

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	1691000044		
法人名	株式会社 天正		
事業所名	イエローガーデンいのくち		
所在地	富山県南砺市蛇喰1261番地		
自己評価作成日	平成29年8月11日	評価結果市町村受理日	平成29年10月25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29年9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)】

利用者一人一人の尊厳を大切に、個人の生活スタイルに合わせながら「ここに来て良かった」と思ってもらえるようスタッフ一同で取り組んでいる。その中でも、自宅で過ごされているように、日々の家事、洗濯など利用者様と行っている。地域交流の一環として「14歳の挑戦」「高校生福祉科の介護実習」の受け入れなども行っている。主治医、看護師、病院連携課、薬剤師、家族、スタッフ間の連携をとり出来るだけ重度にならないように日々の健康観察、引き継ぎを行っている。利用者や家族の希望があれば終の棲家として看取りを行い、ご本人が出来るだけ安楽に最期まで過ごせるように医師・家族・スタッフが一丸となり対応をしている。

【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)】

事業所の理念である「尊厳を守る」「感謝」「楽笑」はフロア会議、毎月の全体会、法人の事業所職員と管理者が集まるランチミーティング等で共有し、実践につなげるよう努めている。事業所は、医療との連携に力を入れており、利用者の様子が主治医に伝わるよう緊密な連絡体制をとったり、主治医の処方薬について薬剤師からより詳しい説明を聞いたりするなど、利用者が安心して医療を受けることができるよう支援している。また、重度化や終末期になっても、本人や家族の希望にできる限り応えようと、今後も訪問看護との連携やかかりつけ医の協力で看取りケアを行っていく方針であり、職員は看取りケアの研修に参加するなどして、いつでもその体制をとれるようにしている。

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	理念「尊厳を守る」「感謝」「楽笑」を掲げ、目につく場所に掲示。常に職員が意識をし、何ができるか研修、会議で話し合いや確認を行うように努めている。	事業所の理念である「尊厳を守る」「感謝」「楽笑」を実践につなげる為に、どのような支援を取り入れていくかについて話し合いをしている。今年度は、「私たちが目指すもの」について、意見を出し合い、理念を踏まえた実践となるよう努めている。	
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	井口小・中学校の授業の一環で利用者との交流や市内の高校福祉科の介護実習の受け入れを行っている。また散歩しながら地域の方と世間話などで交流をしている。	南砺市主催の地域の行事に参加したり、区長さんを通して事業所での活動を地域住民に伝えてもらうなどしており、積極的に地域との交流を図っている。また、近所の方が事業所に立ち寄って声をかけてくれたり、野菜を頂いたりすることもあり、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	運営推進会議や入居申し込み、見学に来られた方々にホーム内を案内し見て頂き、認知症の理解や支援の方法を伝えている。「南砺市グループホーム認知症相談窓口」や「こども110番の家」の登録も行っている。		
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	運営推進会議では区長・民生委員、行政、地域包括支援センター職員、駐在さん、利用者、家族に出席して頂き近況報告、意見交換を行いサービスの向上に努めている。	事業所での活動を報告したうえで、参加者と共に具体的な支援の方法についての話し合いが行われている。ヒヤリハット報告への提言や、駐在所からはタイムリーな徘徊情報の提供等があり、会議の意見をサービスの向上に活かしている。	
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	運営推進会議の際に事業所の取り組みなど近況報告をしている。また、市主催の連絡会や研修会に参加し、地域包括や居宅等とも連絡を取り協力関係を築くようにしている。	地域包括支援センター主催のグループホーム連絡協議会に出席し、事業所での取り組みを報告したり、南砺市民病院での研修会に参加したりするなど、いつでも相談できる関係を築いている。	
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	行動指針を職員の目につく所に掲示、マニュアルを整備し事業所内で研修を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	事業所での内部研修にて「身体拘束をしないケア」についての勉強会を実施している。また、日々の申し送り等でも、利用者が安心感を得るための支援の方法を考えるよう伝えるようにしている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	行動指針、マニュアルを通し、事業所内で虐待をしないケアに取り組んでいる。		

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
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	管理者が外部研修で学んだ事を職員に伝え、今後活用できるように勉強会を設けて行きたい。		
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	契約時に説明をし不安や要望をできるだけ聞き、理解して頂いた上で契約を交わしている。		
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	家族の面会時に利用者の状況報告や活動内容を報告している。また、家族からの要望・意見をできるだけ聞くようにしており、職員間で共有、ケアや運営に反映している。	家族の面会の時に職員から話しかけ、意見を聞くようにしている。聞き取った意見は、申し送り等で職員で共有し、運営に反映させるように努めている。	
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	月1回全体会議を開き、その都度、意見交換を行っている。定期的に個人面談やランチミーティングを行い会社幹部と職員で意見や提案を出し合う機会を設けている。	日頃から意見を言いやすい環境作りに努めており、職員はいつでも管理者に意見を言える体制となっている。その他、月1回社長と話をする機会がある。勤務状況の調整等、すぐに対応できることは実行している。	
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	キャリアパスを作成し、個々に応じた待遇に努めている。		
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	個々の能力に応じ、資格が取れるよう勤務調整や補助金制度を設けている。		
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	合同研修に行き職員研修をしたり、多職種研修に出席をしたり、他施設へ訪問したりして、分からないことや相談したいことがあれば聞き連携をとっている。		

