

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 | 2171600253 | | |
| 法人名 | 有限会社 あいケアー | | |
| 事業所名 | たけのこし (A舎) | | |
| 所在地 | 岐阜県瑞浪市薬師町二丁目52番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年12月 1日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 5月 9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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JkyosyoCd=2171600253-00&PrefCd=21&VersionCd=022 |
|----------|---|

【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 中部社会福祉第三者評価センター | | |
| 所在地 | 岐阜県関市市平賀大知洞566-1 | | |
| 訪問調査日 | 平成25年 2月20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)】

運営推進会議の席で出席者から「ここは食事がおいしいと聞きました」と言われたので、職員みんなの励みにしています。

【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)】

今年度、隣の地域に新築移転して、新たな生活をスタートさせている。運営者は、これまでのホームの弱点でもあった狭小と外出の不便さを考慮して駐車スペースを広く取り、庭や玄関を工夫して気軽に出入りができるように工夫している。また、職員の身体的負担を配慮して、動線の確保や特別浴槽を設置した。運営推進会議には、地域代表をはじめ家族の参加もあり、活発になりつつある。市町村の参加もあり、地域の情報も収集できる環境にある。ホームが地域の社会資源となり、さらなる活躍の幅が拡大する取り組みを今後も見守っていきたい。

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. 全くいない |
| 59 | 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: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、生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: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 | 理念をホーム玄関等に掲げ、常に確認でき、更にミーティングでどう実践に繋げていっかを話し合いを行っています。 | ホーム開設当初からの理念を大切にしており、移転前と変わらぬ理念・方針を継続している。移転後もホームの家庭的な温かさは変わっていない。 | |
| 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 | お祭り等のイベント事に、声を掛けて頂くなどし、近隣の方との交流を図っている。 | 新しい地区の自治会に入会でき、近所付き合いが始まったばかりである。引っ越し前に交流のあった児童館の子供達が、新ホームへ遊びに来ている。 | |
| 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 | 地域包括支援センター・社協他からの講演・勉強会の案内が来たとき、職員に呼びかけをし、できるだけ参加して頂き、その後、文面にて感想を書いてもらいホームで役立つよう話し合いをしている。 | | |
| 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 | 推進会議を年に6回程度開催するようにしている。会議の報告はミーティングで話し合いをしています。 | 運営推進会議で、区長からホーム駐車場にお祭りの神輿が立ち寄るように提案があり、受け入れた事例があった。その他に、ホームの中庭の活用方法について話し合いを重ねている。 | |
| 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 | 市(福祉課・包括支援センター)や社協からの研修・会議等に参加。日頃から常に何らかの連絡を密に取っている為、入居の申し込みや相談も受けたりと、連携を図っています。 | 市町村などからの研修の案内が、ファックスや書面で届いている。市町村主催の研修には、ホームの代表やリーダーが参加している。生活保護の相談など、気軽に連絡を取り合う関係を構築している。 | |
| 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 | ミーティング等で身体拘束に関する内容の話し合いをしています。事務所や近隣の方々にも頼み、注意深く外に気を掛けています。チャイム等の利用もしますが、まずは目視で人数確認を心掛けています。 | 新ホームに移転して、ホーム内の活動スペースも広がっている。利用者はホーム内を自由に動き回り、制限なく活動できる。玄関は防犯を考慮して施錠している。 | |
| 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 | 研修等に参加した者から、話を聞いたりマニュアル等も(職員に渡し)参考にしながら話し合いをし防止に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 成年後見人制度を利用している利用者がある為、職員には周知してもらい、後見人センターの方に運営推進会議にも参加して頂き、制度の話をして頂くこともある。 | | |
| 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 | 契約時には必ず、代表者と管理者(不在の時には職員)立ち会いの下、家族に話をさせていただき、例を挙げ質疑応答で双方納得した上で契約を結んでいます。 | | |
| 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 | 比較的軽度の認知症利用者には本人の意見を聞いたりし、家族や外部の相談員(ケースワーカー・ケアマネ・専門医)等に相談して運営に反映させている。 | 家族のホーム訪問時に、直接意見を聞く事が多い。利用料金についての要望が多くあり、運営者は利用者の負担を考慮した価格設定にしている。設計の段階から、利用者の声を取り入れた建設をしている。 | |
| 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 | ミーティング時や代表者が管理者等、個別に話を聞く機会を設けるようにしている。 | 定期的な職員のミーティングがある。個別の支援について事例検討している。運営者は職員が身体的な負担を軽減するために、特別浴槽やスロープを設置している。 | |
| 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 | 管理者や個々の職員に話をこまめに聞き、労務士と話し合いをしながら出来る限りの努力を心掛けています。 | | |
| 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 | 県や市での研修には時間の調節をしながら参加しやすいようにしている。近隣開催の場合は案内を貼ったり、声をかけて参加を促している。参加出来なかった職員には後日、書面にて確認できるようにしてもらっている。 | | |
| 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 | グループホーム協議会等を活用し、他の事業者との意見交換をしています。グループホームの研修会等があると参加価値があると思います。 | | |

