らすことのできるグループホームを目指しています。

【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)】

2002年5月に複合施設内に開設された、数年前に運営規定、重要事項説明書等の見直し、今年度は事業所職員が地域密着型サービス事業所として地域や利用者のニーズ、事業所の状況をふまえて現状にあった理念の見直しを行った。入所10年前後の方が多くレベル低下が急速に進み、車いす、ベッドでの生活が余儀なくされる方が増える中、利用者の意思や人格を尊重し利用者の立場に立ち、常に安心感が得られ日々の生活が送られるように小さなことでも利用者、職員は話し合い納得しながらサービス提供出来るよう努めている。職員は、出勤時は「ただいま」退勤時は「行ってきます」と挨拶して「元気で笑顔あふれるなじみの家」の家づくりを目指している。前回の評価から5項目の目標達成計画をたて目標達成に向けて具体的に取組みをしてサービス向上のために反映している。地域住民、利用者家族の意見を取り入れ開かれた事業所運営を目指している。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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

| ユニット名() | | 項目 | | 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 該当する項目に印 | 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 (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 3. 利用者の1/3くらい 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広がったり深まり、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 (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、活き活きと働けている (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、安心して暮らさせている (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

[セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-です。]

| 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 |
| 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | <p>理念の共有と実践</p> <p>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</p> | <p>H27年度は1年間をかけて事業所の理念について職員皆で議論を深め、理念の共有・見直しを図ってきた。グループホーム(以下GH)が地域の中で役割を担っていることも職員皆で確認をすることができた。理念にも掲げている通り、皆で話し合い納得しながら実践を深めている。</p> | <p>今年度、職員で話し合いを重ね事業所理念の見直しを行った。理念は運営推進会議、家族会等に提起、玄関、共用空間に掲示して事業所に関わる方々と共有出来るように努めている。作成後理念に込めた思いを再度話し合い具体的に実践に繋げるよう努めている。</p> | |
| 2 | (2) | <p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p> | <p>協立福祉会として地域である真々部地区に区費を納め、地域の一員として活動している。地域推進会議などを通じ地域の方との交流が持たれている。H27年度は傾聴ボランティアに2回、環境整備に2回、また、野菜の提供なども頂いている。しかしGHから地域に出ていく活動はH26年7月の防災訓練に1回参加したのみである。地域の活動にどのように参加していくかは今後の課題である。</p> | <p>毎月地域の方の傾聴ボランティア、年2回環境整備、野菜の差し入れ、地区の子供みこしが来る等協力が得られている。中学生の体験実習、介護実習生の受入をしている。地域で認知症に関する学習会の開催を検討している。米等食料品はなるべく地元の農家、商店から購入して地域とのつながりを大切にしている。</p> | <p>地域代表の運営推進会委員を通して地域の情報を得る等、文化祭、サロン等地域行事にも参加する機会を作り地域の一員として更に交流されていくことを期待したい。</p> |
| 3 | | <p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p> | <p>地域推進会議では、民生委員から認知症についての相談を受けることがある。運営推進会議では毎回、地域に向けて認知症の相談を呼びかけている。また、認知症の学習会の講師をいつでもできることを呼びかけている。実現させていきたいという事は職員間で共有されている。</p> | / | / |
| 4 | (3) | <p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p> | <p>質問事項2でも記載された傾聴ボランティアや環境整備、野菜の提供などは運営推進会議でGHから地域に要望を出し、それをもとに地域が応えてくれたものである。今後も継続していきたいと思う。</p> | <p>年6回開催している。利用者及び運営状況、評価の取組み等透明性のある報告を行い、地域の理解と支援を得るための貴重な場としている。サービス向上に向けて具体的な検討がされて活かされている。会議資料、議事録は閲覧できるように玄関に設置、主な内容は家族に報告している。</p> | <p>環境面や支援状況を含めた状況が把握できる機会を防災訓練、行事等に合わせ開催することを期待したい。また、必要に応じて消防、警察署等関係者から事業所の理解や適切な助言を得てサービス向上に反映することも検討されたい。</p> |

