

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	2472800750		
法人名	有限会社 くるべ		
事業所名	グループホーム みそのむら		
所在地	三重県伊勢市御園町高向481		
自己評価作成日	平成30年11月24日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaisokensaku.nhw.go.jp/24/index.php?action=kmhvcou_detail;2018_012_kihonetu&ixvsnvCd=2472800750-004PrfCd=244VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 30 年 12 月 14 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)】

・地域密着型サービス事業所として、運営推進会議を中心に、出張介護講座、ボランティア部によるカフェ活動等地域連携、地域貢献に力を入れている。又、今年度から地域貢献企業登録も行き、地域の介護、福祉拠点としての役割を担っている。・スタッフの教育にも力を入れており、初任者研修、現任者研修、チューター制度(メンター制度)等社内外の研修カリキュラムが充実しており、新卒者、初心者でも働きやすい環境にある。(他係制度や委員会制度あり)・人事考課制度を設けており、キャリアアップが可能な仕組み作りができています。・利用者は家庭的な雰囲気の中、洗濯物たたみや調理補助、掃除等生活上の役割を大切にして、自己実現に向けてのサポート体制作りにも力を入れている。

【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)】

この事業所は、法人が設立時から地域や行政とよく話し合ってきたためか、地域との密接な関わりが保たれている。当初は自治会が多忙を理由に運営推進会議は不参加だったが、今では理解が進み事業所と自治会や地域団体の行事に相互参加し、交流している。事業所の機能を生かして地域で認知症講座が行われている。また事業所内部では、虐待防止・防災・介護技術各委員会が設定され、職員は積極的に活発に企画運営をする等意欲的な委員会活動がされている。

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、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	施設内に運営理念を掲げ毎朝申し送りで唱和している。自己実現を目指し、個人の尊重を重視し、日常生活支援に繋げている。	法人の理念と事業所の理念があり、両方を毎朝唱和して確認している。中でも自己実現は、利用者・職員がともに具体化していく目標としている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域主催の夏祭りや行事に地域の方を招待し参加していただいている。町づくり協議会にも一員として参加している。地域主催のイベントにも参加している。	事業所の開設記念行事・夏祭り(住民が誘い合い400名が参加)・保育所との交流等、多彩に取り組んでいる。夏祭り・盆踊りは地域にも影響し、自治会の盆踊りが再開された。また自治会防災訓練や、地域団体の諸行事にも参加している。	
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	地域の方々に認知症に対する理解や支援が広がるように運営推進会議で勉強会を実施している。(出張介護講座の実施等)キャラバンメイト研修受講者も多数おり、認知症サポーター養成講座も実施している。		
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	運営推進会議では利用者へのサービスの報告、開催月に応じてテーマを設け意見が出やすいように努めている。	自治会長は当初不参加だったが、今は交代の都度引き継がれ参加している。委員会での意見は個別対応も含め、できるだけ具体化する配慮をしている。事業所の問題以外に地域の問題も話題にし、改善に結び付けている。	
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	市町とは日頃から連絡を密にし、情報交換も行っている。毎月、介護相談員の来訪もある。運営推進会議には、必ず介護保険課からの参加がある。	制度の問題・手続きの問題等、分からないことがあれば主として事務長がその都度、市役所に聞きに行ったり、電話連絡している。なお、事務長は伊勢市の介護認定審査委員をしている。	
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	高齢者虐待防止法、身体拘束の禁止規定等を含め、全体勉強会で学び、職員各自も法令遵守の意識を持って介護の実践をしている。具体的な例を出してどういう事が拘束なのかを周知している。	事業所内に虐待防止委員会を設定、2ヶ月毎に会議し、拘束や虐待しない方策の検討、所内研修の資料作成やアンケートを実施したりしている。外部研修にも参加している。	
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	高齢者虐待防止関連法については、折に触れ全体勉強会で学んでおり、施設内に於いてもコンプライアンスが守られているか注意を払っている。虐待防止委員会主催勉強会で虐待防止について学んでいる。		

