

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	1690100431
法人名	社会福祉法人 富山城南会
事業所名	グループホーム にながわ
所在地	富山県富山市二俣327-4
自己評価作成日	令和1年12月10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12月24日	評価結果市町村受理日	令和2年2月12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）】

事業所の年間目標である「より多くの笑顔を引き出せるよう支援」を目指し、利用者さんの個々の特性を尊重し、ゆったりとした空間の中で、利用者様一人ひとりが日常生活の中で家事活動の役割を持って頂き、穏やかな雰囲気作りに努めています。認知症ケア向上の為、月1回の認知症ケア会議を行っています。又、スタッフが「認知症介護実践者研修」を受講し、ホーム内で勉強会を開き、日々実践に努め、認知症介護の質のレベルアップを図っています。お風呂は、天然温泉湯と通常の湯の両方の設備があり選択できます。敷地内には、足湯があり、地域の方に開放し、いつでも自由に利用できます。

【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）】

事業所は、総合福祉センター「にながわ敬寿苑」の一角にある「秋乃家」の中にあり、3事業所（グループホーム・小規模多機能事業所・地域密着型介護老人福祉施設）が運営されている。敷地には、神社や天然温泉の足湯があり、近隣住民がにぎやかに出入りするなど地域の憩いの場となっている。「秋乃家」では、事業所の枠を超えて利用者が施設内を自由に行き交い、職員は、すべての利用者を温かく見守っている。施設内の4種類の浴槽（源泉かけ流し湯の、個浴・大浴場・椅子浴・機械浴）では、各事業所が協力し、利用者の希望に合わせた入浴ができる体制となっており、また、運営推進会議、諸行事、ボランティア来訪、避難訓練等を合同で行う等、連携と協力体制が整っている。今年度の目標は、～利用者に寄り添い、笑顔を引き出す～であるが、『利用者の声』『家族の声』を聴く姿勢、記録して共有する術、思いを実現させる実行力、が形となってきている。地域との連携については、さらなる協力体制を構築するため、次年度の計画が動き始めている。

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
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	今年度の施設の理念をもとに、年間の目標をスタッフ全員で意見を出し話し合いで作った。事務所とリビングルームに掲示し、常に目に入るようにし、意識を高めている。	施設理念を基本に、年度末のミーティング時に全員で話し合い、『利用者に寄り添う、運動や散歩の機会を増やす』の目標を作成した。職員は利用者寄り添いながら個々の思いを随時メモにして介護計画に反映させ、また日常的に室内外を散歩するなど、目標の実践に努めている。	
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	施設の行事には地域の方を招待したり、地域の慰問ボランティアを受け入れている。施設内の足湯は地域の方に無料開放している。地域の講師の習字教室や理容室を毎月、開催している。	今年度、職員が講師となり、地元中学校で介護の疑似体験等の出前講座を行い、中学生に地域とのつながりや介護を身近に感じてもらう機会とした。また、敷地内にある神社の祭りや、天然温泉の足湯には、地元住民が頻繁に出入りし、利用者と日常的に挨拶を交わすなどの交流がある。	
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	認知症の利用者様への対応や、支援の方法を運営推進会議で伝え、会議参加者や入居希望者からの質問や相談に答えている。中学校出前講座に職員を派遣し疑似体験などの福祉教育に協力した。		
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	地域からは町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員に参加していただいている。全員の利用者家族に案内状を送付し出席の依頼をしている。「意見交換」の時間を設け自由に発言してもらっている。ご家族や地域の方々にも感染対策や高齢者への理解を深めていただけるようミニ講座などを開催した。議事録は、全員の利用者家族に送付し、お知らせしている。	グループホーム、小規模多機能事業所、地域密着型介護老人福祉施設の合同で開催し、全家族に開催案内と内容の報告を行っている。会議は、運営や活動報告とともに、オヤツや食事の試食会をはじめ、ほぼ毎回、タイムリーな「ミニ講座」を開催し、講師は法人全体から専門職(看護師、理学療法士等)を派遣している。家族の参加率もよく、毎回活発な話し合いとなるよう工夫している。	
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	富山市の介護相談員の訪問を2か月に1回受け、意見交換で交流をはかっている。運営推進会議では、事業報告を行い、参加されている方に意見や考えをお聞きしている。	地域包括支援センター主催の事例検討会に参加する機会がある。隔月には富山市介護相談員が来所している。相談員から、事業所行事について、『家族と一緒に開催しているものはありますか』との質問があり、今年度末に家族の集い(仮)が、実施予定となった。意見交換の内容について、今後はそのつど記録に残し、職員間での共有を図る予定。	
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	「身体拘束廃止」マニュアルを作成し勉強会を身体拘束委員会を中心に行っている。職員は「身体拘束しないケア」を理解し実践している。日中の時間帯は、施錠していない。	指針を作成し、今年度は身体拘束等の適正化のための委員会を6月、9月、12月に開催し、研修会は4月、12月に実施している。外部研修に出席した職員の復命書を回覧し、その内容について、月一度のミーティング時に共有し、言葉遣いや利用者への声かけの仕方などについても振り返る等、身体拘束を廃止し、一人ひとりを大切にケアの実践に取り組んでいる。	
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」の勉強会を行い虐待に対して注意を払い、防止に努めている。またカンファレンスや申し送り時など、その都度話し合うことで、虐待防止を意識している。		

