

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	0871200390		
法人名	有限会社 修明		
事業所名	グループホーム和み 東北ユニット		
所在地	常陸太田市下河合町953-1		
自己評価作成日	平成29年9月22日	評価結果市町村受理日	平成30年 3月20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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kihon=true&JvsvsnCd=0871200390-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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29年10月17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)】

徳川光園公ゆかりの地常陸太田市の入口、久慈川に架かる幸久大橋の傍に当施設があります。道の駅が近くに建設され、今後の発展を期待されている所です。最高齢107歳、平均年齢88歳の2ユニット18人の楽しい我が家です。毎年ご家族の皆様や地域の皆様への感謝を込めて、夏に『和みまつり』を行っております。ご利用者様と職員で結成された楽団『ジョイフル和み』の演奏(ふるさと、青い山脈)も日々の練習のお蔭で沢山の拍手をいただきました。その他地域との交流では保育園児の慰問や小中学生の町探検、福祉体験学習などお子様との交わりやボランティアの方のリハビリ体操などの支援も受けております。今年で13年目。生活の場においても医療的ニーズの高い利用者様が增える中、介護方法も日進月歩。私達はご利用者様が快適に生活できる様な「認知症ケア」の本質を見つめ直し、一人一人のご利用者様の行動を良く理解をして、その人の立場に立った視点で接することが出来る様日々精進していきたく思います。いつも笑顔いっぱいの明るいグループホームです。

【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)】

事業所は協力病院の訪問診療を月に2回、訪問看護を週1回受け入れており、医療連携が取れていることが利用者や家族等の安心につながるよう、支援に取り組んでいる。代表者と職員は、利用者や家族等に満足してもらえるように話しを聴き、希望や要望を取り入れるよう心がける一方、毎月利用者の状況を写真等に印刷して配布するほか、それぞれの利用者ごとに、介護計画書に沿った目標が達成されているかどうかを、施設独自のケア実施表に毎日記録して評価を確認するなど、利用者へのきめ細やかな支援を行い、利用者や家族に喜ばれている。

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 利用者や職員が、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、生き活きと働いている (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している (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	運営理念 1.最良な環境で、最適な介護 2.満足されるサービスに提供 3.生き甲斐を謳歌する人生 スローガン「満足されるサービスの提供で、地域の方々と共に歩む介護施設」 施設の理念を、朝礼において唱和している。また職員採用時には必ず理念を伝え理解をしてもらっている。	利用者、家族に満足してもらうためにはどうしたらよいかを考えながら、日々の実践の指針としている。散歩中に挨拶をかわすなど利用者と地域住民のふれあいの場を持つように心がけている。利用者が生きがいをもち、満足して生活してもらえるよう、利用者、家族等からの意見は大切に受け止めている。	
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人として日常的に交流している	町内会に加入し、葬儀に参列したりしている。日常的に散歩に出掛け、近所の方々と挨拶を交わしたり、野菜を頂いたりしている。近隣の小学生や保育園児が慰問に来たりしている。また子供会の夏祭りに招待され、かき氷や焼きそばを頂いたり、地域の方々との交流を深めている。☞和みまつり☛にも町内の方々の参加を頂きました。	日常的に散歩時は、地域住民と挨拶を交わし、時折花をもらうこともある。隣接している公民館(集会所)での子ども会の行事に、職員と利用者が参加して交流している。地域の保育園児との定期交流が年2回あるほか、体験学習など、小中学生との交流がある。近隣住民がお米や畑の野菜を届けに来てくれたりそのお礼に施設の夏祭りに招待するなどの関わりがある。	
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	幸久小学校や峯山中学校との交流を持ち小中学生の社会観育成に協力している。施設長が認知症ケア専門士の資格を有しており、認知症介護での困り事はどうぞと地域の方から多方面にわたり相談を受けている。		
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	運営推進会議では事業所からの報告に対して色々な意見が出される。また介護保険のことや地域の現状についても意見交換をしている。外部評価の結果を踏まえて現在取り組んでいる内容について報告し、意見をももらうようにしている。	家族等の代表や市職員、民生委員等が参加し、行事や事業所の取り組み、課題等について話し合いを行い、委員から意見をもらっている。自由に施設を使ってほしいなどの地域への呼びかけ等も、運営推進会議の場を使い行っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村担当者とは相談しやすく、運営推進会議はもとより、事業を行っていく上で生じる運営やサービスの課題について色々と助言を頂いている。また、種々の情報も提供して頂いている。	相談ごとがあれば市の担当課へメールで質問して、即座に資料を送って貰うなどのやり取りを頻回に行っている。市の担当者とは顔の見える協力体制を築いている。	
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	身体拘束については厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦」の11項目を研修により全職員が学んでいる。また、利用者の人権を守ることがケアの基本であり、どんなことがあっても拘束は行わない方針である。止むを得ない場合は身体拘束委員会を通して決定することになっている。「言葉による拘束」についても一人一人気を付けている。	身体拘束排除に関するポスターを事務室に掲げ、「身体拘束排除の理念と方針」「身体拘束排除マニュアル」を職員がいつでも手に取れる場所に設置している。身体拘束排除に関する外部研修に参加した管理者は、資料を全職員に配布して研修内容を申し送りしている。身体拘束をしないケアを全職員が理解し、実践するよう取り組んでいるが、経過観察記録、再検討記録等の書類の整備をするまでには至っていない。	万が一の場合に備えて書類の整備を行うことを期待する。

