

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 31 年 2 月 7 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3491100107		
法人名	有限会社ブレイクスルー		
事業所名	グループホーム びんご倶楽部		
所在地	広島県尾道市因島三庄町3472番地		
	電話番号	0845-26-6177	
自己評価作成日	平成 30 年 11 月 26 日	評価結果市町村受理日	平成 31 年 2 月 20 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 31年 1 月 24 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)】

自然に囲まれた環境で、利用者様がゆったりとした生活を送って頂くために、理念である「家庭的で笑いのある暮らし」を実践し、穏やかにそして出来ることは自分でその人の好きなこと大切なことこのこだわりを最後まで大切に自立支援している。

日々の生活の中で本人のつぶやきや会話に注意を払い、行きたいところやしたい事を知り本人の意向に添った買い物や外食、ドライブなど利用者様のご希望をかなえるように支援している。日ごとの利用者の笑顔を大切にしながら、できる事に注目した一緒にできる作業提供を行っている。毎月ごとに季節行事を取り入れ楽しみを持てる日常の支援している。入居者の方が早く施設に馴染まれるように雰囲気作りや話題づくりをし利用者をつなぎつけている。医療連携を取りながら、本人、家族の意向に添った看取り介護を行っている。

【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)】

近くにはスーパーもあり、希望で買い物にで出かけたり、自宅が近隣にある方は散歩時自宅を見に行かれる事もあり、馴染みの場所で自分らしく自由に過ごされている。年間を通し、色んなイベントを企画し楽しんでもらっている。また、地域の行事があれば出かけられ、懐かしさを感じてもらおうと共に馴染みの方に合う機会もあり、馴染みの場や人との関わりを大切に支援を心掛けられている。又、各家族の面会ノートを作り、訪問時には気付いた事を必ず一言書いてもらい、その中から家族の思いや利用者の思いを汲み取ることができると共に家族との信頼関係にも繋げられる。利用者との会話の時間を多く持ち、その人の仕草や言葉の中からも個々の思いを把握し、職員間で共有し可能な限り意向に沿う支援をされている。「家庭的で笑いのある暮らし」という理念に沿った支援を実践している。地域との関わりも認知症カフェを開催し、多くの参加があり、その中で交流が図られている。民生委員や区長等の協力も得られ地域資源の活用と地域貢献に努め、協力関係が築かれ、利用者も馴染みの地で自分らしく、安心して過ごされる環境である。職員間の連携、利用者との信頼関係も構築され家庭的な雰囲気である。健康面も看護師の職員が常駐して為、日々の健康管理が出来ていると共にかかりつけ医との連携も取れている。施設長、職員の利用者への声かけも穏やかで、一人ひとりのペースを大切にされ、お互い笑顔で一日を過してもらえ支援に取り組み、今では地域に開かれた事業所となっている。

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	理念は、毎朝礼時に唱和し、職員の羅針盤として共有し、目標管理に努めている。また、理念に対し、私たちがどう取り組むことができるのかを考えた。	運営理念は下より、事業所独自の理念を毎朝礼時に唱和し、振り返りと反省する機会とし、日々意識しながら、実践する様取り組まれている。	
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	島内及び施設同区のイベントにはできるだけ参加し、地域の方々との交流を図っている。また、認知症カフェを開催し、地域の方々が無理なく来られるようにしていると共に、施設行事を適時ご案内し、地域の方の参加も受け付けている。	町内会に加入し、地域行事に参加すると共に町内のゴミ拾い等を積極的に行っている。又、認知症カフェを開催し、地域の方々との交流に繋がっている。事業所の行事(花火大会、夏祭り)に案内を出し、参加を呼び掛け沢山の方の参加が得られ色々な方々との交流に努めている。	
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	認知症カフェにおいても相談を受け付けているが、民生委員と協力関係を持ちながら、地域の困りごとなどの相談を受け、アドバイスできる事はしている。		
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	活動状況の報告をはじめ、外出支援・防災訓練・研修・事故報告等を報告し、地域の方や包括職員より意見・要望を頂きながら、ケア内容の充実と、地域に根差した施設づくりに努めている。また、今年度よりご家族の参加を呼びかけ、参加できる人には参加して頂いている。	家族、利用者、郵便局長、区長、民生委員、包括等の参加により、現状を事細かく報告し、意見交換の場とし、立場の違いの方々の意見を得、サービスに活かしている。防災訓練の報告も行い、協力体制の強化に繋がっている。毎回実のある会議となっている。	
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に取り組んでいる	地域柄、頻繁ではないが、施設についての連絡・相談は市役所まで赴いて、急なことは電話にて連絡・相談を行い、介護保険に関する内容などを確認し、サービスの向上に努めている。	疑問点等があれば直接出向き、アドバイスや情報提供等が得られている。又、取り組み状況も伝え協力関係を築く様努めている。包括との連携も運営推進会議への出席もあり、意見や情報提供が得られ連携が取れている。	
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	各利用者様の居室には鍵が設置してあるが、玄関や居室は開錠状態で運営している。身体拘束に廃止について、職員も十分に理解し、やむを得ない事情の場合にのみ、ご家族様に内容説明し、同意を得るようにしている。	身体拘束はしない方針であるが、やむを得ずリスクが生じた場合は、家族や職員で話し合い、意見を出し合い、できるだけ抑圧しない支援ができる様取り組まれている。外部研修や内部研修を行い全職員正しく理解されている。	
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	虐待防止委員会が本社にあり、その委員を各ユニット毎に選出し、定期的に援助を振り返り、気づきを報告している。ユニット会議等で定期的に啓発し、研修会にも参加し、事業所内での防止に努めている。また、小さなアザでもヒヤリハットとして報告する体制を取っている。		

