

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   | 0175800309         |            |            |
| 法人名     | 医療法人 やわらぎ          |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 鶴城の郷       |            |            |
| 所在地     | 北海道空知郡南幌町南18線西11番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年1月17日         | 評価結果市町村受理日 | 平成23年2月24日 |

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=0175800309&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0175800309&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23年2月2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)】

母体の医療法人の協力を得ながら、健康管理や医療面の知識の習得などに力を入れ、皆様が健康に日々過ごしていただけるように努力しています。立地的には市街地から離れていますが、建物の空間が広いので開放的な雰囲気、畑もあり自然豊かです。家庭的な雰囲気を大切にしつつ、個人としての時間も尊重しています。入居されている皆さんが支えあって生活していけるような援助を心がけています。

グループホーム鶴城の郷のケア理念にあげている

- 一人一人のペースを守り共に支えあう
  - 家族地域の触れ合いを大切にする
- を常に念頭におき日々のケアを実践しています。

【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)】

「グループホーム鶴城の郷」は緑豊かな自然に恵まれた環境に位置し、鮮やかなスウェーデン調の建物の内部は白と木目を主体とした明るい造りで、居間は天井が高く広々として明るく清潔である。使いやすいトイレや洗面台、浴室など設備が整っており、台所には木製の調理台が備え付けられている。法人が組織して各事業所の管理者をメンバーとする各種の委員会があり、マニュアルが整備されている。地域との交流が盛んで、近所の方々から除草剤を撒く際について事業所の敷地に撒いてくれるなどの付き合いがある。また、町内の老人会の方や介護学生が訪問してくれたり、職員の保育園児の孫が遊びに来てくれたりしている。法人として家族の意見を聞く仕組みが整っており、定期的に家族宛に意見や要望を出してもらえるように文書を発送し、情報を整理して結果をフィードバックしている。また、職員のレベルアップのために毎年個人目標を設定し、年2回、管理者が職員の個人面談をしている。その際には職員の意見も聞いている。

| 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   | 事業所理念があり、皆が確認できるように掲示している。また、日々のケア・行事・業務においては理念に基づいて検討し実践につなげている。  | 「地域のふれあいを大切にする」という地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自のケア理念を、事務所や休憩室、応接室などに掲げている。理念はカンファレンスの際に確認しているが、理念を全員で共有化するまでには至っていない。       | 理念について掘り下げて話し合う機会を持ち、全職員が理念についての理解を深めていくことを期待したい。 |
| 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   | 市街地から離れていて交流の場は少ないが、畑おこしをしていただいたり、施設バーベキューや新年会に声をかけ参加していただいている。町内の行事や商店への外出など在宅時のなじみの関係が続けられるようにしている。町内のボランティアにも来ていただいている。 | 近所の方々が除草剤を撒く際について事業所の敷地に撒いてくれるなどの付き合いがある。また、町内の老人会の方や介護学生が訪問してくれたり、職員の保育園児の孫が遊びに来てくれたりしている。                          |   |
| 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   | 運営推進会議などを通じて老人会の方々の訪問見学などを呼びかけている。また、入居者様の知人・友人などの面会時にも相談を受けている。   |  |   |
| 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か月ごとに運営推進会議を行い報告・話し合いを行っている。地域の老人会、保険者からの意見やアドバイスをいただき運営に反映させている。   | 会議は2ヶ月に1回開催されており、町内会長、民生委員、町の職員、地域包括支援センター職員、老人クラブの役員、家族などが参加し、活動報告や災害対策、避難訓練について意見交換をしているが、サービス評価についての話し合いはなされていない。 | 自己評価・外部評価についても会議の中で話し合っていくことを期待したい。               |
| 5               | 4    | 市町村との連携<br>市町村担当者や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  | 市町村担当者、地域包括支援センター、社会福祉協議会とは情報交換を常に行っている。また町のサービス調整会議へは毎月参加し情報共有に努めている。   | 運営推進会議において町との情報交換のほかに、毎月「南幌町保健福祉医療サービス調整推進会議」が開催されており、毎回管理者が参加し、町の保健師、町立病院の看護師長などと交流を深めている。                          |   |
| 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「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 | 事例検討や研修会を行い身体拘束をしないケアを実践している。夜間の施錠以外は、開けていてユニット同士が協力しあいゲームや外出などの気分転換をはかりながら対応している。法人身体拘束廃止委員会の活動を通じて法人全体で取り組んでいる。          | 法人で「身体拘束廃止委員会」が組織され、マニュアル整備や研修を行っている。日中は玄関の施錠をせず、利用者が外に出る時は制止せず職員が一緒に付いて行っている。                                       |   |
| 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  | 法人での研修会への参加や身体拘束廃止委員会の活動をミーティングなどで職員に周知し、不適切なケアにつながっていないか振り返っている。言葉や精神面での拘束に注意している。  |  |   |

