

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	1690100407
法人名	むらい食品株式会社
事業所名	グループホーム花芙蓉
所在地	富山県富山市掛尾町540-1
自己評価作成日	令和元年10月11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10月29日	評価結果市町村受理日	令和元年12月17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）】

こぢんまりとした落ち着いた雰囲気配慮し、家庭的な環境作りを心がけている。職員は、入居者とともに過ごしなが、生活の中で協働の関係作りをチームケアとして行っている。その人らしい自由な表現を大切に、その人の残された力や潜在力を引き出し、活かせるように支援している。職員は事業所内勉強会や外部研修に参加し、認知症介護への理解や知識、技術の向上を図っている。

【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）】

事業所内は明るく、食事を調理する美味しい匂いが漂い、気のあった利用者同士が談笑し和やかな雰囲気配慮し、家庭的な環境作りをこころ掛けている。日常生活に力を入れ食事・入浴・排泄・外出など利用者本位で検討し、残存能力の活用や潜在能力を引き出し快適に安全に生活できるよう職員全員で利用者の意向・希望に沿ったケアが実践されている。管理者は職員の働きやすい環境づくりに努め、職員の意見・提案を傾聴しサービス向上を目指して職員と一緒に日々努力している。

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	毎月のカンファレンスでは、理念を職員全員で唱和している。ホーム内にも掲示し、課題や問題は理念に基づいて解決するよう、努めている。職員全員が理念を理解し、利用者のケアに活かしている。	カンファレンスで「法人理念」「運営方針」「モットー」、ケア方針「行動基準」を確認して、個別ケアに反映している。事業所内に掲示し家族・来訪者とも共有を図っている。また、開設後サービス内容に沿った具体的な「行動基準」の見直しが行われている。	
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	事業所は自治会に加入している。近所に買い物や散歩に出かけ、挨拶や言葉を交わす関係がある。事業所のイベント(誕生祭や運動会など)に招待したり、町内からは、春には獅子舞、秋は子供みこしと訪問があり、交流の場になっている。	自治会に加入し、祭事に獅子舞や子供神輿が来所したり地域除草作業に参加・散歩・買い物時挨拶を交わし会話を楽しむ・事業所誕生会や運動会に地域の「寿老会」の方を招待・慰問ボランティアの受け入れなど、地域の方々と交流する機会を持っている。また、近隣企業から無断外出者の通報をいただく協力関係を築いている。	
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	地域の民生委員や役員の方々などを通し、地域住民の困りごとなどの相談に応じている。また、問題解決ができるように協力している。		
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	事業所の現況や活動を報告し、意見交換を行っている。頂いた意見や評価、感想は質の向上のための参考にしてている。会議の内容については、職員に報告し、サービスの向上につなげている。	2ヶ月ごとに会議を開催し、ホームの入居状況や活動内容を報告し活発な意見交換を行い、家族全員に出席を依頼し、家族の忌憚のない意見把握に努めサービスに反映している。また、委員からの地域住民の困りごと相談を協議して協力体制を築いている。	
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	運営推進会議や事例検討会を通して連絡を取り、情報交換している。互いに問題や困りごとについて相談するなど協力関係を築いている。	富山市の介護相談員が定期的に来所し、利用者との会話からの気づき・意見をサービスに反映している。地域包括支援センターとは運営推進会議を通じホームの実情の理解があり、相談・助言をいただく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	身体拘束の研修を受けている。玄関の施錠、抑制帯など具体的な行為については全員が理解できている。身体拘束を行わない理由など、さらに理解を深めるため、カンファレンスなどで、日頃のケアの振り返りや研修報告の共有に努めている。無断で外出される利用者へのケアにも取り組んでいる。	外部研修や伝達研修を通じて身体拘束の具体的な内容やリスクの理解を深め、カンファレンスで拘束につながるケア内容を検討し個別ケアの充実を図り、身体拘束をしないケアが実践されている。特に、言葉による拘束(スピーチロック)をしないように取り組んでいる。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	職員の半分以上はこれまでに身体拘束の研修を受講している。研修報告は、口頭と書面で行っている。職員は、入浴時や更衣時、身体に異常がないか確認し、虐待を見逃さないようにしている。また、言葉遣い、ネグレクトにも職員間で注意を払い、防止に努めている。疑問があれば、管理者に相談している。		

