

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	1691600116		
法人名	株式会社グリア		
事業所名	グループホーム利田の家		
所在地	中新川郡立山町利田672-12		
自己評価作成日	平成29年11月28日	評価結果市町村受理日	平成30年1月30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12月8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)】

昨年に引き続き、入居者それぞれの主治医や訪問薬剤師、オムツ業者との連携を密に取り、多角的視点からのケアにつなげています。特にこの1年で看取りを通じて得た褥瘡に対してのアプローチが向上したと感じています。ポジショニングや保清、主治医や薬剤師との治療法の意見交換などが昨年よりも向上し、重度化する前に対応できるようになってきました。職員の意識も高まったのか、認知症ケア専門士やオムツフッター、認知症指導者やリーダーを持つ職員もでてきており、質の向上を目指しています。また環境についての配慮も行い、パブリックとプライベート空間の中間の半パブリック空間を作ったり、自分で自由にお茶を入れたり自然に作業できるようなレイアウトに変更したり、飾り付けをしたりしました。あとは認知症カフェの開催を通じ、地域へのアプローチも開始しました。

【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)】

施設には基本理念を具現化した行動指針が掲げられており、常に振り返り共有し実践につなげている。職員全員参加の全体会議で常に意見を出し合え、解決に向けて話し合える環境は、基本理念の「チームワーク」を持って解決しようという行動指針「共に学び、共に支え、共に歩む」そのものである。今年度は認知症ケア専門士を中心に認知症の方を理解する内部研修、看取りケア後の外部講師によるメンタルケア研修、接遇向上を目的としたスピーチロックや、ネグレクトに関する研修を積極的に行い、ケアの質の向上に取り組んでいる。住環境についてはパブリックとプライベートの中間のセミパブリック空間をもうけ、不安やストレスなく過ごせる居場所を整え、鍵をかけない暮らしを実践している。また、地域住民に向けた認知症カフェの開催は今後、地域と施設の連携をより密にしていこうと期待したい。

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 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、戸外に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、安心して暮らしている (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	職員間でBS法などで話し合いをし理念を決め、実行に移している。	基本理念「人間尊重、笑顔、チームワーク」は初年度から掲げられたものであり、行動指針へと具現化されている。職員が共有できる理念としてミーティングや会議で常に振り返り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	当ホームから地域へはお祭り、イベントに見学に行ったり、近所のスーパーに買い物へ行ったりしている。	地区自治会に加入している。地区の祭礼参加や近隣住民からの野菜の差し入れ、民生委員、ボランティアの訪問等がある。小学校行事の招待やホーム納涼祭開催について、地区住民宅を個別訪問しお知らせするなど地域の一員となり双方向の交流を行っている。	
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	「認知症介護指導者研修」を修了した職員がいることもあって、地域包括支援センターとのつながりが密になり、数回認知症カフェを開催した。		
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	地域包括支援センターや行政の方をはじめ、家族は民生委員などの方々に参加を通して、貴重な意見をいただいている。その意見をスタッフ同志のミーティングで共有・実践している。	運営推進会議で報告した事故報告に関して、事故になる前の「ヒヤリハット事例」をこまめに記録し検討するよう意見をもらい、結果として事故報告件数を減らすことにつながるなど、会議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取り組んでいる	介護相談員が2か月に一度訪問してこられ、入居者と交流し、話を聞いていただいている。行政の方には運営推進会議や研修時などで相談させていただき、地域の中の役割など教示いただいている。	介護相談員と事前に打ち合わせをおこない、居室で過ごす利用者さんにも声をかけてもらう等工夫している。避難訓練の実施方法や、地域の要望に対して認知症カフェを実施するなど、行政担当者や相談しながら取り組んでいる。	
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	身体拘束についての研修を再び開催したいと考えている。目に見えない言葉の拘束などは気付かないうちに行っている場合もあるので周知徹底に努めていきたい。	身体拘束をしないケア、鍵をかけない暮らしが実践されている。身体拘束の事例はないが書類の整備、入居時家族への説明が行われている。認知症きらめきトレーナーによる「紙芝居」を使った内部研修を行い、職員全員が共有できる取り組みの方法に工夫がみられる。	
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	事故対策委員会を中心に身体における傷や内出血については原因を追究している。		

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	利用者の中に日常生活自立支援事業を受けている方がおられることもあり、管理者は知識をつけたが、他の職員には周知できていない。		
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	契約は主に施設長と管理者が立ち合い行っている。大切な部分についてはアンダーラインを引き質疑応答を交えながら一方的な説明にならないよう配慮している。		
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	今年から意見箱を玄関に設置し、直接面と向かっては言いにくいことがあっても要望を聞けるようにした。	意見箱を設置したところ3件のお礼と意見、感謝が届いた。他に直接、「部屋の消臭が気になる」との意見に、すぐに話し合いをもち、換気や洗濯の徹底等対応をおこなった。速やかに対応することで何でも言いやすい雰囲気づくりを実践している。	
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	月に一回全体会議にて運営推進会議で上がった課題や、日ごろの悩みや問題を言い合い解決する場を設けている。	全体会議ではケアの悩みや運営に関する意見や提案を話せる環境があり、解決に向けて取り組んでいる。また、年1回代表者との個人面接が実施されており、働き方やキャリアアップについて話せる機会としている。	
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	キャリアアップ昇給制度を見える化し、何を目指し、何を達成してほしいのか提示している。		
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	施設内外の研修に積極的に参加してもらった。研修担当スタッフにより、その職員の力量に見合った研修を提示して、行ってもらっている。		
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	グループホーム連絡協議会に所属し研修会や交流会に参加することを促している。他の施設を見学したり、他施設の職員も内部勉強会に参加してもらったりして意見交換など行っている。		

