

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要(事業所記号)】			
事業所番号	1670201266		
法人名	株式会社 マルエケア		
事業所名	かざぐるまグループホーム		
所在地	高岡市熊野町2-2		
自己評価作成日	平成28年1月20日	評価結果市町村受理日	平成28年3月28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28年2月9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)】

・利用者と職員が共に暮らしている気持ちを大切にしています。炊事、洗濯、掃除など生活歴や利用者の力を活かして協力しながら行っています。
 ・定期的な外食、季節に応じたドライブや外出など気分転換にも努め、ともに楽しく過ごせる場面作りに努めています。職員の趣味や特技をいかして敷地内で花や野菜を育てたり、歌をうたったり、詩吟に参加したりと日々の活動にもバリエーションを持たせています。
 ・併設のデイサービスとの交流、隣の熊野神社への定期的な参拝により馴染みの人、近所の方との交流を図っています。

【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)】

事業所理念「おもしろい」を根幹に、職員は利用者一人一人に向き合い、その人らしい暮らしを実現するための支援をしている。習字をしたり歌を歌ったりなど、本人が好きなものや興味のあるものを余暇活動として取り入れたり、本人の意向を伺いながら、日常生活でしたいことややりたいことを手伝ってもらうなど、本人の生きがいとともに機能維持につなげている。また、敷地内の野菜作りは、旬の野菜を楽しむとともに気軽な気分転換にもなっている。日差しが差し込み、明るく暖かい室内で、職員と利用者が、昔から馴染みのある家庭料理を作り、談笑しながら食事を楽しむ様子から、自然な形で理念に基づくケアを実践していることが伺えた。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	「おもいやり」を共通理念として、利用者個々の意思や希望を尊重し自己決定を大切に して充実した生活が送れるようなサービス提供に努めている。また安全で安心して暮らせる場となるように努めている。	事業所の共通理念、「おもいやり」を事業所の玄関や廊下の壁など職員、家族の目につきやすい場所に掲示して日頃から意識するようにしている。また、ミーティングで常に理念について話し、全職員で共有している。	
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	自治会に加入し、地域社会とのつながりを大切にしている。同事業所内のデイサービスとの交流を図っている。町内や隣接する町内の獅子舞を迎えたり納涼祭に参加したり、近隣の保育園の運動会を見学に出かけたりして交流を図っている。	事業所として自治会(町内会)に加入し、積極的に地域の情報を収集し、町内会が主催する納涼祭に参加するなど、地域の一員として交流を図っている。また、事業所が行うもちつき大会に地域の方を招待したり、近隣の保育園の運動会へ参加し、園児と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	運営推進会議の中で行事を行うことで利用者と関わってもらい認知症の方の理解や支援の方法を見てもらっている。人材育成の貢献として実習生、14歳の挑戦の受け入れを積極的に行っている。		
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	所属している自治会長、校下連合自治会長、社会福祉協議会長、民生委員協議会長、地域包括支援センター等で構成されている。行事に参加していただいたり、取り組み状況の報告、その場でいただいた意見などを参考にサービス向上に努めている。	運営推進会議には、自治会長、校下連合自治会長、(又は代理人)、住民代表(宮司)、保育園園長、家族代表、地域包括支援センターが参加し、事業所の取り組みや行事のこと、また、改善事項等を話し合っている。また、利用者の食事内容等の質問があったことから会議の時に公表して理解してもらう等、サービスの質の向上に活かしている。	
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	課題が生じたときには市担当者に適宜、指導・協力をお願いしている。	日頃から市の担当者と連絡を取り合い、その都度情報提供して、相談にのってもらう等、協力関係を築いている。	
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	生命の危険に関する場合など、緊急や止むを得ない場合を除き、身体拘束は行わない旨運営目標に掲げるとともに、身体拘束排除に関するマニュアルを作成し研修を行っている。	高齢者の身体拘束に関する勉強会を実施したり、身体拘束排除の指針やマニュアルを作成している。ミーティングの際やその都度、全職員で身体拘束を行わないことを話し合い、共有認識を図っている。	
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	職員に高齢者虐待防止研修をうけてもらったり、年一回は高齢者虐待防止法の理解を促す機会を設けたりしている。		

