

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	1690700065		
法人名	NPO 法人生活支援センターアットホーム新川		
事業所名	グループホーム柳原金さん銀さん		
所在地	滑川市柳原33-1		
自己評価作成日	平成30年1月10日	評価結果市町村受理日	平成30年3月19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30年2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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・春頃より散歩がてら近所に、さくら、ばら、藤等を見に出掛けます。また車で、チューリップ、花桃、芍薬、石楠花、菖蒲、紅葉を見に色々な公園に行きます。花見をしながらお弁当を食べたりしている。 ・秋にはりんご園、梨園、ぶどう園に行き摘み取りをさせてもらって食べてきている。 ・町内児童クラブ、中学生コーラス、誕生会等に各種ボランティアの訪問をして頂き、近所の方にもチラシを配り見て頂いている。 ・毎日、金さん銀さん体操、ゆとりっち体操、ビーチボール遊び、嚙下体操、歩行運動を行っている。 ・夏祭り、運動会、防火訓練等町内の行事に参加させていただいている。 ・家族の方と一緒に昼ご飯を食べてもらうよう計画、実行している。

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・理念に基づいた今年度のケア目標は「Y・Yわいわい、G・Gがやがや、しゃべらんまいけ」を職員全員で話し合っ決めて、利用者一人ひとりの思いを傾聴しながら個別ケアに取り組んでいる。 ・運営推進会議での地域情報収集や委員のお誘いで今年度は町内会行事参加が増え、地域の方々と交流し楽しい時間を過ごしている。 ・法人全体で人材育成に力を入れ職員がそれぞれの意見を持ち運営やサービスに反映できるよう、キャリアパス制度を職員に告知し職員のモチベーション向上に努め・主任職員を対象にした外部講師による研修会・職員親睦会で職員交流や連携を図っている。問題行動のある利用者の接遇やサービス内容は法人全体会議で意見交換を行うなど、バックアップ体制が充実している。 ・滑川市他グループホームとの派遣交流や研修会で、職員は日頃のサービス状況を振り返り他ホームの良い所をサービスに反映している。
--

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

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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
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
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
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. 全くない
66	職員は、生き活きと働けている (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
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
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

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	<ul style="list-style-type: none"> ・月2回の職員会議で時々理念を思い出し、ケアに役立てている。 ・理念を事務所、トイレ等に貼りいつも目に入るようにしている。 	<p>年度初めに運営方針や行事内容を、話し合い職員の意見を取り入れた「ケア目標：スローガン」を策定し、事業所内に掲示し職員会議で確認しながら共有と周知を図っている。今年度は「YYわいわい・GGがやがや・しゃべらんまいけ」を掲げ、個別サービスに反映し実践につなげようと取り組んでいる。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・広報誌を町内に回覧している。行事の時、職員が近所にチラシを配っている。 ・悠友クラブ作品展に出展し、見学に行く。 ・町内児童クラブ・中学生コーラスの来訪がある。 ・ボランティアで周辺の掃除、花を植えたり、草刈りをしていただく。 ・町内行事に参加(運動会・夏祭り)している。 	<p>町内会に加入し、回覧版で行事や活動内容を報告し、町内行事(夏祭り・住民運動会など)に参加・滑川市老人クラブ(悠友クラブ)作品展に出展、利用者の方と見学に出かけている。また、世代交流(ホームの流しそめん時に地域の児童が参加・中学校の合唱クラブの来所)やボランティアの受け入れがあり、日頃から近所の方と散歩や買い物等で顔を見かけると挨拶や会話を交わすなどの交流が図られている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の方に防火避難訓練に参加して避難の方法を理解してもらい、水消火器の講習を受けてもらった。 ・近所の方に行事等に参加していただき、交流し理解を深めてもらう。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・町内会長、老人会元会長、民生委員、家族代表の方々に活動、事故、避難訓練、外部評価等の報告を行い意見を求めている。 ・町内会での行事の参加が多くなった。 	<p>会議(2ヶ月ごと開催)では運営状況や活動内容を報告し、地域行事の情報収集や意見交換が行われている。今年度は、町内会長のお誘いで町内行事の参加が増え、地域の方々と交流する機会が多くなっている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議に市の職員に参加していただき、助言をいただいている。 ・地域包括ケア研修会に参加している。 ・滑川市グループホーム協会で、他のグループホームと交流研修を行っている。 	<p>運営推進会議に出席している市担当職員とは、いつでも相談・助言をいただく協力関係を築いている。市主催地域ケア会議・研修会の参加や滑川市他グループとの交流研修など、市の協力を得てサービス向上に活かしている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束は行っていない。又拘束を行わないように職員一同努力している。 ・DVDや研修で学んできたことを職員会議時に報告し、職員間で研修を行って知識の向上に努めている。 	<p>内外研修会で身体拘束のリスク・具体的な内容の理解を深め、職員会議で個別ケアを検討して、身体拘束をしないケアが実践されている。基本身体拘束はしない方針で取り組んでいるが、生命に危害を及ぼす場合や、疾病悪化で短期間身体拘束する場合は、家族に拘束内容を説明し同意を得ている。</p>	
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ざされることがないように注意を払い、防止に努めている	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待とはどのような事かを職員一同理解し、防止に努め発見した時は市へ報告する。 ・研修会に参加し職員会議で報告、検討し些細な言動でも虐待に繋がる事を認識している。 		

