

### 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   | 1174500478        |            |             |
| 法人名     | 有限会社 相模テクノ        |            |             |
| 事業所名    | グループホームあかつき       |            |             |
| 所在地     | 埼玉県大里郡寄居町鉾形3178-8 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成29年9月7日         | 評価結果市町村受理日 | 平成29年10月31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.mhlw.go.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</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 ケアマネージメントサポートセンター |  |  |
| 所在地   | 埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号      |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年9月22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)】**

地域で最後まで生活できるように訪問介護やデイサービスからスタートし、その状態及びニーズに合わせサービスをすることにより馴染みの関係を維持しながらグループホームでの生活をし、ターミナルケアにより最後まで地域で生活できるよう支援している。又、職員は利用者の方々を家族と同じ思いで受け入れている。月に1度の外食や年に2回の旅行等家族ならするだろうという事を実践している。施設の周りは遊歩道を整備し自然公園となっており、いつでも自由に散歩でき季節の花々や山菜狩り等楽しんでいる。パーベキュー場も設置し、地域の方々も利用している。さらに、ターミナルケアを実践しており、協力医療機関と連携を取り一人一人の状態を把握し、情報を共有しながらチームの一員となって利用者を最後まで支えている。

**【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)】**

・高齢者に感謝と尊敬の念を持って寄り添い見守ることで、時間や支援する側の都合に制約されない自然体で自由な暮らしの支援や、誰もが外出できるように工夫が行われている。  
 ・運営推進会議は家族会とも連携し、事業所と地域が一つになって利用者だけでなく地域を支えるための仕組み作りや多彩な催しに取り組みられ、多くの効果を上げられている。  
 ・目標達成計画については、だれもが外出できるようにリフト車が配備され、日常の外出と年1回の一泊旅行が行われたり、防災実習講習会や東京消防庁小規模福祉施設防災実務講習への職員参加も継続されていることから、目標が達成されている。

**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)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<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) | ○                     | 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                             | 個人の尊厳を重視し、その人らしく暮らし続けることを支援することが理念になっている。介護従業者には日々の介護の基本的な考え方として常に理念を念頭に置きながら仕事に取り組んでいる。                       | 理念は事業所の文化と捉え、利用者に対する否定の禁止などの具体的な行動が職員研修で徹底・共有されており、寄り添い見守ると共に、時間や支援する側の都合に制約されない自然体で自由な暮らしの支援が行われている。      |  |
| 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                             | 自治会、老人会、運動会、地域の祭り等に参加し交流をしている。事業主は地域の自治会の一員としていろいろな活動に参加している。昨年より地域防災組織の一部にも組み入れられ、地域で協同して防災に当たっている。           | 納涼祭などの事業所の行事とオレンジカフェへの協力や地域の催しの場での健康相談、介護相談、ボランティア活動など、利用者だけでなく地域の高齢者や住民にも向けた内容での交流が継続され、効果を上げている。         | 地域へ向けた多くの活動が効果を上げていますが、小、中学生との交流や利用者の就労支援の検討など、幅の広い関わりが期待されます。 |
| 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                           | ①地域防災サポート企業として登録をし、地域貢献できる体制を作っている。又「AED」も設置し、利用者及び地域の方の救急対応に備えている。<br>②地域の介護保険サポーターの一員として介護者の集いで介護者の相談にのっている。 |  |  |
| 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        | 2ヶ月に1度の会議の場をいろいろな行事とも重ねて行い、地域の方と利用者の方や家族の方々との交流を深め、サービスの実際を体験したり直接利用状況等の話を聞いて頂いた。その結果、地域での見守りや災害時の協力体制が図れた。    | 区長・民生委員・地域包括支援センター・寄居社会福祉協議会等の参加を得て定期的に開催され、家族とも連携し、事業所と地域と家族が一つになって、利用者と地域を支えるための仕組みや災害時の安全対策などに取り組まれている。 |  |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                 | 市町村や社協の担当者の見学等自由に行っている。<br>市町村の担当者とは、生活保護等も関連し密に連絡をとり、利用者の方が安心してご利用できるよう取り組んでいる。                               | 困難事例や生活保護者、安心サポートネットの利用者も積極的に受け入れられ、町、地域包括支援センター、警察、社会福祉事務所、寄居社会福祉協議会との緊密な協力関係が築かれている。また、多方面の行政関係からの見学も多い。 |  |
| 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 | 利用者の意思を尊重し強引なケアを行わない事、言葉による暴力の禁止等就業規則にも定め、職員全員に周知徹底している。又玄関等出入り口の施錠はなく、利用者の方は自由に出入りし、徘徊は自由(職員が付添い)にして頂いている。    | 利用者の言動を否定したり制限したりすることなく、職員が寄り添うことで、できることは自由に行ってもらうことが最優先されている。また、身体拘束の禁止を就業規則にも盛り込み、職員への徹底が図られている。         |  |
| 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        | 当事業所では虐待は即刻懲戒解雇になる旨就業規則に明記してあり、日々全員に周知徹底している。又朝礼では毎日コンプライアンスチェックノートを復唱し、虐待防止等コンプライアンスの徹底に努めている。                |  |  |

