

グループホーム りらく藍・麻
(別紙4-1)

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	0194700274		
法人名	社会福祉法人 三草会		
事業所名	グループホームりらく藍・麻 (藍ユニット)		
所在地	北海道河西郡芽室町東芽室南2線16-12		
自己評価作成日	平成29年12月10日	評価結果市町村受理日	平成30年2月28日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail.2017.022_kan=true&JigyosyoCd=0194700449-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	平成30年2月15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)】

身体的ケア(食事・排泄・入眠など)はもちろんの事、グループホームという家庭的で自由に生活できる点から、利用者が行いたいと声に出されたことは実施している。その事から運動会や流しソーメンをおこなっている。運動会はホーム内であったが、5つの競技を紅白に分かれて実施。入居者・職員共に全力で行った。その甲斐あり、新聞に掲載してもらうことができた。また、このことから、全ユニット対抗で初めて『グループホーム大運動会』を実施することもできた。外出行事は継続的に行うように取り組みをし、今年度は、庭の綺麗な紫竹ガーデンや十勝牧場へ外出し、季節感を存分に味わい楽しんだ。また、地域との交流も考え、芽室明治乳業工場への見学も毎年実施外出。芽室町文化展にグループホーム全ユニットで来年度の干支である『戌』をテーマとして貼り絵作品を作成し、出展。全員で見学に行った。創作活動も、藍の特徴である『エコ作品』を作成。昨年までは、入居者・職員共に個人別で作成していたが、今年度は全員で大きな作品を作ることで取り組みを行い、トイレトペーパーの芯や卵の殻の日常品を使用し、壁一面の大きな作品ができあがった。継続的に行なっている事で、利用者自身も、こだわりや個性が出るようになり、嫌がらず積極的に取り組めるようになっていく。自分の作品をみて、楽しまれており、日常の中では利用者同士、作品を眺めながら会話が弾んでいる。

【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)】

芽室町の郊外の自然豊かな地区にある2ユニットのグループホームである。3階建てで、1階にはデイサービスを併設し、敷地内にも同一法人の老人保健施設がある。建物は共用空間が広く、南側の窓からは広大な田園風景を見渡すことができる。共用空間ではパークゴルフやサッカーなどの遊びができる。職員が活発に利用者に話しかけ、利用者は笑顔で応えている。法人が町内で4件のグループホームを運営し、お互いに協力し、情報交換を行いながら運営している。計画的に研修や会議が行われ、職員同士の連携も良好である。町との関係では、介護事業者が集まる「ケアカフェ」で保健福祉課と情報交換したり、職員が講師として住民に話をするなど密な関係にある。家族との関係では、年2回の家族会や年1回のアンケートでも意見を得ており、得られた意見を運営に活かしている。災害対策の面では、避難訓練や救急救命訓練が計画的に行われ、備蓄品や災害マニュアルが整っている。食事の面では、それぞれのユニットで献立が考えられ、家庭的な食事である。食材の買い物には利用者も同行している。外出支援の面では、日常的な散歩の他、花見や紅葉狩り、工場見学、外食など多彩な行事を楽しむことができている。開放的な環境のもと、ゆったりと過ごすことができるグループホームである。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1～55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	
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 (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の	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る (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				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 (参考項目:18,38)	○	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 (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように
			2. 数日に1回程度ある				2. 数日に1回程度
			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 (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	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. ほとんどいない				4. 全くいない
59	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:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	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. ほとんどいない				4. ほとんどいない
60	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:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. ほとんどいない				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せている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. ほとんどいない				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 (参考項目:28)	○	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				

