

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	1670102209		
法人名	医療法人社団いずみ会		
事業所名	グループホームいずみの家		
所在地	富山県富山市今泉209番地		
自己評価作成日	平成29年11月15日	評価結果市町村受理日	平成29年1月14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11月30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)】

法人の理念に基づき、お一人おひとりの、これまで生きてこられた時間を大切に、これからの時間もその人らしい生活が継続できることを目標として、良質なケアサービスが提供できるよう支援しています。その人らしく暮らし続ける支援に向けて、センター方式アセスメントシートや日々記録しているフローシート、ひもときシートから一人ひとりの思いや希望、意向の把握に努めています。また、母体病院の3名の医師と連携体制を図り、早期受診できるよう対応し、グループホームでの生活が継続できるよう可能な限り努力しています。

【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)】

法人の理念に基づいて、毎年度全職員で話し合い、より良いケアの実践につながるよう、年度の目標を決め実践に取り組んでいる。日々の生活がその人にとって安心でき心地よい日常となるよう、日頃の関わりからの気づきを情報共有し、ケアに活かせるよう努めている。
運営母体である法人の病院が隣接しており、医師との連携以外にも、病院で開催されている各研修会への参加による職員の資質向上や看護師、歯科衛生士、栄養士、理学療法士等、各専門職と必要な時にはいつでも相談できる体制である。
また、開設から13年経過している事業所は、地域と確固たる信頼関係が構築されている。事業所の情報を得た婦人部などの方々、事業所の年間行事計画に合わせて参加スケジュールを立てたり、さらには率先して近隣住民に参加を呼び掛けるなど、地域と事業所の関係の活性化を図るため、積極的に協力していただいている。

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	法人の理念を基に「感謝」や「敬意」の気持ちを込めて、利用者・家族・職場の仲間と笑顔で関わる事、「介護の専門職として学び、行動する」等職員全員で考えたグループホーム独自の年次目標を掲げ、毎週月曜日朝礼時に唱和し、職員全員で共有、振り返り実践に活かされるよう努めている。	毎年度末2月から3月にかけて職員アンケートを行い、法人の理念を基に、次年度に向けた目標を作成している。28年度は「いつも笑顔で、「目配り、気配り、こころ配り」みんなで作ろう明るい職場」と立て、目標を掲示し、周知徹底と実践に努めている。	
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	地域の行事(祭礼、納涼祭、運動会、文化展等)に参加している。又、グループホームの行事にはボランティアとして町内会や婦人部の方々の協力を得て、地域交流を図っている。年4回機関紙「あかね色」を地域に回覧し、グループホームでの生活を知っていただき連携を図っている。	運営推進会議にて事業所行事の案内をし、会議出席者の協力を得て地域の方々へ周知と参加の働きかけを行っている。また施設の広報誌を町内の回覧板にて地域へ情報発信し、地域の方がホームの行事へ参加されたり、町内の行事へ入居者と出かけているなど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	運営推進会議で事業所での成果を踏まえて認知症理解を含め話し合い、報告の場を設けている。機関紙の回覧、看護学生、医大生の実習、14歳の挑戦の受け入れも行っている。		
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か月毎に、家族代表、町内会、婦人会、長寿会、民生委員、地域包括支援センターらが参加し、認知症の理解に向けて日々の生活の様子を写真と共に報告し、意見交換の場を持っている。又、地域の文化祭には利用者と一緒に制作した作品を出展している。	会議は奇数月の第四木曜日と決め、会議参加関係者に年度初めに1年間の開催日程を案内している。家族参加は、住居が遠方であったり勤めがあるなど、参加は少ないが、毎回必ず数名の家族の方が出席されている。会議の中で表出された意見要望等は、議事録により職員間の情報共有が図られている。	会議に参加できなかった家族にも、事業所の実情を理解していただくために、事業所便りの活用や文書で案内するなど、話し合った内容を知っていただく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に取り組んでいる	地域包括支援センターとの連携で運営推進会議に参加してもらい情報や意見をもらっている。毎月介護相談員の訪問がある。	隔月に一度の運営推進会議に地域包括支援センター職員が必ず参加して、事業所の運営や取り組みについて情報共有ができており、いつでも助言・相談をいただく関係を築いている。市から派遣されている介護相談員の訪問を受けている。	
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	マニュアル設置、高齢者虐待についての勉強会を実施している。正面玄関は面会時間と職員の手薄な時間を考慮し、10時から12時、14時から16時は開錠している。言葉でのスピーチロックに注意し全職員で理解に努めている。	毎年1回身体拘束等虐待に関する研修会を実施し、周知徹底と振り返りを行っている。玄関は安全を考慮し時間を決めて解錠している。施錠は入居者の行動制限ではなく不審な外部侵入者を防止する為であり、入居者が外出したい様子の時は、いつでも一緒に外に出よう取り組んでいる。	
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	母体病院の医療安全委員会に属し、研修会に職員全員参加し、周知徹底、防止に努めている。		