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
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	職員が権利擁護について理解できるように、ミーティング等で話し合ったり、パンフレット等を自由に閲覧できるようにしている。しかし、制度についての知識は職員によってばらつきがある状態である。		
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	契約に関しては、管理者・リーダーが「契約書」「重要事項説明書」を読み、十分説明し、双方確認の上、署名・捺印をしている。解約時も同様に行っている。		
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	正面玄関には「ご意見箱」を設置しホーム内には「ご意見箱」のポスターを掲示している。面会時には、職員から、ご家族に、お声がけしご意見やご要望をお聞きするようにしている。運営推進会議ではご家族から「ご意見」を頂く時間を設けている。	利用者・家族等の意見を職員間で共有し、日々のケアや運営に反映させていく方法として①『利用者様の声』②『ご意見・ご要望・気づき受付書』を、記録として残していく取り組みを始めている。利用者・家族等からの声は、随時職員が記録し、ミーティングや申し送り等で上司とともに検討し運営に反映させるよう努めている。	運営推進会議での家族意見、『利用者様の声』『ご意見・ご要望・気づき受付書』等で利用者・家族の意見をくみ取る機会の他、無記名による率直な声が届くような工夫や仕組みづくりに期待したい。
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	毎日の申し送り時に個人の発言を聞く時間を設け、随時話し合っている。何か決定する時は全員の意見を聞くようにし、決定事項については、連絡ノートで共有している。毎日の申し送り時や事業所ミーティングで、職員に自由に意見を述べてもらっている。	毎日の申し送りや毎月のミーティングで話し合い、また主任は職員と一緒に業務の中で、個々の状況を把握しながら、意見を聞くよう努めている。法人の人事考課制度の中で、年2回自己評価表を上司に提出し、主任、リーダー、施設長の評価を受けている。また年1回、施設長との個人面談の中で個々の意見や提案を述べる機会がある。	
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	毎日の勤務の中で、職員との関わりを持つ事を心がけ、必要に応じ面接を行い、本人の目標や希望を聞き、その能力や意欲に応じて資格取得や研修の機会を与えている。資格取得者には資格に応じた手当がついている。		
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	ケアの実際やレベルに合わせて、各職員に研修の機会を提供している。自発的な研修参加の希望があれば可能な限り協力と調整をしている。外部研修の案内を回覧し参加を促している。		
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	富山県グループホーム連絡協議会に所属し、協議会主催の研修会に参加し交流を図っており、研修会を通じサービスの質を向上して行く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	事前に面接を行い、本人に誠意を持って向き合い、気持ちや要望を傾聴し、互いに信頼関係を築くことで、不安が少しでも軽減されるように働きかけている。職員は情報を共有し、統一されたケアを提供し、早く環境に馴染んでいただけるようにしている。		
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	入居前に面接を行い、ご家族の要望を十分に聞き、困っている事や不安な事を話していただいている。家族と本人の関係などの情報を職員は共有し、統一された対応を行い、信頼関係を築けるように努めている。家族からの要望や情報は周知できるように業務日誌や連絡ノートに記入し申し送り事項にしている。		
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	本人の状態や家族の事情や相談内容より、他サービスが必要だと判断した場合は、「他のサービス」の利用についても家族に説明し検討している。必要に応じ、他のサービスの紹介や連絡も行っている。		
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	一緒にできる家事作業は利用者と共にやっている。毎日の日課になり、声を掛けなくても自ら作業を下さる方もおられる。利用者の得意分野では職員がアドバイスを求めたり、内容によっては任せている。人生の先輩として敬いの気持ちを持って対応することを心掛けている。		
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	利用者がご家族のことを心配されていることがわかる言動があれば、電話で伝えたり、面会時にお話しし、ご家族が「一番大切な人達」であることを意識してもらっている。本人の対応で迷うことや決めたいことがあれば必ず家族に相談している。外泊や外出や行事への参加を促している。		
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	ご家族や馴染みの知人の面会時は、居室やリビングから離れたソファで話しやすいように配慮している。併設の事業所に馴染みの人が訪ねてきたり、職員と一緒に訪ねたりしている。	利用者の行きたいところ、懐かしい場所などについて、職員とのさりげない会話の中でくみ取ったものを、『利用者の声』の書式(メモ)に落とし込んでいる。～に行きたい、～したい、～に会いたい、等々について本人・家族を交えて話し合い、介護計画に反映させ、利用者の思いが実現できるよう支援している。	
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	相性や日々の小さなトラブルから発生する人間関係は毎日の関わりや申し送りで職員は把握している。その情報をもとに食事席や入浴順番を調整している。食事やおやつ時間は、職員と一緒にテーブルに座ることでトラブルなく、利用者間の会話を引き出すようにしている。		

