

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	3577200649		
法人名	特定非営利活動法人 いろりの家		
事業所名	グループホーム いろりの家		
所在地	山口県岩国市由宇町神東1603-3		
自己評価作成日	令和1年5月25日	評価結果市町受理日	令和1年12月9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。

【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	令和 1年6月19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)】

法人が目指している、「居心地のよい家づくり」とは、ご利用者・ご家族はもちろん、一緒に働く職員や地域住民も含め、皆が安心できる居心地の良いグループホームになることで、皆が幸福感を感じて生活を送ることができればと考えている。そのため、ご利用者やご家族との関係づくりや、職員間のコミュニケーション、地域活動を通じての住民との関わり等、人と人の関わりを持つことで、お互いの気持ちが共感できるよう努めている。

【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)】

運営推進会議のメンバーの協力を得て、災害時における緊急時の連絡体制を確実にするために携帯メールを使った連絡網を作成されています。防災訓練時には運営推進会議のメンバーや近隣住民の参加を得ておられ、地域との協力体制の構築に努めておられます。利用者の重度化が進むなか、事故発生時に対応できる緊急時連絡スキームを新たに作成され、スキルアップに向けて少人数の研修に取り組み、緊急時の対応(窒息、転倒、骨折、誤嚥など)について実施されています。食事の支援では、三食ともユニット毎に献立の工夫をして、新鮮な食材を地元から仕入れたり、足りないものは利用者と一緒に買い物に出かけたりして食事づくりをされています。利用者は野菜の下ごしらえ、味見、テーブル拭き、食器洗いなどできることを職員と一緒にされています。季節の行事食(回転寿司、レストラン)、家族を招いてのクリスマス会など、食事を楽しむことのできる支援を大切にされています。

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 (参考項目:24. 25. 26)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 (参考項目:10. 11. 20)	○	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 (参考項目:19. 39)	○	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々が訪ねて来ている (参考項目:2. 21)	○	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 (参考項目:39)	○	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 (参考項目:5)	○	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 (参考項目:38. 39)	○	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 (参考項目:12. 13)	○	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 (参考項目:50)	○	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 (参考項目:31. 32)	○	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 (参考項目:29)	○	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	平成17年4月に、当時の職員で掲げた「いろりの家憲章」を、就職時や職員会議等で、理念を共有している。	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、事業所内に掲示している。月1回のケース会議や日常業務の中で、管理者と職員は「居心地の良い家づくり」という文言から利用者一人ひとりの居心地の良さについて話し合い、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	地域交流センター(ひだまりの家)へ利用者が訪問し、そこに来られている地域の方と交流する機会がある。	自治会に加入し、職員は草刈りなどの清掃作業に参加している。利用者は小学校の運動会のお土産釣りに参加したり、どんど焼きに参加している他、法人の地域交流センターの認知症カフェに出かけて、地域の人と交流している。中学生の職場体験や専門学校生の実習の受け入れをしている。小学校の夏休みには、学童保育の子どもと交流している。散歩時に近所の人と挨拶を交わしている他、個別の買い物時や通院時などで知り合いとの出会いもあり、交流をしている。近所の人から野菜や花、海藻(わかめ)の差し入れがあるなど、日常的に交流している。	
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	地域交流センター(ひだまりの家)で、地域連携、交流を図っている。		

