

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 | 2590500035 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 日野友愛会 | | |
| 事業所名 | 沖野原グループホーム | | |
| 所在地 | 滋賀県東近江市沖野3丁目10番18号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年2月1日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年3月29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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2590500035&SCD=320&PCD=25 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|---------------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター | | |
| 所在地 | 滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階 | | |
| 訪問調査日 | 平成24年2月29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)】

認知症、高齢者見守りネットワーク事業を実施しており、事業の一環として介護や認知症についての研修会を地域に向けて開催予定である。また、徘徊等の緊急時における連絡体制についても地域との話し合いを進めており、今後地域密着型サービスとして、地域に対して担える役割を果たしていきたいと考えています。
また日々のグループホームでの入居者様の生活についてはボランティア様受け入れを多く実施しており、また、家族様参加型の行事や外出などを計画し”QOLの向上”に努めております。

【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)】

東近江市郊外、周囲を田園に囲まれた地に法人の運営する特別養護老人ホーム、デイサービス、ショートステイと共に併存している当事業所は今年開設6年目を迎える。家族との交流に力を入れ、年2回開催の家族会や家族参加のランチパーティーを開催し利用者や事業所の様子を伝えると共に親睦を深め、併せて要望を聞く機会とし家族の信頼と安心を得ている。市の認知症高齢者見守りネットワーク事業の一環として認知症の理解と介護について事業所の持てるノウハウを提供した講座を主催する一方、ボランティアや近隣幼稚園との交流を進め地域とのつながりも築いている。居間でくつろいでいる利用者からは穏やかな生活ぶりが窺え、地域の中で生活する実感を感じてもらいつつ、利用者中心、利用者に寄り添ったケアに取り組んでいる事業所である。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 | <沖野原事業所運営理念> 心通い合う、愛情あふれる、夢ある暮らし <グループホームケア方針>①その人らしさの追及 ②人生の終末までに願望成就 ③地域・家族・知人を巻き込むチームケア 朝礼時に理念を唱和し、この理念を目指し業務にあたっている。 | グループホームとして「地域・家族・知人を巻き込むチームケア」の理念を掲げ、事業所内に掲出すると共に朝礼時に唱和し理念の共有と実践に繋がるよう取り組んでいる。 | |
| 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 | 地域の方に畑を貸しており、そういった方がボランティアとして施設に來たり、日常の散歩で地域の方に挨拶したりしている。 地域の行事に参加したり、施設行事に地域の人に参加したり、地域交流に常に努めている。 | 自治会に加入し地域の運動会、夏祭り、公民館でのサロンなどに参加する一方、幼稚園児や保育園児、各種ボランティアの訪問を受けるなど活発な地域交流を行なっている。 | |
| 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 | 認知症高齢者見守りネットワーク事業として地域の方に介護や認知症についての勉強会を開催したり、近隣の小学生(4年生)に施設の体験をしてもらっている。 | | |
| 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 | 会議で出て来た意見をサービスに反映できるように、職員で会議の結果を検討している。 | 隔月に開催し自治会長、民生委員、市担当者などの参加を得ている。現状報告にあわせ、各回議題を設定し意見交換を行ない評価結果も開示している。議事録は職員に回覧し、職員会議に諮り運営に活かしている。 | |
| 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 | 必要に応じ市の担当者と協議する機会を設けている。また、常に電話や訪問等で市との連絡調整はとっている。 | 長寿福祉課とは、報告書提出や利用者の実情報告と共に、事業運営に関わる各種相談を行うなど日常的な協力関係を築いている。市の高齢者見守りネットワークでは、認知症講座を開催し地域に貢献している。 | 介護相談員の受け入れについて市と相談することを望みたい。 |
| 6 | (5) | ○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 | 職員全員が身体拘束をしない事を意識して毎月1回の会議の中で話し合いケアにあたっている。 日中・夜間を問わず、本人からの希望が無い限りは居室に施錠はしておらず、施設内を自由に行き来できるようにしている。 | 身体拘束防止委員会や、法人全体として行なわれる研修で職員は身体拘束について理解を深めている。併設施設も含め利用者は自由に行き来できるが、過去に問題が発生したことから玄関は施錠している。 | 併設施設と併存する関係もあるが、鍵をかけない工夫に一層の努力が望まれる。 |
| 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 | 研修会等で周知徹底し、常に虐待の防止に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | ケアマネージャーが権利擁護に関する研修に参加したことがあり、問題が発生した場合はマニュアル化したものを掲示しており何かあった場合はその流れに沿って対応することとなっている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 入居時に契約内容を説明しており、入居後も常に家族等からの質問に応じ、説明している。 | | |
| 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 | 職員は常に入居者や家族、ボランティア等の意見等に傾聴し、その意見等に応じた対応をしている。 面会時や家族会にて家族の意見を聴取する時間を設けるよう配慮している。 | 家族の訪問時や、家族会の場を活用し意見や要望を聞いている。家族会の運営方法や職員異動時の家族への連絡方法について意見を取り入れた。外部への苦情相談窓口は重要事項説明書に記載し説明している。 | |
| 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 | 日頃より施設長や管理者も業務に入り、ケアワーカーとコミュニケーションをとり、また月1回の会議の日を設け、その意見を日々の業務に反映させている。 | 管理者は日常気付いた時にその場で職員と話し合いを持ち、大切な案件については会議で検討している。利用者への馴れから来る言葉使いについて注意点を全員で話し合っている。 | |
| 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 | 希望休を取得できるようシフトを組んだり、日頃より施設長等法人幹部が現場職員の意見を聴取したりしている。施設長等法人幹部は現場職員の意見や希望を把握した上で、その意見等に応じた環境作りに努めている。 | | |
| 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 | 職員が研修に参加できるよう努めており、また、研修参加者が研修報告をしたり、研修委員による施設内研修を年4回行なっている。また地域の方に向けての勉強会等を行うことにより職員のスキルアップに努めている。 | | |
| 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 | 東近江事業者協議会のGH部会や東近江市主催のGH研修会に参加している。 また、日頃より他のGHIに連絡を取り合うなどの交流をしている。 | | |

