

### 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	2172600666		
法人名	社会福祉法人新生会		
事業所名	グループホームもやいの家 泉		
所在地	岐阜県揖斐郡池田町本郷1501番地		
自己評価作成日	平成25年 8月 1日	評価結果市町村受理日	平成25年10月 4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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2172600666-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2172600666-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成25年 8月29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)】**

開設から9年、誰もが訪れやすい地域の中のオープンなグループホームを目指しており、家族、友人、ベビーボランティアの幼児など多くのボランティア・見学者・研修生が訪れるなど世代を超えた交流がある。お一人ひとりが自分の役割や存在感を持ち、認め合い、支え合いながら暮らしている。最高年齢は101歳と高齢の入居者の方が多く、看護師、リハビリ職など多職種との連携を強化し、個々の身体状況に合わせた自助具、介助方法を工夫し、安全な移乗・移動、体調管理、褥瘡予防に留意し、最期までその方の「生活力」「強み」を活かした暮らしの継続、尊厳を支えるケアの実践に努めている。丁寧なアセスメント、ケアを積み重ね、看取りまでの支援を家族、多職種も加えたチームで行っている。法人内外の職員研修に力を入れ、職員個々、チームのスキルアップ、地域へのケアの発信に努めている。

**【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)】**

平均介護度が4.0であり、認知症の進行と重度化が課題となっているが、ホームでの支援は極めて質が高い。職員のほとんどが介護福祉士資格を有していることも、その要因の一つであろう。職員の安定した雇用関係が維持されており、家族や地域とも極めて良好な関係が構築されている。ボランティアの受け入れ等、地域からの恩恵を受けるだけでなく、地域に情報を発信したり、専門分野の研修講師を引き受ける等、地域へのホーム機能の還元にも力を入れている。今年度も、法人の運営する「サンビ校」の入学式では、95歳になるホームの女性利用者が歓迎の言葉を述べた。入学式での祝辞は、彼女にとっての生き甲斐となっており、利用者の思いを叶える取り組みの実践となっている。

**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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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拡がったり深まり、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、その時々々の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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人理念を基に、地域の中で安心して暮らすをホーム理念に掲げている。全職員が職場実習や障害者体験、スキルアップ研修を通じ、理念を共有している。事業計画、年間行動計画を作成、実践に繋げている。	法人の理念は、「他者の痛みを自ら感ずる感性」、「人が平等に生きる福祉感」であり、代表は他に毎年テーマを掲げる。今年のテーマは「夢」。ホームでは、“夢を語り合える”チームづくりを進めている。	
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	近隣に通信の回覧や手作りおはぎをおすそ分けしたり、近所の方が庭で採れた野菜や果物を届けて下さる等交流がある。紙芝居、ハーモニカ等継続して来て下さるボランティアの方がおり、地域の風を運んでいる。	地域出身の利用者が多く、地域とのつながりは深い。行事でおはぎを作り、近所におすそ分けに伺い、周知を図る等の交流がある。他法人事業所間のリーダー格として、研修を開催する等の取り組みもある。	
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	ボランティアや他施設からの見学・研修、学生の実習等の受け入れを利用者のプライバシーや生活に配慮し行い、認知症の人の暮らしや支援方法を伝えている。研修会講師等を担うことでケアの還元に努めている。		
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	行政、区長、民生委員、有識者、家族を推進委員とし開催している。利用者の方との交流や地域合同防災訓練への参加、ケア、外部評価の報告、認知症の勉強会を行い、サービスの向上に努めている。	年間6回の運営推進会議が開催されており、議事録も完備している。懇親会との併催や、パワーポイントを使っての説明等、会議をマンネリ化させない工夫をしている。	ホームの主役である利用者もメンバーに加われ、議事録に名前を残すことを期待したい。
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取り組んでいる	母体施設では、機関紙を発行、介護予防教室、モデル事業に取り組み自治体と連携している。地域包括支援センター主催ケアマネ連絡会に参加している。研修会の情報提供や通信等を届け、近況を伝えている。	池田町のみならず、揖斐広域連合の中で保健委員を務める等、連携・協力関係にある。スケールメリットを活かし、研修会やモデル事業等で包括支援センターと関わり、それぞれの取り組みの中核を担っている。	本年度より、「外部評価」の主管が厚労省(省令)から市町村(条例)へと変更された。町、広域連合へ「条例」の内容確認を行い、的確な運用を図っていただきたい。
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	日中は玄関、テラス、裏口共鍵をせず、自由に出入りができる環境にある。母体施設のレクレーションホールを活用、連携の中で支援している。思い・原因を把握し、対応を検討、拘束しないケアを実践している。	法人内で身体拘束についての研修を行っている。ホームの生活の中で無意識に使っている言葉が拘束につながる事を教育で認識させ、周知することで、拘束のないケアを実践している。	
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	法人内外の研修で学び、背景にある原因・対応を考え、困難ケースには他職種によるカンファレンスを実施、拘束しないケアが当たり前になっている。職員研修プログラムに組み入れ、職員に周知している。		

