

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	1690100795		
法人名	株式会社 ウェルサポート		
事業所名	グループホーム 黄金の愉		
所在地	富山市田尻西56-3		
自己評価作成日	平成28年10月18日	評価結果市町村受理日	平成28年12月12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	
----------	--

【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	平成28年11月7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)】

認知症高齢者の暮らしの場として、地域の皆様の温かいご支援のもと運営させていただいている。利用者様の安心と安全に努め、ご家族様が安心できるように地域の関係機関と連携を取り運営に反映させている。
利用者お一人お一人の誕生日をみんなで祝いし、主役となる喜びを実感していただいている。ホームだよりを隔月で発行し配布している。ホームでの行事や日常の取り組み、誕生会の記念撮影等を掲載している。
ホーム独自に作成した介護看護記録をケアプランに添付し家族に報告している。

【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)】

ホームの玄関を入ると、広々として明るく清潔な共用空間が広がり、利用者や職員が朝のひととき、音楽に合わせて体操をする姿がある。職員は、利用者の経年変化を受けとめながら日々奮闘し、月1回のミーティングでは、個々の支援について活発な意見交換をしている。運営推進会議には第三者委員が参加し、『ボランティアをもっと受け入れてほしい』等、率直な提案をするなど、事業所がより良い施設となるよう応援している。管理者は玄関の解錠に向けての取り組みや、利用者や家族から聞き取った意見を記録に残すなどの課題を自覚し、次へのステップとして受け止めている。理念に掲げている“利用者中心、の運営を目指して真摯に取り組む事業所である。

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る (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	具体的でわかりやすい理念で、個人の意思を尊重しながら地域で安心して生活できるよう努めている。 見やすい場所に掲げ共有、実践している。	「～利用者も職員も笑顔がこぼれる心豊かなホーム」「～支え合いの輪が広がるホーム」「どんな状態にあっても 利用者のこころの声を聞くことを忘れず～」など、運営の思いを平易な言葉で表現した理念を、日々のケアに活かすよう努めている。	理念を、管理者と職員が共有し、日常のケアに結びつけることができるような具体的な取り組みに期待したい。
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	町内の役員、民生委員から助言や指導を受けている。 地域の保育所、小・中学校からの訪問交流がある。行事の招待がある。	運営推進会議に参加している町内役員や民生委員から、地域の行事や町内の動きなどの情報を得ている。地域の保育所園児や小学生の訪問、14歳の挑戦事業に参加する中学生の受け入れ、などの交流が行われている。	地域へ出向く、地域から来てもらう、などの相互交流がより深まるような実践に期待したい。
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	地域、家族の方と共に認知症を理解するためにセミナーを開催した。 定期でホーム便りを発行し配布、ホームの様子を知ってもらえるよう努めている。		
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	会議には町内役員、民生委員、長寿会長、第三者委員、家族会代表、地域包括支援センター職員に出席していただき、議題について意見、助言を得ている。助言を活かすよう努めている。	町内役員、民生委員、長寿会長、第三者委員、家族、地域包括職員等が出席し、隔月に開催。状況報告とともに意見交換が行われ、ボランティアの受入れをもっと積極的にして欲しいなどの意見も上がり、運営に反映させるよう努めている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市担当者とは運営上生じた問題や疑問、確認事項、苦情に関する事等について連絡を取っている。 富山市介護相談員の訪問が月1回ある。	地域包括支援センター職員が毎回運営推進会議に出席している他、市介護相談員の訪問や富山市長寿福祉課との情報交換が随時あるなど、協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	禁止事項を含めたマニュアルを回覧し周知している。利用者が自由に行動できるよう努めているが、やむを得ず必要となる場合については必ず家族等の同意を得ている。 玄関は施錠の状態であるが、外気浴や散歩、見送り等で解錠している。	身体拘束ゼロに関するマニュアルは整備しているが、定期的に職員の研修を行い、周知徹底までには至っていない。やむを得ず身体拘束を行う場合に備え、同意書を整備している。家族の要望もあり、玄関の施錠をしている。	身体拘束ゼロに関するマニュアルなどをともに、定期的に研修等を行い、身体拘束とその弊害を正しく理解した上で、身体拘束をしないケアに努めることを期待したい。
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逃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	利用者に対する対応、言動について職員同士で注意し合っている。		