| 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 | 入居前にGHケアマネージャーが、家族や居宅ケアマネージャー等からも状況を聴取し、本人との面談の上で、入居を判断している。 | | |
| 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 | 入居前にGHケアマネージャーが、家族や居宅ケアマネージャー等からも状況を聴取し、本人との面談の上で、入居を判断している。 | | |
| 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 | 相談を受けた際は、ケアマネージャーを中心としてそれに応じ、状況を見極め、「その時」に応じたアドバイスを行なっている。 | | |
| 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 | 人生の先輩としての意見やアドバイスを聞いて、それに基づいて作業を行なうなど、職員が入居者にいろんな事を教えてもらう立場として接している。おせち造り等自宅で作られていた物や作り方など聞きながら一緒に調理している。 | | |
| 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 | 行事への参加や運営への参考意見の提示などを家族が気軽に出来るよう配慮している。家族会やカンファレンスにて参考意見の提示などを家族が気軽に出来るよう配慮している。 | | |
| 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 | なじみの場所への外出や、知り合いの施設訪問の支援など、入居者のなじみの生活がGHでも出来る限り継続できるよう支援している。面会時間なども設定しておらず、面会時も希望する場所でくつろいでもらう等、気軽に家族や友人に訪問してもらえるよう配慮している。 | 利用者にとって思い出深いスーパーや商店街での買い物、喫茶店への外出支援や、昔からの友達、親戚、家族の訪問を積極的に受け入れ、利用者との関係が継続す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 | 出来る人が出来る事をして出来ない人を支える等、全入居者がそれぞれ関わりを持ちながら生活でき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 |
| 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 | 退居後でも家族からの相談に応じたり、退居先施設の職員とその入居者についての相談を行なったりしている。 | | |
| 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 | 常に入居者本人の思いや希望を聴取したり、家族等からの意見を基に予想したりした事をケアプランに挙げ、サービスを提供している。 | フェイスシートや本人、家族からの聞き取りにより思いや意向を把握している。表出困難な利用者については日々の関わりの中で喜ばれたことを職員が共有しケアに活かしている。 | |
| 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 | 入居前はもちろんのこと、入居後も常に本人や家族から、本人の過去の暮らしぶり等の情報収集に努め、情報収集したことはケース記録にて残し生活に反映できるように努めている。 | | |
| 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 | ケース記録や職員同士の申し送り等の中で、総合的に入居者本人の現状把握が出来るよう努めている。出勤時にはケース記録や申し送りノートに目をとおり業務に入っている。 | | |
| 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 | ケアマネージャーが入居者の状況を把握し家族出席のもと、ワーカー、ナース等とカンファレンスを開催し、ケアプランを作成している。また家族の思いや願い、施設への要望なども聞き対応している。 | 利用者に変化が生じた場合、モニタリング表やケース記録などを参考に職員、ナースも参加した担当者会議で検討し計画を変更している。変更計画は家族に報告し承認を得ている。 | 介護計画は3ヶ月単位で見直し、修正や変更の是非を確認することが望まれる。 |
| 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 | ケース記録や各記録用紙、職員申し送りノートの中で気づきや状態を、今後の方針を記録し、勤務者はその記録を就業前に確認する事を義務付けている。また常に職員間で入居者についての協議を行っており、月1回のGH全職員及びナースの出席するミーティングを行っている。 | | |
| 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 | 希望に応じた外出や行事、レクリエーションの実施、受診の支援、他サービス利用者との交流などを行なっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 沖野サロンにて地域の方との交流、近隣幼稚園との交流、施設を利用した消防署による火災訓練・救命講習の実施などを行なっている。 | | |
| 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 | 施設協力医の概ね月2回の往診以外にも、原則家族同伴での受診ではあるが、希望する医療機関への受診援助等を行なっている。また施設協力医とは常に連絡を取り合っている。家族等の意向で他の医療機関へ受診する場合も連絡ノートにて相互に連絡できる体制をとっている。 | 家族合意のもと利用者全員が提携医をかかりつけ医とし、月2回の往診を実現している。家族の意向で専門医を受診する場合は、連絡ノートで医師との連携を取る配慮をしている。 | |
| 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 | 併設のSS、DSIに看護師が配置されており、常にGHの入居者のことについても対応してもらっている。 | | |
| 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。 | 入院時は医療機関に情報を提供し、医師、看護師、NSW等の医療スタッフ、家族等と協議を図り、退院後の受け入れ体制を整え、早期に退院出来るよう支援している。 | | |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 状態の悪化に対してはGH職員、看護師、施設長等の施設職員、協力医、家族等と協議を重ね、総合的に方針を共有している。また年2回の家族会が話し合いの場となっており重要事項説明書にて記載している。 | 重要事項説明書に事業所の終末期ケアについての考え方、方針を記載し、家族会などで希望を聞き話し合いを持っている。終末期ケアは家族の希望に沿う方向で取り組んでいる。 | 家族との話し合い結果を都度記録に残し相互に確認印を交わしておくことが望まれる。 |
| 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 | 救命士による救急救命講習は年1回以上施設で開催し、救命講習受講を義務付けている。また急変時の対応のマニュアルもCW室に掲示しており各居室には入居者のフェースシートを作成している。 | | |
| 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 | 半年に1回以上避難訓練等を行なっている。また、運営推進会議等で地域と施設の災害時の対応などを協議している。 | 年2回(内1回は夜間想定)の避難防災訓練を行なっているが、訓練に地域の参加は得ていない。屋内はスプリンクラーを設置し防火対策を講じている。緊急時対応マニュアルや連絡網なども整備できている。 | 年1回は消防署の立会い指導を求め、地域の人々の参加も呼びかけて災害発生時の支援体制を強化することが望まれる。 |

