

平成 30 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	1690800030
法人名	株式会社リレーション
事業所名	グループホーム柳瀬の家
所在地	砺波市柳瀬601番3
自己評価作成日	平成31年3月1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3月12日	評価結果市町村受理日	平成31年3月28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>家庭的な雰囲気の中、入居者の方が安心して他者との暮らしが送れるよう取り組んでいる。生活の中での家事仕事をリハビリととらえ、皆さんが自然と体を動かすことで心身機能の維持向上に努めている。</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>今年度、新しい理念を作成した。職員は、自分たちのホームで今何が大切かを話し合い、現状を振り返る中で『◎生活リズムを整え、元気に一日を過ごす◎忘れても大丈夫だと思える暮らし』の理念となった。利用者と職員は、リビングや居室の掃除、洗濯物干し、野菜作り、花壇の手入れなどを日々一緒に行い、朝は自分の寝具を居室の押入れにしまい、リビングの仏壇の水を替えて手を合わせるなど、今まで、個々の家でしてきたことを、ごく普通にしながら暮らしている。事業所は理念を中心に据えた職員間の連携を大切に、管理者もまた利用者や職員とともに、毎日元気に一日を過ごしている。認知症ケアの課題は、忘れても大丈夫だと思える暮らし、を実現する中で学び、深めるよう取り組んでいる。</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、その時々々の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
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	「生活リズムを整え、元気に1日1日を過ごす」 「忘れても大丈夫だと思える暮らし」 を踏まえ、一人一人のケアプランを作成している。	今年度新たにグループホームの理念を作成した(自己評価欄に記載)。伝わりやすい文言は、職員の資格や経験の有無を超えて共有することができ、利用者との関わりの中で日々繰り返し思い浮かべながら、実践につなげている。	
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	近隣の方の訪問、野菜のおすそ分け等がある。地域行事への参加、散歩など利用者の方が地域の方と触れ合える機会を作れるようにしている。	設立者が生まれ育ち、両親が暮らす敷地に隣接して事業所があり、近隣住民とは長年の顔見知りである。利用者は、毎週歩いて公民館の100歳体操に参加したり、天気の良い日に近隣を散歩して挨拶を交わすなど日常的な交流がある。	
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	自由にホーム内の見学に来て頂いており、見学時にはホーム内の日常生活状況を報告することもある。畑作業や草むしり、ゴミ捨て等で外部から活動の様子を見て頂くことで、認知症の方の理解や支援方法を伝えている。		
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	地区民生委員、ご家族、包括センター等の方々に活動状況の報告や困りごとの相談等を行っている。認知症の進行がある方の支援方法や身体拘束適正化委員会の中で助言を頂き、改善した事例もある。	民生委員、地域包括職員、福祉専門職、家族代表の出席で隔月に開催。年2回会議の日に昼食会を行い、利用者の様子や活動について身近に知る機会を設けている。今年度から身体拘束適正化委員会が運営推進会議のなかで実施され、意見交換が行われている。	
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	市職員の方とは運営推進会議を通じ、他事業所での取り組み方等の情報交換を行っている。また、月1回砺波地方介護保険組合より介護相談員の訪問があり、取り組み状況を見て頂き助言を頂いている。	運営推進会議に出席の市職員でもある地域包括支援センター職員とは、事業所の活動報告や、身体拘束適正化委員会での意見交換などを通して協力関係を築いている。管理者は地域ケア会議に出席して情報交換を行い、研修会に参加している。また、月1回介護相談員の来訪がある。	
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	日中はなるべく施錠せず、玄関に2か所センサーを設置、玄関通路をホーム内から見渡せるよう窓を大きく作り、安全面に細心の注意を払い、入居者の方が自由に入出りできる環境を作っている。運営推進会議にて身体拘束適正化委員会を設置し、身体拘束までは至らなくとも、抑制するケアになりがちで事例について相談している。また、望ましくないケアについて職員間でその都度話し合っている。	身体拘束廃止の指針の整備、委員会、研修会の実施を踏まえ、日常的には身体拘束をしないケアを実現している。日中は、畑仕事、炊事、洗濯、掃除、花壇の手入れ等々、さまざまな活動を行い、夜間時の安定や利用者の穏やかで楽しい生活につなげるなど、身体拘束とは無縁の暮らし方を支援している。	
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	虐待について学ぶ機会が持っていない。		

