

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 | 3577100385 | | |
| 法人名 | 株式会社 ひまわりあくと | | |
| 事業所名 | グループホームひまわり | | |
| 所在地 | 山口県大島郡周防大島町小松開作143-25 | | |
| 自己評価作成日 | 平成28年 6月 10日 | 評価結果市町受理日 | 平成28年11月15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。

【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28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)】

木造建てで木のぬくもりを感じられる空間の中で、気持ち穏やかに生活していただけるよう配慮しています。決して広い造りではありませんが、皆がお互いの存在を感じながら日々の生活をおくれるようなアットホームな造りとなっています。

『食を楽しみ、心豊かな生活を送りましょう』をひとつの理念として掲げ、健康の源である食事に重点を置いた支援を行っています。食事は常に出来たてのものを提供し、手作りのおやつを作ったり、時には一緒にファミリーレストランやケーキ屋さんに出かけるなど、食べる事を楽しみながら生活を送っていただけるよう心がけています。

また、『地域(故郷)との馴染の関係を大切にしよう』をもうひとつの理念とし、地域の馴染のスーパーや美容院を利用したり、ご家族の協力を仰ぎながら自宅へ帰宅したり、外出していただけるような場面づくりに努めています。

【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)】

食事は、法人の栄養士が利用者の希望を取り入れられて献立を作成され、食材を近くの商店から週3回、新鮮なものを届けてもらわれ、三食とも職員が交代で調理しておられます。利用者は、野菜の下ごしらえや盛り付け、配膳、下膳、テーブル拭き、トレイ拭き、食器洗い、お茶入れなど、できることを職員と一緒にされています。利用者や職員は同じテーブルを囲まれ、同じものを食べられ、職員は会話されながら介助されています。さきみ食やとろみ食、お粥など、利用者の状態に合わせて食事の形態を工夫しておられます。食器は陶器を使用され、視覚的にも食欲がでるように工夫されたり、職員手づくりのおやつを提供や弁当持参での外出、外食など食事が楽しめるように工夫しておられます。テレビやDVDの視聴や本や新聞を読まれたり、ぬり絵や貼り絵、折り紙、ゲームや体操、散歩や買い物、掃除、食事の準備や後片づけなど利用者一人ひとりの楽しみごとやできることを把握されて、活躍できる場面をつくられ、喜びや張り合い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 (参考項目:24. 25. 26) | ○ | 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 | 64 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:10. 11. 20) | ○ | 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 (参考項目:19. 39) | ○ | 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 (参考項目:2. 21) | ○ | 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 (参考項目:39) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:5) | ○ | 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 (参考項目:38. 39) | ○ | 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、生き活きと働いている (参考項目:12. 13) | ○ | 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 (参考項目:50) | ○ | 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 (参考項目:31. 32) | ○ | 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:29) | ○ | 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 | 「食を楽しみ、心豊かな生活を送りましょう」「地域(故郷)との馴染の関係を大切にしましょう」を理念に掲げ、その実現に向けたサービスの実践に皆でつとめています。 | 地域密着型サービスとしての事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。管理者や職員は、日常業務の中で理念について確認し、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 | 日常的に散歩に出かけ、近隣の人たちと挨拶を交わしたり、地域内の美容院・スーパーを利用するなどして顔馴染みになれるよう支援しています。最近、地域の展示会に出かけるなどして交流の機会を増やしています。 | 自治会に加入している。利用者は、事業所の近くを散歩している。散歩の途中で出会った地域の人と挨拶を交わしたり、花をもらったりしている。公民館の展示物の見学や小学校の運動会の見学、地域の夏祭りに出かけた、美容院やスーパーに出かけたときに、地域の人と交流している。バイオリンやフルート演奏のボランティアの来訪がある他、利用者家族が年2～3回大正琴の演奏をして、利用者が楽しんでいる。 | |
| 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 | 自治会長、民生委員の方を通じてホームの役割、また地域との関わりが広がるよう努めています。 | | |
| 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。 | 外部評価の結果、改善点は真摯に受け止め、過去の業務内容等の固定観念に捕われることなく、柔軟に対応していけるよう、管理者が主体となり皆で改善に努めています。 | 自己評価は、管理者と計画作成担当で話し合ってからまとめた後、ミーティングで職員の意見を聞いているが、全職員が評価の意義や項目を理解して、自己評価に取り組むまでには至っていない。前回の外部評価結果を受けて、地域の防災訓練に参加しているなど、できることから改善に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・評価の意義と項目の理解 ・全職員での取組 |
| 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 | 運営推進会議では写真を使った資料等で普段の様子を分かりやすく、また、家族、委員の方から要望のあった事項を適時取り入れ報告できるよう心がけています。 | 会議は2ヶ月に1回開催している。利用者の状況や事業所の取り組みについて報告し、質疑応答している。サービス向上に活かすまでには至っていない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・メンバーの拡大 ・運営推進会議の内容の検討 ・会議を活かした取組み |

