

1 自己評価及び外部評価結果

平成29年6月15日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1691600041		
法人名	特定非営利活動法人	かみいち福祉の里	
事業所名	グループホーム	かみいち福祉の里	
所在地	富山県中新川郡上市町東江上288		
自己評価作成日	平成29年4月20日	評価結果市町村受理日	平成29年6月30日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	
-------------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	北証パトナ株式会社		
所在地	富山市荒町2番21号		
訪問調査日	平成29年5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）】

暖かい家庭的な雰囲気を大切に、その人らしい個別ケアに取り組んでいる。医療連携体制を整え、重度化、高齢化に対応しながら、終末期ケアにも取り組んでいる。

【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）】

利用者の重度化が進むなか、医療機関との連携が積極的に図られており、内部研修会でも終末期ケアを取り上げるなど職員意識は高い。地域との関わりを大切に考え、町の行事などには積極的に参加している。家族にはニュース「福祉の里」と利用者の様子を記録した便りが毎月送られるなど、利用者や家族に安心感を与えている。

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ます。 (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回程度ある 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の拡がりや深まりがあり、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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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		

グループホーム かみいち福祉の里

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念に基づいた支援について採用時、スタッフミーティング、ケアカンファレンス、内部研修等で話し合い反省もしながら取り組んでいる。	内部研修会など機会ある毎に理念について話し合い、職員全員が共有し業務に繋いでいる。また利用者が生きる喜びを感じる「場所」を提供できるように取り組んでいる。	
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	重度化に伴い利用者が地域行事に参加する事は減っていたが、利用者の出入りもあり重度化がやや軽減したことから、地域とつながる機会を増やしていく予定である。町内会行事(江ざらい、リサイクル当番等)には毎回職員が参加している。ホームで実施している家族地域交流会では地域の方に案内し参加して頂いている。地域の子ども園児が約2か月毎に1回訪れ、歌や遊戯などを披露し交流している。毎月発行のホーム便りを地域の方にも届けている。近所の方で野菜や花を届けて下さる方もいる。	地域との関わりを大切に考え、町の行事には積極的に参加している。地域の園児が歌や踊りを披露してくれており、利用者たちも楽しみにしている。毎月発行している「福祉の里」を通じて事業所の様子を回覧板で知らせるなど、地域との交流に努めている。	
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	認知症徘徊SOSネットワーク事業への協力を行っている。共用デイでは、地域で暮らす認知症の人と家族に対し柔軟な対応で支援している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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か月に1回開く運営推進会議では、区長や副区長、民生委員、町会議員から地区の現状を聞いたり認知症やホームについての質問があれば具体的に説明している。非常災害時における対応について相談や協力依頼をしている。行政や地域の方々や情報・意見交換する事でサービスの質の向上に努めている。	運営推進会議は定期的にかかれており、事業所からは終末期の取組みなどを報告している。委員からは防災害についてアドバイスをもらうなど活発に意見が交わされており、サービスの向上に活かしている。	
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	毎月ホーム便りを持って訪問している。質問や疑問があれば随時相談し、助言を頂いている。地域ケア会議や行政関連の会合に参加し、情報や学びをケアや運営に活かすようにしている。	行政には、事業所の様子を報告したり、利用者の重度化に対して医療に関わる行為について相談するなど、協力関係を築くよう取り組んでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	内部研修会でスピーチロックについてロールプレイングを行い話し合った。事例集を作成し知識を深めた。身体拘束の弊害については十分理解しており行っていない。転倒の危険性のある人に対してはセンサーマットの設置で自由に動いて頂きながら安全確保に努めている。転倒リスクの高い人が複数いるため、人員配置が手薄になる時間帯では優先順位を判断し対応している。	言葉かけの事例をロールプレイで討議を重ね、職員の気持ち、利用者の気持ちを両面から掘り下げ「事例集」としてまとめた。日頃から何気なく使っている言葉でも身体拘束になっていないか注意しながらケアに取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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がないように注意を払い、防止に努めている	外部研修会に参加した職員の伝達講習であったり内部研修のテーマに挙げ取り組んだ。虐待とまではいかなくとも、何気ない言動がグレーゾーンではなかったかなど職員間で注意を払い声をかけあっている。		
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	介護支援専門員の研修に参加し学んだことがある。しかし制度を利用する利用者が過去から現在迄いなかった為、改めて学びの機会が必要であると感じている。個々のケースで必要性を確認した場合は関係機関への橋渡しをしていきたい。		
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	全ての事項について理解されるまで丁寧に説明し同意を得るようにしている。重要事項、契約内容以外の要望や不安な思いに耳を傾けながら可能な限りの意向に答える努力をする姿勢を伝えている。		