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
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	権利擁護と成年後見人制度について各ユニット会議等で啓発し、周知するようにしている。成年後見制度を利用されているご利用者の後見人と連携を取らせていただいている中で学ぶと共にその内容を会議等で報告し、情報を共有している。		
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	入居時において、読み合わせを行い、契約及び解約等の内容について、利用者や家族に分かりやすいように担当責任者から十分な説明を行い、理解・納得を得るようにしている。後日でも不明な点は分りやすく対応している。		
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	ご意見及び苦情BOXを入りに設置し、寄せられた意見等は十分な検討を行い運営に反映するようにしている。家族の面会時には、面会ノートを渡すと共に日常生活の様子を報告している。面会ノートや口頭で意見・要望を伺い、運営やケアに反映する様に取り組むよう会議等で検	各家族との面会ノートを作られ、訪問された場合には必ず、気づきや意見等を一言記入してもらい、その中から意向や意見等が把握できる。又、口頭でも気軽に言ってもらえるよう、日頃から信頼関係を築く様努めている。色んな場面での意見等は運営に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	意見・提案は随時受けている。また、ユニット会議もその機会とし、運営に反映する様に努めている。改善点については、事の大小を問わず、本社と連携を取りながら改善に努めている。	日々気づきがあれば、その都度伝えられている。又、月1回のユニット会議でも聞く機会を持ち、沢山の意見が出る。出た意見や提案は検討し運営に反映させている。個人面談も行っている。職員の意見が出やすい環境づくりをホーム長は心掛けている。	
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、職場環境作りに努めている。個別面談を行い、職員の努力や成果、悩み等を把握し、向上心を持って働けるよう目標設定している。		
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	外部研修に可能な限り参加し、ケアの質の向上に努めている。また、研修参加者は自施設内において勉強会を含めた報告会を実施し、職員の育成に努めている。また、働きながらの随時指導を行っている。また今期はアセッサー養成講座に取り組み、職員のキャリア段位制度に取り組ん		
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	包括支援センター主催の「オレンジネットワーク会議」には駆らなず参加し、他施設の方々との意見交換の実施や研修会等で同業者と交流を持つようになっている。その場の、他施設の経験をケアや業務に活かしている。		

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
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	相談から利用に至る過程において、事前面接で本人に会い、生活状況を把握し、本人の心身の状態や表情や何気ない言動を拾い、不安や要望等に対応するよう、口頭・記録により職員間で情報を共有し合い、共通の認識の基、援助にあ		
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	家族の不安・困りごとを伺い、具体的な対応を提示することで不安の解消に努めている。性格・生活歴・サービス利用状況・要望等を伺い、援助に繋がっている。初期段階では、細かな家族連絡を行っている。		
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	相談時にしっかりと話を伺ったうえで、本人や家族の思い、状況等を確認し改善に向けた支援の提案、相談を繰り返す中で、必要なサービスにつなげるようにしている。他のサービスを含め考えられる支援について情報を共有している。		
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	日々の日常生活の中で、これまでの生活の継続性を重視した役割作りに努めている。その中において、個人を尊重し、互いに支え合う関係づくりに努める。		
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	利用者の生活の様子を、お便りや面会時等でお伝えし、日々の生活の出来事や気付きの情報をお伝えし共有するようにしている。家族の思いを含めた支援を行い、共に支え合う関係づくりに努めている。		
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	昔から利用していた理容院、お店等へ出かけたり、知人・友人の面会も行ってもらう事で、馴染みの関係が途切れないように配慮している。自宅を見に行ったり、自宅の近所を散歩やドライブするなど場所の関係も切れない支援をしている。	家族、親せき、知人等の訪問も多く、自宅に日帰りしたり、外泊される方もいる。馴染みの理容院を利用したり、又、事業所の行事や認知症カフェで馴染みの方等と出会う機会もある。散歩時にも自宅を見に行かれる方もおられ、馴染みの場所や人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	利用者同士の関係性について、職員間での情報共有に努めている。認知度ADLの差に合わせ援助を行っている。挨拶・会話の橋渡しをすることで利用者同士の人間関係づくりに努めている。また、共に家事を行う事で、共同生活の実感を提供している。		