| 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 |
| 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    | 特に新規の相談ケースについては制度の説明を行っている。現在対象者はいないが、経済的な保護を必要とする方については、関係者にその都度相談している。                                  |   |                   |
| 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                         | 契約の際は、文書を用いてご家族(必要な場合はご本人も含め)説明を行っている。  |   |                   |
| 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                      | 面会の際にはご家族と話し合う機会を設けている。また法人全体で意見・要望をくみ取るシステムを構築しており、ご家族にも文書での配布をし表しやすい様になっている。                            | 家族が訪問した際に職員が積極的に話をしている。家族の意見は連絡ノートや「支援経過」に記録し、必要なものは介護計画にも反映させている。また、法人が定期的に、家族宛に意見や要望を出してもらえよう文書を発送し、結果もフィードバックする仕組みができています。 |                   |
| 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                                      | 毎月の定例のミーティングやカンファレンスでの話し合いのほかに、日々の業務の中でも遠慮なく話し合える機会を作り反映させている。職員と管理者との個別面接も行っている。毎月定例で法人の代表者との話し合いも行っている。 | 毎月の定例会議で職員の意見を聞いており、勤務体制については職員の希望を取り調整している。また、職員のレベルアップのために毎年個人目標を設定し、年2回、管理者が職員の個人面談をしている。その際には職員の意見も聞いている。                 |                   |
| 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      | 個人の能力や業務目標達成に応じての評価を行っている。職員との個人面談を行い労働条件等の希望や把握に努めている。現在法人内の3グループホーム共通の業務達成マニュアルを整備している。                 |   |                   |
| 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         | 法人内外の研修会の参加の機会を設けるほか、グループホーム内での伝達研修やグループホームの内情に即した形での研修会の実施のための外部講師を招いての研修会を行っている。                        |   |                   |
| 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 | 法人内の研修においては他事業所への参加を呼びかけ出席していただいている。法人内グループホーム間や認知症デイサービスとの訪問交流を行っている。                                    |   |                   |

| 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 | 入居まもなくの方に対しては、特に心配りをしてご本人様の今までの生活スタイルや習慣に即して対応できるように言葉かけを確認している。ご家族との連絡を密にして情報の把握に努めている。      |   |                   |
| 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            | 入居まもなくの方に対しては、特に心配りをしてご本人様の今までの生活スタイルや習慣に即して対応できるように言葉かけを確認している。ご家族との連絡を密にして情報の把握に努めている。      |   |                   |
| 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        | 事前のアセスメントなどや入居調整の段階でまず必要なサービスを把握し、入居時の介護サービス計画を作成している。  |   |                   |
| 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                           | ご本人様の思いや残存能力に応じた家事参加や趣味参加を通じて、日々の暮らしの中での役割や満足を感じていただけるように配慮している。                              |   |                   |
| 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            | 毎月定例のお便り等での情報提供のほかに、誕生会や行事への参加、面会時の情報交換など共に考え、参加していただくようにしている。                                |   |                   |
| 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                        | 知人・友人への電話、面会の支援や在宅時に関わっていた商店への外出など継続的に支援している。   | 利用者に頼まれて知人宅に電話をかけたり、友人が訪問した際には居間や居室などゆっくり話ができる場所に案内し、お茶でもてなしている。また、美容院や洋品店など馴染みの店に車で送迎している。 |                   |
| 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、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                    | 利用者関係を重視し、また負担にならないように配慮して食事の座席や外出のメンバー等を考えている。また、あまり交流のない方に対しては交流の場を作りできるだけ理解されるように機会を作っている。 |   |                   |