東北ユニット

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
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	施設外の虐待防止の研修に参加している。勉強会やミーティングを実施し、高齢者虐待防止法に関して全職員が理解をする取り組みを行っている。		
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	勉強会にて職員の理解を深める様にしている。対応が必要と思われる利用者がある場合には随時職員に説明し、家族や利用者への支援に結び付けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には時間を充分とり、説明をして同意を得ている。事業所のケアの考え方や取り組み、利用料金、重度化看取りについての対応や医療連携体制、事故時の対応、退去を含めた事業所で対応可能な範囲について説明をしている。不安や疑問点があれば丁寧に説明をして納得して頂いている。		
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	利用者の言葉や表情・態度からその思いを察するようにしている。また利用者、ご家族の意見や不安などはその都度報告し、早期に解決している。ご家族には電話や手紙そして訪問時に問いかけ、何でも言ってもらえる雰囲気作りをしている。ご意見箱を設置して意見や苦情を受け止めている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明示するとともに、年1回行事の際に無記名アンケートを実施し、意見を聴くようにしている。アンケートは集計して公表し、なるべく要望に応え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	全職員出席のミーティングを毎月実施し、代表者や管理者は職員の意見や要望を出来るだけ反映できるように心掛けている。入居者の関わり方に問題点があった場合には早期に対応できるように検討会を実施している。	職員からの意見は出来るだけ反映できるよう心がけており、職員からの意見により、勤務表作成を代表者から管理者に変更したことで、より職員の希望に沿った勤務管理が出来るようになった例がある。	
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	代表者は頻りに現場に来て、利用者や接したり、職員の業務や悩みを把握するようにしている。職員の資格取得に向けた支援を行っている。また、職員が向上心を持てるように職場環境を整えるため職員のお子様の保育園等各家庭の状況に合わせた勤務体制を取りながら休暇希望や勤務変更にも柔軟に対応し、継続勤務を支援している。		

