

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   | 0171500739   |            |            |
| 法人名     | 医療法人社団 恵翔会   |            |            |
| 事業所名    | グループホーム めぐみ  |            |            |
| 所在地     | 北斗市本町2丁目7番7号 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成22年12月13日  | 評価結果市町村受理日 | 平成23年2月15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=0171500739&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171500739&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1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)】

|        |
|--------|
| 特記事項なし |
|--------|

【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)】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 上記の事業所記入欄が「特記事項なし」とあるが外部評価で確認した結果、管理者と職員は利用者を人生の先輩として「敬う心」と理念にある「思いやる心」を重んじ、日々のケアを実践している事業所である。運営者は内科医で事業所と隣接してクリニックを開業、国道沿いに面しており大きな看板もあるが、棟続きで奥に位置している事業所の看板がなくなりづらい面もある。管理者と職員は地域密着型サービスを理解しており、町内会の加入や市担当者との連携を密にし、利用者と地域の方々との交流に繋げている。訪問時に職員の声かけて2名の小学生が立ち寄り利用者と交流していた。今後も次のステップに向けた目標を作成し、質の向上に取り組むことを期待する。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 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 | 取 り 組 み の 成 果<br>↓該当するものに○印 |
| 56                                                             | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)                    | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者の                |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 利用者の2/3くらい               |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 利用者の1/3くらい               |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんど掴んでいない               |
| 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)                          | ○                           | 1. 毎日ある                     |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 数日に1回程度ある                |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. たまにある                    |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどない                   |
| 58                                                             | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                                | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が                |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 利用者の2/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 利用者の1/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどいない                  |
| 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)                 | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が                |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 利用者の2/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 利用者の1/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどいない                  |
| 60                                                             | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                               | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が                |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 利用者の2/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 利用者の1/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどいない                  |
| 61                                                             | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)                      | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が                |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 利用者の2/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 利用者の1/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどいない                  |
| 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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28)              | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が                |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 利用者の2/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 利用者の1/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどいない                  |
| 63                                                             | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19) | ○                           | 1. ほぼ全ての家族と                 |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 家族の2/3くらいと               |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 家族の1/3くらいと               |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどできていない               |
| 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を訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                   | ○                           | 1. ほぼ毎日のように                 |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 数日に1回程度                  |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. たまに                      |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどない                   |
| 65                                                             | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                           | 1. 大いに増えている                 |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 少しずつ増えている                |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. あまり増えていない                |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. 全くない                     |
| 66                                                             | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                    | ○                           | 1. ほぼ全ての職員が                 |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 職員の2/3くらいが               |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 職員の1/3くらいが               |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどいない                  |
| 67                                                             | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                     | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が                |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 利用者の2/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 利用者の1/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどいない                  |
| 68                                                             | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                 | ○                           | 1. ほぼ全ての家族等が                |
|                                                                |                                                                   |                             | 2. 家族等の2/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 3. 家族等の1/3くらいが              |
|                                                                |                                                                   |                             | 4. ほとんどできていない               |

(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 |
| .理念に基づく運営 |      |                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                          |                   |
| 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                                                           | 事業所独自の理念を作り、毎月のミーティングで理念を確認・共有し実践につなげている。               | 毎月のミーティングで、理念の思いやる心「尚仁」について職員全員で確認し、ケアに反映させている。                                                          |                   |
| 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                                                           | 町内会に入ったり、町の行事や活動に出来るだけ参加し、交流を図るようにしている。                 | 管理者と職員は近所の方々に挨拶や声がけをして、利用者との交流に繋げている。七夕には子供達が訪れたり、フラダンスのボランティアや、子猫を抱いて近所の女の子が遊びに来るなど交流をしている。             |                   |
| 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                                                         | 職員がキャラバンメイトに参加したり、運営推進会議やボランティアを通じて活かせるよう努力している。        |                                                                                                          |                   |
| 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                                      | 現状・評価・取り組み等を報告した上で、話し合いを行ないサービス向上に活かしている。               | 運営推進会議は、包括支援センター、市役所担当者や家族が参加して、公民館を会場に開催している。事業所の行事報告や協力依頼、評価結果を議題とし、保険福祉課長の「グループホームとは」の講話を取り入れて実施している。 |                   |
| 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                                                | 運営推進会議に参加していただいたり、都度連絡し現状を伝え、協力関係を築けるよう取り組んでいる。         | 市の担当者とは情報交換や相談など常に連携を取り、良好な協力体制を築いている。                                                                   |                   |
| 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「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 | 研修・マニュアルをもとに職員は、禁止の対象となる具体的な行為を理解した上で、身体拘束をしないケアに努めている。 | マニュアルを作成し、研修で意見の統一を図り、身体拘束をしないケアを実践している事業所であるが、利用者の状況でやむを得ずミトンを使用する時は、家族の承諾と医師の指示、看護師の指導のもとに実施している。      |                   |
| 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                                       | 研修に参加し学び職員間で共有し、虐待防止に努めている。                             |                                                                                                          |                   |

