

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	1691700148
法人名	東京堂株式会社
事業所名	共生型グループホーム華のれん
所在地	富山県下新川郡入善町入膳4716-5
自己評価作成日	平成31年2月28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）】

今年度の目標は「仲良く、楽しく、力を合わせて元気よく」を掲げ、ひとりひとりの持っている力を引出すために力を注いだのは全員で作る壁画の作成で、毎月職員が考えた壁画の部品や折り紙など利用者様と職員と一緒に取り組み、毎月の達成感を共有し、次はどんなことをしようかと次月への意欲を持っていただけるように継続的な支援を行うことで楽しみを作りたいと考える。その他、下肢筋力低下や嚥下低下を防ぐ体操等の健康維持の取り組みにも励んでいる。特にゆとりっち体操は毎日行っている。1年を通して季節の行事では地域のお祭りやお寺での行事参加や他に、梅干し作り、畑での野菜作り、収穫、草取りなど近隣住民の方々の力をお借りして行っている。「華のれん」の理念に基づき一人ひとりの持っている力を発揮でき、毎日意欲的に過ごしていただけるように取り組んでいきたいと考えている。

【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）】

事業所は町の中心地にあり、商店や住宅が多い恵まれた立地にあり、リビングの窓からは季節の移り変わりや街路を行きかう人々の様子をうかがうことができる。共生型グループホームとして、同建物2階の就労継続支援B型の障がいの利用者との共生の生活を送っている。「華のれん」の基本理念を実現するために今年度は「仲良く、楽しく、力を合わせて元気よく」を掲げ、ひとりひとりの持っている力を引出すために、職員が考えた壁画づくりや折り紙、就労支援事業で精製規格外となった塩を利用した梅干づくり等を通して達成感を共有し、意欲を引き出しながら、ゆったりと自宅に近い環境でその人に応じた役割のある生活の継続・実現ができるよう支援されている。お茶会、梅干し作り、菜園での野菜作り、収穫、草取りなどは近隣住民の方々の力を借り、地区住民の方々が気軽に立ち寄ることのできる地域に根ざした施設となるよう、職員一丸となり取り組んでいる。

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	利用者と職員と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				

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
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	「一人ひとりの持っている力を最大限に発揮しよう」という理念を職員研修会で共有をし、技術の向上を図っている。職員は毎月の個別管理目標の評価を受け改善につなげている。	「一人ひとりの持っている力を最大限に発揮しよう」という全体理念を玄関に掲示。今年度の目標を「仲良く、楽しく、力を合わせて元気良く」とし、4月には理念に対する勉強会を実施し、毎月の研修会時に振り返り確認している。職員は毎月個人管理目標をたて、理念の実践、自己評価(面接)、反省を繰り返している。	
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	散歩や庭での作業、野菜作りでの近所の方々とコミュニケーション、回覧板を渡しに行ったりと、近所づきあいを大切にしている。時々遊びに来て立ち寄られる地域住民もおられ、近所のお寺の行事にも参加をしている。	事業所が管理者の実家であり、地域の方とも顔見知りの関係にある。小学生、高校生、ボランティアとの交流や慰問、外出の機会も多くありなじみの関係にある。菜園の野菜作りを手伝ってくださる方、野菜を届けてくださる方など日頃から良好な近所づきあいができている。	
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	運営推進会議や近隣住民の認知症に関する相談に乗るなど現場での経験を共有している。又、納涼祭等に参加してもらい理解を深めている。		
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	年6回の運営推進会議を行い活動状況を報告し、当所での生活やサービスについて意見を伺い、サービス向上のための参考にしている。また、事故やヒヤリハット、避難訓練などについて報告し、改善策等話し合っている。	2カ月毎に地域包括、役場担当者、民生委員、区長、障害の相談専門員が参加して開催されている。行事予定や実施報告、事故やヒヤリハットの状況報告、避難訓練対策について話し合い、改善策等の提案を伺っている。提案により防災ラジオの購入や社協へボランティア募集依頼を行うなど、活動の充実が図られている。会議に出席できなかった家族には議事録を送付している。	運営推進会議へ家族が参加しやすい取り組みや仕組みづくりに期待したい。
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	町や介護保険組合との情報を交換しながら、サービスの向上に努めている。尚、地域ケア会議にも積極的に参加し、ネットワークづくりと認知症に対する情報等を収集し役立っている。	運営推進会議に出席している役場担当者は、事業所のサービスや取り組みの実情を知っており、いつでも相談・助言をいただく関係ができている。地域ケア会議には毎回職員が参加し、日頃からネットワークづくり、連携が図られている。	
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	拘束については職員全員が認識し、家族との話し合いでやむをえない場合は実施機関や経過の記録を行い適切な整備を行っている。尚拘束を行う場合は1か月ごとに同意書とカンファレンスを行っている。	身体拘束廃止の委員会を3ヶ月毎に開催。マニュアルを指針として拘束をしないケアに取り組んでいる。内部の勉強会や研修会でケアの振り返りを行い、不適切なケアにつながっていないか職員の気づきを引き出し、職員同士で確認を行い、身体拘束をしない個別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	虐待防止に関する外部研修や施設内研修を行い、職員間で学びを共有している。日々の中で虐待につながりそうな危険がないか、常に注意し、相談や話し合う機会を設けている。		

