

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	1691000127		
法人名	株式会社 Jサポート		
事業所名	グループホーム こもれび		
所在地	〒939-1842 富山県南砺市野田213-1		
自己評価作成日	平成29年8月31日	評価結果市町村受理日	平成29年10月16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11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)】

周りが水田に囲まれ、自然豊かな環境で生活していただけるホームです。グループホームの理念を念頭に、生活に楽しみや喜びを感じ、安心して穏やかに暮らしていただけるよう職員全員意識して支援するように心がけています。年間行事計画をたて、お花見や家族との食事会、地域の祭りの見学、ドライブなど、天気の良い日には、施設敷地内の散歩など、閉塞的にならないようにしています。また、9月に行われる麦や祭りの際、ボランティアの方々が施設駐車場内にて麦や踊りを演舞していただきます。

【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)】

自然豊かな水田と山並に囲まれたホームである。ホームは広々とゆったりした落ち着いた雰囲気である。
 具体化した理念を念頭に穏やかに生活できるよう支援している。
 麦や祭り当日には、ホームの駐車場で田園風景と山並を背景に青年団等が麦や踊りを演舞するのを地域住民とともに楽しむことが慣習となっている。

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
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	事業所独自の理念をつくり、玄関ホールや事務所に掲示してある。職員は毎月のカンファレンスで理念を復唱し確認しあい、共有を図っている。	基本理念「人間としての尊厳を守ります」「優しくながし、導くケアで接します」を掲げ、「ここに来てねー」や「ありがとう」という地元の言葉がけで、利用者さんにやさしく対応し実践している。	
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	地域の納涼祭を見学したり、ホーム駐車場で麦や踊りを披露していただき、参加するなど交流を持っている。	麦や祭りの度に青年団等がホームの駐車場で「麦や踊り」を演舞され、地域の方と一緒に楽しませてもらっている。今年度は、公民館活動の「あたごサロン会」に参加して、地域との交流を深めている。	
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	毎月発行しているホーム便り「こもれびたより」を毎月地区に回覧している。		
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	2ヶ月に1回、運営推進会議をし、課題、活動内容について報告し、意見や助言、要望を聞き実施に取り組んでいる。	2か月に1回、市の福祉課・区長・民生委員・家族代表で会議が開催されている。「地域のつながり」の課題について、施設見学をもらうことの周知、公民館行事の「あたごサロン会」に参加することの提案が出され実践している。	運営協議会で話されたこと等を「こもれびたより」と一緒に家族に伝えることで、ホームの取り組みが一段と理解できるのを期待したい。
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	市担当者の方と電話にて相談させていただいている。また、運営推進会議で事業所の取りくみを話し、助言や相談をさせていただいている。	市町村担当者が運営推進会議に参加される度に相談したり、助言をもらえる体制が築かれている。	
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	身体拘束をしないケアを実践しているが、どうしても身体拘束が必要な利用者の方については家族に状況を説明し、同意書をいただくようにしている。一部の利用者に帰宅願望があり、やむをえず出入り口の鍵をかけている。	身体拘束をしないケアを実践して、マニュアル整備や研修を開催し、家族には事前に同意を得ている。手術後の利用者に対して、安静維持と安全のためベッド柵をしている。	
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	今後事業所として、高齢者虐待防止関連法についての研修機会をつくり、虐待が行われないよう日々心掛けケアに取り組んでいく。		