| 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    | 研修で学ぶ機会を設け、必要に応じて活用できるように支援している。                                |                                                                      |                                          |
| 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                         | 都度家族に説明し、理解・納得できるよう努めている。                                       |                                                                      |                                          |
| 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                      | 家族は運営推進会議や、面会時に交流を図り意見・要望等話せる機会を設け、利用者に対しても、日常的に話せる機会を設け反映している。 | 家族の面会時や運営推進会議の中で家族の意見を聴いている。遠方の家族には手紙や電話などで意見や苦情を聞き取り、運営に反映させている。    |                                          |
| 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                                      | 日常的、又はミーティング時に職員の意見等を聞く機会を設け反映している。                             | 管理者は日々、職員の意見や提案、要望を聴き、ミーティングの中や、その都度、運営者に伝達しているが、運営に反映させるまでには至っていない。 | 運営者は、管理者及び職員の意見や提案を取り上げ、運営に反映させることを期待する。 |
| 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      | 日常的に話し合いや、職員の状況を把握する機会が少なく職場環境は整備されているとは感じられない。                 |                                                                      |                                          |
| 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         | 職員に必要なもの・力量に合わせたりと、職員の希望・目標に合った研修を確保し、向上できるように努めている。            |                                                                      |                                          |
| 14   |      | ○ 同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 出来るだけ研修や交流会等に参加し、サービスの向上を目指し取り組んでいる。                            |                                                                      |                                          |

| 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 |
| 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |                                                                                              |                                                                            |                                                                          |                   |
| 15                |      | ○ 初期に築く本人との信頼関係<br><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 | 入居前に面談を行い、本人から話を聞き情報を得た上でコミュニケーションを図り、安心を確保する為の対応をしている。                    |                                                                          |                   |
| 16                |      | ○ 初期に築く家族等との信頼関係<br><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            | 入居前に面談し、家族から話を聞き、家族の方にも安心してもらえるよう関係作りに努めている。                               |                                                                          |                   |
| 17                |      | ○ 初期対応の見極めと支援<br><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        | 情報を十分に得た上で、必要としているものを見極め、必要に応じた対応に努めている。                                   |                                                                          |                   |
| 18                |      | ○ 本人と共に過ごし支え合う関係<br><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                           | 一緒に作業等する事で、それぞれに合った役割を持ち職員と行い、より良い関係を築いている。                                |                                                                          |                   |
| 19                |      | ○ 本人と共に支え合う家族との関係<br><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            | 家族との絆を大切にしながら、都度電話や手紙で現状を伝え、家族と相談した上で対応し、面会を促したり行事に参加して頂き、一緒に過ごす時間も支援している。 |                                                                          |                   |
| 20                | 8    | ○ 馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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                        | 馴染みの人がいつでも面会に来たり、町の行事に参加して会える環境を支援。又、ドライブや散歩で大切にしてきた場所へ行くなど支援している。         | 運営母体のクリニックが棟続きなので受診に来た友人が会いに来たり、本人が大切にしている場所にドライブするなど、一人ひとりに合わせた支援をしている。 |                   |
| 21                |      | ○ 利用者同士の関係の支援<br><br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                    | 利用者同士の関係を把握し、状況に応じスタッフが間に入ることで利用者同士の関わり合いができる環境を作り、支え合えるよう支援している。          |                                                                          |                   |

