

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要(事業所記六)】			
事業所番号	1670600186		
法人名	社会福祉法人福梅会		
事業所名	グループホームほたるの里		
所在地	富山県滑川市下梅沢424		
自己評価作成日	平成27年6月24日	評価結果市町村受理日	平成27年8月4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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階
訪問調査日	平成27年7月8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)】

一日の決まったスケジュールはなく、一人一人のその日の気分や天候等で日程を決め生活をしています。地域の小学生や中学生や住民の来訪や、敬老会や学校のバザー等地域の行事の参加、警察署へ交通安全マスコットの贈呈、なじみの美容院での整容や行きつけの店での買い物など地域とのつながりを大事にしています。利用者の嬉しいことは一緒に喜び、不安な時や辛い時は寄り添い安心して過ごせ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)】

理念を基本に立てられた今年度の介護目標は、職員一人一人の思いをアンケートによって集約された『共に考え、共に生きる利用者の生活を支える私たち』であり、管理者や職員はこの理念を目標とし、毎月の定例検討会で日々の取組を振り返り、よりよい介護の実践に繋げている。また、行政との協力で開催する認知症介護サロンをはじめ、利用者手作りの交通安全マスコットの贈呈、納涼祭への招待、小中学校との交流、14歳の挑戦事業による生徒の受入れ等を行い、運営推進会議や家族会などでは、認知症高齢者についての理解を得られる機会を作るなど、地域と共にある事業所として信頼関係を築いている。利用者の一日一日は、穏やかに流れる時間のなかで、“特別なこと”ではない日常を大切にしながら、一人ひとりに寄り添う介護の実践に努めている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (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

〔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	理念の「私が受けた介護」を基本に毎年スタッフ全員で目標を作成している。常に意識できるように目の届く場所に掲示してあり、今年は「共に考え、共に生きる利用者の生活を支える私たち」のスローガンで介護を展開し、定例検討会等で確認し合い共有を図っている。	介護目標は職員一人ひとりへのアンケートに基づき、皆でつくりあげたものである。わかりやすく親しみやすい言葉はリビングに掲示され、利用者やご家族と共有され、日々の実践に繋げている。		
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員として日常的に交流している	地域の小学生や中学生との交流や納涼祭などには、住民の参加で多いに交流を図っている。また敬老会や学校のバザー等の地域行事に参加したい希望者にはスタッフが同行し、混乱のないよう配慮しながら楽しんでもらっている。	地域住民、近隣の小中学校、ボランティアの方たちからは、定例訪問や行事など、ことあるごとに協力を得ている。また、事業所の隣にある喫茶店へ出かけたり、公民館で行われている三世代交流会に参加するなど地域とは日常的な交流がある。		
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	利用者の得意なことを活かして、地域貢献ができないかとの思いから、交通安全マスコットを作って警察へ届け始めて今年8回目の贈呈を行った。また、地域に認知症理解を広めるための活動として認知症介護サロン(オレンジサロン)を開いている。			
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践、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	日頃の利用者の活動状況や介護相談員来所時の報告をしたり、入退所や事故があった時は報告し、課題や対応について委員と話し合い意見をもらっている。また委員にホームの行事に参加してもらうことで、利用者やホームの現状を把握してもらい地域との関わりや改善に向けた意見をもらい反映させている。	推進会議委員には、花見や日帰り温泉への外出会等に参加していただき、利用者の様子を身近に知る機会を設けるなど、隔月開催の会議内容を工夫している。参加者からは感想や助言を得て運営に活かしている。		
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	運営推進会議に包括支援センター職員を委員として参加してもらい意見をもらっている。また、介護相談員が派遣されたり、入退所時の状況の報告を随時おこなったり、市からの委託事業(オレンジサロン)も行っている。	市の委託事業オレンジサロン(認知症介護)は、事業所が拠点となって年6回開催されている。ミニコンサート、笑いヨガ、ミニ講座、男性のみのサロンをテーマに沿って実施するなど、事業所情報の共有を含め行政とは緊密な相談協力体制がある。		
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	身体拘束につながる行為は徹底して行わないことを常に定例会等で申し合わせている。特に言葉の拘束にも注意しながらケアしている。但し必要性が発生した場合、家族の承諾書等手続き上の準備は備えているが、まだ使用したことはない。	身体拘束をしない介護に取組み、外部研修での復命報告等で尊厳ある介護について共有し、日常のケアの中では身体の拘束だけではなく、言葉での拘束についても話し合い、実践につなげている。		
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	スタッフルームに標語を掲げ、常にスタッフ自身で振り返りができる状況を整え、注意をはらっている。また、気付かないうちに虐待になっていることが無いように定例検討会で話し合ったり、外部研修に参加したスタッフには研修報告をしてもらい、虐待防止に心がけている。			