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
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	県主催の勉強会や認知症実践者研修などで学び、閲覧できるようにしている。法人内研修プログラムに組み込まれており、各々が学ぶ機会を持っている。必要に応じ成年後見人制度を活用するケースもある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	見学、調査、契約と十分に時間をとり、家族の不安、疑問に答え、契約内容の説明を行っている。書類は一度持ち帰り、内容を確認後押印頂いている。入居時に再度、要望、不明な点を説明するよう配慮している。		
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	契約書に相談窓口、第三者評価委員を明示し説明、敬老会によらず相談を実施、本人・家族の要望を支援に取り入れている。意見箱を設置、話しやすい場を作り、思いを聴き、家族の声をケアに還元している。	家族からの意見には、即座に対応している。来訪者の駐車場についての要望を解決した事例があり、家族アンケートにも感謝の言葉が寄せられた。家族会では、家族の役割を説明する等、双方で対話ができている。	
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	管理者、リーダー職員は、ミーティング、面接、日常の支援の場面で職員の意見や提案を聞くようにしている。常に利用者の立場に立った発言を行い、皆で作っていく職場作りを目指している。代表者と語る会がある。	先に職員から議案を集めておいて、月に一度ミーティングを開いている。管理者は、日常においても意見、提案、問題点を職員から聞き出し、日々のケアに活かしている。	
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	人事考課システムを整え、面接を実施し、年度末に自己評価、上司面接を行い、人事や勤務条件、研修の要望等を聞いている。親睦会やグループホーム懇親会、内部支援を実施、働きやすい環境を作っている。		
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	ステップアップ研修(新人・中堅・リーダー)、他部署・他施設研修、法人内外研修、専門委員会参加の機会を設け、資格取得やスキルアップに努めている。職員の強みが活かされ、やりがいに繋がっている。		
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	他施設の研修、見学の受け入れが多く、グループホーム協議会や外部の研修会等に参加、他事業所と交流する機会を作っている。法人内グループホーム部会では、月1回会議を開催している。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に見学や試し利用、ショートステイを活用しホームに馴染み、信頼関係が作れるよう援助している。事前に嗜好や強み調査、事前指定書を記入、自宅訪問で生活の様子を知り、不安、要望の把握に努めている。		
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	入所相談では、見学、心身状態、入居に至る経緯等を聞き、入所判定委員会で入所決定している。自宅訪問により、理念やケアの説明、家族のニーズを確認、不安を軽減、一緒に支えるスタンスで関わっている。		
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	ケアマネージャー、生活相談員と連携し、相談の対応、その後のサービス調整に努めている。見学、相談等で実際に見て体験し、その方に合った場所が選択できるよう対応、待機者へ通信を発送している。		
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	畑や干し柿、漬物や梅干し作り等スタッフが教えてもらうスタンスで、共に楽しみながら行っている。テレビを見る、新聞を読み、団欒し、読経をする等今までの暮らしが継続できるようさりげなく支援している。		
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	介護計画に家族の役割を明示、居室作りや外出等共に過ごせるよう依頼、カンファレンス等で生活状況を伝えている。母の日交流会でのティータイムはおはぎを手作りして、一年間の生活の様子を紹介して、ピアノ演奏で温かい会になった。		
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	馴染みの美容院や自宅へ帰り仏壇をお参、家族・友人、地域のボランティアの出入りが多い。誕生祝いを家族、他利用者と一緒に祝い、101歳の誕生日の方や95歳のお祝いと町長の来訪があり、馴染みの場と人間関係の中で支援している。	友人の来訪があったり、地域へ職員と共に挨拶周りに外出したり、お墓参りをしたりと、馴染みの関係を支援している。出産・育児休暇中の職員が来訪し、ベビーボランティアとして利用者と触れ合う取り組みもある。	
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	利用者同士声を掛け、カルタ、百人一首を行っている。互いの良い部分を伝え認め合える声掛けをし、家事作業、読経等共に行い自然な関わりができています。貼り絵、書道など強みが活かせる場面を作っている。		