| 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) | 市町村との連携 市町村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取り組んでいる | 運営推進会議等で付き合いのある福祉課担当者とはこまめに連携を取っている。また、当GHには生活保護受給者が入居されており、生活保護担当職員とはこまめに連絡を取り合っている。 | 平成26年度指定更新する際に実地指導を受け助言を受け改善に努めている。運営推進会議に市担当者の出席が毎回あり状況は把握されている。生活保護の方含めた利用者相談は随時行っている。集団指導等も受ける等協力関係を作っている。 | |
| 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 | 玄関の施錠をはじめ、身体拘束をしないケアを実践している。課題は迅速に職員間で話し合いがもたれ、随時解決されている。職員1名が代表して法人内の身体拘束等を管理する安全対策委員会に所属し、必要な情報の伝達を行っている。仮に身体拘束が発生した場合の必要な手続きは共有されている。 | 職員の代表が法人内「安全対策委員会」に所属して会議に出席し情報を得て必要な時は資料等利用して随時学習している。玄関の施錠はじめ拘束をしないケアに努めている。センサー等に頼らない介護を目指し職員間で納得のいくまで話し合っている。言葉による拘束にも注意を払っている。 | |
| 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 | 理念の共有などにより倫理意識の向上に努めている。職員からの声もありH28年1月の職員会議では虐待防止の学習会を行った。 | | |
| 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 | 管理者や職員が独自に学習を行っているが、職場単位での学習は行われていない。 | | |
| 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 | 管理者を中心に説明は丁寧に行っている。ただし各職員は契約内容について触れる機会は少ないため、契約内容の確認作業は今後の課題に挙げられている。 | | |

| 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 |
| 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 | 年に2回の家族会やサービス担当者会議、面会時などご家族の意見をうかがい、カンファレンス等を通じ職員間で共有され運営に役立てられている。また、地域推進会議ではご家族の代表にも必ず出席して頂き、外部に向けてもご家族のご意見は発信されている。 | 定期的に関く介護計画見直し時に本人・家族、訪問看護師、職員が出席してサービス担当者会議を開く、年2回開催家族会があり利用者・家族は意見、要望を話す機会が多数ある。面会時には家族と話すよう心掛けている。出された意見、要望は反映されている。便りの発行を検討している。 | |
| 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 | 職員会議は事前に職員の意見を司会担当職員が集約したうえで実施されている。日々のカンファレンス、定期的な職員面談等により、職員の意見を聞き、運営に反映されている。 | 毎日ミニカンファレンスの実施、毎月の職員会は当番制にして当番が職員から議題を集める開催する等職員一人ひとりから意見要望を出し易くしている。管理者による個人面談では勤務希望、個人目標などを話合っている。意見要望等は運営に反映出来るようにしている。 | |
| 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 | 民医連綱領、法人理念、職場理念の関係性を明らかにし、理念を実践するために個々の年度目標を作成している。個々の年度目標は、管理者との面談において作成され、中間、期末にもそれぞれ振り返りが持たれている。 | | |
| 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 | 法人内研修制度に基づいて実施されている。また、法人規定により外部研修も参加が促されている。 | | |
| 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 | 法人内他グループホームとは月に一度の管理者会議などが持たれている。法人外のネットワーク作りは課題となっている。 | | |

| 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 |
| 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</p> | <p>新規入居時にはこまめに訪問を行い信頼作りを行っている。入所後もご本人の安心できる環境づくりやご家族との信頼関係づくりを行っている。定期的なサービス担当者会議が重要な役割を果たしている。</p> | | |
| 16 | | <p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p> | <p>同上</p> | | |
| 17 | | <p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p> | <p>初期対応時は相談員等も交え他職種から様々な視点で本人に合ったサービスを検討できている。</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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている</p> | <p>入居者と一緒に食事作りや片付け、洗濯物などの家事等生活全般を支えあう関係づくりを行っている。また、職員の退勤時は「行ってきます」を挨拶とするなど、グループホームが暮らしの場であることが最優先される環境づくりを行っている。</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</p> | <p>定期的に家族も交え開催されるサービス担当者会議では、職員だけでなく家族も交えた本人への支援を行っている。</p> | | |

