

令和元年度

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	1690700099
法人名	アイ福祉サポート株式会社
事業所名	グループホーム しばんばの里
所在地	富山県黒部市生地芦区34番地
自己評価作成日	令和元年8月15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	令和元年9月20日	評価結果市町村受理日	令和元年11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）】

グループホームしばんばの里では、同敷地内に富山型デイサービス、通常型デイサービスがあり、行事やレクリエーションなどを共に行うことで、交流を図っています。  
また、施設の横に畑、中庭にはプランターがあり、野菜の収穫を行い、それらが食卓にならび楽しんでいきます。  
地域の理美容とマッサージを利用し、近隣の保育所とも交流を図っています。

【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）】

法人は、ホームと同一敷地内に富山型デイサービス、通常型デイサービスを運営し、各事業所職員や利用者は日常的に往来をしながら、運営推進会議、地域行事等を合同で行っている。法人の理念『入居者第一をモットーに笑顔あふれるホームを目指します』を基本に、今年度はホーム独自の行動指針『挨拶しましょう』を皆で考え実践している。シンプルな文言は職員に浸透しやすく、挨拶、の徹底で職員間や利用者との関係がより向上している。また、利用者を深く理解するために、ひもときシート、個々に沿った日課表・個別マニュアル等の活用と整備を行い、今年から記録類は電子化してタブレットを活用し、時間の短縮や情報の共有がスムーズになるなど、着実に効果を上げている。利用者の思いに沿いながら、季節や地域の行事に合わせた外出、多様なボランティアの来訪、毎日欠かさない体操や歌の楽しみなど、活気と笑顔のあるホームとなっている。

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 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
<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	毎年、全スタッフと理念の見直しを行い基本理念に変更はないが、今年度より理念を細分化した行動目標を作成し、月単位で自己の振り返りを行うこととした。基本理念は共有スペースに掲示し、共有に努めている。	法人理念『入居者第一をモットーに笑顔あふれるホームを目指します』を基本に、今年度リーダー研修に参加した職員が中心となり、ホームの行動目標「挨拶しましょう」を作成した。毎月の職員会議や毎日の話し合いで共有し、利用者、家族、職員間のコミュニケーションに活かしている。	
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	週1回訪問マッサージや美容院より出張してもらったり、また、美容院から迎えに来てもらったりしている。祭礼や神輿の受け入れも行っている。近隣の保育所との交流もあり、双方向の世代交流もできた。	町内会の会合には、地域住民でもある代表が出席して情報交換をしている。保育園児の来訪、小学校の運動会見学をはじめ、フラダンス、太極拳、民謡、バンドグループなど多様なボランティアサークルの来訪があるなど、事業所として地域の人々と日常的に交流をしている。	
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	今年度より年2回ほどの認知症カフェの開催を行うこととした。		
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	家族、地域代表、民生委員、地域包括支援センターの方に参加していただき、2ヶ月に1回活動報告や意見交換を行っている。意見をもとに実現に結びつけている。	民生委員、学識経験者、地域住民、地域包括支援センター職員、家族代表が出席し、隔月に開催。活動内容は、写真が豊富な広報誌「しばんば便り」を配布して分かりやすく伝え、ヒヤリハット報告や行事日程、喫緊の課題(料金改定等)について意見交換をしている。また、委員が参加しやすいよう、開催時間は17:30～18:30となっている。	運営推進会議開催日時の周知、話し合われた内容や結果報告等について、参加できなかった家族や、職員との共有を図るための取り組みに期待したい。
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	運営推進会議で事業所の活動報告を行っている。また、意見を求め、ケアに生かしている。	地域包括支援センターの職員とは、運営推進会議、地域ケア会議等を通して、情報交換をしている。また、制度改定等についての疑問点について、市の保険者(地域介護保険組合)に相談することもあるなど、日頃から協力関係を築くよう努めている。	
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	利用者一人ひとりのニーズに合ったケアを目指して身体拘束をしないケアに努めている。利用者の安全のために、一時的に拘束が必要な場合は、家族に説明し同意をもらっている。同意書等の書類の整備も行った。	身体拘束をしない、を基本としたケアを進めているが、やむを得ず発生した場合については、設立時に作成した指針『身体拘束廃止推進について』に基づき、本人や家族の同意を得るための書類を整備している。また、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会は、運営推進会議の中で行われて、職員研修会は年2回開催している。	身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の内容報告、身体拘束等の適正化のための研修会の記録(日時、内容、出席者等)について、誰でもがわかりやすく共有できるよう検討を期待したい。
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	実践者リーダー研修を修了した職員からの報告や外部講師を招いた施設内研修を行い、利用者一人ひとりの自尊心を大切に、介護の実践に努めている。		

