

# 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   | 2375200629                    |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人西春日井福祉会                 |            |            |
| 事業所名    | グループホーム ペガサス春日                |            |            |
| 所在地     | 〒452-0962 愛知県 清須市 春日 新町 105番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成22年10月20日                   | 評価結果市町村受理日 | 平成23年2月15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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2375200629&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2375200629&amp;SCD=320</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『サークル・福寿草』                |
| 所在地   | 愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室 |
| 訪問調査日 | 平成22年12月10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)】

「思いやりの心」の理念の下、協同生活の中で家事等日常生活を助け合いながら認知症の症状を緩和し自分らしく生活できるよう支援している  
併設型のグループホームのため法人内の協力体制が出来ている

## 【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)】

特別養護老人ホームに併設された複合施設の一つとして、開設されたグループホームである。ホームは、運営法人が、旧7町の支援で設立された経緯から、地域の福祉の拠点としての位置づけがなされている。ホームでは、「思いやりの心」を理念とし、職員がおおらかに余裕を持ってケアにあたっていることで、利用者も落ち着いた生活できている。さらに、地域との交流も徐々に双方向の関係で、連携が取れるようになってきており、「ペガサス祭り」が地域のお祭りとして定着し始めていると、関係者は手ごたえを感じている。また、利用者の身体状況に合わせ、法人内の多様な形態の福祉施設が相互に連携をとりながら、法人全体で介護を提供していることが利用者にも充分に説明されている。

## 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)       | ○<br>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)   | ○<br>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)             | ○<br>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)                     | ○<br>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)                   | ○<br>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) | ○<br>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)    | ○<br>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、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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)                  | ○<br>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                                       | ○<br>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せている<br>(参考項目:30,31)         | ○<br>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                                   | ○<br>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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○<br>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>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                           | 「思いやりの心」の理念を念頭において職員は、ケアにあたっている                                   | 理念はホームの立ち上げ時に、職員と一緒に掲げ、玄関に貼り職員への周知を促している。新人採用時にも理念の教育を行い、日常的に思いやりの心をもってケアに取り組んでいる。   |   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<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                           | いつも利用する近隣の喫茶店、スーパー等の店員さんと馴染みの関係ができています。幼稚園の敬老会訪問等地域とのつながりを大切にしている | 自治会への加入し、地域の消防団の協力の下、避難訓練を実施している。また、ボランティア団体、清洲市・清洲市社協の後援において、ホーム職員が講師となり講習会に関ったり、保育園児の来訪、中学生の職場体験、市の400年事業に参加等を通じ、認知症の理解を深めている。 |   |
| 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                         | 地域の方に向けての、認知症についての講演会の講師として職員を派遣した                                |  |   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<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      | 利用者の状況、ホームの運営状況を報告しサービスの向上に努めている                                  | 4か月に1回の開催である。毎回、市職員も出席しているため運営上の話し合いも行われている。地域住民代表より、防災についての質問があり、スプリンクラー設置等の計画について説明を行った。                                       | 現在、ホーム側からの報告が主となっているが、地域住民の提案や意見を、互いに話し合いながら運営につなげていけるような機会としていくことを期待したい。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<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                | 市町村との連携で、認知症サポーター養成講座の講師をするなど協力関係を築くよう取り組んでいる                     | 市担当部署とは、運営に関しての意見交換があり、連絡は密にとられている。キャラバンメイトの講師資格を持つ職員がいるため、サポーター養成講座の会場としてホームを提供し、講師も務めている。                                      |   |
| 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 | 午前6時～午後3時までは、施錠しておらず「身体拘束をしないケア」に基づいてケアにあたっている                    | 拘束ゼロの手引き等を使って職員に伝えている。午後3時から入浴を行っているため、利用者の安全を考え施錠している。自宅が近い利用者が帰宅しようとして出かけた場合は、話しをしながら散歩をし、気分を変え自然にホームに戻るよう配慮している。              |   |
| 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      | 事業所内で虐待が見過ごされることのないよう職員に高齢者虐待防止関連法についての知識にふれられるようはたらきかけている        |  |   |

| 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                                 |
| 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    | 利用者に権利擁護制度を利用している方が見える   |  |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約の解約の際は、その都度疑問点を尋ね要望なども伺っている  |  |   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<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                     | 苦情受付について第三者委員や他機関が説明掲示してある   | 利用料を納める事務室の前に、意見箱が設置されている。また、ホームに来訪した際には、職員が声をかけ、要望を聞くよう心掛けている。また、ホーム便り「かわら版」を毎月発行し、家族がホームに親近感を持てるようにしている。 | 毎月の発送物に、要望、意見を記入する用紙を同封する等、積極的に要望、意見を集めることを期待したい。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<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                                      | 所長は人事評定などで年2回は職員との面接を行い意見を聞き、管理者職員の意見や提案を聞いている                             | 職員は、「私の計画書」を年1回作成し、それを元に、半年毎に施設長及び管理者と面談を持ち、相談、要望を伝えている。日々の提案や要望は、「アイデアノート」に書き込み、管理者を含む全員で共有し解決している。       |   |
| 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      | 所長は、人事評定の「私の計画書」などで、やりがいや向上心をもてるように働きかけている                                 |  |   |
| 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         | 法人内外の研修を受ける機会を確保している   |  |   |
| 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 | 愛知県グループホーム連絡協議会に所属しており勉強会や見学会でネットワーク作りに努めている。<br>また、交換研修を行い、他ホームとの交流に勤めている |  |   |

