

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27年10月20日	評価結果市町村受理日	平成27年12月25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27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)】

正社員平均年齢38.5歳、パート平均年齢54.3歳。正社員の9名のうち6名は介護福祉士、1名は理学療法士のライセンスを保有しています。資格を保有していない社員は、資格をとることに積極的です。
H26.5オープンして1年経過しましたが、入居者のADL等向上し在宅復帰(15%)を実績としてあげています。入居者それぞれに主治医を持つスタイルをとっていますが、各医師、病院と連携がうまくとれていると思っています(例に挙げると薬の変更、往診など)。かかりつけ薬局による一括管理、おむつ業者との連携は入居者を安心、安全な生活を提供する大切な支援方法の一部であると確信しております。

【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)】

職員の意見を取り入れた理念「人間尊重・笑顔・チームワーク」を掲げ、利用者本位のサービス提供に努めている。P・T有資格者である代表者が中心に、福祉用具の選択・残存能力を活かした介助方法の指導・歩行状態の改善など、生活リハビリに力を入れ、利用者の日常生活能力が向上して在宅復帰につながった事例がある。また、オムツ業者との連携で、排泄状況に合った紙パンツ・パッドを選択し排泄自立につなげたり、薬局との連携で、薬の副作用や投薬時の留意点を把握し受診時に反映するなど、利用者が快適にホーム生活を過ごせるよう職員全員で取り組んでいる。

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	開設して1年が経ち、社員全員でBS法を使用し理念を作成し直した。社員全員で作った理念のため、覚えること、共有する頻度は多くなっている。	職員の意見を取り入れた理念「人間尊重・笑顔・チームワーク」を掲げ、事業所内に掲示し、家族、職員で共有を図っている。全体ミーティング等で、理念に沿ったケア内容を話し合い実践につなげている。	
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	地域の祭り、住民運動会、盆踊り大会など誘って頂き参加している。当ホームでは、納涼祭などイベントを民生委員やボランティアの方と一緒に運営している。2階にて学研教室が始まり、入居者との交流するチャンスと捉え、子どもたちと会話が生まれるよう学研と協力している。	町内会に加入し地域行事の収集に努め、地域の盆踊り大会や住民運動会・地元小学校の運動会などに参加している。事業所納涼祭には民生委員や地域のボランティアの協力を得て、楽しいひと時を利用者・家族と共に共有している。また、公民館での「認知症講座」に講師派遣を予定している。今後も地域交流の機会を多く持っていきたいと考えている。	
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	民生委員やボランティアが来所した際、認知症について理解してもらえるよう話をさせてもらっている。また、公民館で認知症について講義をするなど啓発活動も行っている。地域の方から、「認知症カフェ」をしてほしいと要望があり、来年度はできるように準備していきたい。		
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	開設して1年はペースを保てていなかったが、今年に入り2ヶ月に一度のペースで実施している。家族は毎回4～5名参加している。積極的な質疑応答があるため、課題と方針へのヒントが多く得られる。民生委員、行政、地域包括支援センターより参加いただいている。	会議は、立山町役場職員・地域包括支援センター職員・民生委員・家族(全員に会議の出席を依頼している。)が出席して2ヶ月ごとに開催している。運営状況や活動内容を報告し意見交換が行われている。地域情報収集や家族の忌憚のない意見・要望の把握に努め、サービス向上につなげたいと取り組んでいる。	会議に出席できなかった家族や職員全員が会議で話し合った内容を知っていただけるよう、議事録の職員回覧や事業所内に掲示し面会時に見ていただくなど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に取り組んでいる	介護相談員が2ヶ月に一度のペースで訪問され、入居者と交流していただいている。ご自宅での虐待のケース、当ホームから在宅復帰されたケースなど行政に出向いて積極的に報告している。また中新川地域密着型連絡協議会に参加し、現状を伝えている。	町役場担当職員は運営推進会議を通じ、ホームの実情を知っていただいている。いつでも相談・助言をいただける関係を築いている。	
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	言葉、身体、環境の拘束がないよう日頃のカンファレンスの中で話し合い日常の介護に注意している。正しい理解をしているか、今回の自己評価で不安になったので、全体的な研修会を開き周知徹底していきたい。	新人研修や全体ミーティングで身体拘束の具体的な内容やリスクを理解し、日々のサービス提供時に職員同士で確認しながら身体拘束をしないケアが実践されている。	臨時職員を含む職員全員で身体拘束の具体的な内容やリスクの理解を高めるよう、研修会の充実を図る取り組みに期待したい。
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	職員は、積極的にそのテーマの研修会に参加しており、また職員へ報告もしている。自宅にて夫からの虐待が疑われたケースがあったので家族の了承を得て、包括支援センターに情報を渡し連携を行った。小さくてもあざなど発見されたら、カンファレンスでなぜそうなったのか話し合い、原因を追求し対策を考えている。		