東北ユニット

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
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	全ての職員が質を向上させていける様、事業所以外での研修に参加し、学びの機会を設けている。学んだことを全職員が共有できるように研修報告会を実施している。施設内においても年4回の研修会を実施している。		
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	市内のグループホーム連絡会や県地域密着型介護サービス協会、生活リハビリ懇話会、茨城社会福祉協議会に参加し、意見交換や研修会を実施している。全国グループホーム協議会、認知症ケア学会の会員となり、情報交換やサービスの質の向上に取り組んでいる。		
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	出来る限り利用前に本人と会って、本人の置かれている状況を理解し、心身の状況や本人の思いなどを知り、職員が本人に受け入れられ、利用者が安心して生活できる様な馴染みの関係作りをしている。		
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	入所するまでの経緯をゆっくり聞くようにしている。初期面談の中で、困っている事や不安なことなど何でも話せるような雰囲気作りをしている。ご家族の求めているものは何かを理解し、事業所として何が出来るか考え、安心して生活を任せられる施設であると思っただけのような信頼関係を築けるようにしている。		
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	相談を受けた時には、本人や家族の思いや状況を確認し、グループホームとは限らず本人や家族にとって最良な現在必要なサービスにつなげるようにしている。		
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	利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有している。本人の出来ることはなるべく行ってもらう様にしている。喜怒哀楽を共にし、お互いに助け合っ、安心と心の安らぎを生み出し、毎日一緒に和やかに穏やかに生活が出来るようにしている。		
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	職員は本人と家族の絆の大切さを理解している。常に家族の方には日々の暮らしの出来事や気付きの情報を伝えながら、家族の思いに寄り添って本人を支援している。		

東北ユニット

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	
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	利用者様の近所の友達が訪ねてきたり、毎月娘たちと外食したり、お墓参りに行ったり、毎週面会に来たり、自宅に外出したり等、一人一人の生活環境を尊重している。本人や家族の思いを知り外出で家族と一緒に過ごすことを勧めている。季節行事に家族を誘ったりもしている。	利用者や家族等からの聞き取り、生活暦で把握した情報を申し送りノート等に記録し、全職員が目を通して共有している。自宅への外出や外泊、利用者によっては馴染みの店の饅頭が食べられるよう支援をしている。	
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	車椅子を押してあげたり、手を引いてあげたり、利用者同士お互いに支えあう、協力し合う雰囲気がある。日中はほとんどの利用者はフロアーに集まり、お茶や会話などを楽しんでいる。お茶や食事時には職員も一緒に多くの会話を持つようにしている。生活に馴染めない人には、利用者と職員が協力して馴染めるような雰囲気作りをしている。		
22		○関係を断ち切らない仕組み 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	サービスの利用が終了された方でも、バザーに協力して下さったり、継続的な付き合いが出来るようにしており、時々電話で近況を聞いたりしている。退所後の相談を受けることもある。		
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	本人がどの様に暮らしたいのか、何をしたいのか、誰に会いたいのかははっきり答えられる方は少ないが、日々の関わり合いの中で声を掛けたり、言葉・表情・行動の中から汲み取り、把握するようにしている。七夕まつりでは職員の支援のもと一人ずつ願い事を短冊に書き発表し、一人一人の願いが早く叶うように家族の方にも協力を頂いている。	利用者の思いや暮らし方の希望を把握し、得た情報を申し送りノートに記載し共有している。年に一度、七夕祭りには利用者の具体的な願い事を聴き、職員が短冊に記すとともに記録し、願いがかなえられるように支援を行っている。風呂屋に行きたい、いなり寿司が食べたい、などの要望に、家族等の協力を得るなどして、なるべく即座に要望に応じている。	
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	利用時に家族から入居までの生活を必ず聞き取って、職員全員で共有している。本人が穏やかにご自分の有する能力(一緒に草を取ったりなど)を発揮しながら自分らしく暮らしていくことを支援している。		
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	利用者一人一人の生活リズムを理解し、行動や小さな動作から、本人が出来ること、わかることを中心にその人の生活全体を把握するようにしている。		
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	本人やご家族には、日ごろの関わりの中で思いや意見を聞き、介護計画に反映させるようにしている。アセスメントを含め職員全員で意見交換をし、モニタリングを毎月実施している。また利用者が自分らしく暮らせるように本人や家族の要望や変化に応じても見直している。	モニタリングを毎月行い、基本半年で見直しを行っている。施設独自の「ケア実施表」を作成し、介護計画に沿った目標が達成されているかどうかを確認している。	
27		○個別の記録と実践への反映	個別ファイルを用意し、バイタルチェックを行		

