

# 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	1690100407		
法人名	むらい食品株式会社		
事業所名	グループホーム花芙蓉		
所在地	富山市掛尾町540-1		
自己評価作成日	平成29年10月16日	評価結果市町村受理日	平成30年1月30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	<a href="http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=1690100407-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=1690100407-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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	平成29年11月14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)】

こじんまりとした落ち着いた雰囲気配慮し、家庭的な環境づくりを心掛けている。  
職員は、入居者と共に過ごしながら生活の中で協働の関係づくりをチームケアとして行っている。  
その人らしい自由な表現を大切に、その人の残された力や潜在力を引き出し活かせるように支援している。  
職員は事業所内勉強会や外部研修に参加し、認知症介護への理解や知識、技術の向上を図っている。

## 【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)】

- ・事業所の周辺は企業がほとんどであるが、手作りおやつを届けたりして、普段からつき合い、関係づくりをしている。
- ・外部研修会への参加は、どんな立場の職員も希望すれば可能であり、職員は積極的に研修に参加し介護技術の向上に向けて努力している。
- ・利用者が自由にのびのびと過ごしている様子がうかがえた。

## 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	運営推進会議を通じて、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、安心して暮らしている (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	毎月のカンファレンスでは職員全員で唱和したり、ホーム内に掲示している。日頃のケアの在り方を客観的にみて、職員が理念をどのように理解し実践につなげているか把握するようにしている。課題や問題は理念に基づいて解決している、あるいは解決できるように努めている。職員全員が理念を理解し、利用者のケアに活かしていると思う。	理念は玄関に掲示してある。職員全員に配布し、毎月のカンファレンスでは唱和を行っている。管理者が理念を基にしたケアの見本となるよう実践努力を重ねている。	
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	事業所は自治会に加入している。近所に買い物や食事に行き、挨拶や言葉を交わす関係がある。事業所の誕生祭や運動会などの行事にお誘いしている。町内から春には獅子舞、夏の納涼祭、秋には子供みこしの訪問があり交流の機会になっている。	町内会に所属している。近隣は企業がほとんどで、おほぎを作った時など、おすそ分けに届け、よい関係を築いており、利用者の徘徊があった場合も声がけしてくれる。近所の喫茶店を利用したり、町内の祭り行事に参加したりしている。ボランティア(フラダンス・リコーダー演奏)の訪問もある。	
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	地域の民生委員、また住民の困りごとの相談に応じている。また問題解決が出来るように協力している。		
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	事業所の現況を報告し意見交換を行っている。事業所の行事に参加された時は評価や感想を頂き質の向上につなげている。運営推進会議の内容を職員に報告し、サービスの向上につなげている。	2カ月に1回、小規模多機能事業所と一緒に開催している。参加者は長寿会・社会福祉推進委員、自治会長、民生委員、地域包括支援センター、利用者家族、事業所関係者が参加している。欠席家族には次回の案内・議事録・お便りをセットにして郵送している。	議事録から情報を共有することもあると思われるので、職員の閲覧が確認できるような工夫をされたい。
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	運営推進会議や事例検討会を通して連絡を取り、情報交換している。互いに問題や困りごとについて相談するなど協力関係を築いている。	2カ月に一度、介護相談員2名の来訪があり、利用者と一緒に1時間程度話している。運営推進会議には行政関係者として地域包括支援センターより参加があり、情報交換をしている。	
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	身体拘束の外部や内部での研修を受けている。玄関の施錠、抑制帯など具体的な行為については全員理解が出来ている。身体拘束を行わない理由など、更に理解を深めるため、カンファレンスではDVDを用いたOFF-JTを行っている。無断で外出される利用者へのケアに取り組んでいる。	今期、身体拘束防止についての研修は行っていない。職員のスキルに任せたり、実践の中で管理者が指導している。	
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	職員の1/3は身体拘束の外部研修を受けている。職員は、研修報告を口頭や書面で行っている。職員は入浴や更衣時、身体に異常がないか確認し虐待を見逃さないようにしている。また、言葉遣い、ネグレクトにも職員間で注意を払い防止に努めている。疑問があれば管理者に相談している。		

