

### 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	1670102613		
法人名	医療法人 社団 恵成会		
事業所名	グループホームめぐみ		
所在地	富山県富山市塚原195-1		
自己評価作成日	令和1年9月17日	評価結果市町村受理日	令和2年1月27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	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	令和1年10月23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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が勤務しており、かつ内科とも連携(月2回定期で往診)していることから、健康を維持して安心して生活することができる。</li> <li>・月間の行事予定を作成し、参加していただいている。</li> </ul>
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームは医療法人が母体で、法人病院からの隔週の訪問診療と看護師職員による日頃の健康管理にて、体調変化があれば夜間でも法人病院と連携する迅速な対応が可能となっている。</li> <li>・職員は朝礼時にケアに取り組む意識確認として理念を唱和し、地域住民への挨拶も徹底している。</li> <li>・日々の介護記録は全利用者の体調を時系列で管理する一覧表と、全利用者の暮らしぶりを利用者ごとに表記する一覧表を活かして、利用者個々の体調変化や思い、意向を、どの職員でも一目でわかるように工夫して、情報の共有化や業務効率化につなげている。</li> <li>・毎年、自己評価を実施しているとともに恒常的に外部評価も受審し、改善課題と向上に向けた具体的な取り組みを明確化して、サービス向上に臨んでいる。</li> </ul>
---

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
<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	毎朝の朝礼で事業所理念を読み上げ、職員間で確認しあって業務に就いている。	法人理念とグループホーム理念がある。モットーは「明るく、楽しく、元気よく」であり、共有スペースや事務所、各ユニットに掲げている。	理念の読み上げは行われているが、管理者の交替もあり、具体的な話し合いはされていない。管理者の意向を工夫しながら伝え、ケアについて職員の理解が統一されることを期待したい。
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	地域の行事に参加し、地域の方々と交流している。また、隣近所の方々への挨拶を徹底している。	町内会に属し、地域行事(公民館祭り・資源回収・BBQ)に参加している。また、児童会の子供たちに父兄が同行し来所しており、社会人大学塾やハーモニカバンド、和楽器ユニット和りょうの会などのボランティアの来所もある。	
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	地域のふれあい祭りや施設行事の際に、利用者の作った作品を掲示している。認知症に関わる相談・施設見学を常時、受け付けている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み サービス状況の実際、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	利用者の状況やサービス内容、活動状況を報告し、家族、地域包括支援センターの方々の意見を聞いて運営に反映している。毎月、案内状を送付して参加を促している。	会議には町内会長・民生委員・地域包括支援センター・利用者家族・職員・管理者が参加している。土曜日の3時半から1時間開催している。請求書に案内状を添付したり、声かけをしているが家族の参加は少ない。また、議事録を玄関に配置しているが、参加者・利用者家族には配布しておらず職員も回覧は声かけのみになっている。	議事録を配布することで、利用者家族の運営推進会議への積極的な関わりが増え、家族や関係者とのより良い関係性が築かれることに期待したい。
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	地域包括支援センターに運営推進会議に出席してもらい、相談、助言いただいている。町内会長、民生委員にも情報を伝えて協力を得ている。また、電話で情報の共有を図っている。	2ヵ月に1回、介護相談員の来訪があり、利用者とは1時間ほど話して過ごしている。地域包括センターには家族と意見が食い違った場合に助言をもらっている。(利用者が病氣療養になった場合の入所規定など)	
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	レクリエーションや散歩等で日頃からご利用者様のストレスを溜めない様に配慮している。毎月の全体会議で身体拘束についての状況報告や話し合いを行っている。	全体会議において身体拘束に関する事例は毎月議題にあげ、話し合っている。利用者には何事も強制せず、利用者の意思を優先したケアを心がけるように管理者が指導している。	