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
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。	グループホームは何を求められた施設なのかを、自己評価・外部評価を通じて理解することができた。	管理者は外部評価の意義について、月1回のケース会議で職員に説明し、自己評価をするための書類を配布して、職員と話し合い、管理者がまとめている。評価を通して利用者の重度化における身体拘束や行動制限のあり方について話し合い、確認をしている。前回の外部評価結果を通して、災害時の地域住民との協力について運営推進会議等で話し合い、災害時の地域住民による利用者の見守りや訓練への参加や緊急連絡網の作成など、評価を活かして具体的な改善ができるように取り組んでいる。	・評価項目を理解するための工夫
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	昨年度、いろりの家で目標にあげた取り組みについての評価を行ったので、ご意見を参考に、今年度につなげていきたい。	年6回開催し、利用者、職員の近況報告、実地指導報告、職員体制、イベントの近況報告、災害対策(避難訓練等)、感染症対策など外部評価結果について説明し、意見交換をしている。メンバーと災害時における緊急連絡網(メールアドレスによる)の作成の検討やホームページ作成に関する提案、避難訓練、身体拘束適正化検討委員会に対する意見交換から、緊急時の連絡網の作成や避難訓練時の地域住民の参加を得られるなど、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	
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	地域密着型サービス事業者連絡協議会や、岩国市介護支援専門員連絡協議会に参加することで、行政との意見交換を行っている。	市担当者とは、不明な点などを電話で相談している他、書類申請時には直接出向き助言を得たり、情報交換をしている。地域密着型サービス事業者連絡協議会や介護支援専門員連絡協議会参加時に助言を得たり、情報交換をしているなど、協力関係を築いている。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議参加時に行事や研修の案内を得ている他、利用者状況について話し合っているなど、連携している。	

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
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	身体拘束となる具体的な行為について、細かく示し、実際の現場の中での対応について、適切かどうかを身体拘束適正化検討委員会等で話し合いをしている。	身体拘束については「身体拘束等適正化のための指針」を作成し、年4回、身体拘束適正委員会で話し合い、全職員が身体拘束をしないケアについて理解している。スピーチロックについては管理者が指導をしている。他、職員間でも話し合いをしている。玄関の施錠は、職員の状況によって施錠することもあるが、利用者の気持ちを察して個別の外出や複数で出かけるなど、閉塞感のないよう配慮している。	
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	どのような行為が虐待なのか、研修を通じて理解することと、介護者の心身の安定が図れることで、虐待防止になればと考えている。		
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	権利擁護の研修を行うことで、その重要性を理解している。		
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	文書をお示しし、口頭で説明を行うことで、その都度疑問点等をお聞きしながら、説明をしている。		
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	マニュアルを作成しているので、その手順で、利用者、家族の思いを汲み取れるよう対応している。	契約時に相談、苦情の受付体制や第三者委員、処理手続きを定め、家族に説明している。面会時や運営推進会議出席時、家族の行事参加時(クリスマス会)、電話などで家族からの意見や要望を聞いている。毎月の利用料請求時や事業所だより送付時に、利用者の写真付きの近況報告を送付して、家族の様子を知らせている。運営に反映させるまでの意見はでていない。	

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
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	各ユニットで行われる会議の中で、意見交換を行い、必要なこと、できることを実践している。また、現場で直接介護業務にかかわることもあるため、業務での課題等直接話をしながら解決にむけ取り組んでいる。	月1回の各ユニット毎のケース会議時や年4回の責任者会議(管理者、計画作成担当者、主任)、申し送り時などで、職員から意見や提案を聞く機会を設けている他、管理者は日常業務の中でも意見や提案を言いやすい環境づくりに努めている。職員から家族状況等による希望休や勤務体制などの要望があれば対応している。	
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	希望休を聞き、また積極的に有給休暇を取得していただくことで、働きやすい環境が築けるように努めている。		
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	認知症ケア、急変時の対応、災害発生時の対応については、特に代表者から各職員に対して研修を行っている。	外部研修は、職員に情報を伝え、経験や段階に応じて勤務の一環として参加できる機会を設けているが、今年度は参加できていない。内部研修は管理者が講師となり、少人数体制でテーマに沿った勉強会(身体拘束、高齢者虐待、認知症ケアマニュアル、介護記録の書き方、緊急対応マニュアル、再発防止)などについて実施している。新人研修は管理者や計画作成担当者、主任が指導して、日常業務の中で働きながら学べるように支援している。	・外部研修への参加の工夫
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	地域密着型サービス事業者連絡協議会・岩国市介護支援専門員連絡協議会の研修会で、同業者との交流を図っている。		

