

### 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	2371501251		
法人名	医療法人香徳会		
事業所名	グループホームよつば II 棟		
所在地	〒465-0025 愛知県名古屋市中東区上社3-2002		
自己評価作成日	平成25年10月9日	評価結果市町村受理日	平成25年12月26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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法人を活かした医療連携、人財を活かした研修、勉強会をおこなっている</li> <li>・介護度が高くなっても環境を変えず、よつばで生活できる様支援している</li> <li>・本人、家族の意向を確認しながらターミナルケアを行っている</li> <li>・平屋で、広い中庭があり、外出支援の難しい入居者でも気軽に気分転換ができる。</li> </ul>
---

※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_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371501251-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371501251-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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)】**

<p>ホームの母体が医療機関であることで、重度になってもホームで過ごすことが可能である。母体の医師による往診や訪問看護をはじめ、複数の医療機関による往診も行われていることや、母体の医療機関への受診及び入院して対応することも可能である。このような医療連携体制が整えられていることで、現状、ホーム定員の半数以上が、要介護度4又は5の介護認定を受けている利用者である。そのような状況の中で、利用者も参加した食事づくりの実施や、多くの利用者が参加した外出支援が困難になっているが、職員間で目標を立てながら利用者の支援を検討している。その取り組みとして、毎週日曜日にカンファレンスの時間をつくっており、利用者の情報共有に取り組んでいる。このように、当ホームでは、利用者が人生の最期まで穏やかに過ごすことができる環境を整えている。</p>
---

**【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	愛知県名古屋市中東区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年10月28日		

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (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	理念・基本方針をメイトウホスピタルと統一し、医療・介護の両面で地域密着を目指していく。理念は一つ一つの言葉の意味を噛み砕き、意味を考える取り組みを行い理念の重要性を伝えている。毎朝申し送り時に唱和し理念・基本方針と行動のズレがないよう努めている。	ホームでは、理念について「ヘルスケア」を重視した内容を掲げており、毎朝の申し送りの際に唱和し、内容の浸透をはかっている。理念をホーム内の玄関と事務室に掲示しており、来訪者にも分かるように努めている。	
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	名古屋市委託の託児施設に中庭を開放して、子供と高齢者の交流の場を提供している。	ホームは、町内会には加入していないが、近隣の方にホーム便りを配布しており、ホームを知ってもらっている。また、中学生の職場体験の受け入れや、ホームの中庭で、託児所の子どもとふれ合う機会もつくっている。	
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	地域の盆踊り大会などの行事に参加したり、地元の中学生の施設見学、介護実習生も受け入れている。ホーム発行の「よつば通信」を町内に回覧配布している。気軽にホームに立ち寄りてもらえるよう呼びかけている。		
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	職員、家族会代表、民生委員、区政協力委員、ボランティア代表、いきいきセンター職員の構成でホームの現状報告と意見交換を行ない、サービスの改善、向上の取り組みを進めている。参加メンバーで給食配送センターへ見学・試食を行い助言を頂いている。	会議では、ホームの現状や取り組みの内容を報告しながら、出席している方にホームへの理解を得てもらっている。また、欠席している家族には、年2回開催している家族会の際に、まとめて報告するようにしている。	出席している家族の参加が限られていることで、報告をまとめて行っている。今後に向け、家族にホームの状況を知ってもらうためにも、可能な限り、会議の後に送る取り組みにも期待したい。
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	市町村との定期的な意見交換の場は設けられていないが、名介研や介護事業者連絡会を通じ、名古屋市の福祉担当との情報交換を行なわれている。	市内の介護事業所が参加している介護事業者連絡会に出席しながら、同席している市関係者との情報交換にもつなげている。また、地域包括支援センターとの情報交換を行うことで、運営への反映に取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	現在は対象者がいませんが、身体拘束が必要な場合は、必要最低限に止め、家族に書面で説明し、同意を得ている。 日勤帯での玄関の施錠をやめ、開放している。	職員の見守りを強化することで、センサー等を有効に利用しながら、日中、玄関の鍵を開ける時間をつくる取り組みを行っており、身体拘束が必要な場合も、必要最低限に止めるよう取り組んでいる。また、職員の対応等について、職員のレベルに応じた研修への参加にも取り組んでいる。	
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	虐待防止マニュアルを参考にして、職員間での話し合いの場があり防止に努めている。		

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
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	市民後継人候補者バンク登録者フォローアップ研修の受入れを行い、情報交換を行いながら、活用している様、支援している。		
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	契約締結、解約時は十分な時間を設け、不安や疑問点に答え、理解・納得を図っている。解約後もできる限りの支援ができる様、努めている。		
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	年に2回の家族会、家族へのアンケートなどを行いから意見、不満などを吸い上げ、具体的に改善している。家族と職員の交流の機会を大切に、意見、要望がある場合は、都度検討し周知を図っている。	ホームでは、家族が集まる機会を、年2回以上つくっており、家族の参加が得られ、家族間の交流にも努めている。意見箱の設置を行っている他、独自のアンケートも実施している。また、毎月、ホーム便りを発行しており、個別のコメントを添えている。	
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	「教育」「業務」「食事」「レク」のグループに分かれそれぞれQC活動を行っている。月1回の会議、又は必要に応じて随時、報告、見直し、統一を行っている。	職員間で話し合い、利用者に関する対応等を考えるように、管理者は、月1回の会議や毎日の申し送り等を通じて、職員の意見や要望の反映に努めている。また、年2回、個人面談を取り入れ、職員各自に目標を立ててもらい資質向上に取り組んでいる。	
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	年2回の目標面接を行い、各自が向上心を持てる様、働きかけている。又、人事制度を導入し、明確化、やりがいに繋げる取り組みも始めている。		
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	よつば内、法人内での研修・勉強会をはじめ、外部研修を積極的に行っている。いろいろな入所者のニーズに応えられるよう、介護職員による喀痰吸引・胃ろうの研修に年2回受講し、対応できる職員を増やしている。		
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	名古屋グループホーム連絡協議会に加盟しており、交流会があれば積極的に参加している。法人内のグループホーム間で勉強会、問題の解決に取り組んでいる。法人外の施設へも見学を行い、サービスの向上に取り組んでいる。		

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
<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	入所2週間以内にアセスメントシートに基づいて、介護計画を立ててカルテに提示、周知を図っている。		
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	ご家族の生活環境、入居に至った経緯、不安な事、意向など様々な方向から話しを伺い、相談しやすい雰囲気を作り、信頼して頂き今後良好な人間関係が築いていけるよう努めている。		
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	入居するにあたり、少しでも不安が取り除ける様じっくり時間をかけて話を伺っている。入院中や他施設で生活されている方には外泊扱いで行えるお試し入居、自宅で生活されている方にはショートステイを利用できるように対応している。		
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	本人に合わせて支援ができるように「させていただく」気持ちを大切にしている。一対一になる入浴・排泄介助時はより傾聴に努めている。		
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	入居者に担当職員がついており、依頼や日々の様子を家族へ連絡して絆を大切にしている。頻繁に来られる家族もみえ、良い関係を築いている。		
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	家族の了解も得て、なじみの人の面談を受け入れている。	ホームでは、入居前からの友人や知人が、ホームに訪ねて来ることがある他、家族とも食事や買い物等で外出する機会も得られている。また、お盆や年末年始の時期には、自宅に戻り、家族と外泊して過ごしている方もいる。	
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	日中は部屋に閉じこもることなく食堂ですごせる様に支援している。又、食事の片づけ、洗濯、掃除等、出来る事を皆で分担し、職員と一緒にしている。		

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
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	退所後の訪問も歓迎し、快く接している。退所後もその方の郵便物が届く事もあり、連絡を行い必要に応じて相談や支援を行っている。		
<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	日々の様子や本人、家族との会話から、利用者個々の思いや意向の把握に努めている。意思疎通の困難な利用者に対しては、本人の表情やしぐさ、家族などから情報を得て、日常生活に寄り添うようにしている。	ホームでは、担当制を採用しており、職員が把握した利用者の情報を日々の記録や申し送り等に残しながら、情報の共有につなげている。また、ホームでは、毎週日曜日の時間に、その日に出勤している職員間でカンファレンスを実施している。	
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	アセスメントシート・情報収集をもとにカンファレンスを行い、職員間で共有・把握に努めている。これまで楽しみにされていた事を継続できる様、努めている。		
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	できる事は見守りで、本人の持っている残存能力を使いできる事はやっていただいている。日々の生活の中で些細なことでも共有し合い、家族の意向も伺いながら介護計画を作成。日々の様子の変化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 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	介護計画は本人、家族の意見を取り入れ、職員間で情報を共有、検討したうえで、作成している。日々の様子、意見からカンファレンスの課題とし、利用者がその人らしく生活できるよう努めている。	介護計画を基本6か月毎に見直しているが、週1回、職員間でカンファレンスを行い、利用者の状態変化の確認を行っている。また、モニタリングについてもカンファレンスを通じて行い、新しく入居した利用者には3か月で実施するように取り組んでいる。	
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	介護記録、申し送りノート、カンファレンスなど利用し日々の気づきを職員間で共有しながら実践している。記録の書き方、方法を見直し、把握しやすい工夫をしている。		
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	服薬管理指導、介護タクシーの紹介、福祉用具のお試し、購入などニーズに答えられるよう努めている。入居者固有の医療的処置、病院受診、救急搬送時の職員同行に対応できる様、取り組んでいる。医療法人の豊富な人材を利用し、栄養士、ST、看護師等様々な分野と連携が可能。		

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	託児所の慰問や地域の喫茶店、美容院等を利用しながら認知症への理解して頂きながら、安全で豊かな暮らしを楽しむ事ができるよう支援している。		
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	日々の様子など細かな説明をご家族、医師へ報告。本人、家族の意向を伺いながら適切な受診対応を行っている。正確に伝える為、必要に応じ手紙や職員も同行して、情報を伝えられるよう努めている。	ホームでは、週1回、協力医による往診と関連事業所の訪問看護師により、利用者の健康状態を把握に努めており、時間外の対応も行われている。状態変化時には、必要に応じて受診支援を行っている。また、歯科や眼科の往診も行われている。	
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	週1回訪問看護ステーションの訪問がある。些細なことでもその都度相談して、早期発見、適切な対応を行うよう努めている。		
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。	入院サマリーの作成。本人、家族の負担が最小限になる様、支援している。入院中の様子を見舞い、病院関係者との情報交換、本人、家族との相談に努めている。退院時も円滑に行えるよう努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	事前指定書を通して、日頃から家族、ご本人と話し合いを行っている。必要時にはかかりつけ医、ご家族、職員にて現状の説明、今後についての相談を行っている。	母体の医療機関と連携しながら、看取りを見据えた支援を行っており、ホームでの支援と医療機関への入院を行っている。家族とは、状態に合わせた意向の確認を行っている。また、職員に対する緊急時の対応方法を研修で学ぶ機会もつくっている。	現状、重度の方が多く受けていることもあり、医療的知識等、職員に対する資質向上の取り組みもテーマと言える。今後の継続したフォローの実施に期待したい。
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	救急蘇生法の研修への参加、喀痰吸引、胃ろうの研修へ参加し、急変時の対応に努めている。		
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	年2回避難訓練及び緊急連絡網を整備している。託児所との合同防災訓練も行っている。運営推進会議にて地域との連絡体制を確認している。	年2回の避難訓練を行っており、夜間を想定し訓練の実施を行っているが、重度の方が多いため、消防署からも助言を頂いている。また、ホーム内に、水や食料等の備蓄の確保も行っているが、地域のとの連携は状況ではないのが現状である。	今後に向けて、地域の災害訓練に参加したり、ホームでの訓練に地域の方が参加する等、地域との連携についても期待したい。