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		○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	外部研修等に出席できるよう努めている。		
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	契約書、重要事項説明書に記載されている事項を読み合わせ、説明し、疑問点に答えている。		
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	利用者の意見は日常の関わりの発言等を汲み取るよう努めている。家族からは面会時に積極的にコミュニケーションを図り、要望を聞き取るよう努めている。ケアプランの家族の要望をプランに反映している。	利用者の声は日々の関わりでくみとるよう努め、家族とは面会時に声をかけ、意見や要望を訊くようにしている。家族の要望は、可能な限り連絡ノートに記録して職員間で共有し、運営や日々のケアに活かしている。	
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	毎月のミーティングで、日常的に職員から意見や提案を聞いている。可能な限り要望に応じている。	毎月1回のミーティングは、日中に行われ、原則全員参加し意見を交換している。代表はできる限りミーティングに出席し、職員の率直な意見や提案を聞き、運営に反映させるよう努めている。	
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	自社の範囲ではあるが改善の努めをしている。働きやすい職場づくりを目指している。		
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	人員の状況を見ながら受講を進めている。実務年数に応じて、資格の取得を進めている。		
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	地域包括支援センター開催の会議や事例検討会に可能な限り出席している。 地域の運営推進会議に出席している。		

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
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	入所申し込みの段階では、家族と関係者からの情報をもとに本人の思いを汲み取るよう努めている。これまでの暮らし方のシートを活用し、入所直後の不安解消にも努めている。		
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	入所の段階で家族からの不安や要望に耳を傾けるよう努めている。入所直後の利用者のご様子を報告し、家族と共に利用者を支える関係づくりを心がけている。		
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	本人の要望は家族からの代弁として伝えることが多いが、現状の問題点も慎重に確認し、優先順位をふまえて支援を見極めている。		
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	集団でも個人でも、楽しみや達成感を共有できる場面づくりに努めている。		
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	面会時には利用者のご様子を報告し、家族と外出された時には外出時の様子を聞かせていただくなど情報を共有している。体調や利用者からの要望等には電話で素早く対応している。		
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	面会時にはゆったりと過ごしてもらえよう空間の配慮をしたり、外出時には気持ちよくお出かけできるよう支援している。面会の際は、帰られた後もその方との関係を話題として繰り返し広げるよう努めている。	家族、知人の面会時に個々の居室でゆったりと過ごせるよう、お茶や座布団を運ぶなど、訪問しやすい環境づくりをしている。また、毎月発行の広報誌「黄金の愉だより」を通して近況報告をするなど、関係継続の支援に努めている。	
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	一人で過ごす時間も大切にしながら、利用者同士の居室の行き来や助け合ったりする場面を、トラブルのない範囲で見守っている。同じ趣味や共通の話題で関わりを支援している。		

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	退所後の関わりは少ないが、状況に応じていつでも支援する思いはある。		
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	日常の中のいろんな場面で利用者と深く関わりを持ち、意思を伝えられない利用者については表情、動作、反応を観察し、職員間で情報を共有している。新規の利用者については、希望や意向の確認を生活歴を考慮しながら検討している。	入浴や排泄介助時など、個別に関わることができる場面を大切に、会話や表情などから思いや意向の把握に努めている。情報は連絡ノートに記載し職員間での共有を図っている。	
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	入所時に本人、家族にセンター方式B-3暮らしの情報シートの記入を求めている。馴染みの生活用品を持ち込んでもらえるのか確認をしている。		
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	これまでの暮らし方を大切にしながら環境を整えるなどの配慮をしている。心身状態の変化については医療機関とこまめに連携を図っている。有する力は向上できるよう働きかけ、ミーティングやカンファレンスで計画に向けて着目している。		
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	本人の様子や状態をこまめに家族へ連絡している。介護計画に生活の様子が分かるホーム独自の記録シートを添付している。3か月ごとにカンファレンス、ミーティングで利用者の現状を検討する時間を確保している。	利用者の状況や状態の変化時には家族に報告し、介護内容への理解を得ている。また個々の利用者について、健康や生活の様子などについて記載した事業所独自の記録シートを作成し、3か月ごとに介護計画に添付して家族に渡している。	利用者のよりよい暮らしのための課題や支援のあり方について、家族や関係者と話し合い、その内容が反映された介護計画の作成に期待したい。
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	介護記録の記入を毎日行っている。カンファレンスで意見された工夫や気づきはノートに記録して情報共有し実践につながるよう努めている。		
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	多機能な取り組みは不十分であるが、状況に応じて柔軟な対応に努めている。		

