

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 | 4370700595 | | |
| 法人名 | 有限会社 いずみ | | |
| 事業所名 | グループホーム菜の花Ⅰ番館 | | |
| 所在地 | 熊本県天草市本渡町本渡845番地3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成26年3月1日 | 評価結果市町村受理日 | 平成26年4月10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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|----------------|
| 評価機関名 | NPO法人 九州評価機構 |
| 所在地 | 熊本市北区四方寄町426-4 |
| 訪問調査日 | 平成26年3月18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)】

①理念を下に屋外に出て季節を感じることで「生きている実感」を感じて頂き、脳の維持増進を図り、認知症の改善・緩和に繋がる支援と常に「尊厳をもった介護」を念頭におき実践しています。具体的にはⅡユニットごとにチーム目標を設定し、菜の花の理念が現場で具体的に実践できるように取り組んでいます。②「熊本南1式ネットワーク実践報告会」(宇土・天草圏域の5事業所が加盟)を年に3~4回開催し、相互のホームの評価及び改善を行い、サービスの質の向上に取り組んでいます。③健康管理として内科の往診と歯科の訪問治療を行っています。④天草圏域グループホーム連絡会として、研修の立案を行い活動しています。⑤地域の福祉避難所として天草市と協定を締結し受入体制を構築しています。又市の委託を受け家族介護教室を1年に一回実施しております

【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)】

民家が点在する中にお隣さんという雰囲気2ユニットのホームがあり、さらに「菜の花Ⅲ番館」の有料老人ホームが建築中である。玄関にはよく手入れされた季節の花のプランターや入居者の趣味である手芸の作品が飾られている。「理念の実践」では担当職員による入居者へ向けた取り組みで一人ひとりと深く関わる取り組みも始めている。法人内の計画的な勉強会では職員が講師を務めたり、外部研修への参加後のレポート提出など職員育成にも力をいれており、また資格取得への意欲など、職員のケアに対する意識も高いものとなっている。家族の面会も多く、毎月のお手紙や日常生活の写真を綴ったアルバムは家族にも大変喜ばれ、家族との良好な関係が構築されている。車椅子利用者も増えており、今後は生活リハビリや敷地内のリハビリコースを活用しながら身体機能維持・低下防止に努められることに期待したい。

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ます (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している (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 (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キー) + (Enterキー) 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 |
| 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 | 毎朝のミーティング・管理者会議・管理者勉強会・職場会議等で理念の確認・共有をし、新入職員入職時にはオリエンテーション・施設内研修を行い実践に取り組んでいる。又ユニット毎にチーム目標を設定し取り組んでいる | 設立当初からの理念「気を元気に」を玄関やリビング等に掲示しパンフレットにも掲載している。ユニット毎に目標を設定し、理念の実践のためにどうするかを勉強会で話し合っている。入職時や運営推進会議・家族会でも理念の話をしている | |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している | 地域行事、区役への参加、事業所での「秋祭り」への地域の方への案内を行い参加して頂いている。また散歩等の際は近隣の方に気軽に挨拶を交わして頂き、散歩コースのゴミ拾いを自主的に行っている | 散歩に出かけた時に地域の方と挨拶を交わしたり、地域の行事に参加している。お祭りではホームからの参加人数をお知らせして準備してもらっている。自治会の区役に参加したり、自主的に新任職員と散歩コースのゴミ拾いも行っている。 | |
| 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 | 市の委託での「家族介護教室」の開催や運営推進会議の中で地域の行事の情報収集を行い、利用者が地域の中で日常の暮らしを実感できるように地域の行事等に参加している。また地域の方から相談を受けた際には、民生委員等に連絡・連携し対応している | | |
| 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 | 参加者からの質問等は、会議のなかで説明し理解して頂いている。意見・要望等の事項があれば、全体会議・職場会議等で話し合い実施するようにしている。 | 区长・民生委員・婦人会長・老人会長・地域の商店主などをメンバーとして開催されている。ホームの活動や職員に関する報告などを行い質疑応答を行っている。意見等が出た時は会議で話し合いサービスに活かすようにしている。 | |
| 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に取り組んでいる | 運営に関して不明な点があるときは連絡し、指導して頂いている。地域の福祉避難所として市と協定し、市の委託を受け「家族介護教室」を1回/年実施している | 地域包括支援センターの職員に運営推進会議にも出席してもらっておりホームの様子は把握してもらっている。市の職員とは連絡を取りあい、報告や相談、情報交換を行っている。 | |
| 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 | 全体会議、職場会議での勉強会や外部研修に参加し直接的・間接的拘束の防止に取り組む実践している。 | ホーム内勉強会や外部研修にも参加し、身体拘束による弊害を理解しており、拘束をしないケアに取り組んでいる。 | |
| 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 | 全体会議・職場会議のなかで安全衛生委員会から虐待に関することは常に呼びかけ勉強会を計画的に行い、外部研修の参加を行っている。 | | |

| | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 | 全体会議、職場会議のなかでの勉強会や外部研修に参加し、必要と思われる利用者に対しては、包括センター担当者へ相談するようにしている。 | | |
| 9 | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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・解除時には、十分な説明を行い、同意・納得が得られるようにしている。 | | |
| 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 | 自己主張できる方に対しては日頃からお話しをお聞きし、自己主張出来ない方には運営推進会議、家族会、ご家族の面会等の際にご意見、ご要望をお聞きして担当者が主となり、カンファレンス・職場会議等で検討し対応している。 | 面会時に家族から気軽に意見を言いやすいような雰囲気作りを行っている。お便りと一緒に一筆書き、ホームでの状況を家族に報告したり、家族アンケートを実施し、意見等を把握する機会を作っている。要望があった時は早急に改善するようにし、解決できない時は職場会議や全体会議で検討するようにしている。 | |
| 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 | 全体会議・管理者会議・職場会議・管理者勉強会・レクレーション委員会・安全衛生委員会等で、意見・要望を聞き、なにかあれば検討し対応している。 | 日頃より職員間で意見を言いあえる関係ができており、所長や管理者は把握している。申し送りや部署会議でもアイデアや意見を聞き、反映するようにしている。 | |
| 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 | 職員の希望休は、全て取り入れている。また、管理者が個人面談を行い、業務での意見や悩みを聞くようにしている。また努力、実績が認められる職員に対しては、給与・ボーナス等で優遇している。 | | |
| 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 | 毎月の自己研鑽と職場会議での発表を実施し、外部研修は業務に支障がないように参加し、職場会議で発表している。また、社会福祉士・介護福祉士・認知症ケア専門士受験の後押しを行っている。 | | |
| 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 | 熊本T式ネットワーク組織で天草圏域のグループホーム5事業所が主となり、相互評価および改善の実践を行い、圏域の地域密着型事業所全体に参加を呼びかけ、報告会を開催している。 | | |

| 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 | 入所前に本人・家族に面談し、状況把握を行い、居宅支援事業所のケアマネ、医療機関、施設の担当者から情報提供して頂いている。 | |
| 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 | 入所されてホームになじまれるまでの期間は、こまめに家族へ連絡及び情報提供を行い、家族の不安の軽減に努めるとともに要望等もお聞きしている。 | |
| 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、家族に状況等の確認と担当ケアマネの意見等をお聞きし、要望や思いを察し対応している。 | |
| 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 | これまでの生活のなかで培ってこられたことを教えて頂けるような雰囲気づくりや環境をつくり、手芸や盆栽、野菜の育て方、買い物、料理の味付け等を一緒に実践している。 | |
| 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 | 毎月の家族への手紙や便り、また面会時等で生活状況・身体状況を報告し、受診等での付き添い協力もして頂いている。また、ホームでの行事や地域の行事にもお誘いし、自宅への一時帰宅や外泊もして頂いている。 | |
| 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 | なじみの友人や親戚の方の面会があったり、なじみの店での買い物や興味をもたれている店等へ出かけている。 | 友人や親戚の方、デイサービスに来られた方が面会に訪れたりしている。病院受診後に馴染みのお店で買物されたりもしている。 |
| 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 | 日頃の心身の状況や気分の変化を把握し、居室に閉じこもらないように声かけを行い、ホールやテラス、園庭へお誘いし孤立しないように対応している。 | |

