

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	3570200828		
法人名	医療法人 和同会		
事業所名	グループホーム宇部		
所在地	山口県宇部市大字西岐波229番地の3		
自己評価作成日	平成27年5月25日	評価結果市町受理日	平成27年10月30日

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

基本情報リンク先	http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内
訪問調査日	平成27年6月17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)】

2人の常勤看護師を中心に健康管理を行っている。病院が併設しており、急変時の対応や日常の受診も連携出来ている。管理栄養士の献立をもとに昼食を作っている。利用者は職員と一緒に野菜を切ったり、盛り付けや配膳、片づけなどを行っている。季節感を楽しめるおやつ作りも月1回行い楽しみにしている。家族会や食事を通し家族と一緒に食事をする機会を設けている。サクソ演奏、大正琴、習字、傾聴、療育音楽のボランティアの方が定期に来て下さり交流を深めている。

【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)】

評価を日々のケアの振り返りと捉えられ、内部研修の回数を月2回に増やされて、理念や認知症について、熱中症やインフルエンザ、誤嚥、急変時の対応など、研修の充実に取り組みられています。地域のボランティア(大正琴、習字、傾聴、サクソ演奏、園芸、療育音楽)の人たちが定期的に訪問されており、利用者は馴染みの関係の中で楽しく交流を深めておられます。昼食は、事業所の菜園で収穫した野菜や旬の食材を使って事業所で手づくりしておられ、利用者は買物や食材での下ごしらえ、料理の盛り付け、お茶汲み、配膳、後片付けなど、できることを職員と一緒にしておられ、月1回のおやつづくり(大学芋、ぼた餅、ぜんざい、ホットケーキ、梅ゼリー、梅ジュース、桜餅、大福餅など)、季節の行事食(恵方巻や赤飯、寿司、おせち料理など)、祝日の寿司や赤飯など、食べる楽しみを多くつくって、食事が楽しめるように支援しておられます。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~56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	
57	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	64	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	○	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
58	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	65	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	○	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
59	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	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. 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
60	利用者は、職員が支援することで生き生き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	職員は、生き活きと働けている	○	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
61	利用者は、戸外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
62	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	69	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
63	利用者は、その時々々の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

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	理念を事業所内に掲示し、共有している。ケア会議や申し送り時に職員間で話し合い、その人らしい生活のリズムが出来るよう理念の実践に努めている。	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。年度当初にケア会議の中で理念についての研修を行い、利用者にとって快適な生活ができるように、職員間で話し合い、理念を共有して実践につなげている。	
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	校区の文化祭に利用者が作った作品を出展している。法人の夏祭りに家族と一緒に参加し楽しんでいる。買い物やゴミ捨てに行く途中、挨拶や会話をしている。通路の掃除や草取りをして周りの環境を整えている。	運営推進会議の参加者から地域行事の情報を得て、11月には校区の文化祭に利用者の合同作品である季節の壁画を出展し、見学に出かけている。法人の夏祭りに、利用者は家族と一緒に参加し、中学生のブラスバンド演奏や和太鼓、演芸を楽しんだり、地域の人と交流している。毎月、定期的に地域からのボランティア(大正琴、習字、傾聴、サックス演奏、園芸、療育音楽)の来訪があり交流している。スーパーマーケットでの買物時やゴミ捨てに行った時に会う人と、挨拶をかわしたり会話をして交流している。	
3		○事業所の方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	外部からの相談、見学がある際に対応している。		
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	管理者が評価の意義を説明し、ケア会議などで話し合い、研修の充実を図るなど改善に取り組んでいる。	管理者はケア会議の中で評価の意義を説明し、前年度の自己評価の記録を配って、全職員から意見を出してもらいまとめている。内部研修を月2回実施している他、応急手当や初期対応の実践研修を実施しているなど、評価を活かして改善に向けて取り組んでいる。	

