

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 | 4271401467 | | |
| 法人名 | 口加メデイカルサービス サービス | | |
| 事業所名 | グループホーム たちばな | | |
| 所在地 | 長崎県南島原市加津佐町己2151-5 | | |
| 自己評価作成日 | 平成21年11月25日 | 評価結果市町村受理日 | 平成 22年 1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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 福祉サービス評価機構 | | |
| 所在地 | 福岡市博多区博多駅南4-2-10 南近代ビル5F | | |
| 訪問調査日 | 平成21年12月15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>入居者様の意思を尊重し、出来る限りその日その時したいことを自由にしていただけるよう心がけています。</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>平成14年の開設時の立ち上げから関わっている職員が多く、開設以来、職員の離職はほとんどない。ご本人が安心できるように、“とことん”寄り添い、“とことん”付き添う精神を管理者は大切にきてきており、開設から7年、その思いは着実に職員にも受け継がれてきている。ご本人の不安な思いをよく観察し、支援のあり方や取り組み方法を職員全員で話し合ってきた。部屋の窓から外を眺めておられるご利用者の様子(背中)から、ご利用者の家族を思うお気持ちを感じ取り、さりげない声かけを行うなど、職員のご利用者を思う気持ちやお気持ちを察する力は更に深くなってきている。今回の自己評価の中でも、項目全般に渡って更なる取り組みの必要性を自己評価されており、現状に満足しない姿勢も伺えた。「家族ではないけれど、家族の代わりにはなれる・・・」「介護の仕事が好き」と、職員の方が明るく話して下さい、馴染みの職員が結束し、職員一人一人の力(役割)を発揮しながら、「健康で明るい自分らしい生活の支援を」続けているホームであった。</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、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

