

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日

令和1年10月24日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3474800376		
法人名	社会福祉法人 優輝福祉会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム みら屋		
所在地	広島県三次市三良坂町三良坂1789番地の2 (電話) (0824) 44-3008		
自己評価作成日	令和1年9月15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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3474800376-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【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	令和1年10月18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）】

ご利用者様本位の個別ケアと、四季折々の自然の中で五感に積極的に働きかける取り組みをベースにしています。職員はご利用者様のパートナーとして「一緒に大笑い 楽しい一日ありがとう」を合言葉に、ご利用者に寄り添い、共に暮らしていく家族の様に、住み慣れた我が家となることを目指しています。また、地域の行事にも積極的に参加し、地域とのつながりを持ち続けることに取り組んでいます。

【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）】

敷地内に本格的な茶室をしつらえ、四季の移り変わりが感じられるよう配慮している。共有空間のカウンターやテレビが低くなっており圧迫感が感じられず、併設の小規模多機能との利点を活かし、利用者同士の交流ができ干し柿作りなど「ワイワイ・ガヤガヤ」と賑わい、家庭的な普通の日常の暮らしとなるよう取り組んでいる。施設全体が一つの小さな地域社会を構成している。暖かい日は、テラスでお茶を飲み、のんびりされたり、庭で散歩、地域へ出向いて買い物、外食など楽しんで開放的である。浴室の限られたスペースでの介助に、介護負担を軽減する浴槽リフトを活用し職員の腰痛予防や産休育休の取得など、働きやすい環境づくりに取り組まれている。

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
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近づけている。	地域の住民の思いを含めた開設当初からの理念を、毎年事業計画やパンフレットにも掲載し、少しでも実現できるように取り組んでいる。申し送り、職員会議や研修、運営推進会議等を通じて話をしながら取り組んでいる。	事業所開設時に職員全員で決めた理念を、目の付くところに掲げ、常に意識づけがされている。また、毎日の申し送りで、法人行動表記「こうしようルール」で、振り返り利用者の出来ること、出来ないこと、笑顔が見られる場面を職員間で話し合い、共有して支援に努めている。	
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。	地域の行事（お祭りやとんど、運動会、平和式典等）に参加したり、中学校の職場体験実習を受け入れている。また、小学校や地域のいきいきサロンとの交流を続けている。みら屋カフェを行い、ご利用者、地域の方々との交流の場作りを目指している。	「みらさか健康ウォーキング～秋の三良坂を歩いて健康づくり」の立ち寄り場所として、地域の参加住民へ敷地内の茶室を休憩場所として開放し、利用者との交流づくりを大切にしている。みら屋カフェ、施設見学、ボランティアの受け入れなど、地域に根を下ろし、日常的に地域と関わって行く取り組みをしている。	
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。	地域貢献については、法人としても、取り組んでいるが、まだ、具体的な成果としては、十分ではない。今年度は、昨年に引き続き、介護支援みらさか連絡会意見交換会に参加し、「認知症になっても住みやすい町づくり」の取り組みを他団体と協同で行っている。		
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。	利用者や御家族、行政、民生委員、保健師とそれぞれの立場からの意見や思いも、会議の中で述べて頂き、サービス向上や地域交流に活かしている。	併設の小規模多機能と合同で、運営推進会議を通して地域交流に努められ、会議の内容、意見交換など、情報交換の場としていかされ、今後の課題を検討するなど、地域や家族等からの提言や質疑応答などの会議記録があり、積極的に取り上げられている。参加されない家族への会議録の開示には、至っていない。	
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。	要介護認定更新時等、市役所（支所）に行った際、担当課や担当者とお話をすることがある。運営推進会議に来られる市の職員と連絡を取って、積極的にケアサービスの取り組みを伝えて協力関係を築くように取り組んでいる。	市担当者とのコンタクトは、法人代表が行い関係を築いており、地域密着型連絡会議で、市担当者も参加し、意見交換を行い、運営推進会議の議事録や事故報告書、介護保険利用の申請など、直接窓口に出向いて、顔を合わせることで、日頃から協力関係を保つよう努めている。	