| 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 |
| 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                     | 必要、又は希望に応じ、相談や支援に努めている。                              |                                                                                    |                   |
| ・その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |                                                                                                        |                                                      |                                                                                    |                   |
| 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                                           | 個人の思いをできる限り把握し検討した上で、実践している。                         | 本人の思いや希望を把握し、一人ひとりに合わせて支援している。意志疎通が困難な時には家族からの情報を参考に職員間で検討し、支援している。                |                   |
| 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                                       | 本人・家族等から情報を得て、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                                                     | ケース記録に記載し、またスタッフ間での意見交換・情報の共有をし現状の把握に努めている。          |                                                                                    |                   |
| 26                        | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ミーティングや状態が変わる都度本人・家族・必要な関係者の意向をふまえ現状に即した介護計画を作成している。 | 本人がより良く暮らすために、本人や家族の要望を取り入れ、アセスメントで医師、職員のアイデアや意見を反映し、現状に即した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                        | 日常の様子やプランを基に記録を記入し、情報を共有した上でモニタリングを行い、見直しに活かしている。    |                                                                                    |                   |
| 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               | 本人・家族からのニーズをふまえて、柔軟な対応ができるよう努力している。                  |                                                                                    |                   |
| 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                         | 地域資源は少ないが、少ない中でも支援できるよう努力している。                       |                                                                                    |                   |
| 30                        | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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                    | 病院が併設しているため、主治医は決まっているが希望に応じ、適切な医療を受けられるように支援している。   | 運営者は内科医であり、利用者の健康管理をしているが、本人や家族の希望で、遠方のかかりつけ医の受診や通院に家族と一緒に同行し、適切な医療を受けられるよう支援している。 |                   |

| 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                                                 |
| 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                      | 病院が併設している為、都度、状態を報告し、適切な対応、受診が受けられるよう支援している。           |                                                                                           |                                                                   |
| 32                     |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、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。 | 入院時には、総合的に情報交換や相談できるよう連絡を取り、状況に合わせて対応できるよう関係作りを行なっている。 |                                                                                           |                                                                   |
| 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 | 本人、家族、Drとの話し合いのもと、ケアを考え、支援を考えている。                      | 看取りについて、契約時に事業所としての指針を家族に説明している。重度化に伴う緊急時の対応は、医師の指示と看護師の指導など明確にし、職員間で方針を共有している。           |                                                                   |
| 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                                             | 研修に参加したり、ミーティング時に勉強会を開き訓練した上で、実践している。                  |                                                                                           |                                                                   |
| 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                                             | 近隣の方、家族と協力し、避難訓練などを行ない、協力体制を強化できるよう努めている。              | 年2回消防署の指導で火災訓練、避難訓練を実施している。夜間想定は、2ユニットで夜勤者が1名の事業所であり職員は不安感を抱いている。管理者は近所に挨拶回りをして協力を依頼している。 | 事業所はスプリンクラーを設置しているが、隣接のクリニックは、夜間は無人であることも考慮し、改善に向けて取り組まれることを期待する。 |
| .その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                                                    |                                                        |                                                                                           |                                                                   |
| 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                                                  | 個々のプライバシーを尊重し、その人に合った言葉掛けや対応をしている。                     | 利用者の写真の提示は、個々に家族の承諾を得て使用しており、本人に沿った言葉や声がけを心掛けるなど、プライバシーに配慮し対応している。                        |                                                                   |
| 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                                                       | 職員は日常的に、利用者に耳を傾け希望を聞けるよう努力し、それに基づいた生活が送れるよう支援している。     |                                                                                           |                                                                   |
| 38                     |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している                                  | 本人のペースを尊重し、その人に合った過ごし方を支援している。                         |                                                                                           |                                                                   |
| 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                                                                    | 本人の希望を取り入れて、できる限り支援している。                               |                                                                                           |                                                                   |