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並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	年1回の家族地域交流会では、家族と事業所側が集まって意見交換会を行っており、生の声を聞くことが出来る貴重な場となっている。家族の来訪時やケアプラン作成前や説明時には、個別で要望を伺うようにしている。運営推進会議への参加を呼びかけてはいるが家族の都合もあり最近参加者が少ない。年3回家族アンケートを実施している。投書箱を設置している。	利用者との面会時や家族交流会、家族アンケート等を通じて、意見や要望を聞いており、出された意見は職員間で検討を重ね、運営に反映させるよう努めている。利用者の様子は毎月通信で伝えており、家族との交流は図られている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	2か月に1回程度開催する役席ミーティングには事務所も交え問題点や解決策を話し合っている。早急に解決すべき事案はその都度報告し速やかに解決するようにしている。	役席ミーティングを通じて現場の意見を出せるようにしており、日常業務中でも自由に意見交換をしながら、管理者と職員間のコミュニケーションを図っている。	
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	必要に応じ、職員と個別面談を行い業務に関する事のみならず職場内の人間関係も含め悩みや要望を聞く機会を設け、就業環境の向上に努めている。経験や資格、勤務状況をもとに、役席への登用を行うなど職員の就労意欲の向上に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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	職員が講師となる内部研修計画を立て、必要な知識と技術を習得しその実践に努めている。勤務シフトの関係で外部研修に参加する機会の確保に苦慮している。国の助成制度を活用し、有期雇用職員の初任者研修終了を支援し、正社員として育成している。研修制度の支援制度を設けている。		
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つくり、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組みをしている	国、県のグループホーム協会等に参加すると共に、地域密着型事業所の保険者管内連絡協議会や地域ケア会議などに参加して交流や情報交換を行っている。町の保健福祉関係者交流会にも毎年数名が参加しネットワーク作りに努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス開始前には、本人の生活状況を知る為に生活の場を訪問し面談している。その際には安心して頂けるような雰囲気作りに心掛け、想いを受容する姿勢で関わり信頼関係が築けるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス利用開始の段階から家族の理解者であることを伝えることで安心して頂き、本人にとってどのような支援が大切なのか共に考えていく姿勢で対応している。初期には面会も多く、些細な事も話せるような雰囲気作りを心掛けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談時は、本人、家族の想いを把握し、緊急性の有無や、そのサービスが適切なのを見極めるようにしている。必要に応じ他サービスや他事業所に繋げるなどの対応を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者には、お世話されていると感じさせないような言葉かけを心掛けている。出来ることを探り、強制ではなく行ってもらえる場面を作り、自然な流れで手伝ってもらえた際には、感謝の言葉を伝えるようにしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	面会時には、家族と一緒に会話する時間を設けたり、毎月写真付メッセージを送り近況報告をしている。面会が少ない家族には、行事や交流会への参加を呼びかけるなど本人と家族の関係が途切れないよう働きかけている。家族と共に行きつけの美容院や買い物に出かける利用者や毎週自宅へ外泊する利用者もいる。		
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	重度化や高齢化が進むうちに外出自体が困難になっていた。それでも少人数ではあるが可能な限りホーム周辺の散歩など地域へ出かける工夫をしている。各ユニット間の交流は日常的に行っており隣棟へ行くことを楽しみにされている利用者もいる。ここ最近利用者の出入りもあり、以前のように外出支援にも力を入れていく予定である。	近くのお寺の境内を散歩したり、馴染みの美容院へ行くなど、利用者の思いを大切にした支援に努めている。家族の協力を得て、お墓参りに出かけた後、近くの公園へ花見に出かけるなど、関係が途切れないよう支援に努めている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者同士の関係性や相性を考慮して席の配置を工夫したり、孤立しがちな利用者を注意深く見守っている。重度化が進んだ利用者同士が会話しコミュニケーションを取ることは難しいが、共に唄ったりレクリエーションや軽作業をする中で良好な関係性を作っている。		
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	入院の場合は、入院先を訪問し、地域医療連携室と連絡を取りながら、その後の経過を見守っている。特養などへ転所されるケースでは面会に訪問したり、気軽に立ち寄りたり相談にきてもらえる様伝えている。		
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。	日々の関わりの中で、出来ること、望んでいること等、本人の思いや可能性を探りながら接するようにしている。アセスメントを重視しておりセンター方式を活用しチームで取り組んでいる。状態に変化があれば緊急カンファレンスを行い速やかにケアプランの見直しを行っている。	日々利用者との会話や表情などから感情を理解し、気持ちに寄り添って思いや意向の把握に取り組んでいる。コミュニケーションが取りにくい思いの掴みにくい時には、アセスメントの活用や職員間で情報を共有し、本人本位に検討している。	
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	入居時には、生活歴や習慣等を本人、家族にシートに記入してもらっている。入居前の情報は居宅や入所施設の介護支援専門員から情報を得ている。入居後の関わりを積み重ねながら、生活歴の把握を深めようと努めている。		
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	日々の関わりの中で、表情や行動、言葉の中からこれまでの生活状況を探っている。普段の関わりの中にたくさんの情報があり逃さないよう注意し、申し送りや記録に残すことで職員間で情報を共有している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人の想いの把握と、家族の意向や主治医の意見を計画に反映出来るよう事前に確認し、可能な家族にはカンファレンスに参加して頂いている。参加できない家族には要望や意向を事前に伺い、プランに反映している。	日々の職員の気づきや各関係者からの意見をもらい、カンファレンスで話し合いプランに活かしている。本人の出来るかもしれない事も想定した、前向きなプランに取り組んでいる。また重度化や状態変化時には現状に即して見直しを図っている。	
