

# 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   | 2372202065         |            |             |
| 法人名     | 真株式会社              |            |             |
| 事業所名    | グループホーム まこと (まこと2) |            |             |
| 所在地     | 愛知県一宮市佐千原字郷前21番地   |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成24年10月15日        | 評価結果市町村受理日 | 平成24年12月10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.kaijokensaku.jp/237/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2372202065-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/237/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2372202065-00&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   | 愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年11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)】

地域密着型認知症共同生活施設として、地域との繋がりを大切にしている。年6回推進会議を開催、出席者も定着しており、(地域住民・市職員・包括センター・ご家族) ホームの現状・行事・事故報告を説明、ご助言をいただいている。県・市・施設部会・包括センター主催の研修にも積極的に参加、ホーム内でも毎月のケア会議時に研修を行い、個々のスキルアップを図る。ご家族との繋がりが大切なので、入居時には面会訪問・ご協力をお願いしている。面会時には利用者様と居室での共有時間を作り、一緒に写真を撮ったり、日常の様子をお伝えする。行事写真を載せた手書きお便り(年4回)・推進会議報告(年6回)・夏祭り・クリスマスは家族会を兼ねてご家族毎の交流を図る。今後も利用者様の皆様が楽しく安心して過ごしていただけるようなホーム運営を行う。利用者様の希望を取り入れながらホーム内・外のレクリエーションを充実していきたい。駐車場にテントを設置、外気浴・お茶タイムに活用。ユニット毎にほぼ毎月外出レクを行い、気分転換を図っている。年1回は合同で外出レクを行なっている。スタッフの定着、雇用の安定に努めている。

## 【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)】

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 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) |  |
|                                 |  |

## 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><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と<br><input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと<br><input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. 毎日ある<br><input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある<br><input type="radio"/> 3. たまにある<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br><input type="radio"/> 2. 数日に1回程度<br><input type="radio"/> 3. たまに<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)<br><input type="radio"/> 1. 大いに増えている<br><input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている<br><input type="radio"/> 3. あまり増えていない<br><input type="radio"/> 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<br>(参考項目:36,37)<br><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)<br><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が<br><input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が<br><input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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</b> 2372202065 |     |  |  |      |                   |
| 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                             | 理念は玄関に掲示、新任スタッフ研修にも取り入れている。家族的な環境のもとで日常生活を営むことが出来るように支援を行い、安心と尊厳のある日々を過ごしていただけるように支援することが理念の実践とスタッフに伝えている。社内研修でも「接遇」を取り入れている。                      |      |                   |
| 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                             | 町内会に入り、地域の行事には積極的に参加、ホームの行事(夏祭り)にも町内・子供会に参加を呼びかけている。推進会議を通じてホームの情報も伝えている。子供110番・敬老会・連区運動会・夏祭り・中学校職場体験・保育園交流会・地域文化の鑑賞など。地域からの野菜の持ち込みもある。            |      |                   |
| 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                           | 公民館清掃・地区行事には利用者様と一緒に出かけ、地域の人々とのふれあいを大切にしている。回覧板を届けたり、推進会議を通じて利用者様の理解を深めてもらう。推進会議では「認知症」についての質問を度々受ける。  |      |                   |
| 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        | 年6回開催。地域住民・市職員・地区包括・ご家族の皆様が参加、それぞれの立場からの意見・情報を頂き、サービスの向上・ホーム運営に役立てている。ホームの現状、活動状況、事故・ヒヤリハット、行事予定も報告、助言、協力をいただいている。報告書等は個人名を伏せプライバシー保護に努めている。       |      |                   |
| 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に取り組んでいる                  | 推進会議に参加していただいている担当職員とは常に連絡を取り、介護保険に関する相談、研修の案内をいただいている。ホームの現状を伝え、より良いサービスが出来るように助言をいただいている。  |      |                   |
| 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 | 新任研修に取り入れている。毎年スタッフ研修も行い、何が拘束にあたるか具体的な内容を伝えているが、今後も続けていく必要があると思う。鍵は夜間は防犯上玄関を施錠、日中は駐車場に出る門を施錠している。(部屋の施錠はしない)「高齢者虐待・拘束」の外部研修はスタッフ交代で参加 研修報告を提出している。 |      |                   |
| 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逃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        | 毎年市主催で開催されている「高齢者虐待防止サミット」にスタッフが参加、その資料を用いてスタッフ研修を行い、防止策を考えていくようにしている。ケア会議の中で「接遇」について研修し、不適切な対応について具体的な例を出して意見を述べ合う。                               |      |                   |