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(藍ユニット)	外部評価(事業所全体)	
			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	入居者一人ひとりがその人らしく生活できるよう理念に基づき、支援するよう努めています。	法人共通の理念とユニット毎の理念があり、各ユニットの入り口付近に掲示し共有している。理念の中に地域密着型サービスを意識した文言を入れている。職員の理念の共有化をさらに進める方針としている。	
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	敷地内にあるデイサービス・老健施設などの慰問に参加。春から秋にかけては外出や行事などにより地域と交流がはかれるように努めています。又、傾聴・ポイント・生花ボランティアによる定期的な訪問により馴染みの関係が出来ている。GH独自でフラダンスの慰問に来てもらっている。	隣接する同一法人の老人保健施設や建物内のデイサービス利用者と日常的に交流している。老人保健施設に保育園児、歌や踊りのボランティアが来る際は出向いている。お祭りの際は町の中心部にお神輿を見に行っている。	
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	地域住民へ管理者が介護リフレッシュ教室で認知症ケアの講演に行ったり、町内からボランティアに来て頂けるなどホームで実践していることを外へ向けて案内している。また、地域住民・家族へ認知症サポーター養成講座を開催している。		
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	2か月に1度、取り組みや現状報告を行っている。会議の内容、結果は職員に周知し改善に向けての話し合いを行っている。議事録を付けて全ご家族へ送付している。また、ホームでの取り組みは月に1度の新聞に掲載しています。	会議を2か月毎に開催し、町職員、元民生委員、利用者、家族が参加し行事や地域連携、外部評価などを話し合っているが、運営報告が中心となっている。議事録を家族に送付している。	運営報告の他に年間を通して会議のテーマを設定し、テーマに関する資料も用意するするなどして、より活発な話し合いの場となることを期待したい。
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	町担当者と運営推進会議以外にも会議や電話等で話し合う機会を作り行政と常に連絡を取り合いサービスの質の向上に取り組んでいます。また、町の会議(ケアカフェ)にも定期的に参加し情報交換をし連携が以前よりもとれるようになった。	運営推進会議に町担当者から情報提供を受けるほか、介護事業者が集まる「ケアカフェ」でも町の保健福祉課と情報交換している。町の依頼により、職員が講師として住民に話をする機会もある。	
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「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	身体拘束をしないケアを職員は充分理解しており、入居者の言動、行動も抑制しないよう声掛けにも注意するよう努めている。また、夜間は防犯のため施錠しているが日中は玄関を解放している。	身体拘束を行っておらず、禁止の対象となる具体的行為を記したマニュアルを整備し、定期的に勉強会を行っている。玄関は日中は施錠せず自由に入入ることができる。ユニット出口に鈴をつけ、出入りが分かるようにしている。	
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逃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	虐待防止の研修会へ参加し報告会を実施している。又、ホーム内で虐待に繋がそうな職員の介護の仕方など常に見直しをし利用者の行動にも配慮し虐待防止に取り組んでいる。身体拘束12のマニュアル活用している。		

