

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 | 4671200527 |
| 法人名 | 医療法人サンライフ |
| 事業所名 | 国分府中グループホーム |
| 所在地 | 霧島市国分府中町13-15 (電話) 0995-48-6613 |
| 自己評価作成日 | 平成22年4月1日 |
| 評価結果市町村受理日 | 平成22年5月25日 |

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

| | |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | http://kaken-shakyo.jp/kohyo |
|-------------|---|

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島 |
| 所在地 | 鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号 |
| 訪問調査日 | 平成22年4月21日 |
| 評価確定日 | 平成22年5月17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)】

*認知症の方が家庭的な雰囲気の中で、いきいきのびのびゆったりとした生活を送っていただくためのご支援をさせていただきます。

*生活に楽しみや喜びを持ち、心身の安定をはかり、自立心と自信を持ち、人との触れ合いと交流のある暮らしをご利用者の方々と一緒につくっていきます。

*医療機関の併設であり、迅速な対応を心がけています。

*ご家族の訪問が多いホームです。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームは市内中心部に近く、多くの商業施設や公共施設が立ち並ぶ場所に、母体の医療機関に隣接して建てられている。そのため、医療面における日常の健康管理や病状急変時の対応等に加え、防災面においても併設のデイサービスとともに連携協力体制が充実しており、入居者及びご家族にとっては大いに安心できるホームである。

また、行政との協力関係も良好であり、認知症ケアパス検討委員会にメンバーとして参加するなど、認知症高齢者を地域で支えるための活動にも積極的に取り組んでいる。

| 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 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | 1 | ○理念の共有と実践 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 | 理念を掲示している。職員会議やケアカンファレンスの際に理念を踏まえて利用者ケアの見直しをおこなっている。 | 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あげている。理念を掲示すると共に、職員会議やケアカンファレンス等で話題に出しながらケアの見直し等も行っている。 | |
| 2 | 2 | ○事業所と地域とのつきあい 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 | 代表は町内会に参加し催事に参加している。行事へのお誘いがあり可能なときは参加できるつながりを作っている。町内の方に踊りや談話に立ち寄っていただいている。 | 代表自らが町内会に加入しており、清掃活動等の各種行事に参加している。また、併設のデイサービスと連携してボランティアを受け入れるなど、日常的に地域との交流を行っている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を生かした地域貢献 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生かしている。 | 地域の方が見学に立ち寄られた際や面会の方々に、認知症とホームでの支援について説明している。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 会議での意見をまとめ職員への報告を行っている。また、検討すべき内容に関しては職員会議で意見交換を行い、ケアサービスの見直し改善策を出し、日々の介護に生かしている。 | 市担当者、地域包括支援センター職員、公民館長、民生委員、入居者本人及びご家族が参加する運営推進会議を、定期的に年6回開催している。ホームからは評価への取り組みを含め活動状況の報告が行われ、出席者からはそれぞれの立場でスプリンクラーの設置やボランティアの受け入れ、認知症に関する勉強会の開催等、多くの意見や要望が出され運営に活かされている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|---|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 5 | 4 | <p>○市町村との連携</p> <p>市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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。</p> | <p>市担当窓口及電話等で手続きや相談を行っている。市や包括による学習会には必ず参加し情報を得ている。市と地域密着事業所との会議に参加し協力関係を築いている。</p> | <p>市の窓口には、日頃から相談し助言を受けている。担当者が運営推進会議に来訪した際には、直接入居者と会話を交わすなど、日常的なホームの様子も確認してもらっている。さらに、市や地域包括支援センターが中心になって開催する学習会に定期的に参加したり、認知症ケア連携パス検討委員会にメンバーとして参加するなど、積極的に協力関係を築いている。</p> | |
| 6 | 5 | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p> | <p>すべての職員が身体拘束となる行為については理解している。利用者の意思で活動されることを見守りながら安全を考えた支援を行っている。</p> | <p>身体拘束廃止対策マニュアルを作成し、身体拘束をしない対策、工夫に取り組んでいる。また、やむを得ず身体拘束が必要となった場合の経過記録や同意書などの書式も完備している。玄関の施錠を含め身体拘束は行っていない。今年度より、運営委員会の中で身体拘束廃止対策委員会の活動を本格始動させている。</p> | <p>身体拘束廃止対策委員会の活動を通して、具体的な禁止行為の把握や身体拘束をしないケアの実践など、さらに充実した取り組みに期待したい。</p> |
| 7 | | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p> | <p>事業所内で資料学習を行い意識づけし、虐待防止に努めている。家族の気持ちの負担が軽減されるように相談にのっている。職員のストレスが溜まらないように休体制や休みの希望を聞き、リフレッシュが図れるように配慮している。</p> | | |
| 8 | | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p> | <p>現在活用している利用者はいないが学習資料を基に学ぶ姿勢がある。</p> | | |