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
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	施設内の勉強会にて成年後見人制度についても学び、運営推進会議に成年後見人の方が参加し、意見交換等も行っている。権利擁護に関する社外研修にも参加し、ユニット会議で全員にフィードバックしている。		
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・解約時に於いて、代表者・管理者は、家族等の疑問にも耳を傾け、十分な説明と話し合いの下で、理解・納得が頂ける様努めている。又、、法改正の際等には運営推進会議や施設発行の新聞等でもお知らせし、理解を図っている。		
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	隔月に行われる運営推進会議にて意見交換を行ったり、希望・要望に関しても運営に反映できるよう努力している。又、意見箱を設置したり、アンケートも実施している。個別の対応は随時行っている。	毎週来る人・年に2～3回の人・家族間で交代してくる人等、さまざまな家族がいる。来訪されたら職員と話し合っている。年1回の家族アンケートで要望も聞いている。	
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	勉強会・会議の中で、職員の意見や提案等も聞く機会を設け、反映に努めている。会議で話し合いたい内容が提案できる仕組みがある。また、年度末には希望者には代表との個別面談がありその中で個々の意見が言える仕組みがある。事前に会議で話し合いたい内容を提案できる用紙がある。(ユニット会議検討書で個別意見の話し合いを実施)	職員参加の会議は、ユニット会議・リーダー会議・委員会(防災・介護技術・虐待防止)会議・(行事の)係会議・ミーティング等があり、それぞれ活発な意見交換をし、改善提案もよくある。意見は付箋にも書いて出している。	
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	1年の始めに「能力評価シート」や代表から全職員にアンケートも実施している。その内容や研修報告書等を考慮し給与の見直しを行っている。人事考課制度による適正な評価が実施されている。		
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	施設の内外を問わず、研修等には積極的に参加を促している。又、一年間の職員研修プログラムを実施している。職員の技術向上に繋がるよう努めている。新卒、中途採用問わず、新入社員にはチューターをつけており、新入職員が安心して働ける取組を実施している。		
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	地域密着型サービス協議会、市の介護保険サービス事業者連絡会、地域ケア会議等に参加し、同業者間の情報交換を行ったり、現場研修の受け入れ、施設見学等を通じて、サービスの向上に繋がる様取り組みをしている。		

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
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	利用者がどのような事に不安を抱き困っているか傾聴姿勢で納得されるまで話を聞く。家族からも充分話を聞き情報収集し、本人の希望に添えるケアの実践に努めている。		
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	利用者の生活歴を尋ねながら、その間に感じたご家族の気持ちや現在に至るまでのご苦労等にも耳を傾けた上でご家族の要望や必要とする支援を尋ねるように努めている。		
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	体験入居で本人、家族が求めるサービスや環境を確認できる仕組みを設けている。医師往診・訪問看護・訪問歯科医等の医療サービスを初め、整骨院通院等その方に必要と思われるサービスの情報を提供している。		
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	利用者の「まだ出来る事」「したい事」を忘れず、見守りの中で家事等での出来る事を共に行っている。また利用者同士の関係性も活かしながらアプローチしている。個別ニーズには当社のおでかけサポート利用等で対応している。		
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	家族が面会した際に、利用者と一緒に楽しい時間を過ごせるよう、環境作りに配慮している。近況報告を密に行い離れていても身近に感じていただけるように努めている。毎月、本人、家族宛てに新聞を作成して近況報告を行っている。		
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	日頃から利用者の要望を傾聴し、外出行事でその場に行っている。必要な時はご家族に同行の協力をして頂いている。又、外部のサービスを活用し帰宅できるように支援している。	個別の要望により墓参りや日帰り帰宅(毎月行く人がいる)に職員が同行している。時には友人の来訪、手紙の来信、TELのやり取りもある。個別対応には、家族同意のうえ保険外負担を求めている。	
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、仲の良さ悪しがあるので、席の場所に配慮したり、レクリエーション等を通して環境を変えたり、職員が仲介に入り、コミュニケーションが自然に行われる様、支援に努めている。		

