

### 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   | 2571500194           |            |              |
| 法人名     | 株式会社 ドリエジョ           |            |              |
| 事業所名    | ゆめさとグループホーム(しゃくなげ)   |            |              |
| 所在地     | 滋賀県蒲生郡日野町西大路字井上434-2 |            |              |
| 自己評価作成日 | 平成23年 7月 6日          | 評価結果市町村受理日 | 平成23年 8月 26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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2571500194&amp;SCD=320&amp;PCD=25">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2571500194&amp;SCD=320&amp;PCD=25</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                      |  |  |
|-------|--------------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階             |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年7月27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)】

現在、当事業所では、デイサービス・福祉用具・栄養士・看護師との連携を図り、多様なニーズに対応できるような環境の作成、入居者様と共に楽しめる環境作りを継続し行っている。また、認知症専門医・嘱託医等地域の多数の医療機関、他の事業所との連携を常時取れる体制作りを行い、今後も力を入れていきたい。職員の勤務体制も、年齢的・身体的・精神的・家庭の事情等も踏まえた上で、出来る限り継続し働けるような体制作りを努めている。職員が入居者様と共に楽しめる環境を作る為、職員に対しても業務優先・リス回避のみに捉われず、気持ちを理解し尊重する事、共に楽しむ事の大切さを伝えている。また、家族様に対しても参加型の行事の実施、入居者様の現状を出来る限り理解して頂き事業所との関係を深く共に入居者様の生活を支えて頂ける様に働きかけている。今後も、より良い生活・サービス環境の作成の為、入居者様・家族様・職員・地域・医師・他機関等との関係を深くし、サービスの向上・職員の意識・認識の向上に取り組んでいきたい。

【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)】

周囲を田畑に囲まれた静かな地に木造平屋建ての事業所があり、18名が暮らしている。同じ敷地内にデイサービスの施設があり、そこに訪れる知人との交流が出来好評である。利用者が日常生活の中で自然に触れ、身体を動かす機会を多くするために散歩や菜園、花壇の手入れを積極的に行ない、今までと変わらない暮らしができるよう努めている。医療連携体制事業所として提携医療機関や看護師と24時間対応できる体制をとり、日常の健康を管理している。心と体の詳細を検討した独自の介護計画ドリームプランに基づいた介護をしており、希望者には終末期のケアを行うので安心して暮らすことが出来る。地域の行う催事に積極的に参加するとともに認知症の講演会を開くなどして連携を深めている。利用者の家族、地域の関係者が参加した運営を目指している点が当事業所の特徴である。

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)       | ○                     | 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)   | ○                     | 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)             | ○                     | 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)                     | ○                     | 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)                   | ○                     | 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) | ○                     | 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)    | ○                     | 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)                                      | ○                     | 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)                  | ○                     | 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                                       | ○                     | 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)         | ○                     | 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                                   | ○                     | 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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 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  | 地域性、個々の生活を考え理念を作っている。また、理念にあがっていることを中心に考え、入居者様の日々の生活の実施に繋がるように努めている。                         | 「社会参加する喜びを感じ、地域との交流を図る」と事業所独自の文言を入れた理念を掲示しており利用者と共有して地域行事にも参加している。職員は「主役は利用者」を念頭に日常の介護に当たっている。                   |  |
| 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  | 地域と交流の深い職員より地域の情報を取り入れ、サービスの相談・説明等を随時行っている。また、地域の行事には出来る限り参加している。事業所での行事にも参加して頂けるように声をかけている。 | 自治会に加入し地域の催事に参加する一方事業所主催の夏祭りに招待したり、認知症説明会を開くなど積極的に交流している。昨年は65名の保育園児と小学生の交流を行ない地元ボランティア50名の支援を受けた。               |  |
| 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  | 地域の方の事業所見学・説明等を随時行っている。また、地域の情報も地元の職員より取り入れ、サービスなどの説明、相談なども随時行っている。                          |  |  |
| 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                                     | 定期的な運営推進会議の開催により、グループホームの現状等の把握をして頂いている。また、地域の方の現状等も聞かせて頂き、情報交換を行っている。家族の代表の方の参加も声をかけている。    | 利用者の家族、包括支援センター、民生委員、事業所の幹部が出席し隔月毎に開催している。行事の報告、事業所の近況報告、質疑応答などを議題に実施している。児童との交流はこの会議の成果である。                     | 近況報告だけでなく運営に関する課題を取り上げ、出席者の衆知を集めて運営改善の検討をするとともに、改善目標進捗のモニタリング役を果たす会議になるよう希望する。 |
| 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  | 運営推進会議にも参加して頂いており、その他でも現在の状況の把握をして頂けるよう取り組んでいる。また、地域でグループホーム対象となる方の相談・情報交換も行い、サービスの向上に努めている。 | 毎月、町の介護支援課、保険課、社協の職員に利用者の介護状況を報告すると共に制度の変更点や感染症予防、介護、災害についての助言を得、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<br>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 | 基本的には、身体拘束は行っていないが、ミーティング等で話す場を持っている。言葉かけ等、注意する必要がある部分もあり、今後も注意をしていきたい。                      | 常に利用者の行動を見守り注意を払うことに徹し、日中は玄関の施錠をせず、チャイムも設けていない。普段から職員会議では勿論のこと自治会、老人会、民生委員との会合でも無断外出者の保護について話し合い、地域との連携を常に行っている。 |  |
| 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に注意を払い、防止に努めている                                     | 日々の業務の中で、入居者様の様子を注意しながら把握を行っている。また、職員の精神・身体状況にも気を配り、話をする機会を設け、虐待防止に努めている。                    |  |  |

