

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	3590700179		
法人名	株式会社 アッセンブルピープル		
事業所名	グループホームふぁみりあ		
所在地	山口県 下松市藤光町一丁目12番18号		
自己評価作成日	2019/1/28	評価結果市町受理日	令和 1年 8月26日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成31年2月27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)】

外出レクリエーションおよび外食。 畑作り。 天気の良い日の近隣散歩で気分転換をはかる。

【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)】

職員一人ひとりが役割意識を持たれ、責任を持って業務に当たるよう業務の担当制(園芸、備品管理、レクリエーション、印刷)をとっておられ、普段から職員からの気づきや提案、チャレンジしたいこと、改善の状況などを、事業所独自の業務改善日誌に記載され、決定事項は連絡帳へ記載して周知しておられるなど、職員間での情報の共有を図って、サービスの質の向上に努めておられます。運営推進会議での食事についての提案を受けられて、今年度から月に1回、利用者と職員が相談されて好みのメニューを立てられ、利用者と職員と一緒に買い物から、調理、盛付け、後片付けなど、利用者ができることを楽しみながらされて、同じテーブルで食事をする機会を持たれるなど、食事が楽しみなものになるように支援に取り組んでおられます。
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～56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	
57	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:24. 25. 26)	○	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	64	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:10. 11. 20)	○	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
58	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:19. 39)	○	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	65	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. 21)	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:39)	○	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	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:5)	○	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. 全くない
60	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:38. 39)	○	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	職員は、生き活きと働けている (参考項目:12. 13)	○	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
61	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:50)	○	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
62	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:31. 32)	○	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	69	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
63	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:29)	○	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	前回と同様。社是および事業所の理念を掲揚している。利用者および職員が楽しく過ごして暮らしていけるよう、日々の会話をよく行い、色々な話題や共通の趣味を通して楽しく笑顔になれるような雰囲気のある場所を作る努力をしている。	地域密着型サービスの意義をふまえた理念をつくり、事業所内に掲示し、ミーティングで話し合って理念の共有を図って、利用者が穏やかに笑顔で暮らせるよう実践につなげている。	
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	前回と同様。自治会に加入している。運営推進会議だけでなく、家族会、利用者の誕生会を開催している。季節ごとの行事、地域の祭りや近隣学校等の催事に参加している。	自治会に加入し、管理者が総会に出席して消防訓練への協力を呼びかけている。利用者は小学校のどんど焼きや中学校の運動会に参加して地域の人と交流している。月2回、移動販売のパン屋が立ち寄っている。事業所に通りすがりの人が見学に訪れたり、近所の人地域サロンでつくった寿司を持参してお茶を飲みに来訪して利用者で交流している。地域の民生委員が利用者の散歩に同行したり、音楽演奏(オカリナ)のボランティアが来訪している。地域の人と散歩時に挨拶や立ち話をしたり、野菜(さつまいも、スナックエンドウ)や饅頭の差し入れがあるなど、日常的に交流している。	
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	認知症の程度によらず、利用者それぞれが平等な・公平な思いを持ちながら過ごせ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
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	関係する人の色々な意見を忌憚なく出し合い、その声に耳を傾け、改善できると思われることは、皆で話し合いをして意見を調整してから実施することで業務を統制している。	管理者がミーティング時に評価の意義を説明している。自己評価は一部の職員に自己評価のための書類を分担して配布し、記入後、管理者と相談員がまとめている。自己評価を通して職員相互のケアに対する視点の共有ができています。前回の外部評価結果を受けて目標達成計画を立て、運営推進会議で報告連絡事項を準備したり、ミーティングの機会を活用した内部研修を計画的に実施しているなど、改善に取り組んでいる。	・全職員での評価の意義の理解と活用
5	(4)	○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	議事録を残し、出された意見を皆で共有し、日々の業務に活かすとともに、今後の課題のきっかけとしている。	会議は2ヵ月に1回開催し、事業所の運営とサービス提供の方針、利用者の状況や活動状況、近況報告、行事報告、研修報告、地域活動、ヒヤリハット・事故報告、外部評価実施等について説明し、意見交換をしている。年4回、身体拘束等適正化委員会を同時に開催している。参加者から食事の提供について提案があり、月1回、利用者と一緒に食事づくりを行うようにするなど、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町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	機会あるごとに担当者に電話連絡または面談して確認、相談および支援を受けている。担当者からの連絡は上役が理解するだけでなく、職員全員へ連絡し改善実施するようにしている。	市の担当者とは、電話での連絡の他、運営推進会議出席時、事故報告や申請書類提出などで直接出向いた時など、相談をして助言を得て、協力関係を築くようにしている。	
7	(6)	○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	定期的に当該を目的にした内部研修を行っている。職員は、利用者の意思を尊重し行動を制限しないよう、利用者個人の思いを理解するようにしている。しかし、問題が発生した場合は、速やかに職員で状況を把握し、その問題が身体的拘束にならない方法をしている。	「身体的拘束等の適正化のための指針」を作成し、年4回、身体拘束適正化委員会を開催して運営推進会議で検討している。職員は年2回、内部研修で身体拘束の内容や弊害について学び、ミーティングで話し合っって身体拘束をしないケアに取り組んでいる。スピーチロックについて気になるところは職員間で注意しあったり、管理者が指導している。玄関は施錠せず、外出したい利用者があれば職員と一緒に出かけたり、散歩をするなどして気分転換を図っている。	

