

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 12 月 6 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	2016年10月17日	評価結果市町村受理日	平成 29 年 1 月 12 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 28 年	11 月	21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こと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、なかなか会いに来られない遠方の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や、食事作りを1階と2階ユニットで午前と午後で分担し職員がゆっくりと利用者に関わる時間が持てるようにしている。ドライブや、買い物、年1回野球の観戦等出来るだけ施設を出て、外の雰囲気を楽しむ。地域の祭りや、敬老会、避難訓練等、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、食事にもこだわり週に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)】

事業所の前に広い畑があり、いろいろな収穫や農作業が楽しむことができる。片隅に井戸もあり、昔を懐かしみ話題づくりや、活動の意欲を高める環境づくりがされている。畑で収穫した作物を献立に取り入れ家庭的で季節感もあり利用者の食に対して関心が持て、食事に彩りを添えている。食事も長くかかる方、早くに食べられる方、時間をずらしてされる方個々のペースや習慣に合わせて行なわれている。家族のつながりを大切に、事業所と家族が両方で利用者を支える、家族も協力的で良好な関係が作られ利用者の安心感となっている。地域との関係性を重視し、認知症についての理解も深く、散歩の利用者にも温かい目で見守ってくれる。また、祭りの準備や本番に利用者とともに参加し、住民とふれあい、利用者が笑顔になれる場面がある。そんな何気ない関わりや、持っている力を使うことで、活気と、日々の生活に変化をもたらし、利用者にとって喜びへと繋がっていく。職員の配置が多くゆったりと関わることができ、職員の関係性が良く、お互い何でも言いやすいので改善や実行が早い。又、スキルアップについても積極的である。職員の身内や自身も入りたい事業所として、利用者が自由に暮らすことができる、熱い思いが伝わってくる事業所である。

