

1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2091500054		
法人名	社会福祉法人 協立福祉会		
事業所名	高齢者グループホーム ふきぼこ		
所在地	長野県塩尻市棧敷538-1		
自己評価作成日	平成30年 3月 14日	評価結果市町村受理日	H30年4月23日

※事業所の基本情報は、公表センター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	http://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2091500054
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク
所在地	長野県松本市巾上9-9
訪問調査日	平成30年3月26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)】

「一人ひとりの生活に寄り添ったケアを実践しその人らしく過ごせるように支援していきます」を事業所の理念とし、利用者本位の生活が送れるよう支援していきます。その時その時でその人に合ったケアが提供できるよう職員間での情報共有を実施し適切なケアを実践しています。利用者の「困った」行動の背景を探り、認知症ケアに対する理解をチーム全員で取り組んでいます。

【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)】

塩尻市棧敷地区の一員として1ユニット(定員9名)が運営されている。近隣には同一社会福祉法人協立福祉会が設置、運営している小規模多機能型居宅介護施設おひさまと介護型有料老人ホームみずほの里、デイサービスセンターはなみずきがある。法人は、これら各施設のそれぞれ独自の特性を有効に活用して、地域で暮らす利用者等の様々なニーズに応えるべく介護・福祉サービスの充実と連携強化に取り組んでいる。施設独自の理念は、地域密着型サービスの意義を踏まえ、理念の具体化に取り組んでいる。また、利用者一人ひとりの能力に応じて自立して生活を送ることを目的として、個別ケアを重視した取り組みを実践している。安心して暮らすことのできる場を提供したいという思いで質の高いサービス提供に努めている。利用者の居るところには必ず職員がいて、常に寄り添いながらあたたかい視線や声掛け、語らいがされている。

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名()		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (参考項目: 23, 24, 25)	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが 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)	○	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。 (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、その時々々の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				

自己評価及び外部評価結果

〔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。	法人の理念に基づいた、事業所の理念を掲げ、それに沿ったケアの提供、実践に繋げるよう努めている。	母体の法人理念のもと施設独自の理念を掲げている。施設では年度ごとの職場目標を構築している。管理者と職員間でその理念について話し合いの機会を持ち、理解を深めている。日々のサービスの提供場面で利用者のその人らしい生活と施設と地域の関係性を重視した理念を大切にしている。	
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。	行事、レクリエーションなどで外部(友の会会員さん)、ボランティアの方による協力や、野菜の寄付等地域の方の理解のもと運営、交流できている。	塩尻市棧敷地区の一員として毎年7月の地元阿禮神社例大祭の豪快な山車の曳き回しを地域の方の協力を得ながら楽しんでいる。散歩や買物に出掛けて挨拶を交わしたり、野菜の差入れなど地域の人達と触れ合う機会が多い。また、施設駐車場を近隣の保育園児の散歩の休憩場所に提供しており、今後はさらに積極的な交流をしていきたいと伺った。	
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。	2ヶ月に1回の地域運営推進会議を実施しているが、地域の人々に向けた認知症の方への理解、援助方法などは積極的に活かしていない。		
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。	2ヶ月に1回の地域運営推進会議を実施しているが、地域の人々からは積極的な意見が出ず、協力関係はなかなか築けていない。家族会と合わせた開催を実施し、事業所に対する意見の聞き取り、取り組みの報告、評価を頂く機会を持たた。	年6回開催している。施設の運営内容や利用者、職員の状況など見やすく解りやすい基本資料を基に事業運営改善に向けて会議が開催されている。行政、民生委員、利用者家族、友の会会員等の各分野から出席を得て、それぞれの立場からの意見や提言はサービス向上に向けた取組みに活かされている。会議録は玄関に誰でも閲覧できるように設置されている。	
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。	2ヶ月に1回、地域運営推進会議を運営し、サービスの実際、取り組みなどを報告できている。状況を報告し助言を頂き運営の見直しに努めている。	保険者の塩尻市健康福祉事業部長寿課とは、利用者の暮らしぶりやニーズなど伝え、協働関係の構築に向けて連携を取り、協力関係を築いている。会議や研修会等には、積極的に参加して行政、地域の情報を得ている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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。	転倒、転落のリスクについて事前に職員間で情報を共有したうえで、危険を伴うからといって身体拘束はしないよう取り組んでいる。	法人内に「安全対策委員会」が設けられ、身体拘束、虐待及び不適切ケアの法人内研修が行われ、職員の拘束しない介護への認識が共有化されている。職員による見守りや連携を徹底し、利用者の心身状態を正確に把握することで安全面に配慮された自由な暮らしを支援している。	
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている。	他部署にて苦情があった例をもとに事業所会議で身体的、心理的な虐待について接遇と合わせ見直す機会を持たた。		