| 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 |
| 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取り組んでいる | 介護保険等で不明な点があると随時相談しながら進めています。運営推進会議では、相談したり適切な助言をいただくなどしてサービスの向上に努めています。 | 町担当者とは、電話やメールの他、直接出向いて、相談して助言を得たり、情報交換して協力関係を築くよう取り組んでいる。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議時に相談や情報交換しているなど、連携を図っている。 | |
| 7 | (6) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 玄関の施錠に関しては、日中玄関に鍵をかけることのデメリットは理解しています。ただ建物の構造上玄関が死角となりやすい事もあり、現状としては日中も玄関を施錠している状態にあります。 ただ、施錠している状態ではありますが、利用者から外に出たい要望があればその都度一緒に外出するようにし、ご家族など外からの面会者は簡単に玄関を開錠できるよう工夫されており、ホームが閉鎖的な空間とならないよう努めています。 | 身体拘束マニュアルがあり、職員は理解しており、身体拘束をしないケアを実践している。スピーチロックについては、ミーティングで話し合ったり、管理者やユニットリーダーが指導している。玄関は、利用者の状況に応じて施錠しているが、外からは開錠でき、家族が来訪時に、自由に入れるように工夫している。外出したい利用者には、職員と一緒に出かけたり、玄関先やデッキにベンチを置いて、利用者が過ごせるように工夫し、閉塞感を感じないよう支援に努めている。 | |
| 8 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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 | 身体的な暴力だけではなく、発言による暴力もあることを皆で理解しています。 職員がストレスのある中で勤務を行い、それが虐待につながる事のないよう、ゆとりのある勤務・人員体制に努めています。 | | |
| 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 | 現在日常生活自立支援事業、成年後見制度を利用されている方もおられ、そういった場面を元に職員の知識の向上に努めていければと思います。 | | |
| 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 | 契約時には、重要事項の説明はもとより、理解していただけるよう丁寧に説明をしています。契約解消に至る場合は、利用者やご家族に十分な説明と納得をもらい、安心して退居先に移られるよう支援しています。 | | |