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
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	本人の言葉、表情から心情を汲み取るよう対応している。利用者にとって、職員が安心できる存在となるよう努めている。		
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	契約の前後、家族の思いを把握するよう努めている。		
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	サービスの選択肢をお示しし、利用者、本人の希望される支援ができるよう努めている。		
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	共同生活の場であることから、個々の能力に応じてできることをお願いすることで、お互い助け合いながら生活が営まれるようサポートしている。		
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	職員は家族の変わりにはできないという考えから、家族が積極的に関わられるよう努めている。		
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	ご家族と外出される方もおられるが、難しい方は生家や墓参り等、希望があれば職員が対応している。	家族の面会や親戚の人、近所の人、友人、元職場の人の来訪がある他、電話での支援や家族の参加があるクリスマス会での交流を支援している。家族の協力を得ての夕食、盆や正月の帰宅、法事への出席、墓参りなど馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。	
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	認知症の症状や性格の違いにより、ご利用者同士の関係構築が難しい場面もあるが、状況を理解することで、安心して共同生活が継続できるように取り組んでいる。		

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
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	退居後においても、引き続き相談、助言という形で支援に努めている。		
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					
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	本人、家族からのアセスメントをきちんとすることで、望まれている生活は何かの把握に努めている。	入居時のアセスメント表(生活歴、家族構成、趣味、特技、したいこと、できることなど)を活用している。日々の関りの中での利用者の発した言葉や表情、状態などを記録し、利用者の希望や意向の把握に努めている。困難な場合は家族から聞き取りをしたり、ケース会議で職員間で話し合い、本人本位に検討している。	
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	入居前のアセスメントで、把握に努めている。また入居後の言動からも、以前の生活状況の把握に努めている。		
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	入居後の生活において、状態等の把握を行い、ケアプランに反映している。		
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	課題に対し、本人、家族、職員が積極的に目標達成のために行動できるようなケアプランとなるよう、努めている。	計画作成担当者を中心に、月1回のケース会議でカンファレンスを開催し、本人や家族の意向、主治医や事業所の看護師の意見を参考にして、職員間で話し合い、介護計画を作成している。1ヶ月毎にモニタリングを実施し、6ヶ月毎の見直しをしている。利用者の状態の変化や要望に応じて、その都度見直しをして、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	介護記録と職員連絡帳に記載し、申し送り時にも意見交換するなどして、情報を共有している。その情報をもとに、ケース会議で検討している。		

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
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	重度化された利用者が増えてきているが、引き続き受診の対応を行っている。		
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	地域交流センター(ひだまりの家)が、学童保育をしていることもあり、施設内での関りや、小学校の運動会への参加をしている。		
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し、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	事業所として、職員が付き添いでかかりつけ医へ受診を行っている。かかりつけ医以外の受診も、家族と相談し、適切な医療機関への受診を行っている。	事業所の協力医療機関の他、利用者や家族が希望する医療機関をかかりつけ医としている。協力医療機関には、月1回職員1名が付き添い、情報提供書(バイタル表)を持参して受診している。その他の医療機関についても事業所が受診の支援をしている。家族へは、随時、訪問時や電話で報告している。夜間や緊急時は、管理者への連絡後、医療機関の支持を得て連携して対応しているなど、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	みどり介護を行っていることもあり、日常より看護師との情報交換を行っている。		
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。	入・退院時、医療機関との情報交換を行っている。またその際、ご家族の希望を反映できるよう対応している。		
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	全家族に、重度化や終末期の際の対応についてのご希望(現在のところの)のアンケートをとっており、その思いをベースとして重度化していく過程においてご家族や主治医と相談しながら対応している。	契約時に「重度化した場合における対応及び看取りに関する指針」に基づいて、事業所ができる対応について、家族に説明している。実際に重度化した場合は、家族の意向を聞き、主治医や看護師と話し合い、医療機関や他施設への移設、看取りなどについて話し合い、方針を決めて関係者で共有して支援に取り組んでいる。	

