

# 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	グループホーム荻生金さん銀さん		
所在地	富山県黒部市荻生2673-2		
自己評価作成日	平成30年1月21日	評価結果市町村受理日	平成30年3月22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7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)】

<p>・近隣の保育所、学校、各種ボランティアに訪問をお願いし、保育園児の来訪、14歳の挑戦の受け入れ、傾聴ボランティアや演芸ボランティアの受け入れを行っている。また、行事の際にはちらしをお配りし、ホームへの来訪をお誘いしたり、地域の行事にも参加し、地域との交流に努めている。</p> <p>・個人運動や、本人様のできる日常生活の生活訓練を個別援助で行い、機能維持できるように力を入れている。</p>
---

## 【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)】

<p>法人理念を基に「年間目標」を職員全員で話し合って決め、目標を念頭に置きながら、利用者の思いを傾聴し、一人ひとりの心身に合った個別ケアを実践している。また、管理者と職員の間には円滑なコミュニケーションが図られ、良好なチームワークで利用者に笑顔で対応しており、とても和やかな雰囲気を感じられるホームである。</p> <p>利用者には閉じこもりにならないよう希望を取り入れながら、季節行事や外食、馴染みの店へ買い物に出掛けるなどの積極的な外出支援を行っている。</p> <p>さらに、ホームの取組みとして地域住民に認知症の理解を深めていきたい思いがあり、地元公民館で「認知症カフェ」を開催したり、地域ボランティアの受け入れや近隣保育園の子供達との交流、住民と一緒にお茶会を開催するなど気軽に来訪してもらえるよう積極的に呼びかけ、多くの地域住民とふれあう機会に努めている。</p>
---

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	・新規職員には、理念について説明し、職員全員で、理念に基いた、地域密着、自立支援、個人の尊重を念頭にケアを行っている。	法人理念をもとに、毎年職員全員でホーム独自の目標を誰もが理解しやすい表現で定め、目標にそったケアに取り組んでいる。年度末には職員会議において振り返りを行い、今後の課題を見つけ、次年度の新たな目標へ繋げている。	職員や来訪者がいつでも目に触れる場所に掲示するなどして、共有を深められることに期待したい。
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	・傾聴及び芸能ボランティアの受け入れ。 ・14歳の挑戦の受け入れ。 ・近隣の保育園が来訪。 ・行事の案内チラシを近隣住民に回覧、配布。 ・公民館祭りで作品を展示、見学。	町内会に加入し、職員が会合に参加している。地域の方々が定期的にボランティアに訪れたり、公民館祭へ参加するなど、積極的に地域との交流を図っている。また、年1回公民館を借りて「認知症カフェ」を開催しており、2、30人の地域住民が訪れ、認知症の理解を深めたり、介護相談が出来る場となっている。	
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	・近隣の方に向けた認知症カフェを開催。 ・認知症個人相談会のチラシを配布。		
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	・施設側から活動報告、事故報告、ケアプランや避難訓練、第三者評価の報告を行い、意見を求めている。	会議は2カ月ごとに開催され、ホームの活動報告等で意見交換をおこない、出された提案や意見は運営に反映されている。会議で施設行事への参加を呼びかけたところ、たくさんの地域住民の参加があり、地域交流の促進につながっている。	
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	・運営推進会議に市職員に参加してもらって協力関係を築いている。	市職員が運営推進会議の委員でもあることから、会議を通して施設の実状を伝えており、いつでも相談できる体制がある。	
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	・身体拘束に関するマニュアルを設置。 ・本人様が危険にさらされる可能性が高い方のみご家族の希望により行っている。3カ月に1度、解除に向けて話し合っている。 ・1人体制の時間帯以外は玄関の施錠はしていない。	身体が危険にさらされる可能性の高い利用者に限り、家族の希望も踏まえて拘束を行っているが、見守りが出来る時間帯は解除するなど、長時間の拘束にならない配慮をしている。3カ月に一度、解除に向けて話し合い、対策をケアプランに組み入れている。	拘束の解除に向けて努力や工夫している具体的なケア方法を経過記録として、同意書等に記載さ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逃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	・虐待防止に向け、どのような事が虐待に当たるか、日頃から話し合っている。		

