

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	1672100144
法人名	医療法人社団 修和会
事業所名	グループホーム葵の園・かいによ
所在地	富山県南砺市天池字二番野島1555番3
自己評価作成日	令和元年8月8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9月4日	評価結果市町村受理日	令和元年10月10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）】

<p>(1) 施設の横のベランダに季節の野菜・花を栽培している。 食堂から成長を眺めることができ、あたり前の暮らしの支援をしている。</p> <p>(2) 地域ボランティア（歌の会等）を積極的に受け入れている。</p> <p>(3) 週1回の買い物を行い、地域の方々と交流をとっている。</p> <p>(4) 最低月1回は外出支援をしている。</p>

【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）】

<p>法人の標語として「和顔愛語」が掲げられ、和やかな顔、愛情のある言葉で支援するように心がけている。中でも「家族のように接することで過ごしやすい雰囲気を作る」ことを大切にしている。利用者の言動について、本人の意見を聞いた上で対応することを基本とし、居心地良く過ごせるようにしている。例えば、食事の場面においては、各利用者がその時に食べたい物や匂いの物を取り入れる等の対応をしている。</p> <p>利用者、家族、職員が1つの大きな家族となって、事業所を作りあげている。</p>

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	利用者と職員と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
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	4項目を正面に揚げ、本人・家族・職員・地域が一体になり、地域に溶け込んだ、あたり前の暮らしが送れるように支援している。	理念は玄関に掲示しており、職員がいつでも確認できるようにしている。また、新人教育や職員の異動の時にも理念を説明している。特に、理念に含まれている「家庭的」ということを大切にしており、例えば「食事」という場面において、食材を買いに行くことを日常生活の家事として利用者と一緒に行っている。	
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	買い物や散歩を通じて、地域の人達と挨拶を交わしている。地域のボランティアを受け入れている。	買い物に出かけるスーパーの店員さんとは顔なじみとなっており、買い物の際に協力してもらえる関係を築いている。また、散歩に出かけた際には近所の方と挨拶を交わすなど、日常的に交流がある。	
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	常時、見学・研修・ボランティアの受け入れをしている。		
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	運営推進会議は地区自治会長・市職員・民生委員・家族・職員が参加し、活動状況を報告している。改善策なども報告し、モニター役を担ってもらっている。	2ヶ月に1回開催し、参加できない家族には、会議録を郵送している。会議には、駐在所の職員も参加し、事業所の現状を知ってもらい、困った時には協力してもらえるような協力体制を築いている。	
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取り組んでいる	運営推進会議に出席依頼を出し、会議に出席してもらいその場を通じて意見交換、情報交換をしている。	運営推進会議に出席してもらい、事業所の現状を報告している。また、市が主催する勉強会や会議に出席している。	
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	利用者個人の自由と尊厳を重んじ、いかなる場合においても身体拘束をしないで、個々にあったケアを常に職員と話し合っている。ミーティングの中で、身体拘束をしない事を再確認している。	法人全体での「身体拘束をしないケア」についての勉強会があり、職員が参加している。また、毎月のミーティングにて、必ず「身体拘束をしない」ことを職員で確認しあっている。その際、利用者の行動について分析し、利用者の行動をどのように安全に見守ることができるかについて検討している。	
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	法人内の勉強会に参加したり、ミーティング等を実施し、高齢者虐待防止法に関する理解を深めている。		

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	法人内での勉強会に参加して学ぶ機会を持っている。		
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	時間をとって丁寧に説明し、理解を得ている。利用料に結び付くオムツ(パット類)など、変更・新規に使用する時は、家族に説明して理解を得ている。		
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	日頃より利用者や家族が、職員に対して何でも言える環境づくりを心掛けている。年一回のアンケートを実施し、その結果を提示している。	年1回、アンケートを実施し、その結果を事業所内に掲示している。また、アンケートで寄せられた意見について、どのように対応していくかを検討し、実践している。また、家族が面会時に話された意見は、申し送りノートやカルテに記載され、職員で共有し、対応している。	
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	風通しのよい職場作りのために、月に一度のミーティング時に意見・提案を聞くようにしている。意見を言いやすい雰囲気にするため、コミュニケーション作りをしている。	普段から、管理者から職員に声をかけるようにしており、いつでも話しやすいような雰囲気作りを心がけている。提案された意見については、すぐに対応している。	
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	職員の資格取得・自己研磨に向けた支援を行い、職員が向上心を持って働けるよう努めている。		
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	法人内の研修・報告会に参加している。又、外部研修なども提示している。		
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会に参加し、交流を行い、サービスの向上に努めている。		

