

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	1690700065
法人名	NP0法人 生活支援センター アットホーム新川
事業所名	グループホーム荻生金さん銀さん
所在地	富山県黒部市荻生2673-2
自己評価作成日	令和2年1月25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2年2月6日	評価結果市町村受理日	令和2年3月16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）】

<p>令和元年度 当施設事業方針 『愛 燦 燦』（あいさんさん）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の皆様が気軽に施設に来て下さる。親しみやすい施設を目指す。 （施設の広報活動→行事や広報誌の地区回覧・来訪ボランティアさんに行事参加を直接声掛け・認知症カフェの開催・地区行事への参加）（地元保育所や中学校の訪問の受入）（傾聴、芸能ボランティアの受入） ・「今」できる事を継続して出来る様にお手伝いする。（9人それぞれの能力を話し合い、サポートをする） ・入居者様や職員同士、笑顔で声掛けし、愛溢れる施設作り。 （入居者様に言葉に出して何かを言ってもらえるように声掛けをする）（行事写真掲載）（月に応じた作品展示）（ゆったりできるスペース作り） <p>* 認知症介護研修への参加や施設内研修実施</p>
--

【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>事業所は地域との関りを非常に大切にし傾聴ボランティアを始め、芸能ボランティアの活動の受け入れ、認知症カフェの開催、公民館まつりなどへの参加を通して地域との交流が活発で良好な関係性が築けている。それは、災害時に地域の住民に協力依頼ができる「協力者名簿」が作成されていることから言える。また、専任の調理師がいることで職員は利用者より関りを持つことができている。調理師も一緒に食事をすることで、一人ひとりの咀嚼、嚥下の状態が把握しやすく、その人に合わせた食事のアセスメントができて個々のケアプラン作成に活用されている。また、法人として職員研修では特に接遇研修に力をいれており、どの職員も笑顔で利用者に優しく声をかけていて、事業所の方針にある「愛 燦 燦」を日頃から実践に結びつけている。さらに「眠りscan」を導入するなどIT機器を上手に取り入れケアに活かし、一人ひとりを大切にしたい愛溢れる事業所を目指している。</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)	○	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	<ul style="list-style-type: none"> ・経営理念は、玄関に掲示している。 ・理念に基づき、職員全員で年度初めに施設独自の方針を決め、ケアをおこなっている。 	法人の理念とは別に毎年職員全員で事業所の方針を考え、文章ではなく簡単な言葉でイメージが伝わるようにという主旨で「愛・燦・燦」を玄関先に掲示し、職員会議で話し合い日々のケアにつなげるように意識づけしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・行事広告近隣住民に回覧、配布。 ・地区行事への参加。 ・ボランティアの受け入れ(傾聴及び芸能ボランティア等) ・地元保育所との交流。 ・「14歳の挑戦」の受け入れ。 	地区の町内会に加入し、年度の初めの会合には必ず出席して、顔を出し、事業所の行事案内を回覧してもらっている。また、公民館まつりには利用者の手作り作品を展示してもらい見学に行くなど日頃から地域との交流が図られている。地域住民による傾聴ボランティアや芸能ボランティアの受け入れも定例化し、利用者の日常生活における楽しみとなるよう地域とのつながりを大切にしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣の方に向けた「認知症カフェ」の開催。 ・認知症個人相談会のチラシを配布。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・会議の内容や意見は職員に回覧。ご家族には、郵送で書類を提示。施設玄関にも掲示している。 ・施設の活動報告、事故報告、第三者評価の説明、防災関連の情報交換し、業務に反映している。 	地区の自治会長、町内会会長、市役所職員、民生児童委員、老人会の代表が参加して運営推進会議が開催されている。これまで家族の参加がなくても会議録は全家族に手渡しや郵送をして届くようにしていたが来年度から家族の参加を促す予定にしている。	
