

1 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	1670102332		
法人名	有限会社セルフケアサポート		
事業所名	グループホーム水橋の家		
所在地	富山市上桜木38番地		
自己評価作成日	平成29年4月10日	評価結果市町村受理日	平成29年7月25日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigvosvoCd=1670102332-008&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 富山県社会福祉協議会		
所在地	富山市安住町5-21		
訪問調査日	平成29年5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)】

個々の思いに寄り添い、安心して自分らしく暮らせる環境作りを職員全体で取り組んでいる。一人ひとりの状態や病状の情報を共有し、個々の担当職員を中心にハリのある生活となるよう支援している。年1回無記名の満足度調査を実施しサービスの質の向上に取り組んでいる。また、ご本人とご家族の良好な関係の支援に心配りをしている。

【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)】

・運営推進会議の名称を「暮らしを考える会」とし、利用者家族の関心が高まるような工夫をされており、出席者も増えている。
 ・毎年新年に町内25軒のお宅へ挨拶回りに出かけ、その際、利用者が手作りした小物を配り、大変好評を得ている。地域にとけ込む事業所を目指し、町内会行事にも積極的に参加している。

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	利用者と職員が、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 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)	○	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、生き活きと働けている (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. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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				

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	採用時のオリエンテーションで理念と方針を説明。年間の研修計画の議題の1つとして定期的に話し合いや確認を行っている。常に目に触れる位置に掲示し意識の統一に心掛けている。	「理念と方針」については年間研修計画に組み込み、毎年4月に研修を行っている。事業所内に掲示するとともに、月1回の定例ミーティング時に話し合いの機会を設けている。	
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	町内の各種行事や会合等に参加し、地元の保育所やボランティア団体と交流を行っている。運営推進会議では、地域代表の方の参加により、ご意見ご要望等アドバイスを頂いている。	町内会に所属しており、行事などへ参加している。地元の保育所とは信頼関係が構築されており、毎年カリキュラムとして交流が図られている。今年度は地元小学校で認知症に関する寸劇を公演する予定である。	
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	認知症介護の専門職として地域で行われる各種研修・会合へ参加し、相談窓口の一員として随時相談を受けている。		
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	奇数月の第4日曜に毎回テーマを設けて会議を進めている。改善が必要な事項は、即座に検討を行い実践し、報告を行っている。また、研修等で得た情報を報告する場となっている。	2カ月毎に開催している。地域の方の参加を期待し、町内会に相談し、開催日時を決めている。会議では毎月の勉強会の結果を報告したり、利用者の現状等を話している。議事録は利用者家族には郵送、それ以外の参加者には届けている。ファイルに綴り、誰でも閲覧可能にしている。	議事録には職員が共有すべき事項があり、サイン欄を設けるなど全職員が閲覧したことが確認できるよう工夫されたい。自治会や民生委員の参加も期待したいので、議事録を届ける機会を設けて訪問するなど積極的に関わりを持つことを期待したい。
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	包括支援センターへ諸手続きの依頼や質問を行ったり困難な事例のアドバイスを受けたりしている。介護相談員の定期的な訪問を受け、日常の様子を伝えている。	主に地域包括支援センターにて手続きや相談を行っている。月1回1時間程度、介護相談員2名の来所がある。	
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	年間研修計画に取り入れ勉強会を行っている。また、社内の介護事故防止対策チームの活動として全職員に向けて啓発活動を行うと共に、アクシデント、インシデント事例検討を行い、拘束しない安全対策の工夫を協議し、各施設に持ち帰り活用している。	「身体拘束をしないケア」について介護事故防止対策チームを設け対策を講じている。事業所前は交通量が多いため玄関の施錠は家族からの要望で行っている。	
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逃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	年間研修計画に取り入れ、虐待に対する意識を高め注意を払っている。社内QS(介護事故防止対策)を中心に全職員に年2回アンケートを取り、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	社内QS(研修チーム)で外部講師を招いた研修を企画、職員が学ぶ機会を設けた。理解が不十分な職員もいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	事前申込の段階から契約時・利用中においても家族様の不安や疑問点を傾聴し、口頭での説明や記録を用いて説明等を行っている。改定の際は文章で郵送したり、運営推進会議の際に説明する機会を設けている。		
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	家族様は入居時・面会時・ケアプランの更新時・カンファレンス・運営推進会議・年1回のアンケート時などに、利用者様は日々のケアの中で意見・要望をお聞きし、協議を行ったり、定例ミーティングや申し送り時に伝達している。	年1回家族へ実施しているアンケートは、回収後本部に郵送され、集計結果は定例ミーティングや運営推進会議で報告される。意見・要望は真摯に受け留め、ケアに活かしている。	
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1回定例ミーティング、個人面談、BOX設置等で意見・要望をキャッチすべく機会を設けている。内容によって、管理者を通じ管理職会議で検討、代表者のアドバイスを受け改善や実施に繋げている。	業務中に管理者が職員の話聞き取るようにしている。定例ミーティングでの意見は、内容によって月1回の管理者会議にて検討し、改善や実施に繋げている。	
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	規定のシートで1回、管理者による人事考課を施行し、その情報を参考に年に1回の表彰、賞与、昇給に反映、ライセンス取得の際、希望があれば非常勤から正規職員への移行もある。また、会社全体の環境づくりへの取り組みとしてFISH哲学による行動規範を提示し、職場環境づくりに努めている。		
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	入社前・後の経験や実際の力量を鑑み、段階的に業務扱いとして研修参加を勧める、グループホームに必要不可欠なテーマ・スタッフが希望するテーマを年間研修計画に反映し実施している。		
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	グループホーム連絡協議会、地域包括支援センター、他事業所等、地域のネットワークに積極的に参加し、ケアの質の向上に取り組んでいる。		