グループホーム りらく藍・麻

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(藍ユニット)	外部評価(事業所全体)	
			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
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在該当者なく、必要としていないが、権利擁護などのマニュアルは設けており、必要時には活用できるようにしている。研修会にも参加している。。		
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	入居の相談や申し込みがあった時点でGHの概要やしくみ・料金などご説明しておりご家族の不安など解消し、よく理解されて上で契約している。又料金や内容の改定があった際には必ず説明をして理解をされている。又1年に1回ご家族へ満足度調査アンケートを実施している。		
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	利用者へは常日頃意見を聞くよう努めている。また、ご家族へは面会時や家族交流会・手紙など出来るだけ意見など出しやすいような環境を作り聞いている。その意見に関しては反映できるよう努めている。	来訪時などに家族から得られた意見を連絡ノートや個人記録に記載し職員間で共有している。年2回の家族会や年1回のアンケートでも意見を得ている。アンケート結果を家族に報告している。	
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	月1回のフロア会議にて意見交換する場を設けている。また、毎朝、申し送り・カンファレンスの実施にて、随時、意見交換できる環境にある。提案があった際はよく話し合いし実践している。	毎月フロア会議があり職員が活発に意見交換している。シフトの関係で参加できない職員には事前に意見を聞いている。職員は学習委員会や活動委員会に属したり、行事や物品管理などを交替して担当し、運営に参加している。	
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	勤務状況は健康に影響が出ないよう配慮し、また講習会の参加や資格習得への試みを把握して向上心を持って働けるよう努めている。		
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	法人内研修はもちろんの事、法人外研修にも積極的に参加できるよう努めている。また、勤務内で介助方法やアセスメントなど日々、指導と共に勉強することに努めている。また、ユニット内交換研修とグループホーム単独の勉強会を学習委員会主催にて実施している。テーマは身近な内容から始めており、研修後は現場にて学習を生かす場面もある。		
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	法人内の他のグループホームの交流会の他、管内のグループホーム協議会の研修に参加するなど、職員が地域同業者と交流する機会を持ち、サービスの質を向上させている。又他のグループホームより施設見学など来られている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(藍ユニット)	外部評価(事業所全体)	
			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
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	本人の生活の場でアセスメントを行なうよう努め、可能な限り面談回数を増やしている。現在やこれからの生活の不安を聞き、それを受け止め支援するよう努めている。		
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	相談受付より、現在に至るまでの経緯、現在の状況をお聞きし、不安・望むことを受け止め支援するよう努めている。また、入居後もその都度、相談し協力していきながら本人が安心して生活できるようにしていくことを常に伝えている。		
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	本人家族が求めている支援を相談時に見極める様努め、他のサービス利用の検討を含め対応するように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	日常の中で一緒に食事準備などの家事や作業を行う事、また、同じものを同じ時間に共有することなどで、喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いています。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	いつでも訪問しやすい環境を作る事を心がけており、面会時には情報提供、又家族の思いなどをお聞きすよう努めることで、本人と一緒に支えていけるような関係作りを築くよう努めている。必要時の受診なども共有できるように一緒に行くなどしている。		
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	お友達も訪問しやすい環境を作る事を心がけ、遠い方からの電話連絡や贈り物が届いた時など、お礼の一方を入れるなど支援している。また、お墓までの散歩もし関係がとぎれないようにしている。芽室町のじゃがバスに乗り待ちの中へ買い物へいくことや文化展に参加するなど地域の方と交流できている。	1名の利用者に近所に住んでいた知人が来訪しており、隣接する老人保健施設に散歩に出かけ、知人に会う方がいる。家族と一緒に法事や墓参りに出かけたり、町の文化祭に作品を出品し、見に行く方もいる。	
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	家事、制作などを一緒に行う事により、関係を深めていただけるよう努めている。それらを行うことにより、職員が近くにいないとも、お互い助けあうという姿勢が見られている。また、ユニット間交流にて合同で焼肉や七夕まつり、全ユニット合同運動会を実施し互いに交流されている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(藍ユニット)	外部評価(事業所全体)	
			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
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	サービス終了後も、施設・病院などへ訪問するなどし、関係をすぐに断ち切らないようにしている。		