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に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議に市職員が出席し、意見を頂いている。 	事業所で起きた事故や困難事例に対して市役所職員から助言をもらうなど日頃から相談できる体制作りができています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・玄関施錠は20時～翌8時。その時間以外は施錠はしていない。 ・身体拘束適正報告を運営推進会議と共に行い、身体拘束について話し合っている。 	「身体拘束廃止マニュアル」や「指針」、「具体的計画」が整備されていてさらに隔月の運営推進会議の開催と同時に「身体拘束等適正化会議」を開き個別にケアの見直しを職員会議でも図るなど身体拘束をしないケアに全職員で取り組んでいる。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年法人主催の「マナー研修」があり、今年度は『スピーチロック』が主の研修であった。研修の都度、どのような行為が虐待になりうるかを話し合っている。 ・不適切なケアに関しては、管理者やケアマネから個人的に指摘している。 		

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	・適用ケースはないが、ご家族からケアマネに相談があった場合は管理者や副主任に報告し、対応できるようにしている。		
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	・契約前からご家族と密に連絡を取り、施設生活に関して詳しく説明したり、不安や疑問点を電話や郵送などで答えている。		
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	・年度初めにご家族にアンケートを実施。意見や要望、苦情など伺っている。アンケートを職員会議で話し合い、次のケアプランや施設運営に反映している。	意見や要望を聞き取るために毎年、家族宛にアンケート調査を実施しているが、誰が記入したのか分かる仕組みで意見が出てこなかったことから、今年度より無記名とした。返信用封筒も同封し、ケアプランとは別にして家族に渡すこととし要望や意見を運営に活かす努力をしている。	
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	・月2回、管理者と施設幹部との会議及び職員会議を実施。 ・「接遇改善委員会」「行事レク委員会」「研修・防火・衛生委員会」「計画作成担当者会議」を設置し、全職員がいずれかの委員会に参加。	法人施設幹部による事務所会議の結果は月2回の主任会議で報告され、意見交換、要望などが話し合われている。さらにその結果は事業所内の職員会議で全職員に周知している。また、会議では事前に話し合いたいことを記入し、一人ひとりの意見や要望が提案しやすい仕組みとなっていて運営に反映させている。	
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	・職員各自の勤務成績に応じて、賞与の支給を査定。 ・長期勤労者に表彰あり。 ・自己評価があり、管理者との面談。自己反省の材料としている。 ・内部+外部研修に参加し、意欲向上を図っている。		
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	・法人内で管理者対象と全職員対象のマナー研修がそれぞれあり、自己評価や目標設定を行った。 ・外部研修に参加した職員を講師に、施設内で研修報告がある。		
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	・法人の各種委員会では他の『金さん銀さん』施設の職員と交流したり、情報交換をしている。 ・グループホーム協議会主催の研修に参加。 ・市や社会福祉協議会主催のケア会議に出席。		

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	・面接時に本人の不安や要望を伺い、その答えを本人に説明できるように準備する。 ・居宅ケアマネやサービス事業者と連携し、情報収集をしている。		
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	・面接や入居時にご家族の不安や要望を伺い、状況に応じて対応できるように職員間で十分話し合う。 ・来所時に「どうですか？」と話しかけている。		
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	・本人や家族の「今」の思いを傾聴し、当施設以外の施設や情報を提供している。		
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	・施設という共同生活者として、入居者と共に施設手伝い(掃除や洗濯物、施設の雰囲気作り等)をおこなっている。 ・入居者が昔呼ばれていた馴染みの名前で声掛けし、暮らしを楽しむ関係性を築いている。		
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	・来所された際に近況を報告したり、写真や作品を見て頂いている。 ・行事への参加案内。 ・広報誌を2か月に1度送付し、活動報告。 ・ご家族の体調把握に努めている。		
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	・家族の写真や家で使っていた家具等を持ってきて頂いている。 ・定期的に自宅に帰る等、ご家族との関係性を維持している。 ・傾聴ボランティアさんが馴染みになっている。 ・施設近隣に買い物に行き、馴染みを作っている。	週に一度、定期的に自宅へ外泊したり、事業所の近辺を散歩したり、近隣のスーパーマーケットへ職員と一緒に買い物に行き店員さんと顔馴染みになるなど人や場所との今までの関係が取切れないよう努めている。	
