

令和 2 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	1670900255
法人名	医療法人社団 啓愛会
事業所名	グループホーム はっちょうとんぼ
所在地	富山県小矢部市臼谷字岡ノ城6520番地
自己評価作成日	令和2年3月3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丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和2年10月29日	評価結果市町村受理日	令和2年12月2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）】

それぞれの人が、その人らしく生活できるよう、職員はともに寄り添う姿勢で支援している。自然に囲まれた中で、入居者の方に、自分のできることを無理なくして過ごして頂いている。毎月、季節を感じられるイベントを企画し、入居者に参加して頂くだけでなく、ご家族や地域の方をお招きしたり、地域の行事に参加したりと、地域の一員としての交流も大切にしている。

【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）】

事業所の介護理念「『じぶんらしさ』を大切に…あなたらしい生活を一緒に作りたい。今までの人生への尊厳と、今生きていることの喜び。これからの人生に尊厳を」が共有されており、利用者の意向やペースを尊重した支援が行われている。また、利用者が居心地良く過ごすことができる環境づくりにも配慮がなされている。利用者の様子や変化は家族にも周知されており、家族の安心にもつながっている。 事業所において、年間を通して季節を感じる行事が計画されているだけではなく、地域行事にも参加する機会をつくっており、楽しみや地域交流が図られている。

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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				2. 数日に1回程度ある
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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 自己	外部 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	事業所の理念は廊下に掲げてあり、管理者と職員はその理念を共有し、勉強会などで意識づける機会を設け、実践につなげるよう努めている。	入社する職員、入居する利用者やその家族には事業所の理念を伝えている。日々の業務や毎月の勉強会においても、理念に基づいた指導が継続的に行われている。また、理念に掲げられている「じぶんらしさ」に重点を置いた介護計画の作成、支援の実践に努めている。		
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	地域の行事に地域の一員として参加している。また、事業所の行事に地域の方を招き、参加して頂いたり、地域の保育所、小学校の子ども達とも、授業や催し物で来て頂いたり、行事に参加する等交流を続けている。	事業所で行っている敬老会やクリスマス会には地域の保育園児に来てもらい交流を図っている。また、小中学校の生活発表会に見学に行ったり、自治会行事の運動会や旅行に参加したり、施設行事である花見会や夕涼み会等に地域の方に参加してもらったりと、年間を通して地域と接する機会があり関係性が構築されている。		
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	実戦経験を活かし地域の方からの相談を受けたり、認知症サポーター養成講座、運営推進会議やオレンジカフェも開催し事業所の力を活かしている。			
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	ホームでの活動を報告したり、職員の事業所内外での研修会等参加の報告をしている。市、地域、家族代表の方々と意見交換を行い、サービス向上に努めている。	会議は2ヶ月に1回開催されている。市職員、市議員、自治会長、民生委員、利用者の家族代表等に参加してもらい、事業所行事や勉強会等の活動状況を報告している。また、地域行事や動物の出没状況の情報を得て、事業所としての対応に役立てている。家族代表からは面会対応について要望があがり、事業所で検討が行われた。	会議内容については、会議に参加していない職員には周知されているが、参加していない家族には周知がなされていない状況である。会議の開催日時等の関係で、参加している家族は特定されていることもあるため、参加していない家族に対しても、会議内容の周知を図ることや、事前に意見を集約する等の配慮が行われることを期待したい。	
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に取り組んでいる	認知症サポーター養成講座の協力や徘徊見守りの協力など日頃から連携をとっている。	市が開催している認知症サポーター養成講座の講師を事業所職員が務めたり、徘徊高齢者の対応訓練に参加したり毎月オレンジカフェを開催する等、地域住民に認知症の理解を深める啓発活動に協力している。また、市の連絡協議会にも加入しており、認知症高齢者の相談を受ける等の連携も図っている。		
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	勉強会等で理解を深め、身体拘束禁止委員会を立ち上げ、職員同士で意識を高めることで、身体拘束をしないケアに努めている。	年2回勉強会を行い、身体拘束に該当する禁止事項の確認を行っている。また、運営推進会議の際に、身体拘束禁止委員会を実施し、事業所の状況について確認を行っている。日中、利用者が自由に入出りできるよう、玄関の施錠は行わない対応をとっている。		
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	研修や勉強会で、虐待防止について学ぶ場を設け、身体、言葉の虐待が無いよう、職員同士注意を払い、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	勉強会や外部研修において権利擁護について学ぶ機会はあるが、職員の理解が不十分であり、活用についてはあまりできていない。		
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	契約の締結、解約または改定等において、十分な説明または、書面で理解、納得を図っている。不足することがあった場合は、その都度説明をしている。		
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	利用者からは、日々の会話や様子から思いをくみ取るようにしている。家族からは面会時や電話時に意見をお聞きし、希望があれば、管理者との面談をして頂いている。	利用者や家族の思いや要望は、個別ノートにまとめ職員間で共有している。家族とは面会時や3カ月毎の介護計画更新時に意向を確認している。利用者に変った様子が見られた際はその都度連絡し、1か月毎の様子を書面でも案内している。家族からの要望があれば、個別に面談し意向を確認する対応も行っている。	
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	面接時や日々の業務報告時など、職員が個々に意見を言ったり、週一回のリーダーミーティングで意見や提案を伝えたりしている。	年2回の面接や、日々の業務で相談等があれば管理者等が随時職員からの意見を確認している。また、理事長にも意見を伝える機会も設けている。不具合が見られる家電の対処や、職員の希望に応じて有給が取得できるよう、勤務調整を行ったり等の対応をしている。	
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	年2回の人事考課を実施し日々の勤務状況を把握し、評価している。また、その際個人面談もしており、個々の家庭環境等にも配慮し、より向上心を持って働けるよう、環境整備に努めている。		
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	その職員に合った研修を勧めたり、案内することで、個々が選んで研修に行っている。また、日々の業務に必要なスキルを得られるよう、先輩職員が指導している。		
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	同系列事業者対象の研修を含め、外部研修に参加することで、同業者との交流を図っているが、あくまで個々に任せている状態である。		