| 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<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    | 制度への理解など必要に応じ担当職員がケアマネ・責任者より学ぶ場を持ち、対応を行っている。また、今後他の職員間でも学ぶ機会を持っていききたい。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 説明時には、十分に話し合いが出来る時間を設けている。入居者・家族の方の思い・意見を聞き、理解・納得をして頂いた上で同意・契約をして頂けるように努めている。また、解約時にも十分な説明を行い、不安・疑問が起らないような対応をしている。 |  |                   |
| 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                     | 入居者様の意見・不安等に出来る限り耳を傾ける様に努めている。申し送り、会議などにより早期対応に努めている。また、面会時、家族の方から話・意見も聞き、相談・改善等に取り組んでいる。                           | 運営推進会議の出席、家族会の参加、訪問時などの機会をとらえ、意見や不満を聞き出すよう努めている。家族会は年3回以上実施している。重要事項説明書には外部も含め苦情受付窓口と担当者を明記している。   |                   |
| 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                                      | 月1回のミーティング、日々の業務の中で、職員の意見・提案を聞き出来る限り反映できるように努めている。また、必要に応じ、担当者との話し合いの場を設け、環境・業務の見直しを行っている。                          | 代表者や管理者は職員と個別面談を随時行い、月1回のミーティングでも意見や提案を聞く機会を設けている。職員の提案で食事と入浴の業務を改善し、生まれた時間を利用者と触れ合う時間に充てる余裕が生まれた。 |                   |
| 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      | 定期的な担当職員による査定を行い、賞与に還元している。また、評価の高い職員を正職にする、役職を付ける等実施している。  |  |                   |
| 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         | 一人一人の職員の状況把握に努めており、各々の能力に応じた業務の作成を行っている。また、状況に応じた研修への参加の実施、日々の業務内での意識の向上に努めている。                                     |  |                   |
| 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 | 定期的実施されているグループホーム部会への参加、他の事業所からの実習等により、情報交換を行っている。また、事業所間の交流会等、出来る限り参加を促している。                                       |  |                   |

