

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	4790100343		
法人名	医療法人 寿仁会		
事業所名	グループホーム ファミージュ		
所在地	那覇市寄宮2丁目1-18-4階		
自己評価作成日	令和元年7月27日	評価結果市町村受理日	令和元年10月16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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&Jigyo_syoCd=4790100343-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 沖縄タイム・エージェント		
所在地	沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階		
訪問調査日	令和元年 8月 22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)】

・建物内に、法人のクリニックがあり、入居者様の定期受診や急な病状の変化にすぐに対応できるように、医師、看護師と連携できる体制です。他、介護保険事業所として、デイサービス、訪問リハビリなど、保育園も併設しており、各年間行事は合同で行っています。

【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)】

建物1階に広い駐車場があり、又バス停が近いという立地条件から、家族や関係者の訪問が多く、職員と家族間のコミュニケーションが良好で、協力体制が構築されています。又、研修の重要性を理解し、内部研修・外部研修の受講に積極的に取り組んでいます。受講した研修については、定例会で報告する体制が整備され、情報交換・共有がなされており、事業所全体のケアの向上に活用されています。定例会だけではなく、課題が表出した際には、時間をおかずカンファレンスを開催し、課題の共有、解決策の検討を行い、実践につながっています。 全体を通して、訪問しやすい開放的な環境であり、職員のチームワークが構築され、理念の下に、ケアの向上に向けての取り組みが行われています。
--

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	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)	○	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	64	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				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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

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	・スタッフルーム前に理念を提示し、毎朝業務前に全職員で唱和している。自身のケア方法や思いを振り返りながら確認している。	毎朝9時の申し送り時に理念の唱和を実施している。日々の実践に照らし合わせ確認を行っている。現管理者着任時(1年半前)に理念の見直しを職員と共に実施したが、当初の理念の継続に至った。話し合いの過程で改めて理念の確認、整理がなされ、日々の実践につながっている。	
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	・那覇市介護支援ボランティア制度の受け入れを毎年継続して行い、近隣住民の方とボランティアを通して交流を行っている。 ・近隣で行われる、行事(祭りなど)は入居者様と参加できるようにしている。	那覇市の介護支援ボランティア制度の受け入れが定着している。近隣に居住しているボランティアの方は、顔を合わせる機会も多く、日常的な交流を行っている。近隣には、大学、病院、施設等があり、それぞれの行事に参加し、交流を深めている。	
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	・運営推進会議の中で日々のスタッフの入居者様との関わり方や困っている事、不安に感じている事を打ち明け、実情を知って頂いている。必要時は、認知症についての参考資料を渡したり、包括支援センターでの情報を共有している。		
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か月に1回開催し、事業所で取り組んでいる事や入居者様の日々の生活状況を報告している。特に認知症の研修情報など、包括支援センタースタッフと連携をとりながら情報交換している。	利用者の家族は、面会が多く、面会の都度声を掛けることにより、会議への参加につながり、参加することにより行政や地域からの情報収集に活用している。 地域のミニディサービスについて話し合い、利用者の参加につながっている。	
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に取り組んでいる	・運営推進会議の他、那覇市GH連絡会の参加し、直接担当者と意見や情報交換を行っている。必要時はメールなどを利用しやりとりを行っている。	運営推進会議、グループホーム連絡会への参加等により、関係性を深めている。市の担当者とは、電話やメールを通じて情報交換、報告等を行っている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	・毎月行っているスタッフMTで、身体拘束ゼロを目標に検討会議を行っている。（議事録あり。）	毎月の定例ミーティングに職員の6～7割程度出席している。身体拘束ゼロを目指して、利用者のモニタリングをデータ化しわかりやすい資料を作成して、ケアの効果を伝えている。 法人で定期的に行われる研修に職員が参加している。外部の研修も可能な限り受講できる体制を整備している。	
7	(6)	○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	・高齢者虐待防止法や身体拘束に関わる研修に参加し、その内容を持ち帰りスタッフ全員で振り返っている。	身体拘束と同様、内部研修・外部研修への受講を促している。受講することにより意識が変化しケアの向上につながっている。研修内容の共有についても定例会に報告会を位置づけて、実施している。	
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	・日々の業務の中で、疑問に思う事など事業所内で解決できない時は、管轄の包括支援センターへ相談している。		
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	・契約者（ご家族様）が高齢者である時は、娘様や息子様に再度説明し、疑問点や不安な点がないか十分に確認している。		
10	(7)	○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	・事業所入口に意見箱を設置し、家族や面会者からの意見や要望を聞けるようにしている。 ・面会時や来訪された時に、話しやすいような雰囲気作りにも努めている。	家族の半数は、週に1回の面会がある。多い方は3日に1回の頻度で面会があり、家族との情報交換に活用している。課題のある際には、病院受診に同行し、話し合う時間を確保している。	