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
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	管理者や職員は積極的に学習の機会を持ち、この制度等の適用が必要な利用者に対しては安心して生活できるように支援していかなければならないと認識している。		
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	入所に際しての契約時に利用者や家族には運営の方針、留意事項、利用料金等についての説明をして署名捺印をもらい契約を交わしている。後々新たな契約事項が発生した場合はその都度説明している。		
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	家族の面会時には、職員から積極的に状況等を伝えるようにし意見を言ってもらいやすい雰囲気作りに努めている。利用者や家族から聴いた要望はミーティングで話し合い、介護計画書他、運営に反映させている。	家族が面会に来た時に自由に意見が述べられるように玄関に意見箱を設置したり、気軽に職員に声をかけられるような雰囲気作りに努めている。また、聞き取った意見等は、「申し送りノート」に記入して、全職員で共有し、話し合い、介護計画書にも反映させている。	
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	日常的に職員の意見や提案を聞くようにしている。施設長も毎日事業所の様子を見、その都度意見を聞いて対応している。	管理者は、日頃から職員とコミュニケーションを図るように心がけ、意見や提案がないか問いかけたり、聞き出したりするようにして運営に反映するようにしている。	
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	施設長は毎日事業所を見回り、管理者と情報交換し就業環境の整備に努めている。事業所はミーティングなどによる職場内コミュニケーションの円滑化を重要課題としている。		
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	外部研修の案内の情報は回覧等で職員に知らせ、そのための休日は優先的に休めるように配慮している。外部研修を受けた際には月一回のミーティングで報告してもらい全員が周知できるようにしている。		
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に属し、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作っている。		

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	事前面接でご本人に会い生活の状態の把握、ご本人の不安や思いを理解でき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	相談があった時には利用を勧めるのではなくまずゆっくり話を聞くようにしている。ご家族の思いを聴くことで信頼関係をつくることにつなげている。		
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	相談があった段階でご本人、ご家族の状況や思いを把握するように努めている。必要に応じて他サービスの紹介をしたり、地域のケアマネジャーと連絡をとり連携を図っている。		
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	ご利用者の得意分野で力を発揮してもらえ場面づくりに努めている。そのような場面にはご利用者を人生の先輩として称賛したり感謝するといった一緒に暮らす関係を築くようにしている。		
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	ご利用者の日々の様子をきめ細かく伝えるようにしている。情報を共有することでご家族の思いに寄り添いながら、本人を共に支えていく援助ができるように努めている。		
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	通っていた美容院に行き続けたり、友人に来てもらって部屋でゆっくり過ごされたりと交流が途切れないようにしている。同事業所のデイサービス利用時の友人と定期的に会う機会を作っていることもある。	昔から行きつけの美容院へ髪を染めに定期的に通うなど、これまで大切にしてきた馴染みの関係が途切れないように支援している。また、隣接する同事業所のデイサービス利用時に知り合いと会う機会を設けるなど支援している。	
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	ご利用者同士の関係性について情報共有を図っている。情報を活かして職員が調整役となり、活動の場面や食事の時間など円滑に楽しく過ごせる場面づくりに努めている。		

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	サービス利用がなくなってもご家族の相談にのっている。定期的にご利用者の状態について確認し急に関係性を絶たないように努めている。		
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	入所時にご家族や本人から思いや意向を聴くようにしている。また日々の会話、関わりの中で行動や表情から希望や思いを汲み取れるように努めている。	入所時にアセスメントツールである「センター方式」を活用して、本人の「できること、できないことシート」に記入して本人の持つ力や思い、意向についての把握に努めている。さらにそこから得た情報を「申し送りノート」や介護計画書に組み込んでいる。	
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	生活歴や暮らし方、入所に至る経緯などご本人の語りや、家族、必要に応じてケアマネジャーや近所の人に聞きできる限り情報収集に努めている。		
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	介護記録や申し送りノートにより一人ひとりの毎日の過ごし方、状態を把握するようにしている。日々の暮らしの中で気付きを大切に“できること、わかること”の把握に努めている。		
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	その人らしく暮らすための課題について本人や家族の意向を踏まえた上でミーティングなどで意見やアイデアを聞き介護計画に反映するようにしている。	本人や家族には、日頃の関わりの中で、思いや意向を聞き、反映させるようにしている。また、ミーティングで意見やアイデアを聞いて、利用者個々の状態に合わせて、介護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	介護計画の実施状況の評価とともに、個人の介護記録や申し送り、排泄表を記入し情報を共有しながら介護計画の見直しにつなげている。		
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	ご家族の状況、希望に応じて通院の付き添いや送迎などに対応している。		