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
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	一部ではあるが、退所した利用者との交流を図っている。近隣の場合は、仲の良かった利用者同伴で会いに行っている。必要に応じ、相談や支援も行っている。		
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	自己主張出来る利用者には、家族と相談のうえ居室の様様替えをしている。困難な利用者には職員間や家族と相談し、生活の向上に努めている。必要に応じてセンター方式のアセスメントを活用して状態把握に努めている。	日々の会話をとおしてその気持やニーズを理解したり、家族に以前の状態を聞いたりして認識している。毎日仏壇を拝んでいる人もいる。把握できた気持等は、事業所で改善したアセスメント票に記録し職員で共有している。	
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	これまでの暮らしについて利用者本人や家族の話を傾聴し、生活環境や食生活等、個別のサービス提供に努めている。		
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	利用者一人ひとりの生活のリズムを把握して、心身状態や介助の仕方等、職員間で話し合っている。毎朝ケアプランの確認を行い一人ひとりの支援が出来る様に努めている。		
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	定期的なモニタリングで、変更点や改善点を導き出し、本人や家族または、必要な関係者と話し合い、その人らしい生活が送れる様、介護計画を作成している。計画担当者との連絡ノートをつくり介護計画に反映しやすいシステムを構築している。	ユニット会議を利用し、3ヶ月毎にモニタリングとケアプランを検討している。心身に変動があればケアプランとアセスメントはその都度見直している。しかしケアマネジャーは今、非常勤のため家族への説明時間が十分確保されていない可能性がある。	策定されたケアプランは家族の来訪時や郵送で、説明・承認がされている。一部に説明不十分との声もあるようなので、家族がしっかり理解できるよう説明することを期待したい。
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	職員間の定期的な会議や、ケアへの気付き・アイデアの情報等、朝の申し送り時に話し合い実践、それを介護計画の見直しに活かしている。		
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	利用者の心身の状態や家族の状況に配慮し、その時のニーズに応じた支援を提供している。基本的な日常の支援を遂行しつつも柔軟にその方の状況に合わせて、役割や責任感のある生活を送っていただけるような支援を実施している。		

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
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	利用者の体調により必要に応じて整骨院へ通院。又、整骨院院長による健康体操等適宜取り入れている。事業所周辺の認知症カフェや買い物に出かけたり楽しんでいる。町の老人クラブにも入れてもらい活動している。(なごみ会)		
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	隔週で主治医の訪問診療がある。主治医が24時間対応しているため、特変時は訪問し、必要に応じて他科受診の紹介をしている。	協力医とは24時間連絡体制がある。協力医は月2回定期訪問診療があり、利用者全員その折に受診している。歯科医も月2回訪問診療する。訪問看護(医療系)とも事業所で契約している。協力医以外への通院は家族が対応している。	
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	毎週訪問看護を受けている。常勤の看護師もおり、気軽に相談できる環境にある。(看護師間でも連携を図り、情報共有している。)		
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。	入院時は管理者、主任が入院先へ見舞い家人より状況や相談を聞き取り主治医へ報告している。退院に向けた準備、退院後の方針など家族や関係者と話し合う。ソーシャルワーカーとの連携も密にとれている。		
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	主治医を中心に家族、スタッフ、ケアマネ等による担当者会議を必要に応じて定期以外も行い、本人や家族の意向に少しでも添えるようにスタッフ全員で勉強会で話し合い方針を決め支援している。	過去に10数件看取りの支援をしたが、この1年は例がない。主な対応は医師や看護師がしているが、職員は医師の指示により対応してきた。家族の気持ちを配慮しながら、具体的な支援策は担当者会議で共有してきた。	
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	緊急時の対応や連絡先を分かりやすく掲示している。全スタッフが普通救命講習を受講し急変時の対応を学び年3回実施の避難訓練の場で応急処置法も訓練している。		
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	防災管理委員会を中心に年3回以上の避難訓練を実施している。本年度は水害時避難確保計画を市に提出。火災避難マニュアル作りに着手している。活動は社内で共有できる体制にある。	事業所で災害別避難マニュアルを策定し、訓練してきた。この1年は消防署の立会いがなかったが、火災・水害等を想定し総合訓練をした。非常食・発電機も用意しており、地域防災訓練にも参加した。	

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	丁寧語の徹底に取り組み人生の先輩である利用者を尊重した言葉掛けを意識している。スピーチロック等の不適切ケアの防止にも力をいれている。ユニット会議で虐待防止委員会主催の勉強会で学んでいる。	言葉づかいには日頃から気をつけ、言葉による拘束をしないよう勉強会の都度確認している。定期的に唾液アミラーゼ検査法を取り入れ、職員がストレスを溜めないように努めている。	
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	本人の意向を確認したり、家族から聞き取りするなどして希望を確認している。外出行事等出来る限り希望に沿った支援を提供できるように努めている。個別ニーズには、保険外サービス(おでかけサポート)等を紹介している。		
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	利用者の趣味やペースに合わせて、介助見守り等の支援を行っている。その方らしい生活(自己実現)を優先として個人の思いを大切にしている。		
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	季節、気温等を十分に考え衣替え洋服選びを行っている。利用者の趣味も大事にしている。月を決めて衣替えを行い、家族にもその旨を伝え協力してもらっている。		
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	利用者から献立の希望を聞いたりしている。特に料理法・味付け等のアドバイスも受けている。片付けは率先してされている。	ユニット毎に献立、調理している。調理は職員交代であり、献立は事前検討せずその時々食材を見て決める。消毒と整理整頓に気をつけている。レクリエーションとして利用者とおやつ作りをしたり、春・秋には弁当持ちの楽しみな行楽日がある。	
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	1日の献立が野菜・肉・魚などバランス良く提供できるよう、食事ノートや検食記録を行っている。月に1度の体重測定を実施し変化を察知している。水分摂取表、食事摂取表で各々の摂取している量が一目でわかる。		
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	毎食後口腔ケアの声掛けを行い実施している。自分で出来る利用者には自身で行ってもらっている。週に1度歯科衛生士が来設し口腔ケアを行い必要な利用者は歯科医師による治療を受けている。義歯は毎晩消毒している。		

