

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28年 10月 31日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3472100217		
法人名	医療法人社団 聖仁会		
事業所名	グループホーム たんぼぼ		
所在地	広島県庄原市三日市町字上市南裏289番地 (電話) 0824-73-1008		
自己評価作成日	平成28年9月30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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3472100217-00&amp;PrefCd=34&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3472100217-00&amp;PrefCd=34&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

【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28年10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）】

認知症になっても、地域住民として生きる支援を目指し、介護保険法の目的に沿って、尊厳の保持・自立支援・リハビリテーションを念頭に取り組んでいる。有する能力を引き出し、認知症になっても「当たり前の生活」を送って頂くために、自分たちの日常生活を助け合いながら営み、毎日、地域に出掛け主体的に動く支援を心がけている。地域住民からも町内の一員に加えて頂き、さまざまな交流から、「ふつうの暮らし」を応援頂いている。活動性やふだんの体調管理、心のふれあいを大切に、又、看護師や各療法士を始めとする多職種の専門職の支援によるよりよい生活環境の提供から、認知症の症状軽減から看取りまでの暮らしを支援している。

【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）】

庄原インターから車で10分以内の所に有る、グループホームたんぼぼは2階建ての1階部分に位置し、居室の窓は全てはき出しで、利用者は自由に出入りしている。広い敷地は緑の木々が点在し、たんぼからは虫の声、光を遮る物もなく、室内は木の温もりが感じられる和の雰囲気があふれ、利用者は生まれ育った環境の中で、伸び々と暮らしている。母体は医療法人で、敷地内には診療所、介護老人保健施設、ディケアサービス等が有り、様々な人と触れ合う機会が多い。事業所は「介護の質の向上」と「地域住民として生きる支援」を目標に、全職員は介護の仕事に誇りを持ち、専門職として研修等を通じて、スキルアップする努力が感じられる。経営母体である法人は理念の基に、この地にたんぼぼが有って良かったと思われる存在を目指して、地域との係りを更に進めている。

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
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つなげている。	利用者が「地域とつながって、地域住民として最後まで生きる事を支援する」を介護理念とし、常日頃から管理者は理念の確認と実践を職員に伝え、研修や日々のケアを通し、職員間で話し合い確認、理解しながら取り組んでいる。	事業所が掲げる理念である、「認知症であってもなくても、障害があってもなくても最後まで地域住民として生きる」の実現の為に、管理者と職員は、利用者がこの町で最後まで暮らせるよう、自立支援を目標にサービスの質の向上に向け、日々の実践に繋げている。	
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。	地域の盆踊りや祭りなど、地域行事には地域から声をかけて頂き、積極的に参加している。毎日の外出・買い物・地域行事の参加を通じ、地域の人々とは自然体の付き合いになっている。特に、毎日の買い物の道中では温かい応援がたくさんある。	利用者の殆どは地元の方が多く、そのため昔からの知人から外出時に声を掛けて貰ったり、日頃の買い物等で知り合った新しい知り合いにも声を掛けて頂く等、地域との良い関係づくりが構築されている。また法人としての専門的な知識を活かし、平成13年から認知症相談会・認知症サポーター養成講座などに積極的に取り組み、地域貢献に力を入れている。	
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。	事業所を含む法人全体で、認知症介護予防講座や認知症サポーター養成講座、健康講座など、大規模講習会や各地域の集会所での相談会など、積極的に専門的知識の情報提供を行っている。ショッピングセンター内で認知症相談会を開催している。庄原市認知症の人を支える家族の会やカフェも事務局として支援している。		
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。	運営推進会議は、事業所の取組み内容や課題を明らかにし、話し合っている。参加者からの意見を参考に、協力を得たり改善をしている。委員・家族の参加意欲も高く活発である。	運営推進会議は2か月に1度行われており、同時に家族会も開催されているため、常に数人の家族の参加がある。利用時には「家族と共に支援することが大切」と、協力を仰ぎながら意見交換を行い、サービスの向上に活かしている。会議を欠席された家族には議事録を送付している。	
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。	市担当課の指導の下に、相談・報告など日頃から密に連絡を取っている。また、認知症介護予防講座の受託やサポーター育成講座を開催している。認知症の人にやさしい街づくりへの取り組みとして、多方面からの意見交換や協力体制をとっている。	市の担当課である高齢者福祉課とは、常に相談や報告の連絡を取っている。事業所も様々な認知症講座を行い、市町との協力関係を築く努力が成されている。	