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	見学・事前申込時や入居面接時に本人の思いや不安・心配を傾聴したり、家族様や利用サービスの担当者より情報を収集している。入居前の生活からホームの生活に不安なく入っているように個々に合った関係づくりを行っている。		
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	見学・事前申込時や入居面接時に家族様の抱える不安・心配やホームに求めること、生活の意向・要望等を傾聴している。申込から入居まで時間を要する場合も定期的に連絡を取り、相談がある時は専門職としてアドバイスも行っている。		
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	ご本人・家族様の話を傾聴の他、入居前のサービス担当者の情報を元に本人の状態に合ったプランを作成し提供している。		
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	ご本人・家族様や入居前のサービス担当者からの情報提供で職歴・得意不得意を参考に現在も出来ることを見極め、生活の中に役割等を作り、ご本人と共に好きな事出来る事を一緒に行う努力をしている。		
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	面会時や便りで日々の様子や状態を伝えたり、体調不良などはその都度、状態の報告を行い受診の協力もお願いしている。本人の思いを汲み取り、外出や外泊の協力もお願いしている。また行事への参加を募り、絆を深める努力も行っている。		
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	家庭で使用していたもの、家族写真を持ってきて頂き、出来るだけ馴染みの物や人を感じる事が出来るようにしている。入居時には、これまでの主治医や美容院の継続を確認し個々の思いを尊重している。友人・知人の面会が出来るようご家族様へ働きかけている。	利用者の介護度が高くなるにつれ馴染みの人との関係の継続が難しくなり、家族によっては面会制限を設ける方もいる状況であるが、外出先で懐かしい場所を訪れたり、知人に会おうこともあり、そのような機会を多く作るよう取り組んでいる。	
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	個々の性格や生活歴等を理解し、気の合う者同士の座席作りを心掛け、一緒に楽しみを共有出来るよう支援している。また、より良いコミュニケーションづくりに時には職員が介入し話題の提供等を行うなどしている。		

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	退居時には次の生活拠点へ少しでも早く馴染めるよう、これまでのケアプランや情報・ケアポイント等を提供している。退居後の様子を確認するため、面会に出かけたり家族様と連絡を取り合ったり必要に応じて相談に乗れるようにしている。		
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	日常生活の中で本人の思いを傾聴し、表情や行動などから思いを汲み取るよう努力し本人の思いにまた、家族様からは面会時やケアプランの更新時の際に情報を得ている。	勤続年数の長い職員が多いことから、利用者・家族の信頼は厚い。家族の面会時に話を聞いたり、日常的に利用者の意向の把握に努めている。	
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	入居時・入居後も家族様や兄弟・友人・利用前のサービス担当者より情報を収集している。それらの情報は、個別ファイルに管理し職員全体が閲覧することが出来るようになっている。		
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	個々の生活パターン・ペース・習慣を把握し、その日の心身状況や出来る事に合わせた関わりに努めている。		
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	本人や家族様から要望を聞き、日々の生活から見出した課題についてどのようなケアや関わりが良いか職員間で話し合い、プラン作成に繋げている。心身の変化に伴い、随時プランの変更や追加などを行っている。	介護計画は6カ月毎、変化があればその都度見直している。担当職員は、日頃から本人の思いや家族の希望を把握するように努め、月1回のミーティングでの意見を反映した介護計画を策定している。	
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、生活の様子・変化・食事量・水分量・排泄の有無・ケアプランの実施状況・エピソード等を記入している。不穏時や服薬の変更時には、センター方式のD-3・4を活用し状態の把握に努めている。職員全体が情報を共有出来る状態にある。		
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	本人や家族様の希望・要望は、出来る範囲で支援を行い、時々々の状況に応じて柔軟な対応を心掛けている。受診の際も状況に応じて代行・同行受診を行っている。		