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	制度の理解と活用について、外部研修等があれば参加をし、全員で知識を深める努力をしている。現在は制度利用者はいないが、必要に応じて活用できるよう支援を行いたい。		
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	契約の締結、解約、改定の際には、利用者家族の立場に立って、十分理解してもらえるように説明を行っている。家族への説明の場に担当者も同席をしている。		
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	面会時、サービス計画書の説明時、運営推進会議にて、意見や不満、苦情について話せる機会を設けている。行事への参加もお願いし、話し合う機会を作っている。その他玄関には意見箱を設けていつでも意見を聞けるようにしている。	面会時やサービス計画書の説明時、行事参加時に話せる機会を設けている。意見や要望が言いやすいよう職員は家族目線でコミュニケーションを図るよう心がけている。意見・要望は伝達ノートに記録し職員で共有、管理者にも伝えている。また、玄関には意見箱が設置されている。	
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	個別面接、ミーティングを利用し、意見を聞き、意見、要望は職員で共有し速やかに運営に反映させるように取り組んでいる。毎月の目標を職員各自が掲げ振り返りも行っている。	代表者は月に1回個別管理目標をもとに個別面談を行い、直接、職員の意見や要望を聞く機会がある。出された意見・要望は運営に反映するよう取り組んでいる。また、毎月の職員会議ではケアの方法や勤務態度について活発に意見交換できる雰囲気、関係ができています。	
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	キャリアパスを行い各職員の自己評価及び目標を定め上司による評価を行うことによって、向上心を持って働ける環境を整備している。		
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	外部研修や内部研修の参加を推進している。研修がある度、職員に周知し、参加してもらっている。研修報告の提出と共通理解を図っている。		
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	法人内外の施設や、同業者との交流を行い、サービスの質の向上を図っている。又、他施設からの見学等も受け入れ、情報発信も積極的に行っている。		