| 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>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 | 面接時生活状況の把握を行い、本人様の不安や思いを出来る限り聞き入れ、受け入れて頂けるような関係作りが出来るように努めている。また、本人様が思いを伝えにくい状態であれば、家族の方、ケアマネ等からの情報収集を行い、安心して頂けるように努めている。 |   |                   |
| 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            | 面接時に、本人様に対する不安や思い、希望等できる限り、耳を傾けるように対応している。また、対応する職員を設け、主となる職員で共有し、対応しよい関係を築けるように努めている。                                    |   |                   |
| 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        | 本人様・家族様の必要とされる支援を見極め、他職種と連携し、適したサービスが行えるように努めている。   |   |                   |
| 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                        | 出来る限り、本人様の声に耳を傾けるように、し入所者様と共に過ごす時間を設けている。その中で、日々学ぶことも多く、お互いに支えながら生活をしている。   |   |                   |
| 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         | 家族様参加型の行事等の実施により、共に過ごす時間を大切にしている。また、随時ケアについて相談し、部分的に外出等、ケアの一部を担って頂いている。   |   |                   |
| 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                     | 今まで馴染みを持っておられる地域の行事への参加、地域の方々との交流を図っている。また、家族の方への説明・了解を得て、入居後も馴染みのある方と交流を図れるよう面会等の対応を行っている。                               | デイサービスを利用する親族や知人と会ったり、家族や友人にも電話や手紙などで連絡を取るよう支援している。また盆暮の一時帰宅、墓参、実家行事の参加などは家族の協力のもと実施している。 |                   |
| 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                 | 入居者様の個々の性格・能力等に応じ、個別での対応、過して頂く場所の移動により、相方の関係作りを行い、支え合いの場を設けている。また、職員が間に入り、良い関係が保てるように努めている。                               |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 退去後も担当職員が必要に応じ、関わりを関係機関、家族様・入居者様と連絡を取り合い、継続的に相談・情報提供に努めている。また、退去後家族様がホームを訪ねてくださることもある。 |   |                   |
| <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   | 出来る限り本人様の希望に沿った生活を送って頂ける様に努めている。意思疎通の困難な方については、家族様との相談を元に、本人様の気持ちになり考え、対応を行っている。       | 職員は日常生活の会話や行動の中から利用者の意向を汲取るようにしている。把握できない場合は家族に聞いたり、団らんの際本人のしぐさから思いを推察している。この情報は毎朝の会合で全職員が共有している。 |                   |
| 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                                       | 入居申し込み時に、本人様の状況確認の実施、入居面接時に今までの暮らしに関する情報を得るようにしている。また、担当ケアマネの方からも情報を得るようにしている。         |   |                   |
| 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   | 介護記録、ケース記録、業務・夜勤日誌の記入、可能な限り、担当職員が申し送りに参加し、把握に努めている。また、必要に応じて看護師への申し送りを実施している。          |   |                   |
| 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 | 本人様・家族様からの意見、日々関わっている職員との話し合い、ミーティング内容を踏まえた上で、介護計画を作成している。                             | 利用者、家族、職員、看護師で十分な話し合いの上、介護計画を作成、計画書は3カ月ごとに見直し、家族の署名と捺印もある。計画は事業所独自の「ドリームプラン」を作り目標の達成度を確認している。     |                   |
| 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                        | 入居者様個々の日々の状態を記入したケース記録、介護記録などにより、本人様の情報を共有し、ケア・ケアプランに活かしている。                           |   |                   |
| 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               | デイサービス・福祉用具・栄養士・ケアマネ等の担当職員と連携を図り、本人様に柔軟な対応が出来るように支援している。                               |   |                   |

| 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                                      |
| 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                                      | ボランティア活動の受入、消防・救急訓練や近くの小学校との交流を図っている。また、地域の商店街への買い物、図書館・公民館等の行事への参加を本人様の身体状況を見ながら参加できるように支援している                              |  |  |
| 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                                  | 本人様、家族様の希望を優先し、以前より交流の深い医師をかかりつけ医とし、現在も継続し対応をして頂いている。また、必要に応じ医師同士の連携をとって頂き、24時間の連絡体制がとれている。                                  | 協力医とかかりつけ医の選択は利用者や家族の自由である。24時間の医療支援体制が整っており毎月協力医の往診を受け、受診結果は家族に報告している。通院は家族の都合の悪い時は事業所が支援している。                      |  |
| 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                          | 日々の生活状況、身体状況の変化により、看護師に相談、指示を頂いている。また、受診の必要性の判断・指示をおおぎ、結果報告等により、継続的に入居者様への対応に努めている。  |  |  |
| 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。 | 入院時、家族様と共に病院の付き添いの実施により、入院中にホームとして出来ること等、家族様と話す機会を設けている。また、入院中定期的なお見舞い、家族様、医療機関との連絡を取ることで、状況把握・対応に努めている。                     |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる   | 現在、入居時に終末期の対応(方針)についての同意書に確認印は頂いている。家族様との相談書類の作成、介護計画により終末期の対応に対する同意を得ている。本人様の身体状況に応じ家族の方と相談、ホームで出来る対応の見極めを行い、他職種との連携を図っている。 | 終末期ケアの方針は契約書に明記しており、入居時に利用者と家族に説明し、希望する利用者の終末期ケアを行っている。看取り指針の同意書には家族の署名捺印もあり健康状況に応じ見直している。去年1名の看取りを経験し、職員の勉強会も行っている。 |  |
| 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  | 年に一回救命士による訓練を行っている。また、AEDの設置、誰にでもわかる様に操作方法を張り出している。また、日中・夜間とも医師・看護師との連絡体制を24時間体制で行っており、急変時の対応に努めている。                         |  |  |
| 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  | 定期的な避難訓練の実施により、消火器の使い方等の説明、実演を行っている。また、運営推進会議等で、災害時お互いが協力できるように働きかけている。  | 年2回避難訓練(うち1回は消防署立会い)を実施し、全員避難に30分を要した。夜間の職員は2名、周囲を田畑で囲まれており地域の支援体制を構築中である。今年9月にスプリンクラーを設置する計画である。                    | 災害時の支援体制は地域の協力が不可欠であり、地域の住民を交えた避難訓練を実施するなどの取り組みを期待したい。 |

