

### 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   | 3570101125       |           |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 緑樹会       |           |            |
| 事業所名    | グループホーム王喜の郷      |           |            |
| 所在地     | 山口県下関市王喜本町6-1-12 |           |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年1月26日       | 評価結果市町受理日 | 平成25年7月11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25年2月19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)】

|  |
|--|
| <p>1.利用者・家族・職員のつながりを大切にします。職員は家族を利用者とともに支えます。(年4回の家族会、来訪しやすいホーム作り、介護記録・健康記録を家族に閲覧していただき利用者の現状を共有します)</p> <p>2.利用者それぞれの生活時間、時間のながれを大切に、職員もゆっくり楽しく生活します。</p> <p>3.職員は利用者の最期まで支えます。</p> |
|--|

【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)】

|  |
|--|
| <p>毎月の事業所便り、利用者の担当職員が事業所での暮らしの様子を詳しく伝えておられます。運営推進会議に多くの家族が参加され、利用者や家族の意見や要望について話し合われ情報交換される他、家族会を年4回開催され、家族が関われる機会を大切にされる中で、一人の利用者の自宅の花見に利用者全員が招待されるなど、家族同士のつながりを深めておられます。終末期での対応では、家族や職員、医師等の関係者とともにチームで支援に取り組みされるなど、事業所と利用者、家族の信頼関係を築かれ、利用者が安心して暮らせるように支援しておられます。職員同士のコミュニケーションも良く、管理者は職員が意見を言いやすい雰囲気づくりに工夫して、意見を聞く機会を設けておられ、職員の「利用者の誕生日に甘味処に出かける」という提案を実現させ、利用者の楽しみごとの支援に繋げるなど、職員の意見をサービスの向上に活かしておられます。</p> |
|--|

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と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、生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                      | 理念を事務所内に掲示し、職員間で共有して実践に努めている。また毎月発行するグループホーム便りやパンフレットにも掲載し、家族や地域の方にも周知して頂く様になっている。   | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念をつくり、事務所内に掲示し、利用者一人ひとりの生活を大切に、安心して暮らせるように、理念を共有して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                      | 地域の夏祭りや文化祭には法人が出店を出し、利用者も文化祭には見学に行き地域行事に参加している。法人の誕生会では保育園児との交流(年2回)、毎月第3水曜に昭和レトロコンサートをGHにて開催。地域の方の参加もあり、地域の方と交流し馴染みの関係になっている。 | 利用者は地域の夏まつり、文化祭に出かけ地域の人と交流する他、法人の誕生会(年6回)に参加し、保育園児やボランティア(歌、踊り、手品など)と交流している。高校生の体験学習や福祉専門学生の実習の受け入れ月2回の昭和レトロコンサートには地域の人や馴染みの人の参加があり、ティータイムを一緒に楽しむなど、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                    | 昭和レトロコンサートでは地域の方に認知症の方の暮らし方や生活を見て接して頂いている。   |   |                   |
| 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。                | 評価の意義を理解し、職員が分担し、自己評価に取り組んでいる。また指摘事項を共有し、改善に努めている。   | 評価の意義を説明し、理解して全職員で自己評価に取り組んでいる。評価をケアの振り返りと捉え、評価を活かして改善に努めている。   |                   |
| 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 | 2ヶ月に1回開催し、利用状況や行事、活動報告等を行い、意見や助言を含め、サービス向上に活かしている。   | 2ヶ月に1回開催し、利用者の状況、行事、活動状況、事故報告、避難訓練、外部評価の取り組み状況などについて報告し、意見交換している。認知症に関する困難事例の相談があり、事業所が地域の認知症相談窓口となることの提案を検討するなど、意見をサービス向上に活かしている。                              |                   |

| 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 |
| 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  | 市の担当者に電話や直接出向いて相談や助言をもらう等し協力関係を築いている。  | 市担当課には運営推進会議議事録や事故報告書の提出等で出向いたり、電話で運営に関する報告や相談をし、情報交換をしている。地域包括支援センターとは、認知症に関する相談や事業所の研修を依頼するなど、協力関係を築いている。 |                   |
| 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 | 職員は身体拘束について理解し、抑制や拘束のないケア、日中は玄関の施錠をしないケアに取り組んでいる。  | 指針があり、内部研修で学び、身体拘束について理解して、抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。スピーチロックについては、管理者を中心に全職員が日頃から気をつけている。日中玄関は施錠していない。            |                   |
| 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                                     | 職員の内部研修にて年に2回高齢者への虐待について学んでいる。事業所内での職員による虐待行為を防止するため職員同士のコミュニケーションや時間配分を大事にし、ストレスを持ち越さないようにしている。                 |   |                   |
| 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                                 | 成年後見制度については懸案事項として行政書士などの話を聞いたり、運営推進委員の方々と議題にしている。   |   |                   |
| 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  | 改定時には署名をいただくようにしており、家族会にて利用料の使用法などの説明を時々行うようにしている。   |   |                   |
| 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                    | 家族が常時訪問しやすいGH作りを心掛けている。日誌に訪問家族名を記載している。体制作り、資料の掲示も行っている。第三者委員も一緒に苦情委員会を年4回法人全体で行っている。運営推進委員会には家族に順番で参加していただいている。 | 運営推進会議時、家族会時、面会時、電話などで意見や要望を聞いており、ターミナルについての意見などを反映させている。苦情相談受付体制、第三者委員を明示し、苦情処理手続きを定め、契約時に家族に説明している。       |                   |