| 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 |
| 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                 | 個々の状態に合わせ、能力を活かせるよう一緒に<br>行い支援している。                             | 利用者のできること、できないことを見極めて職員<br>と一緒に買い物、調理の準備や後片付けをしてい<br>る。一人ひとりの病状に合わせての献立や調理の<br>工夫は医師である運営者がチェックしている。             |                   |
| 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<br>保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた<br>支援をしている              | 一人ひとりに合った食事量、水分量を提供してい<br>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<br>ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをして<br>いる                       | 毎食後、個々に合わせた口腔ケアを行い、清潔保<br>持に取り組んでいる。                            |                                                                                                                  |                   |
| 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<br>力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排<br>泄や排泄の自立にむけた支援を行っている       | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛け、トイレ<br>誘導を行い、失敗を減らす努力をしている。                | 職員は利用者の排泄パターンを把握し、日中はト<br>イレ誘導や声がけなどを行っているが、夜勤者が一<br>人である夜間は紙おむつやポータブルトイレを使用<br>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<br>や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組<br>んでいる                       | 毎日、排便を確認し、個々に合わせ運動、飲み物<br>を提供。必要に応じ、HP相談のもと薬で対応して<br>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<br>しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めて<br>しまわずに、個々にそった支援をしている | 曜日は決まっているも、希望や状況に合わせて入浴<br>できるよう支援している。                         | 浴室は明るく清潔感があり手すりが完備され、シャ<br>ワーチェアがあり、いつでも入浴できるが、拒否<br>傾向の利用者には、タイミングを見たり、入浴剤を<br>変えたり、隣のユニットに変えるなど工夫して支援<br>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、<br>休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援して<br>いる                        | 個々の状況に合わせ、休息、また、安眠できるよう<br>に支援している。                             |                                                                                                                  |                   |
| 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<br>や用量について理解しており、服薬の支援と症状の<br>変化の確認に努めている                   | できる限り把握し、また個別の処方内容が記載して<br>いる物を、すぐに確認できる状態にしている。                |                                                                                                                  |                   |
| 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<br>ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽し<br>みごと、気分転換等の支援をしている      | 家事などの能力を活かした役割を持っていただき、<br>好きな事、楽しみ事がいつでもできるよう、できる限<br>り支援している。 |                                                                                                                  |                   |

| 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   | ○ 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。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                     | 家族の協力のもと、家族と外出する事や気分転換を図るため、外出の機会をできるだけ多く設けている。                | 花見、夏祭り、敬老会、紅葉は年間行事であるが、利用者の希望で日常的に散歩、買い物、手作り市などに出かけ外出支援をしている。                                                  |                   |
| 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                                                  | 自己管理できる人は少額であるも所持してもらっており、できない人に関してはスタッフが配慮し、購入している。           |                                                                                                                |                   |
| 51   |      | ○ 電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                                                           | 希望に応じできる限り支援している。                                              |                                                                                                                |                   |
| 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 | 限界はあるもできる限り、生活感や季節感を取り入れ、居心地良く過ごせるよう工夫している。                    | 中央に玄関があり、両サイドが居室となっている平屋建ての事業所で、居間、廊下が吹き抜け造りで明るく開放感がある共有空間である。フロアーの壁に職員の写真と利用者が作った年賀状や折り紙の作品が飾られ、家具の配置も家庭的である。 |                   |
| 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                                                      | 危険のないよう自由に好きな場所で、過ごせるよう工夫している。                                 |                                                                                                                |                   |
| 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                                          | 入居時、本人が使用していたものを持ってきていただき、過ごしやすい環境づくりに努めている。                   | 居室にあるクローゼットは大容量の収納ができ、本人が自宅から持ち込んだ家具、日用品、家族の写真が飾られている。利用者の身体機能に合わせてベッドや布団を使用しており、居心地よく過ごせるよう工夫している。            |                   |
| 55   |      | ○ 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」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                                            | プレートを使用したり、配置を考えたりとわかりやすく、また使いやすくすることで、安全かつ自立した生活が出来るよう支援している。 |                                                                                                                |                   |

