

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 | 3597820012 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 阿武福祉会 | | |
| 事業所名 | ひだまりの里 グループホーム | | |
| 所在地 | 山口県阿武郡阿武町宇田2251番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年6月27日 | 評価結果市町受理日 | 平成26年1月31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25年7月25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)】

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 生活歴や個性を活かしたケアで、その人の「今まで」と「これから」を重視し、それぞれが安心して楽しめる一日を送れるように支援している 地域の協力があり、又里内に「交流室」があり 馴染みが継続出来るように支援している。 学校跡地というスペースを活かして、利用者が安心して暮らせる場所を提供出来る。又外の土地を利用して畑づくり等を行いケアに活かしている。 |
|---|

【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)】

年1回利用者に食べたい物アンケートをとられたり、日ごろから利用者の好みを聞いておられ、地元の食材や事業所の畑で採れた野菜、差し入れの野菜や魚など絵お使用され、三食とも事業所で食事づくりをしておられます。利用者と職員と一緒に道の駅などに買い物にでかけられたり、下ごしらえやもちつけ、片づけ等をされ、同じ食卓で同じものを食べておられます。季節に合わせて、おせち料理や青竹を使ったそうめん流しをされるなどメニューを工夫しておられ、かきもち、桜餅、水ようかんなどのおやつづくりや外食、お弁当を持つての外出など、変化を持たせて食事を楽しむ支援をしておられます。法人の夏祭りには習字、絵画、俳句などの作品を展示して地域の人と交流されている他、地域の夏祭りや花火大会、敬老会などの行事に参加しておられ、卵殻の貼り絵、新聞紙のごみ袋づくり、ゲーム、唄、口腔体操、畑づくり、草取、掃除、洗濯物たたみなど、楽しみごとや活躍できる場面をつくっておられ、張合いや喜びのある日々が過ごせるように支援しておられます。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55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 | |
|----|---------------------------------------|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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ます | ○ | 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 | ○ | 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない |
| 60 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 67 | 職員は、生き活きと働けている | ○ | 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 68 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 62 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 69 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ | 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 63 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | | | |

自己評価および外部評価結果

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|-----|--|---|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 独自の理念を作成し、ホーム内に掲示している。新任時に必修科目とし、年1回は会議を通して必ず復唱する | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念をつくり、3つのケア方針とともに事業所内に掲示し、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 | 里内の交流室の活用(利用者作品展示・地域の方々の利用・婦人会勉強会等) ボランティアとの共同参加(つくし会; 地区の草刈り作業・婦人会; 音楽会等) 地域行事の参加(運動会・祭り・盆踊り・寺事等)を利用者の住居事に参加を行っている。また同施設内のデイサービス利用者さんとの交流で近所付き合いを継続出来るように日常的に配慮している。 | 事業所は、地域交流・高齢者福祉複合施設の一角にあり、地域の交流室には利用者の作品である絵画や卵殻のモザイク画などを展示し、地域の人が自由に入出入りし交流している。地域で開催している運動会や盆踊り、花火大会に参加する他、利用者の地元である運動会や祭り等にも参加し交流している。法人主催の祭り(光と恵の里まつり)には利用者の作品(習字、絵画、俳句など)を展示し参加している。ボランティア(つくし会)による広場の草刈や芝植え、窓拭き等の奉仕作業や、婦人会による春のミニコンサート、クリスマス会、職員が講師を務める婦人会の認知症勉強会に利用者も参加し交流している。散歩時にあいさつを交わしたり、野菜や魚の差し入れがあるなど、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 | 開設1年が経過して、23年度より婦人会を主に「認知症」勉強会を年3～6回開催。ボランティア活動を実践する上で「認知症勉強」を希望され始めたものである。利用者さんと実際に触れ合いながらの会であり「認知症」への理解を深める事で安心して誰もが住める町づくりへ繋がっている。今年度も婦人会からの希望もあり6月～3回の実施予定である。 | | |

