

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 | 1691700098 | | |
| 法人名 | 有限会社北陸ケアサービス | | |
| 事業所名 | グループホーム春日の郷 | | |
| 所在地 | 下新川郡入善町春日450-2 | | |
| 自己評価作成日 | 平成28年1月15日 | 評価結果市町村受理日 | 平成28年3月22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://www.kaisokensaku.jp/16/index.php?action_kouhou_detail_2015_022_kihon=true&JigvosvoCd=1691700098-00&PrefCd=16&VersionCd=022 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 富山県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 富山県富山市安住町5-21 | | |
| 訪問調査日 | 平成28年1月26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)】

・リビングルームは日当たり良好でのどかな田園風景や朝日岳、近隣地域の日常が望める。
 ・隣接するデイサービスへの出入りが自由であり、交流できる。デイサービスで過ごしたり、レクリエーションや行事、外出等の活動に参加が可能(今年度も年中行事やボランティアの慰問、納涼祭、外出、運動会、紅葉狩り等を一緒に実施)
 ・浴室が3種類あり、①ひのき風呂(一人浴)②特浴(座位で浴槽に浸かれる介護浴槽)③一般浴槽(一人浴)、身体状態や体調・気分等一人ひとりの状態に合わせてお風呂を選択できる。
 ・各種軽体操、なつかしの歌や唱歌を取り入れた体操、遊びのリハビリテーション、参加型紙芝等を実施し、適度に気分転換を図り、楽しみのある生活を送れるように支援している。

【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)】

・全体会議やミニ会議において、職員のストレスケア対策や待遇面での充実などが話し合われている。また職員の中から管理者育成のため、資格取得研修に参加されている。
 ・居室の表札は一人ひとり違った着物生地には花模様をあしらった手作りのものが掲げてあり、家族からの評判も良い。
 ・業務の効率化を図るために職員会議で提案された事項として、空間の工夫で棚が設置されたり、手すりの設置がされるなど、環境の改善が即実施されている。

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 | 玄関と事務所に理念を掲げている。職員会議等を通して職員間で理念の共有を図り、実践できるように努めている。 | 職員が一丸となり、「一緒に歩く、笑う、食べるそして楽しむ」と、ひとつの家族のように大切に考えて実践に繋げている。 | |
| 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 | ①納涼祭、住民運動会の見学、地域のお祭り見学、地元の保育園児の訪問、地域のボランティアの訪問等で地域の住民と定期的に交流の機会を得ている。また地域の方々に時々ボランティアとして行事に参加していただくこともある。②定期的に広報誌を回覧板にて閲覧していただいている。 | 地域のさまざまな行事に参加や協力をしており、利用者が地域の一員としてつながりが密に行われている。月に一度は芸能ボランティアの訪問もあり、活発な交流が伺われる。 | |
| 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 | 地元の春日(横山)地区の住民や利用者ご家族等を対象とした認知症地域交流会・研修会を当事業所で定期的に開催したいと考えている。また、運営推進会議や各種行事、家族の会の場等も活用したいと考えている。 | | |
| 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 | 定期的な開催の継続ができなかった。今後も定期的開催に努めたい。会議の資料として普段の取り組みや地域との交流・行事等の写真を使用して説明している。また、認知症や介護保険制度等について簡単なレクチャーを行うこともある。 | 運営推進会議は4か月に一度のペースで実施されている。利用者の情報やサービスの実際などについて報告は十分にされているも、各委員の意見の収集や細かい話し合いは十分に行われていない。 | 運営推進会議は一年間の開催日を設定して周知を図ったり、大きなイベントや防災訓練なども組み込みながら行うのもひとつの方法であり、定期開催の大切さを理解して検討されることが望まれる。 |
| 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 | 運営推進会議の定期開催等で事業所の実情や取り組みを随時伝え、市町村担当者と連携を図り、協力関係を築いていきたい。 | 運営推進会議のメンバーになっており、年に一度参加されている。直接的な交流は少ないが、メールや書面の伝達で相談がなされている。 | 運営推進会議の定期開催の検討、また欠席の際にも会議の書類を届けるなどして、連絡を密に取るように努め、さらに協力関係が深まることを期待したい。 |
| 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 | 状況に応じて(徘徊が頻回な時、時間帯により職員の目が行き届かない時等)玄関の施錠を行うことはある。また、安全上やむを得ず拘束の必要がある場合は、家族の承諾書をいただき、同意を得て行っている。 | ケアを実践する上で安全重視のため、ベッド上の拘束ベルト、車椅子の安全ベルトが数名使用されている現状である。拘束の必要性がある利用者には、家族の同意書もあり、経過記録にも記録されている。 | 身体拘束をしないケアの実践が常識であり、少しの時間帯から進めていくなど、利用者とは話し合い、改善されることが望まれる。 |
| 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 | 今後も継続的に施設内研修等で職員間の理解を深めていきたいと考えている。管理者、介護長、看護師を始めとして全職員は常々、事業所内での虐待の防止に努めている。 | | |

