

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	4790400040		
法人名	医療法人 沖縄徳洲会		
事業所名	グループホーム 美ら徳		
所在地	沖縄市胡屋 6丁目4番19号		
自己評価作成日	平成28年9月22日	評価結果市町村受理日	平成28年12月28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.kai.gokensaku_ip/47/index.php?action=kouhvu_detail_2016_022_kani=true&Jigvovocd=4790400040-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【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 介護と福祉の調査機関おきなわ		
所在地	沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレスト西205		
訪問調査日	平成28年 10月27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>・入居者の方々にお聞きして、一番やりたい事と答えられた「お喋りを楽しむ時間」を、「ゆんたく会」と呼び、話しをする事の大事さを職員全員で共通認識しつつ、1日2回必ず集いをもってしています。 頭脳リハを兼ねており、コミュニケーション機能を維持する事にも大きな効果が得られています。</p> <p>・毎月、ドライブや外食、季節行事があります。また、毎日グループ活動や個別の活動を自然体で行っています。</p> <p>・ウッドデッキや庭があり、外気浴、散歩、畑仕事やプランターに花を植えるなど、個別の取り組み、楽しみが出来ます。</p> <p>・自治会や地域の保育園児、教会関係者、歌や楽器演奏、昔なじみの知人友人などの来訪者が多く、行事や活動、交流の機会などが多くあります。</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>開設から5年が経過した当事業所は、管理者はじめ全ての職員が理念を共有し、理念の「常に敬いの心を持ち、優しく丁寧な言葉遣い」に沿って日々のケアを実践している。事業所は、母体法人の老健施設や通所事業所と併設し、法人の接遇委員会から2か月毎に接遇標語が伝達され、職員の意識向上を図ると共に、各種研修や行事、災害時の協力体制の他、地域交流も一体となって取り組んでいる。外出支援は、少人数毎の「ミニドライブ」や利用者全員で外出する「ハッピードライブ」を実施し、まーさん会等の外食や公園、ショッピングモール等、多方面へ出かけている。利用者や家族の思いを尊重し、出身地域の行事参加や宗教関係者の訪問等、利用者の馴染みの人や場との関係継続を図っている。毎月職員カンファレンスを開催し、利用者の状態を確認し、職員意見を介護計画や日々のケアに反映させると共に、家族に利用者の状態を毎月文書で報告している。</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ます (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	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、活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