| 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 |
| <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 | 家族との話し合い、本人の不安・要望などの動向を汲み取り関係づくりに務めている  |  |                   |
| 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            | 契約時やケアプラン作成時など必ず家族の要望を聞くようにしている   |  |                   |
| 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        | サービスを導入する前にその方が利用していたサービス事業所などと情報を共有し、必要であれば他のサービスも利用できるような努めている                |  |                   |
| 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                        | 利用者を生活の主役として、炊事、掃除、洗濯など可能な範囲で生活の主体になってもらっている                                    |  |                   |
| 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         | 外出・面会などで積極的に関わって頂けるよう、働きかけている   |  |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<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                     | 友人や隣のデイサービス利用しているのお知り合い方等ご家族以外の馴染みのある方にも面会していただいている。また、個人外出などで、本人の馴染みの場所へ出かけている | 利用者の近隣の友人、同級生、親族の面会があったり、絵手紙を習っていた利用者は、書いて送ったことがある。また家族によって外出をし、外食を楽しんだり、馴染みの美容室・喫茶店など行っている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の人間関係を把握しながらテーブルの配置や行動など関わり合えるように工夫している                                    |  |                   |

| 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 |
| 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                    | サービス終了後亡くなった方などは、自宅に訪問しホームでの暮らしぶりなどの話をしたり、経過のフォローに努めた      |   |                   |
| <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>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   | 一人ひとりの生活歴やペースを尊重したケアに努めている                                 | アセスメントは6か月に一度見直しされ、利用者や家族の思いや意向を確認している。利用者一人ひとりの思い等を聞き出すためには、食事時などで話をしながら、思いや意向等を把握するよう努めている。       |                   |
| 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                                       | 面接時に本人やご家族から可能な限り話を聞き把握に努めている また、センター方式を併用している             |   |                   |
| 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   | 一人ひとりの一日の過ごし方を、ケース記録し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>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・家族からの要望を良く聞き可能な限り要望に沿ったケアプランの作成に努めている。また、アイデアノートを活用している | 毎月モニタリングが行われ、見直しは通常、3か月に1回である。その際、「アイデアノート」の提案を計画に反映させている。変化があった場合は医師、看護師の指示や意見を元に、家族の要望を入れて作成している。 |                   |
| 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                        | 日々の気づきをケース記録に記入し職員間での情報の共有に活かしている                          |   |                   |
| 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               | 利用者の家族の状況などにあわせ、受診の協力など柔軟な対応をおこなっている                       |   |                   |

| 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 |
| 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                                      | 傾聴ボランティアの方々に訪問して頂いている                         |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<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                                  | 入居前からの掛かりつけ医に関わっていたり、適切な医療を受けられるようにしている       | ほとんどの利用者は、以前からのかかりつけ医に受診し、通院の際には、家族が同行している。日常的には法人看護師も支援している。また、歯科・予防接種などは、併設している特養で行ったりしている。                |                   |
| 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                          | 併設の特養やデイサービスの看護師に相談できる体制をとっている                |  |                   |
| 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。 | 協力医院との連絡会議の場が設けられている                          |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化やターミナルケアは、行っておらず事前に家族に理解して頂けるよう努めている       | 看取りは行っていないことで、身体能力に合わせ、家族と相談しながら、多種ある併設施設と連携を取りながら支援していく方針である。重度化し入院した場合は、お見舞いに行き、可能な限り、家族の要望に沿えるよう相談に乗っている。 |                   |
| 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  | 既存のマニュアルを見直し、新たに作製した。また、それにしたがっての勉強会を行った。     |  |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<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  | 避難訓練を年2回行っており、対応できるようにしている<br>地域の消防団にも参加して頂いた | 避難訓練を年2回行っている。1回は、ホーム単独にて、夜間想定で訓練を行い、他の1回は、地域の消防団の協力の下で施設全体で避難訓練を実施した。また、災害時の備蓄品も1週間分を目処に備えている。              |                   |

