

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 27 年 10 月 9 日

### 【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3491100339		
法人名	株式会社 ゆず		
事業所名	グループホーム みなりっこ		
所在地	広島県尾道市美ノ郷町三成912番地1		
	電話番号	0848-38-2039	
自己評価作成日	平成 27年10月9日	評価結果市町村受理日	平成28 年 1月 5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 27 年 11 月 13 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)】

認知症の症状によって自立した生活を送ることが困難な利用者に対して、地域や家族との関係性が途切れる事のないように支援している。毎月、利用者の様子を担当職員から家族宛に手紙を送る事で、遠方で、なかなか会いに来られない家族へも本人の生活の様子をお知らせできている。「動く」「食べる」「安心」「笑顔」を経営理念としている。定期的に人材を多く配置する事により、職員がゆっくりと利用者へ関わる時間が持てるようにしている。ドライブや、喫茶等への外出、買い物等、できるだけ施設から出て、外の雰囲気を楽しめたり、地域の方と触れ合えるように支援している。

美味しく食事を食べ、しっかり動くことが健康につながる事から、食事にもこだわっている。週に1回以上は釜戸を使ってご飯を炊いている。

### 【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)】

2014年に新しく地域に根ざそうと立ちあげられた事業者で、管理者・職員は経験を活かし、利用者の立場だけでなく職員にも共有できる現場に密着した理念を掲げ、職員全員が日々知恵を出し合い実践している。動くためには食べるの理念に添い食べる事を大切に昔懐かしい釜戸でご飯を炊いたり、利用者のリクエストで餃子やドーナツ作りなど楽しみと遣り甲斐ある時間を提供している。週1回のパン屋の訪問販売では自分で選んで食べる楽しみもあり、食への様々な工夫を凝らした取り組みを行っている。月毎に企画された外出行事では海浜公園やお寺など色々な場所に出掛け日常では味わえない環境の中で利用者だけでなく職員共々リフレッシュする時間を共有している。経営者はオレンジのタスキをつなぐ全国規模の認知症啓発活動(ラン伴)に参加したり、職員育成にも理解が深く利用者だけでなく職員も安心して働ける環境である。開設2年にも満たないが経営理念に則り関係者全員が笑顔で過ごせるよう、幅広い視野に立ち利用者職員が持ちつ持たれつ関係が築けるような支援に向け日々切磋琢磨している。