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	契約が終了しても、本人・家族から相談があれば応じ、必要に応じて支援を行っている。面会に行ける場所ならば面会に行き、入院された場合は、退院後の生活についての相談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	本人の日頃の会話や態度から思いや意向を把握するよう努めている。ご家族からの面会時には、意向や希望を聴くようにしている。また、カンファレンスでは本人の立場になって考え、みんなで検討している。	利用者には担当職員が付き、入所時に把握した生活歴や暮らし方への意向について、家族から聞き取った情報をもとに、日々の暮らしの中で寄り添いながら、思いや願いを受け取るよう努めている。聞き取った本人の思いや願いは、『利用者様の声』シートに記録し、職員間で共有している。	
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	入居時にご家族より「生活歴や暮らし方」などを聞き、またシートにも記入して頂き、職員は情報を共有している。入居後は利用者との会話の中から暮らし方の新しい情報を集めている。		
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	個人の介護記録、業務日誌に状態の変化を記録し、毎日の申し送り時に報告している。心身状態や能力等を把握し、3ヶ月毎にアセスメント表に記入しカンファレンスを行っている。		
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	介護計画表に基づき実践出来ているかを記入している。本人と家族には事前に要望や気になることを聞いている。カンファレンスは職員が情報や気づきを持ち寄り、話し合いをしている。3か月ごとにケアプランの見直しを行っている。	介護計画は、3か月に1度見直し、見直しのためのカンファレンスは毎月のミーティング時に全員の職員で行っている。また、日々取り組んでいる『利用者の声』『ご意見・ご要望・気づき受付書』の記録をもとに、家族・利用者の声を計画に反映させるなどの工夫をし、現状に見合った介護計画の作成に努めている。	チームで作る介護計画の取り組みとして、本人・家族等のカンファレンスへの参加のための工夫や、参加時の記録等について検討を期待したい。
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	個人の介護記録に日々の様子やケアの内容を記入し、日誌にも特記事項を記入し、朝・夕の申し送りで報告している。気づきやケアの工夫は、気づいた時、思いついた時にすぐ話し合うようにし、実践時は日誌・連絡ノートに記録し周知できるようにしている。		
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	本人や家族の希望の場所への外出や物品購入の支援を行っている。本人の状態や、家族の要望による、病院受診を可能な限り対応している。		