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   | 0171500739   |            |            |
| 法人名     | 医療法人社団 恵翔会   |            |            |
| 事業所名    | グループホーム めぐみ  |            |            |
| 所在地     | 北斗市本町2丁目7番7号 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成22年12月12日  | 評価結果市町村受理日 | 平成23年2月15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=0171500739&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171500739&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1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)】

|        |
|--------|
| 特記事項なし |
|--------|

【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)       |                              | 1. ほぼ全ての利用者の   | 63  | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19) | ○                            | 1. ほぼ全ての家族と    |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                   |                              | 2. 家族の2/3くらいと  |  |  |
|                                                                 |                                                      | ○                            | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                   |                              | 3. 家族の1/3くらいと  |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 4. ほとんど掴んでいない  |     |                                                                   |                              | 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)             | ○                            | 1. 毎日ある        | 64  | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                   |                              | 1. ほぼ毎日のように    |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 2. 数日に1回程度ある   |     |                                                                   |                              | 2. 数日に1回程度     |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 3. たまにある       |     |                                                                   |                              | 3. たまに         |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 4. ほとんどない      |     |                                                                   | ○                            | 4. ほとんどない      |  |  |
| 58                                                              | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   |                              | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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) |                              | 1. 大いに増えている    |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                   |                              | 2. 少しずつ増えている   |  |  |
|                                                                 |                                                      | ○                            | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                   | ○                            | 3. あまり増えていない   |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                   |                              | 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)    | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 66  | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                    | ○                            | 1. ほぼ全ての職員が    |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                   |                              | 2. 職員の2/3くらいが  |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                   |                              | 3. 職員の1/3くらいが  |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                   |                              | 4. ほとんどいない     |  |  |
| 60                                                              | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 67  | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                     | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                   |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                   |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                   |                              | 4. ほとんどいない     |  |  |
| 61                                                              | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)         | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 68  | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                 | ○                            | 1. ほぼ全ての家族等が   |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                   |                              | 2. 家族等の2/3くらいが |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                   |                              | 3. 家族等の1/3くらいが |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                   |                              | 4. ほとんどできていない  |  |  |
| 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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   |     |                                                                   |                              |                |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                   |                              |                |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                   |                              |                |  |  |
|                                                                 |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                   |                              |                |  |  |

(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 |
| .理念に基づく運営 |      |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |      |                   |
| 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                                                           | 毎月1回の全体ミーティングにて、理念を読み上げることで確認・共有し、実践できるよう努めている。                                                                                       |      |                   |
| 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                                                           | 隣近所の方には、よく花壇や盆栽を見せていただいております。また、ホームは常に開放しており、七夕には多くの近所の子供さんが来ている。今年から町内会に入り、今後は行事に参加していく予定である。                                        |      |                   |
| 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                                                         | 研修は受け入れ、見学には都度対応しているが、取り組みは不十分である。<br>キャラバン・メイトである職員は、できる限り地域での活動に参加している。                                                             |      |                   |
| 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                                      | 家族の方を中心に、包括職員、市役所職員の方にも入っていただき、意見をサービス向上に活かしている。                                                                                      |      |                   |
| 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                                                | 何かあれば都度連絡を取り合っている。                                                                                                                    |      |                   |
| 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 | マニュアルを作成し、身体拘束をしないケアに取り組んでいるが、PEGの自己抜去防止とすることで、併設病院の医師から指示があり、やむを得ずミトンを使用している方が1名いる。滴下中、手の動きが活発で、看護師から指示があった時のみ使用。<br>玄関は、日中常に開放している。 |      |                   |
| 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                                       | 職員間で情報を共有し、一人ひとりが心がけ、虐待防止に努めている。                                                                                                      |      |                   |

| 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    | 研修などで学ぶ機会を設け、必要な人には支援しているが、現在はいない。                                                                                   |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | 家族へ説明し、同意を得た上で契約・解約している。                                                                                             |      |                   |
| 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                      | 意見・不満・苦情などを言える関係づくりに努め、ケアプラン作成時や手紙を送付する際にも、意見や要望を引き出せるよう声掛けし、面会時や運営推進会議にて意見をいただき、都度対応している。また、苦情・相談窓口を設けており、都度対応している。 |      |                   |
| 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                                      | 管理者は、一緒に働いている中で、職員の意見や提案を聞いている。運営者とは、管理者から伝えるほか、ミーティングの中で話し合い、職員の意見を伝えてはいる。                                          |      |                   |
| 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      | 努めているとは思えない。<br>医師という立場で接するため、職員の負担が増えることが多く、人間的にも厳しい。ストレスが増えても有給休暇がとれず、リフレッシュするにも不十分な状態。                            |      |                   |
| 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         | 研修には協力的であり、管理者が職員の力量をみて決め、代表者をお願いしている。                                                                               |      |                   |
| 14   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | グループホーム協会や介護支援専門員協会の勉強会や講習会などには、できる限り参加し、同業者と交流する機会を設け、良いと思うことは参考にしている。                                              |      |                   |