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	管理者は研修を受けている。職員の1/2は外部研修また国家資格や初任者研修で講義を受けている。今後更に知識を深めたいと考えている。制度を活用している入居者はいるが、現在、制度の利用申請は親族が行っている。		
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	契約の説明は管理者が行っている。説明は、口頭と書面で理解や納得を得ながら行っている。利用者また家族の疑問や質問がないか確認しながら契約を結んでいる。		
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	利用者の意見や要望は日常の関わりの中で聞いている。家族の意見、要望は面会時の会話を通し聞く機会を設けている。職員は、利用者や家族からの意見、要望を聞いた場合、記録し情報を共有している。また、内容によっては管理者に報告、相談している。職員は利用者や家族の意見や要望を記録、報告しカンファレンスや毎日のミーティングで話し合っている。意見や要望は行事や日常のケアについてが多く、事業者の意見や解決策、対応法を利用者や家族に伝え、相談し運営に反映している。利用者が外部者へ表わせる機会として介護相談員の受け入れを行っており、家族へは運営推進会議への参加を呼び掛けている。	利用者は日常の関わりの中で、家族は面会時などに積極的に話をし、意見を聞いている。意見箱を設けたが、何も入っていなかった。	
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	1回/月のカンファレンスには、代表者と管理者、全職員が参加し運営について意見交換を行っている。個別な意見や提案は、面談などで聞いている。内容によっては、アンケートなどを持ちいて他の職員の意見を聞き結果を反映させている。	外部より講師を招き、「コーチング」の手法を取り入れた研修の中で自らの気づきを導き出すよう指導した。月1回のカンファレンスには社長も参加し、意見交換の場としている。現場の意見は、日常的にフロアで管理者が話しかけ、聞き出している。	
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	管理者は1回/月の主任者会議で職員の勤務状況を代表者に報告する事で、勤務状況の把握が出来ていると思う。職員の意見を聞きながら職場環境が整う様に努めていると感じている。仕事への目標を明確にし、やりがいや向上につなげていると思う。		
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	年間の事業所内研修の計画を立て、職員が目標をもって仕事に取り組めるように工夫している。職員個々の力量を見て、本人に研修の意図を伝え意欲やスキルアップが図れるようにしている。代表者や管理者は、職場での問題や課題の解決を考えるとときには、研修で学んだ事を活かせるように職員に助言している。		
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	事業所は富山県グループホーム協議会に加入しており、研修には積極的に参加し同業者との交流を図っている。ネットワークを活かして事業所内勉強会を開き職員の知識や技術が深まるように取り組んでいる。		

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
<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	職員は一方的なアドバイスや指示を行わず本人の話を聴き、本人が安心できるように支援する事が大切だと理解し実践している。またその事が本人との関係づくり、信頼関係に重要だと考えている。		
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	家族の訪問時は必ず挨拶を交わし入居者の近況等を報告し信頼関係が築けるようにしている。家族の話を聴き、不安や要望など話の内容は記録や報告をし全職員で情報の共有に努めている。		
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	本人や家族の生活状況、ニーズを伺いながら、本人や家族にとってより良い支援につながるように他のサービスを説明、勧める場合もある。		
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	職員は個々の潜在力を活かして支え合う関係づくりが大切だと理解しており実践に努めている。支え合う関係の中で、職員が入居者から教わる事や精神面で支えられていると実感する事がある。日によっては十分に潜在力を活かせなかったと感じる事もある。毎日の関わりを、一日のケアの振り返りポイントにしている。		
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	職員は本人にとって家族の存在は重要だと理解している。面会時の会話や毎月、生活状況をまとめた月時報告書をお渡しし、家族と情報の共有を図り、協力関係が築けるように心がけている。月時報告書には、本人が言葉などで表現された家族への想いを記入している。		
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	馴染みの人の訪問や希望があれば宿泊、外出も可能な環境をつくっている。電話や手紙のやり取りは自由に出来るようにしている。美容室、医療機関、美術館などへは、家族と事業所が協力し出掛ける機会を作っている。	事業所への幼なじみや家族の訪問は個人差がある。通っていた美容院、かかりつけ医、好きなラーメン屋への外出もある。事業所に年賀状が届いた場合は利用者の希望をたずね、職員が手伝って返事を出している。	
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	認知症による心理、行動症状や相性から利用者同士のトラブルはあるが、職員は認知症の人の個々の想いや個性を理解し、傾聴や仲介を行っている。生活の中で自然に関わる機会や協働の機会をつくっている。		