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	近隣の児童の訪問や地域の人のボランティアを受け入れることで地域の人と交流を持ち、楽しんで頂いている。地域の行事に参加し交流をはかっている。		
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、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	系列の病院が協力病院で、月に2回の往診がある。必要時は連絡を密に取り、速やかな往診や受診に対応してもらえる。夜間の急変事は、救急搬送で職員が同行している。	入所時に、希望するかかりつけ医の選択について確認している。協力病院から月2回の往診があり、体調変化時には、施設内に勤務し、日々利用者状況を把握している看護師の助言を受け、適切な対応をしている。他科受診時は職員が付き添い、他の医療機関受診時に付き添う家族には、利用者の状況が記載された文書を持参してもらっている。	
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	日常の関わりの中で利用者の心身状態を併設の事業所の看護師に報告している。利用者の状態に変化があれば介護職員は速やかに看護師に伝え、適切な受診や看護を受けられる体制がある。		
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。	入院時には、病院へ情報提供を行っている。入院中は、適宜面会を行っている。入院後は、家族と病院、地域連携室との連絡・相談を密にし、カンファレンスに参加し、退院に備えての受け入れを整えている。		
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	入居説明時には、「重度化・見取りに関する指針」を使い、説明を行っている。日頃の体調の変化を家族に報告している。ホームでの生活が難しくなった場合には、主治医や家族と話し合い、他の施設や病院の紹介をさせていただいている。	重度化や終末期に向けた指針を入居時に説明し、「看取り介護」を行っていないことや、本人の状態に合わせて随時家族と相談し、支援していくことを伝えている。今年度、外部研修「グループホーム、小規模多機能施設での看取りケアを考える」に職員を派遣し、その内容を復命研修するなど、看取りケアについて知識や技術の共有を図っている。	
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	「急変時や事故発生時の対応」マニュアルがある。すべての職員が応急手当や初期対応ができるように定期的に研修や訓練を行い、マニュアルに沿った対応ができるようにしている。また、急変時の連絡体制も整えている。		
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	同敷地内にある3事業所合同で年に2回、避難訓練を行い、消防署の立会いも受けている。火災時・地震時の対応マニュアルがある。運営推進会議時に地域との協力体制についてのアドバイスをもらっている。	施設内の3事業所合同で、火災訓練を年2回、水害訓練を年1回予定している。今年度は町内会長より、地域の避難訓練実施情報、防災便り配布、事業所内の視察・点検などの協力を得ている。次年度は地域との協力体制の下、火災、地震、水害などの合同訓練実施の方向で進んでいる。	災害時における地域との協力体制について、基盤づくりを今年度行った。町内の防災会等地域とのさらなる連携・協力体制を築くよう、実効性のある取り組みを期待したい。