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	入院された場合には、見舞いがてらに訪問し、関係づくりを継続している。また、転居された方には、機会を設け、訪問する様にしている。		
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	日々の生活の中で、表情やつぶやきから汲み取り、想いに添った支援に努めている。また、そのことが全職員が把握できるよう連絡ノート・業務日誌やミーティング時に話し合いを行っている。関わる時は、ゆっくりと丁寧に対応している。	日々の会話や表情などから把握すると共に面会ノートの記録から家族の思いや利用者の思い等が把握できる。色々な場面での意向はミーティングで話し合い、出来る限り思いに沿うように努めている。外に出たい、買い物や時計が欲しい等の思いが出る。表出困難な方には生活歴などから把握し検討している。	
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	その人らしい生活ができるように、本人及びご家族、サービス提供事業者からの情報を基に、生活歴・馴染みの暮らしの把握に努めている。また、面会時、家族からの情報や知人からも情報を頂いている。		
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	利用者の心身状態、生活リズムの把握を行い、状況に合わせた援助を行っている。観察した点は、口頭又は記録により情報を共有し、統一した援助をしている。できる事に注目し、できる事を出来るように作業提供している。		
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	本人及びご家族の意向と日々の各種ケア記録及び担当職員の意見を踏まえたプランを作成している。また、ユニット会議にて状況の変化や本人及びご家族の意向に沿い、定期及び随時に計画を見直している。	各利用者のニーズや課題についてカンファレンスでの職員の意見、利用者、家族の希望、主治医の所見等を基に担当者会議で検討し、本人本位の柔軟な計画を作成している。担当者会議に家族の参加もある。モニタリングは3ヶ月毎、見直しは個々の期間でされている。	
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	生活状況援助の実施結果を記録。個人記録へは生活の様子を本人の言動と共に、気づきを記録している。身体状況の把握を行う。記録は全職員が目を通し、情報の共有に努めている。また、記録を基にした計画の見直しを行っている。		
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	医療機関・家族・専門職(リハビリ・看護師)との連携を取りながら健康管理に努めている。定期受診・日々の買い物だけでなく、利用者の希望を汲み取りながら外出に言っている。		

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
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	消防署による防災訓練への立ち会い・助言もらっている。個々の思い、希望に添って出かけた。買い物や食事必要に応じて各分野からの協力が得られるように働きかけを行っている。		
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	契約前に協力医の紹介はするが、本人及びご家族の意向でかかりつけ医を設定し、定期的な往診及び医療機関への受診を受けるようにしている。また受診の際には、職員も同行し適切な医療が受けられるように支援している。	かかりつけ医で対応し、往診月2回、訪問歯科支援もある。個人病院のかかりつけ医は24時間対応であり安心である。他科も事業所が受診支援されている。看護師の職員がいるので日々の健康管理も出来ている。結果等はその都度家族に報告し共有されている。	
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	看護職員を配置しており常に利用者の健康管理や状態変化に対応できるようにしている。看護面及び介護面の気づきを話し合い対応している。急変時は、かかりつけ医に相談し、指示を受け、随時、家族了解のもと対応している。		
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、本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、職員が見舞い、家族とも情報交換をしながら回復状況等確認している。退院時には、病院関係者と連携を取りながら、速やかな退院支援に結び付けている。		
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、事業所の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	契約時にターミナルについて家族に話し、希望があれば支援していく方針である。重度化した場合や終末期のあり方について事業所として出来る事、出来ない事を家族に伝え家族、本人の想いに注意を払い、かかりつけ医の見解、事業所の対応等話し合い、今後の方針を共有し支援していく。	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説明し、家族の意向の確認を行い乍ら、三者で方針を共有し、看取り体制に付随した覚書を取り交わしている。また、看取りに関する医療手順等についての研修も行い状況判断の目安とすると共に主治医との連携を密に取りチームで支援に取り組まれている。	
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	急変時や事故発生については、マニュアルに沿って対応している。応急手当や初期対応については、必要に応じて随時に看護師より指導・処置を受けるようにしている。		
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	消防署の協力を得て、日中・夜間を想定し、年2回の火災及び防災避難訓練を実施している。また、消化器の使い方や救護方法・災害時避難場所の確認についても防災学習を実施した。火災においては、地域の方々より応援がいただけるように運営推進会議で検討した。	年2回、日中、夜間を想定し、消防署指導と自主訓練を、隣接の事業所と共に実施し、通報、消火、避難誘導等の実践力を身につける様取り組まれている。運営推進会議でも訓練について報告し協力の依頼もされ協力体制強化に努めている。地域の防災訓練にも参加している。	

