

## 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	1690200595
法人名	社会福祉法人 あいの風福祉会
事業所名	福祉コミュニティ 高岡あいの風
所在地	富山県高岡市内免5丁目50番1
自己評価作成日	平成31年 2月 20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等で閲覧してください。

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31年3月11日	評価結果市町村受理日	平成31年4月1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）】

これといったこだわりは持たず、ありのまま・そのまま過ごせる空間である。施設だからといって、閉鎖的になるのではなく、限られた空間でも開放的に行き来できる環境である。職員は、あいの風理念である”利用者様、ご家族様の最高のパートナーとして存在したい”を目指し、まっすぐな気持ちで正直な業務（支援）を行っている。

【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）】

利用者一人ひとりの思いを大切にすることが介護をするスタッフ全員のベースであり、利用者の意向や要望に寄り添い、本人の食べたいものを献立に取り入れて一緒に作ったり、出前を取ったり、外出することに重点をおいている。本人の表情の観察に努め、少しでも変化があった場合はすぐに声かけをして不安や苦痛などの原因への対応を行っている。また、毎年恒例の花見ドライブでは遠方まで出かけて桜を眺めたり、月1回は外食に行ったり、日常生活でも少しの時間を見つけては利用者と一緒に散歩に出かけるなど本人の要望を取り入れ実践に繋げている。帰宅願望のある利用者には、本人の思うように外出してもらい危険のないように後から見守り事業所に戻って来るというように本人の思いを尊重し、受け入れるケアの実践をスタッフが連携を取りながら行っている。

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				

# 1 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	グループホーム理念を各フロアに掲示している。普段から目に見える場所に掲げる事で、職員全員が共有・実践し意識を高めケアに取り組んでいる。	事業所全体の理念とは別にグループホーム独自の「毎日笑顔 あふれる 大家族」というスタッフみんなで考えた理念を各フロアの壁に大きく張り出し何時でも目につくことができ意識することができ、日々の実践に繋げている。	スタッフ全員で、理念について考える機会を持ったり、日々の生活の中で実践に繋げるように周知する方法について工夫されることに期待したい。
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	施設行事開催時には、町内に回覧板を回して頂いたり、運営推進会議等の場で事前に参加やボランティアの協力を募っている。また、自治会の獅子舞や納涼祭、公民館まつりへも積極的に参加している。	事業所の納涼祭に民生委員が自らの焼くボランティアをかって出て、鉄板も持参されている。その他にもキーボード演奏者や近隣の小学生のダンスチームの来訪がある。また、町内の公民館祭りには、事業所から出向いて行き模擬店や踊りの発表会を見学して楽しむなど活発に地域交流が図られている。	
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	地域の方々と交流機会(施設行事や運営推進会議、町内行事等)がある際には、気になる事や困っている事、不安に感じている事が無いかな等意見交換をしている。		
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	2カ月に一回(偶数月)開催し、施設の運営状況・活動報告を行っている。また、各事業所の活動内容(外出・おやつ作り・日頃の様子等)もまとめて報告している。質疑応答や意見交換を行い、サービス向上に活かすよう努めている。	運営推進会議には、自治会長、民生委員、包括支援センター、小規模多機能型・特養・グループホームの各々の家族代表3組が参加して活動状況や運営状況の報告さらに会議で出された意見に対しての検討を重ねて回答して運営推進会議を活かした取り組みに繋げている。	
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	運営推進会議には地域包括支援センターの方が参加されている為、現状報告している。その他、積極的な連携は図れていない。	複合型の事業所であり、事業所本部と市町村とは連携が取れており、情報提供に関しては各事業所の管理者に周知され、共有される体制になっている。また、事業所は隔月の運営推進会議を通して包括支援センターと協力関係が築かれている。	
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	施設内は原則施錠していない。玄関のみ、安全配慮・防犯の都合上、20時～6時までは施錠を行っている。身体拘束委員会を設置し、日頃より拘束について理解を深める機会を設けている。(研修や資料の配布など)	身体拘束廃止委員会が中心になって「身体拘束廃止マニュアル」を整備し3カ月ごとに勉強会を開催したり、玄関に施錠はしていないので、帰宅願望の強い利用者が外出した時には、後から付いて行き落ち着いたら施設に戻り、また日頃から利用者個々の外出したような様子が見られたら声をかけてスタッフと一緒に散歩するなどの工夫を行い、全員で身体拘束をしない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	各フロアにて、虐待について学ぶ機会を確保し理解を深めている。また、日々の業務内において不適切であると感じる事があれば、すぐに職員間で話し合いながら適切なケアに繋がる様努めている。		

