

### 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   | 0170401699         |            |            |
| 法人名     | 有限会社 介護サービス郷の家     |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 郷          |            |            |
| 所在地     | 札幌市手稲区前田5条15丁目2番8号 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成22年10月21日        | 評価結果市町村受理日 | 平成22年12月3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)】

|   |
|---|
| <p>自然体でのんびりと日常生活を送ることができ、できるだけ自己主張が自由にできる雰囲気を作るよう心がけている。また、プライドをもって生きることが出来る環境を提供したいと努めている。</p> |
|---|

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

|             |   |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0170401699&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0170401699&amp;SCD=320</a> |
|-------------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 評価機関名 | 株式会社 サンシャイン           |
| 所在地   | 札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F |
| 訪問調査日 | 平成22年11月19日           |

【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>「グループホーム郷」は閑静な住宅街に位置した事業所である。学生寮を改築した建物は木造で風情があり、自宅に居るような親しみを利用者を感じさせている。共有部分は利用者の身体的な残存能力を十分活かせるように改造し、室内装飾や調度品も家庭的な温かさに配慮して利用者が落ち着いて過ごせるように工夫されている。管理者は訪問介護や高齢者住宅の立ち上げ経験を活かし、地域の中でその人らしく生き生きと暮らせるように支援するという理念の下、一人ひとりの利用者との関わりを大切に職員とともに日々熱心にケアに取り組んでいる。利用者は町内会に個別に加入し、夏祭りや餅つきなどの行事にも地域の一人として参加している。また、近隣からお土産をもらったり、収穫した葡萄をお裾分けするなど地域との交流も積極的に行われている。個別の外出支援や利用開始前の知人との電話や手紙のやり取り、親戚宅の訪問やお墓参りの送迎など、馴染みの人や場との関係も継続できるように支援している。利用者は思いや意向を積極的に表現し、職員とともにゲームを楽しんだり楽しく会話を交わすなど、日々明るい笑顔で過ごしている。</p> |
|--|

| サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)       | 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ます<br>(参考項目:9,10,19)  |  |
| 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)             | 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)                     |  |
| 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)                   | 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) |  |
| 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)    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      |  |
| 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)                  | 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                                       |  |
| 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)         | 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                                   |  |
| 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) |    |   |  |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価            | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |  |
|-----------------|------|---|--|---|--|
|                 |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| <b>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踏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   | 設立時より、地域の中で見守られ生活することを理念として支援してきた                                  | 開設時に「地域の中で一人一人がその人らしく生き生きと暮らせるよう支援します」という地域密着型サービスの意義を踏まえた独自の理念を作成している。理念はパンフレットに掲載して、事業所の廊下に掲示している。職員は、地域住民と日々交流する中で理念の実践に繋げている。 |  |
| 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   | 入居者一人一人が町内会の会員になっている。  | 利用者全員が個別に町内会に加入して赤十字の寄付や夏祭り、餅つきなどの行事に参加している。近隣住民に事業所の焼き肉会に参加してもらう事もある。また、近隣からお土産をもらったり、事業所で収穫した葡萄をお裾分けするなどの交流も行われている。             |  |
| 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   | 日所生活の中で見守っていただいております、言葉かけなどいただいております。                              |   |  |
| 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                                      | 運営推進会議では幅広く認知症についての理解を家族や地域の方にもとめ、学習しており、外部評価の取り組みについても報告話し合いをしている | 地域包括支援センター職員や民生委員、家族、利用者などが参加して2ヶ月毎に開催している。事業所の活動報告や職員の研修報告、防災対策、外部評価結果報告などが行われている。市役所職員のアドバイスで、参加者からの意見を記録に残すように変更している。          |  |
| 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取り組んでいる   | 運営推進会議を通じ、サービスの取り組みの報告や相談助言など、協力関係を築いている。                          | 管理者は、2ヶ月に1回ほどの頻度で、介護保険の更新や生活保護者のリハビリパンツの給付などで区役所を訪問して相談している。また、ターミナルケアについての相談や身よりのない利用者の葬儀や財産管理などについて相談し、助言をもらった事もある。             |  |
| 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「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 | 身体拘束をしないケアについては日頃より、話し合い、玄関の施錠はしない工夫を心掛けているし、身体拘束はしていない。           | 虐待に関する研修会に管理者が参加して内部研修において勉強会を行っているが、身体拘束の対象行為は該当しないので、現在は具体的な研修は行っていない。玄関は防犯上、夜間は施錠しているが、日中はベルを付けて利用者の出入りを把握して安全面に配慮している。        | 身体拘束のマニュアルを整備して、内部研修などで身体拘束について職員間で再確認する機会が持たれるように期待したい。 |
| 7               |      | 虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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  | 高齢者虐待に関する学習会などを持ち、日ごろから、虐待防止につとめている。                               |   |  |

