

## 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	1691600116
法人名	株式会社グリア
事業所名	グループホーム利田の家
所在地	中新川郡立山町利田672-12
自己評価作成日	平成31年1月9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	平成31年1月29日	評価結果市町村受理日	平成31年3月8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）】

入居者それぞれの主治医や訪問薬剤師、オムツ業者との連携を密に取り、多角的視点からのケアにつなげています。特にこの1年で力を入れてきたことは、地域に根付いた施設づくりです。「ねっこフェ」という認知症カフェを通して、地域の方々（民生委員や家族）や「就労継続支援事業所ほまれの家」の利用者、スタッフとコラボして施設という枠組みを超えた行事を企画運営してきました。施設は入りづらいというイメージを少しでも解消できたらと思っています。職員も認知症ケア専門士取得や研修などに積極的に参加し質の向上を目指しています。

【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）】

入居者の方お一人お一人の思いに寄り添い、その方の自己実現に向け、管理者やスタッフがともに向き合い、共に考え、日々のケアを通し、その人らしい人生が送れるように、本人・ご家族管理者やスタッフが丸となって話し合いを重ね、情報共有を密に持ちながら支援している。その結果、入居された方の状態に応じた在宅へ戻ったり、高齢者アパートへ移ったり機能回復できるような取り組みなど積極的に行っている。また、地域住民に向け、中新川の行政機関と連携して「認知症カフェ」の開催を継続的にこなうことで、地域と施設の連携や地域住民に対して情報発信し、みんなで支える認知症ケアの実現の一助となりうることを期待したい。

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ます。 (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、生き活きと働いている。 (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	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	事務所や休憩室に掲示することで、いつでも理念を見られるようにしている。研修やミーティングの内容は必ず理念をひもづけており、振り返りや実践を行っている。	法人の理念「人間尊重、笑顔、チームワーク」は、各フロアの掲示板に掲示されている。管理者が中心となり、フロアミーティングの機会を利用し、問題発生時、職員本位になっていないか、本当に利用者のためなのか職員で考え話し合い、理念に沿ったケアの確認を行い、仕事前に笑顔を作り実践に繋げている。	
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	当ホームから地域へはお祭り、イベントに見学に行ったり、近所のスーパーに買い物へ行ったりしており、移動スーパーも定期的に来訪している。	運営推進会議にて、施設の広報誌で情報を発信したり、認知症カフェにて近隣の農家の方が育てた野菜や敷地内の農園で育てた野菜を販売したり、地域で開催される行事や祭礼等の情報交換を行い、地域の方も施設の行事に参加したり、双方向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	「認知症介護指導者研修」を修了した職員がいることもあって、地域包括支援センターとのつながりが密になり、認知症カフェを開催したり、認知症サポーター養成講座に講師として関わっている。		
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	地域包括支援センターや行政の方をはじめ、家族や民生委員などの方々の参加を通して、貴重な意見をもらっている。その意見をスタッフ同士のミーティングで共有・実践している。	運営推進会議は2ヶ月に1回、中新川行政組合の職員、包括職員、民生委員、家族、施設管理者等の参加で開催。日頃の活動報告、入退所者、事故報告などを行い、課題や対応についてご意見をいただき、運営に活かしている。また、民生委員より地区の消防分団を紹介していただく機会を作って頂いたり、日頃の介護内容を確認して頂く機会をつくり、意見や助言等を反映している。	
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取り組んでいる	介護相談員が2か月に一度訪問され、入居者と交流し、話を聞いて下さっている。その中で気になることなどあった場合は、スタッフと情報を共有している。行政の方には運営推進会議や研修時などで相談している。	運営推進会議に行政職員が必ず参加され、事業所の運営や取り組みについて情報共有がなされており、相談や助言をいただける関係を築いている。また、行政から「認知症サポーター養成講座」や「認知症カフェ」を年1回合同開催するなど、日頃より協力関係が築かれている。市から派遣される介護相談員の訪問にも気軽に応じている。	
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	身体的拘束等適正化検討委員会を設置し、3か月に1回開催している。今年度は、人権と権利擁護、3ロックについての研修会を行い、常にスタッフ間でケアの在り方について話し合っている。	身体拘束適正化のための指針をもとに基本方針が示され、マニュアル等も整備され、身体的拘束等適正化検討委員会が中心となりテーマを決め、3ヶ月に一回ミニ研修を全職員を対象に開催している。本年度は「人権と権利擁護、フィジカルロック、ドラックロック、スピーチロック」についての研修が行われている。	
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	事故対策委員会を中心に、身体における傷や内出血については、原因を追究している。人権と権利についての研修を行い、スタッフに周知を図っている。		

