

### 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	2374900302		
法人名	有限会社三ヶ所		
事業所名	グループホームむつみ苑 第1ユニット		
所在地	愛知県日進市本郷町西原北通871		
自己評価作成日	平成26年 3月 9日	評価結果市町村受理日	平成26年 8月13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/23/index.php?action=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&amp;JivogyoCd=2374900302-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2012_022_kani=true&amp;JivogyoCd=2374900302-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 3月18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)】**

ハード・ソフト両面についてバランスの取れたレベルアップを図ることを主眼としています。特に記せば利用者の楽しみの一つである食事については調理にも時間をかけ工夫を重ねております。入居希望者及びそのご家族等の来苑は日時を問わず歓迎し感想をお聞きして事業運営の参考としたいと考えております。また地域の方々にも事業所を認識していただけるようボランティアを歓迎し積極的に地域交流を重ねております。終末期ケアの実践においては医療連携、権利擁護など各専門家の助言を頂きながら利用者や家族が安心して利用していただけるように努めております。

**【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)】**

今年度は、本人と家族の意向に沿って、複数名の利用者の終末期を支援し、家族と共に「旅立ち」のお見送りをしている。家族の気持ちに寄り添った親身の支援に、家族の安心と満足度は大きい。「デスクカンファレンス」の実施で、職員の意識向上に努め、家族に対しては「看取り介護パンフレット」の中に、あたたかい言葉で語りかけるように看取りの説明を行って安心に配慮する等、命と向き合う事の大切さを、利用者に関わる全ての人で考える支援を実践している。  
今回の家族アンケートの自由記述の中で、多くの利用者家族が「本人の気持ちを考えてくれる介護」に感謝の意を表していることから、終末期支援ばかりではなく、日常支援においても、ホームの手厚い支援がうかがい知れる。

**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、安心して暮らしている (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	尊厳の保持と自立支援(一人ひとりに合った)を常に意識して日常の言動により具現化することです。	住み慣れた地域でこれまでの暮らしを大切にしながら、利用者も家族も安心できる暮らしの支援を目指している。職員からは「皆が同じ方向を向いている」との声もあり、思いの共有がうかがい知れる。	
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	隣接する中学校との交流、ボランティアの来苑の定着、利用者様の住んでおられた地域の老人会などへの参加継続、毎月多くの交流があります。	地域に根付いたホームであり、夏祭りや敬老会などの地域行事には積極的に参加している。ホームには手遊び、パティシエなど様々なボランティアが来訪し、交流を楽しんでいる。隣接する中学校との交流は定着しており、相互交流を継続している。	
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	隣接する中学校のボランティア活動としての場所として活かし認知症サポーター講座などを通して多くの生徒さんへ認知症の理解や支援の方法を伝えることができつつある。		
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	常時10名程度の出席のもと、特に市高齢福祉課担当者、中部地域包括支援センター担当者に出席いただいており有益な助言を、また民生委員、地域住民代表者の方々からは地域の幅広い情報や意見をいただいております。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、利用者、家族、地域代表、行政関係者が参加して年6回の会議を開催している。事業所の現状について細かく報告し、参加者それぞれの立場での、有意義な意見交換の場として活用している。	
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	市役所との地理的な距離が近いこともあり市役所に出向き頻繁に情報交換を行っている。	管理者(法人代表)が市の高齢者福祉介護計画推進部会の委員や虐待防止ネットワークメンバーを務め、市との連携を推進している。協働の機会も多く、地域福祉に貢献するように努めている。	
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	身体拘束を原則として行っていないが玄関の施錠については常時開放は実態として厳しい。	職員ミーティングで身体拘束を議題として話し合い、職員に正しい理解を周知している。利用者の安全確保等、やむを得ない場合には、家族と話し合い、職員の正しい理解の下で支援を行っている。その場合も、安全確保の方法に頼ることなく、外して行く方法を検討している。	
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	法において範囲の広がった本質を理解し「不適切なケア(ことば)」を含めた考え方や、防止・対応の具体例をもとに継続して学び実践しております。		

