

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	1691600033		
法人名	有限会社あおぞら		
事業所名	グループホームあおぞら		
所在地	富山県中新川郡上市町若杉三丁目522番地		
自己評価作成日	平成30年1月12日	評価結果市町村受理日	平成30年3月28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30年1月29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)】

・一日の流れは、時間ごとのスケジュール管理ではなく、利用者個々が家に居るような行動ができるよう配慮している。
 ・ICTを導入し業務の簡素化と情報の共有化を図っている。
 ・正看護師を配置し24時間連絡体制を整え、協力医療機関と連携して、利用者の重度化や終末期に対応している。今年度は利用者が末期がんだったため医療保険を利用し、訪問診察と訪問看護を受けながら家族とともに看取り支援を行った。

【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)】

事業所理念「笑顔と信頼のあるホームで自分らしさを失わずに生きる」は、職員一人ひとり「自分だったらどんなホームに入りたいか」というテーマで職員会議で何度も話し合い集約し完成させたものである。家庭的な環境のもと利用者の方が安心と尊厳のある生活を送れるように職員全員で取り組み、常に理念と照らし合わせ利用者一人ひとりに寄り添い、可能な限り自立した生活が送れるように支援している。また、いち早くICTを導入し、業務の簡素化や常に最新データを入力する事で情報の共有化に役立てようと努力している。さらに、終末期のケアにおいても、本人や御家族が希望されれば、家族の協力体制を整え、協力医、訪問看護と24時間連携を行いながら看取り介護なども行なっている。地域においては自治会に加入し地域行事へ参加したり、町内会の役員など勤めたり、来年度からは「おれんじカフェ」の定期開催など地域の一員として活動し信頼関係を築いている。

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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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) ○		

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	理念は「自分が入るとしたらどのようなグループホームだったら良いか」について一人ひとりが意見を出し合い、作り上げたものを玄関・スタッフルームに掲示して日々の利用者との関わりにおいて、常に意識するよう努めている。	「笑顔と信頼のあるホームで自分らしさを失わずに生きる」は、職員一人ひとりの意見を持ち寄り、会議で話し合いを重ね、職員で作上げたもので、玄関やスタッフルームに掲示し、機会あることに見て、職員の意識付けを行い、日々の利用者との関わりにおいて実践できるよう努めている。	
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	自治会に入会して、利用者と一緒に回覧板を届け、掃除当番を行い、公民館行事にも参加している。町内の美化活動として花苗の管理を利用者が行うなどの取り組みを行っている。施設長は町内会の三役(会計)として深く地域と関わっている。	公民館行事の敬老会やお茶飲み会に利用者と一緒に参加している。町内の美化活動の取り組みとして近隣のスーパーの花壇で花苗の管理を利用者数名と一緒にやっている。積極的に地域に出かけ活動し、日頃からあいさつを交わすなどの自然な交流があり、地域に溶け込んでいる。	
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	4月から認知症の人と家族・地域住民・専門職等の誰でもが参加でき、集う場としての「おれんじカフェ」を町と協力して月1回事業所を開放して開催する予定になっており、認知症の人の理解や支援の方法を発信したい。		
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	運営推進会議にホームの隣の住民の参加があり、防災時の協力体制について依頼している。また区長からも行方不明の利用者が出たときの協力についても快諾を得ており、地域全体でホームを見守っている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、区域長、近隣住民、若杉の福祉推進員、地域包括職員、中新川保険者、入居者の家族のほぼ全員が参加している。日頃の運営状況報告や災害時の協力体制の依頼など地域住民と施設間の双方向に活発な意見交換がなされサービスの向上に活かされている。	
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に取り組んでいる	町の地域包括支援センター職員がメンバーになっており、事業所の活動内容や運営状況など情報を共有している。来年度より町と協力して地域住民の誰もが集える場として「おれんじカフェ」を当事業所でも開催することになっている。	町の地域包括センターの職員とは、運営推進会議や研修会を通し、事業所の活動内容や運営状況など、情報共有に努めている。また、来年度に向け「おれんじカフェ」を上市町内を4ブロックに分け開催し、地元住民が集える場を提供するなど町と一体となって活動する事を期待されている。	
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	県主催の権利擁護推進員養成研修に参加して言葉による行動抑制をしないケアに取り組んでいる。	権利擁護推進員養成研修に職員を派遣し、研修報告会や研究発表等を行い、理解を深めている。また、職員会議において、日頃のケアを通し、言葉による行動抑制が行われていないか振り返り、利用者一人ひとりの思いを尊重するケアに繋げている。	外部の研修派遣だけでなく、年間を通しての研修計画の中で基本的な身体拘束をしないケアの研修会を開催し、職員の振り返りの機会を作るなどの取り組みに期待したい。
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	高齢者虐待防止法について外部研修に参加したり、勉強会を行って理解を図り、虐待行為を発見した場合の対処方法について事業所で周知している。		

