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24年6月24日	評価結果市町受理日	平成25年1月29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24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"> ・校舎跡地利用の建物であるが、広々とした造りが利用者の心の幅を大きくさせてくれ、それぞれがゆったりとした時間を共有することができる。 ・地域交流の場がホーム内にあり、馴染みの方との交流を保つことができる。 ・生活歴と個性を活かし、“自分らしい”生活を提供支援している。
--

【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)】

<p>地域の夏祭りや花火大会などの他に、利用者それぞれの地元の敬老会や夏祭りへの参加、家族の協力を得て馴染みの美容院の利用、墓参り、遠方の家族への手紙等、かけがいのない人や地域とのつながりを継続できるよう取り組まれています。絵画、習字、日記など一人ひとりの得意なことを活かして、活力を引き出す支援や読書の好きな利用者と一緒に本を借りに出かけたり、その日の希望にそって献立を変更したり、外出の支援をされるなど、利用者の思いを大切にす支援をされています。事業所の交流室を利用して、地域の人が趣味の展示会や勉強会、音楽会などを開催しておられ、利用者の知人や地域の人のとの交流につなげておられます。地域の人や役場職員と一緒にグラウンドや施設周辺の草取りや芝植えをしたり、地域の人が散歩の途中に立ち寄られたりするなど、日常的な付き合いを深めておられます。</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
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	○ 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	○ 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	開設後に話し合いの元「理念」を作成し掲示板に掲示している。新任研修に必修として全職員の理解のもとに、日々のケアへと繋げている。	事業所独自の理念を作成し、事業所内に掲示している。全員参加の月1回の職員会議、行事、研修時等、日常のケアが理念に沿ったものになっているか確認しながら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	地域交流複合施設の名のもと、施設内にある交流室を年間計画で、地域の方に使用して頂き、利用者との交流に努めている。また地域の行事(草取り・盆踊りなど)へ積極的に参加している。	小学校を改装した地域交流総合施設内にあり、事業所の交流室は地域の人や利用者の趣味の展示会やボランティアの年2回の音楽会、婦人会の勉強の場となっている。施設周辺の草取りや芝生植えを利用者は地域の人や役場支所職員と一緒にしたり、地域の夏祭り、花火大会等に参加する他、散歩の途中に地域の人が立ち寄りたり、野菜や魚などの差し入れがあるなど、地域の人と交流している。	
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	23年度より「地域で支える認知症サポートケア」と称して勉強会を開催している。24年度も6月～計画予定している。管理者だけでなく全職員での実施予定である。		
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」について勉強会を毎年設けている。また前回の評価を活かして、目標計画を実施して、その達成に努めている。	評価の意義について説明し、自己評価は職員会議で全職員で話し合っており、実施している。評価をケアや活動の振り返りと捉え、事故防止、身体拘束等の各委員会の研修の指針として活用し、改善に取り組んでいる。	
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	町役場・地域の方・ご家族・ご本人の意見を真摯に受け止めて、日々ケアの改善に努めている。特に日々のケアには「その人らしく生きるから生きるへ」の支援に努め、更には地域の方・ご家族との交流を大切にすることに重点を置いている。	家族、婦人会長他会員(およそ20人)、支所職員、事業所関係者が参加し、年6回開催している。現状報告、行事報告、研修報告、外部評価についてなどを話し合っている。婦人会より利用者や事業所について知りたいという要望を受け、認知症の勉強会を実施している。その後のお茶会に利用者も参加して交流し、買い物のボランティアにつなげる意見が出て、活かすように取り組んでいる。	