| 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 |
| 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 | ご家族とは常日頃から連絡を取り合うようにしており、その中で意見や要望を聞き取れるよう心がけています。必要な事項はミーティング等で議題にして解決に向け話し合うようにしています。 | 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。電話や面会時などで、家族から意見や要望を聞いている。2ヶ月に1回、事業所だよりを家族に送付し、写真やコメントで利用者の様子を伝え、家族が意見を言いやすいように工夫している。ケアに関する要望については、業務日誌に記録して、その都度対応している。運営に反映させるまでの意見は出ていない。 | |
| 12 | (8) | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている | 毎月のミーティングや必要に応じその都度意見やアイデアを聞き反映しています。 | 管理者は、毎月のミーティングで職員から意見や提案を聞く機会を設けている他、ユニットリーダーが日常の業務の中で職員から聞いている。浄化槽や洗濯機の不具合についての意見があり、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 | 向上心を持って働けるよう職員の資格取得に向けた支援をしたり、温かみのある職場づくりを心がけています。また働きやすいように職員の要望に応じ、勤務変更にも柔軟に対応しています。 | | |
| 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 | 新入職員においては、経験・未経験者問わず常勤の職員が付き添い、個人のペースに合わせて成長してもらえよう対応しています。事業所外の研修についてはできるだけ受講できるようにとは思っていますが、現在は受講する機会が持てていない為、今後職員の介護技術の向上のためにも、率先した働きかけを行っていききたいです。 | 外部研修は、職員に情報を伝えているが参加を希望する職員はなく、受講者はいない。内部研修は実施していない。新人職員は、先輩職員が1ヶ月間マンツーマンで指導している。 | ・研修の充実 (外部研修への参加の機会の確保) (内部研修の実施) |
| 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 | 他グループホームの運営推進会議に相互に出席して交流をもちながらサービスの向上に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 相談から利用に至るまでに必ず本人に会って話しをよく聞き、本人の思いに向き合い、受け止められるよう努めています。また、ホームでの安全な生活を確保するための環境づくりにも配慮しています。 | | |
| 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 | 相談から利用に至るまでに家族が困っていること、求めていることをしっかりと聞き、理解しながら思いを受け止め信頼関係を築けるよう努めています。 | | |
| 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 | 相談を受けた際はホームでの受け入れの可否に関わらず、本人・家族の要望を聞き取り、必要に応じて他のサービスの紹介、また地域のケアマネジャー等と連携しながら対応に努めています。 | | |
| 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 | 人生の先輩であることを念頭に置きながら、利用者一人ひとりの個性に合わせた対応を心がけ、その中から一緒に喜怒哀楽を分かち合えるような関係づくりに努めています。 | | |
| 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 | 家族とは定期的に連絡を取り、生活の様子などを伝えるようにしています。また、利用者の意向を確認しながら、家族と一時帰宅や外出などができるように調整、支援しています。 | | |
| 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 | これまでの住み慣れた地域にドライブに出かけたり、馴染の美容院や病院に通い、そこで地域の人と出会って話しをするなどの関わりを続け、地域との関係が途切れないよう支援しています。 | 家族の面会や親戚の人、知人、友人の来訪がある他、年賀状やハガキ、手紙を出す支援、電話の取り次ぎや携帯電話の使用などの支援をしている。自宅や自宅周辺、墓の近くまでドライブしたり、家族の協力を得て、外泊や外出、外食など馴染みの関係が途切れないように支援している。 | |
| 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 | 個別に気の合う利用者同士の場面づくりや、みんなで楽しめるレクリエーションなどでの関わり、支え合えるような支援を行っています。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の状態悪化により長期入院した場合や、サービス利用が終了したときには、入院、退居先を訪問して関係を断ち切らないよう心掛けています。 | | |
| 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 | 常日頃から一人ひとりの関わりの中で、本人の思いや意向の把握に努めています。 | 入居時の基本情報の活用や、日々の関わりの中での利用者の言葉や行動を生活記録に記録するように努めているが、個々の思いや意向の把握につながっていない。把握が困難な場合は、家族から聞きとったり、職員間で話し合い、本人本位に検討している。 | ・思いや意向の把握のためのアプローチの工夫 |
| 25 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | これまでの生活歴や過去の情報は、折に触れて本人の日々の語りの中や、家族や知人の訪問時に聞いたりしながら把握しています。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりの一日の生活の流れや体調の変化、できること、できる可能性に着目しながら、本人の全体像を把握するようにしています。 | | |
| 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 | 利用者本人の状態、家族からの要望を元に職員間で随時話し合い、現状に応じたサービス内容を計画に反映できるよう配慮しています。 | 介護計画は、ユニット毎に、利用者の思いや状態、家族の意向、主治医や看護師の意見を参考にして話し合い、作成している。1つのユニットは、利用者を担当している職員が仮の介護計画を作成し、ユニットで話し合っ、計画作成担当者が介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、6ヶ月毎に計画の見直しをしている他、利用者の状態の変化に応じて、その都度見直している。 | ・利用者の思いの実現やケアに活かせる介護計画の作成 |
| 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 | 日々の生活の様子は生活記録に、介護健康記録は医療記録としてそれぞれ個別にファイルしています。記録の内容はできるだけ簡潔にし、重要な点を把握しやすいよう努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人や家族の要望に応じて、病院の通院介助や、美容院など柔軟な支援をし、様々な選択肢の中から支援できるよう努めています。 | | |
| 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 | 「地域(故郷)との馴染の関係を大切にしましょう」の理念を元に、これまでに本人が関係、利用してきた地域との馴染の関わりを継続する事で、ホームに入居後も安心して落ち着いた生活を送ることが出来るよう努めています。※例えば、馴染の商店や美容院、病院などを今まで通り利用できるよう支援しています。 | | |
| 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 | 協力医療機関のほかに、本人や家族が希望するかかりつけ医で医療が受けられるように支援しています。ご家族の負担を減らすためにも基本的に職員が通院対応し、必要に応じて家族に結果を報告しています。 | それぞれのかかりつけ医や協力医療機関への受診や他科受診の支援をしている。9名の利用者が月に1回の訪問診療を受けている他、必要に応じて内科医の往診がある。家族には受診前に伝え、受診後に報告している。看護職(非常勤)を確保し、週1回の健康管理や職員の相談に対応している。緊急時や夜間は24時間オンコールで対応している他、ユニットリーダー中心に救急車対応とし、利用者が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 | 非常勤看護職員を配置して、日々の健康管理や状態の変化を相談、対応できるように連携をとっています。利用者の小さな変化も見逃す事のないよう、看護師とは常に連絡を取りあえる体制を整えています。 | | |
| 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。 | 入院時には情報を提供し、病院や家族と回復状況など情報交換しながら、早期に退院できるように連携しています。また、入院後も定期的に顔を見せに訪れ、利用者・家族の不安や、ストレスを少しでも緩和できるよう努めています。 | | |

