

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	1670300217
法人名	株式会社 カツヤマ
事業所名	グループホーム りらいあんす
所在地	富山県射水市寺塚原188番地
自己評価作成日	平成30年11月1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11月22日	評価結果市町村受理日	平成30年12月18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）】

職員は、日頃のコミュニケーションを大切にし、利用者様一人ひとりの思いや、希望に沿えるよう努めている。地域の行事、公民館での体操教室、りらいあんすカフェに参加し、地域交流を積極的に行っている。ドライブや買物など外出機会も多く風通し良く、利用者様が生き生きと元気に過ごして頂けるように心掛けている。施設の畑では季節の野菜を作り、旬の食材で漬物やジュースやおやつ作り等を楽しんでいる。法話会、施設行事（踊りや演奏など）を毎月催し、慰問ボランティアや通所介護利用者との交流の場にもなっている。11月のりらいあんす祭では、利用者様が出し物を発表している。整体師が常勤しており、希望者はマッサージを受ける事ができる。3ヶ月毎に看護師によるハンドケアを行っている。

【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）】

事業所は、地域との交流を大切にしており、積極的に地域の行事に参加している。地域住民が避難訓練に参加したり、緊急連絡網に名前が入っている等、地域との関係性が築かれている。また、利用者の支援を行う上で重度化予防に力点を置き、職員は個々の利用者が主体的に取り組める楽しみややりがい、運動等について考え、旅行などの外出支援や干し柿や梅ジュース作り、園児や児童等との世代間交流、散歩や買い物等での日常的な地域住民との交流など、解放感ある取組みを積極的に行っている。今年、開催された「ねんりんピック富山」に2名の利用者が参加したり、ホームの広いベランダを歩行訓練の場として開放するなど、利用者の健康維持を考え支援が行われている。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	運営理念は、来訪する家族や地域の方々分かりやすいように、玄関と各フロアに掲示している。職員は常に理念を念頭に置き、それに基づいて利用者様一人ひとりを大切にす支援に活かしている。	法人の理念は、スタッフルームに掲示してあったり、名札の裏側に入れて携帯することにより、いつでも確認できるようになっている。また、日々の申し送りや会議の場で、利用者の支援方法を検討する際に、理念に基づいた支援方法となっているかを確認している。	
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	地域の保育園、小学校、自治体の行事に参加している。ペットボトルキャップやベルマークを集めて学校へ届けている。施設の納涼祭や避難訓練には地域ボランティアに参加してもらっている。木曜日に公民館で行っている地域の100歳体操に数名参加している。	地域の行事には、できる限り参加している。今年度は地域クリーン作戦に初めて参加した。また、事業所が主催する行事にも地域の方に参加していただくなど、日頃から盛んに交流している。	
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	偶数月に、りらいあんすカフェを開き、地域の方へ気楽に介護相談してもらえるように回覧板で発信している。小学校の総合学習の参加を受け入れ、子供達と認知症の方達の交流を支援している。		
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	活動状況の写真を使用し報告している。事故報告、あったか介護保険相談員との話し合いの報告などをし、意見交換を行っている。会議の内容は職員や家族と共有し、サービスの向上に活かしている。	会議には、射水市介護保険課、地域包括支援センター、民生委員、自治会長、家族が参加している。会議の場で、「徘徊声掛け模擬訓練」に事業所がアドバイザーとしての参加依頼を受け、そのことにより、事業所が地域の方の相談の場になることを周知できた事例もあった。また、参加されなかった家族には、会議の内容を郵送でお知らせしている。	
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	行政や地域包括とは、運営推進会議での状況報告を通し連携している。困難事例への相談や関わり等の協力体制を築いている。	運営推進会議に市担当者の参加があり、ホームの実状の理解や困難事例等、相談事がある場合には、いつでも相談できる関係性が築かれている。	
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	原則、身体拘束は行わない方針であるが、転落防止の為に階段の鍵は閉めている。要望があればいつでも開けて、職員見守りのもと、上り下りしてもらっている。ご家族へ説明を行い了承を得ている。身体拘束廃止委員会とケア会議にて禁止の対象となる具体的な行為の確認をしている。	身体拘束は行わない方針であり、ケア会議にて禁止の対象となる具体的な行為についての確認を行っている。安全のために身体拘束を行わなければならない場合には、家族へ説明し、同意を得ている。また、3ヶ月に1回、身体拘束廃止委員会にて、継続が必要か検討している。	身体拘束を行う場合に、家族に説明と同意を得ているが、同意書に期間が定められていない。今後は、拘束期間を明確にし、改善に向けて検討されることに期待したい。
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	外部研修や社内研修で学ぶ機会を設け、会議や申し送り時には、職員間で言葉掛けやケアの方法について話し合っ防止に努めている。		

