

### 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	1690100431		
法人名	社会福祉法人 富山城南会		
事業所名	グループホーム にながわ		
所在地	富山県富山市二俣327-4		
自己評価作成日	平成27年12月10日	評価結果市町村受理日	平成28年 3月 1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27年12月21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)】

「その人の思いに寄り添う」とはどういう事を話し合い、考え、「一人一人に対し、ゆっくり話を聞こう。」という目標を決めました。一人一人の気持ちに寄り添い、「もう一つの我が家」と入居者様に思ってもらえる様、また、その方らしい生活をホームで送っていただけるように私たちスタッフはどうしなければいけないのかを考え、一人ひとりにもっと関わり、信頼関係を築けるよう努めています。入居者様本人のしたい事、行きたい所を聞きだし、ご家族とも相談し、可能な限りお手伝いさせていただいています。認知症ケアの向上のため、スタッフに「認知症介護実践研修」を受講させています。学んできたことを勉強会や日々の実践で他のスタッフに伝え認知症介護の質のレベルアップを図っています。

#### 【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)】

・にながわ敬寿苑敷地内に地域の方たちが自由に利用できる温泉湯の「足湯」が常設されており、地域に根づき、そして、地域の方と気軽に交流が図れる場となっている。  
 ・理念である「その人らしさを尊重し、その人の思いに寄り添いその人らしい生活が送れるように支援いたします。」の実践を職員は、「一人ひとりに対し、ゆっくり話を聞こう」と具体化し、共有して取り組んでいる。利用者の思いや願いをしっかりと聞き、「実現するために私たちは、何をしなければいけないか」を考え、柔軟なサービスの対応を行っている。利用者のお誕生日の日に、本人に希望を聞き取り、行きたい所や馴染みの場へ外出したり、一人ひとりの希望に応じ温泉を楽しむことができる機会があるなどの個別支援が行われている。

#### 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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念はホーム内三箇所に掲示し、常に目に入る様になっている。また、毎年理念に沿った年間の目標をスタッフ全員で話し合いをして考え、自分たちの言葉で作っている。わかりやすく、共有しているという意識がある。	年度当初に立てた理念に基づいた年間目標を、より利用者に寄り添ったものと8月にスタッフ全員で話し合い「一人ひとりに対しゆっくり話を聞こう」と具体化したものを作った。全職員で決めたことがモチベーションアップに繋がり、個々に意識をもってケアの実践に繋げている。	
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	施設の行事には地域の方を招待したり、地域の夏祭り等にも参加している。施設内の足湯は地域の方に無料開放している。また、地域で行われた文化祭に習字を出展した。今年度も富山高専の「鉄道模型運転会」が開催された。	二俣、上野地区の2地区との交流を図っている。文化祭、納涼祭などに出向いたり、地域の方に施設内の「足湯」を開放するなど、事業所自体が地域とのつながりを大切にして交流を図っている。	必要な時の交流にとどまらず地域で暮らす一員として、地域で必要とされる活動や役割を担っていく活動の取り組みなど、より日常的で、双方向の交流に期待したい。
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	認知症の利用者様への対応や、支援の方法を運営推進会議で伝え、会議参加者や入居希望者からの質問や相談に答えている。		
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	地域からは町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員に参加していただいている。全員の利用者家族に案内状を送付し出席の依頼をしている。「意見交換」の時間を設け自由に発言してもらっている。	利用者家族、町内会長など出席者から疑問や改善点など率直な意見が出され、事業所からの報告のみではなく双方向の意見交換が図られている。また、議事録は、出席できなかった方たち(利用者ご家族全員など)に送付し、実状を知っていただいている。	
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	毎月一回、介護相談員の訪問を受け、意見交換ができています。運営推進会議では地域包括支援センター職員に参加してもらい、アドバイス等を受けている。	介護相談員や地域包括支援センター職員をとおして、利用者の課題解決の支援を得るなど、市と日頃から協力体制を築くよう取り組んでいる。	
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	「身体拘束廃止」マニュアルを作成し、苑内研修を行っている。職員は「身体拘束しないケア」を理解し実践している。夜間帯とフロアに職員が一人になる時間は、施錠させていただいている。	毎年1回、3事業所(ユニットケアにながわ、ケアコミュニティにながわ、グループホームにながわ)で合同研修を行い身体拘束をしないケアについて学びを得ている。また、管理者は、機会あるごとに職員へ身体拘束に関わる身体的、精神的弊害について説明、アドバイスを行いながら拘束のないケアの実践に結びつけている。	
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	「虐待防止」の苑内勉強会を行い虐待に対して注意を払い、防止に努めている。またカンファレンスや申し送り時など、その都度話し合うことで、虐待防止を意識している。		

