

## 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   | 3591200047  |           |            |
| 法人名     | 有限会社ひまわり    |           |            |
| 事業所名    | グループホームつくし  |           |            |
| 所在地     | 柳井市南町6丁目6-6 |           |            |
| 自己評価作成日 | 平成24年1月22日  | 評価結果市町受理日 | 平成24年7月30日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do">http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do</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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク |  |  |
| 所在地   | 山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内   |  |  |
| 訪問調査日 | 平成24年2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)】

理念「つくしんぼ大家族 心やすらぐ笑顔の家」をめざし、できる限り本人の希望に沿える支援をし、我が家で暮しているようにやすらぐことのできる家になるよう、一人一人の思いを大切に支援している。また、一人の思いがかなうよう、個別の外出行もしている。そして、入居者、職員、家族、地域の方、入居者につながるすべての方、みんなひっくるめた大家族で、共に支え合って暮らしていけるよう、つながりを大切に支援している。

### 【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)】

全職員で話し合っつった事業所理念「つくしんぼ大家族 心やすらぐ笑顔の家」を基に、利用者の希望にそって我が家で暮らしているように安らぐ事が出来るように一人ひとりの思いを大切に支援されています。利用者、職員、地域、利用者家族、医師など、事業所に関わるすべての人が大家族として共に支え合って暮らし続けられるよう連携づくりに取り組まれています。運営推進会議には地域の方や利用者家族などの参加も多く、地域行事への参加の声かけや協力を得て、利用者が地域とつながりながらいきいきと過ごせるように支援されています。三食とも事業所で調理しておられ、利用者は下ごしらえ、調理、盛り付けなどを職員と一緒にされ、利用者と職員は同じ食卓と一緒に食べながら会話を楽しみ、食事を楽しむことのできる支援をされています。

### 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 |   |
|----|---------------------------------------|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 57 | 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           | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<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. ほとんど掴んでいない | 64 | 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         | ○                     | 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    |
| 58 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある              | ○                     | 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                  | 65 | 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                        | ○                     | 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                  |
| 59 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                 | ○                     | 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 | 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 | ○                     | 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            |
| 60 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている      | ○                     | 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 | 職員は、活き活きと働けている  | ○                     | 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       |
| 61 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている                | ○                     | 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    |
| 62 | 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          | ○                     | 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    | 69 | 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 |
| 63 | 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 | ○                     | 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

| 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                      | 開設前に職場内研修で、理念についてグループワークで意見を出し合った。この度、常に立ち戻る根本的な考えとして、共有して実践につなげられる様話し合った。 | 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、管理者と職員は理念を共有し、日々のケアの中で実践につなげている。   |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                      | 運営推進委員の、自治会長、民生委員、福祉委員と連絡をとりあっている。地域の行事などに参加し始めてきている。                      | 自治会に加入し、地域の自治会長や民生委員、福祉委員などと連携し、地域の祭りや盆踊り、運動会に参加している。利用者と一緒に回覧版を持参し、地域の人と会話をするなど、日常的に交流している。                         |                   |
| 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                    | 今のところできていない。福祉委員が地域のサロンに誘ってくれているので、参加することによって糸口を見つけていきたい。                  | /  | /                 |
| 4                  | (3) | ○評価の意義の理解と活用<br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。                | 外部評価を実施する意義は理解できている。開設して初めて外部評価を受けるので、今回の評価を活かして改善していきたい。                  | 管理者が、自己評価の意義について説明し、職員は理解したうえで、全職員で自己評価に取り組んでいる。自己評価をすることで振り返りとなり、サービスの質の向上に努めている。                                   |                   |
| 5                  | (4) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 運営推進会議にて、外部評価の説明を行ない、自己評価の各項目を確認していただいた。結果も報告し、意見をいただき、サービスの向上に活かしていきたい。   | 自治会長、民生委員、福祉委員、家族12名、市担当課課長、運営者、施設長、管理者で2ヶ月に1回開催している。利用者の状況やサービスの状況報告、インシデント、アクシデントの報告等をして意見交換を行い、意見をサービスの向上に活かしている。 |                   |
| 6                  | (5) | ○市町との連携<br>市町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              | 市町担当者が運営推進委員なので、運営推進会議には必ず出席している。その他にも電話等で相談等行っている。                        | 市担当者と運営推進会議の他、電話等で事業所の実情やサービスの取り組み等を伝え、助言を得るなど協力関係を築くよう取り組んでいる。  |                   |