# 自己評価および外部評価結果

1階ユニット

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「動く」「食べる」「安心」「笑顔」を経営理念としている。生活の中にとっかかりと動く機会を作り、美味しく食事が取れるように、管理者職員共に理念を共有し実践できている。	理念は新人職員にも解り易い簡潔明瞭な文言で現場に密着した内容となっている。申し送りノートの表紙に記入し職員へ意識付け、ケアを行う上での行動指針とし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	町内会に所属し、町内の行事にも参加している。ゴミステーションの清掃等は、利用者職員と一緒にやっている。	利用者と共に地域のお祭りや清掃活動・敬老会へ出席しコミュニケーションを図っている。又認知症サポーター養成講座の講師を務めたり、神輿の練習に職員が参加するなど幅広い交流に努めている。	
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	事業所で月に1回実施する、運営推進会議には、町内会長や、地域住民の方にも参加頂き、認知症の理解を深めて頂いている。認知症サポーターの養成、キャラバンメイトへも協力している。		
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践、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	事業所の取り組みや、利用者の日常の様子等を紹介し、意見を頂きサービスに生かしている。	概ね2か月に1度地域住民や家族、包括職員の参加で開催している。認知症啓発活動をパワーポイントで見てもうってもらったり、行事を兼ねる事もある。出席者から提案が出される場にもなっていて、真摯に受け止め支援に反映させている。	
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に取り組んでいる	記録等で不明な点があれば、実際の記録を持参で相談を行い、事故の届け出もその都度提出している。また、介護報酬変更時には事前に重要事項の相談をしたり、地域活動の協力依頼をしたりと常時連携を取り合っている。	相談事や依頼の関わりで月1回以上出向している。オレンジアドバイザーとしての活躍やラン伴(全国規模の認知症啓発活動)へ参加してもらうなど協力関係を築いている。	
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	身体抑制は基本的にはしない方向ではあるが、夜間転倒の恐れがある利用者さんに関しては家族の了解のもとセンサーマットを使用。玄関の施錠は夜勤者が一人になる時間帯のみ用心のため行っているが、日中は自由に出入りができる環境を整えている。	職員は事例を基にした内外の研修を通して拘束の弊害を理解している。利用者が自由に散歩できる地域に協力の声掛けを行い見守りを強化した対応を行っている。又本人が納得するような声掛けを行い、抑制しない生活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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	外部の研修に参加したり、現場の中でもおかしと思う声掛けには管理者から、職員同士でもその都度注意を促し、日頃から気を付けるようにしている。また、会議の際には常にお年寄りに対して敬意を払うよう定期的に意識づけを行い、虐待防止に努めている。		
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	現利用者の中に成年後見制度を利用されている方もおり、活用できている。		
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	契約時には重要事項説明書を用い詳細に説明行っている。その都度質問を受け、理解・納得を得よう時間をかけて説明を行い、利用しながらでも質問・疑問があれば気軽に電話等で対応できるよう声掛けも行っている。		
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	重要事項説明書には外部機関の相談窓口の記載を行い、玄関先に意見箱の設置も行っている。家族から職員が受けた意見、要望は管理者に速やかに送り、その都度対策を考えて家族にその結果を伝えるなど日々の業務の中でも対応できるよう努めている。	運営推進会議で意見が出たり、普段の訪問時や支払い時に聴き取っている。いつでも思いが伝えられるよう重要事項説明書に管理者の携帯番号を記載している。聴き取った意見は検討の後改善に繋げている。	
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	月に1度サブリーダー会議にて職員の意見や困っている事、提案等をきく機会を作っている。また、相談等あれば随時電話や事務所で個別に話す機会を作っている。	年1回の全体会議や経営者も参加のサブリーダー会議で日常的に出された要望を検討している。月毎のユニット会議でも業務に関する意見・提案が出され改善に繋げている。年1～2回の面談も設けられ意見が出し易い環境となっている。	
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	1回/年は個別での面接を行い、個別に定めた目標の達成度を確認したり、楽しみややりがいが持てるよう利用者さんと一緒に楽しむ企画を随時職員で考えてもらっている。勤務希望に関しては特に制限を決めず、個人の希望を聞いて働きやすい環境に勤めている。		
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	個人の希望に応じた研修(社会福祉主事、実習指導者、レクに関するもの)や認知症実践者研修、緊急時の対応、技術向上のための研修等積極的に参加を促している。勤務表作成時には研修の予定に応じている。		
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	ケアマネジメント連絡協議会主催の研修には極力参加している。また、介護福祉士会には理事として参画し、タウンソーシャル連絡会や尾道市キャラバンメイト連絡協議会にも定期的に参加し、常に新しい情報を入手するなど、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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所当初は、不安が多いので、しっかりと関わりを持つことを心がけている。本人家族から生活歴等の聞き取りを行い、出来るだけ本人の家での生活に近づけるように心がけている。入所前の情報収集をしっかり行い、現場の職員にしっかり申し送るようにしている。		
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	入所相談の際、入所契約の際には、家族が不安に思っている事等の聞き取りを行っている。また、面会の際にも、家族が本人に対して感じている事や、要望等をうかがい、ケアに生かしている。また、直接、意見を言いくい方の為に、玄関先に意見箱を設けている。		
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	入居前に情報収集し、本人家族の要望を聞いた段階で、GHでの生活が本人にとって適切かどうかを検討している。GHではなく、その他のサービス利用の方が本人にとって適切な場合には、他施設(老健・小規模多機能・医療機関等)の説明・紹介等も行っている。		
18		○本人と共に過ごしえあう関係 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	日常生活を送る上で、本人の出来る能力を続けていただくように配慮している。洗濯や掃除、食事作り等を一緒に行う事で、共に生活をする家族のような関係を築く事を心がけている。		
19		○本人を共に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	支払いの際の面会や、日用品の買い物等家族にも協力して頂いている。少しでも本人に会う機会が多くなるような仕組みにしている。また、入所の際にご家族に協力していただける事を確認し、ケアプランにも盛り込んでいる。(外出支援等)		
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	ご家族だけでなく、友人等も自由に面会できるようにしている。また、住み慣れた家への外出・外泊支援も実施可能な家族には協力頂いている。地域行事への参加も支援している。(敬老会・避難訓練・祭り)	家族の協力を得ながらお墓参りや馴染みの理美容院への支援を行い、帰宅支援や近隣までのドライブに出掛ける事もある。友人・親戚の訪問は快く受け入れ利用者にとって今までの関係が損なわれないよう努めている。	
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	日常生活で、食事作りの手伝いや洗濯物たたみなど、できるだけ多くの方に手伝っていただく事で、会話等コミュニケーションが取れるように配慮している。また、お出掛け行事も定期的に行っており、利用者同士が関わり楽しむ機会を作っている。		