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	職員が権利擁護について理解できるように、ミーティング等で話合ったり、パンフレット等を自由に閲覧できるようにしている。制度についての知識は職員によってばらつきがある状態である。		
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	契約に関する説明は、リーダーが行っている。「契約書」「重要事項説明書」を読み上げ、双方確認の上、署名・捺印をしている。解約時も同様に行っている。		
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	正面玄関には「ご意見箱」を設置しホーム内には「ご意見箱」のポスターを掲示している。面会時には、職員からお声がけしご意見やご要望をお聞きするようにしている。運営推進会議ではご家族から「ご意見」を頂く時間を設けている。	なかなか意見要望を表せない家族に対して、面会時などに意図的に聞き出したり、要望用紙を渡し書いていただくようお願いするなど、積極的に利用者、家族との信頼関係を築き、聞く機会を設けている。表出された意見要望は職員で共有し、職員会議や主任会議で検討され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	毎日の申し送り時に個人の発言を聞く時間を設け、随時話し合っている。何か決定する時は全員の意見を聞くようにし、決定事項については、連絡ノートで共有している。事業所ミーティングには職員全員の参加を促し、職員に自由に意見を述べてもらっている。内容によっては、施設運営会議で提案し、話し合っ決定している。	職員の意見や提案について毎日の運営開始時に聞く機会を設けている。また、事業所会議で職員に積極的に意見を述べるよう促したり、日頃から管理者は職員との円滑なコミュニケーションを心掛け、意見要望を聞くように努めている。それらの意見や提案は、施設運営会議で検討されている。	
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	毎日の勤務の中で、職員との関わりを持つ事を心がけ、必要に応じ面接を行い、本人の目標や希望を聞き、その能力や意欲に応じて資格取得や研修の機会を与えている。資格取得者には資格に応じた手当がついている。賞与や昇給は、日頃の勤務態度や実績を複数で「評価」し、公平に決められている。		
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	ケアの実際や力量を勘案して、各職員に研修の機会を提供している。自発的な研修参加の希望があれば可能な限り協力と調整をしている。外部研修の案内を回覧・掲示し参加を促している。		
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	富山県グループホーム連絡協議会に登録し、協議会主催の研修会に参加し交流を図っており、研修会を通じサービスの質を向上して行く取り組みをしている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人とは事前に面接を行い、困っていること、不安なことなどを話していただく。可能な限り、入居前に見学に来ていただき、不安が少しでも軽減されるように働きかけている。職員は情報を共有し、統一されたケアを提供し、早く環境に馴染んでいただけるようにしている。		
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	入居前に面接を行い、ご家族の要望を十分に聞き、困っている事や不安な事を話していただく。家族と本人の関係などの情報を職員は共有し、統一された対応を行い、信頼関係を築けるように努めている。家族からの要望や情報は周知できるように業務日誌や連絡ノートに記入し申し送り事項にしている。		
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	本人の状態や家族の事情や相談内容より、他サービスが必要だと判断した場合は、「他のサービス」の利用についても家族に説明し検討している。必要に応じ、他のサービスの紹介や連絡も行っている。		
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	一緒にできる家事作業は利用者と共にしている。毎日の日課になり、声を掛けなくても自ら作業をして下さる方もおられる。利用者に職員がアドバイスをもらう事もあったり、内容によっては任せている。人生の先輩として敬いの気持ちを持って対応することを心掛けている。		
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	利用者をご家族のことを心配されている様子があれば、電話で伝えたり、面会時にお話しし、ご家族が「一番大切な人達」であることを意識してもらっている。内科以外の病院の受診は、出来る限りご家族にも付き添っていただき、本人の対応で迷うことや決めたいことがあれば必ず家族に相談している。		
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	本人の「生活歴」より馴染みの人や場所などの情報は共有している。誕生日にはご家族や本人と相談して、なじみの場所への外出を計画して行っている。一人暮らしの方の自宅へ一緒に行ったり、馴染みの美容室への送迎を行っている。併設の事業所に馴染みの人がいれば一緒に訪ねている。	これまで利用していた美容室や住んでいたマンションへ出かけるなど、ご本人が大切にしてきた馴染みの人や場所へ出かける機会を積極的に作っている。また、誕生日にご本人の思いを聞き、馴染みの場所への外出を行うなど関係継続の支援がある。	
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	相性や日々の小さなトラブルから発生する人間関係は毎日の関わりや申し送りで職員は把握している。その情報をもとに食事や入浴順番を調整している。食事やおやつ時間は、職員と一緒にテーブルに座ることでトラブルなく、利用者同士の会話を引き出すようにしている。全員で係わりを持てるよう、レクリエーション等で、輪を作り全員で行う機会も設けている。		