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	退居後も家族がホームに立ち寄り、利用者に声を掛ける等自然な交流がある。入院者には定期的に様子を伺う等配慮している。相談しやすい雰囲気作りに努め、ニーズに応じ柔軟な対応に努めている。		
<b>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</b>					
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	相性に配慮し、会話の橋渡しを行い、思いの把握に努めている。自発的な言動や笑顔を引き出し本人の意向をケアに反映している。できなくなったことをさりげなくカバーし、プライドを傷つけない介助をしている。	アセスメントによって、本人の趣味をそのまま継続できるように支援している。思いを会話で汲み取り、意欲を引き出すような言葉かけをしたり、利用者がやりたいことをできるよう支援を行っている。	今年も、「サンビ校」の入学式では、95歳になる女性利用者が「歓迎の言葉」を述べた。彼女にとっての生き甲斐となっており、今後も継続できるように、健康に留意いただきたい。
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	強み調査表や他サービス利用時の情報、家族から生活歴を把握、興味を持って主体的に取り組めることや話題を見つけ、個々に合わせて貼り絵、縫裁、書道、カラオケ、百人一首、外出等サポートしている。		
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	日頃の状態を観察、アセスメントシートを活用し、ニーズに即したプランを作成している。MNスケールやDFDLスケール、ケアチェック表を使用、SOAPIによる課題分析を多職種の視点を加え多面的に行っている。		
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	強みアセスメントを加えたニーズ把握、カンファレンスで家族の意向を確認、多職種の連携でより個別の介護計画を作成している。暫定プランを一ヶ月で評価、その後三ヶ月毎、状態変化に合わせて見直している。	家族を含めたカンファレンスで、本人の思いを汲んで具体的に計画を立てている。ADLの変化により、その都度プランを見直している。	今年度のテーマは「夢」。「今できる最大限の可能性」に焦点をあてることにより、利用者の「夢」を叶える介護計画が作成されることを期待したい。
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	電子手帳を活用、提供したケアと状況をパソコンに記録している。個々の思いがプランに反映されるよう発言なども記録、モニタリングしている。申し送りノート、ヒヤリ・ハット、リスクシートを活用、情報を共有している。		
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	併設デイホールを公民館と位置づけ、餅つき、法話等多彩なレクに参加、特養利用者がホームに訪れる等生活の広がりを事業所の枠にとらわれず支援、在宅生活の維持の為、宿泊サービスを利用する方もいる。		

