

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	1670102654		
法人名	有限会社コリドー		
事業所名	グループホーム 中川原の家		
所在地	富山市中川原399-1		
自己評価作成日	平成28年11月03日	評価結果市町村受理日	平成28年12月26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14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)】

近隣の商業施設に遊びに行ったり、富山県内の公共施設や観光スポットを利用し、皆で外出する機会を設けております。季節に合わせた外出先や行事を心がけています。
--

【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)】

事業所理念を『ゆったりと楽しく、自由にありのままに、その人のペースに合わせて残された力で暮らしの喜びと自信』と掲げている。さらに、理念に基づいた、より具体的な介護方針『個々の人格を尊重し、利用者がそれぞれ役割をもって家庭的な環境のもとで安心して日常生活を送ってもらう。心身の状況を踏まえ、介護計画に基づいたサービスの提供をして、認知症の進行を和らげる。』を立て、理念に沿ったケアが実践されている。 職員は常に笑顔で接することを心掛け、どうしたら皆さんに喜んでいただけるかを考え行動することを基準としている。利用者との会話の際には意図的に「行きたいところ」や「やりたいこと」などの情報を聞き取り、利用者の身体レベルや状況に応じた外出支援の充実を図っている。また、外出時などの様子を撮った写真や動画を家族に渡すことで、思い出や利用者や家族との会話のきっかけにするなど家族の絆ケアを図るとともに、家族の事業所への信頼にもつながり、職員の働く意欲やモチベーションのアップにつながっている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	「ゆったりと楽しく、自由にありのままに、そのひとのペースに合わせて残された力で暮らしの喜びと自信」が当施設の理念であります。入居者ひとりひとりが安心してゆったり生活できるよう心がけておりますが、ユニットによっては残存能力を活かした「自信」に繋がる部分の配慮が出来ていない部分もあります。	入り口に理念と介護方針を掲げ、事業所として目標とすることの周知を図っている。また、ミーティング時や研修時、あるいは、気づいたらその都度職員同士で声かけ合うなど、共有と振り返りを行い、日々、意識しながら理念に基づい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	町内の納涼祭への参加、近所の幼稚園、保育園との交流・小学校の社会見学・中学校の実習場所にも選ばれ、多くはありませんが地域との交流の機会があります。	長寿会や保育園児との交流、小中学校の体験学習の受け入れなど、交流の場を持っている。その他、地域の納涼祭に参加しているが、利用者の高齢化に伴い外出が困難になりつつあるため、今後新たな形で地域住民と触れ合う機会を作ること検討中である。	地域行事や催事の把握に努めるとともに、事業所便り等を活用して地域へ事業所の取り組みや予定などの情報発信を積極的に行い、今後さらに、地域と情報をつなぐ・人をつなぐ取り組みに期待したい。
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	運営推進会議の場で認知症についての話し合いを行うこともありますが、地域に対して認知症の情報の発信については行えていません。		
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	運営推進会議での意見、評価は全スタッフに通知し、委員の方々のご意見は避難時のマニュアル作成の参考にさせていただいたり、施設から外出する際の良いスポットの情報をいただいたりサービス向上に繋がるよう努めております。	運営推進会議には地域包括、民生委員、設計担当建築士、会長、デイサービス施設長が参加している。事業所の状況報告および委員からのアドバイスや意見をいただき情報の共有を図り、サービスの向上に努めている。	運営推進会議への家族の参加、また、会議内容の報告など、家族にも事業所の実情を知っていただくため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	運営推進会議を通して地域包括支援センターと連携させて頂いております。また市の研修会や他の事業所の勉強会に参加しています。	地域包括センターからは空き情報、勉強会の案内、インフルエンザ、ノロなどの感染症情報などをいただいている。困難事例については介護保険課に直接電話し、相談助言をいただく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	入居者の安全のため常時玄関の施錠を行っています。必要時にはフロア出入り口の施錠も行っておりますが、他の身体拘束につながる行為が無いスタッフ同士が互いに注意しながらケアに取り組んでいます。	バス、トラック、交通量の多い交差点付近であることから利用者、ご家族の理解をいただき玄関の施錠を行っている。身体拘束をしないケアについて研修を行っており、全職員への意識づけに取り組み、正しい理解に努めている。	
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	身体拘束と同じく、スタッフが注意し合い虐待に繋がるケアがないか確認しています。この外部評価やご家族からスタッフの口調について注意を受けた事もあり、改善に取り組んでおります。		

