

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	1690100464
法人名	社会福祉法人 幸恵会
事業所名	グループホーム せいふう
所在地	富山県富山市水橋辻ケ堂535番地
自己評価作成日	令和2年2月10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1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>笑顔で心のこもった挨拶や思いやりの心を基に、温かな信頼関係を築き、安心・安全な生活を送って頂くよう支援しています。その人のライフスタイルや価値観を知ったうえで、よりよい自己決定ができるように支援しています。居住環境のなかで、一人一人の生活を大切に、ゆったりとした時間を過ごしていただくように支援しています。</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>ホームの取組みの中で、基本理念「私たちは、その人が家庭的な雰囲気の中で安心して、安全な生活がおくれるよう努めます」の具体的な行動指針に重点を置いた取り組みが行われている。行動指針には「気楽にくつろぐことができ、自分の居場所や安定的な場所・・・」「快適で安心・安全な居室環境・・・」とあり、その実践が垣間見られた。</p> <p>1. 毎日の検温・血圧測定・表情等バイタル測定による健康管理 2. 利用者個別情報共有の徹底 3. 職員間がこだわりなく話し合いができる環境整備</p> <p>などに心がけ、利用者が居場所を見つけ、ゆったりとした時間を過ごしてもらうために、スタッフは脇役としてどのように動き、支えていくかを常に考え行動している。居室環境や利用者のことば、笑顔から安心できる個々の居場所が整っている。</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、活き活きと働いている。 (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	職員全員でつくった、基本理念及び行動指針をフロア内に掲示し、職員全員常に目にし、共有している。法人内研修会やリーダー会議時には、機会あるごとに「そのようにできているか・どうか」を検証し、よりよいサービスの提供が出来るように努めている。	法人全体の基本理念を、より具体的で取り組みやすいものとするため、職員から意見を集め、検討し基本理念行動指針にまとめている。その行動指針は、会議など機会あるごとに読み上げたり、日々行動指針に沿ってケアが実践されているかなど振り返りを行う取り組みがある。	
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	地元の祭りへの参加や、法人行事の秋祭り、みどりの喫茶等へ地元の方をお誘いしている。また、地元の婦人劇団による訪問が年2回あり、交流している。建物1階にある地域交流ホールでは、地元の方へ喫茶の会・陶芸・絵手紙教室を開催しているが、入所されている方も希望されれば参加されている。	法人として自治会に加入。自治会から地域行事の情報を得たり、招待を受け住民運動会や橋祭りなどに参加している。また、施設内フロアで開催される催し物には地域住民を招待するなど双方向の交流が行われている。ホームのリビングからバリアフリーでつながっている広い芝生の庭園には、近くの保育園児が遊びに来るなど世代間交流も行われている。	
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	利用申請時や相談時に、認知症の人への理解や支援について説明や助言を行っている。随時入所見学や相談にも対応している。		
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	運営推進会議は3ヶ月毎に開催し、会議では利用状況や活動内容を報告し、また毎回テーマを設定し、サービスの提供内容を知ってもらっている。委員の方から意見や要望を伺い、改善が必要とされた事項は、検討を行い実施し報告している。	自治会・町内会・民生委員・坊守・家族代表などが委員となっている。ヒヤリ・ハット、事故報告や困難事例などを提示し、意見等を運営に反映している。特に、毎回検討テーマを提示して集中した意見交換を行っており、運営推進会議を有効に活かした取り組みが行われている。	運営推進会議の内容が、参加していない家族や行政、現場職員等にも周知できる取組みに期待したい。
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	市担当者へ疑問点を質問したり、アドバイスや指導を受けている。定期的に富山市介護相談員に訪問してもらうことでホームの様子を知ってもらい意見や助言をもらっている。	介護保険制度などについての疑問点を市担当窓口へ問い合わせたり、市主催の研修会等に参加するなど市の担当者との顔の見える関係構築に努めている。また、2ヶ月に1度来訪する市の介護相談員の気づきで、テレビ台の高さが利用者の姿勢の高さと合っていないのではないかと指摘を受け、高さ調整を行うなど改善に取り組んでいる。	
