

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	1691600116		
法人名	株式会社リハ・システムウェイ		
事業所名	グループホーム利田の家		
所在地	中新川郡立山町利田672-12		
自己評価作成日	平成28年10月20日	評価結果市町村受理日	平成29年1月20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10月26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)】

平均介護度は2.8ですが、生活自立度が高い方から自発的な動きが少なく車椅子の方まで幅広い方々が入居されています。特に力を入れていることは、介助を多く必要とする方の身体介護技術の向上です。移乗動作では、職員の腰痛予防の視点と介助を必要とするご本人の視点から考え、入居者それぞれにそれぞれのやり方を実施しています。また、ベッド上での姿勢(ポジショニング)においては、二次的障害(変形・褥瘡など)につながらないように配慮した取り組みを実施しています。排泄については、昨年同様オムツ業者と連携し、薬については薬局と連携し、医療については主治医と連携し当ホームだけで解決せず他サービス機関と入居者18名の生活を支援しています。

【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)】

閑静な住宅地でありながらも、大型スーパーも近くにあり、豊かな自然と日常生活の利便性を兼ね備えた立地にある。代表者は理学療法士の知識と経験を基に入居者の身体機能に応じた介助方法に加えて機能改善につながるように福祉用具(歩行・移動補助具)を利用し、入居者の機能向上を意識したケア実践を行っている。平成26年に開設して2年経過の新しい事業所でありながら、これまで歩行状態の安定や日常生活機能の改善で4名の在宅復帰を支援した。また2階には学習塾があり、子供の出入りはホームの入居者にとっても活気ある刺激につながっている。また子供たちとおやつ作りなどで交流する機会を作っている。ホームの行動指針の一つ「笑顔になれる環境作りを目指します。」の実践の一環が伺える。

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	地域密着の意味を捉え、納涼祭などの行事において地域の方の力をお借りできないかお願いするなど、職員全体ができる、できないではなく、取り組もうとすることが増えてきた。	理念「人間尊重・チームワーク・笑顔」は、職員全員の意見を出し合い作成されたものである。この理念を実践に結びつけるため、ミーティングやケース検討会議で振り返り、共有に努めている。左記の納涼祭や地域への働きかけは、理念のチームワーク実践となる。	
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	地域から求められることは「認知症講座」の開催であったり、当ホームから地域へは、住民運動会、お祭りへ参加している。近所のスーパーで近所の方に会いご挨拶など普通に行っている。	事業所記載の地域へ出向く活動の他に、地域のボランティアの慰問など双方向の交流に取り組んでいる。また、地域の小中学校等との交流にむけての働きかけも行っている。	
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	今年、当ホームの職員が「認知症指導者研修」を受講してきたことから、包括支援センターとのつながりが密になり、今年度内に認知症カフェを実施する計画を立てた。		
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ヶ月に一度だが開催時には、包括支援センターや行政の方、家族が参加され貴重な意見や方向性を示唆して下さる。積極的に真剣に提案して下さるのでそれらにすぐ応えようと努めている。	参加者から、『毎月配布している施設広報誌「利田たより」を入居者にも見てほしい。』との意見を受け、施設内に掲示するようになるなど、会議で出された意見を運営に活かしている。会議後は議事録の配布、事業所内への掲示を行っている。	
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	介護相談員が2ヶ月に一度訪問して下さり、入居者と交流していただいている。行政の方には、運営推進会議や認知症カフェの計画などで相談させていただきその中で地域の中の役割などを教示いただいている。	行政機関とは、困難ケースの処遇や運営について、いつでも相談できる関係が構築されている。また、現在、認知症カフェ開催に向けて、行政機関に相談や助言を受けながら実施にむけて取り組んでいる。	
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	今年、身体拘束の研修会へ職員を参加させ、その内容を周知した。昨年よりも拘束・虐待の意味を理解し行動しているように感じる。しかし、言葉の拘束については、配慮していながらも時には聞こえるのでまだまだ周知徹底が必要である。	身体拘束に関する外部研修参加者より伝達研修を行い、研修内容の周知を図っている。しかし、現状では、職員の「ちょっと待って！」など言葉による抑制につながる事について代表者は課題ととらえている。	開設より身体拘束をしないケアの実践を行っており、現在にいたるまで拘束を必要とする場面が無かったとの事であるが、今後、認知症状の進行過程の中で一時的でも必要になる場面も想定し、身体拘束に関する書類等を整え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	管理者は、特に身体における傷や内出血について注意を払っている。いっどこで作ったのかを追求するために、ヒヤリハットの報告書が多く提出される雰囲気が出来上がっている。		

