

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 30 年 3 月 5 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470700356		
法人名	有限会社 いのくち		
事業所名	グループホーム ゆかりの里		
所在地	竹原市福田町堂沖尻1300-1 (電話) 0846-24-1287		
自己評価作成日	平成30年2月10日	評価結果市町受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の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URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=3470700356-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成30年2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）】

当グループホームは開設15年を迎える。1ユニットであり併設する施設はないが、地域の一家族として存在している。月1回、自治会が開催するふれあいサロンや掃除に利用者、職員が参加したり、ホームの行事には協力、参加して頂き、地域の仲間となり、互いが頼れる存在となる関係づくりを目指している。運営推進会議ではホームとして地域に貢献できる事など、意見を聞いたりしている。また、見学者には「家庭的で明るい」という感想を一樣に頂く。利用者は98歳の方を筆頭に皆様お元気に過ごされているが、お一人お一人の「今出来ることを大切に」した毎日のケアの現れと思っている。全体会議やカンファレンスで、利用者各々の自立支援に基づいたケアができるよう、職員皆で意見を出し合い、取り組んでいる。

【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）】

独自の「研修テキスト」により、目指すべき理念・目標・運営方針が明確になっている。高齢者のふれあいサロンには毎回参加している。運営推進会議は、常に7~8人と多くの人に参加し、活発な意見交換の場となっている。地域住民との交流を深める目的で始めた「ゆかり祭り」は、毎年多数の住民が参加し、交流の場となっている。地域との交流を重点に、理念でもある「地域に根ざしたホーム」づくりに取り組んでいる。ここでは、利用者が其々ゆったりと和やかな表情で、その人のペースで過ごし、それを職員が温かく見守っている。利用者一人ひとりが出来ることを発見し、それを発揮してもらうように支援している。食事はとても重要であるとの考えから、①作る、②食べる、③片づけることを生活の軸として大事にしている。職員の全体会議やカンファレンスは、利用者も参加され、話し合いをされている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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近づけている。	地域密着型に基づいた4つの理念を掲げ、当事業所の根本であり、目標としている。会議や年度始め等、代表者から当事業所の理念の持つ意義意味を説明してもらったりし、節目々で確認し、共有している。玄関などに掲示し、常に確認できるようにしている。	独自の「研修テキスト」により、理念・目標・運営方針が明確である。年度初めに、代表者から1年間の目指すべき方針が打ち出されている。適宜、全体会議（月1回）で、日々の支援が理念に沿っているか、確認している。	
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。	地域の自治会が開催するふれあいサロンに毎月お誘いがあり、参加している。一部ではあるが入居者の名前や顔を覚えて頂いている。玄関の掃除、散歩の時、挨拶し話をしている。時々、自宅まできた野菜を持参して下さりお茶を飲んでもらったりしている。年2回の地域の掃除や回覧板を届けるなど入居者と一緒に行っている。又、食材や物品は地域の店で購入したり、配達してもらっている。	高齢者のふれあいサロンには、毎回参加し、交流を深めている。地域住民との交流を深める目的で始めた「ゆかり祭り」は、毎年多数の住民が参加し、交流の場となっている。ホームとして、地域で何かできないだろうかを常に考え、取り組んでいる。	
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。	ふれあいサロンの参加や運営推進会議において認知症への理解を深めて頂いたり、相談の窓口であることを知らせている。又、地元中学生や高校生の職場体験を受け入れ、入居者や職員と直に触れ合い、交流することでグループホームや認知症の理解を深めてもらっている。ホームに足を運んでもらい、交流を図るためにゆかり祭りとんど祭りを行なっている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取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。	年6回会議を開催し、利用者の日常の様子をスライドで報告したり、取組みの状況、抱える問題など提起し意見交換、助言を頂いている。その意見を基にサービスの向上に生かすことができている。意見を頂き、実践してことは報告、評価に力を入れている。会議では自治会長、民生委員、市職員、駐在所警察官、公民館長、家族など常に7、8名の参加がある。	常に7～8人の参加があり、年1回（7月）は、家族会を兼ねて実施している。日頃の様子をスライドで報告され、取組み状況、ヒヤリハットや日頃の利用者のケアでの困りごとなども話をされている。参加者からのアドバイスを頂き、サービスの向上に生かしている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取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。	市職員、地域包括支援センターの職員には運営推進会議に毎回参加して頂き、事業所の実績や様子、ケアサービスの取組み等、映像を伝え、意見助言をしてもらっている。市からの情報も会議にて頂いている。また、介護相談員による訪問を受け、実際の様子を具体的に伝え、報告を貰っている。	市の介護相談員が、3カ月に1回訪問され、利用者とは話を交わし、報告を頂いている。月1回の市主催の地域ネットワーク会議への参加や、運営推進会議には、毎回参加され、会議後は個別に相談することもある。必要な時には市と事業所が連携できる体制が整っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p>	<p>何が身体拘束に当たるのか会議で話し合うなどし、日頃から身体拘束のないケアを実践している。