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
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	・研修会に参加し職員会議で報告、全員で検討する。 ・パンフレットを常時事務所に置き、いつでも読めるようになっている。		
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	・契約は本部事務所でやっている。ケアマネも出席して、不明な点がないように十分に説明を行っている。		
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	・家族とは来所時密に会話をしながら、意見、苦情等を聞き職員全員で共有するように努めている。 ・家族からの意見はしっかりと受け止めて今後のケアの参考にしてしている。	広報誌(2ヶ月ごと)に家族通信欄を設け、利用者個々の暮らしぶりを記入しホームでの生活を知っていただき、面会や介護計画説明時に積極的にコミュニケーションを図っている。家族・利用者から聞き取った意見・要望を記録して、職員全員で共有し、運営やサービスに反映している。	
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	・主任会議、各委員会、だんらん会を通して皆さんの意見を聞いている。 ・個人的に本部事務所に行き、意見を聞いてもらっている。	職員は職員会議(月2回)、法人委員会活動やサービス力のチェックを自己評価後の個人面談で、意見・提案する機会を持っている。管理者は積極的にコミュニケーションを図り、意見・提案の把握に努め、法人主任者会議に報告・協議して運営やサービスに反映している。職員親睦会(だんらん会)で職員間の交流や連携に努めている。	
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	・給与体制が大幅に見直され少しずつ改善され良い方向に向かっている。 ・研修会への参加の機会が多くなり知識の向上に繋がっている。 ・就業規則も少しずつ改善されている。		
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	・各種の研修に積極的に参加し、職員会議で報告を行い、知識・技術の向上に繋がっている。 ・月刊専門誌を購読しケアに役立てている。		
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	・グループホーム協会の交流研修会に参加する ・滑川市4か所のグループホームと交換交流している。(職員のみ、利用者のみと年2回) ・当社5か所のグループホーム内の職員交換研修を行っている。		