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	関係を断ち切らない事は大切だと考えている。利用終了後も相談があったり近況の報告がある。 出会えば挨拶を交わし近況を伺っている。		
<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	生活の様子や言動、会話から本人の思いや意向を把握している。本人が思いや意向を伝えられない時は、家族と相談しながら支援している。本人の思いや意向は日誌に記録しカンファレンスで話合っている。	日常的に個人記録の記載が徹底されており、職員間で利用者の人となり共有されている。利用者の思いを引き出す努力に努めながら、家族の希望や要望に寄り添う姿勢がみられる。	
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	本人の話だけでなく、家族や兄弟、友人からもタイミングをみながら話を伺い、情報はアセスメントに記載している。本人や家族から情報提供される事があるが十分に把握できていないと感じている。本人や家族との関係を深めながら、徐々に情報がもらえていると感じる。		
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	毎日の記録や申し送りで、心身の状態や生活の出来事、過ごし方を確認、把握している。また職員で情報共有できるように記録と申し送りを行っている。		
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	主に月に一度のカンファレンスで本人、家族、主治医等から上がった課題や問題点、モニタリングについての話し合い、次月の介護計画を作成している。本人の心身状態、生活状況に応じて家族や関係者と話し合い3~6か月ごとにケアプランを作成している。	職員は利用者1~3人を担当し、「ひもときシート」を活用した介護方法や課題についてミーティングやカンファレンスで話し合いをし、家族からの聞き取りを踏まえ、理解を得たうえで、3か月及び6か月ごとの介護計画に反映している。	
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	毎日の個人記録には本人の言葉、活動、体調、行動等の様子を記録し、情報の共有を行うようにしている。個人記録を基に朝、夕に申し送りを行い情報の共有を行っている。入居者の状態に応じて対応の変更や観察を行っている。休日後の勤務では、記録の確認を行っている。		
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	職員の人員や入居者の状況で、柔軟な対応が出来ない時はある。だが可能な限り、受診や救急搬送、買い物、趣味の外出など、職員が同行したり代行している。利用者の体調や家族の都合など、その時の要望や希望に応じて臨機応変に対応出来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	入居者に地域の清掃活動を声掛けし、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、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	かかりつけ医は本人と家族で決めている。受診または往診時には、日頃の体調、生活状況を主治医に情報提供している。受診の時は、必要に応じて職員も同行し主治医に情報提供をしている。	月2回の訪問診療を受けている。家族の付き添いで他の医療機関を受診する人もいる。事情により職員が同行する場合は逐一家族に報告している。いずれも医師に日常生活や変化等について情報提供をしている。医師のアドバイスも得ている。	
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	ホームの看護師及び社内の看護師、訪問看護師とは、日頃の心身状態、生活状況を報告し、受診等必要な医療について相談したり医療処置を受けられるようにしている。		
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。	入院中も病院やかかりつけ医と情報交換を行い、退院後の健康管理や必要な医療について話し合い情報の共有に努めている。病院の地域連携室や病棟、かかりつけ医等の医療機関と家族のパイプ役を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	重度化や終末期の迎え方については、早い段階から本人や家族の意向を伺う事が大切だと考えており話し合いや書面にて意向の把握に努めている。同時に事業所が出来る事を説明している。終末期においても本人や家族に意向の確認を繰り返し行っている。医療関係者や職員には本人や家族の意向また終末期を迎えた時の対応についてその都度、支援の方針を相談し実践に取り組んでいる。	看取りが可能であることを入居時に説明している。今年度はいまのところ該当者はいない。事業所としての対応や支援でき得ることの範囲についても十分理解してもらえるよう努めている。また、年1回は看取りについての外部研修を受講する職員もいる。	看取り経験のない職員に対応した看護師による講座の開催等、職員の更なる資質の向上を高められることが望ましい。
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	職員は定期的に救命救急の講習を受けている。利用者の急変や事故が起きた場合の対応方法を理解している。		
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	火災避難訓練は定期的に行っている。地震や水害等の災害に備えて運営推進会議では地域住民や行政、家族に避難の協力を呼び掛けている。	事業所の周辺は企業がほとんどで、一時避難場所として近くのマンションのエントランス使用の了承を得ている。避難訓練参加は当日の勤務者のみ。備蓄も水のみである。利用者家族や運営推進会議の委員に協力を呼び掛けている。	指定されている避難場所の学校は遠く、行政に働きかけはされているが、利用者の心身を考慮し、協力体制についての話し合いを継続していただきたい。