| 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 | | | | | |
| 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 | 家族の同意を得て面談をさせていただき、出来るだけ色々な事を聞き出すようにしている。担当のケアマネや職員にも相談し、事前に資料を作り職員に見てもらっている。 | | |
| 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 | 事前に家族に来舎して頂き、聞き取りをしています。話を聞いて家族が一番良い方法を一緒に考え利用者が一番過ごしやすくするために努めている。 | | |
| 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 | ミーティングで事前の情報を職員で話し合いをし、対応できるようにしている。 | | |
| 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 | 家事全般を各利用者のペースに合わせて双方で協力しながら生活の支援をしている。女性の利用者には、洗濯干したたみしてもらいながら会話をし、献立等参考にさせて頂いたりとコミュニケーションを図っている。 | | |
| 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 | 本人と家族水入らずでお話出来るように支援に、終わってからは見えない所で家族に話を聞き(利用者が困ってないか…等)ケアプランに盛り込んでいます。 | | |
| 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 | 年賀状や手紙等の支援をしています。友人等が来社した時に色々な情報を集めたりし、気兼ねなく再度来社して頂けるような声掛けをしています。 | ホームが広くなり、家族の面会が増えた利用者がある。家族や友人が訪問しやすい環境となり、来客数が増えている。利用者が馴染みの場所に出かける機会は少ない。 | |
| 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 | 職員全員が、利用者個々の状態を常に把握していますので、孤立しないように支援しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 退所後に家族に「また、お困りの事があるようなら」と声掛けをしています。退所後の利用者の相談等にも答えています。 | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | 利用者の話を時間を掛けて聞き、管理者・ケアマネ・職員・場合によっては家族等と話し合いをし、希望に添えるよう心掛けています。 | 日々の業務で思いや意向をつかんだ場合には、職員がリーダーに伝達して、ユニットリーダーが「ケアプランコメントノート」に記入している。 | 意向などの思いがつかめた際には、日々の業務に埋もれることがないように、全職員が情報共有できる仕組みの構築に期待したい。 |
| 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 | 出来るだけ家族から生い立ちや生活歴を聞き、ケアプランに活かし、今までの暮らしに近い状態で過ごせるように努めている。ホームの生活に慣れてきたら利用者にも徐々に聞き取りをしています。 | | |
| 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 | 個々の生活リズムを把握しており、1日の過ごし方は記録しており、共有している。 | | |
| 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 | 日常生活の中で個々の特徴を把握し、ケアプランの作成に生かしている。家族の訪問時、電話等で相談もしています。 | 計画作成担当者は、利用者に直接聞く他に職員に意見を求めるなどしている。また、利用者の思いの詰まった「ケアプランコメントノート」を活用している。 | |
| 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 | 日報・送りノート他の記録を基に、ケアプランに盛込んでいる。ミーティングの中でも話し合いをしている。 | | |
| 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 | 色々な利用者の要望等を聞き、個々にあった対応をしています。(外出・外泊等)家族から要望があれば、できるだけ事は相談に応じ行う様にしています。 | | |