グループホーム 郷

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |  |
|------|------|---|---|---|--|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 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    | 権利擁護に関する制度利用の必要な入居者さんは、今のところいないが、制度の理解はしている。      |   |  |
| 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                        | 契約時に十分な説明を行って、同意をえている。                            |   |  |
| 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並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                      | 運営推進会議に家族さんの参加をお願いし、意見を求めている。                     | 諸経費の支払いに毎月訪問する家族に意見を聞いたり、何かある毎に電話などで相談して家族の意向を尊重した対応ができるように努めている。家族との電話の内容は家族連絡ノートに記録して職員間で情報を共有しているが、来訪時の家族の意見は口頭での報告にとどまっている。 | 来訪時に得られた家族の意見や意向を家族連絡ノートに記録し、職員間で共有されるように期待したい。また、家族の意見がより多く得られるよう、運営推進会議の議事録の送付やホーム便りの情報の充実などの取り組みに期待したい。 |
| 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                                      | 職員会議で、様々な意見を聞く機会を設けている。                           | 管理者は常に職員が話しやすい環境に配慮し会議や申し送り、日々のケアの中でも職員の意見に耳を傾けている。また、業務日誌に職員の意見や考えを記入してもらい、申し送り時や会議で話し合い運営に反映させている。                            |  |
| 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      | 個々の事情、条件を満たせるようなシフト、給与水準を整備するよう心がけている。            |   |  |
| 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         | できるだけ、研修に参加できるよう機会を設けたり、資格修得のための助言、シフトの考慮など努めている。 |   |  |
| 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 | 手稲地区の管理者会議や、研修の機会に同業者との交流できるよう努めている。              |   |  |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|--------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                          |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>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>サービスの利用を開始する段階で、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 | サービス開始前に面談し、快適なくらしが送れる環境を提供できるか、話し合いの中で検討している。     |   |                   |
| 16                       |      | 初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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            | 家族の不安や要望には十分耳を傾け話を聞いている                            |   |                   |
| 17                       |      | 初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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        | 本人と家族のニーズに合ったサービスを検討している                           |   |                   |
| 18                       |      | 本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                           | 職員は介護しながら、人生経験豊富な入居者さんから様々なことを学んでいる                |   |                   |
| 19                       |      | 本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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            | 月1回以上の来所をお願いし、こまめに情報交換し、ともに支える関係を相談、助言などしながら、築いている |   |                   |
| 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                        | 入居者さんにより、馴染みの店、近所の親せきなどの交流を支援している                  | 利用者の希望に応じて親戚宅への送迎やお墓参りなどの同行を行い、可能な限り利用開始前の人や場所との関係継続を支援している。知人との電話の取り次ぎや手紙の投函なども支援している。利用開始後も、知人などからプレゼントが送られて来る利用者もいる。 |                   |
| 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                     | 作業、レクやゲームなどに共に参加できる場を作っている                         |   |                   |