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	運営推進会議で包括支援センターや町内代表の方々より意見交換や情報提供等により協力関係を結ぶことが出来ている。介護相談員の訪問やおむつ券の利用の紹介、地元保育所との交流や地域の行事の参加など積極的に利用している。		
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	入居時にかかりつけ医の希望を聞き、当施設の協力医、又は入居前のかかりつけ医を選択してもらっている。緊急時も連絡体制がとれており、往診にも来ていただける状態になっている。	かかりつけ医の受診は原則家族が付き添う。緊急時は家族と連絡しあいながら職員が付き添う等柔軟に対応している。連携医療機関の理解が得られており、往診してもらう場合もある。	
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	介護職員は日々のケアで健康面・精神面(表情・歩行状態・皮膚の状態)等少しの変化でも記録に残すほか、看護職員へ連絡相談をしている。看護職員は健康管理・服薬管理をし、介護職員の情報提供も含め、状態の変化を協力医・かかりつけ医と連携し対応している。		
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。	入院時・入院中も家族様や病院担当者と情報交換を行いながら入院による認知症の著しい進行を防ぐため早期受け入れに努めている。		
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	申込みや入居時に『重度化・終末期対応指針』に基づき説明を行っている。重度化に伴いご本人やご家族の意向を聞きながら、カンファレンスを重ね担当医に相談している。職員も入居者の状態に合わせて随時カンファレンスをくり返ししながら、ご本人・ご家族の思いを大切に支援を行っている。	入所時の説明で希望の有無を確認しており、その後の変化にも対応できる。昨年10月に看取りを体験したが、職員の動揺も少なく、看護師や連携医療機関と概ねスムーズに対応できた。今後は研修の機会を増やす意向である。	
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	心肺蘇生の講習を定期的を受け、緊急時に備えるための努力をしている。H28年度は受けていないが、29年度は受講予定。またミーティングでは急変時の対応について勉強会を行っている。		
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回の避難訓練と1回の災害訓練を行っている。訓練後の運営推進会議で報告を行い水橋地内の家族様・ご町内へ協力をお願いしている。また、地元企業へ火災時の協力もお願いしている。町内へ向かってシグナルボイス(警報)を設置している。	年2回の避難訓練と1回の災害訓練は事業所独自で実施。避難場所も事業所前の駐車場である。町内会や利用者家族の協力要請をしているが、現段階では得られていない。近隣に知らせるシグナルボイス(警報)を設置している。	車いす利用者もいることから、実際の避難場所までの利用者誘導を想定し、課題等を整理されたい。また、地域の協力体制を構築されるよう期待したい。

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	個々の意見・意思を尊重し、どのような場面でも思いを傾聴し安心して頂けるような言葉掛け・配慮を行うようにしている。	事業所内には、周囲を気にせず会話ができるスペースが設置され、プライバシーが尊重されている。職員と1対1での会話を望む利用者もおり、外の景色を見ながらゆったりとした時間を確保し、個々の思いを受けとめるよう努めている。	
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	個々の思いを傾聴し、その時々体調や気分も加味し尊重している。意思疎通の困難な場合は表情や仕草から思いを汲み取ったり、選択出来る言葉掛けを行っている。		
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	個々の生活を尊重し、自分のペースで自由に過ごせる時間・場所を提供している。また体調に考慮しながら好きなこと・やりたいことが出来よう支援している。		
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	本人のスタイルを尊重している。自己決定の出来ない方は、ご家族に好みを聞きながら職員と共に考え選ぶことが出来るよう支援している		
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	個々の体調等を考慮しながら、その日毎に役割を決め作業を提供し協力し合い行っている。好みや体調に合わせた料理の提供に心掛けている。また後片付けも個々の状態に合わせて行なっている。	利用者の意向を取り入れたメニューもあり、配膳や盛り付けを率先して手伝う利用者も何人か見受けられた。職員と利用者が同じテーブルを囲み、さり気ないサポートをしながら、穏やかな雰囲気ですべてを楽しんでいる。	
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	外部の管理栄養士により献立を使用し、事前にご本人やご家族に習慣や好みを聞き、その時々身体面に合った食事量を提供している。また水分も好みや状態に合わせて提供を行っている。		
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	毎食後、個々の状態に合わせて誘導や介助を行っている。就寝前には義歯を使用している方の消毒・洗浄を行っている。拒否がある方には本人のタイミングに合わせて声がけを行っている。		