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	施設内研修を行い読み合わせを行い周知している。虐待・身体拘束廃止委員会の取り組みの中でも力を入れている。声かけも互いに注意し合い業務を行っている。排泄・入浴場面においては、特に意識を高め、羞恥心に配慮した援助を行う。	個々の思いを尊重した声かけや対応をするよう周知すると共に不適切な行為、問題ない行為の認識等についての研修やプライバシー、個人情報、接遇等について、事あるごとに話し合い、職員間でも気付いた時には注意し合い、統一したケアを心掛け、プライバシーの確保に努めている。	
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	おやつ時の好みの飲み物・入浴時の衣類選択・食材・日用品の買い物時等、希望を確認しながら自己決定が出来る工夫をしたり意思表示が困難な方は、表情を汲み取り本人が決定する場面を作っている。		
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	1日を楽しく過ごせるように、出来るだけ本人のペースに添い、体調を見ながら、その時の気持ちを尊重し個別の支援、外出を行っている。援助を行う際には、目的を説明し、個々の能力・意欲を引き出している。		
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	外に出での理容サービスを受けるようにしているが、島内理美容店による施設内理容も行っている。その際には、希望する髪形を伺い対応してもらっている。また日々の整容を能力に合わせて見守り・援助を行っている。		
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	状況に応じて、準備から片付けまで、出来ることは職員と一緒に手伝って頂く様にお願いしている。また会話の中から希望を聞き、献立の中に取り入れている。	見た目も食をそそる盛り付けや旬の食材で食べ易い工夫をされ、皆さん完食である。まだ、欲しいと要求される方もいる。食を促す声かけや世間話をしながら楽しく食されている。又、身体状況に合わせた形態の配慮もされている。準備や片づけ等声かけをし、力量発揮の場面作りもされ、張りのある生活に繋がられている。	
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・水分量が一目で分かるチェック表があり、それを活用し把握している。水分量は1200cc～1500cc/日を目安に確保してもらっている。水分制限のある方は、かかりつけ医の指示のもと対応。食事が進まない方は、個々に応じて食事形態を調整、工夫し提供している。		
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	職員は適切な口腔ケアが及ぼす健康維持への効果を理解し、毎食後には必ず口腔ケアを実施している。その方の力に合せ、見守り、声かけ、介助を行っている。自立の方に対しても、口腔内の観察も行い、義歯の状態、変化があれば歯科受診をしている。		

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
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	排泄チェック表を基に、排泄パターンに添った対応を心掛けている。また、出来る限りトイレでの排泄を促し、オムツが必要な方には十分な検討を行い、使用するようになっている。	個々の排泄パターンでトイレ誘導し、生活習慣、機能維持、気持ち良く排泄できる支援に努めている。自立で布パンツ方も数名おられ、プライバシーに配慮しながら見守りに対応されている。日々排泄の自立に向けた支援に取り組まれている。	
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	便秘の予防として、個々の排泄状況並びに食事形態及び水分摂取量の内容には常に気を配っている。また、一日の活動量も踏まえると共に、排便間隔及び便の形態を常に確認するようにしている。主治医と連携し、服薬等で調整してもらっている。		
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	曜日を決め、週に2回入浴してもらうようにしているが、拒否の場合は無理をしないようにし、タイミングが合えば入浴してもらうようにしている。その場合の時間や曜日の変更は随時行っている。また、受診等がある場合は、その都度の対応としている。	週2～3回、時間帯は決めていない。その時の希望や身体状況等で入浴してもらい、楽しみとなる様取り組まれている。順番や湯温等の希望にも対応している。拒否の方にはタイミングや声かけの工夫をしながら清潔保持に努めている。	
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	個々の状況に応じて、休息場所や寝具類の検討を行っている。また、メンタル的な不安要素等に関しては、安心していただけるまで付き添いを行い、傾聴している。日中の活動量にも留意し関わっている。		
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	処方箋を綴り、効能、副作用について確認できるようにしている。服薬目的及び内容を理解し、適切な服薬支援に努めている。また誤薬防止の観点から、複数人による確認体制と、個人別に服薬を渡し、服薬するまで確認している。		
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	体操や歌、塗り絵等のアクティビティーや洗濯物たたみや外出等や家事を、個々の状況に応じて負担にならないように配慮しながら行ってもらっている。		
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支援している	買い物や外食等は、事前の計画に沿って支援をしている。また、要望があれば職員が同行し、買い物に出かけている。可能な限り一緒に買い物に行くようにしている。また、面会時のご家族同伴の外出も要望があれば行っている。	四季の外出、(初詣、お花見)、地域の行事である、防災フェアに行かれたり、又、受診の際にはドライブする事もある。希望で買い物に行ったり、また、家族と買い物に出かけられる方もいる。認知症カフェに参加し、公園でグランドゴルフを楽しまれる事もある。散歩も日常的に行かれ気分転換、五感刺激、楽しみごとの支援に取り組まれている。	