日中は玄関に鍵を掛けていないが、センサーを設置し玄関が開くと音と光りで知らされるようになっており直ぐに対応している。但し、道路傍に建物が位置するため、危険防止として門扉には施錠している。色んな場面で安全を重視することを理由に拘束になっていないか話し合う頻度を増やしたい。</p>	<p>年1回は、身体拘束をしないケアの重要性について研修を行なっている。個々の事例について、「身体拘束に該当しないか」を月1回の全体会議やカンファレンスで再確認をしている。</p>	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。</p>	<p>会議に議題としてあげ、話し合っている。こういった行為や言葉が虐待に当たるのか、自分では気付かず虐待に通じる言動を行なっていないか、職員一人ひとりが自分を振り返る機会を持つようにしている。身体の小さな痣なども報告するようにしている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>	<p>会議にて成年後見人制度や権利擁護の制度について資料を基に取り上げ学んだ。カンファレンスでは入居者各々の自立支援を根底に置いたプランをたて、支援内容を職員全員で検討し、日々のケアに生かしている。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	<p>契約時には、重要事項の文書を用いて丁寧に説明している。事業所としての対応可能な範囲、リスクの説明をし、又、利用者や家族の思いを聴き、納得して頂いたうえで契約に応じてもらっている。制度の改定による変更にも文書を出し、理解・納得を図っている。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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。</p>	<p>利用者の意見や要望を聞き取ることは困難なことが多いが、日々の職員との関わりの中で聴き取り、ケアに生かせるようにしている。家族の面会時にご本人の様子を伝え、家族の思いを伺うようにしている。また、年1回の家族会で意見や要望を出して頂き、反映させているが、個人面談の必要性を言われた家族もあり、今後の課題としたいと思っている。</p>	<p>担当職員から、①面会時は日頃の様子を報告、②毎月1回、生活状況のコメントと写真を添えて送付している。利用者、家族の意見や要望などは、ケースに分けて、①生活日誌、②申し送りノートに記録している。先月（H30.1）より、苦情・重要事項ノートを作成し、検証しながら取り組まれている。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	代表者は全体会議などで、運営に関する説明を、変更などあれば詳しく説明して理解を求め、意見を聞くようにしている。また、日頃からコミュニケーションをはかるように心掛け、聞き出したりするようにしている。日常の関わりの中から出てくる気付きを運営に取り入れている。	職員がストレスを溜めない取り組みとして、年1~2回または必要時は個人面談を実施し、職員の意見を聴いている。職員からの要望で、勤務変更、勤務時間の短縮など処遇環境の改善に取り組み、働きやすい職場環境に努めるようにしている。会社として、社会保険労務士、税理士と相談できる体制である。	
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。	個人面談や管理者、主任が聞き取った職員各々の思いを反映できるよう、職員が働きやすくなるよう、勤務条件の整備に努めている。人間力の研修を随時行い、自己啓発と組織力につなげている。健康診断、介護職員処遇改善加算金の受給を受けている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	新人社員には、ゆかりの里の研修テキストを使用している。また、経験、理解度に応じた指導を個人的に行なっている。外部研修の情報を提示し、受講を呼びかけている。全体会議やカンファレンスにおいて研修をし、また外部の講師を招き、研修を行い、学ぶ機会を作っている。		
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つくり、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組みをしている。	市内の連絡会に参加し、意見交換、情報交換をしている。また希望者が外部の研修会に参加している。今年度、初めて近隣のグループホームの交換研修に参加し、当事業所より1名、他グループホームへ行き、他グループホームから1名、当事業所で3日間の研修を受け入れた。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	事前面談では家族から本人の心身の状態、生活状態をお聞きしたうえで、本人の認知状態に合わせた対応を心掛けている。不安を感じさせることなく、安心できる場所であり、人であることを知らせていくよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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。</p>	<p>家族が困っていること、不安な事、当事業所に求めている事など家族の思いを聞き取り、受け止めることを第一に行うよう努めている。その上で、事業所としてどのような対応ができるか、話し合っている。</p>		
17		<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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。</p>	<p>早急な対応が必要な相談者には、可能な限り柔軟な対応を行っている。またデイサービスの利用など、本人の状態に合わせたサービスを提案する場合もある。利用開始前に、事業所に来て体験してもらうなど、徐々に馴染んで頂くよう工夫している。そうした中で必要としている支援を見極めるようにしている。</p>		
18		<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。</p>	<p>利用者は人生の先輩であるという考えを職員間で共有し、日常会話など配慮している。時には教えをうけながら一緒に調理したりと、支援する側、される側という意識を持たず、お互いが協働し合いながら生活していくよう努めている。</p>		
19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。</p>	<p>毎月送る月報告で日々の生活情報や気付きを家族に知らせる中で、家族と同じ思いで支援していることを伝えていきたいと思っている。来訪時には本人と家族がゆっくり過ごせるよう配慮する一方、以前の利用者の様子をお聞きして情報を共有し、日々のケアに生かすよう努めている。</p>		