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
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>高齢者虐待防止法について、法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして注意し、防止や必要時の対応手続き等の理解に努めている。自らの意思を行動に移すこと、社会とのつながりは「人として」の基本と考え、鍵をかけないケアを実践している。夜間のみ安全の為、施錠している。</p>	<p>全職員は身体拘束をしないケアの取り組みについては、研修や毎日のサービスの中で理解している。玄関やリビング・各部屋のはき出し用の窓は常に開放しており、出入りが自由で、理念に基づく「ふつうの人として」を大切に、身体拘束のグレーゾーンである言葉使いにも、常に注意を払いながらケアに取り組んでいる。</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>高齢者虐待防止法について、法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして常に注意し、日々確認しながら防止に努めている。疑わしいことがあれば、早期対応や行政へ報告し、発生防止に努めている。</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>成年後見制度について、法人内外の研修に参加し、これらの必要性を知り、必要な人には活用できるよう取り組んでいる。地域権利擁護事業や成年後見制度について、法人内外の研修に参加している。</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・解除時には利用者や家族との面談の場を持ち、不安・疑問点については、十分に時間をかけて尋ね、説明し、理解・納得のいくまで何度も説明している。</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>利用者や家族からの意見、不満は意見箱や直接聞いて、管理者や職員で検討している。外部者に表せることを伝えている。また課題は運営推進会議で明らかにし、出来る限り多くの方の意見を聞き、運営に反映させている。</p>	<p>利用者や家族の意見は、面会時や家族会等で意見を聞き、意見が言いやすい雰囲気づくりを大切にしながら、運営に反映されている。その結果、家族から「何か手伝える事はないか」と声を掛けて貰う等、良い関係づくりが構築されている。</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。	運営に関しては、定期的なミーティングや随時の面談及び毎日の申し送り等で意見交換の機会を設けている。更に、法人内の運営会議に於いて検討し、運営に反映されている。又必要に応じ、法人幹部のバックアップ等により、前向きな運営に努めている。	管理者は、ミーティング時や業務中など職員から提案を受ける機会を設け、運営に反映させるよう努めている。管理者は必要に応じて、法人内の会議に提案する等して、職員の意見が反映できる取り組みがある。	
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。	事業運営の最重要要件として捉え、職員の習熟度に応じて施設内、外での研修への参加を行い、また法人内でも再々研修の機会をつくり、各自が向上心をもち働けるよう努力や実績を評価している。処遇に関しては社労士・専任の労務担当・産業医または安全衛生委員会設置など通して、働き易い職場づくりに取り組んでいる。		
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。	法人の使命の一つは、職員を育てることであると認識し、常日頃から働きながら学ぶ事を推奨し、毎週、定期的な施設内研修の実施がなされている。職員一人ひとりのケアの実際や、力量に応じて施設内外の研修にも出来る限り多くの職員が参加できるよう、スキルアップを目指している。外部講師を多数擁している。		
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。	研修会・地域活動などを通し、他施設との交流をもち、サービス向上を目指している。意を同じくする全国の仲間との相互訪問や研修会を通し、交流の機会をもっている。又、昨年度に庄原市内のグループホーム連絡会を開設した。		

## 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。	利用開始時は勿論・利用開始前には本人・家族の見学・面接を行い、本人の不安なこと、求めていることをしっかり聴き、信頼関係を築く機会を作っている。安心の確保に向け、理解・納得されるまで何回も面談している。本人の理解が難しい時は家族も交えて話している。		
----	--	--	---	--	--