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
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	現在、学ぶ機会は殆どない。		
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・解約時、その他不安や疑問の声に対しても、十分に時間を設け説明し同意を得ている。		
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	施設事務所に意見箱を設置している。家族が来所された際は、日頃の様子を伝えつつ意見や要望等がないか話をしている。出来る限りコミュニケーションを図り、日頃から話やすい環境作りに努めている。	利用者、家族がいつでも意見が言えるように面会時などにスタッフから声をかけ、話しやすい雰囲気心を心がけている。そこで聞いた意見はその都度「申し送りノート」に記入してスタッフ全員で共有し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2回、施設長・介護長による面談が行われており職員から意見や業務に関する提案等を聞いている。内容については各管理者へ伝え、反映できるように努めている。	事業所の体制として、上司（施設長、介護長）と年2回の面談の機会を設けており、そこで出た意見を取り入れてスタッフのロッカールームや休憩室が増えた。またビデオカメラの台数が増えることで、借りにいく手間が省けて効率が良くなるなどの効果が上がっている。	
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	年一回のヒアリング、自己評価シートの記入を行い、環境整備や条件の整備に努めている。また、毎年目標を定める事により、やりがいを持って仕事へ取り組む事が出来ている。		
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	研修機会の確保に努めているが、業務の都合上、受ける事が出来ないのも現状である。キャリア段位制度については整備も終了しているので、今後導入を検討していく。		
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	交流機会（マラソン大会・ビーチバレー・納涼祭・研修会等）の参加機会を確保する事で、より良い意見交換の場となり、サービス向上に繋がっている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	面接の際は、話を傾聴しながら心配事や悩み事、サービスについて聞きたい事がないか等、ゆっくりと時間をかけて話している。		
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	見学时や面接の際に、現在の状況について話を聞きながら、少しでも不安や負担が軽減するよう、何が出来るのか、どういった方法・対応があるのかを伝えている。今後の生活の意向についても確認している。		
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	現在の家庭状況や身体状態等を把握した上で、必要とされるサービス提供となるよう、他の種別サービス説明等も交えながら話を進めている。		
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	共に支え合い、共に楽しみ助け合える生活が送れるよう、皆が家族だという事を常に意識関わっている。		
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	面会時には、情報共有に努めると共にご家族の気持ちを把握する事で、本人にとってより良い暮らしとなるよう努めている。		
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	ご家族との外出等、無理の無い範囲で適宜協力を促している。施設では、馴染みの店や思い出の場所等へ買い物やドライブに行く事で、昔からの繋がりを継続している。	利用者が昔からよく買い物に行った百円ショップやスーパー、百貨店、さらに個人の自宅の周辺までドライブに行き、また家族の協力を得て、お正月、お盆に自宅へ外出したり、民宿へ外泊するなど馴染みの場所との関係が途切れないように努めている。	積極的に実行している外出支援を家族や地域住民が周知していない場合もあるので、広報誌に載せて配布するなど工夫されることを期待したい。
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	その日その日の利用者の気分等に合わせ、座席配置を変えたり椅子やソファの配置を変える事で、スムーズなコミュニケーションが図れるよう努めている。必要に応じて職員が間に入る事で、孤立する事のないよう支援している。		

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
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	終了後も、適宜連絡を取り合いながら連携に努めている。		
<b>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</b>					
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	日常生活の中での言動等にしっかりと意識を向け、何がしたいのか、何を思っているのかを汲み取るよう努め、その思いに沿った暮らしが出来るよう支援している。	利用者一人ひとりの思いを聞き取り、アセスメント用紙に記入して把握し、自分の思いを上手く伝えることができない利用者の思いは、家族に話を聞いたり表情を観察してくみ取るよう努力してスタッフ全員で共有している。	
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	本人・ご家族に話を聞く事で、情報収集・把握に努めている。		
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	日々、全身状態の確認や表情等の観察を注意深く行っている。また、今、出来る事や難しくなってきた事等の見極めをし、その時その時に合った対応が出来るよう努めている。		
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	3ヶ月ごとにモニタリングを実施。毎月のフロアミーティングでは、職員が担当利用者について課題となっている事等伝え、意見交換をしている。面会時にはご家族の意見を聞き、要望に沿った介護計画書の作成を行っている。	介護計画に挙げられているサービス内容の実施を分かりやすくするために項目ごとに数字化して実施状況を介護記録に記入している。担当制になっているので、担当スタッフは毎月のフロアミーティングにおいて課題を話し合い、モニタリングを実施して次回の介護計画に繋げている。	
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	日常生活の様子が分かるよう、出来る限り内容を細かく記入し、情報共有に努めている。個別記録には、介護計画書のサービス内容をつけており、実践状況が分かるようになっている為、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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	何か変化等があれば、職員間で話し合いをし、都度必要な対応をしている。		