確定日:平成28年12月16日

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、ステーションに法人全体と自事業所の理念を掲示し、毎朝の申し送り後に両理念と接遇標語を全職員で唱和し、その理念、標語の実践によって、入居者様の安心で穏やかな生活をサポートできるよう、日々心がけています。	全職員で検討を重ねて作成した理念は、法人理念や接遇標語と共に玄関やフロアに掲示し、毎朝全員で唱和し共有している。理念は、職員間に浸透し、理念の「常に敬いの心を持ち、入居者の心に寄り添う」ケアに努めている。	
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	市内の老人施設利用や近隣のマーケット、ショッピングモールへの外出。地域自治会の年間行事や老人会行事への出席、住所地地域の老人会からの友愛訪問。他に、近隣の保育園との交流を行っています。	自治会長が運営推進委員を務める他、地域の行事には利用者と参加している。併設の法人施設や事業所の行事には、老人会や保育園、教会等のボランティアが定期的に訪問し、利用者と交流している。管理者が小学校や企業で認知症講演活動を行なっている。	
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	・高齢者との関わりが少なくなった子供達との交流(近くの保育所の子供達の受け入れ) ・母体病院が長く続けている地域公開講座で、「認知症について」講座を担当。 ・市内外の自治会や企業、介護保険事業所へ出かけて認知症を理解していただく為の勉強会の継続、市内小学校でのキャラバンメイト講師を引き受けている。		
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	活動や行事の写真をテレビモニターに映して入居者様同席で報告し、入居者様方も喜ばれています。入居状況、行事報告、事故や救急搬送の発生、現在抱えている問題点など資料も添付して報告をさせていただき、質疑、意見交換などを行っています。入居者様と委員の方の情報交換で外出計画を立てる事もあります。	会議は、行政、全利用者、地域代表の他、9月からは家族も参加し、年6回定期的に開催している。会議では、利用者や活動状況、ヒヤリハットや事故、外部評価結果等を報告し、消防訓練と地域の関わりや看取り等、意見交換している。議事録は、各委員に配布している。	
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取り組んでいる	・疑問や課題が発生したときなど、すぐに市担当課と連絡を取り相談、協議するようにしています。また、運営推進会議の委員として出席していただき、直接報告、助言を得るようにしています。 ・役所職員から他の事業所の活動について情報を頂き、当事業所でも積極的に取り入れるようにしています。	行政に対しては、日頃は電話で情報交換している。管理者から、市グループホーム情報交換会の発足が提案され行政が対応している。行政からの認知症キャラバンメイトの講師依頼には、管理者が協力するとともに、入居等の相談についても関係課と連携し対応している。	
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	全ての出入り口は一切施錠せず、開閉制限もなく、各部屋の窓も入居者様が自由に開閉可能です。入居時研修で身体拘束とは何かを正しく理解し、身体及び環境に対する一切の拘束を行わない事を常に声に出し確認しています。また、ミーティング等で身体拘束について具体的な話し合いを行います。	身体拘束をしないケアの方針が作成され、職員研修に「虐待と身体拘束」を位置付け周知している。現在、就寝時の4点柵とミトン使用は、家族へ説明し、1か月毎の協議や記録を作成し実施されている。玄関等は自由に入出入りが可能である。リスクは利用開始時に家族へ説明している。	

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
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	入職時研修や勉強会で虐待防止法に関する資料を基に虐待とは何かきちんと理解し、認知症高齢者の尊厳を冒すことのないケアに努めています。家族による経済的虐待や放置という状況が発生する事のないよう、信頼関係、協力関係の構築に努めています。		
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	福祉法の学習、勉強会への参加、地域包括支援センターとの相談や連携によって、必要な対象者に対して適切な支援が行えるよう努めている。		
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	十分な時間をとり、個別に面談して、記載された文章を全て読み上げるとともに、具体的事例を用いるなどしてできるだけ解りやすく説明するよう努めています。その上で、同意、署名を頂いています。場合によっては、複数の家族に同席していただいています。		
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	随時の電話連絡や面会の際に希望をお聞きする他、入居者のその時々状態に対する対応について、随時相談し意向を確認しています。また、ふれあいメールボックスを設置し、匿名での意見、提案が受けられる方法も取り入れています。入居者には毎日のゆんたく会で、要望を聞いて日々の生活や外出、行事に活かしています。	利用者の意見は、日常会話やゆんたく会等で「旧盆はウンケーजूシーを食べないと」の声に「くわっち一会」の献立に反映している。家族からは、面会時や電話等で聞き、「食事が摂れない時は、パンを出して」や「地域の行事に参加させて」等の要望に対応している。	
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	毎月、全体ミーティングを開催し、全員が揃って意見交換する場を設けている他、朝夕の申し送りや随時の面談を行っています。	職員の意見は、毎月のミーティングや朝夕の申し送りの他、随時対応している。職員から業務の効率化に向け、遅番職員による清掃内容の変更や行事開催時の職員の休憩時間の確保等の意見に対応している。	
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	やりがいをもって働けるよう、全介護職員を全国共通の給与規定により雇用としています。福利厚生施設や健康づくりの為の外部施設利用の制度もあります。また、費用負担のない人間ドックや検診も実施しています。法人は、干渉しすぎず職員の入居者に対する支援意欲を尊重し、バックアップしています。		
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	法人内人材を活用した勉強会の設定、法人が講師依頼、会場設定して行う研修会などを行っています。また、外部研修についてもできるだけ勤務スケジュールを調整し参加できるようにしています。研修参加後は、資料の提供や全体ミーティングなどで伝達しています。		