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	・1人の空間を作らないように配慮し、一緒に物事に取り組むようにしている。 ・世話好きな入居者に声をかけ、周りの方も見て頂いている。 ・食事やティータイム時、職員が間に入り、会話の橋渡しをしている。		

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	・入院した入居者やその家族に対し、その後のサービス利用について説明や相談に応じている。		
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	・「私の気持ちシート」を活用し、思いの把握に努めている。 ・困難な場合は、会話ができた時代を思い出して把握したり、ご家族に伺う。	利用者一人ひとりに寄り添い本人の思いを聞いて「私の気持ちシート」に記入している。半年後には見直しをして気持ちの変化の把握に努め、色を変えてシートに記入することで変化があったことを全職員が共有できるように工夫し、さらには、日々の記録も参考にしながらケアプランに反映させている。また、事前に家族からもアセスメント様式を渡し本人の習慣や好みなどの情報を得るように努めている。	
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	・センター方式を使用し、生活歴をご家族に記入して頂いている。 ・日常の会話の中で聞いた昔の話をケアノートに記載している。 ・居宅ケアマネと連絡を取り合い、サービス状況や経過を聞いている。		
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	・毎日のバイタル測定。体調把握に努めている。 ・ケアノート+バイタルノート+排泄チェック表等で入居者の全時間帯の情報を把握。 ・月2回の職員会議で各入居者のケアを検討。		
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	・日頃から本人やご家族の意向や希望を聞き、ケアプランに反映している。 ・職員会議でケアプランの検討会。 ・「私の気持ちシート」に現状を記載。(シートは色別で記入し、半年ごとに変化が見られるようにしている)	職員は、利用者の日々の暮らしで気づいたことを「個別ケアノート」に書き込みそれを元に「私の気持ちシート」をまとめケアプランに活かしている。6ヶ月ごとにモニタリングを行い、ケア目標の達成度や課題を見直し全職員からの意見を聞いて、本人の意向に沿ったプランとなるように検討している。	
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	・介護記録や役割のチェック表、排泄等を記録し、状態変化には職員会議で協議する。 ・本人の「思い」は、本人の言葉をそのまま記入している。		
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	・入居者の外出希望に『その時』には答えられない時は、後日に行っている。 ・家族の体調や環境の変化に応じて、施設で出来ることを調節、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	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議で区長、民生委員、老人会等地域の方から情報収集。 ・近隣の保育所、小中学校、地元ボランティアさんとの交流。 ・地域の喫茶店や食事処、買い物等外出。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医は希望の医療機関または在宅時からの医療機関としている。介護家族の状況により、当施設の協力医に往診依頼をしている。 ・かかりつけ医以外の診察時は、看護師や職員が文書にて状態を伝えている。 	利用者のうち7人が在宅時からのかかりつけ医を希望し、家族が受診の付き添いに行く際には「受診往診報告書」に看護師が本人の状態を記入した文書を渡して医療機関との情報共有を行い、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	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師は日々のバイタルから、体調把握に努めている。食事や排泄記録も確認し、気になる入居者に関して職員に指示を出している。 ・ケアの変更や体調変化があれば看護師に伝え、指示を仰いでいる。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前の状態を地域医療連携室に情報提供している。 ・入院中はMSWと定期的に連絡を取っている。(電話や面会時の情報提供等) ・近隣医療機関の関係者(Dr.、看護師、MSW、PT、OT、薬剤師等)との交流(新川圏の医療部会への出席) 		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・症状の変化により、ご家族にはその都度連絡をしている。