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
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	権利擁護について学ぶ機会が持っていない。		
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	契約書、重要事項説明書の該当箇所を示しながら口頭で説明している。その都度、疑問や質問を確認しながら理解して頂いた上で同意を得ている。特に医療スタッフの配置がない点、緊急時の対応等については、十分な説明と同意を得てから契約を結んでいただくよう配慮している。		
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	体調、日常生活の様子等を面会時、電話連絡、郵便(月1回お便り作成)等でこまめにお伝えするよう努めている。又面会時に入居前の生活、趣味嗜好等を確認しながら家族の要望や意見が話しやすいよう対応している。	事業所の活動や利用者の生活の様子は『やなげの家便り』で毎月報告している。家族の面会時や受診時などには気軽に声かけをして、意見を聞くよう努め、聞き取った要望は“引き継ぎノート”等で共有し、できることから反映させている。	聞き取った意見や要望を“引き継ぎノート”へ記載しているが、内容をより伝わりやすいものにするなど職員間の共有を図り、また、家族アンケートの実施など意見を表すことができる仕組みづくりの検討を期待したい。
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	管理者を中心に毎朝のミーティング時に職員の意見を聞き話し合い、その都度早めに対応していくようにしている。	管理者は、毎朝のミーティング時や、日常業務を共に行いながら職員の意見に耳を傾け、利用者のケアや運営に反映させるよう努めている。パート職員は契約更新時に管理者と個別面接を行い、体調や勤務状況、普段考えていることなどについて意見を聞いている。	
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	能力は問わず、職員一人一人の仕事への取り組みや姿勢を評価し、それに応じた給与水準になるよう努めている。また、休みや有給休暇取得の希望も柔軟に応じている。		
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	介護職員初任者研修や県主催の認知症ケア研修等、外部の研修への参加ができるようにしている。ホーム内での研修はできていない。		
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	市のグループホーム研修、地域ケア会議になるべく参加するようにしている。		

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
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	利用前に自宅で面接を行い、本人・家族の生活状況を確認したうえで、ホーム内の環境整備に努めている。又入居後も本人家族の意向やこれまでの生活状況について面会時に聞き取り、把握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	相談受付時、本人面接時等の入居前に家族としっかり話す機会を持ち、入居希望に至った経緯や家族の思いを聞いている。又ホームで出来ること、出来ないことを事前に明確にすることで、役割分担を行い入居後も家族との関係がより良いものとなるよう努めている。		
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	入居受付時に何を必要としているか、現在どのような状況にあるのか、本人・家族はもちろん担当ケアマネージャーと連携を図り、情報収集に努めている。また、他事業所の紹介をすることで利用者側が、サービス事業所を選択して頂けるように配慮している。		
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	職員は利用者の生活をサポートする立場を踏まえた上で、利用者には共に生活しているという意識をもてるよう「ありがとう」等の感謝の言葉や「お願いします」等の依頼の言葉を細目に伝えるようにしている。		
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	家族には月1回支払いを兼ねてホームに来て頂き、本人の顔を見て状態や状況の確認を直接してもらおうよう依頼している。美容院や受診等の付添はなるべく家族で行ってもらえるよう声掛けしている。		
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	利用前からの馴染みの友人や兄弟の面会のご家族の同意を得た場合に随時行ってもらっている。又、希望があれば美容院等へは馴染みの店の利用が続けられるよう家族と相談し、家族が付き添えない場合のみ付添を行っている。	日常的な兄弟や知人の面会の他、家族と共に正月やお盆のお墓参りをしたり、定期的に馴染みの美容院に出かけている。食材の調達は利用者と一緒に地域のスーパーに買い物に出かけ、知り合いと挨拶を交わす等、馴染みの人や場との関係継続の支援に努めている。	
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	入居者間の相性をスタッフは把握しており、孤立しないよう支援している。又全員で楽しめる場(レクリエーション等)を作り、入居者間の関係が円滑に保たれるよう取り組んでいる。		