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
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	常にどうすれば気持ちよく過ごしてもらえるか考え、勤務している。ケアする時には、必ず伺って行うように心掛けている。職員全体会議で虐待防止について話し合っている。		
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	成年後見制度は後見・補佐・補助を行う方が本人のどのような権利を代理、追認、取り消しできるか管理者が学ぶようにしている。市町村の日常生活自立支援事業と共に対象者がおられれば推奨することとしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約時に書面を用いてわかりやすい言葉で、説明することに心掛けている。随時質問も受けており、説明している。自分の説明で伝わらなければ、他管理者に説明の補足を依頼している。		
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	家族の都合により家族会は開催していないが、面会時に個別に対応している。こちらからも伺う様にしている。運営推進会議で家族との交流を図るようにしている。(出席者があまりいない)	運営推進会議にて家族と積極的な交流を図るようにしている。また、利用者の状況報告を電話や来所時に伝えており、その機会を捉えて、家族からの意見を聞いている。利用者に帰宅願望があるため、お盆・年末年始の外泊・外食のお願いも機会を見つけ伝えている。	家族が日頃の利用者の様子を知るために、請求書郵送時にひと言メモや写真、可能であれば事業所だよりを作って同封するなど工夫を期待したい。
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	毎月の全体会議で意見を出し合い検討している。会議以外でも問題提起時、各ユニット長が意見を伝え、自己判断できない場合は全体会議の検討議題としている。情報が共有出来る様、他ユニットにも伝達している。	毎月の全体会議でまとめた職員意見は、週1回の法人会議で管理者が発表し、職員の意見が運営に反映されるよう努めている。	
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	職員が利用者に対して優しい声掛けや対応をしたり、業務についての意見を伝えてくれた場合は、誉め、法人事務に報告し人事考課に反映される様に配慮している。		
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	毎月、全体会議で内部研修を行っている。郵送やFAXなどで送られてくる介護研修についても回覧している。		

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
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	外部研修参加時に、外部と交流し情報交換している。それを内部研修で共有することで、利用者のサービスの向上に努めている。		
<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	日常の言動、顔色等から本人の思いや気持ちを汲み取り、傾聴するようにしている。また、普段と違う様子なども他職員に伝達し、かつ出来る限り具体的に記録す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	家族の気持ち、思いに耳を傾け、話しやすく相談しやすい雰囲気作りを心掛けている。不安な事や心配事がないか遠慮なく話していただける様、声掛けし伺っている。		
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	当事業所だけでなく、他の社会資源も視野にいれたうえで、本人、家族に必要な支援について提案している。		
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	出来る事、したい事が可能な限り行える様訴えがあればそれに直ぐ対応し返答している。自己判断が難しい場合、管理者に意見を仰ぐよう職員に伝えている。		
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	家族の面会時、所用で電話があった時には、近況報告を行っている。また、要望も伺い、良好な関係作りに努めている。		
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	利用者の意向を汲み取り、ドライブ時に馴染みの場所に出かけるようにしている。また、御家族には可能な限り、外出・外泊をお願いしている。	暮らしの中で利用者の行きたいところを引き出し、ドライブの折には近くを通るなどしている。また、利用者が過去に得意としたこと(絵画・ぬりえ・生花など)の素材を家族に持ってきてもらい、余暇活動で利用者は楽しんでる。	
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	テーブル拭きや食器洗い等利用者同士協力しながら実施している。職員が間に入って良好に会話できるようにすることもある。		

