

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	1691600116
法人名	株式会社グリア
事業所名	グループホーム利田の家
所在地	中新川郡立山町利田672-12
自己評価作成日	令和元年11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	令和元年12月6日	評価結果市町村受理日	令和2年1月14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）】

入居者や家族の思いを汲みとりながら、一人ひとりのかかりつけ医、訪問薬剤師、理学療法士等多職種で連携を密に取り、多角的視点を生かしたケアを行っています。看取りにおいても多職種との連携を生かし、家族等関係者との話し合いを適宜行うことで、入居者それぞれの「その方らしい」最期を迎えていただけるよう取り組んでいます。認知症カフェを定期的に行っており、入居者、家族、地域住民との交流の場となっています。職員のスキルアップも積極的に取り組んでおり、特に認知症については多数の有資格者が在籍しています。

【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）】

・代表者、管理者、職員は、事業所の基本理念「人間尊重・笑顔・チームワーク」を具体的な行動指針「相手を尊重しその人らしく生活を送って頂けるよう支援します。」「笑顔になれる環境づくりを目指します。」「共に学び、共に支え、共に歩むチームケアを目指します。」に表し、利用者一人ひとりの尊厳ある暮らしを支える介護を日々実践し積み重ねている。特に理学療法士による機能訓練の支援や最期を「利田の家」で迎えられる支援を医療・介護・福祉の多職種連携を取りながら積極的に取り組んでいる。
 ・事業所は、事業所内で「認知症カフェ」を開いたり、利田小学校へ出向いて「認知症サポーター養成講座」を開催するなど、地域の方達と双方向の交流を通して認知症の人についての啓発や地域の一員として地域に根差した事業所運営がなされている。
 ・事業所は、利用者一人ひとりの状態変化などを迅速に情報共有するためにスマートフォンによる通信アプリで伝達（個人情報特定できない配慮により）を行っており、現状が逐次把握できる体制が整っている。

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				

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	事務所や休憩室に理念を掲示し、常に目に入るようにしている。理念に沿ったケアが行えるよう、ミーティング時に振り返りの時間を設けることもある。	事業所の基本理念「人間尊重・笑顔・チームワーク」を玄関、フロアーなど、だれもが目にする場所に掲示すると共に管理者、職員は、理念を具体化した行動指針により利用者一人ひとりの尊厳ある暮らしを支えるケアの取り組みをしている。	
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	地区のおみこしが来てくれたり、近所のスーパーに買い物に行ったりしている。また認知症カフェでも近所の方が参加されている。地区の新年会や防災訓練に職員が参加したり、近所の方にたびたび野菜をいただいたりもしている。介護相談員の訪問もある。	事業所は、「利田の家だより」で認知症カフェの開催日を知った近所の方が参加したり、中山間地「移動販売車」の立ち寄り先になっていて、来訪時には利用者が欲しい物を購入するなど地域との交流が年々深まっている。また、職員は、利田小学校サポーター養成講座の講師に出向いたりするなど、地域の一員として双方向の交流と暮らしの継続がある。	
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	小学校での認知症サポーター養成研修に講師として関わったり、今年度は町の高校の職業体験の受け入れを行った。		
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	包括・行政・民生委員・家族の参加がある。防災のことなど運営推進会議をきっかけに実践できたこともある。参加できないご家族には議事録を送付している。	会議は2ヶ月ごとに開催し、活動内容や入退所状況・事故報告を行い活発な意見交換や地域の情報収集が行われている。委員の方々から、地域に消防分団があることや防災についての意見や助言を得るなど、地域とのつながりを深めると共に得た意見や提案を運営やサービスに反映している。	
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	運営推進会議時や研修等で行政の方と顔を合わせた際に相談をしたり、電話をしたりしている。またメールで各種案内を送っていただいている。	町職員や介護保険組合職員は、運営推進会議を通じて事業所の実情を把握しており、いつでも相談や助言を頂く関係を築いている。また、利用者の介護認定更新時には、職員が届けるなど顔の見える関係づくりに努めている。	
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	指針に基づいてケアを行っている。3か月に1回の適正化委員会では勉強会を行ったり、ケース検討を行ったりしている。	身体拘束適正化委員会で日々のケア内容を振りかえり、身体拘束につながるケアについて意見交換が行われている。職員は、委員会からの助言や研修会等で拘束の具体的事例を認識したり虐待による弊害について理解を深めている。日々、利用者の思いに寄り添い、利用者の立場に立った身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	虐待の勉強会を通じて防止に努めている。また認知症実践者研修等に参加した職員が各々学び、実践につなげている。		