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
6	5	○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。	職員会議や身体拘束廃止検討委員会等で話し合いながら、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の戸を開けたら音がするようにしたり、職員が目配り、気配りをするように心がけている。職員研修を通じて、具体的な行為を確認し、実践に取り組んでいる。	法人内に身体拘束廃止委員会を設置し、各事業所より委員を選出し、3ヶ月毎に検討、研修を行い、「こうしたルール」339項目で、日常の中の不適切なケアに関することを日々職員間で確認し合うなど、身体拘束のないケアの実践に繋げている。	
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。	法人内の研修や外部の研修等で学び、また職員会議、事業所内の研修等で勉強会を開催している。		
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。	法人内の研修や外部の研修等で学ぶようにしているが、まだまだ不十分である。		
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。	契約書、重要事項説明書に明記し、入居時に説明し同意を得ている。また、必要に応じて御家族に説明したり、話をして、理解を深めてもらう機会を持つようにしている。		
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。	運営推進会議に利用者・家族の代表として出席して意見を述べてもらったりと、日常の場面でも耳を傾ける様努力している。定期的に連絡をしたり、来所時には日々の様子を伝えたりしている。玄関に意見箱を置いて意見を聞けるようにしている。体調の変化等は随時連絡を行っている。	家族とはなるべく多く関わりを取るように努めており、比較的多くの家族が面会に訪れている。その際にも意識的に心配事や要望などを聞き取り、毎月の請求書に、手紙を添えて、日々のケアや環境の改善に活かすよう取り組んでいる。	

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
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。	年2回の人事考課を実施し、必要に応じて、個人懇談を行い職員の思いや意見を聞ける様にしている。また、日々の申し送りや職員会議等でも意見交換している。	管理者と個人面談で、その結果を「成績評価報告書」で評価し人事考課に反映している。申し送りや職員会議では、業務内容の見直しや環境改善、新たな取り組みなどの提案も出され業務に活かせるよう取り組んでいる。職員が個人目標を立て達成状況を、活かす取り組みに至っていない。	
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。	法人全体で人事考課制度を導入し、年2回行っており、個々の努力や実績が反映される様に努めている。法人としても、「広島県働き方改革実践企業認定」を受けて、メモリアル休暇の取得や育児休暇の取得を推奨する等、就業環境の整備に取り組んでいる。		
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。	経験年数や必要に応じて外部の研修に参加している。法人全体で研修体系があり、新人研修・現任者研修など研修の機会を確保している。法人内での伝達研修を行う取り組みも実施し、ケアの質向上に取り組んでいる。		
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り組みをしている。	外部の研修に参加したり、他事業所の実習の受け入れを行ったり、職員が同業者と交流する機会を持っている。市内の地域密着型サービス事業所連絡会も立ち上がり、他事業所との交流を勧めていく体制作りができつつある。		
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。	入居前から本人と事前面接を行ったり、入居後も新しい環境に慣れて頂けるように、声掛けをしたり、傾聴に取り組んでいる。		

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
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。	入居前から本人や家族と事前面接を行ったり、電話で状況を確認している。入居後も新しい環境に慣れて頂けるように関わりを持っている。その状況をご家族に報告し、家族の要望等の確認を行っている。		
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。	現在の状況や本人・家族の思いを聞き、状況に応じて他のサービス機関と連携をとっている。法人全体でもサービス利用調整を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	「一緒に大笑い・楽しい1日 ありがとう」をモットーに、昔ながらの調理法を教えて頂いたり、昔話を聞いたり、歌を習ったり、散歩に行き、また、洗濯たたみや食器拭き等の作業を一緒に行い、感謝の思いを伝えることで、共に支える関係作りをおこなっている。		
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。	入居中の本人の様子をお話したり、定期的に入居中の様子を手紙で伝えている。あるいは、入居前の様子を伺ったりしながら、本人が安心して生活して頂けるように協力し合っている。		
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。	近隣や友人の方にも度々面会に来ていただけるよう声を掛けている。また、馴染みの美容院への送迎を行ったり、地域のお祭りや地域行事への参加の支援を行っている。	家族や知人の面会時には、居室やデイルームで、利用者と一緒にゆっくり談笑してもらえよう、茶菓子でおもてなし、配慮している。地元の利用者が多いことから馴染みの場所へ出かけるなどの支援を日常的に行っている。	