| 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    | 十分に活用している。「成年後見人制度」利用者3名、社協の「安心サポート」利用者3名いる。なお、当グループホームの利用者が埼玉県で最初に「成年後見人制度」を利用した。   |  |                   |
| 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                         | 契約書にわかりやすい言葉で示し、契約の際に説明し同意を得ている。又重要事項に盛り込み契約の際に説明し同意を得ている。料金改定の際にも家族会で承認を得てから改訂を行っている。   |  |                   |
| 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                     | 年に1回の家族会総会や旅行の時に家族の方の参加をお願いし、意見の交換を密に行うようにしている。又、運営推進会議でも同様。又、利用者の方への面会の際には必ず意見の交換をしている。   | 利用者には日頃の関わりを通じて、家族とは家族会や運営推進会議に加えて行事などの機会にコミュニケーションを深め、成年後見人や安心サポートネットも含めて汲み取られた意見や要望は、検討を経て支援や運営に活かされている。 |                   |
| 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                                      | 毎月1回職員会議又週に1回役職者会議を行い、職員の意見や提案を聞いて運営に反映させている。  | 定例の職員会議や役職者会議だけでなく、リーダーが中心となる部会や懇談会も行われ、気付きノートも含めて、職員からの意見は、利用者の変化に対応するための内容が多く、積極的に支援の方法などに反映されている。       |                   |
| 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      | 常に勤務状況を把握し、昇給や賞与等にも反映し、永年勤続表彰もあり、意欲向上にもつなげている。又福利厚生施設の充実(スポーツクラブ、ワークメイトの会員)によりストレスの解消に努めている。又精神的に悩み等を抱えた場合はメンタルヘルス推進者を決めメンタルヘルス対策を行っている。 |  |                   |
| 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         | 内部では月に1度の社内勉強会を設けケアの質の向上に向け実践している。外部研修では埼玉県社会福祉協議会の研修を中心に必要な都度、職員一人一人に合った研修が受講できるよう努めている。  |  |                   |
| 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 | グループホームの先駆者として、同業者へは広く情報を提供し地域の同業者同士で質の向上を図れるよう研修を企画し年に4回実施している。又、グループホーム協会の一員として研修や交流会等に参加し相互訪問や情報交換によりサービスの質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<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 | 管理者、計画作成担当や介護職のリーダーが相談に応じ、利用者本人からも十分に話を聞き受け止めている。又コミュニケーションを円滑にし利用者の安心を確保するためにも、計画作成担当者はバリテーションワーカーの資格を取り、利用者の話を受け止めるための知識と経験を十分に備えている。 |  |                   |
| 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            | 前記と同様、受入の前から管理者及び計画作成担当が利用者と共に家族の相談に応じ、話を十分に聞く機会を作っている。又、同一敷地に居宅介護支援事業所があり、専属のケアマネージャーが地域の介護で困った事等の相談に応じている。                            |  |                   |
| 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        | 同一敷地内の居宅介護支援事業所のケアマネージャーや小規模多機能居宅介護支援事業のケアマネージャーが、利用者やその家族のニーズをアセスメントし、必要としているサービスを見極め、利用者やその家族が選択できるよう支援している。                          |  |                   |
| 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                        | 利用者本人の状態に応じ、出来ることはやっていたが、生活を共にしている環境を作っている。又職員と本人との支え合いの関係だけでなく、地域に密着した利用者同士の支え合いの関係も築かれている。  |  |                   |
| 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         | 家族会等に限らず家族はいつでも訪問できる環境があり、旅行や外出等にも家族が自由に参加している。旅行等では家族も共に楽しみ、本人を支えている。又、在宅復帰を目標に家族と連携し、リハビリに励む人もいる。                                     |  |                   |
| 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                     | 地域の民生委員とも連携し、地域との関係継続に努力している。又、馴染みの人との文通や訪問等の支援もして、関係継続につとめている。   | 友人・知人だけでなく、入居者の隣組の人や退所された利用者の家族などの来訪もある。また、同一事業所内のデイサービス利用者や外出先の人との交流により、入居時より馴染みが増え、新たな関係を持つようになった利用者も多い。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の関わり合いはとても大切にしており、良い関係が築ける環境作りにつとめている。例えば障害の重度な方を軽度な方が自然な形で面倒をみており、職員はそれに対し感謝し、安全確保に努め、その関係構築を支援している。                              |  |                   |