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
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	地域権利擁護事業により日常生活支援事業、成年後見制度を数名の利用者が活用しており事業者の立場としても利便性があり有益です。		
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	「入居者利用契約書」「重要事項説明書」及び健康診断書用紙は入居1週間前には面談にて読んで説明その期間に不明な点についての質問に応じ、お応えするようにしており、その後正式契約をしております。		
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	意見・不満・苦情のない方は多少とはいえない方はいないと考える。したがって発言できる「雰囲気作り」が非常に大切であり発言に対してに「できる」「できない」をお応えすることにしております。	利用料の支払いを毎月ホームで行うことが家族との面談の機会となっている。直接の話し合いのほか、電話での随時相談等もあり、家族からはこまめな報告に、多くの感謝の声があがっている。	
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	定例職員会議は毎月10日午後7時00分より開催。全員が発言する機会を作り有益な意見は取り入れています。	月1回の全体会議と月2回のユニット会議で職員の意見や提案を聴取している。勉強会やケアカンファレンスも兼ねた会議で、密度の濃い内容となっている。また日々の申し送りも充実しており、その場の解決を目指し、職員は積極的に発言し意見を述べている。	
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	(財)中小企業退職金共済に加入しております。		
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	研修の内容に応じてまた職員のキャリア・レベルに応じて参加させております。職員会議の席で研修の要旨は発表しております。		
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	開業時より県グループホーム連絡協議会加入。個々にも各種研修に参加、徐々に交流の輪は増えつつあります。		

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
<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	なんでも話せる「雰囲気づくり」に努めて本人の希望の確認に努めております。		
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	生活歴、病歴、家庭環境等「ゆっくり」聞くことをご家族の意向の確認に努めております。		
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	本人の希望とご家族の意向に柔軟に対応できるよう他のサービス利用も説明して本人、ご家族が選択していただけるように努めております。		
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	各ユニットの職員もほぼ固定化しており顔馴染みの職員により日常生活の家事を共同で行い些細なこでも話が出るように努めております。		
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	家族等の来苑は日時を問わず歓迎、現状の把握の共有に努めております。		
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	自宅の町内会や老人クラブのイベント、趣味活動など出席される方は満足されていますが残念ながら個人差が大きい。	利用者の友人や親戚がホームへ面会に訪れたり、地域の敬老会やイベントに参加して旧知の知人と交流したりと馴染みの関係の継続がある。また、通いなれた喫茶店等に出かけ、関係が途切れぬように支援したり、家族外出で毎週ヨガへ出かける利用者もおられる。	
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	職員が調整役となって支援しております。		

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	サービス利用終了後、ご家族や新しいサービス提供事業者(ケアマネジャー)または医療機関(ケースワーカー)などへ契約期間中のかかわりの中で助言や情報提供も行ってまいります。		
<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	日常生活の中で言葉や表情などからその真意を推し測ったりして確認をしていますが、ご家族や関係者からの情報も有益です。	日常のケアの中で利用者の声に耳を傾け、思いや意向を掴むよう心がけている。入浴介助時など利用者と一対一になる時間は、ゆっくりと話を聞き、深く思いを聴ける良い機会となっている。ユニット会議で情報を共有し、介護計画に反映させている。	
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	早急に全体像を知ることは困難、日々の生活の中で少しずつ得るように心がけています。		
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	一人ひとりの行動や些細なことから生活リズムを理解して本人の全体像をつかむようにしております。		
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	心身状況の変化が小さくても3カ月(2、5、8、11月)に一度白紙に戻し家族とも話し合い作成署名をいただいております。	毎月2回のユニット会議はケアカンファレンスを兼ねており、職員が日常のケアの中でつかんだ利用者の意向や家族から聴取した意見等と併せて話し合い、介護計画に反映している。計画作成担当者が中心となり、現状に即した計画を作成している。	職員意見の飛び交うケアカンファレンスは充実しており、本人本位の介護計画作成に向けた取り組みは見事である。今一步の進捗を考えるのであれば、家族と本人が出席できる担当者会議等の機会の設置であると思われる。
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	介護日誌にてバイタルチェック、食事・水分摂取量、排泄等身体状況日々の暮らしの様子は記録、体調不良の時は特に頻度を高め詳細に記録しております。また担当者会議も毎月開催して情報共有に努めております。		
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	体調急変時家族等の要請により病院送迎に留まらず立会など特に独居や権利擁護の利用者の場合このような事例は増加しております。		