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	現利用者に成年後見制度を利用している方がいて、制度について学ぶ機会になっている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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説明書を基に説明し同意を得ている。また、改定等があれば説明書や料金表を作成して説明している。		
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	運営推進会議、行事の参加の呼びかけ、家族懇談会等を行ったり、面会に来られた時にはその都度本人の様子を伝え、家族からの意見や要望等が気軽に表せる機会を設けている。また、把握できた情報は改善や取り組みに反映している。	行事や運営推進会議、日頃の面会時やケアプラン説明時などに、意見や個別の要望を聞きとっている。また毎年家族会を開催し、話しやすい場の中で信頼関係を築きながら、提案や要望などを運営に反映させている。	
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	年1回職員の思いをアンケートに書いてもらったり、1回／月の定例検討会で話し合い、いつでも職員の要望や意見等が言える環境である。また年2回、事務長の面談で処遇等の要望を聞く機会になっている。	毎月の職員定例検討会では、一人ひとりが自由に運営に関する意見を述べ、また年1回のアンケート、年2回の事務長面談の機会では個別の意見や提案を運営に反映させている。	
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	定期昇給、パートの年休取得、体制整備しながら介護職処遇改善交付金の受給に向けてなど、少しでも労働条件がよくなるよう努めている。		
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	外部研修は業務の一環として職員、パート等勤務形態に関係なく参加している。また、新人研修は採用から1か月間OJTで養成し自立に向けている。		
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	富山県グループホーム協議会に加入し、情報交換や研修等の機会を多く持つようになっている。また、市内の同業者とは職員の交流、利用者の交流を事業として取り組んでいる。		

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
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	入居前面接で本人の思いや不安なこと等を十分に把握するように努めている。入居時は早く信頼関係が築けるよう、言葉のかけ方、表情、接し方等に留意しながら本人らしさの情報把握に努めている。		
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	入居に至った経緯や介護の苦労等を受け止め、ホームではどのように暮らしていただくかなど丁寧な説明に努めている。		
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	本人らしい暮らしを継続していただくために、センター方式を活用しながら本人、家族からの情報、スタッフの気付きなどから個別の対応に努めている。		
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	調理や針仕事、菜園など生活の場面場面において、利用者が持ち合わせている知識や技術の発揮や助言をもらう等協力しあう関係性の暮らしになるように努めている。		
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	居住の場が違って家族とのつながりが持てるように年4回の会報の発行、日ごろの様子や必要な判断事項等の情報は常に提供し、家族からも意見をもらう等一緒に支えていくという関係性の維持に努めている。		
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	家族と自宅やお墓参りに行く、親戚や知人がホームに訪れる、馴染みの美容院や行きつけのお店へ買い物に行くなど地域とのつながりが途切れないよう配慮し支援している。	併設するディサービス利用の馴染みの方々と体操や行事を通じて交流を図ったり、家族とは、日帰り温泉、花見、墓参り、美容院への外出時などにふれあいの機会をつくり、馴染みの人や場所を大切にしたい支援に努めている。	
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	気の合う利用者同士で過ごせるよう座席の配置を考えたり、みんなで楽しく過ごせる場面や環境作りを心がけている。利用者同士が体調の悪い人に、声をかけたり気遣ったりして互いに支え合っている。		

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
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	可能な限りホームでの生活継続を考えながら、家族・医療機関等と話し合い、利用者のより良い生活の場を模索している。		
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	利用者一人一人の言葉や訴えに耳を傾け、その思いや希望に添えるよう必要に応じて支援の仕方を見直したりしている。また、意思疎通の困難な利用者にはゆっくり寄り添い表情、言葉、仕草等を見逃さず思いの理解に努めている。	入居時には、利用者・家族らの聞き取りも行い、意向や暮らし方の希望を把握している。入居後の関わりで得た情報は24時間単位の入居者日誌に記録し職員間での共有に努めている。	
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	入居時に本人のバックグラウンド情報を家族から提供してもらい、生活歴の把握に努めている。また、入居後においても本人、家族の何気ない会話などから情報把握に努め本人らしい支援につながるようにしている。		
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	一日の決められたスケジュールはなくそれぞれの思いのまま過ごしてもらっている。スタッフは持てる力が発揮できる場面作りや体調の把握に努め、その人らしく過ごせるよう支援している。		
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	担当制をとり6カ月ごとに利用者の日頃の様子からモニタリングを行い、ケアマネと共に計画を見直している。さらに、定例検討会でスタッフ全員の意見の集約を行い適切なプラン作成につなげている。	介護計画は定例検討会で6カ月毎に見直し、利用者の状態変化時には、そのつど利用者本位の対応の仕方について話し合うなど、一人ひとりの思いを反映させ、現状に即した介護計画を作成している。	
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	業務日誌に個別の課題を明記し、スタッフが常にその人らしさを意識したケアが行えるよう工夫している。また、食事量や水分量、排泄記録等が個別の日誌で把握できるようになっており、情報の共有が容易で、適切なケアや見直しが迅速にできる。		
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	日々の入浴は、併設しているデイサービスの大きな湯船でゆったりと入っていただいている。また、支援ハウスや少し離れた認知症デイへ散歩がてら出かけ、デイ利用者と一緒に歌ったり、お茶を飲んだりなど法人が持っている機能を活かしたケアを行っている。		