| 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 |
| 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 | なじみの方や場所がわかれば大事にしたいと職員は考えているし、日々入居者から引き出すような会話を心がけている。しかし、現状では認知症の進行などからなかなか提供ができていない。 | 入居前に職員が家庭訪問をして本人、家族から馴染みの人や場の関係を把握するよう努めている。レベル低下に伴い馴染みの床屋に行けなくなる等交流が減少している、外出日には暮らしていた地域、勤めていた職場周辺を訪ねる等利用者の思いを察する等、支援している。家族からの情報や支援を受け協力して関係が継続できるよう支援している。 | |
| 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 | 例えば座席の場所など、入居者を交えながら工夫している。 | | |
| 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 | 昨年当施設で死亡退去者が出た際には、死亡後も遺族と面談の機会を作ったり、グリーフカードを作成し訪問するなど遺族に対してグリーフケアを実践した。今後もそのような機会があれば継続していく。 | | |
| 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 | 職員は日々入居者の意向を聞き出し、意向に沿ったケアの提供を目指している。認知症の進行等からなかなか意向が聞き出せない方への対応が課題であるが、家族との担当者会議や面談時等、家族から意向の聞き出し、職員間の共有を図っている。 | 会話の中から、個別対応時に思いや意向の把握をしている。「松本城に行きたい」等具体的な内容を経過記録に記録し毎日のミニカンファレンスで本人本位に検討し実現に向けている。内容により介護計画に反映するためにサービス担当者会議で検討する。 | |
| 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 | 入居時だけでなく、入所後もご本人の安心できるくらしの実現を目指している。 | | |

| 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 |
| 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 | 各居室担当を中心に、ご本人の現状把握に努めている。提供しているサービスが合っていない時には、毎日行われているカンファレンスで話し合い、チーム間で意見の統一が図られている。 | | |
| 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 | 定期的に担当者会議が開催され、介護計画が作成され、介護計画に基づいた統一されたサービスが提供されている。前段でも述べているように細かにサービスの見直しが行えている。 | 本人・家族のニーズ、関係者が把握した内容が反映できるよう利用者・家族、訪問看護師、関係職員が出席してサービス担当者会議を開いている。毎日計画に基づいた支援経過記録、担当の評価、介護支援専門員によるモニタリングを毎月実施、3ヶ月毎に見直しをしている。退院時等現状にあった計画を立て支援している。 | |
| 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 | 介護記録は介護計画に基づき記録されている。職員間で情報の共有が図られており、前段、前々段で述べているように細かにサービスの見直しが行われている。 | | |
| 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 | 質問項目22でグリーンケアで述べたように、その時々で、必要なサービスが提供されるように取り組んでいる。それは当グループホームの理念でも確認されている通り、誰もが安心できるサービスを目指しているからである。 | | |
| 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 | 地域密着型事業として地域のつながりを大切にしながらサービスを提供している。 | | |

| 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 |
| 30 | (11) | <p>かかりつけ医の受診支援</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>定期的な主治医の診察のほかに、必要な方には必要な医療が提供されている。通院介助サービスなども随時行っている。</p> | <p>入居時にかかりつけ医の希望を聞いているが、殆どの方は協力医を希望されている。往診は月2回、訪問看護師は週1回の訪問があるが、殆ど毎日訪問して利用者の健康状況を把握して必要な処置、助言をしている。協力医、訪問看護ステーションと連携を常に図り何時でも必要な医療が受けられるよう支援している。</p> | |
| 31 | | <p>看護職との協働</p> <p>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</p> | <p>医療連携している訪問看護ステーションとこまめな連携が持たれている。</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、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。</p> | <p>入居者の入院時は、当グループホームの職員間の約束事により定期的な面会を行い、面会時には定めた書式により必要な情報を得ている。退院時は訪問看護ST職員と一緒に入居者の確認をしたり、当法人相談員も交え他職種連携の下で退院支援を行っている。</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>ご家族には当グループホームで定めた「看取りの考え方」などの説明を行っている。また、健康なうちからご家族とは急変時の対応等確認し合っている。</p> | <p>「重度化対応・終末期ケア対応指針」を昨年9月に見直して家族会に説明している。指針の確認は個々に家族としている。急変時の対応も含め早い段階から家族と話し合っている。昨年家族から事業所での看取りを希望され、家族、医療関係者、職員と共にチームで初めて看取りの経験をし、グリーフケアも行っている。</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>年2回当法人で行われる避難訓練に参加し、消火器の扱い等確認している。また、救急訓練にも参加している。</p> | | |

