

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	1690100183		
法人名	社会福祉法人三寿会		
事業所名	グループホームあざみ		
所在地	富山県富山市辰巳町2丁目4番12号		
自己評価作成日	平成29年10月26日	評価結果市町村受理日	平成30年1月4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	
----------	--

【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29年11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)】

『のんびり・ゆったり・穏やかに、お互い様を忘れず笑顔通う生活支援』の理念のもと、明るく元気なスタッフが「自分が入りたいホーム」を目指し、利用者様の笑顔を引き出すべく日々ケアにあたっています。「～したい」を実現し、歳を重ねたり、重度化しても、自分らしく生き生きとした生活が継続できるよう支援しています。

【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)】

理念「のんびり、ゆったり、穏やかに、お互い様を忘れずに、笑顔通う生活支援」を掲げ、利用者のできる事や「～したい」という思いに視点を置き「生活意欲の向上」「生きがい」につなげる支援に積極的に取り組んでいる。車いす利用者が、好きだった卓球に取組んだことにより立つことができるようになったり、外出時にお化粧品などおしゃれをして出かけることが楽しみになるなど活動的な生活意欲に繋がっている事例から、スタッフの高い介護意欲の取組みが伺える。各種委員会においてもサービス向上につながる活発な活動や、パソコンを活用して情報共有を図り、利用者本位の質の高いサービス提供につながる支援に努めている。また、地域のつながりを大切に、月1回の施設開放や地域行事参加での地域の方々との交流が実践され、開かれたホームになっている。

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	法人理念に基づき、それを実践するにはどうしたら良いかをミーティングで話し合い、業務改善やケアプランに繋げている。	職員の意見を取り入れた事業所独自の理念を作成し、事業所内掲示やパンフレット掲載で、職員、外部者共に理念の共有が図られている。また、スタッフ全員の意識統一を図るため研修会やアンケート等を実施し、理念に沿った利用者ペースのサービスを実践している。	
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	あざみ喫茶(月一回)、あざみ祭(年一回)、避難訓練等で地域の方に事業所に来て頂いている。公園清掃(年二回)、五番町文化展への参加、買い物や外食等で地域に足を運び、地域の一員として交流が持てるよう努めている。	町内会に加入し、回覧板で町内会や地域の行事を確認し、利用者と一緒に積極的に参加するよう努めている。地域文化祭には利用者作品を展示したり、事業所の行事を地域に知らせ、施設を開放し地域の方々と交流する機会を多く持つなど地域のつながりを大切にしている。	
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	あざみ喫茶においてお茶を飲みながら交流を図り、その方らしさを見て頂き、認知症の人の理解や支援方法を伝えている。		
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	二ヶ月毎に運営推進会議を開催し、活動報告を行っている。地域住民や地域包括支援センターからは行事や地域の情報を得ている。参加できない家族には議事録を送付し、話し合われた内容を提示している。	2ヶ月ごとに会議を開催し、運営状況や活動内容を報告し意見交換や地域のイベント情報の収集が行われている。開催時は家族全員に出席を呼びかけ、忌憚のない家族意見の収集に努めている。委員であるドラッグストアの店長がホームの実情を知ったことにより、利用者の来店時には重い荷物の配達などの協力が得られるようになった。また、会議の議事録は、後日家族に配布されている。	
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	地域包括センターには運営推進委員として定期的に取り組みを報告している。介護相談員の受入れ、市主催の研修参加など関係作りにも努めている。	推進会議の委員でもある地域包括支援センターとは、ホームの実情の理解が得られているとともに協力関係が築かれている。現時点では、市担当課に直接相談・助言をいただく事柄はなく、地域包括支援センターとの連携を密にして問題等の対応が図られている。	
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	施設内研修(年一回)や外部研修参加でそれぞれが自己のケアを見直す機会を持ち、『身体拘束をしないケア』の意識付けを行っている。	事業所内研修会で、身体拘束のリスク・具体的な内容・言葉による行動抑制等の理解を深め、身体拘束をしないケアの意識付けに力を入れている。事業所内は、利用者の行動制限につながらないよう見守り・寄り添いを重点にケアが行われ、無意識の言葉等による拘束が認められた場合は、そのつど指導し、身体拘束をしないケアが実践されている。	
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ざされることがないように注意を払い、防止に努めている	施設内研修(年一回)や外部研修参加で虐待についての理解を深めている。身体的虐待だけでなく、言葉による虐待についても職員間で注意を払っている。		