| 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 |
| 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、成年後見制度を利用している入居者が2名いる。今後も継続的に施設内研修等を実施して関連制度について職員間の理解を深めていきたいと考えている。 | | |
| 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 | 契約前と契約時に十分な説明を行い、理解していただけるように努めている。契約後も質問等があればその都度、速やかに回答・対応できるように努めている。 | | |
| 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 | 家族の会を定期的実施している。また、運営推進会議には、家族会代表に出席を依頼している。要望や疑問点等は主にご家族の訪問・来所時に随時確認し、速やかに対応できるように努めている。 | 家族の会は自発的なものではなくホーム側が設定して開催されているためか、家族同士の話し合い・意見の集約がない。親睦を深める会としては意味があり、リラックスした雰囲気となっている。 | |
| 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 | 代表者(センター長)は定期的に全体会議を開催して職員の意見や提案を聞く機会を設けている。管理者、介護長は、各会議やミニ会議、日常の会話の中で意見や提案を運営・業務等に反映させるように努めている。 | 月1回の全体会議や日々のミニ会議で職員の意見を聞き、ホーム内での働きやすい環境の創意工夫が即業務に反映されている。また、職員の中から管理者育成のための資格取得研修に参加している。 | |
| 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 | 代表者(センター長)は個人の努力、実績、勤務態度、事情等に応じて定期昇給・処遇改善加算の支給、勤務時間の変更等、労働条件の改善に努めている。全体会議や個人面接等で職員との意見交換・提案の機会の確保に努めている。 | | |
| 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 | 代表者、管理者は外部研修の機会の確保に努めている。基本的には経験年数やキャリアに応じた研修に参加できるようにしている。施設内研修も定期的実施している。 | | |
| 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 | 現在、認知症グループホーム連絡協議会に加入しており、当該協議会主催の交流会や研修会で他事業所との交流・情報交換の機会がある。 | | |

| 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 | 入居申込時、初回アセスメント時、入居前訪問時等、傾聴に努め、不安を軽減し、安心して利用していただけるように配慮している。要望や不安等があれば速やかな対応ができるように努めている。 | | |
| 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 | 入居申込時、面接時、契約時等、その都度、不安に思っておられること、疑問に思っておられること、要望等に耳を傾け、適切に速やかにお答え・対応す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 | 自己評価の15、16同様、得た情報・アセスメントをもとに、必要なサービスを提供できるよう努めている。また、他サービスの情報を提供したりする等の対応をしている。 | | |
| 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 | ちょっとしたお手伝いや片付け、テーブル拭き、洗濯物たたみ等、生活の場面ごとに、できること、これまでしてきたことは継続していただき、充実感や必要とされる存在であること、暮らしを共にしていることを感じていただけるように努めている。 | | |
| 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 | 受診や外出等は基本にご家族に付き添っていただいている。来所時にご本人の様子を伝え、ご家族の要望を随時きいている。また、季節の行事(演奏会、納涼祭、クリスマス食事会等)は、ご家族にも参加を呼びかけている。毎月一回、家族への手紙として最近の様子・コメント・写真等を添えて渡している。 | | |
| 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 | 入居者さんを訪ねてお友達や地域の方々、併設のデイサービス利用者さんが時々来所される。また、日帰り・外泊等の外出や医療機関受診等は基本にご家族が付き添われているが、外出時には外食したり、馴染みの場所に連れて行っていただいたりして関係・思いを大切にしている。ご家族ができない場合はこちらで支援できるように努めている。 | 地域の方や友人がデイサービスを利用している時は利用者が出向いたり、ホームに寄って話をしてもらったりなど、交流をはかり気分転換に繋がっている。利用者の好みの買い物や外食は家族の協力のもと支援されており、必要に応じて職員も同行している。 | |
| 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 | 日常会話、グループで行う軽体操・軽作業・音楽活動等を通してお互い交流し、気分転換したり、楽しみのある生活を送れるように支援している。リビングで過ごす際の座席、テーブルの位置は相性や関係性で適宜変更することもある。 | | |