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	身体拘束のない介護を実施するため毎月身体拘束廃止委員会で身体拘束を行っている。行ったケースについてなぜ必要か、拘束するまでの手続き、その後の見直しについて話し合いをしている。夜間は職員が1人のため、転倒リスクの高い利用者にはセンサーマットを使用している。	法人全体の各事業所から委員を選出し、身体拘束廃止委員会が毎月行われている。委員会でも検討された簡略な内容等は、職員の見やすいところに掲示し周知している。ホームとしては身体拘束を行わないことを第一にケアに取り組んでおり、同意書等の書類も整備されている。	委員会開催時の議事録の整理や職員全体の身体拘束に関する知識・技術を高めるための研修等の実施に期待したい。
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	リーダー会議や事業所内の勉強会で定期的に虐待防止について話し合いを行っている。職員の行動や言動が気になった時には、その場で管理者やリーダーが指導して虐待防止に取り組んでいる。		

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
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	現利用者様に成年後見制度を利用している方がいるため、制度について学ぶ機会になっている。また、管理者や計画作成担当者は外部研修で権利擁護について学んでいる。		
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	契約時には、重要事項や料金表を基に説明し同意を得ている。また、料金改定があればその都度説明書、料金表を作成し、同意書もらっている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	利用者様の意見や訴えを考慮し、よりよい支援を目指して、日々職員間で話し合いをしながら支援に活かしている。申し送りや連絡帳で情報を共有している。電話連絡や面会時、ケアプランの説明時にご家族様に、その都度本人の様子を伝え、ご家族様から意見や要望を話せる機会を設けている。	意見箱の設置や、面会時に利用者家族から積極的にご意見や要望等の把握を行っている。把握した内容は連絡帳等に記録して職員間で周知を図ったり、不定期に開催されるカンファレンスで検討している。迅速な対応が必要な場合は勤務者で検討して改善に向けている。	
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	日々の業務で出た職員の気づきや意見は都度話し合いをしている。内容によっては管理者から施設長へ報告している。	管理者やケアリーダーは、職員からいつでも意見等が言える雰囲気作りに配慮している。職員からの意見は連絡帳に記録し、職員全体の周知を図っている。把握した意見等はカンファレンスで検討し、改善に取り組んでいる。また、年1回職員の自己評価が行われ、必要な職員には面談を行い、さらなる意見・要望の把握に努めている。	職員からの意見や提案に対しての改善に向けた取り組み等を、カンファレンス記録等で整理するなどの工夫に期待したい。
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	定期昇給の実施。介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算を申請受給による給与水準の向上に努めている。 ユニットという小さな単位による職場内で、一人ひとりが役割をもって仕事に従事できる体制を整えている。介護福祉士資格取得の機会においては、研修を職専免扱いとし、受講しやすくしている。		
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	グループホーム協議会開催の研修や市・県で開催される研修また、年数回、法人主催の施設内研修を開催し、参加しやすくしている。カンファレンスでは、内部研修を行っている。		
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	グループホーム協議会開催の研修にできるだけ参加して同業者と交流する機会を作るようになっています。		

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
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	契約時は話しやすい雰囲気づくりに配慮し、ゆっくりと時間をかけて心配事や不安など要望を聞き出して安心して利用できるように努めています。		
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	契約時は話しやすい雰囲気づくりに配慮し、ゆっくりと時間をかけて心配事や困っていること、要望を聞き出し、軽減や解決に向けた説明を行い安心して利用できるように努めています。		
