

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	1691700148
法人名	東京堂株式会社
事業所名	共生型グループホーム華のれん
所在地	富山県下新川郡入善町入膳4716-5
自己評価作成日	令和2年2月17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2年2月28日	評価結果市町村受理日	令和2年4月10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）】

今年度の目標「体を動かし、大きな声で歌いましょう！」を設定し、利用者様の負担にならないよう楽しく活動をしてきました。今月の歌を担当職員が利用者様と相談をして、目に見えるホワイトボードに歌詞を書き、全員で合唱をしています。2カ月に1度のお茶会ではその歌声を発表し、近所の方々にも聞いていただいています。時には障害者の利用者様や職員と交流を兼ねハンドベルなどを使いレクレーションを行っています。また、地域との交流や社会生活を営む上でお祭りや初詣、近所の神社参拝などを楽しんでいます。その他、近くにある畑での野菜作りや収穫、収穫した野菜の調理、スロープの花壇作り等の参加もしています。近所にあるコスモ21に欲しいものの買い物も欠かせません。今までの在宅生活の延長として特別なことをせず、その人らしい生活を楽しんでいただけるようニーズに沿った支援介護を提供しています。

【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）】

事業所の理念「一人ひとりの持っている力を最大限に発揮できる支援を提供し、一人ひとりの思いを受け止め、寄り添い、日常的な空間をお届けします」が職員一人一人に浸透し、自分事として考える姿勢がその人の持っている力や得意なことを伸ばしたり、その人らしさの支援につながっている。地域とのつながりを通し、地域行事への参加や施設の行事に参加して頂くことで双方向の理解や支援体制が構築されており、ごく当たり前の日常の継続が築かれている。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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	利用者と職員と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				

# 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 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	理念を玄関前に掲示し、支援の方向性を明確にし、利用者や家族に理解をしていただき、職員間の共有にも努めている。毎年4月には理念及び年間目標の周知徹底を職員会議で行い、毎月の個人管理目標の土台として全職員で意識を高めている。	理念は玄関前に掲示し、「一人一人の持てる力を最大限に発揮できる支援を提供…」という理念を研修会ごとに繰り返し重ねることで“自分がそうされたら…～自分ならそうしたい…”と利用者だけでなく職員間でも徹底でき、ケアの根幹につながっている。	
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	地域にある商店街への買い物や地域ボランティアの受け入れ、小・中・高生の福祉体験の受け入れ等を行っている。他、回覧板を持って行ったり近所の行事にも参加をしている。	管理者の地元という関係性がもともとあるうえに施設で行う夏祭りや、お茶会、フラダンス等2ヶ月に1回程度近隣に呼び掛けたり、地域の行事にも参加したり、畑で採れた野菜を頂いたりと馴染みの関係があり、小・中・高生、ボランティアとの交流や慰問の受け入れなど双方向の交流ができています。	地域との関係性はこれまでも良好な関係性が築かれてきているが、今後さらに地域の方のよりどころとなるよう更なる情報の発信とアピールに期待したい。
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	認知症に関する相談や介護予防に関するの運動や活動の紹介などを運営推進会議を通して近隣住民の方々へ紹介をしている。		
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	2カ月に1回運営推進会議を開催し、各行政、地域の方、利用者様ご家族に参加していただき、利用者様の状況や活動報告・事故報告等を行っている。それに対するご意見や助言をいただき、運営に生かすようしている。尚、お茶会を行い皆様に参加していただきご利用者様との時間も作っている。	運営推進会議は隔月ごとに地域包括、役場の担当者、民生委員、区長、利用者、利用者の家族が参加。行事予定や活動報告・事故報告などを通し意見や助言を受け運営に繋げたり、地区の方からは地域での行事お祭りや涅槃団子などの開催等について情報を頂いたり、会議後は参加者と利用者全員でお茶会を開催し広く交流を図っている。	
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	日常的に介護保険組合や入善町、地域包括支援センターへの各種報告を行い、定期の会議に出席をし、困難事例などの検討のアドバイスやケアサービスの向上など情報の共有化に努めている。	運営推進会議等を通し日頃から介護保険組合や入善町、地域包括支援センターは、事業所のサービスの実情を理解されており、行政から困難ケースの紹介や相談等を受けたり、困難事例の検討やアドバイスなど連携が図られている。	
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	身体拘束廃止の委員会を設置し、3ヶ月に1度委員会を開きマニュアルの中で拘束をしないケアに取り組んでいる。しかし、やむを得ない場合は、経過の記録と家族からの同意及びカンファレンスを1カ月ごとに行い不適切なケアが行われないように職員間の連携を図っている。	身体拘束の適正化のための対策委員会が中心となり3ヶ月に1回委員会を開催し身体拘束適正化の指針や手引きの見直しや研修会の開催などを行っている。やむを得ない場合は委員会が中心となって経過の記録と家族からの同意を得て、毎月1回カンファレンスを行い不適切になっていないか検証し職員間の連携が図られている。	
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	入職時及び職員会議等で虐待予防のための研修や職員間での不適切な対応が常にはないかを確認し合い、学びを共有している。常に日々虐待につながる危険はないか注意し、相談や話し合う機会を設けている。		