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
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。	利用者の間に職員が入ってコミュニケーションを取りやすくしている。座る席を工夫したり、利用者同士がお互いに「ありがとう」と言えるような関係作りの支援を職員が行っている。		
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。	状況に応じて家族へ連絡したり、他機関との連携を図るようにしている。利用を終了された方のご家族へ行事の案内を送り、関係を継続しているケースや、利用終了後に、他のサービスについて相談があったケースもある。		
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	○思いやりや意向の把握 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。	入居前の事前面接や、入居後にも今までの生活歴を尋ねたりしながら、本人の今までの暮らし方が継続出来る様努めている。日々の生活の中でも、コミュニケーションを密に取るよう心がけ、対話を通じて本人の好きな事や、思いを聞くようにしている。	日々の暮らしの中で、利用者ができそうなことや、食べたい物、出かけたい場所、お風呂の順番等を具体的に聞いている。また、本人の得意な調理方法があれば、昔ながらのやり方を職員が教えてもらいながら、意向の把握に努め、ケアに活かして思いを実現できるよう介護計画に反映している。	
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。	入居前の事前面接や、入居後にも今までの生活歴を尋ねたりしながら、本人の今までの暮らし方が継続出来る様努めている。また、御家族からも今までの生活の様子を詳しく聞くようにしている。		
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。	日々の申し送りや記録等を通じて現状を把握し、安心して過ごして頂けるよう支援している。必要に応じて、記録の様式も使い分けて、より一人一人の状況が把握できるように工夫している。		

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
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。	一人一人の入居者に担当の職員を付け、介護支援専門員とその職員が中心となってアセスメントも行い、具体的な計画を作成している。	担当職員が、一人ひとりの状況を把握した上で、具体的な課題を抽出し、モニタリングシートに記録して確認している。6ヶ月毎にサービス担当者会議を開催し、計画評価のカンファレンスを実施し、利用者の現状に合った支援方法の検討を行っている。	
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。	個別記録に日々の状態を、具体的に分かりやすく記録するように努めている。また、直近の事や、重要だと思われる事は、個人毎の連絡リストに記入している。また、状況に応じて、記録の様式を使い分けるなどの工夫も行いながら、より個別的な支援を目指している。		
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、その時々に見え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。	法人内の他のサービスも紹介したり、利用したりしながら、本人らしい生活が出来る様に努めている。必要に応じて法人内の理学療法士の来所があったり、マッサージを楽しみにされる利用者もおられる。		
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。	地域柄か協力が難しいところがある。理解のある方と、協力して頂けるところから取り組んでいる。（美容院・地域サロン等）		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	近隣にかかりつけ医（週1回往診あり）があり、また、希望に応じて他の医療機関でも診療を受けられるよう支援している。	利用者、家族希望のかかりつけ医の受診を、家族で対応している。受診時は、利用者の状況等を書面にして、情報提供し、受診結果は個人記録に記載し、服薬などの変更等は、申し送りノートに記載して周知を図っている。毎週、協力医による往診があり、適切な医療を支援している。	

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
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。	職員の中に看護師を配置し、日常の健康管理が行えるようにしている。また、必要に応じて、主治医と連携を図り、受診や適切な対応ができるように支援している。		
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。	状態に応じて家族・医療機関と相談を行いながら支援している。入院中も様子伺いに訪問する等して、情報が共有出来る様に努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に本人や家族の意向を確認し、状況に応じて話し合いや相談をしている。入居後も身体状況に応じてかかりつけ医と相談しながら支援している。「看取りの指針」を入居時に説明し希望を記入して頂いている。状態が変化した時等、常に見直しをすすめている。	過去に、数例の看取りの実績があり、この一年以内には、3件の看取りを終え、重度化など終末期において、その都度、家族・医師と相談をしながら対応している。看取りについての勉強会、外部研修の機会を設けている。	
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。	法人全体の研修の中で、定期的に救急救命講習を受講したり、職員会議でもその都度、看護師が指導したりしている。夜間の急変時等の対応についても職員の待機配置を行い、急変時等に対応できるようにしている。		
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。	年2回避難訓練を実施している。主に、夜間を想定して避難訓練を実施している。地域の消防団や地域住民と合同の消防訓練も年1回行っている。昨年度は昼間の想定での訓練を行い、運営推進会議の出席者にも参加（見守り等）をして頂き、感想や意見を聞く事ができた。今年度も、実施する予定である。	年2回夜間想定自主訓練（初期消火・通報・誘導）と消防署が立ち合い昼間想定訓練を実践している。次回、ハザードマップを確認し地域住民、家族等が参加して、訓練を予定している。訓練終了後は、反省会を行い課題などについて、話し合っているが、議事録を残す事には至っていない。	