| 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 |
| 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。 | 前年度の外部評価の御意見より、「サービス評価」について勉強会を開き、再確認のもと「自己評価」へ取り組んでいる。昨年の課題についても既の実施しているものもあるが今後継続して行う事が大切と取り組んでいる。 | 自己評価は評価についてガイド集を使って勉強会を行い、前回の外部評価結果を全職員に配布して話し合い、項目ごとに検討して管理者がまとめたものを回覧している。職員から、運営推進会議の参加メンバーを増やしていきたい、法人の夏祭りを利用して活躍の場をつくりたい、利用者の思い(山登りがしたい)を実現したいなどの意見が出て、改善に向けて取り組むように努めている。 | |
| 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 | 御家族・婦人会・職員等を含めて皆さんのご協力をえて開催しているものの、前年度に比べて開催数としては減少しており検討課題である。残りの月で顧慮していきたいと考える。 | 婦人会(19人)、利用者(9人)、デイサービス利用者(3人)、ボランティアなどが参加して年4階開催し、現状報告や年間計画報告などを行い、婦人会との合同で救急法講習や防災訓練を行うことを検討している。 | ・運営推進会議の活用の工夫 ・メンバーと開催回数の検討 |
| 6 | (5) | ○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる | 町担当と、電話等を通じて連絡を行っている。役場からの連絡等をとても細やかである。また今年度は町役場所属の「ケアマネ」との連携が特に利用者へのサービスの共同作業へ繋がっている(情報収集等) | 町担当課とは、電話や直接出向いて情報交換や申請書類の書き方、法的解釈等について相談し、助言を受け、協力関係を気づいている。地域包括支援センターとは困難事例や介護度の変化に伴うケア等について相談し、助言を得ている。 | |
| 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 | マニュアルを作成して身体拘束委員が管理する。また委員が主となり年2回の勉強会を開催する。ホーム内の言語・医薬等の拘束等はないが今後、予測される身体拘束等について勉強会を通して話しあい「拘束0」と努めている。 | マニュアルがあり、身体拘束委員会の年2回の研修を通して、職員は身体拘束の内容や弊害について理解している。玄関には施錠はしないで外出したい利用者とは一緒に外出している。スピーチロックについては、管理者、サブリーダー、ケアリーダーが指導し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | |

| 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 |
| 8 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 「虐待に関するマニュアル」を作成して 委員が管理する。年間で2回委員が主となり勉強会を開催している。 | | |
| 9 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 「権利擁護」については、新任研修時に必修として、必要時には役場と連携を図っていく。 | | |
| 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 | 入所時に「利用契約書」「重要事項説明書」を用いて 管理者よりご家族へ説明を行い理解を促して頂いて 氏名・捺印を頂いている。 | | |
| 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 | 相談・苦情受け付け体制等は ホーム内に掲示し御家族へは入所時に管理者より説明する。これまでに苦情等はないが、相談等は面会時又は遠方のご家族にあたっては電話等にて互いに利用者の近況報告を重ねながら相談・意見を聞く機会を設けるように努めている。また詳細は会議を通じて全職員へ伝えケアへ繋げるように対応。 | 相談、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。運営推進会議や面会時、電話などで意見や要望を聞く機会を設けているが、運営に反映させるまでの意見や要望は出ていない。医療費と介護申請についての相談があり、役場と連携して対応している。ケアに関する要望を会議で共有してケアに反映している。 | |
| 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1回の会議にて、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。具体的には「行事」「業務改善」日常生活におけるケア等」の意見が多く運営に関するものはでない。 | 月1回の会議で意見や提案を聞く機会を設けている他、管理者は昼休みを一緒にとって意見を聞いている。清掃や草取りの分担について等の業務改善への意見を取り入れるなど、職員の意見や提案を運営に反映させている。 | |
| 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 | 毎年自己目標を設定して、開始・中間・終わりに「第三者からみた目」「自分からみた目」で評価をしている。(自己啓発;担当管理者) これらを活かしてやりがいある職場づくりへ繋げている。 | | |