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	スーパー、喫茶店、美容院を利用、運動会、文化祭等地域行事に参加、ボランティアの方の協力を得ている。消防訓練や認知症の人が迷ったり捜索がある際は、消防署、警察署、近隣住民の方の理解、協力がある。		
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	入居時に主治医の確認と選択をしてもらっている。母体施設医師の往診や併設協力病院医師の往診、診察、精神科受診、歯科医の往診も可能であり、緊急時・夜間も対応出来る体制をとっている。	かかりつけ医は利用者・家族の希望を優先しているが、通院の付き添いは家族対応となっている。母体医療機関の医師や併設提携医の往診が可能であり、緊急時や夜間の体制も整備されている。	
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	入居時看護師が家族から在宅の健康状態を確認、状態変化はすぐに相談、緊急時・夜間も対応できる体制である。個別チェック表、ミーティング等情報共有している。重度化に伴う褥瘡予防、処置をしている。		
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。	協力病院は同敷地内にあり、夜間や緊急時も必要な治療が受けられる。見舞い時状態を伺う等医療機関、家族と連携している。早期退院を希望するケースも多く、退院に向け主治医、看護師、リハビリ職、家族を加えカンファレンスをしている。		
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	重度化・看取り指針を説明、同意を得ている。入所時事前指定書で終末の支え方、意向を確認、状態に合わせカンファレンスや勉強会、グリーフケアなど多職種、ターミナル委員と連携、最期まで口から食べられる支援、その方らしい終末をチームで支援している。	家族の要望もあって、3名の利用者を看取った経験がある。その際、「看取りの支援経過」を綴り、職員に対してグリーフケアも行っている。現時点で、ターミナル期に入った利用者がある。	
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	急変時等看護師、主治医と連携し対応している。緊急対応マニュアルに搬送医療機関や家族連絡先を明記、緊急に備え、誤嚥時の対応など訓練を実施、周知している。介護職員の痰吸引等医療実習を行っている。		
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	災害マニュアル、消防計画を作成、報知機、消防署通報装置・スプリンクラーを設置。母体施設、協力病院、住民と消防訓練を実施した。防災備品の点検や防災委員会に参加、緊急連絡簿訓練を実施している。	年2回消防署立ち会いの下、防災訓練を行っており、その内1度は夜間想定で避難訓練を行っている。隣接している系列施設、地域住民とも協力関係を築き、利用者の安全と万に備えている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	理念に基づき利用者主体、個を尊重する言葉かけ、対応をしている。生活背景や思いを大切に能力アセスメント、出来ないことはさりげなく援助している。個人情報保護に留意し、表札や写真掲載は同意を得ている。	呼び名についてアセスメントを行い、利用者それぞれに親近感がわくように配慮している。同意を得て、利用者の表札をホームの玄関に掲げているが、プライバシーへの配慮から、各居室には名前を掲げていない。	
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	ティータイム時の飲み物や服装、レク参加、献立等日常生活の中での自己決定を大切にしている。買い物や美容院、自宅への外出等本人のしたい事が支えられる選択肢を用意、NOと言わない支援を目指している。		
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	個別のその日の状態に合わせ起床、食事を遅らせたり、入浴、休養時間の希望、家族との外食・外出、デイサービス利用時の友人とデイホールで過ごす等本人の生活リズムに配慮し、ニーズを取り入れている。		
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	家族に皮膚保護のためアームカバーやレッグウォーマーを準備してもらっている人もいる。衣類の乱れはさりげなく整え、その方らしい服装やお洒落を支援している。イベント時の洋服、浴衣など楽しみの一つである。		
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	食事の盛り付け、片付けは各々が役割を担っている。行事時は家族も交え食事が楽しめる機会がある。畑で取れた野菜、手作りの漬物や梅干し、流しそうめんやおはぎ作りなど視覚からも食事を楽しんでいる。	庭で育てた野菜を職員と一緒に収穫したり、季節が来ると梅干しを漬けたりと、食卓に色を添えている。食事の盛り付け、片付けは利用者も行い、色とりどりの食材を使った栄養バランスのとれた食事を楽しんでいる。	
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・咀嚼状態に応じ食材の大きさ、調理法、トロミを工夫、食べやすい姿勢の保持や好みの物、高カロリー食品を提供している。家族が手作りの味を持ってきて下さる方もいる。摂取量はパソコン管理している。		
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	個々のアセスメントを基に洗面の声掛けや誘導、歯磨き、義歯洗浄の声掛け、介助をしている。口腔内炎症などの確認も行っている。歯科医師の往診や歯科衛生士、言語聴覚士の助言を受けることができる。		



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	排泄間隔を把握、個に合ったパットを使用、トイレ誘導、介助をしている。夜間はポータブルを使用する方もいる。失禁の際は、手早く介助し、負担を軽減、プライドに配慮している。洗浄、軟膏塗布等対応している。	トイレまでの歩行は介助するものの、排泄自体は自立している利用者が3名いる。他の利用者は介助が必要であり、排泄チェック表で管理し、それぞれのリズムを把握しながら、声かけや誘導をして支援している。	
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	便秘がちの方は、オクノスや漢方を服用してもらっている。個人持ちヤクルトや献立に繊維質の食品や乳製品を取り入れ排便間隔を把握、体操等で体を動かす、前傾姿勢をとるなど便秘解消に努めている。		
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	気分、体調により時間帯、温度など配慮、個浴でゆったり入浴できる。ゆずや入浴剤、足湯など入浴が楽しめるよう支援、身体状況により作業療法士と連携し、シャワーチェアや母体施設で入浴する方もいる。	2～3日に一度、夕方からの入浴が基本となる。入浴剤を使ったり、鼻歌を歌ったりと、リラックスタイムを満喫している。ホームでの入浴が困難な利用者は、隣接する系列施設の機械浴槽の使用も可能である。	
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	日中の家事作業、レク参加や身体状況に合わせた休養を調整、生活リズムを整え睡眠を確保している。定期的に体位変換を行う、不眠傾向の方は飲み物を提供、心理士の関わり等で不安の軽減に努めている。		
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	服薬マニュアルを作成、薬剤情報を綴り確認している。担当者を決め責任持って服薬管理できるよう申し送りノート、会議で共有している。錠剤から粉薬に変更、体調の変化等、随時主治医、看護師に相談している。		
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	生活歴を理解し役割を依頼、充実感が感じられるものを強みと捉え継続している。畑仕事、家事、貼り絵、書道、計算、絵、カラオケ、ハーモニカなど多様である。すいか割りや花火等季節毎の楽しみを支援している。		
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	併設特養利用者との交流やデイホール利用、スーパーや喫茶店、ドライブに行く等行っている。家族の協力により墓参りや自宅、外食に行く、ホーム内行事の要望を取り入れ企画、花見、初詣、喫茶店でのランチやティータイム等支援している。	企画をして、お花見に出かけたり、近所へ買い物に行ったり、喫茶店やドライブに出かけたりしている。隣接する系列施設のホールに出向くのも、ほどよい散歩コースになっている。	