| 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 |
| 34 | (14) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 重度化や終末期に向けたチームとしての支援にはまだ取り組んではいませんが、今後の状況の変化に備えて、安心と納得をえられるよう本人・家族と話し合いを随時行っています。 | 重度化や終末期に向けて事業所でできる対応について契約時に家族に説明している。実際に重度化した場合は、利用者の状態の変化に応じて、医師の意見を聞いて家族と話し合い、入院や移設も含めて方針を決めて共有し、支援に取り組んでいる。 | |
| 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。 | インシデント・アクシデント報告書を作成し、再発防止のために随時職員間で対応方法など検討しています。 | インシデント、アクシデント報告書があるが、インシデントの記録は1件もなく、アクシデントは1年間で1件である。利用者一人ひとりの状態について、ミーティングで話し合い、見守りなどで事故が起きないように努めている。事故発生時の対応や緊急時についてのマニュアルがあり、看護師(非常勤)を確保しているが、応急手当や初期対応の定期的訓練は実施していない。 | ・全職員を対象にした応急手当や初期対応の定期的訓練の実施 |
| 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 | 火災については、年2回昼夜間帯を想定した避難訓練を行っています。また運営推進会議で自治会長・地域住民代表の方に万が一に際し協力をお願いしています。 地震・水害について、当ホームは海に近く、南海トラフ地震等による津波災害をうける危険性も想定されるため、最新の情報収集に努めています。 | 年2回、夜間を想定した通報、避難、消火訓練を消防署の協力(1回)を得て実施している。地域で実施された防災訓練(地震、津波)に、利用者7名と職員3名が参加している。地域との協力体制を築くまでには至っていない。 | ・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 | 排泄、入浴、着替え等においては、特に支援が必要な場面が多いですが、支援という名目で職員側が一方的な介入をして、利用者の人格、尊厳を傷つけることのないよう、まずは声掛けをしてからの対応を心がけています。 | 職員は、利用者を人生の先輩として敬意を払って接し、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。気になる言動については、管理者が職員個々に指導している。個人記録等は保管し、取り扱いに注意している。守秘義務は遵守している。 | |