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	現在4名の方が後見制度を利用している。後見人申し立てのサポートや、実際に後見人と関わり対応している。研修の機会には積極的に参加し、報告書を回覧して職員間で情報共有している。		
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	事前に施設内の見学をして頂いた上で面接を行い、利用者やご家族の不安や希望を伺っている。契約時には、重要事項を説明し納得を得た上で契約している。		
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	家族には利用者の状況報告を密に行い、意見や要望を伺うよう努めている。利用者の声には、スタッフ会議で話し合いをし、統一ケアを行っている。困難事例には、第三者委員会にて報告検討を行う。	家族が面会に来られた際に、要望等を聞くようにしている。聞き取った要望は、介護日誌や連絡ノートに記載され、職員間で共有している。また、スタッフ会議にて、要望に対しての具体的な対応方法について検討している。第三者委員会(包括・民委・自治会等)は、開催実績はなく、今後の予定である。	
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	職員間での意見・提案は、連絡ノートを活用し、出し合っている。スタッフ会議や朝のミーティングで議題に上げる他にも、職員と管理者はいつでも意見が言える関係にある。決定事項は回覧し、職員全員に周知している。年1回個別面談で、職員の意見を聞く機会を設けている。	年1回、個人面談があり、社長、事務長、相談役が意見を聞く機会がある。また、日常的には、いつでも管理者に意見を伝えられる環境となっている。提案された意見は、管理者会議にて検討され、対応されている。	
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	職員一人ひとりが働きやすい環境にするため、要望があれば、その都度柔軟に見直し、改善している。フロアリーダーは、職員個々の状況を管理者に伝え、条件等を考慮しながら、適材適所の配置に努めている。		
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	職員の外部の研修参加を推奨している。研修後は、報告書を提出し、社内研修時に発表の時間を設け、その後回覧している。社内では、社内新規採用職員研修、AEDの使用法や声掛けの仕方等、その時々に合わせて勉強会を月1回行っている。		
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	所属している協会の研修に職員が参加し、同業者との交流・意見交換を行っている。得た情報は社内でも共有し、介護技術・ケアの質の向上に繋げている。		

