

## 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	1690700131
法人名	ケアスタジオ株式会社
事業所名	グループホーム黒部
所在地	富山県黒部市吉田460-1
自己評価作成日	平成30年5月18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6月11日	評価結果市町村受理日	平成30年7月31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）】

利用者様が住み慣れた地域で安心して笑顔で過ごせるよう、専門スタッフが個々に寄り添い支援をしています。  
 認知症ケアや外出レク、職員の資質向上に力を入れ、一人ひとりにあった介助やケアを行えるよう取り組んでいます。  
 また、アットホームな雰囲気作りを心掛け、利用者様が穏やかに楽しんで暮らせるホーム作りを目指しています。

【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）】

職員は常に笑顔で接することを心掛け、どうしたら皆さんに喜んでいただけるかを考え行動することを基準としている。利用者との会話の際には意図的に「行きたいところ」や「やりたいこと」などの情報を聞き取り、利用者の身体レベルや状況に応じた外出支援の充実を図っている。事業所で働く職員も、入居者一人ひとりに寄り添い、職員の気付きや観察力をフルに発揮させ、職員間でのミーティングを活用し、心身ともに安定した入所者の生活を支えるよう日々奮闘している。職員のスキルアップを図るため、職員の希望や職責に応じ、外部研修に積極的に派遣したり介護技術の向上と人材育成に努めている。

**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、安全面で不安な区過ごせている。 (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業所の理念を全職員には周知しきれていないと思われるので、今後、全職員に周知し、理念を共有し実践に繋げていけるようにしたい。	事業所としての基本理念や介護指針などを法人の代表者の案を基に、入職時のオリエンテーションの機会に職員に口頭で伝えている。	理念の共有を図るため、玄関や事務室など職員や来訪者の見やすいところに掲示したり、理念を基に実践に繋がられるよう職員間で話し合うなど職員全体で共有できる機会を確保されるよう期待したい。
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	過去に近隣の保育園のバザーに出掛けたり、年数回ボランティアを依頼しているが、日常的には交流できていない。 現在、地域に根差したホーム作りをするにはどのようにしたらよいか、管理者と職員で模索中。	フラダンスや踊り、バンドの方々が事業所の納涼祭に参加して交流を図ったり、地域の民生委員から自治会の行事などの情報を得て活動に繋げている。また、天気の良い日には近隣を散歩し、気軽に挨拶を交わしたり、近所の方から野菜や花などをいただくなどの交流が行われている。	
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	問い合わせ時や家族来訪時には相談を受けている。 今後の予定として、地域の人向けの認知症の講義や交流喫茶等を考案中。		
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	2ヶ月に1度運営推進会議を開催し、行政、地域、家族代表との意見交換、ホームの状況報告等を行い、サービス向上に繋がれるようにしている。	運営推進会議は偶数月に開催され、参加者は、町内会長、行政代表、家族会代表者と法人代表者、管理者が出席。事業計画や状況報告、意見交換が行われ、避難訓練の実施状況の確認やヒヤリハット、事故報告など活発に議論されている。また運営推進会議の内容は、職員会議にて報告され、サービスの向上に活かされている。	運営推進会議の開催案内や運営推進会議の議事録を参加できなかった御家族とも共有できるような取り組みに期待したい。
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に取り組んでいる	高齢福祉課の担当者に運営推進会議に出席していただき、事業所の状況報告や意見交換を行っている。 会議の議事録は高齢福祉課と介護保険組合に提出し、事業所の実情やサービスの取り組みを伝えている。	日頃から運営推進会議を通し、高齢福祉課の担当者や新川保険組合の職員の方と、顔の見える関係作りが行われるよう、事業所の状況報告や意見交換を積極的に行い、情報共有に努めている。また、行政からの研修案内を、職員の勉強する機会として活用するなど、サービスの向上に繋げている。	
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	マニュアル作成、勉強会や職員会議等、常日頃から身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 現在、安全管理研修委員会が中心となり、マニュアルの見直しを行っている。 日中は施錠はせず、防犯上、夜間のみ施錠している。(21時～6時まで)	安全管理委員会が中心となり、身体拘束をしないケアを行なう為の勉強会を開催したり、マニュアルを作成している。また日頃の実践を通し、全体会議で話し合ったり、事故の起きやすい時間帯等を職員全員で把握・分析するなど、身体拘束をすることなく事故を未然に防止できるような取り組みを行っている。	
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	マニュアル作成、勉強会等を行い、虐待防止に努めている。 常日頃から職員会議等で注意を促している。 現在、安全管理研修委員会が中心となり、マニュアルの見直しを行っている。		

