

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30年11月15日

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

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11月30日	評価結果市町村受理日	平成31年1月4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。利用者様お一人お一人の“らしさ”を大切にしながら、関わりをもっている。できる能力を継続できるように支援に努めている。

【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）】

事業所は、広々とした田園地帯の静かな環境の中に立地している。田園風景が一望できる建物内の窓からは、四季の自然界の移り変わりを感じ取ることができ、利用者の動線に配慮した家具や洗面所の配置になっている。理念に謳われている「利用者の心の声をきくこと」を大切にして、一人ひとりの要望やその人らしさを大切にケアの実現を目指している。カラオケの好きな利用者のために最新の機器を導入して、心ゆくまで楽しんでもらったり、外出を望む方には、要望どおり長めに散歩に出かけたり、食事面での嗜好を取り入れたりするなど、理念の実践に向けてチーム全体で取り組んでいる。また、職員同士の団結力が強く、意思疎通も取れており、ミーティングでは、管理者が中心となって自分の意見が言いやすい職場となるよう創意工夫している。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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回程度ある 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：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				

1 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	分かりやすい理念であり、利用者の日常生活に取り入れながら、支援につなげている。	理念に謳われている「土に親しんだり」や「買い物に出かけたり」または「ゆったりと過ごしてみたり」などは、全職員で共有し、日々の生活の中に常に取り入れることができおり、意識付けられている。また、利用者の「心の声」を聞くことを日頃から大切に、意識して実践している。	理念自体が非常に分かりやすい文章で掲げられているので、全職員が周知するためにも内容を絞って、さらに具体的に日常生活の中で、実践に結び付けていることが分かるようにされることを期待したい。
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、包括支援センター等の助言や指導を受けている。 近隣の散歩に出かけている。 資源回収の資源提供を行っている。	地域のボランティアが、踊りや大正琴の演奏で、3カ月に1回、訪問することを利用者が楽しみにしている。また利用者にも、ダンボールを紐で縛る手伝いをしてもらい、資源回収に協力するなど地域との交流を図っている。	
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	運営推進会議の議題で、災害時の確認やホーム設備の新たな取り入れを報告している。		
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	会議には町内会長、民生委員、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。出席者の方々の特技を活かして、ホーム行事につなげている。	会議には、町内会長や民生委員の他に苦情解決委員である第三者委員も参加して、状況報告や意見交換が行われている。また、家族代表も出席し、事業所全体的に利用者の楽しむ行事が少ないのではないかと意見を提案し、自らの特技を活かしたお茶会を開催するなど実践につなげている。	
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取り組んでいる	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2カ月に1回ある。	市町村担当者とは、必要な時に電話をかけて相談し助言をもらうなど、日頃から協力関係ができている。また、2カ月ごとの介護相談員の訪問のあとも必ず助言を聞いたり、意見交換を行っている。	市町村担当者に相談した内容や、事業所側から出向いて行った事業所連絡会での意見交換の内容などを、記録に残されることを期待したい。
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。やむを得ず必要となる場合は、必ず家族等の許可を得て、主治医にも報告している。玄関は施錠の状態であるが、外気浴や散歩に出かける取り組みに努めている。ホーム内は拘束なく自由に行動できるようになっている。	身体拘束廃止委員会を設置し、委員が中心となり3カ月に1回、勉強会を開き資料を読み合い、対策について意見交換をしたり、身体拘束廃止マニュアルを作成したり、事業所の玄関は施錠はせず自由に出入りできるようにするなど、身体拘束をしないケアに全職員で取り組んでいる。	外部研修への参加を促し、事業所内の年間研修計画を作成して、定期的に研修会を開催するなど、内部研修の充実を図られることに期待したい。
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	利用者に対する対応、言動について、気を付けている。		

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
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	日常の利用者との関わりの中で、発言や希望、こころの声を聞きとれるよう努めている。利用者の声を家族に伝達し、家族の意見も含めて運営に反映させている。	日頃から利用者に寄り添い、何気ない言葉から「飲み物はお茶ばかりではなく、たまにはジュースも飲みたい」などの声を取り入れたり、「墓参りに行きたい」という要望をご家族に伝え協力を得て実行に移すなど、要望を聞く体制作りができています。	
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	不定期ではあるが、ミーティングや日常業務の中での意見や提案は大切にしている。	ミーティング(全体会議)の時や日頃からでも職員が自由に意見が言えるように管理者から声をかけている。職員から出た意見や要望は、事業所代表経営者に届くようになっている。利用者や職員両者が負担のない安心安全な入浴ができるようにと浴室にリフト浴の提案をして、導入に繋げるなど運営に反映させている。	
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	自社の範囲で改善の努力をしている。働きやすい職場を目指している。		
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	実務年数に応じて、資格取得を勧めている。		
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	地域の運営推進会議に出席し、意見交換を行っている。		

