

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	3591000025		
法人名	有限会社 兼清メディカルサービス		
事業所名	グループホーム兼清		
所在地	山口県光市光ヶ丘3-6		
自己評価作成日	平成 30 年 11 月 27 日	評価結果市町受理日	令和 元年 6 月 10 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。

【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30年12月14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)】

年齢を重ねていくことに衰えていく不安を出来るだけ軽減できるように、介護・看護・医療・生活・家族関係等をトータルで支援していくようにしています。協力医療機関による月2回の訪問診療や緊急時の対応、毎日の看護師による健康管理や服薬管理等、適切な医療が受けられるように支援しています。食事は特に力を入れており、毎日おいしく・楽しく食べていただけるように、利用者一人ひとりの健康状態や好みに合わせた食事形態や献立に配慮しています。また、内部研修として教育・技術分野を毎月各1個研修の実施し、職員一人一人の介護技術や知識の向上を目指し、働きながら学ぶことのできるように努めています。

【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)】

管理者やリーダーは、週1回の小規模多機能型居宅介護事業所との合同ミーティング時や朝夕の申し送り時に、職員からの意見や提案を聞く機会を設けておられる他、日常業務の中でも聞くように努められ、職員の家族状況による希望休を取りやすくされたり、勤務状況等を把握されて働きやすい勤務体制にしておられるなど、職員の意見や提案を取り上げられて働く意欲の向上につなぐように取り組まれています。内部研修は、月1回教育研修と技術研修を、看護師を中心として職員が交代で講師をつとめられ、それぞれを月1回実施されています。教育研修で認知症の理解とケア、身体拘束、誤嚥性肺炎、高齢者虐待、プライバシー保護、個人情報保護などについて実施され、技術研修として応急処置(4日)、消防訓練、拘縮対策、食事ケア、口腔などに取り組まれ、実際の場面で活かせる技術の習得に努めておられます。

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 (参考項目:24. 25. 26)	○	1. ほぼ全ての利用者の	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 (参考項目:10. 11. 20)	○	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらい
			3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらい
			4. ほとんど掴んでいない				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 (参考項目:19. 39)	○	1. 毎日ある	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 (参考項目:2. 21)	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:39)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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 (参考項目:5)	○	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
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 (参考項目:38. 39)	○	1. ほぼ全ての利用者が	67	職員は、活き活きと働けている (参考項目:12. 13)	○	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
61	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:50)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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				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
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 (参考項目:31. 32)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 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
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 (参考項目:29)	○	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
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	施設独自の理念を作成し、玄関の所に掲げている。日頃から職員間で共有、意識し理念に沿ったケアが出来るよう努めている。	地域密着型サービスとしての事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。職員は、理念を意識し、理念にそったケアに努めているが、理念の共有までには至っていない。	・理念の共有
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	地元の小学生の慰問、ボランティアの訪問（水墨画、お話しボランティア）高校・専門学校の職場体験の受け入れを積極的に行っている。又、地域の文化祭に作品を出展したりしている。	地域の文化祭に利用者の作品を出展している他、年2回、地元の小学生（5、6年）の来訪があり、ぬり絵、風船バレー、テーブル卓球、リコーダ演奏などで利用者と交流している。月1回、水墨画のボランティアの来訪がある。隣接している公園の散歩に出かけた時に、地域の人と挨拶を交わしているなど、日常的に交流している。	
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	施設へ来られた方にはなるべく入居者に関わって頂き、それを通じ認知症の方々の理解を深めて頂けるよう努めている。又、近隣小学校へ認知症についての授業に参加している。		
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。	外部評価を実施する意義を理解し、全員で取り組んでいる。結果を受けた後は、改善点を見直し即座に取り組むようにしている。	全職員がガイド集を参考にして、自己評価をするための書類に一人ひとりが記入し、ミーティング時に話し合いリーダーが中心となってまとめている。評価を実施することでケアの振り返りをしている。評価を活かして、月2～3回は利用者と一緒に散歩に出かけるなど、具体的な改善に取り組んでいる。	

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
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	2ヶ月に1回開催し、入居者やサービスの状況について報告している。その時に施設で必要なことをテーマにして、様々な職種の方々に出席して頂き、意見交換を行っている。	会議は2ヶ月に1回、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催している。事業所の取り組みや行事予定、利用者状況などを報告し、その都度必要なテーマについて意見交換している。会議には、ボランティア、認知症家族の会会員、民生委員、家族など多職種が参加し、地域のかかわりなどの意見が出ている。	
6	(5)	○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	運営推進会議時や役所へ出向いた時に直接意見交換を行っている。又、問題や相談があるときにはその都度電話で連絡を取り、密に協力関係が築けるように努めている。	市担当者とは、運営推進会議時の固化、電話や直接窓口に出向いて相談して助言を得たり、情報交換しているなど、協力関係を築いている。	
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	研修を行い、職員全員が正しく理解し意識しながらケアに努めている。利用者の意向を大事にしており、散歩などで気分転換を図っている。	マニュアルがあり、職員は内部研修で身体拘束について学び、理解している。玄関には施錠をしないで利用者が外出したい時には、職員が一緒に出かけている。スピーチロックについては管理者が指導をしている他、職員間でも話し合っている。	
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	研修を行い、職員全員が正しく理解を深めている。虐待のサインを見逃さないよう入浴時や着脱時には身体チェックを欠かさないようにしている。		
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	それぞれの制度について施設で研修を行い、両方についての違いを含めて職員が正しく理解できるように取り組んでいる。		
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	契約時に重要要項をきちんと説明している。また、入所の前には、不安や疑問点についてしっかりと話し合い、理解し安心して頂けるよう努めている。		

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
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	家族の方が面会時等に、近況や状態を報告し、気軽に意見や要望が言えるような関係性作りに努めている。又、直接伝えづらい場合には、玄関に置いてある用紙に記入して頂けるように準備している。利用者へは日々の生活の中で直接話を伺うようにしている。	相談や苦情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。面会時や運営推進会議時、行事参加時(正月、誕生日会)、電話等で、家族からの意見や要望を聞く機会を設けている。ケアに対する要望はその都度対応している。介護相談員の来訪があり、利用者の意見や要望などがあれば聞き取り、事業所に伝えている。	
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	月1回(第二土曜)ミーティングを開催し、業務内容や利用者へのケア内容について一緒に話し合う機会を設けている。又、毎日の業務の中で何かあれば、個別に意見や提案を聞くようにしており、話し合ったことはすぐに業務やケアに反映させている。	小規模多機能型居宅介護事業所との合同ミーティング時や朝夕の申し送り時で、職員の意見や提案を聞く機会を設けている他、管理者やリーダーは日常業務の中でも意見や提案を言いやすくするように工夫をしている。職員の希望休や勤務体制の変更などを反映させている他、利用者との日常の関わりの中での気づきなども反映させている。	
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	現場での職員個々の力量や勤務状況を把握し、それに応じた勤務内容や勤務形態にし、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。		
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	職員一人一人の力量を把握し、それに応じた資格取得や、外部での研修を受ける機会を設けている。又、内部研修を職員が講師となり実施している。	外部研修は、職員に情報を伝え、段階や希望に応じて参加の機会を提供することになっているが、今年度の参加者はいない。内部研修は、年間計画を作成し、月1回の教育研修と技術研修をそれぞれ開催し、看護師が中心となって職員が交代で講師を務めている。教育研修は、認知症の理解、認知症のケア、身体拘束、高齢者虐待、プライバシー保護などを実施し、技術研修は、応急処置を4日、消防訓練2日、口腔ケア、移動ケア、拘束対策などを実施して、働きながら学べるよう取り組んでいる。	・外部研修参加の機会の確保

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
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	外部での研修へ参加する機会を設け、その中のグループワークを通じて同業者と交流する機会がある。そこで学んだ事や意見交換をし日々のケアに取り入れている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	入所前に家族との面談を行い(可能であれば本人も含め)、本人、家族の希望や要望、不安等を聞き、要望に合わせたサービスの提供に努めている。		
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	入所前に家族との面談で、家族の困っていることや不安、要望をしっかりと聞き、少しでも安心してサービスを受けて頂けるように努めている。		
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	入所前の面談時、本人と家族のニーズをしっかりと見極め把握し、必要としているサービスを提供できるような対応に努めている。		
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	利用者それぞれに合った役割を提供し、本人に馴染みのある軽作業(洗濯物たたみ、ゴミ袋作り)など職員も一緒になって行い、共に支え合いながら生活できるよう支援している。		
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	家族の面会時に、本人についての近況を伝えるようにしている。ケアをしていく中で分からないことがあれば家族に相談しており、又、職員では対応出来ない部分は家族にも協力して頂いている。(他医療機関への受診等)		

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
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	家族の協力のもと、お正月や誕生会などの家族での行事には出来るかぎり参加して頂いたり、行きつけの病院を利用して頂いている。	家族の面会や親戚の人、友人、近所の人、職場の同僚の来訪がある他、電話の取り次ぎ、手紙、年賀状などでの交流を支援している。家族の協力を得ての外出、スーパーでの買い物、外食、墓参りなど馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。	
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	利用者一人ひとりの性格や利用者同士の関係性を理解し、孤立しないようにし、なるべく良好な関わり合いを持つことが出来るよう努めている。(席順やレク時のグループ作り等)		
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	利用が終了した場合でも、その後の経過を見守り、必要に応じて相談にのっている。		
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					
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	利用者とのコミュニケーションを大切にし、気軽に話せる関係性を築けるようにしている。日常会話の中から本人の希望や意向を把握するようにしている。困難な場合には家族等からの情報を得て、日々の言動や表情からくみ取るようにしている。	入居時には、前のケアマネから情報を得ている他、生活歴チェックシートやフェスシートを活用している他、日々の関わりの中での利用者の言動などの気づきを介護記録、アセスメントシートに記入して、利用者の思いや意向の把握に努めている。困難な場合は、家族から聞き取り、職員間で話し合って本人本位に検討している。	
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	利用者とのコミュニケーションを大切にし、日頃のコミュニケーションの中で本人から聞いたり、家族・知人から情報を収集するようにしている。		

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
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	毎日、状態を記録に残し、職員全員が把握できるようにしている。いつもと違うと感じたときには「介護・看護記録」へ詳しく記録するようにしている。又、「利用者生活状況」のシートを活用し、状態をこまめにチェックし把握するように努めている。		
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	担当者会議を3ヶ月毎に開催し、本人・家族・医師の意見を参考にし職員が中心となって話し合い、介護計画を作成している。また、3ヶ月毎にモニタリングを行い、介護計画を見直し作成している。状態変化があった際は、その都度、担当者会議を開催し、現状に即した介護計画を作成している。	計画作成担当者と利用者を担当している職員を中心に、3ヶ月に1回開催している担当者会議で利用者や家族の思いや意向、主治医や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、見直しをしている。利用者の状態に変化がある時はその都度見直しをし、現状に即して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	日々の様子やケアの内容は個別に記録し、把握できるようにしている。この記録をもとに、介護計画を作成、見直しを行っている。又、全職員が共有したい大事な情報は「申し送りノート」に記入し、引き継ぎを行っている。		
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	本人の身体的状況の変化が起こった場合の病院への受診等は家族へ意向を聞き、家族の都合やニーズに合わせて対応している。		
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	ボランティア(水墨画)、小学生来訪、高校・専門学校の実習等を積極的に受け入れ、利用者の持っている能力を発揮できるような環境づくりに努めている。		

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
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	月2回のかかりつけ医による訪問診療を受けられるよう支援している。また、必要に応じ、すぐに受診できる体制を築いており、他の科への受診は家族と協力し、今まで受診していた病院へも行けるよう支援している。	事業所の協力医療機関をかかりつけ医とし、月2回の訪問診療がある他、週2回の訪問看護師の来訪がある。他科受診は家族の協力を得て支援をしている。夜間や緊急時には、管理者や看護師を中心に対応し、協力医療機関と連携して適切な医療を受けられるよう支援をしている。	
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	施設看護師が勤務しており、適切な健康管理や状態観察が受けられる体制である。介護職が状態変化に気が付いた時にはすぐに看護師に報告し、対応を相談している。		
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。	入院となった場合、職員が付き添いを行い、本人についての情報を伝え、治療がスムーズに行えるよう対応している。又、協力医療機関への入院となった場合に本人が安心して入院できるよう、しっかり情報の提供を行うよう努めている。		
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	契約時に重度化についての指針を家族に説明し、同意を得ている。本人・家族の要望に沿った対応ができるよう医療機関の協力のもと出来るかぎり対応している。状況に応じて家族と話し合いを行い、方針を共有して支援できるよう努めている。	契約時に「重度化対応、終末期対応の指針」に基づいて、事業所でできる対応について、家族に説明している。実際に重度化した場合は、家族に改めて意向を聞き、主治医と話し合い、医療機関や他施設への移設、看取りなどについて話し合い、方針を決めて共有し、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。	ヒヤリハット・事故報告書に記録して、再び事故が起こらない様、対応策を話し合い検討している。事故対策会議を行い、利用者の状態に応じた事故防止策を考え、取り組んでいる。また、消防署職員にAEDなどの訓練や研修を行い、知識・技術を身につけることができるよう取り組んでいる。	事例が発生した時には、その場の職員がヒヤリハット、事故報告書に記録し、その日の職員間で対策を話し合い、申し送り時に伝えている他、記録の回覧で共有している。月1回の事故対策会議でも取り上げ、検討している。「救急対応について」のマニュアルを利用者個々の記録に入れて、実際の場面で活かせる技術の習得に努めている。看護師の指導で、心肺蘇生や応急処置の訓練、AEDの点検に合わせての勉強会を行っている他、内部研修や日常業務の中で初期対応や応急手当について学んでいるなど、勉強会や話し合いを繰り返し行っている。	
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	防災計画に基づき2回/年、避難訓練を利用者と一緒にを行っている(場合によっては消防職員立ち会いのもと)。又、消火訓練や人口呼吸やAEDを使った救命訓練等の指導を行っていただき、防災についての知識・技術が身に付くように努力している。	防災計画に基づき、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、年2回夜間想定 of 通報、避難誘導、消火訓練を行っている。1回は消防署の協力を得ている他、1回は事業所独自で実施し、職員は技術研修で避難訓練について学び、利用者が避難できる方法を身につけている。風水害など市の指導でマニュアルも新しく作成している。事業所周辺の会社、医療機関、警備保障等との災害時の協力体制が出来ている。事業所は災害時の福祉避難所の指定を受けている。	
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	利用者一人ひとりのその人らしさを大切に、その方に合った対応をし柔軟な支援を行っている。又、言葉遣いには気を付け、自尊心を傷つけないように注意している。申し送りや職員同士の情報交換の際には利用者の耳に入らないように注意している。	内部研修で、プライバシーの保護や個人情報保護について学び、職員は理解して、利用者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。職員は個人情報の取り扱いに留意するとともに、守秘義務についても理解し、遵守している。	

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
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	利用者がど些細な事でも言いやすいような関係性や雰囲気作りを心がけている。利用者が希望を表わすことができるように声掛けを行い、自ら決めてもらえるような支援を行っている。		
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	その日の過ごし方は利用者本人に決めてもらうようにしている。集団レクを行う際には全員に声掛けを行い、状態と気分次第で本人に参加の有無を決めてもらっている。また、なるべく部屋でこもった状態にならないよう上手く声掛けし、ホールに出てもらえるよう促している。		
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	能力的に可能な利用者に対してはコミュニケーションを取りながら、一緒に服選びを行っている。できない利用者に対しては、家族から来た情報を基にしたり、職員が本人の好みと気分に合わせてその人らしい身だしなみができるよう支援している。		
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	一人ひとりの好みや体調に合わせて随時食事形態や内容を変更・改善している。季節感や利用者の好みを取り入れたメニューを提供し、「おいしく楽しく食べる」ことが出来るよう支援している。又、行事の時には利用者と職員と一緒にお菓子作りをしたり野菜の皮むきなど下ごしらえを一緒に行っている。	昼食と夕食は法人の厨房からの配食を利用し、献立は管理栄養士がバランスを考えて作成している。朝食は職員が調理し、週3回はパン食である。利用者の状態に応じて食事の形態や内容を変えて対応している。利用者は、テーブル拭き、皮むきなどの下ごしらえを職員と一緒にしている。季節の行事食(秋刀魚や栗ご飯など)、おやつづくり(どら焼き、クリスマスや誕生日会のケーキのトッピング、ホットケーキなど)、家族の協力を得ての外出など、食事を楽しむことのできる支援をしている。	

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
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	一人ひとりの摂取量を毎回記録し、必要な食事、水分量摂取できているかをチェックを行っている。身体状況に合わせて食事形態を変更し、必要な栄養を補給できるよう支援している。水分摂取を拒否する利用者に対しては原因を考え、好きなものに変えてみたり、ゼリーにしてみたりと工夫し、出来る限り摂取できるよう工夫している。		
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	毎食後、歯磨きへの声掛け・誘導を行い、食後の歯磨きが習慣となるように取り組んでおり一人ひとりの残存機能に応じた支援を行っている。(歯ブラシ、義歯洗浄、保管)その際に口腔状態や義歯のチェックを行っている。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握できるようにチェック表に記入している。個々の状況に合わせて自尊心を傷つけないよう声かけ、見守りによる定時、随時のトイレ誘導(ポータブルトイレを含む)を行い、おむつの使用を軽減できるよう努力している。夜間も可能な方は自力で出来るよう居室内にポータブルトイレを設置している。	介護チェック表を活用し、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、声かけやトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう支援している。	
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	便秘がちな利用者に対しては、乳製品を摂取してもらったり、水分摂取回数を増やしたり、なるべく薬に頼らない自然な排便ができるよう個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	利用者個々の身体状態・本人の希望に合わせて機械浴・一般浴・シャワー浴・清拭等で柔軟に対応している。また、本人に気持ちよく入浴してもらえるように声かけを行っている。	週3回とし、9時30分から11時30分の間にゆっくりと入浴できるよう支援している。利用者の体調に合わせて、併設施設の機械浴の利用や清拭、シャワー浴、足浴の支援をしている。入浴したくない人には時間の変更や言葉かけの工夫など、無理強いをせず個々に応じた入浴の支援をしている。	

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
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	個々の身体状態に応じて適度に休息して頂いている。夜間不眠がちな利用者に対しては日中の活動(好きな作業や会話等)を出来る範囲で増やし、なるべく薬に頼らないようにし、夜間良眠できるようリズム作りを支援している。		
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	職員は一人ひとりの処方されている薬が分かる一覧表に必ず目を通すようにしている。薬の処方の変更された時には状態をしっかりと観察し、こまめに医師へ報告するようにしている。		
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	本人の好きなこと・やりたいことを見つけ出し、集団レクと併用し、習字や水墨画等、ボランティアの方にも協力して頂き、個々の趣味や能力に合わせた個別の支援を行っている。又、洗濯たたみ、ゴミ袋作り、水やり、園芸作業など能力に合わせた役割作りも行っている。	テレビ視聴(歌番組、水戸黄門などの時代劇、相撲などのスポーツ番組)、ラジオやCDを聴く、歌を歌う、市の健康体操、DVD体操、風船バレー、輪投げ、カルタ、水墨画、習字、貼り絵、ぬり絵、編み物、リースづくり、新聞紙のゴミ箱づくり、洗濯物たたみ、テーブル拭き、野菜の下ごしらえ、野菜や花づくり、水やり、収穫、季節の行事(餅つき、節分、花見、七夕、敬老会、ミニ運動会など)など、活躍できる場面づくりをして、楽しみごとや気分転換の支援をしている。	
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支援している	月に2、3回ほど交代で外出(散歩)できる機会を設けるようにしている。又、希望に応じて中庭で外気浴をしたり、近所を散歩したりと季節を感じられるよう心掛けている。必要に応じて、家族の協力を得て、個別に外出できるよう支援している。	近くの公園への散歩、ドライブ、周辺の桜の花見、中庭での外気浴などの他、家族の協力を得ての外出(花見、鶴の見学)、外食、墓参り、スーパーでの買い物など、戸外に出かけられるよう支援に努めている。	・外出支援の工夫
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	本人の希望に応じて家族と話し合い、本人の能力を考慮した上で、少額の現金を所持して頂いている。		
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	入居者の能力に応じて、事前に家族の了解を得た上で、自由に手紙や電話のやり取りができる様に支援している。		

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
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	リビングから中庭が見え、自然を感じることができる。対面キッチンのため、調理の音やにおいて生活感を感じることができる。ソファやテーブルを設置しており、誰でも利用できゆっくりと過ごせるような環境づくりに努めている。	中庭から自然光が差し込み、共用空間は明るく広々としている。テーブルや椅子、テレビ、大きなソファなどを配置し、利用者が自由に過ごせる空間となっている。壁面には季節に合わせた飾りつけがしており、利用者の作品(水墨画、習字)、パッチワークの作品、行事の写真が飾ってある。天気の良い日には中庭で日向ぼっこをしたり、おしゃべりをして、ゆったりした時間を過ごしている。温度、湿度、換気に配慮し居心地良く過ごせるよう工夫をしている。	
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	居室は全室個室により、プライバシーが保たれている。ホールには数箇所のテーブル、ソファを設置し、共用空間となっている。面会時は家族と一緒に過ごせ、また、入所者同士のふれあい空間となっている。		
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	自宅で使用していた馴染みのある家具や布団、衣類等を持ち込んでいただき、居心地良く暮らすことのできる居室作りを利用者・家族と共に考えている。必要な方には、テレビ等の貸し出しを行っている。又、写真や作品、花などを飾り、より本人らしい空間となるように工夫している。	整理ダンス、衣裳ケース、椅子、テレビ、衣裳掛け、日用品などの使い慣れたものや好みのものを持ち込み、家族の写真、ぬり絵、貼り絵、カレンダー、利用者自身の手づくり作品などを飾って、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	施設内はすべてバリアフリー対応になっており、廊下や洗面所、トイレ、浴室には全て手すりを設置し、安全に安心して行動できるように配慮されている。又、居室での転倒が多い利用者に対しては家具の配置を工夫し、必要な方には自助具を設置し安全かつ自立した生活が出来るよう支援している。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム兼清

作成日： 令和 1 年 6 月 10 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	14	外部研修参加の機会の確保	外部研修に参加しやすい環境を整備し、積極的に参加するように努める	外部研修の開催要項を回覧する。また必要な研修については個々に応じて参加を促し、研修に参加できるよう勤務体制を整える。	12ヶ月
2	50	外出支援の工夫	個々に応じた外出支援ができる。	個別の状態・状況を見ながら、よく出かけていた所や季節に応じ積極的な外出ができるように検討・実施をする。	12ヶ月
3	1	理念の共有	職員間で理念を共有し、理念に沿ったケアに努める。	職員会議または職員研修で理念についての議題をテーマに定期開催し、常日頃から理念を意識、共有できるようにする。	12ヶ月
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。