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	「動く」「食べる」「安心」「笑顔」を経営理念としている。ただ生活を1日が過ぎていくのではなく日々職員が利用者と関わることで、生活の中に動く機会を作り、美味しく食事が取れたり、笑顔で過ごせるように、管理者職員共に理念を共有し実践できている。	認知症ケアを大切に4項目からなる理念は、利用者が残存機能を活かし、健康寿命を一日でも伸ばし、活力ある一日を過ごすためのものとなり、職員は覚えやすく、変化や成果のわかりやすい。ゲームや畑仕事、散歩、台所の手伝いなど日常生活の中でそれぞれの項目が当てはまり、笑顔に繋がる支援をしている。	
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、地域の祭り、避難訓練等町内の行事に参加している。ゴミステーションの清掃等は利用者職員で一緒に行っている。	祭りの準備やゴミステーションの清掃など利用者とともに参加し、認知症への理解も深く地域の方も温かく馴染んだ関係となっている。地域住民の出入りも多く、絵手紙教室や三味線のボランティアの訪問もあり、敷居の低い事業所である。	
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	運営推進会議を2か月に1回実施する。案内状を地域のお宅に直接お届けし参加いただけるようお願いをし、認知症の理解を深めて頂けるようにしている。認知症サポーター養成、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。	できるだけ多くの参加が得られるように全家族に案内を出し、地域の方には案内状を直接持参しているため参加も毎回多い。事業所の運営状況や日頃の暮らしぶりをオープンにパワーポイントでわかりやすく伝えているので具体的な意見が出やすい。	
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、実際の記録を持参し相談を行う。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。	書類面や具体的に解らないことがあった場合随時相談し指示をもらう。包括との連携も密に取れていて、気軽に訪問してもらえる関係である。	
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	身体拘束は基本的に行わない方針ではあるが、夜間転倒、転落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、施設の周りや近所を散歩できるように環境	身体拘束は行わない方針だが、転倒のリスクが高い利用者にはセンサーマットを使用している方もいるが、家族に説明し同意を得ている。ニュースや新聞で話題になる事例があれば敏感に反応し原因を探求し注意喚起している。職員は同じ意識で対応している。	
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、現場の中でおかしいと思う言動には管理者から、職員同士でもその都度注意を促し、日頃からおかしいことが当たり前にならないように意識して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	契約時に重要事項説明書を用い詳細に説明を行っている。不明な点については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っている。利用しながらも質問、疑問があれば気軽に電話等で対応できるように声掛けもしている。		
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	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し送り、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。	日用品などの補充や支払いもできるだけ持参してもらい、家族に日常の様子を見てもらい、何気ない言葉や思いをくみ、利用者とのふれあいの時間を大切にしている。毎月担当者が手紙を書き、頻繁に来られない家族にもわかりやすく伝え、ケアプラン、アセスメントで定期的に意向を聞きとっている。	
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を行い職員の意見や、困っている事、提案をきく機会を設けている。相談等あれば随時電話や事務所で個別に話ができる機会を作っている。	日頃の職員の提案や意見を大切にリーダー会議で協議する。又、1対1で話す機会があるのでざっくばらんに話しやすい。スキルアップを目指し、目標を立て、達成度を確認し、ステップアップに繋げていく。	
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/年は個別で面接を行い、個別に定めた目標の達成度を確認したり、勤務希望に関しては制限を設けず、個人の希望を聞き働きやすい環境に努めている。		
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(社会福祉事業、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
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	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と行い、現場の職員にしっかりと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	入所前に情報収集し、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	ご家族だけではなく、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)	家族の協力で毎週外出する方や外泊、墓参りなど、家族となじみの場所へ出かけ、利用者の生活がより豊かであるように事業所と家族が協力している。盆正月関係なく、日頃から協力的であり、事業所への訪問も多い。	
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	日常生活で、食事作りの手伝いや洗濯物たたみなど、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を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	退去後も、ご家族の相談に応じている。必要に応じて再入所の検討や、家族の要望に応じて他施設(老健、小規模多機能等)への紹介等もやっている。		
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					
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	個別で本人の希望に応じ、おでかけ、買い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。	昔話や毎日の利用者とのやり取り、時々発する単語や何気ない表情などの小さな積み重ねで思いをくみ取る。それをもとに職員はケアに偏りがないように共有することを大切に記録や申し送りで行っている。	
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ースシートを作成する。できるだけ、今まで続けてきたことは入所後も継続できるように支援している。※例：離所の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	日々の観察、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、1か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。	アセスメントを各担当職員で行い、ユニット毎でカンファレンスで全職員の意見や気づきを聞き取り、家族や関係者の意見を取り入れた計画を作成する。ケアプランと日々の支援経過を現状比較し、状態変化など考慮してプランを随時見直しをする。	
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、職員間で情報共有出来ている。毎月モニタリングを実施し、現場に提示することで、職員間で情報を共有している。3か月に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その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、眼科等)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	離所リスクが高い利用者で、一人で散歩が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して職員で参加し、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2週間に1回かかりつけ医(主治医)の往診を実施している。他科受診に関しては、家族に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。	協力医の往診の支援が定期的にあるので、利用者の通院の負担がない。協力医以外の専門医への通院は家族と協力し行う。皮膚の疾患がある場合は必要に応じて専門医の往診もある。24H事業所の看護師との連絡が取れ、安心な体制である。	
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)等があれば、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、施設でできることについては、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者なし。重度化した場合は、その方針に基づき対応していく予定である。	重度化した場合の事業所としての方針を明確にし、家族に説明している。現在はターミナルの方はいないが、緊急時の対応や連絡体制は整え、AEDの設置もしている。協力医の指示も24H仰げる体制となっている。	
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	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。 水害、自然災害に対しては尾道市のガイドラインにそって避難を進めていく。	訓練には職員のシフトを工夫し、年2回の訓練に必ず1回は参加、消防署の指導に基づき、個々の意識を高めている。防災マニュアルを事業所バージョンに作り変えて、何かあっても実践に役立つものにする予定である。	