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。	出来る限り利用者の方の目線に立って、言葉掛けや対応をするようにしている。記録等も利用者の目の届かない所へ保存している。毎日、法人内の規範（ルール）である「こうしようルール」を読み合わせし、日々、職員としての行動を確認するようにしている。	比較的自立されている方が多く、人生の先輩という気持ちで接し、抑制するような言動に注意し、失禁時には、さりげなく言葉かけするようにしている。また、排泄・着替え・入浴時などにおいては、一人ひとりのプライバシー空間が確保できるよう配慮に取り組んでいる。	
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。	職員が選択するのではなく、利用者を選択して頂く場面を作ったり、「○○して下さいませんか？」と依頼する言葉かけなど、自分で決めて暮らせる様支援している。例えば、急に立ち上がった場合「何処に行かれますか？」等、常に自己選択して頂けるようにしている。		
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。	眠い時には食事の時間を遅くする、外へ出かけたい方は一緒に散歩に出る等、利用者一人一人のペースで生活出来るように無理のない範囲で、支援を行っている。		
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。	本人の希望を聞きながら、馴染みの理美容院へ出かけられたりしている。外出が難しい方には、出張理美容にも来てもらっている。		
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。	野菜の下ごしらえ等を一緒にしてもらったり、職員も一緒にテーブルに着き食事を楽しんでいる。また、つくしを取ったり、おやつ作り等、季節を感じてもらえるよう心がけている。嗜好調査も実施し、利用者の希望を取り入れている。食事形態も臨機応変に対応し、より食事を楽しめる工夫を行っている。	摂食、嚥下障害の人へは、ミキサー食などの食事形態の提供、食べやすい姿勢の確保をすることで、他の利用者と同じ食卓で一緒に食事が、できるように工夫している。誕生日や四季折々の行事にあわせた食事、外食時には希望をとるなど、楽しむ食事を大切にしている。	

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
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。	一人一人の状態に応じた食事形態（ミキサー食や刻み食等）で提供している。水分も、ご利用者の好みを聞きながら、3度の食事以外にも摂取して頂けるよう用意している。また、嚥下の難しい利用者にはゼリーを作る等の対応を行っている。		
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。	毎食後の歯磨きの声掛けや介助を行っている。毎日、義歯をポリデント洗浄したり、舌ブラシを使用しての口腔ケアも行っている。必要に応じて歯科受診や協力医院の往診を受けたりしている。		
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向けた支援を行っている。	排泄確認表を作成し、排泄の声掛けや介助、失禁等の対応では、本人が不安を感じない様に、また他の利用者に配慮しながら行っている。場合によっては、2人で介助を行っている。	定期的な、パット交換ではなく、日中は、立位保持が困難な、身体状況であっても、二人介助で、トイレへの排泄誘導をしている。リハビリパンツを着用している人には、昼間はトイレ誘導し、夜間はポータブルトイレを使用する等、個別に排泄パターンに応じ支援している。	
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。	献立や水分摂取にも気を配っている。嚥下状態・疾病・運動量を加味し個別対応を行っている。排泄確認表により、個々の排便の間隔や時間帯を把握し、その時間帯に排泄介助を行うなどの個別対応をしている。必要に応じて主治医に相談しながら下剤も使用し、出来るだけ利用者の苦痛がないように配慮している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	介助は、一人のスタッフが行うことで、機械的な流れにならない様になっている。必要時にはスタッフが二人介助を行い、安全に努めている。基本的には午後入浴時間を設けており、個々の希望が十分取り入れられていない面もある。入浴されない利用者には足浴も行ったりしている。新しい浴室になり、湯船でリラックスできる時間が持てている。予定していた入浴日でなくても、排便のあった日に入浴して頂く等の配慮も行っている。	ゆったり、ゆっくり、時間を定めず、入浴してもらうことを大切にしている。介護度の高い方も、浴槽リフトを使用して、肩まで湯を体感できる事ができる。皮膚の状態を観察し、希望に応じ入浴剤やゆず湯を入れ入浴が楽しめる一時を大切にしている。	