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
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	町関連施設であるため、利用者対応・建物などの多方面での報告、連絡、相談を十分に行っている。又町役場からの連絡等も細やかである。	町担当課に出向いて書類申請をしたり、事業所の実情を電話やファックスで連絡や相談をするなど、協力関係を築いている。	
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	「身体拘束に関するマニュアル」を作成している。又委員会を立て、委員長により年間2回の「勉強会」を計画実施し、拘束ゼロに努めている。	マニュアルがあり、身体拘束委員会が年2回勉強会を実施しており、全職員は理解したうえで、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の施錠はしておらず、外出を察知した場合は一緒に出かけるなどの工夫をする他、地域の人の協力を得ている。スピーチロックについては管理者が指導をしている。	
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	「虐待に関するマニュアル」を作成している。年間で勉強会を予定して全職員へ周知している。		
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、新任研修時に学び、必要時には役場との連携を図っていく予定である。		
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」「需要事項説明書」を用いて説明を行い、理解頂いたうえで氏名・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	ご家族へは入所時に説明して理解を得ている。また掲示板に掲示しており、職員には新任研修時に、受け付け体制などを周知している。大きな苦情等は、現在ないが 運営会議などで頂いた意見を反映させていただいている。	相談、苦情の受付体制を明示し、掲示している。苦情処理手続きを契約時に周知している。運営推進会議時や来訪時、電話、手紙、カンファレンス時等に家族から意見や要望を聞く機会を設け、運営に反映させている。	

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
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回の定期的な集まりで、職員が発言できる場を設けている。業務に関する意見以外は、具体的にないが定期的に見直すことで改善を図っている。	月1回の職員会議で意見や提案を聞く機会を設けている。食事作りや入浴などの勤務体制の改善に取り組んだり、栄養士による職員の調理実習を開催する他、事故防止委員会の提案で滑り止めマットの設置をするなど、各委員会からの提案を反映させている。	
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	管理者から月1回の定期的な集まりの中で出た意見を含めて、代表者へ随時報告している。		
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	外部研修では、職員の段階に応じて参加し「復命書」を勉強会として報告する。内部研修では全職員が「勉強会」を担当することで自己啓発に努めている。又役場・同福祉会との合同勉強会が年3回、同福祉会の職種別勉強会を年2回以上あり	外部研修は情報の提供をしている。法人と町役場合同勉強会を年3回開催している。各委員会の職員が担当する内部研修を月1回実施している。運営推進会議時には地域の人と共に、認知症の勉強会をしている。職員の日々の体験を学びにつなげていくため働きながら学べるように支援している。	
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	介護理念のもと「介護過程マニュアル」を作成し周知し、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、との取り組みを行っている。		
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	介護理念のもと「介護過程マニュアル」を周知し、ご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。入所時に希望・要望などをお尋ねして、更には必ず「終末期ケア」への希望をお尋ねし、その後も必要時は随時お尋ねする		

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	参加協力が得られれば、ケア会議にご本人・ご家族の参加をして頂き、支援を図っている。職員は現状把握に努め 個性を活かした支援に努めている。遠方のご家族へは電話や手紙で対応を行っている。		
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事、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、共にケアを行う者同士として、ご家族のニーズをケア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	地域行事の参加、里内の「交流室」の活用・ホーム内の行事の活用にて、取り組みを行っている。	利用者それぞれの地域の敬老会や夏祭りなどの行事に参加できるよう支援している。知人の来訪や独居の人の自宅訪問、遠方の家族への手紙の支援の他に、家族の協力を得て、馴染みの店での買い物や美容院の利用、自宅外泊、外食、墓参りなど、一人ひとりに応じて馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。	
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	個々の性格や、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」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「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	1年前に亡くなられ退所された方の、残された「絵画」「習字」などの作品を展示会を開く取り組みを、ご家族のご協力のもと実施するに至った。		

