

## 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	3597820012		
法人名	社会法人 阿武福祉会		
事業所名	ひだまりの里 グループホーム		
所在地	山口県阿武郡阿武町宇田2251番地		
自己評価作成日	平成27年6月25日	評価結果市町受理日	平成27年11月19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。

基本情報リンク先	<a href="http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do">http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

### 【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	平成27年7月31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)】

・これまでの生活が継続できるように「生活歴」や「趣味」を活かし、1人1人に合わせた「本人主体」の生活支援に取り組んでいる。・学校跡地であることから地域の行事に参加しやすい場所にもあり、地域の密着性、協力体制がある。ボランティア体力も、利用者さんの地域の繋がりを継続できる。・学校跡地という広々とした、スペースを活用して「畑作り」や様々な生活支援を提供できる事。又広々とした空間が利用者にとってもゆとりある生活がおくれるものとなっている。

### 【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)】

事業所には地区のボランティア(つくし会)や婦人会メンバーがたびたび来訪しておられ、併設のデイサービスの利用者との交流などを含め、事業所全体が地域住民と日常的に交流されています。利用者は地域の花火大会や運動会、祭り、出身地区の敬老会などに参加しておられる他、法人の盆踊りやまつりなどでも地域の人や子供たちと交流しておられます。職員は理念に沿って利用者のあるがままを受け入れ、したいこと、行きたいところなどを把握され、散歩やドライブで自宅に立ち寄り、近所の人とふれあうことができるよう支援するなど、馴染みの関係を大切にした個別支援に取り組んでおられます。食事は事業所の畑でとれた野菜や差し入れの新鮮な魚などを使われ、利用者の好みに合わせた献立を工夫して、三食とも事業所で調理しておられ、みんなでつくってみんなで食べて毎日の楽しいひとときとなるよう支援しておられます。

### 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	○	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	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらい 3. 家族の1/3くらい 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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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、安心して暮らせている		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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	独自の基本方針の元に3つのケア方針を設立時に職員間の話し合いでうちたてて事業所内の2か所に掲示している。日々の職員間での支援についての相談等の場面や、特にはケアプラン会議に於いての話し合いの場面で理念を共有し又実践に繋げている。	地域密着型サービスの意義をふまえた理念をつくり、事業所内に掲示している。管理者や職員は月1回のケアプラン会議や課題が生じた時に話し合って確認し、理念を共有し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	地域行事の参加(花火大会・盆踊り・敬老会・運動会。ふれあい祭りなど) つくし会(清掃掃除;年2回;11月・5月 傾聴ボランティア年4回;10月・1月・5月実施) 婦人会(12月ミニクリスマス会・5月春のミニコンサート 認知症勉強会:利用者参加 年3回実施予定7月～) 阿武福祉会の行事(光と恵の里祭り;作品展示や利用者担当のゲーム大会等の催しやクッキー作り販売等)への参加。又日常生活の中では散歩等で近所にある利用者の自宅に行き近所づきあいの継続・遠方の方についてはドライブを兼ねて自宅を訪問し対応している。また地域の皆さんから旬の野菜や魚等を差し入れ頂いたり、デイ利用される方々との交流場面等が図られている。	地域の花火大会や運動会、ふれあい祭り、さんさん祭り、利用者の出身地区の敬老会などに利用者と職員が一緒に参加している。法人の行事(盆踊りや光と恵の里まつり)に参加し、利用者の作品展示やクッキーやキャラメルの販売、ゲーム大会などで地域の人や子供たちと交流している。地区のボランティア(つくし会)の来訪があり、年2回清掃や草取りを職員や利用者と一緒にして、紙芝居や傾聴、レクリエーション、畑づくりなどを法人他事業所の利用者と一緒に楽しんでいる。婦人会が事業所でクリスマス会やミニコンサートを開催している他、職員が講師を務める認知症の勉強会に参加している。デイサービスの利用者と散歩の時間を合せて、ベンチで会話できるように支援している。外出の時地域の人と挨拶を交わしたり、魚や野菜の差し入れを受けている。利用者の見守りに地域の人の協力を得ている。	
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	平成23年度より宇田婦人会の希望で「認知症勉強会」(年3回)実施し食事やお茶を一緒にさせてもらう中で「認知症に対する相談など」を受けている。阿武福祉会の祭りに於いて「グループホーム」を地域の皆さんに知って頂けるようにと「ひだまりの1年間」や「写真」や「利用者作品展示」を掲示している。		