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
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	・入所前に家族・本人からの情報・希望を聞いている。 ・介護サービスを利用されていた場合は関係機関からも情報を入手している。		
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	・入所前・入所後も家族とは積極的に話し合い、本人・家族にとって一番良い支援の方法をとるように努めている		
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	・初期には本人・家族・これまでの関係機関を通じて問題となる点をきちんと見極め、職員間で共有し支援する。 ・毎日の生活の流れで必要と思われる支援を職員会議で検討しその都度対応する。		
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	・職員や管理する者ではなく一緒に生活する者と意識して家事などを一緒に行う。 ・同じ目線に立ち会話して、本人の意向を尊重する。 ・本人をよく観察し、何が必要かを考える。		
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	・家族の面会時に、日頃の様子を詳しくお話し、意見を聞いている。 ・行事などの参加をお願いしている。 ・家族と本人が良い関係になっていただけのように援助する。		
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	・家族・友人に面会に来ていただく。 ・車でドライブがてら市内を回り、昔のことを思い出し、懐かしさを感じながら会話を楽しむ。 ・外出の希望があれば一人でも車で外出する。	正月・お盆時の自宅外出泊や買い物・外食で、家族協力を得ている。家族・友人の面会時には居室でゆっくりと過ごせるよう配慮し、車いす対応車で利用者の希望に沿った個別外出・馴染みの店で買い物・外食など、馴染みの場や人の関係継続を支援している。	
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	・気の合う人同士の会話は弾んでいる。 ・職員が利用者さんとの間に入り会話を進める。 ・一対一でなく数人一緒に楽しむような会話の進め方をする。		

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・他施設入所時には、今までの経過や情報を各機関に提供している。 ・相談があればその都度対応している。		
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	・日常の情報をセンター方式に記入して本人の状況を細かく把握するようにしている。 ・無理のないゆったりとしたケアに努めている。 ・本人の意思を尊重して支援を行っている。	家族情報・生活歴・ADL等をアセスメントシートに整理し、日々のコミュニケーションから引き出した思い・暮らし方の希望や心身状況変化・生活状況・言動を職員会議で個々に検討し、その都度アセスメントシートに追加し、その時々々の思い・要望が実践できるよう支援に繋げている。	
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	・本人からの情報をセンター方式に記入して状況を把握するようにしている。 ・家族や面会に来られた方から以前の様子を聞いて参考にしている。 ・不明な点は以前のケアマネに情報を聞いている。		
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	・毎日のバイタルを測定し観察している。 ・ケアノートの記入を詳しく書くように改善した。 ・変わったこと、着付いたことはきづき表に記入し職員会議で検討し共有する。		
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	・本人や家族の希望を反映するようにしている。 ・作成したケアプランを職員会議で検討している。 ・家族にケアプランの説明を行い確認していただき意見を聞いている。	コミュニケーションや心身状況・職員の気づきなどで、サービスを先行し、介護計画の見直し時期には家族から要望を聞き取り、職員会議で検討して、家族の意向に沿った計画をケアマネジャーが作成している。また、問題行動のある利用者のサービス内容は、法人会議で検討し多数の意見をサービスに反映している。	職員会議(月2回)で検討しているサービス提供状況や生活課題等を計画作成に反映するため、モニタリングなどの書式の整理や計画作成までの流れを明確にする取り組みに期待したい。
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	・毎日ケアノート以外にきづき表に記入している。 ・問題点はその都度ケアマネと相談し検討する。 ・職員会議で情報の検討を行い共有している。		
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い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	・緊急時家族が来れない場合、職員が対応している(入院・受診等)。 ・定期受診時、独居の方や家族が都合の悪い時は職員が対応している。 ・医療機関の支払いも職員で行う。		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・悠友クラブ(旧市老人会)作品展に出展し見学に行く。 ・町内児童クラブ、中学生コーラスの訪問がある。 ・町内の夏祭り、運動会、火災訓練に参加する。 ・演芸ボランティアに訪問してもらっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医は本人、家族が決定するが未定の場合は当施設の契約医師を紹介する。 ・状態は職員がしっかりと伝える。 ・受診は基本家族であるが、都合により職員が同行する場合もある。 	かかりつけ医は、契約医の情報を提供し、利用者・家族の希望で選択できる。契約医とは月1回往診や24時間対応連絡で協力関係を築き、訪問歯科利用や家族受診付き添いの情報提供・必要時の受診同行を行い、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が週4日勤務しているので状況に応じて相談し対応している。 ・家族が受診する場合は近況を詳しく報告している。緊急時は受診も行う。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時サマリーを書き情報提供を行っている。 ・家族から入院の状況を聞く。 ・病棟看護師より入院中の情報収集をする。 ・地域連携室とも連携をとったり、話し合いに参加し情報を得たり相談もする。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時に説明している。 ・重度化した場合は家族と相談、検討し他の施設の紹介も行う。 ・看取りについては医師や多職種との関係もあるので、今は考えていない。 	契約時に事業所のできること・できないことを説明して、利用者・家族に理解を得ている。利用者の心身状態変化時にはかかりつけ医・家族と相談しながら、入退院時は地域連携室と連絡を取り合い、利用者・家族の意向に沿った支援ができるよう努めている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急の講習を受けている。 ・主治医との連携を密にしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回夜間と日中想定で火災避難訓練を実施。近隣の方の協力を依頼し参加して頂いている。また簡単なマニュアルを事務所に貼っている。 ・シェイクアウトも行っている。 ・備蓄品はお粥と水を準備している。 	防災マニュアルを整備し、消防署や近隣住民の協力を得て年2回(日中・夜間)利用者と一緒に火災訓練を実施している。シェイクアウト訓練(県推奨)実施や地域災害訓練の参加・地区指定の避難場所に利用者と一緒に避難して移動時の時間や課題の把握に努め、災害に備えている。	

