

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	3370201299		
法人名	王慈福社会		
事業所名	グループホーム蔵の家 (1階)		
所在地	岡山県倉敷市児島下の町5丁目2-54		
自己評価作成日	平成 29 年 2 月 28 日	評価結果市町村受理日	

※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/33/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&iigvosyoCd=3370201299-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成 29 年 3 月 24 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)】

入居されている利用者の一人一人の個性を大切に、また、残存能力の維持のため、利用者の負担にならないように気を付けながら自分で出来ることはして頂いています。今まで培ってきたことや趣味等を活かせるような環境作りや工夫をしています。今までやられていたように食事の準備のお手伝いや洗濯物をたたんだりして頂き、家庭にいる雰囲気を出す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)】

施設長が職員を信頼しケアを任せているので、日常的に職員から多くの提案が出されている。利用者の生誕地への訪問や県外への日帰り旅行、家族と一緒に外で忘年会を開催するなど利用者が「心豊かに・笑顔で・健やかに」過ごすための支援をしている。職員は笑顔にあふれ、生き生きと活動している。利用者も会話を楽しみ、自分に出来る事は積極的にいき、穏やかに暮らしている。また、食事は新鮮な地元産の野菜を使って手間と時間をかけ、季節を感じさせるメニューとなっている。買い出しに行ってからメニューを変更する等、柔軟かつ経済効果も考えた経営に努めている。長年、続けている音楽療法は機能維持に繋げるとともに講師との人間関係も築き、利用者の楽しみな行事の一つとなっている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活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、その時々々の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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	「こころゆたかに、すこやかに」の理念に基づき、心が豊かになるよう、施設内だけにとどまらず、散歩などを取り入れ、地域の方と挨拶を交わす事に始まり、慰問などをして頂くことによって、理念と地域密着ということを活かした取り組みを行っている。	法人の理念を職員が考えた漢字一文字で粟原氏、笑顔あふれる利用者の写真と共にユニットの入り口に掲示している。毎月のユニット会議や日々の申し送りでもケアを振り返る事で、実践にもつなげている。	
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人として日常的に交流している	日常に散歩や買い物などに出かけ、地域の人達と挨拶を交わしたり、話をしたりしている。また、畑の作物や花の差し入れや話相手にこられる方もいる。もちろん、保育園や学校の行事にも参加している。	毎日の買い物や散歩では地域の方々と言葉を交わしている。また、保育所・小学校の運動会を見学に行ったり、高校の実習やボランティアも定期的に参加し、地域と積極的に交流している。	
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	実習生の受け入れを行っている。また、夏祭りや運動会等の、地域交流の場を提供している。		
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	施設の活動状況や利用者状況などを主に連絡報告をし、意見をもらっている。また、利用者からの昔話などを参考にしている。また、民生委員よりアドバイスを頂き改善に努めたりしている。近隣のグループホームや小規模多機能施設などへも参加し情報交換や交流を図っている。	地域包括支援センター、民生委員、別法人の事業所が参加し2ヶ月に一度開催している。内容は利用状況とそれを基にした話し合いである。出された意見は、転倒予防の体操に反映している。	
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	運営推進を通しての連絡を行っている。	各ユニットの管理者が窓口となり、日常的に訪問や電話で報告・連絡・相談を行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束についてのマニュアルを作り、ケアカンファレンスなどで、どうすれば身体拘束を回避した対応が出来るかを話し合っている。	マニュアルを基に毎月、カンファレンスで情報共有と帽子のためのケアについて、学び合っている。	経験年数の長い職員が多く、利用者との濃密な人間関係が伺えますが、言葉についてはより細やか配慮が望まれます。
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されることのないよう注意を払い、防止に努めている	利用者へのケアに影響しない様に、職員のストレスを少なくする為に、管理者に業務改善の相談が出来るように努めている。研修に参加したり、虐待などがニュースで取り上げられた時には会議で取り上げ、意識を高めるようにしている。		

