

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 31 年 1 月 16 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3474300245		
法人名	社会福祉法人 まり福祉会		
事業所名	グループホームぬまくま		
所在地	〒720-0313 広島県福山市沼隈町大字常石1284番地3		
	電話番号	084(987)4115	
自己評価作成日	平成 30年 10月 15日	評価結果市町村受理日	平成 31年 1月 25日

※事業所の基本情報は、介護サービス公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先

【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	平成 30 年 12 月 11 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)】

瀬戸内の穏やかな気候に恵まれた立地に加え、医療機関と同じ棟内にあるという充実した体制は、入居者のみなさまはもとより、ご家族のみなさまにもご安心いただけるものと思います。地域の方とふれあいも大切にし、穏やかに落ち着いた生活を提供しています。「たんぽぽだより」は写真を中心に日常生活の様子を毎月の便りで届けています。食事は、管理栄養士による献立と手作りの料理で高齢者にとって適量で食べやすい工夫をしています。職員は毎月の法人全体の医療・介護の勉強会・ホーム勉強会で学習し専門介護士としてスキルを高めています。モニタリング評価表では、項目毎に分類・評価をし職員間で情報共有しサービスの質の向上に活かしています。一人ひとりの人生に必要な「居場所」であることが、何よりの認知症のケアになると考え、ご入居者様一人ひとりに寄り添った介護を提供しています。

【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)】

瀬戸内の海と山に囲まれ季節ごとの木々の色の移り変わりでその時々季節が感じられ、恵まれた環境の中にある。又、常石病院に併設され、3, 4, 5階の3ユニットとなっている。階下に医療機関があり緊急時や夜間等、的確に速やかに対応でき、家族、本人も安心である。看護師も定期的に訪問され、利用者の健康管理もされている。ケア面に於いても一人ひとりを尊重し、その人に合わせた細やかなケアを心掛け、家族の様に寄り添い、思いを汲み取り、馴染みの地で自分らしく穏やかに過ごしてもらえよう取り組まれている。又、法人全体の研修もあらゆる分野で実施され、個々のスキルアップに繋げられ、高度技術の向上に努められている。地域との連携もまちづくり委員となり、地域の方々と共に活動され、今では地域の一員として密に交流ができていて、災害対策を含め地域との協力体制も構築されている。家族会も年3回実施し、家族の思いを把握し、信頼関係を築く様努め、今では地域に開かれ、家族、地域三者で利用者を支え、利用者が安心、安全に一日一日を大切に過ごしてもらえよう全職員が思いを一つにし取り組まれている。職員も笑顔で優しく声かけされ、家庭的な雰囲気であり、安心できる事業所である。

自己評価および外部評価結果

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	法人理念と基本方針を共有し、実践している。毎月のミーティング時に理念と基本方針を唱和し見直し、日々のケアにおいても理念に近づくよう取り組んでいる。	毎月のフロアーミーティングで理念と基本方針を唱和し、振り返る機会と反省の機会となり、日々全職員が理念を認識し、実践されている。課題があると理念に立ち止まり統一したケアに取り組まれている。	
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	学区まちづくり推進委員会に入り地域行事に参加。ホームの消防訓練・秋祭りやグループホームの運営推進会議等にも地域の方に参加していたり交流している。	地域行事(敬老会、運動会、とんど祭り、しめ縄づくり等)に地域の一員として参加し、地域の方々との顔見知りの関係もでき、事業所が行うスカットボール大会には道具を貸してもらい地域の方々と一緒に楽しんでいる。又、まちづくり委員会に入り、色々な情報が得られ、色々なイベントに参加し地域の一員として交流ができています。	
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	グループホーム運営推進会議にて地域高齢者の情報や支援について話し合っている。地域包括支援センター・福山市社会福祉協議会・派出所・公民館・地域住民の方・入居者家族などと情報交換に取り組んでいる。		
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	2ヶ月に1回開催。行事や日々の状況報告・地域の行事など報告し、理解と協力やご意見をいただき、サービスの向上に活かしている。	家族代表をはじめ家族複数名、地域の各役員、公民館館長、行政、包括職員、近隣の事業所等の参加により、利用状況、取り組み状況、ヒヤリーハット等、現状を伝え、立場の違う方々から多くの意見をもらいサービスに活かしている。家族会と兼ねたり、勉強会(看護師による認知症)になる事もあり、有意義な会議となっている。	
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	保険福祉担当者・地域包括支援センター担当者・公民館・派出所と連携を取り、意見交換をしながら取り組んでいる。	疑問点があれば気軽に相談できる関係ができています。日常的に本部事務局との連携が取れている。運営推進会議の議事録も毎回ファックスし、協力関係を築く様努めている。包括共お互いに情報交換し連携は取れている。	
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	法人勉強会・ホーム勉強会・ミーティングの課題としても取り上げ話し合い理解し、知識を深めながらケアに取り組んでいる。毎月の身体拘束廃止委員会で各ホームの状況報告を行う。	基本身体拘束はしない方針である。身体拘束委員会があり、月1回状況について話し合い、検討しながら抑圧しない支援に努めている。外部研修や内部研修も実施し正しく理解し拘束のないケアに取り組まれている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	法人勉強会・ホーム勉強会の職員の伝達講習で、情報共有し、虐待防止・予防についてお互いに話し合い、注意しながら防止に努めている。		

