

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 | 1691700148 | | |
| 法人名 | 東京堂 株式会社 | | |
| 事業所名 | 共生型グループホーム 華のれん | | |
| 所在地 | 富山県下新川郡入善町入膳4716-5 | | |
| 自己評価作成日 | 平成29年2月15日 | 評価結果市町村受理日 | 平成29年3月24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 | 一般社団法人 富山県介護福祉士会 | | |
| 所在地 | 939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階 | | |
| 訪問調査日 | 平成29年3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)】

「一人ひとりの持っている力を最大限に発揮しよう!」の理念の下、全職員が利用者さんの持っている力を活用しながら日々の暮らしの営みを共有し、お互いの役割を持ちながら生活をしていただきます。季節ごとの壁画作りにも意欲的に参加され、毎月のボランティア来所時に発表会等を行っています。何事にも全利用者、全職員が日々の共有をし、楽しい環境作りにチャレンジしています。

【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)】

理念に掲げた一人ひとりの持っている力を最大限に発揮するため、利用者のできる役割を見つけ、生き生きと生活できるようアセスメントに力点を置き取り組んでいる。味噌汁の味見、カーテンの開け閉めなど、それぞれの役割として取り組むことが、利用者のモチベーションを高め、自分らしさに繋がっている。さらに、職員は介護記録に日々の生活状況をありのままに記録し、記録をもとに毎月のカンファレンスで検討し、思い・希望する暮らし方の把握に努め支援に反映している。ホーム所在地が代表者の生まれ育った地区で、地域住民の協力を得やすい環境が整い、地域の畑での野菜作りや地域行事の参加に活かされている。また、より良いケアに向けて、職員は自己評価やセルフチェックで振り返り、尊厳あるケアに努めている。代表者は障害者、高齢者の関わりを地域に発信しながら、地域と共に高齢者、障害者の認識を深めていきたいという思いがあり、地域における共同生活の場として共生型グループホームになっている。

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 (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、生き生きと働けている (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、安心して暮らせている (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 | 「一人ひとりの持っている力を最大限に発揮しよう」という理念をこの華のれん開所時に職員とミーティングを行い決定したもので、パンフレット等にも記載し、職員、利用者家族、管理者の共有を図っている。 | 理念に基づくケアの実践に向けて、利用者がもてる能力に応じた出来る目標を立て、利用者の役割として取り組んでもらう支援を行っている。利用者は、役割の意識を高め活き活きとした生活につながっている。毎月のモニタリングや3ヶ月ごとに役割の見直しを行い、状態に合った無理のない目標設定を心がけている。 | |
| 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 | 散歩や庭での作業、野菜作りでの近所の方々とのコミュニケーション、回覧板を渡しに行ったりと、近所づきあいを大切にしています。時々遊びに来て立ち寄られる地域住民もおられます。 | 町内会に加入し回覧版で地域行事の情報収集やホーム行事の発信を行い、それぞれの行事開催時には、地域、ホーム相互の交流でつながりを深め、楽しんでいる。また、所在地が代表者の生まれ育った地区で、近隣住民が馴染みの人たちということもあり、気軽な声かけや野菜作りの応援、小・中・高の学校ボランティアクラブ員の訪問など日常的に交流機会が多くある環境が整っている。 | |
| 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 | 地域の認知症に関する相談に乗るなど現場での経験を共有している。又、納涼祭等に参加してもらい理解を深めている。 | | |
| 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 | グループホームについての説明、報告等を行い意見を頂いている。助言や意見を踏まえて実践に生かしている。利用者も参加をしている。 | 会議は町担当職員・地域包括職員・町内会長・民生委員・家族(全員に出席を依頼)・利用者が出席し、運営状況や活動内容を報告して意見交換が行われている。火災訓練前には消防署職員に出席依頼するなど、議題に沿った関係者が出席している。また、委員より地域行事の情報や参加のお誘いを受けている。 | 2ヶ月ごとの開催が出来ていない状況を踏まえて、開催する日時、内容の工夫により定期的な会議開催に期待したい。 |
| 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 | 開設後、常に町との情報交換をしながら、サービスの向上と運営等の取り組みを行っている。介護相談員も来所し、利用者との関係を築かれている。 | 運営推進会議や町主催の地域ケア会議で町担当職員と連携を図り、いつでも相談・助言をいただく関係を築いている。また、ホームの会報の配布や介護相談員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 | 拘束について職員全員が認識しており、安全面においては家族との話し合いで、やむをえずベッド柵を増やす対応は行っている。夜間は職員1人のため、安全面を考え施錠しているが、日中は施錠していない。 | 内部研修で身体拘束の具体的内容やリスクの理解を深め、サービス提供時には職員同士で確認・注意し合いながら身体拘束をしないケアが行われている。身体拘束の必要性が発生した場合には、家族に内容を説明し同意を得て、できるだけ短期間に留まるようにしている。 | |
| 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 | 虐待防止に関する外部研修や施設内研修を行い、職員間で学びを共有している。日々の中で虐待につながりそうな危険がないか、常に注意し、相談や話し合う機会を設けている。 | | |