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
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	排泄チェック表で個々の排泄パターンを知り個々の状態に合わせて誘導や言葉掛けを行っている。	排泄チェック表を活用し支援している。その日の体調の変化に気付いた職員は適時に対応し、申し送りノートに記し、全体で共有している。	
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	軽運動や水分摂取・乳製品の摂取など便秘予防に心掛けている。その他、食事の際にゆっくり食べてもらえるように言葉を掛けたり排便時には姿勢の工夫や必要に応じて腹部マッサージも行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には最低週2回の入浴日を設定しているが、毎日入浴可能としており、本人の希望や体調に合わせて入浴日の変更やシャワー浴・清拭等も行っている。	週2回を原則としているが、希望があれば毎日の入浴も可能である。浴室は明るく開放感があり家庭風呂の様相である。1人で入浴を楽しむ人が多いが、機能の低下がみられる利用者には職員が見守りをしている。	
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	昼食後には休憩時間を設け、就寝は21時を目安にしているが、ご本人の居室等で自由な時間を過ごしてもらっている。昼寝の習慣がない方はマイペースで過ごしてもらっている。その他、季節や日々の天候に合わせて温度・湿度・採光の管理も行っている。		
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	個別の服薬ファイルを作成し、職員全員が確認できる場所に保管している。服薬変更時はセンター方式D-3・4シートを利用し変化について全員で記録を付けている。		
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	生活習慣や趣味を考慮し作業の分担を行ったり、作業の終了時は感謝の言葉を伝えている。余暇時間は個々の楽しみや趣味的活動(歌・読書・手芸・塗り絵・パズル・DVD観賞等)を支援している。		
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	体調や天候に合わせて、散歩やドライブに出かけている。また行事企画時に希望を質問したり、日常の会話から聞かれる希望を取り入れたりしている。毎年バスハイクには家族様へ参加希望を募ったり、個別に対応するため、ショッピング会を企画したり、ご家族に協力をお願いしている。	外出支援は、食事会やショッピング、車での遠出等毎月季節に合わせた趣向が取り入れられ計画されている。家族の参加もあるが入所期間も長くなり、外出支援に参加する利用者は限られるようになっていく。	

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	認知症の進行により、お金を所持しない利用者が増えているが、ショッピング会を企画しご家族了承の下、買物に出かけている。お金を所持している利用者もおられ日用品・嗜好品と一緒に買い物へ出掛けたり、依頼品の代行購入後の支払いをしてもらっている。		
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	個々に合わせて出来る限り対応している。贈り物があつた時には、電話をしたりお礼状を書いたりしている。		
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	リビングの壁画制作では季節をモチーフに入居者と共に行っている。リビングの一角に台所があり調理の音やにおいがリビングに漂う。	共有空間は明るく清潔で広々としており調理の音やにおいが漂い家庭的である。1日の大半を過ごしている利用者も多く、職員と利用者共同制作の作品が飾られている。	
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	ベランダ・茶室・玄関先・畑等に長椅子を設置したり、リビングには畳や1人がけのイスを置き、気の合う仲間や1人の時間を過ごせるようになっている。リビングの座席も利用者の思いを考慮したものになっている。ぬり絵やパズル・本などは自由に使用できるようにしている		
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	入居前に慣れ親しんだ家具や小物・寝具で安心した空間作りが出来るようご家族に依頼している。	居室は明るく清潔ではあるが、事業所設置の収納部分と持ち込みの調度品がやや少ない居室があった。	グループホームは家庭の延長線上にあることから、本人の生活履歴や家族のつながりを実感できるような居室となるよう、面会時を利用して家族とも話し合うなど考慮していただきたい。
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	場所が分かりやすいように「便所」「浴室」等の貼り紙をし、居室前の表札には個々の好みの色で見やすい文字に、暖簾は個々で持参してもらい目印になっている。台所シンクや洗面台は高齢者に合わせた高さになっている。		

目標達成計画

作成日：平成 29年 7月 20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	54	○居心地よく過ごせる居室の配慮・・・入居者一人ひとりにとってのくつろげる空間づくりへの関心が薄い。	安心した暮らしを継続するためにくつろげる空間づくりをする。	・入居時になじみの家具や使っていた物等を持ってきて頂くよう、ご家族にも協力を得て、居室内をその方らしい空間づくりに、入居者と共にを行う。	12ヶ月
2	35	○災害対策・・・避難場所までの誘導方法や地域との連携、協力体制が十分に確立出来ない。	災害時、安全に入居者が避難出来るような避難場所、そこまでの移動手段、協力体制を構築したい。	・入居者の身体状況に合わせた誘導を行えるよう、訓練時に全職員で確認し合う。 ・暮らしを考える会を通じて、町内の方に避難経路や手段などをお知らせし、協力し合える体制を作っていきたい。	12ヶ月
3	4	○運営推進会議を活かした取り組み・・・2カ月に1度実施し、会議の報告書をご家族に送付しているが、地域の方には配っていない。職員にはミーティングで報告しているが、全員は周知出来ない。	運営推進会議の内容を、ご家族や地域の方、ホームの職員全体が周知出来るようにする。	運営推進会議の報告書を、ご家族や地域の方に配る。職員全体が周知出来るように、報告書に閲覧のサイン欄を設ける。	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。