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
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	現在利用されている方はいないが、今後のためにも学ぶ機会を作っていきたい。		
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	主に施設長と管理者が契約を行っている。質疑応答を交えながら一方的な説明にならないよう配慮している。改定等があればその都度書面で同意をもらっている。		
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	面会されるご家族が多く、面会時や担当者会議、運営推進会議、また訪問診療結果等の報告で連絡をとる機会があるため、その都度意見を聞いている。意見は職員で共有している。	面会時などに利用者、家族から聞き取った意見や要望を「情報共有総合記録シート」へ記入し速やかな対応ができるようにしている。また、全体会議や職員のグループラインで些細なことにも情報を確認・共有し、それらを運営に反映している。	
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	月に1回の全体会議にて、運営推進会議などで出た課題や日頃の悩みや問題を話し合い解決する場を設けている。また、年1回程度管理者と面談を行い、意見を言える機会を作っている。	代表者や管理者は、職員が気軽に意見・要望を直接言う機会を設けている。(全体会議や個別面談の他)要望や意見には出来ることから即対応し、各職員の勤務体制・時間等を考慮した職員の働きやすい環境作りに努め信頼関係を築いている。	
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	キャリアアップ、昇給制度を見える化し、何を目指し、何を達成してほしいかを掲示している。各々目標を立ててもらい、面接で進捗を確認している。		
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	スタッフそれぞれの力量の適正に見合った研修を提示し、参加している。また、職場内の勉強会も行っており、必要に応じて外部に講師を依頼することもある。		
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	GH協議会を通じての交流や各種研修などで他法人とつながりを持っている。また、職場勉強会で必要に応じ講師に来てもらったり、講義しに行ったりしている。		

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
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	入居前に自宅やサービス事業所などを訪問したり、ケアマネやご家族からもしっかりお話をうかがい、入居後になるべく安心していただけ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	入居前には必ず直接顔を合わせ、お話をうかがう機会を作っている。話の中で出た不安や要望を協議しながら前進させている。		
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	ご家族から入居希望があって、即入居という方向に進めるのではなく、ケアマネやサービス事業所と連携をとりながら当ホームがふさわしいのか協議している。		
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	できることをお願いしたり、たとえできなくてもやりたいことをやってもらったりして、人の役に立ちたいという気持ちを大切にしている。一緒に肩を並べて座っている時間もあり、一緒に時間を共にしている。		
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	面会されるご家族が多く、その際に近況も報告している。終末期などご家族の判断が必要な時は、常に話し合いをし、一緒にささえてもらっている。		
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	かかりつけ医は入居前と同じ場合が多く、そこに家族と一緒に受診されている。自宅の畑には行けないが、施設の畑で草むしりや収穫などされる方もいる。	今まで行っていた美容室へ家族と一緒に出掛けたり、夫の来訪が毎日あったり、自宅近くまでドライブに出かけるなどこれまでに培ってきた人や場所とのつながりを大切にしたい支援がある。	
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	一緒に作業したり、場合によってはお風呂に入ったりお部屋を歩き来たりする時がある。そういう関係作りに努めている。		

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
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	在宅復帰時は地域包括支援センターや医療機関と密に連絡をとり対応した。退居後もタイミングが合えば近況を聞いたり、相談があれば支援を行ったりしている。		
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	思いを考えることができるシートを利用したりして、意思表示しにくい入居者がどんな希望をしているか職員みんなで考えている。言葉で出てきた希望についてはケアプランに反映させている。	職員は、思いを考えることができるシート「ひもときシート」を活用して利用者の訴えや思いの分析をしてケアに生かしている。また、必要に応じてケア内容の見直しをして、その時々々の思いや希望に沿った支援に努めている。	
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	入居前にご本人やご家族、ケアマネ等から生活歴を聞いている。また、日常の何気ない言葉で、出てきた話をケアにつなげたりしている。		
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	1人ひとり24時間記録できる用紙を使用し、心身状態の把握を行っている。また、心身の状態に変化があるときは、その都度職員やご家族と話し合いを行っている。		
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	本人の思いを尊重するために、ひもときシートやセンター方式のアセスメントシートを活用しながら、担当者、ケアマネを中心にケアプランを作成している。家族や、他のスタッフから出た意見も反映させている。	家族や職員と3カ月、6カ月ごとにモニタリング・評価を行い、介護計画の見直しを行っている。また、介護計画で対応できない本人、家族の要望や変化がある場合は「ひもときシート」などの活用で課題とケアのあり方について職員全員で意見を出し合い介護計画に反映している。	
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	日中から夜間を通して、変化が見られたとき、気づきを細やかに記録するよう努めている。職員の主観ではなく、ありのままの事実を記入するようにしている。		
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、その時々々に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	地域の方が、施設という枠組みを越え気軽に立ち寄り、相談できる場でありたいと考え取り組んでいる。		