| 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  |
| 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                     | 退所後の行先の確保に協力し、利用者やご家族が不安にならないようにしている。  |   |  |
| <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   | 日々のかかわりの中でご本人の思いや希望をくみ取り話し合い、個別のケアプランを重視したかかわりをしている。                                 | 利用開始時に家族や医療機関などから聞き取った情報を基に、利用者の日常の動きや表情から思いや意向を察するようにしているが、アセスメントの書式は統一されておらず、記載が十分でない部分も見られる。   | 今年の4月から介護ソフトの導入が予定されているので、これを機会に従来の情報を整理し、書式の統一を図り、内容も充実されることを期待したい。       |
| 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                                       | 日々のかかわりの中でご本人様からの話を伺い、ご家族や在宅時のサービス担当者からの情報把握に努めている。                                  |   |  |
| 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   | その人に会った1日の過ごし方を重視しながら、バイタルや精神・一般状態の把握、申し送りなどを通じての経過の把握を行っている。                        |   |  |
| 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 | 状態の変化時や定期的なカンファレンスやモニタリングで個別の介護計画を作成している。  | 利用開始時には家族や医療機関などからの情報を基に、即日、暫定の介護計画を作成し、2、3週間をかけて本計画を作成している。その後は担当職員の「支援経過」を参考に計画作成担当者が3ヶ月毎にモニタリングし、3ヶ月から6ヶ月で計画を見直している。状況が変化した場合も随時見直している。介護計画は家族などに説明し署名捺印を得ている。 |  |
| 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                        | 申し送りや個別の記録などから、日々の変化を把握し職員間やご家族との情報交換・話し合いをしながら見直しに活かしている。個別記録を変更しより充実した記録ができるようにした。 |   |  |
| 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               | ご本人を取り巻く家族の状況は様々で、身近にいる職員が、その都度家族に代わっての支援を行ったり、法人の専門的な事業で支援している。(金銭の管理など)            |   |  |
| 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                         | ボランティアや消防など地域の方々の活動や協力を定期的に受けている。  |   |  |
| 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                     | 毎月の主治医への定期受診や検査、その他専門医への受診などは家族と連絡を取りながら希望する医療機関への受診支援を行っている。                        | 協力医療機関でも従来のかかりつけ医でも、特別な受診内容以外は職員が車で送迎し、医療情報を「受診連絡表」に簡単に記載している。家族が付き添った時は職員が家族から聞き取って記録しているが、医療情報の整理はなされていない。  | 「受診連絡表」の内容をもう少し詳しく分かりやすく記載できるような書式を工夫し、医療の経過が直ぐ分かるように整理してファイリングすることを期待したい。 |