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
5	(4)	○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回開催している。利用者状況や活動などの報告をしている。防災などについての情報交換を行っているほか、講師を招き講義を行っている。運営推進会議の取り組みは、年1回の家族会にて報告している。	2か月に1回開催し、利用者の状況や活動状況、行事予定、外部評価の取組み状況を報告し、意見交換している。会議の中で、講師によるミニ講座(アルツハイマー病、感染症、高齢者の睡眠障害と改善、宇部市の認知症対策)等を実施している。参加者から地域行事の紹介がある他、防災対策についての意見があり、事業所内での具体的な訓練の実施につなげている。	・地域メンバーの拡大
6	(5)	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情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取り組んでいる	市担当課とは、運営推進会議出席時のほか、電話や直接出向いて情報交換など行い、協力関係を築くよう取り組んでいる。	市担当者とは、運営推進会議時の他、電話や直接出向いて、情報交換を行い、協力関係を築くよう取り組んでいる。地域包括支援センター職員とは、利用者についての相談や研修講師を依頼するなど、連携を図っている。	
7	(6)	○身体拘束をしないケアの実践 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	玄関の施錠も含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。スピーチロックについては、勉強会を実施し、日々のケアを職員間で振り返っている。帰宅願望のある利用者には、一緒に散歩するなどして対応している。	ケア会議の中でマニュアルによる勉強会を実施し、職員は、身体拘束の内容や弊害について、スピーチロックも含めて、正しく理解している。玄関には施錠をしないで、利用者が外出したい様子があったら一緒に出かけるなど、見守りを工夫して支援に取り組んでいる。スピーチロックについては、職員間で注意し合っている。	
8		○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	リスクマネージャーより事例の提示があり、学習の機会を得ている。職員間で防止に努めている。		

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
9		○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	過去数人が成年後見制度を利用した。必要であれば関係機関と連携を取り、活用できるようにしている。		
10		○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	十分な説明を行い、理解、納得を図っている。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	契約時に苦情や相談の受付体制や行政機関、第三者委員、処理手続きなどを家族に説明している。玄関に意見箱を置き、面会時にはお茶を出して日頃の様子を伝え、意見を出しやすいよう配慮している。	苦情の相談窓口や受付体制、第三者委員を明示し、処理手続きを定めて、契約時に家族に説明をしている。玄関に意見箱を設置している。年1回の家族会参加時や面会時、運営推進会議参加時、年1回の食事会時、電話等で家族からの意見や要望を聞いている。家族には2か月に1回、事業所便りと利用者の状況を知らせ、面会時には現状を伝えて、意見が言いやすいように工夫している。家族から年1回の食事会の内容(日帰り旅行)についての提案があり検討している。	
12	(8)	○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2回のケア会議で意見や提案を聞く機会を設けている。職員の意見や提案を運営に反映させている。	管理者は、ケア会議の中で直接、職員の意見や提案を聞く機会を設けている他、日頃からいつでも意見が言えるように雰囲気づくりに努めている。業務の見直し(利用者のケア方法)や勤務体制に係る人員配置、家族宿泊室のフロアの張替などの意見や提案があり、月1回ある運営会議に報告して反映している。	
13		○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	各研修会の参加費用の負担など就業環境の整備に努めている。		

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
14	(9)	○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	外部研修は情報を収集して職員に伝え、本人の希望や段階に応じて勤務の一環として受講をし資料を閲覧したり、報告を通して共有している。内部研修は月2回程度の年間計画を立て行っている。新人職員は、先輩職員が日常の業務の中で学べるように支援している。	外部研修は職員に情報を伝え、本人の希望や段階に応じて勤務の一環として受講の機会を提供している。受講後は伝達講習の機会を設けて全員が共有している。法人研修は月1回実施しており、関連あるテーマ(感染症、接遇等)に参加している。内部研修は月2回のケア会議の中で、理念についてや認知症について、熱中症、誤嚥、インフルエンザ、急変時の対応等を実施している。新人研修は外部研修(セミナーパーク)を受講後、日常の業務の中で先輩職員から介護の知識や技術を働きながら学べるように支援している。	
15		○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	同業者との交流の機会はあるが、ネットワークや勉強会などはない。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	本人の訴えを傾聴し寄り添い、不安を軽減するよう努めている。スタッフ間で情報を共有し、同一の対応を心がけている。		
17		○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	家族と連絡を取りながら関係づくりに努めている。		
18		○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	本人と家族が必要としているサービスの支援などの対応に努めている。		
19		○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	掃除や料理など、出来るところはやって頂き、出来ないところを支援している。		