グループホーム 郷

| 自己評価                            | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |  |
|---------------------------------|------|---|--|---|--|
|                                 |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 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                     | 終了後も必要に応じ支援している                                      |   |  |
| <b>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   | 本人の希望や意向をできるだけ尊重している                                 | 利用開始前の情報は基本情報シートや生活シートに記入して、職員間で共有している。現在は、殆どの利用者が積極的に自分の意向や思いを言葉で表現できるので、日々の関わりの中で得た情報は24時間生活支援シートに記入して職員間で共有している。                       |  |
| 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                                       | これまでの暮らしに関し、本人や家族、近所の方に情報をいただき、介護職全員の共通の認識としている      |   |  |
| 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   | 心身状態の変化や有する力には常日頃から、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 | 本人の現状に即したケアのために、関係医療機関、家族、本人との話し合いをできる限り行い、計画に反映している | 介護計画は、2ヶ月毎のケース検討会議や職員からの日々の情報を基に計画作成担当者が作成し、全職員で検討後に家族に郵送して意見をもらっている。短期計画6ヶ月、長期計画は1年で見直しを行っているが、利用者の状態により見直し期間が前後する事もある。                  | 日々の報告や2ヶ月毎のケース検討会議を活かして、長くとも短期目標の6ヶ月毎の介護計画見直し期間が遵守されるように期待したい。 |
| 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                        | 個別記録の中で情報の共有を図っている。                                  |   |  |
| 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               | 本人の希望、要望にできるだけ応えるよう、柔軟な支援をしている。                      |   |  |
| 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                         | 町内会の行事など、できるだけ参加している                                 |   |  |
| 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                    | 受診は本人、家族と相談し、希望の機関にかかれよう支援している                       | 利用開始前からのかかりつけ医は継続が可能であり、専門医などは可能な限り継続してもらうように利用開始時に家族と本人に説明している。受診送迎は事業所で行っているため、医師との連携は深められている。往診結果は業務日誌に記録し、通院時の受診結果は個別に通院記録ノートに記入している。 |  |

グループホーム 郷

| 自己評価                           | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|--------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                                |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31                             |      | 看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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                      | 往診時の同行看護師と日ごろから連絡を取り、情報交換をし、協力している              |  |                   |
| 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、また、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。又は、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、頻繁な面会をし、病院関係者との情報交換を密にし、早期退院に向け協力している。    |  |                   |
| 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 | 終末期の在り方については、早めに家族、本人との話し合いを行い、できる範囲を説明し、支援している | 利用開始時に、家族と本人に重度化した場合や看取りについての事業所の方針を口頭で説明している。利用者の状態変化に伴い、その都度家族と相談して対応を決めている。重度化した場合は、家族と相談の上書面を作成する旨を利用開始時に説明している。 |                   |
| 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   | 職員は急変や自己発生時の初期対応の訓練を定期的に行っている。                  |  |                   |
| 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   | 定期的に避難訓練を行っている。                                 | 消防署の協力の下、今年度は利用者とともに夜間想定避難訓練を2回行っている。緊急通報装置は消防署と近くの職員、民生委員、大家さんに繋がるように設定している。救急救命訓練は、受講した職員が伝達講習を行っている。災害備品も準備している。  |                   |
| <b>. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |  |                   |
| 36                             | 14   | 一人ひとりの人格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  | 日ごろから言葉かけには、指導している                              | 利用者のプライバシーに配慮した声がけに努め、「～しなさい」などの指導的な言葉は使わないよう徹底している。個人記録などは安全な場所に保管している。   |                   |
| 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   | 本人の意向を確認してから支援するよう指導している                        |  |                   |
| 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、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                                   | 本人の意向を尊重している                                    |  |                   |
| 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支援している   | 本人の気に入りの服装ができるよう支援している                          |  |                   |