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	できる限り入居前にご本人、ご家族に見学に来て頂き、不安なこと、要望を聞いている。安心して過ごして頂けるよう、本人の言葉や表情、行動から困りごとを読み取り、信頼関係を築くよう努めている。		
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	家族の立場に立って、要望や困りごとなどをお聞きしている。ご本人とご家族の関係性も考慮しながら、ご家族の気持ちを受け止め、信頼関係を築けるよう努めている。		
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	事前に得られたアセスメントを踏まえつつ、ご本人やご家族の状態、要望を考慮し必要とすることを見極め、支援している。		
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	職員は入居者と共に過ごす中で、ご本人の持っている力を見極め、発揮する機会を作っている。		
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	面会時にはご本人の様子をお伝えし、ご家族が職員に相談しやすい雰囲気を作っている。また、ご本人だけでなく、ご家族を含めての支援を心掛けている。		
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	家族の協力で、馴染みの人と会ったり、場所へ行ったりし馴染みの関係が途切れないよう支援しているが、実際は関係が途切れてしまいがちである。	利用者の要望があれば、美容院に通う等、馴染みのある場所への外出を支援している。感染症対策の観点から、家族や知人との面会は外(敷地内)やガラス越しで行ってもらっている。面会に来ることが難しい家族には、関係が疎遠とならないよう、電話での連絡や、年賀状、暑中見舞いを送るなどの支援を行っている。	
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	利用者同士の関係を把握した上で、職員が適切に中に入り、関わり合いを支援することで、利用者同士が関わり合い、支え合えるよう支援している。		