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	排泄パターンに合わせて、声掛け、誘導、介助を利用者ごとに行っている。仕草、落ち着きが無いなどのサインを見逃さないようにし、排泄の失敗の予防に努めている。	排泄チェックしながら全員のトイレ誘導を基本にしている。自立している人4~5名は見守り、リハビリパンツ使用は12~3名である。おむつ利用もあるが安易にはしない。	
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	個々の排便パターンを把握し、訴えの無い方は、決まった時間に声掛け、誘導している。便秘の日数を記録し、スタッフ間で共有し、野菜をたくさん使った料理を心がけ、散歩、体操を取り入れている。主治医とも連携しながら予防している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の希望を聞きゆっくり楽しみながら入浴を実施している。体調にも注意し、一対一で入浴している。	週4回は入浴できるよう、順番を組んでおり、時間は午前と午後に設定している。一般浴槽のため、重度者は併設の小規模多機能施設を利用する。職員は同性介助で、1人で着替え、出入り、洗身等全てを介助している。	
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	昼夜逆転防止の為に、レクリエーションなど運動の機会を増やし生活リズムが整うように努めている。		
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	服薬の変更等があった場合は、申し送りして全ての職員が把握するように努めている。服薬の目的、副作用を把握し、心身の変化が無いが常に気をつけている。変化については些細なことも主治医に報告する中で医療との連携が出来る様に努めている。服薬ミスがないよう日々のルールに則り支援している。		
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	利用者一人ひとりが何が出来るのか把握し、環境を整えるように努めている。各利用者に向けた無理のない作業、役割を毎日行って頂いている。食器洗い、洗濯物たたみ、掃除等を実施している。畑収穫等も行っている。		
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	日頃の会話から、行きたい所などの希望を汲み取り、毎月の行事で外出の機会を設けている。園庭、近所を散歩したり、ドライブに出かける。外部のおでかけサポートを利用して外出支援を行うこともある。	花見・外食・博物館見学等、年間計画で外出している。個別ニーズにより、喫茶店・墓参り・夜店等にも職員が同行支援している。日常では散歩したり、農園に出たりしている。	

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	事務所で管理しているが金銭管理の可能な方は、ボランティアと出かけ買い物を楽しんでいる。施設の買い物も職員と一緒に出かけている。		
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	手紙、はがき、電話など自由にやり取りできる雰囲気にある。		
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	エアコン加湿器などで共有スペースの温度調整に配慮している。耳障りにならない音楽を流したり季節感のある掲示物や植物を配置するなど、一年を通して過ごしやすい空間作りを心がけている。	ユニット毎に広間があり、窓からの光が明るい部屋で昼は利用者全員が集まってくる。それぞれが手芸品を作ったり習字をしたり、自由に過ごしている。作品を壁に飾ってはいるが、比較的さっぱりした場所になっている。	
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	共有スペースの和室、テーブル席、ソファなど一人で過ごしたり、気の合う者同士で会話を楽しんだり、それぞれが気兼ねなく過ごせるように配慮している。		
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	家で過ごしていた時からの使い慣れたもの、大事にしていたものを飾ったり置いたりし、家族にも協力してもらい、自分の家の様に居心地の良い場所作りに努めている。	ベッド・エアコン・押入れは事業所が設置している。利用者はそれぞれテレビ・趣味の本・家族写真・位牌等を持ち込み、多様である。夏冬の衣類入替は、各自が押入れや整理ダンス等に保管している。また、畳の部屋も用意されている。	
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	場所の表記は出来るだけ分かりやすくしており居室の間違いが無い様写真や氏名を貼る等の工夫をしている。又、動線上に余分な物を置かない様努めている。		