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	入居までに至る段階で、ケアマネや以前に利用していたサービス事業者、ご家族などからの情報を大切にしている。当ホームでの生活の中でも要望を聞き取れるよう関係づくりに努めている。		
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	今までの生活を真摯に受け止め家族等が困っていること、要望を聞き、それらに応えられるよう努めている。		
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	他サービスが必要な際には提案を行い、他事業所に連絡し連携をはかっている。		
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	本人のできること、できないことを見極めたうえで支援を行っている。できないことでも工夫することでできることにも変わることもある。		
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	面会時などに日常の中での本人の様子を伝えながら家族の要望なども聞くようにしている。		
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	家の近所までドライブに行くと「懐かしいね、この道は…」など案内をしてくれることもある。そこから過去の話を引きだしたりしている。	昔から利用している美容院への外出や地区の神社への初詣、歳時記にあわせてドライブをおこなっている。なつかしい記憶からの会話を大切にしている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	できないことを自然と手伝ったりしている光景がみられるようになってきた。それらが単発で終わらないようスタッフが中に入り関わり合いの時間が長くなるよう努めている。		

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	退去された家族から電話にて相談があった場合は他サービスへつなげたりなど、出来る限りの支援を行っている。		
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	センター方式のアセスメントシートを活用し、本人の思いに近づけるよう努めている。職員の間での知識、能力に差が見受けられるため内部研修などまた実施していきたい。	入居時のアセスメントはセンター方式を活用して課題分析を行っている。日々の利用者の言葉や表情の記録は主に当日のリーダーが行っている。なぜその記録が必要なのかの背景、根拠を研修で深め共有しているところである。	
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	家族や本人からとの会話の中で知り得た情報を介護記録に残し、職員間で共有しケアにつなげている。		
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	過ごし方がパターン化してきているが、日々生活を共にする中で新たにできないことがないか模索している。		
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	担当者を中心にケアプラン作成を行っている。本人の想いを尊重するため、センター方式アセスメントシートを活用し、職員間での話し合いの場も設けている。	本人や家族からは日頃や面会時のかかわりの中で思いや意向を聞いている。ケアマネ、担当者、ケア職員が3ヶ月ごとにモニタリング、ケアプランの作成にあたっている。	アセスメントやモニタリングの更新方法について、全体会議などを活用して職員から意見を求め、また、モニタリング、カンファレンスを計画的に行ない、その際の会議録の作成が望まれる。
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	会話からの変化などもあるため、細やかに記録をするように職員間で気をつけている。職員の主観ではなく、事実を記入するようにしている。		
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	家族、本人からの要望で私たちが考えていなかったことを言われることがあり、大きな気づきになっている。そのことからサービスの多機能化に向け取り組んでいる。		

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
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	地域資源として訪問診療医の情報提供から利用への相談を行った。		
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	本人、家族の状況に応じ、かかりつけ医の変更など情報提供を行っている。受診時(訪問診療時)には日常の些細なことでも伝え、課題解決に努めている。	本人やご家族が希望するかかりつけ医となっており、基本的には家族同伴受診とし、日頃の情報を文書にて医師に伝えている。緊急受診の際は家族連絡と同時に職員が同行、受診している。	
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	看護師の出勤時に医療的ケアを相談、助言を受けている。他、訪問診療時に来られる看護師にも状況によって相談したりしている。		
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。	病院の地域連携科の方との電話での情報交換を行っている。また、入居者の入院時は面会に行き、状態確認を行っている。		
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約の段階で重度化・終末期ケアについて話をさせていただいているが、そのときにならないとイメージがつかない家族が多いため、ペースを見ながら話をし、方針を共有している。	看取り指針が整備されている。以前から看取りケアが実施されているが、本年4月に看取りを経験後、スタッフの声をうけ6月に外部講師によるメンタルケア研修が行われた。看取り時の家族との話し合いの記録、日々の職員連絡には職員連絡ノートやユニットノート、SNSを活用して共有している。	
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	急変や事故発生時に備えた勉強会を行っていないので、早急に取り組んでいきたい。		
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	火災、地震、水害などに分けた避難方法のマニュアルは作成したが、実際の地震、水害の訓練は行えていないので、地域の方を交えて行っていきたい。	年2回の火災避難訓練(日中、夜間想定)に加え、地震想定訓練を12/1に行っている。地域住民の方に訓練の告知を行ったが今回は参加がなかった。	火災や地震、水害等の発生に備えて、3日分程度の食料や飲料水、紙おむつ、毛布などの備蓄品の整備、また自治会や運営推進会議で避難訓練への参加を呼びかける等協力体制の強化を期待したい。