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
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	県福祉カレッジから講師を迎え、高齢者の権利擁護と身体拘束についての講習を行う予定。		
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	入居時には契約書、重要事項説明書について十分に説明し、納得を得よう努めている。入所後も質問があった時は、再度説明をしている。		
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	利用者や家族からの要望・意見については面会時や行事などに参加して頂いたりする中で把握に努め、ミーティングで反映するよう努めている。	家族からの意見・要望は、面会時、受診時、家族参加行事等に随時聞き取るよう努めている。出された意見・要望は介護記録の「面会」項目に記載し、利用者の意見とともに業務日誌で共有している。また、必要時ミーティングで検討する等、出された意見を運営に反映させるよう努めている。	
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	毎日ミニミーティングや月1回の職員会議で、所長、職員と話し合いの機会を設け、反映するように努めている。	年1回、法人代表者との面接が実施され、面接時のアンケートをもとに、意見や提案を聞いている。管理者は、日常的に職員の声を聴くよう努め、毎日のミーティングや毎月の職員会議では活発な意見が交わされている。職員の提案で、物品の在庫管理がスムーズになるなど、意見が反映されている。	
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	年に一度のキャリアパス評価や、代表者との面接を行っている。		
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	事業所内外で開催される研修会への参加を積極的に促し、受講できるように勤務調整などの配慮をしている。月に一度、グループホーム内で勉強会を行っている。また、外部より講師を迎えて研修も行っている。		
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	富山県認知症グループホーム連絡協議会に加盟して勉強会に参加したり、交流を図っている。		

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	入所時は環境の変化に戸惑う本人の不安に対して、本人と家族の思いや要望を受け止め、安心してもらえるように努めている。		
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	入所から約1ヶ月は面会時などに家族に要望などを聞きながら関係づくりに努めている。		
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	入居前の面談時や入所後の面会時に本人や家族の思いなどを把握し、改善に向けた支援をおこなう。		
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	本人の残存機能や能力を共有し、暮らしの中で会話や軽作業、リハビリなどを共に行う事で、支え合って暮らせ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	月1回「しばんば」新聞を作成してグループホームでの暮らしの様子がわかるような内容を届けている。家族には可能な限り面会をお願いし、面会時には近況を報告して、家族と連携し本人を支援している。		
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	本人が家族と一緒になじみの美容院に行ったり、食事に出かけたりできるように支援を行っている。	受診付添い、お墓参り、家族との外食、近所の方や知人の面会などが頻繁に行われる等、大切にしてきた関係の継続支援に努めている。また、本人にとって馴染みの場所や行事(生地の清水めぐり、春祭り、地域のマラソン応援等々)に親しむ機会を作るなど、理念でもある「笑顔あふれる」取り組みがある。	
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	利用者同士が会話したり、ともに活動ができるように座席等の配慮をしている。		

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
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	契約を終了した方の状況を把握するため、自宅や本人に面会に行ったりと経過フォローに努めている。		
<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	毎日の関わりの中で、言葉や表情などから思いや願いをくみ取り、職員会議やミーティングで検討し、ケアなどに反映している。本年度よりひもときシートを活用し本人の思いの把握に努めている。	よりよいケア、利用者中心のケアを目指して今年度、「ひもときシート」を活用し、全職員が一人ひとりの利用者について、より深く知っていく取り組みを行っている。今後は、ケアプランの見直し時にシートを活用し、個々の思いや暮らし方の意向を把握していくよう検討している。	
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	入居する際に生活歴や暮らし方、ニーズなどを把握し、職員間で共有できるように努めている。		
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	入居してから1ヶ月程度で一日の過ごし方や心身の状態を把握して、個別計画書を作成し共有できるようにしている。		
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	本人の課題やケアの在り方については、申し送り、職員会議など気づいたことや意見を出し合って本人に合った計画を作成している。モニタリング時には、カンファレンスを行い、プランの見直しと情報共有に努めている。	長期計画は1年、短期計画は3カ月ごとに見直している。ひもときシートで個々の現況を共有し、モニタリング時のカンファレンス結果は、担当者が「総括評価表」に記載し共有している。家族には、面会時に本人の最近の様子等を伝え、思いや意向を聞き取り、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	業務日誌や個別記録に本人の状況を記載し共有を行い、実践やプランの見直しを行っている。先年度より記録の電子化を行いより情報を把握しやすくなった。		
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	当グループホームで同敷地内にデイサービスが2か所あり、行事などに一緒に参加したりして柔軟な対応を行っている。		

