

(別紙4) 平成 27 年度

### 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   | 0894200021         |            |            |
| 法人名     | 株式会社 ほーむけあいしやま     |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 樂樂         |            |            |
| 所在地     | 茨城県結城郡八千代町菅谷1143-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成27年6月15日         | 評価結果市町村受理日 | 平成27年10月9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.kaizokensaku.jp/08/index.php?action=kouhou_detail_2013_022_kani=true&amp;jiyosyoCd=0894200021-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaizokensaku.jp/08/index.php?action=kouhou_detail_2013_022_kani=true&amp;jiyosyoCd=0894200021-00&amp;PrefCd=08&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認知症ケア研究所  |  |  |
| 所在地   | 茨城県水戸市酒門町字千束4637-2 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成27年8月22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)】**

ご家庭におられた時と同じように「普通の生活」を大切にしています。皆様と一緒に買い物に行ったり、調理をしたり「出来る事」を大切にしています。「ゆっくり・楽しく・いっしょに・その人らしさを大切に」が私たちスタッフの理念です。また、地域への理解を広げ、地域福祉の拠点とさせて頂ける努力をしています。

地域密着型を意識し、利用者が地域の中で当たり前の生活が出来る支援と、地域に向けて積極的に事業所の取り組みを伝え理解と協力を得るように努めている。利用者一人ひとりの残存機能の継続に努め、PT資格の職員のアドバイスを受け、力量に合わせて家事・畑の手入れ・収穫・趣味等から自然と出来る生活リハビリに取り組んでいる。管理者・職員共に職業意識が高く、利用者に対して統一した対応を心がけ、笑顔があふれるホームづくりに取り組んでおり、それに対し代表は全面的にバックアップし働き甲斐のある環境整備に努めている。毎年恒例の法人全体の研修(今年度は12月に見守りながら看取りたいと言うテーマで事例発表を開催予定)・講演会(訪問クリニック医)は各事業所の介護に対する意識向上となっている。地域に向けて開放的な事業所であり、認知症・高齢者福祉に関する理解をえている。介護・福祉に関する相談を受けアドバイスをしたり、関係機関につなげている。

**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<br>↓該当するものに○印   | 項目   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | <input type="radio"/> 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)  | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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している<br>(参考項目:30,31)       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br><br>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                      | 利用者が住み慣れた地域で、その人らしく暮らし続けることを理念とし、実践に向けて取り組んでいる。事業所会議等でも、話し合い理念を共有し、実践につなげている。 | 地域の中でその人らしく暮らし続けることを理念に掲げ、月間目標(こまめな水分補給と室温調整)も設定し、一人ひとりに合わせたケアの提供に努めている。玄関に掲示、会議等で確認し管理者・職員共に共有している。職員からは声掛けに注意し、不安を少しでも解消し笑顔のある日々を過ごしてもらえるよう努めているという話があった。   |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br><br>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                      | 日常的に散歩や買い物に出掛け、近隣の人と挨拶を交わしたり、話をしている。地域のお花見、夏祭りなどにも積極的に参加をし、交流を深めている。          | 自治会に加入し、環境美化・イベントの花見には席を確保してくれ歓迎を受けた。夏祭りには駐車場を開放し、神輿(男・女・子供)や山車が立ち寄ると利用者は浴衣姿で冷たいお茶でもてなし、子供たちにはお菓子を提供。地域住民が耕運機で畑を耕し、苗床を教えてくれたり、野菜や果物の提供を受けた。多数のボランティア(大正琴・歌・踊り等)の来訪があり利用者参加型で過ごしている。事業所主催のイベントにケアハウス・デイサービス利用者と地域住民も参加しふれあいの場となっている。 |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                        | 避難訓練や運営推進会議へのお誘い、家族会・敬老会への招待をし、認知症の理解や支援の方法を実感して頂いている。                        |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br><br>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 | 行事やサービス内容を報告し、検討事項については、話し合いを行い、出席者の意見を活かして、サービス向上に努めている。                     | 利用者・家族・民生委員・区長・行政・事業所担当者と2ヶ月毎に開催し、主な議題は事業予定・報告・利用者状況・その季節に合わせたテーマなど。席上出た意見をサービス向上に活かしている。会議後に家族会を開催している。欠席の家族には議事録を郵送、職員には会議で報告し共有している。災害対策に関し頭を守るものが欲しいとの要望があり、防災頭巾を備えていると返答した。  |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br><br>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           | 町の担当者には、事業所の実績やケアサービスの取り組みを伝え、課題解決にご協力頂いている。関係作りも積極的に行っている。                   | 社会福祉課・県西県民センター・社協との連携。市役所が近いので利用者と一緒に出かけ、利用者の様子や事業所の取り組みを直接伝えるようにしている。幼稚園との交流、小学生の夏休みボランティア、中学生の体験学習、ハローワーク、ヘルパー養成、専門学生の実践研修の場としている。地域密着型連絡協議会・ケアマネ会に参加し情報交換を行っている。   |                   |