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	一部の職員は、資格取得の為、制度についても知識をつける機会があったが、他の職員には周知できていない。		
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	契約は主に施設長と管理者が立ち合い行っている。大切な部分についてはアンダーラインを引き、質疑応答を交えながら一方的な説明にならないよう配慮している。		
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	直接、面と向かっては言いにくいことがあっても、要望を聞けるように、意見箱を玄関に設置したが、利用はなかった。スタッフに家族より直接言われることの方が多かったため、その都度対応していた。	運営推進会議や家族の面会時に積極的にコミュニケーションをとり、利用者の方の近況を伝えたり、意見や要望を聞き取っている。利用者の方からは日々の会話の中での思いや意向を聞き、日々のミーティングや連絡ノートで情報共有し、生活状況を踏まえ、職員と家族の意思疎通を図り、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	月に一回全体会議にて運営推進会議で上がった課題や、日ごろの悩みや問題を話し合い、解決する場を設けている。	職員は月1回の全体会議等で意見や提案が出来る機会を持っている。管理者は機会あるごとに職員とコミュニケーションを図り、要望等の把握に努め、管理者会議にて相談・報告している。また、半年に1回管理者やユニットリーダーとの面談等で、積極的に意見や要望等を進言する機会があり、運営やサービスに反映されている。	
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	キャリアアップ昇給制度を見える化し、何を目指し、何を達成してほしいのかを提示している。各々、目標を立ててもらい、それに向けて達成したかどうか適宜に面接を行い、スタッフの意識や思いを確認している。		
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	施設内外の研修に積極的に参加してもらった。研修担当スタッフにより、そのスタッフの力量に見合った研修を提示し、行ってもらっている。		
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所属し、研修会や交流会に参加することを促している。他の施設を見学したり、他施設のスタッフも内部勉強会に参加してもらったりして意見交換など行っている。		

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
<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	入居までに至る段階で、できるだけ自宅やサービス事業所などに訪問しており、ケアマネ、ご家族などからの情報を大切にしている。当ホームでの生活の中でも要望を聞き取れるよう関係づくりに努めている。		
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	今までの生活スタイルを聞き、家族等が困っていること、要望を聞き、それらに応えられるよう努めている。		
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	入居相談があった時にすぐに入居につなげるのではなく、他サービスが必要な際には提案を行い、他事業所に連絡し連携を図っている。		
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	本人のできること、できないことを見極めたうえで支援を行っている。できないことでも工夫することで、できる事にも変わることもある。		
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	面会時やサービス担当者会議の時などに、日常の中での本人の様子を伝えながら家族の要望なども聞くようにしている。		
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	家の近所までドライブに行くと「ここを曲がって、まっすぐ行くと左手にうちあるわ、よーこの道通ったわ。」など案内してくれることもあった。そこから過去の話を引き出したりしている。	家族の協力を得ながら、馴染みの場所や買物などの外出など実践されている。入居者の方が近隣の方が多いので、知人・友人が気軽に出入りできるような配慮があり、ゆっくりくつろいでいただけるような環境づくりに留意し、馴染みの関係の継続が図れるような支援を行っている。	
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	できないことを自然と手伝ったりしている光景がみられるようになってきた。利用者同士、助け合う中、事故のないようスタッフが見守り、必要な時は声かけ、介助を行っている。		

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
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	退去された家族から電話にて相談があった場合は、他のサービスへつなげたり、医療関係との情報共有など、出来る限りの支援を行っている。		
<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	センター方式のアセスメントシートや、ひもときシートの勉強会を行い、それらを活用し、本人の思いに近づけるよう努めている。スタッフ間での知識、能力に差が見受けられるため、内部研修などまた実施していきたい。	センター方式のアセスメントシートを活用し、情報を整理し、利用者一人ひとりの思いや意向、ご家族の意向などをひもときシートを活用して利用者の行動から分析し、職員がどのように判断し行動したのか、それによりどのような結果になったのか詳細に記録することで、課題の抽出を行い、ケアプランに反映している。	
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	家族や本人からとの会話の中で、知り得た情報を介護記録やアセスメントシートに残し、スタッフ間で共有しケアにつなげている。		
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	過ごし方がパターン化してきているが、日々生活を共にする中で、新たにできる事がないか模索している。個々のパブリックとプライベート空間での過ごし方の工夫を大切にしている。		
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	担当者とケアマネを中心に、ケアプランの作成を行っている。本人の想いを尊重するため、センター方式アセスメントシートやひもときシートを活用し、スタッフ間での話し合いの場も設けている。	介護計画は6ヶ月ごとに見直し、3ヶ月ごとにモニタリングが実施されている。利用者の状態の変化を確認した場合は、その都度その方の意向に沿いながら、担当職員が原案を作成、職員全員で話し、対応の仕方について検討、一人ひとりの思いを反映したり、ご家族の要望を確認し、カンファレンス等ですり合わせ、現実に即した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	会話からの変化などもあるため、細やかに記録をするようにスタッフ間で気をつけている。職員の主観ではなく、事実を記入するようにしている。		
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	グループホームというだけでなく、地域の方々が気楽に相談できる場であったり、障害の有無や年齢に関係なく、立ち寄れる場にしたいと考え、取り組んでいる。		