| 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 |
| .安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |                                                                                          |                                                                              |      |                   |
| 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 | 利用前に面談し、直接会って話を聴く機会を設けている。本人より聴くことができない場合は、家族や居宅介護支援専門員、入院している場合は看護師から聴いている。 |      |                   |
| 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            | 相談に来られた際や、面談時など、話をする機会にできるだけ聴き出せるよう努めている。                                    |      |                   |
| 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        | 本人、家族と話をしたうえで、必要な支援を提供できるよう努めている。                                            |      |                   |
| 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                           | 一緒に過ごし、コミュニケーションを図り、喜怒哀楽を共にしている。                                             |      |                   |
| 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            | 面会時や月1回の手紙などでコミュニケーションを図り、一緒に本人を支えていく関係を築いている。                               |      |                   |
| 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                        | 希望があれば、できる範囲で支援している。                                                         |      |                   |
| 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                    | 棟内だけでなく、隣の棟の入居者の方との交流もあり、できる人は歌やゲーム、一緒にテレビを観るなどして交流を深めている。                   |      |                   |

| 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                     | 必要とされれば相談や支援に努めている。                                                                                 |      |                   |
| ・その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |                                                                                                        |                                                                                                     |      |                   |
| 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                                           | 毎月のミーティング時や必要時に検討し、病状によって困難な場合もあるが、できる限り本人本位となるよう努めている。                                             |      |                   |
| 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                                       | 入居時情報や、わかる範囲で本人、家族から聞き、面会時にも協力を得て把握できるよう努めている。                                                      |      |                   |
| 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                                                     | 毎日、様子を観察・記録し、申し送りや職員同士伝え合うことで、職員全員が情報を共有し把握できるよう努めている。                                              |      |                   |
| 26                        | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人、家族の意見や要望、職員の意見やアイデアを聞いたうえで、医師の指示などもふまえ、ケアプランを作成している。                                             |      |                   |
| 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                        | 日々の様子などを記録し、職員間で情報を共有しながら実践し、モニタリングをしたうえでプランを見直ししている。                                               |      |                   |
| 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               | 急な外部受診や救急対応など、都度対応できるよう努めている。                                                                       |      |                   |
| 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                         | 警察には、入居者の写真と特徴を記入したファイルを提出し、一人で歩いている際の保護をお願いしている。消防には、避難訓練や火災・救急時の対応で協力を得ている。ボランティアには、行事で来ていただいている。 |      |                   |
| 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                     | 病院と併設しており、都度相談し指示を得て支援している。希望があれば、併設している病院以外でも受診支援をしている。                                            |      |                   |

| 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 |
| 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                      | 看護職員を1名確保しているほか、併設している病院に2名の看護職員がおり、都度相談・報告しながら支援している。                              |      |                   |
| 32                      |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、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。 | 面会時や電話などで情報交換を行なっている。                                                               |      |                   |
| 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 | 医師が判断した段階で、医師、看護師、家族、管理者で話し合いを行なっている。                                               |      |                   |
| 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                                             | 定期的ではないが、必要に応じて、病院の指導やミーティング時に講習を受けている。                                             |      |                   |
| 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                                             | 年に2回、避難訓練を行なっている。そのうち1回は夜間想定で行ない、近くに住む家族の方にも協力をお願いしている。近隣の方には、管理者がいさつ回りをしてお知らせしている。 |      |                   |
| . その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                                                    |                                                                                     |      |                   |
| 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                                                  | 一人ひとりに合わせて対応をしている。                                                                  |      |                   |
| 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                                                       | 説明はわかるように行ない、納得したうえで生活できるよう支援している。                                                  |      |                   |
| 38                      |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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                                   | 状況(病状)に応じて、できる範囲で希望にそえるよう支援している。                                                    |      |                   |
| 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                                                                    | スーツやエプロン、スカーフなど、その人らしい服装ができるように支援し、行ける人は希望があれば望む理容・美容室へ行っている。                       |      |                   |