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	初回面談での情報やさまざまな関係者から得た情報を見極めて、利用者様、ご家族様から意向を確認して、その人らしい暮らしが送れるように個別応じたケアプランを作成するよう努めています。		
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	利用者様一人ひとりに意欲を引き出す関わりや役割を持って生活をしてもらうように努めています。利用者様同士や職員との日々のコミュニケーションを通して、月行事でのおやつ作りや副菜づくりの際などは、エプロン等をかけ、職員と一緒に作っていただいております。		
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	毎回、面会時には、気軽に利用者様とご家族様が交流できるように努めています。法人の行事にご家族様も参加してもらっています。利用者様が外出・外泊をする際には、ご家族様が困らないように生活の様子を伝えて、困りごとがあれば相談に応じれるようにしています。		
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	個人差はありますが、ご家族様の協力のもと、定期的に馴染みの理容院、喫茶店、商店に買い物に出かけている。面会も自由に来て頂いて居室でゆっくりと過ごしてもらっている。	利用者は友人や宗教仲間、サークル仲間だった人たちとの面会や、毎月開かれる地域交流ホールでの喫茶の会に参加するなど馴染みの人たちとの交流があり、いままでの関係が途切れないような配慮をしている。	
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	利用者様間の相性を把握した上で席替えをし、良好な関係が保てるように支援している。利用者様が孤立しないように一人ひとりに合った支援を提供している。		

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	サービスが終了しても、必要に応じて相談や支援に応じています。		
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	これまでの暮らしを基に本人の希望や意向を汲み取ったり、本人がどのような生活を送りたいか日々の関わりの中で傾聴に努め、暮らしやすい環境作りを心掛けている。	入所時に本人・家族から思いや希望をききとり、ケアに反映させたり、日常の関わりから把握した思い等は個別記録表に記録し、計画の見直しに活かしている。また、迅速な対応が求められる事柄については、カンファレンスやミーティングで検討しケアに反映させている。	
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	入所前にご家族様や以前入所されていた施設の職員とカンファレンスを開きアセスメントをし、本人のこれまでの生活歴や人生観を聞き取るなどして情報収集している。情報は個人ファイルに閉じ、全職員が閲覧出来るようになっている。		
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	毎日の生活の様子を日誌に記録したり、申し送りなどで利用者様一人ひとりの現状把握、個人の行動や心身状態の観察に努めている。利用者様にはご自分のペースで過ごして頂いている。		
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	日々利用者様とコミュニケーションを図っていく中で、小さな気付きや変化があった場合報告したり、職員間で情報交換を行っている。変化が見られた場合、その都度ケースにあげ、ケアプランに反映させている。	入所間もない利用者の計画見直しは3ヶ月、落ち着いた時期の見直しは6ヶ月ごとに行っている。ケース担当制で利用者の情報把握に当たっており、担当職員によるモニタリング、家族参加によるサービス担当者会議を行い、適切な計画作成になっている。状態の変化時においては、その限りではなく迅速な計画見直しを行っている。	計画見直しにおける新しい情報の整理を、アセスメントシートの活用による取組みに期待したい。
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	利用者様の生活の様子や変化を毎日個別記録に記入し、情報を共有している。(食事量、水分量、排泄、服薬等)ケアプランの評価や見直しに活かしている。		
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、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご家族様の付き添いのもと、馴染みの美容院に行ったり、昔よく好んで食べていたお菓子や飲用水、趣味・嗜好品を持参してもらったりして、利用者様の希望に添ったケアを行い、その時々ニーズに柔軟に対応でき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