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	一人ひとりの思いに寄り添い、その人らしい生活が送れるように支援している。また意思疎通の困難な方には、ご家族の協力を得ながら思いや意向を取り入れる様に努めている。日ごろ、職員は入居者と会話できる時間を作るよう業務の調整もしている。	ほとんどの利用者は言葉で思いや意向を表出でき、難しい場合も表情や過去の経験から把握している。フェイスシートの定期更新や、センター方式の「暮らしの情報シート」「焦点情報」などを参考にしたシートの作成を検討している。	利用者の思いや暮らし方の希望の把握が深まるよう、フェイスシートの定期更新と、センター方式の「暮らしの情報シート」「焦点情報」などを参考にしたシートの整備を期待したい。
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	入居時のアセスメントにてお聞きし、入居後も本人・ご家族にお伺いする機会を作り、馴染みの暮らしかたなどの把握に努めている。		
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	できる事に目を向けるよう努め、その日の状態に配慮し、一日を健康状態良好で楽しく、過ごせるよう努めている。		
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	6か月に1回、モニタリングを実施し、日々の生活状況の見直しと個人の介護計画を評価する。その後、カンファレンスを行ない生きた介護計画書であるか話し合いをしている。日頃より気になった事柄についてはその都度アセスメント行うように努力し、本人・家族の意向にあった介護計画を作成するよう努めている。	介護計画を5～6か月で更新している。担当者によるモニタリングをもとにカンファレンスで意見集約し、次の計画を作成している。今後、カンファレンス記録の整備も検討している。介護記録は計画目標の番号を記しながら目標を意識した記録を作成している。	
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	各入居者ごとに生活記録があり、連絡ノートにも気づき等を記入し、申し送りも含め、職員間で情報を共有し実践・介護計画の見直しに活かしている。		
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	地域のボランティアの慰問や行事に参加している。また他ユニットと合同で親睦会や行事を行うなどし交流を深めるようにしている。傾聴ボランティアやポイントボランティア・生け花ボランティアも定期的に來られ、視野の広い体制で取り組みが出来ている。		
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	地域のボランティアやご家族の協力により、お祭りへの参加をしている。また、町内のお店へじゃがバスを利用して出かけ、町内の方にもご協力して頂き、買い物や外食など楽しまれている。		
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	ホームでの主治医がおり、月2回の往診がある。入居時に家族の承諾を得た上で、かかりつけ医よりホームの主治医に情報提供して頂き、継続的な医療の提供を支援している。また、受診が難しい時には医師の協力のもと往診以外にも診察や訪看との協力により処置や医療面でのアドバイスもしていただけている。それまでのかかりつけ医も継続して診察して頂くことは可能である。	全利用者が協力医による2週に1度の往診を受け、その他の通院は家族が事業所で送迎している。受診内容は、往診分は個人記録、通院分は受診経過記録に記載し、共有している。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(藍ユニット)	外部評価(事業所全体)	
			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		○看護職員との協働 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	訪看より支援やアドバイスなど、相談しながら日常の健康管理を行っている。また、介護職員から訪看へ訪看から主治医へ情報を伝え、主治医からの指示で点滴や検査(インフルエンザテスト)なども実施している。		
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、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。	入院時にはソーシャルワーカーや看護師との連絡を密にとり、早期退院・心身機能の低下を防ぐよう情報を共有し、連携に努めている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現在終末期の対象者はいないが、最期までホームで生活できるよう、主治医・家族と十分に都度話し合いをし方向性を共有している。また、入居時に事前指定をお聞かしている。重度化の際には早い段階より話し合いを設けている。訪看の協力もあるため、医療的な処置や支援なども可能である。	利用開始時に重要事項説明書の中の「重度化した場合における(看取り)指針」を説明し、署名捺印を得ている。過去に事業所での看取りの経験はないが、体制整備に向けて内部研修や話し合いを積んでいる。	
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	応急手当など日常生活で発生した場合、訪看より都度全ての職員へ伝達・指導をしている。また、老健での講習会の参加。季節・行事毎には前もって再確認をしている。		
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	災害マニュアルを作成し、年に2回、避難訓練を実施。老健との協力が得られるよう体制が整っています。(その際の必要備品なども老健から借用できる訓練も一緒に行っている。)日々、自己点検票を用い確認をおこなっている。	年2回、昼夜を想定した避難訓練を消防署や老人保健施設と協力して実施している。職員の救急救命訓練を計画的に行い、災害時に必要な備蓄品を整備している。防災マニュアルを作成し地震や水害への対応を話し合っている。	
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	一人ひとりに合わせた言葉掛けや対応を行い、利用者の誇りやプライバシーを損ねないように配慮している。	マナーコンプライアンスの研修等で学び、利用者への言葉使いを丁寧語とし、傾聴することで気持ちをくみとっている。記録も厳重に保管している。	
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	本人の気持ちやペースを大切にし、希望をとり実践したり、選択できるような配慮を心がけ支援している。		
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し、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	一人ひとりに合わせて起床や就寝など規制がなく、本人の気持ちを尊重した支援をしている。またその日の要望で買い物や散歩・料理など希望に添って支援している。		