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
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	以前、後見制度を利用されたケースもありましたが、現在はご家族がメインで協力して下さる事が多く、制度の利用についての話し合いや勉強の機会はありません。		
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	利用者、ご家族が納得されるように説明させていただき、質問があった場合も話し合う機会を設けています。家族会等の機会にも再度、説明・確認を行っています。		
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	アンケートで意見を頂いたり、家族会や来所時にお話を伺い、運営や細かいケアに反映しています。市からの介護相談員の意見も参考にさせていただき、当施設の良い点や改善すべき点について代表者、施設長を含めて会議を行ないます。	家族アンケートを年1回実施し、家族からの要望の把握に努めている。また、介護相談員が1ヶ月に1回事業所に訪問し、利用者と話した際、会話の中から意見要望を聞き取っている。それら表出された意見や要望については会議などで検討し、運営推進会議でも話し合うなど運営に反映させている。	
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	代表者には管理者、施設長を通し、会議の場でスタッフの意見の報告します。現在行なっているサービスなどを報告し改善・見直しを行なっています。	代表者や管理者は職員の意見を毎日のミーティング時やフロア会議、幹部会議などを通して聞く機会がある。出された意見や提案について検討され、運営やサービスに反映させている。	
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	代表者は管理者、施設長との話し合い、またはスタッフとの直接の面談により各自の生活状況を把握しています。		
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	各人が市の研修会や他施設での勉強会に参加する機会を設け、学んだ事を自施設で発表しています。各スタッフが役割を持つ事で、経験の差を埋めれるよう努力しております。		
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	施設長、管理者が他事業所と連携をとり合い、協力関係を作っています。スタッフが研修を通じて知り合った施設との連携が生まれたケースもあります。		

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
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	入居時にご家族からセンター方式を使った情報を頂き、それを基にスタッフが不安の軽減と信頼関係の構築が出来るよう取り組んでいます。新しい環境に不安や苛立ちを感じる方もおられますが、時間をかけて信頼し合える関係になれるよう努力します。		
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	申し込みの時点でご家族の現状、抱える不安を把握し、入所後も話し合いや毎月のお便りでの報告を通じて信頼関係を築くよう努めています。		
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	利用者が入所される段階で他施設やご家庭での生活歴を確認し、入居後に必要な対応、連携の仕方をスタッフ・ご家族と話し合い対応しています。		
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	タオルたたみ・床掃除・駐車場の草むしりを一緒に行ったり、各居室の掃除や出来る方はご自分の食器を洗っていただくなど生活の中で出来ることはご自身の力で頑張ってもらいます。		
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	年に1度の家族会ではイベントを親子で楽しみ、ご家族の都合に合わせた盆・正月の外泊・外出のお願いや受診・私物の購入など施設側では行なえない部分をご家族に助けていただき、互いに助け合える関係作りが出来るよう努めています。		
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	施設への訪問、面会を受け付けているのみで、こちらからの直接の訪問などは行っていませんが、ご家族の協力により関係継続ができています。友人にも年賀状を送りたいと希望される方には対応しております。	親戚の方や知人の来訪の際には、事業所内でゆっくりと過ごして頂けるよう雰囲気作りに努めたり、家族や知人に年賀状や手紙を出す支援をするなど、交流が絶えることがないよう配慮している。家族の協力を得て友人知人に会いに行ったり、行きつけの床屋や美容院から送迎の協力を得て出かけるなど、馴染みの関係が継続されている。	
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	入居者全体が参加できるイベントを企画し、違うユニットの方々とも関われる機会も作っております。		

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
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	あまり機会はありませんが、ご家族から相談を受ける場合もあり、他の施設へ移られた方への面会も行っています。ご家族の要望により葬儀に参列したケースもありました。		
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	かかわりの中で、ご本人のスタッフや家族への思い・生活に対する思いを察するように努めております。把握ができていても、ご本人の希望通りには出来ていない部分もあります。	センター方式アセスメントシートの活用や、利用者日々の言動や職員の気づき、また家族の面会時に伺った家族からの意見要望も職員間で情報共有し、本人本位のケアの実現につなげている。見直しは原則最低6ヶ月に1回行っている。	
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	ご家族からの情報、センター方式を利用し、生活歴などの把握に努めていますが、情報の把握が難しい場合もあります。		
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	日常生活の中での気付き・職員間での話し合い・ご家族との外出時や面会時の意見など、利用者の生活リズムや能力や変化を把握するよう努めています。		
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	利用者、ご家族、ケアマネージャー、スタッフの意見を取り入れながら、より良いケアプランを作成するように努めています。達成できなかった計画も見直し、サービス内容の改善を行ないます。	担当職員が中心となって利用者情報を収集している。それらをもとにカンファレンスで介護計画の進捗状況や見直しについて話し合いを行い、現状に即した計画作成に努めている。また、作成した介護計画は家族に説明し、家族からの意見要望も計画に反映している。	
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	日常記録やスタッフ用の申し送りノートで情報を共有し、ケアプラン作成時のカンファレンス以外でも各フロアで話し合いを行ない、状況に合わせた対応を行っています。		
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	利用者・ご家族の意見をスタッフで話し合い状況に合わせた対応・支援が出来るよう努めています。		