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
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	社会福祉協議会、地域包括支援センター、ボランティア等、共同によりQOLが向上しつつあります。		
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	入居前よりのかかりつけ医の希望はそのまま継続しています。事業所では協力医療機関より第1、2、3、4金曜日(各ユニットごとに隔週)に往診があります。	ホームは、内科、歯科、精神科の協力医の往診を支援している。往診時には看護職員が細かに情報提供を行い、医師と連携を図っている。地域の総合病院が協力医になっており、緊急時や様々なケースに迅速に対応できる体制を作っている。	
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	看護職員勤務について同一敷地内の小規模多機能居宅介護事業所第2むつみ苑の看護師と調整し休暇については同日に取らぬようにして補充し合っております。		
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。	2、3日に1回は職員が見舞うようにしております。家族とも情報交換を密にし速やかな退院支援を導くようにしております。		
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	本人の希望、家族の意向をふまえ医師、職員が連絡連携を取り安心して終末期を迎えられるように意思確認をしながら取り組んでおります。また家族の意向については柔軟な対応ができるように努めております。	「看取り介護パンフレット」を作成し、利用者や家族と充分に話し合い、その意向を第一に方針を決定している。協力医と連携し、利用者と家族に対し、最善の支援ができるように、介護・看護職員の力を結集した、尊厳あるターミナルケアを目指している。	
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	消防署の協力を得て救急手当で蘇生術の研修を実施職員が対応できるように努めております。		
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	震度6～7を想定し非常用食料、備品を準備するとともに消防署の協力を得て通報訓練、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使用訓練を定期的に行っております。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で年2回の避難訓練を実施し、内一回は消防署の立会いで、避難経路や避難方法の指導を仰いでいる。1週間分の飲食料の備蓄、自家発電機の準備等、様々なケースを想定した対応を行い、万全を期している。	

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>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	接遇については研修会を開催し、日々のケアの中で職員がお互いのケアについて話し合える環境を整えております。	介護＝「最高の接遇」の意識が高く、利用者一人ひとりの尊厳を守り、人権を尊重している。今回の家族アンケートでも、職員の手厚い対応に感謝の言葉が多く寄せられている。	
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	一人ひとりの状態に合わせ本人が表現しやすいような働きかけをしている。難聴の方にはジェスチャー筆談で確認をしております。		
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	一日の流れはありますが、区切った過ごし方はしていません。各自の体調に配慮し利用者の気持ちを尊重してできるだけ個性のあるケアをしております。		
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	見守りを主体とし自己決定がしにくい利用者は職員と一緒に考えて本人の気持ちにそった支援を心がけております。		
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	もっとも大切な活動の一つとしてとらえ、献立は職員が行い。調理は職員、利用者が共に行い、同じテーブルを囲い楽しく食事できるよう雰囲気づくりを大切にしております。	併設の小規模多機能居宅介護事業所の厨房で、利用者の希望に沿ったメニューを調理し、提供している。盛り付けや配膳、下膳・食器洗い・後片付け等、利用者が職員と一緒に、「同じテーブルで同じもの」の仲間意識を育んでいる。	
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	介護日誌に摂取量記入欄あり体調不良の方は看護師の指示のもと摂取水分量の記録をしております。		
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	自力の方は見守りをし、できない方に関しては毎食後のケアを行っております。服薬見守りと共に大切な介護業務であり一人ひとり確認しながら行っております。		