20	8	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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。</p>	<p>家で使用されていた物を持ってきて頂き、写真などを飾り、それを見て思い出して頂くようにしている。馴染みの人が来所された時には関係が途切れないよう次回の来訪の声かけをしたり、一緒に写真を撮り、部屋に飾るようにしている。</p>	<p>以前の職場の同僚、知人、友人の訪問があり、リビングや居室でゆっくりと過ごされ、馴染みの関係が損なわれず継続するように配慮している。なお、家族の協力で、利用者の中には、今まで利用していた美容院へ通うよう支援している例もある。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	利用者同士が関わりあえるよう、席なども工夫し、お茶を飲みながら昔話をしたり、レクリエーションができるようにしている。利用者の性格や相性など考えて職員が調整役となり支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	利用が終了された利用者や家族の方との繋がりは現在は持っていない。		

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。	本人の今までの生活を把握し、出来るだけその暮らしに沿ったケアを志している。意思疎通が困難となった方には傍に寄り添い、その人の思いに近づけるよう努めている。また、カンファレンスで情報交換し、検討、共有している。	日常の会話から利用者の意向を把握しているが、意思疎通が困難な方は、動作や表情から本人の意向を汲み取り、把握できた内容は「生活日誌」に記載している。利用者の意向が実現できるようにカンファレンスで情報共有し、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。	家族から入所前の面接や来訪時に生活歴やお好きだったことなどお聞きしている。入所することで生活環境が大きく変化するため、安心して生活できるよう、その情報を取り入れ、本人の出来る事を把握することでその力を発揮して頂き、居心地の良い場所となるよう努めている。		
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。	朝の申し送り時に一人ひとりの状態を報告し、その日の過ごし方などを確認している。その場にはいない職員は申し送りノートや観察記録に目を通し、把握するようにしている。また、カンファレンスなどで利用者それぞれの心身状態や有する力の気付きを出し合っ把握し、共有するようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p>	<p>介護保険更新時には家族、本人と面談し、暮らしへの思いや要望を聞いている。利用者の担当職員がサービス内容を考え、計画作成担当者が原案として集約し、全職員によるカンファレンスで介護計画を作成している。また、3ヶ月に1回、モニタリングをカンファレンスにて行い、見直しをしている。</p>	<p>より質の高いケアの向上を図りたい想いで、3年前（H27）より、ICF（国際生活機能分類）の手法、考え方の勉強会をした経緯がある。担当職員と計画作成者が原案を作成されている。常にチームで考え、検証しながら取り組まれている。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>	<p>利用者一人ひとりの毎日の記録（食事量、排泄、身体状況、行動等様子、気付き）を個別ファイルに記している。他に水分摂取量、排泄表の記入も行い、継続したケアに役立てている。その記録をもとに朝夕の申し送りを行い、全職員で情報を共有している。その記録を基に、介護計画の作成、見直し、家族への報告を行なっている。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>	<p>デイサービスにおいては、予定意外の通所、延長サービス等、家族の状況、要望に応じて対応している。また、歯科通院や必要な物品の買い物など、行なっている。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>	<p>自治会長、民生委員、警察官、公民館長、近隣の方の参加による運営推進会議で情報交換し、協力関係を築いている。近所の歯科医院に通院したり、ふれあいサロンに参加したり、公民館の催し物に参加している。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>	<p>家族の希望で殆どの利用者は事業所の協力医を主治医としている。様子変化のある時は、迅速な相談、対応ができ、協力医との連携をはかっている。</p>	<p>今までの病状のこともあり、入居時にかかりつけ医を決めている。協力医以外の受診については、家族対応をお願いしている。医師への相談は、ホーム長、計画作成担当者が窓口となっている。協力医の往診が毎週あり、一人ひとりの健康チェックをしている。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。</p>	<p>看護職員を配置しており、様子変化があるときは医師に報告、適切な指示をしてもらっている。母体が医院なので、迅速に対応できる環境にある。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。</p>	<p>入院時には本人の情報を提供し、医療機関と連携をとるよう努めている。また、入院中は訪問して情報を収集し退院後のケアを検討している。</p>		
33	12	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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。</p>	<p>事業所としては、利用者や家族の要望があれば看取りを行う方針であることを、終末期を迎えた家族に伝えている。重度化した際には、家族、医師、管理者で話し合いを行い、書面による同意をもらい、適切な支援を行なっている。職員も重度化や看取りに対し、不安なく適切に対処できるよう、その都度話し合うようにしている。</p>	<p>希望があれば看取りを行なう方針であり、看取りの事例がある。常に医療従事者が勤務している訳でないため、重度化した際には、家族・医師と話し合いを行い、方針と方向性を決定し支援している。なお、希望があれば家族の寝泊りも可能としている。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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。</p>	<p>緊急時の対応について、慌てず適切な行動がとれるよう、職員会議などで随時、確認するようにしている。消防署の方を迎え、心肺蘇生法の訓練を行なった。</p>		