| 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 | 長期入院等により契約終了に至るケースにおいては、病院を含めてカンファレンスを行い、次の方向性が決まるよう支援を行っている。また、契約終了後も、何かあればいつでも問い合わせや相談が可能であることを伝えている。 | | |
| 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 | 入居前アセスメント時にご家族の要望、ご本人の要望をできるだけ詳細に把握できるように努めている。また日常の会話の中から意向を把握するよう努めている。ささやかな願い・思い(～したい、～へ行きたい、～を食べたい等)にできるだけすぐ沿えるように努めている。意思疎通が困難な利用者さんには表情やしぐさを観察して、要望等を理解できるように努めている。 | 本人の声をしっかり聴くために職員の担当制をとり、日常生活の小さな願い事をかなえるための工夫を行っている。食事が進まない場合は、本人の好きな食べ物を提供したりしながら、健康状態や心配事に目や耳を傾け、安心して過ごせるようにしている。 | |
| 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 | 様々な情報を本人、家族から提供していただき、その方の人生、生き方、願い等を可能な限り、把握するように努めている。これまでの生活歴・生活習慣を尊重し、入居後も本人らしい、馴染みの暮らしができるよう支援を行っている。 | | |
| 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、バイタルや心身状態、表情、排便状況等を観察し、健康状態の把握に努めている。その様子は介護・支援記録に記載している。介護・支援記録と申し送りにて情報の伝達を行っている。 | | |
| 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 | 利用者さん1人に対し、職員1名または2名の担当制にしている。担当者、介護長、看護師、ケアマネージャーを中心に定期的に全体会議と適宜ミニカンファレンス、モニタリングの機会を設けて要望・課題・問題点等を話し合い、介護計画に反映できるように努めている。 | 利用者の状態を把握するために担当制をとり、支援方法を毎朝のミーティングや月1回の全体会議で話し合っている。具体的な支援や実践を介護計画に反映し、本人の目標をかなえるために全体で取り組んでいる。 | |
| 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 | ①介護・支援記録に行動、言葉、気づいたこと等を記録している。また個別にバイタルや食事量、排泄状況等を記録し、情報を共有できるように努めている。②日々、引き継ぎ等での確かな情報をスタッフ間で共有し、介護にあたっている。適宜ミニカンファレンスを行い、介護計画にも反映でき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 | ①一人ひとりのニーズに合わせ、ささやかな願い・思い(～したい、～へ行きたい、～を食べたい等)にできるだけ柔軟に対応できるように努めている。②希望者には施設内でスタッフ(元美容師)によるヘアカットを提供している。 | | |