| 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 | 個人の尊厳を守る声掛けを行なうよう配慮し、月1回の会議では日々の声掛けについての話し合いの場を設けている。記録等についても事務室等、他者に関覧されないように保管管理している。 | 利用者に対し敬意と尊厳を守る声かけを心がけている。日常の馴れから不注意な言葉掛けが見られた時は、管理者や職員が相互に注意しあっている。個人ファイルなどは事務所的に管理している。 | |
| 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 | 何をするにおいても、わかりやすく説明するよう努めており、本人に意思を確認し、納得の上で出来るよう配慮している。また月1回の沖野原喫茶ではメニューを見ながら自分の好みの飲み物とおやつを選択している。 | | |
| 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し、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 | 入浴や作業、行事等について、出来る限り入居者個人の意向やペースが反映されるように配慮している。 | | |
| 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 | 朝の身支度の時間に季節や好みに合った衣類を着てもらえるよう配慮している。理容に関し、外部より理容師に訪問してもらっている。また、夏祭りには化粧の方もされ参加されている。 | | |
| 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 | 入居者の出来る事を見極め、職員と共に調理や配膳、後片付けなどをしてもらっている。また、行事食等は入居者の好みなども取り入れたり職員と一緒に鍋やバーベキューをしている。 | 調理、配膳、片付けを利用者は職員と一緒にやっている。通常職員は弁当を持参しているが、鍋など特別食の日や外食時は一緒に同じものを食べている。畑で作った季節の野菜をメニューに取り入れている。 | |
| 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 | 食事チェック表を記録し摂取状況を把握、そのデータや好みなどを配慮して、低栄養や脱水等の予防に努めている。また1日の水分量のトータルも記入し把握に努めている。水分量の少ない場合は本人の好みの物や天気の良い日には玄関にてお茶の時間を設けている。 | | |
| 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 | 食事前、おやつ前には必ず手洗いとうがいをし食後は口腔清潔時間を設け、入居者に声掛けしたり口腔ケアを実施している。また、昼食前には口腔体操を行なっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人のパターン等の把握に努め、それに基づいた排泄ケアを行なっている。また、常時、排泄チェックを記録し、職員が状況把握できるよう配慮している。 | 排泄記録からその人のパターンを把握し誘導に努めている。利用者は通常自分の部屋のトイレを利用し、専用のトイレが身近にあることも効果を生み入居時に比べ自立排泄者が増えている。 | |
| 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 | 適度な体操や乳製品等の摂取で便秘予防に努めており、排泄チェック表等で排便状況を確認している。便秘が続く場合は施設看護師とも協議して対応している。 | | |
| 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 | 毎日、隔日など本人の希望する形態で、入浴してもらっており、一般浴危険な方には特養のリフト浴にて対応しており、本人の障害等の程度にも目を配り、安全面、清潔面にも配慮している。また、季節感を味わっていただけるよう菖蒲湯や袖風呂も体験していただいている。 | 利用者の希望にあわせた入浴を基本とし、入浴を嫌う利用者については時間をずらして勤めるなどして最低週2回の入浴を実現している。季節感のある菖蒲湯、柚子湯も取り入れ入浴を楽しむ工夫をしている。 | |
| 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 | 居室の家具等は出来る限り本人の好みにあったものをそろえてもらえるよう、家族に準備してもらっている。シーツ等については週一回以上交換している。また血流が悪く足の冷え等のある方には湯たんぽを使用したり、日中マッサージを行い安眠につなげている。 | | |
| 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 | 職員全員が入居者の服用剤について、その用量や用法を把握しており、夜勤者が1日の服用薬をセットし、服用時も誤薬が無いようチェックしている。 | | |
| 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 | 家族等から生活歴やその他の情報を収集し、また、普段の様子も判断して、入居者一人ひとりが役割や楽しみを持って生活できるよう支援している。また誕生日にはその人の好みのもを担当者が提供したり外食を計画し、実行している。 | | |
| 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 | 日常的に散歩で近隣には外出しており、希望等に応じて、買い物や図書館にも出かけている。また、家族様の協力の下、一緒に食事や墓参りにも外出している。 | 弁当を持参しての季節の花見、紅葉狩り、お祭りやドライブなどの遠出に加え、近隣の日常的な散歩や買い物など天気の良い日を中心に部屋に出来るだけこもらない支援を心がけ実践している。 | |