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
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	兄弟や知人等との繋がりを継続している。また、ボランティア慰問時や地域行事に積極的に参加する事で、楽しみを持って安心した暮らしが送れるよう、出来る限り支援している。		
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	入居前からのかかりつけ医を継続している。必要に応じて状況報告書の作成をし、受診時に主治医へ提出している。状態変化が見られる時には、電話にて相談し指示を仰ぐ等、適切な医療に繋がるよう支援している。	受診は、入居前からのかかりつけ医を継続していて、原則家族が受診に同行しているが、状態変化が著しい利用者の場合「状態報告書」を渡し、適切な医療を受けられるよう支援している。なお、家族の都合が悪い時はスタッフが要望に応じて同行している。	
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	看護師との報連相に努め、何か変化や気付きがある時には報告し指示を仰いでいる。(受診の有無・様子観察・注意点等)また、看護記録を通し情報共有に努めている。		
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。	地域医療連携室と連絡を取り合い、情報共有に努め、早期退院・早期回復に向け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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化対応・終末期ケア対応指針を定め、契約時に説明している。体制が不十分といえる為、すぐに看取りケアに取り組む事が出来ないのが現状ではあるが、今後は関係者の理解・協力を得ながら、支援していきたい。	重度化や終末期に向けたあり方については、「終末期ケア対応方針」に基づき、契約時に利用者家族に説明をしている。また、本人や家族が望めば、その都度本人にとって一番良い支援ができるように協力医とも連携を取りながら今後進めていく方向性を示している。	
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	急変時・事故発生時マニュアルは、すぐ目につく場所に置いてあり、日頃から目を通して訓練や実践を行う機会は無く、救命救急講習への参加機会の確保に努めていきたい。		
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	年二回、消防署・地域住民協力の下、日中と夜間想定での避難訓練を行っている。非常災害対策マニュアルがあり、緊急時に対応できるようにしている。災害時には、地域住民の避難場所として受け入れ体制を整えている。	運営推進会議において家族代表の意見として水害対策についての質問や対応策への関心が高いことから事業所が毎年実施している避難訓練への参加を募ったことで地域住民の参加も得られるようになった。今後も地域との協力体制が継続するように努力している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	全体ミーティングで、プライバシーについて研修を行い、改めて考える時間を作っている。適切な言葉や態度、プライバシーに配慮した対応が出来るよう努めている。不適切な場面があった場合には、その場で職員間で注意するようにしている。	日々の生活の中で、利用者の行動を制止する言葉や何度も同じことを促す言葉を使わないようにその都度、注意したり、またフロアミーティングで「介護現場におけるプライバシーとは？」という研修会を行って一人ひとりの尊重やプライバシーの確保ができるように対応している。	
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	都度、意思確認を行いながら自己決定が出来るよう働きかけている。無理強いする事なく、その日その日の思いを尊重している。		
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	その時にどうしたいかをしっかりと聞き、相手のペースに合わせた支援を心掛けている。急かしたり、職員のペースで動くことのないよう、注意しながら支援している。		
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	訪問理容や馴染みの美容院を利用してカットやカラーを行っている。また、一緒に洋服や靴を買いに行ったり、毎朝本人持ちの化粧をする等の支援を行っている。		
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	月に一回外食や出前をとっている。また、自由献立の日を決め、利用者の方の食べたいメニューや季節に応じた料理を皆で作っている。配膳や下膳・食器洗いといった作業も、見守りのもと行っている。	食事は事業所にある厨房から出ているが、月に1度は外食の日と決めて利用者本人の好きなものを食べに行っている。また、希望によりピザや天丼などの出前を取ることもさらに利用者の出来ることを活かし季節に応じた献立を作り食事が楽しみなものになるように工夫している。	
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	食事量・水分摂取量を記入し集計している。食事量や食事形態も各々に合った形で提供している。食事時間に関しても、決まった時間に食べるのではなく、今までの生活習慣に沿って提供できるようにしている。		
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	毎食後に口腔ケアを実施している。口腔内の状態や、残存歯の状態、義歯の欠損有無等確認している。		