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
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。	外部評価の意義を勉強会で全職員が話しあっている、前年度の外部評価結果に基づいて項目ごとに話し合い、今年度の自己評価等を話しあっている目標に近づけている。例えば緊急時に勉強会のあり方や緊急時の記入シートの検討など。	管理者は、評価の意義を説明し、全職員で「グループホーム定期集まり」で項目毎に話し合い、管理者がまとめて、後日確認している。評価を通して地域とのつながりで利用者の祭りへの参加について意見が出ている他、前回の外部評価結果を受けて目標達成計画を立て、運営推進会議の開催についてなど、改善に向けて取り組んでいる。	
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	利用者の現況・サービスの実態・活動内容・職員体制・行事・避難訓練(8月予定)の内容を議題として行っている。皆様のご質問は「ホームの実態(身近な方が認知になったら・・・)」などや地域の方からは「ホームの増所予定はないのか?」「短期入所はできないのか?」と言ったご質問等があった。又ホーム側としては「今後災害時等の地域のご協力を得る為に」の話を勧めている。	年6回開催し、現状報告や活動報告、年間目標、職員体制、避難訓練、認知症の理解、外部評価への取り組みなどについて話し合い、意見交換している。災害時の地域との協力について話し合い、生活支援や避難誘導時の個人情報の扱い方、建物の構造などの意見があり、訓練に地域の人の参加を得るなど、サービス向上に生かしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町担当者より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	施設担当課・保健師・地域包括センター職員と、困難事例(2月より火災で全焼したレビー型認知症の受け入れについて、支援ハウス利用からグループホームへの利用受け入れ)の相談や、又は遠方のご家族に変わり介護申請の手づっきの代行について。月1回の地域連携会議に4月より参加しており相談・助言を受け町役場とは連携が図り易い環境にある。	町の担当者とは運営推進会議や防災訓練への参加を得ている他、事業所への来訪時や出向いて利用者の受け入れに関する相談などをし助言を得ているなど、協力関係を築くように取り組んでいる。地域包括支援センター職員とは、困難事例への相談をしている他、地域連携会議で情報交換や相談をしているなど、連携を図っている。	
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	マニュアル作成あり。年2回委員長を主に勉強会を開き拘束0を意識付けケアに努めている。ご家族より「眠剤をたくさん飲ませて欲しい」等の薬に関する拘束と思われる相談を受けたが、話し合いの回数を積み重ねて実際に利用者の様子を日々の時間を通して見て頂き薬がなくなっても落ち着いて過ごせていただけることを理解していただいて事例あり。	マニュアルがあり、身体拘束委員会を設置して年2回勉強会を行い、全職員が参加して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。過剰な服薬の弊害について家族と話し合い理解を得てドラッグロックの防止に取り組んでいる。スピーチロックについて勉強会で事例を挙げて話し合い、ケアの中でも話し合っ、防止に努めている。玄関の施錠はせず、職員が一緒に出かけるなどの工夫をし、近隣の人にも見守りについての協力を得ている。	

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		○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	マニュアル作成有。年2回委員長を中心に見直しを含めて勉強会を開催している。		
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」については、新任研修時に必修として研修を行っている。必要時には町役場や施設長との連携を図って対応していく。		
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	入所時に「利用者契約書」「重要事項説明書」を用いて管理者より、ご家族へ説明を行って理解して頂いたうえで、氏名・捺印を頂いている。		
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	相談・苦情の受付体制等の説明を入所契約時に、ご説明している。ホーム入口の掲示板に内容を掲示している。この1年間苦情は受けておらず、相談ごとに対して必要時は職員周知徹底の元に運営推進会議に回りご意見を頂く様に対応する	苦情対応マニュアルを作成し、相談や苦情の受付体制や処理手続きを定め、契約時に家族に説明している。面会時や電話、運営推進会議出席時、ケアプラン作成会議時等で家族からの意見や要望を聞いている。運営に反映させるまでの意見は出ていない。	
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	定期集まり(月1回)の会議の中で運営に関する職員間の意見や提案を聞けるように時間を設けている。4月より27年度6月に開催された光と恵の里祭りに於いての運営の提案を受け、施設長相談し、同系列グループホーム「であい」と連携を図り、「利用者参加型」に向けて話し合い計画実践を行った。	月1回の定期集まりの会議で、職員からの意見や提案を聞いている。職員の意見で法人行事の祭りを利用者参加型へ転換してゲーム大会やクッキーづくりを企画したり、職員数の増員など、運営に反映させている。	
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	年度初めの4月に、昨年の「良い所」「見直し点」等を、各自振り返り、今年度の「目標」を立てて新しい年度に向けている。9月に途中振り返り・3月に個人と職員間での振り返り予定である。月1回の定期集まりで前もって互いに意見を書き込むシートを作成して会議に臨んでいる。		