| 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 |
| 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                                      | 毎月職員会議を開き職員の意見を出してもらっている。また主任や年配者に職員が意見や希望を言いやすい体制を作り、そこから意見が出せるように行っている。 | 月1回の職員会議の他、管理者は日常業務の中で意見、提案を聞く機会を設けている。職員からの利用者の誕生日に甘味処に出かけるという提案等を反映させている。   |                   |
| 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      | キャリアパスを整備して職員が目標を持ち、技術を向上させることができる体制作りを徐々に行っている。                          |   |                   |
| 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         | 内部研修、外部研修に参加できるように勤務を組み、長期間の研修も順番で出席できるように配慮している。                         | 外部研修は情報を伝え、段階的に勤務の一環として参加の機会を提供し、復命報告して、資料を閲覧している。月1回の法人研修(接遇、食中毒、虐待防止、救急対応等)に参加した職員が月1回の職員会議で復命している。法人の勉強会に参加し、資格習得の支援をするなど、働きながら学べるように支援している。 |                   |
| 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 | 十分とは言えませんがグループホーム協議会へ参加するなどし、他事業所との交流をもつようにしている。                          |   |                   |
| <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           | 慣れて来られるまでは、出来るだけ会話や観察の時間をとって安心して頂ける様にしています。                               |   |                   |
| 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                      | 今までの生活の中での不安・困った事等こちらから話し掛けていく事で言い易い関係づくりに努めています。                         |   |                   |
| 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                  | 認知症の状況でグループホーム利用が好ましくない場合、ケアハウス・小規模多機能、また在宅での生活をお勧めします。                   |   |                   |

| 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 |
| 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                       | ひとりひとりの残存機能を見極め「助けて頂く」「一緒にしましょう」という関係に努めています。 |   |                   |
| 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        | 通院の介助や外出(買い物)等一緒に支えていけるよう声掛けしています。            |   |                   |
| 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                    | 友人、昔の教え子、近所の方等の訪問があった場合、その関係が続くように支援しています。    | 親戚や友人、習字やお茶の昔の教え子の来訪、ドライブ途中の自宅訪問の他、家族の協力を得ての墓参り、外泊、外食、自宅への日帰り帰宅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。                  |                   |
| 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                | 利用者間で気の合う人や助け合う関係の人等職員の支援によって関係が保てる様支援しています。  |   |                   |
| 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 | 入院により退居になった場合等訪問を続け相談や支援に努めています。              |   |                   |
| <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                        | 家族、本人からの要望や意向を把握し職員間で話し合い本人本位に検討している。         | 入居時のアセスメントで家族の状況、本人の希望、生活歴を把握している。日々の利用者の言動を生活リズムパターンシートに記録し、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。困難な場合は家族から情報を得て本人本位に検討している。 |                   |

| 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 |
| 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                                       | 毎日の暮らしの中での行動、会話の中での様子を把握し今までの暮らし方を参考にしより良い生活が送れるように努めています。  |   |                   |
| 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   | 毎日の暮らしの中で職員は、観察、会話の中からの事を記録し職員全員での記録の読みあいをし把握しています。         |   |                   |
| 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 | 本人、家族、その他関係者で検討し本人がより良く暮らせるようにケアのあり方、現状の様子を見ながら介護計画を作成している。 | 計画作成者、利用者の担当職員を中心に月1回カンファレンスを実施し、利用者、家族、医師、看護師など関係者の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。6ヶ月毎にモニタリングを実施し見直しをしている。状態に変化が生じた場合の現状に即した介護計画の作成には至っていない。 | ・現状に即した介護計画の作成    |
| 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                        | 生活、健康状態、排便、日誌の記録を職員間で日々の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               | 本人や家族の状況に応じて、その時の状態などに対応し職員で話し合い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。   |   |                   |
| 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                         | 地域の方、その他関連する人が定期的に情報交換し、本人が安心、安全な豊かな暮らしが楽しむ事が出来る様に支援している。   |   |                   |