| 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                    | 入居者様、個々の状況把握を行い、その方一人一人に応じた言葉かけ、対応を行っている。また、個々の記録当については、他者の目の届かない所に置くように配慮している。日々の申し送り事項は、他者にわからないように配慮している。 | 個人情報には契約時に守秘義務を交わし責任ある扱いをしている。職員はプライバシー遵守の研修を受け個人情報保護を念頭におき日常の介護に当たると共に利用者へ接する際は優しく、いたわる気持ちで接している。 |  |
| 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                      | 業務体制の見直しにより、関わりをもてる時間を作る事ができ、本人様の思いや考えをゆっくり聞いたりすることが出来るようになった。また、入居者様に選ぶ機会を作成し、自己決定が出来るように働きかけている。           |  |  |
| 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 | 個々の生活ペースに合わせた生活の提供を心掛けている。本人様の疾患等により希望される生活状況を提供出来ない部分もある。   |  |  |
| 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                                   | 以前より、本人様の好まれているものを着て頂いている。また、定期的な職員による散髪の実施、地域の美容室に通っておられる方もある。  |  |  |
| 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      | 身体的、認知症状により、食事に関する制限のある方もおられるが、個々の好みを把握し、食事提供を行っている。入居者様と共に片付けの実施、土日は食材切り等出来る限りして頂いている。                      | 土日は利用者でメニューを決め食材調達から調理までをしている。それ以外は給食で盛付けや後片付けを職員と行っている。誕生日は特別食で祝っている。職員は食事介助のため利用者と一緒に食事がとれていない。  | 職員は食事の介助ため全員一緒に食事をとるのは難しいと思うが、せめて土日ぐらいは利用者と同じものを食べコミュニケーションを図る努力をして頂きたい。 |
| 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           | 介護記録に食事・水分摂取量の記入の場を設けている。また、メニューは、栄養士の考えたものとなっており、栄養バランス等配慮している。   |  |  |
| 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                   | 入居者様の個々の能力を理解した上で、個々に応じた口腔ケアを実施している。   |  |  |