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
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	民生委員さんや消防団、近所のスーパーや近所の人などが近所のことを教えてくれ、また入居者と話すことでいきいきした表情になっている。		
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、本人や家族の希望する医療機関を受診してもらっている。	利用者や家族の希望するかかりつけ医へ、家族の同行で受診している。(必要に応じて職員も同行している。)受診時には個々の健康状態の記録を持参してもらったり、病院の地域連携室へ事前に情報を伝えるなど適切な医療が受けられるよう支援している。最近、訪問診療による受診の利用者が18名中9名となっているので、ダイレクトに利用者の様子を伝えたり医師から指示を得たりと双方向の情報の伝達が円滑に行われている。	
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	体調の変化などは逐次、報告・相談し、必要に応じて受診依頼や注意事項などのやりとりをしている。		
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。	地域連携室との報告連絡相談は密に行い、入退院時に入居者が戸惑わないように配慮できている。また、日常の受診時などに普段より病院関係者とのコミュニケーションをはかっている。		
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	入居時に指針の説明をし、重度化・終末期の意向確認を行っている。また、実際に重度化した折に意向確認を行い、適宜主治医や薬剤師等とカンファレンスを行いながら希望に沿った対応ができるよう努めている。	利用者の状態変化に対して「重度化した場合における(看取り)指針」により、随時家族・本人と話し合いや医療等に関する意思確認を取りながら重度化や終末期に向けた支援がなされている。また、終末期(看取り)の対応について訪問ステーションの看護師を招いて職員研修を実施したり、ケースごとに手順書を作成するなど職員全体で取り組み質の高い看取りの支援をしている。	利用者の看取りを終えた後にチームで実施している「デスカンファレンス」を職員のメンタルヘルスケアにまで効果を上げる取り組みに期待したい。
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	マニュアルは作成している。実際に定期的に訓練は行っていない。		
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、地震、洪水の訓練は施設内で行った。実際の方法は消防に相談している。洪水においては地区の大規模な災害訓練にも職員が参加した。	災害時のマニュアルを作成し、消防署の協力で年2回(日中・夜間想定)利用者と一緒に防火訓練を実施している。また、地域の防災訓練へ職員が参加して情報を得るなど防災意識を高めている。併せて、備蓄(クッキー、粥、水)などの備えがある。	災害時の地域との協力について、利田地区、消防団からどんな協力を得られるのかなど、支援体制の話し合いや具体的で現状に即した行動計画を立て全職員で共有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	職場内の認知症研修において尊厳についてスタッフ間で再確認した。尊厳に配慮しながらケアに取り組んでいる。	利用者一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーの確保を徹底するのに「ひもときシート」を活かして分析、本人視点のケアに取り組んでいる。また、職場研修においても業務中心のケアになっていないか振り返るなど、パーソンセンタードケアを日常的に確認し改善に向けた事業所全体での取り組みがある。	
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	自分だけで行動出来るよう使い方を絵で表示したり、自由にお茶が飲めるようにしたり、自己決定した時に職員を呼ばなくてもできるよう工夫している。		
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	食事も全員が一緒ではなかったり、スケジュールは特に決まっていない。入居者がやりたいこと、やれそうなことを提案したりしながら思い思いに過ごせるようにしている。		
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	自分で意思表示できる方には好みの衣服を着てもらったり、できない方には好きだったような衣服を職員がチョイスしている。また、みんなで化粧をする日もあり好評だった。		
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	味噌汁作り、茶碗洗い、茶碗ふき、盛り付け等やれることを行っていた。また、好きなカップラーメンなど持ち込まれている方や、日曜日は普段食べられないものを(すき屋の牛丼など)提供している。	カップラーメン、牛丼が食べたいと好みの希望があれば、ミキサー食の方や刻み食の方でもその人に応じた形態にして提供している。食事時間は、利用者の生活リズムに合わせた食事ができるようにするなど食事が楽しみや喜びにつながるよう支援している。また、食事の盛り付けや後片付けなど利用者にはエプロンを身につけてもらい個々の力が発揮できる場面づくりをしている。	
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	1人ひとりが目に見える様に24時間の記録用紙を使って水分量や食事など確認し、ケアにつなげている。		
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	毎食後口腔ケアを行い、歯ブラシやスポンジ、ガーゼなどその方に合わせた用具を使用し、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	できるだけトイレで排泄いただけるよう立てない方でもトイレに行ったりしている。また排泄パターンは個人ごとの24時間シートで把握し、ケアにつなげている。	オムツフィッターが利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、紙パンツやパットの調整を行っている。また、立位姿勢が取れない方にも二人で介助して、その人がトイレでの排泄ができるようにするなど気持ちよく排泄するための工夫や可能な限りトイレで排泄できる支援を行っている。	
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	水分量や水分の種類を把握することで便秘傾向にならないように配慮している。		
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	おおまかな入浴予定はあるが、希望があれば日時の変更を行っている。冬場はご家族からいただいたゆず湯を楽しんだりもする。	入浴日は、週2回となっている。なじみの利用者同士で入ったり、利用者の希望やタイミングに合わせた入浴支援がある。また、機械浴、個浴など入浴設備が整っているため、利用者の身体状態に応じて入浴ができるなど利用者の気持ちや個別にそった柔軟な入浴支援がある。	
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	体調や希望に合わせ、横になっていただいたりなど休息の時間を作っている。眠れない方には足浴や温かい飲み物を提供し、安眠できるよう支援している。		
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	薬剤情報をユニットごとにファイリングしていつでも確認できるようにしている。薬局を中心に薬の変更等ある際は効能や副作用など注意事項を伝えてもらい、それ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	施設内の役割分担ができつつある。一人ひとりの能力を見極めながら、その方の気分転換や楽しみごとはなにかを考え、支援を行っている。		
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	入居者の希望を取り入れながら、可能な時はドライブや散歩に出かけている。家族に依頼をして自宅を見に行ったりもする。	行事計画に沿っての外出や利用者の希望で自宅までドライブをするなど、普段いけない場所や家族の協力を得て戸外へ出かける支援がある。また、終末期の人にも中庭のウッドデッキまで移動して短時間でも戸外で気持ちよく過ごせる機会を作るなど、気分転換や五感刺激の機会づくりを日常的に取り組んでいる。	