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	今年権利擁護の研修に職員が参加することができず、また、そのキーワードに関心を持つことができなかった。翌年は、研修計画に盛り込み職員全体の知識を上げていきたい。		
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	契約は、施設長と管理者が立ち会うようにしている。大切な部分については、アンダーラインを引かせていただき、一方的な説明にならないよう相手の注意が向くような配慮もしている。		
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	家族からの意見は面会時などにいただくので、その場面を大切なコミュニケーションの場と考えている。要望や苦情が聞けるのでそれらとその対策を職員に周知し、すぐに反映できるよう努めている。	遠方の家族には、電話連絡の際に要望など伺うようにしている。その他では面会時に職員から声かけし要望や気づきなど伺うようにしている。家族からの要望は個人記録に記載し、職員間で共有できるようにしている。	
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	月に1度、全体会議があるのでその場で運営推進会議で挙げた課題や、日頃からうまくいかないことを話し合い解決する場を設けている。スピードが必要な課題に関しては、早めに意見を収集し反映できるよう努めている。	定期会議まで待てない議案については、そのつど施設長と管理者で話し合い解決にむけて取り組んでいる。施設長や管理者で解決できない課題は、代表者に相談し、解決している。代表者は事業所に常駐し、直接介護現場にも入っているため、いつでも相談できる環境にある。	
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	今年、キャリアアップ、昇給制度などを全面的に見直し、職員への「見える化」につながるよう取り組んでいる途中である。何を目指し、何を達成して欲しいのか、提示できるように作成している。		
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	介護に関する研修に限らず、人を褒めて伸ばすための研修など一般企業が参加している研修に積極的に参加してもらった。介護という枠にはめずに参加を促している。研修に参加したいという職員が固定化してきているのが課題と感じている。		
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	グループホーム連絡協議会に所属し、研修会や交流会に参加することを促している。また、同業者のつながりの中で、見学を依頼し職員を何人が連れて行った。そこで当ホームの良いところ足りないところを客観的に考える機会とした。		

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
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	入居までに介入したサービス事業者、ケアマネジャーからの情報も大切にしながら、当ホームでの生活の中でもっと深く要望を聞き取れるよう関係づくりを行っている。本人だけでなく家族からの情報が鍵となることが多い。		
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	今までの生活を真摯に受け止め、相手を尊重しながら傾聴するように努めている。		
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	当ホームのサービスが一番良い選択かどうかは、状況を伺いながら判断している。また他サービスが必要な際には提案も行い、積極的に他事業所に連絡することもある。		
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	本人のできること、難しいところを知ると、難しいところに支援するだけで、入居者同士の会話が生まれることを経験している。笑顔で会話している様子を見るとこちらまで笑顔になる。		
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	認知症が進むと家族は悲しまれ、面会が苦しくなるとおっしゃる。入居者の様子を伝える際に、入居者に家族の存在が必要だったこと、そしてこれからも必要なことを伝え関係性を再構築していけるよう取り組んでいるが、とても難しい。		
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	懐かしい環境に出向くこともある。例えば、入居者の家、その近所、通っていたスーパーなど。様子が変わったことに寂しさも伝わるが、そこからまた過去の話を引き出したりしている。	外出した際に、意図的に本人の家の近くを通過して自宅に立ち寄りしている。時には、自宅に咲いていた花を摘んでホームに持ち帰り、他の入居者と共に鑑賞し話題を広げる機会にもしている。馴染みのある場所へ日常の会話から聞き取り、出向くようにしている。	
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	自然と生まれる声かけ、接触、コミュニケーションはとても美しい。それらが単発で終わらないよう職員が気づき、声をかけることで関わり合いの時間が長くなるように努めている。		

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
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	今年、4月に退所された方は、家族から電話があり、ご相談に応じていた。他サービスへつなげるなど、できる限りの支援(知恵・情報)を実施している。		
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	センター方式アセスメントシートなどを利用し、暮らし方の要望は把握に努めている。職員の能力の差が見受けられたので、内部研修を実施した。これからも表出されにくい要望を聞き取れるよう技術を高めていきたい。	個人記録に記載されている情報で、ケアプランに反映が必要と思われる情報はマーカでしるしをし、担当職員が、ケアプランの作成に使用するアセスメント情報シートに記載している。日常会話や表情から思いをくみ取り、記録に残せるよう研修等を通し技術UPに努めている最中である。	入居者の思いや意向を把握する視点、気づきについて、個々の職員の経験値や感覚などに左右されず、ばらつきなく行えるような仕組みづくりを期待したい。
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	会話の中で出てきた過去の話題などは、職員へ周知するために1日の介護記録の中に記すようにしている。		
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	過ごし方がパターン化してきているが、それが要望ではないのではないかと感じる。その人らしく、を考えるには職員側の柔軟性も必要と感じるが難しい。		
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	本人の想いを尊重することを重点的に、ケアプランに反映しようと努めている。アイデアや意見がもっと挙がり、もっと深くとらえられるように家族からの情報収集をもっとしなければいけないと感じている。	計画作成担当者(ケアマネージャー)と担当職員で介護計画の見直しと作成・モニタリングをケアプラン更新時(3ヶ月～6ヶ月毎)に行っている。	
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	独自で作成した時系列シート(介護記録)に、まずは職員の主観を書かず、事実を記録するような取り組みをしている。職員の主観が邪魔して本人の本当の思いが消されることもあるので、記録にはこれからも留意していきたい。		
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	特に家族からの要望で、私たちが考えることもなかったことは、大きな気づきになっている。家族から教えてもらうことはたくさんある。柔軟に対応している。		