東北ユニット

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
		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	い、食事量・水分量・排泄など日々の健康管理の記録をしている。朝と夕の申し送りには必ず一人一人の情報を伝えている。日々の記録を根拠にしながら、介護計画の見直しをしている。		
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	本人や家族の状況に応じて、通院や必要品の購入など必要な支援は柔軟に対応し、ご利用者の満足度を高めるようにしている。		
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	ご利用者様が安心して地域で暮らし続けられるように、地域包括支援センター、民生委員、地区長、老人会長、ボランティアの方や園児、小学生、中学生との触れ合い、理美容サービスなど地域の方々の力を借りて支援している。		
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	事業所の協力医が月2回訪問診療と週1回看護師の健康チェックに来てもらっている。利用前からのかかりつけ医での医療も受けられるように、ご家族と協力して通院介助を行っている。受診結果について、指示や助言がある時は全職員で共有支援している。認知症疾患センターのある医療機関が協力病院のため相談に行き易く、診察情報や治療方針、認知症についての指示や助言をもらっている。	希望者はかかりつけ医へ受診出来るよう支援しているほか、協力医療機関の医師による訪問診療が月2回と週1回の訪問看護師による健康チェックがある。訪問診療医師とは口頭でなんでも相談し、指示を受けて連携体制を築いている。	
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	協力病院の看護師との契約に基づき、日頃の健康管理や医療面での助言をもらっている。看護師とは気軽に相談することができ、医療連携も密に取れている。介護職員は利用者の少しの変化も見逃さず報告をしている。		
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、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。	入院時に本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、家族とも相談しながら、当施設内で対応可能な段階で、なるべく早く退院ができるようにアプローチをしている。退院時のカンファレンスには出来るだけ同席し、今後の生活の指導を受けている。		

東北ユニット

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
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、事業所ですることが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	本人の気持ちを大切に、家族と話し合い、ご利用者が安心して終末期を過ごせるように取り組んでいる。重度化や終末期に伴う意思確認書を作成し、事業所が対応できる最大のケアについて説明を行い、医療機関と連携を取り職員全員に介護方針を統一徹底している。家族には日々の健康や生活状況について医師のコメントを添付し、定期的に報告している。	「利用者の介護が重度化した場合における対応に関わる指針」に基づき家族等に説明をし、書面で同意を得ている。職員は外部研修に参加するほか、代表者が内部研修を行い、看取りに対する精神面、心構えなどを学んでいる。	
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	消防署の協力を得て実施した救急手当や蘇生術の研修をもとに、年1回の応急手当の施設内研修を実施している。職員の救急救命対策協議会の応急手当普及員養成講習を受講し、全員に応急手当の方法を指導している。		
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	マニュアルを作成し、利用者とともに避難訓練を行っている。また非常用食料備品(水、食品)と毛布を備えている。避難訓練では夜間を想定した避難や重度の入居者のための毛布での避難訓練を実施している。避難訓練で明らかになった課題についても話し合っている。地域の協力体制については運営推進会議で協力をお願いしている。	夜間想定を含む火災避難訓練を年2回行っている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。住民参加の呼びかけは行っているが、近隣住民は高齢者が多く、参加は難しい。そのため運営推進会議等で、地元消防団の協力が得られるよう意見をもらっている。	事業所が川沿いに立地しているため、更に水災害を想定した備えを進め、利用者が避難できる方法を全職員が身につけられるようにするとともに、地元消防団の協力が得られるよう働きかけを続けることを期待する。
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	接遇の勉強会やミーティングで日々の関わりを点検している。また職員の意識向上を図るとともに利用者一人一人の誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけをしないことを全員に徹底している。	外部研修での個人情報やプライバシーに関する資料を職員に伝えている。個人情報の取り扱いには十分留意し、適切な取り扱いを心がけており、入所時に 家族等へ口頭で、個人情報写真の掲載を含めて説明し、許可を得ている。居室のネームプレートは許可を得ている利用者のみ掲げている。	
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	・利用者が言葉では意思表示できない時でも、表情や全身での反応を素早くキャッチして本人の希望を把握するようにしている。 ・職員側で決めたことを押し付けず、複数の選択肢を提案した中で、一人一人の利用者が自分で決める場面を作っている(レクリエーションや散歩への参加、入浴や着替えなど)。		
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	基本的には一日の流れは持っているが、一人一人の体調に配慮しながら、その日その時の体調や本人の気持ちを尊重して、個性のある支援を行っている(作業療法、レクリエーション、散歩やドライブなど)。		