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
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、制度を活用されている方、または活用希望の方はおられないが今後のため常に新しい知識を得るよう外部研修等の機会があれば参加をし、全員で知識を深める努力をし、必要であれば制度等活用できるよう支援をしたいと考えている。		
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	契約締結、解約、改定の際には、利用者様ご家族の立場に立って十分理解してもらえるように説明を行っている。説明の場には担当者も同席し、質問等には丁寧に対応している。		
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	常に利用者の目線に立ち要望等の声をくみ取っている。月1回の職員会議を行う際参加をしたい利用者様には参加をしていただいている。2カ月に1度あるお茶会等の参加も近隣住民や家族に参加を呼びかけ利用者様との交流の機会を設けている。それに関してはホームページにも掲載している。	面会やサービス計画書の説明時や行事参加時に話す機会を設け、個々の利用者に対するケアの要望や意見活動量のアップについて意見を伺っている。また月1回の職員会議にも参加したい利用者には参加いただくなどの体制がある。	
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	毎月の個人目標を参考に個別面接の機会や職員会議等での運営に関する聞き取りを行っている。要望は職員で共有し速やかに運営に反映するように取り組んでいる。個人目標の振り返り等も同時に行い、職員間での情報の共有にも取り組んでいる。	キャリアパスのための個別面接を年3回行い直接職員の意見や要望を聞く機会がある。出された要望は職員で共有し運営に反映するよう取り組んでいる。また、職員会議の中でも、利用者により〇〇させてあげたいという意見などは情報を共有し対応策などを検討しすぐに反映できるような体制をとっている。	
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	キャリアパスを行っている。各職員の自己評価及び目標を定め上司、本人の自己評価を行うことにより、キャリアアップができる様な環境を提供し、各自の状況に合わせ必要に応じて調整等を行い、働きやすい職場作りを行っている。		
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	外部研修や内部研修の参加を推進している。他に資格取得のための支援体制も整え、研修内容等を職員に周知し、参加しやすいようにしている。また、研修後の研修報告を提出してもらい他の職員との共通理解を図っている。		
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	代表者は地域の事業所等の連絡、病院との連携を密にしており地域の課題や他施設の状況を把握し、自事業所の運営に反映できるように努めている。尚他施設からの見学等も受け入れ、情報発信も積極的に行っている。		

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
<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	事前面接を行い、ご本人・ご家族の話をよく聞き、課題や要望の把握に努めている。尚、入所後は不安や要望がないか聞き安心して利用できるように配慮している。また、要望等について暫定でケアプランに反映している。		
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	入居までに利用者本人やご家族と面談したり、訪問してもらう機会をつくったりし、信頼関係を築き不安や疑問を取り去った上でサービス導入を行うようにしている。		
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	利用者様とご家族が置かれている状況を的確に把握し、その上で「その時」に必要としている援助をするようにしている。尚、担当のケアマネや医療関係者・行政等からの情報を得て相談を行いながら支援を行うようにしている。		
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	利用者様は過去に培った能力を発揮できる事を職員と共にいながら、一方的にケアを行うのではなく、共に暮らしをつくることを大切にしている。		
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	職員は利用者様とご家族の関係の深さを理解し、「家族にしかできないこと」を活かしながら、ケアを行うように努めている。常に家族との情報交換を行い、共にケアを作り上げるよう取り組んでいる。		
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	利用者様一人ひとりのこれまでの人生をよく知り、日々の暮らしの支援や、馴染みの人との面会、思い出の場所への訪問支援など、これまでの関係を途切れさせないように努めている。お茶会や夏祭りなどに参加してもらい地域の方や家族との交流を大切にしている。	家族とも協力を図りながら、お墓参りやドライブ、なじみの美容室や理髪店などへの外出支援や、友人や知人の訪問などもとの家族のスタンスを大切にしながら支援が行われている。また日ごろからお茶会や夏祭り等を通し地域の方との交流や家族との結びつきが途切れないよう配慮がなされている。	
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	把握している。孤立せずに、利用者同士が関われるよう、職員はグループ内に入り、関係性を支援している。		