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
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・訪問などを行い、生活状態を把握して本人の不安などを聞く機会を作っている。		
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	事前面接などで家族の求めている事・困っている事などを聞く機会を作っている。		
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	相談時、本人や家族の思いを聞き、状態を確認し事業所として出来る限りの対応を行えるように努めている。		
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	人生の大先輩であることを念頭において接するようにしている。共に生活している仲間として接している。		
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	面会時など利用者のご様子を伝えたり、家族からは外出・外泊時の様子をこまめに聞く事により、家族との情報交換を密にしている。		
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	友人・知人の来訪で継続的な交流が出来るように努めている。	友人の面会があるときには、ゆっくりと過ごすことができるように配慮している。また、電話の取次や手紙のやり取り等で馴染みの方々との関係が途切れないよう、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	みんなで過ごす時間や気の合う利用者同士で過ごす場面を作ったりしている。コミュニケーションの難しい利用者には、職員が仲立ちとなり利用者同士で関わりあえる援助をしている。		

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	他の事業所へ移られた場合、情報交換を行ったり、職員が機会を作って訪問に行くなどの支援をしている。		
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	一人ひとりの思いや意向などを聞き出し、その人らしく暮らせるよう援助している。把握が困難な場合は家族から情報を得ている。生活歴を十分把握し、それに合わせた環境作りや暮らしが出来るように援助している。	日頃の言動から意向を汲み取り、センター方式を活用し、整理している。また、意向を確認できない利用者については、家族に聞き取りを行う等して把握するようにしている。	
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	入居前の面接などに家族から、また、担当ケアマネとも連絡を取り、これまでの暮らしやサービス利用の経過などについて確認している。		
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	入居者の出来る事をひとつでも多く見つけるよう各自努力している。職員全員で情報の共有を行っている。		
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	介護計画のモニタリング時には、本人・家族から十分に意見を聞き、話し合っている。その人らしい生活が出来るような支援を心掛けている。	モニタリングシートを使用し現状を把握したうえで、カンファレンスを開催している。本人、家族、職員が出席し、今後の支援方法について確認し、計画書を作成している。	
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	職員の気づきや利用の状態の変化は個々の記録に記載している。およびミーティングを通じケア方法の検討を行っている。		
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	本人の状態や家族の意向に配慮しながら、外出・外泊などの声掛けを行っている。		

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
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	利用者が安心して地域で暮らしを続けられるよう、運営推進会議出席時、民生委員などと意見交換する機会を設けている。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医で受診している。基本的には家族同行の受診となっているが、緊急性または必要に応じて職員が同行して状態を主治医に伝えたり、書面で報告したりしている。	基本的には、家族の同行でかかりつけ医に受診してもらっている。受診後の対応方法等、不明な点がある場合は、事業所が病院へ確認し、適切な医療が生活に活かされるように支援している。	
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	看護職員を配置しており、利用者の健康状態・状態変化に対応できるように支援している。		
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。	家族と情報交換しながら訪問したりして、病院関係者との連携を図っている。		
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、事業所です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	終末期に対する、事業所ですることを十分説明しながら方針を共有している。	現在看取りは行っていないが、体制が整い次第行うことを検討している。また、看取りに関する指針があり、入居時に同意を得ている。利用者の状態に変化がある時に、再度説明している。	カンファレンスの時等に、現在の状況と今後の予測についての話をする機会を作り、家族の重度化への不安が和らぐような対応について期待したい。
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	消防署の協力を得て、応急手当や蘇生術の研修を実施し、全ての職員が対応できるようにしている。		
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	消防計画に基づいた避難訓練を隣接する事業所の協力を得て年2回行っている。 (日勤帯・夜勤帯)	火災等の災害があった時には、同法人の別の事業所の職員が応援にくる体制が整っている。さらに、緊急事態が発生した時の地域との連絡体制について、自治会と覚書をとりかわしている。また、年2回避難訓練を実施しており、避難誘導後に事業所内に誰も残っていないかを確認するための方法が、法人で決まっており、実践している。	