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	2472800750		
法人名	有限会社 くらべ		
事業所名	グループホーム みそのむら		
所在地	三重県伊勢市御園町高向481		
自己評価作成日	平成30年11月24日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	https://www.kafukensaki.nhlw.go.jp/247/index.php?action=kouhou_detail_2018_022_kihontrunk&lgvsnvCd=2472800750-004PrntCd=244VrsJmCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 30 年 12 月 14 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)】

・地域密着型サービス事業所として、運営推進会議を中心に、出張介護講座、ボランティア部によるカフェ活動等地域連携、地域貢献に力を入れている。又、今年度から地域貢献企業登録も行き、地域の介護、福祉拠点としての役割を担っている。・スタッフの教育にも力を入れており、初任者研修、現任者研修、チューター制度(メンター制度)等社内外の研修カリキュラムが充実しており、新卒者、初心者でも働きやすい環境にある。(他係制度や委員会制度あり)・人事考課制度を設けており、キャリアアップが可能な仕組み作りができています。・利用者は家庭的な雰囲気の中、洗濯物たみや調理補助、掃除等生活上の役割を大切に、自己実現に向けてのサポート体制作り力を入れている。

【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)】

この事業所は、法人が設立時から地域や行政とよく話し合ってきたためか、地域との密接な関わりが保たれている。当初は自治会が多忙を理由に運営推進会議は不参加だったが、今では理解が進み事業所と自治会や地域団体の行事に相互参加し、交流している。事業所の機能を生かして地域で認知症講座が行われている。また事業所内部では、虐待防止・防災・介護技術各委員会が設定され、職員は積極的に活発に企画運営をする等意欲的な委員会活動がされている。

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 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、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	各共有スペースに運営理念を掲示し、朝の申し送りで唱和している。利用者の自己実現という目標に近づける様に努力している。	法人の理念と事業所の理念があり、両方を毎朝唱和して確認している。中でも自己実現は、利用者・職員がともに具体化していく目標としている。	
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	事業所主催の行事、夕涼み会、避難訓練、運営推進会議等に地域の方を招待している。地域のイベントには利用者とスタッフが一緒に参加している。	事業所の開設記念行事・夏祭り(住民が誘い合い400名が参加)・保育所との交流等、多彩に取り組んでいる。夏祭り・盆踊りは地域にも影響し、自治会の盆踊りが再開された。また自治会防災訓練や、地域団体の諸行事にも参加している。	
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	スタッフがキャラバンメイトの資格を取得している。地域の方に向け認知症サポーター養成講座を企画している。地域の団体や自治会向けに出張介護講座も実施している。		
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	事業所のサービスや取り組みを近況報告として伝えている。その時その時のテーマを中心に地域や家族からの意見や質問を受ける機会を設けている。	自治会長は当初不参加だったが、今は交代の都度引き継がれ参加している。委員会での意見は個別対応も含め、できるだけ具体化する配慮をしている。事業所の問題以外に地域の問題も話題にし、改善に結び付けている。	
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	市町とは情報交換を行っており、毎月介護相談員の来訪もある。また、地域運営推進会議には介護保険課、自治会が参加している。	制度の問題・手続きの問題等、分からないことがあれば主として事務長がその都度、市役所に聞きに行ったり、電話連絡している。なお、事務長は伊勢市の介護認定審査委員をしている。	
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	身体拘束についての社内研修をはじめ研修への参加を通じスタッフ一人ひとりの意識の向上に努めている。スピーチロックの事例唱和を朝の申し送り時に行っている。虐待防止委員会主催勉強会で虐待や身体拘束防止に努めている。	事業所内に虐待防止委員会を設定、2ヶ月毎に会議し、拘束や虐待しない方策の検討、所内研修の資料作成やアンケートを実施したりしている。外部研修にも参加している。	
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	虐待防止委員会の立ち上げにより、社内アンケートの実施、勉強会等でも学ぶ機会が増えている。同じく虐待防止委員会主催の勉強会で学んでいる。		