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	契約が終了しても、本人・家族から相談があれば応じ、必要に応じて支援を行っている。面会に行ける場所ならば面会に行き、入院された場合は、退院後の生活についての相談や支援を行っている。		
<b>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</b>					
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	本人の思いや意向や希望は、日頃の会話や態度から把握するように努めている。また、ご家族からも入居時にはシートに記入して頂き、面会時等には意向や希望を聞くようにしている。カンファレンスでは本人の立場になって考え、みんなで検討している。	日頃の暮らしの中から、些細な行動やつぶやきからもご本人の思い・意向や要望の把握に努めている。それらは、付箋紙に書いてテーブルに張り、情報の共有を図っている。しかし、多くは、個人記録に残されていない。	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望・意向など、把握したことを個人記録に残すことで職員間で共有し、本人本意のケアに活かせるよう期待したい。
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	入居時にご家族より「生活歴や暮らし方」などを聞き、またシートにも記入して頂き、職員は情報を共有している。入居後は面会時や必要時に職員がご家族と会話することによって新しい情報を得るように努めている。		
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	毎日の申し送り時では、利用者の状態や能力に変化があれば報告している。個人の介護記録、業務日誌にも内容を記録している。毎日の係わりの中で、心身状態や能力等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	3ヶ月毎にアセスメント表の見直し、カンファレンスを行っている。本人、ご家族には事前に要望や気になる事を聞き、職員が情報や気づきを持ち寄り、話し合いをしている。プラン実践表とモニタリングを同じ表にし、プランが現状に合わなくなれば、中止や変更のタイミングが計れるようになっている。	プラン実践表とモニタリング表を一体にしたシートに改善を図っている。介護計画の遂行状況、効果、評価など職員が一目で情報を確認、把握でき、プランの見直しなど利用者の実情に即した介護計画となる取り組みがある。	
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	日々の様子やケア内容は個人の介護記録に記入し、特記事項は日誌にも記入し、朝・夕の申し送りで報告される。気づきやケアの工夫は、気づいた時、思いついた時にすぐ話し合うようにし、実践時は日誌・連絡ノートに記録し周知できるようにしている。		
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	希望の場所への外出支援や、病院への受診など本人の状態や要望、家族の要望に対し、可能な限り対応している。		

