

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	1671100020		
法人名	ネットワークウエルフェア株式会社		
事業所名	イエローガーデン作道		
所在地	富山県射水市作道909-2		
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11月24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29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)】

全体ミーティングや各フロアでのカンファにおいて、利用者一人一人について細かく話し合いながら職員の意思統一を図る事で、利用者に合わせてより良いケアに取り組んでいる。日々の関わりの中では利用者と共に行動や傾聴する事で、安心して明るくゆったり笑顔ある生活ができるような雰囲気作りを心掛けている。ボランティアや小学校の生徒との行き来、幼稚園児との交流等により地域に密着した笑顔溢れるホームになるよう努めている。また、運営者・管理者職員はコミュニケーションを取る様心掛け、改善に向け働き易い職場となるよう努めている。利用者が楽しみを持てる様々な所へ出かけたり、催し物を計画しながら職員と利用者が共に楽しみ笑顔で過ごしている。利用者の出来る事出来ない事を見極めながら職員は出来るだけ見守りながら支援している。家族様ともコミュニケーションをとり利用者さんにとってのベストを考え援助している。

【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)】

事業所は、周囲に保育園や小学校がある2階建て2ユニットのグループホームである。管理者は職員と共に業務に従事しており、ホームの実情や職員の勤務状況を把握し、職員からの意見・提案も踏まえながらサービス向上に努めている。また職員の意向を受け、仕事と子育てが両立できる労働環境の構築に努めている。職員は利用者の笑顔を引き出そうと、日々コミュニケーションを図り、利用者個々の生活習慣や暮らし方の希望の把握に努め、その人らしい生活を支援している。

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 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、その時々々の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	「地域や関係機関・団体との連携を図り、地域福祉の充実に貢献します」を事業所理念とし、管理者と職員は申し送りやミーティングで、又、関わりの時に理念に触れながら確認しあうようにしている。	法人が掲げている理念「地域や関係機関・団体との連携を図り、地域福祉の充実に貢献します」は、職員がいつも確認できるように、事務所や職員が見やすい場所に掲示している。	一人ひとりの職員が、理念に沿った行動目標を作成し、実行できるように、管理者等が支援していくことを期待したい。
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	地域ボランティア、小学校、保育園との交流がある。登下校の挨拶、学校祭や運動会に招待されたり、傾聴ボランティア・14歳の挑戦・インターンシップの受け入れをしている。地域の店や牛乳屋さん等も利用している。	「すみれ会」などの地域のボランティアや新湊高校のインターンシップや地元中学生の14歳の挑戦等を受け入れ、地域との交流を図っている。事業所が開催する納涼祭は昨年度から行われていないが、来年度から再度、実施しようと検討している。	今後、計画的に地域との交流が再開されることを期待したい。
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	地域のボランティアや学校・幼稚園の先生、地域の役員の方々との関わりの中で、認知症サポーターとして啓発に努めている。地域の納涼祭に参加したりホームの納涼祭に参加・協力して頂いている。		
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	行政・包括・地域住民・家族等に参加して頂き2ヶ月に1度開催している。事業所からの活動報告と共に質問・意見・要望を受け、地域とタイアップできる事に取り組み、双方向的な会議となるよう配慮している。	長寿福祉課、地域包括支援センター、自治会長、老人クラブ代表、民生委員、すみれ会代表が参加する運営推進会議では、運営状況や活動内容を報告している。	運営推進会議で提案された事案等を、会議に出席していない家族にも知っていただくよう何らかの取り組みに期待したい。
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取り組んでいる	市主催の研修会等に参加し、実情やサービスの取り組みについて相談・助言を頂いている。市担当・包括・病院の地域連携室・市内の居宅事業所とも連携をとりながら協力関係を築いている。	運営推進会議には毎回、地域包括支援センターから出席があり、制度の改正に伴う最新の情報を聞くと共に、事業所を運営するうえでの困りごとを相談している。市が主催している事例検討会に参加しているが、毎月、開催される地域ケア会議には、調整が出来ず参加できないことが課題になっている。	スケジュール調整を行い、地域ケア会議等に積極的に参加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	ミーティングや申し送り時等で毎日のケアを振り返り、自覚しない拘束が行われていないかを確認している。日常生活において、さりげない声掛けと見守りを共に行う事で、安全面と精神面に配慮し施錠はしていない。一人一人の傾向や癖を把握し、きめ細かく対応している。	玄関は施錠されていないが、外出された場合はチャイムで確認されることになっている。見守りや寄り添いの徹底、言葉の拘束に留意し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	ミーティングや関係者のカンファレンスにおいて、常に本人のケアについて話し合いながら取り組んでおり、高齢者虐待防止法に関する理解は浸透している。		