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	言葉づかいには注意しながら、自然な会話を心掛けている。入浴や排せつのケア、居室への出入りにはプライバシーを損ねないように配慮している。強引な介助はしないと心掛けている。カンファレンスでは、その方に応じた言葉かけや対応について話し合っている。	職員は利用者との自然な会話を心がけているが、声がけする際の呼び方についてアンケートからも「ばあちゃん」「ちゃん」づけについて指摘があり、管理者は折にふれ注意を促している。	利用者の呼び方について、職員間で話し合う機会を設けることを期待したい。
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	入居者が自由に意思を表現できる関係づくりに努めている。思いを把握するために、入居者の話しは、しっかりと聴いている。思いや意思の確認が困難な場合は利用者の家族と相談しながら支援している。		
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	食事時間や入浴、外出などは、出来る限り利用者の希望に沿って行うようにしている。ケアと業務の違いをカンファレンスや研修などをとおして職員に教育をしている。		
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	更衣の時には利用者が洋服を選べるように工夫している。利用者の希望に応じて訪問美容サービスを依頼している。顔そりや爪切り、髪の手入れなど日常の身だしなみに必要なケアを行っている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	管理者は食事作りを業務と捉えないように職員に伝えている。一緒に買い物に行き献立を決めたり、ホームの畑で収穫した野菜で利用者が中心になり調理する機会がある。普段の調理には、野菜の下ごしらえや味付け、盛り付けなどを入居者と職員で相談しながら行うようにしている。	気の合った利用者がいくつかに分かれた食卓を囲み、職員も全員同席して談笑しながらさり気ない支援に努めている。味付け、盛り付け、食材の彩りも良く、食事が一番の楽しみごととして捉える姿勢がうかがえた。買い物に同行する利用者は少なくなりつつあるが、職員との外出は楽しみごとの一つとなっている。	
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	毎日の食事と水分量は記録している。その人の食習慣は本人や家族から聞き継続できるようにしている。その日の体調や健康状態に応じて、食事の形態や時間を変える、補助食品を取り入れるなどの工夫をしている。		
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	その人の習慣を把握しながら声掛けを行っている。口腔の状態に応じたケア用品が用意してある。		

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
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	トイレで排泄できるように必要に応じて本人の様子や間隔をみながら声掛けや誘導の支援をしている。排泄ケア用品は本人や家族と相談しながら取り入れている。	可能な限り自立排泄ができるよう利用者の排泄パターンを把握し、さり気ない誘導に努めている。排泄ケア用品は長期にわたる利用者がほとんどであることから、全員が何らかの用品を使用されている。	
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	排泄の状況を記録し個々の排泄パターンの把握に努めている。職員の1/3は便秘の原因や予防について研修を受けている。下剤を用いる場合でも、薬だけに頼らず、食事や飲み物に乳製品や食物繊維、野菜など利用者に応じた物を提供したり、散歩や体操など運動の機会をつくるようにしている。		
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	日勤者の勤務時間内であれば入浴日や入浴時間には決まりが無く、希望に応じて入浴が出来るように支援している。入浴の間隔、手順、湯船の温度などは入居者個人の習慣に合わせている。	浴室は明るく2人入浴も可能な広さで清潔である。日曜日以外はいつでも毎日入浴できる。車いす対応もでき、職員の動きもスムーズに行える作りである。	
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	起床や就寝は利用者の習慣に応じて支援している。体調やその日の状況によっては安全や安心に配慮しリビングや和室で休めるようにしている。		
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	ホームで往診を受けた場合、本人や家族、職員に薬の処方内容をその都度口頭と書面で報告している。薬の処方せんは、いつでも確認できるように保管場所の周知を行っている。服薬は、間違いのないように十分に注意して支援し、服薬状況を記録している。薬に変更があれば、服薬後の身体状況やバイタルを観察し記録している。		
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	入居者の希望でホームには畑があり利用者が主体になり野菜作りが出来るように支援している。入居者の趣味が継続できるように支援している。炊事、洗濯などを一緒に行っている。花見や納涼祭など季節のイベントを行い、希望に応じて飲酒の機会もつづけている。		
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支援している	日常的に散歩や近所への買い物に出かけている。車椅子が必要な方も外出できるように職員の人員などに工夫している。外出は、入居者の意向を聞きながら行っている。本人の希望によっては家族や隣接の施設職員と協力し出掛けられるようにしている。	職員確保は厳しい状況であるが家族からは外出支援を望む声がある。入居時に比べ介護度も進み、日常的に外出を望まない傾向にあるが、希望する利用者は車で大型ショッピングセンターへ出かけたり、食材の買い出しにも同行してもらうようにしている。	