| 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    | NPO法人を後見人として財産管理を任せている利用者様も入居されている。老々家族、家族・親戚の少ない利用者様もいらっしゃるため、権利擁護制度の説明、活用を勧めて行く機会が増えると思う。市職員、包括センターと相談しながら、利用者本位の立場で支援したいと思う。生活保護入居者にも対応している。  |      |                   |
| 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                         | 見学・相談に来られた時点から本入居が決まるまでには お試し入居期間を作り、利用者様や家族の不安・疑問点に応えるようにしている。理解、納得をされた上で本入居・契約になる。契約書・重要事項・同意書の説明は管理者・フロア一長が行い、疑問に応える。苦情窓口・解約の説明も行う。           |      |                   |
| 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                     | 日常生活の中で利用者様の希望・要望をスタッフが汲み取り、個別ケアに取り入れる。面会時に利用者様の要望・現状を説明する。ご家族と管理者・フロア一長との話し合いの機会を作り、要望、意見をお聞きする。推進会議に家族代表として交代に出席していただき、意見をお聞きして運営に反映するようにしている。 |      |                   |
| 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回ケア会議を開きスタッフから出された意見・提案を各フロアの施設長がまとめ、役員・スタッフ会議の時に提出、協議を行う。決定事項は速やかに申し送りして全員に周知する。より良い運営が出来るようにスタッフからの意見が出しやすい雰囲気作りも大切と思う。                      |      |                   |
| 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      | 就業規則は事務室に掲示している。代表者は職員が意欲を持って仕事に取り組めるように給与体系・福利厚生を充実に取り組んでいる。健康診断は行なわれる。スタッフからの要望で夜勤手当も上った。有給もシフトを工夫して取れるようになっている。                               |      |                   |
| 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         | 外部研修には積極的に参加している。社内研修も月1回行われており事業所が認めた研修は勤務扱いとする。研修で得た知識は他職員に伝達、ホーム全体のレベルアップを図る。資格習得にも便宜を図り、奨励している。介護福祉士有資格者は給料にも反映されている                         |      |                   |
| 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 | 地区の包括支援センターのケアマネ会議、市の施設部会の研修に参加、他施設職員との交流を図り、サービスの向上と社会資源活用の情報を得ている。近隣のグループホームとの交流もあり、バザーや夏祭り・催事の相互訪問もある。  |      |                   |