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	現在、成年後見制度を利用される方がおられないため、権利擁護に関する制度について理解が不十分であるが、理解できるよう研修の機会を持っていきたい。		
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	契約時には、利用者や家族の不安、疑問点などを尋ね、理解、納得していただけるようわかりやすく説明している。		
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	玄関に意見箱を設置したり、家族会や運営推進会議にも家族代表者に参加していただくことで要望等を聞き入れる機会を設けている。また、苦情相談窓口により、内外部からも意見が言える体制となっている。	家族代表が出席する運営推進会議や年2回の家族会、面会時のコミュニケーションから聞き取った意見・要望等は連絡ノートに記録して、職員間で共有を図り、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	常日頃から、職員の意見は聞くように心がけている。また、カンファレンスで意見を述べてもらい、提案等を反映させている。	代表者が通常の業務に入っており、常時職員の提案・要望が聴きとれる環境にある。職員は毎月業務内容の自己評価をおこない確認し、相談・助言をおこない、働きやすい環境づくりに努めている。	
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	昇給や、年2回の賞与や、決算賞与(一時金)の支給を勤務実績、勤務年数、会社・事業所への貢献度に基づきおこなっている。各イベント等を担当制にし、個人の責任感と自主性を尊重しませている。		
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	実務経験により、個々の力量等には差があるが、社内研修などの機会に話し合い、スキルアップをはかっている。今後、法人内外の研修機会をもうけていく。		
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	事業所としては機会がないが、今後、同地域内の施設との活動を考えていく。		

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	家族の方に、利用者本人の過去の経歴や生活習慣を記入していただき、事前に性格や特徴、習慣を把握することになっている。入所後は、事前情報に基づき、観察等をへてどのように関わっていくか話し合い、対応している。		
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	入所希望時から、家族の方から十分に話を聞き、入所後も利用者の状況、様子を伝えたり、課題があれば家族と話しあって、解決策を見つけ、改善するよう心掛けている。		
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	他の介護サービスに対する理解が少ないケースや要望や意向に沿えるサービスが他にも考えられる場合には、他のサービスの説明も行ったうえで利用者や家族に選択してもらえるような状況提供を行っている。		
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	利用者の方にも、自分でできる範囲の掃除や、片付け、洗濯物干し、たたみなど、ADLに応じた対応を心がけてもらい「家族として共に生活する」という意識を持って対応するように努めている。		
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	面会の際には、本人と家族との時間を持ってもらうように配慮している。問題発生時や、解決すべき問題がある場合、家族にも相談して一緒に考えて対応していただくようにしている。		
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	面会や外出、外泊等の希望を可能な限り支援して、家族と一緒に馴染みの場所に出かけるなど、これまで大切にきた場所との関係が途切れないように支援したり、お帰りの際には、次の訪問もお願いするなどしている。	家族の協力のもと、自宅への外泊や行きたい所への外出等が支援されている。家族や友人、知人の面会時にはゆっくり過ごせるよう配慮し、利用者の希望の場所へドライブに出かけている。	
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	利用者個人の性格を把握し、利用者間の人間関係を職員が把握することで、トラブルを回避し、円滑に他の利用者共同生活が送れるように配慮している。		

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	他の施設へ入所しても、施設からの問い合わせに対しても情報提供したり、必要に応じて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	日常でのちょっとした言動や、本人の思いや要望を把握するのに、センター方式シートを利用し、職員間で意見交換をし、独りよがりな判断とならないように配慮している。	生活状況、言動、職員の気づきなどを記録している生活記録を活用してアセスメントシートに整理し、職員全員で情報を共有している。前月との変化・検討した内容(対応)を月1回のカンファレンスで検討し、独りよがりのサービス提供とならないようにしている。	
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	入所時に家族に生活歴や習慣などをお聞きして、把握し、サービス利用の経過等の把握に努めている。		
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	ケアプランの見直し(6ヶ月に1回)ごとに生活の中で出来ること、出来ないことを把握して、可能なかぎり生活に生かされるようなプラン設計を心掛けている。		
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	各利用者ごとに担当者をきめ、専属的に利用者の生活やケアに関心を持つようになっている。モニタリングは毎月行い、カンファレンスで検討している。また、本人や家族からの意向を取り入れて介護計画を作成している。	各利用者ごとに担当職員を決め、ホーム独自のカンファレンス様式で検討し、本人や家族の意向を取り入れ、ケアマネが介護計画を作成している。	
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	個人の日々の介護記録(生活記録)に食事・水分量・排泄等や具体的な様子や場면을記録している。個人別ノートで身体状況を記録し、情報を共有している。		
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	本人、家族の要望、状況に応じて買い物等の外出同行を柔軟に支援している。		