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	地域に外出したり地域の行事に参加することで今までの生活が継続されるように支援している。近隣の児童の訪問や地域の方のボランティアを受けることで地域の人と交流を持ち楽しんでいただいている。		
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	地域の内科医が協力医院になっている。利用者と家族が希望した場合、主治医となっただき、週に1回の往診があり、健康管理を行っている。必要時は往診や速やかな受診に対応してもらえる。	利用者のこれまでのかかりつけ医を基本として、事業所の協力医療機関との連携を図りながら適切な医療を受けられるよう支援している。また、家族が受診付添いする時には、文書で情報を医療機関へ伝えている。受診結果の情報も家族と共有を図っている。	
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	併設の事業所の看護師に毎日の利用者の心身状態を報告している。利用者の状態に変化があれば介護職員は速やかに看護師に伝え、適切な受診や看護を受けられる体制がある。		
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、病院へ情報提供を行っている。入院後は、家族と病院と地域連携室と連絡・相談を密にし、カンファレンスに参加し、退院に備えての受け入れを整えている。		
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、事業所の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	入居説明時には、「重度化・見取りに関する指針」を使い、説明を行っている。重度化しホームでの生活が難しくなった場合には、早めに主治医や家族と話し合いを行い、状態に合った他の施設や病院の紹介をさせていただいている。	「重度化・看取りに関する指針」を入居時に提示し、具体的な事例を説明しながら同意を得ている。又、利用者の状況変化に応じて話し合いがなされ、本人と家族が安心して納得が得られるよう努めている。	
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	「急変時や事故発生時の対応」マニュアルがある。すべての職員が応急手当や初期対応ができるように定期的に研修や訓練を行い、マニュアルに沿った対応ができるようにしている。また、急変時の連絡体制も整えている。		
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	同敷地内にある3事業所合同で年に2回、避難訓練を行い、消防署の立会いも受けている。火災時・地震時の対応マニュアルがある。運営推進会議時に地域の方に協力体制についてもお願いし、アドバイスをもらっている。地震時には施設が地域住民の避難場所になる事も話し合いで決めている。	年2回の避難訓練時には、町内会長、民生委員の立会いがあり実施されている。運営推進会議においても、災害対策時の協力体制について話し合いがなされている。	災害を想定した実践的な訓練と共に地域の協力体制について、より具体的な支援体制の整備に期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	「プライバシー保護に関するマニュアル」「職員の心得」を用いて、研修を行い、職員に伝えている。常にその人の立場に立ち、その人に合わせた安心できる言葉かけや対応をするように心がけ、何かあれば、会議や申し送り時に話し合いを行っている。	利用者となれ合いの関係となってしまう言葉がきつくならないよう、管理者がその都度職員に注意したり、職員がお互い気を付け合い、話し合いを持って対応している。また、一人ひとりの誇りやプライバシーの確保について、3事業所合同研修を実施し、理解を深めている。	
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	一人ひとりとコミュニケーションを多くとり、本人の思いを聞きだし、信頼関係を築くように努めている。何かを決める時は、必ず本人の思いを聞き、相談して決定している。		
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	一人ひとりの希望や要望を聞き、可能な限り本人のペースで生活できるように支援している。レクリエーションや行事があれば参加を促すが、強制はせず本人の意志に任せている。		
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	お化粧される方は自由にいただき化粧品がなくなれば本人と一緒に買いに行っている。衣替えやタンスの整理等は、本人と一緒に行うようにし、入浴後の着替えは本人を選んで頂いている。「訪問理容」が月に二回ある。毛染めを希望されれば「美容師」に来てもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者のできることや得意なことを職員と一緒に準備や配膳、食事、片付けをしている。畑と一緒に野菜を取り、取れた野菜を使うことで食事に興味を持ってもらっている。利用者の好き嫌いを把握し、美味しく食事を食べて頂ける様努めている。月に一度可能な限り全員が外食に出かけ普段と違う雰囲気のある食事を楽しんでもらっている。	調理、配膳、片付けなど食事の一連の流れを利用者の意志や気持ちを大切にしながら共に行っている。また、苑内畑で収穫した大根が利用者の調理で「大根サラダ」となって食卓に提供され、共に講評を言い合うなど、楽しい食事環境となっている。	
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	栄養のバランスを考えた献立を栄養士が作成している。食事量や水分量は記録し、必要量を確保している。体調が悪ければお粥に変更したり、義歯の具合が悪ければ本人の嚥下状態に合わせて食事形態を変更したりと状態に合わせた支援をしている。水分量確保のため、各自の好みに合わせた飲み物も用意している。		
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	毎食後、それぞれに応じた口腔ケア(歯磨き・義歯洗い・うがい)を支援している。就寝前は義歯を義歯洗浄剤につけている。 口腔ケアは全員のケアプランに必ず組み込むことにしている。必要であれば、歯科の往診を受けている。		

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	排泄表に一人ひとりの記録を付け、パターンを把握している。出来る限りトイレでの排泄が出来るよう支援している。誘導や見守りを行い、どんな介助が必要かをスタッフが周知し介助している。失禁があっても、安易にオムツに頼らないようにスタッフが話し合い、原因を探り、介助法を検討し、支援している。	排泄チェック表から利用者の時間や習慣、利用者の仕草(行動)を全職員が把握し、排泄誘導をしている。また、排泄チェック表を分析し利用者の排泄について職員で話し合い、利用者一人ひとりが気持ちよく排泄できる支援をしている。	
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	便秘解消のため、体操や散歩、家事作業など一人ひとりに合わせた方法で運動量を増やしている。水分摂取量を記入、把握し、少ない方には各自の好みの飲み物を提供したり、頻回な声がけをして水分摂取量を増やす工夫をしている。便秘が続く時には、看護師、主治医に相談し対応している。		
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	入浴を拒否された場合は、無理せず本人の気持ちに合わせている。入浴したいと希望があれば可能な限りその日に入浴して頂いている。浴槽は三箇所があり、種類は(個浴・大浴場・椅子浴・機械浴)とあるので、希望や状態に合わせて入浴することができる。入浴は週に3回を目安とし毎日の入浴にも応じている。夜間の入浴に対応できていない。	かけ流しの温泉を活用し、利用者のその日の希望を確認し入っていただいている。浴槽の種類も複数あり、一人ひとりの気持ちや習慣、状態などに合わせ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	起床・就寝時間は決めず、入居前の生活習慣や本人の希望、状態に合わせている。日中はその日の体調や希望に合わせて休息してもらうこともある。夕食後も、部屋で過ごすなり、ホールでくつろぐなりと自由にしてもらっている。就寝時の照明は本人の好みに合わせている。		
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	服薬情報は、個々のファイルにあり、いつでもすぐに確認できるようになっている。また、服薬に変更があった場合は、看護師より報告と説明があり、業務日誌・連絡ノートに記録され、「申し送り事項」として申し送られる。		
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	職員は利用者が、何が好きか何が得意かを把握し、畑仕事、料理、裁縫、散歩など一人ひとりの力に合わせ、得意なこと、好きなことに参加できるように配慮している。役割や気分転換等の支援は個別で対応し、嗜好品などは、一緒に買い物に行き買うようにしている。レクリエーションや行事には、本人の希望に合わせて参加して頂いている。		
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支援している	希望に添って、可能な限りドライブや散歩に出ている。定期的に、ドライブ、喫茶店、外出に出かけている。希望時は、近くのスーパーに買い物に出かける等の支援を行っている。誕生日には本人や家族に何がしたいか、どこへ行きたいかなど希望を聞き、家族にも協力の依頼をし、外出を行っている。	利用者の気分転換やこれまでの生活の継続がなされるように、本人の思いや希望に沿った外出支援がある。特に誕生日には家族と相談しながら、その日の利用者の状態やその時々状況に配慮しながら外出を実現するなど、個々に応じた特別な外出支援の取り組みがある。	