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	成年後見制度の利用者がおられるので、利用者の支援に結び活用している。職員も理解している。		
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	契約時に時間をとって頂き、利用料金や起こりうるリスク、ホームでの取り組みや考え方、退去を含めた対応可能範囲について丁寧に説明している。改定時は家族会において説明を行い、不安や疑問を尋ね理解、納得して頂いている。		
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	あったか相談で利用者の意見を、家族会ではアンケート調査を行い、思い等を情報収集し、家族会で十分な説明を行い、理解・納得して頂き、意思疎通を図れるようにし、ミーティングで報告、反映している。	定年に伴う職員の離職や異動等があり、家族会はここ3年間、開催されていない。市の介護相談員が派遣され、入居者と懇談する機会がある。	今後、年間計画を作成し、家族会の復活、その内容を運営に反映していく取り組みに期待したい。
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	ミーティングでスタッフの意見を聞き反映するよう心掛け、質の向上に繋げている。個別面談の機会を設け日頃より話し易い雰囲気になるよう努めている。フロアリーダーを活用し意見や提案を反映するよう努めている。	前任者からの引き継ぎが行われていないため、全体会議や個別面談は今年度、実施できていない。職員の就業の要望については、柔軟に対応し、働きやすい職場となるよう努めている。	今後、エリアマネージャーを含めて全体会議等の年間計画を立て、定期的に全体会議等を行える体制構築に期待したい。
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	正職員・パート職員で分け隔てすることなく定期昇給の実施を行っている。資格取得に対する手当についても正職員・パート職員共に支給している。就業人員に余裕を持たせることにより有給休暇の取得をし易い環境づくりに努めている。		
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	正職員・パート職員での差をつけることなく各種研修の機会を設けている。受講した研修内容についてミーティングの場で研修報告を行い、全職員の共通認識につなげている。		
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	ネットワーク作りの交流の機会を持つよう、他事業所との交流を行っている。研修の場でも意見交換・情報交換をおこなっている。県のグループホーム協議会に加入しスタッフが交代で参加し質の向上に励んでいる。		