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
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	近所の幼稚園・小中学校との交流やボランティアの方々の訪問、地域行事への参加などを行っています。また近所には飲食店なども多いので外食や買い物にも出かけております。		
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	利用者・ご家族の要望や生活される地域により、かかりつけ医は異なりますが、状況に応じ当施設の協力医がかかりつけ医となり往診していただくこともあります。	本人および家族の希望するかかりつけ医となっている。受診は原則、家族の付き添いで行い、日頃の本人の身心状況を書面にて情報提供し円滑に受診できるよう支援している。熱発、転倒など急な場合は、職員が同行支援し、家族に状況を報告している。	
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	グループホームに看護師を配置し、介護員と主治医の間に看護師が入ることで連携がスムーズになりました。また夜間の急変等にも以前より素早い対応が行なえるようになりました。		
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。	ご家族・担当医・担当看護師等と協力し、素早い対応が出来るよう心掛けています。入院時に病院側から、さらに詳しい情報を求められる事もあり細かな連携が行えるよう改善します。		
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	現在まで重度化や終末期への対応は行ったことはありませんが、状態変化時には素早い対応を心掛け、ご家族・看護師・主治医と今後の対応について協議します。認知症の進行がみられても出来るだけグループホームでの生活が送れるよう心がけています。	利用契約時に、利用者の重度化や終末期の対応、事業所方針について契約書内に明記するとともに、利用者と家族に説明し、了承を得ている。重度化した場合には、早い段階で家族、医療関係者と話し合い連携をとりながら、利用者や家族の希望に沿ったサービス提供に努めている。	
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	消防署からの救急処置訓練や看護師の指導による火傷や誤嚥時の対応について施設内研修を行ないました。職場として、まだまだ学ぶことは多く、全員が迅速に判断し連携をとれるよう研修や話し合いを行なっていきます。		
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	消防署の協力のもと、入居者にも参加していただき、幾つかの状況を想定した避難訓練を行っています。防災訓練も年に1度行ない、災害時の備蓄も用意しました。地域との協力体制はできておりません。	日中、夜間想定した火災訓練、および地震想定した訓練を実施している。水、食料などの備蓄も完備している。事業所は災害時における地域協力の重要さを理解し、今後、地域との協力体制を整えていくよう努めている。	

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
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	利用者の生活歴を把握し、対応を職場やご家族と話し合い、職員本位になりがちな対応を注意し合っておりますが、入居者の不穏状態など対応に余裕がない場面では配慮がおろそかになっている部分もあります。	介護方針に「個々の人格を尊重し、」と掲げ、職員間で本人の生活歴や習慣など情報共有しながら、一人一人に合った会話の仕方や対応方法で接している。職員は業務優先ではなく本人の思いを優先することを心掛け、不適切な場面が見られた場合は職員同士注意し合っている。	
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	本人の思いや希望を把握し、取り入れるよう心掛けています。自己判断が難しい利用者に対しても職員間やご家族と話し合い本人の意向に近いものを考え対応しています。		
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	基本的な1日の流れはありますが、利用者の意思や体調・生活リズムを考慮し、過ごしやすように支援しています。利用者の希望から行事やその日の予定が決まる場合もあります。		
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	利用者の衣類の好みやこだわりを理解し、馴染みの理髪店がある方は利用していただいています。化粧品やの購入などはご家族に買い物の同行を協力していただいています。		
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	業者さんから食材を配達していただき、気候や食べやすさを考慮して調理を工夫しています。利用者の誕生日や季節の行事には、少し特別感のある食事やデザートを提供しています。また食後の片付けを手伝って頂きます	利用者に下ごしらえや後かたづけなど出来ることやしたいことを手伝ってもらっている。四季を意識した季節食を提供したり、米寿、誕生日など特別にケーキなど手作りするなど工夫をしている。また、年に1回、日帰りでごちそうを食べに行く日を設け、外出と食事を楽しむ支援をしている。	
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	カロリー計算された業者の食材を利用しています。一人ひとりの好みや季節に応じて栄養が確保出来るよう調理しています。食事量が少ない方や飲み込みが苦手な方にも食べて頂けるよう盛り付け方などを工夫しております。		
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	毎食後の口腔ケア、定期的な義歯の消毒を行っています。協力歯科医による定期検査も行っています。		