| 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                      | 訪問看護ステーションや協力医療機関への状態報告は毎日行っている。夜間、休日に利用者に変化がみられる際には状況を伝え、相談・指示を受けることができる。受診し場合によっては訪問看護を受けられる体制はできている。                    |  |   |
| 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。 | 場合によってはご家族の了解を得て訪問看護を利用してホームでの治療をし、利用者の環境変化での負担が軽減できるように対応している。入院した際も病院側との情報交換を密にして早期退院できるように努めている。協力医療機関はそれを十分理解し協力してくれる。 |  |   |
| 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、事業所で行え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 | 重度化の指針にそって、利用者・ご家族・医師と相談できる体制を作っている。また契約時に説明しご家族の考えをお聞きしている。また、入院の際には改めて意向を伺っている。  | 利用開始時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」を利用者・家族に説明して署名捺印を得ている。状況が変化した時は都度口頭で説明し、「支援経過」に記録している。協力医療機関との連携で看取りを行う方針であり、看取りの実績もある。 |   |
| 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   | 管理者に相談し指示を受けることが多いが、実践力を身につけるように法人の協力を得ながら、定期的な研修会を開催している。   |  |   |
| 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   | スプリンクラーの設置も完了し、定期的に防火訓練も実施している。防火訓練には地域の方にも協力をしていただき実施している。定期的にミーティングの場での避難の確認を行っている。                                      | 消防署の協力の下に、年2回、夜間を想定して避難訓練を行い、近所の方にも参加してもらっている。救急救命訓練は法人の防火管理委員会が管理して、毎年職員を交代で受講させている。備品などはまだ準備されていない。          |   |
| <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  | その方の性格や生活歴を尊重した対応をしている。またプライバシーには配慮した言葉かけや対応をするようにしている。  | 利用者の呼びかけは苗字か名前に「さん」付けを基本としているが、時には親しみを込める意味合いから「ちゃん」付けになっていることがある。個人ファイルや面会簿の扱いも注意が必要である。                      | 特段の理由がない限り「ちゃん」付けで呼ばないようにし、ファイルや面会簿についても個人情報を守られるような配慮を期待したい。 |
| 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   | 出来るだけご本人の思いを重視するように心がけ、自己決定の難しい方には選択できるようにしたり、日頃の思いを反映するように努めている。  |  |   |
| 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                                   | その日の利用者の状態により、日課や予定を変更できるように柔軟な対応はしている。  |  |   |
| 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  | 理美容についてはなじみのお店がある方は、外出の支援を行い、不安になる方はホームに訪問していただき、カット、パーマ、カラーリングを行っている。化粧品も買い物で購入しそれぞれが楽しまれている。                             |  |   |

| 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 |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている    | 食事の準備や片付けは役割をもって行っていただいている。苦手な食材や咀嚼嚥下の状況によっては代替品などで対応している。                                | 利用者と職員が会話しながら同じ食事を摂っている。法人で献立を作っているが、好みや行事により変更することができる。利用者が下ごしらえや食器洗いなどを手伝っている。    |                   |
| 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         | ご本人の嗜好に合わせた飲み物や食材に必要な摂取量が摂れるように支援している。嚥下困難な方にはゼリーなども作って摂取していただいている。高カロリー補助食品などでの補食も行っている。 |   |                   |
| 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                  | 食後はその方の能力に応じた口腔ケアを行っている。また変化があれば歯科受診をしてアドバイスをしていただいている。                                   |   |                   |
| 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  | 個人の排泄パターンを把握し排泄誘導を行いトイレでの排泄を支援している。パットやおむつの使用は最小限にしている。                                   | 「生活日誌」に利用者の排泄記録を取りパターンを把握して誘導し、排泄の自立を実現している。利用開始後、誘導回数を増やし失禁が減少した利用者もいる。            |                   |
| 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                  | 周辺症状などからも便秘が原因の事もあるため、運動・水分補給・食物繊維をとるための調理の工夫やヨーグルトなどの食品での対応を常時行っている。                     |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 日曜日以外は入浴を実施している。気分や体の状態に合わせて入浴日や時間は調整している。  | 日曜日以外は入浴が可能で、各利用者が週2～3回、午後の時間帯で入浴を行っている。拒否がある場合には翌日にずらしたり、タイミングを工夫してスムーズな入浴につなげている。 |                   |
| 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                   | その方の生活習慣に合わせた就寝・起床介助を行っている。自らの訴えが難しい方は表情、体調、疲労などを考慮しながら休息の支援を行っている。                       |   |                   |
| 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              | 職員は薬の管理を行い、副作用の出現や症状の変化等を医師に報告し、睡眠薬や下剤等の調整も細かく行っている。臨時薬については受診時連絡票を作成し医師の指示が確認できるようにしている。 |   |                   |
| 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 | 外出や家事分担、畑づくりや裁縫などその方が得意とするものを行っていただき、力を発揮できるように支援している。その日の気分によって活動内容を変え、柔軟に対応している。        |   |                   |