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	各事業や制度について学ぶ研修会に参加し、実際、入居の方が適応なのか話し合っている。職員全員が事業や制度の把握ができるよう、研修会を開催していきたい。		
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	契約には施設長や管理者が立ち会い十分な時間をとっていただき説明させてもらっている。一方的な説明にならないよう留意しながらすすめている。看取り、医療連携、など詳しく説明し、ご理解いただけるよう努めている。		
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	家族との連携は、運営推進会議だけではなく日頃の面会を機会としてコミュニケーションをとらせて頂いている。そこから挙げた意見は、運営推進会議で報告している。家族の心理的背景に配慮しながら努めている。	面会時には、積極的にコミュニケーションを図り意見・要望の把握に努め記録し、職員全員で共有している。朝の申し送りや全体ミーティングで、周知徹底が図られている。	
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	ミーティング、勉強会などを通じて意見を拾うようにしている。日頃からコミュニケーションを図れるよう努めているが、もっと聞く機会を多くしていきたい。	職員は自己評価後の代表者との個人面談や全体ミーティングで、忌憚のない意見・提案を言う機会を持っている。日々のサービス提供時の意見・気づきは、代表者・管理者に相談して、敏速にサービスに反映するよう努めている。	
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	職員の家族背景、経済状況などを配慮してシフトを調整している。資格手当や能力手当に反映するキャリアアップ制度を取り入れている。		
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	大きな研修として、認知症実践者研修は、昨年1名、今年1名、リーダー研修は今年1名受講している。その他、研修には積極的に参加してもらっている。研修報告をミーティングにて行い、職員同士の共有を行っている。それが職員の気づきになり、勉強意欲を高めている。		
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している。他ホームでの施設実習で得られた人脈は、それ以降も繋げている。認知症実践者研修やリーダー研修で出逢った仲間と連絡のやりとりがあり、困ったときの相談相手になっている。		

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
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	まず家族、ケアマネージャー、地域包括支援センターなどから相談を受けた時点で職員に報告し知ってもらう。次に入居前に面談し、本人や家族から情報をもらい円滑な関係づくりが構築できるよう努めている。		
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	今までの生活を真摯に受け止め、相手を尊重しながらじっくりと傾聴するように努めている。特に今までの苦労、想いなどはしっかりと受け止め、家族の心理的背景を考えながら関係づくりに努めている。		
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	家族の心理的背景や経済的状況などじっくりと傾聴し、他のサービスの情報提供やアドバイスなど行っている。		
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	認知レベルや運動能力などを考慮しながら、できることに重点を置き、生活上の役割を担って頂けるようしかけている。もっとできないか、考えていきたい。		
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	本人と家族の関係性が再構築できるよう、双方の想いに傾聴しながら支援している。方法とすると、細やかな連絡や面会時のコミュニケーションを大切にしている。		
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	ご家族以外のご親戚、知人、友人の方の面会が気軽にできるよう、環境づくりに努めている。入居者3人が以前通っていたデイサービスに月1回の頻度で遊びにいっている。懐かしい環境づくりにも配慮している。	家族の協力を得て、正月・お盆時に自宅への外出泊や外食・買い物など、馴染みの人や場でのふれあいを大切にしている。家族・友人の面会時には、ゆっくり過ごしていただけるよう配慮している。	
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	認知症や聞こえの問題がある中で、共同生活を意識した関わりを考えて支援している。自然と生まれる気持ちを大切にしたいので、リスクを見通しながら見守ることもケアの基本である事を話し合っている。		