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
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	全員が研修に参加する事は難しいが、年間に数名は研修に行き、理解を深めている。成年後見が必要なケースでは、会議などを通じて制度の周知を改めて行っている。		
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	時間をとって丁寧に説明している。看取りや医療連携などについては詳しく説明を行い、同意を得るようにしている。また、介護報酬の改訂などに伴い、利用料が増加する場合や諸物価の変動などに伴う利用料の値上げを行う場合は、資料を作り、個別に説明を行い、疑問や不安について十分な説明を行い、理解や納得が得られるように努めている。		
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	個別で買物などに出かけたり居室で共に過ごす等、意見を言ってもらえる環境を作っている。また、家族にはケアプラン作成時などに意見・要望の聞き取りを行い、来園時や電話で利用者の近況を報告して、思いや意見を聞くように努めている。意見や苦情を言うことで、退所して欲しいなどと言うことはないなどを伝え、消極的にならないように努める。	利用者は夜間など職員と一対一になる時間に、家族は面会や電話で意見を聞くようにしている。出された意見は、日々の運動や居室のベッドの位置変更に反映している。	
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	職員からの提案に関しては、口頭や書面で聞き取りを行い、会議や通常業務の中で話し合いをし、職員全員で決定し取り組むようにしている。	日々のケアやユニット会議の中で把握するようにしている。いつも活発な意見が出され、勤務の割り振りや利用者の県外旅行に反映している。	
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、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、職場環境の整備に努めている。		
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	職員からの要望や質問の回答として、内部研修を行った。外部に研修に出かけてもらったりしている。また、日々の業務の中で、職員の行動に対し、必要であれば周りの職員も巻き込み、一緒に考えるようにしている。		
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	研修に行くことで、ネットワークが作れるようにしている。職員からの希望があれば、他施設との交流が持てる環境を用意し実施している。		

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
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	事前面接を必ず行い、ご本人と話をを行うようにしている。その中で、心身の状態や求めている不安などを聞くようにしている。必要であれば、家族の同意を求め、席を外してもらするなどして、話しやすい環境を作るようにしている。出来る限り入所前と変わらない生活が送れるよう環境作りを工夫している。		
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	困っている事や不安な事についてはどんな些細な事でも相談を受けて、一緒に前向きな検討をする姿勢を見せる。また、要望については柔軟に対応できるよう努めている。		
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	家族が遠方におられる方に対しても、何度か電話で連絡を取り、病院や他施設などにおられても、何度か面会に行き、本人の状態を確認した上で、再度電話で連絡を取り、何が必要か意見を出し合い、サービスのつなげる。		
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	地元など土地勘のあるところ行く時は、道案内をして貰ったり、料理を教えて貰ったりしている。また、調子の悪そうな職員を見つけると、心配して声をかけてくれたりする事もある。		
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	日帰り旅行などの際には、家族にも声をかけて参加してもらっている。また、遠方の家族でなかなか参加できない方については、可能であれば、目的地をその家族の生活エリアに近いところに設定して、参加してもらっている。また、定期通院などを、家族と行ってくれたり、付き添ったりして、本人を支えていくための協力関係を築けることが多くなっている。		
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	馴染みの人が訪問しやすい環境を作っている。また、お彼岸などの時には墓参りに行っている方もおられる。家族を通じて、知り合いに訪問してもらったり、知人宅へ訪問したりしている。	地元出身の利用者が多く、家族や知人が昼夜を問わず訪れ、ペットの同伴も可能である。職員が同行して元の勤務地や墓参りに行ったり、知人の支援で定期的に外出している人もいる。	
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	関係が良好に進むように、職員が間に入って円滑になるようにしている。また、気の合う者同士で過ごせる場面を提供している(特に外出の際)。		

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	移り住む先の関係者に対して、本人についての情報やケアの工夫、本人がどのようにして今にいたるかなどを伝え、連携が図れるようにしている。また、入院などにより退去した場合でも、お見舞いを通い、相談や困っていることがあれば協力できるようにしている。		
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	日々のかかわりの中で声を掛けて把握に努めている。また、家族や関係者から情報を得るようにしている。そして、本人にとって何が必要かを話し合い、ケアプランなどに反映させている。	日々のケアの中で利用者の言葉に耳を傾けると共に、仕草から判断し写経や図書館に通うことに反映している。困難な場合は家族と話し合っ、本人本位となるよう検討している。	
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	本人を始め、家族や関係者に継続的にバックグラウンドを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	利用者のちょっとした状態の変化について、たまたまだろうではなく、もしかしたらという視点で、記録に載せ、報告・連絡相談をして把握に努めている。		
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	ケアプラン作成時には、家族や関係者と連絡を取り合い、意見や要望を聞くようにしている。プランを実行する事で、利用者の生活が豊かになるよう、家族や関係者の意見や要望も交えて、職員全員で意見交換やモニタリング、カンファレンスを行っている。	情報と面談に基づいて暫定案を作成後に家族と連携している。3カ月間、様子を見たのち職員間で検討し再度、家族と話し合っ、確定している。毎月のカンファレンスを基に、食事やおやつの内容に反映している。	
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	職員の気づきや利用者の状態変化は、個々のケア記録に記載し、職員間の情報提供を徹底している。また、個別のケア目標を記録するシートを作っており、それを基に介護計画の見直し、評価を実施している。		
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、その時々にも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	本人や家族の要望に合わせて、今まで通っていた病院への受診や本人の思い出の地への日帰り旅行など、可能な限り実現できるように努めている。		