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	理美容に関してはご本人の希望に合わせて実施して頂いている。日々の身だしなみも本人と相談しながら行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(藍ユニット)	外部評価(事業所全体)	
			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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の支度や片付け等を共に行なうよう心がけ、好まない食事などに関しては代替など用意し提供しており、食事を楽しんで摂取できるよう支援している。また、誕生日には本人の希望の食事を提供し、外食や出前を行い、食事を楽しめるような工夫をしている。	職員が考えた献立を交代で作っており、栄養バランスの取れた彩りのよい食事となっている。回転ずしに出かけたり事業所内でジギスカン、鍋料理、弁当会、ピザ、赤飯など趣向を変えた内容に変更している。家族会でも夏場の屋外焼肉や冬場の餅つきで利用者も楽しめる支援をしている。	
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・水分量共に一日の摂取量を毎日カウントしておりバランス状況を確認している。全体面で把握できるよう支援している。		
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、口腔ケアの実施を促し、就寝時には義歯を預かり消毒し、清潔を維持できるよう支援している。又、定期的に歯科往診に来ていただいて診察して頂いている。		
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	なるべくトイレで排泄が出来るよう、また失敗が少なくなるよう排泄チェックを毎日しており、その都度アセスメントを実施し自立に向けた支援を行なっている。	水分・排泄・排便チェック表に利用者毎に記録している。座位が保てる限りトイレで自然排泄ができるよう支援をしている。夜間のみ自室でポータブルトイレを利用したり、ベッド上でおむつ交換する利用者もいるが羞恥心に配慮している。	
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	排便チェックも毎日行っており、便秘にならないよう食事内容や飲料水なども工夫し取り組んでいる。運動や乳製品を取り入れるなど便秘予防に努めている。		
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	定期的に全員が入浴できるよう支援しており、ご本人の希望にあわせてなるべく入浴できるよう配慮している。	平均一人週に2回の入浴は、フロアによって時間は異なるが、日に3名が入浴している。本人の希望に合わせて無理強いをせず、日を変えて声かけし、気分を変えて入浴できるよう支援をしている。	
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	一人ひとりの習慣に合わせて休息して頂いている。また夜間は就寝時間を決めず、その人の習慣を尊重し入眠を促している。		
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	服薬に関しては全員が理解できるよう努め、疾患や服薬状況・量・利用者の変化などもその都度確認するよう努めている。		
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	一人ひとりの力に合わせた役割を設けていることと楽しみなども提供できるよう日々努め、月1～2回ごとの行事も取り入れ支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(藍ユニット)	外部評価(事業所全体)	
			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
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	夏場はできるだけ希望に沿って、お散歩に行くように支援している。また、5月～10月にかけてはホーム行事として外食を兼ね出かけています。地域とのつながりも大切にし、明治乳業に見学に出向いたり、今年度は季節感を満喫する為、庭のきれいな紫竹ガーデンや文化展に出かけるなどしている。冬場は外出が難しい為ご家族の協力のもと外出して頂くよう支援しています。	敷地内の散歩で花壇や桜の花を見たりベンチに腰掛け外気浴をしている。春に行う向日葵やコスモスの苗植えも利用者の楽しみになっている。利用者の希望も取り入れ芽室公園や清水公園、帯広競馬場や空港など戸外へ出る機会も多い。	
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	ご家族と相談のもと自己管理できる方は少額所持して頂いている。利用者の購入したい物などは代行をしたり、一緒に買い物をするなどしている。又、外食にてお小遣いを使用しており、利用者も理解されお金を使うことを喜ばれている。		
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	職員が電話連絡をする際には、必ず本人へ変わり、ご家族と話せる機会を作っている。定期的にご家族・親族より電話連絡がきている。はがきなども時々くることあり。		
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	生活の場が不快にならないように充分配慮し季節に応じて、入居者と共に、創作物作るなど、生活感・季節感を取り入れている。	南向きの日当たりのよいリビングに雛段を飾り季節を感じられる。手作りのカレンダーや年間を通しての楽しみを作品に仕上げ壁に掲示している。洗濯物を干すスペースも広く加湿器を合わせて湿度管理が徹底している。広いリビングのスペースで室内パークゴルフやサッカーゲームなど機能回復訓練用に役立てている。	
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	共有空間では、それぞれ寛げる場所がある。また、ソファや食堂テーブルの配置なども考慮して、設置している。		
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	入居時に使い慣れた物を持参していただくよう説明し持参して頂いている。本人の意思を尊重し生活しやすい部屋作りをしている。	利用者毎に自分好みの部屋になっており、家族の写真やイベントの写真、賞状やカレンダーを掲示し、タンス、テレビ、マッサージチェア、冷蔵庫、時計、ぬいぐるみ、花など好きなものに囲まれて安心して暮らしている。	
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」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	一人ひとりできること・わかることを生かして生活していけるよう支援をしている。また実施することで自立した喜びがあるため、支援すよう努めている。		