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	「倫理・コンプライアンス」の研修を職員全員が受け、プライバシー保護の尊重を学んだ。常にその人の立場に立ち、その人に合わせた安心できる言葉かけや対応をするように心がけている。	法人で開催している「倫理・コンプライアンス」研修参加後、職員は研修での学びを実践に活かすため、ミーティング時にそれぞれの思いを話し合った。利用者を苗字で呼ばないことがある？居室への入室時の挨拶は？など、事例を出し合って検討し、『あなたがここにいてくれて、助かった。嬉しい。』と一人ひとりの利用者に伝えることを大切にしよう、と確認している。	
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	コミュニケーションを多くとり、信頼関係を築き、本人が安心して思いや希望を表せるように努めている。何かを決める時は、必ず本人の思いを聞き、相談して決定している。		
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	一人ひとりの希望や要望を聞き、可能な限り本人のペースで生活できるように支援している。レクリエーションや行事があれば参加を促すが、強制はせず本人の意志に任せている。		
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	入浴の準備は、出来る限り、職員と一緒に準備し好みの衣類を用意し、おしゃれを楽しんでいただいている。厚着の方には、衣類の調整を促し、衣類の汚れが見られたら更衣を促し清潔を維持している。「訪問理容」が月に二回ある。毛染めを希望されれば「美容師」に来てもらっている。		
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	利用者の意志や気持ちを尊重し、出来ることや得意なことを職員と一緒に準備や配膳、食事、片付けをしている。畑でとれた野菜を使うことで食事に興味を持ってもらっている。また月に一度可能な限り全員が外食や喫茶に出かけ普段と違う雰囲気を楽しんでいただいている。	献立は栄養士が作り、事業所の畑で採れる野菜を使った献立や、行事や季節に合わせた内容となっている。ほぼ毎月外食に出かけ、希望を聞きながら、寿司、ファミレス、珈琲店などで楽しい時間を過ごしている。また、利用者と職員と一緒に好み焼き、カレーなどを作ることもあり、できることを皆で協力し、準備や後片付けをしている。	
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	栄養のバランスを考えた献立を栄養士が作成している。食事量や水分量は記録し、必要量を確保している。本人の体調や嚥下状態に合わせて食事形態を変更したりと状態に合わせた支援をしている。水分量確保のため、各自の好みに合わせた飲み物も用意している。		
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、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、一人ひとりに応じた口腔ケア（歯磨き・義歯洗い・うがい）磨き残しの確認等を支援している。就寝前は義歯を義歯洗浄剤につけている。口腔ケアは全員のケアプランに必ず組み込むことにしている。		

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	排泄表に一人ひとりの記録を付け、パターンを把握している。誘導や見守りを行い、出来ることをして頂き、どんな介助が必要かをスタッフが周知し介助している。	排泄表の記録や、日常のケアから一人ひとりの排泄状況を把握し、トイレ誘導の仕方、布おむつ・紙パンツなどの使用方法、昼と夜それぞれの本人の様子や状態を共有しながら、一人ひとりの利用者に合わせた排泄の支援を行っている。	
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	便秘解消のため、毎日の体操や散歩、家事作業など一人ひとりに合わせた方法で運動量を増やしている。水分摂取量を記入、把握し、少ない方には各自の好みの飲み物を提供したり、積極的に声がけをし、水分摂取量を増やす工夫をしている。		
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	体調や気持ちを考慮している。入浴を拒否された場合は、無理せず本人の気持ちに合わせている。浴槽は三箇所があり、種類は(個浴・大浴場・椅子浴・機械浴)とあるので、希望や状態に合わせて入浴することができる。入浴は日中に週2、3回、日曜日と夜間は入浴に対応できていない。	施設内には3カ所の風呂場があり、4種類の浴槽(個浴・大浴場・椅子浴・機械浴)は、個々の利用者の希望や状態に合わせ、3事業所の協力で柔軟に利用できるように体制を作っている。さらに、程よい温度の源泉かけ流し温泉となっており、職員や利用者はく美肌の湯と言いながら、日々入浴を楽しんでいる。	
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	起床・就寝時間は決めず、生活習慣や本人の希望に合わせている。日中はその日の体調や希望に合わせて休息してもらうこともある。夕食後も、部屋で過ごすなり、ホールでくつろぐなりと自由になっている。就寝時の照明は本人の希望に合わせている。		
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、個々のファイルにあり、いつでもすぐ確認できるようになっている。また、服薬に変更があった場合は、看護師より報告と説明があり、業務日誌・連絡ノートに記録され、申し送り事項として申し送り、職員全員が把握している。		
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	利用者が、何が好きか何が得意かを把握し、畑仕事、料理、裁縫、散歩など一人ひとりの力に合わせて、得意なこと、好きなことに参加できるように配慮している。役割や気分転換等の支援は個別に対応している。レクリエーションや行事には、本人の希望に合わせて参加して頂いている。		
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	希望に沿って、可能な限り、散歩に出ている。定期的に季節に応じたドライブ、「喫茶店」、「外食」に出かけている。事前に、どこへ行きたいか、何を食べて行きたいか、など希望を聞き、家族にも協力を依頼し、外出している。	日々の支援や介護計画作成につながる『利用者の声』の記録(メモ)から、出かけた場所などの希望を把握し、実現させている。思い出深い『本屋』や『珈琲店』『アイスクリーム屋』への外出などである。また日常的には、敷地内にあり地域の人たちも集う足湯や神社へ気軽に外に出かけている。毎月の外食会、近隣へのドライブなど外出の機会が多い。	