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
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	警察署、消防署へは毎年訪問し、安全の協力をお願いしている。また、一般の飲食店等へ出かける前に利用が可能かどうか店主との打ち合わせ、設備の確認などを行い安全に楽しく利用できるよう配慮している。		
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	利用者、家族が希望されるかかりつけ医の受診を勧め、必要に応じて日々の様子等の情報を書面で医師に提供している。基本的には家族同行受診となっているが、不可能な時は職員が同行したり往診してもらっている。	利用者のかかりつけ医は、本人や家族の希望する医療機関となっている。家族同行の受診時には日頃の様子を記入した『受診時状況提供』を持参してもらい、主治医との協力体制の中で適切な受診支援をしている。	
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	毎日の関わりから体調変化や異変に気付いたときは、すぐ看護師に伝え指示がもらえる24時間体制が整っている。		
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。	協力医療機関の地域連携室と密接な連携をとりながら、病状の確認や退院に向けたリハビリの取り組み状況等の話し合いを行っている。		
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、事業所の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	入所時にグループホームでの生活の在り方や支援体制の状況を説明し、ホームでの関わり方の限界も示している。また、重度化した場合医療機関、家族と話し合い、本人にとって最適な居場所を選択するための検討を行っている。	入居契約時に、重度化や終末期に向けた事業所の基本的な考え方を説明し同意を得ている。看取りはしていないが、重度化した場合は状態変化に応じ、医療との連携の下一人ひとりに添った支援に取り組んでいる。	
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	緊急時の対応の仕方をマニュアル化し、カンファレンス等で確認し合っている。また、看護師から想定される緊急時の対応等の指導も受けている。		
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	災害時のマニュアルを作成するとともに、消防署の協力のもとに年2回避難訓練を行い避難経路の確認、消火器の取り扱い等の指導を受けている。また、運営推進会議で、地震・水害等災害時の避難場所や避難方法、地域への協力依頼などについて話し合っている。	事業所全体で、日中・夜間想定避難訓練を実施している。消防署、消防団の協力もあり実効性のある訓練を行い、備蓄もある。水害と地震への対策は、地域との協力体制を含めて話し合っているところである。	

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	常に人格を尊重し笑顔が引き出せる対応ができるよう定例会で話し合っている。また、トラブルが発生した時などは、「ヒヤリハット」で取り上げ、スタッフ全員で取り組み方を検討し意識を高めている。	ひとり一人の尊重とプライバシーの確保について日々職員は、互いに声をかけ気づきを促し合っている。職場内研修では『プライバシーの尊重と礼儀、個人情報の保護』について学び、個々を尊重した対応に活かしている。	
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	好みの飲み物、好みの衣服など生活の場面場面で本人のわかりやすい言葉で、思いを確認しながら希望に応じている。意思表示が難しい利用者には、声をかけながら表情やしぐさなどから把握するように努めている。		
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	ホームにはスケジュールはなく、一人一人が思い思いに過ごしてもらうことを基本にしている。ドライブ、買い物、縫物などいろいろと提案し希望にそった過ごし方を心がけている。		
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	持参の化粧水や乳液をつけたり、毎日の衣服を選んで着る、大きな鏡の前で髪や衣類を直す、美容院でカットやパーマなどで身なりを整えるなどおしゃれ心を失わない支援を心がけている。		
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	買い物と一緒に出かけ、季節の食材を選んだり、ホームの菜園で作った食材を使ったり、誕生日など特別な日には、利用者が食べたいものを準備するなど食事が楽しいものになるよう心がけている。また、地域の飲食店等に協力を得ながら、外食や喫茶を楽しんでいる。	食材は近くのスーパーへ利用者と一緒に出かけて調達し、事業所の畑でできた野菜を取り入れるなど、家庭的な献立と味付けを楽しんでいる。また“特別”な日には利用者に『何食べたい?』と聴いて準備したり、外食に出かけるなどしている。	
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	栄養のバランスを考えながら食事作りをしている。食事が進まない利用者には栄養補助食品を併用したり、食事制限のある利用者については医師と相談するなど一人一人に応じて支援している。また、一日の水分量、摂取量を記録し、体調管理を行っている。		
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	食後のうがいや歯磨きは声かけ、介助で行っている。就寝前には入れ歯を液につけ、清潔を保つようなはからいを行っている。		