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
8		○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されることがないように注意を払い、防止に努めている	定期的に当該を目的にした内部研修を行い、外部研修に参加している。利用者には十分な説明を繰り返しても、理解を得られないまたは強い抵抗を受けるなどの時の支援方法等について検討し、その事を全職員へ周知し実行させる必要がある		
9		○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	定期的に当該を目的にした内部研修を行っている。外部研修に参加している。定例社内ミーティング(職員参加会議)や毎日ミニミーティング(出勤職員会議)で学び、話し合いをしている。		
10		○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	主に管理者または相談員が契約締結等を時間をかけて説明し納得してもらっている。職員は職場の掲示されている重要事項説明書等を閲覧している。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	相談、苦情を受けた場合、職員は管理者または相談員へ報告し指示を受けている。定例社内ミーティングおよび運営推進会議で公表している。改善できることから解決している。	契約時に苦情相談窓口や担当者、第三者委員、処理手続きなどについて家族に説明している。家族から面会時や運営推進会議、年1回の家族会、行事(七夕、敬老会)の参加時、電話等で意見や要望を聞いている。3ヶ月に1回、介護相談員の来訪があり、利用者の意見を聞いている。利用者を担当している職員が、月1回家族宛に請求書と一緒に本人の近況報告を送付して、家族から意見が言いやすいように工夫している。運営に反映させるまでの意見は出ていない。	・家族の意見を引き出す工夫とその反映
12	(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	代表者兼管理者。定例社内ミーティングまたは個別面接の時に聞く機会を設けている。	管理者は、月1回のミーティングや朝のミニミーティング、3か月毎の個人面談で職員からの意見や提案を聞いている他、各担当(園芸、備品、レクリエーション、印刷)を通して意見や要望を聞いている。日常での気づきや提案は、連絡帳(決定事項)と業務改善日誌(現況報告と進捗状況)に記入し、職員間で情報を共有して改善に反映している。	

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
13		○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	代表者兼管理者。給与計算等を行う。6ヶ月に1度程度の個別面接を行っている。入社間もない職員には、それぞれ1週間、1ヶ月、3ヶ月程度毎に面接を行っている。職員からはやりがいがあるとってもらっている。		
14	(9)	○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	代表者兼管理者。外部研修の案内等は職員へ資料を回覧している。外部研修参加の場合は、出勤扱いにしている。勤務外の定例社内ミーティング参加者へ研修費を支給している。	外部研修は、情報を回覧して職員に伝え、希望や段階に応じて勤務の一環として受講の機会を提供している。リスクマネジメントや褥瘡予防の研修に参加して、受講後は報告書を提出して資料を閲覧し、月1回のミーティングで伝達して情報を共有している。内部研修は、月1回のミーティング時に、管理者が講師となつて、認知症介護・排せつケア、感染症・食中毒、嚥下・口腔ケア、緊急時の対応、身体手拘束等及び虐待の防止、接遇マナー等について実施している。新人職員は、日々の業務の中で先輩職員から指導を受けて、働きながら学べるように支援している。	・内部研修の充実
15		○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	代表者兼管理者。交流する機会があるときは参加している。職員へ資料回覧している。または定例社内ミーティング等参加を促している。希望者には参加できるよう勤務調整して配慮している。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	利用者から話をしてもらい少しでも不安感を取り除くため、差しさわりのない話題から利用者が興味関心のある話題へと話を振りながら、色々な思いを聞きだせるように配慮している。		
17		○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	概ね、入所前に家族等から困っていること等をヒヤリグして、その要望を見極め、それに沿ったサービスとなるよう計画作成者および職員と相談してケアプランを作成実施している。		

