



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 | 1170600520 | | |
| 法人名 | 株式会社ウイズネット | | |
| 事業所名 | グループホーム みんなの家・春日部花積 | | |
| 所在地 | 埼玉県春日部市花積108-5 | | |
| 自己評価作成日 | 平成30年10月28日 | 評価結果市町村受理日 | |

※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 | |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社ケアシステムズ | | |
| 所在地 | 千代田区五番町12-7ドミール五番町2-34 | | |
| 訪問調査日 | 平成30年11月3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)】

現在空室は2部屋になります。健康状態については往診医師、訪問看護師、訪問歯科医療とも情報を共有しております。訪問医師については、月1回の総合往診の他、18回の個別往診訪問がある為、健康状態の変化に細かく対応出来、臨時診療にも対応しております。御入居者様の人格と、御意志を尊重し、ご家族様をご安心して頂ける様に努力しております。新入居の方については、全職員で情報を共有し、ご家族様との連絡を密にしてご信頼を得るべく努めております。

【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)】

ホーム長が着任し日も浅いことから、組織一丸となってホーム作りに取り組んでいる最中である。特に前年度の外部評価の指摘事項などは職員会議において検討し、具体的な改善策を設けている。
利用者家族とのコミュニケーションを図ることに注力しており、面会時の声かけをはじめ、毎月家族宛に郵送している「一言通信」で近況を伝えることにしている。また、利用者が地域で生活している実感を持ってもらえるように、地域の社会資源の活用や地域住民との関わりを大切にすることを心がけている。