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	退所時にはセンター方式等のアセスメント情報や最新のケアプラン、介護サマリー等を提供している。退所後も必要に応じて相談を受けている。		
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	直接答えられない方でも、日々の言葉、仕草や行動、表情からもご本人の希望、意向の把握に努めている。また、ひもときシートを活用し、職員で話し合いをしご本人の思いの把握に努めている。	利用者の思いは日々の記録等に残している。言葉にできない利用者には、表情や声のトーン等からその背景を探り、思いの把握に努めている。記録等に残した利用者の思いは、介護計画更新時に「ひもときシート」にまとめ職員間で共有し、支援内容の検討が行われている。	
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	事前に得られたアセスメントやご家族に記入して頂いたセンター方式を活用し、ご本人やご家族からも情報を得て、把握に努めている。		
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	24H 生活変化シートを利用し体調、気分、言葉等を記録し、職員間で情報を共有している。その中でご本人の一日の過ごし方や有する力を把握するよう努めている。		
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	ご本人、ご家族から意向を伺い、ユニットではひもときシートを使って職員間で話し合い現状に即した介護計画を作成している。	利用者本人、家族の意向、職員の意見を踏まえ担当者が中心となってモニタリング、介護計画の作成を行っている。単調な計画とならないよう「ひもときシート」の活用に関する勉強会や、他ユニットの職員からも意見を求める機会を作っている。	
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	24Hシートを活用し、日々の暮らしの様子やご本人の言動や表情を記録している。その情報を皆で共有し、介護計画作成や見直しに活かしている。		
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い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	施設内でできることを基本としているので、外部サービスの利用は、家族に依存している。その時の状況に応じて、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	近所の理容院の利用、園芸店からバラを購入して生け花をする、協力病院からの訪問看護、往診等、できるだけ地域資源を活用している。		
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	ご本人やご家族の希望を聞いてかかりつけ医を決め、受診を支援している。連携病院のDr.は月1回訪問診療して頂いている。	入居する際に、これまでのかかりつけ医を継続するか、事業所の連携病院に変更するか、選択してもらっている。連携病院からは基本月1回の訪問診療と、月2回の訪問看護に加え、突発的な体調不良等にも対応できる体制が取られている。連携病院以外のかかりつけ医を選択される場合は、家族に付き添いをお願いしているが、日常の様子や体調に関する情報を伝えるなどの支援を行っている。	
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	月2回の連携病院からの訪問看護があり、入居者のその時々状態や受診結果等を伝え、適切な看護、Dr.との連携を取れるよう支援している。		
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。	入院時には、本人の情報をできるだけ早急に医療機関にて提供し、退院後には、入院中の様子や退院後の指示など家族を通じ病院関係者より看護サマリー等で情報を得ている。		
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	重度化した場合や、重度化が見込まれる場合は、できるだけ早い段階でご家族と今後の方針を話し合い、医療機関と連携を図りながら、選択肢を示し、選んで頂いている。	基本的には看取り対応は行わない方針を取っており、利用者、家族にもその方針を伝えている。重度化した場合は、連携病院に繋ぐ等の連携を図っている。利用者の状態や意向によっては、継続して事業所で対応することも検討している。	
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	年1回消防署員を招いての応急手当の勉強会を行い、各ユニットに急変マニュアルを置き、対応に備えている。		
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	毎月25日、ホーム全員で避難訓練を行っており、年2回消防署立会の避難訓練も行っている。地域の防災訓練にも参加している。	毎月25日に火災を想定して、全利用者を避難させる訓練を行っている。その内、年2回は消防署に立会ってもらっている。また、年1回、市で行われている地震を想定した防災訓練にも参加している。	火災を想定した訓練は万全を期されているが、事業所の立地を鑑みると、土砂災害への備えが必要と思われる。避難所までの経路に危険区域があることから、行政等と相談や連携を図りながら、避難計画や訓練の実施に向けた体制の整備が図られることを期待したい。