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	地域資源として、後見人などの紹介をした。		
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	本人の状況・家族の情報に合わせてかかりつけ医に受診(往診含め)している。日常生活の中で気づいたことを受診の際に医師に伝え問題解決に努めている。	かかりつけ医の選択は入居時に家族及び本人が決めている。受診は家族の付き添いによるが、受診時には日頃の様子と医師に相談したい情報をメモにして伝え連携を図っている。緊急時は施設長及び管理者の判断のもと家族に連絡し、施設職員が付き添っている。	
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	今年、入居者の一人が訪問看護を利用して。相談はもちろんさせていただくが、具体的な指導もいただいている。1週間に1度看護師とも相談し、方針を決定している。		
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。	病院の地域連携科の方とは、よく電話でのやり取りをしている。良好な関係だと思っている。		
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	契約の段階でも年齢とともに衰えていくことや看取りについて説明し、傾聴することを努めているが、普段の面会時にも話しをしている。イメージできる家族とイメージできない家族があるので、ペースを見ながら方針を共有している。また、往診してくださる医師とはよく方針を話している。	看取り指針を整備しており、介護スタッフにむけて看取りに関する研修を事業所内で実施している。看取り支援に関しては、家族及び主治医と相談しながら対応している。これまで事業所内での看取り支援を3ケース行ってきた。	
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	今年に入って、急変時に備えた勉強会を行っていない。年間の研修計画に盛り込んでいなかったの、早急に検討したい。		
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	ニュースでグループホームでの事故などが放送されると話題に挙がるが、具体的に火災、地震、水害などに分けた避難方法のマニュアルがないので早急に作りたい。運営推進会議で避難時の協力などを地域の方に伝え、いつか一緒に練習できるといいね、と返答いただいた。	年2回の火災避難訓練の実施は行っているが、他災害を想定した訓練、マニュアル等の整備が十分でない代表者も認識されており、今後の取り組み課題と思われる。	地域との協力体制構築や夜間想定訓練、避難方法のマニュアル作成、災害時の備蓄等の備えに期待したい。

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	接遇から始まり、言葉の拘束にもつながることなので、プライバシー、個別ケアの認識がもっと深まり、日々の介護に生かされるように深い研修を行いたい。気づきのバラつきをなくしたい。	個人の尊厳を守る基本的な言葉かけや接遇方法について理解し実践に努めている。代表者は今後、入居者一人ひとりにあった会話の仕方や対応方法について理解を深める研修を計画し、職員個々の対応のバラつきをなくすよう考えている。	
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	自己決定できるように支援している。黒子に徹するという考え方が少しずつ浸透してきている。		
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	一人になりたい時間、横になりたい時間などサイクルがわかるのでそのルーティーンにはめ込もうとすることももあるかもしれない。今一度、見直したい。		
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	選択してもらい、自己決定できるような関わりを取り組んでいる。		
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	入居者のできることをそれぞれしていただいている。テーブル拭き、味噌汁をお椀に注ぐ、食器洗い、食器拭き、お茶入れ、皮むき、味噌汁の味見など・・・。	献立、食材は業者を利用しているが、近所からの差し入れの旬の野菜を使用し調理するなど柔軟に取り組んでいる。食事の準備はできる方には手伝ってもらおう職員は意識して声掛けしている。外食等を希望を聞きながら小人数で出かけたり、おやつなどは近隣のスーパーへ入居者と共に買い出しに行くなど、食べる楽しみになる場面づくりに心掛けている。	
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	嚥下能力などを見ながら形態を変えている。1日全体で見ているので、1回の摂取量が少なかったとしても他の何か(タイミング・食べ物)で調整している。		
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	外部研修において「口腔ケア」を受講してきた職員が、舌磨きについて取り組みを提案し、実施前の写真を撮り、経過を見ているところ。		