| 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 |
| 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 | 制度の理解と活用について、外部研修等があれば参加をし、全員で知識を深める努力をしている。現在は制度利用者はいないが、必要に応じて活用できるよう支援を行いたい。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 契約の締結、解約、改定の際には、利用者家族の立場に立って、十分理解してもらえるように説明を行っている。家族への説明の場に担当者も同席をしている。 | | |
| 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 | 面会時、サービス計画書の説明時、運営推進会議にて、意見や不満、苦情について話せる機会を設けている。行事への参加もお願いし、話し合う機会を作っている。 | 広報誌(華のれんだより)の送付やホーム内に活動写真を掲示するなど、家族にホームでの暮らしぶりの理解をいただきながら、面会や運営推進会議・介護計画の説明時に積極的にコミュニケーションを図り意見・要望の把握に努めている。把握した意見・要望は介護記録に記載し、職員間で共有して迅速にケアに反映するよう努めている。 | |
| 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 | 個別面接、ミーティングを利用し、意見を聞き、意見、要望は職員で共有し速やかに運営に反映させるように取り組んでいる。 | 職員は自己評価後の代表者との個別面談時や職員会議・各種係りの活動で、意見・提案を言える機会を持っている。業務に関わっている代表者は、現場で職員と積極的にコミュニケーションを図りながら、職員の意見等を聴き取り、速やかに出来る事から改善に取り組んでいる。 | |
| 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 | 職員一人ひとりが毎月の目標を設定し、それに対する自己評価及び上司による評価を実施することによって、向上心をもって働ける環境を整備している。 | | |
| 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 | 外部研修や内部研修の参加を推進している。研修がある度、職員に周知し、参加してもらっている。研修報告の提出と共通理解を図っている。 | | |
| 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 | 法人内外の施設や、同業者との交流を行い、サービスの質の向上を図っている。又、他施設からの見学等も受け入れ、情報発信も積極的に行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 事前面接を行い、本人、家族の話をよく聞きながら、課題や要望の把握に努めている。 | | |
| 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 | 入居までに、利用者本人や家族と面談したり、訪問してもらう機会をつくったりし、信頼関係を構築し、不安や疑問を取り去った上でサービスの導入を行うようにしている。 | | |
| 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 | 本人と家族が今置かれている状況を的確に把握し、その時に必要としていることを支援するようにしている。必要に応じて、法人内外の他のサービスや機関への橋渡しも行っている。 | | |
| 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 | 利用者は過去に培った能力を発揮できる事を職員と共に行いながら、一方的にケアを行うのではなく、共に暮らしをつくることを大切にしている。 | | |
| 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 | 職員は本人と家族の関係の深さを理解し、「家族にしかできないこと」を活かしながら、ケアを行うように努めている。常に家族との情報交換を行い、共にケアを作り上げるよう取り組んでいる。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりのこれまでの人生をよく知り、日々の暮らしの支援や、馴染みの人との面会、思い出の場所への訪問支援など、これまでの関係性を途切れさせないように努めている。 | 利用者の生活歴や習慣、家族との関係性、友人関係等の把握に努め、個別の生活が継続されるよう支援している。正月、お盆、法事等には自宅への外出泊支援、希望する場所への個別外出支援、家族、知人等の面会時には、ゆっくり過ごせるように配慮するなど、馴染みの関係継続に努めて | |
| 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 | 把握している。孤立せずに、利用者同士が関われる様、職員はグループ内に入り、関係性を支援している。 | | |