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
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	自尊心に配慮し様子から敏感に察知し身体機能に応じて車いすの移乗、歩行介助を行っております。介護日誌に排泄チェック欄使用し尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することによりトイレで排泄できるよう支援しています。	トイレ排泄を基本とし、本人の状態や状況に応じて適切に支援している。自立の利用者には状態維持の支援を行い、声掛けや誘導が必要な利用者には、排泄パターンを把握した対応等、日常生活の流れの中で支援を行っている。	
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	便秘時は特に水分補給と繊維質の多い食材を提供しております。朝と夕方の申し送りで利用者全員の排泄状況を確認し便秘が続いている利用者があるときは処方された下剤の服用や看護師による座薬の挿肛など利用者にあつた対応しております。		
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、個々にそつた支援をしている	通常ほぼ毎日午後から入浴ができます。入浴しないときは足浴をしております。	各ユニットが日曜日以外毎日の入浴を提供し、利用者の希望で入浴を支援している。体調不良、入浴拒否等で入浴ができない場合は、清拭や足浴で対応している。入浴は一对一のコミュニケーションの場としても活用している。	
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	生活リズムは7時起床、21時就寝としているが、重篤者は個々対応しております。		
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	主として看護師が管理、整理をしております服薬確認を徹底しております。特に、処方の変更時は全員に周知しております。		
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	一人ひとりの意欲を忖度し「お願いします」「ありがとう」を必ずことばで出し充実感を持てるようにしております。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	馴染の喫茶店、スーパー、図書館に同行したり個人的には墓参り催事、演奏会、運動会等支援しております。	利用者と一緒に企画した行事外出の他、その日に決めた外出で、喫茶店や買い物に出かける楽しみもある。日常的に外出の機会も多く、家族外出の支援や、個別外出の支援等、本人の希望を聞き取り、実現の支援を実践している。	

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
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	個人的な買い物等は当苑が立て替え払い領収書と交換で利用料支払い時に精算しておりそれ以外の現金管理はしていません。		
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	年賀状、暑中見舞い受信返書は、支援のもとで行っており電話使用は支援のもとで自由であります。		
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	グループホームとして設計した建物であり使い勝手は良い。	利用者と職員と一緒に掃除を行ったり、季節感を考えた飾り付けや思い出の写真の掲示したりと、一緒に暮らす仲間とともに居場所の環境を整備している。隅々まで掃除が行き届き、整理整頓が際立つ環境は、生活する者ばかりではなく、訪れる者も癒してくれる空間となっている。	
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	上記と同じく。居間の窓側には8畳の畳。リビングと玄関、2階エレベーター前にもソファあり。		
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	個室は自由に使用。利用者により仏壇、机、ソファ、ダンス、テレビ等が配置されております。	居室は個人の生活空間として思い思いの環境整備がある。馴染みの物品の持ち込みも多く、生活環境継続の意識の高さがうかがえる。本人の状態に合わせ、動線の確保やつまずき予防等を配慮した物品の配置にも余念がない。	
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	状況に合わせて環境整備に努めています。状況が変わり新たな混乱や失敗が生じた時は、その都度話し合い本人の不安・混乱材料を取り除き自立支援につなげております。		

### 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	2374900302		
法人名	有限会社三ヶ所		
事業所名	グループホームむつみ苑 第1ユニット		
所在地	愛知県日進市本郷町西原北通871		
自己評価作成日	平成26年 3月 9日	評価結果市町村受理日	平成26年 8月13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/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JkyosyoCd=2374900302-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JkyosyoCd=2374900302-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 3月18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)】**

ハード・ソフト両面についてバランスの取れたレベルアップを図ることを主眼としています。特に記せば利用者の楽しみの一つである食事については調理にも時間をかけ工夫を重ねております。入居希望者及びそのご家族等の来苑は日時を問わず歓迎し感想をお聞きして事業運営の参考としたいと考えております。また地域の方々にも事業所を認識していただけるようボランティアを歓迎し積極的な地域交流を重ねております。終末期ケアの実践においては医療連携、権利擁護など各専門家の助言を頂きながら利用者や家族が安心して利用していただけるように努めております。