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	家族や親戚・友人の面会、地域の美容院や理容室、飲食店、訪問マッサージ、地域ボランティアなど協力を得られる資源を把握し、暮らしの中で生き生きとできるよう支援している。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医となっている。本人の状態を家族やかかりつけ医に伝え、適切な医療を受けられるよう支援している。また、家族が希望される場合は職員が付き添い、現状を報告している。	事業所は、本人や家族の希望するかかりつけ医との連携を築くため、受診時には本人の現状を記載した「情報提供書」を用意し、付添の家族が医療機関に持参したり、事業所からFAXしている。また、急変時は対応マニュアルに沿って看護職員と連携し医療機関に繋げていく等、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	介護職は入居者の状況を常に把握し、情報や気づきを看護師や管理者に報告相談し、必要な看護・受診・日常のケアの情報を共有するよう努めている。		
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。	入居者が入院する場合、入院先に入院時状況提供書等で情報の提供を行っている。また、入院中の様子を見に行き、病院関係者から情報を聞き取ったり、退院カンファレンスに参加して、医療機関や家族と連携を図るよう努めている。		
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	重度化した場合については、契約時口頭での説明を行っている。	入居時、本人・家族には、重要事項説明書にある、退去及び手続についての項目③その他く医療的ニーズが発生した場合や、やむを得ず当ホームでの生活が困難となった場合は、>を説明し、医療体制、入浴環境等を考慮し、現状では重度化や終末期の対応をしていないことを説明し同意を得ている。	重度化や終末期の対応に向けた、具体的でわかりやすい指針を作成し、本人・家族とその指針の共有を図っていく取り組みを期待したい。
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	AEDの使い方の研修を行っている。緊急時の対応についても、ミーティング等で話し合っている。今年度、マニュアルの見直しを行い、急変や事故発生時に適切に対応できるように、ひながたを作成した。		
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	火災、水害時の避難訓練を行い、昼夜を問わず入居者が安全に避難できるような方法を身につけている。	今年度は6月に日中想定火災訓練を実施。11月には地震時の避難訓練を予定している。毎年11月は地震と水害を想定した訓練を交互に実施している。水害時の避難場所は、事業所の2階となっており、随時昇降練習をしている。また、地域の防災訓練に参加している。	災害時には、運営推進会議のメンバーに電話で協力要請を行う等、口頭での確認があるが、運営推進会議、自治会・町内会、近隣住民などへ避難訓練参加の声をかける等、実効性のある地域との協力体制を築くよう期待したい。

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
<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	一人ひとりの性格やこだわりを配慮して、個々の尊厳を重視したケアを行うよう努めている。	介護計画と連動して、一人ひとりのこだわり、好きなもの、嫌いなもの、行きたいところ、食べたいものなどをきめ細かく記載し、支援の根拠としている『日課表・個別支援マニュアル』を作成し、人格の尊重や言葉かけ等の対応に活かす取り組みをしている。	
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	様々な方が同居されている中で、ご自身の思いを表現できない方もいらっしゃるため、表情から読み取ったり、言動から思いや希望をきちんと聴けるよう働きかけている。		
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	何を優先すべきなのかを職員は常に把握し、一人ひとりのペースに合わせたケアを行うようにしている。		
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	着替えの際には、本人の希望に応じた支援を行う。また、身だしなみを整えたり、髪をとかし直している。		
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	お手伝いの可能な方には、職員とおやつを作ったり、中庭で野菜を作ったり収穫して、みんなで楽しく食事をしている。	献立は利用者との会話や、あれが食べたい、食べてみたい等の声を聞き取り、調理担当職員が作成。自家栽培の野菜の活用、手作りおせち、花見弁当、干し柿づくり、焼き芋、外食の機会等、行事や季節ごとに食べることを楽しんでいる。また、できる利用者はテーブル拭きや食後の食器洗いを手伝い、手作りおやつの日も楽しみにしている。	
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	一人ひとりの状態を把握し、個々の体調に合わせて食べる量やバランス・食事の形態の変更を行っている。また、個々に合わせた水分の摂取にも努め記録している。		
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、口腔ケアの声かけを行い、できない方には介助を行っている。また、義歯や歯肉・口腔内の観察を行い個々に応じたケアを行っている。必要があれば受診もお願いしている。		