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
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	施設でお小遣いを預かっており、なじみのある自分の財布を使用して頂いている。希望があれば、財布を持って頂き、随時所持金を確認している。		
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	携帯電話の持ち込みは許可している。公衆電話がホーム内にあり、自由にかけることができる。希望があれば代わりにかけている。届いた手紙や葉書は本人に渡している。		
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	フロアの台所で調理や盛り付けをすることで、料理をする人や音、匂いが、身近になり、温かい家庭や生活を感じることができる。壁面には手作りの装飾や行事や外出時の写真を貼り楽しい演出を心がけている。スタッフはより居心地のよい空間にすることを常に気にかけており、必要があれば居間のテレビやソファを移動するなど工夫している。	3事業所が入る総合施設としての機能を柔軟に活用し、職員間の連携がとれているため、利用者や職員にとっての共用空間はホームの中にとどまらず、中央の玄関前多目的ホール、それぞれの風呂場、小規模多機能事業所、2階の介護老人福祉施設を行き来し、互いに声を交わす姿がある。また、広い廊下や共用空間からは、樹木の雪つりや手入れの行き届いた日本庭園を臨むことができる。	
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	リビングの席は、気の合った利用者同士と一緒に過ごせるよう、工夫している。また、廊下奥のソファは、リビングから離れており、一人になり、外の景色を眺めることが出来、気分転換に適している。		
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	身体状況に合わせてレイアウトし、居心地のよい空間となるよう家具とベッドの配置を工夫している。居室の掃除は出来る方であれば、一緒に行っている。テーブル・椅子や小物等は自宅で使い慣れた物を持ち込んで頂き、居心地よく過ごして頂けるようにしている。	畳フローリングの居室は、格子の障子とともに和風の造りとなっている。各居室には、洗面台があり、洋服箆笥、テレビも備え付けられている。炬燵、茶箆笥、藤椅子、家族の写真などが配置され、扉の色・デザイン、居室の間取りも一つずつ異なるなど、その人らしさを大切にした居心地のよい部屋の造りとなっている。	
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	ホーム内は広くバリアフリーであり、手摺は身長を考慮した二段階となっている。居室、トイレはわかりやすいように表札をさげている。台所や食器棚は自由に使っていただいている。お茶も自由に飲めるようにポットと湯呑みはセットしてある。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホームにながわ

作成日: 令和 2年 2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	10	ご家族のご意見を汲み取る機会が少ない。	ご家族の率直なご意見をお聞きする機会を設け、運営に反映させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・より多くのご家族が運営推進会議に出席して頂き、事業所の取り組みを伝え、ご意見をお聞きしたり、ご家族同士で交流を図っていただく。 ・ご家族に無記名のアンケートを実施し、結果をお知らせし、内容を検討する。 	6ヶ月
2	26	チームで作る介護計画の取組みとして、ご家族からのご要望・ご意見は伺っているが、ご家族のカンファレンスの参加の為の工夫がなされていない。	より良く暮らす為のケアサービスについて、カンファレンスでご本人・ご家族・必要な関係者と話し合い、現状に即した介護計画を作成する。	日時を検討し、ご家族にカンファレンスの出席をお願いする。カンファレンスでのご本人・ご家族の声を記録し、介護計画を作成する。	6ヶ月
3	35	災害時に地域との協力体制の基盤づくりは行っているが、実行性のある計画・取組みが行われていない。	災害時における地域との連携や具体的な協力体制を整える。	町内の防災会の方々と協力体制の方法を話合う。町内会の避難訓練に参加する。	12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。