| 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 |
| 49   | 18   | <p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>                     | <p>毎月の外出行事や個別での希望に沿った外出の支援を行っている。毎週買い物やドライブなど全員が出かける機会を作るようにしている。ご家族へも外出などお願いしている。</p> | <p>広い敷地内や近隣への日々の散歩のほかに、週2回、車で近隣の町に買い物に出かけているが、その際は利用者も交代で一緒に行っている。花見やいちご狩り、パラ園訪問、外食、同一法人のグループホームとの交流など、外出行事を豊富に組んでいる。</p> |                   |
| 50   |      | <p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>  | <p>支払い能力や管理能力のある方には、所持していただき買い物外出などの支援を行っている。能力の低下した方には職員が買い物をしてることが多い。</p>            |   |                   |
| 51   |      | <p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>   | <p>電話は自由にかけていただいている。希望時は職員が代わりにかけることもある。年賀状をご家族に向けて書いていただくなど家族との交流の援助をしている。</p>        |   |                   |
| 52   | 19   | <p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p> | <p>明るい雰囲気重視し、制作した作品を飾り季節感が感じられるようにしている。廊下やトイレには手すりを設置している。</p>                         | <p>各ユニットとも居間と食堂およびキッチンが一体的で天井が高く、ソファもありくつろぐことができる。窓からの眺めもよく、全体が明るい。利用者の写真や手作りの貼り絵のカレンダーなどが飾られ、親しみやすい雰囲気を作っている。</p>        |                   |
| 53   |      | <p>共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>  | <p>ソファの配置などを配置して自由にくつろげるようにしている。また、自分の場所の意識の強い方には、安心できる場所で過ごしていただく配慮をしている。</p>         |   |                   |
| 54   | 20   | <p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>  | <p>ご家族にお願いして、今まで使っていたものを用意していただいている。湯飲みや茶碗、箸なども個人個人で用意していただき自分のものと理解できるようにしている。</p>    | <p>居室には利用者が自由に馴染みの生活用品などを持ち込むことができ、安心して過ごせる場所となっている。壁の装飾は個人差があるが、カレンダーや絵、写真など自由に飾ることができている。</p>                           |                   |
| 55   |      | <p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>  | <p>車いす、手すり、など用意し個人個人の能力に応じた介助で自立支援に努めている。</p>  |   |                   |

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   | 0175800309         |            |            |
| 法人名     | 医療法人 やわらぎ          |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 鶴城の郷       |            |            |
| 所在地     | 北海道空知郡南幌町南18線西11番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年1月18日         | 評価結果市町村受理日 | 平成23年2月24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)】

|               |
|---------------|
| 「たんぼぼユニット」に同じ |
|---------------|

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=0175800309&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0175800309&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23年2月2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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

| 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) |    |  |  |

(別紙4-1)

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   | 事業所理念があり、常に運営理念に基づいたケアサービスの実現を心がけている。採用時の研修でも周知している。   |      |                   |
| 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   | 市街地から離れていて交流の場は少ないが、畑おこしをしていただいたり、施設バーベキューや新年会に声をかけ参加していただいている。町内の行事や商店への外出など在宅時のなじみの関係が続けられるようにしている。町内のボランティアにも来ていただいている。 |      |                   |
| 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   | 運営推進会議などを通じて老人会の方々の訪問見学などを呼びかけている。また、入居者様の知人・友人などの面会時にも相談を受けている。   |      |                   |
| 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か月ごとに運営推進会議を行い報告・話し合いを行っている。地域の老人会、保険者からの意見やアドバイスをいただき運営に反映させている。   |      |                   |
| 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  | 市町村担当者、地域包括支援センター、社会福祉協議会とは情報交換を常に行っている。また町のサービス調整会議へは毎月参加し情報共有に努めている。   |      |                   |
| 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「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 | 事例検討や研修会を行い身体拘束をしないケアを実践している。夜間の施錠以外は、開けていてユニット同士が協力しあいゲームや外出などの気分転換をはかりながら対応している。法人身体拘束廃止委員会の活動を通じて法人全体で取り組んでいる。          |      |                   |
| 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                                       | 法人での研修会への参加や身体拘束廃止委員会の活動をミーティングなどで職員に周知し、不適切なケアにつながっていないか振り返っている。言葉や精神面での拘束に注意している。  |      |                   |