グループホーム 郷

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 好みに合った食事を用意したり、片づけたりしている   | 利用者の好みを取り入れて献立を作成している。利用者と職員が会話をしながら同じ食事を摂っており、下ごしらえや食器拭きなどできる事を手伝ってもらっている。誕生日に寿司の出前を取ったり、外食に行く事もある。 |                   |
| 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         | 食事や水分量は毎日記録し、不足が生じないように配慮している  |  |                   |
| 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                 | 口腔ケアは本人の力量に合った支援をしている  |  |                   |
| 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  | なるべくトイレでの排泄を目指す支援をしている   | 日々の記録で排泄パターンを把握し、タイミングを見てさり気なく誘導している。リハビリパンツやパッドの使用はあるがオムツは使用しておらず、なるべくトイレで排泄できるように支援している。           |                   |
| 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                  | 食物繊維の多いもの、十分な水分、運動など、自然排便を目指すとともに、排便記録を使い、便秘にならないよう、下剤も併用しコントロールしている |  |                   |
| 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 | 個々の生活リズムにあった、時間帯で支援している  | 外出する事の多い木曜日以外は毎日入浴可能で、主に午前中の時間帯で各利用者が週2回程度入浴している。入浴の長さなどは各利用者の好みに合わせている。                             |                   |
| 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                   | 個々の状況に応じて休息、安眠できている  |  |                   |
| 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              | 個々の薬の副作用、用法について日ごろから理解しておくよう指導している                                   |  |                   |
| 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 | 個々に気分転換を図れるよう努力している  |  |                   |

グループホーム 郷

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価                            | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---------------------------------|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況                            | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。また、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                     | 本人の希望にできるだけ添うよう支援している           | 毎日のように事業所周辺への散歩や買い物に出かけており、利用者の能力に合わせて往復する場所も選んでいる。車で大型ショッピングセンターやブックセンターにも出かけている。年間行事では、花見やお墓参り、もみじ狩りなどで外出を楽しんでいる。                                |                   |
| 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  | 能力に合わせ、家族と相談しながら、お金の使用を行っている    |  |                   |
| 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   | 希望により支援している                     |  |                   |
| 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 | 心地よく過ごせるよう工夫している                | 下宿を改築した建物のため木造で風情有り、調度品も親しみやすいものが用意されている。共用空間には利用者の写真や生活用品があり、落ち着いてくつろぐ事ができる。浴室も比較的広く、トイレの数も確保されている。スタンドグラスや花なども飾られ、菜園もあり、家庭的で季節感を感じさせる共用空間となっている。 |                   |
| 53   |      | 共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 玄関、居間、食堂など好きな時に自由に利用できるようにしている  |  |                   |
| 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  | 入居時に使い慣れたものを持ち込むようお願いしている       | 居室には利用者が自由に戸棚やテレビ、仏壇など使い慣れた品物を持ち込む事ができ、安心して過ごせる場所となっている。壁にもカレンダーや家族の写真など利用者が自由に飾り付けをする事ができている。ベッドを好まない方は布団で寝る事もできるようにしている。                         |                   |
| 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」や「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  | 昇降機など活用しできるだけ自立して生活できるよう工夫している。 |  |                   |



## 目標達成計画

事業所名 グループホーム郷

作成日：平成 22 年 12 月 3 日

市町村届出日：平成 22 年 12 月 3 日

## 【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    | 10   | 来訪時に得られた家族の意見や意向を、職員間で共有できる体制が不十分であった。 | ご家族さんや、友人、知人などの来訪時に、提供する情報や、ご希望、ご意見を、職員間で共有できる環境を整える。 | 連絡ノートに記載し、職員全員が共通の認識を得られるよう、チェックを入れるよう徹底する。 | 1週間        |
| 2    | 6    | 身体拘束に関する内部研修の不足                        | 身体拘束に関する研修を行い、職員の理解を深めるよう努める。                         | 毎年の研修に組み入れ、虐待と身体拘束を、定期的に学び、理解を深める。          | 1年         |
| 3    | 26   | 介護計画の見直し期間が認定日などにより、前後することがあった。        | 定期的なケース検討をふまえ、計画の見直しを小まめに行う。                          | 最低でも6カ月に1回、3か月に1回を目標として、計画の見直しを行いたい。        | 1年         |
| 4    |      |  |   |   |            |
| 5    |      |  |   |   |            |

注1)項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2)項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。