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
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	社内勉強会で成年後見人制度についても学び、運営推進会議に成年後見人の方が参加し、意見交換等も行っている。権利擁護に関する社外研修にも参加している。外部研修での学びをユニット会議等で全員にフィードバックしている。		
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・解約時に於いて、代表者・管理者は、家族等の疑問にも耳を傾け、十分な説明と話し合いの下で、理解・納得が頂ける様努めている。又、法改正の際等には運営推進会議や施設発行の新聞等でもお知らせし、理解を求めている。		
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	隔月に実施している運家推進会議で意見交換を行ったり、希望・要望に関しても運営に反映できるような仕組みがある。又、意見箱を設置したり、アンケート等も実施している。	毎週来る人・年に2~3回の人・家族間で交代してくる人等、さまざまな家族がいる。来訪されたら職員と話し合っている。年1回の家族アンケートで要望も聞いている。	
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	毎月のユニット会議にて検討書を通じて意見を出せるようになってきている。年度末には代表面談にて個別に希望、要望を伝える機会もある。	職員参加の会議は、ユニット会議・リーダー会議・委員会(防災・介護技術・虐待防止)会議・(行事の)係会議・ミーティング等があり、それぞれ活発な意見交換をし、改善提案もよくある。意見は付箋にも書いて出している。	
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	能力評価シートの一環として代表からのアンケート調査を実施して意見を抽出している。その内容や研修報告書等を考慮しながら待遇の見直し等を行っている。人事考課制度も導入している。		
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	独自の社内研修があり各自のレベルにあった内容が選択できる。チューター制度を取り入れ新人職員が安心して働ける体制づくりに努めている。		
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	地域密着型サービス協議会、介護保険サービス事業者連絡会、地域ケア会議等に参加し、情報交換を行ったり、現場研修、施設見学等を通じてサービスの向上につながる仕組みづくりに力を入れている。		

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	利用者がどのような事に不安を抱き困っているか傾聴姿勢で納得されるまで話を聞く。家族からも充分話を聞き情報収集し、本人の希望に添えるケアの実践に努めている。		
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	利用者の生活歴を尋ねながら、その間に感じたご家族の気持ちや現在に至るまでのご苦労等にも耳を傾けた上でご家族の要望や必要とする支援を尋ねるように努めている。		
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	体験入居で本人、家族が求めるサービスや環境を確認できる仕組みを設けている。医師往診・訪問看護・訪問歯科医等の医療サービスを初め、整骨院通院等その方に必要と思われるサービスの情報を提供している。		
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	利用者自ら手伝いを申し出ただけ。無理のないように声かけを行う場合もある。見守りを基本としながらもその方その方の自己実現につながるような支援を心掛けている。		
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	家族と面会時に一緒にレク等参加してもらえるように声かけ、日々の生活の様子、体調などの報告を行い協力をお願いする事もある。来訪者シートで家族の訪問を確認して、調整を行っている。		
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	行きたいと言われる方には個別でお墓参りなどへ出かける。個別の支援に関しては、保険外サービスであるおでかけサポート等を活用して関係継続に努めている。	個別の要望により墓参りや日帰り帰宅(毎月行く人がいる)に職員が同行している。時には友人の来訪、手紙の来信、TELのやり取りもある。個別対応には、家族同意のうえ保険外負担を求めている。	
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	特別に席は決めず、仲の良し悪しもある為席に配慮し互いにストレスにならないよう仲介に入り良いコミュニケーションの場とな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
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	退去した利用者とも交流を図っている。(近所のもと利用者が訪問してくれる時もある。)本人、家族の相談支援も行っている。外出支援に本人の思い出の地へ行く等も考慮している。		
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	一人ひとりの暮らし方の希望や思いを居室環境に反映している。聞き取りが困難な利用者とは家族と相談している。必要に応じてセンター方式のアセスメント用紙を使用してより幅広い情報を得るようにしている。	日々の会話をとおしてその気持やニーズを理解したり、家族に以前の状態を聞いたりして認識している。毎日仏壇を拝んでいる人もいる。把握できた気持等は、事業所で改善したアセスメント票に記録し職員で共有している。	
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	生活歴、環境、食生活や嗜好など本人や家族からの情報、アセスメントで確認し、各々に合った支援提供に繋がるよう検討実践している。(アセスメントシートの活用他)		
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	ケアプランの確認は毎日行いその方の支援を検討している。毎月のユニット会議でケースの検討を行い利用者の状態にあった支援の見直しをしている。		
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	モニタリングや担当者会議での変更点や改善点を導き出し本人や家族など関係者と話し合い、その人らしい生活が送れるように介護計画を作成している。連絡ノートでケアマネと介護職員で情報共有している。	ユニット会議を利用し、3ヶ月毎にモニタリングとケアプランを検討している。心身に変動があればケアプランとアセスメントはその都度見直している。しかしケアマネジャーは今、非常勤のため家族への説明時間が十分確保されてない可能性がある。	策定されたケアプランは家族の来訪時や郵送で、説明・承認がされている。一部に説明不十分との声もあるようなので、家族がしっかり理解できるよう説明することを期待したい。
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	個別の介護経過に記録されている変化や気づきに対して朝の申し送りで話し合い実践し介護計画の見直しに活かしている。		
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	利用者の心身の状態や家族の状況に配慮し、その時のニーズに応じた支援を提供している。基本的な日常の支援を遂行しつつも柔軟にその方の状況に合わせて、役割や責任感のある生活を送っていただけるような支援を実施している。		