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
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	サービス利用が終了しても、相談や連絡にいつでも応じられるようにしている。他事業所に変わられたあと、1度は面会に行くようにしている。		
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	本人・家族の意向を定期的に伺い、日勤者を中心に普段の言動を観察し職員間で確認しあうようにしているが、思いの把握は職員個々の把握にとどまりがちで共有に至りにくい。	入居時に本人や家族から聞き取った、暮らし方への思いや意向は“ヒヤリングシート”に記載し、職員間のケアの統一につなげている。入居後は日中の言動(思いや意向)を、そのままの言葉で随時個人記録に記載し、共有している。	
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	入居前にご家族様にセンター方式シートの記入を依頼し、職員間の共有に努めている。又入居後も本人の意向を聞き、また普段の言動から把握に努め、家族さんにも確かめている。		
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	本人の日常の観察を中心にADL動作、健康状態等の把握に努めている。又居室内の確認を行い異変や心身状態の変化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	本人からの聞き取り、家族に意向を確認し、個人記録や職員間で話し合い、支援の方針をたてている。また、医療面については主治医に確認している。ケアプランは介護支援専門員が職員の意見を聞きながら、作成している。	介護計画は基本6カ月に一度見直しをしている。職員が気づいた利用者の変化や言動は、そのつど個人記録に記載し、計画の見直し時にミーティングで話し合っている。家族の意見や要望は面会時に聴き取り、現状に即した介護計画となるよう努めている。	職員間のカンファレンス記録、家族を含めた担当者会議録、また、利用者関連記録の整合性等を含めた、記録の整備を期待したい。
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	日誌、引き継ぎノート、個人記録等を記録に残し、情報の共有に努めている。		
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	外出や通院等、基本的には家族の付添で依頼しているが、家族の状況を考慮し、介護保険外サービスとして個別の付添を要望に応じて行っている。		

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	公民館祭り、100歳体操、獅子祭り等の地域行事へ参加している。		
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	家族の希望で7名の方が月2回、市内の内科医により往診を受けている。2名は毎月家族の付添で入居前からのかかりつけ医の通院を続けている。又、歯科・整形外科等の専門家へ受診が必要な際はかかりつけ医がないか確認している。ない場合は往診医から紹介状をもらい、専門家へ受診している。	入居時に希望するかかりつけ医について確認し意向に沿っている。事業所の協力医は月2回往診があり、その他かかりつけ医の受診時には、健康状態を記載したメモを同行する家族に渡している。医師からの返答は“引き継ぎノート”に記載して共有を図る等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	ホーム内に現在看護師はいない。入居者の方に異変があればすぐに往診医へ連絡し指示を仰いでいる。必要であればすぐに受診をしている。		
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。	入院が必要な状況があれば、その方の情報が速やかに伝えられるよう記録の整備に努めている。入院中は定期的に面会を行い、経過を把握し家族や主治医と話し合いながら、スムーズに退院できるよう努めている。		
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	医療スタッフのいない施設であることを入所時より家族に説明し、了解を得ている。重度化が進むと再度、ホームですること、できないことを明確にしたうえで家族の意向を確認し、今後の方針を主治医とも相談しながら決めている。	入居契約時に、『急性期・重度化した場合・看取りの指針』に基づき、事業所としてできること、できないことを説明し、同意を得ている。経年による重度化や体調の変化時には、そのつどかかりつけ医、家族、事業所が、状況に沿った方針を話し合い、支援に取り組むよう努めている。	
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	スタッフミーティング時に急変時や事故発生時に備え、確認しあっている。救命訓練はスタッフが消防署に出向き受けている。ホーム内での定期的な訓練は行っていない。		
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	避難訓練を実施し、入居者の方の避難誘導について確認している。1年に2回のうち1回は消防職員に来て頂き、避難手段について助言を受けている。運営推進会議時に地域の方に助言を頂いている。	火災を想定した避難訓練を年2回実施し、利用者や職員が実際に避難できる方法について確認している。地域との協力体制、地震や水害時の対策について、継続して検討しているところである。	運営推進会議等で、地域住民や行政側の意見を聞きながら、地震や水害時等への対策や地域との協力体制づくりについて検討するなど、災害時に活かせるような取り組みに期待したい。