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	ケアプランに沿った記録と本人の様子、声掛けの内容や成功例、失敗例も記録するようにしている。プランの評価がしやすいプランになるよう心掛け立案している。しかし職員のレベルの差もあり、気づきや工夫が記録されていないこともあり、引き続き継続した訓練が必要である。		
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	利用者の希望や状態に合わせて入浴時間や福祉用具の導入、急な受診介助など臨機応変に対応している。家族の要望や状況を鑑みながら、可能な限り柔軟に対応している。		
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	琴演奏、三味線、民謡、フラダンス、芝居など多くのボランティアの受け入れで利用者を楽しんで頂いている。居住地の民生委員の訪問があるケースもあり、在宅時の情報を得ながら支援に活かしている。		
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	本人、家族の意向を確認したうえでかかりつけ医を決定している。協力医療機関の訪問診療を受けており、他科受診が必要な時には紹介状で確認しながら適切な医療が受けられるよう支援している。体調の変化や受診結果はタイムリーに家族へ連絡し、必要に応じ医師と直接面談して頂けるような場を設定するなどしている。	利用者、家族の希望するかかりつけ医を受診するなど、適切な医療を受けられるよう支援している。点滴や酸素など医療度が高い利用者も、看護師を中心にかかりつけ医との連携を図りながら支援に取り組んでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	介護職員は小さなことでも気になったことは報告し指示を仰いでいる。看護師は24時間オンコールで対応している。		
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、また、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。又は、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。	入院された場合は情報提供書を作成し医療機関へ提出している。入院中は地域医療連携室を通して情報交換しながら面会している。家族や医療機関と連絡を取りながら経過を見守り、退院後の生活が安心できるものになるよう支援している。		
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、事業所です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	契約時に医療連携体制について説明し、重度化の可能性がみられた時点で本人、家族意向を確認し医師を交えた話し合いを密にしている。地域の医療ネットワークを活用している。ケースでは共同医療体制を取っている。その際も後方支援をしてくれる医療機関と家族のパイプ役となり安心して頂いている。タイミングを見計らい終末期の契約書を作成し説明と同意を繰り返しながら慎重に進めている。終末期プランを立案し、職員全員が共有できるようにしている。内部研修会や事例毎に終末期ケアを取り上げ、職員がどのような心構えでいれば良いのか話し合っている。	入所時に、本人、家族と重度化や終末期のあり方について、事業所として出来ることを十分説明している。医療連携体制も図られ、看護師を中心に支援体制が出来ている。職員も今までの経験を踏まえ、終末期ケアに対する意識を高めている。	
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	緊急時の対応について研修会を開催し、対応策はマニュアル化している。利用者個々の身体状況から想定される病状の変化について看護師がその都度、指示助言している。		
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4回火災避難訓練を行っている。自主点検票を作成し、夜勤者による点検は毎日実施している。非常時における夜勤者同士の連携や緊急連絡網（地域の方含む）での連携体制を構築し、訓練時に確認している。消防計画に加え、地震や洪水などの自然災害に対する防災・避難計画を作成した。地震対策として家具を固定し非常用の備品を各棟に備えている。	避難訓練はあらゆる災害を想定し年4回行っており、夜勤者は、避難場所や消火器の場所などの点検を行い非常時に備えている。地域の方へは、連絡網で協力は得られているが、避難訓練での役割は伝えられていない。	地域住民には、避難してくる利用者の見守りを願うなど、災害時の役割を具体的に伝え、協力体制を築くことが期待される。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	以前、目標達成計画にも掲げていたので、意識して行えるようになってきている。馴染みと信頼関係ができた中で少しくだけた声かけをする事もあるが、あくまでその場面、その時の感情などをくみ取り行うようにしている。職員間でも気づきを話し合うようにしている。	内部研修でケアの事例をあげてロールプレイを行い、利用者の立場になって考えることで利用者の思いも感じることができた。言葉かけやケアの仕方が利用者の人格やプライバシーを損ねていないか、日ごろから職員間で話し合うよう取り組んでいる。	
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	スーパーのチラシを見ながら「何食べたい」など聞いたり、着る服を選んでもらったり、ぬり絵なども何枚か提供し自分で選んでもらっている。個々が秘めている「出来る力」を発揮してもらう場面を常に意識している。		
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	個々の生活習慣、リズムを大切にし、それに合わせた支援を心掛けている。離床時間等その日の本人の気分や体調なども伺いながら無理強いせずに行っている。但し、活動性が低下しないような働きかけも考慮しながら適切に判断するよう心掛けている。		
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	服やシューズ選び等、本人に選んでもらっている。重度化が進み本人の意思で決められない人は、職員が決めることもあるが、その場合でも以前好んで来ておられた服を着て頂くなど、声をかけながら行うようにしている。		