35	13	<p>○災害対策</p> <p>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。</p>	<p>消防署の協力を得て、夜間火災を想定して避難訓練を行なった。消防署への通報、職員間の連絡、模擬避難を実際に行い、不備な点など検証した。また、運営推進会議で問題提起し、避難路の確認、協力をお願いをしている。</p>	<p>運営推進会議、町内会議に、災害について問題提起している。訓練時には、近隣者へ案内をし、ホームの防災ベルの音の確認をしたこともある。今後は、水害などのこともあり、近隣の高い建物への避難ができるように声掛けを行う予定である。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	今まで生きてこられた一人ひとりを尊重し、人格や自尊心を傷つけないやさしい言葉掛け、対応を心掛けている。好ましくない対応がみられたときは注意し、全員で自覚するようにしている。	年1回、権利擁護の研修を行っている。居室の入室時は、必ずノックし、「失礼します」と言葉にされている。トイレの見守りも、プライバシーが守られるようにドアを少し開けて、本人が不快にならないように気を配っている。	
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。	先々に指し示すのではなく、本人の気持ちや希望を聞き、自己決定を促している。本人の表情などを見て、声かけたり、安心できるよう働きかけている。		
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し、その目をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	自分の都合によって優先順位が変わることを反省するが、一人ひとりのペースに合わせた対応を心掛けている。		
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。	洋服選びの自己決定ができない利用者には色合いなど考えて支援している。自分で出来ない利用者のズボンの上げ下げなど、身だしなみをきちんと支援できるよう努めている。		
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。	以前のように調理、片付けなど出来る方がおられなくなったが、声かけ、献立を話し、一緒に台所に立つようにしている。利用者と職員が同じテーブルで同じ食事をおしゃべりしながら楽しく食している。	食事はとても重要であるとの考えから、①作る、②食べる、③片づけることを生活の軸として大事にしている。季節に応じた献立を立て、食材を大事に利用している。ご近所から野菜の差し入れも多く、食事に利用している。利用者と職員と一緒に同じ食事をされている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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。</p>	<p>一人ひとりに合った栄養バランスを把握して提供している。また、その人の摂りやすい水分（ゼリー、ジュース、コーヒー等）を提供し、1日の目標を達成している。</p>		
42		<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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。</p>	<p>毎食後に口腔ケアの声かけをし、細部は介助し、支援している。また、本人が歯ブラシを持ち、歯磨きができるよう支援している。義歯の消毒も行なっている。</p>		
43	16	<p>○排泄の自立支援</p> <p>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向けた支援を行っている。</p>	<p>一人ひとりの排泄チェック表を確認しながら、トイレでの排泄に向けて誘導している。尿意、便意のサインを見落とさず、トイレ誘導している。</p>	<p>個々の24時間シート、排泄記録を参考にしたトイレ誘導をしている。日中は布パンツを使用し、出来るだけオムツを使用しない取り組みを行なっている。</p>	
44		<p>○便秘の予防と対応</p> <p>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。</p>	<p>便秘予防の為、植物繊維の食事を多く摂ったり、水分を沢山摂るようにしたり、ゼリーで対応したり、少しでも歩くよう工夫し、努めている。</p>		
45	17	<p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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、個々に応じた入浴の支援をしている。</p>	<p>入浴時間は決めていない。一人ひとりの生活や体調に合わせて入浴日や時間を考慮している。週3～4日入浴できるように心掛けている。</p>	<p>週3～4回入浴ができるように支援している。入浴時間は、10時～17時としているが、あえて入浴時間は決めず、その人の要望に応じて入浴している。夕食後の希望があれば入浴も可能としている。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		<p>○安眠や休息の支援</p> <p>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。</p>	生活リズムを整えて、日中の活動と休息を安眠につなげるよう支援している。年齢や体調次第で日中に休息を摂るようにしている。		
47		<p>○服薬支援</p> <p>一人ひとりを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。</p>	その人の病識、薬の効用、副作用など、理解しており病状の変化があった時には医師に連絡している。		
48		<p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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。</p>	その人の生活歴の中から、現存機能を生かした出来ることをしながら、満足感や楽しみとして提供している。		