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	
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	退居後も、ご家族の相談に応じている。必要に応じて再入居の検討や、家族の要望に応じて他施設(老健、小規模多機能等)への紹介等も行っている。			
<b>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</b>						
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	個別で、本人の要望に応じ、おでかけや、買物等の支援をしている。日常生活の中に楽しみが持てるように心がけている。	食事を共にしたり昔話をする中で食べ物の好き嫌いや思いを把握している。自分で選択する場面を設け意向を記録し職員間で共有し対応している。難しい方は家族の情報や本人の態度から思いをくみとり希望に添えるような支援に努めている。		
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	入所前、入所時に本人の生活歴・サービス利用等を情報収集しフェイスシートへ記録。できるだけ、今まで続けてきたことは入居後も継続できるように支援している。※例: 離所リスクがある方でも、家族に了解を得て、一人での散歩の継続。			
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	日々観察、記録を行い現状の把握に努めている。毎月モニタリングを実施し、一ヶ月間の本人の生活の様子、身体状態等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	本人や家族、関係医療機関(主治医・NS)、薬剤師、GH職員(NS・CM等)でサービス担当者会議を行い、検討した内容、意見を元に介護計画を作成している。	介護計画は本人・家族・主治医の情報によるアセスメントから、担当者会議で関係者で検討しケアマネージャーが作成する。家族の同意後に実施し、月毎のモニタリングを行う。見直しは通常3ヶ月毎と必要であれば随時行う。		
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	日々の様子は、経過記録に記入し、職員間で情報共有できている。毎月モニタリングを実施し、現場にファイリングする事で、職員間で情報を共有している。3ヶ月に1回カンファレンスを実施し、職員それぞれの気づきや意見を踏まえて支援内容を見直ししている。			
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	本人のニーズが変われば都度対応を検討している。例: ①主治医以外の、専門医(整形外科、泌尿器科等)への通院支援。 ②家族が遠方の場合、本人が自宅へ帰りたいと希望した場合の一時帰宅支援。			

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	離所リスクのある利用者で、一人で散歩したい方がおられる為、運営推進会議にて地域の方に顔を覚えて頂いたり、見守りネットワークを活用している。 町内会にも所属し、地域清掃等の活動に利用者や職員で参加する事で、なじみの関係を築いている。			
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	GHで、かかりつけ医(主治医)が決まっており、2週間に1回の往診を実施している。他科受診に関しては、家族の付き添いの元、受診可能。また、家族の要望があれば、職員でも対応を行っている。 かかりつけ医とは、密に連携を図り、医師の指示に従っている。	かかりつけ医と歯科は2週間毎の往診となっていて、泌尿器科・皮膚科の往診もある。他科の通院支援も家族の要望があれば行っている。診察結果は随時看護師から家族に連絡を行い関係者全員で情報を共有している。		
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	職場内の看護師には、出勤日以外でも24時間連絡が取れるようにしている。利用者の急変や状態変化、事故(転倒・外傷)等あれば、看護師へ連絡相談している。看護師から必要に応じて主治医へ上申し、指示を受け、主治医の指示に従って受診等の対応をしている。			
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。	入院後も定期的に地域連携室に連絡をし、現状の把握と退院後の本人のサービス利用について速やかな対応ができるようにしている。			
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	重度化した場合や、終末期については、施設でできる事については、入所契約の際に説明を行い理解を頂いている。現状では当施設ではターミナルケアの該当利用者がいない。重度化した場合は、その指針に基づき対応していく予定である。	家族には契約時に指針に基づき対応を行うことを説明している。今後対象者が出た時には職場内の看護師とは24時間連携ができていたので、主治医の指示に従い家族が看取に参加できれば必要に応じて支援していく予定である。		
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	消防署の協力を得て、心肺蘇生の研修を施設内で実施している。また、地域で行われる研修にも積極的に参加している。(避難訓練、救急医療の初期対応研修)			

