

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 | 1690200397 | | |
| 法人名 | 株式会社 ウェブインテリジェンス | | |
| 事業所名 | グループホームかたかごの郷 | | |
| 所在地 | 富山県高岡市伏木矢田上町134-5 | | |
| 自己評価作成日 | 平成28年2月28日 | 評価結果市町村受理日 | 平成28年4月19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28年3月23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)】

職員全体研修などにおいて、入居者様の立場になって考える事、気付きや思いやりを持つことなど、職員一人一人の向上心の育成に取り組んでいる。
 入居者様・ご家族様が安心して、ご自宅と変わらない様な生活を送っていただけるように、職員同士情報を共有し、より良い支援が出来る様に努めています。
 地域との交流を今後も継続し、地域の方々から愛される施設を目指しています。

【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)】

ケア方針「めくばり・気くばり・思いやり」を掲げ、利用者と同じ目線でのサービス提供に努めている。利用者の思い・暮らし方の希望の把握に努め、生活状況や職員の気づきでサービス内容を随時見直し利用者本位のサービス提供を行い、健康悪化時には、「当日の様子」に身体状況を詳細に記録し適切な医療が受けられるよう支援して、自宅と変わらない生活の継続や住みやすいと感じていただけるよう職員全員で取り組んでいる。
 理念「地域から愛される・頼られる施設」のもと、運営推進会議等で地域情報の収集に努め、地域の方々との交流を深めながら地域に根付いた施設を目指している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 |
| 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 | 職員全員が理念を意識した支援を共有できるように、目に付く場所に掲示してある。職員の名札の裏にも掲載し、朝礼時に唱和する事で、運営理念を意識するように心掛けている。 | 職員の意見を取り入れたケア方針(めくばり・気くばり・思いやり)を作成し、利用者と同じ目線でのサービス提供に取り組んでいる。理念・ケア方針はホーム内に掲示し、職員は毎日理念を唱和するとともに名札に携帯するなど、全員で共有を図り、常に意識したサービス提供に努めている。 | |
| 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 | 地域行事への参加、近隣の小学生・幼稚園児、ボランティア活動の方々との交流を図り、地域の一員として安心して暮らせるように努めている。 | 町内会に加入して、祭事や住民運動会の見学・公民館やコミュニティセンターの行事参加・地元幼稚園児や小学生との交流・地域ボランティア(そば打ちなど)の受け入れなど、地域の方々との交流を多く持っている。 | |
| 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 | 運営推進会議を通して、認知症の理解や支援の方法を発信している。周辺地域の方々から協力を得ることができるよう、理解を拡げる働きかけをしている。(商店、福祉施設、消防など) | | |
| 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、自治会長・地域包括支援センター・民生委員・入居者様ご家族などに参加いただき開催し、入居者の状況および活動報告を行っている。 委員の方々より評価および助言・要望等をいただいている。会議結果は職員全員に伝達され、事業運営やサービスの改善に活かしている。 | 会議は2ヶ月ごとに開催して、運営や活動内容を報告し意見交換が行われている。特に地域情報の収集に力を入れ、サービスに反映している。また、協力病院の地域連携室職員に出席を依頼して、疾病の豆知識や感染症の地域情報・留意点を教えていただきサービスに活かしている。 | |
| 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 | 運営推進会議に地域包括支援センターの方に参加していただき、意見をもらっている。日頃から連絡を密にとり、研修会に参加するなど協力関係を築けるよう努めている。 | 地域包括支援センター職員にはホームの実情を知っていただいております、いつでも相談・助言をいただく関係を築いている。市担当者には運営推進会議議事録を提出しホームの実情を知っていただき、市主催の研修会に参加するなど連携を図っている。 | |
| 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 | 施設内研修として、身体拘束排除のための取り組みについて勉強会を行っている。職員全員が意識化できるような体制を整え、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。 | ホーム内勉強会で身体拘束の具体的な内容やリスクの理解を深め、日々のサービス提供時には職員同士で確認し合い、身体拘束をしないケアが実践されている。特に、言葉による行動抑制に留意している。 | |
| 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 | 虐待防止マニュアルを整え職員の理解を深めるため、定期的に研修を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 成年後見人制度や権利擁護に関する施設内研修を行っている。 | | |
| 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 | 契約時に十分な説明を行い理解・納得を得た上で、同意の捺印を得ている。 入居者様の状態変化等により契約解除に至る場合は、その後の方針を相談し支援している。 | | |
| 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 | 面会の際などに十分な時間を取り、家族様が話しやすい雰囲気を作れるよう努めている。 施設内に苦情相談窓口を設けている。 | 家族に定期的にホームの広報誌を送付しホーム生活や活動内容を知っていただき、面会時には積極的にコミュニケーションを図り意見要望の把握に努めている。その意見・要望は記録して、職員全員で周知を図り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 | 毎日のミーティング・朝礼時において、職員は自由に意見や要望を話す事ができる。 必要に応じ、個別に聞く機会を設けている。 自己評価を行い、職員の意見や要望を業務に反映させている。 | ミーティング・カンファレンス・勉強会等で、職員が意見・提案を言う機会を設けている。管理者は、個別に職員とコミュニケーションを図るよう努めて、事業所介護長が出席する管理者会議で職員の意見・提案を協議して、運営やサービスに反映している。 | |
| 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 | 個別に話を聞く機会を持ち、職場環境・条件等の整備に努め、一人一人が役割責任や向上心を持ち働けるように努めている。 | | |
| 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 | 外部の研修を受ける機会を設けている。 朝礼時に「職場の教養」という冊子を読み上げ、倫理的側面の成長を図っている。 | | |
| 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 | 管理者や職員は研修等に参加し、同業者との交流を通しサービスの質を向上させていく取り組みをしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居前にアセスメントを何度か実施し、本人の思いや不安なことなどを十分に把握し、安心して入居いただけるよう努力している。 | | |
| 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 | 入居相談から入居に至るまで何度か機会を持ち、相談・要望・思いなどを把握できるよう努めている。 | | |
| 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 | 施設長・管理者・介護支援専門員、本人、家族で話し合い、必要な支援を検討している。 | | |
| 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 | グループホームは自宅での生活の延長上に有り、自宅で過ごすことと同じようにできる限りその人らしく生活していただくこと、職員はさりげなく支援する立場であることを、意識でき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 | 毎月の面会時、電話連絡、手紙などにより家族と情報を共有し、家族の協力を得られるよう、より良い関係づくりに努めている。 | | |
| 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 | 家族、知人との外出、外食など、馴染みの関係が途切れないよう、配慮し支援に努めている。 | 家族の協力を得て、正月・お盆・季節ごとの衣類交換時等に自宅への外出で顔なじみの方と交流を持っていただいている。家族・友人等の面会時には、居室でゆっくり過ごせるよう配慮し、利用者の行きたい場への個別外出や買い物が行われている。 | |
| 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 | 入居者様同士の性格や相性に配慮しながら、入居者様の孤立を防ぐよう努めている。 | | |

