

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	3591000025		
法人名	有限会社 兼清メディカルサービス		
事業所名	グループホーム兼清		
所在地	山口県光市浅江2400-4		
自己評価作成日	平成 23年 11月 20日	評価結果市町受理日	平成24年8月22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 23 年 12 月 7 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)】

衰えていく不安にできるだけ、介護・医療・生活・家族関係等にトータルで支援していくようにしています。最後まで前向きに明るさを失わないように見守っていきたく思います。食事は、特に力を入れています。栄養士さんの献立で手作りです。毎日おいしく、楽しくを心掛けています。おやつもスタッフが手作りを週に一度は作るようにしています。うちに籠もらないで、車椅子の方もできるだけドライブや近隣へお散歩するようにしています。外からのボランティアもできるだけ、終わった後の交流も含めて、生活に取り入れています。

【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)】

協力医療機関による月2回の訪問診療や緊急時の対応、事業所の2名の看護師の毎日の健康管理や服薬管理等、適切な医療が受けられるように支援しております。栄養士を含めた調理担当職員を7名確保され、利用者一人ひとりの健康状態や好みに合わせて、食事の形態や献立に配慮された食事を三食とも事業所でつくっておられ、利用者職員と一緒にやおやつづくりをされるなど食事が楽しめるように支援しております。内部研修として教育研修・技術研修の部門別研修を毎月実施され、新薬の最新情報等について製薬会社の外部講師から学ばれ、新人職員は、OJTでベテラン職員がトレーニングするなど、職員を育て取り組みをしております。

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 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	○	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	施設独自の理念を作成し、玄関の目立つ位置に掲げている。職員はその理念に基づいたサービスの提供に努めている。ミーティング時に折に触れ話し理解してもらおうようにしている。	理念を事業所内に掲示し、管理者、職員はミーティング等で共有するとともに、日々のケアに活すよう取り組んでいる。住みなれた地域の中で利用者と地域との関係が途切れなように住民と交流すること、利用者にとって食の楽しみを大切にすることを常に意識しながらケアの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	近隣小学校の訪問、自治会・専門学校などのイベントへの参加を積極的に行い、近所の高校の職場体験を毎年受け入れている。近くを走るマラソンの応援に出かけたり、近隣への散歩で地域とのつながりを大切にしている。	地元の小学生の訪問、詩吟やコーラス等のボランティアの訪問、高校生職場体験の受入れ、福祉専門学校や自治会のイベント等に参加するなど、地域の一員として交流している。マラソン大会の応援や日常の散歩で出会う近隣の人も顔なじみになっている。	
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	運営推進会議の開催時や地域の人々、ボランティアの慰問時に、出来るだけ入所者に関わって頂けるように心がけている。		
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。	施設の方向性の指針にしている。学ばないといけないこと等がよくわかり、とても参考になっている。研修会もスタッフも積極的になってきた。	管理者、職員は評価を実施する意義を理解しており、今回の自己評価は、職員全員に意見を聞き、リーダーとサブリーダーでまとめている。評価の過程を通じて、内部研修の担当制の設置や、利用者一人ひとりの個別ケアマニュアルの作成に取り組んでいる。	
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	2ヶ月に1回開催し、入所者・サービスの状況について報告している。また、そこでの意見や気づきを日々のサービスの質の向上へつながるように努めている。	2ヶ月に1回開催し、利用者の状況報告と行事報告、ヒヤリハットや事故の報告、外部評価への取組状況等について話し合っている。防災や事故防止への取り組み、地域向けの勉強会の開催などについて意見交換するなど、サービスの質の向上に活かしている。	