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	共通の認識となるよう、ここに必要な制度の関係者と情報交換し関係機関と連携しながら、その人に必要な制度の活用について支援している。		
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	入居契約時には、十分な契約内容等の説明を行い、その上でお互いが納得し合意した上で手続きを行っている。		
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	家族の面会時にも相談や苦情について遠慮なく言っただけよう説明し理解を得ている。家族会を年3回以上開催し、意見や要望をいただき、運営に反映している。	家族の訪問時や行事、また、家族会等で、気軽に意見が出る雰囲気づくりをし、多くの意見の把握に努めている。遠方の方には電話で現状を報告する際、聞く様に心掛けている。色々な場面での意見等は反映させると共に個々にも対応している。	
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	月1回の各階のフロアミーティングやホーム勉強会で話し合い、話し合った内容を反映させている。	フロアミーティングや部門別ミーティング等で聞く機会を設けている。日々意見があれば記録し、リーダー会議で検討してもらい、職員にもヒートバックされると共に反映もさせている。毎年意向調査やストレスチェックもしている。又、メンタル面も看護師長が定期的に訪問し相談できる体制もできている。	
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	個々に年間目標を掲げて自己評価を行い、一定の時期に上司がヒヤリング等を行っている。時々個人での相談もを行い、職員が向上心を持って働けるように努めている。		
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	外部研修の情報を提供し、積極的に参加できるよう職員に声掛けを行っている。研修後は、伝達講習にて職員に通知している。法人内の研修も毎月開催され、参加可能な職員には声掛けを行っている。		
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	地域にグループホームと入居者の交流を行う。同業者との勉強会も実施し、勉強会を通じての交流や関係機関のケア会議に参加し、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	入居前見学・面接で本人や家族の要望に耳を傾け、話ができる状態を作っている。職員間で話し合い、共有の支援策を考えている。一度声掛けで伝わらない時、ほかの職員に代わり話の伝達をしている。		
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	話の中で不安を受け止め、説明やホーム見学の機会を設ける。入居されてからも問題点を一つ一つ最適な状態になるよう努めている。		
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	本人にとって必要とする支援を見極める為に本人や家族から話を聞き、ホームでのサービス・他のサービスを紹介して、本人・家族の要望に近づけるように心掛けている。		
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	本人は人生の先輩で、教わることがたくさんある。職員は、本人と一緒にできることをしている。本人の意思を尊重し、自分でできる事はしていただけ、できないところをサポートをしている。そして、家族のような関係を築けるよう努めている。		
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	面会時に本人との時間を十分持っていたり、近況報告や相談などを行っている。家族の方にもできる支援を協力していただき、職員と家族が一体となって築くようにしている。		
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	馴染みの人や場所へドライブに行ったり、地元行事に参加していただいている。面会の方にはお茶を出して居室でゆっくりと過ごしていただいている。	家族、親せき、友人の訪問も多くある。地域の行事に参加すると馴染みの人に合う機会もある。希望で自宅近くまでドライブしたり、家族と馴染みの美容院へ行かれる等、また、お正月には自宅へ外泊する方もいる。できる限り、馴染みの人や場との関係が継続出来る様柔軟な支援を心掛けている。	
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	ホールで昔話をされたり、歌やボール投げなど日常的に行い、入居者同士が支えあえるよう・孤立しないように工夫した場面づくりをしている。		