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	一人ひとりの人格を尊重した声掛けをするよう努めている。また、プライバシーに関することは、他者に聞こえないよう配慮している。	各利用者の居室にトイレがあり、排泄環境面でのプライバシーは確保されている。入浴の際は、同性介助を行っており、利用者の羞恥心に対する配慮がなされている。また、トイレの促しや利用者に関する話を行う際は、他者に聞こえないよう努めている。	
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	ご本人が思いや希望を表しやすいような場面作りや声掛けをしている。二択などでご本人の決める力を引き出す働きかけもしているが、難しい場合は表情や口調、態度を観察し、ご本人の思いの把握に努めている。		
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	職員から提案することはあるが、ご本人の意思を尊重し、それぞれの方のペースで過ごせるよう支援している。		
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	洋服を選んで頂くなど職員が声を掛けつつも、ご本人にできることはして頂いている。理容院の利用を支援するなど、ご本人らしいおしゃれができるよう努めている。		
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	食事準備から盛り付けまで、入居者一人ひとりができることをすることで、食べるだけで終わらず、より食事を楽しめるよう支援している。	できる利用者には調理、盛り付け、配膳、食器の洗浄、食器拭き、片付け等を行ってもらっている。利用者だけでなく職員も共に食事を行っている。1日3食に加え、2回のおやつや、望む利用者にはそれぞれの嗜好品、また、恵方巻きや流しそうめん、餅つきやクリスマスケーキ作り等の季節に応じた食事を楽しむことができる機会が設けられている。	
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	一人ひとりの食事量、水分量を把握、共有し、必要量を確保するよう、ご本人に合った方法を選んで、ご家族の協力も得て支援している。		
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	個々の能力に応じ、見守り、介助等で支援している。		

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	その方に合ったタイミングでトイレの声掛けをしたり、誘導したりしている。職員間で情報を共有することで、トイレで排泄できるよう支援している。	排泄が自立してる利用者には、排泄の有無を職員に案内してもらうよう促している。排泄回数等は日誌に記録し、職員交代時の申し送り等で共有を図っている。支援が必要な方には間隔等に応じて声かけを行う等の対応を行っている。	
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	飲み物を工夫したり、運動して頂いたり、マッサージをしたり等、便秘にならないよう努めている。また、必要に応じて薬を服用して頂いている。		
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	入浴時間は職員の都合上、時間や人数が決まってしまうが、その中でも、ご本人に声を掛け、できるだけ希望に沿って入浴して頂いている。	毎日職員が対応できる時間に、利用者の希望に応じて入浴してもらっている。一般浴槽での入浴が難しい方には機械浴で対応している。利用者の希望に応じて、入浴中音楽を流したり、コミュニケーションを図ったり等の対応をしている。また、ユズやチューリップを浮かべたり、入浴剤を使用したり等季節や楽しみを感じられ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	一人ひとりのその時の状況に応じて、日中休んでも頂いたり、適度な運動をして夜間の良眠につながるよう調整している。		
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	全員分の薬の説明書に目を通しており、量や種類が変わった時には、全職員に周知し、本人の様子を観察し、医療機関に情報提供している。		
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	一人ひとりに合った役割や楽しみ事を把握し、楽しみ事や気分転換などができる機会を設けている。また、季節の行事など、定期的に施設全体での催し物も開催している。		
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	日中の散歩や日光浴は、職員が付き添って行っているが、施設外への外出はご家族に依存しており、満足に支援できていないのが現状である。	天気の良い日は近隣の神社まで散歩に行っている。利用者の希望に応じて、近隣の床屋やショッピングセンターに軽食を食べに行く機会を作っている。また、桜や菖蒲、コスモスなど季節の花を觀賞する機会も作っている。年に1回、地域の老人会が計画している旅行にも参加する機会がある。	