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
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。	特に誤薬に関しては職員が注意することで防げることなので、薬の準備から与薬まで何重にもチェックしながら行うようにしている。転倒に関しては、転倒しにくい環境づくりと、転倒してもけがを最小限にできる環境づくりに努めている。	事例が生じた場合は、ヒヤリハット報告書、事故報告書に、発見者が発生状況や改善策を記録し、職員間で回覧している。翌日の申し送り時に報告し、共有している。月1回のケース会議で再検討をし、再発防止に取り組んでいる。緊急時の対応として緊急時連絡スキームの確認の他、マニュアルに基づいた内部研修(窒息、誤嚥、転倒、捻挫、脱臼、骨折、嘔吐など)を実施しているが、全職員が応急手当や初期対応における実践力を身につけるまでには至っていない。	・全職員による応急手当や初期対応の定期的訓練の継続
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	マニュアルを作成しており、それを職員間で共有している。避難訓練では地域の方の協力も得て行っている。	年1回、消防署の協力を得て火災時の通報、消火等の避難訓練を利用者や運営推進会議メンバー、地域の人の参加、協力を得て実施している。地域の人には利用者の見守りを主にお願している。運営推進会議のメンバーを中心とした緊急連絡網を作成している。行政の指示による土砂災害を想定した全国防災訓練での通報訓練も実施している。	
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	利用者が不快に感じない声かけとなるよう、注意している。	「身体拘束、高齢者虐待マニュアル」を基に内部研修を実施している。職員は利用者の自尊心を傷つけず、プライバシーを損ねない言葉づかいや対応をしている。個人情報の管理や取り扱いに留意し、守秘義務についても遵守している。	
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	利用者の心身の状態を把握することで、言葉や表情、しぐさ等で、思いの把握に努めている。		
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	思いの把握ができることで、把握できた事柄については、その思いの達成のためどうするかを考えることに努め、ケアプランに反映している。		

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
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	したいけどできていない方にも、職員が関わることでおしゃれをしていただいている。		
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	ユニットによって状況が異なる(心身の状態等)が、野菜を切ったりお盆を洗う、拭くなど、ご利用者同士が協力して行っている。	ユニット毎に献立を作成し、三食とも事業所で食事づくりをしている。食材は地元の商店から旬の物を仕入れている他、足りない食材は利用者と一緒に買いに出かけている。利用者は野菜の下ごしらえ、味見、テーブル拭き、食器洗いなど、できることを職員と一緒にしている。季節の行事食(おせち、恵方巻き、そうめん、うなぎ、おでんなど)、年2回の外食(回転寿司、レストラン)、家族を招いてのクリスマス会などの他、家族の協力を得ての外食など、食事を楽しむことができる支援をしている。	
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	毎食の食事量のチェック、月1回の体重測定等で体調管理を行っている。また個人の嗜好を確認し、個別にも対応している。定期的に、主治医受診時にも体重測定、血液検査等で体調管理が行われている。		
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、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	個人で口腔ケアが行えない方に対し、歯磨き等の介助を行っている。また入れ歯の不具合、歯の痛み等があれば、その都度かかりつけの歯科医への受診を行っている。		
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	本人の能力を理解し、トイレでの排泄が大切であるという共通認識で、ケアにあたっている。	排泄チェック表や介護記録を活用して、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけや誘導をしてトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。	
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	体操、散歩等の運動や水分補給、また整腸に良いとされる食べ物(ヨーグルト、オリーブオイル等)を摂取することで、便秘予防を行っている。それでも便秘が解消されない場合は、主治医や家族と相談し、必要な便秘薬を使用している。		