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
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	運営推進会議を行うことで、民生委員を始め、人的ネットワーク組織の構築を行っている。また、理学療法士や訪問看護などと連携を図り、リハビリなどについて指導してもらい、利用者に反映させている。		
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	本人のかかりつけ医や希望の病院へ受診している。また、状態によっては複数の病院を受診して、本人や家族が納得して適切な医療を受けられるように支援している。	多くの利用者がかかりつけ医を継続し、受診も職員が同行している。協力医の往診が月に2回、訪問看護が週に1回あり、医療面での安心感を利用者・家族にもたらしめている。	
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	訪問看護ステーションとの連携を図り、日頃の健康管理や医療面での相談・助言・対応を行ってもらっている。		
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。	施設として、どのような状態であれば対応可能かなどを医師と家族に伝え、出来るだけ三者で話し合いが出来るようにしている。また、出来るだけ頻繁に見舞うようにし、家族とも回復状況などの情報交換をしながら、早期退院できるようにしている。		
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	施設側の出来る最大のケアについて説明を行い、本人や家族の意向を踏まえ、医師と家族と職員が連携を取り、安心して納得のいく最後が迎えられるように、随時意思を確認しながら取り組んでいる。	利用開始時に事業所として、出来ること・出来ないことを丁寧に説明している。重度化した場合、家族の意向に割れるよう医師・看護師・事業所が連携する姿勢を整えている。	数年後を見据えたケアや職員間の共有を深める為の研修の実施が期待されます。
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	緊急対応についてのマニュアルを作成している。また、講師を招き、救命講習を実施している。そして、急変が考えられる利用者については、その本人の状態に合わせた応急処置や対応について、医師や看護師より指示を仰いで、全職員で周知徹底している。		
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、年2回の消防訓練を行っているが、必要に応じて回数が増える事もある。また、消火器や避難経路の確保などの設備点検も定期的に行っている。	年に2回、昼間と夜間を想定し職員と利用者が参加する避難訓練を実施している。備蓄は法人と事業所双方に準備している。	

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
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	制服を作る事もなく、常に私服で勤務しており、急な外出の際にも、職員と利用者で見られない様に努めている。声かけについては、定期的に会議で話し合う場を設けたり、相互注意を行い、常に意識できるようにしている。	日々のケアで否定的な言葉をかけることが無いよう、それぞれのユニットで毎月、話し合っている。また、外出時にも入居者であることが悟られないよう職員の服装にも配慮している。	
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	意思表示できる方には、必ず選択してもらうようにしている。意思表示できない方には、食べ物一つにしても色々な物を摂取してもらい、表情などで読み取ろうと努めている。また、家族や関係者に聞き取りを行い、判断する材料にしている。		
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、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	基本的な1日の流れは各自あるが、いつもと違う余暇に誘ってみたり、「天気が良いから〇〇に行きたい」と希望が出れば、出来るだけ可能にするようにしている。		
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	着替え全般において、基本的には本人に選んでもらっている。また、行きつけの美容室へ定期的に通ったり、フェイスシェーパーで顔剃りをしたり、外出時には化粧をしたりしてもらっている。		
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	刻み食の人の食事は、普通食の形で出して見てもらい、その後、刻むようにしている。頂いた野菜を使って料理を作り、食べる楽しみにつなげている。食事の際は、職員も利用者も一緒にテーブルを囲んで食べるようにしている。下膳や調理、買い物なども積極的に参加して貰っている。	職員が考えたメニューで3食、交代で手作りしている。利用者も食材の買い出しや調理に加わり、会話を楽しみながら食事している。行事食や外食も取り入れ、日々の食事を楽しんでいる。居室での飲酒も可能となっている。	
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	食事は個別に確認し、チェック表に記入している。嗜好も理解しており、メニューを見て食べなさそうであると、同じ食材で別の物を作って提供するようにしている。食事がなかなか進まない方に対しては、声かけや介助だけでなく、本人の好む形を探して、形を変えて提供するなど工夫している。		
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	自分で出来る方は声かけ見守りをし、出来ない方については、職員が介助を行うようにしている。うがいが出来ない場合は、口腔ケアティッシュやスポンジなどを利用しケアをしている。		