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	0194700274		
法人名	社会福祉法人 三草会		
事業所名	グループホームりらく藍・麻 (麻ユニット)		
所在地	北海道河西郡芽室町東芽室南2線16-12		
自己評価作成日	平成30年1月13日	評価結果市町村受理日	平成30年2月28日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=0194700449-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	平成30年2月15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)】

個々の生活リズム、ペースを大切にし、出来るだけその人に合った生活を支援しています。老健施設、系列のグループホームがあり、隣接のグループホームでは年に2度、家族会、七夕祭りを合同で行ったり、7ユニット合同の運動家を開催し、交流を深めました。季節の良い時期には福祉車両を借り、ドライブ外食にも出かけています。農業をされているご家族が多く、季節の野菜を食事に取り入れ、季節を感じて頂けるよう努めています。系列のグループホームでの意見交換、相談、勉強会、委員会を得て、より良い支援が出来るよう目指しています。

【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)】

--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1～55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	
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 (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	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 (参考項目:9,10,19)	○	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
57	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:18,38)	○	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	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 (参考項目:2,20)	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	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	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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	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
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 (参考項目:36,37)	○	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	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	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
60	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:49)	○	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
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 (参考項目:30,31)	○	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
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 (参考項目:28)	○	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				

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(麻ユニット)	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	職員全員が常に確認出来るように玄関に設置し共有、実践している。		
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	敷地内にある、ディサービスには慰問がある際には参加させて頂いたり、合同での行事を行った際には地域のボランティアをお願いしている。		
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	11月に行われた、町の文化展に作品を出品し、見学に行っている。		
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	運営会議で利用者、家族、町の方、一般の方に参加して頂き、実施状況の報告、意見交換を行っている。		
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	運営会議、実地指導、認定調査に来られた際、お話しし、アドバイスを頂いたり、相談に乗って頂いている。また、町主催の「ケアカフェ」に参加し、参加された方にも相談などしている。		
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「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	外部への研修、施設内研修に参加し、グループホーム独自での勉強会を行い、再確認し、口頭での指導をしている。夜間は防犯上、施錠をしているが、日中は施錠せず、見守りでの生活が行えている。		
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	事故が発生した時には、家族、町、推進会議で報告し、フロー会議で対策を話し合いをしている。		