| 自己 | 外部 | 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 | グループホーム独自に、家庭的な環境、地域を重視しその人がその人らしく地域のなかで日々暮らし続けることを目標に理念をつくり、支援している | 法人の理念にある、『地域における役割と責務の遂行に努めます』に基づき、ホーム開設時に、「健康で明るい、自分らしい生活の支援をいたします」という理念を職員全員で考えられた。ご利用者一人ひとりの思いを把握し、一日の流れにおいて、ご利用者のしたいことを極力妨げないような支援を心がけている。 | ご利用者の選択肢が増えるような環境を整えることができると考えているユニットもある。新しい管理者体制のもとで、職員の持っている力を発揮してもらい、更なるアイデアを出し合っていく予定である。 |
| 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 | 自治会の一員として地域の祭り等に参加している。隣近所の方が犬の散歩の途中、気軽に立ち寄り花壇のお世話をしてくれる人もいる。 | 町内会に加入し、年度会議や草取り、空き缶拾い等に職員が参加している。町内の神社のお祭りやお神輿見物、町内ふれあい祭に参加したり、散歩を兼ねて隣人宅の花の温室等を見学させて頂いている。地域の方から、麦の穂や雑巾など差し入れて頂いている。 | 地域行事には参加しているが、ホーム行事に地域の方が参加する機会は少ない。他の関連施設にて保育園児との交流はあるが、当施設と直接の交流がなく、グループホームを知ってもらう為にも努力していきたいと考えられている。 |
| 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 | できていない | | |
| 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 | 推進会議で話し合いそこでの意見をサービス向上に活かしている | 市の担当者、ご利用者ご家族、自治会代表に参加して頂いている。会議では、現状報告や外部評価の結果報告等を行っている。参加者より、「意見箱を置いては」とのご意見を頂き意見箱が設置されたり、介護職員処遇改善交付金について、市の担当者に詳細を調べて頂くなど、サービス向上に向けた話し合いが行われている。 | 外部評価の意味を、今一度、職員や推進会議出席者等に理解してもらい、項目についての意見交換を行っていきたくと考えている。ご利用者の参加と共にホームの雰囲気を見て頂くために、お茶会の場などを設定されてみてはいかがだろうか。 |
| 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 | できていない | 市の担当者に運営推進会議に参加して頂き、意見交換を図っている。提出書類等の内容等について、わからないことを相談した時など、わざわざ調べて下さり、後からファックスを頂くなど親切に対応して下さい。近隣の学校では職場体験学習が行われており、生徒の受け入れも行っている。 | |
| 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 | すべての職員が身体拘束をしないケアに取り組んでいるが、玄関前の国道の交通量が多く危険なため自動ドアの電源をオン、オフにすることがある。 | ホーム前の車の往来が頻繁で危険なため、玄関の施錠についての現状とリスクについて話し合いが行われた。その結果、自動ドアの電源を状況によって「オフ」にすることを説明してご家族にも許可を頂いた。また、職員が言葉による身体拘束や抑制を行わなかったか用紙に記入し反省をすることで、意識の向上を図っている。 | ご利用者の様子を見ながら、「暗くなったから明日にしましょうか」など声かけを行い、お茶を出したりして気分転換を図る対応を行っている。現状の人員数で、玄関付近の効率的な安全確認、見守りを行う事で、昼間の施錠を全くしないですむようにできないか検討している。 |
| 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 | 高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会が少ないが、虐待はしない、させない、家族からの虐待も見過ごすことのないよう注意を払い、防止に努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 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 | 管理者は研修に参加し、必要時活用できるくらいは理解しているが職員は学ぶ機会が少ないうえに職員を指導するほどの力は管理者にはない | | |
| 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 | 入居前、入居時に説明し理解してもらうよう努めている | | |
| 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 | 面談時に意見、要望等聴くようにしている。 | 開設以来、ご家族とも長年のお付き合いとなっており、ご家族の来訪時にお話を伺い、管理者が個別に相談を受けている。ご家族よりリハビリに対する要望を頂き、通所リハのPTに相談して手浴マッサージ等を実施することとなった。玄関にはご意見箱を用意し、意見を書いて下さるよう声かけしている。 | ご家族が気兼ねなく職員に対して意見や要望を言える環境を作る為、入り口にご意見箱を設置しているが活用は少ない。写真入りのお手紙を作成してご家族に送る予定で、会話のきっかけ作りをして要望を伺ってきたい。 (外部評価9も同様) |
| 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、朝礼等で職員の意見を聞く機会を設け意見、提案を反映するように努めている。 | 申し送りノート、意見箱を活用して、職員からの意見を集めミーティング等で話し合っている。ミーティングで決定したことは実際の業務の中で実施してみて、更に意見を集めている。ご利用者に楽しんで頂きたいと、年間行事や忘年会等については、職員からの活発な意見やアイデアが盛り込まれた内容となっている。 | 一日の業務に追われ、業務内容の見直しがなかなかできないと感じている。開設時からの職員も多く、職員に役割分担をすることで、業務の見直しや企画など責任を持って実行して頂いてはいかがであろうか。職員の力の発揮にもつながるのではないかと考えられる。 |
| 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 | できていない | | |
| 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 | 法人内や他事業所の勉強会等に参加している。参加した職員はミーティングでの報告、伝達講習会を開催し職員間の情報の共有に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 地区のケアネット主催の勉強会に参加し他のグループホームや病院等関連事業所との交流も行っている | | |

| 自己 | 外部 | 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 | 入居時できるだけ本人の不安解消できるように関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 入居時、家族等の要望をきくようにしている | | |
| 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 | できていない | | |
| 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 | 職員も利用者も長く生活を共にして良い関係ができています | | |
| 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 | 職員は日常的に家族と会話して、その悩み等聴くことのできる関係を築き本人を支えていけるよう努めている | | |
| 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 | できていない | ご利用者の馴染みのお寺の住職様が、毎月お経を唱えられる為に来られている。ホーム備え付けの電話機にて、知人や親類様に電話をかけたたり、実家に大きな木蓮の木があり、その花を職員と共に見物に行くなどの支援が行われている。 | 最近はホーム側から手紙を書くという事をしていない。馴染みの関係の継続のためにも、ご利用者に勧めてみるのも良いのではないかと考えている。 |
| 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 | 仲の良い利用者同士、仲の良くない同士等その関係を把握し支援している | | |