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
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	お金の管理については本人の能力に応じて家族と相談しながら決めている。家族の同意を得て本人が買い物を楽しめるように事業所の立替などを行っている。		
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	ホームの電話機は自由に使えるようになっている。電話の頻度などは必要に応じて本人や家族と相談している。操作の手順など必要に応じて職員が代行を行っている。家族や知人からの電話は本人につなぎ、自由に話せるようにしている。本人への郵便物は本人に渡ししている。本人が年賀状など季節のはがきが送れるように必要に応じて代筆などを行っている。		
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	部屋の温度や湿度は利用者にとって不快が無いように配慮、工夫している。夜間は、廊下やトイレ周辺に適切な照明を点け混乱が無いように工夫している。和室には季節ごとに炬燵や雛飾りを配置している。利用者や相談しながら写真や絵を飾っている。	共有空間では、ほとんどの利用者が1日の大半を過ごされ、気の合う人同士3~4人毎にテーブルを囲みゆったりした時間が流れている。広々とした共有空間は、音、温度、照明、漂う調理の匂い、明るい職員の声が聞かれ、和やかな雰囲気である。	
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	リビングやダイニングにはソファやテーブルセットなどを複数配置して本人が好きな場所で、くつろげるようにしている。		
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	居室は本人や家族が相談しながら家具の配置などを行っている。入居時や必要に応じて本人や家族に馴染の物や好みの物の配置を勧めている。居室の清潔が保てるように本人と一緒に掃除をしたり、許可を得て片付けを行っている。	広々とした居室は外光が採り込まれ、個々の生活パターンに合わせた持ち込み調度品、家族写真が飾られている。収納及び洗面所の設置はない。居室は清潔で整然としている。	
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	本人が分かるように、本人や家族と相談し居室にはネームプレートを設置している。トイレや浴室にはプレートを下げています。廊下やトイレには適宜に照明を点け、場所が分かる、安全に移動できる工夫をしている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 30年 1月 30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	36	<p>本人の呼び名については、現状、グループホームに入居時及び入居後に、本人や家族に呼びかけ方の意向を確認している。本人や家族の意向は、職員が周知している。</p> <p>入居者個々の呼びかけ方の意向は、本人とその家族、職員の間で情報共有しているものであり、本人以外の入居者の家族には、説明をしていない。</p> <p>また、その時々で意向が変わる入居者もおられ、職員は、利用者の意向に応じて呼び方を変えることもある。</p> <p>一方で、職員側から入居者との日常的な関係において、「ばあちゃん」「〇△ちゃん」などと呼びかける場面もある。</p> <p>今回、家族のアンケートに職員が、「ばあちゃん」「〇△ちゃん」と入居者に声掛けしていると指摘があった。</p>	職員が、入居者の尊厳や、プライバシーの確保について、知識や考え、理解が深まる機会を作る。	<p>①外部評価結果を入居者、家族、運営推進会議、職員に説明し、意見を聞く。</p> <p>②意見をまとめ、ケア会議で職員に報告する。</p> <p>③職員で、入居者の尊厳やプライバシーの確保を考えたケアを行っているか、現状を振り返る、気づいた事を話し合う。内容をまとめる。</p> <p>④職員で話し合った結果を、入居者、家族、運営推進会議で報告、書面配布する。</p>	2ヶ月
2	4	運営推進会議には、地域の長寿会・福祉推進委員・民生委員・自治会長・入居者の家族等が参加している。議事録から情報を共有する事もあると思われるので、職員の閲覧が確認できていない。	職員が議事録を閲覧した事を確認できるようにする。	<p>①議事録に、内容確認したサイン欄を付ける。</p> <p>②回覧期間を明記し、回覧書類がある事を、口頭と書面(業務日誌に記入するなど)で職員に伝える。</p> <p>③回覧後、職員全員サインを確認する。</p> <p>④議事録は、いつでも見られるように、所定のファイルに綴り収納する。</p>	1ヶ月
3	13	指定されている避難場所は遠く、行政に働きかけを行っているが、利用者の心身を考慮し協力体制について話し合いの継続が必要である。	災害時の対策が安全に行えるように、行政及び地域や事業所の関係者と話し合う機会が出来る。	<p>①災害時の対応について、地域住民や利用者家族にアンケートをとる。</p> <p>運営推進会議などで、災害時の対応について話し合う。現状と課題を共有する。</p> <p>②会議の欠席者には議事録を郵送する。</p> <p>③行政や地域住民、利用者の家族へ避難訓練への参加を呼びかける。</p>	6ヶ月

4	12	看取りに対応した研修や看護師による講座など、職員の資質向上を図りたい。	職員の看取りケアへの知識が深まる。	①看取りケアへの課題や問題点を職員への面談やアンケートで把握する。 ②課題や問題点の解決にむけて、講習会や意見交換会など解決策を図る。	10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。