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	排泄チェック表を使用し、個々の排泄状況を把握し、トイレへの誘導を行っている。可能な方は、紙パンツから、布パンツに変更して過ごして頂く。できる事は自分で行っていただき、できない事の声かけ、介助を行う。	排泄チェック表で個々の排泄パターンを把握し、表情やしぐさからプライバシーに配慮した声かけをしている。紙パンツを使用している利用者が、布パンツとパットに移行する等、紙パンツの使用量について、個々に検討して改善するなどの取り組みをしている。	
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	排泄チェック表を使用し、排便状況を把握している。便秘がちな人には、水分補給や腹部マッサージ、運動、排便促進剤の使用を行う。また、緩下剤の量を減らすために、健康食品の水溶性食物繊維を使用している。		
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	基本的には週2回の入浴とし、本人の希望や体調に応じた支援を行っている。また、入浴日に関わらず、毎日の陰部洗浄を行っている。	週2回以上午後入浴を基本としているが、体調への配慮や、本人の希望にあわせて、回数や順番等については柔軟な対応を行っている。シャンプーや石鹸は準備しているが、個々の好み、皮膚の状態に合わせて参加している利用者もいる。	
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	一人ひとりの体調や状況に応じた休息をとれるよう支援している。活動時間にはお誘いし、昼夜逆転にならないよう努めている。		
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	地域の薬局と連携し、薬に関する情報は職員が共有し、変更があった場合も申し送りして把握できるように徹底している。また、確実な服薬のために間違いがないよう毎日、複数の職員で確認を行っている。		
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	個々の得意なこと、好きなことを把握し、生活に取り入れたり、外出ドライブなどで気分転換を図ったりしている。また、週末に個別外出を企画している。		
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	季節に合わせ、外出ドライブを企画し、楽しんでいただいたり、家族と共に外出を楽しんでいただいている。	日常的に敷地内のデイサービスへ出かけたり、中庭の畑での収穫、近隣の散歩などを行っている。花見、チューリップ見物、紅葉ドライブ、運動公園での足湯、ファミレス、地域の祭り見学等々、普段行けないところへもたくさん出かけている。また、土曜・日曜にはスーパーまでドライブをして買い物を楽しんでいる。	



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
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	必要なものがあれば家族に用意していただくようにしている。また、自己管理できる方には家族と相談し、お金を所持していただいている。		
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	ご希望に応じられるように可能な限り、対応している。年賀状を出される方には、ご家族にも協力してもらい作成している。		
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	共有スペースは、入所者の皆さんが過ごしやすいよう花を飾り、整理整頓するよう努めている。	A、Bユニットはキッチンの配置が異なっているが、それぞれの共用空間には食卓の他にソファが配置され、利用者がくつろいでいる。中庭に花が咲く季節には、利用者と一緒に、切り取った花を飾ったり、壁には季節感ある共同制作(今回は十五夜)の作品が掲示されているなど、居心地のよい空間となっている。食後のキッチンはずっきりと片付き、安全で居心地よく過ごせるよう配慮している。	
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	フロアにソファを設置し、コミュニケーションを楽しめるよう努めている。		
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	写真立てやカレンダー、作品など好きなように飾っていただいている。	Aユニットの居室には、タンス、ベッド、ドレッサーが備えつけられ、Bユニットの居室には、タンス、キャビネット、ベッドがある。利用者の居室には、家族の写真、レクリエーションで作ったもの、元気だったころの自慢の作品などがあり、あたたかな雰囲気の中でその人らしく過ごせるよう配慮をしている。	
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」「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	一人ひとりが「できること」を活かせるような環境づくりを目指し努めていく。		

## 2 目標達成計画

事業所名グループホームしばんばの里

作成日： 令和 1年 10月 10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	6	身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会は、運営推進会議の中で行われて、職員研修会は年2回開催しているが、委員会の内容報告、身体拘束等の適正化のための研修会の記録(日時、内容、出席者等)が、運営委員会の議事録から独立しておらず、わかりにくい。	委員会の内容報告、身体拘束等の適正化のための研修会の記録(日時、内容、出席者等)をわかりやすくする。	委員会の内容報告、身体拘束等の適正化のための研修会の記録(日時、内容、出席者等)を、別途作成する。	12ヶ月
2	4	運営推進会議の議事録は、閲覧可能になっているが、委員以外の家族が閲覧されているか確認されていない。	運営推進会議開催日や、話し合われた内容や結果報告等について、参加できなかった家族や、職員にも周知する。	年間の開催予定日を事前にお知らせし、開催後は内容の配布や、年2～3回のダイジェスト版の配布の検討を行いいずれかを実施する。	12ヶ月
3	35	災害時には、運営推進会議のメンバーに電話で協力要請を行う等、口頭での確認があるが、実際に参加してもらったことはない。	災害時には、運営推進会議、自治会・町内会、近隣住民などへ避難訓練参加の声かけをする等、実効性のある地域との協力体制を築くようにしたい。	運営推進会議、自治会・町内会、近隣住民などへ災害・避難訓練参加の声かけをする等、地域との協力体制を築くようはたらきかける。	12ヶ月
4	33	入居時、本人・家族には、重要事項説明書にある、退去及び手続についての項目③その他<医療的ニーズが発生した場合や、やむを得ず当ホームでの生活が困難となった場合は>を説明し、医療体制、入浴環境等を考慮し、現状では重度化や終末期の対応をしていないことを説明し同意を得ている。	重度化や終末期の対応に向けた、具体的でわかりやすい指針を作成し、本人・家族とその指針の共有を図りたい。	重度化や終末期の対応に向けた、具体的でわかりやすい指針を作成する。	12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。