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
20		○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	面会時やユニット便り、また、必要に応じて状況報告を行い対応している。食事会や交流会で家族と過ごせる場を設けている。		
21	(10)	○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	家族や友人、親戚の来訪や、家族や友人への電話の取次ぎ、礼状のハガキを出すなどの支援をしている。家族の協力を得て墓参りや法事に参加している。	家族や親戚の人、同僚であった友人、知人、近所の人の来訪がある他、電話や手紙での交流を支援している。家族の協力を得て、外出や外食、外泊、法事への出席、墓参、結婚式への出席、仏様を拝みに自宅に帰るなど、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援に努めている。	
22		○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	居室に閉じこもらないよう声掛けし、気の合う方同士でくつろいでいる。トラブルに配慮し支援に努めている。		
23		○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	骨折などで退所した後もリハビリ後再入所できるよう、病院や施設のNSWとの連携を図っている。		
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					
24	(11)	○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	アセスメントの活用や利用者との日々の関わりの中での言葉を「生活記録」や「日常生活活動記録」に記録し、色分けして思いや意向の把握に努め、共有している。	入居時に事業所独自のアセスメントシートを活用して、本人や家族から、生活歴や趣味、暮らし方の希望等を聞いている他、日々の関わりの中での会話の内容や行動を「生活記録」に色分けをして記録して思いや意向の把握に努めている。把握が困難な場合は職員間で話し合い、本人本位に検討している。	

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
25		○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	契約の際、情報収集している。入所後も家族や本人から随時情報を得ている。		
26		○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	一人一人のその日の出来事や心身状態などを申し送り、記録することで、統一した対応を行っている。		
27	(12)	○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	利用者を担当する職員と計画作成担当者が中心となって、本人や家族の思いや意向、主治医や看護師など関係者の意見を参考にして話し合い介護計画を作成している。1ヶ月ごとのモニタリングを実施し、6ヶ月ごとに見直しを行う。状態の変化があればその都度見直しを行い、現状に即した介護計画を作成している。	利用者を担当する職員と計画作成担当者が中心となって毎月2回、ケアカンファレンスを行い、本人の思いや家族の意向、かかりつけ医や看護師の意見を参考にして職員で話し合い、介護計画を作成している。月1回、モニタリングを実施し、6か月毎に見直しをしている。利用者の要望や状態に変化があればその都度見直し、現状に即した介護計画を作成している。	
28		○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	個々の業務日誌に記録し、何かあれば申し送り表に記録して職員間で共有している。記録などを参考にし、1ヶ月評価に活かしている。		
29		○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	個々のニーズに対応して取り組んでいる。散髪ボランティアが入っているが、さらにおしゃれを楽しみたい方は移動美容室を利用している。		
30		○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	サックス、大正琴、習字、傾聴、療育音楽の定期的ボランティア及び踊りなどの随時のボランティアの方に来ていただき楽しみにつながるよう支援している。		

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
31	(13)	○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	協力病院をかかりつけ医としている。月1回の定期受診や訪問歯科診療、皮膚科などの専門医への受診支援など、適切な医療が受けられるよう家族の理解を得ながら支援している。服薬管理も含めて支援している。	本人、家族の納得を得て、協力医療機関をかかりつけ医としている。事業所では月1回の定期受診や、2か月に1回の訪問歯科診療、他科受診の支援を行い、年1回の専門病院への受診は家族の協力を得て支援している。受診結果は家族に電話で知らせる共有している。看護師とは服薬管理や健康管理に関する相談や受診相談を行い、かかりつけ医との連携を図り、適切な医療を受けられるように支援している。	
32		○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	常勤看護師を中心に健康管理を行い、異常あれば早期受診につなげている。		
33		○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。	地域連携室を中心にして情報交換を行っている。		
34	(14)	○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	見取りに関する指針があり、契約時に事業所が出来ることを家族に説明している。重度化した場合には、家族や本人の要望を確認し、主治医、看護師などと話し合い、方針を共有する。医療機関などの移設も含めて、家族、本人の思いに添える支援が出来るよう取り組んでいる。	看取りに関する指針があり、契約時に事業所でできることを家族に説明している。実際に重度化した場合は、早い段階から、本人や家族の意向を踏まえた上で、かかりつけ医や看護師など関係者と話し合い、入所施設や医療機関等への移設も含めて方針を共有して、支援に取り組んでいる。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	事故・ヒヤリハット報告書に記録し、改善策を申し送り共有している。法人のリスクマネージャーからの助言を得て、ケア会議などで検討して一人一人の事故防止に努めている。応急手当や初期対応などの研修を行い、実践につなげている。	発生した場合はその日に勤務している職員で話し合い、事故・ヒヤリハット報告書に状況、対応、予防策を記録している。法人のリスクマネージャーに報告し、助言を受けた後に回覧して共有し、内容によってはケア会議で検討し、一人ひとりの事故防止に努めている。急変時の対応や誤嚥、表皮剥離、誤薬等の研修を実施しているが、全職員が実践力を身に付けるまでには至っていない。	・全職員が実践力を身につけるための応急手当や初期対応の定期的訓練の継続