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	管理者を含め職員の半分以上は、研修や講義を受けている。過去に制度を活用している入居者がおり、今後さらに学びを深めていきたいと考えている。		
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	契約の説明は管理者が行っている。説明は、口頭と書面で理解や納得を得ながら行っている。利用者や家族の疑問や質問がないか確認しながら契約を結んでいる。		
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	利用者の意見や要望は、日常の関わりの中で聞いている。家族の意見要望は面会時の会話を通し、聞く機会を設けている。聴取した情報は、記録し、カンファレンスや日々のミーティングで話し合い、共有に努めている。内容は、行事や日常のケアについてが多く、ホーム側の提案を利用者や家族に伝え、相談しながら運営に反映している。 富山市からの介護相談員の受け入れや運営推進会議への参加を呼び掛けるなどして、外部者へ表せる機会につなげている。	家族にはホーム広報誌・毎月の「月次報告書」でホーム生活を知っていただき、運営推進会議や面会時のコミュニケーションから意見・要望の把握に努めている。利用者の何げないつぶやき・希望や家族の意見・要望をカンファレンスで検討し、個別ケアに反映しサービス向上に努めている。	更なる意見・要望を把握するため、匿名での家族アンケートの実施に期待したい。
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	毎月のカンファレンスには、管理者、全職員が参加し、意見交換を行っている。個別な意見や提案は、面談などで適宜機会を設け、聞き取っている。	職員全員が出席するカンファレンスで、個別ケアやサービス内容の要望・提案など活発な意見交換が行われている。管理者はサービス時の気づき・提案を職員が言いやすくなるようコミュニケーションの場を多く持ち環境づくりに努め、業務の悩みがある場合は個別面談を行っている。	職員は理念・ケア方針に基づいた個別年間ケア目標を設定し、定期的に自己評価・ケア内容の道筋を確認し、管理者との面談で職員のがんばりを評価する取り組みに期待したい。
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	職員個々の要望等に応じ、できる限り職員体制に配慮をしている。日頃から職員の意見等を聞きながら、職場環境が整うように努めている。仕事への目標を明確にし、やりがいや向上心につなげていると思う。		
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	年間の事業所内研修の計画を立て、職員が目標を持って仕事に取り組めるように工夫している。職員個々の力量を見て、本人に研修の意図を伝え、意欲やスキルアップが図れるようにしている。代表者や管理者は、職場の問題や課題の解決を考える時には、研修で学んだことを活かせるように職員に助言している。		
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	富山県認知症グループホーム連絡協議会に加入しており、研修には職員の希望も取り入れながら、出来る限り参加し、同業者との交流を図っている。ネットワークを活かして事業所内勉強会を開催するなど、職員の知識や技術が深まるように取り組んでいる。		

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
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	職員は一方的な助言や指示ではなく、本人の話を聴き、本人が安心できるように支援することが大切だと理解し実践している。またそのことが本人との関係作りや信頼関係に重要だと考えている。		
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	家族の訪問時には必ず挨拶を交わし、入居者の近況等を報告し、信頼関係を築けるようになっている。家族の話を聴き、不安や要望などの話の内容は記録や報告をし、全職員で情報の共有に努めている。		
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	本人や家族の生活状況、ニーズを聞きながら、本人や家族にとってより良い支援につながるように他のサービスを説明、勧める場合もある。		
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	職員は個々の潜在力を活かして支え合う関係作りが大切だと理解しており、実践に努めている。支え合う関係の中で、職員が入居者から教わることや精神面で支えられていることを実感することがある。日によっては十分に潜在力を活かせなかったと感じることもある。毎日の関わりを、一日のケアの振り返りポイントにしている。		
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	職員は本人にとって、家族の存在が重要だと理解している。面会時の会話や毎月、生活状況をまとめた月次報告書を渡し、家族との情報の共有を図り、協力関係が築けるように心がけている。月次報告書には、本人の言葉などで表現された家族への思いなども記入している。		
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	なじみの人の訪問や希望があれば宿泊、外出も可能な環境を作っている。電話や手紙のやり取りは自由にできるようにしている。美容室、医療機関、美術館などへ、家族と事業所が協力し、出かける機会を作っている。	正月・お盆の自宅外出泊で家族の協力を得ている。家族・友人・知人の面会時は居室でゆっくり過ごせるよう配慮し、利用者の思い出や希望の場への個別外出支援を行い、馴染みの人・場の関係継続を支援している。	
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	認知症による心理行動症状や相性から利用者同士のトラブルもあるが、職員は個々の思いや個性を理解し、傾聴や仲介を行っている。生活の中で自然に関わる機会や協働の機会を作っている。		