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
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	排泄パターンを把握し、トイレの声掛けや夜のトイレ誘導を行いトイレでの自立排泄と清潔保持を支援しています。	24時間排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握している。利用者の行動サインや時間ごとのトイレ誘導、排泄の確認など、職員間で情報を共有しながら自立排泄にむけた個々の支援をしている。	
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	個々の排便リズムや便の状態を把握し、水分補給や歩行運動、マッサージなどを行い便秘の予防に努めています。便秘がちな利用者には下剤を使用することや看護師が排便を行なうこともあります。		
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	普段使用する大浴場の利用日と利用時間は決まっていますが、各階にユニットバスがあり状況に合わせて対応します。	デイサービスと共有している大浴場での入浴は2日に1回と決まっているが、各フロアのユニットバスでは毎日入浴が可能であり、本人の要望に合わせていつでも入浴できる体制が整っている。入浴後はご本人の希望を伺い、嗜好に合った飲み物をお出しするなど工夫している。	
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	一人ひとりの入眠時間や昼寝の時間を把握し、生活リズムに合わせて休息をとっていただいています。		
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	受診先が1つでは無い利用者が多く、看護師が個々の薬剤情報をまとめ、すぐに確認できるように管理しています。薬の変更があった場合には経過を記録し、スタッフ・主治医・家族へ報告を行っています。		
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	利用者に合わせた役割やイベントを企画しています。特技を把握し、苦手な方をフォローしながら作品を作ったり、外出時にも歩行速度を考慮して班を作り全員が無理なくイベントを楽しめるよう配慮しております。		
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支援している	全員の希望どおりには出来ませんが、公共施設の利用など利用者の体調、気分に合わせて外出できるようにしています。こもりがちな方にも良い気分転換になるよう心掛けて外出の機会を作るよう支援しています。ご家族の協力により私物の買い物や外出など外出の機会をつくっていただいております。	年間行事計画を作成して、季節の花見やりんご農園へのリンゴ狩り、ラーメンなどの外食の機会を設けるなど企画し実践している。また、化粧品がほしいなどの要望や個々の外出に対応したり、事業所の買い物に同行してもらうなど、日常的にもできるだけ外出の機会を持ち、気分転換と出かける楽しみが持てるよう努めている。	

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	紛失等を防ぐため、雑費等は管理者が管理しております。希望されたものを購入することはありますが利用者が直接お金を使うような支援はできていません。		
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	ご本人から年賀状を出していただいております。また、遠く離れたご家族とも電話ができるように対応しており、手紙についても希望があれば支援しています。		
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	各階で作成した工作物を展示し、季節感や施設での生活感を感じていただけるよう心掛けています。廊下が死角となるためブラインドと安全性を両立できるよう廊下・フロアにカメラを設置しております。	共有スペースには、季節ごとのテーマに沿って作成された作品が飾られ、室内にいても季節を感じるよう工夫されている。また、飾られた外出時の写真は、会話のきっかけにもなっている。適所に配置されたソファや椅子は誰もがくつろげるよう配慮され、集団の楽しさ、個々の望みが活かされた空間となっている。	
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	席の配置を工夫したり、ソファを用意し利用者同士が会話を楽しめるように配慮しています。フロアで食事をしたくないと訴えがあれば、居室で食事をしていただくこともあります。		
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	全居室介護ベッド固定となっておりますが、家族の写真や自宅で使用されていたイスなどの設置や施設での工作物や記念の写真を飾るなどの対応を行っています。	居室は、使い慣れた家具や本人が大事にしていた物が持ち込まれ、配置されている。本人の作品や写真を飾るなど本人が居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	毎日のミーティングやカンファレンスで利用者の現状の身体状況や認知症の進行による変化を把握し、案内板や表札を設置することで自立した生活が送れるよう配慮しています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム中川原の家

作成日: 平成 28年 10月 31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	1	施設外研修に積極的に参加し、施設内での勉強会を毎月行い、職員のレベルアップを図る。	施設内・外の研修に参加し、職員のレベルアップとケアの質を高める。	全員が研修に参加し、参加した職員はレポート作成や施設内勉強会を行い、職員全体のケアの意識を高め、方向性を統一する。	24ヶ月
2	2	個人や各ユニットの情報を各ユニットに確実に伝達する。	日常の細かな出来事やグループホームの新しい方針等が確実に各ユニットの職員に伝わる。	全体ミーティング時に日常の細かな情報を取り上げて職員全体で把握する。申し送りノートや業務日誌を活用する。	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。