| 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 |
| 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 | 個々の心身状態を把握しながら一緒に暮らしを楽しむ事が出来るよう心掛け支援している。 | | |
| 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 | 家族からの同意・納得をして頂き、受診をしている。個々の状態に合わせた病院に通い、必要な時には往診もして頂いている。なるべく利用者が担当医と直接話せるようにも援助している。 | かかりつけ医の受診はホームから出かけている。その他の病院へは家族の協力を得ている。精神科などの特別な症状を伝える場合には、職員が付き添う場合もある。 | |
| 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 | 週に1回看護師に来てもらい相談・援助をしています。記録も残してもらっているので、ケア・健康管理には参考にし対応しています。 | | |
| 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。 | 入院中に何度も病院に行き、看護師の方と関係作りをしながら、色々な情報等を頂いている。 | | |
| 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 | 重度化した場合には事前に家族・看護師・相談員・ケアマネ・ケースワーカーと話し合いをし受入れ先等の相談をしている。場合によっては医師や家族と、ターミナルも視野に入れている。 | 重度化や終末期の対応を視野に入れて、特別浴槽の設置や、訪問看護の受け入れをしている。重度化して家族と検討を進めた結果、入院となった事例など、本人・家族の意向に応じた対応をしている。 | |
| 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 | 緊急時マニュアルを作成しており、職員が判る場所に設置している。ミーティングでも都度確認をし、緊急時には対応できるようになっています。 | | |
| 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 | 一年に1度の消防職員訪問による訓練と他に1度の自主訓練、合計年2回行っています。 | 駐車場までの避難訓練や、水消火器を用いた消火訓練を、消防署の協力を得て体験した。運営推進会議と同時に開催して、地域の方の参加実績がある。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者の尊厳を尊重しながら言葉かけをしている。 | 異性での排泄支援を嫌がる利用者には、同性に交代して対応している。ユニット全員で協力して生活することを大切にしており、利用者同士が支え合い暮らしている。 | |
| 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 | 1日の会話の中から思いをくみ取り、色々な場面で選んでもらえるような状況を作っている。 | | |
| 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 | 最低限の基本的な生活習慣の流れの中で一人一人のペースを尊重し、職員本位にならないように気を付けて支援している。 | | |
| 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 | 理美容は定期的に美容師に訪問してもらい、口腔ケアは毎食後行っています。洋服は利用者を選んで着てもらっている。 | | |
| 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 | 職員も利用者と毎食共にし、好き嫌いを会話から聞き取り、献立に役立っている。後片付け等は声掛けをしながら、出来る方が行ってくれている。 | 利用者の好き嫌いを献立に反映しており、前日に献立を決めている。職員も一緒に食事することで会話が弾み、にぎやかな食卓である。職員は利用者の好みの食材を把握している。 | |
| 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 | 水分はこまめに摂って頂き、1日の水分摂取量は記録に残している。食事は昼食に肉、夜は魚をメインにし、塩分・糖分には気を付けている。 | | |
| 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 | 毎食後、入れ歯・舌を洗います。自分で入れ歯を洗える方は洗ってもらいますが、後に洗い直します。週に1度は入れ歯を預かりポリドントで洗浄。場合によっては歯医者に往診をお願いしています。 | | |

| 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 |
| 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 | 個々の排泄パターンを把握(誘導チェック表を参考にしたり)しており、時間をみながら誘導しています。個々に合ったパットを使用し、なるべく下着の生活に戻れる方向で支援しています。 | トイレに行く事を拒否する利用者には、立ち上がりの際に、「トイレですか」と声をかけて誘導している。本人の排泄パターンを職員間で情報交換して共有している。 | |
| 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 | 毎日の体操や食事メニューを工夫し、自然に排便が出来る様、繊維の多い食材を心掛け調理し、それでも出ない場合は主治医に相談し、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ず、個々にそった支援をしている | 基本的に利用者の希望に応えられるようにしています。ある程度は、目安の曜日を決めています。(受診等がある為) | 定期的に入浴できる機会がある。1階には利用者の身体機能低下や職員の負担軽減を配慮して、特別浴槽を設置した。 | |
| 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 | 外出・入浴・家事のお手伝い後には特に声を掛けをし、休んでもらえるようにしている。通常も声を掛けをし、昼寝がいつでもしていただけるようにしている。 | | |
| 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 | 職員が個々の薬を把握しており、間違えない様、翌日1日分を夜勤者がセットし、用法・薬の内容を確認し、薬の変更・追加の場合は受診記録に記載し申し送りを行っています。 | | |
| 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 | 利用者の楽しみごと、気分転換を図るため、ボランティアの方に呼びかけをし、唄などのイベント事したり、児童館の方にも来社頂いたりしている。 | | |
| 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 | 馴染みの方・家族・親戚の方が来社され、喫茶店に行ったり食事にも出かけてみえます。 | 「交通量が増えたところにホームが引っ越しした。その為日常的な散歩が難しくなった」と職員から声があった。交通量は多いものの、ホーム前駐車場やホームの庭、ベランダなど開放的な空間が広い。 | ホームの共用空間や駐車場を活用して、利用者が短時間でも外に出る機会を設ければ、気分転換の機会も増えるであろう。 |