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 | 地域密着型サービスの意義を職員会議等で話し合い、地域に根差した生活が出来るよう理念(事業所目標)を作成し実施している。スタッフルーム内に掲示する事で共有し実践している。 | 事業所としての運営目標を掲げることにしており、職員会議などを通じて話し合い周知に努めている。また、法人理念を補完する内容にまとめることにしている。 | |
| 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 | 自治会に入っており、近所の方が会報等を届けて下さっている。外気浴や散歩の際に挨拶を心掛け、良い関係が築けるよう努めている。 | 自治会は発足したばかりであり、会費も決まっていない状態であったが、発足当初より関わり連携を図ることに力を入れている。ホームの防災訓練にも参加を促して、協働体制の構築に取り組んでいる。 | |
| 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 | 日常の様子や支援内容を会社のブログに載せ、家族や地域の方々に向けて発信している。 | | |
| 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 | 地域運営推進会議ではホームの現状を報告する事で理解、協力を求めると共に、参加された方から意見、要望を受け、サービスの向上に努めている。 | 運営推進会議はルールに沿って2か月毎に開催している。内容としてはホームの運営状況や利用者の過ごし方が中心になっている。地域包括支援センターの職員の参加も仰いでいる。 | 運営推進会議において、利用者に戻元できる地域情報などを収集することも検討されたい。 |
| 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 | 市町村担当者にも地域運営推進会議に参加して頂き、事業所の実情やケアサービスの取り組みを伝えている。職員、利用者、家族との交流を図り協力関係を築けるよう取り組んでいる。 | 空き情報については毎月ホームより保険者に報告しており、日頃から連携が図れるようにしている。また、実際の問い合わせは、ホームページや利用者家族など様々になっている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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 | 職員会議で身体拘束について話し合い、正しく理解をした上で、身体拘束や言葉の拘束をしないケアを実践している。 | 身体拘束に関する指針を設け、職員会議で話し合い、基本的には身体拘束「ゼロ」を掲げている。また、利用者の心身状況を詳しく把握することに力を入れている。 | 身体拘束しないケアの実践に取り組んでいることは、ホーム見学からも確認できている。さらに、会議録の管理や分かりやすい記載が必要とされる。 |
| 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 | 拘束廃止委員会を設置し、問題提起し職員会議で話し合いをすることで、理解浸透に向けた取り組みを行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 現在、後見人制度を利用されている方がおり、後見人と連絡、連携を取り支援している。会議等で職員にも報告し後見人制度について実践しながら学ぶ機会を持っている | | |
| 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、解約時に十分説明を行い、不安や疑問の解消に努めている。経費等の契約改正をする場合はその精算根拠の説明を行い、理解、納得を図っている。 | | |
| 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 | 苦情窓口や意見箱の設置により、利用者、家族の意見を把握し迅速に対応している。また、月1回介護相談員の訪問があり、利用者が外部者に表せる機会を設け運営に反映している。 | 利用者からは日常的な関わりや月1回の介護相談員の訪問によって把握し、家族からは面会、運営推進会議、ケアカンファレンスなどを通じて意向や要望を把握している。 | 利用者や家族から把握した意向や要望を、さらに詳しく記録することも必要とされる。 |
| 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 | 日頃からコミュニケーションを図り、気軽に意見や提案が言い易い環境作りを心掛けている。職員会議で話し合いの場を設け反映させている。内容は会議録を作成し、確認後押印をし、共有している。 | 職員会議を月1回開催していることや、職員間の情報共有方法として「申し送りノート」をフロアごとに設けている。 | 職員会議の議事録、申し送りノートの記載内容についても、「何をどのように記録し共有するか」の視点で整理されたい。 |
| 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 | 職員の資格修得に向けた支援を会社がバックアップしている。資格修得後は本人の意向を重視し、やりがいや向上心を持って働けるよう、環境の整備に努めている。 | | |
| 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 | 希望者は本社での研修に参加し、働きながら学習できる機会を作り、トレーニングしていくことを進めている。 | | |
| 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 | 市のグループホーム連絡会等に参加し交流、情報交換をすることでサービスの質の向上に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 事前面談で今までの生活歴や状況を把握するように努めている。本人が困っている事、不安な事に耳を傾け、また、普段の様子から不安を察して受け止めていく事で、信頼関係が築けるよう努めている。 | | |
| 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 | これまでの家族の苦労や不安、サービス状況、経緯についてゆっくり耳を傾けながら聞くよう心掛けている。不安や要望の相談に乗り、より良い信頼関係が築けるように努めている。 | | |
| 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 | 可能な限りその時必要な支援を見極め、柔軟に対応している。他サービスの必要性がある場合は我が社の他事業所の紹介や地域包括支援センターに繋げている。 | | |
| 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 | 本人の思いや、認知症による根本にある苦しみ、不安、喜びなどを知ることに努め、共に過ごす中でその人の心に寄り添い、支え合う関係を築いている。 | | |
| 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 | 本人と家族の絆を大切にしながら、職員と家族が相談し、共に本人を支えていく協力関係を築けるよう努めている。ご家族の負担が大きくなり過ぎない様、配慮し働きかけている。 | | |
| 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 | 家族を通して本人がこれまで大切にしてきた馴染みの知人、友人との交流が途切れないよう支援に努めている。 | 知人からの面会や問い合わせは、入居時に確認するとともに、外部からの問い合わせや訪問については家族に確認してから許可することになっている。その際には事後報告にならないように配慮している。 | 面会者によって「面会可か不可」を職員間で共有する仕組みを明確にすることが望まれる。 |
| 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 | 利用者同士の関係を把握し、気の合う者同士で過ごせるよう配慮している。また、一人ひとりが孤立しないよう職員が調整役になり、皆で楽しく過ごせ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 | 現在、契約終了後の相談や支援の希望はないが必要があれば対応に努めて行きたい。 | | |
| 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 | 日々の関わりの中で声かけし、表情や言動から希望や意向の把握に努めている。意思疎通の困難な方は、家族や関係者から情報を得て、本人本位に検討している。 | ケアプラン作成時には、家族と連携して利用者に意向を確認する仕組みが整っている。利用者に対しては日々の状況を職員がアセスメントして思いをくみ取り、家族からも意向を把握している。 | |
| 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 | 事前調査で得たこれまでのサービスの経過や生活歴を把握し、本人との会話の中や家族の面会時に少しずつ情報を収集し、状況の把握、理解に努めている。 | | |
| 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 | 日々の小さな変化や言動に注意、注目し現状の把握に努め、申し送りや職員会議、フロア会議等で情報を共有している。 | | |
| 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 | 利用者が自分らしく暮らせるよう、本人や家族の意向を聞き職員会議やフロア会議でアセスメント、カンファレンス、モニタリングを行い、連携ナースや歯科衛生士等の関係者とも話し合い介護計画を作成している。 | ケアプラン、アセスメントは6か月毎・モニタリングは3か月毎に適切に行われている。モニタリングの総括にはケアプランの達成状況を記載し、見直しにつなげている。また、「できることに着目」した計画書作りに努めている。 | |
| 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 | 状態の変化がある場合は詳細を記録し、職員間での情報の共有を徹底している。介護計画を生活記録に反映させ、実践や見直しに活かしている。 | | |
| 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 | 職員は利用者や家族の要望に応じられるよう心掛け、散歩や外気浴を希望時には実施できる様取り組んでいる。また、急な通院介助等が必要な場合は柔軟な対応を心掛けている。 | | |