| 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  |
| 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、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・ご家族の希望に沿ってかかりつけ医を決め連携を密に図っている。かかりつけ医の往診時や利用者の状況に応じて随時受診を支援し医師からの支持や与薬についての留意事項は職員間で共有し適切な医療が受けられる様に支援している。かかりつけ医が遠方の場合は職員とともにご家族にも対応をお願いしている。      | それぞれのからのかかりつけ医の他、協力医療機関をかかりつけ医としている。月1回の協力医療機関の往診がある他、必要に応じての受診や他科受診は事業所で支援している。受診結果等の情報を伝え、共有し、急変時の対応など適切な医療が受けられるよう支援している。 |  |
| 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                            | 看護職は健康チェックを把握しており、ご家族、かかりつけ医への連絡を行っている。また受診・入院時の相談も含め介護上の健康について支援している。  |  |  |
| 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          | 入院時には医療機関へ退院時の引き受けを告げている。出来るだけ早く退院して頂けるようにお願いしています。   |  |  |
| 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    | 「終末期まで支援する」方針が有り実際に重度化した場合には本人・家族・主治医と話し合い本人と家族の意向に添う事としている。可能ならば終末期を自宅で過ごせる様に支援し、可能になった場合も家族に任すのではなく、事業所からも専門的なケアを提供する等医師・家族・地域等の関係者とチームで支援に取り組んでいる。 | 指針があり、契約時に事業所ができる対応について家族に説明している。実際に重度化した場合は、早い段階から本人、家族、主治医、看護師など、関係者と話し合い、方針を共有して、関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。                    |  |
| 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。 | あらかじめ分かっている危険性は介護計画の中に取り入れている。「ヒヤリハット記録」等を作成し職員が共有して一人一人の事故防止に取り組むように努めている。急変時の対応については内部研修で23・24年度に行っている。25年度にははしっかり各自が身に付くように取り組む。                   | ヒヤリハット、事故報告書に記録している。一人ひとりの状態に応じた事故防止の検討や共有は十分とは言えない。誤嚥や転倒などの対応は法人研修で実施しているが、全職員を対象とした定期的な応急手当や初期対応の訓練はしていない。                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりの状態に応じた事故防止への取り組み</li> <li>全職員を対象とした応急手当や初期対応の定期的な訓練の実施</li> </ul> |

| 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 |
| 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           | 法人と共に昼間・夜間の火災を想定した避難訓練、消火器の使用訓練を実施している。食物の備蓄は商店の協力が得られるようにしている。 | 法人で夜間想定を含めた避難訓練、消火訓練を実施している。運営推進会議で議題として取り上げ、避難訓練に運営推進会議のメンバーの協力を得ているが、災害時での地域住民の協力体制の構築までには至っていない。   | ・地域との協力体制の構築      |
| <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                | 内部・外部研修に参加し、知識・理解を深め、声の掛け方、支援の方法等職員間で共有し注意しあっている。               | 法人の接遇研修などで学び、職員は理解して、利用者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づかいや対応をしている。不適切な言葉かけや対応などがあれば、管理者が指導している。  |                   |
| 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                     | 常にご本人が選択できる様働きかけ、思いや希望を取り入れるようにしている。                            |   |                   |
| 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 | ご本人の気分、体調、健康状態に合わせた支援を行っている。                                    |   |                   |
| 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                                  | ご本人の意思を取り入れ、職員が整容まで行っている。                                       |   |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 日曜日の昼食作り、外出、また日頃の食事も含め、各人の出来る所を活かしながら職員と共に準備、片付け、食事を行っている。      | 副食は法人からの配食を利用し、ご飯は事業所で炊いている。毎週日曜日は利用者の好みを取り入れて一緒に昼食づくりをして、盛り付け、片付け、台拭きなどを利用者と職員が一緒にしている。利用者と職員は同じテーブルで会話をしながら食事を楽しんでいる。季節の行事食、弁当を持って花見に出かけたり、職員の提案で誕生日に甘味処などの外食に出かけるなど、食事を楽しむことのできる支援をしている。 |                   |

| 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 |
| 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                 | 量の調整、水分摂取量のチェック、刻み食、粥、おやつ、補助食品など各人に合った支援をしている。       |   |                   |
| 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                          | 朝・夕食後の2度、各人に応じた口腔ケアを行っている。                           |   |                   |
| 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          | 排泄チェック→職員で確認、排便表へ記入。排便ナシが続く時は看護師へ相談。異常等もすぐに申し送り連絡する。 | 排泄チェック表を利用して、排泄パターンや習慣を把握し、声かけや誘導を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。  |                   |
| 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                          | 十分な水分摂取と日々の食事量の管理。食べやすい形態にして調理を工夫する。体調を見ながらの体操・歩行等。  |   |                   |
| 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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている | 毎日の入浴時間はほぼ決まっていますその日の体調や気分で入浴介助・清拭を支援。               | 入浴は毎日、14時から16時の間可能であるが、概ね3日に1回となっており、安全に配慮しながらゆっくりと入浴を楽しむことができるよう支援している。入浴したくない人には、声かけの工夫や時間をずらすなどで対応し、その日の状態によっては清拭やシャワー浴などを行うなど一人ひとり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                           | 季節に応じた温度管理。清潔な寝具への配慮。                                |   |                   |