グループホーム りらく藍・麻

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(麻ユニット)	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
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在該当者がいなく、必要としていないが、必要時には活用できるよう、研修、勉強会などに参加し、情報を共有できるように資料を配布している。		
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	契約時、改定時などに1人1人に説明を行っている。		
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	面会に来られた時に個々に接し、馴染める環境を作り、意見、要望を聴けるように努めている。		
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	月に一度の会議、日常の会話より、意見の交換、提案などを聴き、反映出来るように努めている。		
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	健康、精神面に配慮し、資格取得時、講習、研修の時には優先的に配慮できるように努めている。また、人員が確保できている時には長期休暇、有休をとれるように努めている。		
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	内部、外部研修、勉強会に可能な限り出席し、報告書を提出している。出席できなかった場合には資料に目を通し、会議の時に報告、感想を話し合っている。		
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	他の施設、グループホームとの交流は難しいが、同法人のグループホームとは交流会、施設行事、勉強会、交換研修で交流を行えている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(麻ユニット)	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
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	入居前に家族、本人と面談し、お話を聞き、顔を覚えてもらえるようにしている。入居後、担当を決め、個々にお話しをする機会を設け、出来る限りの意見、要望を聞き、安心の確保に努めている。		
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	相談課、ケアマネを通じ、経緯、現在の状況を聞き、なるべく顔を合わせる機会を作り、お話しが聞ける、できる関係に作りに努めている。		
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	家族、本人とお話をし、必要としているサービスを見極め、他のサービスの利用も検討し、貸し出せるもの、補助が利用できるものはなるべく利用するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	日々の生活の中で家事の手伝いなど一緒に行き、ご本によりたくさん学ぶ事たくさんあり、暮らしを共にし、支え合えるような関係を築いている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	気軽に面会に来て頂けるような環境作りを心掛け、面会時には日頃の様子、状態を伝え、本人と一緒に支えて行けるような関係作りに努めている。		
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	地域の方、知り合い、近所に住んでいた方など気軽に訪問しやすい環境づくりに努めている。		
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	日常生活の中で家事、創作の時間の中で必要とあれば職員も間に入り、関わり合いを持って行けるように支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(麻ユニット)	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
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	入院になった場合には面会に行ったり、家族に様子を聞いたりし、退所後に野菜などを差し入れたりして下さり、近況を聞いている。		
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	体調、環境に配慮し、会議で話し合い、情報を共有し、要望、意向の把握に努め、制御しない生活を送れるよう努め、困難な場合には家族にお願いしたりしている。		
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	家族、ケアマネ、他施設での情報を参考にし、これまでの生活環境の把握に努めている。		
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	出来る事、出来ない事を見極め、個別記録や会議で話し合いをし、職員全員が把握できるように努めている。		
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	入居者に担当者が付き、その人に合わせた介護計画書を作成、見直し、家族に要望、希望など聞いている。会議に変更部分の周知、意見、アイデアなどを検討し、反映できるよう努めている。		
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	個人記録に日常の様子、状況を毎日記録し、連絡ノートを用い、職員間での情報を共有している。		
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	病院受診などの際には福祉者両車を借り、病院への送り迎えをし、必要であれば職員が付き添い、付き添えない時には状況、状態を記したものを渡している。		
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	役場、社協などに相談し、地域資源の確認、説明を行っている。運営推進会議、ケアカフェなどでも情報を頂いている。		
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	隔週での往診、訪問看護師が来られ、気になる事などを相談している。専門医に受診される時には主治医に手紙を書いて頂き、必要とあれば職員が同行している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(麻ユニット)	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		○看護職員との協働 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	訪問看護師が来られた際には、薬の変更など伝えている。また、日常の健康管理の支援をしてくださり、気になる部分はアドバイスを頂いたりしている。緊急時には主治医の往診もあり、状況を確認しに来てくれている。		
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、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。	入院時には生活状況、注意する点を記載したものを渡している。入院中も、ソーシャルワーカー、ケアマネより状態の説明の連絡があり、退院前に面会し、状態の確認を行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	日頃より重度化した場合、終末期のあり方について、家族と話し、希望、要望を伺い、ホームで出来る事を説明している。		