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	パンフレットを事業所に常備し、必要に応じて関係機関に連絡をしたり、必要性を家族に照会したりしている。		
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	契約書、重要事項説明書を読み上げ説明をしている。また分かりやすい表現で伝えるように工夫し、疑問や不安がないか等確認をしながら行っている。		
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	入居者との日々の関わりの中で思いを伺ったり、ご家族には面会時やケアプランの説明を行う際に要望等を伺っている。	家族に毎月ホームでの生活ぶりの情報提供を行い意見、要望の表せる機会につなげ、面会や介護計画説明時にも積極的に意見・要望を聞き取っている。日頃の利用者の何げない言動や関わりの中から見えるしぐさ等から意見・要望の把握に努めて記録し、職員全員で共有して運営やサービスに反映している。	
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	毎月会議の時間を設け業務改善に関する意見などを話し合っている。	職員は月1回のミーティング時や自己評価(年3回)後の管理者との個人面談で、意見・要望を言える機会になっている。また、日頃においても、管理者は職員と積極的にコミュニケーションを図り、意見・要望の把握に努め、その意見・要望はあざみチーフミーティングで検討し、運営やサービスに反映している。	
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	現場の状況に応じた勤務時間体制、夜勤帯は休憩時間を確実に取れるよう配置している。		
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	月に一度事業所内で研修を実施すると共に、県グループホーム協議会が主催する研修、県・市が実施する研修などに派遣している。		
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	グループホーム協議会が主催する研修に積極的に参加し、同業者と交流する機会を設けている。年一度の地域密着型合同研修に参加し、小規模多機能事業所との交流も行っている。		

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
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	事前面接でご本人またはご家族より、これまでの生活状況や習慣、こだわり、要望等をできるだけ具体的に伺い、職員で共有した上で少しでもご本人が安心できる環境を整えられるように努めている。		
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	不安が軽減できるよう、ご家族とは十分にコミュニケーションを取り、相談しやすい雰囲気作りに努めている。		
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	利用申込時の相談内容や状況から必要なサービスを見極め、状況に応じた他のサービス利用の紹介を行うとともに、状況によっては直接関係機関に連絡を取り、速やかなサービス導入に繋がっている。		
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	「ホーム」として利用者、職員それぞれが得意な事、できる事を行いながら協働した生活をしている。		
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	月に一度広報紙と共に一人ひとりの生活状況、健康状態を写真入りでお知らせしている。体調他、状況に応じてこまめに連絡を取りながら、できるだけ足を運んで頂くよう働きかけを行っている。		
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	飲食店、スーパー、美容院など馴染みの場所に足を運べるよう支援している。また友人・知人の面会時にはゆっくり寛げるよう配慮している。	家族の協力のもとに、自宅への外出泊や馴染みの店への買い物・外食などへ出かけている。また、スタッフの関わりにより、利用者の希望する場への個別外出やゆっくり過ごせる面会時の配慮などが行われている。同事業所内通所サービスの馴染みの方との交流や利用者居室での家族の宿泊など、馴染みの方々や場の関係が継続される支援を行っている。	
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	利用者間の関係がうまくとれるように、テーブル座席の工夫を行っている。また共有空間の中でも、他人の視線を気にせず過ごせるよう空間作りなど工夫している。		

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	退所となり契約が終了となった場合も、次のサービスが開始されるまで相談や支援をし、しっかりフォローしている。		
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	日々の関わりから「～したい」というご本人の思いを探って記録に残し、職員が共有している。	日々記録している利用者の言動や家族の意見、要望をアセスメントシートに整理し、サービス提供時の表情・仕草・何げない言動を気づきノートに記録し、思いや暮らし方の希望の把握に努めている。また、記録は利用者の言葉でありのままに残し、職員に回覧して情報を共有している。	
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	初期のアセスメントに、ご本人やご家族との日々の関わりから知り得た情報を加えながら、より具体的な『ご本人らしさ』の把握に努めている。		
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	システムに入力をする前のメモとして24時間シートに食事や排泄、睡眠状態、水分摂取の状況、一日の過ごし方などを記入し、一覽で確認できるようになっている。引き継ぎ時には、それを利用して利用者の状態を把握している。		
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	定期的なカンファレンス、必要に応じて即時ミーティングを実施し、課題に対して話し合っている。プラン更新時だけでなく普段からご家族とコミュニケーションを図り、意見を伺っている。	1ヶ月ごとにサービス進捗状況のモニタリングを実施し、ケア・カンファレンスで検討して状況に応じてサービス内容を変更・追加している。6ヶ月ごとの介護計画見直し時には、アセスメントシートの見直し、家族が出席する「サービス担当者会議」を開催し、家族の要望や意見を反映した現状に即した計画を作成している。	
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	『気付きノート』を記入し、毎月ケアプランの中の小目標を意識して実践できるように努めている。小さな気付きなども記入し、ケアプランに繋げる情報収集としている。		
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	通所介護が併設されている為、リハビリ機器の利用などを取り入れたり、気分転換を狙い通所介護のレクリエーションへ参加したりしている。		