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	家事が得意な利用者には、野菜の皮むき、盛り付け、お盆拭きなどを、行事の時にはケーキの飾りつけなど一緒に行っている。食事は職員と一緒に摂っているが、ムセや誤嚥の可能性のある利用者が多くなり会話することで食事に集中できず危険な場合もある為、個々の摂取状況を見極めながら対応している。	職員と一緒に食事を味わい、楽しい時間を共有している。介助や声かけで食事を進める利用者には、誤嚥やムセに注意しながら時間をかけて取り組んでいる。調理の得意な利用者には、下拵えや配膳などお手伝いをお願いしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ムセや嚥下困難な方にはとろみや刻みなど形態を工夫して提供している。食事、水分量に注意を払い、塩分制限のある人にはホーム内で出来る減塩について医師、家族と相談しながら提供した。水分を摂って頂けない人にはゼリー味の多彩にするなどして提供している。		
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に、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	毎食後の口腔ケアは徹底している。うがいができない人には口腔清拭する等、個々の状態に合わせたケアをしている。口内残渣を取り除くことで誤嚥性肺炎の予防に努めている。		
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向けた支援を行っている	24時間シートを活用する事で排泄パターンを把握、個々に応じたトイレ誘導をしている。吸収面は勿論、利用者自身でパンツの上げ下げがしやすいようになど、排泄用品は個々に適した品をモニタリングしながら選んでいる。	日中は排泄パターンを把握して、早めに言葉がけを行いトイレでの排泄を勧めている。移動の際には「トイレへ」とは言わず「ちょっと寄り道して行きましょう」と優しく誘い、人格を損ねないよう取り組んでいる。	
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	個々の排泄リズムを把握し、なるべく自然排便に繋がるよう乳製品やオリゴ糖等を提供したり、オムツ使用の方でも排便がすっきり出ない時には便座に座ってもらったり腹部マッサージを行うなど、なるべく下剤や座薬に頼らないケアを心がけている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	毎日入浴出来るよう準備している。拒否や気分がムラがある人や体調不良などでしばらく入浴できなかった人など、その人のタイミングに合わせて時間も柔軟に対応している。重度化が進む中、家庭浴槽では対応が難しい方も増え、福祉用具を活用するなど、利用者の安全と介護者の負担を考えながら常に試行錯誤している。	利用者の体調や希望を聞きながら入浴を勧めている。重度化の方には福祉用具（リフト）の活用や、職員2人介助で行うなど安全面を確保して、個々に応じた入浴に取り組んでいる。	
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	一日の生活リズム、体調の把握に努めている。その人のペースを大切にしたいが、昼夜逆転にならぬよう日中の活動性を上げるための声かけをしている。ケアの工夫でも夜間の良眠に繋がらない場合には医師に相談し、生活に支障のない程度の弱い内服薬が処方されるケースもある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	薬局から届いた薬は看護師が投薬しやすいようセットしている。薬剤情報ファイルでいつでも内容を確認出来るようにしている。処方に変更があれば看護師から副作用等について注意事項を伝達している。服薬漏れや誤投薬のないよう声だしトリプルチェックをしている。			
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	関わりを重視し、より細かいケアプランを立てることでスタッフ間で情報を共有し、日々のケアに活かせるようにした。個々に応じた楽しみを見つけ、場の設定を行っている。			
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。また、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	趣味の手芸材料を買いに出かける人や、近くのお地藏さんに手を合わすことを日課としている人など個々の希望に合わせて外出支援を行っている。希望されない人でも季節や体調をみて外気に触れる機会を作っている。四季を感じてもらえるような場所（花見、そうめんツアー、紅葉狩り）へは利用者と会話しながら計画を立てている。	全員揃って出かけることは少ないが、一人ひとりの体調やお天気を見ながら季節の花見などにお連れしている。日常的に近所のお地藏さまにお参りに行かれる方や、職員と一緒に買い物に出かけるなど、利用者の希望を聞きながら支援している。		
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	本人の希望と家族の理解のもとで金銭の自己管理をしている利用者があり、買い物の際には自分で支払をされている。			
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	家族の方から手紙やはがきが届く方もおり、返事や年賀状を出したり毎月送る家族通信にメッセージを添えて送るなどの支援を行っている。家族に電話したいと希望があれば支援し、家族からの電話を本人に繋いだりしている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	皆で過ごすリビングで壁には、季節を感じて頂ける掲示物を展示している。玄関先に花を植えたり、廊下に写真を貼り楽しんでもらっている。適温適湿を保つため、空調、加湿器、空気清浄器を設置している。共用サービス利用者がおり互いに快適に過ごして頂けるよう、テーブルや椅子の配置を見直すなど工夫をしている。	事業所内は、家族や近所から頂いた季節の花が飾っており、優しい雰囲気を感じられる。自然の光が差し込むリビングは、車椅子や歩行器が動きやすいように家具が配置されており、利用者はそれぞれの場所で読書や塗り絵をしたり、雑巾を作ったりと思いついた時間を過ごしている。	
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	食事の席は一応決めてはいるが、歌が好きな人たちが集まったり、ゲームの輪を作ったり、隣棟へ遊びに行ったりと自由に過ごすことができる。反面、限られたスペースの中で居場所を求め利用者間でトラブルになることもあり、状況に応じ工夫や対応をしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居の際には自室の環境づくりの大切さを説明し、使い慣れた家具やなじみのある物を持ち込んで頂き、暖かい環境づくりを提案しているが、居室環境には個人差がある。なるべく殺風景にならないよう、ここで過ごした思い出の写真等を飾ったりしている。	居室にはテレビや使い慣れた家具などを配置し、家族と相談しながら居心地の良い部屋づくりを進めている。また床にテープを貼って歩行器の置き場所を位置付けて、安全面を配慮している。	
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」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	歩行器や車椅子が増え、共有スペースが狭くなってきている。安全に移動して頂けるようそれぞれの福祉用具の置き場所や位置にも配慮している。自室、トイレなど、分からない方のために目印をつけている。		