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
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	管理者やケアマネは学ぶ機会を持っているが、その他職員に対しては現在行えていない。 今後は勉強会等を通して、全職員が理解できるよう取り組んでいきたい。		
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	重要事項説明書、利用契約書、感染や個人情報、預り金等の説明を十分に行い同意を得ている。 不安や疑問点についても尋ねて返答している。		
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	利用者や家族からの意見は、会議等を通じて職員に周知している。家族代表には運営推進会議にも出席してもらい、意見を聞き、それらを反映させ、サービスの向上に繋げるようにしている。 家族来訪時には、利用者の最近の様子等をお知らせしている。また、年4回広報誌を発行している。	家族が面会に来られた時やプランの見直しを行う際、本人や家族の要望を聞き取っている。聞き取った苦情や要望、意見等は、申し送り簿に記載し職員間で情報共有し、月1回の職員会議や毎日のミーティングで話し合い、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	常に職員の声に耳を傾けるよう心掛け、職員の業務改善案、サービス提供案等を反映させるようにしている。 また、年3回ヒアリングを行ったり、職員会議等でも職員の意見や提案を聞いている。	管理者は日頃よりスタッフが何でも言いやすい環境を作り、職員一人ひとりの声を大切に業務改善やサービスの向上に繋げている。また、法人として年3回代表者や事務局職員との面談の機会があり、職責をつけ職員のやる気を引き出すための仕組みを作ったり、ヒアリングシートを活用し、進捗状況を確認しフィードバックするなど、職員の育成に力を入れている。	
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	代表者は年2回、人事考課を全職員対象で実施。管理者や職員と個別面談にて個々の意見や業務への理解に努め、働きやすい環境作りに努めている。 また、資格手当だけでなく、各種研修手当を支給している。		
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	法人内にて社内研修を定期的に開催している。事業所より講師を選出し、知識・技術の向上に努めている。また、外部研修への参加機会も計画しており、参加者には研修報告書作成やミーティング時に報告をする機会を設けている。(研修等の費用は会社負担)		
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	関連法人のグループホームと連携・交流を図っている。 また、外部同業者と勉強会や施設訪問等を実施し、自社の足りない部分を見出す機会を計画している。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所前には必ず事前訪問を行い、本人の身体状態の確認や現在の精神状態、生活環境の確認を行っている。 また、家族や本人の意向や要望にも耳を傾け、リロケーションダメージが最小限でとどまるよう配慮している。		
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	入所前に電話や面談をし、本人や家族の意向・要望を聞き、不安なことやわからないことについてもその都度対応し、入所後も来訪時や電話で状態報告をし、関係作りに努めている。		
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	事前訪問等で収集した情報をもとに、本人に必要な支援を把握するように努めている。 また、入所後も職員間で情報共有し、本人の状態、必要な支援が何かを把握できるよう努めている。		
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	家事作業を一緒に行ったり、食事を共にしている他、普段のコミュニケーション、関わりで関係を築けるよう努めている。		
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	来訪時や電話で、本人の状態を報告し、情報共有している。 年4回の広報誌でホームの様子を伝えたり、納涼祭を開催し、家族と本人がゆっくり楽しめる機会を確保している。		
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	家族をはじめ、友人や知人が来訪しやすい雰囲気作りに努めている。 家族の協力も得て、外出時等に馴染みの場所や人との関係が途切れないよう支援できるように努めている。	家族の協力を得ながら、慣れ親しんだ床屋やお店に出かける機会を作ったり、年末年始家族の都合に合わせて外泊、外出の機会を支援したり、友人や知人が尋ねて来られた時、ゆっくり過ごして頂けるような雰囲気作りを行うことで、馴染みの場所や人との関係が途切れないよう支援が実践されている。	
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	利用者の相性を把握し、職員が間に入り、交流を持てるよう支援している。 利用者同士が関わるなかで、トラブルがおきないよう職員が常に気を配っている。		