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
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	下肢筋力低下予防の為、整骨院へ通っている利用者がいる。整骨院院長による健康体操を月に1~2回デイルームで実施している。町の老人クラブにも入れてもらい、活動に参加している。		
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	隔週で主治医の往診がある。主治医が24時間対応しているので、特変時は訪問し、必要に応じて他科受診の紹介をしている	協力医とは24時間連絡体制がある。協力医は月2回定期訪問診療があり、利用者全員その折に受診している。歯科医も月2回訪問診療する。訪問看護(医療系)とも事業所で契約している。協力医以外への通院は家族が対応している。	
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	週1回訪問看護を受けている。日常の小さな変化や、今後の健康管理についても看護師に相談指導を得て対応している。看護師も常勤しており気軽に相談できる環境にある。		
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。	主治医や家族に状況を聞き取り共有している。入院先へのお見舞いで相談事等を聞き、早期で退院できるように退院後の方針を話し合っている。必要に応じて病院への面会や相談員との連絡調整も行っている。		
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	主治医を中心に家族、スタッフ、ケアマネ等による担当者会議を必要に応じて定期以外も行い、本人や家族の意向に少しでも添えるようにスタッフ全員で勉強会で話し合い方針を決め支援している。	過去に10数件看取りの支援をしたが、この1年は例がない。主な対応は医師や看護師がしているが、職員は医師の指示により対応してきた。家族の気持ちを配慮しながら、具体的な支援策は担当者会議で共有してきた。	
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、主治医等への連絡先を掲示しマニュアルが分かりやすくしてある。AEDもスタッフ全員が使用方法を理解している。スタッフに応急手当普及員がいる。		
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	防災管理委員会を中心に年3回以上の避難訓練を実施している。本年度は水害時避難確保計画を市に提出。火災避難マニュアル作りに着手している。活動は社内で共有できる体制にある。	事業所で災害別避難マニュアルを策定し、訓練してきた。この1年は消防署の立会いがなかったが、火災・水害等を想定し総合訓練をした。非常食・発電機も用意しており、地域防災訓練にも参加した。	

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	不適切な声かけを無くすようにユニット会議などで何が問題なのかスタッフ間で考え対応できるように声をかけ合う。虐待防止委員会が主催となって勉強会も行っている。	言葉づかいには日頃から気をつけ、言葉による拘束をしないよう勉強会の都度確認している。定期的に唾液アミラーゼ検査法を取り入れ、職員がストレスを溜めないように努めている。	
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	利用者の表情、言葉、行動を見守り自己決定に添える支援を心がけている。声かけを十分に行い、少しでも本人の思いをキャッチできるようにしている。		
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	利用者のペースに合わせて危険のない事は見守りにて制止のないようにする。危険な場合は一緒に行う。日々の生活の中で、普段との違いに気付くよう心掛け、事務作業的にならないようにしている。		
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	外出する際には、お洒落服と一緒に選んだりお化粧の手伝いを行いおしゃれを楽しむ支援をしている。家族の協力もあり季節に合わせた服装が出来るように支援している。		
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	利用者の好みを聞いたり、季節の旬の素材を取り入れる等の工夫をしている。家人からの差し入れの食材が有る際は紹介し伝えている。職員が同じテーブルで食事をすることで会話をし、好みや希望が聞かれる。	ユニット毎に献立、調理している。調理は職員交代であり、献立は事前検討せずその時々食材を見て決める。消毒と整理整頓に気をつけている。レクリエーションとして利用者とおやつ作りをしたり、春・秋には弁当持ちの楽しみな行楽日がある。	
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	1日の献立が野菜・肉・魚などバランス良く提供できるよう、食事ノートや検食記録を行っている。月に1度の体重測定を実施し変化を察知している。水分摂取表、食事摂取表で各々の摂取している量が一目でわかる。		
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	毎食後個々に合った口腔ケアを行っている。希望者は週1回歯科衛生士による口腔ケアを受けている。		