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
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	今年から市内グループホームの定例会が発足し、相互交流の計画があります。 関係機関が開催する研修参加、在宅のケアマネージャーや市の高齢福祉課職員等との情報交換などによりケアの質向上に努めている。		
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	自宅や利用中の事業所、入院先を訪問して情報収集するとともに、当ホームの内容を説明。ご本人やご家族から初期アセスメントを行い、入居後の生活に対する希望、意向をお訊きする。また、入居直後は特に、様子観察を強化し、また、話す機会を多く持ちながら対応し、ご本人の習慣や潜在的なニーズを把握するよう努めています。		
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	入居相談を通して、本人・家族が置かれている状況を把握。入居を前提とした段階では、具体的な疑問や不安を聞き取り、解決方法を見つける努力をする事を説明している。在宅サービス利用中の関係者から情報を収集し、対応に活かしている。		
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	利用者の状態から、当ホームが、その人らしく生活できる場として適切ではないと判断した場合は、適切な相談機関や病院、施設、或いは在宅生活継続の可能性について情報提供し、紹介、相談の為の調整を行う。後日、紹介後の状況を確認する。		
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	手助けを必要とする場面以外での関わりも重視し、役割を持つ事、共に生活する事に喜びを感じていただけるよう、できる事を一緒にやっていたくようにしています。また、職員、他の入居者様方と対等な関係の中で、往年の仕事の話、家族の話などが日常的に飛び交う家庭的な雰囲気づくりに努めています。		
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	すべてを当ホームが対応するのではなく、消耗品の補充や、病院受診等、可能な範囲で家族対応していただき、役割を持っていただいています。また、個別に参加される地域行事への参加などに協力していただいています。家族と連絡を取り合いながら、個々の家族状況に応じて、送迎や、支度、付き添いなどの援助を行います。		
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	・地域行事への参加。 ・友人、知人、親戚の方々の訪問が多く、お部屋や談話コーナーで過ごしていただいたり、一緒に出かけたりされています。面会者がホームの活動や行事に参加される事もあります。	利用者と地域との関係性は、本人や家族、近隣からの情報で把握している。利用者は、出身地域へのドライブや行事に参加する他、親族の法事や馴染みの美容室等に出かけている。三線等の趣味の継続や宗教を持つ利用者には、教会からの訪問を受入れている。	

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
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	利用者の性格、特徴、利用者同士の関係を常に把握しながら、食事時間、活動の際、おしゃべりをする時、その状況に応じてテーブルの置き方や席を考慮し円滑にコミュニケーションが図られ、和やかな雰囲気保てるよう努めています。		
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	・入院中の病棟訪問、退院後の受け入れ機関に対しての情報提供、病院ケースワーカーとの協働。 ・退去後、当ホームで過ごした期間の思い出の写真の提供。 ・退去後、家族来所時に転院先での状況確認など。		
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	本人とゆっくり話し、意向、やりたい事を引き出せるよう努力している。本人の意思表示が困難な場合は、家族からの聞き取りで、生活歴から考慮したり、家族と話し合い本人にとってベターな生活が送れるよう検討している。	利用者の思いは、居室や居間で寛いでいる時や個別対応時に「畑仕事や三線を楽しみたい」等を把握し、介護計画に位置付けて支援している。困難な場合は、利用者の表情や動作、言動等から汲み取る他、家族にも確認し、把握に努めている。	
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	様式を用いてのアセスメントや、日常会話の中でその人の中にある馴染みの深い時期、生活習慣を把握をする。また、入居前のサービス関係者、病院などからの情報収集に努めている。		
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	・毎月、様式を用いて個々の状態確認を行い、家族と職員へ書面で報告している。毎月の全体ミーティングで必ず入居者の状態確認、情報共有を行っている。職員による利用者本人の観察、それぞれの職員からの申し送り、ケア記録等により心身の状態及び有する能力の把握に努めている。		
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	介護支援専門員が、利用者、家族の意向と、他職員の意見を参考に介護計画を作成している。作成後は、本人同席にてケアプランの説明を行い、内容を再確認、本人にとって良いケアが提供できるよう努めている。ケアプランは全職員が必ず目を通し、計画に沿ってケアを提供している。定期的、及び随時のモニタリングによる評価、新たな課題の確認を行い、必要に応じて計画の見直しを行っている。	サービス担当者会議には、利用者、家族が参加し、意向を確認し介護計画を作成している。毎月、職員カンファレンスを開催し、利用者個々の状態を確認している。6か月毎にモニタリングや評価を実施し、計画は、状態変化時や1年を定期として見直している。	
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	毎日の健康状態、生活状況、心身の状態などを記録して、職員全員で情報共有し日々のケアに活かすとともに、介護計画の実施状況確認や計画見直しの要否を検討できるようにしています。必要に応じて、PCシステムを活用し、必要な項目毎の情報を連続的データとして個別に作成し工夫、判断の材料とする事も可能です。		