| 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 |
| 7  | (6) | ○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 | 玄関はオートロックになっており、入居者が自分の意志で開けることはできない。身体拘束につながることを皆で認識し、外に出たがった時には、個別で外の散歩等行えるようにしている。         | 身体拘束をしないケアについて職員は正しく理解している。玄関はオートロックになっているが、利用者が外に出たい時は個別に散歩に行くなどして対応している。           |                   |
| 8  |     | ○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                                     | 高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会が持っていない。  |  |                   |
| 9  |     | ○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                                 | 管理者は、日常生活自立支援事業や、成年後見制度についての研修を受けている。他3名は実践者研修にて学んでいる。また入居者の中に地域福祉権利擁護事業を利用している人がおり、身近に感じている。 |  |                   |
| 10 |     | ○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  | 契約締結の際は、十分な時間をとりしっかり説明を行っており、家族等の質問にも応じている。   |  |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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                    | 玄関先に「投書箱」を置いてあるが、今のところ入っていたことが無い。苦情や相談を気軽に言ってもらえる関係作りを心がけている。                                 | 相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め、周知している。2ヶ月に1回開催する事業所の暮らしの説明報告会や運営推進会議、電話、面会時などで家族の意見や要望を聞き取っている。 |                   |
| 12 | (8) | ○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、全職員でミーティングを行なって、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。1年に2回、個人面談行って、職員の意見を聞いている。                            | 管理者は、月1回の全職員でのミーティングで職員の意見や提案を聞いている。代表者は年2回、個人面接を行い、職員の意見や提案を聞く機会を設け、それらを運営に反映させている。 |                   |
| 13 |     | ○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                                   | 職員に対する目配りをし、努力している姿には言葉として称賛を伝えている。何事も現場職員の発案、企画、実行を尊重し、やりがいを持てるようにしている。                      |  |                   |

| 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 |
| 14                           | (9)  | ○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         | 出来る限り研修の機会を提供している。研修後はレポートを提供し、今後の介護技術向上に努めている。                               | ミーティングやケアカンファレンス時に内部研修を実施している。市の介護事業所連絡協議会、介護支援専門員連絡協議会、県の研修に参加し、受講後はレポートを提出して、ミーティングで復命をし、職員間で共有している。 |                   |
| 15                           |      | ○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 | 柳井市の介護事業所連絡協議会、ケアマネ連絡協議会に入会し、同業者と交流する機会を作り、ネットワーク作りや、勉強会を通じて、質の向上を図っている。      |  |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |   |  |                   |
| 16                           |      | ○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           | 入居前に見学に来ていただき、本人とお話ができるようにして、不安が早く解消でき、本人の思いや、要望が聞けるよう心掛けている。                 |  |                   |
| 17                           |      | ○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                      | 入所前の相談・説明は、十分に時間をかけて行っており、家族等の不安なこと、要望等に耳を傾けるようにしている。                         |  |                   |
| 18                           |      | ○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                  | 本人と家族が必要としている支援を良く把握し、他のサービス利用を含め、情報提供を行っている                                  |  |                   |
| 19                           |      | ○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                                  | 人生の先輩ということを忘れず、一緒に色々なことを行なうように支援している。   |  |                   |
| 20                           |      | ○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                   | 理念の「つくしんぼ大家族・・・」の「大家族」には、入居者全員、職員全員のみならず、入居者につながる家族も含めており、家族との絆を大切にしよう支援している。 |  |                   |
| 21                           | (10) | ○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                               | 主治医や美容院等、できるだけ馴染みのところに通えるよう心掛けている。  | かかりつけ医の受診、美容院の利用、買い物、地元の敬老会への参加など馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。   |                   |

| 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                                 |      | ○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                                   | いつの時間も、無理に居室に帰らせることの無いよう、できるだけホールで皆と一緒に過ごし、レクリエーションや共同で作業したりできるように支援している。 |   |                   |
| 23                                 |      | ○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                    | 入院先、入所先を訪問したり、家族に連絡したり、連絡をもらったりしている。                                      |   |                   |
| <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> |      |  |   |   |                   |
| 24                                 | (11) | ○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   | 一人一人の要望を聞き、ケアプランを作成している。日々の生活の中から意見、要望をきけるよう努めている。                        | 利用者や家族の思いや意向を聞き、日々の生活の中での会話等からも思いや意向を把握している。意見や要望を介護計画に反映させている。           |                   |
| 25                                 |      | ○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                                       | 日々の生活の中の言動や行動からや、ご家族からの情報などで、把握を努めている。                                    |   |                   |
| 26                                 |      | ○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   | 日々の生活の中の言動や行動からや、状態の把握を努める共に、記録などを参考にしながら状態把握に努めている                       |   |                   |
| 27                                 | (12) | ○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 | カンファレンスにて、職員全員で情報交換、検討しそれぞれの意見を反映し作成している。                                 | 本人や家族、主治医の意見を聞き、職員全員でカンファレンスし、意見を反映した介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを行い、見直しをしている。 |                   |
| 28                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個別の生活記録と業務日誌に、日々の様子やケアの実践・結果、結果、気づきや工夫を記入し、情報を共有している。                     |   |                   |
| 29                                 |      | ○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、家族のニーズに答えられるよう、個別に買い物、馴染みの美容院等、行けるように取り組んでいる。                         |   |                   |

| 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    |
| 30 |      | ○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  | カフェや図書館、郵便局、市役所等、できるだけ一緒に行って、豊かな暮らしができるよう支援している。                      |   |                      |
| 31 | (13) | ○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し、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、家族の希望に沿い主治医と連携を図りながら、適切な医療を受けられるように支援している                          | 本人、家族の希望する主治医と事業所の関係を築きながら、受診を支援するなど適切な医療を受けられるように支援をしている。体調不良時は主治医が往診して対応している。 |                      |
| 32 |      | ○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                            | 看護師連絡帳をつくり、状態を伝え適切に受診や看護を受けられるよう支援している                                |   |                      |
| 33 |      | ○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。   | お見舞いも兼ねて訪問し、病院関係者との情報交換、相談すると共に、家族と連絡を取りながら、可能な限り、退院時の受け入れ出来るよう努めている。 |   |                      |
| 34 | (14) | ○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    | 日常的に医療行為が必要となった場合には、ホームでの対応が困難なため医療機関に入院することが多い。                      | 入居時に重度化や終末期に向けた方針について、本人、家族に説明している。実際に重度化した場合は本人、家族と話し合い、方針を共有し、移設などの支援している。    |                      |
| 35 | (15) | ○事故防止の取り組みや事故発生時の備え<br>転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。 | 事故対応のマニュアルがあり、事故報告書を作り再発防止に取り組んでいる                                    | インシデント、アクシデント報告書を作成し、事故防止について話し合い、再発防止に取り組んでいる。応急手当や初期対応の訓練はしていない。              | ・応急手当や初期対応の定期的な訓練の実施 |
| 36 | (16) | ○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回消防訓練を行っている。風水害対策マニュアル、地震対策マニュアルを作成。運営推進会議で地域との連携について話している          | 運営推進会議で地域との協力体制について話し合い、年2回の消防訓練、避難訓練を地域の人の参加を得て実施している。                         |                      |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |  |                   |
| 37                               | (17) | ○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                | 自尊心に配慮した声掛けを行なうように心がけて対応している  | 研修を実施し、職員は人格の尊重やプライバシーの確保について理解しており、自尊心を傷つけない言葉かけや対応に努めている。  |                   |
| 38                               |      | ○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                     | 選択肢のある声掛けを心掛け、自己決定が出来る場面作りを実施している。  |  |                   |
| 39                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 本人の思いや希望を尊重し入居者一人一人のペースに合わせた過ごし方を心掛けている   |  |                   |
| 40                               |      | ○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                                  | 出来る限り馴染み美容院に行っている。洋服も自分で選ぶよう支援している  |  |                   |
| 41                               | (18) | ○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     | 調理では職員と一緒に食材を切ったり味見をして頂いたり、盛り付けをして頂いている。  | 3食とも事業所で調理している。利用者は下ごしらえ、盛り付け、片付け等できることを職員と一緒にし、同じ食卓を囲んで食事を楽しんでいる。弁当を作って花見に出かけたり、おやつを一緒につくるなど、食事を楽しむことのできる支援をしている。 |                   |
| 42                               |      | ○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          | 食事の献立は栄養士が立てており、栄養のバランスがとれたものになっている。苦手な食材がある時は違う食材を提供したり、本人の体調や状況に合わせて食事の時間をおいたりする支援をしている |  |                   |
| 43                               |      | ○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                   | 毎食後、口腔ケアを行なっている   |  |                   |