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	常に確認が出来るようマニュアルを提示し、会議の時に話し合いをもうけ、提示場所の確認、AEDの設置場所の確認をしている。救命救急などの研修がある時には全員の参加を心掛けている。		
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	消防署の指導で避難訓練、通報訓練を行い、老健施設より協力を得るようにしている。		
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	耳が遠かったり、理解に乏しい部分でプライバシーの確保という部分では不十分な面もあるが、更衣時など極力努めるよう努力している。		
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	意思をうまく伝える事が出来ない方も、日常会話の中で可能な限り希望を聞き入れ自己決定が出来やすい声掛けなど行い、働きかけている。		
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し、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	入居者が本当にしたい生活とは言い難いが、少しでも個々のペースに合わせ、希望に添えるように支援している。		
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	定期的に訪問理容をお願いし、衣類などは本人と一緒に選んだり、自己決定しやすいよう声掛けを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価(麻ユニット)	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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一人一人の好みを把握し、状態に合わせキザミ、ミキサー色を提供している。出来る方には野菜の皮むきなど食事の下ごしらえを行って頂き、お茶碗拭き、食後お盆に空いた食器を載せるなどの片付けをお願いしている。		
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	野菜を多く取り入れるメニュー、バランスよく栄養がとれる食事作りに努め、食後にコーヒーを進めたりしている。水分チェック表を用い、水分確保に努めている。		
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	仕上げ磨き、不十分な部分の洗浄、夜間に入れ歯の洗浄を行い、必要に応じ、訪問歯科をお願いし、衛生士より口腔ケアのポイント、指導を行って頂いている。		
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	排尿チェック表を利用しながら、個々に合わせた排泄支援を行い、可能な限りトイレでの排泄の支援をしている。		
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	起床時に便通を促す為、ヨーグルト牛乳を飲んで頂き、おやつ時にもヨーグルトを食べて頂き、なるべく下剤を使用せず、自然排便が出来るよう努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	可能な限り毎日入浴を行い、本人の意向、体調に配慮し、希望に添えるように努めている。		
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	一人一人の習慣、体調に合わせ、休息を取り眠れない時には自由にテレビを観たりされ、日中はなるべく活動出来るよう支援している。		
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	処方箋を用いて1日分の内服薬をセットし、セットする際、内服時には職員間での声掛けを行い、確認している。個々がどのような薬を内服されているかを把握出来るよう努めている。		
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	洗濯物干し、洗濯物量み、出来る限りでの料理の下ごしらえをお願いしている。季節が良ければホームでの外出、散歩を楽しんで頂いている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価(麻ユニット)	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
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	天気、季節が良ければ敷地内を散歩されたり、家族の協力のもと外出を楽しんで頂いたり、専門医への定期受診に行かれたりされている。タバコを吸われる方がおり、食後など職員付き添いのもと、楽しんで頂いている。		
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	お金の管理が出来る方にはある程度の金額を所持して頂いている。家族よりお小遣いを預かり、日常の必要なものはその中で購入している。月末に明細、レシートを請求書と共に送っている。		
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	手紙の希望はないが、電話をかけて欲しいとの希望があれば職員が番号を回し、電話口に出たら変わる様にしている。電話がかかってきた際には椅子などに座って頂き、ゆっくりお話しが出来るよう支援している。		
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	日中の日差しは可能な限り取り入れるようにし、適度な温度、湿度を保てるように加湿器、除湿器を使用している。季節感を出すように大きなカレンダーを使用し、そのまわり、壁などに飾りをしている。		
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	ソファ、テーブルの配置に配慮し、それぞれがくつろげる場所、居場所づくりに努めている。		
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	入居時に使い慣れた物を持参して頂くよう説明し、家具などの配置は家族、本人と相談しながら決めて頂いている。		
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」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	個人の出来る事、残存機能を会議で話し合い、じょうぼうが共有できるよう努めている。車椅子が安全に使用できるよう、十分なスペースの確保、環境作りに努めている。		

(別紙4-2)

目標達成計画

事業所名 グループホームりらく藍・麻

作成日：平成 30年 2月 27日

市町村受理日：平成 30年 2月 28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	23	ADL表に関しては1年に1回更新しているが、フェイスシートに関しては入所当初のまま更新されていなかった為、利用者の思いや暮らし方の希望の把握が出来ていない部分があった。	利用者が望む思いや暮らし方の希望、意向を把握し、利用者の思いに沿った生活を送るようにする。介護計画書にも反映していく。	新たに暮らし方の情報シートを作成し、利用者の日々の希望や変化を記入し、1年に1回整理、更新して、利用者が望む思いや暮らし方の希望、意向を把握検討していく。	1年間
2					
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。