沖縄県(グループホーム 美ら徳)

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
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	発生する課題や、利用者、家族の希望をしっかりキャッチし、個々の利用者の心身の状況、家族状況に応じて、家族及び関係者の協力、地域資源の活用、制度の活用も合わせて考慮しながら、柔軟に適切に対応する様にしています。		
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	近隣の保育園児、地域のボランティア、友人、知人など来訪者との交流の機会が頻繁にある他、外食、希望を取り入れながらの外出、地域・社会での生活者である事と、喜びを共有する支援を強く意識して関わっています。		
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	医療機関の選択はご本人、ご家族の決定に委ねています。これまでの経過と今後の予測を踏まえ、ご本人にとって最良の医療が受けられるよう助言させていただいています。状態確認が必要な場合や、援助者不在の利用者の場合は、医師の説明時の同席や受診全般の援助をしています。定期受診など家族だけで受診していただく場合は、小ノートで情報のやり取り、必要時は送迎の対応をします。	全員がかかりつけ医を継続している。受診は、専門医等の他科も含め、家族対応を基本としているが、必要に応じて同行や送迎を支援し、介護タクシーを利用する家族もいる。受診時は、文書で医師に情報提供し、結果は、返書や家族からの報告を記録し、職員間で共有している。	
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	それぞれの介護職の気づきや夜間の情報を直接、或いは記録によって看護師に伝え、助言や指示を得ている。毎朝、毎夕、状態変化の有無に関わらず、全利用者一人一人の様子を申し送ります。		
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。	入院中は頻回に面会に行き、主治医や病棟看護師、MSWと連携し早期退院できるように関わっています。入院時に限らず、普段から主治医、MSW、薬剤師と協力関係を築き、気軽に連絡をとれる様にすることが質の高い支援につながると考えています。		
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	重度化対応及び終末期対応指針によってご家族に説明し、意向確認を行っています。確認した意向に沿って対応することとしています。	「重度化や終末期対応指針」を作成し、利用開始時や状態変化に応じて家族に説明している。事業所は、「看護師の常駐がなく、医療行為や看取りは行えない」事を説明した上で急変時は、「家族、職員、医療機関が協力し連携を図れるよう、相談調整を行う」としている。	
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	重度化対応及び終末期対応指針の中で急変や事故発生時の対応についても説明を行っています。救急搬送に備えて救急連絡票を準備している。同法人医師や看護師による実践的勉強会を開催しているが全職員の実践力が一定している状況ではなく、定期的な勉強会、訓練を継続していく必要がある。		