東北ユニット

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		○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	着替えはできるだけ本人の意志で決めてもらっている。自己決定が出来ない人はそれぞれの生活習慣に合わせて本人の気持ちに添った支援をしている。月1回の理容室も本人の希望に応じて実施する。		
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	テレビを消して、利用者と職員が会話をして楽しみながら食事をしている。下膳や食器拭き、おしぼりたたみ等利用者で行っている。四季折々の伝統行事には、その雰囲気にもふさわしい食事を提供している。地域の方から頂いた野菜等を食事の一品として追加することもある。	利用者はテーブル拭きや食器拭きなど出来ることを職員と一緒にやっている。職員が食事介助し、会話しながら、楽しい雰囲気の中で食事をしている。季節に合わせた行事食を提供し、食事が楽しみとなるよう支援をしている。	
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	食事や水分量の摂取状況を毎日チェック表に記録し、職員が情報を共有している。特に水分量が不足しがちで拒否をする人には経口補水液やジュース等工夫をして飲ませている。カロリー不足な人はエンシュア等を飲んでいる。		
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	口腔ケアの重要性を全ての職員が理解している。食前の健口体操や毎食後の歯磨きの声掛けを行い、一人一人の力に応じた手伝いをしている。2回/日と外出から戻った時にはインジンでうがいをしている。		
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むけた支援を行っている	排泄の時間や習慣を把握し、尿取りパットの使用や時間毎の声掛けをして、出来る限りトイレで排泄できるように支援している。オムツを使用して入所した方もリハビリパンツを使用し、排泄パターンを把握して声掛けしながらトイレ誘導をしている。夜間もなるべくトイレで排泄できるように誘導している。	トイレには手摺を設置している。排泄チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけによりトイレ誘導し、できるだけトイレでの排泄が出来るよう支援している。	
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	繊維質の多い食材や乳製品を取り入れている。水分補給や運動をしたり、職員が腹部マッサージや便秘に効くツボを押したりすることにより薬に頼らず一人一人に応じた自然排便ができるように取り組んでいる。体調管理の中で特に便秘にならないように取り組んでいる。		
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	毎日入浴を実施するようになっている。足がむくむ方には足浴を行っている。一人一人の意向に沿ってくつろいだ気分で入浴できるように支援している。拒む人に対しては言葉かけなど工夫をして入浴支援をしている。また季節に応じてゆず湯やリンゴ湯などが楽しめるように支援している。	週3回午前中を基本として、入浴の支援をしている。菖蒲湯やゆず湯などで季節感を味わえるように工夫している。入浴を拒む利用者に対しては時間や職員を替えるなどして対応している。	