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	現在、1名の利用者が制度を利用しており、地域包括支援センターや社会福祉協議会と連携して支援をしている。		
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	契約時は重要事項説明を丁寧に行い、事業所としてできること、できないことを明確にするよう努めている。重度化や看取りについての対応や医療連携体制について家族の不安や疑問を確認して、十分な説明になるよう努めている。		
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	介護相談員の訪問を受け入れて、利用者が外部に声を表せる機会を作っている。また家族の面会時やケアプラン説明時に、家族からの意見・要望を聞くようにしている。	家族の面会時やケアプランの説明時に家族の意見や要望を聞くようにしている。また、2ヶ月に1度、介護相談員の方が訪問され、利用者の方の表情や雰囲気など会話の中で感じた事を聞き取り、必要があれば情報共有しケアに活かしている。	
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2回の職員会議の場で意見や要望を聞いている。現在の利用者は重度化が進んでおり、その都度業務の見直しやケアの工夫・勤務体制の改善を一緒に考えながら柔軟に取り組んでいる。	月2回職員会議が全員参加で開催され、職員からの意見や要望を積極的に聞く機会を設けている。日頃のケアの見直しや業務の改善点など創意工夫が行われている。意見や内容は議事録に記載し、いつでも見直せるような仕組みがあり、職員が一体となって柔軟に取り組み、運営に反映している。	
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	勤務時間や休み希望を考慮したり、資格取得の援助をするなどして、働きやすい環境整備に努めている。また向上心を持てるよう、キャリアパスにおける任用の要件を整えた。		
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	当事業所の自己評価表を作成し、それに基づいて年3回の個人面談を実行し、職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握するよう取り組む予定である。		
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	上市町福祉関係者新年会や町の地域ケア会議に参加している。		

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	事前に必ず本人と会って、話をよく聴いて本人の思いと向き合うことで信頼関係をつくるように努めている。また、利用者によってはまず通所で利用してもらい、本人の思いを理解できるように、事業所として共用型のデイサービスを利用できるようにしている。		
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	入居にあたり、本人が拒否傾向にあったため仮入居の形をとり、本人には自宅の鍵を持ってもらい、いつでも帰れる環境を作ったことで本人もやがて納得し家族の思いに応えた。		
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	相談時の本人・家族にとってその時点で何が必要かを見極め、本人・家族・担当ケアマネジャーともよく話し合い、必要に応じて他のサービスが受けられるよう支援している。		
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	食器洗い・拭き、洗濯物干し・たたみ等の家事を一緒に行い、散歩や買い物に一緒に出掛け、おしゃべりをしながら一緒に過ごし、お互いが感謝の気持ちを口にできるような、そんな支え合う暮らしとなるように努めている。		
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	家族で牛乳屋を営んでいた利用者に対し、自分の所の牛乳が飲めるように、家族に協力を願い毎日牛乳を配達してもらっている。外食会に家族を招待し、利用者と共に過ごす時間を設けている。		
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	利用者の地元の敬老会の招待に出席したり、地区の「いきいきサロン」に出席したりして、馴染みな人や場との関係が途切れないように支援している。	家族の協力を得ながら、馴染みの美容室、自宅への外出、買物など関係継続が図れる支援が実践されている。利用者の地元の敬老会に参加したり、地区の「いきいきサロン」に出席するなど馴染みの方と一緒に行事や体操等を楽しんだり、気軽に交流が図れ、地域との関係が途切れないように支援している。	
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	日々の関わり合いを見ながら利用者同士の関係を把握し、共同で作業できる場面を作ったり、全員が参加できる行事を催し、仲良く一つのテーブルを囲めるような時間を作ったりしている。		