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	入所前に身体状況や生活歴の情報収集を行っている。見学時や入所間もない時期には、ご本人と密にコミュニケーションを取り、困りごとが無いがこまめに確認し、信頼関係を築けるよう努めている。		
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	事前に御家族より不安や要望を聞き、適切なサービスが提供できるよう取り組んでいる。いつでも相談しやすい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	直ぐに入所が困難と思われた場合は、ご家族と共に、デイサービスの利用から施設に馴染んでもらうなど、他事業所と連携して、その都度適した支援方法を提案し、柔軟に対応している。		
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	まずご本人の思いを尊重しながら、運営理念である「家庭的な雰囲気」の中で、馴染みの関係を築き、喜怒哀楽を共感できるよう努めている。人生の先輩としての相談や、地元について教えてもらう事もある。		
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	施設の納涼祭やらいあんす祭には、ご家族に案内をして一緒に楽しむ機会を設けている。また、御家族の意向を常に確認し、必要時には協力をお願いし、共にご本人を支えている。敬老会では、米寿や百寿の方を支える御家族様を表彰している。毎月担当職員が近況の様子をお便りで送っている。		
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	親戚・知人の訪問を歓迎し、居室や廊下の一角でゆっくり過ごして頂けるような雰囲気づくりを行っている。再度来て頂けるよう声掛けをし、関係の継続を支援している。御家族や親戚の方との外出は良くされている。地域の祭りにも出掛けている。	親戚や知人の面会以外に、お墓参りや外泊、外食、家族と一緒に旅行に出掛けるなど、家族の協力のもとに、できる限り関係継続の支援に努めている。また、帰宅願望などにおいても、職員が利用者と一緒に自宅へ寄り、安心感を与えるなどの取り組みが行われている。	
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	各自の個性や他利用者様との関係を察知し、席替えや協力して出来る作業等を提供している。また一緒に行事やドライブに参加し、なじみの関係を築いて、支え合える良い関係作りが出来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
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	機会があれば、転居先の施設や病院に面会に行ったり、ご家族には様子を伺い、退所後の相談や支援に努めている。御家族の状況に合わせて再入所された方もいる。		
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	日々の行動、言動、表情を観察するとともに、ご本人からも聞き取りをして、思いや希望の把握に努めている。困難な場合は、御家族から情報収集を行い、記録を通して職員間で共有し、ミーティングで検討している。	日頃の言動や行動などから、思いや意向を汲み取り、「行動経過表」に記録している。さらに、6ヶ月に1回アセスメントシートの見直しを行い、必要と思われる思いや意向を担当職員が記録し、ケアプランの作成に活かしている。	行動経過表の「本人の思い」の記載が、どの部分であるか明確になるよう、また、時々みられる口頭伝達などが、記録に残るよう、記録物の工夫に期待したい。
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	事前に生活歴を記入して頂き、家族や本人にサービス利用の経過を伺って、これまでの暮らしの把握に努めている。また入居後は、日常の会話の中からも情報収集している。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方を観察し、生活リズムパターンシートや行動経過表で、様々な場面の情報を共有し、現状の把握に努めている。		
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	担当者を中心に、3ヶ月毎のモニタリング、家族も含めた6ヶ月に1度の担当者会議を行い、計画の立案と見直しを行っている。スタッフ会議で出た意見やアイデアを検討し、担当職員と話し合いながら、現状に即したケアが行われるよう介護計画を作成している。	日々行われているケース会議の情報と、6ヶ月ごとに見直されるアセスメントシートを基に、スタッフ会議にて支援方法を検討し、計画が見直されている。また、担当者会議を開催し、家族の意向も踏まえて支援方法を検討し、適切な支援になるよう努めている。	
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	日々の様子や気づきなどは、個別記録に記入している。新たなケアや情報は、連絡ノートを活用してケアの統一を図り、実践している。また結果報告を検討し、より良いサービスの展開に活かしている。		
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なない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人と家族の状況に合わせて、時間外の外出や入浴、お墓参りや仏壇参り、急変時の受診同行、デイサービスとの連携等、柔軟な対応を取っている。		

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	ボランティアの慰問や小学校の運動会、学習発表会の招待を受け参加している。図書館から本や体操のDVDを借りることもある。公民館まつりに共同作品を出している。木曜日は公民館の100歳体操に参加し、今年は、ねんりんピックにも参加している。		
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	本人や家族等の希望するかかりつけ医の選択の下、協力医による月2回の往診がある。個々のかかりつけ医受診は基本、家族対応としており、受診の際に本人の状況を文書にて情報提供を行い、適切な医療を受けられるよう支援している。	協力医の往診の際には、「病状報告書」にて利用者の状況を報告したうえで、診察をしてもらっている。また、本人、家族の希望するかかりつけ医に受診されている場合には、「多職種連絡票」にて、かかりつけ医に状況を報告し、医師から返答をもらい、適切な医療が受けられるように支援している。	
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	同一施設内に勤務する看護職員と、日常的に情報交換を行い、状態の変化がみられた場合は相談し、受診の必要性の判断や助言を得ている。		
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。	入退院時に情報提供を行い、医療機関と情報共有している。入院中に職員が訪問し、ご家族や病院担当者、退院後の対応について検討している。		
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	重度化した場合の対応について、確認書で看取りケアは行っていない説明をし、理解を得ている。一人ひとりの状態に即して、主治医の意見を聞き、家族との話し合いをしながら、本人にとって最善の終末期のあり方になるよう支援している。	看取りケアは行わない方針であり、契約の際に説明している。状態が悪化した時(例えば、食事が摂れない、医療ニーズが高くなった等)には、「確認書」にて家族の意向を確認し、利用者が、安心して過ごせる適切な場所等について、相談助言を行っている。	
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	緊急時のマニュアルは、各階に常備設置してある。社内研修で救急蘇生の勉強会を行い、急変時にも速やかに対応できるように備えている。		
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	年2回避難訓練を実施し、訓練には地域住民の参加、小規模職員の応援がある。運営推進会議では、訓練経過を報告し助言を得るなど、安全な避難について協力体制を築いている。水や食料の備蓄は賞味期限を管理している。	消防署立ち会いのもと、避難訓練が実施されている。訓練には、地域住民も参加しており、避難誘導や消火活動をしてもらっている。また、緊急時連絡網には、地域住民の名前も入っており、協力体制が築かれている。火災の訓練以外にも、水害や地震を想定した訓練も実施されている。	