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
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	町内の草むしり、廃品回収への参加。近所のドラッグストアでは重い荷物の配達をしてもらえるため、自動車を使用しなくても散歩を兼ねて気軽に買い物できるようになっている。		
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、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	今年度に入り、グループ内のクリニックと連携がとれるようになった。これまでのかかりつけ医と選択し、ご家族の支援が難しい方や希望される方には利用して頂いている。	契約時にグループ内クリニックの情報も提供し、家族・利用者が希望するかかりつけ医の選択に繋げている。クリニックとは往診や24時間連絡体制を築き、同事業所看護師が中心となり体調変化に早めに対応し、ホーム生活継続を支援している。外部医療機関受診時は家族の同行によるが、状態等の情報提供は書面で行われている。	
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	日常の些細な変化も記録に残し、気付いたことはその都度看護師に報告相談し、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。	疾病により入院治療が必要になった場合は、生活上の障害に対する支援のポイントなどを情報提供するとともに、早期退院に向けて医療機関と連携を図っている。		
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・看取り指針の作成とともに、契約時に終末期に向けた場合の説明を行い、あらかじめご家族の思いを確認している。	契約時に、事業所の重度化・終末期に向けた方針を説明し理解を得ている。重度化や看取りケアが必要になった場合は、かかりつけ医の意見・家族の意向を確認しながら、利用者本位の支援に努めている。看取りケアの実践はないが、今後看取りケアに向け準備が必要と考えている。	職員研修や家族への説明・理解を得るなど、看取りケア実践に向けた準備に期待したい。
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	事業所内で実施する研修に加え、消防署が実施している救命講習を定期的受講している。		
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	災害訓練には隣人住民にも参加を依頼。同法人の施設が斜め向かいにあるため、夜間は協力体制をとっている。	火災訓練は年2回(日中、夜間想定)消防署の協力を得て、同事業所内の他サービスと合同で隣住民や利用者が参加して実施している。火災報知機が連動している斜め向かいの同法人ケアハウスと協力体制を築いている。他の災害時には、地域避難場所は距離があり、3階建て耐震構造の事業所建物で避難することになる。	

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
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	利用者への声かけは、丁寧語、尊敬語を基本としている。人格を尊重しつつも、一人ひとりの個性や希望、その時の状況にあった対応を心がけている。	事業所内接遇研修を通じ、人格を尊重しプライバシーを確保したケアの理解を深め、日々の申し送りやミーティングで一人ひとりの言葉かけや接遇方法を確認しながら、日々のケアが実践されている。	
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	自己決定が難しくなってきた方には選択肢を上げ、できるだけご自分の意思が示せるようにしている。それでも困難な場合は、これまでの関わりからよりその方の思いや希望に沿ったものになるよう配慮している。		
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	詳細な日課は決めず、一人ひとりのペースに合わせ自由に過ごして頂いている。		
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	着る洋服はできるだけご本人に選んで頂くようにしている。外出時は、化粧をしたり、帽子やスカーフを合わせるなど身だしなみに配慮している。		
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	食事毎に調理、盛り付け、洗い物、テーブル拭きなど役割分担し、その時できる人が行っている。自由献立と一緒に考え買い出しに行ったり、ランチやティータイムなど『食』に対する楽しみが持てるようにしている。	利用者のできる調理の下準備や盛り付け・洗い物を一緒に行い、職員と食卓を囲み会話を楽しみながら食事をしている。希望を取り入れた月1回の自由献立や季節ごとの手作りおやつ・誕生日にはケーキでお祝い・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	一人ひとりの摂取状況を記録し、過不足がないか把握している。場合によっては主治医に相談し、栄養補助食品を提供している。		
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	利用者の状況・状態に合わせ、口腔ケアの声掛けや介助を行っている。義歯使用者は夜間洗浄剤で浸け置きしている。		