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 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	退去の際には病院や次の施設と密に連携を行い、ご本人・ご家族が不安なく次の支援を受けることができるよう努めている。必要に応じて柔軟な体制もとっている。利用終了後も相談があったり近況の報告を受けることができる。		
<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	会議の中で日常生活の情報からの思いやりや意向を把握し日々のケアを行い利用者本人を中心とした思い等把握している。尚、認知症により言葉で意向を伝えることが難しい利用者様についてはその表情やしぐさからお気持ちを推し量ったり、家族に協力していただき検討をしている。	入居時や面会時に聞き取った家族の思いや日頃の関わりの中から、家族から元気なころの様子を伺いすり合わせ、くみ取った思いを推し量ったり職員間で情報共有し情報収集シートに情報を落とし込み3ヶ月に1回アセスメントの見直しが行われ利用者本位のケアに繋げている。	
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	アセスメントを通して利用者様、ご家族と話し情報を得るよう、また全職員と情報を共有し日常生活のケアに努めている。		
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	一日の記録・日誌・排泄チェック表・スタッフの情報から一人ひとり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	利用者様一人一人の状況やニーズに応じた柔軟なサービスに取組み、スタッフとの話し合いを多く持ちフィードバックしながら計画を共通理解している。尚、職員間でのカンファレンスによりケアプランに反映している。	モニタリングや介護計画書の見直しは3か月に1回行われている。ケアマネが中心となりカンファレンスや職員会議にて現状のプランについての検討がなされ、サービス担当者会議にて利用者や家族にケアに対する意見要望をすり合わせながら次のケアプランに繋げている。	
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	利用者様一人一人の現状を把握し個性を大切に、ありのままを記録しスタッフ間での情報を共有し気づき等についても申し送り・記録を徹底しケアの実践や介護計画に反映するようにしている。		
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	利用者様一人一人のニーズや状況に応じた柔軟なサービス提供を行っている。特にご家族との関わりには外出や面会、施設行事など自由に出入りをしていただけるよう配慮している。		

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
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	コーラスや園芸、環境整備や傾聴のボランティア、防災訓練支援など、地域で活動されている方や地域住民の方々に様々な場面でご協力をいただき、利用者様の安全で楽しみのある暮らしを支えていただいている。		
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	基本的には協力医療機関に受診するが、利用者様やご家族が希望する医療機関があればそちらに受診できるよう支援している。家族が付き添いであれば必要時、情報提供書を持って行っていただいている。受診結果は受診記録とし、職員全体が共有できるよう連絡ノートと受診記録ファイルに残している。夜間は看護師へのオンコール体制がある。	本人や家族が希望される医療機関での受診をお願いしているが希望により協力医療機関での受診も対応している。協力医以外は診療情報提供書を記載し家族に持参して頂き、受診結果を口頭もしくはFAX等で確認し連絡ノートと受診記録ファイルにて職員間で情報共有している。	
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	職員会議・ケース会議では介護職が看護師に利用者様の変化や疑問に思うことを相談できる時間がある。また日々の業務の中で利用者様の変化を記録に残すことで看護師が情報を拾い上げ受診や看護に繋げている。		
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。	入院時に看護師より情報連絡票を用いて情報提供を行っている。病院の地域連携室との連絡を取り入退院後、利用者様がスムーズに安心して過ごせるよう情報共有を行っている。退院時は退院カンファレンスに参加し多職種との情報共有を行い、その情報を職員全体で共有できるよう話し合う機会を設けている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	「重度化及び終末期に向けた対応方針」をもとに家族・本人にできること、できないことを説明し了承を得ている。状態の変化をいち早く察知し協力医や関係各所との迅速な連携・適切な対応を行う体制を整えている。現在、看取りの対象はいない。	入居時「重度化及び終末期に向けた対応方針」をもとに家族・本人にできること、できないことを説明し了承を得ている。現在、看取りの対象はいないが、家族や本人の意向を確認しつつ必要があれば、迅速な連携・適切な対応を行う体制を整えている。	
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	消防署の救命士の協力のもと、AED講習(1回/年)を全職員対象にて行っている。また、職員会議時に急変時の対応や各疾病の症状についてを繰り返し口頭で伝えている。		
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	防災マニュアルを基に職員全体で災害時に備えている。災害時(防災・風災・地震)のフローチャートを作成し職員全体が把握できるよう注意喚起している。年に2回(内一回は消防署介入)の避難訓練をし、日々のレクリエーションの中でも訓練を取り入れている。地域のハザードマップを確認できる場所に設置し訓練時、確認している。	年2回消防署の協力を得て避難訓練を実施。火災以外にも地震・津波想定での訓練を新たに実施したり運営推進会議にて近隣の方に声掛けを行い車いすの移送や誘導を一緒に行うなどの協力体制が整っており、地域での連携が構築されている。	