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
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	母体病院での研修会に参加し学ぶ機会を持っている。又、認知症実践者研修修了者より職員に説明、アドバイスをを行う。グループホーム内にパンフレットを掲示し、必要に応じて家族にも説明を行っている。		
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	管理者から家族へ契約書、重要事項説明書に沿って説明し同意を得ている。料金改定時には、変更の趣旨を説明し同意を得ている。退去時は今後の方向性をアドバイスし、不安や疑問等随時対応している。		
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	意見箱の設置、家族満足度アンケートの実施、毎月の相談員訪問、運営推進会議時の家族参加等を通して苦情や意見を頂いている。把握できた情報は出来る限り改善していくよう取り組んでいる。	毎年行っている満足度アンケートの結果を基に改善に取り組んでいる。改善が必要な内容については朝礼時に職員に周知をし、会議で改善にむけて話し合っている。	
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	全体会議やユニット会議、朝礼会議等で職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映できるよう心掛けている。ユニット毎の改善ノートを活用。職員は各委員会活動に参加し、全職員が把握できるように朝礼会議で会議の報告を行っている。	3ヶ月に1回ユニット毎に全職員が参加し、運営に関する改善、提案など、解決に向けた話し合いが行われている。ユニット会議の内容は翌日の朝礼会議で申し送りされ、ホーム全体で共有されている。	
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	実践者研修、介護福祉士受験等の資格・研修奨励と資格手当の支給。今年度は全ユニット温水器の新調とコピー機の新調等職場環境も整備されている。年次目標を通して振り返り、ケアの質の向上に努めている。介護職員処遇改善加算(I)平成28年4月より		
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	院内・外の研修、県グループホーム協会に参加。朝礼時、研修参加者から伝達・報告している。又、いずみの家独自の研修マニュアル作成し、新人研修期間を設け、新人エルダー制を取り入れている。年度初めに新人・中途採用者研修あり。		
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	法人のグループ交流研究発表会、県グループホーム連絡協議会の研修や交流会への参加。		

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・本人への事前面談・見学を実施。本人の意向を汲み取れるよう必要に応じて事前に本人と個別に話す機会を作っている。又本人の不安が増長しないように初期対応に心掛けている。		
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	管理者が、家族との事前面談時、相談内容が事業所としてどこまで解消でき受け入れ可能なのか、又、今後の方向性を互いに確認。要望書の活用。		
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・家族の意向も踏まえ、必要に応じて地域包括支援センターや他施設の相談員に相談。利用も含め対応出来る様努めている。		
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	年次目標や楽しみ、笑顔、笑いをモットーに、家事作業や行事・本人希望のドライブ・買い物等を通して職員は利用者から学び助け合いながらその人に合った生活を送ることが出来るよう心掛けている。閉鎖された環境にならないよう努めている。		
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	行事は家族も一緒に参加できるよう企画立案。納涼祭ボランティアあり。衣替え・ズッククリーンデー協力依頼。面会時見送り時には健康状態も含めたいずみの家での本人の様子や要望等報告。相談経過記録に記入し職員同士共有している。家族に本人との外出・泊を求めることもある。入居時センター方式(A-1、B-3)にて家族からの情報も共有しお互いが支えていく認識を持つよう協力を得ている。		
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	退居された方のお見舞い、個別に関わることで馴染みの関係が途切れないように努めている。ドライブ時要望に応じて自宅周辺や馴染みの場所(床屋など)へ外出する機会がある。	入居者の馴染みのある店舗へ買い物に出かけたり、ドライブのついでに本人の行きたい場所に立ち寄り等している。職員がお連れできない場所には家族の協力を得て、外出支援を行っている。家族と出かける際は、天候や身体状況等を考慮し身支度を行い、外出しやすいよう配慮している。	
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	茶話会、体操、家事作業、散歩等を通じて関わりの時間を多くとれる体制作りに努めている。集える場所の提供(ソファの設置)、食席の考慮。ユニットを超えた交流。独歩の方が車椅子の方を押して散歩をしている。		