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
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	退居が決まっても、今までの信頼関係を、大切に、今後も不明なことや介護に関することで困ったことがあれば相談いただけるよう、伝えている。		
<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	日常的な職員と利用者との会話、また、利用者様の表情、顔色、言葉遣い、仕草等、気づきの精神で把握するように、努めている。その様子を記録、申し送り時に口頭でも伝達するようにしている。	利用者との会話は、聞き方もその方に応じた聞き方を心がけている。また、介護記録は全利用者の体調を時系列で管理する一覧表と、全利用者の暮らしぶりを利用者ごとに表記する一覧表を活用して、利用者個々のその日の体調変化や思い、意向を、どの職員でも一目でわかるように工夫して把握につなげている。	
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	アセスメント・サマリー・生活歴等情報は、必ず再確認し、本人との関わりだけでなく、面会に来られた家族からも、必要に応じて情報収集を行うように努めている。		
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	日常の生活の様々な場面の中での様子、また、ひとりの時にはどのように過ごしているかを観察して、心身状態を把握するように努めている。		
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	日常生活の中での様子の変化など、特変ある際や認定更新時に再アセスメントを行い、計画を作成している。	介護計画は、半年毎のモニタリング結果と職員への聞き取りを踏まえ、看護師職員も参加した担当者会議を開催し、ケアマネまたは計画作成担当者が作成している。また内容については本人や家族の承諾を取っている。短期目標は半年、長期目標は1年に設定し、少しでも日常生活が維持できるよう健康面を主体にした内容になっている。	
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	個々の様子の変化・行動・言動等、気付いた事は、記録し職員間で情報を共有している。必要に応じて口頭でも伝達している。		
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。	利用者、家族の要望、意向等踏まえ、日常業務の中で検討し、柔軟に対応したサービス提供が行えるように努めている。		

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
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	月単位で、音楽演奏・ハーモニカ演奏・地域での作品展等ボランティアの協力があり、また、町内のいろいろな行事等に参加している。		
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。	2週間に1度、かかりつけ(主治)医の往診がある。緊急時や体調不良時等は、主治医の指示のもと、家族と職員が連携して受診を支援している。	主治医は、入居前からのかかりつけ医でも隔週訪問診療の法人病院長でもかまわなく、利用者・家族の意向が優先される。看護師職員による健康管理のもと、体調に異常があれば夜間でも法人病院との連携体制が構築されている。内科以外の外来受診は家族付き添いだが、事情・都合により職員や付き添い専門業者の同伴受診も可能となっている。	
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	個々の利用者様の日常の様子や気づいた事は、些細な事でも看護師に報告し、指示を仰いでいる。必要時には、かかりつけ医へ報告している。		
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	入院時には、地域連携室や病院関係者、家族と情報を交換・共有し、退院後に希望があれば、可能な限り事業所へ再入居できる様努めている。		
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	入居契約時やそれ以前の見学時にも、家族に、専門的な治療が必要になった時は、当事業所での生活は困難であることを伝えている。状態が変化した際にも、主治医の指示のもと、家族の意向を踏まえ今後のことを、検討し話し合っている。	専門医療が必要となったり、摂食や日常生活が困難になった場合は入居継続ができない旨を契約時に説明し承諾を取っている。また、兆候が見られた場合、早い段階から家族や担当医と話し合いを重ねており、継続入居も含め同法人の病院や老人保健施設へ入居など、本人や家族の納得のいく対応となるよう努めている。	
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	緊急時対応マニュアルがあり、各ユニットに配布している。また、年2回(6月12月)消防避難訓練を行い、内1回は、消防士立ち会いの下、指導をうけている。		

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
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	2階に備蓄をし、推進会議で災害時の地域の協力をあおんでいる。また、火災訓練は夜間時を想定して行っており、火災避難対応マニュアルは、事務所にある。	避難訓練は年2回実施しており、うち1回は消防署立ち会いで町内会長にも参加頂いている。間近に一級河川と公共公園がある環境で、水害警報が鳴った場合は市街地の法人本部へ、水害以外は公共公園に退避している。また、施設2階に飲料・食品の備蓄や防災品も整備している。	本部への距離が遠いため、訓練を通して分かった課題点等を基に、避難方法や受け入れ体制、車いす利用者の避難にかかる人員等を検討し、より現実的な災害対策の構築に期待したい。
<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 一人一人の人格を尊重し、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	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。ケアする上でも、本人に伺ってから行うようにしている。	日頃利用者との関わりには、職員の都合による一方的なケアを可能な限り避け、利用者の意向を伺ってからするよう努めており、言葉遣いも職員会議等で省みる機会を設けている。入浴や排泄介助時も、自尊心やプライバシーを損ねない配慮をするとともに、普段と異なる事がないかにも気付けるケアとなるよう心がけている。	
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	利用者の思いを傾聴し、日常の言動、生活歴、家族からの情報を元に総合的に本人の意思を判断し、自分で決められるようにサポートしている。		
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	毎日の暮らしの中で、食事・入浴等ある程度は、決められていることはあるが、可能な限り御本人の意思や希望を、尊重するように心掛けている。		
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	入浴時の着替えは(意思決定できる人は選んでいただき)出来るだけ、本人と職員が一緒に決めている。 訪問理美容サービスもあり、希望者に利用してもらっている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理時の味見、テーブル拭き、下膳、食器拭き等を手伝っていただいている。職員は、利用者様と一緒に食材料を、同じ場所・同じ時間で頂いている。本人に合わせた食事形態で提供している。	昼食は外部委託業者がホームに来て調理し、朝と夕食は栄養管理食材が委託先から届き、職員が調理している。また、利用者も出来る範囲で片付け等を手伝っている。嫌いな野菜類があれば細かく刻むなど、健康と美味しさへの工夫をし、職員も食卓を囲み一緒に味わっている。時には、皆でお萩作りなど調理から楽しむ機会も設けている。	