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
36	(16)	○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、昼夜の火災などを想定した法人の防災訓練に職員が参加している。事業所独自の防災訓練も年2回取り組んで、初期消火の確認や避難経路などを確認している。	消防署と法人内防火管理者の指導のもとに、同一敷地内にある法人施設合同で、年2回、昼夜を想定した火災訓練に職員が参加している。事業所独自で年2回、火災を想定した避難訓練、避難経路の確認、通報訓練、消火訓練を利用者と一緒に行っている。法人で地域の消防署や自治会とも災害時における協議を行っているなど、法人が地域との連携を図っている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○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	法人の接遇研修で学び、人格の尊重とプライバシーの確保について全職員が理解している。利用者一人一人、声掛けの仕方や対応が違うことを認識し、職員が同じ対応が出来るようにしている。	職員は、法人の接遇研修で学び、利用者を人生の先輩として尊敬の念を持ち、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。利用者への不適切な対応があれば管理者が注意し指導している。利用者の個人記録の取り扱いに注意し、守秘義務は遵守している。	
38		○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	一人一人に合った言葉がけに配慮している。簡単な選択が出来るような声掛けなどを行い自己決定できるよう対応している。		
39		○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	個人の生活リズムを把握し、本人のペースに合わせて対応している。		
40		○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	季節に合った服を一緒に選んだり、重ね着などチェックしさりげなく対応している。		

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
41	(18)	○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	昼食のみ利用者と一緒に作っている。朝夕は法人から副菜を配食利用しているが、盛り付けや配膳、後片付けや食器洗いなどは毎食時、利用者と一緒に行っている。事業所の菜園で採れた野菜を利用し調理することもある。月1回、おやつ作りを行い季節感や色彩を楽しめるよう支援している。	朝食と夕食は法人の配食を利用し、昼食は事業所の菜園で取れた野菜や旬の食材を使って、利用者の状態に合わせた形態の工夫をして事業所でつくっている。利用者は、買物や野菜の下ごしらえ、トレイを拭く、箸を並べる、お茶を汲む、食事の挨拶、食器を下げる、茶わんを洗うなど、できることを職員と一緒にしている。利用者と職員は同じテーブルを囲んで同じものを食べ、食材を話題にして会話を弾ませている。月1回のおやつづくり(大学芋、ぼたもち、桜餅、大福、ぜんざい、ココアケーキ、ホットケーキ、梅ゼリーなど)、梅ジュースづくり、誕生日のケーキ、年1回の外食、季節の行事食(おせち料理、恵方巻、ソーメン)、祝日の寿司や赤飯など、食事が楽しみなものになるように支援している。	
42		○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	管理栄養士が作成した献立で、バランスのとれた食事を提供している。本人の状態に応じて刻みにしたり栄養補給食品を付加している。食事・水分が摂れているか、摂取表を記載し確認している。		
43		○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	食後の口腔ケアの見守りや介助を行い、夜間は義歯を預かり洗浄管理している。		
44	(19)	○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向けた支援を行っている	個別の排泄チェック表を活用し、パターンを把握して、必要な方にはトイレ誘導を行っている。プライバシーに配慮した声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄に向けた支援を行っている。	排泄チェック表を活用して、一人ひとりの排泄パターンを把握し、利用者にあった言葉かけや誘導で、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。半数の利用者が自立している。	
45		○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	最終便の確認を行い、チェックし、排便困難な方はコントロールを行っている。		