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	<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとり各々の対応の仕方を行い注意しながら柔らかい口調での声掛けを行っている。 過度な声掛けはしないので的確に声掛けを行うようにしている。 本人の意思を尊重する。 	職員アンケート調査に基づいた具体的な接遇・言葉遣いのマニュアルを整備し周知徹底を図っている。また、職員会議で個々の接遇方法を検討して、日々のケア提供時、人格を尊重しプライバシーを確保したサービス提供に努めている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> レク、余暇活動は本人の意思を尊重しながら行っている。 行事の参加は自由で無理強いはない。 何をしたいかは本人の表情、行動で見極めるようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 食事、おやつ時は声掛けを行っているが、他の時間は自由に過ごしていただいている。 レク、作品作りは本人の希望を聞きながら行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 各自で整える。出来ない人には声掛け又は介助する。 日中は自分で好みの服を着ていただいている。 髪カットは三か月に一回理容師が来所する。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 簡単なおやつ作りは手伝ってもらう。(恵方巻き、おはぎ、焼き芋) 好き嫌いがあるので献立を工夫している。 食後はカウンターまで下膳してもらっている。 何を食べたいか意見を聞いている。 	嗜好や食品アレルギーに配慮し利用者の希望を取り入れた献立を立て、利用者のできる調理の下準備や盛り付けなどを一緒に行い、職員と食卓を囲み会話を楽しみながら利用者のペースに合わせ食事をしている。季節の行事食や手作りおやつ・誕生日には手作りケーキで祝い・外食など、食事が楽しみになるよう工夫している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> 歯のない方には粗刻みで対応している。 夏季はおやつに寒天、ゼリーを作って水分補給を兼ねて食べてもらっている。 食事量を記入し管理している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 声掛けにて洗面所で義歯の洗浄、週2回の消毒を行っている。 義歯のない方は歯磨き、舌の洗浄を行ってもらう。 一人で出来ない人は介助にて行っている。 		