| 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 | 自宅に戻るため、あるいは長期入院等のため、退居した利用者には必要に応じて、連絡や支援を行っている。 | | |
| 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 | カンファレンス等で日常の情報の中から本人の思いや意向を把握し、日々のケアに活かしている。利用者本人を中心とした意向の把握に努めている。 | 家族からの情報や利用者の言動、しぐさ等を逐語記録している日々の介護記録、職員の気づき等を基に、毎月のカンファレンスで検討し事業所独自のアセスメントシートに整理して、思い・希望する暮らしの把握に努めている。アセスメントシートは心身状態の変化時に見直し、その時々状況変化に対応している。 | |
| 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 | これまでの生活歴や馴染みの暮らし方について、本人、家族と話し情報を得るように努めている。また得られた情報は全職員で共有し、日々のケアに活かすようにしている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの日々の記録により、把握に努めている。(1日の記録表、排泄チェック表、業務日誌等) | | |
| 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 | 従来のサービス枠にとらわれず、利用者一人ひとりの状況やニーズに応じた柔軟なサービス提供に取り組んでいる。職員の話し合いにより、見直ししながら計画を共通理解している。 | 介護計画は、モニタリングや利用者・家族が出席する「担当者会議」で検討し、ケアマネージャーが3ヶ月ごとの基本的見直しや心身変化時は随時に見直している。計画内容に利用者が出来る具体的な作業を取り入れ、生活の中で役割を持ち生き生きと生活できるよう取り組んでいる。 | |
| 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 | 利用者一人ひとりの現在や個性を大切に、日々の状況を適切に記録し、職員間で情報を共有した上でケアに活かしている。気づき等についても記録をし、申し送りを徹底し、ケアの実践や介護計画に反映させるようにしている。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりのニーズや状況に応じた柔軟なサービス提供に取り組んでいる。特に家族との関わりの中、外出や面会にも自由に入出りをさせていただける様に配慮している。 | | |

| 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 |
| 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 | ボランティアや協力機関、その他地域資源を把握し、利用者が楽しめる活動を支援している。月1度の楽しみを計画し、利用者の楽しみや生きがいとなっている。 | | |
| 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 | 協力医療機関、または希望する医療機関のかかりつけ医を選定し、受診できるように支援している。またかかりつけ医は定期的に往診をし、利用者の健康状態を把握するとともに、本人家族が希望を伝えやすい環境づくりをしている。 | 利用者・家族が希望するかかりつけ医が選択できる。家族の受診付き添い時には書面での情報提供や必要時の看護師の同行を行っている。また、常勤看護師の健康管理・協力医療機関との24時間連絡体制など、適切な医療が受けられるよう支援している。 | |
| 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 | 日常的に看護師と緊密な情報交換を行っている。体調が悪化したときや急変時等は小さなことであっても、看護師が対応したり、相談にのったりしている。 | | |
| 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。 | 病院の地域連携室と看護師が情報交換を行う。受診や退院後の備えを万全に行うための共通理解も職員全体で行っている。 | | |
| 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 | 状態の変化や、事業所としての方針を家族と話し合う場を設け、家族の意向を確認し、支援に取り組むつもりである。 | 契約時に、重度化や終末期対応の事業所の出来る事出来ない事を説明し了解を得ている。準備段階として外部の看取りケア研修を受講したり、伝達研修を実施するなど看取りに備えている。家族の希望と医療の協力体制が整えば看取りケアに取り組みたいと考えている。 | |
| 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 | 看護師を中心とし、急変や応急手当、初期対応の訓練を年2回行っている。 | | |
| 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 | 防災マニュアルを作成し、職員全体で災害時に備えている。地域のハザードマップを全体で確認できる場所に貼り付け、確認している。また、地域の消防署と連携を行い、緊急時への備えを行っている。 | 年2回消防署の協力を得て、利用者と一緒に火災訓練を実施している。災害時の町指定避難場所に散歩がてら出向き、所要時間や課題の把握に努め運営推進会議で地域の協力体制の話し合いが行われている。また、地域防災訓練に参加し、地域の協力体制構築に向けたいと考えている。 | 地域の防災訓練に参加することにより、地域全体の防災時対策の理解やホームに対する災害時支援につながる取り組みに期待したい。 |