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
46	(20)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	週4回(日・月・水・金)13時半から15時頃まで入浴を出来る。利用者の希望を聞きながらゆったりと入浴できるよう支援している。入浴拒否の方には声掛けを工夫したり、個々の状態に応じた入浴(シャワー浴、足浴、清拭など)支援を行っている。	入浴は13時30分から15時までの間可能で、希望すれば入浴日以外でも入浴できる。入浴の順番など利用者の希望を聞きながら、くつろいだ入浴となるように支援している。入浴したくない人には無理強いしないで、時間をずらしたり、職員の交代、言葉かけの工夫などをして対応している。利用者の状態によってはシャワー浴や清拭、足浴など、個々に応じた入浴支援をしている。	
47		○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	一人一人のリズムを把握し、入床の支援を行っている。		
48		○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	服薬管理のファイルを作っており、薬の用法や副作用が分かるようにしている。薬の増減や変更があった場合は申し送り、体調の変化に注意している。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	食事の準備や後片付け。洗濯干しや洗濯畳み。テレビ視聴、本や週刊誌、新聞を読む。ぬり絵やちぎり絵などの作品作り。野菜作りや草取り。季節の行事(初詣、豆まき、お雛様、菖蒲鑑賞、梅ジュース作り、夏祭り、敬老会、クリスマス会、食事会など)。誕生会や定期的ボランティアなど張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう支援している。	テレビやDVD視聴、新聞、週刊誌、本を読む、ちぎり絵、ぬり絵、折り紙、トランプ、体操(ラジオ体操、筋力低下防止体操)、発声練習、歌を歌う、おしゃべり、習字、雑巾縫い、花瓶の水替え、メダカの餌やり、紙細工で壁面づくり、野菜づくり、畑の草取り、野菜の収穫、門松づくり、買物、食事の準備、後片付け、梅ジュースづくり、外食、洗濯物干し、洗濯物たたみ、季節行事やボランティアの来訪など、利用者ひとり一人がゆったりと思いいの時間を過ごせるように工夫している。	
50	(22)	○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	近隣の散歩やスーパーでの買い物、ゴミ出し、ドライブ(阿知須方面、常盤公園、空港、北向き地蔵など)、花見(梅、桜、つつじ、菖蒲)、年1回の外食など戸外に出られるよう支援している。	周辺の散歩や外気浴、ゴミ出し、買物、季節の花見(桜、つつじ、牡丹、菖蒲、紅葉)、初詣、芋ほり、地域の文化祭、外食、市内にドライブ、日帰り旅行(山口での食事会)の他、家族の協力を得て、美容院の利用、買物、外食、温泉、結婚式や法事への出席、墓参りに出かけるなど、利用者の希望に添って外出できるように支援している。	

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
51		○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	本人の希望により小銭程度を所持している方もいる。必要に応じ支援している。		
52		○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	本人の希望時家族に電話したり、贈り物などあった時にお礼の電話など、必要に応じ支援をしている。		
53	(23)	○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	食堂は広くて明るく、ガラス窓から見える風景は桜や紅葉など、四季の移ろいを感じることが出来る。ベランダのプランターや室内の生け花、季節ごとの壁面作りに季節感を感じる。台所からの料理の匂いに生活感を感じる。広い廊下にⅡは手すりが設置しており、テレビや読書を楽しむコーナーがあり利用者がお気に入りの場所でゆったりと過ごしている。トイレや浴室も清潔に整頓され、温度や湿度、換気に配慮し居心地良く過ごせるよう工夫している。	リビングは広く、机や椅子、ソファがゆったりと配置してある。毎日の昼食づくりの際には、台所からの調理の音や匂いが居室まで広がり、五感を刺激している。室内には季節の花を飾り、利用者の作品の壁面飾りに季節を感じることができる。2つのユニットをつなぐ回廊式の廊下は広く、手すりが設置しており、途中にテレビや読書を楽しむコーナーや、外を眺めてくつろげるようにソファや椅子が置いてあるなど、利用者が思い思いの場所でゆったりと過ごせるように工夫している。温度、湿度、換気、清潔に配慮して、居心地よく過ごせるように工夫している。	
54		○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	廊下のソファ、テレビ室、食堂など、思い思いの場でゆっくり過ごしている。		
55	(24)	○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	ベッドやテレビ、本、小物整理棚、椅子などを持ち込み、利用者の作品や家族写真、カレンダーを飾って居心地良く過ごせるよう工夫している。	ベッド、テレビ、椅子、机、衣装箱、家族写真、時計、整容道具など、本人が使い慣れたものや好みの物を持ち込み、壁面に自作品のぬり絵やカレンダーを飾って本人が居心地よく過ごせるように工夫している。	
56		○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」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	居室やトイレなどの場所が分かるよう目印を付けたりしている。食堂のテーブルの配置も状況に応じ変えている。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム 宇部

作成日: 平成 27年 10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り組み内容	目標達成に要する期間
1	2	・地域支援の活用の拡大 ・地域ボランティアの方が定期で多く入っているが、ボランティアの方も高齢化してきて継続が困難になっている。	地域支援の活用を広げる	・同敷地内保育所の園児との交流を持つ 新しいボランティアの方の開拓を行う	2年
2	4	・運営推進会議のメンバーは運営規定を満たしているが、メンバーの拡大が課題	運営推進会議のメンバーの拡大を図る	・地域包括支援センターの職員など交渉する。	2年
3	15	・救急救命の研修を受ける機会が少ない	救急救命の研修を2年に1回は受ける 事故発生時の備えや事故防止の取り組みは継続して行う。	併設病院・併設老健施設が行っている救急救命の研修に参加する。	2年
4					
5					

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。