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
18		○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	初期に限り、必要な支援の見極めは、管理者または相談員がケアマネージャー、本人、家族等を訪問し、聞き取り、計画作成者が決め、職員が実施している。		
19		○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	介護をされている認識を強く持たないように配慮し、他利用者や職員と一緒に楽しく過ごせるような雰囲気を作り、混乱している場合は説明し納得してもらえる工夫している。		
20		○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	1ヶ月の様子を記した近況報告で利用者の状況を把握してもらうよう家族等へ郵送している。利用料の支払いの際、家族に来所してもらい本人と外食してもらったり、居室で一緒に過ごしてもらっている。		
21	(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	来所された方を職員が挨拶、笑顔で迎え利用者へ案内している。ゆっくり時間が過ぎせるよう居室へ案内することもある。帰られた後どのような話をしたのか職員とも共有できるよう工夫している。	家族の面会や親戚の人、友人、知人、近所の人、旅行仲間などの来訪がある他、手紙や年賀状での交流を支援している。家族の協力を得て、墓参りや一時帰宅(お正月など)、馴染みの美容院の利用、外食、友人との旅行、、宗教仲間との集会への参加など、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援に努めている。	
22		○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	利用者同士で関係が悪化しないように配慮している。レクリエーションなどを通してどの方も楽しく過ごせるよう工夫している。夕食後の時間ではゆったりと過ごされる中、お互い慰めあったり、教えあったりしている。		
23		○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	前回と同様。家族等から要望があれば、相談を受け、支援に努める。		

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
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					
24	(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	日常生活の会話から、色々な情報を聞き出し、利用者の思いや希望を把握するよう工夫している。難しい場合は、家族から情報提供を受けて、利用者の置かれている状況から推測し思いを汲み取るようにしている。	入居時に利用者基本情報とADL評価表を活用して思いや意向の把握に努めている他、日々の関わりの中で、利用者の行動や表情、会話を個別記録に記載し、その中から、思いや意向を把握するよう努めている。困難な場合は、ミーティング時に職員間で話し合い、本人本位に検討している。	・思いや意向の把握の工夫
25		○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	前回と同様。契約締結時に生活歴、生活活動状況等を聞き取り、本人とのコミュニケーションに役立てている。アセスメントシートを活用している。利用者またはその家族等からの情報を追加、把握している。		
26		○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	前回と同様。一人ひとりの置かれている状況を利用者の言動等から把握するようにしている。記録等を始業前に確認して、日々の変化を把握している。		
27	(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	定例社内ミーティングでケアプランを話し合っている。問題点を洗い出し、改善できるようにしている。ケアプラン作成後、家族等に説明し同意を得ている。	計画作成担当者と利用者を担当している職員を中心に、月1回、ケアカンファレンスを行い、利用者や家族の思いや意向、主治医、職員の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、6か月ないし8か月で計画の見直しをしている。本人の状態や家族の要望に変化が生じた場合は、その都度見直しを行い、現状に即した介護計画を作成している。	
28		○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	定例社内ミーティングで記入方法等や内容について周知徹底、検討している。連絡ノートを作成し、業務を把握しやすくしている。重要事項(服薬、事故等)については、口頭で申し送りをしている。		
29		○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	提携医療機関へは通院等の同行している。買い物等の外出希望がある場合、同行している。1~2ヶ月に1度程度の訪問理容がある。		