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 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	サービスの利用が終了した後も、サービス利用の間に培われた関係性を大切に、その後の相談や支援に応じる姿勢を示していきたい。		
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	折に触れ、本人から話を聞くようにし、家族の面会時に会話して知り得た情報を介護記録に記入し共有している。	日々の関わりの中で利用者の言葉を介護記録に記載し、職員間で情報共有を行い、その思いの内容に対し職員間で話し合い、必要に応じ支援の仕方の見直しやケアの実践に繋げている。	
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	利用時にこれまでの生活歴や暮らし方をシートに記入してもらっている。また、折に触れ本人や家族、関係者などから情報を聞き取り、本人の全体像を知るように努めている。本人の若いころの写真を見せてもらうという取り組みも行っている。		
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	担当者が中心になり、介護計画が実施されているか確認し、困難時にはその都度スタッフ間で話し合い改善に努めている。		
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	課題に対する原因や対策に繋がる、昔のエピソードやこれまでの習慣などを本人や家族から情報をより深く得られるよう話し合っている。	介護計画は、3ヶ月ごとに見直している。利用者の状態の変化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している。月2回の職員会議にて全員で話し合い、対応の仕方について検討、一人ひとりの思いを反映できるよう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	職員間での情報などを共有しやすくする為にICTを導入し、その時々気づいたこと、本人が言った言葉や表情を記録し、ケアプランを実践した時にやってみてどうだったかを記入している。		
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	協力医による定期的な訪問診療を行って、利用者にとって負担となる受診や入院を回避したり、本人や家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援を柔軟に行っている。		

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	保育所からの慰問・図書館での本の貸出し・フォークダンスなどのボランティア活動やシルバーセンターを利用・公民館行事に参加したりしている。		
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、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	かかりつけ医は契約時に確認し、本人家族の要望に沿ったものになっている。受診は原則家族の付き添いで行っているが、場合によっては職員が同行している。いずれの場合も、受診の際は本人の日頃の健康状態や様子など必要な情報を提供し、円滑な受診が行えるよう支援している。	本人・ご家族の希望する医療機関に受診している。受診は基本、家族同行であるが、日頃の様子を記入したメモを渡したり口頭で伝え、円滑な受診が行えるよう支援している。また、必要があれば職員が受診に同行したり、希望があれば協力医療からの往診などの対応にも柔軟に対応している。	
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	日頃気付いたこと等を相談し、助言してもらえる機会は多くあり、24時間電話で相談もできる。また往診時には介護職員からの情報が閲覧できるようになっており医師に報告している。		
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。	入院によるダメージを極力防ぐために、診察には家族と一緒に立ち会い医師と話をする機会を作っている。また、入院時には医療機関に対して本人の普段の状況を伝え、頻りに職員が面会に行き情報を得るなどして、速やかな退院に結び付くよう支援している。		
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	段階ごとに本人・家族や主治医と事業所が話し合いを持ちながら「看取り確認書」「看取り同意書」を交わして、三者で方針を共有しながら看取り支援に繋げている。本年度は末期がんの利用者に訪問診療や訪問看護を利用し、チームでの看取り支援に繋げた。	入居契約時に、重度化や終末期における事業所としての基本的な考え方を説明し、同意を得ている。重症化した場合は、個々の状態変化に応じ医療との連携のもと、一人ひとりの状況に合わせ本人や家族に寄り添っている。何が最善なのか共に考え、看取りを希望された場合は、訪問診療や訪問看護と連携し、チームで看取り支援を行っている。	
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	応急手当や蘇生術の研修は事業所に消防隊員を派遣してもらい、全職員がAEDなどの救命技能がもてるように訓練している。		
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	火災避難訓練とは別に地震災害時の行動について、避難所までのルート(3パターン)を決め、実際に避難所まで行き確認をした。椅子の背もたれに防空頭巾を利用者と共に作成し常設している。避難訓練時には近隣住民の参加を得たり、火災時の一報が届く通報装置の設置に協力してもらっている。	年に2回、消防署の指導のもと昼間、夜間の火災想定避難訓練を実施している。近隣住民の方にも火災時の通報装置の設置に協力を頂き、実効性のある訓練に繋げている。また、災害時に備え備蓄が確保されている。水害、地震への対策は、各イスに防空頭巾がセットされており、実際に避難場所まで利用者の方と一緒に避難訓練を実施するなど、災害に備えている。	