| 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 |
| 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    | 配膳、下膳、テーブル拭きなど、できる人はできる範囲で行なっている。                                                                  |      |                   |
| 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         | 量は一人ひとりに合わせ、採血結果によっては、病院からの指示があり、栄養のバランスも調節している。水分に関しては、1日1,000ml～1,500mlを目標にして提供している。             |      |                   |
| 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                  | 一人ひとりに合わせた口腔ケアを行なっている。                                                                             |      |                   |
| 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  | 排泄チェック表にて排泄パターンを把握し、できる範囲でオムツの使用を減らし、状態にもよるが、できる限りトイレでの排泄ができるよう支援している。                             |      |                   |
| 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                  | なるべく下剤に頼らず、センナ茶や飲むヨーグルトなどの飲み物で工夫したり、腹部マッサージを行なっている。                                                |      |                   |
| 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 | 曜日は一応決めているが、拒否があれば別の日に声をかけたり、希望時にはいつでも入れるようにしている。一番最初に入りたい方や、午後からゆっくり入りたいなど希望に合わせて支援している。          |      |                   |
| 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                   | 一人ひとりに合わせて対応している。                                                                                  |      |                   |
| 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              | 理解・症状の変化の確認に努めている。                                                                                 |      |                   |
| 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 | 働きに来ていていると思っている方には、仕事を願っている。気晴らしとして、散歩やドライブなどの機会を設けたり、室内でも時代劇や歌が好きな方にはビデオを提供。行事や誕生日会、おやつ作りなどもしている。 |      |                   |

| 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   | ○ 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。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                     | 季節や天気にもよるが、希望があればできる範囲で散歩やドライブ、買い物など支援している。普段は行けない場所には、行事やドライブとして計画を立てて支援している。                    |      |                   |
| 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                                                  | 自己管理が困難な方は施設管理し、希望があれば欲しい物を購入しているが、どうしても持ちたい方には家族同意のもと小額持たせていただいている。                              |      |                   |
| 51   |      | ○ 電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                                                           | 希望があれば、電話をしていただいたり、手紙や年賀状を準備し、書けない方は代筆したりしている。                                                    |      |                   |
| 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 | 照明に関しては、入居者が自由に調節したり、希望の明るさに調節している。また、季節に合わせて作品を展示している。                                           |      |                   |
| 53   |      | ○ 共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている                                                      | 一人になりたい時は自室、気の合う入居者同士とは自室に呼んだり、居間や食卓、時には隣の棟で自由に過ごされている。                                           |      |                   |
| 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                                          | 入居時に説明はしていても、新しい物を購入してきてしまうことが多いが、仏壇やベットか布団など、それぞれ居心地良く過ごせるよう、できるだけ使い慣れた物を使用していただき、環境作りも工夫している。   |      |                   |
| 55   |      | ○ 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」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                                            | 浴槽内に滑り止めマットを敷いたり、要所へ手すりを設置している。食事時の椅子もそれぞれ手すり付きやつかないもの、クッションを使用するなど工夫している。また、各居室・トイレにはプレートをかけている。 |      |                   |

(別紙4-2)

目標達成計画

事業所名 グループホームめぐみ

作成日：平成 23年 2月 14日

市町村受理日：平成 23年 2月 15日

【目標達成計画】

| 優先<br>順位 | 項目<br>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<br>要する期間 |
|----------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|----------------|
| 1        | 35       | 2ユニットで夜勤1名対応。職員の人数が少ないため、2名対応は難しい。日中も、ゆとりのあるケアが少なくなっている。運営者からは、人員を増やすと運営が厳しいと言われているが、ゆとりのあるケアをしたい。 | ゆとりのあるケアを増やす。 | ・調理のパートを募集する。<br>・ボランティアの依頼を増やす。 | 6ヶ月            |
| 2        |          |                                                                                                    |               |                                  |                |
| 3        |          |                                                                                                    |               |                                  |                |
| 4        |          |                                                                                                    |               |                                  |                |
| 5        |          |                                                                                                    |               |                                  |                |

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。