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
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	・玄関にパンフレットを置いている。		
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	・入居前に、契約書や重要事項説明書を説明して理解して納得して頂いた上で契約している。		
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	・ケアプラン更新時にアンケートにて意見、要望、苦情などをお伺いしている。	年に2回家族アンケートを行い、ケアプランに対する意見等と一緒に、施設に対する要望についても伺っている。アンケートで出た意見は職員全員に回覧して共有し、運営に反映させている。	
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	・主任会議や職員会議、各種委員会(接遇改善委員会、行事レク委員会、研修・衛生・防火委員・計画作成担当者会議)にて、意見や提案を取り入れている。	「職員会議議題」シートに、職員が職員会議(月2回開催)で話し合いたい事・それに対する案を自由に書き込み、会議の際に活用されている。法人の各種委員会に職員はそれぞれ所属し、事業に参加するという姿勢で自分の意見を積極的に述べている。	
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	・半年に一度、職員のサービス力チェックを実施。自己反省の材料としている。 ・研修に参加して、自己研さんに努められるよう、交通費、研修費を支給している。		
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	・グループホーム協議会の主催する各種研修会、その他研修会に参加している。 ・研修に行った者を講師に、グループ内の各施設代表者に職場内研修を行っている。		
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	・各種研修会で他施設職員との交流や情報交換している。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	・本人の思いや利用してきたサービス機関からの聞き取りで、スムーズに施設生活に入られるようにしている。		
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	・面接の段階や入居時の段階で、出来るだけ家族の思いを聞いている。		
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	・本人や家族、これまでの関係機関を通して、必要とされるサービスを見極めている。		
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	・出来るだけ家事に参加してもらうよう声掛けしている。 ・レクの参加などに本人の意向を尊重している。		
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	・誕生会や、音楽レクリエーションの発表会などに家族もお誘いしている。 ・ご家族が受診同行して頂ける方にはお願いしている。		
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	・家族の写真や家で使っていた家具などを持って来て頂いている。 ・買い物やドライブにて馴染みの場所へ出掛けている。	馴染みのお店やスーパーへ職員と出かけ、ホームの食材の買い出しをしたり、法事やお盆に帰宅されるなど、馴染みの人や場所との関係の継続が図れるような支援が実践されている。	
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	・多くの人が参加できるレクを提供している。 ・会話の橋渡しをしている。		

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
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	・入院した人の家族に対し、その後のサービスの利用について説明している。 ・転居される先へ情報提供している。		
<b>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</b>					
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	・日々聞き取った思いを、私の気持ちシートに書き込み、ケアプラン更新時に役立てている。	利用者の日々の様子や職員が気づいたことを「個別ケアノート」に細かく記録している。それをもとに担当職員が「私の気持ちシート」に集約し、利用者の思いや意向の把握に努めている。	
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	・センター方式をご家族に記入してもらったり、本人様に聞いて、把握に努めている。 ・これまで利用してきたサービス事業者に状況を聞いている。		
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	・全員のバイタルチェック時、変わった様子がないか観察。 ・変わった事があればケアノートに記入し、情報の共有を図っている。		
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	・日頃から本人や家族の希望や意向などを聞き、ケアプランに反映している。 ・職員会議で職員全員で協議して決定している。 ・私の気持ちシートにできる事を記入。	6カ月ごとのケアプラン作成の際には、家族アンケートを実施し、家族の意見を伺っている。職員会議において、「私の気持ちシート」などの情報や家族の意見を職員全員で検討・協議し、利用者の現状に即したプランを作成している。	
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	・介護記録や日課などのチェック表、排泄チェック表、バイタルチェック表などを記録し、職員会議で協議している。		
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	・入院手続きは家族対応が原則であるが、遠方にてすぐに駆けつけられない家族の場合、委任状を頂き、職員が対応している。		

