

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   | 1670600095     |
| 法人名     | 社会福祉法人 周山会     |
| 事業所名    | グループホーム粹交舎滑川   |
| 所在地     | 富山県滑川市野町1687-5 |
| 自己評価作成日 | 令和元年8月18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11日                             | 評価結果市町村受理日 | 令和元年10月27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）】

一人ひとりのその人らしさを大切にして個別対応、生活歴を考慮した家事作業などを一緒に行っています。また、家族、地域との交流を継続することによって入居者が切れ目なく、自分の存在が大切なものであるよう感じられるように支援しています。ペランダの外には畑があり、野菜や花を育てて成長を楽しみ、また採れたての野菜を新鮮なうちに頂いています。

【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）】

ひとりひとりの個性を大切に、認知症があっても「その人らしく」生き生きと生活していただけることを理念として掲げ、利用者の声を聞き、本人の思いに寄り添えるよう支援している。事業所の敷地内で野菜作りや花を育てることを通し近所の方と自然な形で交流が図られている。施設内では、20年間猫を飼い利用者と動物が共存する中、お互いに愛情を育み穏やかな気持ちになることで心の安定を図り、生き生きとした生活が送れるよう支援している。また、地域の子供たちによる神輿の練り回しや芋煮会への参加等、そして職員は近所の公民館での出前講座で寸劇を通して認知症の啓発活動を行うなど日頃から地域とのつながりが深まるよう職員一丸となり取り組んでいる。

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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19) | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：2, 20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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。<br>(参考項目：38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：4)  | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目：36, 37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目：49)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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  | 常に理念を意識しながら、実践を行い、たびたび職員会議で理念の確認を行っている。                  | 重要事項説明書の中に法人の理念と共に事業所の理念も記載してある。いつも目に付く職員ステーションの壁に事業所の理念を貼り出し、また、毎月の職員会議で、理念について実際のケアの中で実践できているか確認して職員全員が意識付けを行っている。   |  |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 町内の一員として、秋祭りやさこ、芋煮会、消防訓練の参加、差し入れがある。近所の方の野菜のおすそ分けもある。    | 地元の秋祭り「やさこ」で子ども神輿が事業所を訪問に来るのを隔月発行の広報誌「ぽっかぽか」に写真掲載している。他に近所の公民館の「芋煮会」への参加や中学校の運動会への参加、また隣接する老人保健施設の納涼祭の中学生ボランティアとのふれあい、近隣の保育園児らとのサツマイモの苗植えや秋のイモ掘りなど積極的に地域との交流が図られている。 |  |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 広報誌「ぽっかぽか」を公民館に掲示してもらったり、運営推進会議にて認知症の啓もうを行っている。          |  |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 会議にて、事業所の近況、ヒヤリハットを報告し、家族各メンバーの意見、要望を頂き、サービスの質向上に活かしている。 | 運営推進会議は、町内老人会会長、市役所介護福祉課の職員、隣接する老健の看護師長、家族(平均3~4人)が参加し事業所の近況報告、地域との情報交換の場でもあり、家族からの要望を聞き入れるなどの内容で奇数月に開催されている。またその場で出た要望に関しては全職員で共有してサービス向上につなげている。                   |  |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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があり、運営推進会議では、市役所福祉介護課の職員との話し合いもできている。        | 毎月、介護相談員の訪問があり、利用者の話を傾聴したあと、内容について職員と話し合いの時間を設けている。また、年に一度介護相談員、地域包括支援センター職員、管理者で三者面談を行い、意見交換をするなどサービスの質の向上に努めている。   |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 毎日の申し送り、月一回の職員会議で各入居者におけるケアの見直し、点検をし、玄関の施錠に関し話し合っている。    | 法人として「身体拘束廃止・苦情処理・接遇委員会」があり、事業所の職員も加わり計画的な研修を企画して実施しており、研修に参加できなかった職員には、職員会議にて内容を伝えるなど全職員で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。  | 研修を実施した際の資料や参加者名簿、研修報告書などを作成し職員間での情報共有できる仕組みづくりや身体拘束廃止におけるマニュアルを整備されることに期待したい。 |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | マニュアルの策定、職員会議、日頃のケアにおいても話し合いを行い、気をつけている。                 |  |  |