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	利用契約が終了しても、家族からの相談には対応している。 必要に応じて、病院や他事業所への情報提供を行っている。		
<b>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</b>					
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	職員間で本人が発した言葉や行動を情報共有し、利用者の思いや希望に沿った支援ができるよう努めている。 意思疎通困難な利用者に対しては、家族からの情報や本人の表情から情報を得て、利用者本位の支援ができるよう努めている。	日々の関わりの中で、利用者の発した言葉や行動をフロア日誌に記載し、職員間で情報共有を行い、その思いを職員間で話し合い、必要に応じて支援方法の見直しやケアの実践に繋げている。意志の疎通困難な利用者に対し、家族より情報を集めたり、本人の仕草や態度から推察し、月1回の職員会議にて話し合い、利用者本意のケアの実践に活かしている。	
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	入所時に、家族に暮らしのシートを記入してもらったり、来訪時に聞いたりして、情報の把握に努めている。 また、入所後の関わりで、本人から情報を収集している。		
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	本人の行動や言動等、記録に残し、変わったことがあれば、フロア日誌に記載し、常に職員間で申し送りをして、現状把握に努めている。		
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	ケアプラン作成前に担当者会議を行い、本人の状態、課題等話し合い、本人に適したケアプランを作成できるよう心掛けている。	ケアプランの作成前に担当者会議を開催し、本人、家族の意向を取り入れ、本人の状態や課題について話し合いが実践されている。プランの見直しは3ヶ月ごとに行われるが、利用者の状態の変化がある場合は、その方の意向に沿いながらプランの変更を行い、現状に即したケアプランを作成している。	利用者一人ひとりの進捗状況が把握できるような仕組みを検討し、ケアプランやモニタリングがスムーズに実践できるよう、管理方法の工夫に期待したい。
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	本人の行動や言動、変化、対応を記録に残し、職員間で情報共有し実践に活かしている。		
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、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	医療連携加算や居宅療養管理指導、受診同行等を行い、利用者の健康管理や状態変化時に早急に対応できるように努めている。 外食や買い物、ドライブ等、利用者の希望に柔軟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	ボランティア受入れは行っているが、まだまだ地域に根差していないと感じるため、現在、管理者やレク環境委員が中心となり、地域資源の把握や地域と関わりがもてるよう努めている。		
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	かかりつけ医は、本人が今までかかっていた病院を受診してもらっている。変更時は、本人や家族の希望を尊重している。必要時には情報提供や受診同行を行い、適切な医療を受けられるよう支援している。	利用者・家族が希望するかかりつけ医を選択でき、受診時には、利用者の日頃の様子や体調等を受診時連絡票に記載し、家族に持参して頂いている。病状変化に合わせ個々の利用者の主治医と連携し、往診対応の依頼など日頃の体調管理とともに、緊急時に情報共有できるよう働きかけ、適切な医療が継続的に受けられるよう体制を整えている。	
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	介護職は、日々利用者に変化があった時は看護職に情報を伝えたり相談し、利用者が適切な受診や看護を受けられるよう支援している。看護職不在の時は申し送りをし、早期対応必要時は家族やかかりつけ医、薬剤師に連絡をし、適切な処置ができるよう努めている。		
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。	利用者が入院になった時は、情報提供を行い、入院中は家族や地域医療連携室と細目に連絡を取りあい、本人に面会に行き、状態把握に努めている。		
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	重度化やターミナルになる時は、家族やかかりつけ医と相談し、本人や家族の意向を尊重している。事業所で行えることを家族に十分に説明し、納得・同意のもとターミナルケアを行ったことがある。職員に対するターミナルケアの教育がまだまだ不十分で職員が不安を感じるがあったので、今後はターミナルケアの教育もしっかり行っていきたい。	契約時「重度化した場合における対応に係る指針」に沿い、入居時、事業所としての対応を説明し理解を得ている。重度化した場合は、主治医や家族、本人の意向に沿った話し合いを行い、同意が得られた方に対し、希望されれば看取りケアを行っている。看取りケアを実践時には、主治医と常に連携し、相談できる体制を作っている。	
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	緊急時対応マニュアルや対応手順を作成し、職員への周知を行っている。応急処置や急変時の対応を職員と話し合い、マニュアルや手順の見直しを進めている。		
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	防災マニュアルは作成してあるが、職員周知は行っていないのが現状。年2回、消防署員立会いで避難訓練を行っている。その際は、利用者にも参加してもらっている。運営推進会議で町内会長や行政と避難場所等について話し合いを行ったが、現状、体制が整っていない為、地域の避難所へ避難するのは難しい。	消防署の協力を得て、年2回(日中・夜間想定)利用者と一緒に訓練を実施している。近隣の方へは運営推進会議で町内会長を通し、訓練日程等を発信している。	火災だけでなく自然災害を想定した訓練なども行い、いざという時の備えの確認や食糧の備蓄、また、訓練日程の案内だけでなく、地域住民に広く参加を呼びかけるような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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者一人ひとりの表情や言動等から感情を読み取り、個々にあった声掛け・対応を行うよう努めている。利用者が不快を感じるような声掛け・対応を行う職員がいた時は、本人と面談を行い、注意喚起をしている。また、職員会議や勉強会で接遇について話す機会を設けている。	尊厳やプライバシーに配慮した言葉かけや、接遇方法を社内研修にて確認し理解し実践に繋げている。日々の会話の中で職員同士で気付き、その都度ミーティング等で話し合ったり、管理者が職員一人ひとり個別に話し合う機会をつくり、ケアに生かしている。	
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	利用者自身が自己決定できるよう、選択肢を提示している。意思疎通困難な利用者に対しても、クローズドクエスチョンを用いて自己決定を促すよう努めている。また、日々の関わりから、本人の思いや希望を抽出できるようなコミュニケーションを心掛けている。		
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し、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	職員の業務優先の流れになりやすいが、一人ひとりのペースを大切にし、本人の好きなように過ごしてもらえよう心掛けている。おおまかな一日の流れのタイムスケジュールはあるが、無理強いせず、本人のペースで生活してもらっている。		
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	朝の整容時にはスプレーを使用し髪型を整えたり、入浴後には女性利用者に対し、化粧水・乳液を使用し、肌を整えてもらっている。男性利用者には毎日の髭剃りを促している。また、化粧レクを行い、気分転換を図る機会を設けている。		
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	利用者と共に会話をしながら食事している。また、盛付や下膳、お茶汲み、食器拭き、テーブル拭き等も手伝ってもらっている。週1回、買い出しの日を設け、一緒に買い物に行っている。	季節に合わせて行事食を提供し、利用者の希望に応じ、お寿司やファミレスでの外食に出かけている。また、月1回の手づくりおやつや誕生会などには、季節感や嗜好に合わせて趣向を凝らした食事を提供している。さらに地域の方からの差し入れや、畑で収穫した野菜を利用者と一緒に調理するなど、個々の希望に沿い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	個々に適した食事量、食事形態での提供を行っている。食事量、水分量を常に気にかかけ、食事量が少ない利用者には栄養補助食品や本人の好きな物を提供し、水分量が少ない利用者には、本人が好きな飲み物やゼリーを提供し、栄養や水分確保できるように努めている。		
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、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、口腔ケアの声掛けを行っている。個々の状態に応じ、声掛け、見守り、介助を行っている。義歯は毎日夕食後預かり、入れ歯洗浄剤にて除菌・洗浄を行っている。		