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
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	事前面接を行い、本人、家族の話をよく聞きながら、課題や要望に努めている。尚、入所後は不安や要望がないか聞き取りを行い、安心してサービスを利用できるよう配慮している。		
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	入居までに、利用者本人や家族と面談したり、訪問してもらう機会をつくったりし、信頼関係を構築し、不安や疑問を取り去った上でサービスの導入を行うようにしている。		
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	本人と家族が今置かれている状況を的確に把握し、その時に必要としていることを支援するようにしている。必要に応じて、法人内外の他のサービスや機関への橋渡しも行っている。		
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	利用者は過去に培った能力を発揮できる事を職員と共にいながら、一方的にケアを行うのではなく、共に暮らしをつくることを大切にしている。		
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	職員は本人と家族の関係の深さを理解し、「家族にしかできないこと」を活かしながら、ケアを行うように努めている。常に家族との情報交換を行い、共にケアを作り上げるよう取り組んでいる。		
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	利用者一人ひとりのこれまでの人生をよく知り、日々の暮らしの支援や、馴染みの人との面会、思い出の場所への訪問支援など、これまでの関係を途切れさせないように努めている。お茶会への参加も声掛けを行っている。	地元の利用者が多く、家族の協力のもと、自宅への外出や通い慣れた美容院、法事、墓参り、日帰り温泉など、これまでの関係が途切れないように支援されている。友人がお茶セットを持ち込み自室でお茶会を開き、ゆっくりと時を過ごす方もいらっしゃる。近所へ散歩に出かけることも多い。	
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	把握している。孤立せずに、利用者同士が関わられるよう、職員はグループ内に入り、関係性を支援している。		

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	自宅に戻るため、あるいは長期入院等のため、退居した利用者には必要に応じて、連絡や支援を行っている。		
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	カンファレンス等で日常の情報の中から本人の思いや意向を把握し、日々のケアに活かしている。利用者本人を中心とした意向の把握に努めている。	入居時や面会時に聞き取った家族の想いや、日頃のかかわりの中でくみ取った本人の意向を、介護記録や伝達ノートに都度記録し、ミーティングや担当者会議において職員間で情報共有している。担当者が中心となり、把握した家族・本人の思いや意向を照らし合わせた利用者本位のケアにつなげている。	
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	これまでの生活歴や馴染みの暮らしについて、本人、家族と話し情報を得るように努めている。また得られた情報は全職員で共有し、日々のケアに活かすようにしている。		
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	一人ひとりの日々の記録により、把握に努めている。(1日の記録表、排泄チェック表、業務日誌等)		
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	従来のサービス枠にとらわれず、利用者一人ひとりの状況やニーズに応じた柔軟なサービス提供に取り組んでいる。職員の話し合いにより、見直ししながら計画を共通理解している。	モニタリングや計画の見直しは3ヶ月ごとに行われている。ご家族の協力のもと、本人の要望でマッサージ店やラーメン店への外出など、現状に即したケアの実践に努めている。家族の思い、意見、要望は面会時やサービス担当者会議で確認し介護計画に反映させている。	
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	利用者一人ひとりの現在や個性を大切に、日々の状況を適切に記録し、職員間で情報を共有した上でケアに活かしている。気づき等についても記録をし、申し送りを徹底し、ケアの実践や介護計画に反映させるようしている。		
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	利用者一人ひとりのニーズや状況に応じた柔軟なサービス提供に取り組んでいる。特に家族との関わりの中、外出や面会にも自由に出入りをしていただけるように配慮している。		

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	ボランティアや協力機関、その他地域資源を把握し、利用者が楽しめる活動を支援している。月1度の楽しみを計画し、利用者の楽しみや生きがいとなっている。		
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	協力医療機関、または希望する医療機関のかかりつけ医を選定し、受診できるように支援している。またかかりつけ医は定期的に往診をし、利用者の健康状態を把握するとともに、本人家族が希望を伝えやすい環境づくりをしている。尚、受診には看護師が付き添い不安のないように考慮をしている。	利用者や家族の要望を受け、協力病院や在宅時のかかりつけ医を受診することができる体制がある。受診の際は事前に医療機関に電話や書面にて情報提供を行っている。受診結果は受診ノートや介護記録に記入し職員で共有している。事業所には看護師が3名おり、夜間はオンコール体制がある。	
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	日常的に看護師と緊密な情報交換を行っている。体調が悪化したときや急変時等は小さなことであっても、看護師が対応したり、相談にのったりしている。		
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。	病院の地域連携室と看護師が情報交換を行う。受診や退院後の備えを万全に行う為の共通理解も職員全体で行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現在は重度化した利用者はいないが状態の変化や、事業所としての方針を家族と話し合う場を設け、家族の意向を確認し、支援に取り組むつもりである。	契約時に「重度化及び終末期に向けた対応指針」をもとに、家族に対し、できること、できないことを説明し、責任者を明示し、了解を得ている。状態変化の早い段階から家族の意向を確認し、話し合いを重ね、看取りを望まれば対応できる体制がある。現時点での看取りの経験はない。	
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	看護師を中心とし、急変や応急手当、初期対応の訓練を年2回行っている。		
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	防災マニュアルを作成し、職員全体で災害時に備えている。地域のハザードマップを全体で確認できる場所に貼り付け、確認している。また、地域の消防署と連携を行い、緊急時への備えを行っている。	消防署の協力を得て年2回(日中、夜間想定)避難訓練を実施している。防災無線を活用、地域の方の参加・協力がある。3月には水害想定訓練を予定、地域での合同避難訓練があれば参加したいと考えている。また、地震対策として家具の転倒防止対策や高い場所に物を置かない工夫や水などの備蓄品がある。	地震対策として、月1回程度、机の下にもぐる、防空頭巾(座布団代用)を被ってみるなど、レクリエーションをかねて行ってみる工夫に期待したい。