| 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  |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 権利擁護に関する制度においては研修に参加するなどで学び、活用できるようにしている。                  |  |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約時に事業所の運営、取り組み等を説明し、理解してもらっている。                           |  |  |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 会議や意見箱では、十分な意見が聞かれないこともあり、面会時や電話連絡の際に時間をかけて意見等を聞いている。      | 家族の面会時に積極的に話し合いの場を持ち、利用者本人の身体状況や認知症の進行具合などの説明を行っている。その際に家族からでた意見や要望は、個人ファイルに記録して共有している。特に重要な項目に関しては、「連絡ボード」に記載、貼り出してお互いに声をかけて注意喚起している。 | 面会時に家族の要望や意向を確認したら、他の職員とも情報共有するためにも職員会議の記録を工夫し、誰が見ても、すぐに分かるような記録の仕方に期待したい。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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、月一回の職員会議で常に職員の意見や提案を聞くようにしている。                     | 特に個人面談の機会は設けてないが、仕事の合間にいつでも相談できる体制ができている。職員から出た意見要望を管理者が法人の師長に相談することで解決できた事柄があり、運営に反映させることができる仕組み作りができている。                             |  |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 職員の身体、ストレス等に気を配り、勤務時間、状況の相談に応じ、各人の話を聞くようにしている。             |  |  |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 法人内外の研修に参加してもらうようにしているが、特にパートにその機会が確保されていない。               |  |  |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 同市の他のグループホームと年2回の交流会を続けており、その場で意見、情報交換を行い、サービスの質向上に活かしている。 |  |  |

| 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<br>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 | 最初の面会時に本人の生活状況、身体の把握を行い、本人の思いに寄り添うように努めている。  |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 家族の今までの経緯、苦労、不安をじっくりと聞き、また要望も必ず伺い、今後の関係づくりに活かしている。                                   |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 家族とも連携を取りながら、初期対応時の必要な支援を見極め、サービスを提供している。  |   |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 毎日の暮らしの中で見えてくる本人の思いに共感し、絆をはぐくんでいる。   |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 入居者の様子を伝えるとともに家族の思いも傾聴し、一緒に本人を支えて行けるよう関係を深めている。                                      |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 本人になじみのある場所へドライブに出掛けたり、家族の協力により、知人に会えるようお願いしている。継続的に交流出来るよう、面会時にもゆっくりしてもらおうよう配慮している。 | 本人の要望で家族と住み慣れた自宅へ行きつろいで来る、行きつけの美容院へ行く、ドライブに出かけた序でに自宅近くまで寄るなど外出の機会を持てるよう支援している。また友人が事業所へ訪ねて来られた際には、本人の部屋でゆっくり過ごすことが出来るように椅子を準備し、お茶を出すなどしている。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 仲が良い者同士はもちろん、その他の利用者も孤立しないよう仲介し、みんなが関わりをもてるよう支援している。                                 |   |                   |

| 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<br>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                    | 退去した入居者や家族のその後の話を伺ったりし、関係性のフォローをしている。                                  |   |                   |
| <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<br>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   | 本人の言動、表情を観察して思いの把握に努めている。発語の少ない方には特にアイコンタクトや表情の変化に気配りし、思いを読み取るようにしている。 | 日々のケアを通しその時々の変化や何気ない言葉、動作により、一人ひとりの思い、希望や特徴など把握して気づいたことは必ず「ケースカンファレンスノート」に記入して全職員で情報共有している。また家族から聞き取った情報も記録して本人の意向の把握に努めている。                            |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 本人の話、家族、親類からの話を聞き、生活歴、暮らし方、今までのサービス利用の経過を把握、理解に努めている。                  |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 日々の暮らしの中での新しい発見、行事、レクリエーションでの思いがけない言動などを通し、本人の現状の把握に心掛けている。            |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 家族の要望や意見があまりない家族もおられたが、併設老健の看護職、リハビリとも話し合い、色々な角度から介護計画の作成を行っている。       | 介護計画は、担当者が日々の記録から心身状態の変化を把握して1か月ごとにモニタリングを行い、ケアカンファレンスにおいて達成状況の確認、3か月ごとに見直しをしている。本人の心身状態の把握をするためのアセスメントシートは、介護保険証の認定期限ごとに取り直しを実施し現状に即した介護計画になるよう作成している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 毎日の様子、気づきを介護記録に記録し、職員間で共有し、介護計画の見直しに役立てている。                            |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | その時々ニーズに応じての受診やリハビリを家族に相談しながら、支援している。                                  |   |                   |