自己評価および外部評価結果

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
11	(8)	○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	・毎月定例でのスタッフMTで、業務改善だけでなく、ケアの方法についての意見を言えるようにスタッフ個々に確認している。	定例会で職員の意見を引き出すためホワイトボードの活用等工夫を行っている。 職員としては、意見の言いやすい環境である。職員からの意見により、職場環境等の整備も行われている。	
12	(9)	○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	・年2回の健康診断、インフルエンザ予防接種を実施。 ・更衣室や休憩室を清潔に保ち、気持ちよく仕事ができるように努めている。	処遇改善により、モチベーションもあがり働く環境はよくなっている。 研修参加への体制整備、研修費補助等を活用し、職員の意欲を高める工夫を実施している。	
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	・年1回スタッフ個々の自己評価、スキルアップシートを作成し、研修計画や個別で相談を受けている。		
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	・近隣のGH事業所合同で勉強会を開催。 ・近隣のGH事業所が催している行事に参加している。		
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	・入居間もない期間は、こまめにご本人様やご家族様から、不安な事、困っている事を聞き出せるように積極的に声かけし話しやすいように時間を作っている。		

自己評価および外部評価結果

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
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	・特に本人様とは、顔なじみの関係になれるように、入居間もない頃は関わりを多くもち、コミュニケーションを積極的に行っている。		
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	・他のサービス利用の検討時、主治医や看護師への相談を含め、ご家族様へ提案している。		
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	・入居者様同士で行う共同作業や、職員の協力依頼の声かけやアプローチし無理なく行えるように支援している。		
19		○本人と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	・面会で来訪された際や、事業所に電話があった時は、日頃の本人様に関する情報を報告している。		
20	(10)	○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	・入居前に関わっていた友人や親戚などの関係が断ち切られないように、定期的に行われていた食事会の参加や集まりには継続して参加できるように依頼している。	地域に在住していた利用者も多く、在宅時に利用していた八百屋、美容室を継続的に利用している方もいる。近隣のスーパーに出かけ、イトインコーナーを活用しており、なじみの場の継続につながっている。 自宅の取り壊しの際に、利用者と訪れ、荷物の整理を行い、思い出の品を持ち帰る支援を実施した。	

自己評価および外部評価結果

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
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	・一人一人の性格や入居者様同士の相性を把握し、席の配置や関わり方を注意し、トラブルにならないように対応している。		
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	・退去された後も、ご家族様と連絡を取り、次のサービスがつながるまで相談にのっている。		
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	(11)	○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	・日頃の本人様の会話の中やご家族様からの情報から、本人様の望む生活や意向をくみ取れるように関わりを持っている。	様々な背景の利用者の情報を共有し、発する言葉と在宅での環境を照らし合わせ、個別的な支援に取り組んでいる。	
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	・入居後も、本人様やご家族様など本人様に関わる方に話を聞きながら、情報を集めている。		
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	・個別記録や申し送りの活用し、スタッフ間の情報共有に努めている。		