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	まず本人の気持ちを尊重し、一人ひとりに合わせた会話や対応方法、気づき等を、常時職員間で話し合っており、心地よい関わり方ができるように努めている。社内で接遇研修を行い、職員トイレに自己チェック表を掲示して、日々対応の振り返りを行っている。	毎月の事業所内研修にて、適切でない声かけや対応方法について確認し合っている。また、いつでも自分の対応方法を確認できるように、職員トイレ内に「自己チェック表」を掲示して、人格尊重等に努めている。	
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	日々の会話の中で、思いや希望を表せるような声掛けや関わり方を行っている。困難な方に対しては、表情を読み取ったり反応をみながら判断している。		
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や思い、その日の体調に配慮しながら、食事時間や入浴日を変える等ゆったりと、その人らしい生活が送れるように支援している。		
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	日常的に、ご本人の好みで服を選んでもらっている。月1回床屋の訪問日に、希望者が散髪、顔そりしてもらっている。美容師も定期的に来てもらっている。職員と一緒に服を買いに行ったり、化粧品を頼まれる事もある。		
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	メニュー書き、野菜の下準備、テーブル拭き、オシボリたたみ、下膳など、一人ひとりの力や好みに合った手伝いをして食事を楽しませている。	日頃の食事は、昼食は出来たもので届くが、朝食・夕食は献立・食材を業者に委託し、利用者と一緒に調理している。また、誕生会には外食に出かけたり、お寿司の出前を頼んだり、お弁当を持ってドライブに出かけたりしている。畑で採れたサツマイモでおやつの手作り、利用者と一緒に食材・おやつの買い物に行くなど、食事が楽しみなものにな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	メニューは業者の管理栄養士が作成している。DM食・刻み食・ミキサー食等は、個別に対応している。食事の摂取量・水分量は記録し、必要量が摂れるよう支援している。夏場は、ゼリー等で水分補給に努めている。		
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	口腔ケアは毎食後、個々の能力に合わせて声掛け、見守り、介助している。義歯は夜間、洗浄剤に浸けている。		

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
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	排泄チェック表により、一人ひとりの排泄パターンを把握し、間隔をみてさりげない声かけや、表情やしぐさを察し誘導するなど、トイレでの排泄を支援している。夜間のみポータブルトイレを使用している方もいる。	排泄チェック表にて排泄パターンを把握し、できる限りトイレで排泄できるよう支援している。また、食事に配慮し、牛乳やゼリー、寒天などを取り入れ、1日1500ccの水分摂取を目安にするなど、できる限り薬を使用しない排便コントロールを実施している。	
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	排便には慎重に対応しており、こまめな水分補給やジュース、ゼリー、牛乳寒天等の摂取など飲食物の工夫や、適度な運動を取り入れ、便秘にならないよう心掛けている。また、排便チェック表や本人からも、排便の有無を確認している。		
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回の入浴としているが、個々の状態や希望により、清拭や足浴を行うなど柔軟な対応に努めている。季節により柚子湯を楽しんだり、入浴剤で香りを楽しむ等の工夫をしている。	基本的には週2回の入浴とし、本人の体調等の状況に合わせて、柔軟な対応をしている。ゆず湯、入浴剤等を使用し、季節感を演出するなど入浴が楽しいものとなるよう支援している。また、重度化しても入浴することができるよう、機械浴導入の検討もしている。	
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	各自、自由に時間を過ごして貰っている。日中適度な活動を促し、生活リズムをつくる事によって、夜間の安眠に繋がるように心掛けている。		
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	薬の内容は、いつでも確認できるように個人ファイルに保管している。変更があった場合は、連絡ノート、行動経過表に記載し、薬の目的・副作用、又服用後の情報を職員間で共有している。		
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	食材運びや施設の買物同行、洗濯物たたみや食事の下ごしらえなど、一人ひとりの力に合わせて日常の手伝いをしてもらっている。又、習字・キーボード演奏・カラオケ・マージャン等の支援を行っている。また法話会や季節の施設行事・ボランティアの慰問などを毎月行っている。		
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	気候の良い時には近隣を散歩したり、新湊大橋等へのドライブ、季節によりお花見やあじさい祭、梨の受粉イベント、曳山祭り、初詣等に出かけている。また、買い物や外食等、利用者の希望に沿った外出を楽しめる支援に努めている。ご親族と冠婚葬祭や旅行に行く方もいる。	保育園や小学校からの招待があったり、公民館祭りや地域の祭りに出かけている。また、ドライブ等の年間行事に加えて、日常的に散歩や買い物にも出かけるなど、天気の良い日には、毎日のように出かける機会を設けている。	