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
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	併設する老人保健施設と一体的な管理システムとなっており、合同で消防署の協力のもとに行う避難訓練と自主訓練を実施している。	年2回、消防署や併設施設と協力し、昼夜を想定した消防訓練を実施しているが地域住民の参加は得られていない。訓練後は、消防署の講評への考察も行われている。台風・大雨・地震対応マニュアルを整備し、食料等の備蓄は母体法人で確保されている。	災害発生時に利用者を安全に避難誘導できるよう、消防訓練に地域住民の参加に向けた取り組みに期待したい。
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	言葉遣いについては、特に意識し、事業所理念に具体的に表記としている。敬語を基本とし、優しく丁寧な言葉使いをするよう、毎日繰り返し唱和、確認、意識づけを行っている。また、話す場所や周りへの配慮をすることも心がけている。	理念に「敬いの心で、丁寧な言葉遣い」を掲げ、職員の利用者への言葉かけは、語調が穏やかで丁寧に行なわれている。聞こえの悪い利用者には静かな場所に車イスを移動して話しかけ、トイレ誘導も利用者の尊厳を傷つけないよう周囲に配慮して声かけしている。	
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	利用者が自分の気持ちや考えを話しやすい環境づくりに努める事は勿論の事、利用者それぞれの状態に合わせて、話す場所、解りやすい言葉、理解しやすい長さで質問を区切るなど、自己決定できるよう支援している。		
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	その日の体調や気分によって生じる変化を受け入れ、利用者のペースを尊重している。専門職として、尊重すべき希望やペースと、促しが必要な状態を見極め、その人らしい生活を継続していただく為に適切な助言ができるよう努力している。		
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	日常的な整容は毎日意識して援助している。入浴時や外出・行事の際の着替えを、声かけ一緒に選択又は、確認していただくようにしている。協力事業所があり、希望者の理・美容はホーム内でカット、カラー、パーマ等に対応している。馴染の店への外出も可。		
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	毎日、昼食時に職員1名と一緒に食事を摂っている。外食やくわっち一会を定期的に計画し、メニューの決定、下ごしらえ、調理などそれぞれの状態に応じて可能な部分を一緒に行っている。おやつ作りは、毎日ホームで行っている。	食事は、3食とも法人施設からの配食で対応している。利用者は、配膳や下膳に参加している。月に1度、利用者の希望する食事(足てびち等)を作る、「くわっち一会」や外食を楽しむ、「まーさん会」を実施している。毎日1人の職員は利用者と同じ食事を摂っている。	
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	毎食の摂取記録表と1か月の一覧表がある。体重増減との比較確認などにより、状態把握し、状態に応じて提供量や食事形態の変更、栄養補助食を添えるなどしている。水分摂取は強く意識し、食事時、午前午後のお茶会の都度、確実に確認している。必要な場合は個別の嗜好に合わせた飲み物を準備し水分摂取を促している。		

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
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に、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、口腔ケアを行ない、義歯や口腔内の確認を行っている。(自立者の洗浄後の確認も行う。) 義歯や歯肉の状態を確認し、必要に応じて、歯科受診又は往診による治療をしてもらっている。		
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	介助が困難な方も含め、日中はできるだけトイレ使用を援助している。排泄リズムや機能を把握して、一人一人の状態にあった援助を行い、失禁なく過ごす事が出来るよう対応している。また、尿意、便意の意思表示に対しては確実にすぐに誘導・介助を行っている。	利用者の排泄リズムに沿って、昼間は声がけトイレでの排泄を支援し、夜間はポータブルやオムツ等、状態に応じて支援している。法人のリハビリ担当者と連携し、下肢筋力運動に取り組みオムツからリハビリパンツに移した事例がある。自立者が昼5名、夜4名いる。	
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	日常の取り組みとしては、食事、おやつ、水分、運動による便秘予防を心がけている。慢性的に便秘傾向にある方は、主治医との相談により便秘薬を処方していただき、自然に近い状態で排便できるよう排泄チェックをもとに調整している。		
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	職員が入浴対応する時間は一応決めているが、「どの利用者を何時に」という取り決めはなく、声かけて希望に沿って行っている。入りたいという希望がある場合は、随時対応することとしている。また、浴槽利用も希望があれば対応することとしている。	入浴は、週2回を基本としているが、利用者の希望に沿って随時、対応している。職員は、自立者の入浴時は羞恥心に配慮し脱衣場で待機している。シフトの関係上、異性介助になる時は本人にその旨伝えて支援し、最年少の女性利用者は、同性で対応している。	
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	衛生的な環境を保持し、個々の習慣を尊重しながら、体調、体力、希望に応じて支援している。馴染んだ寝具を使用していただき、気持ち良く安心して休んでいただけるよう、枕元への水分の準備や照明、入口のドアの開閉状態等、本人の希望を確認して対応している。		
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	1人1人の状態と処方内容について確認し、1回量ずつ準備している。何らかの確認が必要な場合は、薬局や主治医に随時確認している。薬情報書はいつでもどの職員でも確認できるようになっている。定期処方以外の薬が出たり、処方の変更があった場合は、その旨申し送りが行われている。		
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	これまでの生活歴の確認と、現在の利用者の状態確認やコミュニケーションを通して、好きな事、楽しめる事を生活の中に取り入れるよう努力している。個々の疾病に配慮しながら、好きな飲み物や食べ物など嗜好品にも配慮している。		