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
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。	それぞれの居室でゆっくり休んで頂いたり、縁側や和室・食堂にソファを置き、ゆったり座れる空間作りに取り組んでいる。		
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。	一人一人の服薬に関して、用法・用量・目的・副作用がわかる表を作成し、周知を図り確実に服用出来る様支援している。誤薬を防ぐ為にも服薬マニュアルに沿って支援している。必ず、二人で確認を行っている。		
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。	家事や庭の草取りやみずやり、床拭き等手伝ってもらっている。季節感のあるお手伝い（おはぎ作りや野菜の皮むき等）も楽しんでもらっているが、身体状況の低下等により、十分にできていない。		
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。	身体機能の低下、状態が悪化された方も多くなり、散歩が難しくなってきた。可能な利用者には、天候をみながら、できるだけ散歩に出かけるようにしている。また、天気の良い日は、庭やテラスで日光浴をする等戸外へ出ることが出来る様努めている。ご本人の希望を聞き、ご家族に協力してもらって、自宅へ外出する支援も行っている。	天気が良い日には、事業所敷地内の茶室への庭散歩や併設の小規模への訪問など、車椅子の方も一緒に外出に参加している。外気にふれて、四季折々を肌で感じれるよう、積極的に戸外に出かけている。家族の協力を得ながら、自宅へ一時帰宅ができるよう支援している。	
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。	個々の希望に応じて金銭を所持して頂いており、外出時等お金が使える様に支援しているが、実際にはその機会は少なく、取り組みとしては不十分である。		

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		○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。	電話を掛けたいという希望があれば掛けてもらったり、携帯電話を所持されているご利用者もおられる。可能な利用者には、年賀状を書いてもらったりしている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	玄関周りの建物が民家を移築した物となっており、鉢植えを並べたり、木の温もりのある表札を掛けたりしている。玄関や共用の和室が昔ながらの民家を移築した物となっており、懐かしい雰囲気がある。季節感のある作品（貼り絵など）の掲示等も行っている。	共用空間の中に、利用者が一人になったり気のあった利用者同士で自由に過ごせるような居場所を確保し、入居者一人ひとりがホーム内の場所が分かるよう努めている。家庭的な雰囲気をこわさずに、トイレや部屋の目印等の場所の間違いや分からないことでの混乱を防ぐための工夫をしている。	
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。	ソファやベンチ・椅子等を共用空間や廊下等に置き、自分の好きな場所で過ごせるようにしている。		
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。	入居時家族に働きかけ、使い慣れた家具や生活用品を持ち込んで頂き、その人らしい部屋作りに取り組んでいる。	毎朝、職員が居室の換気と掃除を行っている。居室には温度計と湿度計が備えてあり、職員が管理している。居室への持込み品に制限をせず、家族や孫の写真、カレンダーやテレビ・ベッドやタンス、衣装ケース等があり、思い思い自由な空間で過ごす事ができている。	
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。	各要所へ手すりを設置し、玄関には椅子を置いて靴を安全に履いたり出来るよう工夫している。手作りの日替わりカレンダーを食堂に貼ったり、居室の入り口にわかりやすく名前を掲示する等の工夫をしている。		

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者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	グループホームみら屋
作成日	令和1年12月3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	1	事業所の理念をつくり掲げて、管理者、職員がその理念を共有し、実践しているところであるが十分でない。	法人としての理念の共有と事業所としての理念を再構築し、職員全員で共有する。	①事業所会議等を通じて、理念について職員が意見交換できる機会を持つ。 ②自己評価について、職員全体で取り組む。 ③定期的に研修を行う。（現任者研修・伝達研修）	1年
2	2	地域との交流に努めているが、まだまだ不十分で日常的な交流には至っていない。	利用者と共に、地域と交流できる機会を、積極的につくる。	①地域の住民にも声をかけて、運営推進会議や消防訓練などの行事に参加していただき、定期的な交流のきっかけ作りを行う。 ②地域の住民に参加（事業所に来てもらう）行事を企画する。 ③みら屋カフェを年4回開催する。 ④介護支援みらさか連絡会に定期的に参加する。 ⑤地域の清掃活動等にも参加する。	1年
1	18	〈チームで作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ケアの在り方について、本人・家族・必要な関係者と話し合い、介護計画を作成しているが、チームとして具体的なケア計画の部分が不十分である。	チームとして、本人がより良い暮らしが継続できますよう支援していく体制づくりを行う。	①具体的なケア計画に本人の希望や支援の在り方を明文化する。 ②モニタリングの方法について再検討し、定期的にケア会議を行い、チームとして共有できる体制を作る。	1年

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。