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
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	訪問理髪でカットする長さや色を選べる配慮をしている。 地域の小学校からの訪問があり、交流を図っている。		
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	かかりつけ医は本人と家族の希望に応じ、入所後も適切な医療を受けられるよう支援している。医療機関との連絡、報告、相談を適宜行っている。	本人、家族が希望するかかりつけ医を受診している。協力医以外の通院には原則家族が同行しているが、事業所として必要事項を文書で伝え、受診結果は「看護・医療ノート」にて共有し、適切な支援につなげている。	
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	看護師としての日常的な観察と介護職からの相談や報告にて、利用者の健康管理と適切な受診を受けられるように忠実に連携を図っている。看護日誌を記録している。		
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。	入院時は病棟関係者、退院時は地域連携室スタッフと連絡を交わしている。入院時は状態の詳しい報告に努め、退院時は看護サマリーを受け取っている。		
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、事業所の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	契約時に「重度化した場合における対応に関する指針」に沿って説明を行い、共有できるよう努めている。事業所のできることの限界に理解をしてもらい、必要時には主治医やサービス利用の検討を行います。	事業所の方針は、「重度化した場合における対応に関する指針」として明示し、事業所のできることでないことなどの説明も含めて、個々の家族に同意を得ている。協力医とは、24時間の協力体制があり往診も行われているが、重度化や終末期に対応した実績はない。	
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	年1回、救命(心肺蘇生、AED)講習を受けている。		
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	年2回、日中と夜間想定火災避難訓練を行っている。バランスよく全職員が訓練に参加できるよう考慮している。水害時は近くの施設を避難場所として願っている。町内の協力体制を築いている。	年2回火災避難訓練(夜間想定を含む)を実施し、すべての職員が利用者の安全を確保し、避難誘導できるよう努めている。津波を想定した水害時の避難場所までの移動方法については、今後の課題としている。	火災や地震などの災害時における地域住民との協力、避難場所への移動方法、水や食料の備蓄など、利用者の安全確保のための実効性ある体制づくりを期待したい。

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
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	利用者個人を尊重し、無理強いや乱暴な対応をせず、意思や本人のペースを損ねない言葉かけや対応に気をつけている。	排泄誘導時などには、個々の状況やタイミングに合わせて声かけをするなど、日常のケアの場面でも一人ひとりに合わせた支援方法で、人格の尊重やプライバシーの確保に取り組んでいる。	一人ひとりの人格の尊重やプライバシーの確保について研修を行うなど、職員間の共通認識をより図るような取り組みに期待したい。
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	個人の判断能力に考慮しながら、選択決定できる場を働きかけている。表現が困難な方に対しては声かけで表現できるよう努めている。		
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、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	集団生活の中でもできるだけ本人のペースや希望に沿うように努めている。		
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	定期で訪問理容サービスを提供している。外出時には清潔と身なりの整えに努めている。意図的に鏡を見て声かけを行い、身だしなみを整える支援をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材刻みや皮むきで献立を話題にしなが取り組んでいる。口腔状態や体調に合わせて食事形態を考慮している。配膳時、食事中は、意図的に美味しく楽しく食事できるよう声かけている。下膳、お盆拭きを手伝ってもらっている。	決まった献立はあるが、行事や季節に合わせて寿司を取り寄せるなど、柔軟に変化させている。利用者と職員は食卓を共にして、『おいしいね。』と顔を合わせ、時にはおやつ作りを一緒に楽しんでいる。	
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	食事はカロリー計算されており、栄養バランスは取れている。常食以外に粥、刻み、とろみ食を提供している。安心して安全に食事ができるよう努めている。コーヒー等の嗜好飲料を提供している。		
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	毎食後の口腔清潔を促し行っている。動作手順を声かけや動作で理解を仰ぎながら、自分の力のできるよう支援している。義歯の不具合は速やかに治療している。訪問診療医からブラッシング指導等を受けることがある。		