| 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 | 市町村担当者や介護保険組合、社会福祉協議会、区長、民生委員、婦人会等の各関係者・機関に働きかけ、協力を得ている。また、地域住民との交流やボランティアの慰問はいつでも受け入れ対応している。 | | |
| 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 | 本人・ご家族の意向を踏まえ担当医師と連携をとっている。看護師が日頃の状態把握に努め、体調不良時等は家族に受診を促し、緊急時やご家族が対応できない場合は事業所に対応している。現在も基本的に入居前の主治医をかかりつけ医とし、必要に応じて、管理者、ケアマネージャー、看護師等が医療連携を図っている。必要であれば訪問診療を依頼している。 | 利用者の健康状態やかかりつけ医の連絡先、受診記録が「医療連携ノート」ですぐにわかるように整備されている。受診に際して家族が同行できない場合、家族の会の同意を得て一定の料金を徴収することになっている。 | |
| 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 | 看護師が常時勤務しており、介護職は適宜、報告・相談し、指示等を受けている。受診時は看護師が受診シート等を用いて担当医に入居者の状態を適切に伝え、指示を仰ぎ、利用者の健康管理に努めている。 | | |
| 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。 | 入院中は管理者、ケアマネージャーまたは看護師等が訪問等を行い、状態の把握に努めている。また、必要に応じてこちらでの生活に関する情報等を提供している。退院前はカンファレンス等にて、医師、看護師、相談員等と情報交換を行い退院がスムーズに行えるように支援している。 | | |
| 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 | 重度化した場合等については契約前、契約時等に説明を行っている。看取りは行なっていないが可能な限り、グループホームで過ごせるように努めている。重度化した場合、医療機関、ご家族と話し合い、ご本人とご家族にとって最良の居場所を選択するための検討・相談・情報提供等を行っている。 | 看取りについては、家族と話し合いながら可能な限り医療機関などとの連携のうえ対応している。末期がんの利用者について家族での受け入れ体制が整うまで介護を行った事例もあった。今後もかかりつけ医や関連機関と協力しながら体制を充実させていく意向である。 | |
| 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 | 急変時や体調変化時の対応について記録し、事故報告・ヒヤリ・ハットの事例も活用しながら、ケース会議・研修等で看護師を中心に振り返りの機会を設けて今後活かせるように努めている。 | | |
| 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 | マニュアル・緊急連絡網を作成している。また消防署の協力のもと、年2回の避難訓練を実施している。避難訓練では自動音声通知が機能するかも確認している。また緊急時には近所に協力をお願いしている。 | 火災を想定した昼間の避難訓練は実施されているが夜間対応までには至っていない。地域住民との合同訓練(地震・津波・高浪災害など)は行っていないが、火災発生時には近隣は受け入れに協力的である。 | 地域住民の合同訓練実施の必要性など、早期に運営推進会議等で協議されることを期待したい。 |