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
<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	利用者様一人ひとりが人生の大先輩であることを認識し、人として誇りを傷つけないことを大前提とし、言葉かけや対応について常に自分たちで振り返るよう毎月のミーティングや職員会議で気づきや言葉遣いなど話し合い、より良くなるよう努力している。また、施設内で尊厳とプライバシーの研修をおこなっている。	年間研修計画の中に位置づけ、プライバシーの保護と尊厳について「高齢者の尊厳を守るガイドライン」を作成し、言葉かけや日常の対応について振り返りの機会を研修で確認している。毎月の職員会議やミーティング等でも話し合いを重ね、個々の対応に合った対応の仕方や尊厳を守るケアの実践に繋がっている。	
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	些細な事柄でも、本人になるべく見て選んでいただくなど、本人の意思を尊重するようにしている。本人にわかりやすい説明を心掛け意思決定を伝えられない方でも表情やしぐさから何を望んでいるかを汲み取るように気を付けている。		
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	起床、就寝時間は利用者様お一人お一人に可能な限り合わせ、レクリエーションや入浴などの予定が決まっても利用者の意思や体調に応じるように取り組んでいる。		
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	季節や気温に応じた服を着てもらっている。色使いなどコーディネートに気を配っている。		
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	利用者様の意欲やできることできないことを把握したうえで、調理の下ごしらえや片付けまでの場面の中で少しでもできることを多くの利用者様に係っていたり、行事では施設の畑でできたものを調理したり、年末には餅つきをしてお餅を食べたりと季節を感じられる献立や楽しみを工夫している。	食材は業者から取り寄せ調理し、利用者の個々の能力に応じ、配膳や後片付け等出来ることを一緒に行っている。また畑で収穫した野菜を使ってメニューに加えたり、お餅つきや寒天作り、お餅つきなど利用者の希望や要望に沿うような行事食の提供、年2回の外食の機会など楽しみを持っていただくための取り組みや工夫がなされている。	
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	一人ひとりの食事量と水分摂取量を記録し、食事が進まない方については栄養補助ドリンクを提供するなど工夫している。必要であればトロミをつけたり刻む大きさを個々に合わせ調理している。		
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	利用者の状態や能力に応じて口腔ケアを促し、見守りや介助を行っている。個々に合ったブラシやスポンジを使用している。誤嚥性肺炎の勉強会をし口腔ケアの大切さを職員に伝えている。		