| 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<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                    | その人を尊重した声かけに心掛けてケアにあたっている                                | ひとり一人に合った声かけをしている。また、丁寧語で接していると信頼関係が築けないので、気をつけている。トイレ誘導時には、大きな声で言わないようにしたり、生い立ち、性格、好み等、一人ひとりの人格を尊重したケアに努めている。 |                   |
| 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                      | 無理強いするようなケアにならないよう可能な限り本人の意思を尊重している                      |  |                   |
| 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し、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 | 一人ひとりのペースに合わせながら共同生活を営めるよう支援している                         |  |                   |
| 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                                   | 可能な範囲で服の選択や化粧品購入・管理の支援を行っている                             |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<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      | 献立は、利用者と相談しながら決めており、食事作り・準備・食事・片付けを行っている                 | メニューは、利用者がその日の気分で提案し、職員が栄養バランスを調整して作っている。毎日、利用者が一人ずつ順番に職員と必要な買い出しを行っている。後片付けは、当番制となっており、全員が参加している。             |                   |
| 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           | 1日の、水分・食事の摂取量を記録し状態の把握に努めている                             |  |                   |
| 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に、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                   | 毎食後口腔ケアが行えるよう支援している<br>歯周病の方で、出来る方は液体口腔洗浄剤でのケアもしていただいている |  |                   |

| 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>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                              | 排泄の自立を継続できるようその方の能力に応じた支援をしている                                      | チェックリストが作成され、早めの誘導の結果、失敗が抑えられている。トイレが認識できずに居室で放尿していた方が、段々落ち着いてきている。また、廊下を行ったり来たりする等の仕草を見逃さず、トイレ誘導を行っている。                     |                   |
| 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  | 水分の摂取量や運動を取り入れ、また、排便のチェックをすることで、便秘にならないよう働きかけている                    |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<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                        | 入浴は基本的に毎日行っており、本人のペースに合わせたタイミングで入浴していただいている 湯加減もその方に合わせ調整している       | ほぼ全員、毎日入浴している。入浴順も固定しないよう配慮されている。入浴拒否の場合は、タイミングをみて促している。本人のペースを認めながら入浴を支援しているため、定期的に入っていることがチェック表で確認できる。                     |                   |
| 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   | 一人ひとりの睡眠状況などを記録し、それぞれペースに合わせた休息ができるようにしている                          |  |                   |
| 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  | 薬剤情報をいつでも見られるようにしてあり、理解しやすい方法をとっている                                 |  |                   |
| 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                             | 随時、趣味の絵手紙や花木の水やりなど、楽しみ毎に取り組んで頂いている<br>また、特養との合同行事での演奏会・運動会など楽しまれている |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<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 | 毎日の食材の買い物で外出を行っている<br>本人の希望での個人外出・グループ外出を行っている                      | 1か月に1回は、138タワー、庄内緑地、大型ショッピングセンター等に全員で出かけている。年2回、グループ外出として、利用者3人に職員が同行し、なばなの里やテレビ塔等に出かけ、年1回は個人旅行として利用者一人に職員が付き添って日帰り旅行を行っている。 |                   |



| 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 |
| 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  | 散歩時に近所のコンビニエンスストアでお菓子を買ったりする時など、本人の財布で支払ってもらったり援助している  |   |                   |
| 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   | 電話は、自由に使用出来、可能な方は、自分でダイヤルし使用している、また年賀状等手紙を出す支援をしている  |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<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 | 毎日清掃しており、清潔は保たれている、又花壇作りや、作品作りで季節を感じて頂けるようにしている  | リビングは天井が高く、窓が大きく解放感があり、ソファやテーブルの配置により、落ち着いた印象である。掃き出し窓からは、すぐ温室があり、畑へとつながっている。温室には、季節の花、畑には季節の野菜が植えられている。    |                   |
| 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  | 居間のソファやそれぞれの居室で気のあった利用者同士で過ごせるようになっていく   |   |                   |
| 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  | 居室には、使い慣れた馴染みの家具を持ち込んで使用して頂いている  | 6畳強の洋室で、ナースコールが設置されている。物入れがあり、荷物が多くても片付いている。使い慣れた物は、何を持参しても良いが、裁縫道具はホーム預かりとなる。ダンス、テレビ、ラジオ、仏壇等、多くの物が配置されている。 |                   |
| 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   | 混乱なく過ごしていただくため、トイレや居室等ご本人が理解しやすいよう工夫している、居室も安全に過ごしていただけるよう配置等を考えている、また道具や自助具等ご本人が使いやすいよう支援している |   |                   |

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム ペガサス春日

## 目標達成計画

作成日: 平成 23年 1月 25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        | 4<br>(3)  | 現在、ホーム側からの報告が主となっているが、地域住民の提案や意見を、互いに話し合いながら運営につなげて行けるような機会としていく事 | お互いに提案や意見を話し合える環境を作る           | 身近な介護の話題をグループホーム職員が認知症の知識を活かし意見交換や情報提供が出来る時間を設ける                       | 6ヶ月        |
| 2        | 10<br>(6) | 毎月の発送物に、要望、意見を記入する用紙を同封する事、積極的に要望、意見を集める事                         | 毎月の発送物「かわら版」の紙面の改善により意見、要望を集める | 「かわら版」紙面を改善、個々家族用とし、各利用者のグループホームでの様子を多く掲載し読みやすくする。その上で、意見、要望を記入する枠を設ける | 6ヶ月        |
| 3        |           |   |                                |  | ヶ月         |
| 4        |           |   |                                |  | ヶ月         |
| 5        |           |   |                                |  | ヶ月         |