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係  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。	利用開始前には、家族と見学・面接を行い、不安なことを求めていることをしっかりと聞き、施設方針や出来ること・出来ないことを丁寧に伝え、共に本人を支える為の信頼関係づくりをしている。特にグループホームに於いては、家族との信頼関係が出来ないと、本人支援は難しいと考えている。		
17		○初期対応の見極めと支援  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。	相談時から、理論に基づいたアセスメントを行い、本人・家族のニーズを出来る限り正しく把握し、本人・家族の必要としている支援をしっかりと傾聴し見極めて、必要ならば他のサービス利用を提示し、対応に努めている。又、「今」だけでなく「これから」の予測も伝え、他のサービスを含めた対応をするべく、話し合っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人を「介護される人」の立場に置かず、一人の人として主体的に過ごせるよう、また得意分野での力を発揮しながら、お互い様や感謝の関係を築くことで、暮らしを共にする関係を築いている。「出来ることは自分で」・「互いに助け合う」は人として生きる基本としている。		
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。	利用時に、家族にも支援者としての立場をお願いし、いつでも来やすく、意見も言い易いよう努めている。本人・家族・職員が共にあることで、本人支援とグループホーム生活が成り立つと考えている。		
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。	いつでも誰でも、面会に来やすい雰囲気づくりに努めている。「地域とのつながり」を大きいテーマとして取り組み、外出・買い物・地域行事を通じ、馴染みの人や場との関係性が途切れないよう取り組んでいる。当然ながら、暮らす場所が変わっても、これまでの人とのつながりは大切であると認識している。	職員は、利用者の馴染みの人や場所の関係を大切にした支援に取り組んでいる。例えば、利用者が、月2回、知人と共に教会に行ったり、家族が利用者の居室に泊まったりして、これまでの関係が継続出来る様、支援に努めている。	

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
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。	仲間づくりを大切にしており、作業や外出など利用者同士で声を掛け合い、助け合える場面を多く作っている。人が生きる時に「群れ」が大切と常に意識している。介護理念「互いに助け合って」は仲間づくりを基本としている。利用者間をつなぎ、支えあうようにする事が職員の役割として取り組んでいる。		
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。	サービスが終了しても、必要に応じて面会、連絡をとるなどし、関係を断ち切らない様、付き合いを大切にしている。利用サービス終了後の家族が「認知症の人を支える家族の会」や、行事に参加されている。		
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。	利用前・後に本人または、家族からも意向を聞き、主体的な行動を大切にし、出来る限り本人本位となるように取り組んでいる。利用中、言葉遣いも「選択」が可能な声かけを心掛け、必要時には本人・家族へ意向の確認をしている。随時のモニタリングも実施している。	事業所の理念にある、「可能な限り、ふつうの人として」支援するため、利用時に本人、家族の暮らし方の希望を受け止め、しっかりモニタリングを行い、職員は情報を共有しながら支援している。また利用後も、本人や家族からの意向の把握に努めている。	
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。	「最期まで人として生きる支援」に、又、より自立的・主体的・社会的生活の支援には、これまでの生活歴を知ることが基本である。認知症ケアにとっても生活歴は重要であり、利用前からその情報・状況は出来るだけ詳しく把握し、馴染みの暮らしや生活環境に近づくよう努めている。		
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。	毎日の心身状態の把握は、ミーティング・申し送り、カルテなどを通し把握している。有する能力は利用時のアセスメントから始まり、毎日の生活の中の変化を見逃さないよう意識し、その力を十分活かし、維持することが介護の仕事と認識し、支援に努めている。かかりつけ医との連携は細かく行っている。		