東北ユニット

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
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	できるだけ日中は活動を促し、生活リズムを整えている。夕方からは穏やかに、ゆったりとした時間を過ごす様に工夫をしている。睡眠薬が処方されている方も薬を服用せず、安心して気持ちよく眠れるように支援している。寝付けないうちは飲み物を飲みながらおしゃべりをしたり、テレビを見たりして眠れるように支援している。		
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	全職員が薬の内容を把握できるように、服薬ファイルを作成。服薬は本人に薬を手渡し、きちんと服用できているか確認をしている。本人の状態の経過等も日誌に記載し、日常生活に、特に変化がある時には医師に相談している。		
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	カラオケやパズルや草引き、洗濯物たたみ、茶碗拭き等一人ひとりに合った楽しみや役割を見つけている。折り紙やちぎり絵など得意分野でそれぞれの力を発揮してもらえようようお願い出来る事は頼んでいる。		
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	天気の良い日には利用者の体調に注意しながら散歩をしている。歩行困難な方も車椅子を利用して戸外に出掛けている。季節感を味わうために、花見や浜辺に行ったり、ぶどう狩り、紅葉狩りにも行っている。季節ごとのイベントに参加したり、気分転換にドライブに行ったりしている。本人が戸外で気持ちよく生き生きと過ごせるよう家族と共に墓参りや自宅への外出、家族との会食など外出の機会を設けている。	近所のドラッグストアや100円ショップへ日常品の買い出しに職員と一緒に出かけるほか、近隣を散歩している。年間行事計画を立てて、近くの神社への初詣や花見、果物狩りや地域で有名な祭りを見学に出かけている。ドライブ帰りに自宅近くの懐かしい場所に寄ることもある。	
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	お金を所持できることで安心したり、買物をする中で楽しめたりする人がいるので、家族の協力を得て、少額のお金を持っている人もいる。		
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	希望に応じて日常的に電話を受けている。手紙は受け取ることは出来るようですが、やり取りは出来ないようです。		

東北ユニット

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	(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	毎月作る入居者の方の作品や飾りつけがある。室内に季節の花や額などを飾って家庭的な雰囲気を作っている。十五夜、ゆず湯などの生活感、季節感のあるものを取り入れ、暮らしの場を作っている。廊下の手すりの位置を低めに設置し使用しやすいようにしている。	居間兼食堂は広い窓から自然光が差し込み、明るい空間となっている。掃きだし窓から見える中庭にはウッドデッキと鉢植えの花が飾られて、明るい雰囲気となっている。各ユニットのフロアの一角に6畳の和室があり、寛げるようになっている。	
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	廊下や居間に椅子やテーブルを置き、一人で過ごしたり、家族知人との団欒や仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。		
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	本人と家族の方と相談し、不安や混乱が無いように、利用者様の好みや馴染みの物(写真や使い慣れた物)を用意し、本人が居心地の良い場所としている。家族と本人に部屋は自由に使用して下さるよう伝えている。	居室にはエアコンやベッド、洗面台等が備え付けられている。利用者の好みのもや馴染みのものを持ち込むことが出来るように配慮し、家族と相談しながら取り入れている。	
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	一人ひとりの“わかる力”を見極めて、不安や混乱の無いように環境面で工夫している。利用者の状態に合わせて手すりや浴室、トイレ、廊下などの居住環境を整え、安全確保と自立への配慮をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名：グループホーム和み

作成日 平成30年 3月20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	6	身体拘束排除に関するポスターを事務室に掲げ、「身体拘束排除の理念と方針」「身体拘束排除マニュアル」を職員がいつでも手に取れる場所に設置している。身体拘束排除に関する外部研修に参加した管理者は、資料を全職員に配布して研修内容を申し送りしている。身体拘束をしないケアを全職員が理解し、実践するよう取り組んでいるが、経過観察記録、再検討記録等の書類を整備するまでには至っていない。	万が一の場合に備えて書類の整備を行うことを期待する。	万が一身体拘束をせざるを得ない場合に備えて、経過観察記録、再検討記録等の書類を整備する。	6ヶ月
2	35	夜間想定を含む火災避難訓練を年2回行っている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。住民参加の呼びかけは行っているが、近隣住民は高齢者が多く、参加は難しい。そのため運営推進会議等で、地元消防団の協力が得られるよう意見をもっている。	事業所が川沿いに立地しているため、更に水災害を想定した備えを進め、利用者が避難できる方法を全職員が身につけられるようにするとともに、地元消防団の協力が得られるよう働きかけを続けることを期待する。	水災害は広域に及ぶため、水災害時の避難場所や避難経路を行政部門から指示を仰ぎ、日常利用者が散歩に出掛ける時にその避難経路を歩き、職員を含めての確認を実施する。また施設からの避難や避難経路までのルートなど地元消防団の指導を仰ぐ。	12ヶ月
3					ヶ月

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。