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	退居されても近況を聞いたり、介護の相談があれば受けたりしている。法人内の居宅介護支援事業所を中心に情報共有を行い関連サービス事業所との連携や経過をフォローし相談や支援に努めている。			
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	一人一人とコミュニケーションを取り、会話から本人の思い・やりたい事、欲しいもの・食べたい物など把握し実現できるように取り組んでいる。困難な方は、表情や動作で把握し、身体状況を考慮しながら、できるだけ希望に添えるよう取り組んでいる。	日々の会話や利用者同士の会話などから把握している。入浴等個別対応時等には日ごろの思いを聞く事もある。口頭で言われる方もいて、買い物や食べ物、帰宅願望等が出る。可能な限り思いに沿うよう努めている。表出困難な場合は生活歴や行動、表情から検討している。又家族から聴き取る事もある。		
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	入居前の生活歴や過ごし方や生活環境や交友関係を本人や家族、関係者から聞き取り記録し、ケアサービスに活かしている。			
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	申し送りや介護日誌・経過記録・ケアカンファレンスで一日の過ごし方や心身状態を把握し、自分でできる事、支援の必要な事を見極めながら支援している。			
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	本人と家族の希望と情報を聞き、その人にどんな支援が必要なのか、本人・家族・缶ね医社と連携を取り話し合い、現状に即した介護計画を作成している。	情報提供やアセスメント、家族、利用者の要望等を基に暫定計画を作成し、1ヶ月状況を見ながら、ニーズや課題についてカンファレンスで話し合い、それらを基に担当者会議で検討し本計画を作成している。家族に説明し承諾も得ている。見直しは半年毎にしている。		
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	日々介護日誌や経過記録やケアサービス評価に記録し評価している。職員全員が閲覧でき、情報を共有し、ケアプランの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	協力医療機関による連携、受診などの支援をしている(2W/1回)PT・OT・ST・歯科衛生士などリハビリ相談などの支援をしている。			

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・小学校・公民館など地域の方々に協力してもらい、行事に参加していただけるように支援している。		
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	併設の医院から訪問診療等の受診を支援している。本人の希望・家族とも話し合いを行い、適切な医療が受けられるよう支援している。	協力医療機関の往診が月2回あり、訪問看護師は週1回訪問し、健康管理をされている。訪問歯科支援もある。他科については家族対応である。家族対応の結果や往診の結果等、定期的に報告し共有し安全確保に努めている。夜間や緊急時も病院が併設している為安心である。	
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	訪問看護ステーションと24時間連絡体制の契約をし、日常の健康管理のチェックやアドバイスや相談など24時間対応している。協力医療機関の看護師にも相談にのって貰い適切な受診が受けられるように支援している。		
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。	入院時には専門職の方と連携を取り、退院時に向けての相談をしたり、状況を把握し退院後のケアに向けて準備をしている。		
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	本人やご家族に、入居時や入居後には随時話し合いをし、理解を得ている。「看取り介護」の勉強会等で学んでいる。医師や看護師と共に対応など検討を行い、支援に取り組んでいる。	利用開始時、指針を基に説明し、理解が得られている。重度化した場合は主治医から家族に伝え、主治医、家族、三者で繰り返し話し合い、その都度家族に意向を確認しながら、思いに沿った支援に取り組みまれ、看取り計画を作成し、方針を共有し、家族の協力と主治医、訪問看護師と連携を取り、支援に取り組まれている。体験もされた。又、看取り研修も実施し、不安なく対応できる様努めている。	
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	協力医療機関の救急蘇生委員会から看護師の講師を迎え「AED講習」を受けたり、急変・事故発生時の対応等について定期的に勉強会を行っている。		
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	年2回消防署・地域初期支援者の協力で、消防訓練を実施。自動通報装置を設置し、夜間想定した通報・避難訓練や肢体不自由者の搬送講習・消火器及び火災報知設備の取扱習得訓練など実施し、地域との協力体制が築けている。	併設の病院と合同で消防署指導の下、通報、消火、避難誘導の訓練を実施し、地域の方の参加もあり、運営推進会議でも災害について話し合い助言等も得られ協力体制もできている。避難確認の工夫もしている。	