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
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	排泄チェック表をもとにタイミングをみて声かけを行っている。また尿意を訴えられない利用者に対しては、しぐさなどをみてトイレ誘導トイレにて排泄できるように支援している。紙パンツやパット類については、本人に合わせて検討している。	排泄記録に基づく言葉かけと誘導により、今はほぼ全員がトイレで排泄している。夜間は一人ひとりに応じた対応としている。言葉かけの効果で排泄リズムを回復した利用者も見られる。	
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	便秘の方には水分を多めに摂ってもらったり、運動をしてもらったりして、便秘改善に努めている。		
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	夜間に入浴したい方は夜間に、皆が入った後にゆっくり入りたい方は、最後に入ってもらうなど、個々のニーズに合わせて入浴してもらっている。また、入浴剤を入れたい方は使用してもらっている。そして、入浴を拒否される方については、どうすれば入って頂けるかを検討し、工夫して入浴してもらっている。	1日おきに午前を中心の入浴としているが、体調など状況に応じて柔軟に対応している。好きな入浴剤を選んだり、柚子湯にするなどの工夫もしている。嫌がる人には、言葉かけや順を変えることで清潔保持に努めている。	
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	就寝に向けてリズムが安定するよう工夫している。また、寝付けぬ時には温かい飲み物を飲んでもらったりしている。そして、家族や医師と相談して、眠剤の調整を行い、日中の活動に支障をきたさないようにしている。		
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	処方箋をファイルして、職員が内容を把握できるようにしている。また、副作用に注意して、副作用によって起こる症状を理解し、医師に相談を行う時もある。服薬の際には、利用者の名前と時間帯を声に出して読んでから手渡し・服薬をしてもらっている。それにより、他の職員も確認できるようにしている。症状に応じて、医師に相談し減薬など調整している。		
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	編物を教えて貰ったり、食事の下ごしらえや植物の世話など、それぞれの経験を活かせる場面を作っている。日帰り旅行などの際には、行き先を利用者と決めるようにしている。		
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	日々の生活の中では、毎日の買い物に同行してもらい、そのついでに喫茶店に行ったり、公園へ散歩に出かけたり、墓参りに行ったり、昔から定期的にお参りに行っている神様を拜みに行くなど、利用者の希望をなるべく取り入れるよう支援している。また、年に何度も日帰り旅行を行っており、利用者の行きたい所や見たい物を聞き出し、外出している。また、生まれ育った所を訪れて案内してもらったりしている。	毎日の散歩や買い物、誕生日の夕食、花見や紅葉狩り、県外への日帰り旅行や忘年会など、利用者や家族の思いや意向を取り入れた外出支援をしている。家族や知人も参加し、思い出深い外出となっている。	

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
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	自分で管理できる人は、自由にしてもらっている。管理できない人は、外出時など金銭授受が行われている場面で財布を渡し、支払いをしてもらうようにしている。それすら難しい方に関しては、職員と支払をするようにしている。		
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	電話を掛けたい時には掛けられるようにしている。電話番号を覚えておけない方に関しては、本人と家族の了解を得て、職員の方で把握しており、いつでも掛けられる様になっている。また、耳の遠い方で受話器から聞き取れない方には、スピーカーホーンを利用したり、職員が聞き入り伝えたりしている。手紙は、字が書ける方には知り合いに出してみよう等、職員から誘いかけたりしている。希望される方には携帯電話を使用して貰っている。		
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	季節の花を生けてもらったり、飾り物やカレンダーは、どこに飾るか一緒に決めたりして、自分たちの空間である事を意識してもらえるようにしている。	床や風呂・トイレの腰板を木彫にし、落ち着いた雰囲気を醸し出している。温度や湿度、音が適切に管理され空気の淀みもない。壁には行事の写真に職員が一口コメントを添え、和やかな空間を作り出している。	
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	テレビを離れる空間や外が眺められる長椅子を配置するなどして、思い思いに過ごしてもらえるようにしている。また、テーブルも1つのテーブルにせず、複数のテーブルを配置する事で気の合った人同士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	居室に置く物はすべて持ち込んでもらっている。家族と本人を中心に配置を決めてもらい、できるだけ住み慣れた環境に近くなるようにしてもらっている。	木調の床が落ち着いた雰囲気を醸し出している。絨毯を敷くなど固定のもの以外は全て、利用者の馴染みのものを持ち込んでいる。ひ孫の手紙や写真、神棚も置き、日課をカレンダーに記入している人もいる。	
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	利用者の身体状況に合わせて、手摺の増設をしたり、手摺付きの椅子に変えたりするなどの工夫をしている。また、利用者の身体状況の変化に合わせて動線を変えたりしながら、出来る限り自立した生活が出来るよう環境を作っている。		

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	3370201299		
法人名	王慈福社会		
事業所名	グループホーム蔵の家 (2階)		
所在地	岡山県倉敷市児島下の町5丁目2-54		
自己評価作成日	平成 29 年 2 月 28 日	評価結果市町村受理日	

※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/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&ijigvosyoCd=3370201299-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成 29 年 3 月 24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)】