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	医療面、生活面において、主治医、医療機関と連携を図ったり、近所のスーパーや民生委員との関係を築き、利用者さんが生活しやすい環境を作っている。		
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	訪問診療時や、家族が受診に付き添われる際には、連携室に事前に情報提供をしたり、日常の些細なことでも伝え、課題解決に努めている。(訪問診療時の場合も事前にバイタルなどFAXしている)	本人・ご家族が希望される医療機関に受診している。受診は基本、家族に同行していただき、その際、日頃の様子を記入したメモを持参して頂き、主治医から留意点等指示を頂いたり、事前に医療連携室等に情報提供するなど、適切な受診支援をしている。	
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	看護師の出勤時に、医療的ケアの助言、相談を受けている。他、訪問診療時に来られる看護師にも状況によって相談したりしている。		
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。	病院の地域連携室の方との電話での情報交換を行っている。また、入居者の入退院時は、面会に行き、状態確認を行ったり、退院前カンファレンスに参加している。		
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	契約の段階で、重度化・終末期ケアについて話をさせていただいているが、その時にならないとイメージがつかない家族が多いため、ペースを見ながら、医療関係者を含め話をし、方針を共有している。	契約時、重度化・終末期ケアについて、事業所として対応を説明し、理解を得ている。看取りをご希望される方に関しては、看取りの指針も整備され、早い段階からかかりつけ医・家族と話し合いの機会を持ち、ご家族の意向に沿って柔軟に対応、その内容等も記録に残し、職員間で情報共有に役立てている。	
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	H30年度中には救命講習を受講する予定になっている。		
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	火災、地震、水害などに分けた避難方法のマニュアルは作成している。今年度は、2階の就労継続支援A型事業所と合同で避難訓練を行っている。地域の方の協力を得ることができるよう、日頃から関係づくりを築いていきたい。	消防署の協力を得て、年2回(日中・夜間想定)、地震想定も2階の就労継続支援事業所と合同で利用者と一緒に訓練を実施している。近隣の方へは運営会議や回覧板等で訓練日程等を発信している。	運営推進会議の中で紹介して頂いた地区の消防団の方と日頃から協力支援体制づくりができ、地域の方を巻き込んだ活動に期待したい。