| 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 | 一人ひとりに合った言葉かけや、話しを心がけ、常に人格を尊重するように努めている。不安と混乱で戸惑っている入居者さんには、その都度丁寧にやさしく説明し、対応するようにしている。定期的に接遇の研修も行っている。 | 日常的に接遇や生活リハビリなどの研修を行っており、一人ひとりへの優しい言葉かけや対応がなされている。 | |
| 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 | 日常生活の中で意向や思いを引き出せるように努めている。ささやかな願い・思い(～したい、～へ行きたい、～を食べたい等)にはできるだけすぐ沿えるように努めている。意思疎通が困難な利用者さんには表情やしぐさを観察して、要望等を理解できるように努めている。臨機応変に対応できるように努めている。 | | |
| 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 | 日々の活動、レクリエーション、軽体操等への参加は強制はせず、体調や意欲を確認して促している。また、天候や要望に合わせて、外出やドライブ、余暇活動を提案している。入浴日、時間は概ね決まっているが、気分がのらないようであれば入浴日の変更を行うなど臨機応変に対応している。 | | |
| 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 | 日々の衣類等を自分で選んでもらったり、選びやすいように場面を設定したりしている。本人の好みを把握し、介護者の判断・希望にならないように気をつけている。ヘアカットは要望があれば、元美容師のスタッフが本人や家族の要望、好みをきいてホームにて行っている。 | | |
| 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 | テーブル拭き、お盆拭き、片付け、洗濯物たみ等は利用者さんにしていただいている。調理は一部手作りやチルド食材、配食弁当を利用している。おいしく食べていただけるように季節の食材やお刺身の提供(冬期)、行事食、外食も取り入れる等、工夫している。 | チルド食材や配食弁当の利用をしており、利用者には片づけに携わっている。食事摂取できない方や食事拒否の方には別メニューでの対応をされたり、なじみの職員が話しかけたりしながら食事が進むような介助がされている。 | 食事そのものは大切なケアとして、食材や味付けなどについての話題提供をしながら話を引き出す工夫が望ましい。職員は利用者と同じ食事はしておらず、食材の大きさや硬さ、味付けなどへの確認が必要と思われる、今後検討されることを期待したい。 |
| 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 | 支援記録に、食事・水分の摂取量を記入し、摂取量の把握に努めている。おかゆを提供したり、おかずの大きさ、硬さに配慮している。食がすすまない利用者さんに関しては、栄養補助食品等も提供している。適宜、どういう献立、調理法なら食べていただけるかを話し合い、検討して提供している。 | | |
| 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、各利用者さんに応じた声かけ・見守り・介助にて口腔ケアを行っている。夜間は義歯を預かり、消毒洗浄を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 介護・支援記録に記録し、チェックを行っている。排泄パターンを把握し、声かけ、誘導を行っている。日中は、トイレでの排泄を心がけ、残存機能・レベルが低下しないように努めている。 | 日中はトイレへ誘導、利用者の一部は紙パットや尿器を使っている。便秘がちな方には運動やヨーグルトを勧めたりしながら対応し、夜間はトイレ誘導、必要に応じてオムツ対応がなされている。 | |
| 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 | 排便の有無を確認している。適宜、看護師に相談、指示を受け、必要な方には下剤を使用し、排便コントロールを行なっている。普段から適度な運動や水分補給をしていただけるように心がけており、週2回おやつ時のヨーグルト(と果物)の提供や入居者さんによっては食物繊維含有食品を摂っていただき、工夫して便秘の予防に努めている。 | | |
| 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 | 基本的に入浴日、時間を決めてはいるが気分や体調に応じて入浴日の変更等、柔軟な対応に努めている。座浴(機械浴)も利用し、安全・安楽に入浴を楽しんでいただけるように努めている。 | 週2回入浴を基本とし希望者には週4回入浴をおこなっている。季節によってはゆず湯なども楽しんだり、入浴剤の変化も楽しんでいる。機械浴で1回毎に新しいお湯を入れ、入浴している。 | |
| 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 | 日中は自由に各居室、リビングルーム、ソファ等で各々が居心地のよい場所で休息を取っていただいている。また冷暖房、灯り、加湿等については、個人の要望に沿うよう努めている。 | | |
| 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 | 基本的には看護師が管理を行い、誤薬がないよう努めている。介護者は介護・支援記録にて医療的注意事項や服薬・薬剤情報(副作用)を確認できるようにしている。 | | |
| 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 | 利用者さんの生活歴・生活習慣を尊重し、役割が喪失しないように支援している。軽作業・家事等、①かつてしていたことで、②現在もできること、③周囲の役に立てることをしていただき、その都度見守りながら出来ない部分はお手伝いしている。感謝の意を伝え、意欲を引き出し、充実した時間が過ごせるよう配慮している。また、季節の行事やレクリエーションで気分転換を図り、楽しみのある生活を送れるように努めている。 | | |
| 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 | 天候や体調、要望に応じて個別に散策、ドライブ、外食、買い物等の外出を実施している。思いや要望をできるだけ、すぐ実現できるように柔軟な対応に努めている。 | お花見や七夕、近隣のお祭りなどに出かけている。また誕生日には職員が付き添って外食を楽しんでいる。希望があれば近隣のスーパーなどへ買い物に出かけたりしている。 | |