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	アセスメントの現状把握や、ご家族のご協力のもと、又は日々の記録を活用して、ニーズの把握に努めている。困難時はケア会議で全員で話しあう。	入居時のアセスメントの活用やケアプラン経過表、ケース記録、日誌に記載して思いの把握に努めている。困難な場合は担当者や職員が気づいたことをケア会議で話して把握に努めている。	
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	入所時の事前調査は勿論のこと、入所から1ヶ月は「暫定プラン」として、これまでの把握に努めている。		
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。」「今日出来たこと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、ご家族のご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	月1回のケア会議をもち、全職員が参加している。3ヶ月での見直しが基本であるが、ほぼ月1のペースで全利用者の見直しがされている。状態変化時などの緊急時は、合わせたプランを作成し、ご協力が得られれば、ご本人・ご家族参加もある。	毎月1回家族も参加してケア会議を開催し、主治医、看護師の意見を参考にし、介護計画を作成している。3ヶ月ごとのモニタリングを経て6ヶ月ごとの見直しとしているが要望や状態変化が生じた場合には、モニタリングに基づいた介護計画の見直しをして、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、各職種での連携を図り、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	基本はご家族が受診対応であるが、不可能時は職員が代行している。看護師・介護士と連携し、ご本人・ご家族・医療機関との連携を図っている。	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し、必要に応じて職員が受診支援している。受診結果は家族や職員が情報を共有して、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の記録を、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上、早目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	入所時に終末ケアについてご意見を伺っている。また、その後も時期に応じて心情を配慮しながら、話し合い、可能な限りで希望に添いホームでの対応を行っていきたいとする。	重度化した場合や終末期のあり方について、契約時に医療が必要になった場合の移設などの説明をしている。利用者の状況に合わせて、本人、家族、職員、関係者等で話し合いをしている。	
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。	事故防止マニュアル・委員会がある。委員長により年2回勉強会を行う。更に実践を踏まえた実技勉強会を、同福祉会の看護師の講師のもと年2回の予定で計画している。全職員「AED講習」受講。	マニュアルがあり、ヒヤリハット、事故報告書に記録し、防止策を検討して、職員間で共有する他に、事故防止委員会で年2回勉強会を行い、一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。消防署の指導のもと、全職員がAED講習を受講している。法人の看護師による緊急時対応勉強会を年1回実施しているが、全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけるまでには至っていない。	・応急手当や初期対応の実践的訓練の実施

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
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	災害マニュアルあり。5月に役場との合同避難訓練を実施。これからは夜間を想定した計画を予定している。	マニュアルがあり、近くにある町役場支所を避難場所とし、町役場と合同の避難訓練に町役場職員、地域の人3人、利用者、職員が参加して1回実施している。消火訓練は設備委託業者と共に行っている。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	新任研修から始まり、理念を元に利用者の尊厳ある支援に努めている。経験の少ない職員へは、日々の業務の中互いに注意し合っている。年度始めと終わりの「自己啓発」研修で自身を振り返る場を持って自分の長所や短所を知りケアに繋げるようにしている。	人格の尊重やプライバシーの確保について、理念を基に新任研修や自己啓発研修で理解を深め、適切な対応をするよう取り組んでいる。日々のケアの中で気になる場所があれば、その時々で職員間で注意し合っている。	
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	ケア全般に於いて(日常生活～余暇まで)自己選択→自己決定→自己実現のケアに努めている。=自立支援マニュアル=		
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、待つ介護を実施。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=		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	3食ホームで職員が担当する。利用者のお手伝いは決して強制しない。自然に自発を促すようにしている。協力の形はまちまちで、「食べる人」「作る人」「下ごしらえ」「畑で作る」などそれぞれの楽しみにあった形で支援している。=食事マニュアル=	畑で収穫した野菜や差し入れの野菜、魚を利用して、3食とも事業所で調理している。下ごしらえ、盛り付け、配膳、下膳なども利用者と共にいき、職員と利用者が同じテーブルで同じものを食べながら、楽しく食事できるよう支援している。誕生日には本人の希望のメニューにしたり、ウッドデッキでそうめん流しや秋刀魚の炭火焼を楽しんだり、弁当を持って海辺や花見に出かけたり、お気に入りのうどん店に出かけるなど、食事が喜びや楽しみにつながるように支援をしている。	
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)排便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=口腔内マニュアル=		
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	排泄表を基に、一人一人の排泄パターンを把握して それぞれにあった対応を行っている。=排泄マニュアル=	排泄表を利用して排泄パターンを把握し、トイレでの排泄に向けた支援をしている。利用者の状況に応じてさりげない声かけなどで支援している。	
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=		