| 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 |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 事業所会議で、適時に勉強会を開き身体拘束の内容・弊害のついて学び、施錠や様々な拘束へのデメリットを理解しながら、目配り・気配りにより安全と尊厳を確保している。 | 事業所内の安全安心委員会が身体拘束の具体的事例や弊害について話し、拘束を行わない見守り支援による、利用者の安全に対するケアの提供に努めている。スピーチロックには全職員で注意を払っている。   |                   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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        | 玄関にポスターの掲示を行い、虐待の防止に努めている。また、事業所会議等で意見交換をし、情報の共有化を図っている。                        |   |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 事業所会議での勉強会を設けているが、職員の認識が浅い。外部の研修等も含め、理解を深めるようにする。                               |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | 事業所のケアへの取り組み・考え方、撤去を含めた対応や可能な範囲でのサービスについて納得がいくまで説明している。                         |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br><br>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                 | 面会時に、利用者・ご家族・職員とて話す機会を設け、意見を伺っている。運営推進会議への参加も呼びかけ、意見や要望を出して頂いている。               | 利用者の意見等は日々の会話から吸い上げ、全職員で共有している。家族から面会時や家族会で聞く機会を設け、出された要望等は検討しフィードバックしている(シフトの関係で日勤者が全員男子職員であったのが家族には戸惑ったようだ。利用者と職員の関係同様、職員と家族の関係をさらに親密にしたいとの事。職員の言葉使いの指摘を受け指導中)。2ヶ月毎に担当職員が状況報告している。                                    |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br><br>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1回の事業所会議・業務時・申し送りの際に、随時、意見や提案を聞いて反映させている。                                      | 現場での貴重な意見はすぐに検討し反映している。外出・企画は職員に任せているが、月1回の会議には代表も同席し職員の思いを聞き(ケース記録には具体的な内容を記録すると提案があり改善中)、働きやすい環境整備に努めている。外内部研修・資格取得の受講料は全額事業所負担で参加を促しスキルアップに努めている。衣料費として毎年支給している。ストレス・不満がある職員には管理者が声かけを行い相談にのっている。職員・管理者・代表の関係は良好である。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 個々の状況を管理者を通して把握され、研修参加等により、向上心を持って働け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 |
| 13                           |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 法人内外の研修を確保している。法人内では段階に応じて、新人・中堅・管理者研修がある。研修の報告は、会議で発表し、1ヶ月後には評価するようにしてある。   |  |                   |
| 14                           |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 他事業所の交流会や勉強会への参加。利用者の受け入れなどでの交流を持ち、お互いが協力できる体制作りに努めている。                      |  |                   |
| <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<br>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           | 本人の心身の状態や、思いに向き合い、不安要因に互いに向き合いながら、利用者から受け入れられるような信頼関係を築けるよう心掛けている。           |  |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | これまでの家族の苦労や、サービス利用状況等、経緯についてゆっくりと話を聞くようにしている。話を聞くことで落ち着いて頂き、次の相談につなげている。     |  |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | 本人や家族の思い・状況を確認し、まず必要とされる支援を、可能な限り柔軟な対応ができるように努めている。                          |  |                   |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 支援する、される側という意識を持たず、お互いに協働しながら、その人らしく生活ができるように場所作りや声掛けをしている。                  |  |                   |
| 19                           |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                   | 家族の思いに寄り添い、日々の暮らしの出来事や、気づき・変化の状況を、2ヶ月に1回のお手紙と面会時に伝え、家族と同じような思いで支援していることを伝える。 |  |                   |
| 20                           | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><br>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                           | 家族会・面会など、家族との触れ合いを大切にし、馴染みの知人・友人と会ったり出来るよう支援している。                            | 知人・友人・家族・親戚の面会は頻繁にあるが、遠方の方とは電話や手紙の支援を行い関係が途切れないように支援に努めている。家族の協力をえてお墓参り・外出・外泊・外食や大切な場所にも出かけている。馴染みの味のかりんとうを買いにいたり、筑波山や図書館に出かける他、個別支援(誕生日)を行っている。車の運転が難しい家族の面会時には送迎をしている。耳の遠くなった家族が補聴器を装着し面会、イベント参加も増えて利用者も面会を楽しみにしている。 |                   |