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
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	毎日の食事摂取量や水分摂取量を記録している。摂取量が少なくなっている時は、看護師に報告し、主治医の指示を仰いだり、ご家族に報告し、嗜好品や補助食品等の協力を依頼している。		
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	個々の利用者の口腔状態を把握し、口腔ケアを実施している。職員による義歯洗浄や磨き残しの場合は、介助にて残渣物を取り除いている。週に2回のポリデントによる義歯洗浄も行っている。		
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	排便の時間や仕方、失敗の有無等を、利用者様毎に排泄表に記載することにより、個々のパターンを把握して、できる限りトイレでの排泄に努めている。	排泄チェックは、他の管理項目とともに一覧表に記入して、適切な排泄誘の導タイミングの見極めに活かしている。排泄用品はトイレ内には置かず、その都度、居室から持ち出しトイレ内に準備してから誘導しているなど、尊厳を守りながら生活意欲向上にもつなげている。また、夜間も布パンツで過ごせる方も数名いる。	
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	排便の有無や回数、排泄物の形状等など、異常・異変があれば、看護師に報告し、かかりつけ医の指示を仰いでいる。自然排便を促すよう、体操なども取り入れ、水分摂取に努めている。		
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	事業所で週2回定期的入浴日を決定し、他シャワーや入浴の訴えがあれば可能な限り、入浴できるよう対応している。入浴前にはバイタル測定し、体調が万全か確認している。	入浴は、日曜以外の午後から3人の方々に、週2回を目安に利用して頂いており、立位が困難な方でも2人介助で対応している。入浴前のバイタル測定も一覧表に記入し、他の項目とともに健康状態の総合的な判断に活かしており、お尻拭き用の温かいおしぼりタオルも常備している。	
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	就寝時は常夜灯を使用。個室でもTVの音を小さくするよう声掛けし、安眠に努めている。不眠の際には、話しかけ本人の話を傾聴し、落ち着いてもらえるようにしている。		
47		○服薬支援 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	処方箋はカルテに保管し見直すことができるようにしている。薬の服薬支援を行い、体調の変化など気付きを看護師に報告し、かかりつけ医の指示を仰いでいる。		