| 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 |
| 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    | 特に新規の相談ケースについては制度の説明を行っている。現在対象者はいないが、経済的な保護を必要とする方については、関係者にその都度相談している。                         |      |                   |
| 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                         | 契約の際は、文書を用いてご家族(必要な場合はご本人も含め)説明を行っている。   |      |                   |
| 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                      | 契約書に謳い説明するとともに施設内に掲示している。法人でも意見要望を何うシステムを構築しておりご家族へも通知している。                                      |      |                   |
| 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                                      | 毎月の定例のミーティングやカンファレンスでの話し合いのほかに、日々の業務の中でも遠慮なく話し合える機会を作り反映させている。ホームの事業計画の作成に伴い個人の目標を設定し面接なども行っている。 |      |                   |
| 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      | シフトの配慮や業務・利用者様の対応についての意見をくみ取り検討し反映する。行事の企画など役割を持ち施設の運営に携わっているという達成感を感じ意欲をもって働けるよう配慮している。         |      |                   |
| 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         | 法人内外の研修会の参加の機会を設けるほか、グループホーム内での伝達研修やグループホームの内情に即した形での研修会の実施のための外部講師を招いての研修会を行っている。               |      |                   |
| 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 | 法人内の研修においては他事業所への参加を呼びかけ出席していただいている。法人内グループホーム間や認知症デイサービスとの訪問交流を行っている。                           |      |                   |

| 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 | 入居まもなくの方に対しては、特に心配りをしてご本人様の今までの生活スタイルや習慣に即して対応できるように利用者様との十分な話し合いや様子をうかがうなどして安心して過ごしていただくように努めている。    |      |                   |
| 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            | 入居まもなくの方に対しては、特に心配りをしてご本人様の今までの生活スタイルや習慣に即して対応できるように言葉かけをし確認している。ご家族との連絡を密にして情報の把握に努めて不安を取り除くようにしている。 |      |                   |
| 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        | 事前のアセスメントなどや入居調整の段階でまず必要なサービスを把握し、入居時の介護サービス計画を作成している。  |      |                   |
| 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                           | ご本人の思いをくみ取り、ご本人が主役であるよう無理のないように支援している。できる限り一緒に行う事を目標とし同じ立場にたつての援助を大切にしている。                            |      |                   |
| 19                       |      | 本人と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            | ご家族との十分な話し合いなどにて、利用者様の気持ちを大切に過ごしていただくようにしている。   |      |                   |
| 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                        | 利用者の家族や友人の面会を積極的に受け入れている。   |      |                   |
| 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                    | 利用者関係を重視し、また負担にならないように配慮して食事の座席や外出のメンバー等を考えている。また、あまり交流のない方に対しては交流の場を作りできるだけ理解されるように機会を作っている。         |      |                   |