| 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 |
| <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 | 照会があれば ご家族(ご本人)に見学に来て頂き 現状のお話を伺い、ホームの雰囲気を見ていただく。ご本人・ご家族の希望・不安・要望を聞きながら、より良い支援内容を一緒に考える。入居後もゆとりとした雰囲気の中でお話をしながら信頼関係を築くように努める。     |      |                   |
| 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            | 最初に見学に来られた段階から現状の問題点をお聞きして対応を共に考える。入居時のアセスメントで利用者・ご家族、それぞれの希望を聞いて支援内容を考え、ケアプランに反映する。面会に来られた時に 困っている事、不安な事、要望等お聞きして対処、信頼関係を築いていく。 |      |                   |
| 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        | 見学に来られた時に、ホームでのサービス内容を説明、お試し入居をしながら入居可能かを検討し 受け入れが難しい場合は他サービスの案内も行う。地域包括センター・高年福祉・生活福祉課とも連携・相談・助言を受ける。                           |      |                   |
| 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                        | 共同作業をしながら日常生活を送る事を基本にしている。レク準備・家事補助も積極的にいただいている。週末の献立作り・掃除・洗濯物干し・たみ等。買い物もスタッフと一緒に行く事がある。今後も利用者主体を心がけて行きたい。                       |      |                   |
| 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         | 入居説明時から、出来るだけ面会に来て頂き、一緒に外出・外泊してもらうようお願いしている。それぞれの事情もあるが、夏祭り・クリスマス会にはほぼ全員の家族・後見人にご参加いただいている。面会時には居合わせたスタッフが日頃の生活ぶりをお伝えしている        |      |                   |
| 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                     | 入居後も近所の方・以前の仕事仲間・ボランティア仲間を受け入れている。ご家族の了解があれば一緒に外出もされる。電話の取次ぎ、手紙投函も行なう。それぞれの希望を受け止めながら 葬式の付き添いも行なっている。地域の行事に参加、顔なじみになっていただく。      |      |                   |
| 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                 | 日常は食堂兼リビングで過ごされる。一緒にレクをしたり昔のお話、テレビの話題等をおしゃべり出来る様に配慮する。食事準備・片付けも協力して行ない仲間意識が持てるように支援している。利用者同士がお互いに助け合ったり、立ち上がり等気をつけあう様子もある。      |      |                   |

| 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 |
| 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                    | 退居された後も訪問や相談に応じる。転居された場合、こちらから訪問したり、ご家族とも連絡を取りあい、今までの信頼関係を大切にしている。夏祭りの招待状を送り、来ていただいたり、近況写真やお手紙を届けてくださる家族もいる。  |      |                   |
| <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   | 毎月のケア会議で担当スタッフを中心に個別ケアを検討する。日常の声かけ、お話・表情等から利用者の気持ちを汲み取り、モニタリング・ケア会議(担当者会議)・ケアプランの作成に取り入れるようにしている。ご家族とも相談しながらより快適に過ごせる環境整備する。アセスメントシートは本人・家族の希望を聞いて年1回見直す。   |      |                   |
| 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                                       | お試し入居時に 入居予定者のアセスメントシートを作成、主に入居前の生活状況をお聞きして、生活層がわかるように記入していただく。ご本人・ご家族の了解を得て以前に利用していたサービス担当者から情報を提供してもらい、入居前担当者に入居後の様子をお便りで報告、面会・友人の面会も積極的に受け入れている。         |      |                   |
| 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   | 入居後は介護記録・バイタル・排泄・食事・水分のチェックを記載、総合的な健康チェックを行う。家事、その他出来ることをしていただきながら 楽しい日常生活を送っていただく。一人ひとりに合わせた個別ケアも大切にする。(室内レク・お話・畑・体操・歩行練習・静養など)スタッフが居室に訪問、個別にお話をし要望をお聞きする。 |      |                   |
| 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 | ケアプランは入居時、1ヵ月後、その後は4ヶ月毎に担当スタッフとのモニタリング・担当者会議(スタッフ全員、家族)で出された意見、ご本人、ご家族の意向も含めて作成される。(変化が大きい時、病院退院時はその都度)本人・ご家族の希望を聞いてアセスメントを作成、一年毎(更新時)に見直しをする。              |      |                   |
| 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                        | 業務日誌・個別介護日誌・職員申し送りノートに記載・スタッフ交代時には申し送りを行う。ヒヤリハットや日常の気づきは積極的に発言してもらい、情報の共有化、介護計画の見直しに活かしている。申し送り・連絡の大切さは理解しているが連絡不備はある。新スタッフも加わり、記録の書き方などの研修を行なった。参考図書も購入。   |      |                   |
| 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               | 支援内容は入居時に説明、ご本人、ご家族の希望を聞いてケアプランを作成するが ニーズは変化していく。GHの特性を活かして、個別サービスを出来るだけ行っている。(病院付き添い・個別の外出・趣味の補助・食事内容・牛乳取り・時間・入浴・静養等) 地域行事に積極的に参加、夏祭りは地域・子供会に呼びかけをする。      |      |                   |