| 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 |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。 | 契約を結ぶ前より2, 3回ホームに訪問して頂き、落ち着いた雰囲気の中で話を聴く時間をつくっている。契約中での変更があれば文書及び訪問時に直接説明を行っている。 | | |
| 10 | 6 | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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。 | 運営推進会議には利用者家族もメンバーとして出席している。又、ホームの行事に参加して頂き、家族と個別に会話をもち意見を聴いている。内容は記録や職員会議で報告している。 | 多くのご家族が意見や要望を表せるように、運営推進会議には交替で参加してもらうように配慮している。日頃から大半のご家族が頻繁にホームを訪れており、職員や管理者と直接話す機会を設けている。ご家族からは食事の味付けや嗜好、外出支援や職員への要望等様々な意見が出され、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 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。 | 職員会議、運営会で意見交換したものを代表者に伝えて検討して頂いている。議題によっては代表者にも会議に参加してもらい職員と代表者が直接話をする時間も設けている。 | 毎月の職員会議で、勤務体制や職場環境などに関する職員の意見を聞く機会を設け、必要に応じて法人理事長や施設長も参加して全員で話し合いが行われている。また、法人全体としては、理事長及びホーム長、事務長、デイサービス管理者及びグループホーム管理者が参加する運営委員会を開催して意見交換を行っている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 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。 | 毎月、職員の夜勤回数などの勤務状況、有給休暇消化率などを把握すると共に、管理者より適宜、各人の勤務内容についての情報を得て、昇給や雇用形態変更の参考にしている。就労、週40時間、週休2日、夜勤明け休みの付与など勤務条件の整備を行った | | |

| 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 |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 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 | 各人の勤務内容に対する管理者の判断評価により、必要と思われる、又は、希望の学習会、研修会への参加条件、補助についての原則を定め実施している。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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 | グループホーム協議会に加入しており、その活動に参加することにより、他事業所職員との交流が期待できる。 | | |
| II.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 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 | 利用開始前より、立ち寄っていただき会話をもち情報を得ている。数回の訪問でなじんでいただきながら入居できるように努めている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 訪問していただいた際、現状や家族の思いを聴くことで利用者家族の身になった支援ができるように努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 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 | 利用者家族の思いを聴いて、グループホームが適当であるかの判断をしている。又、状況によっては医療機関や他サービス利用の必要性も視野に入れた助言をしている。 | | |

| 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 |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | 利用者の困っていることを聴いて、その人の身になった支援への姿勢を持つように努めている。又、支援するばかりではなく、利用者ができること、希望することを自然に一緒に行える関係作りを心掛けている。 | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を介護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 | 家族から情報収集を行い安心して生活していける様に見守っている。面会時には今の状況を家族に伝えホームで過ごす時間の関わり方の支援をしている。 | | |
| 20 | 8 | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | 今まで使ってきた物を持ってきてもらい家族との写真などを飾っている。行事の際は家族もお誘いしているが、家族以外の参加はほとんどない状況である。 | 入居者の平均年齢が90歳と高齢化が進み、知人等の訪問も年々少なくなってきた。そのような中でも、隣接する母体医療機関を受診した際に待合室で知人と会ったり、併設するデイサービスの利用者やボランティアの方々、自宅に来てもらっていた家政婦さん等、馴染みの人々との関係継続が図られている。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 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 | 利用者同士の声掛けがある。難聴で会話が困難なケースでは職員が仲介した会話でつないでいる。食事の際は、食べるペースや利用者同士の関係を考えた座席を考慮している。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取り組み 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 | いつでも気軽に来所していただけることを伝え、来所時に安らげる環境作りに努め、時々電話で様子を尋ねたりもしている。入居されている方々と同じように相談や支援を行う姿勢を持っている。 | | |