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
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	誇りやプライバシーを損ねないように「耳元でゆっくり」声かけするように取り組んでいる。	ご利用者の生活歴や性格に合わせ、話しかけたり、関わるタイミングを職員間で情報共有している。ご利用者の行動を見守り、プライドを傷つけないよう丁寧な言葉で耳元でゆっくり話しかけ、個々を尊重した関わりを実践している。	
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	指示的な声かけではなく、利用者が選択できるような問いかけや疑問文で声かけをするように取り組みたい。		
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、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	日課を決めず、一人ひとりの体調に配慮しながら、その日その時の本人の気持ちを尊重して、自分のペースでしたいことができるように支援している。		
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	毎朝着替えを行い、外出や特別な行事の際には普段着からおしゃれ着に着替えたりして一人ひとりの好みに合わせて支援している。衣類の乱れがあればさりげなく声かけをしたり、一部介助をして身だしなみに配慮している。		
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	利用者にその日に食べたいものを聞き一緒に買い物に行ったり、月1回の外食や旬の味覚を提供して食事が楽しいものになるよう支援している。	利用者の方と一緒に近隣のスーパーで食材を購入したり、施設内の菜園で採れた野菜を使い料理や調理の盛り付けなど個々の状況に合わせて食事作りを楽しんでいる。また、誕生会など特別な日は、家族を招待し、ご本人の嗜好を伺い、食べたいものを一緒に準備したり、外食に出掛ける等要望に沿うような働きかけがなされている。	
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	疾病などで食事療法が必要な利用者も献立や調理方法を工夫して栄養や水分が摂取できるように努めている(エンシュア・スポーツドリンクをゼリー状にする)。		
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	食後の歯磨きやうがいの声かけを行い、力に応じて職員が見守ったり介助を行っている。就寝前には義歯の洗浄を行っている。		