| 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 | 最近はお買い物に出掛ける機会が少なくなりましたが、欲しい物がある時には一緒に出掛けます。 | | |
| 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 | 家族の方に連絡して欲しい、手紙を書いたので出して欲しいと言われる方の手助けをしています。手紙が難しい方は年賀状や暑中見舞い等を塗り絵にて家族に送らせて頂いています。 | | |
| 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 | 工夫をしながら快適に過ごして頂ける様に努力している。 | 台所は利用者の参加を予定してオープンキッチンにしている。移転前のホームの良さである収納の工夫やテレビの配置は取り入れている。 | |
| 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 | 利用者それぞれに自分の居場所を作って過ごしています。ソファでくつろいでいる方や、畳のスペースでテレビを観ていたり様々です。 | | |
| 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 | 入所時使い慣れた物を持って来てもらえるようにしています。なかにはご位牌を持ってみえる方もいます。以前の自室に近い状態を作れる様に心掛けています。但し、消防署からの注意点もあり置けるものや貼るものは中々、難しい点もある。 | お茶の道具を一式持ち込み、食後に抹茶を立てる利用者がいる。筆筒やいすなど、思い思いの物でレイアウトされている。 | |
| 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 | 個々の機能・要望に全て合わせる事は難しい面もありますが、出来る限りの安全は工夫し、確保している。 | | |

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 | 2171600253 | | |
| 法人名 | 有限会社 あいケアー | | |
| 事業所名 | たけのこし (B舎) | | |
| 所在地 | 岐阜県瑞浪市薬師町二丁目52番地 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年12月 1日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 5月 9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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JkyosvoCd=2171600253-00&PrefCd=21&VersionCd=022 |
|----------|---|

【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 中部社会福祉第三者評価センター | | |
| 所在地 | 岐阜県関市市平賀大知洞566-1 | | |
| 訪問調査日 | 平成25年 2月20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)】

| |
|--|
| <p>運営推進会議の席で出席者から「ここは食事がおいしいと聞きました」と言われたので、職員みんなの励みにしています。</p> |
|--|

【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)】

| |
|----------|
| <p> </p> |
|----------|

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 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、生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、安心して暮らしている (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 | 理念をホーム玄関等に掲げ、常に確認でき、更にミーティングでどう実践に繋げていっかを話し合いを行っています。 | | |
| 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 | お祭り等のイベント事に、声を掛けて頂くなどし、近隣の方との交流を図っている。 | | |
| 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 | 地域包括支援センター・社協他からの講演・勉強会の案内が来たとき、職員に呼びかけをし、できるだけ参加して頂き、その後、文面にて感想を書いてもらいホームで役立つよう話し合いをしている。 | | |
| 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 | 推進会議を年に6回程度開催するようにしている。会議の報告はミーティングで話し合いをしています。 | | |
| 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 | 市(福祉課・包括支援センター)や社協からの研修・会議等に参加。日頃から常に何らかの連絡を密に取っている為、入居の申し込みや相談も受けたりと、連携を図っています。 | | |
| 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 | ミーティング等で身体拘束に関する内容の話し合いをしています。事務所や近隣の方々にも頼み、注意深く外に気を掛けています。チャイム等の利用もしますが、まずは目視で人数確認を心掛けています。 | | |
| 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 | 研修等に参加した者から、話を聞いたりマニュアル等も(職員に渡し)参考にしながら話し合いをし防止に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 成年後見人制度を利用している利用者がある為、職員には周知してもらい、後見人センターの方に運営推進会議にも参加して頂き、制度の話をして頂くこともある。 | | |
| 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 | 契約時には必ず、代表者と管理者（不在の時には職員）立ち会いの下、家族に話をさせていただき、例を挙げ質疑応答で双方納得した上で契約を結んでいます。 | | |
| 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 | 比較的軽度の認知症利用者には本人の意見を聞いたりし、家族や外部の相談員（ケースワーカー・ケアマネ・専門医）等に相談して運営に反映させている。 | | |
| 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 | ミーティング時や代表者が管理者等、個別に話を聞く機会を設けるようにしている。 | | |
| 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 | 管理者や個々の職員に話をこまめに聞き、労務士と話し合いをしながら出来る限りの努力を心掛けています。 | | |
| 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 | 県や市での研修には時間の調節をしながら参加できやすいようにしている。近隣開催の場合は案内を貼ったり、声をかけて参加を促している。参加出来なかった職員には後日、書面にて確認できるようにしてもらっている。 | | |
| 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 | グループホーム協議会等を活用し、他の事業者との意見交換をしています。グループホームの研修会等があると参加価値があると思います。 | | |