| 自己 | 外部 | 自己評価 | | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 実践状況 | 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 | 入居者が退去されても人間同士の付き合いは続け、いつでも相談、支援できるよう努めている | | |
| 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 | 毎日の生活のなかで気づくときがあり、本人本位に支援してはいるが、まだ不十分 | ご入居前に生活歴、家族関係、趣味や好き嫌い等の情報をできるだけ伺い、ご利用者が望む支援と照らし合わせながらその方に適した支援を行っている。現在の状態をよく観察し、状況を収集・分析し、支援や取り組み方法を話し合っている。外を眺めておられる様子から、ご利用者の寂しいお気持ちを汲み取る努力をしている。 | 面会時等に情報収集するように努めているが、ご家族の時間的都合もあり、難しい状況もある。ご家族との会話による情報収集が不足していると感じており、話し合いができる取り組みを意識して行っていく予定である。 |
| 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 | 生活歴、馴染みの暮らし、環境、経過等の把握に努めているがまだ不十分 | | |
| 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 | 一人ひとりの現状の把握に努め、ノートに記載し申し送っている。開設してから今までそのノートが10冊くらいになっている。 | | |
| 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 | 面会時にご家族と話し合い、本人ご家族の要望を聴き介護計画を作成するよう努めている | アセスメントを基に計画作成者が原案を作成し、ご利用者、ご家族のご意見を基に、担当者を中心として職員全員で話し合いながら作成し、見直しをしている。入浴を好まれないご利用者に、ご家族と協力した積極的な声かけを行い、足浴による爽快感の呼び起こしを計画に盛り込み、入浴意欲を持ってもらうような支援も行われた。 | 地域との連携について、介護計画に盛り込んでいくことが必要だと考えている。実際に行われているケアも多く、その内容を少しずつ計画に書き込まれていくことを期待していきたい。 |
| 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 | 利用者に担当者がついて日々のケアが現状に即しているか、職員間で情報を共有できるように個別に記録し介護計画に活かせるように努めている。 | | |
| 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 | できていない | | |

| 自己 | 外部 | | 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 | できていない | | |
| 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 | 本人、ご家族の希望を大切にしかかりつけ医に受診できるよう支援している | 緊急な場合はすぐに電話連絡を行うが、定期的な受診で問題がない場合は、次回面会時にお話するように取り決めている。一方のユニットでは、即日電話報告か後日面会時に報告するか選んで頂いており、他方のユニットでは、協力医療機関以外の通院介助も行われ、3名の方のリハビリ通院の介助も行われている。 | |
| 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 | 健康管理表に記載し日常の変化を訪問看護師に相談し適切な受診等受けられるよう支援している | | |
| 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、見知らぬ場所で心細い思いをされないよう、頻りに病院に行くように心がけ病院関係者との相談がいつでもできる関係づくりを行っている | | |
| 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 | 基本的には、重度化、終末期も支援するように考えてはいるが、早い段階から話し合いは行っていない。入居時に看取り支援の説明は行うが必要になったときに話し合いたいと考えている。 | 「看取りに関する指針」を作成し、終末期にむけて不安を取り除くケアができるよう、ご家族に「指針」を説明し同意して頂いている。条件が許せば終末期も支援したいと思っている。重度化した方がいないこともあり、重度化した場合には、医師からの説明後、ご家族、ご本人の希望を聞いていきたいと考えている。 | 「ここで(ホーム)最期まで…」と話されるご利用者もおられる。職員間で、今一度終末期のケアについて考え、理解することの必要性を感じている。また、看取りに関する指針を説明しているが、全員のご利用者、ご家族と話し合い、意向の確認をしていきたいと考えられている。 |
| 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 | 消防署主催の普通救命士の講習にも行き急変時に対応できる実践力を身につけたいと思うがすべての職員ではない | | |
| 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 | ミーティングや朝礼のときなど、通報装置の使い方、避難場所の確認等を話し合い利用者が避難できる方法を身につけるよう努め、地域との協力体制を築けるよう町内の集まりなどで話をしている。 | 年1回、消防署の職員に協力して頂き、屋間を想定した避難訓練や随時、火災通報装置の使い方の再確認や避難場所の確認を行っている。隣近所の住民の方には、当日に訓練がある旨をお伝えしているとともに、火災時には通報して頂けるようお願いしている。 | 避難訓練で混乱されたご利用者がおられた。落ち着いた対応ができるようにするために、避難訓練の回数を増やし、ミーティングの中で災害を想定した話し合いを行ってきたい。また、職員の避難誘導手順についての再確認等も必要と感じている。 |