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
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	外部研修会(町役場主催) 内部研修会(各委による・看護師による・栄養士による・管理者による・新任研修会等) 阿武町と阿武福祉会合同(一つ屋根勉強会)等に参加して研修を受けている。参加後は、各自復命を定期集まりで皆に伝え、それを又研修として講師を務める事で各自の向上を図っている。	外部研修は職員に情報を伝え、勤務の一環として受講の機会を提供している。法人と町が合同で年1回開催している褥瘡予防の研修会に参加し、受講後は復命報告をしている。内部研修は月1回開催し、職員が講師となって「高齢者虐待と権利擁護」「リスクマネジメント」「インフルエンザ予防と症状」「緊急時対応」「意識障害時の対応」などについて学習している。新人職員は管理者や先輩職員が指導し、働きながら学べるように支援している。	
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	外部研修・役場と阿武福祉会の合同勉強会等を開催して取り組んでいる。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所前に、ご本人・ご家族に必ず面談をして、お話を聞き要望を聞けるように対応している。お話を聞く事で少しでも入所前の様々な不安を軽減して頂けるようにと目標にして対応している。		
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	良い関係の構築が、より良い支援に繋がる事と考えて、ご本人・ご家族の話にまず耳を傾けている。レビー型認知症の方の入所受け入れにあたり「ご家族の不安へゆっくり話を聞く事でこれまでの「受け入れてもらえるのか？」という不安を時間をかけて対応していった。		
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	入所前に、ご本人・ご家族の要望をお聞きし記録する。その後入所時・入所後も都度状態変化や場面に合わせてお尋ねして記録し支援に反映している。他サービスの利用も必要とされた場合は町役場・包括支援センター等に連携を図ることとしている		

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
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	常に尊敬の気持ちを忘れずに、共に生活をする人として、家族にはなれないが、近い関係を築きながら、馴染みのある関係を構築しながら支援を図って行くようにしている。		
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	遠方のご家族が多いので、ご本人とご家族の絆を第一に考えて対応している。面会時や電話連絡を通して現状を報告して何かあれば相談をしている。レビ型認知症の方の事例では、ご家族と共に話す機会を持つ事で、何を本人が要望しているのかを共に考えて、家族にしかできない事・私達が出来ることを試行錯誤している。現在週1回の面会を実現出来ており、本人も落ち着く現状にある。		
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	まずは、本人の「馴染み」が何であるのかを知ることから始めている。例えば、行きつけの美容院・自宅への一時帰宅(散歩がてらの)・地域へのドライブ・親戚の庭に咲く思いでの花・家族との買い物・時間・携帯での遠方の連絡などご家族と協力を得て行っている。	家族や親戚の人、趣味の仲間、近所の人などの来訪がある他、年賀状や暑中見舞い、季節の便り、電話などでの交流を支援している。散歩で自宅に行って近所の人と交流したり、地元地区の敬老会に出席できるよう支援している。家族の協力を得て墓参りや外食、美容院の利用、買い物、誕生日の一時帰宅などを支援し、馴染みの人や場との関係を継続できるよう取り組んでいる。	
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	個々の性格と心身状態と地域性を理解した上で、日々の生活を共にする中で、孤立を予防し一人ひとりの暮らしを支え、楽しめるように支援している		