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	隣接の病院に入院された時など、関係が途切れないように利用者と一緒にお見舞いに行っている。その際家族の相談に乗る等継続的な関わりに努めている。		
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	利用者、家族と濃密な関係を築くため担当制にし、思いや意向を把握。D-1.2シート、Eシート活用。アセスメントを行いさりげない援助が迅速にできる様努めている。要望書の活用、随時意見があれば対応している。事例検討会では、ひもときシートを活用。本人が望む状態とズレが無い様適切なケアに努め介護計画に反映している。	日々の関わりの中からの表情の変化や、いつもとは違う言動があった場合など、それらを記録に残し職員間で情報共有している。本人の思いに沿ったケアの実践のため健康面から環境面まで、8つの項目視点で分析を行う「ひもときシート」を活用し、丁寧に分析され介護計画に反映されている。	
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	A-1、B-3ご家族記入のセンター方式の活用。計画作成担当者と各利用者の担当で本人からの情報も含めアセスメントを活かし情報収集し介護計画に取り入れ全職員が共有している。		
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	各ユニット当日リーダーが全体を把握し、朝礼後各職員へ申し送りと情報を伝達。「出来ること、出来ること」を見極め利用者のペースに合わせ見守り、一緒に行う。情報の共有をフローシートにて行い、リーダー以外の職員も情報伝達、記録記入し全体像の把握に努めている。		
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	D-1.2、Eシート活用(追加記録出来る様ボールペンで色別の工夫)。ケアプランプロジェクト結成し、介護計画の遅れ等ないよう現状のズレの無いよう努めている。計画作成担当者と利用者の担当が密に情報収集。家族に要望書配布。介護計画作成後家族とカンファレンス実施。事例検討会ではひもときシートを活用し介護計画へ反映している。	センター方式を活用し利用者の心身状態、経歴等を十分配慮し、家族の意見等を踏まえケアプランを作成している。また、定期的なモニタリングはもとより適宜、利用者の状態や本人・家族の意向等を踏まえ見直している。	
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	日々の記録はフローシートを活用し、日々の様子を個別にまとめることで情報を共有しやすいようにしている。経過記録は「フォーカス」を使用。毎月BMI測定。改善ノートを活用し個々のケアが出来る様ユニット・全職員でケアの統一に努め介護計画に活かしている。		
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	いま泉病院より3名の医師と連携。早期受診対応でき、生活の継続は可能な限り努力している。又いま泉病院リハビリ職員に基本的なリハビリの仕方などアドバイスを受けている。歯科衛生士への相談、口腔ケアのアドバイスも受けている。新聞、ヤクルト、栄養補助食品の個人購入。ご家族満足度アンケート実施。		