入居されている利用者の一人一人の個性を大切に、また、残存能力の維持のため、利用者の負担にならないように気を付けながら自分で出来ることはして頂いています。今まで培ってきたことや趣味等を活かせるような環境作りや工夫をしています。今までやられていたように食事の準備のお手伝いや洗濯物をたたんだりして頂き、家庭にいる雰囲気を出す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)】

施設長が職員を信頼しケアを任せているので、日常的に職員から多くの提案が出されている。利用者の生誕地への訪問や県外への日帰り旅行、家族と一緒に外で忘年会を開催するなど利用者が「心豊かに・笑顔で・健やかに」過ごすための支援をしている。職員は笑顔にあふれ、生き生きと活動している。利用者も会話を楽しみ、自分に出来る事は積極的に言い、穏やかに暮らしている。また、食事は新鮮な地元産の野菜を使って手間と時間をかけ、季節を感じさせるメニューとなっている。買い出しに行ってからメニューを変更する等、柔軟かつ経済効果も考えた経営に努めている。長年、続けている音楽療法は機能維持に繋がるとともに講師との人間関係も築き、利用者の楽しみな行事の一つとなっている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	「こころゆたかに、すこやかに」の理念に基づき、心が豊かになるよう、施設内だけにとどまらず、散歩などを取り入れ、地域の方と挨拶を交わす事に始まり、慰問などをして頂くことによって、理念と地域密着ということを活かした取り組みを行っている。	法人の理念を職員が考えた漢字一文字で粟原氏、笑顔あふれる利用者の写真と共にユニットの入り口に掲示している。毎月のユニット会議や日々の申し送りでもケアを振り返る事で、実践にもつなげている。	
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人として日常的に交流している	日常に散歩や買い物などに出かけ、地域の人達と挨拶を交わしたり、話をしたりしている。また、畑の作物や花の差し入れや話相手にこられる方もいる。もちろん、保育園や学校の行事にも参加している。	毎日の買い物や散歩では地域の方々と言葉を交わしている。また、保育所・小学校の運動会を見学に行ったり、高校の実習やボランティアも定期的に参加し、地域と積極的に交流している。	
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	実習生の受け入れを行っている。また、夏祭りや運動会等の、地域交流の場を提供している。		
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	施設の活動状況や利用者状況などを主に連絡報告をし、意見をもらっている。また、利用者からの昔話などを参考にしている。また、民生委員よりアドバイスを頂き改善に努めたりしている。近隣のグループホームや小規模多機能施設などへも参加し情報交換や交流を図っている。	地域包括支援センター、民生委員、別法人の事業所が参加し2ヶ月に一度開催している。内容は利用状況とそれを基にした話し合いである。出された意見は、転倒予防の体操に反映している。	
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取り組んでいる	運営推進を通しての連絡を行っている。	各ユニットの管理者が窓口となり、日常的に訪問や電話で報告・連絡・相談を行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束についてのマニュアルを作り、ケアカンファレンスなどで、どうすれば身体拘束を回避した対応が出来るかを話し合っている。	マニュアルを基に毎月、カンファレンスで情報共有と帽子のためのケアについて、学び合っている。	経験年数の長い職員が多く、利用者との濃密な人間関係が伺えますが、言葉についてはより細やか配慮が望まれます。
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されることのないよう注意を払い、防止に努めている	利用者へのケアに影響しない様に、職員のストレスを少なくする為に、管理者に業務改善の相談が出来るように努めている。研修に参加したり、虐待などがニュースで取り上げられた時には会議で取り上げ、意識を高めるようにしている。		

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
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	全員が研修に参加する事は難しいが、年間に数名は研修に行き、理解を深めている。成年後見が必要なケースでは、会議などを通じて制度の周知を改めて行っている。		
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	時間をとって丁寧に説明している。看取りや医療連携などについては詳しく説明を行い、同意を得るようにしている。また、介護報酬の改訂などに伴い、利用料が増加する場合や諸物価の変動などに伴う利用料の値上げを行う場合は、資料を作り、個別に説明を行い、疑問や不安について十分な説明を行い、理解や納得が得られるように努めている。		
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	個別で買物などに出かけたり居室で共に過ごす等、意見を言ってもらえる環境を作っている。また、家族にはケアプラン作成時などに意見・要望の聞き取りを行い、来園時や電話で利用者の近況を報告して、思いや意見を聞くように努めている。意見や苦情を言うことで、退所して欲しいなどと言うことはないなどを伝え、消極的にならないように努める。	利用者は夜間など職員と一対一になる時間に、家族は面会や電話で意見を聞くようにしている。出された意見は、日々の運動や居室のベッドの位置変更に反映している。	
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	職員からの提案に関しては、口頭や書面で聞き取りを行い、会議や通常業務の中で話し合いをし、職員全員で決定し取り組むようにしている。	日々のケアやユニット会議の中で把握するようにしている。いつも活発な意見が出され、勤務の割り振りや利用者の県外旅行に反映している。	
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、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、職場環境の整備に努めている。		
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	職員からの要望や質問の回答として、内部研修を行った。外部に研修に出かけてもらったりしている。また、日々の業務の中で、職員の行動に対し、必要であれば周りの職員も巻き込み、一緒に考えるようにしている。		
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	研修に行くことで、ネットワークが作れるようにしている。職員からの希望があれば、他施設との交流が持てる環境を用意し実施している。		