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
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	この一年、ホームに於いては、死亡で利用を終了したケースは1件あるが、ご家族とは現在も「知り合いに介護用品を貰ってくれないかと言われているが・・・?」「知り合いの方が認知症で困っているが・・・?」等と行った相談を受けている。又支援ハウスの於いて、利用者の「特定施設」の移動の際には本人の状況を提供し「家に飼っていた猫を気にしているのです、その思いを大切にしたい」と本人に代わり気持ちを伝えている。それはホームからの移動があった場合も変わらない対応をしていきたいと考えている。		
<b>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</b>					
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	入所前、入所時に必ず本人・ご家族の要望をお尋ねしている。入所後は1ヶ月は「暫定プラン」として、より本人の思いを把握できるように努めている。その後は担当職員やケアマネや看護師等全職員でプランを計画→実行しモニタリングを図る。ご本人に要望をお尋ねする事が難しい場合は、ご家族の要望を大切に、より本人主体のプラン化が出来るように会議で検討している。	入居時の基本情報や事業所独自のアセスメント表を活用している他、日々の関わりの中での利用者の言葉や様子をケース記録に記録し、思いや意向の把握に努めている。困難な場合には、本人の表情やしぐさから推し量り、会議で本人本意に検討している。	
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	入所前には実態調査を行い、ご本人とご家族からお話を伺っている。サービス連携会議に参加して(町役場・包括支援センター・同法人参加)情報を交換している。(月1回)入所後は日常は散歩等を通して近所の方からお話を聞いたりして(プライバシーの保護に注意)その人らしい生活を送る支援が里でも継続出来るようにと支援を行っている。		

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
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	個々の心身状態に合わせて、日々の暮らしの中で、掃除(個人・共有場等)・洗濯物干し・たたみ等出来る事は職員と一緒に言うように支援しているその中でも「今日出来る事が明日出来るとは限らない」と言うことを理解して強制はしない。また特に一日の日程は職員が決める事はせずに、本人がしたい事を聞き出せるように支援している。		
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	「本人主体」でプラン計画・実施・モニタリングを行っている。協力が得られる場合は、ご家族に会議へ参加をお願いしている。定期的なモニタリング(3ヶ月・6ヶ月)はもとより、ホーム内ではほぼ1ヶ月に見直しをしている現状がある。その際の必要に応じてご本人・ご家族の要望を伺いながら現状に即した支援をプラン化して対応している。	ケアプラン会議を毎月1回全職員で開催し、計画作成担当者と利用者を担当する職員を中心に、利用者や家族の要望、主治医や事業所の看護師の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、6ヶ月毎に計画の見直ししている他、本人の状態に変化が生じた場合は、その都度話し合っって見直し、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	日誌(日中・夜間)・ホーム独自のケアプラン・プラン経過表・ケース記録・看護日誌・緊急時対応記録などの記録を日々付けている。それを定期会議に全職員でい必要に応じて検討して利用者の支援に反映できるようにしている。		
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	利用者の心身状態の変化に合わせて、各職種が連携を図り、話し合いや勉強会の場を持ち、意見交換して利用者のケアに反映出来るように取り組んでいる。		
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	その人の生活歴や個性を把握して可能な限りの範囲での取り組みを行っている。例えば、民生委員をされていた方の地域の行事への参加や、書道教室を行っていた方の、これから「書道教室」を開けるようにという支援の図っている。		