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	スタッフと入居者の関係が馴れ合いになり不適切な言葉遣いになったり、言葉での拘束にならないようミーティングで注意を呼びかけることがある。個別ケアの大切さをスタッフひとりひとりが理解できるよう研修を行っていききたい。	誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけをしないよう、日常的に事業所全体で取り組んでいる。4月に言葉づかい、スピーチロックやネグレクトに関する全体研修が行われた。	
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	自己決定できるよう支援している。思いや希望が伝えられるような時間や環境作りに努めている。		
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	日々の生活リズムの習慣化に慣れてしまい、その人らしい暮らしができていないことが多い。ひとりひとりの思いを大切にし、日々の生活につなげていきたい。		
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	選択してもらい、自己決定できるような関わりができるよう取り組んでいる。		
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	テーブル拭き、味噌汁作り、食器洗い、食器拭きなど、入居者のできることをそれぞれしていただいている。時々食べたいものを訊き、一緒に作る機会を設けている。	ご近所からの差し入れの利用や、食べたい作りたメニューを元に、近所のスーパーに買い物に出かけることがある。食事の準備や味見、後片付けは入居者に手伝ってもらえるよう職員が意識して声がけを行うなど、食への関心を引き出す工夫がある。	
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	嚥下能力や病気による食事や水分制限など、それぞれの状態にあった支援を行っている。栄養状態低下の場合は主治医などにも相談している。		
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に、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	歯科助手による口腔ケアの指導を職員が受け、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	紙パンツから布パンツ+尿取りパッドに変えた方やオムツから紙パンツのみに変わった方がいる。オムツフィッターを中心にパッドの当て方、その人にあったパッドの検討なども行っている。	オムツフィッター2名が在籍し、排泄チェック表を元に排泄パターンに応じた個別支援(トイレでの排泄や紙パンツやパット類も本人にあうものを検討)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	水分やおやつなどを調整したり運動や排泄の仕方を工夫している。		
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	大体の入浴日は決めているが気分によって入りたくなければ日にちや時間帯を変え入浴していただいている。	週2回の入浴の機会がある。ゆず湯や菖蒲湯など古くからの風習を取り入れたり、入浴できない方には足浴や清拭などで清潔を保ち、気持ちよく過ごせる工夫をしている。	
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	ひとりひとりの希望、体調に合わせてながら休息の時間を設けている。		
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	薬局を中心に新しく飲み始める薬や変更になった薬などの効能や注意事項を職員に伝えてもらい全体で共有している。		
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	生活の中で役割作りを行い、それが定着しつつある。なかなか自分の意思を伝えることが出来ない人たちに関しては気分転換に外気浴を行ったり、月ごとの行事を楽しんでもらっている。		
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	なるべく本人の希望に合わせ、体調を見ながら外出支援を行っている。	近所への散歩やドライブ、歳時記に合わせた外出支援を行っている。桜花見、花菖蒲見学、東福寺野公園ドライブなど、なじみの場所へ出かけ気分転換している。職員は車椅子の方の安楽な移乗方法を習得し、お互いが負担と感ない工夫をしている。	

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	訪問理美容などの利用日の決定や値段との兼ね合いを含め、メニューの相談を受けている。		
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	希望に応じて本人が直接電話をかけたり、職員が代わりにかけたりしている。時々手紙を書く機会を設けたりしている。		
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	環境に特化した介護アドバイザーの助言により、環境の大切さを学ぶ機会を作った。メリハリがあり、動きやすい(目に見てわかり行動できる)環境作りを目指している。	施設環境アドバイザーを迎え、動きやすい手順(作成)、片付け(ラベリング)等、誰もが見ることのできる表示の工夫を行っている。フロアは「カフェ風」や「自然」などのコンセプトを持ちながらも季節感や生活感がある。誰もが自由におまじりができる場所、人とのつながりを感じながらもフロア内で一人で過ごせる空間がごく自然に用意されている。	
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	他の人からの視線に常時さらされることのない空間作りや入居者同士が話せるような空間作りを行っている。		
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	家族と協力しながら、居室のレイアウトなどを行っている。本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。	居室は入居者の身体機能に合わせたベッドや家具を配置し、愛着のある小物や写真を持た込むことで心地よく安心して過ごせる場所となっている。	
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	できること、できないことを見極め、その中で安全かつ自立した生活行動ができるような環境づくりに努めている。		

(別紙4(2))

事業所名グループホーム利田の家

作成日: 平成30年 1月 25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	35	災害時、地域住民との連携体制を整える。備蓄品の整備。	地域住民を交えての避難訓練の実施。避難経路、場所の設定。	民生委員、自治会などと連携を図り、避難訓練を計画、実施する。備蓄品の準備。	12ヶ月
2	26	チーム全体が把握し実行できるケアプラン	ケアマネージャー、担当者だけではなく、チーム全体がその人のニーズを把握しプランに沿ったサービスを提供できる。	アセスメントやモニタリングは、全体会議の時に時間を作り意見を出し合う。	3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。