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
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>介護計画の基本は・アセスメント・ニーズ把握である。これまでの暮らしや現在の課題・要望など、本人・家族や多職種の話聞いて初めて介護計画が出来ること認識・実践している。本人・家族・さらには各々の意見の反映は当然であり、変化時には、その都度話し合い、計画作成している。</p>	<p>介護計画は、介護支援専門員、計画作成担当者が、本人や家族の意向のもと協議を行い、介護計画サービスを見直し、現状に即した計画を作成している。基本的には3ヶ月に1度、又要請に応じて見直し、チームで支援する体制がある。</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カルテに実践・結果・小さな変化や気づきを記入し、情報の共有と実践に活用している。それらを、個々の状況にあったプラン作成には欠かせないこととして、介護計画に反映し、必要に応じて見直しに活かしている。記録の再読は基本であると認識している。</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>介護状況に応じ、事業として出来る限り自立した日常生活へむけて、本人支援と家族支援をしている。また状況によっては、法人全体で専門職との関わりや、地域説明・家族支援など、本人・ご家族に多専門職による多機能体制をとっている。</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>本人の意向や必要性から、多くの地域資源との協働により、地域住民としての生活支援をしている。地域とつながった日常生活の為には欠かせないことである。消防署・保育所・文化センター・商店街・他事業所等との交流をもっている。</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>健康管理は当然のことであり、多くの医療機関とつながっている。一人ひとりの利用前の受診経過・現在の受診希望を把握して、今までのかかりつけ医や希望する医療機関による受診の支援を行っている。訪問看護ステーションとの24時間の連絡体制も整っている。医療法人として、法人医師の24時間バックアップ体制もとっている。</p>	<p>母体は医療法人社団「聖仁会」であり、日頃より利用者（患者）一人ひとりの体や心が抱える問題を総合的に見る医療機関で、「プライマリ・ケア連合学会指導医認定」を掲げている。かかりつけ医は、本人、家族の希望に沿って受診出来る体制がある。また協力医療機関とも密に連絡を取り、適切な医療を受けている。</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>訪問看護による健康管理を行っている。特変や疑問があれば、すぐに看護師や医師に連絡できる体制をとっている。毎月の定期往診をしている。訪問看護によるフットケアも行っている。</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、治療・入院生活に必要な情報を提供し、いつでも連絡できる体制を作っている。こまめに面会に行き、様子や状況を聞き、情報交換を行いながら早期退院へ備えている。平素は医療法人として医療関係者との関係づくりを務めている。</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>利用開始前から繰り返し家族や関係者と終末について何回も話し合い、事業所の方針や、出来る限りの支援策を具体的に示し、それらを共有している。重度や終末期の利用者に対しては、出来ること・出来ないことを見極め、最後まで地域住民として暮らせるよう、かかりつけ医・訪問看護と連携をとり、家族を含めてチームとして支援に取り組んでいる。終末・急変に備えて日頃より検討・研修している。</p>	<p>終末期に向けての方針は、利用時に家族、関係者と話し合っている。重度化した場合は家族の意向を踏まえ、チームで方針を共有しながら支援している。時には、関係者の厚い介護により終末から回復し、現在、普通に暮らしている事例もある。</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>消防署へ依頼し、救命救急士による急変・事故発生時の対応の勉強会・訓練を行っている。また随時の訓練もおこなっている。急変時の連絡体制を各職員が把握している。法人医師の協力もある。</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、避難訓練・避難経路の確認など利用者や近隣住民と一緒にやっている。又、日頃の地域とのつながりが大切と認識し、運営推進会議・地域行事への参加、町を歩くことなどを通じて、地域への協力を呼びかけをしている。さらに大規模災害に備え、全国の15法人と支援ネットを作り、万一の時の支援体制を強化している。</p>	<p>消防署の協力のもと、避難訓練は定期的に行われている。ホームは2ユニット共1階に有り、はき出し窓から避難しやすい。地域とは運営推進会議などを通して協力関係を築いている。また大規模災害時には、全国の関係法人と「おせっかいネット」を作り、助け合いの支援体制が構築されている。</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
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。	人格の尊重・プライバシーの確保には、「人として支援する」姿勢を基本に置いている。研修を通し、また日常は法人・管理者や職員相互が気付きを伝え、尊厳やプライバシーを損ねないよう徹底を図っている。	管理者・職員は、人格やプライバシーを損なわない対応を行うためには「自分だったら？」を念頭に置き、日常的にはトイレの声かけに配慮したり、食器の洗い残しなどは本人に気付かれない様に、処理する等の対応をしている。また研修などを通して、人格、誇りを確保出来るよう心掛けている。	
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。	「主体的・自立的・社会的に生きる事を支援する」を基本としている。そのために、自分で決め納得し動くよう、利用者に合わせて声掛け説明を行っている。一人ひとりのわかる力に合わせた説明をし、利用者の意思を聞く場面を多く作るよう支援している。自己決定は尊厳の基本であると認識している。		
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。	一人ひとりの状態に合わせたペースで話したり動き、本人の希望や好みを聞きながら話し合っって柔軟に対応する事で、主体的・自立的・社会的な生活支援をしている。職員は生活の支援者であることを実践している。		
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。	町の理美容を利用し、本人の要望にあった時や必要に応じて望む店に行っている。服装や化粧など、その人の希望を聞きながら、似合うように支援している。特に外出時は「オシャレ」に気を付けている。		
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。	食事に関する一連の作業を通じて、利用者の有する力を発揮してもらいながら、張り合いや楽しみ・喜びにつながるようになっている。メニュー会議・買い物・準備・片づけまでの流れが、食べる楽しみにつながり気分を盛り上げている。好みにより、メニューは各々違うときもある。職員も利用者も共に行動することで「有する能力の活用」や「共にある」の意識づけになっている。楽しい雰囲気での食事が、一日の大切な活動源となっている。	食事を楽しむ支援は、利用者とは毎日、買い物に出掛ける事から始めている。献立は職員と利用者で話し合っって考え、夕食は食材を職員、利用者みんなで、運動を兼ねて、近くのスーパーへ往復2時間かけ買い出しに行っている。夕食の準備はテーブルを囲んで、楽しくにぎやかにすることが日課で、食事中も利用者、職員が楽しい時間を共有している。食後も自分の食器を洗う等、本人の力を活かした支援に取り組んでいる。	