| 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 | (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>当法人は地域の避難場所にも指定され、推進会議などでも確認されている。また、地域には災害時や火災時などの協力依頼も行っている。</p> | <p>防火管理者は法人職員であり、管理者は火元責任者となっている。年2回の訓練を複合施設全体で実施している。ヘルメット、非常用ザックは玄関に用意がある。事業所独自でも災害対策に取り組む必要性を管理者はじめ職員は感じている。複合施設全体が災害時には地域の避難場所となっている。</p> | <p>複合施設のため災害時の支援体制が検討されていると思われるが、一人での夜間対応もあるので事業所独自に災害に対する備え、訓練等を運営推進会議、職員会等で地域住民の協力体制も含め具体的に検討されることが必要と思われる。</p> |
| その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | <p>一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p> | <p>行えている。今年度は理念討議を行う中でも改めて皆で確認が行えた。</p> | <p>今年度、理念作りの中で人格の尊重、プライバシー確保をするための検討をした。名前の呼び方、同性、異性介護等は本人・家族に確認して同意を得ている。人前で赤裸々な対応は慎む、職員間で利用者に関する情報伝達は配慮し合う等して、誇りやプライバシーを損ねない支援に心掛けている。</p> | |
| 37 | | <p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p> | <p>ご本人の希望に沿った支援が行えている。職員は入居者との会話の中からご本人の思いを引き出すよう努めている。ご本人が希望を言葉に出せない方への対応は課題となっている。</p> | | |
| 38 | | <p>日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p> | <p>例えば食事をしたくないと話されるときには時間をずらすなどご本人のペースを優先している。ご本人が希望を言葉に出せない方への対応は課題となっている。</p> | | |
| 39 | | <p>身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p> | <p>入浴前にご本人と一緒に服を選ぶなど、工夫している。化粧品がなくなりそうな時にはご家族と協力し、切らさないようにするなどできている。</p> | | |

| 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 |
| 40 | (15) | <p>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</p> | <p>季節やイベント、その日の体調などを考慮しながら柔軟に献立作りを行っている。準備や片づけなど入居者と一緒に行っている。</p> | <p>普通食2名の方以外は、きざみ、ミキサー、とろみ食であるが丁寧な調理、盛り付けをしている。エプロン姿で焼きそば作りを職員と一緒にされている方もいた。職員は食卓を囲み会話をしながらも一部介助、全介助の方に対して注意を払い、職員間で連携し合っ楽しい食卓となるよう努めている。畑作り、希望食、外食等も実施している。一人ひとりに寄り添った食事支援がなされている。</p> | |
| 41 | | <p>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</p> | <p>当グループホームでは水分補給には非常に力を入れている。各コップには200ccのラインを入れさせて頂き、水分がとれなかった時には職員間で申し送りを行うなど、食事・水分確保は慎重に行っている。</p> | | |
| 42 | | <p>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</p> | <p>必要な方に必要な援助が、介護計画に基づき行えている。</p> | | |
| 43 | (16) | <p>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</p> | <p>必要な方に必要な援助が、介護計画に基づき行えている。</p> | <p>排泄チェック表により排泄パターンを把握して支援している。職員は失禁を少なくするための提案や検討を重ねている。トイレでの排泄が身体的に困難な方は居室にポータブルトイレを置き介助をし気持ちよく排泄が出来るよう支援している。</p> | |
| 44 | | <p>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</p> | <p>必要な方に必要な援助が、介護計画に基づき行えている。</p> | | |