| 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 |
| 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 | | | | | |
| 23 | 9 | ○思いや意向の把握 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。 | 本人の話に傾聴し、思いや希望に寄り添えるように努めている。家族にも、本人の思いを伝え行えることには協力も求めている。 | 入居者本人の話に丁寧に耳を傾け、その内容を「介護支援記録及び経過記録」に記録している。ご家族からの情報を含め、ケアカンファレンス等で協議しながらそれぞれの思いや意向の把握を行い、本人本位に検討している。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 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 | 本人や家族からはもちろん、他の利用機関からも情報をもらい暮らしの把握に努めてきた。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 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 | 利用者の生活リズムに合わせて、言葉や行動から思いに添った支援に努めている。その日のできることできないことの変化に気づき状況に合わせた援助を心がけている。 | | |
| 26 | 10 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | 日々のかかわりの中で、思いや希望を感じ取り、職員間でのケアを話し合っている。家族の面会時に現状の報告と、家族の思いを聴きながら今後のケアについての相談をしている。 | 「ケアプラン評価・見直し」という書式を活用して毎月モニタリングを実施しており、3ヶ月に1回計画の見直しを行っている。日々の「介護支援記録及び経過記録」の内容や職員及びかかりつけ医の意見、ご家族の要望等を踏まえて現状に即した介護計画を作成している。 | |

| 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 |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 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 | 記録はできるだけ本人の言われた言葉で記入している。いつもと違う様子なども記録に残し申し送り職員間での情報として共有している。個別のカンファレンスで細かい介護計画の見直しを行っている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 入所前に近い生活をしていただくために本人の生活習慣や希望にそった外出支援、受診支援やなじみの方々とのつながりを継続できる支援に取り組んでいる | | |
| 29 | | ○地域資源との協働 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 | 地域のボランティアによる訪問。デイサービスのレクリエーションへの参加、見学をさせてもらっている。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 月一回病院受診している。体調に変化があったときには早めに主治医に相談し早期対応に心掛けている。他科受診は家族と相談し、職員が同行することもある。 | 現状は、入居前から隣接する母体医療機関をかかりつけ医としている入居者のみである。継続して適切な医療が受けられるように、定期的な受診などの支援を行っている。 | |
| 31 | | ○看護職員との協働 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 | 日々の観察を生かし、重症軽症の状況を判断し看護師に相談、主治医への受診を行う。介護職員の記録や申し送りから、利用者の変化について細かい気づきを伝えられている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|--|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 32 | | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。または、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。</p> | <p>入院先には、時々面会に行き利用者の様子を知り、職員からの情報を得ている。又、病院からの相談にも応じている。家族との連絡を密に取り、利用者の情報を得ると共に家族と医療機関との連携や今後の治療についての協力体制をつくっている。</p> | | |
| 33 | 12 | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人や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</p> | <p>入居時に、医療連携体制及び、看取り介護の説明を行っている。重症化していく状況、段階ごとに主治医、家族、職員での話し合いを持ち日々のケアを共有している。医療機関との情報交換を行なう事で介護看護協同での支援に取り組んでいる。</p> | <p>入居時に、重要事項の説明と共に「医療連携体制の概要」を説明して配布している。その他に「入居者が重症化した場合の対応に関する指針」や「看取りに関する指針」、「看取り介護に関する同意書」を作成して説明しているが、配布までは行っていない。看取り介護の実績もあり、本人やご家族、かかりつけ医等と話し合いながら支援を行っている。</p> | <p>重度化の各段階で必要に応じてご家族等への説明を実施しているが、作成した書式の一部についてのみ配布している。各種指針や同意書等を適宜ご家族等に配布し、関係者全員が方針を共有できるようにしていただきたい。</p> |
| 34 | | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備えて、すべ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</p> | <p>利用者の状況よっての対応手順を確認している。医療機関受診方法や急変時の対応マニュアルがあり、職員がいつでも見直しができるようにしている。隣接の医院にAED設置があり、学習会に参加している。</p> | | |
| 35 | 13 | <p>○災害対策</p> <p>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</p> | <p>年二回の防火訓練を実施している。備蓄品の準備もある。通報や避難手順についてはマニュアルがあり必要時見直しを行っている。運営推進会議で町内会員に訓練の報告をしており、参加依頼もしている。</p> | <p>法人が一体となり医療機関、デイサービス、グループホームが連携した防災体制が構築されている。防災訓練は合同で年2回開催しているが、ホームを火元と想定する訓練（夜間想定を含む）も適宜実施して不測の事態に備えている。非常通報装置やスプリンクラー等の設備も完備しており備蓄も行っている。さらに運営推進会議等で、避難訓練への地域からの参加協力を呼びかけている。</p> | |

