

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	1670201266
法人名	株式会社 マルエケア
事業所名	かざぐるまグループホーム
所在地	高岡市熊野町2-2
自己評価作成日	平成30年9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30年10月9日	評価結果市町村受理日	平成30年10月29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）】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者職員が共に生活している思いを大切に、一人ひとりのできることや機能維持に努めています。 ・季節に応じた外出や定期的な外食により、楽しみや気分転換の機会を作っています。 ・併設のデイサービスとの交流により、なじみの関係を維持したり、他者との交流を図っています。事業所としてのボランティアや慰問の受け入れにより、行事が増えているいろいろな活動に参加することができます。 ・敷地内の畑で野菜を作り、旬の野菜を食べて楽しむ、そして季節の話題作り、収穫などの際には外気浴の楽しみとなっています。
--

【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）】

<p>利用者への支援をおもいやりをもって関わりたいとの思いで、理念に「おもいやり」を掲げ、施設長を中心に職員は利用者一人一人に向き合い、その人らしい暮らしの実現に向け取り組んでいる。月1回は季節を感じるドライブや外食等に出かけたり、ときどき天然温泉の源泉を調達し、温泉気分を味わうなど楽しみな時間が多く持てるように工夫を凝らしている。また、ボランティアによる歌や書道等の余暇活動の充実、利用者の出来る家事等への参加、自家農園での野菜作りなど、自立へ向けて「できる能力」が発揮できるように、利用者個々の能力に合わせて柔軟な支援が取り組まれ、職員は、生き生きとした生活へつながるように日々切磋琢磨している。</p>

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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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。	○	<ol style="list-style-type: none"> 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している。 (参考項目：30, 31)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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。	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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	「おもいやり」を共通理念として、利用者様個々の意思や希望を尊重し、自己決定を大切に、充実した生活が送れるようなサービス提供に努めている。また安全で安心して暮らせる場となるように努めている。	「おもいやり」を理念に掲げ、事業所内の誰もが目に触れる場所に掲示し、職員のみならず外部者にもホームの方針が理解できるようになっている。職員は日頃から理念を意識したサービス提供に努め、ミーティングで具体的な個別ケアを検討して、理念の共有と実践につなげている。	
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	事業所として自治会に加入し、運営推進会議などで地域の情報を収集し、町内会の納涼祭に参加したり、近隣の保育園の運動会を見学したり、当事業所での餅つき大会に園児を招待するなど、積極的に交流を図っている。	町内会の回覧版や運営推進会議からの情報で、敬老会や保育所運動会・公民館行事等地域行事に参加したり、ホームの餅つき大会などで地域の方々を招待するなど地域交流に努めている。また、地域ボランティアを積極的に受け入れ、習字教室や歌ボラによるイベントなど多彩な交流場面が設定されている。	
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	地域で実施される高齢者の徘徊者対応訓練への協力参加や、中学生の就業体験「14歳の挑戦」受け入れ、近隣住民の方々のご相談対応などで、微力ながら地域の皆さんに喜んでいただいている。		
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	運営推進会議には自治会長、社会福祉協議会長、民生委員協議会長、保育園園長、隣の神社の宮司様などに参加してもらい、利用者へのサービスの取り組みを報告している。サービスについての意見や改善についての提案などいただき、サービスの質の向上に活かしている。	2ヶ月ごとの会議で、利用状況や活動内容・ヒヤリハット・事故報告等を行い、改善事項等について活発な意見交換が行われている。委員からヒヤリハットや事故報告書内容を回覧のみに止めず、一定期間掲示することにより、職員の意識継続につながるのではないかとこの意見を受け、改善したことにより良い効果が得られている。	
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	課題発生時には適宜行政へ相談し、指導・協力をお願いすることは勿論のこと、高岡市介護相談員を派遣していただき、他事業所との差異をご指摘の中から、当事業所の短所長所を自覚し、サービス向上に役立っている。	地域包括支援センターとは、運営推進会議や日頃のやりとりから、事業所の活動内容やケアの取り組みを知っていただき、相談できる協力体制がある。市主催の研修会参加や市介護相談員の定期訪問・運営推進会議議事録送付など、市との協力関係を築いている。	
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	2018年度改正を機に、身体拘束適正化のための指針を作成し、適正化委員会を2か月に1度奇数月に開催している。また、今年度4月には指針を基に全職員の研修会を実施し、下半期にも研修会を予定している。新規採用職員にも採用時に本指針に沿った研修を実施している。	身体拘束適正化指針の作成や適正化委員会の開催など、身体拘束の具体的な内容やリスク・言葉の抑制などの再認識に努め、拘束をしないケアが実践されている。個別の事例を基に、拘束になるか、ならないかを、ミーティングで検討・確認し、職員全員が共通認識をもって、ケアに当たっている。	
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	身体拘束適正化委員会時には、広く虐待についても話題を広げて話し合っている。何気ない行動や見過ごしが、延いては虐待行為に繋がることの無いように注意喚起を行っている。		