| 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 |
| 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                     | 退所後の行先の確保に協力し、利用者やご家族が不安にならないようにしている。  |      |                   |
| <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   | 日々のかかわりの中でご本人の思いや希望をくみ取り話し合い、個別のケアプランを重視したかかわりを行っている。                        |      |                   |
| 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                                       | 日々のかかわりの中でご本人様からの話を伺い、ご家族や在宅時のサービス担当者からの情報把握に努めている。                          |      |                   |
| 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   | その人に会った1日の過ごし方を重視しながら、バイタルや精神・一般状態の把握、生活記録に記載し申し送りなどを通じての経過の把握を行っている。        |      |                   |
| 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 | ご本人の問題や訴えを把握しご家族からの意見を取り入れ、カンファレンスやモニタリングで個別の介護計画を作成している。                    |      |                   |
| 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                        | 日々の様子は個別記録に記入し、必要な支援は日課表また、経過については支援経過に記入し確認できるようにしている。                      |      |                   |
| 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               | 同一法人内の通所サービスや、他市のグループホームとの交流や町内のイベントに参加している。                                 |      |                   |
| 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                         | ボランティアや消防など地域の方々の活動や協力を定期的に受けている。  |      |                   |
| 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                     | 毎月の主治医への定期受診や検査、その他専門医への受診などは家族と連絡を取りながら希望する医療機関への受診支援を行って定期的な健康チェックが行われている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                      | 訪問看護ステーションや協力医療機関への状態報告は毎日行っている。夜間、休日に利用者に変化がみられる際には状況を伝え、相談・指示を受けることができる。受診し場合によっては訪問看護を受けられる体制はできている。                    |      |                   |
| 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。 | 場合によってはご家族の了解を得て訪問看護を利用してホームでの治療をし、利用者の環境変化での負担が軽減できるように対応している。入院した際も病院側との情報交換を密にして早期退院できるように努めている。協力医療機関はそれを十分理解し協力してくれる。 |      |                   |
| 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 | 重度化の指針にそって、利用者・ご家族・医師と相談できる体制を作っている。また契約時に説明しご家族の考えをお聞きしている。また、入院の際には改めて意向を伺っている。  |      |                   |
| 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   | 管理者に相談し指示を受けることが多いが、実践力を身につけるように法人の協力を得ながら、定期的な研修会を開催している。   |      |                   |
| 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   | スプリンクラーの設置も完了し、定期的に防火訓練も実施している。防火訓練には地域の方にも協力をしていただき実施している。定期的にミーティングの場での避難の確認を行っている。                                      |      |                   |
| <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  | その方の性格や生活歴を尊重した対応をしている。またプライバシーには配慮した言葉かけや対応をするようにしている。  |      |                   |
| 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   | 出来るだけご本人の思いを重視するように心がけ、自己決定の難しい方には選択できるようにしたり、日頃の思いを反映するように努めている。  |      |                   |
| 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                                   | その日の利用者の状態により、日課や予定を変更できるように柔軟な対応はしている。  |      |                   |
| 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  | 理美容についてはなじみのお店がある方は、外出の支援を行い、不安になる方はホームに訪問していただき、カット、パーマ、カラーリングを行っている。化粧品も買い物で購入しそれぞれが楽しまれている。                             |      |                   |

| 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 |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている    | 食事の準備や片付けは役割をもって行っていただいている。苦手な食材や咀嚼嚥下の状況によっては代替品などで対応している。   |      |                   |
| 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         | ご本人の嗜好に合わせた飲み物や食材に必要な摂取量が摂れるようにチェック表で確認し支援している。嚥下困難な方にはゼリーなども作って摂取していただいている。高カロリー補助食品などでの補食も行っている。 |      |                   |
| 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                  | 食後はその方の能力に応じた口腔ケアを行っている。また変化があれば歯科受診をしてアドバイスしていただいている。   |      |                   |
| 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  | 個人の排泄パターンを把握し排泄誘導を行いトイレでの排泄を支援している。パットやおむつの使用は最小限にしている。日中は布パンツに変えている。                              |      |                   |
| 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                  | 周辺症状などからも便秘が原因の事もあるため、運動・水分補給・食物繊維をとるための調理の工夫やヨーグルトなどの食品での対応を常時行っている。                              |      |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 日曜日以外は入浴を実施している。気分や体の状態に合わせて入浴日や時間は調整している。   |      |                   |
| 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                   | その方の生活習慣に合わせた就寝・起床介助を行っている。自らの訴えが難しい方は表情、体調、疲労などを考慮しながら休息の支援を行っている。                                |      |                   |
| 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              | 職員は薬の管理を行い、副作用の出現や症状の変化等を医師に報告し、睡眠薬や下剤等の調整も細かく行っている。臨時薬については受診時連絡票を作成し医師の指示が確認できるようにしている。          |      |                   |
| 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 | 外出や家事分担、畑づくりや裁縫などその方が得意とするものを行っていただき、力を発揮できるように支援している。その日の気分によって活動内容を変え、柔軟に対応している。                 |      |                   |