自己評価および外部評価結果

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
26	(12)	○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	・本人様の心身の状況に変化があった際など、問題が起きた時は、その都度カンファレンスを持ち、意見収集している。	月1回のミーティング時に、個別の問題を話し合う。カンファレンスでの情報収集を日々の実践に活用している。カンファレンスの頻度は課題が起きた際1週間以内の実施に取り組んでいる。日々の介護記録に、ケアプランが反映されることが望まれる。	記録様式について、ケアプランを反映した様式への工夫が望まれる
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	・定例ミーティングや個別ケースカンファレンスを行い、ケアの方法や本人様の抱える問題点の解決法を話し合っている。		
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	・本人様やご家族様のニーズに応じて、他のサービスが受けられるように取り組んでいる。 ・病院受診の付き添いはご家族様で行っているが、状況によっては、スタッフが付き添い、柔軟に対応している。		
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	・併設している保育園との定例の交流会の開催、事業所近くの公園や花屋さんへ出向き、季節の花を購入している。		
30	(13)	○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	・利用者は、希望するかかりつけ医を受診している。 ・本人様に変化が生じた際は、タイムリーにかかりつけ医に報告している。	利用者(家族)は希望するかかりつけ医を受診している。受診対応は家族を基本とし、必要時に応じて(タイムリーな)受診支援を行っている。診察時は治療や健康状態の経過を文書にて事前に情報提供を行い、診察の内容や結果も適切に報告され医療機関との連携がとれている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	・建物内に併設しているクリニックの看護師に電話などを利用し、報告、相談している。必要時は直接来て頂き、症状を確認してもらっている。 ・平成30年11月より、定期的な看護師の訪問は中止している。		
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。	・本人様の病状の把握に努め、入院後すぐに病院の担当者と連絡を取り、治療経過や今後の計画を確認している。		
33	(14)	○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	・入居契約時に、退去の対象となるケースの事例や重度化した場合の事業所側の対応として、書面でサインを頂き、説明し同意を得ている。	入居時に重度化した場合の対応について、事業所の方針や対応方法について説明を行い、書面にて同意を得ている。看取りケアに向けた体制や、外部研修や勉強会を行い具体的にケアに取り組んでいる。また同法人の医療機関との連携を図ることで、より安心した支援体制への取り組みを進めている。	
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	・緊急時のマニュアルとフローチャートを作成し、スムーズな連携がとれるようにしている。 ・建物内に常駐している看護師に連絡し、直接来てもらったり、指示を仰いでいる。		
35	(15)	○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	・災害ごとにマニュアル見直しを行っている。 ・建物内、事業所で連携がとれるようにしている。	火災時、水害時等のマニュアルの見直しを進めている。防災訓練は建物内にある複数事業所と、地域のボランティアへも参加を呼びかけ訓練を行っている。	

自己評価および外部評価結果

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	(16)	○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	・パーソンセンタードケアの勉強会で実践をしながら、声かけ方法や対応法を見直した。 日頃の声かけの中でも、スタッフ自身が見直しできるように、理念の中にも取り入れている。	一人ひとりに適した、言葉遣いや対応が行われているか職員間でも評価しあい、個々で気づかない部分も話しあいを行い向上できるよう取り組んでいる。日々の理念の唱和を通し、プライバシーへの配慮や言葉づかいを振り返ることが出来るよう適切なケアが行えるよう意識の向上に努めている。	
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	・常に傾聴の姿勢を忘れずに、本人様の思いや要望をくみ取りやすいよう、話しやすい雰囲気作りに努めている。		
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し、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	・職員の提案や声かけに拒否などがあつた時は、無理に行わず、本人様のペースに合わせながら生活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	・起床後や入浴後に肌のお手入れやお化粧ができるように、セッティングしたり声かけで促している。 ・本人様が自分で好きな服が着られるように、手の届く位置にラックやダンスに設置している。		
40	(17)	○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	・主食のパンやごはんの嗜好に合わせて提供している。 ・食事は、毎食同一建物内の厨房で調理～配膳している。 ・旬な野菜や食べ物は、入居者様と一緒に調理し、食事を楽しんでいる。	主食は利用者の好みに合わせパンやごはんを選べるようにしている。調理は同建物内で調理され配膳している。季節の旬にあった食事や行事食も定期的に提供しており、職員も一緒に食事を摂っている。定期的に、食事の満足度調査を行い嗜好や希望を献立に反映させるよう努めている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	・嚥下、咀嚼状態に合わせて、食事形態を変更している。水分摂取量が少ない方は、黒糖を使用したり本人様の好きな飲み物を提供し飲用して頂いている。		
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	・自室の洗面台を利用し、毎食一人一人口腔ケアの促しや介助で行っている。状況に合わせて、使用する歯ブラシの種類の変更やうがい薬を使用している。		
43	(18)	○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	・一人一人の排泄パターンを把握できるように、記録表を用いて、定期的に利用するオムツの種類や排泄時間の見直しを行っている。	各居室にトイレがあり、出来るだけトイレで排泄が可能なよう排泄ケアの自立支援を行っている。便秘症がある方でも可能な限り、かかりつけ医と相談しながら下剤に頼りすぎないように食事の改善や、排せつケアに取り組み、失禁が減らせるよう取り組んでいる。	
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	・便秘症の方には、水分を多めに促したり、飲食物の工夫をしている。(乳製品)それでも改善しない方は、主治医に相談し下剤の種類変更を検討してもらっている。		
45	(19)	○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	・入居者様の希望、状態に応じて、入浴の回数を決めている。 ・本人様の都合により、入浴できない時は、日や時間を替えて入浴している。	入浴頻度は週3回を基本とし、利用者の体調や気分に応じ支援している。入浴の拒否があれば時間や日程を再調整しながら、気持ちよく入浴できるよう対応している。1対1のケアを行うことで、ゆっくりと会話を楽しみながら個別ケアを行えている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	・入居者様の体力や体調に合わせて、午睡時間を設けている。本人様の希望によっては、リビングで休まれている。		
47	(20)	○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	・入居者様ごとに、薬の説明書をファイリングし、職員が常に薬の内容を把握できるようにしている。 ・症状の変化があった時は、記録に記入し受診の際に主治医やご家族様に報告している。	服薬情報は、個々にファイリングし、直ぐに確認しやすい場所に配置している。配薬し、内服介助者も含めトリプルチェックを行いチェック機能の強化に努めている。	「服薬マニュアル」の作成、活用が求められる。
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	・一人一人の生活歴を把握し、心身の状態に注意しながら、洗い物や掃除、お茶出し等を行い、生活を楽しんでもらえるようにしている。 ・行事にあわせた、調理やイベントの開催を行っている。		
49	(21)	○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	・散歩や買い物を希望する入居者様がおられた時は、職員が同行し外出している。職員で対応できない時は、家族様や友人に協力依頼している。	外出は近隣の公園やスーパーへ買い物に行ったり、少人数でのドライブなどを実施している。家族の協力も得ながら、個別の要望に合わせ故郷訪問やなつかしい場所へドライブに出かけ気分転換を図っている。	
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	・外出先で買いものする時は、本人様の持っているお財布から支払いして頂いている。		