| 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 |
| 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 | 日々の関わりの中で、思いを表すことができるような声掛けを心がけ、場面ごとに本人が自己決定できるような働きかけを行っています。 例えば、飲み物やおやつを選択、衣類の選択等。 | | |
| 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 | その人らしさを大切にした介護を心がけ、職員側の決まりや時間などに捕われることなく、一人ひとりのペースを大切にした個別ケアに努めています。起床時間、食事時間などは、特に柔軟に対応しています。 | | |
| 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 | その人らしい個性や好みは尊重し、欲しい衣服の買い物に行ったり、またカットや毛染めの要望があれば馴染みの美容院へ行けるよう支援しています。 | | |
| 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 | 『食を楽しむ、心豊かな生活を送りましょう』の理念を元に、利用者の方が日々の食事を楽しめるよう支援しています。栄養士作成の献立表を元に朝・昼・夕、職員の調理した食事を提供するだけでなく、手作りのおやつを作ったり、時には外食に出かけて好きな物を食べてもらえるよう場面づくりに努めるなど、固定化した食事とならないよう工夫しています。 また、調理、盛り付けや、配膳、後片付けなども可能な限り利用者さんと一緒に行いながら自分の力を発揮してもらえるよう支援しています。 | 食事は、法人の栄養士が利用者の希望を取り入れた献立を作成し、食材を週3回、近くの商店に届けてもらい、三食とも職員が交代で調理している。利用者は、野菜の下ごしらえ、盛り付け、配膳、下膳、テーブル拭き、トレイ拭き、お茶入れ、食器洗いなど、できることを職員と一緒にしている。利用者と職員は、同じテーブルを囲んで、同じものを食べ、職員は会話や介助しながら支援している。食器は陶器を使用し、視覚的にも食欲がでるように配慮している。きざみ食、とろみ食、粥など食事の形態を利用者の状態に合わせて支援している。ドーナツ、アップルパイ、おはぎ、ホットケーキ、ゼリー、プリンなどのおやつを職員が手づくりしている。ユニット毎に年2回、弁当をつくって外出したり、ファミリーレストラン、寿司屋、カフェに出かけ、利用者の好きなものを食べるなど、食事を楽しめるように支援している。 | |

| 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 |
| 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 | 一人ひとりの食事摂取量を毎回記録し、把握しています。栄養士によるカロリー計算を元に、食事量も個別で調整し、随時水分補給も行えるよう支援しています。 | | |
| 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 | 毎食後には緑茶でうがいをしてもらっています。一人ひとりの力に応じた歯磨きや義歯洗浄の声掛けや介助も行っています。 | | |
| 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 | 排泄チェック表を使用して、排泄パターンを把握し、さりげない声掛け誘導を行っています。リハビリパンツ・パッドを使用しているも、トイレで排泄できるよう随時誘導しています。 | 排泄チェック表を活用して排泄パターンを把握し、利用者一人ひとりに合わせた声かけや誘導で、トレイでの排泄ができるように支援している。 | |
| 45 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 排泄チェック表に記録し、日課の体操やレクリエーション、散歩で自然排便につながるよう取り組み、必要に応じて医師と相談し緩下剤等でも調整しています。 | | |
| 46 | (20) | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている | 入浴は曜日関係なく毎日入れるよう対応しています。夜間の入浴は難しいですが、利用者の希望を尊重しながら午前・午後に入浴を楽しめるよう対応しています。 | 入浴は毎日、10時30分から11時30分までと、13時30分から16時まで可能で、利用者の希望や体調に合わせてゆっくり入浴できるように、歌や会話など職員とふれあいながら、入浴が楽しめるように支援している。入浴したくない人には、利用者に合わせて職員に声かけしてもらったり、タイミングをみての声かけや言葉かけの工夫など、無理強いしないで入浴できるように支援している。利用者の状態に応じて、シャワー浴や清拭で対応している。 | |
| 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 | 一人ひとりの睡眠状況を把握し、睡眠リズムに乱れがあるときは、温かい飲み物で入眠を誘ったり、安心して心地よく眠れるよう声掛けをしています。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の薬の目的や副作用については表にして職員に把握してもらっています。服薬時には本人に直接手渡し、服薬の確認をしています。 | | |
| 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 | 生活歴や過去の情報を考慮しながら、ホームでの生活に楽しみや張り合いがもてるように支援しています。 | テレビ(スポーツ番組、歌番組)やDVD(はじめてのお使い)の視聴、読書、自分で新聞購読や事業所の購入している新聞を読む、アルバムを見る、ぬり絵、貼り絵、俳句、詩、ドリル(漢字、計算)、歌を歌う、カラオケ、ビデオ体操、卓球、風船バレー、ボーリング、散歩、ドライブ、外食、掃除(掃除機、モップかけ)、洗濯物干し、洗濯物たたみ、食事の準備、食事の後片付けなど、利用者一人ひとりの楽しみごとやできることを把握して、活躍できる場面をつくり、喜びや張り合い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 | 日常的に散歩やドライブに出かける機会が多く、本人の希望に添って個別対応もしています。また家族の協力を得ながら遠出の外出など楽しみが持てるよう支援しています。 | 散歩や買い物、行きつけの美容院の利用、桜や紫陽花などの花見、空港の見学、ファミリーレストランや寿司屋、カフェなどでの外食、家族の協力を得ての外出、外食、外泊など戸外に出かけられるように支援している。 | |
| 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 | 家族、本人の要望により力量のある利用者についてはお金を所持し使えるようにして職員と一緒に買い物に行くなど支援しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 年賀状をだしたり、本人からの要望があれば電話や手紙のやり取りができるよう支援しています。 電話をする際には、職員は席を外すなどプライバシーにも配慮しています。 | | |
| 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 | 台所からの調理の音や匂い、また季節の花を飾ったり、思い出の写真を掲示するなど、四季折々の五感に働きかける様々な刺激を取り入れた生活空間を大切にしています。 | リビングには、テーブルや椅子、ソファ、テレビなどが配置してあり、季節の花を生けたり、壁面には、利用者の作品(毎月変えている)を飾って季節感を採り入れている。玄関ホールやデッキにベンチを置いて、利用者の居場所づくりをしている。キッチンからは調理の音や匂いがしていたり、デッキに洗濯物を干したり、生活感もある。温度、湿度、換気などに配慮し、利用者が居心地よく過ごせるように支援している。 | |
| 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 | 玄関ホールやデッキのベンチ、ソファなど独りで過ごしたり、気の合った利用者同士で語ったりする居場所作りに努めています。 | | |
| 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 | 居室には使い慣れた小物や思い出の写真などを本人と相談しながら飾り、利用者が居心地良く過ごせるよう配慮しています。 | 整理ダンス、籐椅子、椅子、収納ケース、洋服かけ、テレビ、ラジオ、位牌、本、置時計、ぬいぐるみなど、使い慣れたものや好みのものを持ち込んで、カレンダーや家族の写真、自分の作品などを飾って、安心して過ごせるように工夫している。 | |
| 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 | 利用者が安全で自立した生活が送れるよう屋内各所に手すりなどを設置しています。また居室、風呂、トイレ入り口には親しみのある絵札をかけて混乱や失敗を防ぐよう配慮しています。 | | |