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 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	接遇のチェックシートや研修を通してプライバシーを損ねるような言葉かけを行ない、利用者の尊厳、尊重に努めている。	ホームでは、職員が接遇マナーを振り返ることができるように、「接遇チェックシート」で確認を行っており、日頃から利用者の人格を尊重した対応に取り組んでいる。また、職員による利用者への対応について、職員間で意識を高めるように努めている。	
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	個人のペースを尊重し、ゆっくり本人の話を傾聴している。その中で何がしたいか本人が表現、自己決定できるよう声かけ支援をしている。		
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	職員の都合でなく、本人ペースを崩さない様対応している。家族との外出は自由にしている。その日の体調、気分を考慮し、可能な限り、支援している。		
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	個々の好みを取り入れたおしゃれが出来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 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	献立を決めてもらったり、料理の準備・後片付けを職員と一緒にしている。苦手の食事を把握し、代品を作り、対応している。	職員でメニューを考えているが、栄養士にも確認してもらい、助言等を得ている。利用者も食事の準備や片付け等に参加したり、ホーム中庭で採れた野菜を取り入れる楽しみも行っている。また、介助を要する方が多く、トロミや刻み食にも対応している。	
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	食の楽しみ、質・味の統一を図る為、「食事」に関する業務改善班を設け、改善に努めている。嚥下困難な方には、一人ひとりの能力に応じた支援を行っている。2ヶ月に1度、栄養士による栄養評価をして頂いている。		
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	誤嚥性肺炎のリスクをしっかりと認識した上で、口腔内の清潔の保持に努めている。STによる嚥下勉強会も行い知識の向上に努めている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、支援している。使用するオムツ類もその都度検討、変更している。	職員は、利用者の排泄状態を個人記録に残しておくことで、職員間で排泄状態の情報を共有しながら、トイレでの排泄を目指している。また、重度の利用者が多いことで、改善の事例は少ないが、排泄状態の維持を目指すように取り組んでいる。	
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	乳製品を食事に取り入れ、体操、水分補給の促しをすすめ自然な排便に努めている。下剤使用の際も個々に合った物を医師と相談している。		
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	入浴の日は週3回(男女1日交替)、車椅子利用者の機械浴は週2回行っている。入浴を拒否される利用者には希望やタイミングを合わせて声かけし、入浴できるよう支援している。	ホームでは、週3回程度、入浴できるように取り組んでおり、ホーム内に普通の浴槽と特殊浴槽が設置されていることで、利用者の状態に合わせた入浴が実施されている。また、必要に応じて2人体制での入浴介助を行うことや、同性介助にも取り組んでいる。	
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	グループホーム内でも高齢化、介護度の重度化が進み、一日を通して起きていることが困難になってきている。本人の希望や状態を考慮し休める様支援している。夜間も巡視を行い温度調節に気を付け、安眠していただけるよう努めている。		
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	服薬管理指導の導入により、誤薬のリスクを減らすよう努めている。処方日の往診時には薬剤師も同行、24時間連絡、相談できる体制をとっている。薬の勉強会を開催し介護職として認知症介護で知っておきたい知識を学ぶ。		
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	洗濯、掃除等出来る事の役割。中庭を利用した楽しみ方を模索しながら気分転換ができる様支援している。ボランティアの受入れ、誕生日会や毎月行事を行い、季節を感じていただけるイベントで楽しく過ごしていただける様努めている。		
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	希望があれば近くの喫茶店に出かけたり、散髪は日にちを決めずに本人の希望がある時に地域の床屋に向いている。その他希望があれば検討し、職員、家族で実現できる様支援している。	ホームでは、外出できる方が少なくなっていることで、個別の外出が行われており、コンビニへの買い物、喫茶店や床屋等に出かける機会をつくっている。また、グループによる遠足が行われており、市内の公園等に外出する機会をつくっている。	



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	管理はしているが希望に応じて使えるように支援している。可能な方は、職員と一緒にコンビニへ買い物支援を行っている。遠足、喫茶等でお金を使う機会も作るよう努めている。		
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	自宅や家族への電話をする事は家族関係を考慮しながら、可能な限りの支援をしている。入居前の人間関係を継続していけるよう努めている。		
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	食堂兼リビングからは、中庭の緑や季節折々の風景が楽しめ、利用者は自由に出入りすることができる。毎月、季節にあったカレンダーを入居者の方で作成、季節感を感じられる様努めている。心地よく過ごしていただける様、5S活動を行っている。	リビング等の共用空間はゆったりとした設計となっている他、ユニット間を隔てている事務室が開放されていることで、利用者は、時々、ユニット間を移動して過ごすことがある。また、ホーム中庭が整備され、利用者が外に出て過ごすことがある。	
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	入居者の状態、人間関係に応じ、個人のテーブルを用意したり、席替えを行い、気持ち良く過ごしていただけるよう支援している。		
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	居室にはベッド、エアコン、空気清浄機を除いて、利用者の馴染みの物を持ち込むなど利用者と家族に任せようとしている。必要な物があれば本人、家族に相談し、準備していただいたり、購入したりしている。入居者担当を決め、整理整頓を入居者と一緒に行っている。	居室への家具等の持ち込みは自由であり、利用者は、馴染みの家具の他、鏡台を持ち込んでいる方もおり、おしゃれの支援も行われている。また、居室内に、植木等を置いている方もおり、穏やかに過ごすことができる。	
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	既存の建物の限界にとらわれず、新しい物を取り入れながら、快適な生活が送れるよう工夫、対応している。「できること」「わかること」から意欲を引き出し自立に繋がるよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームよつば

## 目標達成計画

作成日: 平成25年12月12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	運営推進会議の議事録は年2回ある家族会時に配布している	運営推進会議開催後、請求書の発送時に議事録を同封する	運営推進会議開催後、請求書の発送時に議事録を同封する	1ヶ月
2	35	災害時の地域との繋がり	地域の防災訓練への参加。自施設での防災訓練時、地域の方が参加できる取り組み	地域の防災訓練への参加。自施設での防災訓練時、地域の方が参加できる取り組み	5ヶ月
3	3	地域社会への貢献	地域向けにニーズのある勉強会を行う	居宅事業所、地域ボランティアのニーズを知り、勉強会を行う	12ヶ月
4	13	ターミナルケアの質の向上	痰吸引・胃ろうの対象者の受入れ体制を作っていく	研修を受け、対応できる人数を確保する	12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。