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
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	日頃から排泄表にてリズムやパターンなどを把握し、しぐさから気がつけるように失敗のない安心出来る誘導をしている。排泄時の失敗の予防に努力している。	排泄チェックしながら全員のトイレ誘導を基本にしている。自立している人4～5名は見守り、リハビリパンツ使用は12～3名である。おむつ利用もあるが安易にはしない。	
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	個々の排便パターンを把握し、訴えの無い方は、決まった時間に声掛け、誘導している。寒天や果物を食事、おやつに取り入れ、排便を促している。また、水分摂取を促し便秘予防に努めている。		
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	介助が必要な利用者が多い為日を決めている事も有るが一对一でゆっくり入浴していただけるように努めている。利用者にも十分注意している。	週4回は入浴できるよう、順番を組んでおり、時間は午前と午後を設定している。一般浴槽のため、重度者は併設の小規模多機能施設を利用する。職員は同性介助で、1人で着替え、出入り、洗身等全てを介助している。	
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	施設入居前から使用してみえる、布団や枕を持参して頂くことで以前の環境の中で安眠出来るよう支援している。また、日中、園庭での散歩、体操等程良い運動の機会を増やし生活リズムを整え、安眠出来る様支援している。		
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	服薬の目的、副作用を把握し、心身の変化が無いか常に注意を払うよう努めている。変化は細かく主治医に報告する中でその方に合った用法・用量になるように医療との連携出来る様に努めている。		
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	利用者に合った役割を提供している。利用者が作業しやすい環境を整えるなど、出来る限り自主的に動いて頂けるよう配慮している。		
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	日頃の会話から、行きたい所などの希望を汲み取り、毎月の行事で外出の機会を設けている。外出行事では昼食でお寿司屋へ出かけた後、家族からの聞き取りをしたりしながら一方的な支援にならないように配慮している。	花見・外食・博物館見学等、年間計画で外出している。個別ニーズにより、喫茶店・墓参り・夜店等にも職員が同行支援している。日常では散歩したり、農園に出たりしている。	

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	基本的にお金は事務所で管理しているが、お金所持の可能な方は施設の買い物と一緒に出かけ買い物を楽しんで頂く。		
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	希望のある場合は電話をつなぎ自由に話して頂いたり、家族・兄妹・手紙の受け渡しの支援をしている。		
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	エアコン加湿器などで共有スペースの温度調整に配慮している。耳障りにならない音楽を流したり季節感のある掲示物や植物を配置するなど、一年を通して過ごしやすい空間作りを心がけている。	ユニット毎に広間があり、窓からの光が明るい部屋で昼は利用者全員が集まってくる。それぞれが手芸品を作ったり習字をしたり、自由に過ごしている。作品を壁に飾ってはいるが、比較的さっぱりした場所になっている。	
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	共有スペースの和室、テーブル席、ソファなど一人で過ごしたり、気の合う者同士で会話を楽しんだり、それぞれが気兼ねなく過ごせるように配慮している。また、他ユニットの方とも気の合う方同士自由に交流されている。		
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	本人が使っていた物をそのまま使用して頂いたり、本人が好む物を配置したりし、居心地良く過ごせるよう配慮している。衣替えの時期等に家族にも協力頂き環境整備を行っている。	ベッド・エアコン・押入れは事業所が設置している。利用者はそれぞれテレビ・趣味の本・家族写真・位牌等を持ち込み、多様である。夏冬の衣類入替は、各自が押入れや整理ダンス等に保管している。また、畳の部屋も用意されている。	
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	場所の表記は出来るだけ分かりやすくしており居室の間違いが無い様写真や氏名を貼る等の工夫をしている。又、動線上に余分な物を置かない様努めている。		

目標達成計画

事業所名 グループホームみそのむら

作成日 : 平成 31年 2月 8日

評価結果

市町提出日 : 平成 31年 2月 15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	26	作成されたケアプランについて、家族への説明が不十分である。ケアマネジャーと家族が顔を合わせ、説明・検討する機会が少ない。(家族様アンケートより)	作成されたケアプランについて、家族様の確認とサインを求める場合は、十分な説明を添える。本人、家族、施設職員、その他関係機関等の中でケアプランを浸透させ、皆で支える体制作り努める。	ケアカンファレンスを通じて、暫定ケアプランを生活に促したものにしていく。	3 か月
2				暫定プランを元に、本人・家族の意向を踏まえたケアプラン作りを目指す。暫定プランについて、ケアマネジャーが直接説明できない時は説明文書を添え、必ず家族様からの意見を頂くようにする。	6 か月
3					か月
4					か月
5					か月

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。