| 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<br>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                                      | 入居者の希望に応じ訪問美容に入ってもらっている。                                      |   |   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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、家族の希望を考慮し、かかりつけ医の往診、受診を行っている。また急変時は総合病院に対応をお願いしている。        | 契約時に本人、家族の希望するかかりつけ医を選択することができる。また、希望されれば協力医の往診やかかりつけ医の往診等も可能である。家族が受診に付き添う際は、健康状態等を説明しているが、主治医の方から直接連絡があり詳細な病状報告を行い、情報交換を行っている。受診結果は個人ファイルに記入し、全職員で共有している。 |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 医療面でのケアを併設老健の看護職に相談し、急変時はもちろん、不定期に診てもらっている。                   |   |   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時の情報提供、入院中の情報交換、相談にも応じ病院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<br>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  | 重度化を踏まえた早めの話し合いを本人、家族に行っている。その後、かかりつけ医、看護職に相談し、チームでの支援を行っている。 | 看取り介護は、実施していないが、利用者の重度化に伴い家族と早い段階から事業所のできることを説明し、かかりつけ医とも連携を取りながらチームでの支援に取り組んでいる。   | 事業所の「重度化の指針」を文書化することで、契約時十分な説明を家族に行い、同意していただき、重度化してきた時は、早めの話し合い、共にチームで支援する一連の流れの整備に期待したい。 |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 全ての職員(パートを除く)が応急手当、初期対応の訓練を受けている。訓練は定期的ではない。                  |   |   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 年2回の避難訓練、水害時の訓練も行っている。地震、水害時のマニュアル策定、食糧、飲料水の備蓄も行っている。         | 災害時の避難訓練は、マニュアルに沿って年2回実施している。その際に運営推進会議で告知し、町内老人会長らに見学して頂くなど地域との協力体制を築いている。8月には事業所独自で水害時の訓練を行い、隣接する老健まで避難し誘導方法を身に付けている。                                     |   |

| 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 |
| <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<br>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                    | 人格の尊重、プライバシーを損なわない声掛けを行っている。法人における委員会にて研修を重ね、正しく対応できているか、研さんを積んでいる。 | 「身体拘束廃止・苦情・接遇委員会」が中心となり、研修会を実施。接遇チェック表により、「振り返りのアンケート」を全職員対象に実施して、自分たちのケアが利用者の人格を尊重したものになっているか、プライバシーの確保ができているかなど振り返る機会を設け、職員会議でも話し合い共有している。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 本人の言葉をゆっくり待ったり、わかりやすい方言を含む声掛けにより、本人の思いを表現できるように努めている。               |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 業務を優先させる事無く、入居者のペースに合わせた一日の過ごし方を大切に支援している。                          |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 服の好みを聞き着てもらったり、鏡をみてもらい身だしなみの確認をしてもらっている。納涼祭には、おしゃれとして浴衣の着付けも行っている。  |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 日々野菜の下処理をしながら、季節の食べ物や食べたいもの話を聞いている。食後、食器洗い、拭いてもらうなど片付けをもらっている。      | 利用者個々の要望に沿うように食事を提供している。家族からの差し入れで紅ズワイガニを一匹丸ごと味わったり、恵方巻や鱈の塩焼きなど季節ごとの味覚が味わえるよう工夫している。また、利用者がさわし柿や夏野菜で漬物をつけるなど本人の力を活かしながら食事が楽しみになるように支援している。   |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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           | その方に応じて常食、全粥、軟菜、刻み食の提供を行っている。水分補給では、トロミを使用し提供している方もおられる。            |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、全員ではないが、うがいの声掛け、口腔ケアの介助をその方に合わせて行っている。                          |  |                   |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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                              | 排泄誘導表をもとに本人に確認しながらトイレの声掛け、トイレ誘導を行っている。   | 排泄チェック表を活用して個々の排尿排便状況などを把握し、個別に声をかけて排泄の自立に向けて支援している。また、自立度の高い方はご自身のタイミングでトイレに通われるので職員はさりげなく見守るなどの支援を行っている。便秘気味の利用者には、アクエリアスなどのスポーツ飲料を多めに飲んでもらいスムーズな排便を工夫している。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 便秘の方は数名おられ、野菜の摂取、水分補給をすすめている。毎日の体操、散歩などで便秘解消に努め、下剤、坐薬の使用も行っている。                |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                        | 週2回(月・木)の入浴日は決まっているが、本人の心身状態に合わせて入浴して頂いている。                                    | 入浴剤を入れたり、季節感を出すために柚子や南瓜を浴槽に浮かべるなど入浴を楽しむことができるように工夫している。原則は、週2回の入浴であるが、本人の要望により回数は柔軟に対応されている。  |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 基本日中は起きて活動してもらっている。下肢の腫れておられる方もおられ、昼寝の時間はとっている。しかし本人の体調、希望に応じて休息、安眠を取るようにしている。 |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 薬の目的、副作用、用法や用量の説明書はカルテに明示し、全職員にわかるようにしている。また、併設老健の薬剤師による服薬管理を行っている。            |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 本人、家族の話から生活歴、趣味を聞き、本人の得意な事、楽しみごとを引き出し、支援にあてている。                                |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 毎日戸外に散歩に出かけている。行事の計画を立てて、月1回はドライブ、食事に出かけている。入居者にもどこかへ出かけたか、折々に聞いている。           | 日常的に事業所の周りを散歩することが日課のようになっている。また、一人ひとりの希望を聞いて当日、急に少人数であっても隣市までドライブに出かけたり、年間計画を立てての外出では、隣接する老健の自動車を借りて遠出するなど外出支援に力を入れている。                                      |                   |