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
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	入居者個人による直接的な金銭管理は行っていないが、希望する商品があれば、可能な範囲で一緒に買い物に行くようにしている。また、商品購入要望のみでも購入し渡すようにしている。		
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	年賀状を送っているが、利用者の状況に応じて対応している。本人が電話連絡を希望される時や、家族より贈り物が届いた時等家族と会話する機会を設ける。知人の方からの電話の取り次ぎも行っている。		
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	入居者が集うリビングの採光は適切で、日中は明るい雰囲気を感じる事が出来る。ソファ等も設置し、くつろげるスペースとなっている。各箇所の清掃は毎日行っており、清潔感を維持している。テーブルや洗面台等季節の花を生けて心が落ち着くよう工夫している。	季節の装飾品や壁には多彩な行事の写真があり、食堂の壁にも職員の目標が掲げられている。対面キッチンで食事準備の音や匂いが五感刺激となると共に利用者と会話しながら準備が出来る。清掃も行き届き、不快な匂いもなく、明るく、室温にも配慮され、快適に過ごせる共有の場となっている。	
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	基本、バリアフリーな状態で過ごせるだけだけの環境で、隣接している為、交流を図れる場所づくりを行っている。		
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	入居時に、昔馴染みの身の回りの物や家具・調度品等を持って来て頂くようにしている。またポスター等も壁面に飾れるようにしている。	テレビ、収納ケース、冷蔵庫等が持ち込まれている。壁には写真、カレンダー、絵等が飾られ、自宅とのギャップが無いように工夫され落ちついて過ごせる環境作りをされている。カレンダーは時の認識に繋がられる。又、加湿器も置かれ、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	自室の表札・目印の設置により、自室が分かり易い工夫をしている。また、バリアフリーであり、福祉用具の使用も全く支障はなく、エレベーターの使用により階層を行き来する事が出来る。		

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				

(別紙4(2))

事業所名: グループホームびんご倶楽部

目標達成計画

作成日: 平成 31 年 2 月 18 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	あらゆる災害に対して、地域他の協力が得られるような体制ができていない。	あらゆる災害に対して、地域の協力が得られた場合の利用者別の対応方法を明確にする。	各利用者の扉に避難方法及びADLや既往歴などを記載した名札ケースをぶら下げ避難の否の確認や避難後のスムーズな対応方法になるような方策を実施する。	2カ月
2		職員のレベルアップ	職員の介護技術及び知識の向上に努める。	・各ユニット会議で、毎月テーマを持って施設内研修を実施し、知識・技術の向上を目指す。 外部研修や他施設の実習等への参加機会を設け、職員に働きかけていく。	12カ月
3		重度化や終末期に向けた取り組みと体制づくり	重度化や終末期に対して、最大限の支援方法を職員間で話し合うと共に、利用者及びご家族のニーズを取り込んでいく。	・重度化や終末期に対して、最大限の支援方法を再度職員間で話し合うと共に、勉強会を施設内外にて取り組む。 ・医療側との連携を取れる関係性をより強固にしていく。	12カ月
4	6	身体拘束をしないケアの実践	禁止の対象となる具体的な行為を正しく理解し、抑圧感のない支援ができる。	・毎月のケア会議等で常に話し合い、要因について意見を出し合い抑圧感のない支援ができるようにする。 ・職員間での連携をとり、見守りを強化し、リスクのある方の対応をする。	12カ月
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。