49	18	<p>○日常的な外出支援</p> <p>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。また、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。</p>	利用者の状況によって、食材の買出しや、デイサービスの送迎、近所の散歩を日常的に支援している。また、家族との外出も行なっている。年2回（バス旅行・初詣）、遠出の外出を恒例にしている。	食事の買出しには、利用者と一緒に出掛けるようにしている。年間計画で外出行事を予定し、昼食を兼ねて取り組んでいる。年1回、遠出の日帰り旅行を企画し、実施している。	
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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。</p>	限られた利用者ではあるが、いくらかのお金を所持してもらい、移動販売のパンや歯科通院にご自分の財布から支払いをしてもらっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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。</p>	<p>利用者の希望に応じて電話ができるように支援している。</p>		
52	19	<p>○居心地の良い共用空間づくり</p> <p>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。</p>	<p>生活感、季節感を感じられるよう、壁面を飾ったり、日なたで日光を感じる工夫をしている。また、月1回フラワーアレンジメントの先生を招き、一緒に花を生けて居室に飾っている。</p>	<p>利用者の家族が作られたパッチワーク作品が飾られている。毎月季節に応じた貼り絵や飾り物が、温かみを添えている。月1回、フラワーアレンジメントの先生を招き、花を生け飾っている。玄関先のベンチ、畳コーナー、テレビ前のソファで、ゆっくりとくつろいでいる。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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。</p>	<p>玄関先のベンチ、畳コーナー、テレビ前のソファで気の合う人達、同じ興味の人達で過ごしている。気の合った利用者同士の席を隣り合わせにしたりと楽しく過ごせるよう工夫している。</p>		
54	20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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。</p>	<p>今まで使い慣れたベッドを持ち込んでもらったり、馴染んだ物を置いたり、自宅と同じような配置にしたりして、安心してもらっている。また、利用者の状態に応じた部屋作りを工夫している。</p>	<p>タンス、エアコン、ハンガー掛けはホームで準備している。使い慣れた家具を自由に持ち込まれている。利用者の中には、趣味の写経の道具を持参されている。食事で必要な自分専用の茶碗、箸、コップを持ち込まれている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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。</p>	<p>リビングと部屋の距離、トイレと部屋の距離など、その人に合った距離にしている。カンファレンスや日々の申し送りの中で、その方の持てる力を引き出し、生かすことができる支援を模索ししながら支援している。</p>		

V アウトカム項目			
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ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
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 ②数日に1回程度ある ③たまにある 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ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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させている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <input type="radio"/> ④ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	<input type="radio"/> ①大いに増えている <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <input type="radio"/> ④全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームゆかりの里

作成日 平成30年3月25日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	34	利用者が重度化している現在、急変事・事故発生時の判断、対応に職員が不安を感じている。早急な学習、実践力の習得が必要になっている。	全職員が急変・事故発生時に適切な対応ができるようになる。	①一般的な急変時の症状の見極め、対応を学ぶ。 ②当ホーム利用者一人一人の急変を想定した対応を医師を交え検討する。 ③医師との連携を確認する。	3ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた方針はあり、その都度取り組んでいるが、曖昧な部分がある。	本人・家族が安心して終末期を迎えることができるようになる。	重度化・終末期にに向けた指針を具体的に作成する。	1ヶ月
3	32	現在、入退院時の医療機関との連携の内容確認が不十分である。	入退院時、家族が不安を持つことがないよう、医療機関と適切な情報交換等連携ができる。	医療機関と連携をとる際の必要な手順、項目等を確認し、マニュアルを作成する。	3ヶ月
4	35	災害時の備品・食料等備蓄できているか指摘を受けた。当ホームで調理しているので、ある程度の予備品はあるが災害時を想定していない現状である。	災害となった際、何が必要か、どの程度必要かを把握し、常に常備できているようにする。	①備蓄に必要な物品、数量を決める。 ②常にその物品、数量があるか、定期的に確認する。	6ヶ月
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。