| 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 |
| 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                              | 排泄チェック表により、個々の排尿パターンの把握に努めている。また、個々の能力に応じた誘導、介助方法の実施。精神面への配慮を行い、自立へ向けた支援に努めている。                               | 個人別のチェック表を作り排泄パターンを把握した上で声掛けをしている。おむつ等の使用者は12名いるが、なるべくトイレで済ませよう自立支援をしている。便秘防止のため水分摂取や散歩支援を行っている。        |                   |
| 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  | 食事メニューへの配慮、朝食時等に乳製品を取り入れている。また、部分的に体操の取り入れ、起床時の水分補給等の実施を行い、個々に応じた配慮を行っている。                                    |   |                   |
| 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                        | 個々の状態・希望に応じた入浴方法を作成している。身体的に一般浴での入浴が困難な方もおられ、チェア浴の実施も行い、出来る限り入浴を楽しんで頂けるように努めている。                              | 希望者は毎日でも入浴でき主に夕方で、車椅子の利用者はデイサービスの浴室を利用している。嫌いな人には最低週2回は入るようにしている。利用者の平均入浴回数は週3回で平均の入浴時間は約30分である。        |                   |
| 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   | 基本的には、就寝時間は決めておらず、本人様の好きな時間に休んで頂いているが、認知症状により落ち着かれない方もおられ、医師と相談しながら対応を行っている。また、個々に応じて、落ち着いて休んで頂ける環境作りにも努めている。 |   |                   |
| 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  | 個々の飲まれている薬の内容が把握できるようファイルに閉じ、随時新しい物に差し替えている。また、服薬変更のある際には、申し送り、服薬後の症状の変化の把握に努めている。                            |   |                   |
| 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                             | 個々の生活歴により、本人様に出来そうなこと、興味をもたれそうなことの提供を行っている。自身の仕事と認識されている方もおられ、日々の日課となっている部分もある。                               |   |                   |
| 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 | その日、言われた所への突発的な外出への対応は困難な部分もあるが、出来る限り希望を聞きながらの外出を行っている。また、部分的に家族様の協力も得ている。                                    | 天気の良い日は庭に出て花壇の手入れをしたり、週2～3回の散歩を行っている。事業所の行事として季節毎に初詣、花見、植物園、紅葉の名所などを日帰りで訪ねている。個々の家族の希望と一緒に外出や外泊する場合もある。 |                   |



| 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 |
| 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  | お金を持っていることにより、被害妄想等に繋がっている方もおられ、個々の管理は難しくなっておられる方もありますが、一部の方は自身でお金を持っておられる。また、定期的は訪問販売の実施により、好まれる物を購入して頂ける場を設けている。                |  |                   |
| 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   | 一部の方は、携帯電話を持っておられる。また、年賀状を出されている方もおられ、対応を行っている。定期的に家族様の面会もあり、身体状況により電話での会話が困難な方もおられる。   |  |                   |
| 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 | 共用スペースから、外が眺められ季節の花・野菜等が見られるようになっているが、認知症状の高い方もおられ、トイレ・食堂などに物が置けない状況もある。また、個々により、体感温度が違う為、温度調整が難しい部分もあるが、出来る限り快適に過ごして頂けるよう配慮している。 | 食堂兼居間にはテレビがありいつでも視聴でき、会話や情報を得る場として利用している。トイレは2畳の広さがあり車椅子の利用が可能である。廊下は段差もなく手摺もついている。食堂には利用者の作品を展示しており、ベランダには季節の花が咲いていた。 |                   |
| 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  | 食堂・玄関にソファを設置し、自由に過ごして頂けるように配慮している。また、居間で過ごして折られる方もあり、一人でも他の方とも自由に過ごして頂けるような場を設けている。   |  |                   |
| 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   | 認知症状の進行により、妄想の軽減・夜間の睡眠確保の為、殺風景となっている部屋もあるが、基本的には本人様の意向に沿って馴染みの物を居室に置いて頂けるように配慮している。   | 居室の広さは8畳で、家族の宿泊も可能である。部屋には馴染みの家具、家族の写真などを飾られ家庭的な雰囲気が感じられる。冷暖房、換気は整備しており、室内の清掃は可能な限り本人が行っている。                           |                   |
| 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   | 個々の能力に応じ、居室内で安全に過ごして頂けるよう状況に応じ対応を行っている。また、出来る限り本人様の動きやすい環境作りに努め、自立した生活が送って頂ける様に取り組んでいる。   |  |                   |

事業所名 ゆめさとグループホーム

作成日: 平成 23年 8 月 25日

## 2 目標達成計画

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    | 運営推進会議や地域交流を活用し、関係の強化とサービスの向上を図る。             | 運営推進会議内容の充実<br>災害時の連携体制  | ・定期的な運営推進会議の開催<br>・運営推進会議の充実を図る<br>・地域との連携体制がとれる関係作り     | 12ヶ月       |
| 2        | 13   | 業務認識の向上・認知症の理解向上を図り、入居者の出来ることを探求し、サービスの向上を図る。 | 職員の業務認識の向上<br>認知症への理解の向上 | ・内部研修(勉強会)の定期的な開催<br>・業務に対する認識の統一を図る<br>・職員の能力に応じた研修への参加 | 12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、行を挿入してください。