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	施設でお小遣いを預かっており、なじみのある自分の財布を使用して頂いている。外出時には本人に財布からお金を支払っていただくように支援している。		
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	現在は使用している方はおられないが、携帯電話の持込みも許可している。公衆電話がホーム内にあり、自由にかけることができる。希望があれば代わりにかけている。届いた手紙や葉書は本人に渡している。		
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	台所で料理する人や音や匂いを見たり聞いたりする事で生活を感じることができる。壁面には季節に合わせた手作りの装飾や行事や外出時の写真を貼り楽しい演出を心がけている。より居心地のよい空間にすることを常に気かけ、温度や照明に配慮している。居心地よく過ごせるよう必要があれば居間のテレビやソファを移動するなど工夫している。	台所では、利用者と職員と一緒に昼食の準備をしている姿があり心地よい音や匂いがある。その側でテレビを観ている人、居眠りをしている人など居心地の良い暮らしがある。壁面には、特別食をいただいている様子や外出時の様子など利用者の生き生きと過ごしている日々の写真が掲示してある。	
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	リビングの席は、気の合った利用者同士と一緒に過ごせるよう、工夫している。また、廊下奥のソファは、リビングから離れており、一人で過ごすのに適している。		
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	入居時に、自宅の部屋の家具、ベッドの配置の確認をし、居心地のよい空間となるよう家具とベッドの配置を工夫している。居室の掃除や整理整頓は出来る方であれば、一緒に行っている。カーペット・テーブル・椅子や小物等は自宅を使い慣れた物を持ち込んで頂き、居心地よく過ごして頂けるようにしている。	本人や家族と話し合い、自宅の居室に近い空間となるようにベッドなどの家具の配置に配慮したり、使い慣れたものや好みのカーペットなどを持ち込んでいただき、安心して心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	ホーム内は広くバリアフリーであり、手摺は身長を考慮した二段階となっている。居室、トイレはわかりやすいように表札をさげている。台所や食器棚は自由に使っていただいている。お茶も自由に飲めるようにポットと湯呑みはセットしておいてある。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームにながわ

作成日: 平成 28 年 2 月 20 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	23	一人ひとりの思いや暮らし方の希望・意向など、要望の把握に努めているが、把握した事を個人記録等に残し、職員間で共有できていない。	一人ひとりの些細な行動や思いを聞き取り、個人記録に残し、職員間で共有する事ができる。	付箋に書いたメモを個人記録に写し、記録として残していく。	6ヶ月
2	35	災害時の地域との協力体制について、具体的な支援の体制がとれていない。	実際の災害時には、どのような協力が得られるか確認し、具体的な支援体制を整える。	運営推進会議で町内会長、民生委員の方と、実際の支援の方法を話し合い、決定する。	6ヶ月
3	2	日常の暮らしの中で、地域との交流が図れるような、活動や取り組みが出来ていない。	足湯や畑を利用し、地域の方と交流が図れるような取り組みを定期的に行う。	季節ごとに地域の方と一緒にいえるお茶会等を足湯などを利用し開催する。	6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。