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	毎月のミーティングや職員会議で、利用者への言葉遣いの徹底をしている。職員間での気づきを話し合い、より良くなるように努めている。	年間研修計画の中でプライバシー保護、倫理に関する勉強会を行っている。言葉遣い、接遇方法、認知症の理解等学ぶ機会があり、個々にあった対応の仕方、尊厳を守るケアの実践に努めている。日々の関係の中で慣れ親しみすぎて尊厳を損ねることがないように、その場で気づき、得たものはミーティングで話し合い職員間で共有している。	
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	利用者の自己決定を引き出す声かけを行い、一人ひとりの思いや希望を引き出すように努力している。また、その思いや希望はたとえ困難なことであっても、実現できるようにチャレンジしている。		
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	一人ひとりの持っている力を最大限に発揮できる支援を行うという理念に基づき、生活のリズムやペースを大切に支援を行っている。		
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	利用者からの要望などを聞き、訪問美容サービス等を使い、支援を行っている。又、買い物などを通し、本人の希望に合った洋服などを買い、おしゃれをしていただいている。		
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	食事作りの参加などを促し、自分達で作った感を持ってもらい、職員と共に調理、盛り付け、片付けを行っている。又、季節ごとに楽しみのある献立を皆で考え作っている。	食材は業者から取り寄せて調理し、配膳や片付けなど個々の能力に応じてできることを一緒に行っている。利用者の要望で慣れ親しんだ食事処での外食や、畑で取れた野菜を使った味噌汁作り、誕生日のケーキ、おはぎや三色団子作り、季節の行事食など普段とは違う楽しみを持っていただける工夫が行われている。	
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	食事のメニューは、管理者や看護師が常にチェックを行い、1回のバランスを確認している。摂取量や水分量は記録し、一人ひとりに応じ量等を考え支援している。特に水分量には十分注意している。		
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	毎食後の歯磨き、口腔ケアは行っている。尚、入れ歯も洗浄をかかさず行っている。口腔内の異常を確認し、歯科医(協医)への受診を促している。		