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・排泄サインを把握し、適切な声掛けや誘導が出来るよう努めている。また、排泄状況に応じてパット類も種類を変えて使用している。	現在は利用者のうち5人が布パンツを使用し自立であるが、その他の利用者に対してもライフチャートにより個人一人ひとりの排泄パターンを把握し、個々に合わせた声をかけるなど排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	毎日排便の有無を確認し、看護師と連携を図りながら腹部状態の観察やマッサージを行っている。毎日、体操する事で体を動かす機会の確保に努めている。また、水分摂取の促しを行ったり、必要に応じて個々に乳製品の摂取を促す等取り組んでいる。		
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	一週間の入浴回数の制限はなく、時間や曜日の調整を適宜行っている。入浴時間も午前・午後と設けており、本人のタイミングで入浴している。その時の身体状態により、一般浴とチェア浴を使い分けている。	極力、本人の希望を聞いて入浴日や時間を決めている。また、入浴剤を入れたり、本人の好きな歌を歌ってもらうなど楽しく入浴していただけるように支援している。	
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	居室内は、明るさや室温等一人一人に合ったものになるよう努めている。枕や布団・ぬいぐるみ等、本人の希望に沿った物を使用する事で安心して休む事ができるよう支援している。		
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	服薬情報はファイルに保管し、フロア内の棚に置いてありすぐ確認できるようになっている。服薬セットしている箱にも、食前・食後に誰が薬を飲むのかを貼り付けており、間違いの無いよう注意している。服薬内容に変更があった際は、申し送りの徹底を図り、症状の変化等細かく観察している。		
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	長年やってきた好きな事や趣味の提供、その日にしたい・やりたいと思っている事を、出来る限り提供している。日々の生活の中で、楽しみや役割を持って過ごせるよう支援している。		
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	少しの時間でも、外の空気に触れる時間を作るよう努めている。また、買い物やドライブに行ったり、季節行事(お花見・祭りなど)への参加も積極的に支援している。ご家族との外出・外泊も無理のない範囲で継続して頂けるよう支援している。	花見は毎年恒例行事で、庄川沿岸などの遠方へも出かけた。市内2か所の七夕祭りや、御車山祭りへも積極的に出かけている。利用者本人の希望も取り入れて買い物やドライブ、近所への散歩にも時間を見つけて出かけるように支援している。	

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	本人が管理(少額)していたり、必要時には施設預かり金から出金し、好きなものを選んで購入している。		
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	希望時には電話をかけたり、携帯を所持している方は自身でやりとりをしている。また、年賀状や手紙でのやりとりも行っている。		
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	季節の装飾や花を飾っている。思い出の写真や作品をフロア内に掲示しており、落ち着いて過ごせる空間作りに努めている。また、フロア内は明るすぎないよう照明で調整したり、大きな音を出さないようドアの開け閉め等に注意している。必要に応じて、テレビの音量等も配慮している。	リビングの中央にテーブルが設置されそこから利用者個々の居室や洗面所への動線が短く、動きやすくなっている。また、所々にソファが置かれ家族や利用者同士が座って会話ができるように配置されている。また、空気清浄器が設置されるなど感染症予防にも気を配り利用者が安心して過ごせるように工夫している。	
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	テーブル席と少し離れた場所にソファを設置し、ゆっくりと過ごせるよう配慮している。気の合う方と会話や作業を楽しめるよう、座席配置等は都度変えている。		
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	家具等は、以前から使用していたものを持ってきていただいている。また、家に飾っていたものや家族との写真を居室内に飾る事により、安心して過ごせるようにしている。	個人の居室の入口には、手作りの装飾品が飾られ家庭的な雰囲気の格子戸をあしらった模様になっている。居室内は、今まで自宅で使用していた家具やテレビを置き、家族の写真を飾るなど自分の部屋として居心地の良い空間となるように工夫している。また、窓からこじんまりとした庭を眺めることができる。	
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	フロア内には、何の扉か分かるように目印をつけたり、自分の部屋が分かる様に写真を掲示している。レク用品も、好きな時にいつでも使えるようにしている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 福祉コミュニティ 高岡あいの風

作成日：平成 31年 3月 25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	1	グループホーム理念を掲げているが、その理念について職員間で定期的に話し合いをしたり確認する機会を設けておらず、その理念の共有や実践をより良く繋げる為の時間を確保する必要がある。	グループホーム理念について話し合いをする機会を確保し、職員間での共有・実践に繋げていく。	毎月のフロアミーティングで、グループホーム理念について改めて話合ったり、意見を出し合う時間を作る。	1ヶ月
2	20	積極的な外出支援を行っているが、ご家族や地域住民へ周知不足な為、その内容が伝わっていない。	ご家族や地域住民の方への周知徹底を図り、施設での様子等を伝えていく。	毎月のお知らせに、日頃の活動内容が分かる写真付きの広報誌を合わせて添付する。また、町内も同様に広報誌の配布検討する。(運営推進会議で、自治会長に相談する)	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、行を挿入してください。