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
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	在宅復帰率15%。退去連携先であるケアマネージャーに繋ぐが、退去後1~2回訪問して話を伺うようにしている。また、ケアマネージャーとの連携も行う。		
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	本人の想いを聞き取るように努めている。本人は言葉にならない事も多いが、それをなんとか理解しようと職員全員で話合っている。想いはあるはず！と信じて取り組んでいる。	家族情報を整理したフエースシート・ADLアセスメントシートや24時間対応で日々記録している。介護記録から思い・暮らし方の希望の把握に努めている。職員は、積極的にコミュニケーションを図り、自分から要望等を表現できない利用者の思い・意向を把握しようと心掛けている。	介護記録には職員の気づきや利用者の言葉・行動をそのまま記録し、更なる思い・意向の把握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	会話の中で過去についてのキーワードは全員で共有するよう努めている。必要であれば、家族にキーワードについて伺う事もある。		
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	昔の生活スタイル、趣味、特技、大切にしたことなどを基本とし、こちらのペースにならないよう努めている。		
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	本人の想いを尊重することを基本とし、プランに反映させようと努めている。その想いを職員全員がケアの中で拾い上げ、話し合いを行いながら作成している。	3ヶ月ごとにモニタリングを行い6ヶ月ごとにカンファレンスで検討し、現状に即した介護計画を作成している。事前に家族の要望や意見を聞き取り、計画案を説明し家族の意向に沿った内容になるよう努めている。	モニタリングの更なる充実を図り、利用者・家族の要望・意向に沿った計画作成に期待したい。
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	独自で作成した時系列シートに、本人の発する言葉、行動を客観的に記入し、それらが何を訴えようとしているのか考える媒体に使用している。		
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	本人や家族の状況に応じて、通院、外出、買い物、外食など柔軟に対応している。入居者が以前通っていたデイサービスに遊びに行くこともある。		

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	本人が昔から通っていた病院、昔通っていたデイサービス、通った道などを配慮しながら生活に取り入れている。		
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	本人の状況、家族の状況にあわせてかかりつけ医の受診を行っている。通院は、家族が困難なときは、職員が代行している。医師の意見や情報を聞きながら穏やかな生活ができるよう努めている。	ホーム利用前からのかかりつけ医での継続受診を支援して、受診時の情報提供や必要時の受診同行が行われている。薬局と連携して、薬の副作用や投薬時の留意点などで助言・相談し受診時に活かしている。	
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	24時間看護師はいないので、医療に強いグループホームではないが、適宜医療従事者の指示をもらいながら行っている。		
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。	入院などで機能の衰えを防ぐよう、先々の地域連携室の連携と家族との連携をさらにもつようになっている。face to faceで連絡を密にとれるよう努めている。		
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	機能の衰えや看取りに関する指針を契約時に説明するだけでなく、面談時にも取り入れ家族と一緒に考えるようにしている。特に体調の変化については、こまめに家族につたえ、急な変化でなく徐々に変化していることを理解してもらえるよう伝えるよう努めている。	契約時に、「重度化・終末期ケア対応指針」で事業所のできる事、できない事を説明して理解を得ている。重度化した場合は、かかりつけ医・家族と話し合い家族の意向に沿えるよう柔軟に対応している。また、家族の希望やかかりつけ医の協力体制を築き、終末ケアに対応したいと考えている。	
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、時期を見計らって勉強会を定期的に行っている。AEDの使い方、救急車のよびかたなど。		
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	防災訓練を年2回実施。町内を巻き込んだ訓練をおこなっていないので、来年までに実施したい。	年2回(日中・夜間想定)消防署の協力を得て、利用者と一緒に火災訓練を実施している。運営推進会議で、災害時の協力体制について話し合いが行われている。	災害時の地域協力体制構築や水・お粥等の備蓄の準備・地域防災訓練に参加し地域の防災対策を理解するなどの取り組みに期待したい。