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	年に2回の火災訓練を消防署の協力の元実施している。避難方法についても、消防署より説明助言を受け理解している。地域の防災訓練にも、職員と利用者と一緒に参加して理解を深めている。	8月に消防署指導により消火・避難・通報訓練を行い、12月に夜間想定での訓練を予定している。緊急連絡網が作られていて、地域の訓練にも参加している。	火災だけでなく様々な自然災害を含む防災訓練を定例化されると共に、多数の地域住民にも参加を呼び掛け、地域との協力体制が築かれるような取り組みが望まれる。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者を尊敬した声かけを心がけ、プライドを損なわないように配慮した対応を行っている。馴染みの関係になる事で、つい馴れ馴れしい声掛けになってしまう事がある為、職員同士でも注意し合いながら対応している。	利用者一人ひとりを尊重し目線を合わせて声掛けを行っている。行動を阻止する表現や馴れ馴れしい言葉使いには職員間で注意を促したり個別指導を行いプライドを傷つけない対応を心掛けている。プライバシー保護に関する内外研修での情報は職員で共有している。	
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	日常生活の中で、自分で選択する場面を設けている。(入浴時の服の選択。おやつ飲み物の選択。買物に行った時に、私物やおやつ等を選んで購入する)		
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	個々のペースに合わせて生活して頂いている。例:本人の起床時間に合わせた朝食の提供。家族の許可を得て、利用者一人での散歩。※ただし、生活が不活発で廃用性のリスクがある方に関しては、日中はできるだけ離床時間が確保できるように声掛け対応している。		
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	起床時に、整容、整髪、ひげ剃り等して頂いている。定期的に有償ボランティアによる、散髪、髪染め等を希望時に行っている。服も、本人の嗜好に応じたものが着られるよう配慮している。		
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	食事の準備(畑への野菜の収穫、野菜の皮むき、下ごしらえ など)は日常的に手伝って頂いている。また、片付けも声掛け行い、皿洗いや、血拭き等手伝って頂いている。利用者だけでは難しい場合は、声掛けしながら、職員も一緒にやっている。	食事は職員も一緒に同じ物を食べ、週1回以上は昔ながらの釜で炊いたご飯を提供している。ドーナツ・タコ焼き・餃子など作ってもらい利用者の活力を引き出している。食欲が落ちた方には好物を聞いてイチゴ狩りに出掛ける等工夫した食への支援を行っている。	
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	食事量・水分摂取量を確認し、都度記録に残している。食事摂取量が少ない場合は、医師へ相談しエンシュアの提供も行っている。水分摂取量が少ない方に関しては、小マメに水分の提供を行う等に対応している。食思が低下した場合には、嗜好品の提供をしている。		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	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、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	毎食後口腔ケアを実施している。自力では難しい方に関しては、職員が付き添い確認や仕上げ磨き等を行っている。また、拒否が強い方に関しては時間をおいて声掛けする等に対応している。			
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	定期的カンファレンスを行い、ケアプランの見直しをしている。対応可能な方に関しては、紙パンツから布パンツへの切り替え等検討している。	利用者の様子やタイミングからトイレ誘導の回数を増やすことでパットを大から小に、紙パンツから布パンツに変える方もある。個々に合わせ夜間のポータブル使用もあり自立に向け積極的に取り組んでいる。		
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	慢性的な便秘の方が多く、生活の中に出てくるだけ動く機会を作るようにしている。食事はできるだけ、食物繊維を摂れるように工夫している。運動と食事の工夫だけでは改善が難しく、必要に応じて頓用の下剤を内服していただいている。			
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決めて対応している。また、時間帯も、勤務の中で調整し13時45分頃～16時30分までで対応している。拒否がある場合は、上記の範囲内で、時間をずらして声掛けしたり、翌日に変更したりして対応している。	入浴は基本週3回午後となっているが、希望があれば柔軟に対応している。拒否がある場合は職員や時間を工夫して対応し、入浴時の様子を記録して次に繋げ入浴が楽しめるよう支援している。		
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	本人の体調を考慮しながら、日中は、できるだけ活動していただき、夜間帯良眠できるように支援している。 ただし、離床時間が長いと体力的にしんどい方や、フロアにてウトウトと傾眠がみられた際は、居室や、畳部屋にて休んで頂くよう支援している。			
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	内服薬の管理は、薬剤師・看護師が行い、各自ボックスへ配薬している。服薬の際は誤薬がないように、必ず職員2人で確認している。カルテにて、薬の情報が閲覧出来るように配慮しているが、看護師以外は、薬の副作用の理解までは十分にできていない。			
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	生活の中に、役割を持っていただいている。食事作りや、おやつ作り、洗濯物干し、釜戸を使ったご飯炊き、畑の水遣り、作物の収穫等。職員も一緒に会話を楽しみながら行う事で、昔の事を思い出して会話が弾んだり、気分転換に繋がっている。			
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支援している	定期的に職員配置人数を増やし、ドライブなど、日常的に外出できるように支援している。 また、毎月お出かけを企画している。今年1月初詣 2月瀬戸田の耕三寺 三原海浜公園 レストランくらぐもでの外食 いちご狩り 3月福山動物園 首なし地藏 4月花見行事 千光寺 6月あじさい寺 7月カーブ観戦 また、家族の協力を得て、外食・外出・自宅への帰宅等も実施できている。 地域行事への参加(敬老会・祭り など)の際は、地域の方々にも協力をいただいている。	月1回は外出行事を企画し、職員が下見に出掛け 海浜公園・仏通寺・紅葉狩り・花見等の遠方に出掛けている。2か月に1度はマクドナルドなどに外食したり、食品の買い出しや利用者の服を買いに出掛ける事もある。又ミカン狩りにも行くなど職員と利用者が一緒に楽しめる時間となっている。		