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
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	併設の居宅支援事業所が経験した各種事例を学習材料とし、成年後見制度等の勉強会を行っている。これら事業や制度の必要性については広く社内での意見を求め検討し、同時に関係者との十分な話し合いを行うことが肝要と考えている。		
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	契約時は運営の方針、事業所でできることできないこと、利用料等について丁寧に説明している。入所後新たな契約事項が発生したときは、その都度説明して署名捺印をもらっている。		
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	ご家族の面会時には積極的にご様子を伝え、信頼関係の構築に努め、意見を言いやすい雰囲気作りに努めている。家族の要望は職員に周知し、必要であればミーティングで話し合っている。介護相談員の受け入れをしており、利用者が外部に声を発する機会も作っている。	毎月広報誌「かざぐるま便り」を家族に送付し、ホームの生活ぶりを知っていただき、意見・要望等につなげる取り組みを行っている。面会時には積極的にコミュニケーションを図り、職員と気軽に話す機会を作り、さりげない会話の中から思いや意向の把握に努めている。その意見や要望は記録し、職員全員で共有し、運営やサービスに反映している。	
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	日常的に職員とのコミュニケーションを図るように心がけ、意見や提案を聞くようにしている。	施設長、管理者は、日頃から職員とより良い関係性で働きやすい職場環境づくりに努めている。職員は毎月の全体ミーティングや、施設長との個人面談(年2回)で、意見や提案を言える機会を持っている。その意見・提案の具体策について検討し、運営やサービスに反映させている。	
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	併設事業所職員に比較し、年次有給休暇の取得率が低いことから、毎月の勤務表作成に際して、年次有給休暇の計画取得を本年度より実施している。また夜勤回数の調整など、個々の働き方のスタンスにできるだけ合致した勤務体制になるよう心掛けている。		
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	介護福祉士資格取得のための講座受講に際し、受講日を出勤扱いにすることは勿論、受講費用の会社負担などを実施している。また、認知症介護基礎研修受講も予定している。これらの受講は、本人の希望は最優先しつつ、それぞれのスキルを観察しつつ、会社側から推薦する形で実施している。		
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	当地域内での同業者様との交流は無いが、金沢及び福井の兄弟会社数社との交流を行っており、仕組みづくり・具体的な対処法・考え方などいろいろな刺激を受け、これをサービス向上に生かそうとしている。		

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	事前面接等で、どのような生活を送っているのかを確認、困っていることを見極め、できる限り安心して生活できるように、ご本人の思いを尊重している。		
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	事前面接等で、ご家族の不安な思いや要望を聞き取り、ご本人と一緒に支えていけるように良好な関係作りに努めている。		
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	相談があった段階でご本人、ご家族の状況や思いを把握できるように努めている。必要に応じて他のサービスを紹介したり、地域のケアマネジャーと連絡をとり連携を図っている。		
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	ご本人の生活の質を高めるため、できることは行ってもらうようにしている。役割のある日常が送れるように支援している。		
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	ご本人の思いを傾聴しながらご家族ができることは相談し、お願いしている。ご家族と情報を共有し、共に支えていけるように努めている。		
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	友人が来られたら、部屋でゆっくり過ごして頂いたり、同事業所のデイサービス利用時の友人と会える機会を作り、馴染みの関係が途切れないようにしている。	家族の協力を得て、正月・お盆の帰省や馴染みの理美容院に出かけている。家族や友人・知人の面会時にはゆっくり過ごせるよう配慮したり、同事業所の隣接するデイサービスに通う友人と交流する機会を提供している。利用者の希望で個別に馴染みの場にドライブするなど、これまでの生活や馴染みの関係が継続されるよう努めている。	
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	利用者一人ひとりの性格を把握するように努め、職員が間に入ることでトラブルを未然に防ぎ、利用者同士が良好な関係を築けるような席配置を考慮、楽しく支え合える生活を支援している。		