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
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、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	ご本人やご家族が希望される医療機関へ対応している。多くは協力医療機関への受診が多いがそれ以外の歯科・皮膚科・耳鼻科・眼科等は本人やご家族が望まれる病院へ受診対応を継続している。受診はご家族が対応されるが、遠方のご家族の場合は看護職員が代行している。年1回は「健康診断」の受診を計画・実行してその後の報告を、看護師からご家族へ電話等で報告している。	本人や家族の同意を得て、事業所の協力医療機関をかかりつけ医とし、緊急時の対応や定期的な受診の支援をしている。他科の受診は看護師が情報を提供し、家族の協力を得て受診の支援をしている。受診結果は家族と情報を共有し、ケース記録に記載して職員間で共有して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	介護職員は、日々の記録の中で医療に関する事は日誌上で「赤字」で記録して、看護師へ報告する。その後の対応・指示事項も赤字で記録している。緊急時は「緊急対応実施記録」へ記録している。日々の暮らしの中で利用者の少しの変化に対応出来るように「通常のバイタル」等の把握し顔色・食事の進み具合に注意している。		
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。	主治医との連携を図り、ご家族の意見を尊重しながら、必要時には入院対応を行っている。ご家族へ報告して手続き等の対応はお願いしている。入院中は(主治医・看護師・ケアマネ)との連携を図りながら記録して退院後の支援の検討している		
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	入所時、管理者からご家族へ、あるいはご本人へ終末ケアについて、お話しをさせていただいている。その後は、その段階の都度「終末ケアに関する要望」をお尋ねしている。ホーム内での可能な限りに支援を行っている。過去に1件終末ケアを行ったが、この1年は事例なし	入居時に本人や家族の希望を聞き、終末期ケアについて移設も含めて事業所でできる対応を家族に説明している。実際に重度化した場合は、本人や家族の意向を踏まえて早い段階からかかりつけ医と相談し、家族や職員が方針を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。	事故発生時は、ヒヤリハットあるいは緊急対応(特記事項)→緊急時実施対応への記録を行っている。その後定期集まり(月1回)で委員長を主にして検討して「今後の対応」へ反映させている。年2回看護師による実施の緊急時対応の研修を計画している。(2月・8月予定・2月予定) 新任研修の際にも「緊急時の対応」は必須であり同法人看護師が主となり行っている。AED講習は全職員講習を受けている。	事例が生じた場合は事故報告書、ヒヤリハット報告書に記録し、月1回の事故防止委員会で話し合っ、再発防止に取り組んでいる。新たな入居者や退院した利用者の「予想されるヒヤリハット」を理学療法士等専門家の意見を参考に検討し、シートを活用して一人ひとりの事故防止に努めている。法人のAED講習に参加している他、年2回看護師による緊急時対応の研修を実施しているが、全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけるには至っていない。	・全職員が実践力を身につけるための応急手当や初期対応の定期的訓練の充実
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	防災訓練(阿武町役場合同土砂・水害非難訓練6月実施←宇田駐在所1名協力参加)火災訓練(8月←宇田婦人会協力参加予定)夜間想定 デイ合同10月予定;日中想定2月→夜間想定) いずれも備品(水・食料・紙おむつ・薬など)の運びだしも予定している。	年2回、昼夜間想定火災訓練(避難、消火、通報訓練)を、地域の人も参加して実施している。年1回町と合同で土砂災害訓練を実施している他、年1回事業所独自で利用者も参加して避難訓練を実施している。法人の災害対策検討会に参加している他、運営推進会議で地域との協力体制について検討しているが、築くまでには至っていない。	・地域との協力体制の構築
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	阿武福祉会での新任研修に「接遇」について全職員が研修を得ている。通常ケアに於いては「常に自分だったら」という思いで対応するように心がけている。ケアリーダーを中心に意見交換を行う	職員は法人の接遇研修で学び、人格の尊重とプライバシーの確保について理解している。年度初と年度末に尊厳やプライバシーを損ねない言葉づかいや態度について話し合い、自己啓発に努めている。日々のケアの中で利用者への不適切な対応があれば、管理者やケアリーダーが指導をしている。	
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	日常的な、例えば衣服を着替える場面でも、本人が選びやすいようにと、個々の選択方法に合わせて対応で支援を行っている。又、担当が主となり一人ひとりの「希望」を把握して、日常的にも自らが選んだり決定出来るように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
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	日常生活の中では、利用者がどのように1日を過ごすかを「10時のお茶の時間」や、昼食後の時間を活用して尋ねて、職員が日程を決めるのではなく、利用者が決定出来るように取り組んでいる。		
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	モーニングケア等、時間がかかっても「待つ介護」を実践している。現在利用者全員が女性であり「お洒落」を個々に合わせて楽しめるように、必要があれば御家族の協力(美容院対応・化粧品の購入など)を得て対応している。		
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	三食とも、ホーム内の台所で早番職員が主となり調理をしている。利用者の個々の状態に合わせて、下膳・台拭き・味見・食器洗い・食器拭き等を一緒に行っている。職員と食事を一緒にしながら1時間は必ず一緒に過ごし食後の会話を楽しみにしている。又一人ひとりの嗜好をアンケートしている。時にはお弁当を作って外出したり「花見」「おせち」等季節に合わせたものや「お誕生会」等ではご本人が「希望」されたものを提供している。	利用者の好みや食べたいものを聞いて献立を立て、畑で収穫した野菜や差し入れの魚や野菜などを活用して、三食とも事業所で調理している。食材の買い物や下ごしらえ、味見、テーブル拭き、下膳、後片付けなど、利用者ができることを職員と一緒にやり、同じテーブルで同じものを食べて食事を楽しんでいる。年1回、利用者の嗜好調査を行っており、誕生日には利用者の希望するメニューを提供している。外食や行事食(おせち、ひな祭り等)、おやつづくり(ホットケーキ、おはぎ、月見団子、柏餅、ミックスジュース等)、天気の良い日にはお弁当をもって出かけるなど、食事を楽しむことができるよう工夫して支援している。	
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	状態の合わせて必要時には記録をつけて、食事量・水分量を把握して不足しないように対応している。又食器は個々の状態に合わせてご本人が出来ただけ自分で食べられるように支援に取り組んでいる。水分をなかなか摂ろうとしない方が現在あり「氷水」であれば飲まれることが分かり提供している。		