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
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	運営推進会議において、市福祉課・区長・民生委員の方々に参加していただき、消防署とは避難訓練で、地元の美容院、パン屋には出張していただき、地域資源との協働を図っている。		
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	ホーム協力医は内科医で、2週間に1回往診を受けている。急な発熱などの場合にも往診してもらっている。その他の疾患については、専門医を家族と受診していただけるよう支援している。	協力医の2週間に1回の往診があり、ケアマネが同席し、往診ノートに詳細を記載、利用者の状態を職員間で共有している。家族が受診付き添い時には、情報提供や必要に応じ、同行している。今年度から訪問看護を導入している。	
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	週2回訪問看護師が来所し、利用者の健康管理をしてもらっている。体調に変化があった時など相談している。		
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。	協力医に、紹介状を書いていただいて迅速に利用者の入院、治療のため情報交換等はあるが、早期退院できるような相談等はない。		
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	8月より訪問看護を導入する事によって家族等に重度化した場合など説明をし同意を得た。	ホームの「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づいて、ホームにできること、できないことを家族に説明し同意を得ている。	
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	「緊急時対応マニュアル」を作成して、緊急対応についての研修では、緊急法の講習や緊急連絡先や医療機関の確認をしている。		
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	毎月1回、日中や夜間を想定・火災や地震を想定した避難訓練を職員と利用者が一緒におこなっている。2ヶ月に1度の運営推進会議で、訓練の報告をし、地域の方々の協力を働きかけている。	日中や夜間想定火災や地震の避難訓練を毎月1回実施している。利用者は手作りの頭巾をかぶり参加している。居室入り口には各利用者毎にその人の移動状況の札が付けてある。地域の方々の協力を運営推進協議会等で働きかけている。	近隣地域や地元消防団の協力が得られるよう、今後も努力していくことを期待したい。 災害時における備蓄品等を準備されることに期待したい。