| 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 |
| IV. 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 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 | 一人ひとりにあった言葉掛けをしている。トイレ誘導は耳元で声掛けし、又、失禁の対応に対しては、さりげない声掛けで居室誘導を行っている。 | 入居者の権利の保障及び人格の尊重を重視し、誇りやプライバシーを損ねることの無いような言葉かけやトイレ誘導、失禁時の対応などを行っている。個人情報の管理についても適切に行われている。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 入居者が話しやすいような雰囲気作りをしている。一人ひとりの理解力に合わせて話をし、何かする時は本人の希望に添って行動している。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 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 | 食事はその方にあったペースで食べていただく。個々の状況で食事時間の変更をしている。休みたい時は自由に居室で休んでいただく。レクリエーション参加は本人の希望に任せている。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している | その日の洋服は本人の意思で選択する。選択できない方は職員が選び本人に確認している。洗顔後には鏡を見て乳液をつけたり、整髪などを行う。本人家族の希望で理容を行っている。 | | |
| 40 | 15 | ○食事を楽しむことのできる支援 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 | 本人からの希望に応じて下ごしらえやお盆拭きなどをして頂いている。同じテーブルに職員も入り会話しながら一緒に食事をしている。また、季節や行事に添ったメニューは入居者と一緒に考えている。 | 食材の下ごしらえや盛りつけ等、一人ひとりの好みや力量に応じて参加してもらっている。献立に関してもそれぞれの希望を聴き、参考にしながら決定している。ご家族からの差し入れの食材が食卓に上ることもあり、入居者と職員が同じテーブルで会話を交わしながら食事を楽しんでいる。 | |

| 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 |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 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 | 調理面での工夫（軟菜や細切りや味付けなど）で、できるだけ食事を喜んでいただけるようにしている。食事介助では、利用者のペースで摂取して頂き、できない部分を介助する。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の臭いや汚れが生じないように、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 | できるところまでは見守りできない部分を援助している。義歯は外し口腔内のがいや清拭を行っている。夜間はポリデントをする方もいる。 | | |
| 43 | 16 | ○排泄の自立支援 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 | 排泄チェック表を確認しトイレの声掛けを行う。自立度に応じて布パンツ使用を支援している。便座移乗がスムーズにできるように筋力保持のための運動を行っている。 | 排泄チェック表を活用しながら入居者毎のパターンを把握し、それぞれのリズムに応じて無理強いすることなく声かけ誘導を行っている。また、トイレでの排泄や排泄の自立に向けて、筋力保持のために音楽に合わせて身体を動かすなどの支援を行っている。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 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 | できるだけ自力で排便できるように水分摂取の工夫をし、乳製品、オリゴ糖などを状況に合わせて取り入れている。排便を促すためのマッサージを施す。 | | |
| 45 | 17 | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援している | 週1回の休み以外はいつでも入浴できるようにしている。一日4～5人程度として、利用者のペースでゆっくり楽しめる時間になっている。 | 週3回の入浴を基本に、1日4～5人程度ずつ個別に対応している。入浴に気が進まない方も増えてきており、好きな音楽をかけた声かけを工夫するなどして、入浴が楽しみになるように支援している。 | |