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
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	全員ミーティングにおいて日常のかかわりの中で利用者一人ひとりの尊厳を守るため意識向上を促している。	利用者の言動について、本人の思いを聞いてから対応するようにしている。また、排泄介助について特に配慮しており、排泄介助状況が、他の利用者から見えないようにトイレへの出入を工夫して介助等している。	
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	職員側で決めた事を押し付けるのではなく、一人ひとりの利用者が決める場面を援助している。		
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	基本的な流れはあるが、「利用者を主人公」として生活リズムやペース・体調・希望に合わせた柔軟な対応をしている。		
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	各居室に鏡があったり、トイレ内の洗面所にて身だしなみを整えられるように援助している。		
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	食事の準備・調理など共に行っている。食事は利用者と職員と一緒に食卓を囲んでいる。職員は楽しい雰囲気作りや話を弾ませる取り組みをしている。又、片付けも一緒に行っている。	利用者と一緒に買い物にでかけており、日々の献立は冷蔵庫にある食材を見て、利用者と一緒に考えられている。また、利用者の家族から頂く野菜や畑で採れた野菜を使う等して旬の食材も取り入れている。利用者と一緒に考えた献立は全て記録され、同法人の栄養士に見てもらいアドバイスを受けており、栄養バランスのとれた食事を提供できるようにしている。	
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	個々の状態や能力に対応出来るよう、トロミ剤、ゼリー等、常備している。隣接する事業所の管理栄養士による専門的な助言を受けている。メニュー表にコメントを記入してもらっている。		
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、出来ない人、しようしない人には声掛けを行い、利用者に応じて見守ったり、介助を行ったりと援助している。週一回は義歯洗浄を行っている。		

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	排泄チェック表を使用し、時間を見計らって誘導する事により、トイレで排泄出来るよう支援している。またトイレ誘導時、職員は裏口から入り、さりげなく支援している。	出来る限り、自分でできることは自分で負担なくしてもらうため、利用者にあった排泄用具を検討し、使用してもらうことで、排泄の自立支援につなげている。	
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	排便管理を行い、十分な水分補給と繊維質の多い食材を提供している。 歩行可能な方には、散歩を行っている。		
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	本人の身体状況や精神状態に配慮し一人一人に合わせた介助を行っている。入浴時は1対1での対応をしている。	入浴剤を入れたり、菖蒲湯、ゆず湯、りんご湯等季節にあったお風呂を楽しんでもらえるようにしている。また、利用者と職員が1対1で関わる場所のため、会話をする機会として大切にしている。	
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	日中の活動を促し、生活のリズムを整えている。 一人ひとりの希望・体調を考慮して支援している。		
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	職員が薬の内容(目的・用法・用量・副作用)を把握できるように、各自のカルテ内に整理していつでも確認できるようにしている。また、与薬時は3度の確認をして、飲み込みを確認している。		
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	生活歴を活かした役割をもってもらったり、調理補助など、利用者が発揮できるような場面作りを行っている。		
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	本人の体調や希望・天候に応じて散歩やスーパーでの買い物などを行い、気分転換を行っている。月一回程度、外出を計画している。地域の行事などにも見学に出ている。	年間の外出の予定をたて、スタッフルームに掲示しており、天気や利用者の体調を見て出かける等、柔軟な対応をしている。また、日常的に散歩や買い物に出かけており、外に出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
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	スーパーなどで買い物を一緒に行き、一人ひとりの希望に応じて支援している。		
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	希望があれば自由に電話できるように支援している。又、手紙を希望される入居者には家族様に連絡して支援している。		
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	玄関先には季節の花を植え、居間・台所から眺められるようにしている。食器棚・家具などは一般の家庭にあるものを使用し、落ち着いた雰囲気を作るように心掛けている。	リビングには、大きな窓があり、明るく、外の様子がよく見えるようになっており、季節の移ろいを感じたり、「花を見にいこう」「草をむしろう」等の意欲がわいてくるような作りとなっている。広い廊下の一角のソファや畳の間にゆっくりくつろげるようになっている。	
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	廊下に椅子を置き、一人で外を眺めたり出来るスペースを設けている。		
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	自宅で使用されていた家具などを持ち込まれる事を勧め、個々に合った居心地の良い空間作りとなるよう支援している。自宅で着用されていたパジャマなど持参され、心地よく安心して眠れるよう支援している。	ベッド、クローゼット、洗面所が備え付けとなっている。馴染みの家具や物を持ち込み、落ち着いて過ごすことができるようになっている。	
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	利用者の状態に合わせて手すり・椅子などを置き、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 グループホーム葵の園・かいによ

作成日： 令和 元年 10月 16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(12)	カンファレンス等で、現状の様子や対応については、話し合われているが、利用者の今後の状態の予測についての話し合いや、家族への説明が不十分。	利用者の状態の変化を観察し、情報を職員間で共有する。その情報を基に現状での対応だけでなく、今後の予測についても話し合い検討する。結果については、著しい変化が予測される場合、適宜家族に報告する。	月初のカンファレンスにて、現状の対応についての検討に加え次回開催時までの、利用者の状態の予測について、話し合う。また定期的に該当しない利用者についても状態の変化が予測される意見があれば検討する。結果について著しい対応の変化が予測される場合は、家族との話し合いの場を設ける。	6ヶ月
2					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。