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	自己管理が可能な利用者に関しては、自分で財布を持って頂いている。無くしてしまう可能性もある為、家族の了解を得て、少額(数千円程度)持っていて頂いている。本人の希望に応じて、買い物の支援等行っている。		
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している	・携帯電話の使用。(ただし、充電管理ができないので、職員が管理している。)⇒1名 ・施設の電話の利用・・・本人の希望に応じて、家族に電話することが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	玄関、エレベーターホールは、季節を感じただけのように季節に応じた飾りつけをしている。廊下の掲示板には、利用者の手作りの季節の飾りを掲示している。	玄関を入ると採光に気を配った廊下の両面に居室があり、ロビーまでの動線は利用者が自然に機能訓練ができる設計となっている。共有の場にはゆったりとくつろげるようソファが配置され、廊下や階段には行事写真や色紙が掲示され季節感が醸し出されている。	
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	居間は、ローテーブルやソファを配置し、利用者同士で、コミュニケーションできる空間を作っている。(人間関係を踏まえて座る位置等配慮している。)また、廊下に長椅子を設置し、一人でもゆくり過ごせる空間の工夫をしている。		
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	入所の際、本人の使い慣れた物をできるだけ持参していただき、居室に設置している。本人が落ちて着いて過ごせる空間作りに努めている。例:仏壇、テレビ、本人の手芸作品(人形、ちぎり絵 など)	自室のドアには見当識への配慮がされた名札が掛けられている。使い慣れたベッドを持参している方や小物入れ、テレビの持ち込みや壁に絵を飾るなど其々が過ごし易いような居室となっている。	
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	自室の場所が自分でも分かるように、居室前に大きめの表札を設置している。 また、トイレの場所も見れば分かるように「お手洗い」と大きめに表示を付けている。 敷地周辺に川や田んぼがある為、散歩中に落ちない為にフェンスを設置している。非常階段、ベランダから落ちないようにセンサーを設置し、人の出入りを把握している。		

自己評価および外部評価結果

2階ユニット

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「動く」「食べる」「安心」「笑顔」を経営理念としている。生活の中にしっかりと動く機会を作り、美味しく食事が取れるように、管理者職員共に理念を共有し実践できている。		
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	町内会に所属し、町内の行事にも参加している。ゴミステーションの清掃等は、利用者と職員で一緒に行っている。		
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	事業所で月に1回実施する、運営推進会議には、町内会長や、地域住民の方にも参加頂き、認知症の理解を深めて頂いている。認知症サポーターの養成、キャラバンメイトへも協力している。		
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	事業所の取り組みや、利用者の日常の様子等を紹介し、意見を頂きサービスに生かしている。		
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	記録等で不明な点があれば、実際の記録を持参で相談行い、事故の届け出もその都度提出している。また、介護報酬変更時には事前に重要事項の相談をしたり、地域活動の協力依頼をしたりと常時連携を取り合っている。		
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	身体抑制は基本的にはしない方向ではあるが、夜間転倒の恐れがある利用者さんに関しては家族の了解のもとセンサーマットを使用。玄関の施錠は夜勤者が一人になる時間帯のみ用心のため行っているが、日中は自由に出入りができる環境を整えている。		
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	外部の研修に参加したり、現場の中でもおかしいと思う声掛けには管理者から、職員同士でもその都度注意を促し、日頃から気を付けるようにしている。また、会議の際には常にお年寄りに対して敬意を払うよう定期的に意識づけを行い、虐待防止に努めている。		