| 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 |
| 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 | 現状では行えていないのが現状。ご自分で希望が表せる方には可能な限り対応している。 | 週2回入浴をしているが、希望がある時は随時入浴をしている。入浴後着用する服と一緒に選り浴室ではゆっくりと会話をする等楽しみ入浴となるよう工夫している。2人介助の入浴の方は大半であるが、職員間で連携して安全にゆったり入浴が出来るよう支援している。 | |
| 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 | 夜間の排泄介助のタイミングや体位交換のタイミングなど、ご本人の体調や睡眠の状態に合わせて、介護計画に基づき、統一して提供されている。 | | |
| 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 | お薬ノートなど活用し、職員間で情報は共有されている。必要な支援が、訪問看護ST職員とともにこまめに確認しあい、行えている。 | | |
| 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 | 必要な方に必要な援助が、介護計画に基づき行えている。 | | |
| 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支援している | 冬季は感染症リスクや凍結による転倒リスクなど様々なリスクが高いために実施されないが、「8のつく日」と定め、毎月8, 18, 28日は入居者とともに外出する日としている。外出や外食、墓参りなど個々の希望に合わせて行っている。 | 冬場は敷地内を車いすの方も含め散歩して日光浴を楽しんでいる。春以降は近所の散歩、田の畔に草摘等に出掛けている。「8のつく日」を外出日として個々の希望に添いながら出掛けている。弁当持参の花見、リンゴ狩りなど季節ごと五感を通した外出となるよう支援している。 | |

| 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 |
| 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 | 直接ご本人にお金を持ってもらってはいないため課題となっているが、外出時に本人の希望するものを購入したり食べたりするようにしている。 | | |
| 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 | 必要な方に必要な援助が、介護計画に基づき行えている。 | | |
| 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 | 共用の空間について、職員が担当する場所を整理整頓するようにしている。必要なほぼすべての居室・空間に温湿度計を設置するなど、居心地良く過ごせる空間づくりに努めている。 | 玄関に事業所での生活の様子を紹介した大型紙面が掲示されている。食堂に雛段、ネコヤナギが飾られ春を告げている。食堂の飾り付けなどは職員と一緒にしている。職員が分担して整理整頓をしている。不快な臭いを出さないよう小まめな清掃をして何時でも気持ち良く集える共用空間作りをしている。 | |
| 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 | 例えば食事の時間がずれた入居者には安心して食べられる環境を準備するなどできている。 | | |
| 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 | 各居室担当を中心に行っている。居室はご本人が安らぎを感じる空間づくりを心掛けている。 | ベットは殆どの方がレンタルである。畳の部屋は利用対象者がレベル低下したため全室フローリングに変えている。本人の希望に添いソファー、椅子、テーブル、筆筒等が並べられている。作品や写真等を飾る、洋服を掛ける等好みの部屋作りがされている。入居期間が長い方は本人家族と相談して家具等の入れ替えもしている。 | |

| 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 |
| 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 | トイレには表記をしたり、カレンダーを見やすい場所に設置したり工夫している。 | | |

目標達成計画

作成日: 平成 28 年 3 月 15 日

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 | | 推進会議が定期的開催され、地域との繋がりができている。今後さらに地域との繋がりを発展させていく事が期待される。 | 地域との繋がりを発展させる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域の文化祭に入居者と取り組んだ作品を出品し、入居者と一緒に見に行く。 ・地域の行事に参加する。 ・推進会議のメンバーの多様化。 | 24ヶ月 |
| 2 | | 法人全体ではできているが、グループホームあずみの里独自の防災の取り組みが弱い。 | グループホームあずみの里独自の防災体制の構築。 | <ul style="list-style-type: none"> ・協立福祉会全体の防災訓練だけではなく、GH独自の災害対策をしていくこと。 ・GH独自の通報訓練。 ・地域との連携体制づくり。(推進会議に地域の消防団等防災担当を招くなど) | 24ヶ月 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。