| 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   |
| 21                                 |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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  | 食事の席やレクリエーションでの位置など考慮し、一日の流れの中で協同の意識や、役割を持ちながら活動して頂けるよう努めています。               |   |   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                        | サービス利用が終了された方にも、行事の案内をだしたり、継続して遊びに来て頂けるよう声を掛けて、継続的に付き合いが出来るよう心がけている。         |   |   |
| <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<br><br>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   | 日々の関わりの中で、声掛けし、言語・非言語表情等から、意向の把握に努めている。意思疎通の困難な方には、ご家族と相談し本人本位に検討している。       | 日々の会話・アセスメント・職歴・生活暦等から希望・意向の把握に努めている。利用者が決定しやすい環境を設定し、利用者の生活スタイル(畑仕事・カラオケ・読書・歌・踊り等個人の趣味を取り入れる)を重視している。困難な場合は家族と相談し、利用者本位に検討して日誌に様子・気づき等を記入し職員で共有するシステムとなっている。 |   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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   | 基本情報を確認し、また、ご本人の話や、家族・知人等の面会時に、可能な限りお話を聞いて、把握に努めています。                        |   |   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 一緒に生活する中で、出来る事に注目し、日々の心身状態・過ごし方等申し送りして伝え、現状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<br><br>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 | 自分らしく生活出来るように、本人や家族の要望を聴き、医師等関係者の意見も含めて、職員会議等で話し合い、介護計画を作成している。              | 利用者・家族の要望を聞き、医師の意見を取り入れカンファレンスを開催し課題とケアのあり方について話し合い、現状に即したプランを作成している。作成後は利用者・家族に説明し同意を得ている、プランと運動しケース記録に記載している。モニタリング・評価を実施し再プランを作成。                          | 職員も感じているように、目標達成に向けたケアの提供内容を時系列記録から具体的な記録(業務日誌にもある気づき・様子等)を記入し次のステップにつなげる取り組みを期待する。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                            | 個々のケアを記録に、職員の気づきや利用者の状態変化等記載し、情報を共有し、会議等で話し合い、決定したことを実践し、また、介護計画の見直しに活かしている。 |   |   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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、通院等必要な支援は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<br>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   | 地域の方々や近隣施設への働きかけや、ボランティアへの協力もお願いしている。  |  |                   |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br><br>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                                 | 受診や通院は、ご本人やご家族の要望に応じて対応している。ご家族のみで受診する場合も連絡をとり、診療内容や対応など報告を受けている。                        | 月2回の往診や週1回の訪看の来訪があり、情報や気づきを伝え状況を記録に残し、利用者の体調管理に努め結果を記録(ケース記録・居宅療養管理指導書)に残している。家族へは変化が無いときは2ヶ月毎に報告している(変化があれば直ぐに連絡)。家族付き添いのかかりつけ医受診の結果は報告を受け記録に残して職員も情報を共有している。   |                   |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                             | 週1回の訪問看護時に、職員の情報や気づきを看護士に伝えて相談している。また、利用者の状況を記録して頂き、職員も情報を共有化し統一したケアを行っている。              |  |                   |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。    | 入院時には、医療機関に情報提供し、ご本人の負担にならないように見舞いに行っている。ご家族と連絡を取り、退院後の対応等を医師から指示助言を頂きながら努めている。          |  |                   |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br><br>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、事業所できるところ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 | 重度化した場合や終末期の対応については、契約時に話し合い、看取りの同意書を頂いている。その上で、利用者の状況に応じ医師・看護師と連携を図りながら、家族と話し合い取り組んでいる。 | 契約時に、重度化した場合の対応を話し同意書を取り交わしている。家族の思いは変わることもあるので、状態に応じて確認し、家族の想いと利用者にとってベストのターミナルを迎えるために医師・看護師と連携をとり、全職員で他の利用者に配慮(家族同様の関係を継続)しターミナルケアに取り組み、職員の不安解消といつでも代表がかけつける体制となっている。全身じよく創の利用者のガーゼ交換を毎日1時間以上かけて行い、やり遂げたときは職員の大きな自信となっている。 |                   |  |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 月1回の事業所会議で話し合いを設けている。緊急対応については、マニュアルを整備し周知徹底を図っている。                                      |  |                   |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br><br>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   | 防災訓練は、昼夜で発生する災害を想定し、地域の方にも参加して頂き、定期的に行っている。また、社内でも防災委員会を設置し、防災の知識・技能向上に努めている。            | 地域住民の協力を得て、年2回(消防署指導・自主訓練)実施し(夜間想定・緊急通報システム・連絡網・避難経路確認・利用者行動把握・消火器使用方法等)利用者が避難できる方法を職員は身につけている。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。消防署からのアドバイスを受け、玄関先の階段は車椅子対応の板を整備した他、防災委員会と問題点を話し合っている。  |                   |  |