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
30		○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	前回と同様。徒歩外出で地域の川の鯉を眺める。道沿いの花を愛でる。気候の良いときを選んで行っている。		
31	(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	月1度程度の内科、2ヶ月1度程度の皮膚科の訪問診療を受けている。個人記録、健康管理表を閲覧し、処方薬を処方してもらっている。判断に迷うとき、医療行為が必要なときは、相談連絡をし、処置してもらっている。	利用者や家族の納得を得て、協力医療機関（内科、精神科）をかかりつけ医とし、月1回、受診の支援をしている。皮膚科は2ヶ月に1回、歯科は必要に応じて往診があり、その他の科については家族の協力を得て受診支援している。受診結果は通院介助記録や業務日誌に記録し、職員間で共有し、家族には電話で報告している。日々の健康管理を職員が行い、かかりつけ医に情報を提供している。夜間や緊急時は管理者に連絡し、協力医療機関と連携して適切な医療が受けられるように支援している。	
32		○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	体調の変化等は記録に残し、意見を求めている。看護職員からの意見は、管理者または相談員が職員へ伝達している。		
33		○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。	管理者および相談員が行っている。		
34	(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	前回と同様。契約締結時に家族へ条件等を説明している。条件等が合えば、看取りを行う。病院搬送等の必要があれば対応している。	契約時に、重度化した場合に事業所でできる対応について、家族に説明をしている。実際に重度化した場合は、早い段階から家族と話し合い、医療機関や施設への移設も含めて方針を決めて共有し、チームで支援に取り組むこととしている。	

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
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	定期的に社内研修をしている。定例社内ミーティング等を活用して、事例検討をしている。	事例が生じた場合は、その日の職員が発現場所や状況、原因、経過、今後の対応や課題をヒヤリハット・事故報告書に記録し、管理者に提出して意見を加えたものを回覧し、情報を共有している。その後、年3回開催するリスクマネジメント会議で再検討し、再発防止に取り組んでいる。職員は採用時に夜勤時の救急対応や緊急時の連絡網などについて説明を受け、内部研修で感染症、食中毒対策、緊急時の対応について学んでいるが、全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけるまでには至っていない。	・全職員が実践力を身につけるための応急手当や初期対応の訓練の充実
36	(16)	○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	定期的に避難訓練を実施している。未解決な課題等を次回へ繋げ解決できるよう努力している。具体的な協力体制は未整備である。避難情報等は行政や報道機関から得る。近隣の店舗を利用して食材等を調達する。備蓄は少ない。	年2回、消防署の協力を得て昼夜の火災を想定した、避難訓練、消火訓練、通報訓練、避難経路の確認を利用者も参加して実施している。防災マニュアルを作成して、職員間の緊急連絡網があり、災害時用の食糧や水を備蓄している。自治会に協力を得よう働きかけているが地域との連絡網はなく、協力体制を築くまでには至っていない。	・地域との協力体制の構築
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○一人ひとりの人格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	生活歴を把握しそれを大切にしている。個人を尊重しながら自然な会話になるように対応している。	職員は外部のリスクマネジメント研修や、内部研修(接遇、マナー研修)で学び、利用者の誇りを傷つけず、プライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。気になる対応があれば管理者が指導したり、職員同士で注意合っている。書類等は適切に保管し、守秘義務を順守している。	
38		○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	日常会話の中からヒントを得る工夫をしている。直接本人へ問いかけをしている。		
39		○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	一人ひとりが出来ることを個別に支援している。(洗濯物畳み、掃除、レクリエーション、塗り絵、壁飾り工作、パズルゲーム等)		

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
40		○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	「おしゃれ」を支援できていない。敬老の日 に手マッサージに合わせてマニキュアをして 差し上げ、喜んでもらった。訪問理容で鏡 に映る自身を見ていただき、美容師との会話を 楽しんでいる。		
41	(18)	○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	童謡等の音楽を流すなど雰囲気をつくって 食事を召し上がっていただいている。食事を 進めにくい方へは献立を説明しながら、食 事に興味を持っていただけるようにしてい る。食卓台を拭くなどして片づけをしてい る。	ご飯と汁物は事業所でつくり、主菜と副菜は 業者からの配食を利用している。月に1回、メ ニューの作成、買い物、下ごしらえ、盛付、後 片付けなど利用者ができることを職員と一緒 に行い、同じテーブルで一緒に食事をする機 会を持っている。畑で収穫したさつまいもを利 用しての料理(バター焼き、スイートポテト、 みそ汁の具)や特別食(パンケーキ、七草がゆ など)、お花見弁当を買っての戸外での食事、 2か月に1回の外出、月2回の移動パン屋で のパンの購入、誕生日のケーキ、季節の行事 食など、食事が楽しみなものになるように支援 している。	
42		○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	一人ひとりの口内状況や好みを把握して、 食事の形態等(刻み、彩り)を変更している。 水分量を把握して、定期的に摂取できるよう にしている。嗜好飲料を摂取できる機会が ある。		
43		○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	毎食後、歯磨き、うがいを励行している。一 人では出来ない方へは歯磨きの支援をして いる。出来る人は自分でしている。時に は口内をチェックしている。		
44	(19)	○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向けた支援を行っている	前回と同様。排泄チェック表を記録し、排 泄頻度の確認をしている。個別に声かけ、 誘導または同行の支援をしている。	介護健康記録を活用して利用者一人ひとりの 排泄パターンを把握し、プライバシーに配慮 した言葉かけや誘導を行って、トイレでの排 泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	