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
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	個人の能力に応じて、お金の所持や使用を支援している。出来ない方に関しては、欲しい物がある時、ご家族様からの預かり金を使用し、請求書と一緒に毎月収支記録を送付している。		
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	希望に応じて電話を利用して貰っている。携帯電話は、居室内またはスタッフルームで使用してもらっている。手紙、年賀状の支援も行っている。		
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	散歩時に摘んだ季節の花を飾ったり、手づくりカレンダーで季節感を出している。共有の空間は、清潔で安心性に配慮している。室温は、利用者の要望を聞きながら温度調整を行い、朝方に窓を開けて空気の入替えを行っている。	天井が高く、広々とした空間となっている。テーブル席の他に、ソファを設置してあったり、畳の間があったりと、それぞれの思い思いに過ごせる空間となっている。また、テーブルやソファは、利用者の動線を考えた配置となっている。	
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	フロアには、テーブル椅子の他にゆったりしたソファがあり、畳コーナーでは寝そべてTVを観ておられる方もいる。廊下にはベンチとテーブルが設置しており、いつでも自由に利用者同士または面会者と談笑したり、休んだりできる場所がある。		
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	自室に自宅で使用していた家具や、愛着のある物を持ち込んで使ってもらっている。ご本人の状況に合わせて、ベッドや家具の位置にも配慮している。	利用者の動線や身体状況に合わせて、ベッド、持ち込まれた家具などが配置され、居心地良く過ごせる居室になっている。壁面には、家族写真を掲示したり、利用者の手作り作品、大事にしている持ち物などが思い思いにレイアウトされ、本人らしいそれぞれの居室になっている。	
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	建物はバリアフリーで各箇所に手すりを設置している。トイレは、わかりやすいように大きな文字で表示している。廊下や食堂の動線には、不要な物を置かず危険防止に努め、居住空間を自由に行動して頂いている。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム りらいあんす

作成日：平成 30年 12月 14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	現在、歩行に介助が必要な2名の方に就寝時のみ2点柵を設置している。身体拘束を行う場合、家族に説明と同意を得ているが、同意書に期間が定められていない。	同意書に期間を記入する欄を作る。	同意書に期間を記入する欄を作り、御家族に説明した。	1ヶ月
2	23	行動経過表の「本人の思い」の記載が、どの部分であるか一目で解らない。	「本人の思い」を一目で解るように区別し、アセスメントに反映していく。	ケア会議で話し合い、行動経過表の本人のセリフや表情などの「思い」の記入部分に、蛍光マーカーでアンダーラインを引く事となった。アセスメントの「本人の思い」は全員が解っていると記入することに重きを置いていなかったが、今後は、アセスメントに反映させてケアプランに落とし込んでいく。	1ヶ月
3	23	職員間の口頭伝達など確実に伝わるようにする。	伝達事項は連絡ノートやボードに記入し、出勤したら必ず両方目を通す。	ケア会議で徹底を周知した。	1ヶ月
4	10	面会簿の一覧表より個人情報流出する。	利用者、家族の個人情報保護。	面会簿を撤去し、業務日誌にこれまで通り面会者の記載をしている。	1日
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。