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
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	毎月、全員で夕食やドライブに出かけ、食堂で食事を楽しんだり、遠出したり、マーケットへ出かけおやつを買って帰ったりします。他に、個々のご家族に協力いただき、地域、自治会、老人会の行事への外出なども時々あります。	利用者は、全員で外出する「ハッピードライブ」や体調の良い数人で出かける「ミニドライブ」の他、地域行事等に出かけている。公園の池で鯉のエサやりや職員の畑にスイカをもらいに行ったり、美容室を利用する等、体験する喜びを味わえる外出が行われている。	
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	入居時に確認し、1人1人の希望と能力に応じて個別の支援内容となっています。実際にお金を所持されている入居者様も居られます。		
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	電話の使用、郵便物の発送は自由としています。希望に応じて、自分で掛けられない方の家族への電話を援助しています。		
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	リビングは庭に面し、ウッドデッキから庭に出られるようになっています。樹木、花、畑が見えるようになっており、天気や季節が肌で感じられる。リビングには頭をもたせ掛ける事が出来るソファを選び、観葉植物を置きくつろげる環境作りを心がけています。	居間には、観葉植物や花の鉢植えを飾り、利用者がゆったりと寛げるようソファやテレビ等を配置している。居間では、好きなDVD鑑賞や夜遅くまでプロ野球を楽しむ利用者もいる。季節の花や野菜等を植えた庭は、散歩や外気浴を楽しめるようになっている。	
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	共有の場の中で、それぞれ好きな場所があり、個々の楽しみが来ています。リビングのソファや食堂テーブルで新聞を読んだり、好きな事をして過ごす利用者もおられます。また、食堂テーブルで2~3人でおしゃべりする場面も見られます。別の場所に談話コーナーも設けてあり、面会者が来られた時等に使用されています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に、居室には、自宅で使っていた馴染の物を置いて頂くようお願いしています。殆どの方が、机や肘掛け椅子、写真を貼るためのコルクボードなどを置いてお部屋作りをしていらっしゃいます。	居室には、利用者の馴染みの三線や書道用具の他、使い慣れた化粧水等を置き、利用前の生活が継続できるよう支援している。入浴後、好みの服に着替えたり毎朝化粧をする利用者もいる。居室を確認し易いように入口に名前を表示している利用者もいる。	
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	使用頻度の高い食堂、リビングをホームの中心に配置し、居室やトイレなどへの生活動線がシンプルで分かりやすく、移動の自立を環境でも援助しています。バリアフリーで、手すり設置、ホーム内の全てのドアがスライドドアであるなど転倒予防や怪我の防止にも配慮しています。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホーム 美ら徳

作成日 : 平成 28 年 12 月 28 日

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	防災訓練は併設の老人保健施設と一体的に行っているが、地域住民との協力体制をつくる事ができていない。	①災害時に入居者の方が安全に避難が行えるように、自治会や近隣住民との協力体制を整備する。 ②近隣の家族との協力体制を整備する。	①災害時の避難について、自治会へ相談し協力を得て、近隣の住民に声をかけ、可能な方へ協力を依頼し、協力体制をつくっていく。 ②近隣に住む、入居者の家族と相談し、災害時の避難等の協力体制をつくっていく。	12ヶ月
2					ヶ月
3					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。