| 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 |
| 49   | 18   | <p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>                     | <p>毎月の外出行事や個別での希望に沿った外出の支援を行っている。毎週買い物やドライブなど全員が出かける機会を作るようにしている。ご家族へも外出などお願いしている。</p> |      |                   |
| 50   |      | <p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>  | <p>支払い能力や管理能力のある方には、所持していただき買い物外出などの支援を行っている。能力の低下した方には職員が買い物をしてくれることが多い。</p>          |      |                   |
| 51   |      | <p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>   | <p>電話は自由にかけていただいている。希望時は職員が代わりにかけることもある。年賀状をご家族に向けて書いていただくなど家族との交流の援助をしている。</p>        |      |                   |
| 52   | 19   | <p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p> | <p>明るい雰囲気重視し、制作した作品を飾り季節感が感じられるようにしている。廊下やトイレには手すりを設置している。</p>                         |      |                   |
| 53   |      | <p>共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>  | <p>ソファの配置などを配置して自由にくつろげるようにしている。また、自分の場所の意識の強い方には、安心できる場所で過ごしていただく配慮をしている。</p>         |      |                   |
| 54   | 20   | <p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>  | <p>ご家族にお願いして、今まで使っていたものを用意していただいている。湯飲みや茶碗、箸なども個人個人で用意していただき自分のものと理解できるようにしている。</p>    |      |                   |
| 55   |      | <p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>  | <p>車いす、手すり、など用意し個人個人の能力に応じた介助で自立支援に努めている。</p>  |      |                   |

## 目標達成計画

事業所名 医療法人やわらぎ グループホーム鶴城の郷

作成日：平成 23年 2月23日

市町村受理日：平成 23年 2月24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    | 1    | ケア理念を確認できる場所に掲げているが、職員全員が共有化するには至っていない。  | 日々の業務の中で理念を意識して、ケアをしていく                           | 毎月のミーティングやカンファレンスで意識するように理念の確認をし、理念に沿った話し合いができるように進めていく。日々のケアの検討をするときにも理念を確認してから話し合うようにしていく。内部評価を行い、各自の理解の確認を行う。  | 1か月        |
| 2    | 36   | 入居者様同士がちゃん付けで呼び合うことや、ご家族がちゃん付けで呼ぶことで、職員も同じように呼ぶことがある。ファイルや面会簿の取り扱いに個人情報を守る配慮が足りなかった。 | 個人を尊重したかかわりを遵守する。                                 | 法人では、ご利用者様の呼び方については「さん」または「様」で呼ぶことを徹底するように指導されているが十分に守られていなかったため、個人の呼び方については、人生の先輩であることや、ご家族にとっては母であり父であり、祖父母であるという事実を再確認し尊敬をもって「さん」づけにしていくようにお互い注意しあい各自が意識するようにする。面会簿はその都度回収し保管する。 | 1か月        |
| 3    | 23   | アセスメントや書式の統一がされていなく、記載が十分でない。入居者様の状態把握にも職員間で差があるため事故につながる懸念がある。                      | 入居者様のケアに必要な情報を共有し、良いケアにつなげ、また事故を未然に防ぐ             | 介護ソフトの導入で、情報の整理を行う。また介護の援助計画の書式見直しや、手順書の作製なども検討しており、職員の利用者理解が同じになり、ご本人の思いに沿った係わりができるようにまた、危険予測ができ事故を未然に防ぐようにかかわっていく。  | 3か月        |
| 4    | 30   | 医療情報の内容が十分でなく、また整理がされていない。医療の経過が一目でわかるような書式がない                                       | 医療情報の整理をし、日々の健康管理と医療機関との連携を強化し、健康に過ごしていただくことに努める。 | 医療情報を整理し、連携している訪問看護との情報共有や相談目的でミーティングやカンファレンスに参加していただく。医療経過を記入する書式については、法人の看護記録などを参考にしながら作製する。記録を整理し、記録することを習慣化していくようにする。受診介助した職員がその都度記入するように業務として組み込む。                             | 3か月        |
| 5    | 4    | 自己評価、外部評価の内容が運営推進会議の中で話し合われていない。(昨年は運営推進会議の中で話したが、記録として残っていなかった)                     | 外部評価の内容を運営推進会議で報告し、今後の運営に反映させる。                   | 2月28日に運営推進会議を開催するので、その場で報告し、記録にも残していく。  | 1ヶ月        |

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。