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	・介助の必要な人は排泄表に記入し時間を見ながら声掛けにてトイレ誘導する。 ・明らかにパンツ内で失禁している場合、トイレ誘導を行い本人に説明し交換する。	24時間対応排泄チェック表を活用し個々の排泄パターンを把握して、プライバシーや安全を確保した時間ごとの誘導や声かけを行い、トイレでの排泄を基本に支援している。	
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	・排便がスムーズになるような食品(冷たい牛乳、水分の多い物)を摂取するようにしている。 ・バランスの摂れた食事や水分の補給に気を付けている。		
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	・週2～3回の入浴(希望の時間に入れる) ・入浴拒否の方は家族と相談の上なるべく週1回入浴するように心掛けている。 ・拒否のある方にはゆっくりと声を掛け、無理のない入浴に心掛けている。	利用者の体調や希望に合わせ、週最低2回を目安に、ゆず湯・各種入浴剤を使用し季節感を大切に、職員と1対1で利用者のペースでゆっくりと入浴している。また、入浴拒否の方には無理せずコミュニケーションを図りながら、思いに寄り添い最低週1回は入浴できるよう努めている。	
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	・自由に休んでいただいているが昼夜逆転も考えられるので、なるべく日中は会話や運動をする等の気配りをしている。		
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	・食後手渡して口の中へ入れ飲まれるのを確認している。 ・薬が変更になった場合は状況を観察し、主治医との連携を図っている。		
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	・水分補給は本人の希望のものを飲む。 ・食事の片付けや台拭きは自然に行っている。 ・毎月1回音楽レクリエーションを行っている。 ・毎日全員で金さん銀さん・ゆとりっち・嚙下体操を行っている。		
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に支援している	・天気の良い日は希望者で近所に散歩に出る。 ・裏庭でおやつを食べる。 ・ドライブがてら買い物や食事に出掛ける。 ・一人でも行きたい人があれば外出し、気分転換を図る。	年間行事計画表を作成し、季節ごとの花見や地域行事参加・利用者が希望する場へのドライブ・日常的に天気の良い日の散歩・買い物・外食など、外出の機会を多く持っている。また、車いす対応車が配備され、移動状態が悪化した方の外出を支援している。	

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
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	・小遣いは施設で管理している。 ・買い物時本人にお金を管理してもらっても支払い時には介助が必要である。		
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	・帰宅願望の強い方に頼まれた場合電話をする時もある。 ・手紙、ハガキは本人に渡している。読めない方には読み聞かせている。 ・携帯を使用している方もいる。		
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	・調理場と共有スペースが対面式なので全体を見渡せるので良い空間である。 ・窓より外の景色が見え、季節感を十分に感じられる。 ・壁に季節の作品や写真が貼ってあり賑やかである。	共有空間は天井が高く、木をふんだんに使い、明るく開放感がある。利用者と一緒に制作した季節ごとの貼り絵などの作品や、外出時の写真を掲示し、利用者が思い思いに過ごせるよう、ソファや椅子を適所に配置している。天気の良い時はベランダで日光浴や喫茶を楽しんでいる。	
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	・席の配置が決まっている。 ・自席にてテレビを観たり、新聞を読んだり、食事、作品作りを行う。 ・時々ソファに座りゆっくりされる。		
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	・好みの家具などを持って来ていただいている。 ・機能低下と共に居室内の環境整備を家族と相談のうえ行っている。	居室は広々と明るく、ベッド・エアコン・クローゼットが整備され、自宅から使い慣れた家具・家族写真・好みの装飾品が持ち込まれている。居室レイアウトは移動状況や希望を考慮し、居心地良く過ごせるよう配慮している。また、居室内に簡易物干しを設置し、洗濯物のトラブル回避に努め、家族や友人の連絡に携帯電話の持ち込みも可能である。	
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	・異食される方がおられるのでテーブルの周囲には何も置かないようにしている。 ・口腔ケア用の道具は洗面所に置いてある。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム柳原金さん銀さん

作成日: 平成 30 年 3 月 11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	10	月2回の職員会議でモニタリングがきちんと行われていない。又、記録も曖昧で問題点も出ないので、新しいプランに反映出来ていない。	記録をきちんと整理し分かりやすくし、職員全員で共有し、ケアプランに反映する。	職員会議ではケアプランにそった意見をだすようにし、利用者全員同じ用紙でなく個人個人の用紙を作成し、日付を入れ記入して行くことで一目で変化の様子が分かるような書類にする。	6ヶ月
2			職員の技術・知識の向上に努める。	日々ちょっとした変化のきづきを発見・記録をし、職員全員で共有できるようにする。1人ひとりがケアプランの助言が出来るように研修に参加したりして知識を身につける。	6ヶ月
3			家族と会話・意見を聞く。	家族の意見や要望をケアプランに反映出来るように、サービス担当者会議の用紙に記入し書類として残す。一行でも良い。	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、行を挿入して下さい。