| 自己 | 外部 | 自己評価 | | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 実践状況 | 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 | 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対応、声掛けに努めている。馴染みの生活のなかで、お互い馴れ合いになってはいないか、気になることもある | 排泄介助を行うときも、羞恥心に配慮しながらご利用者の気持ちになり「見ないようにしますからね」など、声かけを行っている。また、個人情報に関する話しをする時も、他のご利用者に聞こえないよう配慮している。全職員が情報漏洩をしないなど、人権意識の徹底ができています。 | |
| 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 | 自己決定の場面、働きかけも少ないように思う | | |
| 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 | 職員側の決まりなどなく利用者のペースを大切に支援をしている、その方の希望にそって努力している。 | | |
| 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 | 朝とか入浴前の衣類の準備の際本人に声掛け、その日の服を選ぶようにするなどおしゃれを楽しめるように支援している | | |
| 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 | 準備を手伝う方、後片付けを手伝うかた食器洗う方、等役割が決まってしまったようなかんじではあるが、できることをしてもらおうよう支援している。 | 諏訪の池へお弁当を持って出かけ、現地で味噌汁を作って食べたり、ツツをむいたり、採りに行ったりと季節を感じる工夫をしている。忘年会等の施設行事では、お鍋を囲んで楽しいひと時を過ごして頂いている。家庭菜園を活用したり、マンネリ化しない“おやつ作り”の工夫も行われている。 | 食材に関しては業者からの納入形式である。時には、ご利用者と一緒に買い物に出かけることで楽しみも増え、地域の方々との交流もできるのではないかと考えている。今後も、検討していく予定である。 |
| 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 | 食べる量は毎日その摂取量をノートに記載し健康管理の目安にしている。水分はいつでもお茶を出しテレビを楽しみながら飲めるよう支援している。 | | |
| 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 | 本人の力に応じた口腔ケアをしている。 | | |