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	現利用者の中に成年後見制度を利用されている方もおり、活用できている。		
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	契約時には重要事項説明書を用い詳細に説明を行っている。その都度質問を受け、理解・納得を得るよう時間をかけて説明を行い、利用しながらでも質問・疑問があれば気軽に電話等で対応できるよう声掛けもやっている。		
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	重要事項説明書には外部機関の相談窓口の記載を行い、玄関先に意見箱の設置も行っている。家族から職員が受けた意見、要望は管理者に速やかに申送り、その都度対策を考えて家族にその結果を伝えるなど日々の業務の中でも対応できるよう努めている。		
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	月に1度サブリーダー会議にて職員の意見や困っている事、提案等をきく機会を作っている。また、相談等あれば随時電話や事務所で個別に話す機会を作っている。		
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	1回/年は個別での面接を行い、個別に定めた目標の達成度を確認したり、楽しみややりがいがあるよう利用者さんと一緒に楽しむ企画を随時職員で考えてもらっている。勤務希望に関しては特に制限を決めず、個人の希望を聞いて働きやすい環境に勤めている。		
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	個人の希望に応じた研修(社会福祉主事、実習指導者、レクに関するもの)や認知症実践者研修、緊急時の対応、技術向上のための研修等積極的に参加を促している。勤務表作成時には研修の予定に応じている。		
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	ケアマネジメント連絡協議会主催の研修には極力参加している。また、介護福祉士会には理事として参画し、タウンソーシャル連絡会や尾道市キャラバンメイト連絡協議会にも定期的に参加し、常に新しい情報を入手するなど、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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所当初は、不安が多いので、しっかりと関わりを持つことを心がけている。本人家族から生活歴等の聞き取りを行い、出来るだけ本人の家での生活に近づけるように心がけている。入所前の情報収集をしっかり行い、現場の職員にしっかり申し送るようにしている。		
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	入所相談の際、入所契約の際には、家族が不安に思っている事等の聞き取りを行っている。また、面会の際にも、家族が本人に対して感じている事や、要望等をうかがい、ケアに生かしている。また、直接、意見を言いにくい方の為に、玄関先に意見箱を設けている。		
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	入居前に情報収集し、本人家族の要望を聞いた段階で、GHでの生活が本人にとって適切かどうかを検討している。GHではなく、その他のサービス利用の方が本人にとって適切な場合には、他施設(老健・小規模多機能・医療機関等)の説明・紹介等も行っている。		
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	日常生活を送る上で、本人の出来る能力を続けていただくように配慮している。洗濯や掃除、食事作り等を一緒に行う事で、共に生活をする家族のような関係を築く事を心がけている。		
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	支払いの際の面会や、日用品の買い物等家族にも協力して頂いている。少しでも本人に会う機会が多くなるような仕組みにしている。また、入所の際にご家族に協力していただける事を確認し、ケアプランにも盛り込んでいる。(外出支援等)		
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	ご家族だけでなく、友人等も自由に面会できるようにしている。また、住み慣れた家への外出・外泊支援も実施可能な家族には協力頂いている。地域行事への参加も支援している。(敬老会・避難訓練・祭り)		
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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日常生活で、食事作りの手伝いや洗濯物たたみなど、できるだけ多くの方に手伝っていただく事で、会話等コミュニケーションが取れるように配慮している。また、お出掛け行事も定期的に行っており、利用者同士が関わり楽しむ機会を作っている。		