| 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 |
| <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<br><br>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               | 個人の意思・人格を尊重し、ひとりひとりに合った対応を心掛けている。ご本人の自己決定を大切に、言葉掛けや対応をしている。                     | 利用者と職員の関係が良好なだけに、馴れ合いにならないよう注意を払い、利用者の人格を損ねない対応を心がけている。調査時の声かけ・対応は自然で落ち着いていた。書類関係は個人情報保護に努めている。情報開示に関する同意書は取り交わしている。  |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 利用者に合わせて声を掛け、些細な言葉・表情等から、思いや希望を汲み取れるようにしている。ご本人の自己決定が出来る環境作りに努めています。            |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 利用者の気持ち、生活のリズム・ペースを大切にしています。体調を配慮しながら、その人の気持ちの沿った支援をしている。                       |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | ご本人の生活習慣・清潔・好みを大切にしています。行事の際には、着付け・化粧をしたりと、おしゃれを楽しんで頂けるよう支援している。                |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br><br>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 | 利用者と相談し、メニューを決めたり、準備や片づけなど一緒に行っている。利用者と職員が同じテーブルでお話しをしながら、楽しんで食事ができるようにしている。    | 食事は利用者の楽しみの一つであり、食べることが第一と考え、献立(栄養士にアドバイスを受け)→旬の食材の買出し→準備→盛り付け→配膳→下膳等全ての工程を利用者と一緒に行い、やりがいに繋げている。茶碗・お椀・コップ・箸は個人用を使用している。食事形態は利用者の状態に応じて提供している。職員も同じテーブルで食介・見守りを行いながら、畑で取れたかぼちゃや手作り餃子の話で会話と食欲が弾んでいた。おやつ作りも利用者の力を発揮する場面となっている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 献立や食事量や水分量の摂取状況を毎日チェックしている。水分量は注意して脱水の防止をしている。また、管理栄養士に献立等のアドバイスを受け栄養摂取の改善に努める。 |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、うがい・歯磨きを声掛けし、状況に応じた介助を行っている。専任の歯科衛生士の指導を受け、歯石除去を行っている。                      |   |                   |