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
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	事前面談で本人に会い、心身の状態・生活状態を把握している。本人の置かれている状況を理解し、不安や困っている事を把握しながら本人の思いや家族の思いに向き合い、受け入れられるような関係作りに努めている。		
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	これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況等、これまでの経緯についてゆっくり聞きながら、家族の求めているものを理解するようにしている。事業所としてどのような対応が出来るか話を聞くことで信頼関係を作る事に繋げている。		
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	相談時、本人や家族の思いや状況を確認し、可能な限り柔軟な対応を行い、信頼関係を築きながら必要なサービスに繋げている。包括支援センターや地域のケアマネージャー等と連携をとり、必要に応じたサービスに繋げている。		
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	職員は利用者寄り添い、不安や喜び等を知る事に努め、お互い協働しながら和やかに生活できるような場面作りや声掛けを工夫している。又生活の場で教えて頂いたり昔の話を聞くことで、笑いや感動を共有しながら暮らしている。		
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	入居時には出来るだけ面会を多くして頂くよう、精神面のケアをお願いしている。面会時には本人の状態を話し理解して頂き、ケアプランの説明時にも家族の思いを傾聴しながら共に本人を支えていく為の協力関係を築けるよう努めている。		
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	昔から利用している理美容、医者等は馴染みの関係が継続出来るよう家族の協力を得ている。墓参り・法事・年賀状等生活習慣を尊重し、今まで本人を支えて来られた親戚や友達の面会もよくあり、訪問し易い雰囲気でもかえるよう努めている。	家族の協力のもと、馴染みの理美容院等に行けるよう支援している。人材不足や職員の交代等があり、外出支援は行っていないが、買い物等頼まれ事があれば職員が行っている。	
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	利用者同士の関係性について情報連携し、全ての職員が共有出来るようにしている。日々の生活での様子を申し送りして把握し、利用者同士の関係や個性を活かす配慮をしながら、職員も一緒に関わり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
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	サービス利用が終了されても継続的付き合いが出来るよう心がけて、家族の相談にものっている。次のサービスを利用された利用者には面会等で顔を見に行きフォロー出来るよう努めている。		
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	日々の関わりの中で本人の言葉や表情等からその真意を推し量りながら把握し、アセスメントしながらケアプランに活かしている。把握困難な方には家族の協力を得、本人の視点に立ち、カンファレンスで話し合いながら検討している。	独自のアセスメントシートを使用し、入居前にケアマネージャーが家族から聞き取りを行い、生活習慣等を把握している。今年度、カンファレンスについては計画的に行われていない。	今後、カンファレンスの年間計画表を作成し、定期的にカンファレンスを行い、家族からの意向等も取り入れていける体制の構築に期待したい。
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	入居時家族に本人の生活歴やサービス利用時の経過等を聞いたり、関係者から情報を得たりしている。本人自身の語りや家族と信頼関係を築きながらその人独自の生活歴やライフスタイル、個性等を把握しながらサービスに繋げている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを把握し、行動や小さな動作から感じ取る気づきをモットーにしている。毎日排泄やライフチャートを記録しながら支援している。出来る事、解る事、本人の力を暮らしの中で活かせるよう全体の把握につとめている。		
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	本人や家族には日々の関わりの中で思いや意見を聞き反映するようにしている。アセスメントにおいて情報提供を受けながら、本人の視点に立ちカンファレンスを行い介護計画を見直ししながら現状に即した介護計画を作成している。	独自のモニタリングの書式を使用し、3カ月に1度モニタリングを行っている。	家族の意見要望も把握し、計画に反映していけるよう、定期的にカンファレンスが行われる事に期待したい。
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	個別のファイルに食事量・排泄・身体状況・日々の暮らしの状況を記録している。職員の気づきや言葉掛けをモットーとして本人の発した言葉やエピソードを記載し、ミーティングや申し送りや情報共有しながら実践や介護計画を作成している。		
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・家族の状況に応じて通院の必要な方は馴染みの病院へ、都合の付かない家族にはホームより通院し、医療連携体制にて24時間健康管理をしながら柔軟に対応出来るよう努めている。入院された時、外出・外泊の支援もしている。		

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	地域の学校・幼稚園の訪問、運動会や学校祭の招待、生徒の訪問や地域ボランティアの毎月の訪問、地域のお店や牛乳屋さんの活用で協力関係を築いている。消防訓練もホーム前で行われ協力をお願いしている。		
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	契約時主治医の説明はするが、本人や家族が希望するかかりつけ医を選択できるよう柔軟な対応をしている。基本的には家族同行の受診となっているが不可能な場合職員が同行している。症状・服薬・既往歴等の情報提供し複数の医療機関と連携をとっている。	主治医の選択は、契約時に本人及びご家族の意向を確認し、これまでのかかりつけ医を継続するか、事業所の協力医に変更するか決めている。基本的に家族同行の受診となっているが不可能な場合は管理者や看護師が同行するよう柔軟な対応をとっている。	今後、受診の際は日頃の状況をサマリー等に記載し主治医に情報提供が行われ、適切な医療が受けられるよう支援される事に期待したい。
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	看護職員は常勤しており、毎日利用者の状態変化に応じた健康管理で支援している。主治医と常に連携をとりながら、日頃の健康管理や医療面での相談・助言・対応を行っている。職員も日常の関わりで気づき洞察を持つよう話合っている。		
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。	入院時に医療機関に対して情報提供し、医療機関の連携室又は医師と連絡をとりながら回復状況等、速やかな退院支援に結びつけている。家族にも安心して頂けるようホームでの対応可能な段階で三者一体となって体制をとっている。		
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、事業所の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	契約時、家族には重度化時・終末期の対応について説明し理解を得ている。利用者の心身状態変化時には家族・主治医・看護師・管理者で方針を話し合い、支援している。長期入院となった場合は、医療連携室・家族・ホームで話し合い次の施設へと繋げている。	契約時、家族にターミナルケアについての説明はしているが、体制整備には至っていない。事業所としては、今後ターミナルケアを実施する方向で検討している。	『看取り対応における指針』については、今後、重度化や終末期に向け、利用者や家族に具体的に説明できるように、事業所としての方針の策定を期待したい。
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	消防署の協力を得、蘇生術研修を実施している。けが・骨折・発作・誤嚥・意識不明等の対処方法は、日頃看護師より訓練は受けているが、実際になると一部の職員に頼っている。いざとなると不安である。		
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	スプリンクラーを設置している。消防署の協力を得、年2回利用者と共に避難訓練を実施している。運営推進会議で自治会や地域消防団に協力頂いている。隣接の小学校が避難場所になっている。	夜間帯を含む年2回の火災訓練を、今年度は行えていない。射水消防署の協力のもと、10月と2、3月に実施予定になっている。	火災訓練等においても、今後、年間計画の中に組み入れられる事を期待したい。