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	排泄記録の活用で一人ひとりの排泄習慣やサインを把握し、時間管理や声かけを行いトイレへの誘導を行っている。その人に合ったパットやパンツを随時検討して自立できるように支援している。	ICT化されており、タブレット端末にて排泄状況を入力している。利用者一人ひとりの排泄リズムの把握に努め、トイレの回数や汚染の状況等に応じ、使用するパットの選定や誘導間隔など、職員間で情報共有し実践に繋げている。	
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	適度な水分補給と繊維の多い食材や乳製品を取り入れたり、散歩や体操など身体を動かす機会を設けて、薬にむやみに頼らず自然排便できるよう取り組んでいる。排便時の体位についても考察中である。		
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	入浴は本人の希望に合わせて対応できるように毎日沸かしている。職員と1対1で利用者のペースに合わせてゆったり楽しめるよう入浴剤を選ぶことができる。体調不良時や失禁時にはシャワー浴や清拭を行っている。	毎日入浴できる体制がある。1人に対して、週に2~3回入浴できる機会を確保している。季節感を味わえるよう、ゆず湯を提供したり、外出時足湯を楽しんだり、その日の気分に合わせ入浴剤を選んで頂いている。入浴拒否が見られる方への支援について職員間で話し合い、ご本人にとって心地よい入浴の時間となるよう柔軟に対応している。	
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	日中の個別の疲れ具合にあわせて、個別の休息を取り入れている。また就寝前に足浴で体を温め、安眠できるよう支援することもある。		
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	利用者一人ひとりの処方されている薬について、薬剤師による管理指導を基に理解するよう努めている。またケアプラン見直し時に服薬状況についてもアセスメントしている。		
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	日常の役割として日めくりをする・洗濯ものを干したりたむ・食器を拭く・野菜や花の苗を植えたり水やりや草むしり・誕生日会での挨拶・万歳三唱などをしてもらっている。		
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	月に1回の外食会に行く際家族の参加を募っている。近隣のスーパーには散歩がてらに歩いて買い物に行き、好きな刺身を買ったりしている。季節ごとにドライブで花見や紅葉見学などに行く。	年間行事計画を作成して、季節ごとにお花見、紅葉狩り、遠足など企画し、日常生活とは違う楽しみが提供されている。また、天気の良い日はドライブや近隣へ散歩、月1回の外食会には御家族も誘い、利用者の希望や要望に合わせて一緒に参加して頂くなど柔軟に対応している。近隣のスーパーには利用者の要望があれば一緒に散歩がてら買物に行くなど、楽しみを共有し、生きがい作りに繋げている。	

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	少額のお金を所持している利用者があり、服や食品など自ら支払い、購入できるように配慮し、お金がある安心感や満足感が得られるよう金銭管理の支援に取り組んでいる。		
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	毎年利用者全員が年賀状や暑中見舞いを出せるよう支援している。また日常的に電話や手紙のやり取りができるよう支援し、関係が希薄にならないよう努めている。		
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	季節や行事に合わせた飾り物をして昔なじんだ習慣を思い出すようにしたり、季節を感じられるような生け花をしている。玄関をバリアフリー化し安全に外出できるようにしている。	玄関には、季節に合わせた生け花が飾られ、共有空間には外出行事や日々の活動の様子が分かるよう写真が飾られ、季節に合わせ利用者の方と一緒に作成した作品が廊下に飾られている。キッチンからは食事の支度の音や匂いがしている。適所にソファやイスが配置され、利用者が思い思いの場所で過ごせるようになっている。光彩や温度・湿度・臭い等にも配慮されている。	
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	居間のソファや簡易ベッド、玄関前のベンチや畳の間など一人ひとりが思い思いに過ごしたり、気の合った利用者同士で過ごせるよう工夫している。		
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	居室には備え付けのベッドがあり、家具などは馴染みのものや好みのものを持ち込んでもらい、本人が居心地よく過ごせるよう配置している。	居室にはベッドと家具が備え付けられている。利用者一人ひとりが使い慣れたイスやテーブル、衣装ケース等を持ち込まれている。各種行事の写真やクラフト作品など思い思いの物を飾り、本人が落ち着いて寛げるような環境が確保されている。本人の生活状況によって和室スタイルで過ごすなど柔軟に対応されている。	
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	利用者の状態に合わせてクッション性のある床材や畳を敷いて安全性に配慮している。居室には大きく名前を表示しわかりやすく工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームあおぞら

作成日: 平成 30年 3月 14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	5	身体拘束をしないケアの研修会を年間を通して計画的に実施していない。	身体拘束をしないケアの研修会を年間を通して計画的に実施する。	・平成30年度の研修計画において、身体拘束をしないケアの外部研修への参加を1回と内部研修を5月と11月の2回計画して実施する。 ・内容的には、言葉や態度による行動の制限に対する現状の把握と改善策について話し合う機会とする。	10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、行を挿入して下さい。