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。	成年後見制度を利用している方は2名いるが、職員側での学習会は設けていないため、内容の理解は充分ではないため今後の課題となっている。		
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。	入所時契約書その他(重要事項説明書等)説明をし契約の締結を実施している。項目毎に質問、不明点がないか確認し理解を得られるよう努めている。		
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。	意見、要望に対しては投書箱を設け記入できるような環境を作っている。運営推進会議で意見、評価を頂く機会があった。	家族会があり、施設で開催される運営推進会議出席して頂いたり、利用者と昼食しながら交流するなど協力して活動されていて、施設と良好な関係にあり、意見や要望を聞き取る機会が多い。家族の面会や介護計画書の説明時の機会も大切にしている。玄関に意見箱を設けて、意見や要望を出せるよう工夫されている。	
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。	月に一度の事業所会議にて運営状況の報告の実施、スタッフからの意見、要望を聞く機会を設けている。	毎月1回、法人開催による職場代表者会議に管理者が出席して職員の意見要望が反映されるシステムがある。月1回、全職員出席しての時間外部会を開催されて施設の課題や職員の要望など話し合う機会がある。また、管理者は、日常的に職員からの話を随時聞く機会を作っている。	
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。	利用者1人に対してケアマネージャー以外の担当職員を配置し、やりがい、役割を持って働ける環境を整えている。気になることは都度声掛けを実施し向上心を持って働けるよう環境を整えている。職員本人の望む労働条件を基に勤務調整している。		
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。	実践者研修、法人内の事例検討に取り組み、認知症ケアによる統一したチームケアの重要性の理解をもつことができた。学習会、研修会参加後は事業所会議にて報告を行っている。		
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。	市内の同業者との交流の機会を設けていないため、他事業所も含め今後検討していきたい。		

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
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。	サービスを導入する際のモニタリングは不十分になっている。生活していくうえでのサービス導入は日々のカンファレンスで共有しケアの統一に努めている。		
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。	契約時、家族の困りごとに対して聞き取りを行い、施設での生活において不安が無いよう働きかけている。		
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。	サービスを導入する際、その時必要としているサービスは、日々のカンファレンスで変更、共有している。		
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。	日々の関わりの中で、利用者のしたいこと、やりたい事に目を向けてケアを実践している。一人ひとりに寄り添いその人らしさを大切に生活を共にするという意識でケアを提供し関係を築いている。		
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。	年に2回の家族会を実施し、日々の暮らし、取り組みの報告、一緒に過ごせる時間を提供している。また職員だけの介護ではなく家族に協力を仰ぎ自宅への外出等本人の意向を実現できるよう努めている。		
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。	ご家族や友人の面会の時間を大切にし、居室でゆっくり過ごす環境作りに努めている。また他事業所の利用者との関係性も構築でき互いに訪問している。	電話の取次ぎ、友人の面会など利用者一人ひとりのこれまでの様々なつながりを大切に考えて継続した関わりが持てるように支援している。また、利用者本人からの外出希望時は、家族と連絡を取り合い実施できるよう配慮している。	
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。	利用者間の関係性に配慮した食事席の設定を行い、利用者同士円滑なコミュニケーションを行え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
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。	入院等した場合、介護サマリー等で情報提供を行い、退所後の生活に変化のないよう支援を行っている。また必要に応じてご家族の相談を行っている。		
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。	些細な事柄もカルテに記入し職員間での情報の共有を実施している。ご本人の希望や意向について、担当を中心に聞き取りを行い、本人本位のケア提供を実施できている。	日々の関りの中で利用者個々とゆっくり一緒に寄り添い過ごす時間を大切にして本人の意向の把握に努める工夫をされている。利用者個々の会話した言葉や表情など個別に記録して情報を共有している。行事や面会時に家族から得られた情報も大切にして思いや意向の把握に努めている。	
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。	これまでの生活歴や馴染みの暮らし方が分かるように、記録に残し、理解したうえでケアの実践をしている。今後は入居時にセンター方式(アセスメントシート)の記入を家族に依頼していきたい。		
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。	些細な事柄もカルテに記入し本人の有する力、できることに視点を向け決めつけずに可能性を持って自立を助ける支援を行っている。		
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。	担当中心にモニタリング、介護計画の立案を実施している。日々カンファレンスの時間を設け話題にあがった事柄を介護計画に反映している。	本人や家族から生活に対する意向や関係者からの意見を活かして介護計画に反映している。利用者個々の短期目標・サービス内容を項目ごとに評価している。また、サービス担当者会議も開催している。職員は、介護計画の流れとチームケアの重要を理解している。利用者の状態の変化が生じた際には、随時見直して現状に即した介護計画が作成されている。	
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	日々の様子を記録からも読み取れるようアセスメントを積極的に記入するよう努めている。日々の様子からケアの見直し、介護計画の見直しとつながりを持ったケアを実施できている。		
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。	白髪染や自宅への外出など、一人ひとりのニーズに対し、可能な限り柔軟に対応している。		