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	毎朝の申し送りや、ミーティングでケアを振り返り管理者の気づきや助言で確認を行い、ケアにつなげている。職員の意識向上を図ると共に、日々の関わり中でさりげない言葉掛けや、プライド・プライバシーを損ねないよう配慮し対応している。	毎朝の申し送りやミーティングの際に、管理者から利用者との日々の関わり中のさりげない言葉掛けや、プライド・プライバシーを損ねないよう配慮するように伝達している。	
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	アセスメントで本人の希望や好み、思い等を把握しながら、本人の力に合わせ傾聴しながら支援している。職員は利用者との関わりを通して、表情を読み取ったり反応を注意深くキャッチしながら、本人が選び易い場面作りをしている。		
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	基本的に一日の流れは持っているが、一人ひとりの体調に配慮し、本人のペースを大切に見守りながら生活している。買い物・外出・外泊等その時の本人の気持ちを尊重している。季節に合わせた行事も日々の生活の関わりから支援している。		
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	朝の着替え・入浴時の着替えは本人の意向で決め、支援の必要な方は共に準備している。家族の方にも衣類のチェックを協力して頂いたり、化粧品を準備して頂いている。訪問理美容を利用し、カラーやパーマをかけられる方もおられる。		
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	利用者と一緒に収穫した野菜や近所から頂いた野菜・魚等を調理したり、盛り付け、片付け・味見等している。職員と利用者が同じテーブルを囲みテレビを消し、楽しく食事を出来るよう雰囲気作りを大切に、一日の大切な活動としている。	食材については、業者から一括購入している。またホームの畑で作った夏野菜(茄子、きゅうり、トマト等)を収穫し、季節感ある食事がとれるよう工夫している。	利用者の役割を意識して、調理の下準備や後片付け等を一緒に行ったりできるような支援を期待したい。
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	一人ひとりの食事量を毎日チェック表に記録し職員が情報を共有している。個々の嗜好を把握しながら工夫したり、水分摂取の少ない方は詳細に記録している。暮らし全体を通じて情報や気づきで本人の食生活を様々な面から支援している。		
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	毎食後歯磨きの声掛けを行い、その人に応じて見守ったり援助している。口腔ケアの重要性を職員全てが理解し、利用者の気持ちに配慮しながら個別に働きかけ支援している。就寝前に義歯の洗浄をしている。		