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
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	言葉かけには十分に気をつけ、職員間でも注意し、入居者の尊厳を大切にしている。個人情報の取り扱いにも注意を払い取り組んでいる。	利用者一人ひとりの人格を尊重した声かけや対応をするよう周知し、職員間でも気づいた時には注意し合うと共に馴れ合いになっても節度ある声かけをするよう心掛けている。法人全体の研修やそれを基に内部研修を実施し、全職員が理解し統一したケアに努めている。	
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	利用者に応じた質問や声かけなどで希望を聞き、外出や買い物等でも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	職員側の押し付け介護にならないよう日々の生活が本人のペースで本人の希望に添って楽しく穏かに過ごせるよう支援している。		
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	家族の協力を得ながら、行きつけの美容院や行きたいお店などに行かれたり、月1回美容院の方に来てもらい、希望によって散髪や日常的身だしなみへの気付きやおしゃれをすることへの変化など楽しんでもらっている。		
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	家族会との行事ではお弁当を食べたり、誕生日会等の際には入居者の好みや、希望に合わせたメニューを考えている。入居者・職員一緒に食事をし、季節感を感じられるような行事も取り入れている。個々に応じてテーブル拭きや食器洗いなど片付けを一緒に行ってもらっている。	利用者の身体状況に合わせた形態で、食材も多く、個々のペースに合わせ、ゆったりと会話を楽しみながら楽しく食べられている。できる方にはテーブル拭きや下膳、食器洗い等してもらい、力量発揮の場面作りをし、張りのある生活に繋げている。	
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	同法人内の管理栄養士に食事のメニューを作成してもらい、手作りにより一人一人の状態に合った量や形態(キザミ食・トロミ等)にして食べやすい工夫をしている。食事・水分摂取量も確認し記録を行っている。		
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、個々の状態に応じた口腔ケア(ガーゼ・歯ブラシ)の支援(見守り・介助)をしている。歯科衛生士の訪問時、個々にあった口腔ケアの確認とアドバイスをケアに活かしている。		

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	利用者の生活リズムの中での排泄のパターンを把握し、自立に向けた排泄のケアの支援をしている。できるだけトイレ誘導を自力で排泄が行えるよう支援している。	個々の時間帯で声かけし、トイレでの排泄ができる様取り組まれている。機能維持と生活習慣を活かした支援を心掛け、紙パンツから布パンツに変わられた方もいる。節約のためにも自立に向けたケアに努めている。	
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	ラジオ体操・リハビリ体操等声かけをできるだけ参加していただいている。天気の良い時には、散歩に出かけたり、個々に合った食事・水分摂取やホットマッサージを行い、自然排便に心掛けている。排便コントロールが必要な場合は、主治医に相談し対応している。		
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	週2～3回の入浴をさせてもらっているが、希望があれば臨機応変に対応している。入浴の声かけをして拒否された時には、時間や日にちを変えて対応している。一般浴が難しい方は、特殊浴槽で入浴をしていただいている。	週2～3回、特殊浴槽もある。順番の希望にも応えようと共に関心となる様、入浴剤を入れ楽しんでもらっている。拒否の方には声かけの工夫やタイミングを見ながら対応し清潔保持に努めている。身体状況により特浴で対応する方もいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人ひとりの生活習慣やタイユウの把握を行い、適した室温・湿度を提供している。入居者のペースで安心して休息したり、良眠できるように支援している。		
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	医師や薬剤師から効能・用法の説明を受け理解し、症状の変化・状態について報告。服薬時には、声だし確認をして手渡し、飲み終わるのを確認している。チェックリストを作成し誤薬の防止に取り組んでいる。		
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	本人の好きな事や出来る事は、積極的に声かけをし行っていたり様支援している。洗濯物干しや取り入れ、タオルや洗濯物を畳んだり、ベランダで野菜を栽培したり花の苗を職員と一緒に育てたりし、日々の生活にメリハリをつけ気分転換が得られるように取り組んでいる。		
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	季節の行事や地域の行事(運動会・敬老会など)、家族・地域の方との協力をいただいて、戸外へ出かけられるよう支援を行っている。(買い物・行事・ドライブ・美容室)	地域行事(敬老会、運動会等)やお花見、買い物、お花を買いにホームセンターへ、また、コンビニ等にも希望で出かけたりしている。手芸用品を買いにイトーヨーカドーまで行かれる方もいる。できるだけ閉じ込められない様に出かける機会を持ち気持ち、五感刺激、楽しみごとの支援に努めている。	