| 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                                      | 町内会に加入、地域の行事には積極的に参加、社協の車椅子を借りて外出レクを行う。地域ボランティアの訪問(フラダンス・津軽三味線・夏祭り盆踊り・手伝い)中学生の職場体験の受け入れ・保育所交流などをしながら利用者様の心身の活性化を図るようにしている。地元民俗芸能の鑑賞(推進会議参加者の招待)               |      |                   |
| 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                                  | 協力医院主治医が月1回往診、健康管理・服薬指導を受ける。必要な時は専門病院への紹介状もお願いする。ご家族の希望でそれぞれのかかりつけ医院にも受診されている。歯科も協力契約を行い、利用者様は順次義歯の保持、歯の治療を行っている。市民病院とも協力提携しているが、救急車要請の場合には当番病院に運ばれる          |      |                   |
| 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                          | 現在当ホームは看護師が在籍していない。健康管理・服薬管理については協力医院・薬局相談員から助言をいただき対応している。スタッフも病状の知識を得て早く体調変化に気づき、家族と相談、適切な医療機関に連絡出来るように努力している。看護資格を有する職員の確保、又は訪問看護ステーションとの協力が必要と感じている。      |      |                   |
| 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。 | 入居者が入院した場合は情報提供を行う。(事前に同意書はいただいている)入院中の見舞いや入院先相談員と連絡を取り、リハビリ外出の受け入れ、退院後の注意事項の申し送りを受ける。病院から情報を得て、ケアプランに取り入れる。又協力医院には入院担当医の申し送りを届ける。                            |      |                   |
| 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  | 入居時にホームの方針を説明、ホームとしては医療行為が必要となった場合の介護、「看取り」は行わないが段階的に心身機能が低下した場合、出来る範囲での対応となり、最終的には病院搬送をお願いしている。緊急時はマニュアル、ご家族の希望に沿って対応していく。日頃から緊急時・延命治療についてのご家族と相談、同意書を頂いている。 |      |                   |
| 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  | 緊急時の対応・マニュアルの確認は社内研修で行う。今年は4月に「大震災時対応マニュアル」、6月に緊急時の備品の再確認・補充を行い、7月に「災害時対応マニュアル」を学んだ。又、10月には木曾川消防署との合同防火訓練と共に救急処置技術・AED取り扱い訓練を行った。今後も定期的に行う必要があると思う。           |      |                   |
| 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  | 年2回の災害時マニュアル研修・確認と共に10月には消防署と合同の消防訓練を実施、推進会議で地域の皆様に緊急時のご協力をお願いしている。地域の避難場所の確認も行っている。6月には非常用備品を再検査、非常用食料・飲料水の確保も行なった。処方薬のコピーも定期的に見直している。                       |      |                   |

| 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>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                   | 居室は個室でお気に入り物や写真を飾ってその人らしさを出している。居室やトイレ介助に入る時にはノック・声かけをする。浴室脱衣場・トイレなど羞恥心に配慮した対応が出来るように研修を重ねている。日常の声かけ・介助も利用者の気持ちを考えて行うように2月に接遇、11月にプライバシーの研修を行い、スタッフ同士話し合っている。 |      |                   |
| 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                     | 日頃からお話している中で利用者様の希望や訴えを聞き取り、実現できる方法を共に考える。食事・外出・レク・衣類など自己決定できる雰囲気を作り、スタッフがそれを受け入れる気持ちの余裕のある職場環境を作る事も大切だと思う。言葉が出なくても利用者様の表情から満足度や愉快度を汲み取る努力をする。                |      |                   |
| 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 | 利用者様のその日の体調・様子を見て、声かけ・対応する。出来るだけ個々の利用者様の希望を聞いて、それぞれのペースで利用者本位を優先に過ごしていただくようにしているが 共同生活のルールもあり、不快にならないように調整・兼ね合いをスタッフが行うようにしている。起床・就寝時間はそれぞれのペースに合わせる。         |      |                   |
| 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                                  | 利用者様個々の好みに合わせて満足されるおしゃれを楽しめるように支援する。季節に合った衣類の選択、イベント・外出時には着ていく衣類を自分で選んだり、お化粧も多少される。夏祭りには 浴衣・甚平を着て楽しまれていた。理美容は有資格のスタッフが行なうがなじみの店に行かれる人もいる。                     |      |                   |
| 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     | 平日は配達食材を利用してリビングに繋がった台所でスタッフが作る。高齢者に合った献立に変更することもある。調理補助・盛り付け・食器拭きなどは手伝っていただく。土日のメニューは一緒に考え、買い物も一緒に出かける事もある。食事はスタッフも同席、安全に気をつけながら和やかな雰囲気の中で食べていただけるように配慮する。   |      |                   |
| 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          | 毎日の食事・水分摂取量の記録(月単位)をしている。それぞれの状態に合わせた適量摂取を心がける。夏場・熱発・下痢の時、心臓病などの持病のある方には水分摂取量を気をつける。毎月体重測定を行い、増減をチェック、適量・栄養バランスを考える。  |      |                   |
| 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                   | 口腔ケアは毎食前にお茶でうがい、食後に歯磨き・義歯の洗浄を行う。利用者様の状態に合わせて出来ない部分を援助する。洗浄剤による義歯洗浄はスタッフ管理でほぼ毎日行う。地域の歯科医院に協力医院となっただき 歯・義歯の検査及び口腔状態のチェックをしていただいている。訪問歯科診療を受けている利用者様もいる。         |      |                   |