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	入居時の様子は細かく観察し、本人の不安や要望に応じて、入居後の家族の関わり頻度等のお願いをしている。 スタッフ間でも情報共有し、安心できる生活に努めている。		
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	入居時のケアプラン作成時に要望を確認している。		
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	現状の問題点を優先順位を見極めながら、慎重に確認するよう努めている。		
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	本人の要望をできるだけ聞き入れながら、職員は利用者の能力を活かして共有している。		
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	面会時等には、利用者のご様子を報告している。体調や利用者からの要望は、電話にてすばやく連絡を取るようにしている。		
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	面会時の場所の空間に配慮や、電話の取り次ぎを行っている。 持ち込みされたアルバム写真を見て刺激を図ったりしている。	昔馴染みの友人が訪ねてくることがあり、居室でゆっくりと過ごしている。また、毎年年末年始には、家族と過ごす時間を大切にしたいという文面のお知らせを郵送しており、ゆっくり外泊してくる利用者が2名、7～8名の利用者が外出してくるなど馴染みの関係が途切れないように支援している。	
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	孤立しがちな利用者には、さりげなく寄り添ったり、目配り気配りに努めている。利用者同士の居室の行き来や手伝い行為は、トラブルや危険のない範囲で見守っている。共通の趣味や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	必要に応じて相談や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	生活の場面で思いや希望を汲み取るように努めている。困難な場合は、表情や反応をみて本人本位に検討している。	日常生活の中で、声かけを多くして、利用者の思いや意向について、少しでも聞き取ることができるよう努めている。聞き取った情報については、個々のケース記録に記入し、全職員で周知している。	
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	入居時に前ケアマネからの情報や家族からの情報収集に努めている。センター方式シートB-3を使用している。		
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できるだけ継続できるように、個人の日課や活動としても取り入れている。 心身状態は、受診や往診時に、現状を伝えている。		
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	本人の希望に沿ったケアプランの作成に努めている。スタッフ間での情報共有や本人の力を活かした計画作成に努めている。 ケアプランは6か月に1度見直しをしている。	担当の職員が個々の利用者の介護計画を作成し、家族には面会時に説明をして同意を得ている。また、モニタリングは6か月ごとに実施し、カンファレンスの記録は家族に郵送して、介護計画の各項目の継続及び変更について共有している。	
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	日誌や連絡ノート等でケアの工夫や気づきを共有している。介護計画にも反映するよう努めている。		
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	訪問マッサージ、定期の歯科訪問の利用を利用者へのサービスとして取り入れている。		

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	近隣の散策、地域の資源回収の資源提供、イベントへの参加を行っている。		
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し、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	入所後もこれまでのかかりつけ医を継続して受診できるように希望を聞いている。受診時には医師に文書を提出したり、適宜、相談も行っている。	入所前からのかかりつけ医に受診している利用者が半数おり、原則家族が同行しているが、受診時には必要事項を記入した文書を渡し、医療機関との連携が図りやすいよう配慮している。	
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	訪問看護と契約し、定期往診時の健康観察には、状態を伝え連携を図っている。緊急時の連絡、相談、指示を仰いでいる。		
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。	入院時には詳しい情報提供、報告を行っている。退院時には看護サマリーを受け取っている。退院後の状態を、本人主治医に報告し、関係づくりを行っている。		
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、事業所です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指針に沿って説明を行っている。事業所内のできる限界や必要時には主治医を含めた関係者と、どのように進めていくかを理解してもらっている。	事業所には、看取り指針が整備され、過去に看取りを行った事例が2件ある。訪問看護ステーションと契約を結び、週に1回は定期的に訪問、さらに緊急時にも対応可能な連絡体制が取られ、協力医の往診もあり、重度化や終末期に向けた支援に取り組んでいる。	
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	年1回救命講習を受けている。		
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(日中と夜間の想定)訓練を行っている。防火設備を把握し、利用者の安全を優先に誘導や方法を理解し、身につけている。運営推進会議で出席者に訓練の様子を公開したり、避難経路や設備を説明し、協力体制を築けるよう努めている。	年2回の火災避難訓練は、そのうちの1回は夜間想定で実施され、利用者の安全の確保のために実施している。また、運営推進会議の日に合わせて避難訓練を行い、地域住民(町内会長や民生委員など)にも見学してもらい、周知に努めている。	避難訓練の際には、地域住民の協力が得られるように運営推進会議で依頼要請をするなど働きかけられることを期待したい。また、災害時の備蓄品についても利用者の安全確保の点からも準備されることを期待したい。

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	個人の好みやその人らしさ、ペースを大切に、言葉かけや対応に気をつけている。一人になれる時間も必要と感じている。	入室する前には必ずノックをして入ることを全職員で徹底したり、排泄の誘導は一人ひとりに合わせて声をかけている。また、プライバシーを損ねない、人格を尊重した対応を心がけている。	
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	能力や思いの把握に努め、決定や表現ができるよう働きかけている。		
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、個人の暮らしのペースを保ちつつ、希望にも沿えるよう努めている。		
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	定期または本人希望時に、訪問散髪を利用して頂いている。ヘアカラーを希望される方には、年を重ねても若々しくを継続できるように支援している。		
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	食事能力や口腔状態、体調に合わせた食事形態を考慮している。下膳やお盆拭き、食器洗いを手伝ってもらっている。	食事の材料や献立は業者から決められたものが配達されているが、利用者の要望により月に一度はお寿司の日を取り入れたり、職員が自宅から材料を持ち寄り日々の献立に一品付け足したり、季節の果物を寒天ゼリーにして味わったりなどして、食事が楽しみなものになるように工夫している。	
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	カロリー計算とバランスを考えた献立になっている。体質や病気によって量を調節し、能力に応じた食事形態を提供している。水分は統一したコップではないため、必要量の摂取に努めている。		
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行っている。うがいが困難な方には、専用のケアスポンジを使用している。 歯科衛生士、歯科医師の定期往診を受けている。		