予測される今後については、いろいろな情報を提示し意向を伺っている。 ・医療面に関しては、かかりつけ医からご家族に話をしてもらう事もある。 	重度化した場合「重度化の対応にかかる指針」に沿って本人、家族等と話し合いを行い、今後の方針についてかかりつけ医とも連携を取り本人にとってどうすることが適切なのかについてチームで取り組んでいる。	重度化した場合、家族との話し合いは十分に行われて今後の方針も決めておられるが、これからは「看取り」に関しても職員で話し合い、医療職も含めチームで実践できるように試みられることに期待したい。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急対応マニュアルの設置や連絡手順の掲示。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時の地域の協力体制を依頼し、協力者名簿を作成。 ・今年度の災害時行動マニュアルを作成。 ・年2回、全職員参加の火災避難訓練を実施している。 ・シェイクアウト訓練実施。 ・運営推進会議で災害対策について話し合っている。 	火災訓練は年2回実施、地震については年1回シェイクアウト訓練を実施し、また、備蓄品は2日分を準備し災害に備えている。また、平成28年から地域の協力体制も得られるようになりそれ以来日中の協力者、夜間の協力者というように災害時協力者名簿を備え災害対策に努めている。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・接遇に関しては、職員会議で話し合っている。 ・入居者の個性に合わせて声掛けをしている。 	利用者一人ひとりの人格を尊重するように外部講師を招いて全職員対象に接遇研修を継続して実施するなど日頃から言葉遣いに気をつけるよう意識している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の会話の中で本人の思いや希望を表せるように質問をしている。言葉で表現できない方は、表情や2択等で理解できるようにしている。 ・レクや希望の行事を聞いたりしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・レクや家事参加、食事など本人の性格や体調を見て声掛けをしている。 ・具体的に「〇〇をしたい」と言う方には、希望のものを提供する。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝の整髪、男性の方は髭剃りの声掛け(介助)をしている。 ・2カ月に1度、訪問理容があり、美容師にカットの要望を伝えている。 ・自分で洋服を決められない方の洋服は、本人の好みの色を選んでいく。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・出来る方に盛り付けや台拭き、食器の片づけ等お手伝いをして頂く。 ・本人の噛む力に合わせて、副食の形態を変えている。 ・入居者同士の会話が弾むように、時に席替えをおこなっている。 ・好きなメニューを入居者に聞き、取り入れている。 	利用者の希望を取り入れた献立作成を行い、時には外食にも出かけている。専任の調理師が利用者一人ひとりの咀嚼状態などを確認しながら食事を提供しているので、無理なく楽しんで食事ができている。また、本人の能力を活かして、もやしのひげ取りやおやつ作りでの参加、食器の後片付けやテーブル拭きなどを行ってもらっている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・各自の状態や体調に応じた食事量や形態で提供している。 ・適宜(食事、午睡後、入浴後、ティータイム等)に水分提供をしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・起床時、毎食後に歯磨きやうがいの声掛けをし、介助をしている。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄チェック表をつけ、各自のタイミングを見て誘導。施設では2～3時間おきに誘導や声かけを行っている。(無理強いはいしない) ・布パンツで対応できる方は使用を継続して頂く。 	排泄チェック表を活用して個々の排泄状況を把握し適時声掛けをするなど、自立に向けた支援を行っている。また便秘気味の利用者には、オリゴ糖をお茶といっしょに飲んでもらうなどの工夫をしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・適時の水分補給の他に、食事やお菓子作り等で寒天や果物を提供している。 ・在宅時の便秘対策をご家族から聞き、取り入れて試行してみる。 ・オリゴ糖やヨーグルトの提供。 ・体を動かすレクや運動の取入れ。 ・食物繊維の多い食事の提供。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・曜日や時間帯は決まっているが、希望に応じて入浴回数や順番、温度を変えて提供している。 ・季節風呂の提供。 	基本は、週2回の入浴であるが、本人の希望や体調に合わせて無理をせず、入浴回数を変更したり、柚子湯で季節感を出したりしながら入浴を楽しむことができる支援を行っている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・各自の寝具を持ってきて頂き、慣れ親しんだ寝具で休んで頂く。 ・安心して入眠できるように在宅時の状況を家族から伺ったり、空調調節をしている。 ・『眠りSCAN』という機器を利用し、睡眠状態の把握をし、本人の眠りやすい時間帯に布団に入ってもらっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアノートに薬剤情報を綴り、副作用をすぐに確認できるようにしている。 ・ケアチェック表に服薬チェックを記入している。 ・服薬変更があった時は、報告書にラインを付けている。 ・服薬の仕方は本人の状態に合わせて変えている(手渡し、口腔内に入れる等) 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・生活歴や趣味、今できる事を把握して、日々役割を持って生活している。(家事、家庭菜園や裁縫など) ・定期的にボランティアの訪問がある。 ・大きな祭日や行事の際にお酒(ノンアルコール)の提供あり。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年間の行事(外出)計画を立てている。(外食や花見、紅葉散策等) ・外出時は、ボランティアの協力がある。 ・本人の希望に沿い、買い物や外出支援をしている。 	年度末に次年度の外出計画を作成している。また、事業所からの声掛けで外出支援ボランティアの協力が得られ、隣接するデイサービスの送迎車を使用可能なことから、外食や花見などのドライブに出かけており本人の希望を取り入れながら、地域の人々とも連携を図り外出している。	

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
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	・お金は施設で管理。 (※現在、認知症の進行によりお金の所持は難しい方が多い)		
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	・家族からの電話は取り次ぎ、本人と話を頂く。 ・年末、自分の思っている方に年賀状を出して頂く。(文字を書くのが困難な方には職員が支援)		
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	・食卓テーブルの前で調理をしており、音や匂いを感じられ、生活感がある。 ・季節や行事に合う空間作りをしている。 ・玄関やカウンターには、ご近所から頂いたお花を飾っている。	共用空間を行き来する動線が利用者にとっては丁度良い長さで、木製の食卓テーブルにつくと対面キッチンで料理する音や匂いを感じられたり、数歩歩くとすぐ洗面所があったり、のんびりとテレビを見るのにくつろげるソファが設置されている。壁には、手作り作品が貼ってあり季節を感じることができる空間となっている。	
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	・入居者同士の性格や関係を考慮して、席の配置を決めている。 ・ソファや食卓、居室など思い思いに過ごして頂いている。		
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	・居室には慣れ親しんだものを持ってきて頂けるようにご家族に伝えている。初めの家具の配置は自宅の部屋に近づけるように配置する。 ・自分の作品や家族、施設行事の写真を飾っている。 ・認知症の進行により、馴染みの家具が不安要素を招く場合は、ご家族と相談し家具を変更する。	居室は彩光がよく、明るく、窓から庭や山茶花の垣根が見渡せる。また、本人の馴染みのある家族写真やお気に入りの小物、新聞の切り抜き等を飾り本人の見やすいように配置して居心地よい空間となっている。	
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	・各居室に自分の表札、トイレの表示を見やすいように掲げている。 ・食卓席は、本人の居室の移動動線を考慮し、決めている。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム荻生金さん銀さん

作成日: 令和 2年 3月 12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	33	当施設は介護3の認定結果の時点で本人様の今後のケアや方向性について本人様やご家族の意向を確認している。また、当施設で今後支援できるケアや社会資源を職員内で検討している。しかし、その意向を毎年確認していない。また、主治医とも本人様の終末期についても具体的に話をしていない。	本人様やご家族が『老いの終末』を現時点でどのように考えているか、思いを知る。	1、令和2年度～本人様に『今後の自分』についてお話を伺う。(ティータイム時や食後のリラックスしている時間を活用) 2、年度初めのご家族様アンケートに『家族の思い』として意見を伺う。(※無記名の施設のアンケートとは別におこなう) 3、本人様とご家族の思いを踏まえて、『思い』を主治医に伝え、話し合う。 4、職員間で入居者様の思いを共有し、ケアプランに記載する。	6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、行を挿入して下さい。