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
45		○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	前回と同様。廊下での歩行(行進)や各種体操、適切な水分補給に努めている。提携医療機関の医師と相談し、処方してもらっている。		
46	(20)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	前回と同様。曜日、時間帯を定め行っている。職員不足もあり、個々に応じた入浴支援が十分に出来ていない。	入浴は火曜日以外の毎日、14時から16時までの間可能で、利用者の希望や体調に合わせて週2回は入浴できるよう支援している。季節のゆず湯、入浴剤の利用、職員と昔話をするなど、利用者が楽しく、くつろいで入浴できるよう工夫している。利用者の状態によりシャワー浴や清拭、足浴、部分浴などを行い、入浴したくない利用者には、無理強いしないでタイミングを見計らったり、声かけの工夫をするなど、個々に応じた支援をしている。	
47		○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	前回と同様。一人ひとりの習慣の時間に居室に戻られ、就寝されている。その間にフロアに残られてる方は、テレビを観賞したり、談話をされている。		
48		○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	前回と同様。一人ひとりに応じて、医師処方のおりを服薬している。服薬管理は職員が行っている。訪問診療(往診)の際に個別の状況を報告し、処方してもらっている。		

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
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	前回と同様。気分転換に庭の畑作り、草抜き等を行う。外に洗濯物を干している。季節に応じてオヤツの「希望を聞き提供している。個々に合わせたレクリエーションを楽しんでいる。	居室のカーテンの開閉、週2回のシーツと枕カバーの交換、職員と一緒に掃除(モップかけ、手すり拭き)、洗濯物干し、洗濯物たたみ、洗濯物の収納、裁縫、広告や新聞紙を利用したゴミ箱づくり、食事の準備や片付け(買い物、野菜の下ごしらえ、盛り付け、テーブル拭き、盆拭き)、畑づくり(さつまい)、花の苗植え、草取り、収穫、テレビやDVDの視聴、歌を歌う、雑誌を読む、折り紙、貼り絵、ぬり絵、ちぎり絵、切り絵、童謡かるた、脳トレ(漢字ドリル、計算ドリル)、しりとり、間違い探し、パズル、牛乳パックくずし、風船バレー、ボーリング、ジャンケンリレー、ラジオ体操、下肢の体操、嚙下体操、パタカラ体操、移動パン屋での買い物、季節の行事など、一人ひとりが張り合いや喜びのある生活を送れるような場面づくりを行っている。	
50	(22)	○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	前回と同様。利用者の希望により、職員同行で自宅へ戻る。自宅の様子を確認したり、必要なものを持ち出しをする。店舗に寄り、洋服など必要なものを購入する。	初詣、季節の花見ドライブ(梅、桜、ツツジ、バラ、コスモス、紅葉)、2か月に1回の外食(ファミリーレストランや食堂)、買い物、外気浴、近隣の散歩、家族の協力を得ての墓参りや一時帰宅(お正月、衣替え、お茶を振る舞う)、美容院の利用、外食、宗教仲間との集会への参加、友人との1泊旅行など、家族や地域の人と協力して気分転換や外出を楽しめる支援を行っている。	
51		○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	前回と同様。家族の希望により、個人的な金銭を預っている。(相談員が個別記帳管理している)買い物等で、本人に金銭を渡し会計してもらっている。家族了解の下、本人が金銭の入った財布を持っている。		
52		○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	前回と同様。携帯電話を所持し、親戚や友人へ電話している。		