| 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 | 入院等により契約が終了した場合でも、入居者様、家族様の相談・連携に努めている。 | | |
| 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 | 入居者様の思いや要望・願いに沿えるようその都度、職員同士が考え、話し合い、支援できるように努めている。 | 家族情報や日々記録している生活状況・言動をホーム独自のアセスメントシートに整理して、利用者の思い・暮らし方の希望などの把握に努めている。アセスメントシートは心身変化や計画見直し時期に再アセスメントし、その時々思い意向の把握に活かされている。 | 重複している日々の記録(家族要望・生活状況・利用者の言動・サービス経過記録・職員の気づき等)を整理することで、職員が確認や記入しやすくする取り組みに期待したい。 |
| 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 | 入居時にアセスメントし、入居後も本人や家族からの情報収集に努めている。 | | |
| 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 | 日々の介護記録、申し送りノート、日報を活用し、日々の変化を共有しながら把握に努めている。 | | |
| 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 | 計画作成担当者が中心になり、サービス担当者会議や日々の意見交換から入居者様の現状に即した介護計画になるよう努めている。 | 介護計画はカンファレンス・担当者会議で協議して、定期3ヶ月ごとに見直している。計画内容は家族に説明して、意見・要望を聞き取り反映している。心身・生活状況の変化や職員の気づきでサービス内容を随時見直し、新しいサービスを先行しながら1ヶ月間経過観察を行い計画に反映している | モニタリング書式を整え定期的にモニタリングを実施して、介護計画に反映する取り組みに期待したい。 |
| 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 | 日々の介護記録、申し送りノート、日報などを活用し、情報の共有、把握に努めている。 | | |
| 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 | 画一的なサービスにならないように、個別支援の重要性を認識しながら柔軟な対応に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 地域包括支援センター、各居宅介護支援事業所と連携している。 地域の商店、理髪店等と連携をはかり、入居者様の暮らしを支えられるよう努めている。 | | |
| 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 | 家族様との連携を密に取り、入居者様が必要な医療を受けられるように支援している。 必要に応じて日々の様子などの情報を医師に提供している。 | 利用前のかかりつけ医の継続受診を支援している。家族の受診付き添い時には、「つながりノート」での情報提供や必要時の受診同行を行っている。健康の悪化時には、「当日の様子」に身体状況を詳細に記録し受診に活かし、ホーム看護師と24時間連絡体制を築き、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 | 職員は入居者様の日々の変化、体調不良の把握に留意し、日々の様子を看護師に報告し、相談、情報交換を行っている。看護師は正確な情報を得て判断、指示できるように支援している。 | | |
| 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。 | 入院中も頻繁に面会に行き、病棟看護師、主治医、家族様との情報交換に努めている。 | | |
| 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 | 契約時に重度化された場合の指針を説明している。 入居者様の状態に応じて主治医、家族様と相談を重ねて対応している。 | 契約時に、ホームの重度化された場合の指針に基づき事業所の対応を説明し同意を得ている。心身変化時には家族・かかりつけ医と話し合いを持ち、利用者・家族の意向に沿えるよう努めている。 | |
| 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 | 職員全員が急変、事故発生時に速やかに対応できるように研修を行っている。 | | |
| 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 | 災害時のマニュアルを作成するとともに、消防署の協力のもと年2回避難訓練を行っている。 地域の防災訓練にも参加し、職員が全員対応できるよう体制を整えている。 非常用の水、食料などの備蓄がある。 | 火災訓練時には自治会や近隣住民に声かけを行い、消防署の協力を得て利用者と一緒に年2回実施している。災害時に備え、地域防災訓練の参加・地域避難場所の確認・水、食料の備蓄が行われている。 | |