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	入居時に暮らしのシートを家族に記入して頂き、日々の暮らしのケアに活かしている。日常の様子を観察し、不安や要望があれば傾聴し、安心して過ごせるような関係づくりに取り組んでいる。		
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、面会時に家族の意見、要望を聞き関係づくりに努めている。		
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	本人、家族、スタッフで話し合いを行い、必要としていることは何かを見極め支援している。		
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	個人を尊重し、支え合える関係に努めている。		
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	外出時、行事、病院受診時には家族の協力を得ながら、スタッフや家族が共に支えていける関係に努める。		
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	家族の協力を得ながら、自宅、親戚宅への帰省、馴染みの店等以前通われていた場所へ出かける等支援している。また、友人、家族の面会時には写真等を撮るようにしている。	お盆やお正月等に、家族の協力を得ながら自宅や親戚宅へ出かけることができるよう支援している。また、馴染みのスーパーへの食材の買い物、家族とのかかりつけ医受診時の外食、床屋など、馴染みの人や場所との関係継続支援に努めている。	
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	利用者同士の関係の把握、日常生活での関わり、お互いが支え合えるような支援に努めている。		

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
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	契約が終了しても、家族と連絡を取り合い、その後の経過を聞いたり、相談や支援に努めている。		
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	本人との関わりを通してその方の思いや、希望の把握に努め、その人らしい暮らしができるように支援している。言葉で表現できない方は表情や動作等で把握するよう努めている。	入居時に、利用者と家族には、これまでの暮らし方とともに、これからのホームでの生活について思いや意向を確認している。また、日頃の会話から一人ひとりの希望を把握し、家族からは面会時等に聞き取るよう努めている。	
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、家族から今まで過ごされていた様子を聞いたり、前ケアマネジャーに連絡を取り入居までの様子を聞いたり、家族から暮らしのシートを記入して頂いている。アセスメント、日々の記録を通し一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方に努めている。		
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	一日を通して、表情、言動等で状態の把握に努めている。		
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	全体会議の際に話し合いを行い、現状に沿った記録を書き、介護計画を作成している。また、日常の中で気づいた本人、家族の思いや要望を反映させるように努めている。	聞き取りした意向をもとに、全体会議にて支援方法について話し合い、介護計画に反映させるように努めている。	意向の把握、意向に沿った支援方法の検討はされているが、介護計画に反映されていないことがある。検討された支援方法を介護計画に反映させ、意向に沿った支援ができるように期待したい。
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	日々生活のケアを個人記録に記入し、担当者会議、モニタリングを行いスタッフ間で共有、実践し介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況により病院受診、外出などの送迎を柔軟に行っている。		

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
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	近隣の児童、学生、ボランティアと交流し、楽しみが持てる支援に努めている。		
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	かかりつけ医は家族と相談しながら決めている。月1回の往診や定期受診、日常の変化、問題が発生した場合、家族への連絡を密に行い、その都度、主治医に報告、連絡、相談し指示を仰ぎ対応している。家族が受診に付き添えない場合は了解を得て同行している。	利用者、家族の希望するかかりつけ医にかかっている。受診の際は、事業所での様子を家族に伝え医師に伝達してもらったり、事業所から地域連携室へ連絡し様子を伝えるなどして、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	看護師との相談連絡票を作成、日常の気づきや変化を報告、連絡、相談をしながら適切な受診や看護が受けられるよう連携に努めている。		
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。	入院時は病院へ行き、状態の把握を行いながら、病院連携室担当者と連絡を取り、状態確認、情報交換を行い、早期に入退院が出来るように努めている。		
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	立ち上げから8名の看取りを経験。医師、訪看、病院と連携し最期まで看取りを行うことができた。看取りを希望された利用者、その家族と早期の段階から話し合いや看取り研修を行い、看取りが出来るように医師、看護師、スタッフと相談しながら取り組んでいる。また本人が気持ちを伝えられる元気なうちに、どのように最期を迎え、送りたいかを話し合うようにしている。	「重度化した場合の対応に係る指針」や「看取り対応への指針」をもとに、本人・家族、かかりつけ医、訪問看護との連携のもと、今後も終末期ケアを行っていく方針である。職員が看取りの研修会に参加するなどしていつでもその体制をとれるようにしている。	
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	会議などで意見交換や今の利用者の状態確認を行い、緊急時対応が出来るよう意識を高めている。		
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回避難訓練を実施。内1回は夜間、自然災害を想定。消防署の指導のもと訓練を計画している。また、近隣の方々にも参加して頂けるように呼びかけを行っていきたい。	年2回、避難訓練を実施している。地域の方に参加をお願いしており、駐在さんが参加している。また、自然災害が起きた時の訓練を実施予定としており、事業所が避難場所となるような訓練方法について地域住民と話し合っている。	