| 自己 | 外部 | | 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 | 一人ひとりの力、排泄パターンにあわせ支援をしている。できないところ、できないときに支援するが基本姿勢で自立支援に努めている。 | 一人ひとりの排泄感覚を把握し、できるだけトイレで排泄して頂けるよう支援している。排泄状況を記録に残し、排便の周期を見極め、失禁される前にお声かけを行っている。トイレ誘導することで失禁回数を減らすよう努力している。一部のご利用者では異性の職員の対応を嫌がられる為、同性職員にて対応している。 | 失禁時の声かけのタイミングなど、職員間で検討を行っているが、失禁軽減の為の情報収集と話し合いを今後も行っていきたいと考えられている。 |
| 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 | 飲食物の工夫もしているが、個々に応じた下剤を使用しコントロールしている方もいる。 | | |
| 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 | 入浴時間等決められたものはあるが、できるだけ個々の希望にそったよう支援している | 月・水・金と火・木・土の2種パターン(午前)から選択できるようにしているが、希望により変更も可能となっている。予定外のリハビリの日の入浴希望にも対応している。入浴を好まれないご利用者には声かけを工夫したり、足浴を実施しお湯の気持ち良さを実感して頂き、浴室へ誘導するなどの工夫も行われている。 | |
| 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 | 一人ひとり好きな時間に昼寝したり、テレビの前でうとうとしたり生活のなかでその方の習慣を大事にしている。夜、寝る時間、朝、起きる時間も本人のペースにあわせ支援している。 | | |
| 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 | ほとんどの職員が理解している分からないとき等訪問看護師に相談している | | |
| 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 | 役割を楽しみながら過ごしている利用者もいるが、全ての、利用者が張り合いや喜びのある日々を過ごせているか、自信がないが、気分転換できるよう支援している | | |
| 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 | 家族との外出、買い物、散歩など近場の外出は支援できている。地域の人々との協力での外出は支援できていない。 | 毎年初詣に橘神社へ出かけたり、季節に合わせて花見や市内の商業施設や衣料品店へ外出している。お天気の良い日は、外で日向ぼっこをしたり、夜のドライブなども実施されている。 | 人員の関係で、以前に比べ外出する回数が少なくなっている。ご利用者の外出に対する希望に添った支援ができるように、取り組んでいく予定である。 |

| 自己 | 外部 | 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 | 現金を持って自分で買い物したり支払いは職員がしたりと能力に合わせて支援している | | |
| 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 | 電話されるときなど支援している | | |
| 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 | 気の合う利用者同士が気軽に話しができるようにソファを配置するなど配慮している。トイレのドアがカーテンになっていることがプライバシーを侵すのではないかとという問題もある | 季節に合わせて冷暖房器具にて温度調整を行い、快適に過ごして頂いている。ダウンライトが「明るすぎて睡眠できない」とのご意見があり、光量の少ない足元の安全が確保できるライトが導入された。トイレの入り口が、男性用と女性用が同じであるが、お互いのご利用者が声かけをしながら上手に利用されている。将来的には、ご利用者の状況に合わせてリフォームも検討している。 | |
| 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 | 入居も長くなり自分の過ごしやすい場所で思い思いに過ごされている | | |
| 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、家族の意向を尊重し、協力しながら居心地の良い居室作りを支援している。利用者は使い慣れた家具、布団等自宅から持ち込んでいる。 | 仏壇、タンス、テレビ、ぬいぐるみ、冷蔵庫、電気治療器、イスなど使い慣れた物を持参して頂いている。ホームの裏手には畑や山があり、居室のベランダから外の景色を眺められている方もおられる。居室で快適に過ごせるよう、担当職員が掃除を行っているが、居室や廊下の掃除など手伝って下さるご利用者もおられる。 | |
| 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 | 工夫できていない | | |

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 | (8) | お便りは出している(夏祭りの案内等)が毎月の状況報告は最近お休みしている、毎月状況報告書を出す | 毎月10日に出せるよう準備する。 | 22年1月から出し始めた。 | 0 ヶ月 |
| 2 | (10) | 介護計画のなかに地域との連携を盛り込んでいく | 暖かくなったらもっと地域と連携したケアを予定している。 | 行っているケアを介護計画のなかに言葉にして書き込む。 | 3 ヶ月 |
| 3 | (12) | 重度化、終末期も支援したいと思っているが、家族、ご本人への説明不足、話し合い、今後の意向の確認が必要 | 利用者、及び家族の終末期をどこで過ごしたいか確認のための話し合いをする。 | 面会時ケアプランの説明する時等、機会をつくり説明のしなおしをする。 | 6 ヶ月 |
| 4 | (15) | 食事を楽しむことのできる支援 | おやつを買いに出かける | 暖かくなったら、おやつ、日用品等を買うために出かける。 | 3 ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |