

### 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   | 2392000028       |            |            |
| 法人名     | 医療法人 常念会         |            |            |
| 事業所名    | グループホーム もみじ フジ   |            |            |
| 所在地     | 愛知県豊橋市大村町字山所77番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成26年1月10日       | 評価結果市町村受理日 | 平成26年4月18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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2392000028-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2392000028-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                     |  |  |
|-------|---------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人『サークル・福寿草』 |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市中区三本松町13番19号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年2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)】**

入居者様一人ひとりが安心して穏やかに暮らしていけるように、その人に合わせた個別対応に努め、笑顔と笑い声のあふれるフロアを目標にしています 積極的な地域行事への参加、外出支援を通して地域社会との交流を深めています

**【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)】**

ホームは老健に併設し、緊急時の支援が受けられる体制がとられている。老健との合同の行事である秋祭りの際には、地域の方の参加が得られており、ホームへの理解につながっている。他にも、地域包括支援センターを併設していることもあり、地域の方の困難事例に関しても、グループホームでの生活について伝えることもできる。日常生活の場面では、利用者が主体的に活動してもらうように取り組んでおり、食事については、ホームで作る日と老健の厨房からの提供の日を設けており、利用者も参加した食事づくりを行ったりしながら、利用者にとって、メリハリのある生活になる取り組みが実践されている。また、ホームは、医療法人により運営されているが、協力医療機関については、運営法人以外の医療機関と複数の協力医が対応しており、利用者の状態に合わせた支援が実施されている。

**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くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<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<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、活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                            | 入職時や会議の機会に理念に触れ、常に共通意識が持てるようにしている スタッフルームの壁に理念を掲げいつでも見えるようにしている                | ホームでは、人としての心構えと福祉の専門職としての支援を目指した理念を掲げており、職員が日常的に振り返るように努めている。また、職員の個人目標づくりにも取り組んでおり、実践につなげている。                      | ホームでは、管理者の異動等、職員体制に変更が行われているため、職員が集まる機会等に、ホームとしての方向性を振り返る取り組みにも期待したい。 |
| 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                            | 地域の行事にはできるだけ参加し地域住民との交流をはかっている 回覧を置きに行くなど町内で活動できるよう配慮している                      | 町内会には、ホーム独自に加入している。回覧板も回ってきており、情報を得て参加につなげる等、ホーム独自での交流が行われている。また、併設老健との合同の行事も開催されており、開催した秋祭りの際には、多くの地域の方の参加も得られている。 |   |
| 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                          | 地域の学校よりボランティアや介護体験を受け入れ認知症の理解に努めている 運営推進会議にて自治会長や民生委員に認知症の理解を求めている             |   |   |
| 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       | 認知症に対する支援の仕方など紹介グループホームの特徴を理解していただいている ホームでの取り組みや生活内容を知っていただくことで職員の意識向上に繋がっている | 会議には、複数の地域の方の参加や法人からの職員の参加もあり、ホームの理解を深めてもらいながら、施設全体で地域の方との情報交換の機会にもつながっている。また、会議には、利用者も代表として出席している。                 | 家族にも会議の内容を知っていただき、ホームへの理解につなげてもらえるように、会議の内容を報告し、会議への出席につながることを期待したい。  |
| 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                 | 運営推進会議の報告、地域包括職員の委員会参加など 今年度から介護相談員の派遣があり定期訪問を受けている                            | 運営推進会議の議事録を市担当部署へ直接持参していることで、定期的な情報交換につなげている。また、関連事業所として、地域包括支援センターを併設しており、地域包括を経由した情報交換も行われている。                    |   |
| 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 | 可能な限り行動の制限はせず本人の意思を尊重できるように取り組んでいる 環境を整備することで拘束ゼロを目指している                       | ホームでは、職員間で勉強会の機会をつくらせており、言葉に拘束についても話し合われている。また、ホームでは、利用者の単独外出があったことで、改めて利用者の見守り方法の確認を行っている。                         |   |
| 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注意を払い、防止に努めている        | 言葉遣いや声掛けについて強い口調や命令口調にならないよう注意している 勉強会にて何が虐待になるのかなどを職員が意識できるよう努めている            |   |   |

| 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   |
| 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    | 成年後見制度の研修に参加している 親族間での関係作りや必要に応じて制度の紹介など行っている                                     |  |   |
| 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                         | 入居前に契約を交わし、ホームの意向や理解を求め、ご家族や入居者様の意向も受け入れている 制度や料金に変更があった場合は説明会開催や個別説明などにて理解を求めている |  |   |
| 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                     | ご家族が意見や要望を言いやすい関係作りに努め、その意見を反映できるようスタッフ間の連携にも配慮している                               | 年1回の食事会を兼ねた家族会の他にも、行事を通じた参加もあり、家族間の交流に努めている。意見や要望に対しては、ホーム管理者の対応の他にも老健相談員や事務長による対応も可能である。また、ホーム便りを毎月発送している。        | ホーム便りは、ホーム共通の内容で作成されているが、担当制を活用しながら、個別の便りを加える取り組みにも期待したい。 |
| 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                                      | 管理者とスタッフが共通意識を持ち意見交換が気楽にできるような関係作りに努めている スタッフからの意見や要望は出来るだけ早く解決できるように努めている        | 週1回のカンファレンスと月1回の職員会議を通じて、意見や要望等の話し合いが行われている。それらも意見等を持って、管理者は老健との合同の会議にも出席し、運営への反映につなげている。また、年2回の管理者による個別面談も行われている。 |   |
| 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      | 特別賞与、永年勤続表彰、旅行費用贈呈など職員がやりがいや喜びを持てる配慮がある   |  |   |
| 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         | 外部の研修や資格取得の援助制度がある 内部勉強会や委員会への参加など法人一丸となって取り組んでいる                                 |  |   |
| 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 | 愛知県認知症グループホーム連絡協議会に加入し積極的に交流を図っている 他グループホームの訪問により入居者、スタッフ共に交流する機会がある              |  |   |

| 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 | 入居前より情報を収集し、ご本人もご家族も安心して過ごせるような環境整備に努めている  |   |                   |
| 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            | 相談の段階からご家族が困っている事や要望、希望を伺い、施設でできる対応を説明して不安を少しでも取り除き、信頼関係を築けるよう努めている                        |   |                   |
| 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        | ご本人、ご家族に合った支援を模索し本当に必要としているサービスを提供できるよう努めている   |   |                   |
| 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                        | 家族のようにともに笑い、困った時には支え合うなど 人生の先輩として尊敬し信頼関係を築けるよう努めている  |   |                   |
| 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         | 日頃より様子を伝え、小さな事でも相談をさせて頂き、意見をもらいご本人と一緒に支え合う関係作りに努めている                                       |   |                   |
| 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、知人の面会時にはゆっくりと過ごして頂けるよう配慮している ご本人の希望に沿った馴染みの場所へも出かけるようにしている                              | 利用者の馴染みのある友人、知人が、ホームに訪問したり外出先で会うこともある他、家族との食事や買い物の機会も得られている。また、利用者が墓参りに出かける際には、家族と一緒に出かけている他にも、ホームで対応したこともある。 |                   |
| 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                  | 気の合う方同士と一緒に行動することで楽しく穏やかに生活ができるよう配慮している そうでない場合でもご本人が孤立してしまわないようスタッフが間に入り良好な関係が築けるよう支援している |   |                   |

| 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                    | 退後もボランティアで参加して頂いたり、気軽に来所して下さるご家族もおり良好な関係の維持に努めている               |   |                   |
| <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<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   | 個別対応を意識し、ご本人の希望や意向を把握し支援につなげている                                 | 職員は担当制で利用者の把握に取り組んでおり、把握した情報等は担当者より、月1回の会議での報告が行われている。また、日常生活の中で職員が把握した情報は、週1回のカンファレンスの際にも話し合われており、共有につなげている。 |                   |
| 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                                       | ご本人の生活歴を把握しホームでの生活がより充実したものになるよう努めている                           |   |                   |
| 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   | 毎日のバイタルチェックから、ふとした行動、言葉など小さな変化にも気付けるよう努めている                     |   |                   |
| 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 | ご本人、ご家族の意向なども把握した上でカンファレンスや会議の場でスタッフ間で話し合い、その方に合った支援になるよう努めている  | 介護計画の内容の見直しは、最長1年であるが、担当者による担当者会議が3か月に1回行われていることで、変化があれば見直しにつなげている。また、3か月に1回のモニタリングを行いながら、アセスメントの見直しにもつなげている。 |                   |
| 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                        | 毎日の生活を記録に残し、変化などあった場合にはその都度ケアの方法について話し合い見直すようにしている              |   |                   |
| 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               | 各部署、事業所との連携を図り、可能な限りニーズに対応しようと努めている 枠に囚われない柔軟なサービスが提供できるよう努めている |   |                   |

| 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   |
| 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                                      | 地域行事への参加、実習生の受け入れ、ボランティアの訪問など地域資源を生かし生活が豊かになるよう努めている               |  |   |
| 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                                  | 基本、協力病院の往診にて体調管理をして頂いている 必要に応じて希望医受診をしている 希望医をかかりつけ医にしている方もいる      | ホームでは、4名の協力医による訪問診療が行われていることで、利用者の状態に合わせた医療面の支援が行われており、協力医療機関については、ホームからの受診支援が柔軟に行われている。また、老健の看護師による健康管理等の支援も行われている。 |   |
| 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                          | 併設施設の看護師とはいつでも体調の変化の相談ができる体制にある                                    |  |   |
| 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。 | 入院時にはご本人の生活歴、様子をサマリーや口頭で伝達している その後もご家族、病院と連携を取り今後の支援の在り方について協議している |  |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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、事業所の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  | ご家族、主治医とも連携を密に取り、可能な限り終末期ケアに対応できるよう努めている                           | ホームでは、看取り支援に向けた体制を整えながら、協力医による支援も受け、看取り支援を行った経験もある。また、段階に応じた家族との話し合いも行われており、カンファレンスを通じて、職員への支援も行われている。               |   |
| 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  | 定期的な勉強会で学ぶ機会を設けており実際の現場では緊急時対応マニュアルに沿って行動できるようにしている                |  |   |
| 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回行っている 事業所として災害対策委員が設立され月に1回委員会が行われ災害時の対応を協議している            | 避難訓練については、併設老健と連携した訓練が実施されており、職員間で連携して夜間を想定したり、通報装置の使用した訓練が行われている。また、地域の方との相互の協力関係の構築や老健と連携した備蓄品の確保も行われている。          | 現状取り組まれている、併設老健と連携した訓練の継続や地域密着型サービスを活かした、地域の方との交流を深めていく、継続した取り組みに期待したい。 |

| 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                   | ご本人の人格、性格を尊重しその方に合った失礼の無い対応を常に心掛けている                           | 職員による接遇面の対応については、毎月の会議を通じた勉強会の機会もつくっている。また、プライバシーの保護について、トイレの扉部分にのれんを付けることで、職員が介助のために扉を開けた際にも、外から見えない工夫を行っている。   |                   |
| 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                     | 希望や要望が言い易い声掛けや自己決定が出来るような雰囲気作りに努めている                           |  |                   |
| 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、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 | その日の体調や生活パターンにも配慮しこちらの無理強いにならぬよう支援している                         |  |                   |
| 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                                  | 自己決定を尊重しながら整容、化粧などでその方らしさを引き出す支援に努めている                         |  |                   |
| 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     | 無理強いのない範囲で食事作りや後片付けに参加して頂いている 好き嫌いなども把握し食事を楽しんで頂けるよう支援している     | 食事については、ホーム内で調理を行う日と老健厨房からの提供が行われている日があり、ホームで調理を行う際には、利用者も参加して行われている。また、利用者の状態に合わせた食事形態の提供や、おやつ作りや外食の機会もつくられている。 |                   |
| 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          | 摂取量を記録に残し体調管理に役立てている 個人の状態による栄養バランスも考慮している                     |  |                   |
| 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、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                   | 毎食後の口腔ケアの実施 必要な方には介助を行い、清潔を保てるよう努めている 歯科衛生士により月に2回口腔ケア指導も行っている |  |                   |

