

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	0870300902		
法人名	(株)マツウラ		
事業所名	グループホーム きらめき A棟		
所在地	土浦市小松2丁目9番12号		
自己評価作成日	平成31年3月8日	評価結果市町村受理日	令和元年6月10日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/08/index.php?action=kouhou_detail_022_kihon=true&Ji_gvosvoCd=0870300902-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成31年3月26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)】

<p>◇ご利用者の意志を尊重するよう努めている。 ◇医療機関(内科、歯科、眼科)の訪問診療を受け、連携している。 ◇毎日棟合同でラジオ体操やきらめき体操を行い、健康維持を図るとともに棟の交流を図っている。 ◇毎食前 口腔体操を実施し誤嚥予防に努めている。 ◇毎月利用者の様子を記入しご家族へ送付して、ご家族の訪問時には毎回近況報告をしている。 ◇運営推進会議には地域の区長、民生委員、訪問診療の看護師、市高齢福祉課職員、ご家族、ご利用者と多方面からの方に参加頂き、活発な意見交換ができる。 ◇なるべくホームにあるものを使用し、ご利用者の負担を増やさないように努めている。</p>

【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)】

<p>利用者や職員は、ラジオ体操やきらめき体操を行い、天気の良い日には事業所周辺を散歩して近隣住民と挨拶を交わっている。大正琴やギター、日本舞踊、ドッグセラピーなどのボランティアが訪問するなど、地域住民との交流をしている。 運営推進会議には、民生委員や地区長及び介護相談員等の参加があり、課題について相談する等住民の協力が得られている。 職員は、利用者が調理の食材を刻んだり調理をする等、自宅にいるような雰囲気の中で穏やかに生活できるよう支援している。</p>
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55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 3. 利用者の1/3くらい 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る (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: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 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、生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、安心して暮らせている (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	基本理念を玄関・各棟に掲示し、職員・ご家族はもとより面会者、地域の方にも知って頂けるようにしている。管理者・職員は支援が理念に基づいているか振り返りながら支援にあたっている。職員の名札の裏面に入れ、日頃から浸透させ、実践に努めている。	理念を玄関や各ユニットに掲示するとともに、名札の裏に理念を記載し、確認できるようにしている。利用者の生活の回復を意識して家事参加を促している。子ども会の祭りの際に、休憩所として駐車場を提供している。
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	事業所は子供会夏祭りの休憩所にも場所を提供し、大きな山車も事業所に立ち寄りお祓いを受けている。地域のボランティアの方や大正琴、ドッグセラピーの訪問も頂いている。地域住民として毎年公民館の文化祭の見学に行っている。	自治会に加入し、回覧板を回している。ギターや大正琴の演奏ボランティアが定期的に訪問するとともに、動物専門学院の生徒によるドッグセラピーを受け入れている。
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	地域の区長の方、民生委員の方に認知症についてご理解頂けるよう事例をとおして丁寧に説明しこのお二方を通して地域の方に広く認知症の理解が深まるようしている。また、見学の方にも認知症に関する資料を配布し啓蒙活動を行っている。	
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	参加者は市職員、地区長、民生委員、訪問診療看護師、ご家族、利用者、職員と多岐にわたっている。多方面からの忌憚のない貴重なご意見を頂き、その議事録を家族に配布、職員回覧をしてサービスの質の向上に活かしている。	運営推進会議を定期的開催するとともに、利用状況や事業所の取り組み等の報告をしている。家族等から外出の機会が少ないとの意見から、外気浴や散歩を取り入れたり、買い物は個別対応するなど改善している。
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	運営推進会議に高齢福祉課職員にご参加頂き、実情をご理解頂いている。その上で、不明な点や困難な点の相談に乗って頂いている。また介護相談員の方の訪問を頂き、訪問時の感想をお聞きし、意見交換をして頂いている。	運営推進会議の担当課の出席の他、介護相談員が定期的に訪問している。管理者が市を訪問し、事業所の事故報告や対応方法、成年後見人等について相談し、助言を得ている。
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	身体拘束等の適正化等の指針を定め、身体的拘束適正化検討委員会を3ヶ月に1回開催、現場の状況把握や適正化に向けた話し合いを実施している。玄関施錠に関しては、事業所の立地環境などから利用者のリスクを考慮し、ご家族の了解を頂き、施錠を実施している。	身体拘束等に関する指針を定め、玄関に掲示するとともに、身体拘束廃止委員会や勉強会を開催している。同意書のほか、経過観察記録や検討記録を整備している。
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	身体拘束等適正化の指針に関連し、研修を通じて言葉による拘束、虐待への職員の意識向上を行っている。介護の現場で不適切な言葉を職員が発した時は、管理者をはじめ、職員間でもお互いに注意できるよう努めている。	

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
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	年1回権利擁護の研修を実施。認知症の方の権利は損なわれやすい現状もあるため、必要時には包括に相談するなど成年後見制度の活用を検討している。		
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	契約時には重要事項について不明点が残らないように時間をかけて説明し確認している。介護保険法の改定等で変更があった場合は文書で伝え、個別の質問に対応し、理解納得を頂けるようにしている。		
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	面会カードにご意見を頂けるよう欄を設けご意見箱を設置し意見を募っている。運営推進会議で上がったご利用者ご家族の意見を現場に伝え反映している。面会時にもご家族の意見をお聞きしている。苦情窓口や第三者委員設置も掲示している。	重要事項説明書に苦情の受付窓口を明記し、契約時に家族に説明している。玄関に意見箱を設置するとともに、面会カードに意見や要望、苦情等が書けるよう、意見を徴収できるように工夫している。	
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	業務改善など管理者、計画作成担当者から職員の意見を聞き取り、その意見をまとめて管理者会議で検討し代表者へ伝え決済を得ている。	日頃から話しやすい雰囲気作りに努めるとともに、職員会議時に業務改善等について話し合っている。入浴を1日おきに実施していて、外出する機会がないとの意見を踏まえ、週1日入浴しない日を設け、散歩する日とした。	
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	勤続年数により手当がある。就業規則は整備され社会保険、退職金制度がある。処遇改善交付金申請し交付を受けている。		
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	毎月、職員全体向けに事業所内で勉強会を行っている。個別研修では職員の経験年数に応じて外部研修を受講している。新人には新人研修の他、経験の浅い者にはOJTを行っている。人事考課までは至っていない。		
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	2ヶ月毎に開催されるグループホーム連絡会にできる範囲で出席し意見交換、情報交換するよう努めている。		

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
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	環境の変化はご本人にとって戸惑いや不安・混乱を生じさせる原因の一つであり、緊張も強いられる。その戸惑いや不安緊張などを和らげることができるよう職員が傍で話し掛け、他の利用者との会話や橋渡しや関係づくりを支援している。		
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	入居される前にご家族から入居に至るまでのご本人との関係や様子をお聞きして、入居後にご家族がご本人とどのように関わられるかを相談し方向性を決める。ご家族に無理強いをすることが無いよう努めている。		
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	入居前には本人・家族等関係者と充分話し合い、入所の必要性を検討している。満床時の問い合わせには、他施設や居宅のサービスをお知らせしている。家族等の様子から判断し緊急必要と判断したときは市と連携を図っている。		
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	年齢が近い職員が多く利用者の思いを理解し易い。暮らしの場面場面で職員が一方的に決めるのではなく利用者に相談し、意見を頂きながら暮らしの流れを決めるように努めている。利用者の暮らしの知恵に助けられることも多い。		
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	入居に至るまでの本人と家族の関係を鑑みながら、関係を深められるよう、またできれば再構築に繋げられるよう、来園時には直接報告、必要時には電話を入れ支援している。また月の様子や運営推進会議の議事録も随時送付している。		
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	馴染みの人に会いたい、家に帰りたい、出かけた等々の要望があれば、家族に同意を得ることができる限り対応している。面会時は居室でゆっくり過ごせるよう配慮し、ホーム内には公衆電話を設置し外部への連絡も取りやすい環境を整えている。	入所時に本人や家族等から、また、日々の関わりから、把握している。公衆電話の設置や友人との外食、通院時の帰宅等、馴染みの関係が継続できるよう配慮している。	
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	仲の良い利用者同士の関係維持、また認知症の症状により孤立しがちな利用者には職員が話しの橋渡しをしている。ご夫婦で入居されている方はその関係を維持できるように支援している。日中棟にもふらりと散歩に出かける関係性ができている。		

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	契約終了後も必要に応じて相談や支援に努めている。退去後もご本人、家族が孤立せず暮らしが継続できるように移動先の検討、紹介を行い、移動先には情報提供を行っている。		
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	暮らしの中でのご本人の思いや希望が聞かれたときは記録に残し職員間で情報共有している。またケアプラン変更時にはご本人、ご家族に直接要望をお聞きしてその内容をケアプランに反映させている。	利用者からは聴き取りや日々の会話、介護計画更新時に把握している。利用者の情報は、職員会議やカンファレンス、申し送りノート等で共有している。	
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	入所時は本人、家族等から聴き取り、アセスメントし、入所前利用していたサービス事業所から情報を得ている。日々の暮らしの中でご本人の生活歴や暮らし方をご本人から断片的にでもお聞きできた時は職員間でその情報を共有している。		
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	個々のペースで暮らせる様できるだけ限り意向を尊重している。レク参加も基本ご本人の意思を尊重。入浴の順番や希望を聴いたり、天候の良い日は散歩している。疲れ易い方は午睡している。排泄、食事摂取量を把握し、体調変化の早期発見に努めている。		
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	毎月モニタリングを実施し、ケアプラン更新時にはアセスメントの実施、ご本人、ご家族の要望をお聞きし、要望を踏まえて主治医、看護師と相談するなどカンファレンスを実施しケアプラン作成へとつなげている。	介護計画の作成にあたり、家族等には面会時に意見や要望を確認するとともに、毎月のモニタリング等の経過を踏まえて作成している。見直しは、基本1年で見直しを行っているが、利用者や家族等の要望、状態に変化が生じた場合は随時見直ししている。	
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	日々の様子、訴え、本人の言葉等、時間、場所等を個別に明確に記録し、毎朝夕申し送り、利用者の状態を把握している。その中の特筆すべき事柄はケース記録に記入し、モニタリング時活用している。		
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	利用者の状況に応じて家族と一緒に食事をして頂く、また家族事情に応じて諸手続き全般、おむつ代金申請、買い物代行、買い物同行、通院同行等支援している。その時必要と思われる事を柔軟に対応している。		

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
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	毎月のギターボランティア、随時動物専門学院慰問や大正琴等、地域ボランティアの訪問。地域のスーパーでの買い物、訪問理美容の利用、地区のお祭り参加、文化祭への作品出品など地域資源を活用しながら地域の中で暮らしを楽しめるよう支援している。		
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	施設連携医は、隔週内科、毎月歯科、必要時は眼科往診している。入居前のかかりつけ医を継続している方もおられ、主治医はご本人ご家族の希望に応じている。連携医・主治医の紹介状により救急病院と連携が図れに情報を提供し受診支援している。	かかりつけ医の受診の他、協力機関や皮膚科の訪問診療の診察を受ける事ができる。受診時は家族から利用者の状態をメモや口頭で伝えてもらっている。受診結果は、個人記録に記録するとともに、家族等には電話で報告している。	
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	看護師は週1回程度訪問し、医師の指示で採血などを行い、職員及び利用者に訊きとり、記録している。日頃の様子、薬の効果等相談している。看護師に医療連携ノート記録、サインをもらっている。		
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。	入院中は希望に応じ事業所で衣類洗濯介助を実施。入院中も病院に利用者の状態を確認し、退院時には診療情報提供書で情報を頂き、退院後のケアプラン作成や介助方法に活かしている。医療行為が必要になり、退所される方の移転先を病院と連携し探す等、日頃より医療相談員との連携を図っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	事業所の看取りの指針に則り入居時家族に説明し、意向を確認、状態が悪化した時に再度事業所で出来ること出来ないことを説明し意向確認、更に主治医より終末期と診断があった時点で、加算について、最期の時の過ごし方等ご家族に説明し要望を伺い双方の合意の上看取りを行う。提携医とは状態変化時に蜜に相談指示を仰いでいる。	看取りに関する指針を作成し、看取りが必要になった時は、家族等から同意書を貰うようになっている。外部研修や研修に参加した職員による、伝達研修を実施した。マニュアルを整備するまでには至っていない。	看取りを実践している事業所であることから、マニュアルの整備と引き続き定期的な研修の実施が望まれる。
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	AED、救急救命講習を毎年受講している。新人職員は特に受講させている。また地域の方々も講習会に参加されている。また、事業所内研修で事故発生時の対応の研修を実施している。		
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、地域の方に見守って頂き、防災訓練を行い、夜間想定避難訓練も実施している。有事には地区の区長、民生委員を通して協力を仰ぐ体制をとっている。食物、飲料水、卓上コンロ等を備蓄している。災害時は近隣の方の井戸水を使用許可を頂いている。	住民参加による、夜間想定を含めた避難訓練を行っている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。備蓄品は、缶詰や飲料水等の備蓄品を一覧表を作成して保管している。	反省会で出た課題等を次回の訓練に活かす取り組みを期待する。

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	目上の方に対する丁寧な言葉遣いに心がけ、不適切な言葉や声かけには職員同士で注意し合えるように努めている。特に、入浴時や排泄に関しては出来るだけ羞恥心、自尊心を尊重し、プライバシーを損なわないよう配慮している。	入居時に個人情報に関する同意を得るとともに、個人情報に関する書類はキャビネットに保管している。職員は、プライバシーに関する内部研修を実施するとともに、利用者と接する時は、丁寧な言葉遣いを心掛けている。	個人情報に関する同意を得る際に、利用者の写真等の掲載に関する同意が得られるような様式を作成することを期待する。
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	利用者が思いを言い易い関係作りに努めている。馴染みの関係ではあるが、職員は節度を持って対応し生活の中で希望をきいて、その人らしく生活出来るよ気持ちを取り戻す様、努めている。できるだけ自己決定できるように声をかけている。		
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、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	できるだけ「待って下さい。」と言わず対応するよう努めている。その日の天気や希望によって、一日の過ごし方やレクリエーションを利用者に相談して決めている。詩吟を楽しまれているご利用者もいらつやる。		
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	毎日髪を梳き、鏡を見て頂く。男性利用者には髭そりの声かけや支援をしている。理美容サービスでは好みのカットをしてもらっている。衣類は出来るだけ自分の選んだ物を着て頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	家庭的な食事をして頂くために基本的には手作りの食事を心掛けている。季節や年中行事のメニューを取り入れている。調理の下準備や下膳、テーブル拭き、野菜の下準備等手伝って頂いている。食事時はテレビを消して音楽を流し雰囲気づくりをしている。	利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫の他、自家菜園の野菜を材料に取り入れている。利用者はそれぞれの能力に応じた手伝いを行っている。季節毎の行事食や外食の機会を設けている。	
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、水分摂取量を把握し、糖尿病の方をはじめ摂取量に配慮している。グループ運営の特養の管理栄養士作成のメニューを参考にして栄養バランスを図っている。利用者の状態に応じて、刻み、粥、ミキサー食を提供し、見守りや介助を行っている。		
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、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、声かけて歯磨きして頂き、その人にあつた方法で歯ブラシ、スポンジ歯ブラシ、ガーゼなどで口腔ケアを実施。義歯は定期的に義歯洗浄剤で保清。また歯科による口腔ケアを受けている方もいる。歯科医、歯科衛生士にその人にあつた口腔ケアを相談。		

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	日中は、座位可能な方はテープ式オムツはせず、定時トイレ誘導で排泄リズムを作れるよう支援している。夜間はその人の状態に合わせてポータブルトイレ使用している方もいる。尿管カテーテル留置の方は、定期的にカテーテル交換等の受診支援をしている。	排泄チェック表から、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、さりげない声かけにより、トイレ誘導している。日中座位が可能な利用者にはオムツを使用せず、トイレ誘導している。必要に応じて夜間はポータブルトイレを使用している。	
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	食事の献立に気をつけ毎日牛乳を飲んで頂く。毎朝ラジオ体操きらめき体操を実施。トイレで排便しやすい姿勢の声かけ支援している。排便の有無を確認し、必要時腹部マッサージや主治医に下剤の調整を相談している。		
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、個々にそった支援をしている	週3回入浴しているが順番、時間はその日の体調により、希望もきいて実施。その日入浴に拒否のある方は、職員を替えて誘ったり別の日に行く。入浴できない方は清拭、衣類交換、陰部洗浄実施。シャワー浴の場合は足浴を併せて行う。	入浴は週2、3回入れるよう支援するとともに、入浴剤を使用し、入浴を楽しむことが出来るような工夫をしている。入浴を好まない利用者には、時間や職員を替えて声かけしたり、清拭や足浴で対応している。	
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	休みたい時は自由に居室にて休まれているが長時間の休息で生活リズムが乱れないよう配慮している。布団を干し、リネン交換して気持ちよく寝具を整えている。傾眠や体力低下している方は、午睡の声かけをしている。不眠時は医師、家族と相談し、睡眠導入剤や安定剤服用されている方もいる。		
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	配薬は氏名日付を読み上げ確認、服薬時は飲み込むまで確認。利用者の嚥下状態で医師に粒、粉の相談。薬説明書をファイルし、職員が目を通し易く把握できるようにしている。利用者の状態を医師に報告、薬変更時は家族に報告し様子を観察し記録。		
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	野菜のヘタ取りや食器拭き、洗濯干し、畳みを手伝って頂いたりできる事を行って頂き感謝の言葉を添えて役割を感じて頂く。裁縫や編み物、カラオケなど嗜好に合わせたレクの実施。天気の良い日は散歩、外気浴。季節の行事、ボランティアの訪問などの楽しみもある。		
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	日中、天気の良い日には外気浴、玄関外で合唱したり、茶を飲んだり、近所の花屋を覗に行ったり、何通りかのコースで散歩する。年2回程度、車椅子利用者も車で近隣に出掛けている。遠出の時は家族の協力を仰いでいる。春先は近所に散歩に行き、野花を摘み、テーブルに生けます。	天気の良い日には、近隣に散歩に出かけている。年間の外出の計画を立て、神社への初詣や花見等に外出している。近くのスーパーやコンビニエンスストア等で買い物をしている。	