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	専門業者とオムツフィッターの資格を有する職員が中心となり、メーカーを固定せず、個々に適したパンツやパッドを選定し使用し、本人の状態、能力に応じ、都度見直しを行っている。立位困難な利用者も2人介助等行い、トイレで排泄してもらっている。	利用者一人ひとりの状態や能力に応じたトイレでの排泄を目指し、日々のケアの中で利用者の行動を分析し、どのようなタイミングでトイレ誘導を行うかスタッフ間で情報共有し、実践に繋げている。また、オムツの専門業者とオムツフィッターの資格を有する職員が中心となり、個々の利用者の方に合った紙パンツやパットを選定し、状況に合ったオムツが提供されている。	
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	排泄チェック表を活用し、排便コントロールを行っている。便秘気味の利用者には特に、水分摂取や運動を促すよう職員に周知している。また、家族や薬剤師、医師と連絡を取り、便秘の予防・改善に努めている。		
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	基本は午前中に入浴を行っているが、本人が午後から希望した時は、状況に応じて対応している。本人のプライバシーへの配慮を心掛け、個々に応じてつかず離れずの見守りを行っている。声掛けをし、会話を楽しみながらの入浴も心掛けている。	最低週2回を目安としながらも、利用者の要望や体調に合わせ、毎日入浴できる状況は確保されている。歩行状態や体調に合わせ、一般浴、リフト浴と柔軟に対応し、入浴中は職員とマンツーマンでゆっくり入浴できるような配慮がなされている。	
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	毎日の居室掃除や定期的なシーツ交換、温度調整等を行い、気持ちよく休めるような環境作りを心掛けている。		
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	薬情を個人カルテに挟み、いつでも確認できるようにしている。処方の変更になった時は、フロア日誌や申し送りし、職員に周知している。また、薬剤師と連携を取り、わからないことや困ったことがあれば相談している。入居者が使用している薬がメインの勉強会等を薬剤師に開催してもらっている。		
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	本人の能力、趣味、特技等からできることを見つけ、役割を持ってもらうよう努めている。家族からも情報収集を行い、一つでも本人のできることを見つけられるように努めている。		
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	天気がいい日は周辺の散歩に出掛けたり、ドライブに出掛けている。施設内に閉じこもらないことを心掛け、買い物や外食、外出の機会を設けて気分転換を図ってもらっている。季節に応じた外出を企画し、地域の祭りや栗拾い、花見等にも出掛けている。	年間行事計画を作成して、季節ごとにお花見、紅葉狩り、遠足などを企画し、日常生活とは違う楽しみが提供されている。また、天気のいい日はドライブや近隣へ散歩、週1回の買物や外食など利用者の希望や要望に合わせ、柔軟に対応している。地域で開催されるお祭りなど、利用者の方と見学に出かけるなど、楽しみや生きがい作りに繋げている。	