| 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 |
| 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 | 「一つ屋根の下勉強会」(役場・同福祉会合同)。内部勉強会(各委員会・看護師・管理者等)。外部研修会(月1回の会議で復命報告)。婦人会勉強会担当制(職員による)。等で開催する。また日常的なケアを通じてはケアリーダーを中心に互いにその場で意見を交えるように対応している。 | 外部研修は情報を伝え、本人の希望や段階に応じて勤務の一環として受講の機会を提供している。受講後は復命を行い、資料を閲覧して共有している。法人内では役場と合同で年2回、介護、看護、調理の分野で実施しており、職員それぞれが希望する分野を選び、全員が受講している。内部では計画に基づき年4回、管理者等を講師として認知症や自己啓発、自己目標等について実施する他、各委員会が主催する勉強会(感染症、身体拘束、事故防止等)がある。日常の業務の中で、管理者、サブリーダー、ケアリーダーが指導者となり、介護技術を学んでいる。新人は法人で1週間基本的なことを学んだ後、先輩職員から働きながら学んでいる。 | |
| 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 | 外部研修の場はもとより、役場・同福祉会の合同勉強会を設けて取り組んでいる。 | | |
| 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 | 理念もと、「介護マニュアル」を作成して周知し入所後の第1歩は互いに知り合う「信頼関係」なくして支援はできないとこの取り組むを行っている。入所時1ヵ月は、暫定プラン期間として 主目標を掲げ、本人の要望を知り本プランを計画実施する「ステップ方式」のケアプランである。 | | |
| 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 | 理念のもと介護過程マニュアル」を作り周知して御家族の意見へ耳を傾ける事を重視してプラン等の支援を行っている。入所時には希望・要望をお尋ねして、更には必ず「終末期ケア」への希望をお尋ねし その後も必ず随時お尋ねする。 | | |

| 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 |
| 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 | 参加協力を得られれば、会議にへ本人・御家族へ参加して頂き介護士・ケアマネ・看護師が参加して「今の思い」を聞けるように努めている。 | | |
| 19 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 専門性を忘れることなく、互いに一人の人としてより人間らしいケアに努めている。また利用者は勿論のこと、職員の得意(個性)を活かしたケアへの工夫に努めている。 | | |
| 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 | 共に支え合い、共にケアを行い者同士として、ご家族のニーズを会議に取り組み支援を行っている。 | | |
| 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 | 日常的には散歩・ドライブを活用して姉妹・御近所の方との「井戸端会議」を持てるように対応。また「行きつけの美容院」への対応。「敬老会・盆踊り」等の地区行事へ参加することで馴染みの方のふれあいが途切れないように対応している。 | 友人、知人の来訪や電話の取次ぎや手紙の支援、墓参り、馴染みの美容院の利用、ドライブで住んでいた場所へ出かける他、家族の協力を得て外泊、外出、買物など馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援に努めている。 | |
| 22 | | ○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | ここの性格や、心身状態を把握して職員が間に入ることで お互いが「手を差し伸べる間柄」であるように対応している。また近況では「レク活動」を活用して「忘れても、また再び互いをもっと知る」事が出来るように工夫を行っている | | |
| 23 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | ホーム利用者対象外(主に医務面が必要となった為)となり退所された方がおられたが、病院入院後に現在でも ご家族の相談は受けている。 | | |