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	ご家族の了解のもと、お小遣いをご自分で管理している利用者がある。希望者には職員が買い物代行し利用者に必要なものを購入預かり金から支払代行し出納帳記入、毎月明細書、領収書を家族へ送付。大型スーパーへの買い物外出をユニット毎に実施している。		
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	ホーム内には公衆電話を設置し、希望がある時は電話をかけたり、手紙を出したり、受けたりできるよう支援している。家族からの電話を繋ぎ、会話を支援している。		
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	棟ホールに行事の写真や利用者の作品を飾ったり、季節の生花を活けたりしている。玄関ホールの日が入る場所にソファを配置し、どの棟のご利用者ご家族も過ごせるように配慮している。各棟にはソファがあり、気軽に座って過ごせる。また、排泄臭には気を付け、利用者、家族、訪問者が不快感を感じないようにしている。	居間兼食堂や廊下には、利用者が作った作品や行事の写真を掲示している。玄関に転倒防止のために椅子やソファを設置している。加湿器を設置するとともに、脱衣場には電気ストーブを置き温度差に配慮している。新聞を購読し、利用者が毎日読んでいる。	
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	ソファ設置し、気の合った人と数名で過ごしたり、居室で休んだり、思い思いに過ごされている。玄関ホールのソファは、一人で過ごしたいときには生活を感じながらも安心して独りで過ごせる場所となっている。		
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	馴染みの品を持って来て頂いている。家具、仏壇、カレンダー、時計、布団等、本人独自の居室にしている。利用者の状態に応じて職員が居室内の環境整備を行っている。	ベットやカーテン、クローゼット、エアコンを設置しており、仏壇や布団、カレンダー等各自が使用していたものを持ち込んでいる。夜間のみ転倒防止のため、床に布団を敷く等の工夫をしている。	
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」「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	共有スペースに手摺りがあり、カレンダー、時計は見やすい位置にし、廊下等には物を置かないようにしている。状態に合わせて、夜間ポータブルトイレを使用したり、見守りが必要な方はホール近くの居室で過ごして頂いている。、ベッドから滑落の恐れがある方は夜間床に布団を敷いている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームきらめき

作成日 令和元年6月7日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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	37	利用者が自らご自分の希望を発言されたり、職員が利用者の希望を引き出す支援が不足し、ご自分の意思を表出されたり自己決定の場面が少ない。	利用者の思いや視点で暮らせるよう支援できるようになる。	職員向けに自己決定、権利擁護の研修を行う。利用者の希望に沿った支援ができるよう、希望を記録するノートを作成し職員間で周知し、支援に繋げる。	12ヶ月
2	33	看取りを実施している事業所であるので、看取りのマニュアルの整備と、引き続き定期的な看取りの研修の実施を行うこと	看取りマニュアルの改訂、年に1回職員全員向けの看取り研修を行う。	現マニュアルを見直し、事業所の看取り対応の指針に則ったマニュアル改訂を行う。2019年度の研修計画の介護技術研修で看取り研修を実施する。	12ヶ月
3	36	個人情報に関する同意を得る際に、利用者の写真等の掲載に関する同意が得られる様式が不足している	個人情報の同意書に肖像権に関する同意を頂ける書式に変更する。	利用者の個人情報利用目的の通知および第三者に対する提供に関する同意書を改訂し、加えて写真の使用に係る同意書を作成する。	外部評価受診後実施済
4	35	避難訓練実施後反省会で出た課題が次回の訓練に活かされていない。	前回の避難訓練の反省事項を次回の避難訓練に活かせるように計画を立てて避難訓練を実施する。	前回の反省事項を組み込んだ避難訓練実施計画を作成し、訓練を実施する。避難訓練のPDCAを回していく。	外部評価受診後実施済

注1) 項目番号の欄には、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。