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
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	事前面接を必ず行い、ご本人と話をを行うようにしている。その中で、心身の状態や求めている不安などを聞くようにしている。必要であれば、家族の同意を求め、席を外してもらするなどして、話しやすい環境を作るようにしている。出来る限り入所前と変わらない生活が送れるよう環境作りを工夫している。		
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	困っている事や不安な事についてはどんな些細な事でも相談を受けて、一緒に前向きな検討をする姿勢を見せる。また、要望については柔軟に対応できるよう努めている。		
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	家族が遠方におられる方に対しても、何度か電話で連絡を取り、病院や他施設などにおられても、何度か面会に行き、本人の状態を確認した上で、再度電話で連絡を取り、何が必要か意見を出し合い、サービスのつなげる。		
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	地元など土地勤のあるところ行く時は、道案内をして貰ったり、料理を教えて貰ったりしている。また、調子の悪そうな職員を見つけると、心配して声をかけてくれたりする事もある。		
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	日帰り旅行などの際には、家族にも声をかけて参加してもらうようにしている。また、遠方の家族でなかなか参加できない方については、可能であれば、目的地をその家族の生活エリアに近いところに設定して、参加してもらっている。また、定期通院などを、家族と行ってくれたり、付き添ったりして、本人を支えていくための協力関係を築けることが多くなっている。		
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	馴染みの人が訪問しやすい環境を作っている。また、お彼岸などの時には墓参りに行っている方もおられる。家族を通じて、知り合いに訪問してもらったり、知人宅へ訪問したりしている。	地元出身の利用者が多く、家族や知人が昼夜を問わず訪れ、ペットの同伴も可能である。職員が同行して元の勤務地や墓参りに行ったり、知人の支援で定期的に外出している人もいる。	
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	関係が良好に進むように、職員が間に入って円滑になるようにしている。また、気の合う者同士で過ごせる場面を提供している(特に外出の際)。		

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	移り住む先の関係者に対して、本人についての情報やケアの工夫、本人がどのようにして今にいたるかなどを伝え、連携が図れるようにしている。また、入院などにより退去した場合でも、お見舞いを通い、相談や困っていることがあれば協力できるようにしている。		
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	日々のかかわりの中で声を掛けて把握に努めている。また、家族や関係者から情報を得るようにしている。そして、本人にとって何が必要かを話し合い、ケアプランなどに反映させている。	日々のケアの中で利用者の言葉に耳を傾けると共に、仕草から判断し写経や図書館に通うことに反映している。困難な場合は家族と話し合っ、本人本位となるよう検討している。	
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	本人を始め、家族や関係者に継続的にバックグラウンドを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	利用者のちょっとした状態の変化について、たまたまだろうではなく、もしかしたらという視点で、記録に載せ、報告・連絡相談をして把握に努めている。		
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	ケアプラン作成時には、家族や関係者と連絡を取り合い、意見や要望を聞くようにしている。プランを実行する事で、利用者の生活が豊かになるよう、家族や関係者の意見や要望も交えて、職員全員で意見交換やモニタリング、カンファレンスを行っている。	情報と面談に基づいて暫定案を作成後に家族と連携している。3カ月間、様子を見たのち職員間で検討し再度、家族と話し合っ、確定している。毎月のカンファレンスを基に、食事やおやつの内容に反映している。	
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	職員の気づきや利用者の状態変化は、個々のケア記録に記載し、職員間の情報提供を徹底している。また、個別のケア目標を記録するシートを作っており、それを基に介護計画の見直し、評価を実施している。		
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、その時々にも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	本人や家族の要望に合わせて、今まで通っていた病院への受診や本人の思い出の地への日帰り旅行など、可能な限り実現できるように努めている。		