| 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り組み<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                   | ターミナルケアも実施しており、利用者やその家族との関わりは継続している。亡くなられた利用者の家族の方が訪問したり、お盆に線香をあげに行き家族の状況をフォローしている。元利用者の配偶者が利用しているケースが数件ある。                         |   |                   |
| <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   | 認知症ケアの基本として、一人一人の思いや意向を大切にしている。例えば喫煙コーナーを設け、喫煙して頂いたり、晩酌を希望されるときは提供している。又、日中の過ごし方も昼のケアを大切にしながらも、お一人お一人過ごしたい場所でお好きな過ごし方ができる環境を提供している。 | 利用者とコミュニケーションを深め、行動を観察をすることで思いを汲み取り、1人ひとりが行いたいことを自由にしていただくことを原則に、入居以前からの生活習慣に基づいた、利用者本位の支援が行われている。            |                   |
| 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                                       | 個々にアセスメントし、把握に努めている。又毎日のコミュニケーションでその方からいろいろなお話を伺ってその生活歴等の把握に努めている。  |   |                   |
| 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   | 日々の介護の中での観察も大切にしており、介護計画に基づき一人ひとりのケアを実践し、介護記録や生活状況報告で現状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<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 | 日々の介護の中での観察も大切にしており、その変化等日々の申し送りや介護記録で把握し、週1回の役職者会議で見直し、月1回の職員会議で介護計画の周知徹底を計っている。又家族会で家族と介護計画の見直しを行っている。                            | 利用者担当を固定せず、全員モニタリングを行い、ADLから日常生活と要望の変化などを生活状況報告として作成し、家族や看護師との話し合いも経て、介護計画が作成されている。また、役職者会議と定例会議での見直しも図られている。 |                   |
| 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                        | 日々の介護記録を週報の形で記入しファイルしており、この記録を共有している。又、日々の気づきは申し送り等にも記録して引き継ぎ時に報告し、情報の共有化を行っている。  |   |                   |
| 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               | 本人や家族の状況に応じ、柔軟な支援をしている。例えば排泄については利用者の状況に合わせたものを使用している、外出は利用者の希望や経済状態等も考慮し、理美容院の利用も利用者の身体状況や経済状態に合わせている。                             |   |                   |

| 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   | 近所の方の訪問や、地域の交流会参加への支援や氏神様のお祭りへの参加支援、社会福祉協議会による福祉大会やオレンジカフェの参加支援等を行っている。一人ひとりが地域の中での楽しみにしていく生活が継続できるよう支援している。   |  |   |
| 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                                     | かかりつけ医との関係を構築しており、かかりつけ医との連携により、利用者のターミナルケアも何件も実施してきた。又、月に1度(状態に応じ)通院又は往診を受けている。   | 協力医療機関に加えて、複数のかかりつけ医とも連携することで、利用者の状況に合わせた訪問診療と通院による支援が行われている。また、看護師の協力を得て、利用者や家族の希望に沿った専門医の受診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                             | 所定の書式をもうけ介護職と看護職の情報の伝達が漏れないようにしている。また日々の申し送りに介護と看護の区分をもうけ伝達している。さらに利用者の状況により、同一敷地内にある訪問看護に依頼(所定の用紙を利用)し、利用者の受診や必要な処置等について訪問看護職と密接に連携している。                  |  |   |
| 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、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。    | 入院から退院まで、家族と共に医療機関に出向き、情報交換や相談に努めていた。  |  |   |
| 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、事業所ですることが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 | 契約の段階から、終末期の対応について看取り指針を配布し利用者およびご家族の希望を記入していただいている。又、毎年の家族会でその対応の再確認を行い、さらにターミナル期になった時には家族と話し合って看取りの希望を確認し、看取り希望の場合は家族、介護者、看護師、訪問看護師、主治医で連携を取り支援に取り組んでいる。 | 入居時に看取り指針の説明が行われ、毎年の家族会でも確認がなされ、利用者に変化があった時は家族の希望を再確認し、主治医と看護師の指示を得て家族と職員が連携した看取りが行われている。また、徹底した口腔ケアにより最後まで経口摂取ができるように支援されている。 |   |
| 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   | 急変時のマニュアルを備え、職員会議等の機会に看護師を講師にして研修や演習を行っている。  |  |   |
| 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   | 災害対策マニュアルを作成し、周知徹底を計り年に2回の避難訓練を実施し、運営推進介護をとおり災害時の地域協力体制を区長に依頼し、地区の総会で地域に説明会を実施し、協力体制を構築している。小規模福祉施設の防火実務講習会にも参加している。                                       | 年2回の避難訓練が実施されており、グループホーム協会を通じて消防庁からの応援隊を得て、地域の方々と共に防災実習講習会も実施されている。また、東京消防庁小規模福祉施設防災実務講習会への職員参加も継続されている。                       | 東京消防庁小規模福祉施設防災実務講習会への職員参加など、積極的な対策が行われてきましたが、より多くの職員と地域の人々が高い防災技術を身に付けることが期待されます。 |