| 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 |
| 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 | 年2回の避難訓練では消防署の協力を得ている。月1回の介護相談員の訪問、近隣の教会との交流、ボラアンティアの訪問により、地域との繋がりを通して安全で安心な暮らしを支援している。 | | |
| 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 | 受診時に経過を報告する事で、利用者のかかりつけ医と連携、協力が得られるよう努めている。また、ホームの連携医との関係も築けており異変時には相談、指示をもらい適切な医療を受けられるよう支援している。 | 内科医の定期的な往診があり、医療連絡用カルテや看護師との連絡記録などによって適切に管理されている。また、体調不良時には、医師とホームが連携し、都度適切な指示が医師から得られる仕組みが整っている。 | |
| 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 | 医療連携体制加算訪問看護の看護師が週に1度訪問し日頃の健康管理や医療面での相談、助言、対応を行っている。日々の生活の中での変化や気づきを看護師に伝え連携を取り支援している。 | | |
| 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。 | 入院時にはホームでの生活の様子や支援方法等の情報を医療機関に伝えている。できる限り見舞うようにして本人の不安の軽減に努めている。また、ご家族とも連絡をとり状態の確認や退院に向けての相談を行っている。 | | |
| 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 | 重度化や終末期が予想される場合、早い段階で職員全員で支援方法を検討し、家族と相談、説明をしながら方針を決め、共有し支援に取り組んでいる。 | 利用開始時にはホームで生活できる基本的な範囲(共同生活が可能であることや常時の医療行為が無いこと)を説明し、理解の上入居してもらっている。また、ホームでは家族に意向によっては終末期の対応(看取り介護)を実施している。 | |
| 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 | 緊急時対応マニュアルを作成し、職員会議等で緊急時の対応について話し合いをしている。年に数回、対応の確認を行い緊急時にも迅速に対応できるよう備えている。 | | |
| 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 | 年二回消防署の協力を得て避難訓練を実施し、消防署、設備会社担当者にも参加して頂き、避難方法の相談やアドバイスをもらい活かしている。 | 年間の防災計画を作成しており、年2回防災訓練をしている。訓練は自治会にも参加を呼びかけ、地域防災につなげることを目指している。また消火器などの防災備品は整っている。 | |

| 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 |
| 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 | 利用者への言葉かけや対応は尊敬の念を持って行うよう職員に指導している。認知症により理解力や見当識の低下があっても、安心して誇りを持って生活出来るよう、言葉かけや伝え方も重視し、指導している。 | 利用開始時には利用者の状況を把握することに努めている。職員会議の中では、利用者の話に耳を傾けることや呼び名について考えを話し合っている。また、会話をするときには表情を把握することを大切にしている。 | |
| 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 | 本人の意見、考え、希望を尊重し、実現できるよう心掛けている。言葉でうまく表出来ない方には、行動や表情から察知し希望に添うように対応している。 | | |
| 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、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 | ホームのタイムスケジュールはあるが、その人らしい生活が出来るよう、一人ひとりの体調や希望に配慮し支援している。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1回カットボランティアが訪問し、希望者は散髪を行っている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの力に合わせて食事形態や食器、配置を工夫している。職員は利用者の隣に座り会話を楽しみながら食事をしている。家事の得意な方には食器拭きを手伝って頂いている。 | 食事作りについては基本的に外注している。日常を大事にしてほしいという考えから片付けなどはやってもらっている。また、常食以外の刻み食やミキサー食なども対応して、適切に喫食できるようにしている。 | |
| 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 | 食事量や水分摂取量を生活記録、チェック表に記録をしている。職員間で情報を共有し、摂取量の少ない方には体調を観察し、無理のないよう配慮しつつ促している。 | | |
| 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 | 毎食後の歯磨きは声かけや誘導を行い、個々の力に応じて見守りをしたり、介助を行っている。歯科衛生士からアドバイスを受け清潔保持に努めている。また週3回は入れ歯洗浄剤で洗浄し、清潔を保っている。 | | |