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	ボランティアの訪問や移動図書によりご利用者が生き活きと暮らせるようにしている。さらなる地域資源の把握に努めていきたい。		
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	かかりつけ医の往診が月一回ある。入居時にご家族に提携医のことを説明し希望に沿って決めている。かかりつけ医の往診時には状態を記したものを先生に掲示し、直接状態を伝えて適切な医療を受けられるように支援している。	利用者の半数は、本人や家族が希望するかかりつけ医になっていて継続的な医療を受けられるように支援している。受診や通院は、基本的には家族同行の受診となっているが、場合によっては、職員が代行するようにしている。	
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	併設事業所兼務で看護師を配置している。日々の中で気付いた些細な体調の変化はその都度看護師に相談している。看護師の指示を受けて適切な対応、適切な受診につなげられるようにしている。		
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。	入院された際はご本人の生活状況や支援の方法について情報提供している。入院中はお見舞いに伺い病状や状態の把握に努めるとともに、ご家族や医療機関に確認し情報交換を行ってすみやかに退院できるようにしている。		
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	入居時にご家族に事業所としての方向性を説明するようにしている。状態変化があった場合はその都度ご家族に相談し、事業所としてできることをお伝えしてできるだけ希望に沿えるように対応している。	事業所の看取り指針やマニュアルは整備されているが、現在のところ看取りの実施はない。本人の状態が変化したときには、その都度、早い段階から家族と話し合いを行い、方向性を決めている。	看取り指針等が整備されているので、事業所と本人、家族、そして医療との連携を図り、チームで支援に取り組まれることを期待したい。
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	緊急時対応マニュアルを作成している。ミーティングで定期的に確認を行っている。応急手当などはビデオ研修は行っているが全員が実践力を身につけているとはいえない。		
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	年2回の防災訓練を行っている。避難訓練や防火研修を通して職員一人一人が避難の方法を学んでいる。運営推進会議を通して近所の方、地域の方に協力をお願いしている。	火災の避難訓練を年2回実施しており、そのうちの1回は、消防署の立会いのもと実施している。その際に地域の人も参加して協力体制を築くようにしている。また、地震災害のときの避難方法について勉強会を開いている。	

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
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	居室に入る際には必ず本人の了解を得て入室するようにしている。また介助の際にもさりげない声掛けや対応をしている。職員が個々に関わり方を点検しミーティングで意識の向上に努めている。	一人ひとりの居室へ入るときは、必ず利用者本人に声をかけて了解を得てから入室するようにしている。利用者の人格を尊重するためにどのような対応方法が良いのか「申し送りノート」に記入し、意識付けを図るようにしている。	
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	希望されることや好みを大切に、塗り絵、読書、裁縫、などの活動の選択、日々のお茶の時間には飲み物の選択など自己決定できるような声掛け、選択肢の提案をしている。		
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	一人ひとりのペースを尊重しその日の体調や気分などの情報を職員間で共有しながら、掃除や買い物、静養など本人の希望に沿って過ごしてもらっている。		
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	起床時には一人ひとりに合わせて整容の見守りや介助を行っている。外出の際には相談しながら一緒に洋服を選びおしゃれができるように支援し、日常会話の中でも似合う色や服を話題にして身だしなみに関心がもてるように支援している。		
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	野菜の皮むき、材料切り、もやしのひげとり、後片付けを一緒に行っている。嫌いなものに関しては代替メニューを考えて提供している。職員がテーブルを囲み一緒に食べることで食事を楽しむ支援をしている。	朝食と夕食は、職員で利用者の好み等も取り入れながら献立を考えている。利用者ができることをアセスメントし、野菜の皮むきや切ること等、職員と一緒に、利用者個々の力を活かすように支援している。利用者と職員が楽しく食事ができるような雰囲気作りを大切にしている。	
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	一緒に食べることで状態や力の把握に努めるとともに、一人ひとりに合わせて盛り付けの量や形態を変えている。食事摂取量を記入して一日の量を確認し食事量が少なかった時には捕食で補っている。10時15時はお茶の時間として、それ以外にも適宜水分を提供す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	毎食後歯磨きの声かけを行い、一人ひとりに応じて見守ったり、介助している。必要に応じて就寝前には義歯を預かっている。		