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
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	運営推進会議を行うことで、民生委員を始め、人的ネットワーク組織の構築を行っている。また、理学療法士や訪問看護などと連携を図り、リハビリなどについて指導してもらい、利用者に反映させている。		
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	本人のかかりつけ医や希望の病院へ受診している。また、状態によっては複数の病院を受診して、本人や家族が納得して適切な医療を受けられるように支援している。	多くの利用者がかかりつけ医を継続し、受診も職員が同行している。協力医の往診が月に2回、訪問看護が週に1回あり、医療面での安心感を利用者・家族にもたらしめている。	
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	訪問看護ステーションとの連携を図り、日頃の健康管理や医療面での相談・助言・対応を行ってもらっている。		
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。	施設として、どのような状態であれば対応可能かなどを医師と家族に伝え、出来るだけ三者で話し合いが出来るようにしている。また、出来るだけ頻繁に見舞うようにし、家族とも回復状況などの情報交換をしながら、早期退院できるようにしている。		
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	施設側の出来る最大のケアについて説明を行い、本人や家族の意向を踏まえ、医師と家族と職員が連携を取り、安心して納得のいく最後が迎えられるように、随時意思を確認しながら取り組んでいる。	利用開始時に事業所として、出来ること・出来ないことを丁寧に説明している。重度化した場合、家族の意向に割れるよう医師・看護師・事業所が連携する姿勢を整えている。	数年後を見据えたケアや職員間の共有を深める為の研修の実施が期待されます。
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	緊急対応についてのマニュアルを作成している。また、講師を招き、救命講習を実施している。そして、急変が考えられる利用者については、その本人の状態に合わせた応急処置や対応について、医師や看護師より指示を仰いで、全職員で周知徹底している。		
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、年2回の消防訓練を行っているが、必要に応じて回数が増える事もある。また、消火器や避難経路の確保などの設備点検も定期的に行っている。	年に2回、昼間と夜間を想定し職員と利用者が参加する避難訓練を実施している。備蓄は法人と事業所双方に準備している。	

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
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	制服を作る事もなく、常に私服で勤務しており、急な外出の際にも、職員と利用者で見られない様に努めている。声かけについては、定期的に会議で話し合う場を設けたり、相互注意を行い、常に意識できるようにしている。	日々のケアで否定的な言葉をかけることが無いよう、それぞれのユニットで毎月、話し合っている。また、外出時にも入居者であることが悟られないよう職員の服装にも配慮している。	
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	意思表示できる方には、必ず選択してもらうようにしている。意思表示できない方には、食べ物一つにしても色々な物を摂取してもらい、表情などで読み取ろうと努めている。また、家族や関係者に聞き取りを行い、判断する材料にしている。		
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、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	基本的な1日の流れは各自あるが、いつもと違う余暇に誘ってみたり、「天気が良いから〇〇に行きたい」と希望が出れば、出来るだけ可能にするようにしている。		
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	着替え全般において、基本的には本人に選んでもらっている。また、行きつけの美容室へ定期的に通ったり、フェイスシェーパーで顔剃りをしたり、外出時には化粧をしたりしてもらっている。		
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	刻み食の人の食事は、普通食の形で出して見てもらい、その後、刻むようにしている。頂いた野菜を使って料理を作り、食べる楽しみにつなげている。食事の際は、職員も利用者も一緒にテーブルを囲んで食べるようにしている。下膳や調理、買い物なども積極的に参加して貰っている。	職員が考えたメニューで3食、交代で手作りしている。利用者も食材の買い出しや調理に加わり、会話を楽しみながら食事している。行事食や外食も取り入れ、日々の食事を楽しんでいる。居室での飲酒も可能となっている。	
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	食事は個別に確認し、チェック表に記入している。嗜好も理解しており、メニューを見て食べなさそうであると、同じ食材で別の物を作って提供するようにしている。食事がなかなか進まない方に対しては、声かけや介助だけでなく、本人の好む形を探して、形を変えて提供するなど工夫している。		
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	自分で出来る方は声かけ見守りをし、出来ない方については、職員が介助を行うようにしている。うがいが出来ない場合は、口腔ケアティッシュやスポンジなどを利用しケアをしている。		