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	サービスの利用がなくなっても、ご本人ご家族からの相談には応じている。必要時は次の事業所とも連携し、ご本人ご家族との関係性を絶たないように努めている。		
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	利用者一人ひとりの思いや希望を傾聴し、できる限り対応している。日々の会話や、関わりを大切に、職員同士、情報共有を行うことでご本人の思いをくみとるようにしている。ご本人の困っていることも見極め、検討している。	フェイスシートやアセスメントシート「できること・できないことシート」の活用や、日々記録している利用者の言動・気づきからの希望する生活や思い・意向の把握に努め、職員全員で共有を図っている。業務日誌や申し送りノート等に記録された思いや意向は、定期的に見直されるアセスメントシートに反映されている。	
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	ご本人の生活を支えるにあたり生活歴はとても大切であるため、ご本人を理解できるように職員全員で情報収集に取り組んでいる。また、ご本人が大事にしている事の把握に努めている。		
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	ご本人が、一日どのように過ごしたか支援経過に記録している。その日その日で状態も変化する場合もあり、介護日誌や申し送りノートに記載、職員全員が情報を共有できるようにしている。できることの把握に努め、自立支援につなげている。		
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	毎月のミーティングで利用者について話し合い、課題を見つけケアプランにつなげている。3ヶ月おきに評価を行い、ケアの方法など検討を行っている。	毎月のミーティングでモニタリングを行い、個別の生活状況を話し合いながら、適切なケアに向けて見直しを行っている。3ヶ月ごとには総体評価を行い、計画の見直しを行っているが、心身状態変化時は随時介護計画を見直し、現状に即した計画で介護されている。家族には事前に要望・意見を聞き取り、計画に反映し、計画内容を説明して了解を得ている。	
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	日々の様子、気付いたことを個別に記録している。介護日誌や申し送りノートを活用し、職員同士が情報を共有、実践した結果を評価し、見直しにつなげている。		
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、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人、ご家族のその時の意向を聞き入れ対応、いろいろなサービスの提示を行っている。通院の付き添いや送迎など、できる限り支援を行っている。		

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	ボランティアの訪問や、移動図書などの地域資源を取り入れることで楽しみを見つけ、生き活きと暮らせるようにしている。また、安全に配慮した生活を支援している。		
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	入所時にかかりつけ医の希望を聞いている。入所前のかかりつけ医を希望される場合は、入所後も関係が継続できるよう、病院との連携を密に行っている。提携医を希望されれば、月1度往診があるため状態を直接先生に伝え、適切な医療が受けられるよう支援している。	かかりつけ医は、利用者・家族の希望で選択できる。受診付き添いは基本、家族に依頼し、情報提供や必要時の同行が行われている。協力医とは、月1回の往診や疾病の相談で連携を図り、適切な医療が受けられるよう支援している。夜間帯の緊急時は、24時間連絡体制のホーム看護師が判断して、救急対応が行われている。また、必要に応じ訪問歯科診療も行われている。	
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	利用者に関わる日々の中で、細かな気づきを看護師に報告している。看護師も含め職員間で相談し、医師に連絡したり、受診が必要であれば行い、適切な対応ができるように努めている。		
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。	入院した場合、速やかに病院の連携室のソーシャルワーカーや病棟看護師に連絡している。カンファレンスに参加し、身体機能が落ちないようにできる限り早い退院を支援している。		
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	重度化やターミナルケアについては入所時に最初の意向を確認している。事業所としてできることと、できないことを説明し、状態変化に伴い、本人や家族の気持ちの変化に寄り添った支援を行っている。	契約時に「重度化した場合における(看取り)指針」に基づき、事業所のできることを、できないことを説明し理解を得ている。実際に重度化や終末期に入ったと判断される場合は、利用者や家族とその都度十分に話し合い、納得のいく支援に努めている。	
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	急変時、事故発生時には冷静な対応ができるよう、連絡の方法など職員には説明を行い、また、AEDの使用方法についての講習会も行っている。緊急時対応マニュアルを作成し、定期的に確認をしている。		
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2回の防災訓練を行っている。避難訓練を通し、入所者全員を避難させる方法を、職員一人ひとりが身につけられるようにしている。緊急時の連絡方法などもマニュアルを作り、冷静に対応できるようにしている。運営推進会議を通し、近所の方や地域の方に協力をお願いしている。	火災訓練は年2回(日中・夜間想定)消防署の協力を得て、利用者と一緒に実施している。災害時のマニュアルや連絡方法を策定し、町内会や地区消防団との協力関係が築かれ、水・食品等も備蓄している。また、災害時には地域の避難所として事業所を開放することになっている。	