自己評価および外部評価結果

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
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	・本人様がご家族様の事を心配されたりする時など、要望に応じて、電話をかけている。県外におられるご家族様へ電話し、直接話してもらっている。		
52	(22)	○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	・食堂に季節に合わせた壁面を毎月作成している。 ・季節に合わせた植物を飾っている。 ・入居者様の状態に合わせた温度管理にできるように、温度計を設置している。	共有スペースは明るく、装飾も利用者で作成した壁絵などの作品が飾られている。食事中も会話を邪魔しない穏やかなBGMが流れており、適度な温度調整を行え過ごしやすい空間づくりに努めている。	
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	・談話スペースだけでなく、廊下や入口玄関に椅子を設置したり、ローテーブルを設置し掲示板を見る事ができるようにしている。		
54	(23)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	・居室内の物は、本人様が自宅で使い慣れたものを持ち込んでもらっている。ご家族様との写真や思い出の写真がいつでも見れるように飾っている。	居室は洗面台とトイレ、タンス、靴箱が設置され、利用者が自宅で使っていた物品を持ち込み、利用者が過ごしやすい部屋作りの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	・生活感が失われないように、物を撤去しすぎないようにしている。 ・本人様の今までの習慣が継続してできるように、ベランダに花を置いている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ファミージュ

目標達成計画

作成日: 令和 元年 10月 5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	47	誤薬による事故が1年で3件発生している。薬のセット担当者の確認方法、服薬前の確認事項服薬介助におけるリスクマネジメントの理解が薄い。	・誤薬ゼロにする。	・薬のセット方法、服薬前後の確認内容を記載したマニュアルを作成する。 ・決められたマニュアルに沿った対応をする。(業務優先とならないように、マニュアルの意味を理解する)	12ヶ月
2	26	介護保険法に基づくケアプランから実際のケア→記録に反映するシステムや書式ホームになっていない。	・介護保険の内容を理解する。 ・ケア記録内容は、ケアプランの反映した内容が記録できる。	・事業所内勉強会を開催し、ケアプランと記録の意味を職員全員が理解し、周知する。 ・記録用紙のフォームを見直し変更する。	12ヶ月
3	35	災害ごとのマニュアルに、ケースごとの対応方法がない。備蓄などの必要物品の保管場所と内容の理解が職員全員がわかるようなマニュアルになっていない。	・マニュアルの内容が理解できる。	・マニュアル内容の見直し、見やすく、簡潔にする。	6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。