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
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	口腔内ケアは、毎食後に声掛け・見守り等を、それぞれに合わせた対応で支援を行っている。これまでに手入れの習慣がなかった方や、難しい方には上手な声掛けや、個々の状態に合わせた介助で対応してる。		
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	排泄表でチェックして、その人にあった排泄間隔・道具・時間で対応している。排泄は人として大切な事である事を理解して、かつ本人が「負担」になる事がないように対応している。	排泄チェック表を活用してパターンを把握し、利用者一人ひとりに応じて時間を見計らい、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行っている。	
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	排便チェック表を作成して、看護師と連携を図りながら、それぞれに応じた食べ物(牛乳・繊維質・氷水など)や水分等を提供している。また体操・散歩等の運動に取り組んでいる。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	身体状況を把握しながら、一人一人の希望を尋ねて、入浴時間を15時～19時に対応している。ゆっくりと楽しめるように1対1での対応である。また入浴拒否のある場合は、職員交代(男性職員～女性職員へ)したり言葉かけなどで対応する。又身体状況により困難な場合は、足浴・陰部浴・清拭等で対応する。	入浴は毎日、15時から19時までの間可能で、利用者の状態や希望にあわせてゆっくり入浴できるよう支援をしている。状態によってシャワー浴や清拭、部分浴などを行い、ゆず湯や入浴剤を使うなど一人ひとりに合わせて入浴を楽しめるよう工夫をしている。入浴したくない利用者には、時間をずらしたり、職員を交代するなど声かけの工夫をしている。	
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	身体状況に合わせて、日中でも必要時は足を伸ばして休めるように時間を提供している。夜間は2時間ごとに巡回を行い、不眠時には、話を聞いたり足浴を行ったりして対応している。又日中の活動を提供し「安眠」に繋がる様に取り組んでいる		

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
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	看護師と連携を図り、ここに合わせた服薬を行っている。その記録等については、ケースファイルに貼付している。服薬マニュアルあり。又26年度より「お薬ファイル」を作成してる。(薬名・副作用・服用時間など明記)		
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	個々の生活歴を活かして、畑・書道・花のお世話・読書等。又日常的には、お膳拭き・食器洗い・掃除・洗濯たたみ等、それぞれの出来る範囲での役割の場を支援できるように取り組んでいる。担当が主となりは「希望」を把握してドライブ・芝居など、これまでに楽しみとしていた事がホームでも継続できるように取り組んでいる。8月の誕生者に「芝居観戦」を提供した。	作品づくり(習字、絵画、俳句等)、体操、将棋、トランプ、カルタ、五目並べ、ボーリング、季節の行事(節分、ひな祭り、盆踊り、文化祭、忘年会等)、ボランティアとの交流(紙芝居、絵本の読み聞かせ、婦人会コンサート、レクリエーションゲーム等)、メダカのえさやり、食事の準備や後片付け、おやつづくり、洗濯物干し、洗濯物たたみ、花の水やり、野菜づくり、モップかけ、テレビ鑑賞、新聞や本を読むなど、一人ひとりの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	日常的には、地域の方の協力もあり、本人が自由に散歩できる地域の見守りがある。(近所の方や駐在所の方等)またご家族の協力で購入物や美容院・墓参り等の外出支援を提供している。誕生者には個別に「希望」をお尋ねして温泉・食事等の支援を行い、日常的には「地域チャンネル」の放映で写った場所へ利用者の希望で出かけることがあった。	地域の方の見守りを得ての散歩、食材等の買い物、初詣、鯉のぼり見学、ふれあい祭り、敬老会、運動会、法人の文化祭、季節の花見(梅、桜、椿、菖蒲等)、道の駅巡り、ピクニック、誕生日の外出(本人の希望に合わせて道の駅や温泉、自宅、外食などの機会を作る)、家族の協力を得ての外出や外泊など、日常的に外出できるよう支援している。	
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	主には、ご家族が管理されている方が多くあるが、本人がお小遣い程度管理されている方が2名居られる。管理が難し方は金庫にお預かりして必要時に本人に手渡している。使用用途は面会時等に、ご家族にご説明している。		