| 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 |
| 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   | 最後まで服薬を見届ける。飲み忘れがない様職員間で声掛け、申し送り。服薬説明は管理ノートへ添付。                    |   |                   |
| 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                    | 個々に合った支援をする。状況を見ながら対応。職員と一緒に行動。                                    | レトロコンサート、書初め、カラオケ大会、折り紙、雑巾縫い、ぬり絵、お茶パック作り、お茶会、新聞折り、洗濯物干し、洗濯物たたみ、食器拭き、盛り付け、下ごしらえ、昼食づくり、タオル体操など活躍できる場面づくりや楽しみ事、気分転換などの支援をしている。 |                   |
| 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支援している | 季節に応じて外出する。天気の良い日は外気浴を行う。ご家族協力のもと戸外へ出掛けたり地域の方から自宅訪問への声を掛けて頂き伺っている。 | 散歩、外気浴、買い物、利用者宅での花見(桜、桃、コスモス等)やドライブ(東行庵、演芸交流会)、ミニコンサートなどに出かける他、家族の協力を得ての墓参り、外泊、外食、外出など、戸外に出かけられるよう支援している。                   |                   |
| 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                            | お金を所持出来る方は所持されお金を使う買い物にはご家族が連れて行ってもらわれたりしている。                      |   |                   |
| 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   | 手紙を書かれる方は現在おられず、本人宛にお便りが来た時は本人に渡し読んでもらっている。                        |   |                   |

| 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 |
| 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 | カレンダーや人形、時計等を置き生活感を出している。また花等を置き、季節感を出したりしている。         | 天井が高く広々とした居間兼食堂には畳の談話コーナーがあり、テレビやソファがあり、利用者の居場所となっている。壁には利用者の花見に出かけた時の写真や折り紙の作品が飾ってあり、廊下の突き当たりに椅子が置き、中庭を眺めることができる。広いウッドデッキには、天気の良い日にはお茶が飲めるようにテーブルや椅子を用意している。温度、湿度、換気に配慮し、落ち着いた空間で居心地よく過ごせるよう工夫している。 |                   |
| 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  | ソファー等を置き、一人になれる場所や、皆と過ごせる場所等、居場所はあちらこちらに設けています。        |  |                   |
| 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  | その人の馴染みの家具やインテリア、家族の写真等を持ち込まれ本人にとって居心地の良い居室となっている。     | テレビ、洋服掛け、ソファ、衣装ケース、時計、手づくりカレンダー、手づくりメダルなど、使い慣れた物や好みの物を持ち込み、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。   |                   |
| 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  | ご自分で出来る事はして頂いて、難しい事があれば職員と共にやったりと工夫して個人で自立出来るようにしています。 |  |                   |

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム王喜の郷

作成日：平成 25年 7月 8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        | 14   | 職員を育てる取り組み                                  | 1.資格の取得<br>(介護福祉士、介護支援専門員)<br>2.専門的な技術や知識を身につける | 1. 資格の取得に向けての勉強会を行う<br>2. 認知症やその他の介護に関する内部、外部研修への参加                    | 3年         |
| 2        | 35   | 事故防止の取り組みや事故発生時の備え不足や緊急時による応急手当や初期対応ができていない | 応急手当や初期対応など、落ち着いて出来ると共に不安からくる恐れを持たなくする          | 1. ひとりひとりの状態の応じた事故防止の検討を行う<br>2. 定期的に応急手当や初期対応についての訓練の実施を行う            | 3年         |
| 3        | 36   | 災害対策として地域との協力体制の不足                          | 地域住民の協力を得て、入居者と一緒に訓練が出来る                        | 1. 運営推進会議にて再度協力を得る<br>2. 避難訓練(日中、夜間想定)への参加をしてもらう                       | 3年         |
| 4        | 5    | 運営推進会議の開催および活用                              | グループホームのことばかりではなく地域の問題を会議で出して頂く                 | 1. 参加者への案内、内容の検討を早期に行う<br>2. 議題の年間計画を立てる<br>3. 参加者を増やす、参加者の見直しを行う      | 1年         |
| 5        | 27   | 現状に即した介護計画の作成不足                             | 状態に変化が生じた場合に現状に即した介護計画の作成が出来る                   | 1. 月1回カンファランスを実施する<br>2. 状態が変化した場合はカンファランスにてモニタリングをきちんと行い、介護計画作成につなげる。 | 1年         |

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。