| | | | | | |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 | 入院された方には担当者を中心にお見舞いに行き、本人さんやご家族との交流を行っている。また亡くなられた場合は、本人様のホームでのアルバムをご家族に贈与し、通夜・葬儀に出席している。 | | |
| 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 | 自己主張できる方には日頃より要望・意見等はないかお聞きし、自己主張できない方にはご家族からの要望や情報収集を行い、表情・態度・行動から思いを察して検討し対応している。 | 日常の会話から意向や要望を把握するように努めている。困難な方は家族からの情報や生活歴、表情等からくみ取るようにしている。 | |
| 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 | 本人、ご家族や担当ケアマネからの情報収集のなかで、小さなことでも見落とさないようにしている。 | | |
| 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 | 日常生活のなかで、精神状態や言動・表情・行動等及び、なにかサインを発していないかを観察するようにしている。 | | |
| 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、必要の関係者と話し合い、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 | 本人からやご家族の面会時等に、ご意見・ご要望をお聞きしている。また、個別経過記録・月1回のモニタリング・担当者の意見を反映し作成している。 | 本人や家族の意向をもとにし、職員の意見も加味し計画作成担当者が計画を作成している。毎月モニタリングを実施し、3ヶ月ごとにカンファレンスを開催し、定期的に見直しを行っている。状態に変化があった時はその都度見直し、現状に即した計画を作成している。 | |
| 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 | 日々の経過記録、各チェック表の記録と夜間の申し送り事項、また受診後の結果、他の問題点等がある場合は申し送りノートに記録し、全職員が情報を把握し介護計画に反映している。 | | |
| 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 | 面会時間帯の設定もしておらず、家族の希望があれば宿泊して頂いている。また自宅等の外出・外泊支援も行い、対応可能な要望は全て受け入れている。送迎・同行も行っている | | |

| | | | | | |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 | 民生委員・区長・老人会・婦人会・公民館長・消防団・地域の商店の方等に運営推進会議に参加頂いている。警察・消防・行政に利用者の写真入りの特徴を記した一覧表を提供し、緊急時の協力を依頼している。 | | |
| 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し、納得が得られたか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 | 基本的には、利用前からのかかりつけ医での治療を継続している。かかりつけ医のない利用者に対しては、ご要望をお聞きした上で支援している。また、受診後は家族に電話にて報告を行い、月に一度の手紙でも報告している | 入居前のかかりつけ医を継続して受診できるように支援している。職員が同行受診したり、往診の対応も行っている。受診後は家族に報告し、記録にも残し職員間で共有するようにしている。 | |
| 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 | 看護師を週2回配属して健康管理を行い、いつでも連絡及び指示がとれるようにしている。 | | |
| 32 | | ○入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。 | 入院時には家族とともに主治医から医療方針・入院期間の説明を聞き、医療機関には本人の状態・留意事項等を申し送っている。また、早期に退院できるように看護・介護職員が交代でお見舞いに行き、医療機関と情報交換を行い、早期退院できるように支援している | | |
| 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 | 契約時、看取りまで行うことを説明し同意を得ている。また、疾病増悪時には主治医・家族と連携し、ホームでの生活が可能な限り支援している。 | 入居契約時に重度化や終末期の方針について説明をし、同意を得ている。重度化した場合に、医師の意見を聞き、家族の希望を再度確認して、ホームでできる最大の支援を行っている。 | |
| 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 | 「緊急処置マニュアル」に沿って、全体会議・ケアカンファレンス・職場会議等での勉強会を行い実践している。 | | |
| 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 | 火災訓練を日中と夜間設定にて年3回実施している。また、運営推進会議を通し地域の消防団、地域住民の方に参加頂き協力をお願いしている。 | 年4回昼夜想定火災避難訓練を入居者も参加して実施している。近隣の住民や消防団には協力を依頼している。玄関には避難誘導識別表を掲示し、各居室には色別のシールを貼っている。 | |