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	本人の希望でお金を所持している人もいる。使う機会は持っていない。		
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	希望があれば、電話をつないだり、手紙を送ったりと支援を行っている。毎年、年賀状や暑中見舞いを書き送っている。		
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	共用の空間は適温になっており、窓からは外の景色を眺めることができ、天気や季節を感じられるようになっている。また、入居者と一緒に生けた花を置いたり、季節の掲示物を飾るなど、居心地の良い空間づくりに努めている。	週1回地元のバラ園から、バラを届けてもらっており、利用者に生けてもらい共用空間に飾られている。日当たりのよい箇所には、椅子やソファが置かれており寛げるようになっている。また、毎日の清掃に加え、年3回ワックス掛けが行われており、清潔が保持されている。	
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	ホールや廊下にソファを置いたり、玄関内外にもベンチを置いたりし、一人または気の合う方同士で思い思いに過ごせるようなスペースにしている。畳のコーナーにはテレビが置いてあり相撲などを皆で観戦している。		
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	ご本人の使い慣れた物や、ご家族との写真、お好みの飾りを持って来て頂いたり、好きな音楽のCDを用意して頂いたりし、心地良く過ごせる居室作りを心掛けている。	仏壇や薬筆筒、茶器道具等それぞれの利用者に馴染みのあるものを持ち込んでもらっている。また、家族からの手紙を掲示したり、好きなテレビや音楽を視聴したりできる空間となっている。容量が大きいクローゼットもあり、季節に応じて布団や衣類を入替えることや、利用者が自身の部屋を認識できるような装飾の施しなどの支援を行っている。	
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	居室やいす等に目印を付けたり、それぞれの状態に合った道具を活用したりし、できることを無理なくして頂けるよう工夫している。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム はっちょうとんぼ

作成日: 令和 2 年 3 月 3 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	27	・日々の記録はしているが、内容が伴わず、介護計画には十分反映できていない。	・何の為に記録なのかを個々が考え、日々の生活、介護計画に生かせるようにする。	・実施中の介護計画を把握し、その内容に沿った記録を意識するよう全員で情報を共有する。 ・日々の記録を見直し、どのような記録が望ましいのか、勉強会等で理解を深める。	12ヶ月
2	13	・中堅以上の職員がほとんどであるが、スキルアップは個々の努力に任されており、全体的に成長が見られない。	・自身の求められている役割を個々が考え、受け身の姿勢ではなく、自らが発信する機会を増やす。	・言われたことだけをするのではなく、自ら動くことを習慣づけられるよう、個々の役割を持ってもらう。 ・職員の能力に合わせた役割を設け、他の職員の協力を得ながら達成する機会を設ける。	12ヶ月
3	24	・入居時に情報が不十分で、ご本人の生活歴がよくわからず、ご家族からの情報も十分に得られておらず、ご本人の持てる能力を十分に発揮できていない場面がある。	・ご本人・ご家族から十分にアセスメントを取り、その人らしい生活を送れるよう支援する。	・事前の情報では不十分であるので、センター方式を活用し、ご本人の情報を得る。ご家族に記入をお願いする際は、特に重要なシート等説明をし、できるだけ記入して頂くようお願いする。	12ヶ月
4	44	・便が出ていないときは、薬で調整するようにしているが、本来は薬に頼らず、運動や水分摂取等で排便を促すべきであるが、不十分である。	・排便の状況を考慮しつつ、薬に頼りすぎないように、各入居者に合わせて運動や水分摂取等で排便を促すようにする。	・排便の状況を職員間で共有し、必要に応じて運動や水分摂取等、無理なくできることからしていく。 ・必要に応じて薬を使用し、適度な排便を促すようにする。	12ヶ月
5	41	・食事摂取がなかなかできない方に対して、食事介助が不十分で、ご家族に任せきりということがある。	・ご本人やご家族、職員それぞれに負担の無いよう、食事介助が必要な方に対しては、ご本人のペースに合わせた介助を行う。	・食事のすすめ方、介助の方法など、うまくいった時やそうでない時それぞれの情報を共有し、お互い無理なく食事介助ができるよう配慮する。	12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。