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	排泄チェック表を記入して排泄パターンを把握し声掛け、誘導をしている。声掛けでの誘導に応じられない方にはトイレの前を通られたときにさりげなくお誘いしている。	一人ひとりの「排泄チェック表」を付けて、排泄のパターンを把握し、トイレで排泄できるように個別に声かけを行っている。自立排泄できる方(布パンツ使用者)に対しても、タイミングを見て声掛けしたり、排泄状況を確認するなどし、排泄自立の継続につなげている。	
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	体操や歩行練習、個別に便秘を改善するための体操、牛乳の提供や、チェック表を用いて水分をこまめに提供するなどの対応に取り組んでいる。		
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	入浴回数はできるだけ希望に応じている。その日の体調や気分を考慮して柔軟に対応し、入浴の時間を変更するなど個々に沿った支援をしている。	一人ひとりの意向や希望に沿って入浴してもらっている。入浴を拒否する方には、タイミングを図るなどの工夫をしている。また、入浴できない体調不良や身体機能低下時は、清拭したり、衣類の交換をするなどして清潔に心がけた支援をしている。	
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	夜間の様子を情報共有しながら様子によっては日中に休息してもらうようにしている。寝つきにばらつきのある方には生活の記録とともにかかりつけ医に相談して薬剤について調整するように努めている。		
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	薬情をファイルしすぐに確認できるようにしている。薬に変更があった場合は口頭で伝えるとともに申し送りノートに記入し全員が把握するように努めている。薬によって症状の変化が考えられるときは記録の徹底、必要であれば別紙を使用し状態把握をしている。		
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	調理、後片付け、洗濯物干し、洗濯物たたみなどお願いできそうなことを頼み役割を持ってもらえるようにしている。裁縫や畑仕事など生活歴から経験や特技を発揮できる場面を作るようにしている。アクティビティで歌ったり体を動かすなどして楽しく過ごせるような時間をもうけている。		
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	季節に応じてドライブや外食などにでかけている。日常的には散歩、必要なものの買い物、食材の買い出しを一緒にいくなどして気分転換の支援をしている。	食材の買い出しや隣の神社への散歩等の日常的な外出の他、季節に応じてのドライブや新幹線を見学に行き、その後に外食してくるなど、利用者のその日の希望に沿って外出できるように支援している。	

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
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	外出や買い物の際にはご本人が支払いできるように支援している。手元に財布がないと安心できない方には少額のお金を持ってもらい家族に定期的に確認してもらっている。		
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	希望されればいつでも自由に電話を使用してもらっている。		
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	季節感が感じられるように展示物をするように心がけている。その一つとして花や植物を取り入れている。共有スペースにはソファに座ってテレビを見たりビデオ鑑賞する空間があり、その時々状況に応じて音楽を流し居心地の良い場となるように努めている。	明るい陽射しが差し込む室内は、畳コーナーがあったり、適所にソファが配置してあるなど、利用者は思い思いの場所で寛ぐことができる。ゆったりとした空間の中で、気の合う利用者同士談話するなど、落ち着いた時間を過ごすことができるよう支援している。	
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	ベランダにベンチを置いたり、廊下端にソファを置いて一人になれたり、気の合う仲間同士で談話できる場となっている。		
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	なじみの家具を持ち込んだり、写真やアルバムを飾ったりして居心地よく過ごせるように配慮している。畳の利用を希望される方には畳を敷いている。	広々とした居室は、各部屋に洗面所と押入れが設置されている。利用者一人ひとりの状態に合わせて、ベッドの位置を変えたり、希望に沿って畳敷きに設えたりなど、本人が居心地良く過ごせる空間になるように工夫がなされている。	
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	一人ひとりのわかることを見極めながら状況に応じて居室やトイレに貼り紙をしてわかりやすくしている。洗濯物を自分で干せるように衣類掛けを用意してできることを支援している。		

(別紙4(2))

かざぐるまグループホーム

作成日: 平成 28 年 3 月 25 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	12	重度化や終末期に向けた看取りの指針が整備されているが、方針の共有、支援の実施に向けた取り組みができていない	方針の共有、支援に向けて取り組む	・重度化に向けて知識、技術の向上への取り組みを行う(高齢者の体の特徴、感染症対策、急変時の対応など)	12ヶ月
2	9 10	情報共有をするための記録がわかりにくい(状態の把握、毎日の過ごし方、気づき、工夫本人や家族の意向など)	情報共有しやすいように記録を見直し整備する	・①状態把握、過ごし方、日々の様子 ②気づきや、工夫 ③本人や家族のご意向 など情報共有しやすいように、ケアの実践、結果がわかりやすいように様式を検討する。	3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。

かざぐるまグループホーム