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	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なう事がある為、職員同士でも注意し合いながら対応している。	親しみの中にも尊厳を重視し、馴れ合いにならないように気を付けている。第三者が見ても恥ずかしくないようにすることを念頭に置いて対応や言葉かけをする。整容や口腔ケアもまずは自身でしてもらい、難しい部分だけ補助して力を発揮してもらう。		
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。買い物に行ったときに、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、髭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いただいている。また、片付けも声掛け行い、皿洗いや、皿拭き等手伝っていただいている。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。	冷蔵庫食品プラス、畑で多種類の野菜を収穫したものをメニューに取り入れているので家庭的である。食べやすくおにぎりする方や嗜好も配慮した食事である。利用者が落ち着いて食事ができるように時間をずらして食べる方や長くかかる方、早い方それぞれ個々の特徴をくみ取っている。		
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、医師に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頻回に水分摂取を促し少しずつでも摂取できるように対応している。食思が低下した場合には、嗜好品の提供をしている。			
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。	できるだけ紙パンツやパットを使用しないで生活できるように、利用者のパターンを細かく把握し、プランで検討を重ねる。個々にあったパット類を使用し、費用面について配慮し、家族に持参してもらっている。	
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ず、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、入浴日を翌日に変更し対応している。	入浴が嫌いな方でも週に2回は入って貰えるように声かけや職員を変えて対応する。曜日や時間は決まっているが、その日の気分や健康状態で翌日での対応に切り替える等の柔軟な対応をする。	
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、体力面を考慮しフロアで傾眠が強く体勢が崩れている際は、居室や畳部屋にて休んでいただくように支援している。		
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、各自のボックスへ配薬している。服薬の際は誤薬がないように、必ず使用する前に全員分があるか確認し、服用時は職員2人で名前、日付を確認している。カルテにて薬の情報が閲覧できるように配慮し内容をその都度確認出来るようにしている		
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	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。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、毎月お出掛けを企画している。(初詣、あじさい寺、花見行事、カーブ観戦) 家族の協力を得て、外食、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。	年に数回ドライブで遠方に出かけ、日々の生活に変化をつけている。地域行事や小学校の学習発表会に出かけ、住民や子供とふれあう機会もある。家族の協力で自宅へ帰宅し、不安を取り除き、気持ちの安定へ繋げる方もおられる。畑に出たり、近くを散歩し気分転換をしている。	

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
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いただいている。無くしてしまう可能性もあるため、家族の了解を得て少額(数千円程度)持っていただいている。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をしている	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。	玄関には時期の花の鉢が並べてあり、メダカの飼育等、家庭のように訪問しやすい雰囲気に配慮している。台所の一角に竈が設置されどこか懐かしい雰囲気を演出している。共有空間のリビングは明るく、すっきりしている。廊下の壁面に季節の飾り付けが、温かみを感じられる。	
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が図れる空間を作っている。(人間関係を踏まえて座る位置等を配慮している。)また、廊下に長椅子を設置、畳部屋を利用し一人でもゆっ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、本人の使い慣れたものを出来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づくりに努めている。 例:仏壇、テレビ等	使いやすく安全な生活が送れるように設備を整えている。着替えの時のための椅子を持ち込まれている方やテレビなど自分の部屋としてそれぞれのカラーがある。換気も十分に気を付けている。	
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わかるように、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わかるように「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ため、散歩中に落ちないようにフェンスを設置している。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

(1Fユニット)

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少しずつ増えている
			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 29 年 1 月 12 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	・災害時における、水の備蓄がない。 ・水害や自然災害に対する、防災マニュアルがまだ作成できていない。	・災害時に備え、備蓄を整える。 ・災害時に落ち着いて対応ができるようにマニュアルを作成する。	・コーヒー用の水(ペットボトル)を多めに購入し、備蓄する予定。 ・防災マニュアルを現在作成中。	1ヶ月 ～ 3ヶ月
2					
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。