| 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<br>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  | 本人の現金所持は行っておらず、必要な物は家族が購入している。  |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 電話の使用はたまにある。手紙のやり取りの支援は行われていないが、用意はある。                                |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節感のある装飾品を飾ったり、季節の花も活かしている。居心地良く過ごしてもらうよう家具の配置も考えている。                 | 共用空間は明るく、どの部屋からも同じような動線でリビングに繋がっていて、ソファは休憩しやすく、テレビが見やすいように配置されている。壁には利用者の手作り作品が飾られ、畳の間もあり家庭的な雰囲気が出ている。大きな窓があり、室内にいても畑の野菜や季節の花々の成長がよく見渡せる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | フロアにはテーブル席(一人がけ)とソファ(三人掛け)を置き、ひとりになれたり、ソファで仲間とテレビを見たりして過ごせる居場所を作っている。 |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 使い慣れた家具やなじみのある写真が持ち込まれている居心地いい部屋はあるが、全員というわけではない。                     | 居室には、個々の馴染みの道具が持ち込まれ、家族との思い出の写真や手作り作品、書道の作品などが飾られ本人が居心地よく過ごせるように工夫されている。また、各居室ごとに洗面台が備えられており、好みの洗面道具などが使いやすいように配置されている。                   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 入居者の身体状態や理解力に合わせて、家具、手すり、部屋、風呂場などの表示をし安全で自立した生活支援を行っている。              |   |                   |

## 2 目標達成計画

事業所名グループホーム粹交舎滑川

作成日：令和 元年 10 月 15 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        | 6    | 家族の面会時に利用者本人の身体状況や認知症の進行具合を説明し、その際の家族の意見、要望を個人ファイルに記録はしているが、すぐに取り出して見ることができない。家族の要望や意向を職員会議にて情報共有しているが、他の連絡事項と同じ所に記録しておりそれだけを見るにはわかりにくい。 | 家族の要望や意向を確認したら職員会議、申し送り等で情報共有する。その記録は独立したカンファレンスノートに記録し全員が読んで確認しサインする。 | 家族の意見、要望を個人ファイルには記録していくが、その部分だけを職員会議での入居者に関してのみ記録するカンファレンスノートに記録する事として、誰が見ても分かりやすくする。また、情報共有の確認として職員のサインと意見を書いてもらう。 | 3ヶ月        |
| 2        | 5    | 研修を実施するのは職員会議の中であったため職員会議の参加者名簿はあるが研修参加者名簿は作成していない。研修資料のファイルはあるがファイルの場所などが職員全員に分かるようになっていない。身体拘束廃止マニュアルもあるがすぐ取り出すことができない。                | 研修を実施した資料、参加者名簿、研修報告書などを整備し情報共有できるようにする。身体拘束廃止マニュアルもすぐ見ることができるようにする。   | 研修参加者名簿を別に作成する。研修資料は後日振り返りなどしたい時に見やすいようにファイルに見出しをつける。場所も全職員に明示する。身体拘束廃止マニュアルもすぐ見ることができるようにする。                       | 6ヶ月        |
| 3        | 12   | 「重度化の指針」を契約時、口頭では説明し、同意をいただいているが文書化していないため、長く入居されたりすると重度化の指針が明確でなくなりがちである。   | 「重度化の指針」の文書化により家族に十分な、早めの説明を行う。また、かかりつけ医などとの連携でチームでの支援を整備していく。         | 「重度化の指針」の文書化を行い、重度化されてきた段階で早めに家族との話し合いを持ち、かかりつけ医との連携も交え事業所の支援、医療的支援がどこまでできるか家族に明示しながらチームで支援する体制を整備していく。             | 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、行を挿入してください。