| 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 |
| 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 | ホームでの入所時は、もとより、ホームでの暮らしの中で担当者が主となり本人の意向の把握又は状態の変化があれば暫定プランという一か月とりより接した支援となるようにしている。 | 入居時に利用者の担当職員が利用者から聞き取り、思いや意向の把握に努めている。1か月毎にケース記録にまとめて、思いや意向を記録している。指月山に登りたいという本人の思いを叶えるため、カンファレンスで検討を重ねて実現している。 | |
| 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 | 入所時の自全調査は勿論のこと、入所から一か月は「暫定ぷらん」として、これまでの把握に努めている。又、御家族、近所の方からも意見を参考にさせて頂いている。 | | |
| 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 | 「できないことをしてあげるケア」ではなく「自分がもう一度出来るように。」「今日で来た事が明日出来るとは限らない」という理念を念頭に、各記録を活用して、ご家族協力のもとに行っている。 | | |
| 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 | 参加協力を得られれば、ご家族、本人も会議に参加していただいている。遠方のご家族においては、帰郷された面会時に対応させて頂きたく。新規、3か月のモニタリング、6ヶ月評価とはいえ、殆ど月一回のカンファレンスで見直しされている。 | 入居時に本人や家族の思いや意向、主治医や看護師、職員の意見を反映させた1ヶ月間の暫定計画を立て、1ヶ月後にケアプラン経過表の記録を整理して介護計画を作成している。月1回、カンファレンスを行い、モニタリングを実施して6ヶ月毎に見直しを行う他、状況に変化が生じた場合は、その都度、計画を見直し現状に即した介護計画を作成している。 | |
| 28 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 「日誌(日中・夜間)」「プラン作成表」「プラン経過表」「ケース記録」「看護日誌」等の記録をつけ、月一度のケア会議に活用している。 | | |
| 29 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる | 状態の変化に応じて、各職種での連携を測り、話し合いや勉強会をもち意見を交換して支援を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | その人の生活歴や個性を把握して可能な限りの範囲での取り組みで行っている。たとえば「書道の先生の再復帰を目指したプラン」など。 | | |
| 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 | 本人ご家族が希望される医療機関へ対応している受診対応はご家族対応となっているが遠方のご家族においては、対応するが受診の為協力のもと帰郷されるご家族もある。NSより受診結果を報告している。(TEL報告) | 本人や家族の希望するかかりつけ医に家族の協力を得て受診の支援をしている。協力医療機関が年1回定期検診を行う他、必要に応じて事業所の看護職が同伴して受診の支援をして、受診結果は家族と事業所で共有している。協力医療機関と緊急時の連携体制など、適切な医療を受けられるように支援している。 | |
| 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 | 介護士は日々の医療関連記録を日誌上に赤で記入して看護師へ報告する。その後の対応を看護師が看護記録へ個別に記録して連携を図る。 | | |
| 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。 | 主には、ご家族の対応となるが、担当は「入院記録」を残し また看護師との連携を図り、医療機関とご家族のとの連携に努めている。又、ご本人やご家族の希望があれば可能な限りで医師と相談のうえ早めの退院となったケースもある。 | | |
| 34 | (14) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | にゅうしょ時、管理者からご家族あるいは本人へ終末期ケアについてお話をさせて頂いている。その時に段階での希望を記録するが、その後も必要場面に応じて再度お尋ねする。管理者・看護師・担当にて対応する。ホームでは可能な限り希望に添いターミナルケアを実施する。具体的には1件程対応させて頂いている。現在も1件程対応中である。 | 入居時に事業所の方針を本人、家族に説明している。重度化した場合には、段階を踏まえて家族、医師、看護師等関係者と話し合い、移設も含めて方針を共有して、チームで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。 | 自己防止委員会マニュアルを委員会が管理し、年2回ほど勉強会を行っている。ヒヤリハットを作成し 必要時に応じて事故報告書を作成する。月1度の会議で委員が中心となり報告例を検討する。今後の対応に活かせるように。又応急手当については、今年度新任職員を除き全職員が消防署によるAED講習会を受けている。看護師による応急手当で勉強会を年2回実施予定である。 | 事故、ヒヤリハット報告書に記録し、職員に回覧後、事故防止委員会を中心に月1回の会議で検討している。対応策を介護計画に反映し、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。全職員がAEDの取り扱いを受講している他、救急救命について年2回の研修を受講しているが、全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけているとは言えない。 | ・全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけるための定期的な訓練の実施 |
| 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 | 今年度実施 ・役場講合同による全法人参加の水害訓練。 予定として ・婦人会との火災訓練 ・夜間火災訓練 | 年2回、消防署の協力を得て火災避難訓練を利用者とともにやっている他、年1回、業者による機器設備点検時に通報、避難訓練、消火器の使い方の実践訓練を実施している。法人内に連絡網があり、法人と町役場が合同で土砂災害に対する検討を行なっている。夜間を想定した火災訓練を婦人会と合同で予定しているが、地域との協力体制を築いているとは言えない。 | ・地域との協力体制の構築 |
| 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 | 基本理念をもとに一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの結果に努めている。日々のケアの中でケアリーダーを中心に互いの職員間での意見交換を行っている。 | 新人研修で接遇について学び、職員は理解して、利用者の立場に立ち、「自分の親に接する」気持で一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねない言葉づかいや対応をしている。。不適切な対応があればケアリーダーを中心に職員間で注意している。 | |
| 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 | 日常生活に於いては利用者がどのように1日を過ごすか決定し、過ごせるように職員が導けるように対応しているが職員の力量の差が現れる、互いに“みてまねる”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 |
| 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 | 1日・1月・1年の節目以外の行事以外は計画されておらず空白である。都度、利用者と一緒に決めて行動するようにしている。又その事が職員の成長に繋がっている。＝自立支援マニュアル＝ | | |
| 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 | 時間がかかっても、待つ介護を実践。女性に於いては買い物に重点を置き、女性本来のお洒落を忘れないように対応している。困難な方は、ご家族の協力のもと持ち物は以前使っていた物を用意していただいている。＝衣服の着脱マニュアル＝ | | |
| 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 | 三食ホーム内の台所で食事を作っている。早番職員が中心となり対応。時には利用者へ皮むき・皿洗い・盛り付け・配膳・下膳・味見など一人一人が出来る事をてつだってもらうが、強制をしない。食べたい物をアンケートをする(年1回)。一緒に買い物へ行ったり畑の野菜作りをしたりすることも「食べるのが楽しみ」となる一貫であると考えている。 | 年1回、利用者に食べたい物アンケートをとる他、日ごろから利用者の好みを聞き、地元の食材や事業所の畑で採れた旬の野菜、差し入れの野菜や新鮮な魚を使って、季節感に配慮した献立を立て、三食とも事業所で調理している。利用者は、買物、野菜の下ごしらえや盛り付け、配膳、下膳、食器洗いなどできることを職員と一緒にしている。職員は利用者と同じものを食べながら、会話をしながら食事を楽しめるように支援している。おせち料理やそうめん流しなど季節に合わせたメニューやかきもち、桜餅、水ようかんなどのおやつづくり、外食、お弁当を持っての外出など食事を楽しむことのできる工夫をしている。 | |
| 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 | 状態に合わせて必要時は別に記録している。(水分量・食事量等が見やすく)排チェック表は日々記録して注意している。＝食事マニュアル＝ | | |
| 43 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 毎食後に実施＝口腔マニュアル＝ | | |