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
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	関係を断ち切らないことは、大切だと考えている。利用終了後も相談があったり、近況の報告がある。出会うことがあれば、挨拶を交わし、近況を伺っている。		
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	生活の様子や言動、会話から本人の思いや意向を把握している。本人が伝えられない時は、家族と相談しながら支援している。聞き取ったものは、日誌に記録し、カンファレンスで話し合っている。	入居時家族にアセスメントシート一部の記入を依頼し、日々のケース記録(24時間対応)にサービス状況や職員の気づき・利用者の言動をありのまま記録し整理して、思い・暮らし方の希望の把握に努めている。新しい思い・意向や心身状況変更時にはアセスメントシートにその都度追加・変更が行われている。	
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	本人の話だけでなく、家族や兄弟、友人からもタイミングをみながら話を伺い、情報はアセスメントに記載している。本人や家族から情報提供されることがあるが、十分に把握できないと感じている。本人や家族との関係を深めながら、徐々に情報がもたらえていると感じている。		
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	毎日の記録や申し送りで、心身の状態や生活の出来事、過ごし方を確認、把握している。また職員で情報を共有できるように、記録と申し送りを行っている。		
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	主に月に一度のカンファレンスで本人、家族、主治医等からあがった課題や問題点、モニタリングについてを話し合い、次月の介護計画を作成している。本人の心身状態、生活状況に応じて、家族や関係者と話し合い、ケアプランを作成している。	計画は毎月モニタリングを行い、カンファレンスで達成状況や課題を検討し定期6ヶ月ごと・心身変化時には随時見直しが行われている。計画見直し時期に、計画案を家族に説明し意見・提案を聞き取り反映している。	
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	毎日の個人記録には、本人の言葉、活動、体調、行動等の様子を記載し、情報の共有を行うようにしている。個人記録を基に、朝夕に申し送りを行い、情報の共有を行っている。入居者の状態に応じて、対応の変更や観察を行っている。休日後の勤務では、記録の確認を行っている。		
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	職員の人員や入居者の状況で、柔軟な対応が出来ない時はあるが、可能な限り、受診や救急搬送、買い物、趣味の外出など、職員が同行したり、代行している。入居者の体調や家族の都合など、その時の要望や希望に応じて、臨機応変に対応できるように努めている。		

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
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	入居者に地域の清掃活動の呼びかけをし、職員も一緒に参加している。		
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	かかりつけ医は、本人と家族で決めている。受診または往診時には、日頃の体調、生活状況を主治医に情報提供している。受診の時は、必要に応じて職員も同行し、主治医に情報提供している。	協力医の情報提供を行い、利用者・家族がかかりつけ医を選択している。協力医とは往診(4週1回)や24時間連絡体制を築き、他診療科受診時には書類で情報提供や必要時の職員同行を行い適切な医療が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	ホーム及び社内の看護師には、日頃の心身状態、生活状況を報告し、受診時に必要な医療について相談したり、医療処置を受けられるようにしている。		
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。	入院中も病院やかかりつけ医と情報交換を行い、退院後の健康管理や必要な医療について話し合い、情報の共有に努めている。病院の地域連携室や病棟、かかりつけ医等の医療機関と家族のパイプ役を行っている。		
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	重度化や終末期の迎え方については、早い段階から本人や家族の意向を伺うことが大切だと考えており、話し合いや書面にて意向の把握に努めている。同時に事業所ができることを説明している。終末期においても、本人や家族に意向の確認を繰り返し行っている。医療関係者や職員には、本人や家族の意向、終末期の対応について、その都度、支援の方針を相談し、実践に取り組んでいる。	契約時、事業所の重度化や終末期の方針を説明し理解を得ている。事前に終末期をどこでどのように迎えるか？を確認し、家族の意向に沿ってかかりつけ医の協力を得て看取りケアを実施している。職員の看取りケア研修を実施し、チームで支援できるよう対応している。	
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	職員は定期的に救急の講習を受けている。入居者の急変や事故が起きた場合の対応方法を理解している。		
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	火災避難訓練は定期的に行っている。地震や水害等の災害に備えて運営推進会議では、地域住民や行政、家族に避難の協力を呼び掛けている。	消防署の協力を得て、年2回(夜間想定)利用者と一緒に火災訓練を実施。災害対策として、一時避難場としてホーム2階や近くのマンションエントランスを考え、マンション使用の了承は得ている。備蓄品は6ヶ月ごとに点検し、運営推進会議で地域の方々に協力をお願いしている。	ホーム2階への避難訓練を実施して、急な階段使用時の課題(手すりの取り付けや所要時間の確認など)を事前に把握する取り組みに期待したい。