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
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	尿意・便意が曖昧な利用者でも排泄リズムやシグナルを把握し、可能な限りトイレでの排泄に努めている。自尊心を損ねない言葉掛けや関わり方に注意し、個別の支援を行っている。	一人ひとりの状態にあった排泄の支援のため、入居者日誌や排泄(便)チェック表で個々の状況を把握するよう努め、尊厳を損なわない排泄の支援を行っている。	
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	便秘予防のための食事、乳製品、水分の摂取等により出来るだけ自然排便を心がけている。毎日排便チェックを行い、ラジオ体操、散歩等も取り入れ対応しているが、排便がみられない場合は、医師と相談し下剤を使用する場合もある。		
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	デイサービスの大きな風呂での入浴を楽しんでもらっている。基本的に1日おきの入浴であるが、希望により毎日の利用も対応している。また、体調不良等で入浴出来ない場合は足浴、部分清拭等で清潔保持に努めている。	1日おきの入浴となっているが個々の入浴希望には柔軟に対応している。利用者はデイサービスの大きな湯船で、ゆず湯やしょうぶ湯に浸かり、自分のペースでゆったりと入浴を楽しんでいる。	
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	日中はそれぞれの過ごし方であるが、横になる時間が長いと思うと散歩を促すなど状況を見ながら対応している。冬場は湯たんぽを入れたり、低体温の利用者には足浴で温めたり安眠でき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	個人ファイルに薬の説明書を添付し、スタッフが薬の内容や副作用等が確認しやすい方法を取りながら服薬支援を行っている。また、体調等の変化がみられた場合は、受診時、その記録を家族や医師に情報提供している。		
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	買い物、掃除、洗濯干し、調理の手伝いなど日常的な作業で出来る事をお願いし、感謝の言葉を述べながら協働作業場面をつくっている。また、野菜作りや梅干し作り、調理の仕方など利用者の知恵袋が引き出せる場面の工夫も行っている。		
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	その日の天候や利用者の体調等を考慮し、買い物、散歩、ドライブ、外食など外出機会を計画し楽しんでいる。	普段行けないような日帰り温泉、花見や外食を楽しむ計画的な外出の支援とともに、天気やその日の利用者の希望に添って、近隣の散歩やドライブ、近くの喫茶店に行ったりするなど、日常的で気軽な外出支援をしている。	

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
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	基本的に個別のお金の所持は行わないようにしている。ただし、個別の買い物等は一緒に行き、品物を選んだり、値段の確認等で買い物が楽しめるような配慮を行っている。		
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	家族や友人からの電話や手紙等の取り次ぎ、年賀状書きの支援などを行い他者との交流の継続を図っている。		
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	ホームの構造は窓を大きくとり、自然の風が十分に取り入れられるようになっており、室温調整がいつでも可能である。冬期においては空気清浄機等で共有フロアの換気に注意を払っている。またリビングでは季節の花を生けたり全員で作成する月ごとの壁掛けは作成時に季節の話題が引き出せる機会になっている。	季節感のある手作りの装飾が壁に飾られ、家庭的な雰囲気のリビングの中心の中庭からは、光と風が入り、シンボルツリーの緑がまぶしい。また、リビングは食事作りをする音や匂いが感じられ、利用者は穏やかな笑顔で過ごしている。	
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	利用者一人一人が過ごしたいところで自由な姿勢で過ごしている。また、気の合う利用者同士が互いの居室へ訪問しつづけている。		
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	入居時に使い慣れた物や大事にしていたものなどを持ち込んでいただくようお願いしている。また、入居後には家族からのプレゼントや家族写真などで思い思いに居室がレイアウトされている。	その人らしい居室にしてもらうため、入居時に馴染み家具や大切にしていた写真などを持ち込んでもらえるよう、本人や家族に相談している。仏壇がある居室では本人が安心して過ごすことができる。	
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	流し台などは利用者の体形に合わせ低めに作っており、作業がし易い工夫がされている。また、トイレは他の場所と間違わないよう色別したり、必要などところには手すりを配置するなど自立支援につながる工夫をしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームほたるの里

作成日: 平成 27年 7月 30日

目標達成計画

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	13	利用者の状態の変化から発生する機能低下の危険度の認識が職員間で格差が感じられる。また、職員の介護慣れやマンネリ感からのミスもみられ、ヒヤリハットや事故につながっている事例がある。	利用者の日々の変化を敏感に気づき、場面場面でどんな危険があるか、どんな支援が適切であるか想定し対応できる。	①施設外研修の参加や施設内研修の実施。 ②センター方式を活用して利用者の身体能力を理解する。 ③様々な生活の場面でどんな危険があるのか、どんな介助が必要なのか定例会で検討し統一した対応方法の共有を図る。	今年度中
2					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、行を挿入してください。