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
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	できることを活かし、洗濯物干し・たたみ、食器洗いや掃除等できる事をしていただいている。 レクリエーション・散歩も実施している。		
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	季節に応じて散歩やドライブで外出できる機会がもてるように支援している。 また、町内行事は可能な限り交替で全員参加している。	花見やあじさい観賞、外食と兼ねる紅葉狩りなどは毎年の恒例行事となっており、2、3人ずつに分けて繰り出している。近所の公共公園や公民館にも、町内行事やバーベキューの際に、行ける方達と出向いている。畑仕事の方など散歩で会う方々とは必ず挨拶を交わしており、庭の柿がなったら勝手に持って行っても構わないと言ってくれる近住の方もいる。	今後は、複数人での外出以外にも日常生活支援として、利用者が望む個別に行きたい所をケアプランに取り込み、出かける支援にも期待したい。
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	基本は事業所事務所で預かりし、外食など必要時に出金している。本人管理も可能だが、その場合にはご家族と紛失のリスク・紛失時の責任の所在等を話し合っている。		
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	家族の了解のもと、電話を掛ける支援とうける支援を行っている。希望時には、ハガキや封筒などあれば預かり投函している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共有の空間(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	利用者と職員とで、共同作業した作品などを飾ることで、温かみのある生活空間となるように、心掛けている。また、家族の了解を得て、行事写真などをホーム内に飾り楽しんでいる。	両ユニットの出入口と連結する中央ホールで、体操や合唱等のレクリエーションを合同でしており、暖炉や行事写真が飾られている。各ユニット内にも利用者と創った季節の装飾物があり温かみが感じられる。毎日の除菌清掃や消臭剤の活用、午前・午後の窓開け換気、加湿器の他に濡れタオルで加湿など、清潔で居心地よい環境作りに努めている。	
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	一人で作業レクやパズル等をやられる方には、合間に声掛けしつつ行ってもらっている。ユニットで皆が気が合う同士ではないので、そういったときには職員が間に入って会話を繋ぐ等配慮している。		

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
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	重要事項説明書に記載されている危険物等以外のものであれば、物品を何でも持ち込んでよいこととしている。居室内のレイアウトも自由に決めてもらっている。	両ユニットには、2室ずつ和室があり、うち1ユニットは全室洗面台付きで、毎日リビングでの朝食中に窓開け換気もなされている。また、両ユニット全室にベッドとタンスが備え付けてあり、利用者によっては馴染みのベッド、小型テレビ、家族写真、小型テーブルや椅子、仏壇を持ち込まれている方もおり、それぞれ居心地よくアレンジされている。	
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	本人の状態・状況などを勘案し、看護師とも相談しながら、見守りの基本をしつつ個々のできる事、できない事を把握して、安心・安全な生活が送れるように、心掛け支援している。		

## 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	1	事業所のケア理念に関して、職員の共通理解を図り、統一したケアを行いたい。	事業所のケア理念の職員間共通理解を図り、統一したケアが行える。	1、職員会議で、ケア理念に関して、定期的に職員間で話し合う時間を設ける。 2、理念に応じたケアが行えているか、自己評価、他者評価を行い、振り返りできる時間を設ける。	12ヶ月
2	4,10	ご家族等関係機関とよりよい関係を築き、チームケアに活かしたい。	ご家族や関係機関と協力し、ご利用者様に対してよりよいケアが行える。	1、事業所内の活動内容が分かるよう定期的に広報資料を作成し、送付する。 2、ご利用者様の生活状況等を、定期的にご家族に報告、連絡、相談する。ケアする上で、困難な事があれば地域包括等に相談し、助言を求める。 3、地域の活動があれば、参加し協力するよう努める。	12ヶ月
3	35	災害対策を万全にし、いざというときにもご利用者様に安全に過ごしていただきたい。	災害対策を万全にすることで、いかなる時にもご利用者様が安全、安心して生活することができる。	1、定期的な避難訓練を実施する。 2、訓練を通し、問題点があれば常に話し合い、避難経路、場所、人員など必要箇所を修正していく。 3、備蓄品を整え、必要品が足りているか一覧表にて定期的にチェックする。	12ヶ月
4	37,49	日常生活支援等グループホームの特性を活かした個別的ケアを行い、ご利用者様の満足度の向上に努めたい。	ご利用者様個々のニーズを取り入れた個別的なケアを行い、楽しみのある生活ができるよう支援できる。	1、日常的に傾聴を心掛け、ご利用者様のニーズを含め、情報収集を図り、他職員にも伝達し情報共有を図る。 2、個別ニーズに応じたケアが行えるか、職員間で話し合う時間を設ける。ケア可能であれば、ケアプランにも記載する。	12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。