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	言葉づかいには注意しながら、自然な会話を心がけている。入浴や排せつのケア、居室の出入りにはプライバシーを損なわないように配慮している。強引な介助はしないと心がけている。カンファレンスでは、その方に応じた言葉や対応について話し合っている。	利用者ごとの接遇方法や言葉遣いをカンファレンスで話し合い、人格やプライバシーに配慮したケアが行われている。特に排泄や入浴ケア時には留意し、ケア前に説明・同意を得ながらスピーチロックをしないケアに努めている。	
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	入居者が自由に意思を表現できる関係作りに努めている。思いを把握するために、入居者の話はしっかりと聴いている。思いや意思の確認が困難な場合は、入居者の家族と相談しながら支援している。		
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	食事時間や入浴、外出などは、出来る限り入居者の希望に沿って行うようにしている。ケアと業務の違いをカンファレンスや研修などを通して職員に伝えている。		
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	更衣の時には入居者が洋服を選べるように工夫している。入居者の希望に応じて、訪問美容サービスを依頼している。顔そりや爪切り、髪の手入れなど、日常の身だしなみに必要なケアを行っている。		
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	食事作りを業務と捉えないように職員には伝えている。一緒に買い物に行き献立を決めたり、ホームの畑でできた野菜を収穫し、食事に活用したり、調理に参加する機会がある。日頃から野菜の下ごしらえ、盛り付け、後片付けなど、一緒に行うようにしている。	季節感や希望を取り入れた献立を立て利用者のできる野菜の下準備や盛り付け・後片付けを一緒に行い、職員と食卓を囲み談笑しながら食事している。おはぎなどの手作りおやつや自家農園の新鮮野菜の使用・希望に沿った外食など、食事が楽しみになるよう工夫している。	
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	毎日食事と水分量を記録している。その人の食習慣は、本人や家族から聞き取り、継続できるようにしている。その日の体温や健康状態に応じて、食事の形態や時間を変える、補助食品を取り入れるなどの工夫をしている。		
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	その人の習慣を把握しながら声かけを行っている。口腔の状態に応じたケア用品を使用している。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	トイレで排泄できるように、必要に応じて本人の様子や間隔をみながら、声かけや誘導の支援をしている。排泄ケア用品は、本人や家族と相談しながら取り入れている。	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、時間ごとの声かけや誘導を行いトイレでの排泄を支援している。各自の排泄量に合ったケア用品を選択し、快適に過ごせるよう工夫している。	
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	排泄の状況を記録し個々のパターンの把握に努めている。職員の大半は便秘の原因や予防について研修を受けている。下剤を用いる場合でも、薬だけに頼らず、食事や飲み物に乳製品や食物繊維、野菜など、入居者に応じたものを提供したり、散歩や体操など運動の機会を作るようにしている。		
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	入浴日や時間にはとくに決まりはなく、希望に応じて入浴ができるように支援している。入浴の間隔、手順、湯舟の温度などは入居者個人の習慣に合わせている。	日曜日以外は希望に応じて入浴できるよう準備し、週最低2回を目安に職員と1対1で、利用者のペースで各自の入浴時の習慣をたいせつに、ゆっくりと会話を楽しみながら入浴している。柚子・みかんの皮・季節の入浴剤を使用して、入浴が楽しみになるよう工夫している。	
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	起床や就寝は入居者の習慣に応じて支援している。体調やその日の状況によっては、安全や安心に配慮し、リビングや和室などで休めるようにしている。		
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	ホームで往診を受けた場合は、本人や家族、職員に薬の処方内容をその都度口頭や記録で報告している。薬の処方箋は、いつでも確認できるように保管場所の周知を行っている。服薬は、間違いのないように十分に注意して支援し、服薬状況を記録している。薬に変更があれば、服薬後の身体状況やバイタルを観察し記録している。		
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	入居者の趣味や得意なことなどを継続できるように支援している。炊事、洗濯などを一緒に行っている。花見や納涼祭などの季節のイベントを行い、希望に応じて飲酒の機会も作っている。		
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	機会をみながら、散歩や買い物に出かけている。車椅子が必要な方も外出できるように職員の人員などを工夫している。外出は入居者の意向を聞きながら行っている。本人の希望によっては、家族や併設の事業所職員と協力し、出かけられるようにしている。	年間外出計画を作成し、車いす対応車を使用して季節の花見や上市の大岩山等希望に沿って遠方にも出かけている。日常的に散歩・大型ショッピングセンターでの買い物など、外出の機会を多く持つように努めている。	