**【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)】**

**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、生き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	尊厳の保持と自立支援(一人ひとりに合った)を常に意識して日常の言動により具現化することです。		
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	隣接する中学校との交流、ボランティアの来苑の定着、利用者様の住んでおられた地域の老人会などへの参加継続、毎月多くの交流があります。		
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	隣接する中学校のボランティア活動としての場所として活かし認知症サポータ講座などを通して多くの生徒さんへ認知症の理解や支援の方法を伝えることができつつある。		
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	常時10名程度の出席のもと、特に市高齢福祉課担当者、中部地域包括支援センター担当者に出席いただき有益な助言を、また民生委員、地域住民代表者の方々からは地域の幅広い情報や意見をいただいております。		
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	市役所との地理的な距離が近いこともあり市役所に出向き頻りに情報交換を行っている。		
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	身体拘束を原則として行っていないが玄関の施錠については常時開放は実態として厳しい。		
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	法において範囲の広がった本質を理解し「不適切なケア(ことば)」を含めた考え方や、防止・対応の具体例をもとに継続して学び実践しております。		

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
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	地域権利擁護事業により日常生活支援事業、成年後見制度を数名の利用者が活用しており事業者の立場としても利便性があり有益です。		
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	「入居者利用契約書」「重要事項説明書」及び健康診断書用紙は入居1週間前には面談にて読んで説明その期間に不明な点についての質問に応じ、お応えするようにしており、その後正式契約をしております。		
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	意見・不満・苦情のない方は多少とはいえない方はいないと考えます。したがって発言できる「雰囲気作り」が非常に大切であり発言に対してに「できる」「できない」をお応えすることにしております。		
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	定例職員会議は毎月10日午後7時00分より開催。全員が発言する機会を作り有益な意見は取り入れています。		
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	(財)中小企業退職金共済に加入しております。		
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	研修の内容に応じてまた職員のキャリア・レベルに応じて参加させております。職員会議の席で研修の要旨は発表しております。		
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	開業時より県グループホーム連絡協議会加入。個々にも各種研修に参加、徐々に交流の輪は増えつつあります。		

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
<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	なんでも話せる「雰囲気づくり」に努めて本人の希望の確認に努めております。		
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	生活歴、病歴、家庭環境等「ゆっくり」聞くことをご家族の意向の確認に努めております。		
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	本人の希望とご家族の意向に柔軟に対応できるよう他のサービス利用も説明して本人、ご家族が選択していただけるように努めております。		
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	各ユニットの職員もほぼ固定化しており顔馴染みの職員により日常生活の家事を共同で行い些細なこでも話が出来るように努めております。		
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	家族等の来苑は日時を問わず歓迎、現状の把握の共有に努めております。		
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	自宅の町内会や老人クラブのイベント、趣味活動など出席される方は満足されていますが残念ながら個人差が大きい。		
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	職員が調整役となって支援しております。		

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	サービス利用終了後、ご家族や新しいサービス提供事業者(ケアマネジャー)または医療機関(ケースワーカー)などへ契約期間中のかかわりの中で助言や情報提供も行ってまいります。		
<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	日常生活の中で言葉や表情などからその真意を推し測ったりして確認をしていますが、ご家族や関係者からの情報も有益です。		
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	早急に全体像を知ることは困難、日々の生活の中で少しずつ得るように心がけています。		
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	一人ひとりの行動や些細なことから生活リズムを理解して本人の全体像をつかむようにしております。		
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	心身状況の変化が小さくても3カ月(2、5、8、11月)に一度白紙に戻し家族とも話し合い作成署名をいただいております。		
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	介護日誌にてバイタルチェック、食事・水分摂取量、排泄等身体状況日々の暮らしの様子は記録、体調不良の時は特に頻度を高め詳細に記録しております。また担当者会議も毎月開催して情報共有に努めております。		
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	体調急変時家族等の要請により病院送迎に留まらず立会など特に独居や権利擁護の利用者の場合このような事例は増加しております。		