| 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 | | | | | |
| 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 | 家族の同意を得て面談をさせていただき、出来るだけ色々な事を聞き出すようにしている。担当のケアマネや職員にも相談し、事前に資料を作り職員に見てもらっている。 | | |
| 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 | 事前に家族に来舎して頂き、聞き取りをしています。話を聞いて家族が一番良い方法を一緒に考え利用者が一番過ごしやすくするために努めている。 | | |
| 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 | ミーティングで事前の情報を職員で話し合いをし、対応できるようにしている。 | | |
| 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 | 家事全般を各利用者のペースに合わせて双方で協力しながら生活の支援をしている。女性の利用者には、洗濯干したたみしてもらいながら会話をし、献立等参考にさせて頂いたりコミュニケーションを図っている。 | | |
| 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 | 本人と家族水入らずでお話出来るように支援に、終わってからは見えない所で家族に話を聞き(利用者が困ってないか…等)ケアプランに盛り込んでいます。 | | |
| 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 | 年賀状や手紙等の支援をしています。友人等が来社した時に色々な情報を集めたりし、気兼ねなく再度来社して頂けるような声掛けをしています。 | | |
| 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 | 職員全員が、利用者個々の状態を常に把握していますので、孤立しないように支援しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 退所後に家族に「また、お困りの事があるようなら」と声掛けをしています。退所後の利用者の相談等にも答えています。 | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | 利用者の話を時間を掛けて聞き、管理者・ケアマネ・職員・場合によっては家族等と話し合いをし、希望に添えるよう心掛けています。 | | |
| 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 | 出来るだけ家族から生い立ちや生活歴を聞き、ケアプランに活かし、今までの暮らしに近い状態で過ごせるように努めている。ホームの生活に慣れてきたら利用者にも徐々に聞き取りをしています。 | | |
| 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 | 個々の生活リズムを把握しており、1日の過ごし方は記録しており、共有している。 | | |
| 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 | 日常生活の中で個々の特徴を把握し、ケアプランの作成に生かしている。家族の訪問時、電話等で相談もしています。 | | |
| 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 | 日報・送りノート他の記録を基に、ケアプランに盛込んでいる。ミーティングの中でも話し合いをしている。 | | |
| 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 | 色々な利用者の要望等を聞き、個々にあった対応をしています。(外出・外泊等)家族から要望があれば、できるだけ事は相談に応じ行う様にしています。 | | |

| 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 |
| 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 | 個々の心身状態を把握しながら一緒に暮らしを楽しむ事が出来るよう心掛け支援している。 | | |
| 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 | 家族からの同意・納得をして頂き、受診をしている。個々の状態に合わせた病院に通い、必要な時には往診もして頂いている。なるべく利用者が担当医と直接話せるようにも援助している。 | | |
| 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 | 週に1回看護師に来てもらい相談・援助をしています。記録も残してもらっているので、ケア・健康管理には参考にし対応しています。 | | |
| 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。 | 入院中に何度も病院に行き、看護師の方と関係作りをしながら、色々な情報等を頂いている。 | | |
| 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 | 重度化した場合には事前に家族・看護師・相談員・ケアマネ・ケースワーカーと話し合いをし受入れ先等の相談をしている。場合によっては医師や家族と、ターミナルも視野に入れている。 | | |
| 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 | 緊急時マニュアルを作成しており、職員が判る場所に設置している。ミーティングでも都度確認をし、緊急時には対応できるようになっています。 | | |
| 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 | 一年に1度の消防職員訪問による訓練と他に1度の自主訓練、合計年2回行っています。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の尊厳を尊重しながら言葉かけをしている。 | | |
| 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 | 1日の会話の中から思いをくみ取り、色々な場面で選んでもらえるような状況を作っている。 | | |
| 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 | 最低限の基本的な生活習慣の流れの中で一人一人のペースを尊重し、職員本位にならないように気を付けて支援している。 | | |
| 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 | 理美容は定期的に美容師に訪問してもらい、口腔ケアは毎食後行っています。洋服は利用者を選んで着てもらっている。 | | |
| 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 | 職員も利用者と毎食共にし、好き嫌いを会話から聞き取り、献立に役立っている。後片付け等は声掛けをしながら、出来る方が行ってくれている。 | | |
| 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 | 水分はこまめに摂って頂き、1日の水分摂取量は記録に残している。食事は昼食に肉、夜は魚をメインにし、塩分・糖分には気を付けている。 | | |
| 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 | 毎食後、入れ歯・舌を洗います。自分で入れ歯を洗える方は洗ってもらいますが、後に洗い直しもします。週に1度は入れ歯を預かりポリドントで洗浄。場合によっては歯医者に往診をお願いしています。 | | |