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	避難訓練に消防隊員や町内の応援があり、またバスハイクや納涼祭等のグループホーム行事に町内婦人部のボランティア参加がある。母体病院や町内の行事にも参加している。		
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	本人、家族の希望のもと母体病院の医師又は本人の馴染みの医師がかかりつけ医となり、連携を図る。必要に応じ他医療機関にも受診できるよう支援している。	入居契約時にかかりつけ医の意向を確認し希望する医療機関で受診している。家族の付き添いで受診時は、状況報告書をお渡しし、円滑な受診とな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	看護師は常勤していないが、母体であるいま泉病院の看護師との連携体制あり。常に主治医と連絡を取り適切な受診や看護を受けられるようにしている。		
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。	入院先に経過要約書や近況報告書にて情報を提供し、環境の変化によるダメージが少ないよう支援している。また、早期退院に向け入院先の相談員と連携を図っている。		
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	契約時に重度化した場合の説明をし了解を得ている。終末期には家族の意向を踏まえ主治医の判断に基づきチーム全体で支援に取り組んだ。5月に当グループホームでターミナルを迎え終末期ケアの実践となった。	重度化に対する看取りの指針、マニュアルを整備はしているが、原則的には契約時に重度化について書面で明示し、重度化になった場合には早い段階で相談し医療機関に移る事を説明している。しかしながら今回、家族の強い希望により主治医と家族、事業所で相談を重ね、職員も勉強会をひらき看取りを行った。	
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	急変時は医師との早急な連携にて対応。 1, 2階職員事務室に急変時の対応について掲示。医療安全・感染マニュアル、AEDの設置。また重要項目の勉強会を開催している。		
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	火災時の対応マニュアルを朝礼時週1回唱和。年2回地域住民の方を交えて消防訓練を実施。避難道具を各ユニットに設置。現在の在籍総数を表示、朝礼時職員間で把握する事で災害時の人数把握に活用。避難余暇実施。母体病院に避難食備蓄あり、協力体制を図り、生活の中で災害に対する意識づけがなされている。	各部屋の室札には避難誘導の際に役に立つよう、一人避難できるか、介助が必要かが一目分かるように表示されていたり自己評価記載欄に記載のとおり、災害時における備えは徹底されている。また、年二回の訓練の他に日常的にレクリエーション活動の一部に避難訓練が組み込まれており非常災害に対する意識の高さが見られた。	

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	守秘義務の徹底。勤務中の私語や利用者の尊厳を傷つける言葉・話題を禁止している。「親しき仲にも礼儀あり」等の標語を毎朝唱和し職員が利用者1人1人に合わせた対応ができるよう心掛けている。母体病院での院内研修(接遇)に参加し実践できるよう心掛けている。	プライバシーや接遇マナー、倫理等の研修を受け、個々を尊重した対応と理解しやすい言葉遣いを心がけている。入居者にとって心地よいコミュニケーションの取り組みについて、現状把握のアンケートをもとに研修を行い、良い言葉かけ、好ましくない言葉かけについて周知徹底している。	
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	日常生活においてできる事、できそうな事を見極め日常生活の中で選択できるよう心掛けている。また言葉の理解困難な利用者にはジェスチャーや筆談等で意思の疎通を図っている。		
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	食事、おやつ、入浴等決めてはいるが各ユニット毎に利用者に合わせたタイムスケジュールになっている。土、日にドライブや買い物等希望を募り外出の機会を設けている。希望のもと散歩したり、外食の機会も作っている。		
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	毎月出張美容院あり、カット、毛染め、パーマをしてもらっている。又普段着とパジャマの着替えで昼夜のメリハリをつけ、誕生会や外出時にはおしゃれ着に着替えたりお化粧をしている。ネイルや毎朝お化粧をされるおしゃれな利用者もいる。		
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	三食とも職員と利用者が一緒に調理し、食事、片付けをしている。献立では行事や季節に合わせたメニューを取り入れている。利用者の希望でラーメン、パスタ等洋食も取り入れたり、梅干しやらっきょう作り等利用者に教わりながら作る場面も大切にしている。	調理や準備、あと片付けなど入居者と共に行っている。また毎月開催する食事委員会にて、残飯状況から献立の見直し、月1品の新メニューを考案したり行事食、外食など、食事が楽しめる工夫を行っている。母体の病院の栄養士によりランダムに抽出した献立の栄養評価を行っている。	
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	一人一人の食事、水分量を観察、毎回チェックし確保に努めている。年2回管理栄養士にカロリー計算してもらっている。又家族の協力で本人の嗜好食品やふりかけ等で食欲増進できるようにしている。毎月BMI測定、主治医と連携し体調管理を行っている。		
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	一人一人の口腔ケアの徹底。自己管理できない利用者には必要に応じてホール洗面所で預かり就寝前の義歯洗浄や口腔ケアを実施している。母体病院の研修(口腔機能の働き)参加や歯科衛生士による指導あり。		