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。	外部よりボランティアの方を招き行事、レクリエーションを行っている。病院祭りや地域のお祭り(舞台見学)など参加させて頂いている。		
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、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。	近隣の病院から月2回の往診、週に1回の訪問看護を活用し、医療面での情報共有を実践している。	隣接する塩尻協立病院が協力医としての受診体制があり月2回の往診がある。訪問看護ステーションを導入して、訪問看護師が利用者の健康状態の把握されて、協力医との連携されて適切な医療が支援されている。	
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。	週に1回の訪問看護に対し、日々の体調面での伝達等を行い、適切な支援が実践できている。緊急時には訪問看護へ報告し指示を仰ぎ対応できている。		
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。	入院の際は介護サマリー等を活用し、情報提供を実践している。近隣の病院に入院の際は、医師とも連携をとり、情報交換を密に実践している。		
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。	ご家族より入所時および家族会時等で緊急時の意向の確認を行い、同意書の作成を行っている。	入所契約時に重度化や終末期への対応について説明が行われている。利用者に変化が見られた時には、協力医、訪問看護ステーション、施設管理者と関係職員、家族らと話し合いがもたれ、本人・家族の意向を確認して同意書を得ながら取り組んでいる。	本人・家族等との状況に応じた繰り返し話し合いと段階的な合意は図っているが身体状態悪化に伴う医療行為に対する利用者や家族など関係者全体で方針の統一を図り終末期ケアへの対応を明確にするための工夫を期待したい。
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。	急変時の対応はマニュアル作成をしているが、訓練を適切に実践できていない。個々に起きたケースで振り返りを行い次に起きた際適切な対応ができるよう努めている。		
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。	運営推進会議時に施設内を見学、避難経路の確認を行い地域の方へ協力の依頼を行った。防火管理者講習参加後事業所会議にて消防設備の確認、火災のメカニズムについて学習会を実施した。消火訓練を2、3月に2度実施。	消防計画書が作成されている。近隣の同一法人施設と合同で消火訓練等を実施している。施設内には、食料品、介護用品、カセットコンロなど災害に備えた備品等が準備されている。	いざという時に慌てず確実に避難誘導ができるように備えていくことが大切で、通報訓練や避難訓練など内容の充実を期待したい。今後、地域の方々から協力が実際に得られ、一緒に訓練を行うなど実践的な取り組みができるよう地域との協力体制の構築を望みます。

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
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1人ひとりに合わせ、声のかけ方、タイミングを見たうえで適切な声掛け(コミュニケーション・入浴・排泄ケア等)が実践できている。	時間外部会にて管理者より利用者への尊厳保持やプライバシーについて事例検討など通して話合われている。職員は、利用者への日々の介護の中で言葉かけや対応に配慮して取り組んでいる。排せつ時の誘導、声かけの他に個人の排せつ用品の保管場所の対応に配慮されている。	
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	一つ一つの行動に対し選択できるよう自己決定の難しい方へは選択できるよう支援している。		
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。	グループホームだからこそできる関わりを大切に、個々の生活ペースに配慮したケアを行っている。時折職員の業務の流れに利用者を当てはめてしまうことがあり業務内容の見直しを行った。		
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。	なじみの服、物を自室に置くことや入浴時の服の選択など、利用者の好みに合わせた身だしなみを実践している。		
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。	食事ケアが必要な利用者があるため、職員と一緒に食事をする機会が少ないが準備、片付けなどは一緒に実践している。役割を持って食事作り、準備、片づけに携わってもらっているが全員でないことに課題あり。	利用者は、日常的に盛り付けや下膳など食事の一連の作業に関わっている。利用者の意向を聞きながら、季節行事食や希望メニューなどを多く取り入れている。咀嚼や嚥下が困難になってきた利用者に対してミキサー食が提供されている。利用者の誕生日には手作りケーキを囲んでお祝いをされていると伺った。	
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。	食事量や咀嚼、嚥下に合わせた食事の提供をしている。野菜を食べない利用者に対しては細かくして提供したり、食器の位置に配慮している。		
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。	出来る限り自分で行うよう支援しながら義歯の状態、口腔内観察を行うよう実践している。利用者が出来ないところは支援を実践している。		