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
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	退居後も、ご家族の相談に応じている。必要に応じて再入居の検討や、家族の要望に応じて他施設(老健、小規模多機能等)への紹介等もしている。		
<b>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</b>					
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	個別で、本人の要望に応じ、おでかけや、買物等の支援をしている。日常生活の中に楽しみが持てるように心がけている。		
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	入所前、入所時に本人の生活歴・サービス利用等を情報収集しフェイスシートへ記録。できるだけ、今まで続けてきたことは入居後も継続できるように支援している。※例：離所リスクがある方でも、家族に了解を得て、一人での散歩の継続。		
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	日々観察、記録を行い現状の把握に努めている。毎月モニタリングを実施し、一ヶ月間の本人の生活の様子、身体状態等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	本人や家族、関係医療機関(主治医・NS)、薬剤師、GH職員(NS・CM等)でサービス担当者会議を行い、検討した内容、意見を元に介護計画を作成している。		
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	日々の様子は、経過記録に記入し、職員間で情報共有できている。毎月モニタリングを実施し、現場にファイリングする事で、職員間で情報を共有している。3ヶ月に1回カンファレンスを実施し、職員それぞれの気づきや意見を踏まえて支援内容を見直ししている。		
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	本人のニーズが変われば都度対応を検討している。 例：①主治医以外の、専門医(整形外科、泌尿器科等)への通院支援。 ②家族が遠方の場合、本人が自宅へ帰りたいと希望した場合の一時帰宅支援。		

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	離所リスクのある利用者で、一人で散歩したい方がおられる為、運営推進会議にて地域の方に顔を覚えて頂いたり、見守りネットワークを活用している。 町内会にも所属し、地域清掃等の活動に利用者 と職員で参加する事で、なじみの関係を築いてい		
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	GHで、かかりつけ医(主治医)が決まっており、2週間に1回の往診を実施している。他科受診に関しては、家族の付き添いの元、受診可能。また、家族の要望あれば、職員でも対応を行っている。 かかりつけ医とは、密に連携を図り、医師の指示に従っている。		
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	職場内の看護師には、出勤日以外でも24時間連絡が取れるようにしている。利用者の急変や状態変化、事故(転倒・外傷)等あれば、看護師へ連絡相談している。看護師から必要に応じて主治医へ上申し、指示を受け、主治医の指示に従って受診等の対応をしている。		
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。	入院後も定期的に地域連携室に連絡をし、現状の把握と退院後の本人のサービス利用について速やかな対応ができるようにしている。		
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	重度化した場合や、終末期については、施設でできる事については、入所契約の際に説明を行い理解を頂いている。現状では当施設ではターミナルケアの該当利用者がいない。重度化した場合は、その指針に基づき対応していく予定である。		
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	消防署の協力を得て、心肺蘇生の研修を施設内で実施している。また、地域で行われる研修にも積極的に参加している。(避難訓練、救急医療の初期対応研修)		
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	年に2回の火災訓練を消防署の協力の元実施している。避難方法についても、消防署より説明助言を受け理解している。 地域の防災訓練にも、職員と利用者と一緒に参加して理解を深めている。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者を尊敬した声かけを心がけ、プライドを損なわないように配慮した対応を行っている。馴染みの関係になる事で、つい馴れ馴れしい声掛けになってしまう事がある為、職員同士でも注意し合いながら対応している。		
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	日常生活の中で、自分で選択する場面を設けている。(入浴時の服の選択。おやつや飲み物の選択。買物に行った時に、私物やおやつ等を選んで購入する)		
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	個々のペースに合わせて生活して頂いている。例:本人の起床時間に合わせた朝食の提供。家族の許可を得て、利用者一人での散歩。 ※ただし、生活が不活発で廃用性のリスクがある方に関しては、日中はできるだけ離床時間が確保できるように声掛け対応している。		
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	起床時に、整容、整髪、ひげ剃り等していただいている。定期的に有償ボランティアによる、散髪、髪染め等を希望時に行っている。 服も、本人の嗜好に応じたものが着られるよう配慮している。		
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	食事の準備(畑への野菜の収穫、野菜の皮むき、下ごしらえ など)は日常的に手伝って頂いている。また、片付けも声掛け行い、皿洗いや、皿拭き等手伝って頂いている。利用者だけでは難しい場合は、声掛けしながら、職員も一緒に行っている。		
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	食事量・水分摂取量を確認し、都度記録に残している。食事摂取量が少ない場合は、医師へ相談しエンシュアの提供も行っている。水分摂取量が少ない方に関しては、小まめに水分の提供を行う等で対応している。食思が低下した場合には、嗜好品の提供をしている。		
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	毎食後口腔ケアを実施している。自力では難しい方に関しては、職員が付き添い確認や仕上げ磨き等行っている。また、拒否が強い方に関しては時間をかけて声掛けする等で対応している。		