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームひまわり

作成日：平成 28 年 11 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 | 14 | 外部研修への参加、内部研修の実施が出来ていない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・職員が自らの意思で研修に参加できるようになる。 ・内部研修の実施回数を増やしていく。 | <ul style="list-style-type: none"> ・外部研修の案内を皆が確認できるように掲示板を作成する。 ・外部研修への参加意思がある職員においては、申し込み含め迅速に対応し、参加できるよう勤務調整等を行う。 ・県主催の研修に限らず、地元で開催される研修に参加できるよう情報を収集し、その情報を職員に提示できるようにする。 ・ミーティング等の場で、自己評価表を利用しながら職員の知識を広げることができるような研修(勉強会)を実施する。 | 12ヶ月 |
| 2 | 35 | ヒヤリハット、事故報告書がなかなか上がってこない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・些細な事項でも報告書があがるようになる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・現在使用している書式を見直し、記入しやすく分りやすいものに変更する。 ・ヒヤリハット、事故報告書の意義を職員に説明し、情報を共有することの必要性を都度職員に説明していく。(ミーティング等を利用して) ・記入したら終わり、ではなくミーティング等で、起きた事故等の確認、再発防止について話し合っていく。 | 12ヶ月 |
| 3 | 24 | 生活記録において、記録内容がケアプランと関連付けされていない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの内容に沿った介護が行われ、職員が意識をもって業務に当たれるようになる。 ・ケアプラン作成の際に、生活記録の内容から情報を収集し、状況に応じたプランが組めるようになる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの内容(課題とケア目標)を分りやすく表にまとめ、プランの課題に沿った記録ができるようにする。 ・ケアプランの内容に沿った記録だけではなく、臨機応変に、必要に応じた記録ができるような記録方法を考える。 | 12ヶ月 |
| 4 | 35 | 応急手当等の訓練が実施されていない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・全職員を対象とした応急手当等の講習をうける。 | <ul style="list-style-type: none"> ・消防署と連絡をとり、皆が講習をうけられるよう調整していく。 | 12ヶ月 |
| 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。