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
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	管理能力をアセスメントし、要望により家族の同意を得、お小遣いを手元で管理している方もいる。預かりの方は、外出時財布を持ってもらう等馴染みの店でのやりとりが社会との交流にもなっている。		
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	家族から定期的に絵手紙が届く方も見え、楽しみになっている。敷地内のポストに手紙が出せる、電話はリビングにあり、希望に合わせて使用できる。年賀状のやりとりができ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	リビングに日差しが差し込む木目調の落ち着いた創りである。洗面所、トイレ、リビングは居室から分かりやすい位置に配置、振舞いやすい適切な広さである。音楽、花、絵画、手作りの貼り絵、畑の野菜等暮らしやすい空間を作っている。	開放感のある広々としたリビングで、利用者はソファにゆったりと座って談話を楽しむ姿が見られた。利用者の作品の貼り絵が飾られ、趣のある空間となっている。読経する利用者のために、線香をたく仏間があり、ほとんどの利用者が毎朝手を合わせている。	
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	主にくつろぐリビングの他、セミリビング、和室、テラスがあり、相性、活動、気分に応じ空間の使い分けをしている。家族面会時はセミリビングでゆっくり過ごせたり、生活の様子をアルバムで見れるようにしている。		
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	入居時家族と相談し、自室と認識しやすい、くつろげる居室作りを依頼している。馴染みの家具や小物、写真など持ち込み、季節の花を飾る、室温や衛生面の配慮など居心地のよい空間が保てるようにしている。	居室は明るく日当たりがよい。表札はないが、利用者の馴染みの家具や趣味の物が持ち込まれ、個性あふれる居室になっている。入室した利用者が、一目で自身の居室であると認識できるようになっている。	
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	利用者の力が活かせるよう個別の自助具、ベッド周りの環境をリハビリ職と連携して作っている。リスクの管理に努め、自由に安全に生活できるよう配慮している。対面キッチンで見守りやすくバリアフリーの環境である。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームもやいの家 泉

## 目標達成計画

作成日: 平成 25年 10月 1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	26(10)	本年度のテーマは「夢」。「今できる最大限の可能性」に焦点をあてることにより、利用者の「夢」を叶える介護計画が作成されることを期待したい。	今できる利用者の「夢」に向けて最大限の可能性にチャレンジ。	・利用者が「夢」と思っている、希望や思いを日常の会話や言動から引き出し、可能性に焦点を当てた介護計画を作成して、家族、職員と「夢」がかなえられるよう進めていく。	12ヶ月
2	4(3)	ホームの主役である利用者もメンバーに加え、議事録に名前を残す事を期待したい。	・現在は利用者との交流会(懇親会ティーパーティー)や防災訓練に参加してもらっている。会議にも参加して頂き意見や思い感想等聞いていく。	・利用者が参加しやすい議案も考慮する。 ・参加された利用者の名前は議事録に必ず記載する。	6ヶ月
3	5(4)	本年度より「外部評価」の主管が厚生省(省令)から市町村(条例)へと変更された。町、広域連合へ「条例」の内容確認を行い、的確な運用を図って頂きたい		・池田町役場・広域連合に問い合わせ、運営推進委員会のあり方等聞き、的確な運用を図っていく	6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。