| 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 | 買い物の時に一人ひとりがお金を持つ事が出来るよう専用の袋を用意したり、欲しい物を自由に買うことができるよう配慮している。 | | |
| 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 | 敬老の日には家族宛の手紙の支援や、希望に応じた本人からの家族に対しての電話連絡を支援したりしている。 | | |
| 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 | 建物自体が木造で、家具等についても木目調の物を中心に使用している。また、季節に応じた花やオブジェ、入居者の作成した作品などを飾っている。 また畑にて野菜の収穫を年2回行っており収穫の喜びも味わっていただいている。 | 自然光を取り入れ木目を活かした居間は適度な広さと共に空調も行き届き快適である。壁面には利用者の作品や写真などを飾り居心地良い共用空間となっている。トイレ、浴室とも清潔である。 | |
| 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 | 食堂のテーブルや居間(和室)の畳の上やソファ等入居者が自由に過ごしている。 カウンターや和室、また天気の良い日にはグループホーム玄関にて食事などをしてい | | |
| 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 | 居室の家具等については、全て入居者や家族が準備することとなり、居室に収まるものについては特に規制等していない。家族の写真や自分の作品を壁に飾ったり、また自宅にて作られた千羽鶴や人形なども置かれている。 | 居室はトイレ、洗面所つきの洋室で掃除は毎日行ない清潔に保たれている。使い慣れた家具を持ち込み、作品や写真を飾るなど自分の部屋を作っている。 | |
| 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 | 廊下等には手すりの代用となる腰張りがあり、段差やお風呂場には手すりなど支えとなるものを配している。 | | |

2 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 | 38 | 入居者のQOLの向上を図りたい | 個別ケアの充実及び入居者の希望に沿った行事等を実施する | 日々の関わりの中から入居者の嗜好を把握し、個別ケア及び行事を実施する。また面会や家族会を利用しご家族様参加型の行事の開催についても計画する | 12ヶ月 |
| 2 | 2 | 地域密着型サービスとして地域との関わりを密にしたい | 地域住民との交流を深めるとともに、地域に向けて介護に関する専門知識の発信を行う | 地域行事への参加を積極的に行うとともに、認知症高齢者見守りネットワーク事業を活用し、地域住民へ向けた研修会の開催及び徘徊等緊急時における連絡・捜索体制の構築について地域住民との話し合いを進める | 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、行を挿入して下さい。