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
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	排泄チェック表で排泄ペースを把握し、トイレで排泄できるよう支援している。適切な声かけで羞恥心に気をつけている。	チェック表で、個々の排泄パターンや支援方法を把握し、職員間で共有している。本人の表情や様子から声かけや誘導のタイミングを察知するなど、トイレでの排泄に向けた支援をしている。現在、布パンツ使用の方が3名となっている。	
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	腹部マッサージ、体操、歩行運動に努めている。便秘3日以上にならないよう服薬面では医師に相談している。違和感のある行動やサインを見落とさず、自然な便通に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	集団生活の中でも入浴のタイミング(午前・午後)や順番の希望を聞いている。バイタルチェックを必ず行っている。シャワー浴、清拭の対応もしている。	土日を除く週5日、いつでも入浴が可能。入浴を個別支援の大切な時間として捉え、ゆっくりと話をしたり歌を唄ったりしながら、楽しい時間となるように努めている。また、入浴剤の使用やゆず風呂を楽しんだりしている。	
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	日中の休息は希望時に適宜行っている。一人一人の就寝・起床時間に合わせて対応している。夜間の混乱等にも適切に対応している。時期に合った寝具の調節をしている。		
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	投薬情報は把握しやすいよう綴じている。変更等は看護医療ノートに記載し申し送っている。適切に服薬してもらえるよう気をつけている。変化があったときは看護師、主治医に報告し連携している。		
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	誕生会でのお祝いや喜びを感じてもらっている。さりげない会話の中で利用者同士の年齢や得意分野の発揮で刺激や張り合いを受けている。好きな嗜好品を家族の協力を得て持参してもらっている。		
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支援している	気候の良い日に散歩へ出かけたり、家族との外出を楽しんでいる。時期にあった外出(花見)、ドライブに出かけられるよう努めている。	事業所周辺の安全な道を散歩して、近所の人と挨拶を交わしたり、花見をはじめ新しい駅の見学や橋へのドライブ等を楽しんでいる。また、家族と一緒に自宅へ帰ったり、定期受診時に外食を楽しんだりしている。	

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
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	本人が現金を所持することはない。家族からお預かりした現金を職員が管理し、外出時や欲しいものを購入するときに使用している。		
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	家族の協力を得て電話をかけてもらったり、本人からの要望時に電話をかけて安心を図ることがある。		
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	共用空間は明るく風の通りが良い。椅子でなくゆったりとあぐらをかいたり、寝転がったりできる小上がリスペースがある。空調や明るさ、清潔感に気をつけている。バリアフリーで、適切な高さの手すりがある。季節の装飾の工夫や観葉植物を置いている。	広々と明るいリビングからは、田園地帯の景色がどこからでも見ることができる。中庭には日差しが降り注ぎ、室内には観葉植物や季節の花があるなど、温かで家庭的な雰囲気を作っている。ダイニングテーブルには、ゆったりと話をしながらくつろぐ利用者の姿がある。	
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	共用空間の中で自分の居心地の良いスペースで過ごしてもらっている。廊下のベンチで利用者同士の語らいの場となっている。		
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	本人の使い慣れた家具や本人の大切な方の写真や仏壇など、自由に持ち込んでもらっている。	居室の扉横には表札がある。室内はフローリングと畳敷の部屋があり、利用者の希望や状態によって、選ぶことができる。孫が描いた絵や、自らの作品を飾り、一人ひとりの『自分の部屋』として、居心地のよいものとなるような工夫をしている。	
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	トイレや浴室の入り口壁は色を変えてある。居室に自分の名札を掲げ分かりやすくしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 黄金の愉

作成日: 平成28年12月10日

目標達成計画

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	6	身体拘束ゼロへの取り組みに関して、玄関の施錠を含め、拘束を行わないケアに努めるために職員間での話し合い、研修を行う。	・玄関の解錠 ・身体拘束をしないケアに取り組めるように現場の見守りの確保と業務の見直し	・玄関の解錠に向けて、まずは時間単位や曜日で解錠する取り組みを行ってみる。 ・利用者の自由が奪われない生活を考え、スタッフの見守りが確保できる業務体制の見直しを検討する。	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、行を挿入して下さい。