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	GP(紙パンツ)から布パンツ+パッドに変えた方もいる。今年、オムツ専門士が当ホームに2人誕生し、意識が高い。また、漏れなどの状況をオムツ業者に伝え、対策方法を提案いただいている。	排泄記録をとり、排泄パターンを把握し一人ひとりに応じた誘導のタイミングをみつけ、トイレでの排泄ができるように支援している。その結果、排泄機能が上がり紙パンツから布パンツへの変更を行っている。	
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	水分やおやつなどで調整することを基本とし、それでも出なければ薬に頼ることもある。		
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	一人ひとりのタイミングを見て入浴していただいている。職員とのコミュニケーションも楽しみながらマンツーマンで入浴することが多い。座位が保持できない方に関しては2人対応している。	ゆず湯や菖蒲湯など古くから親しまれている風習などを取り入れている。入浴ができない方は清拭(体を拭く)や足浴などで体の清潔を保ち、気持ちよく過ごせ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	不安を取り除くことが安眠につながるため、その状況に応じて、対応しています。		
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	薬について全般は薬局が中心。新しく飲み始める薬の情報、玉薬を砕いて提供しても良いかなど細かな相談をタイムリーに行っている。		
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	行事などでは持っている能力を発揮していただけるようお仕事を作っている。行事では、季節感やいつもと違った高揚感など味わってもらっているが、気分転換になっているかどうかはわからない。		
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	一人ひとり、その日その日で歩けたり歩けなかつたりする。また気持ちも波がある。その中でも意欲、欲求を強く訴えることもある。その場に合わせ支援している。花見は民生委員と毎年行っている。	日頃はホーム周辺の散歩、買い物、その他では、その日の状況を見て車でドライブやお誕生日の方を中心に外出計画をたて個別支援している。	

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	スーパーでの買い物では、自分でお金を払っていただくこともしている。店員とのコミュニケーションもうまいくよう支援している。		
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	広報紙として「利田たより」を毎月発行し郵送している。その際に、一言手紙を添えるなど、家族とのつながりが絶たれないように工夫している。		
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	入居者が座りたい椅子、居たいと思う場所を見つけられる方は、自由にさせていただいている。行きたいと思うところに行けるよう配慮している。季節が室内だとわかりにくいので、装飾品などでイメージの手がかりになればと一緒に作成している。	平屋でユニット間の移動(交流)がしやすく、入居者は自分の思いで行き来できている。共有空間の中には他者の視線を気にすることなく過ごせる場所があり、人とのつながりを感じながらも、ゆったりくつろぐ事ができる。	
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	一人用の椅子、ベンチ、食事用の椅子、ソファ、畳、など種類があり、また、自分の気持ちに沿って座る場所が選べるように配慮している。		
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	個別性を出すために壁紙やカーテンの色を変えてみたが、それだけではダメで、家族の協力が必須。写真やお花などそれぞれの思いが詰まった居室になってきている。	入居者それぞれの身体機能や自宅での生活環境に応じてベッドの配置、家具の配置を工夫し、室内にはご本人の愛着のある小物、写真が置いてあり、ご本人にとってくつろげる環境になるよう工夫されていた。	
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	入居者の可能性はまだまだ深く知りえない現状。能力を決めつけないように、ケースカンファレンスの精度を高めていきたい。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム利田の家

目標達成計画

作成日: 平成 28年 1月 9日

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	6-(5)	開設より身体拘束をしないケアの実践を行っており、現在にいたるまで拘束を必要とする場面が無かったとの事であるが、今後、認知症状の進行過程の中で一時的でも必要になる場面も想定し、身体拘束に関する書類等を整える。	今直ぐに、身体拘束が必要になることがなくても、書類をまず整え、必要時に早急な対応ができるようにする。 他施設の文章を参考にすること、他施設のヒアリングを元に書類の作成を3月までに終える。	他施設ではどのような文章を作成し、どのような場面で拘束を必要としたのかなどをヒアリングする。それを元に書類を作成する。 職員会議で身体拘束が必要な場合などを話し合い、意識を統一する。	3ヶ月
2		地域との協力体制構築や夜間想定訓練、避難方法のマニュアルがない。災害時の備蓄等の備えもない。	避難訓練を夜間帯を想定し、職員だけではなく地域と協力した避難訓練を実施する。 備蓄は少しずつ揃えていく。	町会議員、区長、自治振興会長、民生委員や近所の方が、グループホームが開催する行事などに多くの方が参加してもらえるように知恵を出し、実践していく。 その行事を通して、関係性を構築し、防災訓練の必要性を相談し、実現化していく。	24ヶ月
3		入居者の思いや意向を把握する視点、気づきについて、個々の職員の経験値や感覚などに左右されず、ばらつきなく行えるような仕組みづくりを期待したい。	認知症介護の知識・技術の標準化をしたい。	1. 研修会の参加を促すこと。特に実践者研修やリーダー研修に参加すると、研究課題が必須となる。その課題を職員全体で共有し、課題解決のための話し合いを密にしなければ結果を導くことができない。研修会参加を媒体に、知識・技術の標準化に取り組む。 2. 外部講師による研修を実施。	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。