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
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	2ヶ月に1回開催される運営推進会議時に直接意見交換を行っている。また、問題や相談があるときには、その都度電話で連絡を取り、密に協力関係が築けるよう努めている。小規模連絡協議会で相談等で活用したいと思っている。また、年に4回の介護相談員派遣により、入所者の相談を聞き取り、問題、改善方法をその都度連絡をとり、担当課と連携、意見交換しながら、協力関係が築けるよう努めている。	市担当課には、事故報告書の提出時や介護認定の変更時等に事業所の現状を伝えるほか、利用者に関わる課題等の相談、調整、情報交換を行うなど、日頃から良い関係作りができています。	
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	施設内研修を行い、職員は身体拘束について正しく理解している。その人らしい生活を送っていただくために、抑制・拘束のないケアに取り組んでいる。玄関には施錠していない。居室は入所者本人がカギを開閉できるようにしている。玄関には身体拘束排除宣言を掲げている。	玄関に身体拘束排除宣言の文書を掲げ、職員は内部研修を行いながら身体拘束について理解しており、抑制や拘束のないケアに努めている。利用者の動向を把握しており、玄関の施錠も行っていない。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	市等の研修会に参加したり、施設内研修会を開いて学んでいる。虐待のサインを見逃さないように気をつけている。		
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	施設内研修で両方の違いを含めて学ぶ機会をもっている。		
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	契約時には重要事項をきちんと説明している。また入所にあたっての不安や疑問点についてしっかりと話し合い、理解していただけている。		
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	相談や苦情はその都度報告し、なるべく早い対応を心掛けている。日々の業務報告時等で聞いたことはミーティング等で報告をして、話し合うようにしている。急ぐ時は面会時に、急がない時は手紙を出している。	家族の訪問時や電話、担当者会議、苦情箱の設置など、気軽に意見や要望が出せる機会を設けている。出された意見は、職員ミーティング等で話し合い、早めに対応するよう心がけ、その内容を運営に反映させている。苦情相談窓口及び担当者、苦情解決責任者、外部機関を明示し、苦情処理の手続きを明確に定めている。	

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
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日々の業務報告時や随時困った事などで職員の意見や質問や提言を聞くようにしている。問題点等をミーティングで話し合い決めるようにしている。突発的な意見や提案もその都度報告し、最善策を選ぶよう努めている。また、決まったことはホイトボードで全員に周知するようにしている。	月1回の職員ミーティングや日々の業務報告時に、職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。管理者は、日常業務の中で職員からの意見を聞くように努めており、意見を運営に反映している。	
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	女性の多い職場なので、家族の都合を出来るだけ考慮し、勤務表を作成している。個々の特性も給与に考慮している。		
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	リーダー研修に参加して、他の事業所での試みなどを聞いたり、スタッフの考え方や気持ちをきいたり、どんな研修が役に立つか相談している。施設内研修は製薬会社に認知症の勉強会をしてもらったり、各スタッフが分担して進めている。	外部研修は、段階や希望に沿った研修の受講ができるように配慮している。内部研修は、教育研修・技術研修の部門別に分け、毎月実施し、それぞれを担当者に任せることでレベルアップを図っている。新人職員は、OJTで、ベテラン職員がトレーニングするなど、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	該当者、希望者には、専門分野の研修や協議会への参加を呼びかけ、交流の機会を設けている。また、小規模多機能連絡協議会へ参加し、その会議場所を持ち回りで受けている。		
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	入所前の利用者や家族との面談を行い、本人の希望や要望、不安などを十分に理解し、その要望に合わせたサービス(食事形態、居室作りなど)の提供に努めている。		
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	入所前の家族との面談を行い、家族の困っていること、不安・要望をしっかりと聞き、その不安が解消し、安心していただけるように努めている。		