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	約月に一度、地域の方々や保育園児、学生等を受け入れ、交流したり、喫茶店やカルチャー教室を開催している。また地域行事に参加し、住み慣れた地域での生活を楽しくしている。		
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	月に一度ご家族様の付き添いのもと、かかりつけ医へ定期受診してもらっている。受診の際、日々の様子など情報を書面で医師に提供し、医師から留意点などの指示をもらっている。	健康管理のため、嘱託医の毎週の往診があり、その際には看護師から必要な情報が提供されている。さらに、それぞれのかかりつけ医にも受診しており、書面で必要な情報提供を行い、医療機関から診療情報提供書が届いている。嘱託医・小規模多機能看護師とは24時間オンコールになっており、緊急時に備えている。	
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	介護職員は常日頃から利用者様と積極的にコミュニケーションを図ることを心掛け、生活の中で小さな変化や気づきをその都度看護師に報告、相談している。		
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。	入院時には、医療機関に情報提供書を早急に行っている。入院中は医療機関に電話連絡や訪問をして、退院後の生活の見通しを立てるため情報交換をしている。退院カンファレンスに参加し、利用者様が安心して生活ができるように調整している。		
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	日々利用者の状態を観察して、異常があれば早急に主治医に相談や受診をもらっている。契約時看取り支援を実施してないことを伝えている。面会時にはご家族様に、都度利用者様の状況を報告して重度化した場合のあり方について、ご家族様と話し合いをしている。	基本的に看取りを行える体制が取れていないので、入所時に家族に説明し理解を得ている。介護が重度化していく段階において、医師を交えて家族と話し合い、ホームでできること、できないこと、ケアを受ける適切な居場所等の助言を行っている。	
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	119番通報マニュアル、緊急時用ファイル(看護師、管理者の連絡先、緊急時のメモ)を作成して、いつでも急な対応に備えている。また年1回地元消防署の救急対応の講習を開催している。		
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	夜間想定や日中想定避難訓練を年2回実施。避難誘導の方法や、避難経路確認、消火器の取り扱いなどを行い、消防隊員から助言を頂いている。災害時の非常食(水、粥、ツナ缶等)を備蓄している。	防火訓練年2回、水害想定訓練を1回実施している。ホームの防災マップの水害水位の想定は40センチとなっているので、縦避難がベストと判断し、エレベーターを使って2階への避難訓練を実施し、役割分担等の基本マニュアルを作成した。時間帯の分析や現状に即した行動がとれる訓練を行っている。自発的行動ができる訓練はこれからの取組みである。また、施設は福祉避難場所に指定されており、地域への協力も呼びかけている。	

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
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	利用者様がその人らしく生活して頂く為、一人ひとりを尊重し、職員全員が対応方法に意識を持ち、情報交換しながら取り組んでいる。居室も鍵付きの個室で、利用者様一人ひとりのプライバシーを確保している。	利用者の自己決定を尊重し、一つ一つの行動や行為に対して声をかけ、本人の意思確認を行っている。また、声かけのトーンに気をつけ、優しい言葉かけになるような取り組みを行っている。特にトイレ介助や入浴介助においては、羞恥心につながるケアにならないよう声かけ、接し方等に留意している。	
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	日常生活の個々の場面での表情や行動・会話からそれぞれの思いをくみ取り、また、伝えにくい入所者には言葉がけや、寄り添い方を考慮している。		
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	大きなくくりとしては、朝昼夕の食事時間とおやつ時間はありますが、その他は決まったスケジュールは無く、各自自室で過ごされたり、フロアで他の方と一緒に、TV鑑賞、手芸、パズル、大人の塗り絵等を楽しんでおられます。		
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	入浴時等の着替えの衣類は、利用者様一人ひとりの好みに合わせて支援している。散髪は馴染みの理容院へ外出される利用者様、施設でご希望の方は美容師の定期的な訪問により行っている。また、起床後や入浴後等に整容の支援を行い、身だしなみを整えている。		