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	排泄チェック表を活用し、利用者一人ひとりの排泄リズムを把握しながら、さりげない声掛けや誘導をしている。できるだけ布パンツを使用し必要があればパットで対応し、気持ち良く排泄できるよう自立に向け支援している。毎日着替えている。	排泄チェックシートを使用し、一人ひとりの排泄リズムを把握し、夜間はオムツ対応の方もおられるが、日中はなるべくトイレで排泄して頂けるよう取り組んでいる。	
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	毎日の記録から個々の状態、排便のリズムを把握し申し送りにて工夫している。毎朝職員の作った寒天や乳製品で排便の促進を促したり、体操・散歩等自然排便にとりくんでいる。下剤を使用する場合は看護師と相談している。		
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	利用者のその日の状態を確認しながら入浴して頂いている。拒否ある人は理解し、言葉掛けや対応の工夫、チームプレイなどにより一人ひとりに合わせ、安全に入浴出来るよう支援している。話を聞きながら見守りながら、出来る事は自らして頂いている。	利用者と1対1で入浴介助を行っている。原則として週2回、本人の体調や希望に応じて入浴を行って頂けるよう柔軟な対応をとっている。	
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	なるべく日中の活動を促し生活リズムを整えるように努めている。一人ひとりの体調や表情を考慮し、就寝に向けてゆったりと安定するよう支援している。寝つけない方には暖かい飲み物飲みながらおしゃべりする等配慮している。		
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	服薬ファイルは個人カルテに綴じ、職員が内容を把握できるようにしている。服薬時は本人に手渡し確認、服薬の困難な方には介助し、見守っている。薬の処方や用量が変更の場合看護師より申し送りにて詳細に記録、確認している。		
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	利用者の生活歴から本人の趣味や得意そうな事を見つけ、力を発揮できる場を設けたり、食器の片付け・掃除・洗濯物たたみ・針仕事・毛糸編み等出来る事は役割を持って頂いている。外食や地域の行事に参加で気分転換の支援もしている。		
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	玄関前にベンチを設置し、いつでも外気浴したり近所への買い物、地域ボランティアとの付き添い散歩、車で買い物、海や公園への外出等の支援をしている。四季折々には職員と利用者全員で遠出を楽しんでいる。家族の協力にて墓参りや故郷への遠出もお願いしている。	人材不足や職員の交代等があり、今年度は行えていない。利用者に出掛けることの楽しみを実感して頂けるよう、今後、実施していく予定にしている。	年間行事計画の中に、利用者中心の外出支援計画を作成される事を期待したい。

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
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	基本的にホームで管理している。お金を所持していないと不安な方は家族と話し合い自己管理している。外出時、買い物時は自分で支払えるよう支援している。小遣い帳は面会時確認して頂いている。		
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	本人が電話をして欲しいと言われた時や家族からの電話にはいつでも取次ぎ、本人の居室にて利用している。大切な人から荷物が届いた時は、お礼と本人さんにも話して頂いている。年賀状も家族や知人に出せるよう支援している。		
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	共用の場はいつも集まり易い雰囲気作りを心掛けている。茶碗を洗う音、ご飯・煮物・焼き物の匂いで生活感や季節感のあるものを活用しながら、暮らしの場を整える工夫をしている。フロアのソファでくつろいで話しをしたり、新聞や週刊誌を見たりしておられる。	共有空間は、明るく過ごしやすい工夫がされている。食事時にはテレビをつけずに、利用者が安全に食事できる環境作りに配慮している。	
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	共用空間で他の人の気配を感じながらも、一人になれる居室で過ごされるように配慮している。利用者同士居室を訪問しあい、談笑しておられる姿もみられる。ホーム前のベンチで好きな時に一人で過ごしたり、気の合う人とくつろいでおられる。		
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	家族と相談し、馴染みの物・使い慣れた物(茶碗・箸・コップ・時計・化粧道具等)を持って来て頂いている。馴染みの物が少ない方には利用者と話しながら喜ばれそうな物を配慮しながら用意し工夫している。	それぞれの居室は、ベッド、ダンス等が設置されている。ご本人の希望や個性に合わせ、ご家族の理解と協力により、馴染みのある写真等が飾られ、居心地よく過ごせる空間となっている。	
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	個々の出来る事や解る事をアセスメントで把握し、ケアプランに盛り込んでいる。本人の状態を把握しながらリスクも含めできるだけ自立を意識し、可動域の確認のもと安全に生活出来るよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 イエローガーデン作道

作成日: 平成 29年 11月 27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	共通	年間、月間計画の不備	年間計画、月間計画の作成及び体制の構築	本年度は大枠を作成後、職員会議にて修正を行う	2ヶ月
2	1	一人ひとりの職員が、理念に沿った行動目標を作成し、実行できるように管理者等が支援していくことを期待したい	理念を基に、職員自ら行動目標を設定する	理念を基に、職員一人ひとりから行動目標の考えを提出して頂き、全体会議にてチームとしての行動目標を設定する	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、行を挿入して下さい。