| 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 | 入居者様一人一人の人格を尊重し、入浴、食事、排泄ケアの際、職員の声掛け、見守り等において、自尊心、プライバシーに配慮できるよう対応している。 | ホーム内勉強会で人格を尊重しプライバシーを確保した声かけや接遇方法の理解を深め、サービス提供時には職員同士で確認し合い、特に入浴や排泄時のケアに活かしている。 | |
| 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 | 入居者様と職員が信頼関係を日々の生活の中で育み、個別対応を常に意識しながら、思いの表出しやすい関係を築け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 | 入居者様の思いや要望、願いを、その都度職員同士が考え、話し合い、支援できるよう努めている。 | | |
| 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 | 起床時、日中において、整髪、髭剃り、爪切りなどを見守りながら支援している。 その日に着る洋服なども、職員と一緒に選ぶことができるよう支援している。 | | |
| 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 | 毎日、入居者様と職員と一緒に食事の準備、盛り付け、片付け、買い物を行っている。 入居者様一人一人の嗜好品を把握しながら、季節感を味わってもらえるように工夫している。 | 業者に献立・食材を委託しているが、調理の仕方をアレンジして季節感や希望に沿った食事を提供している。利用者の出来る調理の下準備・後片付けを一緒に行い、職員と食卓を囲み会話を楽しみながら食事している。季節ごとの行事食や手作りおやつ・弁当を持参しての外出・地域の方からいただく新鮮野菜・果物の使用など、食事が楽しくなるよう工夫している。 | |
| 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 | 食事摂取量の記録を行い活用している。 入居者様一人一人の状態を共有しながら支援している。 | | |
| 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、入居者様一人一人に合わせて自立した支援ができるよう努めている。 就寝前は、入れ歯を洗浄液につけ、清潔を保つよう支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | オムツをできる限り使用しないで済むように、排泄記録を活用して一人一人の排泄パターンを把握し、自立した支援ができるように努めている。 | 24時間排泄記録から個々の排泄パターンを把握して、プライバシーに配慮した声かけや時間ごとの誘導を行い、トイレでの排泄を基本に支援している。また、汚れた下着やパットを交換する際も、他の利用者に気づかれないように配慮している。 | |
| 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 | 水分量、食事量、体調の変化、活動量等を考慮し、看護師と相談しながら支援している。 | | |
| 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 | 入浴剤を活用し、個別入浴や一人一人の希望に合わせてくつろいだ入浴ができるよう支援している。 体調が悪く入浴できない場合は、清拭を行っている。 | 週最低3回を目安に、職員と1対1で利用者のペースでゆっくりと入浴している。体調に合わせて、清拭・シャワー浴・足浴が行われている。移動状況が悪化しても、安心・安全に入浴できるよう浴槽にリフトが整備されている。 | |
| 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 | 生活のリズムを把握し、状況に応じた対応を行っている。 | | |
| 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 | 薬の変更、追加、効用、副作用等は、報告・連絡を職員が密に取り、受診記録、書面、日々の申し送りノートを活用して行っている。 | | |
| 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 | 入居者様のできる事や思い、要望、願いを、その都度、職員同士が考え話し合い、生き甲斐が持てる生活が送れるように努めている。 | | |
| 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 | 外出、買い物、外食の個別支援を心がけて支援している。 | 季節の花見・地域の祭事(山車・獅子舞)の見学・公民館やコミュニティセンターの行事への参加・利用者の希望の場へのドライブ・散歩・買い物など、外出の機会を多く持っている。 | |