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
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=	利用者の生活習慣やその時々希望を大切に、15時から19時の間にゆっくり入浴できるよう支援している。入浴したくない利用者には声かけの工夫をして対応している。体調に合わせての清拭や足浴の支援もしている。	
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記録して不眠時は話し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=		
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	生活歴や個性、趣味などを活かして「習字」「絵画」「俳句」「碁」「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=	習字、絵画、俳句、読書、将棋、囲碁、音楽、日記、食事の支度、手の体操、折り紙、草取り、花植え、前庭の掃除など一人ひとりの生活歴や本人の出来る事、得意なことを活かした場面作りをし、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	
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支援している	散歩(時に地域の方の協力あり)や買い物、ドライブなど 本人の希望に合わせて対応している。地域チャンネルでの情報で希望が出る場合もある=自立支援・外出泊マニュアル=	地域の方の協力を得て自由に散歩を楽しんだり、日常的に食材の買い物に出かけている。ドライブで道の駅や海辺、神社参り、温泉、花見(梅、桜、菖蒲など)、図書館、鯉のぼり見学に出かけるなど、その日の希望に合わせて戸外に出かけられるよう支援している。家族の協力を得て外食にも出かけている。	

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
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	多くは御家族が管理されているが、こづかい程度は本人が持っておられたり、難しい場合はホーム内の金庫に預かり必要時に出して渡している。		
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対応している。(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。		
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	利用者と職員が作成した展示物や、職員が家から持ってきた花で季節を身近に感じられるように工夫している。花は利用者が好きな花を部屋に持ち帰り飾って楽しんでいる。常に「住居」としての利用者が楽しくするようにと支援している。	校舎を利用した広々とした空間が、木のぬくもりを取り入れた構造になっており、利用者はゆったりと過ごすことができる。中央にオープンの台所と食堂があり、こたつにもなる畳の共用スペースがある。大きなガラスの壁面から光がさし、広いウッドデッキと池のある庭を望むことができる。玄関や洗面所、トイレなどには季節の花を飾り、利用者と職員が作った朝顔の折り紙や笹飾り、利用者の似顔絵を貼って温かな雰囲気を作り出し、居心地良く過ごせるように工夫している。	
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。3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。中には居場所を作るに難しい方も居られるが 職員が間に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	ご本人。ご家族へ入所時に説明を行い、馴染みの物や大切なものを持ち運んでおられる。(仏壇や本など)	枕、布団、衣装ケース、仏壇、テレビ、人形、写真、本など使い慣れた物や好みの物が持ち込まれている。居室には廊下がついており、障子窓の明るさの中で本を読んだり、それぞれの利用者が居心地良く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	校舎跡地であるが、設計の段階で介護側の意見がある程度組んでもらっている。またその後は、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 25年 1月 28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	35	緊急時に対して 全職員が冷静に様々な対応ができるように 実施訓練を含めた勉強会をもつ	職員全員が 応急手当や初期対応ができる	協力機関 看護師より実施訓練を含めた勉強会を年度2回もつ	1月～ 翌3月
2	36	地域の方との合同防災避難訓練を実施することでより一層の地域の中でのひだまりを共に作る	阿武福祉会、役場、地域等の合同防災訓練の実施 連携強化をする	①夜間火災訓練 (ひだまりの里 GH デイ) ②日周火災訓練 (阿武福祉会と合同) ③災害訓練 (役場、地域と合同)	1月～ 翌3月
3					
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。