| 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                              | 排泄チェック表を作成、個別に間隔を考えて声かけ・見守り誘導をする。日中・夜間・下剤服用時と状況に合わせて布パンツ・D-パンツ・尿バットの変更、申し送りを確実にし、快適に過ごしていただくように心がけている。日中は全員トイレ誘導を行ない、排泄支援をしている。                         |      |                   |
| 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  | 水分補給・起床時の牛乳飲用・軽い運動(体操・歩行)・食事内容(バナナ・イモ類・ごぼう)などで対応。常時便秘される方は協力医院 Dr.処方薬を使用する。申し送りを確実にし、日数が開けば座薬使用もある。   |      |                   |
| 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                             | 入浴日は月～土、@週3回、汚染時は状況に応じてシャワー・入浴で清潔保持。入浴順は利用者様の予定・体調に合わせ、拒否の強い方には声かけを工夫。入浴時は安全に注意し、体調観察・皮膚状態をチェック。入浴のお誘いから仕上げまで一人のスタッフで行う。のんびりゆったりと入って頂き、昔話等のお話を楽しんでいただく。 |      |                   |
| 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   | 出来るだけ利用者様の意向に合わせて毎日を過ごしていただく。日中の静養は好きな時に取っていただく。ホームの一日の流れはあるがご家族との面会・外出は自由、帰居後疲れがあれば静養して頂く。昼夜逆転されている場合は、日中活動的に生活出来るように働きかけ生活リズムの変更を図る。                  |      |                   |
| 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  | 毎日の分薬はフロア一長・主任が行う。服薬はその都度の責任者が行い、日・時間・名前・飲み終わるのを確認してチェックシートに記入、誤薬には充分注意する。服薬内容が変わった場合、短期間の服薬、は申し送りノート・個別日誌に記載、全員に周知する。経過観察も行う。服薬情報はお薬手帳・個人ファイルに記録する。    |      |                   |
| 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                             | 入居前のアセスメント、入居後もご家族と話し合いの時間を作り、利用者様の趣味・興味・嗜好品・得意な分野の情報を得てレクや生活に活かされるように支援する。スタッフと一緒に家事補助を行い 存在感を自覚してもらおう。個別に牛乳を取ったり、嗜好品の購入もある。                           |      |                   |
| 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 | 気候・天候の良い時は利用者様の体調を考えながら外出レクを楽しむ。事前に利用者様と話し合い、希望を聞きながらレク計画を立てる。ホームの買い物にスタッフと一緒に出かける。地域の行事に交代で参加、顔なじみになる。ご家族との外出・外泊は自由にしていただく。希望があれば個別の買い物・帰宅もスタッフが付き添う。  |      |                   |