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	フローシートにて一人一人の排泄パターンを把握し必要時はトイレ誘導。夜間必要性のある方はポータブルトイレの活用。改善ノートやユニット会議にておむつの必要性の有無の検討もしている。	個々の排泄記録からパターンを把握し、行動や仕草も見ながらタイミングを図り、日中はトイレに行けるように誘導したり言葉がけをしている。一人ひとりの排泄機能にあたりハビリパンツやパットを検討し排泄の自立に向けた支援をしている。	
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	AMおやつ後の体操、水分補給の徹底、食後のコーヒータイム。繊維質野菜・牛乳・ヨーグルト等取り入れている。さりげない排便確認。腹満、グル音の確認。センナ茶の活用。排便時、腹圧助動。便秘対策に心掛けている。主治医と連携し排便コントロール、下剤の服用の指示もある。		
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	各ユニット、週2回入浴できる日を決めている。入浴の順番は、その都度、利用者の希望を考慮している。拒否時は無理強いしないで、時間をおいて再度声掛けしたり、希望あればシャワーのみの対応をしている。又、気の合う利用者同士で入浴したり、本人のペースに合わせ、ゆっくり入浴できる工夫をしている。他の入浴日に入浴できる体制がある。	入浴は各ユニットで日は決められてはいるが、状況や要望に応じて柔軟に対応している。入浴時間は職員との会話などゆっくり楽しめるようにしている。その他にゆず湯やみかん湯など季節風呂を提供し、変化を演出する試みを行っている。	
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、無為に過ごすことなく、閉じこもりや昼夜逆転のないよう、活躍の場を提供。夕食後のお茶会では、お菓子を食べながら談笑し、夜間の良眠に繋がるよう心掛けている。消灯時間が遅れて就寝する方もいる。夜間の居室冷暖房も本人に合った室温を支援している。		
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	フローシートに定期臨時・相談経過欄を設け、主治医からの指示等、全職員が共有。薬の効能書を添付し常時確認できるようにしている。(お薬手帳活用)変更時は、3日間送り、共有。服薬チェックする事で、誤薬防止に努めている。錠剤の数が多い人は飲みやすいよう分けて服用したり、粉末にしたり、専用のケースに入れ服用(ビヤリット対策)。プラセボ効果の活用。		
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	センター方式のD-1・2、Eシートから抜粋し新しいアセスメント用紙を使用。「ひもときシート」からも介護計画に反映、全職員が共有している。日々の生活に役割を持ってもらうようにし、楽しんで生活できるよう支援している。マシンやエアロバイク、仏壇の持ち込み。通販で好きな衣類の購入。希望があればお酒も提供している。		
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	基本土日以外外出日を設定。行きたいところ、買いたい物を聞いて実施。地域のお祭り、初詣、山王祭り、朝日饅頭を買いに行っている。家族面会時には、外出の機会も作ってもらうよう協力を得ている。年1回、バスバイク(町内婦人部の協力)実施。本人の希望に沿って出かけるなど外出支援に努めている。	気候や天気の良い日は散歩や玄関先で外気浴、希望に沿ったドライブや買い物に出かけるなどの個別対応、初詣や花見、地域の祭りなど季節に応じた外出の支援を行っている。また、家族や地域の協力も得て外出の機会を多く作るよう努めている。	