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
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	移動販売時などでご自分で預かり金の中から支払ってもらったりしている。認知症カフェで販売を行った際はそろばんを持って会計をされていた。		
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	電話をかける方もいるが、難聴もありスタッフが間に入って対応している。手紙はご家族から届いたり、面会時にご家族に渡すために書いたりする方もいる。		
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	フロア内は動きやすい環境づくりを目指している。入居者同士で話しやすい空間や一人で落ち着いて過ごせる空間作りを提供している。	ユニットごとの共用空間は、「自然」「カフェ」をコンセプトにした木造づくりの木のぬくもりを感じる環境づくりがなされている。利用者同士会話を楽しむくつろいだ姿や、終末期の人もフロアに出て畳の上に横たわりくつろぐなど、一人ひとりの居心地が良く安心感のある場となっている。	
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	他の方からの視線をさえぎるためパーテーションで区切った場所を作ったり、入居者同士が話しやすい区間づくりを行っている。		
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	長年使っていた椅子を持ってこられたり、家族や孫の写真を部屋においたり、また、畳にお布団で休むなど、それぞれが居心地良く過ごせるよう工夫している。	家で畳の部屋で就寝していた方は、フローリングを畳に変えたり、テレビや使い慣れた椅子を持参されているなど、利用者の好みや馴染みの物が置かれている。また、ベッドや家具は、利用者一人ひとりの状態や動線に応じて置かれているなど今まで暮らしていた生活様式を大切に、その人らしく居心地よく過ごせる居室の配慮がある。	
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	それぞれの方に合わせ、文字や絵を使って場所ややり方を掲示している。職員を呼ばなくても自分で好みに動けるように努めている。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム利田の家

作成日: 令和1年12月30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	・看取りを終えた後、デスカンファレンスは行っているが、その後の職員のメンタルケアを行っていない。	看取り終了時には、必ずデスカンファレンスを行い、職員間のメンタルケアを行う。	・亡くなった後には、自分達の行ったケアを振り返り、亡くなった方との関わりを話題にすることで職員自身を癒す。看取りの研修、ミーティングを行い、スタッフ一人一人の考えや意見を言える場を作っていく。	3ヶ月
2	35	・現状に即した行動計画を立てられていない。	支援体制を明確にし、行動計画を作成することができる。	・消防団とコミュニケーションを図り、どのような支援が受けられるのか把握しておく。それらを基に新しく行動計画を作成し、職員に周知する。	6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、行を挿入してください。