| 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 |
| 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 | 現在はお金を所持している入居者はいないが、何か必要になれば、ご家族に伝え、用意していただいたり、こちらで用意して後日請求している。欲しいもの等の要望を引き出せるように声かけと意思確認は行なっている。 | | |
| 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 | 要望があれば手紙の受け取りや、電話をかけたり、受けたりできるように支援している。 | | |
| 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 | 共有スペースは開放的で明るい雰囲気作りを心がけている。美しい山々や田園風景が一望でき、入居者さんに喜ばれている。光の差し込みが強い時は、ロールカーテンにて調整を行っている。季節毎に装飾等に変化を持たせている。 | 木造で廊下が広く、日中過ごす居間は3方がガラスばりて陽当たりが良く、近隣の家々や人の行き交いも見え、住み慣れた地域の中で安心した共有空間となっている。隣接のデイサービスとの行き来もあり、ゆったり過ごせる場となっている。 | |
| 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 | 共有スペースには、カウンター、テーブル、ソファが設置されており、思い思いにくつろいでおられる。テーブル・座る場所については、概ね定位置が決まっている。ソファに座り、気の合うもの同士でおしゃべりを楽しまれることがある。また、日中はデイサービスへの出入りも自由であり、デイの活動に参加されることもある。 | | |
| 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 | 各居室に介護用3モーターベッド、タンス、クローゼット、エアコンを設置している。入居時には使い慣れた生活用品やなじみのもの、テレビ、本、写真等の持ち込みが可能であり、一部の入居者さんは写真やなじみの小物を置いている。 | 備え付けの家具が耐震構造となっており、清潔で安心できる居室となっている。また、表札は手作りの着物生地による花模様で、一つひとつが違う模様であり、家族からの評判も良い。 | |
| 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 | 建物内部はバリアフリーになっている。各利用者のできることを把握し、イスやベッドの高さを調整したり、居室ベッドには介助パー、脱衣室にはテスリックス、トイレ・浴室内・廊下等に手すりを設置して利用者さんの残存能力を活かした介助を心がけている。 | | |

目標達成計画

作成日：平成 28 年 3 月 22 日

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 | 利用者さんの状態や状況によって安全上やむを得ず拘束の必要があると判断した場合はご家族に説明し同意を得て行っているが、経過観察記録の継続作成と拘束解除の実施が効果的に機能していない。 | (同意を得た場合であっても)可能な限り拘束を減らしていく。 | ・経過観察記録作成の継続(拘束の必要性を検討する会議の定期的開催) ・まずは少しの時間帯からでも進めていく。 (食事・おやつ時、職員体制に余裕がある時等) | 6ヶ月 |
| 2 | 4 | 運営推進会議の定期的な開催が(2ヶ月に1回)できていない。 | ・定期的な開催(2ヶ月に1回)を行う。 ・行政担当に定期的に出席していただき、協力関係を築く。(連絡を密にする。) | ・年間開催日を設定してご家族、関係者に周知する。 ・施設のイベントや防災訓練と同時に開催する等、地域の人や行政担当が集まりやすい工夫をする。 ・議題を作ることにこだわらず、気軽に集まっていたいただき意見を交換できる場にする。また、認知症や介護についての勉強会等も同時に開催する。 | 12ヶ月 |
| 3 | 35 | 年2回の火災避難訓練は実施することができたが、地域住民との合同訓練ができていない。 | 年に一回は地域住民との合同訓練を実施する。 | ・運営推進会議の機会を利用して地域住民と地震や津波等の防災対策について話し合いの機会をもち、合同訓練の協力を依頼する。 ・起こり得るあらゆる状況を考慮してできるだけ実際の想定に近い夜間訓練を行う。 | 12ヶ月 |
| 4 | 40 | 食事を楽しめるケアをしていく必要がある。 (特に検食や味見を実施し、食べやすい食事を提供) | 検食や味見の実施で食事の食べやすさ、硬さ、味付けを確認し、おいしく食べていただく。 | ・毎回、検食または味見をして食べやすさ、硬さ、味付け等を確認して食べやすく、おいしい食事を提供する。 ・食事は最も大切なケアの一つとして改めて認識し、食事の前にメニューや旬の食べ物、食材、味付け等についての話題を提供しながら入居者から話を引き出すように努める。 | 3ヶ月 |
| 5 | | | | | |

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。