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
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	社会福祉協議会、地域包括支援センター、ボランティア等、共同によりQOLが向上しつつあります。		
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	入居前よりのかかりつけ医の希望はそのまま継続しています。事業所では協力医療機関より第1, 2, 3, 4金曜日(各ユニットごとに隔週)に往診があります。		
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	看護職員勤務について同一敷地内の小規模多機能居宅介護事業所第2むつみ苑の看護師と調整し休暇については同日に取らぬようにして補充し合っております。		
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。	2, 3日に1回は職員が見舞うようにしております。家族とも情報交換を密にし速やかな退院支援を導くようにしております。		
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	本人の希望、家族の意向をふまえ医師、職員が連絡連携を取り安心して終末期を迎えられるように意思確認をしながら取り組んでおります。また家族の意向については柔軟な対応ができるように努めております。		
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	消防署の協力を得て救急手当で蘇生術の研修を実施職員が対応できるように努めております。		
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	震度6~7を想定し非常用食料、備品を準備するとともに消防署の協力を得て通報訓練、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使用訓練を定期的に行っております。		

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
<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	接遇については研修会を開催し、日々のケアの中で職員がお互いのケアについて話し合える環境を整えております。		
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	一人ひとりの状態に合わせ本人が表現しやすいような働きかけをしている。難聴の方にはジェスチャー筆談で確認をしております。		
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	一日の流れはありますが、区切った過ごし方はしていません。各自の体調に配慮し利用者の気持ちを尊重してできるだけ個性のあるケアをしております。		
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	見守りを主体とし自己決定がしにくい利用者は職員と一緒に考えて本人の気持ちにそった支援を心がけております。		
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	もっとも大切な活動の一つとしてとらえ、献立は職員が行い。調理は職員、利用者が共に行い、同じテーブルを囲い楽しく食事できるよう雰囲気づくりを大切にしております。		
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	介護日誌に摂取量記入欄あり体調不良の方は看護師の指示のもと摂取水分量の記録をしております。		
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	自力の方は見守りをし、できない方に関しては毎食後のケアを行っております。服薬見守りと共に大切な介護業務であり一人ひとり確認しながら行っております。		

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
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	自尊心に配慮し様子から敏感に察知し身体機能に応じて車いすの移乗、歩行介助を行っております。介護日誌に排泄チェック欄使用し尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することによりトイレで排泄できるよう支援しています。		
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	便秘時は特に水分補給と繊維質の多い食材を提供しております。朝と夕方の申し送りで利用者全員の排泄状況を確認し便秘が続いている利用者があるときは処方された下剤の服用や看護師による座薬の挿肛など利用者にあつた対応しております。		
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、個々にそつた支援をしている	通常ほぼ毎日午後から入浴ができます。入浴しないときは足浴をしております。		
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	生活リズムは7時起床、21時就寝としているが、重篤者は個々対応しております。		
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	主として看護師が管理、整理をしております服薬確認を徹底しております。特に、処方の変更時は全員に周知しております。		
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	一人ひとりの意欲を忖度し「お願いします」「ありがとう」を必ずことばで出し充実感を持てるようにしております。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	馴染の喫茶店、スーパー、図書館に同行したり個人的には墓参り催事、演奏会、運動会等支援しております。		

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
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	個人的な買い物等は当苑が立て替え払い領収書と交換で利用料支払い時に精算しておりそれ以外の現金管理はしていません。		
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	年賀状、暑中見舞い受信返書は、支援のもとで行っており電話使用は支援のもとで自由であります。		
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	グループホームとして設計した建物であり使い勝手は良い。		
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	上記と同じく。居間の窓側には8畳の畳。リビングと玄関、2階エレベーター前にもソファあり。		
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	個室は自由に使用。利用者により仏壇、机、ソファ、タンス、テレビ等が配置されております。		
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	状況に合わせて環境整備に努めています。状況が変わり新たな混乱や失敗が生じた時は、その都度話し合い本人の不安・混乱材料を取り除き自立支援につなげております。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームむつみ苑

## 目標達成計画

作成日: 平成26年8月13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		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く	いずれおとずれる終末期についての対応は利用者が健在の時点で事例を挙げながら家族とかかわりつけ医とで繰り返し話し合い備える	医療連携の強化。医療スタッフの充実。介護職員への終末期ケアの講習会開催。	12ヶ月
2					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。