| 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 |
| 44 | (19) | ○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向けた支援を行っている                              | 夜間頻回排泄ある方でも、コールを鳴らしてもらい、排泄介助行っている。尿意の訴えが無い方でも、排泄のパターンを把握し、トイレ誘導している | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけや誘導を行い、トイレでの排泄の自立に向けた支援を行っている。   |                   |
| 45 |      | ○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  | 排便状況をチェックして、水分摂取や食物繊維の多いものを提供したり、工夫している                             |  |                   |
| 46 | (20) | ○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、個々に応じた入浴の支援をしている                          | 毎日10時頃から15時頃に、本人の希望に合わせて入浴して頂いている                                   | 一人ひとりの希望に合わせて毎日の入浴を楽しめるように支援をしている。入浴を嫌がる場合は職員同士で話し合い工夫して、個々に応じた入浴の支援をしている。                           |                   |
| 47 |      | ○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   | 消灯時間は決まっておらず、一人ひとりの生活習慣に合わせて入眠を促している                                |  |                   |
| 48 |      | ○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  | 全職員が把握できるよう、服薬リストを作っているそれぞれの薬の説明もファイリングしている                         |  |                   |
| 49 | (21) | ○活躍できる場面づくり、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                     | 残存機能を生かし、それぞれの趣味や役割を行っている   | カラオケ、書道、ちぎり絵、縫物、畑づくり、ハーモニカ演奏、読書(図書館に本を借りに行く)など、一人ひとりのできることや趣味を活かした楽しみごとや活躍できる場面づくりをして、気分転換等の支援をしている。 |                   |
| 50 | (22) | ○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 | 季節を楽しめる外出を全員でいたり、少人数でケーキを食べに行ったり、買い物に行ったり、地域の祭りに参加している              | 天気の良い日は散歩に出かけたり、買い物やドライブ、季節を楽しめる花見、コスモス祭り、ケーキカフェに行くなど、希望にそって出かけられ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 |
| 51 |      | ○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  | 基本的には職員か家族が管理しているが、一人一人の希望や能力に応じて家族と話し合い、自分で管理している人が何人かいる               |  |                   |
| 52 |      | ○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   | 家族や大切な人との繋がりが保てるよう、電話や手紙のやりとりを大切に支援している。入所当初からずっと定期的に電話をかけてくる遠方に住む家族もいる |  |                   |
| 53 | (23) | ○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 | 常に快適な室温で暮せるよう温度と湿度に気を配っている。玄関や居室、トイレ等にトルペイントを飾り温かみのある空間を作っている           | 共用空間は明るく、温度管理に配慮し、利用者は快適に過ごすことができる。玄関や居室にトルペイントを飾り、温かみのある空間づくりしている他、ウッドデッキから外の景色を眺め季節を感じることができるなど、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 |                   |
| 54 |      | ○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  | 共用空間には、ソファ、食卓、テレビがあり、一人ひとりが思い思いに過ごせる工夫をしている                             |  |                   |
| 55 | (24) | ○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  | 本人の馴染みのある家具等を持ち込むなどで、ベッド、押し入れ、カーテン等は備え付けの物を使用している。                      | 使い慣れた布団、タンス、鏡、テレビ、椅子等を持ち込み、家族の写真や利用者の作品を飾って、居心地良く過ごせるように工夫をしている。   |                   |
| 56 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している  | バリアフリー設計になっており、廊下、居室入口などに手すりを配置している。浴槽は一般浴槽で一人ひとりに合わせた支援をしている。          |  |                   |

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホームつくし

作成日： 平成 24年 7月 25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    | 職員全員で、事業所の理念を共有して、日々のケアの中で実践に繋がっていない。    | 理念について話し合う機会を増やしていく。                          | 職員全員が集まる月1回のミーティング、ケアカンファレンス等で、常に立ち戻る根本的な考え方として活用していく。        | 1年         |
| 2        | 14   | 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が、まだ不十分。    | 職員の質の向上を図るため、研修の機会を増やしていく。                    | 年間研修計画を作成し、計画的に研修の機会を増やしていく。                                  | 1年         |
| 3        | 20   | 特に遠方に在住の家族との連携、日々の生活の報告が十分でない。           | 本人、家族の絆を大切にするためにも、電話や手紙でのつながりを増やしていく。         | 毎月、本人の日々の生活がうかがえる写真を載せたはがきを作成し、本人にコメントを書いていただき、家族に送付する。       | 1ヵ月        |
| 4        | 21   | 入居者一人ひとりが、活躍できる場面作り、楽しみごとができる時間作りがまだ不十分。 | 入居者一人ひとりが、それぞれ生き生きする活動を探っていき、生き生きする時間を増やしていく。 | 皆で案を出し合い、色々な活動にチャレンジしてみる。<br>特に女性の入居者には、もっと、調理に関われるように支援していく。 | 1年         |
| 5        | 35   | 応急手当や初期対応の定期的な訓練を実施していない。                | 少なくとも年1回は定期的な訓練を実施する。                         | 職員全員が集まる避難訓練の日に、看護師講師にて、応急手当や初期対応の訓練を行う。                      | 4か月        |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。