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	スタッフと入居者の関係が馴れ合いになり、不適切な言葉遣いになったり、言葉での拘束にならないよう、ミーティングで注意を呼びかけることがある。個別ケアの大切さを、スタッフ一人ひとりが理解出来るよう研修を行っている。	尊厳やプライバシーに配慮した言葉かけや、接遇方法を社内研修にて確認して理解し実践に繋げている。日々の会話の中で職員同士で気付き、その都度ミーティング等で話し合ったり、管理者やフロアリーダーが職員一人ひとり個別に話し合う機会をつくり、ケアに生かしている。	
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	自己決定出来るよう支援している。思いや希望が伝えられるような時間や、環境作りに努めている。		
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	日々の生活リズムの習慣化に慣れてしまい、その人らしい暮らしが出来ていないことが多い。食事時間や、入浴の順番などは、覚醒状態をみて本人に合わせている。一人ひとりの思いを大切にし、日々の生活につなげていきたい。		
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	選択してもらい、自己決定できるような関わりをするよう取り組んでいる。(ウィッグ購入、ネイルを時々行っている)		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	テーブル拭き、味噌汁作り、食器洗い、食器拭きなど入居者のできる事を、それぞれしていただいている。日曜日は食べたいものを聞き、一緒に作る機会を設けたり、ジャンクフードを食べる機会なども作っている。	利用者の方の食べたいものを取り入れたり、季節ごとに楽しめる行事食を提供する献立作りを行っている。また、利用者一人ひとりの能力に合わせて、食事の準備を手伝ったり、盛り付けや配膳、後片付けなどを職員と共同して一緒に行うなど自立支援に繋げている。	
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	嚥下能力や病気による食事や水分制限など、それぞれの状態にあった支援を行っている。栄養状態低下の場合は、主治医などにも相談している。		
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に、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	歯科助手による口腔ケアの指導を職員が受け、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	紙パンツから布パンツ+尿取りパットに変えた方やオムツから紙パンツのみに変わった方がいる。オムツフィットターを中心にパットのあて方、その人にあつたパットの検討なども行っている。全員、個別アセスメントとしてパンツ、パットの組み合わせが違い、トイレ誘導も適宜行っている。	個々の排泄パターンを把握し、行動や仕草を観察しタイミングを図り、日中はトイレに誘導できるよう声を掛け促している。おむつフィットターが中心となり、排泄パターンに応じた個別支援を行っている。また、個々の状況を検討し、リハビリパンツやパットの使用や大きさや当て方、夜間の排泄方法など、その時々に合わせて自立支援が継続できるよう創意工夫がなされ、日々のケアに繋げている。	
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	水分やおやつなど調整したり、運動や排泄の仕方を工夫している。便秘薬は、主治医と話し合い、調整を行っている。		
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、個々にそつた支援をしている	大体の入浴日は決めているが、気分によって入りたくなければ、日にちや時間帯を変え入浴していただいている。季節によって、ゆず湯なども行っている。	各ユニットで入浴日を決めているが、状況や要望によって柔軟に対応し、最低週2回は入浴できる機会を作っている。季節に応じ、ゆず湯を楽しんだり、芳香薬剤を利用するなど、五感に働きかけるような試みが工夫されている。ゆったりと職員との会話を楽しみながらの支援を行うなど、利用者の要望に沿えるような取り組みがなされている。	
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	一人ひとりの希望、体調に合わせてながら休息の時間を設けている。眠れない方には、足浴や暖かい飲み物を提供し、安心して眠れるよう工夫している。		
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	薬局を中心に新しく飲み始める薬や、変更になった薬などの効能や注意事項を、職員に伝えてもらい全体に共有している。ある程度は、施設で調整を行っている。(便秘薬、眠剤など)		
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	生活の中で役割作りを行い、それが定着しつつある。なかなか自分の意思を伝えることが出来ない人たちに関しては、気分転換に外気浴を行ったり、月ごとの行事を楽しんでもらっている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	なるべく本人の希望に合わせて、体調を見ながら外出支援を行っている。	年間の行事計画に照らし合わせながら、花見や東福寺野運動公園まで出掛けたり、利用者の方の行きたいところや買いたい物等の要望に合わせて、ドライブや近隣への散歩、買い物など個別に対応している。カフェに出かける機会を作っている。またご家族の方と外食や買い物のための外出支援なども行っている。	



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	訪問理美容などの利用日の決定や、値段との兼ね合いを含め、メニューの相談を受けている。訪問販売の時などは、預り金の中から自分で支払ってもらったり計算してもらっている。来年度も収穫祭など行いたいと考えている。		
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	希望に応じて本人が直接電話をかけたり、職員が代わりにかけたりしている。時々、本人に手紙を書いてもらっている。携帯電話を持っておられる方は、毎日夜に家族と電話している。		
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	環境に特化した介護アドバイザーの研修に参加し環境の大切さを学んだスタッフを中心にメリハリがあり、動きやすい(目に見てわかり行動できる)環境作りを目指している。	フロアの壁面は各ユニットごとに「カフェ風」、「自然」とコンセプトを持ち、落ち着いた雰囲気ですごせるよう装飾がなされている。フロア内は、利用者同士で談話したりできるスペースや、お一人でも過ごせる空間が提供されている。	
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	他の人からの視線に常時さらされることのない空間作りや、入居者同士が話せるような空間作りを行っている。		
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	家族と協力しながら、居室のレイアウトなどを行っている。本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。	居室は今まで使いた家具や馴染みのものをご家族と一緒に考え、一人ひとりの好みに合わせレイアウトがなされており、身体機能に合わせ使いやすく工夫されている。また、ご家族の写真やクラフト作品などが飾られ、個性を尊重し、心地良く安心して過ごせる空間づくりがなされている。	
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	できること、できないことを見極め、その中で安全かつ自立した生活行動ができるような環境作りに努めている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム利田の家

作成日：平成31年3月1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	35	地域の方との避難訓練を行えていない。	災害時に避難できる方法を地域の方と共に考え訓練を行いたい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区の消防団の方と協力体制をとれるように、打ち合わせ、顔合わせを行う。</li> <li>・地域の方に事前に避難訓練に参加してもらえようお知らせする。</li> <li>・地区の避難訓練に参加させてもらう。</li> </ul>	12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。