| 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 | 毎月のミーティングで、利用者への言葉遣いの徹底をしている。職員間での気づきを話し合い、より良くなるように努めている。 | 「行動規範」の研修会を実施し、人格の尊重やプライバシーを確保した接遇・言葉かけの理解を深めている。また、年1回セルフチェックで日々のケア状況を振り返り、職員間で確認、注意し合い実践に取り組んでいる。 | |
| 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 | 利用者の自己決定を引き出す声かけを行い、一人ひとりの思いや希望を引き出すように努力している。また、その思いや希望はたとえ困難なことであっても、実現できるようにチャレンジしている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの持っている力を最大限に発揮できる支援を行うという理念に基づき、生活のリズムやペースを大切に支援を行っている。 | | |
| 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 | 利用者からの要望などを聞き、訪問美容サービス等を使い、支援を行っている。又、買い物などを通し、本人の希望に合った洋服などを買って、おしゃれをしていただいている。 | | |
| 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 | 食事作りの参加などを促し、自分達で作った感を持ってもらい、職員と共に調理、盛り付け、片付けを行っている。又、季節ごとに楽しみのある献立を皆で考え作っている。 | 朝食の副食は業者に委託しているが、昼・夕食は、利用者の嗜好や季節感を取り合わせて献立で、利用者の出来る買い物・調理・盛り付け・後片付けを一緒に行い、職員と会話をしながら一緒に食事をしている。季節の行事食・誕生日には本人の好みを取り入れた昼食・季節ごとの手作りおやつ・外食など、食事が楽しみになるよう工夫している。 | |
| 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 | 食事のメニューは、管理者や看護師が常にチェックを行い、1回のバランスを確認している。摂取量や水分量は記録し、一人ひとりに応じ量等を考え支援している。特に水分量には十分注意している。 | | |
| 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、口腔ケアは行っている。尚、入れ歯も洗浄をかかさず行っている。口腔内の異常を確認し、歯科医(協力医)への受診を促している。 | | |