| 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 |
| 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 | 排泄表をチェックし、その人にあった排泄間隔・道具・時間で対応している。昨年入所された方がこの6月に紙パンツが外れて普通パンツに対応可能となった例もある。排泄は人として大切なことの1つであり 本人が苦痛にならないように対応し重要視している。 | 排泄チェック表で一人ひとりの排泄パターンや習慣を把握し、プライバシーに配慮した声かけや誘導を行い、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。 | |
| 45 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 排便チェック表を作成して、看護師と連携のもと、個々に応じた食べ物や水分工夫をして提供をしている。また体操などの運動を実施する。＝排泄マニュアル＝ | | |
| 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 | 身体状況を配慮して、個々の希望に沿って入浴時間を15時～19時として対応している。ゆっくりと楽しめるように1対1で対応。入浴チェック表あり ＝入浴マニュアル＝ | 入浴時間は、15時から17時30分までと、18時から19時までとし、毎日入浴できる。利用者の希望を聞きながら無理強いせず ゆっくりと入浴できるよう支援している。入浴したくない人には声かけの工夫を行い、体調などで入浴できない場合は清拭や足浴、清拭、陰部洗浄など、一人ひとりの状態に応じた入浴支援をしている。柚子湯や入浴剤を入れて気分転換を図るなど入浴を楽しむ支援をしている。 | |
| 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 | 身体状況に合わせて、日中でも必要時は足を伸ばせて休める時間を提供する。夜間は2時間毎に巡回を行い16時して不眠時は話を聞くなどのケアを図り、また日中の活動などを提供する。 | | |
| 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 | 看護師と連携を図り 個々に服薬している。その記録の内容は個別のファイルへ閉じて職員へ周知している。＝服薬マニュアル＝ | | |

| 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 |
| 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 | 各担当が主となり生活歴や個性、趣味などを活かして「習字」「絵画」「俳句」「畑」等を、日々の暮らしの中に「その人にあった形」で提供している。＝自立支援マニュアル＝ | テレビ視聴や読書、日記をつける、習字、絵画、俳句、歌を歌う、体操、トランプ、百人一首、カルタ、五目並べ、将棋、折り紙、ぬり絵、卵の殻でのモザイクづくり、地区行事への参加、季節行事、誕生日の夕食を楽しみ、花を活ける、ゴミ袋づくり、掃除、洗濯物干し、たたみ、草取り、草刈、野菜と花の水やり、畑づくり、食事の準備や後片付けなど活躍できる場面を多くつくり、一人ひとりが張り合いや喜びのある日々を過ごせるように支援している。 | |
| 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 | 日常的な散歩であれば、地域の方々の協力も有り自由に楽しめるように対応している。又ご家族の協力で外出支援あり。ホームの対応出の外出支援もドライブ・買い物等で個別・全員で対応している。具体的には今年「山に登りたい」と希望した利用者の支援をこの7月に予定である。 | 散歩や買物、畑づくり、季節の花見(桜、梅など)やドライブ(牧場、花壇の見学、萩の町、鯉のぼり見物、道の駅、温泉)、地域の行事や法人事業などの見学の他、家族の協力を得て夕食や買物、ドライブに出かけるなどで外出の支援をしている。山(指月山)に登りたいという希望を実現するなど一人ひとりの希望に応じて戸外に出かけられるよう支援している。 | |
| 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 | 主には、ご家族が管理されている方が多いが3名ほどお小遣い程度を自己管理されている。又本人が難し場合はホームの金庫で預かり都度対応する。 | | |
| 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 | 年3回、可能な限りはご家族へ手紙を出せるようにたいおうしている。(年賀状など)難しい方はご家族協力のもと、電話で対応している。 | | |