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	職員の意識をそこに向けてるようにカンファレンスなどで話し合っている。気づいたときに注意し合える仲間になれるようもっと取り組んでいきたい。	新人研修や全体ミーティングで人格を尊重しプライバシーを確保した接遇方法を理解し、日々のサービス提供時に職員同士で確認しながらプライバシーを確保した個別ケアが実践されている。	臨時職員を含む職員全員で更なるプライバシーを確保した個別ケアの実践に向け、研修会の充実を図る取り組みに期待したい。
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	各々に合わせて、自己決定できるよう支援している。例えば、おやつ時に飲み物や誕生日の外出など。		
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	本人の希望している暮らしになるよう環境やしぐみに配慮している。グループホーム内には、一人になれるスペースもあり、選択できるように努めている。		
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	服を選ぶことなどできるだけ自己決定ができるよう支援するよう心がけている。		
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	食後の食器洗いや食器拭き、テーブルの消毒や野菜の前したくなどそれぞれの力を活かしながら行っている。必要な箇所に支援している。	利用者の嗜好やアレルギー食材等の情報を提供し、献立・食材を業者に委託している。利用者の出来る調理の下準備を一緒に行い、現場で調理している。職員と食卓を囲み会話を楽しみながら食事している。季節の手作りおやつや外食(お寿司・喫茶等)に出かけるなど、食事が楽しみに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、水分摂取量の記録を毎日している。食欲がない方には、好きな物、果物、おやつなどを通して食べたい工夫をしている。		
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	口腔ケアの必要性を職員が理解するよう努めている。口腔ケアの実施については、チェック表があり、もれないように行っている。		

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	特に、排泄パターンやもれなどの困った事をおむつ業者につたえ、おむつの選択など問題解決と一緒にやっている。おむつを離れた方も実績としてある。	排泄チェック表を活用して、個々の排泄パターンを把握して、時間ごとの誘導や声かけを行いトイレでの排泄を支援している。また、オムツ業者と連携して、利用者個々の排泄状況に合った紙パンツやパッドを選択し排泄自立につなげている。	
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節している。適度な腸運動が促されるよう、バナナ、牛乳、ヨーグルトなどいろいろな試みを実施している。薬ばかりに頼らず、自然排便できるよう努めている。		
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	時間帯を自分で選択できるよう、ボード(本日の入浴予定)を設置している。	最低週2回を目安に、職員と1対1で利用者のペースに合わせゆっくりと入浴している。利用者の希望する時間帯での入浴や季節ごとに入浴剤を変えるなど、入浴が楽しめるよう工夫している。また、椅子浴や両サイドから介助できるよう浴槽を設置し、脱衣所にトイレを整備するなど、安全に安心して入浴できるよう配慮されている。	
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	薬の影響も配慮しながら、入眠～良眠につながるよう環境設定している。自立している方は、様子と状況をみながら見守り、声かけしている。		
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	薬の変更等はすぐに共有し、効果、変化に留意するよう努めている。本人と薬局が契約しているため、薬の配置は薬局がしている。出入りが多いので、その度に薬についての相談、状況の報告等行い、アドバイスももらっている。それらを職員に周知徹底するよう、ノートがある。		
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	各々の能力や趣味、関心に合わせてプライベート、集団を使い分けた支援を実施している。行事予定は、前もって準備するものなど一緒に行い、季節感やイベント開催日が近づく楽しみ感も一緒に味わっている。		
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	散歩やひなたぼっこ、ドライブなどその人の状況に合わせて行っている。前もって家族に了承をとる。	季節の花見(桜、菖蒲等)や地域の祭り(花火大会、八尾のおわら等)・誕生月の外食・日常的に散歩、買い物に出掛けるなど、外出の機会を多く持つよう心掛けている。	