| 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 |
| 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 | 個々の排泄パターンを把握(誘導チェック表を参考にしたり)しており、時間をみながら誘導しています。個々に合ったパットを使用し、なるべく下着の生活に戻れる方向で支援しています。 | | |
| 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 | 毎日の体操や食事メニューを工夫し、自然に排便が出来る様、繊維の多い食材を心掛け調理し、それでも出ない場合は主治医に相談し、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ず、個々にそった支援をしている | 基本的に利用者の希望に応えられるようにしています。ある程度は、目安の曜日を決めています。(受診等がある為) | | |
| 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 | 外出・入浴・家事のお手伝い後には特に声を掛けをし、休んでもらえるようにしている。通常も声を掛けをし、昼寝がいつでもしていただけるようにしている。 | | |
| 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 | 職員が個々の薬を把握しており、間違えない様、翌日1日分を夜勤者がセットし、用法・薬の内容を確認し、薬の変更・追加の場合は受診記録に記載し申し送りをしています。 | | |
| 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 | 利用者の楽しみごと、気分転換を図るため、ボランティアの方に呼びかけをし、唄などのイベント事したり、児童館の方にも来社頂いたりしている。 | | |
| 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 | 馴染みの方・家族・親戚の方が来社され、喫茶店に行ったり食事にも出かけてみえます。 | | |

| 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 |
| 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 | 最近はお買い物に出掛ける機会が少なくなりましたが、欲しい物がある時には一緒に出掛けます。 | | |
| 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 | 家族の方に連絡して欲しい、手紙を書いたので出して欲しいと言われる方の手助けをしています。手紙が難しい方は年賀状や暑中見舞い等を塗り絵にて家族に送らせて頂いています。 | | |
| 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 | 工夫をしながら快適に過ごして頂ける様に努力している。 | | |
| 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 | 利用者それぞれに自分の居場所を作って過ごしています。ソファでくつろいでいる方や、畳のスペースでテレビを観ていたり様々です。 | | |
| 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 | 入所時使い慣れた物を持って来てもらえるようにしています。なかにはご位牌を持ってみえる方もいます。以前の自室に近い状態を作れる様に心掛けています。但し、消防署からの注意点もあり置けるものや貼るものは中々、難しい点もある。 | | |
| 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 | 個々の機能・要望に全て合わせる事は難しい面もありますが、出来る限りの安全は工夫し、確保している。 | | |

(別紙4(2))

事業所名 たけのこし

目標達成計画

作成日: 平成 25年 4月 30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 | 49 (18) | 移転により交通量が増えたので散歩が難しくなり外出の機会が減ってしまった。 少しでも外に出掛けられるよう行事・日課計画の見直しを行う。 | 週1回の散歩、利用者の体調に合わせて買い物・喫茶店等に行き、外の空気を満喫し気分転換を図る。 | ・ホームの庭で日光浴やお茶会をする。 ・車いすを併用し安全面を配慮しつつ、交代で散歩・買い物等に出掛ける。 ・交代で花壇の水やりをする。 | 3ヶ月 |
| 2 | 2 (2) | 移転して1年が経ち、近隣の方々との交流を深めていく。 | 移転先の自治会に入会出来たので、地域の方と良い関係構築を図る。 | ・年2回の消防訓練や児童館の子供達が遊びに来てくれた時など行事に参加して頂き、理解して頂き、良い関係性を築く様にする。 | 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。