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	一人ひとりの立場にたち、優しい声掛けや、対応を心掛けている。トイレ誘導や介助が必要な方には、人格を尊重し、プライドを損ねない対応を心掛けている。	人格を尊重したケアに努め、トイレや入浴介助の際にはプライバシーを損なわないよう、個々の立場に立ち、やさしい声かけや対応に努めている。	
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	意思表示が可能な利用者に対しては、直接希望を聞き、意思表示が困難な方に対しては、表情や仕草を読み取り、自己決定ができるように働きかけている。		
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	現状では、施設で食事時間や入浴時間、体操時間などが決められているが、それ以外の時間については、利用者のペースで過ごせるよう配慮している。		
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	2ヶ月に1回、美容師に出張していただき、本人の希望をできる範囲で聞き、カットをしていただいている。また、行きつけの美容院に家族と行っている利用者もいる。		
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	利用者の個々の能力に合わせながら、盛り付けや、テーブル拭き、片付けなどを行っている。おやつやの時間など毎日の楽しい時間をつくり、会話を楽しんでいる。	献立・食材は業者に依頼しているが、土曜の夕食・日曜の朝食・昼食・夕食は利用者に希望メニューを尋ねて手作りしている。食事の時間はBGMが流れていて、介助の必要な人以外のテーブルは利用者同志でゆっくり会話を楽しんで食べている。	
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	食材は、業者からの調達となっており、カロリーや栄養バランスに配慮された献立になっている。毎日の食事量、水分摂取量をチェックし、健康状態の把握に努めている。		
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	本人に行っていた部分は見守りして、不足部分を支援している。義歯の方には、入れ歯洗浄剤による洗浄を行い、衛生面や汚れ、臭いにも配慮し、一人ひとりに応じた口腔ケアをしている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握して、トイレ誘導をおこなったり、トイレで排泄できるようにしている。紙パンツやパット類を利用者に合わせて使用してもらっている。	排泄パターンは生活記録に排泄誘導・介助状況を記載して把握に努め、トイレでの排泄を支援している。排泄状況に合わせて、紙パンツやパットを選択するなど自立につながる支援を行っている。	
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	一人ひとりに排便確認を行い、水分補給に心掛け毎日の日課として、散歩や体操を行っている。必要に応じて、服薬など対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本、入浴時間や曜日は施設で決められているが、その日の体調により入れない場合や、便失禁などの場合には入浴日を変更するなどの対応をしている。	週4日午後に入浴準備をして、最低週2回を目安に職員とマンツーマンでゆっくりと入浴している。利用者から「もったいない」とうれしい言葉をもらっている。	
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	日中は、本人の希望を優先してソファなどで休息していただいたり、必要に応じて居室で休んでいただいたりしている。夜間は他の利用者の安眠を妨げないように巡視やトイレ誘導等の対応をしている。		
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	調剤薬内容の説明書をファイリングし確認できるようにしている。飲み忘れがないよう服薬確認をおこない、体調変化を見極めながら変化等を把握し、往診時に医師に相談、報告し服薬調整をしていただく。		
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	ADLや生活歴に合わせて、掃除や洗濯物干しをしていただき、楽しみ事として、ぬり絵や貼り絵、テレビ鑑賞や歌、それぞれの楽しみで気分転換していただき、支援している。		
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	なかなか一人ひとりの希望で外出する事はできないが、天気のいい日には、ホームの周りを散歩したり、希望される方と買い物にでたりしている。また、家族等の協力でも外出したりしている方もいられる。	年間行事計画を作成して、季節の花見や地域行事見学など外出している。日常的に買い物やホーム周辺を散歩して草花を摘んだり、菜園のプチトマトを収穫したりして、外の空気に触れ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	入居時に家族にお願いして、お財布とお小遣い程度のお金をお預かりし、ホーム内で管理保管している。買い物時に自分の財布からお支払してもらったり、月1回のパン屋の出張販売時には、お金を渡し、支払等をしている。		
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	かかってきた電話を取りついたり、希望により電話をかけていただく事もある。暮れには、利用者全員が家族に年賀状を書き、出している。		
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	貼り絵を利用者の方と職員とで協力して作り、ケアルームや廊下に飾っている。又、廊下には行事ごとに写真をまとめ掲示している。温度調整や照明の調整は職員が行い、居心地よく過ごせるようにしている。	風除室もある広々とした玄関があり、広い落ち着いたあるエントランスホールには、一年間の行事予定や写真等が貼ってある。廊下も幅広く、トイレは車椅子が安全に十分に出入りできる。居間兼食堂には横にもなれるゆったりとして大きなソファが2つ置いてあり、居心地の良い環境が整っている。	
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	利用者の性格などを把握したうえで食事時の配置を決めているが、その他の時間は思い思いの場所で過ごしていただいている。くつろぎコーナーとして、畳コーナーをもうけ、冬場はこたつを置きその時々で居場所を変える事が出来る。		
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	テレビや家具、布団など、利用者が使い慣れたものを持ち込んでいただき、過ごしやすい居室となるよう配慮している。また、必要なものがある場合は、家族と相談して持ってきてもらったり、購入したりする場合もある。	ベランダ付きの居室は広く、大きめのクローゼットと洗面所が設置されている。畳と障子戸で落ち着いた居室となっている。ポータブル使用の利用者の居室は畳をフローリングに変え対応している。	
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	廊下、トイレ、浴室、居室等には、手すりを設置しており、ADLに合わせた自立の支援を心がけている。トイレにもはっきりとした場所表示、各居室にはネームプレートがかかっており、安全かつ自立した生活が送れるように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームこもれび

作成日: 平成 29 年 10 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	2	施設側から行事に参加することはあるが、地域からの参加がない。	地域の人達にも施設の行事に参加してもらう。	地域の人達に働きかけ、参加や理解をして頂く。	12ヶ月
2	4	2カ月に1回運営推進会議を開催しているが、家族に内容を報告していない。	家族の方に施設の運営、取り組みを知って頂く。	運営推進会議の議事録を開催した翌月に送りホームの取り組みを家族の方に理解して頂く。	12ヶ月
3	35	年2回は消防署との避難訓練を実施しているが、地元の消防団とのつながりが無い。備蓄品を備えていない。	施設に消防団員の方々に来て頂き、緊急連絡網を作成し協力体制を築く。また、備蓄品をいち早く準備する。	地元の消防団に働きかけ、理解して頂く。	12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。