| 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 | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけや案内をする事でトイレでの排泄を促している。個々の様子に注意しトイレへ行きたいサインを察知し素早く案内する事で、排泄の自立支援に努めている。 | 排泄チェック表で把握した排泄パターンをもとに、個別排泄支援を原則としている。またできる限り自然な排泄を促すことをにも対応している。トイレ内の棚には個別に排泄用品を準備している。 | |
| 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 | 飲水を促し便秘予防に努めている。また毎日ラジオ体操をし体を動かす機会を設けている。個々に応じてご家族からの差し入れのヤクルトをお出ししたりし対応している。 | | |
| 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 | 曜日を決めず、一人ひとりの体調や希望に合わせて支援をしている。入浴拒否のある方は無理強いせず、気分の良さそうな時にお誘いをし気持ち良く入浴できるよう努めている。 | 週2回以上の入浴を原則として支援している。入浴拒否が見受けられた際には、担当者や時間帯などを変更してできる限り入浴してもらうようにしている。石鹸やシャンプーなどは、個人の嗜好を取り入れて対応している。 | |
| 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 | 夜間安眠できるよう日中の活動時間の重要性を理解しレクリエーション等にお誘いしている。個々の病気や体調を把握し、日中の適度な休息も大切にしている。 | | |
| 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 | 薬剤師の指導、服薬管理で職員が把握、確認をしている。薬の処方や用量が変更になり、状況の変化が見られる時は、連絡ノートに詳細を記入し情報を共有している。 | | |
| 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 | 簡単な家事を手伝って頂く事で、やりがいを感じ、さらに自分の居場所を感じて頂けるように支援している。その方にあつた得意な事、役割を見つけ、やりがいや楽しみを感じられるようにしている。 | | |
| 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 | 天気のいい日に職員と外気浴や散歩に出掛けている。出来るだけ希望時に対応出来るように心掛けている。普段行けない場所でもご家族が外出支援をして下さっている。また、外出時の注意点や最近の変化をご家族にお伝えしている。 | 職員と一緒に散歩したり、ホームの周りを歩いてもらったりしている。通院にも対応している。さらに、家族との外出は注意点や最近の変化を伝え制限なく対応している。 | 日常的な外出支援が不定期になっていくことが懸念される。年間を通じてスケジュール化するなど具体的な計画を策定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 |
| 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 | 家族から預かったお金を、ホームと本社で管理、保管している。利用者の管理能力や希望に応じてお金を所持している方もいる。職員は自己管理の大切さを理解し支援している。 | | |
| 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 | ご本人が不安な時、家族へ電話をしたいと訴えられた際には直接やり取りができるよう支援している。 | | |
| 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 | 季節に合った掲示物を展示し、季節の移り変わりを感じられるようにしている。照明等の調整、テレビの音や職員の会話のトーンに注意し、落ちついた雰囲気与生活出来るよう配慮し、居心地良く過ごせるよう工夫している。 | ホーム内の見学を行った際にも、安全な環境が整っていることは確認できている。運営基準に沿った適切なスペースや環境が維持されている様子が確認できている。 | 共有スペースなどの各種の物品の保管状況をはじめ清潔確保などはさらに検証されたい。また、行事やイベントの写真、利用者の作品、季節が感じられる装飾などの雰囲気作りも望まれる。 |
| 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 | フロアの椅子以外にも畳みスペースや廊下に椅子を置き、他者を感じながらも一人で過ごせる場所が確保できるよう工夫している。 | | |
| 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 | 本人、家族と相談しながら、慣れ親しんだ調度品や写真を置き、本人の居心地良く過ごせるよう工夫をしている。 | 居室内については、安全や衛生面にも配慮され、利用者一人ひとりがその人らしく生活できるような環境作りに取り組んでいる。家族の写真や自分の趣味活動の作品を飾ったりして、温かい居室作りに取り組んでいる。 | |
| 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 | トイレは大きな文字と絵で分かりやすいように表示し迷わないよう工夫をしている。危険がある場所には扉に鈴を付け、職員が素早く対応出来るようにしている。 | | |

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 | 6, 10, 11 | 運営に関する、利用者、家族、職員の意見をもっと求めたい。 | 運営推進会議への家族、地域の方の参加人数を増やす。 | 運営推進会議録を家族、地域の方へ送付する。会議録の管理、整理。記録の記載方法。各種記録、伝達事項の徹底。情報の共有などを図っていく。 | 12ヶ月 |
| 2 | 49 | 日常的な外出支援や、イベントの外出が職員の員数により、ままならない時がある。 | 毎日の散歩。1ヶ月に一回以上のイベント外出。 | 職員数の増員。車両の手配。 | 12ヶ月 |
| 3 | 52 | 地域とのつながりをもっと密接にしたいと考えております。 | 防災訓練等への参加。施設の避難訓練等へ地域の方々の参加を頂きたい。 | オレンジカフェを開催したい。地域の方にもお越しいただきたい。その他イベントを開催して地域の方々にも参加頂く様にしたい。 | 12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、行を挿入してください。