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
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	お金の管理については、本人の能力に応じて、家族と相談しながら決めている。家族の同意を得て、本人が買い物を楽しめるように事業所で立替などを行っている。		
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	ホームの電話機は自由に使えるようになっており、頻度など必要に応じて本人や家族と相談している。操作の手順なども必要に応じて職員が代行を行っている。家族や知人からの電話は、本人につなぎ、自由に話せるようにしている。本人への郵便物は本人に渡している。本人が年賀状など季節のはがきが送れるように必要に応じて代筆などを行っている。		
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	部屋の温度や湿度には、入居者にとっても不快がないように配慮、工夫している。夜間は、廊下やトイレ周辺に適切な照明をつけ、混乱がないように工夫している。和室には季節に応じて炬燵やひな飾りを配置している。入居者と相談しながら、写真や絵を飾っている。	共有空間は天井が高くテラスから光彩が降り注ぎ明るい。季節ごとの装飾品や外出時の写真が飾られ、各自の居場所作りに力を入れ適所に椅子・ソファが配置され、他人の目を気にせず寛げるよう配慮されている。気の合う利用者同士が会話を楽しみ食事を作るおいしい匂いが漂い和やかな雰囲気、利用者が思い思いに過ごせる空間になっている。	
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	リビングやダイニングにはソファやテーブルセットなどを複数配置し、本人が好きな場所で寛げるようにしている。		
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	居室は本人や家族が相談しながら配置などを行っている。入居時や必要に応じて、本人や家族に馴染みの物や好みの物の配置を勧めている。居室の清潔が保てるように本人と一緒に掃除をしたり、許可を得て片づけを行っている。	居室は広々と明るく掃除が行き届き清潔で、自宅からの持ち込みに制限はなく使いなれた家具・好みの装飾品が持ち込まれ、本人の意向や使いやすさを考慮して配置されている。家族写真や好みのポスター等が飾られ各自の個性を大切に、居心地よく過ごせるよう配慮されている。	
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	本人がわかるように、本人や家族と相談し、居室にはネームプレートを設置している。トイレや浴室にはプレートを下げている。廊下やトイレには適宜照明をつけ、場所がわかる、安全に移動できる工夫をしている。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム花芙蓉

作成日: 令和 元 年 12 月 11 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	家族からの意見・要望について、しっかりと把握し、運営につなげたい。	家族からの意見・要望をしっかりと把握し、運営に反映する。	定期的に家族へのアンケートを実施し、意見や要望を聞き取り、運営につなげていく。	12ヶ月
2	11	職員の個々の努力を評価する仕組みがない。	職員が自己の目標を理念やケア方針に基づきながら設定する。	職員が設定した目標に対して、自分自身がどう取り組んでいるのかを意識し、自己の成長につなげられるような仕組み作りを整えていく。	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、行を挿入して下さい。