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	献立については、管理栄養士が一週間分作成し、それに基づき食事を提供している。中には、ふりかけ等の馴染みの物をご家族様に持参して頂いている利用者様も居られる。また、管理栄養士による職員や利用者様への聞き取りも有る。準備や片付けは、現在職員が行い、食事利用者様と職員は別々に摂取している。但し、レクで調理した時は、一緒に行っている。	ご飯とみそ汁はホームで作るが、施設全体が共有する厨房で副菜が調理され配食される。利用者の好みは管理栄養士が聞き取り、献立に反映している。ドーナツ、おはぎなど手作りおやつに取り組んだり、畑で収穫したキュウリ・トマトなどをみんなで調理し、一品に加えている。また、月1回、ラーメンの屋台車が来るのが楽しみにしている。	
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	管理栄養士の献立の基、栄養のバランスを考慮し食事を提供している。食事形態も利用者様一人ひとりに合わせ、状態によっては変更もしている。水分補給は3回の食事、午前と午後(おやつ)の水分補給を最低限に飲用して頂き、摂取量が利用者様や夏場は小まめに摂取して頂くよう支援している。また、中には栄養調整食品を摂取している利用者様も居る。		
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	毎食毎に利用者様一人一人の状態に合わせて、声かけも行い支援している。義歯の利用者様には、毎食後義歯を外しての洗浄・うがい、毎晩義歯洗浄剤による洗浄・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	現在、利用者様自身の希望や状態により夜間のみオムツ対応の利用者様が数名居られるが、日中は利用者様全員がトイレでの排泄をしている。中には、居室で過ごされてる時にポータブルトイレ使用の利用者様も居られる。決まった排泄スケジュールは無いが、職員一人ひとりが排泄リズムを把握したり、状態によっては臨機応変に支援している。	チェック表で排泄リズムを確認し、トイレ誘導を行っている。また、日中、夜間、本人の心身の状況に合わせて、ポータブルトイレの使用、おむつの選択など自立拡大につながるアセスメントをしながら介助を行っている。また、自然排便を促すため、水分摂取量、牛乳の提供、腹部マッサージ、運動などを実施し、体調管理に努めている。		
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	下剤の定期服用の利用者様が殆どではあるが、排便が無い利用者様には、水分を勧めたり運動や腹部マッサージを支援している。それでも、排便が無い場合は、看護師の指示にて下剤の追加服用や坐薬を使用している。排便チェックは聞き取りも含め毎日行い、個別記録に記入している。			
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	基本的に週2回入浴をして頂いており、体調や本人の希望によっては中止して別の日にして頂いたり、清拭と着替えのみで清潔保持に努めている。また、洗身・洗髪中は、利用者様が出来る動作は自身で行って頂き、残存能力を活かす支援にも心掛けています。	特殊浴槽が設置されており、一人使用後、状況に応じて半分または全部のお湯を入れ替えながら入浴でき、衛生的で気持ちよくお風呂が楽しめる環境になっている。入浴は週2回を基本に、利用者のその日の思いや身体状況に添った柔軟な対応が行われている。温度管理(お湯・脱衣・浴室)を徹底し、入浴剤を使うなど安全で楽しみ入浴になるよう配慮されている。		
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	夜間に気持ちよく眠って頂く為、日中はなるべくフロアで過ごして頂いているが、利用者様の希望やペースに合わせて居室で過ごされている。体調によっては、居室で静養して頂いている。			
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	利用者様一人ひとりのファイルに薬剤情報が綴じてあり、職員が確認出来るようになっている。また、病院受診後、薬の変更・追加の場合は、申し送りでの伝達や連絡帳へ記入し職員一人ひとりが確認している。			
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	利用者様一人ひとりの生活歴や力を活かして出来る事をお願いしている。例えば、洗濯物たたみ等のたたみ物を行って頂いている。また、気分転換として庭の散歩や外出(ドライブ・外食)の支援を行い、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	年間行事計画を基に、季節毎のドライブで目的に出掛け、利用者様に季節を感じて頂いている。また、外食とドライブのコースも満喫して頂いている。ご家族様の協力のもと散髪や墓参り、外泊される利用者様もおられる。	ドライブの年間行事計画を作り、花見・菖蒲・シャクヤク・紅葉など季節ごとの外出の支援がある。また、近くの神社等の散歩や広大な庭先に設置されているドームテントにお茶を運んで、外気を浴びながらお茶会をするなど閉じこもらない支援が行われている。家族の協力のもと温泉1泊旅行、買い物、イベント参加などの機会があり、馴染みの人と出かけやすい環境づくりに努めている。		