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
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	排泄チェック表をもとにタイミングをみて声かけを行っている。また尿意を訴えられない利用者に対しては、しぐさなどをみてトイレ誘導しトイレにて排泄できるように支援している。紙パンツやパット類については、本人に合わせて検討している。	排泄記録に基づく言葉かけと誘導により、今はほぼ全員がトイレで排泄している。夜間は一人ひとりに応じた対応としている。言葉かけの効果で排泄リズムを回復した利用者も見られる。	
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	便秘の方には水分を多めに摂ってもらったり、食べ物の工夫をしたり運動をしてもらったりして、便秘改善に努めている。		
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	夜間に入浴したい方は夜間に、皆が入った後にゆっくり入りたい方は、最後に入ってもらうなど、個々のニーズに合わせて入浴してもらっている。また、入浴剤を入れたい方は使用してもらっている。そして、入浴を拒否される方については、どうすれば入って頂けるかを検討し、工夫して入浴してもらっている。	1日おきに午前を中心の入浴としているが、体調など状況に応じて柔軟に対応している。好きな入浴剤を選んだり、柚子湯にするなどの工夫もしている。嫌がる人には、言葉かけや順を変えることで清潔保持に努めている。	
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	就寝に向けてリズムが安定するよう工夫している。また、寝付けぬ時には温かい飲み物を飲んでもらったりしている。そして、家族や医師と相談して、眠剤の調整を行い、日中の活動に支障をきたさないようにしている。		
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	処方箋をファイルして、職員が内容を把握できるようにしている。また、副作用に注意して、副作用によって起こる症状を理解し、医師に相談を行う時もある。服薬の際には、利用者の名前と時間帯を声に出して読んでから手渡し・服薬をもらっている。それにより、他の職員も確認できるようにしている。症状に応じて、医師に相談し減薬など調整している。		
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	編物を教えて貰ったり、食事の下ごしらえや植物の世話など、それぞれの経験を活かせる場面を作っている。日帰り旅行などの際には、行き先を利用者と決めるようにしている。		
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	日々の生活の中では、毎日の買い物に同行してもらい、そのついでに喫茶店に行ったり、公園へ散歩に出かけたり、墓参りに行ったり、昔から定期的にお参りに行っている神様を拜みに行くなど、利用者の希望をなるべく取り入れるよう支援している。また、年に何度も日帰り旅行を行っており、利用者の行きたい所や見たい物を聞き出し、外出している。また、生まれ育った所を訪れて案内してもらったりしている。	毎日の散歩や買い物、誕生日の夕食、花見や紅葉狩り、県外への日帰り旅行や忘年会など、利用者や家族の思いや意向を取り入れた外出支援をしている。家族や知人も参加し、思い出深い外出となっている。	

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
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	自分で管理できる人は、自由にしてもらっている。管理できない人は、外出時など金銭授受が行われている場面で財布を渡し、支払いをしてもらうようにしている。それすら難しい方に関しては、職員と支払をするようにしている。		
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	電話を掛けたい時には掛けられるようにしている。電話番号を覚えておけない方に関しては、本人と家族の了解を得て、職員の方で把握しており、いつでも掛けられる様にしている。また、耳の遠い方で受話器から聞き取れない方には、スピーカーホーンを利用したり、職員が聞き入り伝えたりしている。手紙は、字が書ける方には知り合いに出してみよう等、職員から誘いかけていたりしている。		
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	季節の花を生けてもらったり、飾り物やカレンダーは、どこに飾るか一緒に決めたりして、自分たちの空間である事を意識してもらえるようにしている。	床や風呂・トイレの腰板を木彫にし、落ち着いた雰囲気醸し出している。温度や湿度、音が適切に管理され空気の淀みもない。壁には行事の写真に職員が一口コメントを添え、和やかな空間を作り出している。	
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	テレビを離れる空間や外が眺められる長椅子を配置するなどして、思い思いに過ごしてもらえるようにしている。また、テーブルも1つのテーブルにせず、複数のテーブルを配置する事で気の合った人同士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	居室に置く物はすべて持ち込んでもらっている。家族と本人を中心に配置を決めてもらい、できるだけ住み慣れた環境に近くなるようにしてもらっている。	木調の床が落ち着いた雰囲気を醸し出している。絨毯を敷くなど固定のもの以外は全て、利用者の馴染みのものを持ち込んでいる。ひ孫の手紙や写真、神棚も置き、日課をカレンダーに記入している人もいる。	
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	利用者の身体状況に合わせて、手摺の増設をしたり、手摺付きの椅子に変えたりするなどの工夫をしている。また、利用者の身体状況の変化に合わせて動線を変えたりしながら、出来る限り自立した生活が出来るような環境を作っている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 蔵の家

目標達成計画

作成日: 平成 29年 5月 11日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
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	33	<重度化や終末期に向けた方針の共有と支援について> 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人と家族などと話し合ったり、数年後を見据えたケアや職員間の共有を深めるための研修を実施する。	重度化した場合や終末期にたいしての対応の知識を得る。重度化した場合、家族の意向に副えるよう、これまで以上に、医師、看護師、事業所が連携する体制を整える。施設で出来る可能なケアについて職員が理解し、家族に説明できるようになる。	重度化した場合や終末期に対しての対応の知識や施設で出来る可能なケアについて理解できる研修を行う。	6ヶ月
2	6	<身体拘束をしないケアの実践> 菌宇年収の長い職員が多くなってきている為、濃密な人間関係が伺えるが、言葉遣いに関して、より細やかな配慮が必要である。	身体的な拘束はもちろん、言葉での拘束をしないように、細やかな配慮をした声かけを実施する。	接遇、声かけについての研修を行い、普段の声かけ、対応を見直す機会を設け、配慮ある対応を行うようにする。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。