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>聖仁会では、水分1日1500ML、食事量1500Kcal摂取を基本とし、状態、習慣、力に合わせて充分摂取できるよう支援している。内容は個々の好みや状態に応じて変化させている。毎日の記録により、家族に説明している。</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>口から安全に食べ続けられること、肺炎・不明熱・誤嚥・窒息などの予防のために、口腔内清潔保持は、介護の基本として実践している。その為に一人ひとりの口腔状態や力にあった支援を行っている。言語聴覚士や歯科衛生士の定期的の訪問がある。</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>排泄ケアは人の尊厳保持と自立支援の基本として、一人ひとりの排泄パターンを把握し、可能な限りオムツを使わない支援をしている。日中は布パンツ・トイレ誘導を原則とし、必要な方のみ夜間オムツを使用し、常に排泄の自立支援を行っている。</p>	<p>職員は、利用者一人ひとりのパターンを把握し、夜間誘導も睡眠の邪魔にならないように、見極めながら誘導している。そのために日中しっかり運動して、夜間ぐっすり寝て貰うなどの取り組みもされている。排泄時もプライバシーに配慮しながら、排泄の自立支援に取り組んでいる。</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>認知症の方にとって便秘は最重要課題であり、BPSDの原因ともなることを基本的知識として周知徹底している。予防・対応の為に「7ヶ条」の実践をしている。毎日排便・薬を使わない対応を基本としている。</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てしまわずに，個々に応じた入浴の支援をしている。</p>	<p>一人ひとりの意向を第1に、くつろいだ気分に入浴できるよう、柔軟な支援が行われている。人によっては、夜間入浴も行っている。</p>	<p>入浴を楽しんで貰える様、利用前の習慣に基づいて行っている。また入浴が嫌いな利用者は、家族と相談しながら情報を共有し、楽しい入浴が支援出来る様取り組んでいる。</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		○安眠や休息の支援 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。	ケアの基本は、良眠7時間である。職員は睡眠とBPSDの関係性を認識しており、一人ひとりの日中の生活習慣に合わせ、日中の活動性、体調管理により、出来るだけ薬を使用しないよう、夜間良眠を支援している。日中は椅子や畳の好みの場所で、個々の体調に合わせて休息が可能である。		
47		○服薬支援 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。	利用開始時、服用開始時に医師または薬剤師からの指示や指示書確認をしている。指示通りの服薬ができるよう支援し、症状に変化のある時や体調の変化がある時は医師に報告し指示を仰ぐ。薬剤師の定期訪問あり。		
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。	生き生きと主体的に生きることや、有する能力の維持を目指し実践するためには、生活歴を活用することは不可欠である。又、一人ひとりが「大切な人」を実感できるよう、出来ることをしていただき、出来たことを共に喜べる支援をしている。特に外出は「社会と繋がって生きる」ことを目的にして取り組むが、その中で人との出会い、気分転換・買い物で「食べたいもの」を選ぶ役割分担もしている。		
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。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。	最後まで地域住民として生きることを目指し、その日の体調や天候に配慮しながら、近くへの散歩だけでなく、馴染みの店や地域の中へ出かけている。会話の中から行きたい場所や、したいことを聞き、日常の外出に加え、普段いけなところへ皆で出かけられる機会を作っている。墓参りや外出など、家人と出かけられることが多い。	職員は日常の会話などから、利用者が戸外の行きたい場所や、したい事をくみ取りながら、家族や地域の人々の協力を得て、外出支援が行われている。利用者は希望にそって出かけられる機会が多い。職員はミーティング等で、利用者の希望を共有しながら、支援に繋げている。	
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。	お金の管理の出来る方は、個人で管理してもらっている。管理の難しい方には、買い物や外出時に、必要に応じて、自分で使えるように支援している。		