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
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	年1回～2回広報と共に現状報告と共に、可能な方は本人の手書きで手紙を送付している。7月送付。ご家族や親せきから手紙・小包が届いた場合は可能であれば手書きの送付・電話で対応して支援している。「年賀状」等必ず送っている。		
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	共有スペースには、畳み・ソファ等個々に合わせた物で状態に合わせて気持ち良く過ごせるように掃除をおこなっている。季節の花を一緒に飾ったり、よく分かるようにと大きな月カレンダーを掲示・利用者さんの季節の作品(書道・絵等)を掲示し季節を感じられるように工夫している。温度計や湿度計等をチェックして不快がないように支援している	天井は高く、木の香りのする共用空間には、季節の花や季節行事飾り物、飾り棚には陶器が置いてあり、壁には利用者の作品を飾っている。畳の間があり、ソファなどを配置し、温度、湿度、換気に配慮して、利用者が居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	それぞれにあった自分の居場所を見つけて、気の合う方と過ごしている様子ある。現在は入所～1年は経過され居られる皆さんの為、それぞれに思う場所で過ごされている。人によっては一人を好む方が折られるが、「孤独」にならないように支援している。		
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	入所前に、ご本人が安心してホームでの生活を送る事が出来るようにと、馴染みの品の持ちこみを勧めている。現在は、仏壇・お位牌・ダンス・テレビ・テーブル・椅子・アルバム・シーツ・枕・鉢など、これまでにご本人が使いなれた物を部屋に置かれている	テーブルやイス、テレビ、時計、位牌、本など使い慣れたものを持ち込み、家族の写真や絵、習字作品、カレンダー、造花などを飾って、利用者が居心地の良く過ごせるような工夫している。	
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	校舎跡地であるが、設計の段階で介護側の意見がある程度取り組んで頂いている。又その後は役場よりの定期的な補助(網戸の設置。ベランダのスロープ・手すり等)や、職員の工夫(畳を好まれる方への部屋作りなど)で対応している。		

## 2. 目標達成計画

事業所名 ひだまりの里 グループホーム

作成日：平成 27年 8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	35	全職員が様々な場面に於いて事故防止を認識したケアに努める。又、『応急手当』『初期手当』等の実践力を身につける事で、安全・安心のあるケアに繋げることができる。	全職員が、様々な場面に於いて「応急手当」「初期手当」の実践力を身につけて、現場に置き、活かす事が出来る。	定期的に訓練を、計画・実践する。 1. 月1回の職員会議での30分のバイタル等の測定の実施 2. 実技訓練 ・看護師による実技訓練→年2回 ・協力機関(主任看護師・PTなど)→年1～2	平成27年 8月 ～平成28 年月
2	35	様々な災害に対して、その対応を職員が訓練を通じて身につける事が出来るようにする。(利用者と共に訓練実施)又、災害に対する地域の理解の必要性を少しずつ認識していただけるように	地域との協力体制を築く	1. 地域との防災訓練の実施と継続 2. 地域との緊急連絡網の作成 3. 運営推進会議の中での、防災計画の取り組み	平成27年 8月 ～平成28 年7月
3					
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。