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
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	入所前の面談時、十分な話し合いを持ち、一番に必要としていることを見極め、必要に応じて家族支援を始め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。		
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	入所者それぞれに合った役割を提供し、入所者にとって馴染みのある軽作業(洗濯たたみ、裁縫)や経験を職員も一緒になって行い、お互い支え合いの関係を築いている。		
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	入所者についての情報を家族と共有し、職員では対応できない部分を、家族にも協力していただきながら、一緒になって入所者を支えていく関係を築いている。		
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	入所者の家族や近所の人達が面会に来られた時は家族に変わって、おもてなしをするようにしている。戸惑われそうな時は困らないように簡単な状況等を話したり、支援をするようにしている。また行事参加の案内、定期的な通信誌の発行、(ご家族の協力のもと)の馴染みのある場所への外出などを行っている。	親せきや職場の元同僚の訪問、家族の協力を得て墓参りや法事への出席、行きつけの食堂に行くなど、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援をしている。	
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・集団レクをその人や状況に合わせて人間関係がスムーズにいくように支援している。共通の話題の提供や時には会話に加わったりして、話がはずむように支援している。		
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	サービス利用が終了後であっても、必要に応じて、相談や支援に努めている。		

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
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	入所前の面談等で把握に努めている。利用が始まってからも継続して、本人の話相手をしたり、面会に来られた家族から折にふれ雑談のような感じで気楽に色々なことを話し合っている。	利用前のアセスメントで家族からの情報や生活歴から思いや暮らし方の希望を把握し、日々のかかわりの中での利用者の生活状況や様子、気付き等を介護記録に記録し、スタッフミーティングで検討して、本人の希望や意向を把握するよう努めている。困難な場合には、ミーティングで話し合い、本人本位で検討している。	
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	入所者の体調に合わせて、食事時間や食事内容や入浴形態・休憩のとり方等柔軟に変更して対応している。暑い寒い個人好み出来るだけ沿うように気配りをしている。		
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	各部署(医師・看護婦・介護職員・ケアマネ・事務職員)間で記録の引継ぎや連携を行うことで、個々の一日の過ごし方、心身の状態、有する力など、現状をしっかりと把握するように努めている。また、本人の体調に合わせて、食事時間やお昼寝の回数、部屋での過ごし方に対応している。		
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	担当者会議を定期的開催。本人、家族、医師の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。また、毎月モニタリングを行い、状況変化に応じた見直しをしている。状況に変化があった時は、その都度、会議を設け、計画の見直しを行っている。	職員全員で毎月1回ミーティングを開催し、利用者一人ひとりのモニタリングを行っている。担当者会議を3ヶ月ごとに行い、主治医や看護師からの意見、利用者や家族からの意見を参考にしながら、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	日々の様子やケアの実践結果などは、個々の介護記録に記入している。また、日々の引継ぎで情報を共有し、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	協力病院への受診や、家族の都合に合わせた通いや泊まりを柔軟に対応している。		

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
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	近隣の自治会館、学校行事への参加や地域住民・ボランティア等の慰問を積極的に受け入れている。		
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	家族や本人が希望する医療や健康管理が受けられる体制となっている。また、協力医療機関によるかかりつけ医の場合は、定期的な訪問診療、必要に応じた個別の診療が受けられるよう支援している。また看護師による日々の健康管理、医師との連携により、急変時の対応に努めている。	利用者や家族の希望を大切に、協力医療機関による受診のほか、元もとのかかりつけ医の受診の支援をしている。月2回の往診や看護師による毎日の健康管理、緊急時への対応など、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	利用者の状態を把握している施設看護師は、協力医療機関の看護師と常に連携を取りながら、日常生活の健康管理や医療活用の支援を行っている。		
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。	利用者が入院した時は、利用者が安心して治療に専念し、早期に退院できる様、医療機関との情報交換や連携、家族との相談を随時行っている。普段、医療機関の病棟で働いている看護師が来ているので、入退院に連続性がある。		
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	医療連携体制に基づき、重度化や終末期については、指針が示されており、その指針や方針は、家族の了解を得て、職員全員で共有している。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」を作成し、実際に重度化した場合は早い段階から、主治医、看護師、家族、関係者と話し合い、事業所として出来ることを説明しながら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。	発生した事故について、原因や対応策をその都度話し合っている。緊急時のマニュアルを作成し、転倒等、施設にあったマニュアルの作成も徐々に作るようにしている。	事故発生時は報告・ド維持にヒヤリハット・事故報告書に記入し、職員間で話し合い、検討して、一人ひとりの状態に応じた再発防止に努めている。転倒時の対応など緊急時対応マニュアルを作成し、研修も行っているが、全ての職員が実践力を身につけるまでには至っていない。	・全職員を対象とした定期的な応急手当や初期対応の訓練の実施