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	個人の能力に合わせて財布を持つ方、持たない方がいる。多くは、管理させていただいている。		
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	本人から電話がしたい、手紙を送りたいと要望があり、それを支援している。		
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	落ち着いた色の居間、廊下には長椅子がいくつかおいてありプライベートを保つ、照明はダウンライト、食事の準備のにおいが届くようにアイランドキッチンにするなど、生活感があふれる環境になるよう配慮してある。	共有空間は広々と天井が高く、落ち着いた暖色で統一されている。利用者が思い思いに過ごせるよう畳の上がり間や適所に椅子やソファを設置している。また、直接出入りができる広いテラスで外気浴が楽しめる。職員と一緒に制作した季節ごとの装飾品や利用者の書道が飾られ、利用者の笑顔や会話を楽しむ姿がある。	
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	ベランダ、外の様子が見える大きな窓、一人用のおおきなくつろげる椅子、玄関先の長椅子など共同生活の中にも一人になれる空間を作っている。		
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	以前使用していた家具を持ってきてほしいのだが、なかなか進まない状況。小さいもの(趣味で作ったもの)は比較的持って来てもらいやすいがソファや椅子などはいくつかのみ持参いただいた。	居室は広々とベッド・洗面台・クローゼット・トイレが設置され、使い慣れた家具・家族写真・好みの装飾品が持ち込まれている。畳の部屋と洋室があり、身体状況や希望で選べる。居室ごとにカーテンや壁紙の色を変え、職員の手作り表札を掲げるなど、自分の部屋だと認識していただけるよう工夫している。	
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	できることは何か、知らなければ誘導も困難になってしまう。職員全体でできること探しにとめている。		

(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 27年 12月 18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	23	介護記録には職員の気づきや利用者の言葉・行動をそのまま記録する習慣がない。介護者の考えや印象を記録していることが多い。事実が見えなくなっている。	利用者の言葉や行動をそのまま記録する事で、もっと利用者の想いや意向を把握することができる。まずは事実(Subject, Object)と主観を区別して記録できるようになる。	まずは、現状の記録について意見を出し合い、職員がどう感じているか知る。利用者の想いと私たちの主観は異なるかもしれないという危険性を提示しどのように記載していくべきか検討する。おそらく事実と主観の違いが大きいことに気づく。その記載方法について職員が学べる機会(外部講師)をつくる。	6ヶ月
2	6	パート職員、資格を持たない職員、有資格者、経験の有無などにおいて、拘束の認識にばらつきがある。身体的・言語的拘束を危険を回避する手段として普段から無意識に使っていることが見受けられる。	身体拘束について正しい知識を得る。資格や勤務状況関係なく、共通の認識を持つ。	まず、職員個々の身体拘束についての意識レベルについて知る。おそらく職員によってばらつきがあると思われるので、身体拘束の概論を学習し、ケースごとに検討し、それ以降の取り組み方について統一を図る。	4ヶ月
2	36	職員全員がプライバシーを理解し、プライバシーを守ることに配慮した個別ケアの実践がされているか見直すことがない。	プライバシーとは何か正しい知識をもつ。資格や勤務状況関係なく共通の認識をもつ。	まず、職員個々においてプライバシーの意識レベルについて知る。おそらく職員によってばらつきがあると思われるので、プライバシーの概論を学習し、ケースごとに検討し、それ以降の取り組みについて統一を図る。	4ヶ月
4	26	チームで作り上げた介護計画とは言えない。	その人の現状をチームで把握し、チーム全体でニーズを引き出していく(前回挙げたニーズをより進化させたものを作り上げる)。	日頃の気づきやその日、その場で挙がってきた方針を記録に残し、ケアプランの作成に役立てる。	12ヶ月
5	4	運営推進会議実施後の対応が希薄である。	運営推進会議で話し合われた内容を共有できるようにしくみをつくる。	運営推進会議の議事録を掲示し、家族や家族以外の訪問者に見てもらう。職員への回覧を行う。会議を欠席された家族には、月に一度のたよりと一緒に郵送する。	2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。