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
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	家族の了解を得て、預かり金として預かっている。本人の希望時には、一緒に買い物等行っている。その他、必要な物があれば本人・家族に伝え購入している。		
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	本人の希望がある時、相手先を確認し、電話の利用を支援している。自ら電話ができない方は、職員が代わりに連絡を行う事もある。		
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	造船の街並みや瀬戸内の海と山の緑に恵まれた立地。整理整頓に心がけ、明るく、不快な音や臭気のない環境を提供している。季節感を感じ、なるべく自宅と同じような環境作りを工夫している。	3, 4, 5階がグループホームになっていて、それぞれの階で季節ごとの飾り付けがあり、観葉植物も置かれ、窓際にも季節の鉢植えもある。壁には行事の写真やホーム便り、利用者の習字等も飾れている。畳スペースもあり、ところどころに椅子も置かれ一休みできる場所の確保もできている。室温の配慮や不快な匂いや死角もなく、清潔に保たれ、快適に過ごせる共有の場である。	
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	ホールでは、テレビやソファ・畳の間があり、廊下の窓側には椅子を置いて、思い思いに過ごして頂ける環境を提供している。定期的に、机やソファの位置も変えている。		
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	本人や家族と相談して、使い慣れたテレビや家具・観葉植物等を持ってきていただき、壁には写真等を飾り、落ち着いた過ごしやすい環境になるよう工夫している。	テレビ、ラジオ、藤の椅子、飾り棚等が持ち込まれていると共にご自分の作品、手芸、習字等も飾られている。思い出の家族写真もあり、自宅の延長線上で落ち着いて過ごせるよう工夫されている。加湿器もあり室温にも配慮している。	
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	個々の居室の前に表札があり、手洗い・浴室の戸も大きく分かりやすい表示にしておき、利用しやすく工夫している。車椅子の方にも対応できるよう、自ら移動方の妨げにならないよう、環境作りを工夫している。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		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	○	①ほぼすべての利用者の	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	○	①ほぼすべての家族と
			②利用者の2/3くらいの				②家族の2/3くらいと
			③利用者の1/3くらいの				③家族の1/3くらいと
			④ほとんど掴んでいない				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	○	①毎日ある	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		①ほぼ毎日のように
			②数日に一度程度ある				②数日に1回
			③たまにある			○	③たまに
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が	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		①大いに増えている
			②利用者の2/3くらいが			○	②少しずつ増えている
			③利用者の1/3くらいが				③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている		①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている		①ほぼ全ての職員が
		○	②利用者の2/3くらいが			○	②職員の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③職員の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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				②利用者の2/3くらいが
		○	③利用者の1/3くらいが				③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
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	○	①ほぼすべての利用者が	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利用者の2/3くらいが				②家族等の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が				
			②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

(別紙4(2))

事業所名: グループホームぬまくま

目標達成計画

作成日: 平成 31 年 1 月 25 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	18・38	職員の勤務体制によっては、入居者との関わり合いが出来にくい時がある。	一日のうちで、ゆとりの持てる時間を作るようにする。	朝の仕事は始めの申し送りの時に、一日の流れを話し合い、それにできるだけ添って動く。3フロアで情報の共有をし、買い物時等に外出支援等を取り入れる様にする。	6ヶ月
2	3	地域の方との交流時に、入居者について認知症が理解出来ない言葉が聞かれる事がある。	地域の方との交流時、笑顔で楽しく交流する事ができる。	認知症についての話をする機会を作る等して、地域の方と一緒に考える。	6ヶ月
3					
4					
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。