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	防災計画に基づき2回/年、避難訓練を実施している。運営推進会議に1回/年、消防職員の参加や啓蒙をお願いしている。人工呼吸やLEDを使った救命訓練や自発的に職員が研修に参加している。オンラインで繋がっている総合警備を通しており、近隣はすぐ来てくれるところがある。	防災計画を作成し、年2回、利用者を含めた避難訓練や避難経路の確認、消火器の使い方などの研修を行っている。隣接する医療機関やオンラインでつながっている警備保障会社からの応援体制ができています。	
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	日々の関わりの中で、誇りやプライバシーを損ねないように、その対応を施設長や管理者が指導し、職員間で共有し、徹底するよう努めている。	利用者一人ひとりの人格を尊重し、個人情報の保護や言葉かけについて職員ミーティング等で話し合い、管理者を中心に、誇りやプライバシーを損ねない対応に努めている。	
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	入所者がそれぞれ普通に過ごせるように、日頃から一対一の対話を持ち、その中から、本音や能力を見つけることが出来るよう働きかけている。		
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	集団に馴染まない入所者には個別に対応して、孤立しないように関わり方に配慮している。時にはひとりになれる空間をつくるようにしている。		
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	能力的に服選びや更衣ができない利用者に対しては、職員が本人の好みと気分に合わせて、その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		
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	三食とも事業所で食事作りをしているので、入所者の能力に合わせ、形態を変えたり、嫌いなものであれば、好みのものに変更して、個別に提供している。作業能力に合わせて、テーブル拭きや下膳を入所者が行えるよう支援している。	栄養士を含めた調理担当の専属スタッフがおり、新鮮な野菜や旬の食材を使い、三食とも事業所でつくっている。利用者の健康状態や好みにあわせて、食事の形態や献立に配慮している。毎月、利用者と職員が一緒におやつ作りをするなど工夫して、食事が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	摂取量を毎回記録して、必要な食事量や水分量摂取できているかをみている。別献立でも経口摂取できるよう配慮している。		
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	職員が毎食後、入所者一人一人に応じた支援を行っている。(歯ブラシ、義歯洗浄、保管)		
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	日中、排泄チェック表を活用して、一人一人の排泄パターンを把握し、個々の状況に合わせた声かけ、見守りによる定時、随時のトイレ誘導(ポータブルトイレを含む)を行っている。	利用者の排泄パターンを把握し、時間を見取りながらさりげなく声かけや誘導をして、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	下剤や浣腸で習慣化しないようにできるだけ原因を探して、食事に個別対応をしている。施設内研修で便秘の原因や予防、対処について学ぶようにしている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴はリスクが大きいので、自由な時間や曜日には対応できない。ナースの配置や十分なスタッフの人数、医療機関が空いている時間などを優先している。入所者の体調やその日のADLには特に注意して、入浴の是非、入浴形態を考えている。	入浴は月、水、金曜日の週3回の午前中に、利用者の体調や気分、希望にそって支援している。入浴を嫌がる場合には声かけ等を工夫したり、清拭やシャワー浴等の支援をしている。	
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	日中の過ごし方を入所者の意見で選択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
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	入所者一人一人の服薬の目的や副作用、用法容量を理解するため、医師や薬剤師、看護師、介護士とで、情報を共有している。施設内で薬の内部研修を行い、より深く理解するよう努めている。		
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	集団レクリエーションと併用し、個々の趣味や能力に合わせた個別の支援を行っている。	水墨画、ギターでの歌教室、音楽療法、カルタ、ボール遊び、魚釣りゲームなどのレクリエーション、体操、アニマルセラピー、年4回のコーラス鑑賞など、楽しみごとや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に支援している	週一回、交替で外出(ドライブ、買い物、散歩)の機会を設けている。また、墓参り、法事、散髪など、ご家族の協力を得て、個別に外出できるよう支援している。	天気の良い日には、外気浴をしたり、近隣の散歩に出かけている。利用者一人ひとりの希望や状況に合わせて、ドライブ(普賢寺、室積海岸、笠戸島等)や花見(梅、アジサイ、ツツジ、バラ等)、初詣、家族に協力してもらっての外出、外泊等の支援をしている。	
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	入所者の希望に応じて、本人の能力を勘案した上で、千円～一万円程度所持したり、使えるよう支援している。		
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	入所者の能力に応じて、事前に家族の了解を得た上で、手紙や電話のやり取りができるよう支援している。(一部携帯電話所持者あり。)		