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
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	チェック表で排泄パターンを把握し、声かけや誘導、交換をしている。自尊心や羞恥心に配慮し、排泄の一連動作を継続できるように努めている。	現在、布パンツを使用している方が8名おり失敗は少ないが、他の利用者に関しては、排泄チェック表に詳細な記録を付けて、個々に合わせた誘導をして、トイレでの排泄の自立に向けた支援にチームで取り組んでいる。	
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	腹部マッサージ、体操、水分摂取に努め、便秘が3日以上にならないように努めている。必要に応じて医師に相談している。便の形状は硬すぎず緩すぎずを観察している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回の入浴を確保している。浴槽のまたぎが困難な方に椅子リフト浴を利用していただき、湯船に浸かる楽しみを感じてもらっている。曜日や時間は基本的に固定な部分はあるが、外出や受診日の前日に対応するなど柔軟な対応に努めている。	入浴日に関しては、個々の身体状況や外出の有無によって柔軟に対応している。いす式のリフト浴を導入したことにより、下肢筋力の低下で浴槽を跨ぐことができない方でもゆっくりと湯舟につかることができるようになり、入浴を楽しむことができる支援を実施している。	
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	日中の休息は必要に応じて取り入れている。一人ひとりの就寝、起床時間に合わせて対応している。時間に合わせて空調調節を行っている。夜間の混乱等にも適切に対応している。		
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	投薬情報は見やすいように綴じている。投薬の変更等は申し送りノートに記入している。服薬後の変化や気づきを受診や往診時に伝えている。薬剤師に調剤管理を行ってもらっている。		
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	家庭生活の延長として、これまでの暮らしの役割となる家事作業や、楽しみを継続できるよう支援している。年齢差はあっても、共通の季節行事で刺激を図っている。習慣のある嗜好品を家族の協力を得て持参して頂いている。		
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	希望時の散歩や外気浴、家族との外出を楽しんでいる。周辺の植樹や花を見たり、ドライブに出かけたりしている。	日頃から一人ひとりの利用者の要望を聞いて、家族の協力も得ながら、外出支援に取り組んでいる。事業所からも、花見ドライブや近隣の足湯の施設に出かけたり、事業所周辺を散歩して外出が楽しめるよう支援している。	

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	本人が現金を所持することはないが、家族から現金を預かり、外出時の買い物で使用して頂いている。		
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	馴染みの方からの電話や手紙で関係を継続している。 本人の希望時に電話をかけて安心を図っている。		
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	共用空間は明るく風通りが良い。空調や清潔感に気をつけている。開放的な窓があり、季節や時経を感じやすい。 バリアフリー、適切な高さの手すりがある。	共用空間、特にリビングは、自然光が入り明るく開放的である。利用者の動きやすい動線状に洗面所があり、食事前後の手洗いや口腔ケアが実施しやすくなっている。また適所に洒落たソファが配置されて、ゆったりとくつろぐことができるよう配慮されている。トイレや浴室の入口は、個々の居室と違う色彩にして、分かりやすいように工夫されている。	
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	入所の段階から気の合いそうな利用者を考慮し、座席を考えている。お互いの居室に呼び合い談笑したり、窓から外を眺めたりと思い思いに過ごしている。		
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大切な写真を持ち込んで頂いている。日常の作品を壁に貼って、自分の部屋らしく工夫している。	居室の窓から広々とした田園風景が眺められ、どの居室も明るい。居室には、備え付けのベッドやタンス以外に利用者の馴染みのある家具や普段から使用していた寝具、自分の手作り作品や家族の大切な写真を飾るなどして本人にとって居心地よい空間となるよう工夫している。	
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	壁の色分けや居室の表札がある。 入所の時点でトイレへの行きやすさやベッドの配置を必要に応じて考慮している。		

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム 黄金の愉

作成日：平成30年12月28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	1	利用者の生活支援と理念がどうつながっているかを確認し、ケアプランに、利用者のニーズと理念を結びつける必要がある	運営理念の再認識を行う	利用者のケアプラン作成時に、理念に基づく内容を盛り込めるよう意識する	12ヶ月
2	13	災害時の備蓄品が乏しいため、整備する必要がある	備蓄品の整備を行う	備蓄品リストを作成する。災害時バッグに入れ、持ち出ししやすい場所に設置しておく。期限切れや消耗時期の確認を定期的に行えるよう、チェック表を作成しておく	1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、行を挿入してください。