| 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 |
| 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 | 外出の際にはお金を所持していただき、ご自分で買い物の支払いができるよう支援している。 | | |
| 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 | 電話や手紙・はがき等で連絡がとれ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 | 自宅での生活習慣を把握し、季節に合った装飾作りに取り組んでいる。 温・湿度計を置き、室温調整、衣類の調整を行っている。 | 共有空間で快適に過ごせるようテーブル・椅子は利用者の動線を塞がないように設置して、温度・湿度管理に配慮している。利用者と一緒に制作した季節の装飾品を飾り、大きな窓から春には桜の花や天気の良い日には立山連峰を見る事が出来る。利用者同士の相性を考慮してテーブル席を決め、会話を楽しむ姿や笑顔を引き出している。 | |
| 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 | 入居者様同士の関係性に配慮しながら、自由にご自分のスペースを保ちながら暮らせるように努めている。 | | |
| 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 | 馴染みの品物を自宅より持参してもらい、居心地良く安心して過ごせるように努めている。 | 居室には、電動ベッド・エアコン・整理ダンス・空気清浄機が整備されている。自宅からの持ち込みが自由で、使い慣れた家具・好みの装飾品・家族写真などが持ち込まれている。自宅の自室のレイアウトを参考に、使いやすさを考慮してベッド・家具が配置されている。 | |
| 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 | できること、やりたいこと、わかること、支援すればできることを把握し、安全にご自分の力で生活できるよう支援している。 | | |

(別紙4(2))

事業所名 グループホームかたかごの郷

作成日: 平成 28年 4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 | 23 (9) | 重複している日々の記録(家族要望・生活状況・利用者の言動・サービス経過記録・職員の気づき等)を整理し、職員が確認や記入がしやすいようにする。 | 職員の意見を聞きながら記録書類を整理しなおし、記録しやすく見やすいものとする。 | 施設介護経過の記録は廃止する。 介護計画実行表の見直しを職員の意見も聞きながら行う。 申し送りノートの記録を簡素化し、介護に関わる内容は、全て介護計画実行表に記載する。 | 6ヶ月 |
| 2 | 23 (10) | モニタリング書式を整え定期的にモニタリングを実施して、介護計画に反映する。 | モニタリングを行い、課題の見直しや評価を行う。 | モニタリングの様式を作成する。 課題の見直しや評価をどのように行っていくかを、職員の意見を聞きながら決め、実行する。 | 6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。