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
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	入浴や排泄の声掛けは個別に声掛けするよう配慮している。排泄は特に周囲に聞こえないようにしている。「〇〇のほうが気持ちいいですね」等ポジティブな声掛けになるよう意識して取り組んでいる。	言葉かけは、慌てず、一斉の声かけをせず、一人ひとりへ小さな声で話しかけ、を心がけた対応をしている。毎朝のミーティングでは、言葉かけや接し方等について随時確認し、個々を尊重したケアに繋げている。外部講師による認知症ケア研修を3月に予定している。	
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	自立度の高い方は「どうしますか」「どちらにしますか」等質問形式にし自己決定を促しているが、「わからん」「言うて」等言われる方には 介護者は促すことが多く自己決定できていない。		
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	一人一人のペースや能力に合わせて日課やリハビリを決めている。毎日ほぼ同じ活動になっているが、日々同じ活動を繰り返す中で出来るようになり「わかる」「できる」という安心感を感じられる。個々のその日の希望に沿うまでは行えていない。		
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	家族と相談の上、美容院へ出かけている。また、自分で洋服を選べる方は、さりげなく季節等声掛けしながら色合い等を褒める声掛けを意図的にしている。化粧品の持ちこみ等、生活環境に配慮している。		
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	食事は毎日、職員と利用者様と一緒にしている。台拭きやお茶くみ、後片付けなどは自然に行えるよう環境づくりを行っているが食事準備は主に職員が行っている。夕飯分の米とぎ、味噌汁作りは利用者が行う。家族と外食に出掛けることもある。	食材はスーパーで買物し、季節毎の頂き物や畑で採れた野菜を使った副菜が食卓を彩り、利用者にはもやしひげとり、根菜の皮むき、米とぎ、みそ汁作り等を手伝う。また、梅干しや浅漬は皆で手作りしている。ファミレスでの昼食、誕生日のケーキなどを楽しむ機会がある。	
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	飲み込む力に合わせて、ミキサー食や刻み食等工夫しバランスよく食べていただけるよう配慮している。水分補給はこまめに行っている。(食事時以外で1日4回あり)持病に合わせて味噌汁半量等の調整も行っている。		
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	1日3回毎食後、口腔ケアを実施している。衛生面から義歯は每晚、義歯洗浄剤で消毒を行っている。		