| 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 |
| 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 | 個々の状態に応じ、可能な限り自立して排泄できるような支援を行っている。オムツ専門の職員の助言等により、専門的なアドバイスで一人ひとりの排泄環境の向上に日々努めている。 | 排泄全般の研修を習得したオムツ専門職員が中心になって、トイレ間隔の把握やそれに合わせての誘導・声かけ、状態に合った紙パンツ、パットの選択など、排泄自立に向けた取り組みを行っている。 | |
| 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 | 食事のメニューの工夫や適切な水分補給を行うことにより、便秘を予防する取り組みを行っている。記録表を作り、利用者の状態の共通理解も行っている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの希望に沿った入浴ができるよう支援を行っている。又、あまり入浴を好まない利用者についても、声かけなどで工夫している。一人の時間をゆったりと入っていたるように計画を立てている。 | 毎日入浴準備をして希望や体調に合わせて時間帯、入浴方法を選び、職員の介助で一人ひとりがゆっくりと入浴を楽しんでいる。浴槽が左右に移動する機能を持ち、浴槽の機能に合わせて手すりが設置されており、身体機能に合った安全な入浴が確保されている。季節感を味わうためのゆずや菖蒲湯などの楽しみも工夫している。 | |
| 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 | 一人ひとりの生活リズムに合わせ、安心して寝てもらえるよう支援している。日中も適度な体操などを取り組み支援している。 | | |
| 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 | 看護師が中心となり薬のセット、確認を行っている。服薬時は職員のチェック確認後、名前を明記し、誤認等の事故の防止に努めている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの希望を聞き、その思いに沿った支援を行っている。また、買い物や畑仕事、散歩、ドライブにも出かけ、心のケアに心がけている。 | | |
| 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支援している | 利用者のニーズを職員全体で共有し、天候や希望に応じて外出を行っている。尚、家族と共に温泉旅行等も楽しまれている。 | 年間行事外出計画を作成し、花見や紅葉狩り、地域の行事(祭り・七夕まつり・ねはん団子作り等)の季節ごとの外出や、日常的には、近くにある足湯、外食、散歩や買い物、希望の場へのドライブなど外出の機会を多く持っている。 | |

| 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 |
| 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 | 施設での預り金は行っていないが、買い物に出かける場合は、財布の中に立替金を入れ、職員と一緒に支払いをして買い物を楽しんでいただいている。 | | |
| 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 | 年に2回程度、絵手紙をし、家族に近況を伝えたり、希望があれば電話で家族や友達と話しをしていただく支援は行っている。 | | |
| 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 | 共有スペースでは、季節ごとに壁画作りをし、展示スペースに貼ったり、月2回、花を飾ったり、四季を感じていただくようにしている。尚、温度、湿度は朝、昼、夜と確認し、調節や換気を行っている。 | 家庭的な共有空間は対面式キッチンに椅子・ソファを適所に配置し、利用者がテレビや会話を楽しみながら思い思いに過ごせる空間になっている。季節柄、お雛様や花、利用者と一緒に制作した貼り絵などが飾られ、家庭的な暖かさが感じられる。 | |
| 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 | 狭いながらも、3か所程度、別々になる空間を作っている。利用者の席もその時その時で座っていただき、確定はしていない。 | | |
| 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 | 居室では、家族や本人に任せ、馴染みの物や、大切にしていた物などを持ち込んで頂いている。 | 居室は広々と明るく、ベッド・エアコン・クローゼットが整備され、自宅からの持ち込みは自由で使い慣れた家具や家族写真・好みの装飾品が持ち込まれている。好みのレイアウトや移動状況に配慮したベッド・家具の配置に配慮し、居心地良く過ごせる居室空間になっている。 | |
| 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 | 建物はバリアフリーで、部屋のわからない利用者には、名前や目印をつけている。自力での歩行や歩行練習をするため、階下を広めにとり工夫している。 | | |

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 | 35 | 防災マニュアルの作成等と職員との共通理解は行っているが、まだ一度も地域の防災訓練に参加していない。 | 平成29年度に地域住民による防災訓練に参加する。 | 防災計画の確認を行い、職員との共通理解を深める。市町村の防災計画を確認し、年間行事計画に取り組み参加する。 | 12ヶ月 |
| 2 | 3 | 地域貢献がなかなかできない状況である。回覧板や行事等の参加はしているが、認知症の理解までは至っていない。 | 近所に住む、認知症の方や家族の人たちが気軽に遊びに来れるホームにしたいと考えている。 | 広報等の発信や、公民館での催しに参加させて頂き、認知症等を知ってもらう。小、中学校からのボランティアを受け入れ、こちらからも発信する機会を設ける。 | 12ヶ月 |
| 3 | 4 | 今年度は、利用者の状況により運営推進会議が2か月に一度の開催が行えなかった。 | 定期に会議が行えるようにする。 | 年度初めの計画に日にちを決定し、事前に職員や関係機関に知らせる。 | 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、行を挿入して下さい。