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 | 新入職員採用時にオリエンテーションを行い、守秘義務に関する指導を行っている。また、日頃からミーティングで確認し、全体会議・職場会議等で「接遇」の勉強会を行い、尊厳を持った対応を行うように指導し実践している。 | 今までの職歴や人格を尊重した言葉かけやプライバシーに配慮した対応を心がけている。接遇の勉強会を実施し、特に声かけには注意してケアを行うようにしている。記録類は事務所内の棚で保管するなど個人情報の保護にも努めている。 | |
| 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 | 利用者の声を聴くという姿勢で、言動・表情・行動を読みとって、本人の意思を確認して実施している。 | | |
| 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か、希望にそって支援している | 利用者の心身状況等に応じ対応している。一時帰宅をはじめ、趣味の手芸、盆栽の手入れ、また畑作業、散歩、買い物、ドライブ等を実施している。 | | |
| 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 | 本人・ご家族の希望をお聞きしながら、なじみの美容室や移動美容室を利用している。 | | |
| 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 | 「食事手引き書」を作成し、好みの物、嫌いな物を把握し、その方の嚥下状態に合わせた食事形態で提供している。また利用者の能力に応じ、一緒に食事を作ったり後かたづけを行っている。 | 入居者の希望や季節感を取り入れながらユニット毎に献立をたてている。食材は注文配達になっているが、野菜などの頂き物も多く食材に応じて臨機応変に変更をしている。皮むきや食器拭きなどできる事を一緒にしている。職員も同じ食事を一緒に摂り会話などをしながら楽しい時間となっている。入居者の状態に応じ、きざみ食やとろみをつけて提供している。 | |
| 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 | 食事、水分摂取量を毎日チェックし記録している。食事量が少ない方には高カロリー食品、栄養剤摂取、水分摂取が少ない方には電解質飲料や好みのジュース等の代替品を提供し、無理なく摂取を促し支援している。 | | |
| 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、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、本人の能力に応じて職員が見守ったり介助している。義歯使用の方は、隔日夜間消毒をしている。訪問歯科医が定期的に診察している | | |

| | | | | | |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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むけた支援を行っている | 各利用者の「排泄手引き書」を作成し、状態に合わせて排泄誘導を行っている。また日中はできるだけ布パンツを使用するようにしている。 | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間やしぐさを見て声かけ誘導を行っている。昼間は布パンツを使用しトイレでの排泄を基本としている。夜は状態に応じてポータブルを利用したり、リハビリパンツ、パットなどそれぞれに使い分けを行っている。 | |
| 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 | 個人カルテにて排泄状況を確認し、できる範囲での運動・体操・歩行訓練等を実施し、デザートには、乳製品を多く取り入れながら、スムーズな排泄ができるように支援している。 | | |
| 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、個々にそった支援をしている | 各利用者の「入浴手引き書」を作成し、入浴日には利用者の意思確認を行い実施している。また、入浴拒否が強い方は翌日に実施したり、2日間入浴できていない方には、清拭と陰部洗浄を実施し支援している。 | 入居者の希望に応じ、ゆっくりと入浴できるよう支援している。入浴拒否の方には時間をずらしたりタイミングをみて声かけをし、無理強いしないようにし、清拭や陰部洗浄を実施し清潔保持に努めている。 | |
| 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 | 日中の活動を促し、閉じこもりの予防や傾眠予防を行っている。また、寝付きがよくない方には、一緒にホールで過ごしたり、添い寝を行っている。その方の状態に合わせて午前・午後居室で臥床して頂く | | |
| 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 | 利用者毎の服薬情報をファイルにまとめ、全職員が内容を把握できるようにしている。また、「内服チェック覧」にて確認し、確実に内服できるように支援している。 | | |
| 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 | 利用者自身が役割を感じられている畑作業、食事づくりと後かたづけ、洗濯物たたみ等の支援を行うとともに、利用者ひとり一人に合ったレクリエーションや散歩・買い物・ドライブ等の活動を行い支援している。 | | |
| 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 | 利用者毎の活動リストアップ一覧表を作成している。その日の天候、状態に合わせて屋内・屋外活動を行い、地域の行事等(鬼火焼き・祭り・十五夜・運動会等)がある場合はご家族に参加を呼びかけ、地域の方にもご協力を頂いている。 | 天気が良い時は近隣を散歩したり、敷地内のリハビリコースや東屋で外気浴を楽しむようにしている。季節ごとの花見や地域の行事にも参加している。家族の協力を得ながら外泊・外出や買い物などの支援を行っている。 | |

| | | | | | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 | 数人は少額の入った財布を持ち、希望時には職員と一緒に買い物に出かけている。支払いは自分でできるところまで見守り、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 | 本人が電話を希望される時は、居室に子機をお持ちし使用頂いている。また、ご家族に手紙の返事を書かれたり、正月にはご家族や知人に年賀状を送る支援を行っている。 | | |
| 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 | 居間と食堂には天窓や小窓から光を多く取り入れている。また、旬の食材を使った献立を取り入れ、玄関やホールには季節の花等を飾り四季を感じて頂けるようにしている。浴室・トイレにはマーク表示をして分かりやすいようにしている。尿臭のないようにトイレ掃除の徹底をしている | 玄関やリビングなどには季節感のある花や装飾品が飾られている。リビングでは食事の準備などのおいや音など五感を感じることができる。室温や臭気・換気などにも配慮しており、清潔で気持ちよく過ごせる空間作りがしてある。 | |
| 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 | テラス、ホール、廊下の空間にソファ、イスを設置し、観用植物・絵・民芸品・花飾り等を置き共用空間をつくり、居心地のよい落ち着いた場所作りをしている | | |
| 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 | 入居時及び入居後も本人、ご家族になじみの品や愛着のある物をお持ち頂き、本人が少しでも安心し落ち着かれる空間づくりの支援を行っている。 | 本人の馴染みの家具やテレビなどの持ち込みがあり、過ごしやすいイアウトを支援している。亡きご主人の遺影に御仏飯やお茶を供えたり、入居前の習慣で畳に布団を敷いたりとその人らしく過ごせるよう支援している。 | |
| 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 | 利用者の能力に応じてホールの日めくりカレンダー外し・ボードへの日付記入及び献立表の記入をして頂いている。また居室入り口ののれん、小窓の模様、トイレ・風呂の表示をし、又矢印で道順を示す等して分かりやすくしている。 | | |

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 | 4370700595 | | |
| 法人名 | 有限会社 いずみ | | |
| 事業所名 | グループホーム菜の花Ⅱ番館 | | |
| 所在地 | 熊本県天草市本渡町本渡845番地3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成26年3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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|----------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 九州評価機構 | | |
| 所在地 | 熊本市北区四方寄町426-4 | | |
| 訪問調査日 | | | |

【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)】

①理念を下に屋外に出て季節を感じることで「生きている実感」を感じて頂き、脳の維持増進を図り、認知症の改善・緩和に繋がる支援と常に「尊厳をもった介護」を念頭におき実践しています。②「熊本南1式ネットワーク実践報告会」(宇土・天草圏域の5事業所が加盟)を年に3~4回開催し、サービスの質の向上に取り組んでいます。③天草圏域グループホーム連絡会として、地域拠点型認知症疾患医療センター事例検討会の研修の立案を行い活動しています。④地域の福祉避難所として天草市と協定を締結し受入体制を構築しています。また市の委託を受け家族介護教室を1年に一回実施しております

【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)】

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

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ます (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している (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 (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キー)+(Enterキー)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 |
| 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 | 毎朝のミーティング・管理者会議・管理者勉強会・職場会議等で理念の確認・共有をし、新入職員入職時にはオリエンテーション・施設内研修を行い実践に取り組んでいる。又ユニット毎にチーム目標を設定し取り組んでいる | | |
| 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 | 地域行事、区役への参加、事業所での「秋祭り」への地域の方への案内を行い参加して頂いている。また散歩等の際は近隣の方に気軽に挨拶を交わして頂き、散歩コース等でのゴミ拾いを自主的に行っている | | |
| 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 | 「家族介護教室」の開催や運営推進会議の中で地域の行事の情報収集を行い、利用者が地域の中で日常の暮らしを実感できるように地域の行事等に参加している。また地域の方から相談を受けた際には、民生委員等に連携し対応している | | |
| 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 | 参加者からの質問等は、会議のなかで説明し理解して頂いている。意見・要望等の事項があれば、全体会議・職場会議等で話し合い実施するようにしている。 | | |
| 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 | 運営に関して不明な点があるときは連絡し、指導して頂いている。地域の福祉避難所として市と協定し、市の委託を受け「家族介護教室」を1回／年実施している | | |
| 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 | 全体会議、職場会議での勉強会や外部研修に参加し直接的・間接的拘束の防止に取り組む実践している。 | | |
| 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逃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 | 全体会議・職場会議の中で安全衛生委員会から虐待に関することの勉強会を計画的に行い、外部研修への参加を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 全体会議、職場会議の中での勉強会や外部研修に参加し、必要と思われる利用者に対しては、包括センター担当者へ相談するようになっている。運営推進会議の中でも包括センター職員の方に説明して頂いている | | |
| 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・解除時には、十分な説明を行い、同意・納得が得られるようにしている。 | | |
| 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 | 自己主張できる方に対しては日頃から話しをお聞きし、自己主張出来ない方には運営推進会議、家族会、ご家族の面会等の際にご意見、ご要望をお聞きして担当者が主となり、カンファレンス・職場会議等で検討し対応している。 | | |
| 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 | 全体会議・管理者会議・職場会議・管理者勉強会・レクレーション委員会・安全衛生委員会等で、意見・要望を聞き、なにかあれば検討し対応している。 | | |
| 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 | 職員の希望休は、全て取り入れている。また、管理者が個人面談を行い、業務での意見や悩みを聞くようになっている。また努力、実績が認められる職員に対しては、給与・ボーナス等で優遇している。 | | |
| 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 | 毎月の自己研鑽と職場会議での発表を実施し、外部研修は業務に支障がないように参加し、職場会議で発表している。また、社会福祉士・介護福祉士・認知症ケア専門士受験の後押しを行っている。 | | |
| 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 | 熊本T式ネットワーク組織で天草圏域のグループホーム5事業所が主となり、相互評価および改善の実践を行い、圏域の地域密着型事業所全体に参加を呼びかけ、研修会を開催している。 | | |

| 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 | | | | | |
| 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 | 入所前に本人・家族に面談し、状況把握を行い、居宅支援事業所のケアマネ、医療機関、施設の担当者から情報提供して頂いている。 | | |
| 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 | 入所されてホームになじまれるまでの期間は、こまめに家族へ連絡及び情報提供を行い、家族の不安の軽減に努めるとともに要望等もお聞きしている。 | | |
| 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、家族に状況等の確認と担当ケアマネの意見等をお聞きし、要望や思いを察し対応している。 | | |
| 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 | これまでの生活のなかで培ってこられたことを教えて頂けるような雰囲気づくりや環境をつくり、手芸や盆栽、野菜の育て方、買い物、料理の味付け等を一緒に実践している。 | | |
| 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 | 毎月の家族への手紙や便り、また面会時等で生活状況・身体状況を報告し、受診等での付き添い協力もして頂いている。また、ホームでの行事や地域の行事にもお誘いし、自宅への一時帰宅や外泊もして頂いている。 | | |
| 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 | なじみの友人や親戚の方の面会があったり、なじみの店での買い物や興味をもたれている店等へ出かけている。 | | |
| 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 | 日頃の心身の状況や気分の変化を把握し、居室に閉じこもらないように声かけを行い、ホールやテラス、園庭へお誘いし孤立しないように対応している。 | | |

| 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 |
| 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 | 入院された方には担当者を中心にお見舞いに行き、本人さんやご家族との交流を行っている。また亡くなられた場合は、本人様のホームでのアルバムをご家族に贈与し、通夜・葬儀に出席している。 | | |
| 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 | 自己主張できる方には日頃より要望・意見等はないかお聞きし、自己主張できない方にはご家族からの要望や情報収集を行い、表情・態度・行動から思いを察して検討し対応している。 | | |
| 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 | 本人、ご家族や担当ケアマネからの情報収集のなかで、小さなことでも見落とさないようにしている。 | | |
| 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 | 日常生活のなかで、精神状態や言動・表情・行動等及び、なにかサインを発していないかを観察するようにしている。 | | |
| 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 | 本人からやご家族の面会時等に、ご意見・ご要望をお聞きしている。また、個別経過記録・月1回のモニタリング・担当者の意見を反映し作成している。 | | |
| 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 | 日々の経過記録、各チェック表の記録と夜間の申し送り事項、また受診後の結果、他の問題点等がある場合は申し送りノートに記録し、全職員が情報を把握し介護計画に反映している。 | | |
| 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 | 面会時間帯の設定もしておらず、家族の希望があれば宿泊して頂いている。また自宅等の外出・外泊支援も行い、対応可能な要望は全て受け入れている。送迎・同行も行っている | | |

| 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 |
| 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 | 民生委員・区長・老人会・婦人会・公民館長・消防団・地域の商店の方等に運営推進会議に参加頂いている。警察・消防・行政に利用者の写真入りの特徴を記した一覧表を提供し、緊急時の協力を依頼している。 | | |
| 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 | 基本的には、利用前からのかかりつけ医での治療を継続している。かかりつけ医のない利用者に対しては、ご要望をお聞きした上で支援している。また、受診後は家族に電話にて報告を行い、月に一度の手紙でも報告している | | |
| 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 | 看護師を週2回配属して健康管理を行い、いつでも連絡及び指示がとれるようにしている。 | | |
| 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。 | 入院時には家族とともに主治医から医療方針・入院期間の説明を聞き、医療機関には本人の状態・留意事項等を申し送っている。また、早期に退院できるように看護・介護職員がお見舞いに行き、医療機関と情報交換を行い、早期退院できるように支援している | | |
| 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 | 契約時、看取りまで行うことを説明し同意を得ている。また、疾病増悪時には主治医・家族と連携し、ホームでの生活が可能な限り支援している。 | | |
| 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 | 「緊急処置マニュアル」に沿って、全体会議・ケアカンファレンス・職場会議等での勉強会を行い実践している。 | | |
| 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 | 火災訓練を日中と夜間設定にて年4回実施している。また、運営推進会議を通し地域の消防団、地域住民の方に参加頂き協力をお願いしている。 | | |

| 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 | |
| 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 | 新入職員採用時にオリエンテーションを行い、守秘義務に関する指導を行っている。また、日頃からミーティングで確認し、全体会議・職場会議等で「接遇」の勉強会を行い、尊厳を持った対応を行うように指導し実践している。 | | | |
| 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 | 利用者の声を聴くという姿勢で、言動・表情・行動を読みとって、本人の意思を確認して実施している。 | | | |
| 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 | 利用者の心身状況等に応じ対応している。一時帰宅をはじめ、趣味の手芸、盆栽の手入れ、また畑作業、散歩、買い物、ドライブ等を実施している。 | | | |
| 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 | 本人・ご家族の希望をお聞きしながら、なじみの美容室や移動美容室を利用している。 | | | |
| 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 | 「食事手引き書」を作成し、好みの物、嫌いな物を把握し、その方の嚥下状態に合わせた食事形態で提供している。また利用者の能力に応じ、一緒に食事を作ったり後かたづけを行っている。 | | | |
| 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、水分摂取量を毎日チェックし記録している。食事量が少ない方には高カロリー食品、栄養剤摂取、水分摂取が少ない方には電解質飲料や好みのジュース等の代替品を提供し、無理なく摂取を促し支援している。 | | | |
| 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、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、本人の能力に応じて職員が見守ったり介助している。義歯使用の方は、隔日夜間消毒をしている。訪問歯科医が定期的に診察している | | | |