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
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	居室におられる際はノックし、本人の了解を得て入室するようにしている。介助の際には羞恥心に配慮して、さりげない声かけに努めている。親しみを込めた呼び方をすることもあるが、尊厳をもって関わることを意識している。	事業所内研修で人格を尊重し、プライバシーに配慮した接遇方法等の理解を深めている。居室へ入室時のノックや、トイレ誘導・入浴介助には特に留意し、日常的にプライバシーに配慮したサービス提供が行われている。	利用者と距離感を縮めるため、親しみを込めた呼び方をする場合は、誰にでも理解が得られるようにアセスメントや介護計画で根拠を明確にしながらの取り組みに期待したい。
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	本人の好み、出来る事を大切に、作品作り、読書、パズルなど選択肢を用意し、本人に聞いて活動してもらっている。毎日のお茶の時間には、飲み物の選択などもできるように声かけしている。		
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	一人ひとりのペースを尊重し、その日の気分や体調を考慮しながら、家事や趣味活動にお誘いしている。また意思疎通の困難な方には、職員間で情報共有しながら、活動や静養を促したりしている。		
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	外出の際には一緒に洋服を選び、おしゃれを楽しむことができるように支援している。髪を伸ばしたい方には、毎日髪を縛るなどの好みを叶えられるように尊重している。		
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	もやしひげ取り等の準備、お盆拭きなどの後片付けを一緒に行っている。食欲が進まない人にはおにぎりにして形を変えたり、夏は冷たい麺など、季節に合ったメニューを考えている。定期的な外食により楽しみの機会を作っている。	季節感や利用者の嗜好に考慮した献立を考え、利用者の出来る、調理の下準備や盛り付けを一緒に行ったり、職員と会話を楽しみながら食事を摂っている。おはぎなどの季節の手作りおやつや、外食・嗜好に合わせた調理の変更(カレーを肉じゃがに変更等)・咀嚼状態に合った食事形態など、食事を楽しむことができるよう支援している。	
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	食事摂取量の記入により、食べる量の把握に努め、摂取量が少ない場合は捕食を提供したり、ふりかけをかけたたりして、食べてもらえるように支援している。職員が同じテーブルで食べることで、咀嚼や摂取状態を把握し、形状や用具を変えるなど本人の力に沿った支援に努めている。		
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	毎月後歯磨きの声かけを行ない、一人ひとりに応じて見守ったり、介助している。必要に応じて、歯科往診を受け、スポンジブラシの使用や、歯磨き指導に基づいたケアを行なっている。		