| 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>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                              | チェック表に記録を残し、排泄状況を把握しその方に合わせた支援を行っている            | 職員は、利用者の排泄チェックを行っており、排泄状態について申し送りやカンファレンス等で話し合われており、トイレでの排泄を目指している。取り組みの結果、おむつの使用量が減る等の改善事例もある。                   |                   |
| 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  | 個々の状況を把握し、運動による予防から食物や服薬による改善まで排便コントロールに努めている   |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 入浴時間は午後からと決まっているが一人ひとりのペースを大切にゆったりと入浴を楽しんで頂いている | 入浴は、基本2日に1回の午後となっているが、希望により、毎日入っている方もいる。重度の方には、併設老健の入浴設備の利用も可能である。また、足湯に出かけたり、時には入浴剤を使用したり、季節に合わせた柚子湯や菖蒲湯の楽しみもある。 |                   |
| 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   | ご本人の希望や体調を尊重し休んで頂くようにしている                       |   |                   |
| 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  | 服薬情報を把握し服薬介助時にはミスのないよう努めている                     |   |                   |
| 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                             | 個々の特技や楽しみを日常生活の中で取り入れ笑顔が増えるよう支援している             |   |                   |
| 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 | 季節や天気に応じて散歩やドライブなどで気分転換ができるよう支援している             | ホームでは、天候等に合わせて、日常的に近隣への散歩や買い物等で外出する機会をつくっている。また、季節に合わせた初詣や花見、他のグループホームとの交流を兼ねた外出、利用者の希望に合わせた個別の外出支援にも取り組んでいる。     |                   |



| 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  | 自己管理されている方もおり、外出時や買い物時に自身で支払うこともある                                |  |                   |
| 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   | 携帯電話を持っている方は自由に連絡を取り そうでない方でも施設の電話を使いご家族と話をされる事もある 季節の挨拶の手紙を出している |  |                   |
| 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 | フロアの壁には季節感が感じられるよう飾り付けをしている 光や温度の調整はその都度配慮している                    | リビングや通路には、季節感に配慮された飾り付けや利用者の作品が飾られている。また、3階のユニットから老健につながっている通路には、広いベランダが設置されており、利用者と職員と一緒に洗濯物を干している。       |                   |
| 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  | ホーム内は自由に行き来ができ、ご本人の居心地の良い場所で過ごして頂いている テーブル席では気の合う方同士が近くなるよう配慮している |  |                   |
| 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  | 安全の確保をしつつ馴染みのある物、使い慣れた物を取り入れてもらい心地よく過ごして頂けるようにしている                | 居室には、自宅から持ち込まれた家具、写真、利用者自身の作品等、馴染みの物が置かれてあり、個性のある居室づくりに取り組んでいる。また、居室内に収納スペースが設けられていることで、居室を広く利用することが可能である。 |                   |
| 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   | 安全を第一に考えての手すりの設置や、トイレまでの動線を分かりやすくする事で、ご本人に出来ることの継続を支援している         |  |                   |

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム もみじ

## 目標達成計画

作成日: 平成 26年 4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        |      | 終末期のケアについて不安がある。 | スタッフ全員が不安をなくし、適切な対応をとれるようにする。                       | ・スタッフ間で話し合いの場を持つ。<br>・本人、家族の意向を把握し、良い支援となるよう信頼関係を築く。<br>・研修、勉強会に積極的に参加し、学ぶ機会を増やす。                 | 12ヶ月       |
| 2        |      | 個別ケアの充実を図る。      | ・不安なく安心して生活が送れるよう支援する。<br>・楽しみを持ち生活に張り合いがもてるよう支援する。 | ・各担当者によるケアプランの作成<br>・もう一度、利用者と向き合い心通う支援の在り方を模索してみる。<br>・利用者、家族との信頼関係の構築<br>・情報を共有し、スタッフの意識の向上を図る。 | 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。