| 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 |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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 | 表情や訴えに注意し安心して入 床して頂くよう配慮している。夜 間は利用者の妨げにならない程 度の巡回を行っている。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 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 | 個々の服薬説明書を薬と共に保 管し、いつでも確認ができるよ うにしている。変更や臨時処方 があった場合、病状や薬につ いて介護記録に記載し全職員 が把握できるように努めている。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 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 活暦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 | 日常の中では家事（食事の下準 備、お盆拭き、カーテン開閉） の自主活動を支援し、四季折々 の行事を計画し心身共に楽し みを感じられるように努めてい る。 | | |
| 49 | 18 | ○日常的な外出支援 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 に支援に努めている。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。 | 外出する際は、自主的な準備を 支え、一緒に必要物品を確認し ている。又、大がかりな外出に ついては、本人が安心できる様 に家族にも呼びかけ協力が得ら れるようにしている。 | 定期的な受診やデイサービスと の交流、ご家族の協力による外 出（自宅温泉の入浴やドライブ 等）、周辺の散歩など、ホーム の中に閉じこもることなく日常 的に外出ができるように支援し ている。 | |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援 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 | 現金はホームにて保管し本人の 要望がある際は渡している。使 用した場合は家族に報告をし 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 |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 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している | 入居者から要望がある際には職員から家族に電話を掛ける支援をしている。家族から電話があった場合は会話できるように支援し、又、現状の報告を行なう。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地のよい共用空間づくり 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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）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 | 各居室にトイレの設置がある。リビングに湿温計を設置し定期的にチェックし適温を保つように心がけている。活動の妨げになるような障害物を置かないように注意を払っている。 | 眺めの良い場所にソファが置かれて入居者の憩いの場所となっており、日中多くの時間をそこで過ごしている。広いベランダには折々の花々が植えられ、季節の移り変わりを感じることができる。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | 各居室は一人で過ごせる時間や家族とゆっくり過ごす時間の空間になっている。リビング、食堂などは気軽に過ごせるように開放的になっている。 | | |
| 54 | 20 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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 | 家族の写真を飾ったり見慣れたタンスや小物類を持ち込んで頂いている。家族や知人の面会時は居室にお茶を運びゆくりと過ごせるような配慮をしている。 | ホームで準備したベッド以外は、家具やテレビ、CDプレイヤー、小物類等、入居者が使い慣れたものを持ち込み、居心地よく暮らせるようにご家族と協力しながら支援している。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している | センサー式足元点灯や豆電気、ナースコールを設置している。状況や希望に応じて電動ベッドと畳ベッドを使い分けている。ポータブルトイレの使用もある。共用空間の家具類は安全と活動性を考えた配置にしている。 | | |

V アウトカム項目

| | | | |
|----|---|---|---------------|
| 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。 (参考項目：23, 24, 25) | | 1 ほぼ全ての利用者の |
| | | ○ | 2 利用者の2/3くらいの |
| | | | 3 利用者の1/3くらいの |
| | | | 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。 (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 | 職員は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (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見られている。 (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。 (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。 (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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により安心して暮らしている。 (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。 (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が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19) | | 1 ほぼ毎日のように |
| | | | 2 数日に1回程度ある |
| | | ○ | 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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (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 全くいない |

| | | | |
|----|------------------------------------|---|---------------|
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。 (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 目 標 達 成 計 画

事業所名 国分府中グループホーム

作成日 平成22年 5月 25日

【目標達成計画】

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点, 課題 | 目 標 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容 | 目標達成に要する期間 |
|------|------|---|---|--|------------|
| 1 | 6 | 身体拘束廃止委員会を発足したばかりである。今までは資料学習をしていた。拘束したケアは行っていないと思っ込んでいた。 | 委員会を通して、対策指針の意識付けを行う。活発に学習会や検討会を行う。 | グループホーム協議会の学習会に参加して、職場でも持ち帰り学習を行う。ケアを通して、拘束行為の検討を行う。 | 6ヶ月 |
| 2 | 33 | 医療連携の説明は行っていた。重度化した際の指針を文書では配布していなかった。 | 指針を元に説明配布する。 | 7月より看取り加算の申請を行う予定である。その際、各家族への説明を文書の配布を行う。 | 3ヶ月 |
| 3 | 26 | ケアプランにリンクしたモニタリングや見直しが不十分などところがある。 | チーム職員も一緒にケアプランやモニタリングに組み込み、チームケアに繋がる仕組みを作る。 | ケアマネージャーが職員からの意見やケアの取組みからモニタリングをしていたが、職員皆でモニタリングに取り組めるように受け持ち介護やケア検討会でプラン見直しができるような体制にしていく | 6ヶ月 |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。