2 目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホームかみいち福祉の里
 作成日 平成 29 年 6 月 30 日

【目標達成計画】

優先順	項目番	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組み内容	目標達成に要する期間
1	6	・スタッフ間で意識するようになってきているが、席を立つ利用者に大きな声で「待って」など行動を制止する声が聞かれる事がある。	・利用者の安全を確保しつつ、自由に過ごしていただけるような環境づくりに取り組む。	・事例集を再度見直し、ミーティングで振り返り、意識を継続する。 ・スタッフ同士が注意し合いフォローし合う。	1年間
2	35	・災害対策として、主に火災時における避難誘導を中心に年4回実施している。近隣の方々には非常時連絡網の協力は得ているが、避難訓練においては、実施する旨の連絡はしているが、誘導、見守り等の役割訓練には至っていない。	・非常時の避難誘導には、地域の方々の協力が必要不可欠であり、今後、訓練実施に際し、可能な限り参加協力を依頼する。また、火災時に加え、本年1月に作成した自然災害（地震・風水害等）対策に基づく避難訓練も実施する。	・運営推進会議や家族・地域交流会を通して、地域の方々に事業所の災害対策の状況を説明し、協力をお願いする。 ・避難訓練の実施に際し、誘導、見守り等の役割訓練にも参加していただくよう依頼する。（年4回のうち2回程度）	1年間
3	27	・ケアプランに沿った記録が不十分実践されていても記録に残っていない事もある。 ・スタッフの気づきや工夫の記録があまりなく記録シートが活用されていない。 ・記録があっても実際のケアに生かされない事が多い。	・記録に残す事で情報を蓄積し、ケアプランの実践と評価を日常的に行う事が利用者の生活の質の向上になる事を意識する。	・ケアプランに沿って実践されたか、それどうなったかの評価を日常的に行う ・スタッフの気づきや、出来るかもしれない可能性を実践し、記録に残すことで情報を共有する。	1年間
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。