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
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>電話がいつでもかけられるように設置している。手紙も本人の希望や状況に応じて送付し、返信もご本人へ渡している。</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>共用空間は五感への配慮に特に気遣い、ふつうの家のように設えることで、心地よく、利用者が落ち着けるようにしている。和を基調とし、庭の木々の緑や風が目に入ることで、心地よさを出している。季節感、生活感や地域住民を感じられ、「ふつうの暮らしの家」として心地よく過ごせるよう工夫している。</p>	<p>共用空間のリビングには、テレビを設置していない。テレビを見るより、皆で作業する時間が多く、風の通る居心地の良い場所は、常に話し声や笑い声が響いている。和を基調にした室内で、利用者自らが買い物時に選んだ花が、玄関やリビングに活かされている。</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>リビングには、畳や長いすを設置したりし、利用者同士・または一人ひとりが思い思いに過ごせる居場所として、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>居室には、使い慣れた馴染みの物を持ってきていただいております。それぞれの方の生活に合わせている。部屋作りには、本人・家族の意向を重視している。</p>	<p>居室は、明るいはき出し窓からすぐに出られ、広い室内はそれぞれ馴染みの家具やテレビが置かれ、ドアの横には自分で書いた名札が貼られている。希望があれば畳を引いたり、その人らしい暮らしが出来る仕様である。夜は、目の不自由な利用者にはドアの隙間から光が入るように工夫し、誘導しやすくしている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの方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>各利用者の出来ること、出来ないことを見極め、出来ることには手を出さず出来ないところだけ、さりげなく手助けをし、出来る限り自立した生活が出来るよう支援している。一人ひとりの認識・理解力を知り、さりげない誘導や案内板などにも工夫し支援している。</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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係や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	○	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
66	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3分の2くらいが ③職員の3分の1くらいが 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	○	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
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家族等の3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが 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 グループホームたんぼぼ

作成日 平成28年12月20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	10	さらにアセスメント力向上へ	なぜそうなのか常に原因を探し、対応する	いつ、どこで、どのような状況でなるのか細かく記録、情報交換し原因を探る	6か月
2					
3					
4					
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。