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	トイレ誘導が必要な方は時間やタイミング(活動後)を見て、行っている。こまめに声掛けすることで、自発的にトイレへ行くことが増えている。	排泄チェック表で、一人ひとりの間隔、時間、排泄量、形状等を把握し、個々に応じた支援をしている。同時に、作業が一段落した時の声かけなど、状況に合わせた支援をしながら、本人が自らトイレに向かうような環境を整えている。	
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	毎朝の体操や水分摂取、野菜等の食物繊維の多いものを取り入れた献立等、自然に排便が促せるよう配慮している。便秘がちな方は排便状況を記録し、主治医と相談しながら内服薬や牛乳の摂取等をして頂いている。		
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	それぞれ週2回は入浴日を設定している。汗をかいたり、汚れた際、また体調に応じて等その都度、湯を沸かせる体制である。体調により足浴、シャワー浴、清拭も実施している。	基本、週2回の入浴となっているが、事業所としては週4回の入浴日を設定し、その中で利用者の希望や体調に考慮しながら入浴できるよう、一人ひとりに沿った対応をしている。今年度もゆず湯を楽しむことができた。	
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	午睡や夜の睡眠時間は室温や明るさを一人一人配慮し、安眠できるよう努めている。状態に合わせて、必要な方には居室で休んで頂く時間を作っている。		
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	一人一人の薬の説明書がファイルでいつでも見られる状態である。内服薬に変更や追加があれば、往診結果や日誌、引き継ぎノート等に記載している。服薬介助時は薬袋の名前を本人と一緒に確認している。		
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	全員には至らないが、ケアプランに沿ってタオルたたみや調理、掃除等の役割をして頂いている。お菓子等はお一人以外は健康・衛生管理をふまえて預かり、毎日希望を聞いて食べて頂いている。行事として誕生会や、おやつ作り、花見等は楽しんで頂いている。		
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に支援している	利用者の個別の買い物、通院、美容院等への外出の機会を家族と相談しながら行っている。なるべく家族と一緒に出掛けられるよう依頼しているが、ホームでの付添希望も多い。付き添える体制の時に個別支援として実施している。	天気の良い日は外に出て、畑や花壇の手入れ、外回りの掃除、草むしりなどを行っている。また、花見、ファミレスでの食事、運動公園での昼食、カフェでコーヒー、道の駅、公民館祭り見学等々、皆の意見を聞きながら、普段行けない場所への外出を楽しんでいる。	

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
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	本人・家族の希望で小遣いはホームで保管している。本人家族の希望で紛失のリスクも前提に少額のお金を居室に持っている方もおられる。		
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	入居者からの日常的な要望は聞かれず、あまり行えていない。		
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	ホーム内に季節の花を飾ったり、日中は天気に関係なく午睡以外の時間は電気をつけ明るく活動しやすい明るさにしている。室温と湿度は十分配慮し冷暖房の加減と換気を行っている。	玄関前のアプローチでは、利用者が手入れをしているプランターの花が訪問者を迎える。共用空間のリビングや廊下は温かみのあるフローリングと畳スペースとなっており、利用者と職員は普通の家と同じように靴下で過ごしている。毎日の掃除は、皆で一緒に行い、掃く、拭く、換気する等で清々しい空間を作っている。	
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	玄関、玄関ポーチにベンチを置いている。座席の配慮や気の合う利用者同士一緒に過ごせるようソファを設置し、自由に休めるようにしている。		
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	入居者が自宅で使用していた家具や写真等を持って来たり、ベッドや布団の使用を生活習慣に合わせて選んで頂いている。一人一人ホームに入居に至った経緯が異なり、居室にあえて物を置いていない方もいる。	畳敷きとフローリングの居室がある。ベッドまたは畳に布団使用については希望に沿い、できる人は毎朝、自ら布団を畳み居室の押し入れにしまっている。清掃の行き届いた居室には、家族の写真や手作り作品が温かみを添え居心地のよいものとなっている。	
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	廊下、居室、トイレの手すりの設置等、身の回りのことはご自身で行いやすい環境づくりをしている。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム柳瀬の家

作成日：平成 31年 3月 28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	10	職員間の情報共有が図れておらず、利用者、家族の意見が反映されにくい	記録物の見直しを行い、より職員間の情報共有が図れるようにする	業務、ケア等内容ごとに引き継ぎノートを分ける。またケアカンファレンス、担当者会議、利用者関連等の記録を様式から見直し職員間の情報共有に努める	3ヶ月
2	35	地震、水害等の災害対策や地域との協力体制が乏しい	地震、水害等の災害対策に努め、地域との協力体制ができる	地震、水害等の災害時の避難訓練を実施し、地域の方にも見学して頂き 避難の様子を知って頂く機会を作る	6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、行を挿入して下さい。