| 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  | 事前にお小遣いとしてご家族から預かっている。個別の買い物・喫茶・外食・おむつ代などに使うが、買い物外出時にはそれぞれのお金で買っていただく。自己管理されているご利用者様もいるが、スタッフと確認しながら使うように支援している。小額のお小遣いを所持している利用者様もいる。                                   |      |                   |
| 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   | ご家族・友人から届く手紙・絵手紙はご本人に渡し、思い出話など伺う。家族からの電話の取次ぎ、希望があればスタッフが家族・友人に連絡、お話ししていただく。お手紙、葉書を書かれる利用者様もいる。年賀状は毎年利用者様に書いて頂きご家族に出している。   |      |                   |
| 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 | 玄関・リビング・廊下には利用者様と一緒に作った作品や行事・日常生活の写真を掲示、利用者様や面会に来られたご家族に話題提供している。居室にも個別の写真やご家族の写真を貼り、楽しませている。早番が全体の掃除・居室のチェック、リビングの清掃を行い(汚れた時はその都度)、清潔で過ごしやすい環境を整えている。エアコン調整はこまめにチェックする。 |      |                   |
| 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  | 食卓の座席はほぼ決まっているが、時には利用者様が納得されるように席替えも行う。リビングのソファはスタッフも一緒に座り、ゲームやおしゃべりなど、その時々で自由に座っていただく。好きな席がある方はそこに座っていただく。家具、ソファの配置換えもある。   |      |                   |
| 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  | 居室にはホームで用意したベッドとタンスがある。持ち込みは自由なので、整理タンス・ファンシーケース・椅子などを持ち込まれている方もいる。担当スタッフが衣類の入れ替えやチェックを行うが、ご家族も面会時に整理されたり持ち帰られたりされる。写真やカレンダーなどを飾り、楽しく過ごされている。テレビの持ち込み(有料)も自由。            |      |                   |
| 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   | 建物はバリアフリー仕様、スプリンクラーを設置。センサーを利用してトイレ・玄関の出入りが分かるようになっている。フロア内は自立～手引き介助の必要な利用者様も歩行。安全管理を第一とし、環境整備に努力している。歩行不安な利用者様の居室にはご家族の了解を得てセンサーマットを設置、転倒防止に役立っている。                     |      |                   |

(別紙4(2))

事業所名 グループホームまこと

## 目標達成計画

作成日: 平成 24 年 10 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        | 13   | スタッフのスキルアップ                     | スタッフ全員が有資格者(ヘルパー2級)となり、介護技術のレベルアップと共に 認知症を理解、笑顔での確な対応が出来るようになる。介護福祉士資格習得を奨励、有資格者の増加。     | 毎月のケア会議時に行われる“社内研修”の充実。県・市・施設部会・包括センター主催の研修に参加する。自主的に研修・講演会に参加出来るように情報提供、シフトを考慮する。介護福祉士有資格者は資格手当を得る。 | 12ヶ月       |
| 2        | 12   | 常勤比率をあげる                        | 昨年常勤が体調不良で、辞め、常勤が3人(管理者・1・2Fフロア一長)の状態が続いた。今回パートスタッフから 2人常勤になったが 今後も常勤者を増やして雇用の安定した職場にする。 | 役員会議で代表取締役現に現状を説明、常勤雇用の必要を説明、了解してもらおう。常勤として働きやすい条件・環境を整える。   | 12ヶ月       |
| 3        | 38   | その人らしさを尊重して、日々気持ち良く暮らしていただく取り組み | 日常生活が利用者様にとって楽しく満足感を得て過ごしてもらうように環境を整え、スタッフの接客スキルの向上を図る。                                  | 少数(9名)の利便を生かして、利用者様の体調・様子観察を行なう。個々の利用者様の希望を聞いて利用者本意を優先する。ケア会議上では個別ケアの問題点も出し合いスタッフ全員で取り組む             | 6ヶ月        |
| 4        |      |                                 |  |  | ヶ月         |
| 5        |      |                                 |  |  | ヶ月         |