| 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<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                    | 事業所の理念に利用者の方に尊敬と敬意を持って介護する。とうたっているように、一人一人の方の誇りやプライバシーを損ねるような対応はしていない。例えば排泄関係の話をする時には、利用者の方の名前を使わずに、アルファベットの2文字でその方の名前を使って、他の利用者の方に分からないように配慮している。 | 自由にしていただくことを利用者の尊厳を守ることに繋がっており、知られたくないことが知られないように配慮がされることでプライバシーが確保されている。また、職員へのコンプライアンスの指導も徹底して行われている      |                   |
| 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                      | 利用者が自由に生活できる施設を目指しているため、自己決定を尊重している。例えば徘徊したいときは自由に徘徊できるし、たばこや酒も家族や本人が望めば自由に利用できるようにしている。   |   |                   |
| 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 | 食事の時間は決まっている事と「日中は起きて(体調不良やターミナル期以外の方)過ごしましょう。」という事以外は基本的に利用者の時間に合わせて過ごして頂くようにしている。  |   |                   |
| 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                                   | 美容院、理容院に出かけ本人希望の髪型にしている。<br>服装は家族が持ってくる人はその中から、買う場合は本人同伴で買い物に出かけるようにしている。  |   |                   |
| 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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている       | 利用者の出来る範囲で準備等には参加している。又片付けについては、利用者の個々の状態に応じ対応している。嚥下障害になってきても、やわらか食で見た目でも楽しめる食事の提供に心がけている。  | 利用者の嗜好に合わせ、地元の旬の食材にこだわった献立が提供され、広い敷地を利用したバーベキューなどの野外の食事や外食なども多く、多彩な食事となっている。また、長く自力で食事が楽しめるように口腔ケアを徹底されている。 |                   |
| 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           | 食事量や水分量は摂取記録をもとに、一人ひとりの状態に合わせて摂取できるように支援している。嚥下障害があってもポカリゼリーやエンシュアゼリーを作り、栄養の確保や水分補給を行っている。   |   |                   |
| 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                    | 毎食前と食後の口腔ケアを実施している。また、月に1回の歯科医師の往診と月に1~2回の歯科衛生士の訪問で口腔ケアと指導もある。   |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 一人ひとりのADL介助表を作成しそれを基に日々排泄介助表を記録しそれぞれの方の排泄パターンを把握している。従って失敗や無駄なおむつ使用はできるだけ減らし、自立に向けた支援に取り組んでいる。  | 定時誘導ではなく、利用者1人ひとり様子を観察し、状況に合わせた無理のない排泄支援が行われ、おむつを減らす効果が得られている。また、各居室にトイレがあることで、他人の目を気にすることが無く、自立に繋がっている。               |                   |
| 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  | 前記にも記したが排泄介助表により、排便管理も行っており、便秘回避へ一人ひとりの利用者にあった方法で看護師と介護者が連携をとって取り組んでいる。   |  |                   |
| 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                        | 人数も多いので必ずしも一人ひとりの希望に合わせていない事もある。しかし、利用者の方の希望にはできるだけ対応しており、入浴時には入浴は十分に楽しんで頂いている。又、入浴を楽しむため敷地内に露天風呂を作り入浴を楽しんでいる。                            | 個浴と車椅子でも入れる露天風呂が設けられ、週2～3回を基本に、入浴時間は定めず、利用者の希望する時に、希望する入浴ができるよう配慮され、露天風呂では気の合った利用者同士での入浴も楽しまれている。                      |                   |
| 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   | 基本的には本人任せで寝たいときに眠り、起きたいときに起きるようにしており、就寝時間等も自由にしてはいるが、6時間以上の睡眠が確保されるように日中の活動を大切に、昼夜の逆転が起きないように生活リズムを作っている。                                 |  |                   |
| 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  | 常に当日の投薬の担当者を決め、指示通りに服薬できるように支援している。又薬の目的や副作用、用法、用量等は投薬置き場に掲示し職員が承知できるようにしている。さらに、薬一覧表を作成し薬の変更があったときには必ず一覧表を更新しその変更内容を引き継ぎし、職員全員に周知徹底している。 |  |                   |
| 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                             | 重度な方が多くなり生活リハビリへの取り組みも難しくなってきた方が多いが、その方のできる事(洗濯物たたみやおやつ作り等)に取り組み生きるはりを作っている。又季節毎の花見や月に1度の外食等楽しみの企画も定期的に行っている。                             |  |                   |
| 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 | 建物の戸外には自由に出入りできるようにし、安全の確保に努めている。<br>又年に1回の一泊旅行や月に1回外食で出掛けしている。   | 日常の散歩や買い物、外出願望には職員が寄り添って対応することが優先されており、だれもが外に出ることを目的にリフト車も配備されている。また介護度の高い利用者の参加にも配慮した一泊旅行が年1回継続的に行われ、利用者と家族共々楽しまれている。 |                   |