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	浴室に檜浴槽設置。中庭を中心とした設計で、開放的な窓と空間に合わせた照明を設置している。また、広いホールを数箇所の扉とカウンターで仕切っている。	中庭を配した開放的なリビングは自然な明るさがあり、生活感を感じる対面キッチンや、利用者の習字や手作り作品の壁面への展示など、家庭的な雰囲気でも過ごせるよう工夫している。利用者がゆっくりくつろげる畳コーナーやソファやイスも用意し居心地良い空間となっている。	
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	居室は全室個室により、プライバシーが保たれている。ホールには、数箇所のテーブル、畳スペース、ソファを設置し、面会時の家族とのふれあいや気の合う入所者同士のふれあいの場となっている。		
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	使い慣れた馴染みの家具や好みの物品の持ち込みに対し、柔軟に対応している。	ベッドは備え付けで、布団、衣類、タンス、テレビ、家族の写真や絵、本等使い慣れたものを持ち込み、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	施設内はバリアフリー対応になっており、廊下や洗面所、トイレ、浴室には手すりを設置している。厨房前のカウンターを二段にして、入所者が下膳できるように高さを設定している。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム 兼清

作成日：平成 24年 7月20 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	利用者の身体状況の変化に応じた個別の事故防止マニュアルを作成していく必要がある。事故発生時の対応を職員全員が理解しておく必要がある。	・利用者の身体状況の変化に応じて事故防止マニュアルを変更していく。 さまざまな事故に即した対応ができるように研修を行う。	・利用者一人ひとりの身体状況の理解 ・個別の事故防止マニュアルの見直し、変更 ・施設内研修にて、さまざまな事故対応別に研修を行っていく。 ・事故・ヒヤリハットの統計を取ったり、原因を考えていく機会を設ける。	3ヶ月
2	32	看護師、介護士との間で情報の共有ができていないことがある。	・看護・介護間で情報共有のため申し送りを毎日実施する。	・夜勤者は、夜間の状態を介護看護それぞれに伝える。 ・看護職は勤務時間内での情報をきちんと申し送りを行い、その後の対応を指示する。	1ヵ月
3	48	利用者の服用している薬は知っていても、その目的や副作用、用法、用量についてあまり理解できていない。	・利用者へ処方されている薬について、分からないことがあればかかりつけ医に聞くようにする。	・薬の内容についてわからないことがあればかかりつけ医に質問 ・かかりつけ医より聞いた情報は、職員全員が共有する。	3ヶ月
4	25	利用者一人ひとりの生活歴、暮らしを把握できていない。	・利用者一人ひとりの生活歴を知り、より良い関係性作りを行う。	・日頃から利用者との良好な関係性作りを行い、コミュニケーションを通じて、情報を収集する。 ・家族にも必要に応じて聞いてみる。	3ヶ月
5	28	ケアプランにそった介護の徹底	・職員が利用者の介護計画にそって介護し、見直しをする。	・モニタリング、担当者会議の継続 ・日々の変化を把握し理解する。	3ヶ月

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。