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
53	(23)	○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	前回と同様。近隣業者の音は聞こえているが不快は少ないと思う。温度調整は職員が行う。見やすい「表示」がしてある。レクで作成した壁絵を掲示してあり、季節を楽しんでいる。	広々としたリビング兼食堂は天井が高く、自然光の差し込む明るいたたずまいとなっており、作業台としても使える大きな食卓テーブルとイス、大型テレビなどを配置し、利用者が談笑している。食堂横の厨房からは、ご飯の炊ける匂いや食事を準備する音が聞こえてくる。壁面には、習字やぬり絵などの利用者の作品や雛飾りのタペストリーなどを飾っている。廊下を隔てて居室が並び、四カ所のトイレにも近く、使いやすい造りとなっている。室内の温度や湿度、換気に配慮して、利用者が居心地よく過ごせるように工夫している。	
54		○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	前回と同様。フロアでの席は話が弾むように配慮している。レクリエーション等では、利用者の意思を尊重しながら、盛り上げられるように席を変えることもあります。		
55	(24)	○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	前回と同様。家具等は、家族や本人が工夫され配置している。衣類や布団等は、家族と相談して使い慣れた物を使っている。床材はフローリング(木部)と畳を選択できる。	好みの寝具や使い慣れたタンス、衣装ケース、時計、本や雑誌、家族からの手紙、鏡、ぬいぐるみ、人形、化粧品などの日用品等を持ち込み、壁に家族の写真やカレンダー、手づくり作品を飾って本人が、居心地よく過ごせるように工夫している。	
56		○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」や「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	前回と同様。廊下、浴室、便所等に手すりを設置し、洗面台は車椅子のまま使用できるよう対応している。自身で出来ることは自身でもらっている。		

2. 目標達成計画

事業所名 グループホームふぁみりあ

作成日: 令和元年8月1日

【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	4	全職員での評価の意義の理解と活用が不十分である。	目標達成計画書を職員全員で作成、実施し事務所へ報告する。	評価の意義を理解するため、ミーティングで話し合う。 目標達成の計画を作成し、職員で周知徹底する。 市町村へ報告する。	1ヶ月
2	50	以前に比べ、外出支援が減ってきている。	少しの時間でも外出できるようにする。	普段の外出レク以外で、施設の買い出しを行う際に利用者も同行し、買い物支援を行う。	6ヶ月
3	35	事故対応についての実践力が足りない。	応急手当訓練の実施。 初期対応の訓練の実施。	消防訓練などを利用して、緊急事態の訓練をする。 実際の場面で都度指示をし、初期対応についての反省をする。	6ヶ月
4	36	火災に対しての避難訓練はできているが、地震や水害に対しての避難訓練ができていない。	地震や水害も想定して行うとともに、日頃から災害に対しての意識をする。	避難訓練の際に、危険と思われる状況や、危険と思われるものを考える。 また、必要物品の確認、AEDや火災報知器などの場所を改めて皆で周知していく。	12ヶ月
5	41	1人1人の「できること」を上手く活かしてきていない。	「できること」を見つけることを基本とし、更に、「できると思われること」を考え、利用者と職員で行えるようにする。	食器洗いや食事、おやつの準備を利用者と一緒に行う。 調理レクを行う際の計画に利用者も参加し、提案を聞く。	12ヶ月

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
6	11	運営に関して利用者やその家族からの意見が反映されていない。	家族の意見を引き出す工夫をする。また、その意見を運営に活かす。	家族が事業所を訪れた際、意見を聞く。苦情相談を要望書にとりまとめ、運営推進会議での提案材料にする。	12ヶ月
7	14	内部研修	内部研修の内容を充実させる。	年2回程度外部の方からの講習を取り入れ、直近の課題を解決する糸口にする。職員がそれぞれ講師となり、担当意識を持つ。	12ヶ月
8	24	利用者の思いや意向の把握ができていない。	計画作成者を中心に、センター方式を取り入れ、介護職員と連携がとれる方法を取り入れる。	センター方式について周知する。計画作成者が基本データ他を収集する。介護職員も補充できるよう収集する。	12ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。