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
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	利用者様一人ひとりの力に応じ、本人管理と事務室管理を行っている。現金は、主に外食支援の計画時にご家族様に連絡し、持参して頂いている。		
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	利用者様本人より電話の希望が有ったり、本人へかかって来た場合は、取り次いで終了するまで見守りながら支援している。手紙や郵便物は、届き次第職員が居室までお届けしている。		
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	共同生活室は掃き出し窓が大きく開き、同じ高さでテラスが設置されている。その先は季節の花が咲く庭が広がっており、車イスでも散歩のできる園路に段差なくつながっている。共用の空間は居心地よく配慮している。 大きな日ごとのカレンダーを作成し、月・日・曜日を壁に掲示している。	広い庭やデッキにつながる大きな引き戸から、やわらかな斜陽がふりそそぎ、とても明るい。食卓テーブルの他、適所にソファが配置され、好みの場所でくつろげるようになっている。また、ホームの共有スペースと小規模多機能共有スペースが広い可動式引き戸で仕切られるようになっているが、日中は開放され自由に行き来でき、季節の花も随所に飾られ開放感満載である。	
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	共同生活室のテーブル席は、自分の居場所として安心できるよう席が決められているが、他、ソファ席や、気候の良い時には、続きのテラス席で気の合った利用者さん同士、また、ひとりで空を眺めての席として時を過ごすことができる。		
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	各居室には、ベッド・タンス・テレビ・テレビ台・エアコン・カーテンが常備されている。利用者様の好みに応じて、テーブル・椅子・衣装ケース・ハンガーラック等も持ち込んで頂き、生活感が有り居心地よく過ごして頂いている。	共有スペースに日めくりカレンダーはあるが、各居室にもカレンダーが掛けられており、月日の確認ができる環境である。本人の生活習慣に合わせて、ベッド、布団が使用され、また、入所してから絵画の作成に没頭する利用者や、職員が届けた庭先の花を、小さな花瓶に生けてとても喜んでいる利用者など、その人らしい生活や居場所作りがなされている。	
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	居住空間すべてがバリアフリー化されており、また、手摺が設置してあり、安全な歩行ができるようになっている。各居室には表札があり、利用者様自身の居室であると認識出来るようになっている。また、一部ではあるが、トイレの扉に大きく『トイレ』と貼り紙もしてある。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホームせいふう

作成日: 令和 2 年 3 月 24 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	11	カンファレンスを開催し、職員からの意見や提案を改善に向けて話し合いをしているが、記録が不十分である。	毎回カンファレンスで話し合った内容を記録する。	・今までは、管理者が司会、書記を担っていたが、これからは、役割分担をして、書記担当者に記録をしてもらう。	1ヶ月
2	26	新規利用者の情報収集や支援計画の見直しをする際に、簡易的なアセスメントシートを使用している。	今後支援計画書を作成するときは、アセスメントシートを活用する。	・新規利用者の情報収集際、アセスメントシートを活用、課題分析後、支援計画書を作成する。 ・モニタリング後、支援計画の見直しが必要な方に対して、アセスメントシートを活用、課題分析後、支援計画書を作成する。	3ヶ月
3	4	運営推進会議の内容を、参加していない家族や行政、現場職員に周知していなかった。	運営推進会議の内容が参加していない家族や行政、現場職員にも周知できるようにする。	・運営推進会議録を掲示板に掲示する。 ・現場職員には毎回運営推進会議で話し合った内容を報告して、会議録は職員がいつでも閲覧しやすい箇所に置いておく。	3ヶ月
4	6	身体拘束に関する知識を高めるための研修会を実施したい。	身体拘束に関する知識を職員全体が理解する。	・年に2回身体拘束となる行為・身体拘束禁止の例外・身体拘束を行う場合の留意点について、研修を実施する。	6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。