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
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	排泄パターンを把握し、声かけ誘導している。声掛けにスムーズに応じて下さらない方には、歌などを歌って誘導したり、立ち上がった瞬間にお誘いして排泄を促している。歩けない方でも二人介助で、トイレでの排泄を援助している。	24時間対応排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握して、プライバシーに配慮した声かけや誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。個々に合った紙パンツやパットを選択し、快適に過ごせるよう配慮し排泄の自立に向けた継続的な支援に努めている。	
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	体操や歩行練習、水分の摂取に努めている。便秘を改善するために緩下剤に頼っているのが現状であり、個々に食物による予防的な取り組みはできていない。		
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	希望にそった入浴回数、体調などによって入浴日を決めている。入浴が好きではない方には、気分良く入浴できるようにタイミングを見て、時間にかかわらず入浴していただいている。他、入浴剤を変えたりして入浴を楽しめるように支援している。	毎日入浴できる準備を行い、週3回を目安に、希望や体調等に合わせて、職員と1対1で利用者のペースに合わせ、ゆっくり入浴できるよう支援している。ゆず湯や季節の入浴剤を使用し、季節感を感じていただいたり、ときどき温泉の源泉を調達して温泉気分を楽しんでいる。また、起き掛けに入浴したい利用者の朝風呂の希望をかなえるなど、柔軟な体制が組まれている。	
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	体調や夜間の様子を生活記録を把握し、その日の疲れ具合をみて、日中に休息を促している。寝つきが悪い日がある方には、ゆっくり話を聞くなどして落ちついてもらうとともに、かかりつけ医と相談して薬剤の調整をしている。		
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	一人ひとりの薬情のファイルを薬と一緒に保管し、用法や副作用について、常に確認できるようにしている。大きさや量が多くて飲みにくい方にはつぶしたり、回数をわけて飲んでもらうなど確実に服薬できるように支援している。処方に変更があった場合は状態変化が考えられるため、きちんと記録をとるように徹底している。		
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	洗濯物干し、洗濯物たたみ、調理などできそうなことを見つけて、役割をもてるように支援している。生活歴や得意なことを見極め、はさみを使って布や紙を切ってもらったり、計算問題をするなど個々の力を発揮してもらっている。アクティビティの時間には、体を動かすゲームや歌をうたうなど、楽しく過ごせるように工夫している。		
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	季節や地域の行事に応じて花見、七夕、パラ園などの見学や外に出かけている。一人ひとりの体力や状態に応じて行き先や時間を検討し、その方が楽しめる外出となるように支援している。	外出計画を作成し、車椅子利用者も一緒に季節の花見や高岡七夕まつり・おとぎの森等地域のイベントに出かけたり、弁当を持参しピクニックを楽しんだりしている。日常的に天気の良い日には、隣接する神社への散歩や近所へ買物に出かけるなど、個々の希望に沿った外出の支援や機会を多く持てるよう努めている。	

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
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	外出の際には、所持している財布に適当な額をもってもらい、ご本人が支払いできるように支援している。		
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	携帯電話を所持されている方には、かけたいときに電話できるように声をかけている。		
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	季節感が感じられるような展示をするように配慮している。展示物は利用者と一緒に制作することで、会話のきっかけにもなっている。テレビ前のソファには、午後や寝る前にテレビやビデオ鑑賞をする場所となっており、誰もが利用されている。	共用空間は広々と明るく、季節の手作りの装飾品や利用者の書道等の作品が飾られている。床暖房のリビングにはソファや椅子を適所に配置し、利用者が思い思いに過ごせる空間になっている。気候のよい時期には、リビング前のベランダに出てお茶を楽しんだり、外気を浴びながらの歩行訓練が行われている。	
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	一人で過ごされたいときはベランダ側の椅子、ホール以外の場所で静かに過ごされたい時のために、玄関横にソファを置いている。気の合う仲間と話したい時や、職員と1対1で話したい時などに利用してもらっている。		
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	お孫さんの写真やアルバムを飾ったり、自宅で使用していたテーブルを持ち込んで、居心地よく過ごせるようにしている。希望により畳を敷いて、布団を使用されている方もおられる。	居室は洗面所・押入れが整備され、馴染みの家具や好みの装飾品などが持込まれている。身体状況を把握し、光彩が降り注ぐようにレイアウトされた部屋は、利用者、訪問する家族や知人にとって、のんびりと居心地良く過ごせる空間となっている。また、布団で就寝したい利用者の部屋は、畳を敷き、和室仕様に変えて利用している。	
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	一人ひとりの行動をみながら状況に応じて、居室やトイレに張り紙をして、できることを継続できるようにしている。洗濯物を自分で干せるように衣類かけを用意して、できることを活かせるように支援している。		

2 目標達成計画

事業所名 かざぐるまグループホーム

作成日：平成 30 年 10 月 24 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	36	一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーを損ねない対応について、職員間での日常的な確認ができていない。	職員の意識の向上と徹底を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・ミーティングの際に日々の関わりかたについて管理者が点検する。 ・ご利用者様に親しみを込めた呼び方をするときはアセスメントにより根拠を明確にするとともに介護計画書に記載する。 	12ヶ月
2	13	職員を育てる取り組みを計画的にしていきたい。	計画的に職員の技術の向上とその人らしい暮らしを支援する人材を育成する。	<ul style="list-style-type: none"> ・各主催者別による外部研修の計画的な参加。(認知症ケア研修、認知症介護実践者研修、コーチング研修他) ・施設内研修を充実させる。(アンガーマネジメント研修、リスクマネジメント研修、接遇研修他) 	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。