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
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	一人ひとりを尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに努めている。	管理者と職員のランチミーティング(月1回)では、利用者への声かけや呼称について確認している。また本部接遇指導員の訪問により、日常の対応について指導を受け、プライバシーを損ねないものとなるよう、職員同士で声を掛けあっている。	
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	思いが表現出来るように関わりを持つなど、一人ひとりの力に合わせて自己決定が出来るように努めている。		
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、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	一人ひとりのペースに合わせて自由に安心して過ごせ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	月1回の美容師訪問にてカット、カラー、パーマの希望を本人から聞いている。また、入浴後、外出時の服など自分で選べる方には選んで頂いている。		
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	近所、家族から旬の野菜を頂き、利用者と献立を考えたり、一緒に調理、盛り付け等を行っている。イベント時のケーキと一緒に作ったり、バイキング方式などで食への楽しみになるように工夫している。	冷蔵庫にある食材や地域の方から頂いた野菜を使用し、また、週2回、利用者と買い物に出かけ、利用者と一緒に何が食べたいか等、話し合いながら考えた献立で調理している。	
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	利用者の状態に合わせて食事形態を工夫している。また、制限のある方は状態を把握し偏りや脱水にならないように支援している。		
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	出来る方には声掛けをし、支援が必要な方にはスタッフが能力を引き出しながら支援している。		

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
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	排泄チェック表を付けて排泄の間隔を把握し、トイレで排泄が出来るようにしている。また、全介助の利用者も出来るだけトイレにて排便が出来るように支援を行っている。	利用者一人ひとりの排泄チェック表を付け、排泄パターンを把握し、利用者にあった方法で排泄支援を行っている。	
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	便秘予防として水分補給や乳製品、植物繊維の摂取を心がけている。便の状態、排便の周期を把握し主治医に相談、便秘予防に努めている。		
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	入浴日はある程度決まっているが、個人に合わせて入浴時間を調整し、出来るだけ希望に沿った入浴が出来るように支援している。又色々な入浴剤を使い、色、香りなども楽しんで頂けるように工夫している。時期に合わせ、ゆず風呂も行っている。	入浴予定日はある程度決まっているが、入りたいときにはいつでも入れるようになっており、柔軟な対応をしている。また、入浴時間は、職員と1対1で話をする機会でもあり、本人の思いを聞き取る時間として大切にしている。	
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	体調や状態に合わせた休息の支援や室温、明るさの調整をしながら安心して眠れるように支援している。		
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	体調の変化を確認し何かあれば主治医や薬剤師に相談をしている。		
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	生活歴や利用者の力に合わせ、ホームでの役割、家事、レクリエーション等の支援をしている。		
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	利用者の希望を聞き、家族の協力を得ながら外出支援したり、地域の行事(花見、七夕、菊祭り)などにも出かけ楽しんで頂けるように取り組んでいる。	外食やドライブ等に出かけている。また、年に1回温泉旅行にも出かけている。地域のお祭りや日常的に地域を散歩するなど、外へ出る機会を作り、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	管理が出来る方には家族と金額を決めたうえで利用者に所持してもらい、買い物ができるように支援している。また、管理が難しい人は家族からお金を少額預かり買い物等必要なときに使えるようにしている。		
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	携帯電話やホームの電話を使用し自ら家族と連絡を取りあったり、本人の希望があれば、協力、支援している。年賀状など節目のときには書かれるので出す機会を作っている。		
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	利用者の状態や関係性に合わせ、家具、テーブル、ソファ等配置を考え使いやすい空間、居住環境を作り心地よく過ごせるように工夫している。	利用者の心身の状況や関係性に合わせテーブルの配置をしたり、季節の花を飾る等、四季折々の装飾をし、居心地の良い空間となるよう努めている。	
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	その時々に合わせて場所、席替え、気の合う人同士で過ごせるように工夫している。		
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	家で使っていた家具、家族写真や自作のものなど飾り、居心地良く過ごせるように工夫している。	自宅で使い慣れた家具や小物を持ち込み、生活しやすいように配置されており、居心地良く過ごせるよう配慮されている。	
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	心身の状況、状態により家具、ベッドの位置を工夫し安全に自立できるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 イエローガーデンいのくち

作成日: 平成 29年 10 月 16 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	26	意向の把握、意向に沿った支援方法の検討はしているが、介護計画に反映していない事があった。検討された支援方法を介護計画に反映させ、意向に沿った支援ができるようにしていく。	利用者様(家族)の意見、意向を踏まえ、カンファレンスを行い、その内容を取り入れたケアプランを作り日々の支援をしていく。	利用者様(家族)の意見を担当者が前もって聞き取りを行い、担当者会議(モニタリング)を行う。	6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。