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
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	重度化してきた中、他の業務との兼ね合いから入浴日、時間を決めることもできた。ただし、入浴が楽しみな方、入浴することで心身機能の維持が保てる等は、入浴支援を優先することもある。	入浴は、10時から11時30分と、13時から15時までの間にゆっくりと入浴できるよう支援している。利用者の希望に応じて毎日でも入浴できる対応をしている。利用者の体調に応じたのシャワー浴、清拭、足浴などの対応をしている。入浴したくない人には無理強いをせず、職員の交代や時間の変更、言葉かけの工夫をしているなど、一人ひとりに応じた入浴の支援をしている。	
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	日中の活動、安心して生活できる環境・人間関係、体調の管理を総合的に支援することで、安眠ができるように努めている。		
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	受診時に処方された薬の内容をそれぞれ職員が確認している。薬の変更があった場合は特に、その後の心身状況の様子確認を徹底している。またその旨を、電話や月1回の近況報告で、ご家族にも伝えている。		
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	日常生活での活動の機会や、週1回は出勤者を増やし、レクリエーションを行ってる。(施設内でのレク、外出等。)	ラジオ体操、テレビ体操、パタカラ体操、季節の行事(節分、雛祭り、七夕、クリスマス会など)、ぬり絵、ちぎり絵、貼り絵、折り紙、ジグソーパズル、読書、新聞や雑誌を読む、テレビやDVDの視聴、料理の下ごしらえ、テーブル拭き、食器洗い、おやつづくり(お好み焼き、寒天、おはぎなど)、洗濯物干し、洗濯物たたみ、掃除機をかける、モップ掛け、プランターの花植え、野菜づくり、草引き、水やりなど活躍できる場面をつくり、楽しみごとや気分転換等の支援をしている。	
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	外出を生きがいの中で大切にしている方には、外出の機会を優先した生活を送っていただけるよう考えている。	周辺の散歩や地域交流センター(歌、体操など)へ出かけている。潮風公園、季節の花見(桜、アジサイ、菖蒲)、お菓子屋(ケーキバイキング)、図書館の利用などの外出をしている他、家族の協力を得ての夕食、一時帰宅、外泊、盆や正月の帰宅、馴染みの美容院の利用、墓参り、法事への出席など、戸外に出かけられ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
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	事業所としては金銭管理を行っていないが、持ちたい方、持てる方は家族の了解を得て、利用者自身に持ってもらっている。		
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	ご利用者が携帯電話を持たれているかたもいるが、通常は施設の電話でお話されている。手紙の発送等も支援を行っている。		
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	花や写真等を飾ることで、季節感が出るようにしている。利用者によっては、収集癖や異食行動もみられるが、すべてを撤去することせず、場所に配慮することで、環境を整えている。	玄関先のプランターには花や野菜が植えてあり、玄関や居間のテーブルにも、季節の切り花が生けてある他、出窓にも小さな鉢や観葉植物が置いてある。リビングから続くテラスでは日光浴ができるなど、利用者の居心地の良い居場所となっている。壁面には干支などの貼り絵や折り紙で作成した季節の飾り物の他、利用者が書いた習字の作品が掲示してある。大型テレビやソファ、食卓の配置を工夫して、ゆったりと見られるように工夫している。廊下の天窓から柔らかな光が差し込んでおり、台所から調理する匂いが漂うなか、居心地よく過ごせるような工夫がされている。	
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	共用の間では、利用者同士が家事を一緒にされる等交流の機会となっている。認知症の症状や性格等の理由から一人での環境が良い場合は、様子に合わせて居室で過ごしていただくこともある。		
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	なじみの物、使い慣れたもの、大切なものを持参された中で、現在の心身状況に合わせて、ご本人が居心地よく過ごせる環境となるよう努めている。	テレビ、和ダンス、三面鏡、机、椅子、衣装掛け、置き時計、ぬいぐるみ、人形、アルバム、化粧品などの使い慣れたものを持ち込み、家族や親族の写真、昔の写真、利用者自身の習字の作品、造花などを飾って、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	手すり、バリアフリー、介護用具で、できるだけ自分で生活しているという実感を持っていただけるよう支援している。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム いろりの家

作成日: 令和 1 年 12 月 1 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	14	介護職員の研修の機会が、内部研修にとどまっています、外部研修の機会を確保できていない。	外部研修受講により、介護に関する現状の知識を、より深めることに努める。	介護職員の確保により、研修に参加できる時間をつくる。	6ヶ月
2	35	緊急時対応の実践力が不十分な点がある。	全職員が、緊急時の対応に迅速に取り組めるよう、実践力を身につける。	特に新人職員に対し、マニュアルに沿った緊急時の対応の研修を行う。	6ヶ月
3	34	看取り介護の状態に至るまでの間の、医療や家族との連絡等の関わり方。	状態が変化をしている状況なので、その都度かかりつけ医や家族への連絡を行う。	かかりつけ医には、電話連絡とともに、SNSを使って状況等の報告ができる体制をつくる。家族には、密に連絡をとり、要望等の把握に努める。	3ヶ月
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。