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
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	家族からお金を預かり、ホームで管理している。 買い物や外出の際は、可能な限り見守りのもと、本人が支払いできるよう支援している。		
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	自分で管理できる利用者は携帯電話を所持している。 利用者から電話要求がある時は、状況に応じ、家族へ電話を取り次いでいる。		
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	季節感を感じられるよう壁の装飾を行っている。装飾品を作成する際は、利用者にも手伝ってもらっている。 また、温度や湿度に気を配り、適宜、換気、除湿、加湿を行い、心地よい空間を作れるよう意識している。	共用空間は、季節に合わせた花が飾られ、利用者と一緒に作成した作品が飾られたり、外出時の写真などが廊下に掲示されている。キッチンからは食事の支度の音や匂いがしている。適所にソファやイスが配置され、ユニットごとの仕切りが無く、利用者が思い思いの場所で過ごせるようになっている。光彩や温度・湿度・臭い等にも配慮されている。	
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	利用者の相性を把握し、気の合うもの同士過ごせるよう、座席配置を行っている。 また、テーブル席だけではなく、くつろげるようソファを置いてある。		
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	本人が慣れ親しんだものを持ってきていただくよう入所時には家族に説明している。 壁に写真を貼ったり、自分が使い慣れているタンスを持参されたり、畳を敷いたり、極力制限をせずに個人が心地よく過ごせる環境が作れるよう心掛けている。	各居室には、本人の使い慣れた物や好きな物の持ち込みは自由で、室内には家族の写真や趣味で作った貼り絵などが個性豊かに飾られている。畳を敷いたり、亡き家族へのお参りを行えるよう仏具を用意されていたり、利用者のその人らしさを大切に安心して過ごせるような居室、家族や面会者がくつろげるようなお部屋作りがなされている。	
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	手摺りの設置や動線の確保、本人のADL状態の把握に努め、安全かつ自立した生活を送れるよう支援している。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム黒部

作成日：平成 30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	1	事業所の理念が全職員に周知できていない。	職員への周知。 来訪者(外部)への周知。	新人職員に対しては入社時のオリエンテーションにて説明。 在職職員に対しては事務所及び休憩室に掲示または職員会議にて説明する。	1ヶ月
2	26	ケアプランが更新されていない人がいる。	ケアプランを更新し、ケアプランに沿ったサービスを提供する。	ケアプランの更新、内容の周知。 利用者担当をつけてアセスメントを実施し、状態変化に気づけるようにする。	3ヶ月
3	35	災害以外(水害・地震)の避難計画が未整備。	各種災害に対応すべく、避難訓練及び備蓄関連を備える。	年2回の避難訓練の実施。 備蓄、及び機器の点検の実施。	6ヶ月
4					ヶ月
5	26				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。