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	・近隣の保育所や小中学校、地元のボランティアの来訪。 ・近所の散歩。 ・地域の喫茶店や食事処、買い物や、その他スポットに外出。		
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	・希望の医療機関を受診。 ・希望が分からない時は当施設の契約医師を紹介。 ・家族の受診支援がない人は、職員で対応。	協力医が月一回往診を行っている。また、利用者・家族の希望に沿い、入居前のかかりつけ医の受診も可能である。いずれの場合も受診の際には文書で本人の状態を伝え、受診結果はホーム勤務の看護師が「受診・往診報告書」にまとめ管理している。緊急の場合も看護師が24時間対応可能で、受診の判断を行っている。	
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	・看護職に情報を申し送り、判断を仰いでいる。 ・家族が付き添う受診の時は、近況を家族に知らせている。		
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。	・市民病院の地域連携室と情報を交換。 ・入院時に状態を連絡。		
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	・入居時に説明している。 ・受診時などに主治医と情報交換。 ・「重度化の対応に係る指針」に沿って、家族の希望を聞きながら、対応している。	「重度化の対応に係る指針」に沿って、事業所が出来ること・出来ないことを入居時に説明している。医療ニーズが高くなっていくなど、利用者の状態に変化が見られた時は、早めに家族との話し合いを行っている。	
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	・緊急時の対応について、研修に参加し、対応マニュアルを設置している。		
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	・H28.4月、地区の総会に参加し、地域の協力体制を依頼。協力者名簿作成。 ・年に2回、全職員が出席できるよう、職員会議の日に火災避難訓練を実施。近隣の方に協力を要請。 ・シェイクアウト訓練実施。	地域の方々の協力者名簿を作成し、いざという時に協力をお願いできる体制を築いている。年2回全職員が参加し、夜・昼等を想定して火災の避難訓練を実施している。年1回シェイクアウト訓練を実施し、利用者も身を守る姿勢を実践し、地震等に備えている。また、おかゆや缶詰の備蓄を用意している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	・誇りやプライバシーを損ねないように、職員会議で話し合ったり、アンケート調査を実施して自己を省みる。	利用者の誇りやプライバシーを損ねない声掛けの仕方、言葉の表現とは何かを職員全体で考えて、ケアにあたっている。法人接遇改善委員会が中心となって、職員からの意見をまとめて作った「勧めたい言動・避けたい言動」を、職員間で共有し、日々のケアにおいて実践している。	
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	・本人の思いや希望を表せるよう、質問をしている。 ・思いや希望を口に出せない人には、2択にして尋ねている。		
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	・レクや家事参加、入浴、トイレの声掛けなど、本人の希望を聞いて自己決定を尊重している。		
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	・ご家族が持って来られたクリームを付けて差し上げている。 ・男性は毎朝ひげそりを声掛け、介助している。 ・2カ月に1度、散髪しに来て頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	・野菜の皮むき、盛り付けなどの手伝いをお願いしている。 ・視力の悪い方や認知症の進んだ方には食器を移動したり、声掛けして食べやすくしている。 ・お盆に食器を片付けて下さったり、使用したコップなど、カウンターまで運んで下さっている。	食材の買い出しから調理までホームで行っている。利用者と買い出しに出かけることもある。利用者の好みを聞いて献立に取り入れたり、誕生日に外食に出掛けるなど、食事が楽しみなものになるような工夫を行っている。職員も一緒に食卓を囲み、会話をしながら食事を楽しんでいる。	
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	・食事量を記入して体調の目安にしている。 ・水分量をチェックし、水分摂取を促している。 ・噛めない方、飲み込みの悪い方には、おかゆ、刻み食、とろみ剤にて対応。		
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	・介助、声掛けにて口腔ケアを行っている。		