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
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	自己管理できる限度額をご家族や本人と協議し決め判断してもらっている。ドライブや買い物の際、レジにてお金の支払いができるよう個別に関わっている。バスハイクや買い物の時に支払いの機会を作っている。公衆電話を個人でかける。		
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	公衆電話設置。電話を掛けられない利用者は、職員が取り次ぐ。携帯電話の持込み使用も可能。希望者は年賀状や手紙のやり取りも支援している。		
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	テーブル・ソファを設置し、寛いで談笑できる環境づくり。季節を感じられる飾付け(門松、おひな様、五月人形など)。各居室前ののれん設置し季節に応じて取替え。毎月生け花を利用者と一緒に行っている。業務計画表に環境チェック欄を設け、日々確認。各ユニットに利用者や職員で作った作品が展示されており、各ユニットで行き来が出来る環境になっている。	キッチン・食堂・リビングは、車いすや歩行器を使用しても移動がしやすい広さがあり、食事を摂るスペースとくつろげるスペースとに分かれており、利用者が自由に居場所を選べ過ぎやすい。見やすい位置に手作りの日めくりカレンダーをかけ、季節ごとに七夕やお月見などの飾りつけを行い、日時や季節が分かるよう配慮されている。	
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	気の合った利用者同士で寛げる空間作りに努めている。必要時、テーブル・椅子・ソファの配置を変えるなど職員が臨機応変に対応している。利用者同士で将棋をしている。		
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	各居室になじみの、のれん・椅子・テーブル・カレンダー・テレビ・仏壇、エアロバイク等を家族にも協力を得て設置。又、各自の作品・誕生カードを掲示し、本人の状態に合わせてベッドの位置や備品の位置などを変更し、一人ひとりの暮らしを尊重した支援になっている。	居室には以前使っていた家具や使い慣れた物が、家族の協力を得て持ち込まれている。また、一人ひとりの生活習慣や現在の歩行状況や立ち上がり動作などを勘案し、生活しやすいよう、家具が配置された居室は、利用者がゆったりと過ごす様子がうかがえた。	
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	手すり・肘掛イス・車イス・歩行器の定期点検。ベッドには好みや状態に合わせて、タオル、マット等使用し、頭部・下肢・高さの工夫をしている。シャワーチェア、バスポッドの活用。状態に合わせて、担当者中心にカンファレンスや改善ノートで、対応策を見つけ出すよう心掛けている。事例検討会や全体会議でも話し合っている。タリパリンやコールボタンの活用、必要時は主治医指示のもと、家族の同意を得てセンサーマットも使用可能。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム いずみの家

作成日: 平成 29 年 1 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	4	運営推進会議に参加していただいている家族がいつも同じメンバーになりがちのため、会議の内容が他の家族に伝わらない。	地域の理解と支援を得るための貴重な機会なので、色々な家族の率直な意見をもらい、サービスの向上に活かしたい。	・会議の内容や次回開催日を機関紙等でお知らせし、家族全員に参加依頼をしていく。 ・参加できない家族には、面会時に要望や意見等あればお伺いしていく。	24ヶ月
2	26	D-1・2、Eシートの活用でアセスメントの記録がしやすくなったと言う意見もあるが、アセスメントやモニタリングがスムーズに行えない職員もいる。	・アセスメントがしやすくケアプランに反映できる。 ・モニタリングを定期的、随時に行い、ケアプランの評価ができるようにする。	・Eシートには、本人本位の視点での課題や気付きを大切に記入していけるようにする。 ・ケアプランの短期目標の終了前と、状態が変化した時にモニタリングを行い、必要があれば目標を修正する。	24ヶ月
3	11	出勤者全員やユニット毎の話し合い、簡単な打ち合わせはあるが、ストレスにつながる悩み等その場で意見できない事もある。	・いつでも意見できる雰囲気維持できる。 ・精神的ストレス緩和と業務改善が行え、仕事にやりがいを持てる。	・年1回ずつ、計画作成担当者、管理者と面談を行う。 ・普段は伝えにくい事を聞き、本人の向上心につなげるアプローチをしていく。	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、行を挿入してください。