| 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<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  | 利用者は認知症の方々なので、被害妄想等で金銭のトラブルにもつながりかねない。基本的にはお金を持ち込まないように願っている。週に1度買い物日を設けており、買い物に参加したときには、利用者の希望に応じお小遣いを持っていただき買い物ができるよう支援している。        |  |                   |
| 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   | 利用者の方で、携帯電話を持っている人もいる。又、利用者の希望があった時には、電話をかけるよう支援している。ご希望に添ってお手紙のやり取りをしている方の支援もしている。   |  |                   |
| 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 | 共有の場所は広々として、テレビを見たい人、静かな場所にいたい人、ゲームをしたい人等好きな場所で過ごせるようにしている。   | 季節感を肌で感じる広大な庭と吹き抜けの共用空間は、見守りのあるオープンスペースとして、テレビ鑑賞、ゲーム、足湯、昼寝、事業所のペットと過ごす、庭の植物の手入れなど、利用者が何時でも、何処でも、好きな事やできる事をして過ごせる場となっている。 |                   |
| 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  | 上記と同じ。  |  |                   |
| 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  | 居室は約6畳の部屋で、広々として使い慣れた寝具や家具等を自由に持ち込んでいただいている。  | グループホームは自宅と同じと捉え、居心地良く過ごしていただくために、馴染みの家具や装飾品など、危険物以外は自由に持ち込んでいただいている。また、トイレを備えた部屋が多く、自立した生活のための一助となっている。                 |                   |
| 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   | 建物内部はバリアフリーで、共有部分には手すりをつけ、時ユニ歩けるように配慮している。又2階への移動にはエレベーターもあるが、人によっては自由に階段を上り下りしていただいている。階段の昇降口にはあえて囲い等はしていない。囲いがないことで自分で注意する力を生かしている。 |  |                   |

(別紙4(2))

事業所名:グループホームあかつき

## 目標達成計画

作成日:平成 29年 10月 27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        | 2    | ○事業所と地域のつきあい<br>地域へ向けた多くの活動が効果を上げているが、小、中学校との交流や利用者の就労支援の検討など、幅の広い関わりが期待される。            | 近隣だけでなく、より多くの地域の方との関わりを増やす様、場所の提供とイベントを行う。 | ・自社、所有の学区にある建物を利用し、オレンジカフェの開催で近所の集いの場所を提供。駄菓子屋を行い小・中学生が気兼ねに立ち寄り、また高齢者との関りから様々な事を学んで頂ける場所を提供する。<br>・地域の中での仕事を探し、利用者の就労支援を行う。 | 6ヶ月        |
| 2        | 35   | ○災害対策<br>東京消防庁小規模福祉施設防災実務講習への職員参加など、積極的な対策が行われてきましたが、より多くの職員と地域の人々が高い防災技術を身に付ける事が期待される。 | 地域の基点となる事業所を目指し、災害時に地域の方とも協力し合える体勢作りを行う。   | ・自社で東京消防庁小規模福祉施設防災実務講習を開催し、地域の方への参加を呼びかけ合同で実施する予定。<br>・地域の自主防災システムの方と災害に対する訓練を自社を中心に実施する。                                   | 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、行を挿入してください。