| 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 | 各利用者の「排泄手引き書」を作成し、状態に合わせた排泄誘導を行っている。また日中はできるだけ布パンツを使用するようにしている。 | | |
| 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 | 個人カルテにて排泄状況を確認し、できる範囲での運動・体操・歩行訓練等を実施し、デザートには、乳製品を多く取り入れながら、スムーズな排泄ができるように支援している。 | | |
| 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、個々にそった支援をしている | 各利用者の「入浴手引き書」を作成し、入浴日には利用者の意思確認を行い実施している。また、入浴拒否が強い方は翌日に実施したり、2日間入浴できていない方には、清拭と陰部洗浄を実施し支援している。 | | |
| 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 | 日中の活動を促し、閉じこもりの予防や傾眠予防を行っている。また、寝付きがよくない方には、一緒にホールで過ごしたり、添い寝を行っている。その方の状態に合わせて午前・午後居室で臥床して頂く | | |
| 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 | 利用者毎の服薬情報をファイルにまとめ、全職員が内容を把握できるようにしている。また、「内服チェック覧」にて確認し、確実に内服できるように支援している。 | | |
| 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 | 利用者自身が役割を感じられている畑作業、食事づくりと後かたづけ、洗濯物たたみ等の支援を行うとともに、利用者ひとり一人に合ったレクリエーションや散歩・買い物・ドライブ・一時帰宅等の活動を行い支援している。 | | |
| 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 | 利用者毎の活動リストアップ一覧表を作成している。その日の天候、状態に合わせ屋内・屋外活動を行い、地域の行事等(鬼火焼き・祭り・十五夜・運動会等)がある場合はご家族に参加を呼びかけ、地域の方にもご協力を頂いている。 | | |

| 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 | 数人は少額の入った財布を持ち、希望時には職員と一緒に買い物に出かけている。支払いは自分でできるところまで見守り、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 | 本人が電話を希望される時は、居室に子機をお持ちし使用頂いている。また、ご家族に手紙の返事を書かれたり、正月にはご家族や知人に年賀状を送る支援を行っている。 | | |
| 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 | 居間と食堂には天窓や小窓から光を多く取り入れている。また、旬の食材を使った献立を取り入れ、玄関やホールには季節の花等を飾り四季を感じて頂けるようにしている。浴室・トイレにはマーク表示をして分かりやすいようにしている。尿臭のないようにトイレ掃除の徹底をしている | | |
| 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 | テラス、ホール、廊下の空間にソファ、イスを設置し、観用植物・絵・民芸品・花飾り等を置き共用空間をつくり、居心地のよい落ち着いた場所作りをしている | | |
| 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 | 入居時及び入居後も本人、ご家族になじみの品や愛着のある物をお持ち頂き、本人が少しでも安心し落ち着かれる空間づくりの支援を行っている。 | | |
| 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 | 利用者の能力に応じてホールの日めくりカレンダー外し・ボードへの日付記入及び献立表の記入をして頂いている。また居室入り口ののれん、小窓の模様、トイレ・風呂の表示をし、矢印で道順を示す等して分かりやすくしている。 | | |

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 | 43 | 入居者様の排尿について、ホワイトボードに記入しているが、記録に残し一目瞭然職員間で共有するためのチェック表の工夫が必要 | ・入居者様の排尿パターンが一目でわかるシステムを構築する | ・入居者様の排尿について1ヶ月分のチェック表を作成する ・チェック表をもとに職員全員で情報を共有し、入居者様の排尿パターンを把握することにより排泄の自立に向けたケアにつなげる | 3ヶ月 |
| 2 | 36 | 入居者様や面会の方が周囲にいることを念頭において、言葉かけの大きさやトーンにも配慮した対応を行うこと | ・入居者様や面会の方にとって居心地のよい環境作りを行う | ・入居者様への声かけ、声の大きさ、トーン、言葉遣いについて職員全員で研修を行う ・何気なく話す内容に入居者様の個人情報が含まれている場合もあることを理解し、個人情報保護も念頭に置いて話しかけを行うことを職員全員で確認する | 3ヶ月 |
| 3 | 35 | 災害時の対策として、居室のドアに札(ひっくり返すと『避難済み』となる)を掛けるアイデアが見られるが、車椅子利用の方も多くなってきているので、その札に一工夫してはどうか | ・居室ドアに掛けている『避難済み』の札の改善 | ・各居室の入居者様の状態がわかるように、車椅子ご利用の入居者様の居室札には「車椅子」の追記を行う | 1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、行を挿入して下さい。