| 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 |
| 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 | 共有(トイレの清掃は特に心がけている)又、玄関・ホールを毎朝日課としている利用者がある。季節感を出す為に職員が持って来た花を利用者と一緒に活けたりしている。広いスペースである為「安心して座って入れる場所」があるようにケアの中でも工夫している。(人や物などで) | 共用空間にあるキッチンとリビング、畳の間を中心に各個室が円形に広がり、天井が高く、明るく、広々としていて開放感がある。キッチンの前には大きなテーブルがあり、利用者も食事づくりを行い、調理の音や匂いは生活感を感じさせる。室内には季節の花を飾り、壁にはすだれや笹の葉を利用して涼感を呼ぶ飾りつけの工夫をしている。ウッドデッキ等外庭を望む場所やテレビの前には椅子や大きなソファがあり、畳の間とともに、一人ひとりが思い思いの場所でくつろげるようになっている。トイレや浴室も清潔に整頓され、温度、湿度、換気に配慮して、居心地よく過ごせるように工夫をしている。 | |
| 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 | 利用者がそれぞれに自分の居場所を見つけて居られる。4年目を迎えるがいつも新鮮な気持ちで気の合う方と過ごしておられる、中には職員が入ることで皆と過ごせている。 | | |
| 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 | 入所時、説明させて頂いている。現在仏様・布団・タンス・机・椅子・テレビ・人形・花(鉢)・本等持ちこまれている。本人らしい部屋作りとなって安心につながっている。 | テレビや衣装ケース、仏壇、人形、衣類、寝具、枕、家族写真、本など使い慣れた物や好みのものを持ち込み、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 | 校舎跡地であるが、設計の段階で介護側の意見をある程度組んでもらっている。又その後は、職員の工夫で対応している(洗面台の滑り止め・台所の棚など) | | |

2. 目標達成計画

事業所名 ひだまりの里グループホーム

作成日：平成 26年 1月 15日

| 【目標達成計画】 | | | | | |
|----------|------|---|-----------------------------|---|------------|
| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題 | 目標 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容 | 目標達成に要する期間 |
| 1 | 5 | 「サービス向上」へつなげることが出来るように「運営推進会議」の在り方を多方面から再度見直しを行う。 | 運営推進委員会の「目標」の再確認と認識を継続する | 運営推進会議の在り方全般に見直しを図る ・開催時・参加メンバー・内容等「目標」のブレが無いよう再検討を行い実施・計画する。 | 4月～ 翌3月 |
| 2 | 35 | さまざまな災害に対して、「利用者の生活の安全」を目標に、その方法を職員が身に付け「地域との協力体制」を構築できるように取り組みを図る。 | 地域との協力体制が築ける | 「役場」「地域」(駐在所・婦人会・つくし会等)との連携を図り、「防災訓練」等の実施に繋げるように計画・実施する | 4月～ 翌3月 |
| 3 | 36 | 職員全員が「応急手当」「初期手当」等の実践力を身に付ける事で「利用者への安全」の一つを図る。 | 全職員が「応急手当」「初期手当」等の実践力を身に付ける | 看護師による「緊急時実践勉強会」の実施(年2回) 外部職員による「緊急時実践勉強会」の検討又「職員の緊急時実践力」について年度末に評価が図れる場面を持つ 「事故防止委員会」の活用を深める | 4月～ 翌3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。