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
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。	排泄の希望時は誘導、見守りを行い可能な限り自立に向けた支援を実践している。訴えが少ない利用者に対しては適宜声掛けを実施し、誘導を実践している。失禁の少ない利用者に対し布パンツへの変更を行い自立支援の取り組みを行った。	利用者全員の排せつチェック表を作成して把握した排泄パターンに添いながら、常に職員は、排泄の自立を意識して声掛けやトイレ誘導を積極的に行われている。必要に応じてかかりつけ医や訪問看護師との連携して下剤に頼らない排便ケアに取り組んでいる。職員間での送り時には、排尿、排便など細部にわたり報告し合い利用者個別の排泄支援が実践されている。	
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。	医師や看護師と相談し、内服薬の実施を検討。不快なく排便が行えるよう内服薬の検討を適宜行った。		
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。	無理強いせず、入りたいときに入れる工夫を行った。事例検討で入浴拒否のある利用者への取り組みを行い拒否の背景にある要因をチームで取り組み理解することができた。	毎日、2～5名程度の入浴を実施している。職員マンツーマンで関わる時間を大切にしている。浴室は広く清潔感あり、浴室ヒーターで利用者に優しい浴室内の快適な温度管理が出来るよう配慮されている。シャワーチェアや浴槽台、バスグリップ付きの個浴が設備されて、利用者の身体状況に対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	一人ひとりにあったタイミングで休息できるよう配慮し安心して休める環境を整えている。		
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。	協力体制のある薬局の薬剤師より助言、指導を受けながら用法、用量の理解をしている。副作用についても一人ひとりに合わせ支援、実践している。		
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。	天気の良い日は外へ散歩に出掛けたり、外出の機会を設けるよう支援、実践している。生活歴を活かした役割、楽しみなどの実践は不十分である。		
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。	季節の外出レクリエーションにて外出ができるよう支援している。自宅への外出の希望のある利用者に対し家族の協力を得て実施できた。	利用者の心身状態、天候などを考慮しながら職員と一緒にゴミ出しや薬局に薬の受取、病院予約取りなど施設付近の散策を取入れて気分転換やストレスを溜めないよう可能な限り外出を実践している。季節に応じて花見やリング狩りなど外出計画を立てて出掛けている。	

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
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。	紛失トラブルを無くすため日常的に利用者にお金を持ってもらうことはしていない。ご本人の希望があれば金銭を持ってもらっている。家族と書面にて金額確認しサインを頂いている。		
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。	ご本人から家族へ持って来て欲しいものがある場合自宅へ電話される。後程職員と家族で情報共有し本人の意向実現のため支援を行っている。		
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。	席の配置やテレビの見やすさなど十分考慮し不快、混乱を招くような空間にならないよう支援、実践している。季節が感じられるような壁画の作製など実践している	施設中央サンルームは、天井からの採光も良く、明るく十分な自然光を取り入れている。温かみのある木目の床などは、落ち着きや安らぎを感じさせる。ホールとキッチンが一体化していて職員と利用者が常に関り易い状況である。利用者にとって使い易いソファやテーブルの配置されている。壁や廊下に利用者の作品などが飾り付けられて生活感があり一人ひとりが居心地良く過ごせる環境となっている。	
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。	居室にて読書、ソファにて他者と談笑をしたり、廊下窓際で外を眺めたりと個々の好む居場所の提供をできている。		
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。	過ごしやすい環境や以前過ごされていた環境に近づけるようにしている。馴染みのあるものを飾ったり、不安なく過ごせるような居室となるよう環境作りを行っている。	居室には、ベッド一式、洗面台と鏡、エアコン、押入れ、ナースコールなどが施設で用意されている。持ち込みに制限はなく広い居室には、利用者や家族の意向で家族写真、思い出の品々や施設で作った作品などが飾られている。毎日、職員により居室の乾燥対策として濡れタオルを干していることを伺った。	
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。	分かる事、出来る事に視点を向け、安全で安心できる生活環境を支援、実践している。居室、便所が分かりやすいよう表記している。		

(様式4)

事業所名 高齢者グループホーム ふきぼこ

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 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	35	年2回の防災訓練(日中、夜間想定)を実施できていない。地域の方との連携、協力体制ができていない。	・年2回は日中、夜間それぞれを想定した消防、避難訓練を実施する。 ・地域の方々との協力体制を確立し、合同の訓練を実施する。	・火災や災害時に起こり得る事態を想定した訓練を計画、実施する。 ・非常時持ち出し品リストを作成、備蓄品リストを作成、常時確保する。 ・緊急連絡網の見直しを行いかけつけ訓練を行う。	12ヶ月
2	33	終末期ケア実施について事業所として明確なケア指針が作成されていない。	・終末期ケアについての指針を作成し文書化する。ご家族の意向を常時確認し終末期ケアにあたる。	・看取り、終末期ケアについての学習会を開催し事業所として行えるケアの見直しを行う。 ・ご利用者を取り巻く家族、事業所職員、医師、訪問看護師等の連携体制、取り組みを明確にし、同意書を基に終末期ケアの実践を行う。	6ヶ月
3					
4					
5					

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。
複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成してください。