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
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	排泄チェック表を利用し全員の利用者様の把握をし、リハビリパンツから布パンツに移行できるようデータより推測をして声掛け等を行い、排泄支援を行っている。夜間もなるべくトイレに入っていたくように声掛けと誘導を行っている。	排泄チェック表にて個々の利用者の排泄リズムを把握し、リハビリパンツから布パンツに移行できるよう声掛けや誘導のタイミングなど分析し、尿意がしっかり保たれている方にはその機能を維持できるような働きかけがなされている。	
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	十分な水分と野菜を多く取り入れた献立に留意し、便秘がちなご利用者様は牛乳を毎朝提供をしている。他に、体を動かす時間を確保し排便を促しているが、それでも便秘になってしまわれる方は主治医に相談し、助言に従い対応を行っている。		
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	基本的に午前午後と計画を立てて提供しているがご本人からの要望があればそれに沿った形で入浴をしていただいている。入浴が嫌いな方にはシャワー浴や清拭など無理強いすることなく提供を行っている。	利用者の要望や体調に合わせて最低週2回は入浴できる機会を確保している。ゆったりと入浴できるよう一人一人のペースで職員とのコミュニケーションを楽しむ機会となるよう支援され、保湿効果の高い入浴剤や柚子、菖蒲、リンゴを使用し季節感を楽しめるよう工夫されている。	
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	夜間は概ね皆さん安眠されている。眠れない特は職員が付き添ったり、飲み物を提供したり状況にあった対応を行っている。日中でも休みたい方は居室に戻り休まれることもありそれぞれの休息を尊重している。		
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	看護師が中心となり薬のセット、確認を行っている。すべての職員が薬に対しての共通理解を行っており全員の薬データを把握している。尚変化等があればすぐ看護師に連絡をし、助言に従い対応を行っている。		
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	その方の持つ力を探り、洗濯を干しに行く方や洗濯を畳む方、洗濯を配達する方等、個々の状況に応じて役割分担を行いすべての利用者様がかかわりを持って役割分担を持っていただき毎日生き生きと生活していただけるような支援を行っている。		
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	一人ひとりの希望を聞き、近所への買い物やドライブなど日常的に行っている。毎年必ず紅葉狩りや足湯温泉外食等を行い全員が楽しく参加できるような催し物を開催している。誕生会をご家族に声掛けをし参加していただくこともある。	天気の良い日は、季節の移り変わりを感じることができるよう近隣へ散歩に出かけたり、月に2回程度ドライブに出かけたり、受診の帰りにおやつを買い物に行ったり個々の要望に沿い出かける機会を設けている。また、食事会や催しものがあるときは家族への参加も呼び掛け一緒に外出し楽しむ時間を作る取り組みがなされている。	

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 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	買い物に出かけ、一人ひとりに欲しいものを買っていただく機会を設け買い物を楽しまれている。		
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	年に2回程度、絵手紙を書き家族に近況を伝えたり、希望があれば電話で家族や友達と話していただくよう支援している。		
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	常に清潔を保ち、危険個所がないか確認し、切れた照明塔はすぐ交換するようにしている。共有スペースでは季節ごとに壁画作りをし展示スペースに貼ったり花を飾って四季を感じていただくようにしている。室温や湿度は一日を通して確認し調節・換気・加湿をしている。	共有スペースでは季節ごとに壁画作品を展示されたり、花を飾って四季を感じて頂けるようなレイアウトが工夫され利用者や来訪者の目を楽しませている。また、外出時や行事の様子などの写真を通し、温かい穏やかな日々の生活の様子が窺える。利用者が快適に過ごされるよう室温や湿度・光など居心地の良い空間が提供されている。	
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	狭い空間にも工夫をし、3か所程度、別々になる場所を作って思い思いの過ごし方ができるようにしている。他に廊下にソファを設置し仲の良い利用者様が歓談され楽しんでおられる場面もみられる。		
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	居室では家族や本人に任せ馴染みの物や大切にしていたものを持ち込んで頂いている。居室は一人ひとりの個性が感じられる空間になっている。	居室は備え付けのベットやエアコン等が用意されており、個々の利用者のなじみの家具やタンス・小物・装飾品等でレイアウトがなされ、利用者と家族が相談しながら安心して落ち着いた空間となるよう工夫がなされている。	
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	利用者様の部屋には全国の特急電車の名前が付けられており、お一人お一人が分かるように工夫している。トイレはわかりやすくマークを付け自由に行き来ができようになっている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 共生型グループホーム華のれん

作成日: 令和 2 年 4 月 2 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	2	現在の地域との関係性は良好であるが、今後地域の核となれる施設になりたいと考えている。そのため、何が必要でどのようにアピールをするべきか考えていきたいと思っている。	近所の拠り所を目指し、行事等の予定を回覧板で回していただき参加を募ったり、町内会の行事等の参加をし、利用者の認知を高めていきたい。	避難訓練の参加や祭りの巡行をお願いし、利用者ともども楽しく参加していただく。他にも華のれんの行事にも参加を募って町内の住人の皆さんに認知をしていただく。	12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、行を挿入してください。