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	定期的にカンファレンスを行い、ケアプランの見直しをしている。対応可能な方に関しては、紙パンツから布パンツへの切り替え等検討している。		
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	慢性的な便秘の方が多く、生活の中に出来るだけ動く機会を作るようにしている。食事はできるだけ、食物繊維を摂れるように工夫している。運動と食事の工夫だけでは改善が難しく、必要に応じて頓用の下剤を内服していただいている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決めて対応している。また、時間帯も、勤務の中で調整し13時45分頃～16時30分まで対応している。拒否がある場合は、上記の範囲内で、時間をずらして声掛けしたり、翌日に変更したりして対応している。		
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	本人の体調を考慮しながら、日中は、できるだけ活動していただき、夜間常良眠できるように支援している。 ただし、離床時間が長いと体力的にしんどい方や、フロアにてウトウトと傾眠がみられた際は、居室や、畳部屋にて休んで頂くよう支援している。		
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	内服薬の管理は、薬剤師・看護師が行い、各自ボックスへ配薬している。服薬の際は誤薬がないように、必ず職員2人で確認している。カルテにて、薬の情報が閲覧出来るように配慮しているが、看護師以外は、薬の副作用の理解までは十分にできていない。		
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	生活の中に、役割を持っていただいている。食事作りや、おやつ作り、洗濯物干し、釜戸を使ったご飯炊き、畑の水遣り、作物の収穫等。職員も一緒に会話を楽しみながら行う事で、昔の事を思い出して会話が弾んだり、気分転換に繋がっている。		
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支援している	定期的に職員配置人数を増やし、ドライブなど、日常的に外出できるように支援している。 また、毎月お出かけを企画している。今年は1月初詣 2月瀬戸田の耕三寺 三原海浜公園 レストランくらぐもでの外食 いちご狩り 3月福山動物園 首なし地蔵 4月花見行事 千光寺 6月あじさい寺 7月カーブ観戦 また、家族の協力を得て、外食・外出・自宅への帰宅等も実施できている。 地域行事への参加(敬老会・祭り など)の際は、地域の方々にも協力をいただいている。		

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	自己管理が可能な利用者に関しては、自分でお財布を持って頂いている。無くしてしまう可能性もある為、家族の了解を得て、少額(数千円程度)持っていたらいい。本人の希望に応じて、買い物等の支援等を行っている。		
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	・携帯電話の使用。 ・施設の電話の利用・・・本人の希望に応じて、家族へ電話をすることが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	玄関、エレベーターホールは、季節を感じていただけるように季節に応じた飾りつけをしている。廊下の掲示板には、利用者の手作りの季節の飾りを掲示している。		
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	居間は、ローテーブルやソファを配置し、利用者同士で、コミュニケーションできる空間を作っている。(人間関係を踏まえて座る位置等配慮している。)また、廊下に長椅子を設置し、一人でもゆとり過ごせる空間の工夫をしている。		
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	入所の際、本人の使い慣れた物をできるだけ持参していただき、居室に設置している。本人が落ち着いて過ごせる空間作りに努めている。例:仏壇、テレビ、本人の手芸作品(人形、ちぎり絵など)		
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	自室の場所が自分でも分かるように、居室前に大きめの表札を設置している。 また、トイレの場所も見れば分かるように「お手洗い」と大きめに表示を付けている。 敷地周辺に川や田んぼがある為、散歩中に落ちない為にフェンスを設置している。非常階段、ベランダから落ちないようにセンサーを設置し、人の出入りを把握している。		

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少しづつ増えている
			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				

事業所名:グループホーム みなりっこ

作成日:平成 27年 12 月 30 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	災害発生に備え、食料品、飲料の備蓄ができていない為、今後どのように準備するか検討を要する。	3日分程度の食糧、水を確保する。	事業所にペットボトルの水を常時置いておくこととし、食糧は米を常備する。 また、飲料は井戸の使用も検討する。	
2	35	災害発生時、地域の協力を得やすい体制を整える必要あり。	緊急連絡網に地域の方の名前を入れさせて頂き、協力体制を確保する。	近隣の4件の方に説明を行い、災害時に今日協力頂けるよう依頼する。 その為に緊急連絡先を教える。	
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、行を挿入してください。