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	個々の排泄パターンを把握し、必要な方には声掛けや誘導を行っている。排泄用品もその方の尿量や状態に合ったものを検討し、ご家族に相談しながら使用している。	24時間対応の排泄チェック表や排泄時の習慣、しぐさを確認しながら、声かけ・誘導を行いトイレでの排泄を支援している。また、夜間のポータブルトイレ設置や紙パンツ等の選択など個別の対応を行い、排泄行為が自立につながるよう支援している。	
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	十分な水分摂取と活動性を高めることで、なるべく自然排便となるよう支援している。牛乳やヨーグルトなどを勧めたり、ドリンクの種類を増やすなど工夫している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴されるかされないかは、基本ご本人に意思決定して頂いている。	利用者自身でその日の入浴を決めて、最低週2回を目安に職員と1対1で利用者のペースに合わせてゆっくりと入浴している。身体状況に合わせて同事業所内の椅子浴の利用やゆず湯・数種類の入浴剤を使用するなど、安全で楽しみな入浴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	生活リズムや活動状況に応じて午睡を促したりしている。夜間の睡眠環境は一人ひとりに応じて支援している。		
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	内服薬の内容は一覧でまとめ、変更があった場合もどの薬がどんな目的で変更になり、何に注意するのかを明確にし周知出来るよう努めている。		
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	これまでの生活習慣や趣味など一人ひとりがしたいと思える活動に繋がるように支援している。		
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	ご本人の希望に沿って飲食店、ショッピングセンター、美容院等外出できるよう調整している。ご家族と共に自宅や外食、墓参り、市外へのドライブやショッピングへ出掛けられる方もいる。	季節感や希望を取り入れた年間行事計画を作成し、季節ごとの花見や地域の観光地に月1回は外出している。日常的に利用者の希望に沿って、散歩・買い物・外食など外出の機会を多く持つよう努めている。また、誕生日には職員が付添い、希望する場所等へ個別に外出する支援も行っている。	

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
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	紛失のリスクをご家族に説明した上で、できるだけご本人に所持してもらっている。また自己管理できない方であっても、買い物時ご自分で支払いできる場面があればサポートしている。		
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	電話をかけたい時は自由に使用できる。携帯電話を持っておられる方はこまめにご家族と連絡を取り合っている。		
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	テーブルやテレビの配置を工夫したり、状況に応じて移動式のスクリーンを使用したりしている。夏場は西側のテラスの窓にはグリーンカーテンを作っている。心地の良い空間作りに努めている。	空調や光彩を管理し、畳の間や椅子・ソファを適所に配置し、利用者が思い思いに過ごせる空間になっている。また、フロアに面した広いテラスでは、日光浴や花火大会等が楽しめるスペースになっている。生活空間であることを意識した落ち着いた装飾品が飾られ利用者が憩える場になっている。	
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	食堂・リビングがオープンの一間であるが、家具などの配置を工夫して寛げる空間作りをしている。		
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	ご家族に説明し、家具や電気製品、調度品など、馴染みのものを準備して頂いている。ご本人が『自分の居場所』として居心地良く安心した生活が送れるよう、自宅に近い環境作りを心がけている。	広々とした居室には、畳のフローリングやベッド・クローゼット・エアコンが整備されている。自宅からの持ち込みは自由で自宅環境に近い配置を行い、使いやすさに配慮している。また、移動の動線に合わせてつかまり棒を設置するなど、安全に配慮した個別対応が実施されている。	
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	トイレの表示を大きくしたり、居室入口には小物を飾るなどして分かりやすいよう工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームあざみ

作成日:平成 29年 12月 28日

目標達成計画

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	38・39	ADLや認知症状など利用者様の状態により、関わり(携わる時間)に差が出てしまう。業務に追われると、利用者様とゆっくり関わる時間が持てないことがある。	・一日一回は利用者様と個別にゆっくり寄り添う時間を作る。	①利用者様個々のこだわりや日課を把握し、継続的に行えるよう職員がサポートする。 ②行事や外出時のみならず、コミュニケーションをとりながら日々の整容を丁寧に行う。	12ヶ月
2	40	自由献立は月1回、外食も年に数回。利用者様が好きな物、美味しい物を食べる機会をもう少し持てないか。	・「食」の楽しみの機会を増やす。	①全員が参加する行事としてではなく、個別に利用者様の希望を伺い、少人数でも外食に出掛ける機会をもつ。	12ヶ月
3	33	看取りケアの実績がなく、実践に向けた準備が整っていない。	・看取りケアについて職員が共通の理解を持つ。	①職員への重度化・看取り指針の周知。 ②看取りケアについての研修を行う。	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、行を挿入して下さい。