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	個々の状態に応じ、可能な限り自立して排泄できるような支援を行っている。オムツ専門の職員の助言等により、専門的なアドバイスで一人ひとりの排泄環境の向上に日々努めている。	排泄チェック表にて利用者一人ひとりの排泄リズムに把握に努め、個々の状態、能力にあった対応を職員間で共有し実践につなげている。オムツ使用の方にはオムツフィッターによる勉強会で助言を受け、一人ひとりにあった補助用品を使用するなど、心地よく排泄ができるよう支援している。	
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	食事のメニューの工夫や適切な水分補給を行うことにより、便秘を予防する取り組みを行っている。記録表を作り、利用者の状態の共通理解もしている。		
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	一人ひとりの希望に沿った入浴ができるよう支援を行っている。又、あまり入浴を好まない利用者についても、声かけなどで工夫している。一人の時間をゆったりと入っていただけるように計画を立てている。	利用者の希望や体調にあわせ、週2回を目安に入浴できる柔軟な支援が行われている。入浴は職員と1対1で利用者のペースに合わせて、安心・安全にゆっくりと行われている。菖蒲湯やゆず湯、入浴剤を使用し季節を感じることもできる工夫も行っている。	
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	一人ひとりの生活リズムに合わせて、安心して寝てもらうように支援している。日中も適度な体操などを取り組み支援している。		
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	看護師が中心となり薬のセット、確認を行っている。服薬時は職員のチェック確認後、名前を明記をし、誤薬等の事故の防止に努めている。		
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	一人ひとりの希望を聞き、その思いに沿った支援を行っている。また、買い物や畑仕事、散歩、ドライブにも出かけ、心のケアに心がけている。		
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	施設での預り金は行っていないが、買い物に出かける場合は、財布の中に立替金を入れ、職員と一緒に支払いをして買い物を楽しんでいただいている。	天気の良い日は、季節の移り変わりを感じることができるよう、気軽に近所の散歩に出かけている。近くの郵便局へ切手を買って出かける家族宛にはがきを出す、自家菜園の手入れを一緒に行う、希望の場所へドライブで出かけるなど気分転換の機会を作り支援している。その様子は広報誌「つむぎ便り」で家族に伝えている。	

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	年に2回程度、絵手紙を出し、家族に近況を伝えたり、希望があれば電話で家族や友達と話しをしていただく支援は行っている。		
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	年に2回程度、絵手紙を出し、家族に近況を伝えたり、希望があれば電話で家族や友達と話しをしていただく支援は行っている。家族からも手紙や電話等を受け、楽しみにしておられる。		
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	共有スペースでは、季節ごとに壁画作りをし、展示スペースに貼ったり、月2回、花を飾ったり、四季を感じていただくようにしている。尚、温度、湿度は朝、昼、夜と確認し、調節や換気を行っている。清掃は同施設、継続B型の障害の利用者が丁寧に行っている。	リビングは室温、湿度が適切に管理され、清掃も行きとどいている。リビングの窓からは季節の移り変わりや街路を行きかう人々の様子がうかがえ、開放的で明るく居心地の良い空間となっている。フロアや廊下の共有スペースには季節毎に職員と共に製作した貼り絵や行事写真が掲示され温もりのある心地よい空間となっている。	
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	狭いながらも、3か所程度、別々になる空間を作っている。利用者の席もその時その時で座っていたき、確定はしていない。		
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	居室では、家族や本人に任せ、馴染みの物や、大切にしていた物などを持ち込んで頂いている。特に写真や思い出の品は必ず持ってきて頂いている。	居室にはエアコン、ベッド、カーテンが用意されている。利用者は自身が使い慣れた筆筒や家具、なじみの小物、装飾品を持ち込むことができる。状態に応じて家具の配置が工夫されており、安心して落ち着いて過ごせる空間となるよう工夫されている。	
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	建物はバリアフリーであり、部屋のわからない利用者には、名前や目印をつけている。自力での歩行や歩行練習をするため、階下を広めにとり工夫している。		

2 目標達成計画

事業所名 共生型グループホーム華のれん

作成日: 平成 31年 3月 28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	4	今までは運営推進会議の参加者で家族がなかなか参加できなかったことがあり、今後は、運営推進会議に家族が参加しやすい取り組みを行い、仕組みづくりを考えていく。	運営推進会議ごとに家族が参加します。	書面での参加を呼び掛けたり、運営推進会議についての理解や内容を説明する機会を設ける。(担当者会議や行事の時)	12ヶ月
2	35	地震に対する訓練をしていなかったので月1度の地震を想定した訓練を行う。	月1回の避難訓練を行う。	頭を守るための座布団等を身近に置き、動ける方は机下にもぐる練習をする。	12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。