| 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<br><br>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                              | 排泄チェックを行うことにより、排泄パターンを把握し、中重度の方でも出来るだけ、トイレでの排泄ができるように支援している。          | 排泄チェック表からパターンを把握して声掛けを行い、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。オムツやリハビリ・パットの枚数を減らす職員の取り組みにより、改善された利用者が多い。失禁時は自尊心を損ねない対応をおこなっている。PT資格の職員による下肢筋強化・植物繊維・乳製品・水分摂取・腹部マッサージによる自然排便に努めている。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 便秘予防には、食物繊維や乳製品や水分の摂取に留意しています。散歩や体を動かす機会をつくって、自然排便できるように取り組んでいる。      |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br><br>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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | ご本人の希望に沿った時間に入浴できるようにしている。その人のペースや状況に合わせた支援をしている。                     | 基本的に週3回の入浴であるが、希望があればいつでも入浴可能である。季節感のあるゆず湯・菖蒲湯を提供したときは長湯になると言う。足拭きマットは個人用を使用し皮膚感染対策をとっている。異性介助に関しては利用者と職員の信頼関係が出来ているので拒否は無い。  |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 体調や生活習慣に応じて休息したり、眠れるよう支援している。眠りの浅い方には、日中の過ごし方の見直し等している。               |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 服用時は、必ず手渡しして服用を確認している。服用にて、症状の変化が見受けられた際は、医師へ報告し指示を仰いでいる。             |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                                 | 1人ひとりの楽しみや張り合いを見つけて支援している。出来ること、得意分野を把握して、その人らしく生活して頂き、気分転換等の支援をしている。 |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br><br>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 | ご本人が行きたいと思う、普段は行けないような場所でも、ご家族の協力を得て、実現できるよう支援している。                   | 近隣の買い物・散歩には天気・体調に応じ出かけ、近隣の方と挨拶を交わしたり、お店に並ぶ食材や衣類・道端の草木の開花から季節の移ろいを感じてもらっている。イベントの外出(花見・ひまわり・菊・お雛様等)以外にも家族の協力を得て外出している。利用者の家族が招待してくれるブルーベリー狩はおいしさが倍増し利用者の表情がいきいきとする。      |                   |

| 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<br>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  | 希望があった時には、機会をつくり、一緒に買い物に行きます。一緒にレジに並びお支払もして頂きます。                         |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 電話を利用したい方には、自由に使用して頂いている。季節のお便りも支援している。                                  |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br><br>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 | 一般的な家庭にあるものは整えている。季節の花などを飾り、季節感や生活感を採り入れて暮しの場を整えている。                     | 季節の花(日草)や手作り品を飾り、季節を感じる工夫が見られる。畳コーナーやソファで食後気の合う利用者同士のんびり過している姿があると言う。調査日はリビングから見える畑の収穫品(スイカ・ナス・紫蘇等)の話で盛り上がった。地域の方が提供してくれた絵手紙の短冊が一味変わった雰囲気があった。共有空間は分かりやすく表示し混乱が起きないように配慮がある。トイレの手すりを左右前に設置し、利用者に対し細かい配慮がある。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 庭先にはベンチを置き、利用者が自由にくつろげるようにしてある。居間の横の和室には、ソファが備えており、冬には、こたつも用意し自由に使われている。 |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | ご本人が使用していた馴染みの家具等を持ってきて頂けるようにしている。                                       | 使い慣れた筆筒・椅子・テレビ・テーブル・籐の引き出し等を安全面に配慮し配置している。手作りカレンダー・思い出の写真や趣味の小物を飾り、居心地よく過ごせる居室となっている。清潔保持に努め清掃は利用者スタッフと一緒にやっている。  |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 利用者の状態に合わせて、手すりやトイレ、廊下などの居住環境が適しているかをチェックして、安全の確保と自立への配慮をしている。           |   |                   |

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム樂樂

## 目標達成計画

作成日:平成27年10月7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<br>目標達成に要する期間   |
| 1        | 11   | ケース記録の内容を時系列に記入していたが、ケアプランに沿った具体的な内容になっていない。ケアプランは具体的な内容になっているが、ケース記録に反映されていない。 | ケアプランに沿った具体的な内容のケース記録を記入し、個別ケアと統一したケアの向上を図る。 | 記入しやすい利用者から始めて慣れるようにして、全員ケアプランに沿った具体的なケース記録を作成する。また、事業所会議・担当会議等でケアプランの周知に努める。<br>3ヶ月 |
| 2        | 35   | 年2回の避難訓練を実施しているが、今回の茨城県の水災害もあり、更なる、災害対策の検討が必要である。                               | 事業所独自の具体的な防災マニュアルを作成し、利用者の安全を確保する。           | ①防災に関する情報の収集②事業所で防災の具体的な役割を決める③地域住民と更なる協力体制をつくる。<br>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、行を挿入してください。