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
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	・排泄チェック表を作成して、その方に合ったトイレ誘導をしている。 ・拒否のある方には、時間を置いて声掛けしたり、工夫している。	排せつチェック表を活用して排せつパターンを把握し、個々に応じた適切なトイレ誘導を行っている。また便秘予防のため、オリゴ糖やヨーグルトなど摂取するなど、個別に対応している。薬を使用する場合には看護師が管理を行っている。	
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	・散歩や室内での歩行などを促す。 ・水分の摂取を促す。 ・食物繊維の多い食事の提供。 ・オリゴ糖・ヨーグルトの提供。		
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	・水・日曜日(レクリエーションや行事の日)以外は、毎日入浴できる。 ・入浴拒否される方には、シャワー浴、足浴、清拭、着替えのみなどで、対応している。	利用者の希望や体調に配慮し、基本週2回を目安に1対1でゆっくりと入浴している。ゆず湯で季節感を出したり、入浴剤を入れてリラックスしながら入浴できるように工夫している。	
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	・眠れない人には寄り添ったり、話を聴く事で安心して休まれるよう、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	・処方箋にて確認。 ・服薬時間に合わせて、服薬支援。 ・薬の変更があった時は報告書に赤字で記入して共有している。		
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	・茶碗拭き、モップ掛け、タオルたたみ、コップ下膳など、役割分担。 ・演芸のボランティアを依頼。		
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	・天気の良い日には、交代で近隣の散歩。 ・花見や紅葉狩りを実施。 ・本人の希望に沿い、買い物や外出の支援をしている。	花見や紅葉狩りなど、年間の外出計画がある。誕生会も企画し、毎月出かける機会がある。また、スーパーへ食材の買い出しに出かけるなど、利用者の希望に沿った日常的な外出も支援している。	

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	・お金は施設で管理しているが、精米や買い物時に本人に支払ってもらう。		
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	・家族へ電話する希望があれば、できるように支援している。 ・1人は自室に電話を持っている。		
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	・食堂とソファと調理場が一緒の空間にあり、調理の音やにおいが漂い生活感がある。 ・建物は木造で、家庭的で落ち着いた雰囲気がある。 ・食堂のテーブルやソファから庭が見渡せて解放感がある。	共有空間は、木の梁がむき出しになった高い天井が解放的で、天窓から光が入り、とても明るい。共有空間の中心に大きな木製テーブル、テレビの周りにゆったり座れるソファが設置されており、利用者は思い思いの場所で自由に過ごされている。	
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	・入居者同士の関係を考えて席の配置を決めている。 ・思い思いにソファや自席に座って、新聞やテレビを見たり、居室に行き一人になれる。		
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	・家で使い慣れた物を持ってきてもらうようにしている。 ・身体能力の低下と共に、居室内の環境整備を行っている。	各部屋にはベッド・エアコン・クローゼットが用意されている。使い慣れた家具や装飾品を持ち込んで頂き、居心地よく過ごせるよう自由に配置されている。電話とテレビの配線も整備されている。	
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	・誤飲誤食される人がいるので、危険なものは目に入らない所に置いている。 ・トイレや居室のドアに名前を書き、わかりやすく工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 荻生金さん銀さん

作成日: 平成 30 年 3 月 12 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	1	毎年、年度初めに立てる運営方針を、職員や来訪者がいつでも目に触れる場所に掲示しておらず、うろ覚えだった。	誰もが見える場所に運営方針を掲示し、職員全員が一丸となって、統一したケアに取り組む。	誰もが見えるリビングに運営方針を掲示する。職員一人一人常に運営方針を意識してケアに当たる。	1ヶ月
2	6	身体拘束の解除に向けて努力や工夫している具体的なケア方法を同意書に記載していない為、常に拘束しているように誤解を与えてしまう。	身体拘束をしない事が大前提なので、身体拘束を当たり前と思わないで、外せる時間は外す。	緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書の身体拘束の方法(場所、行為(部位・内容))に具体的なケア方法を明記する。	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。