

## 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

|                |             |            |            |
|----------------|-------------|------------|------------|
| 【事業所概要(事業所記六)】 |             |            |            |
| 事業所番号          | 1690800030  |            |            |
| 法人名            | 株式会社リレーション  |            |            |
| 事業所名           | グループホーム柳瀬の家 |            |            |
| 所在地            | 砺波市柳瀬601番3  |            |            |
| 自己評価作成日        | 平成28年2月5日   | 評価結果市町村受理日 | 平成28年3月25日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 富山県介護福祉士会                      |
| 所在地   | 939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階 |
| 訪問調査日 | 平成28年2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)】

毎日の暮らしが安全に安心して過ごしていただけるよう、取り組んでいる。健康管理に留意し、元気に過ごしていただけるよう考えている。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

理念「健康管理、安全な環境、衛生管理」を掲げ、朝夕の引継ぎ時に職員間で確認を行い、日々意識しながら理念に基づいたサービス提供に努めている。手洗いうがいの慣習化や換気室温湿度の管理の徹底、日中の活動を充実させ生活にメリハリをつけるなど、毎日の積み重ねが理念の実践に繋がっている。現在、昨年に管理者が交代となった事を機に、現理念を根幹に、より具体的で分かりやすい、新しい理念を作成中である。職員主体で理念を作成することで、職員体制の強化と充実にもつなげようとしている。

## 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 |                                                                   |
|-----|----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 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<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 | 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<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    |
| 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<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                  | 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<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<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    | 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ったり深まり、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<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59  | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                           | 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  | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                           | 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       |
| 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<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    |
| 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<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 |
| 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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                           | 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

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー) です。〕

| 自己<br>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                                                                                                                           |                                                                                             |
| I.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                                                          | 基本的な支援(健康管理、安全な環境整備、衛星管理)を踏まえた上で、一人一人が心身ともに元気に過ごせるようケアプランをもとに少しずつ取り組んでいる。               | 7月の管理者交代に伴い職員体制をより充実するためにも、朝夕の引継ぎで理念(健康管理、安全な環境、衛生管理)について話している。理念を根幹にしたサービス提供に努め、介護計画作成時においても理念を意識して作成している。現在、職員主体で、現状に照らし合わせた新しい理念を検討中である。 | 職員と作り上げた理念を、目の付きやすい場所に掲示し、日頃から意識を高めるよう図るとともに、会議やカンファレンスなどで定期的に周知する機会を設け、理念を実践につなげることに期待したい。 |
| 2          | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                                                          | 近隣の方の訪問、野菜等のおすそ分け等地域に自然に入れるよう取り組んでいる。                                                   | 地域住民の方々や近隣の利用者兄弟の方が良く訪問される。自治会にも加入し、回覧板を廻していただいている。野菜を頂いたり、事業所で栽培した野菜と交換したりするなど、日常的に地域の方と自然なお付き合いがされている。                                    |                                                                                             |
| 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                                                        | 自由にホーム内の見学にきて頂いている。見学時にはホームの日常生活状況を報告しながら、認知症の方の理解や支援方法をさりげなく伝えている。                     |                                                                                                                                             |                                                                                             |
| 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                                     | 地区民生委員の方をはじめ地域の方、利用者家族、市担当者、他事業所と意見交換を定期的に行い、サービスの向上に生かしている。                            | 会議開催は参加者の希望される時間帯で設定するなど配慮している。包括支援センター、他事業所、元福祉関係の住民の方、利用者家族と全利用者の参加のもと、事業報告、運営に関する意見交換などを行っている。                                           | 定期的な会議の開催を計画し、参加者によりホームの実情を知っていただくよう取り組み、双方向的な意見交換が行われることに期待したい。                            |
| 5          | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる                                               | 市職員の方とは運営推進会議を通じ、情報交換を行っている。また、運営面では介護保険組合担当者に随時相談しながら、課題解決に取り組んでいる。                    | 介護保険組合のサービス連絡会に所属し、出来る限り参加している。サービス上で行き詰まったり、困難事例などを、市、包括支援センター、介護保険組合に相談したりアドバイスを受けたりしている。                                                 |                                                                                             |
| 6          | (5) | ○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 | 日中はなるべく施錠せず、玄関2か所にセンサーを設置、玄関通路をホーム内から見渡せるよう窓を大きく作り、安全面に細心の注意を払い入居者の方が自由に出入りできる環境を作っている。 | 日常の望ましくない支援については、その都度、職員間で話し合いの時間を持ち対応している。日中玄関は施錠されておらず、玄関とリビングの扉を開放し見守りしやすくしている。                                                          | 身体拘束に対する理解を深めるため、計画的に研修会や勉強会などを実施される取り組みに期待したい。                                             |
| 7          |     | ○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                                     | 虐待について学ぶ機会が持てていない。                                                                      |                                                                                                                                             |                                                                                             |

| 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 |
| 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    | 平成27年12月25日 運営推進会議時に職員、利用者様と一緒に成年後見についての勉強会を行った。少しずつ理解を深めている。                                                                   |                                                                                                                     |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約書、重要事項説明書の該当箇所を示しながら口頭で説明している。その都度、疑問や質問を確認しながら理解して頂いた上で同意を得ている。特に医療スタッフの配置がない点、緊急時の対応等については、十分な説明と同意を得てから契約を結んでいただくよう配慮している。 |                                                                                                                     |                   |
| 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                     | 体調、日常生活の様子等を面会時、電話連絡、郵便等でこまめにお伝えするよう努めている。又入居前の生活、趣味嗜好等を面会時等に確認しながら家族の要望や意見も話しやすいよう対応している。                                      | ホームでの日常の様子や活動内容を伝えるお便りを毎月作成して、郵送している。個別の事については、電話連絡している。家族が面会に来られた際には声掛けして、意見や要望等を把握している。市の介護相談員が派遣され入居者と懇談する機会がある。 |                   |
| 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                                      | 以前は担当職員を中心にプラン作りを行うことで、職員の意見の反映がしやすくなっていたが、常勤職員が少なくなり、現在は介護支援専門員を中心にミーティング時に話し合い、早めに対応していくようにしている。                              | 管理者はいつでも職員に意見を出してもらえよう雰囲気作りに努め、職員に個別に声掛けを行うなど、職員の意見要望を聞き取っている。職員の就業の要望については、すべて柔軟に対応し、働きやすい職場となるよう努めている。            |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 能力は問わず、職員一人一人の仕事への取り組みや姿勢を評価し、それに応じた給与水準になるよう努めている。                                                                             |                                                                                                                     |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 人員不足もあり、今年度は研修に参加できていない。                                                                                                        |                                                                                                                     |                   |
| 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 | 市のグループホーム研修、地域ケア会議にもあまり参加できていない。                                                                                                |                                                                                                                     |                   |

| 自己<br>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                                                                                                 |  |
| 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<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 | 利用前に自宅で面接を行い、本人・家族の生活状況を確認している。又入居後も本人家族の意向やこれまでの生活状況について把握できるようにしている。                                 |                                                                                                                   |  |
| 16                  |     | ○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            | 相談受付時、本人面接時等の入居前に家族としっかり話す機会を持ち、入所希望に至った経緯や家族の思いを聞いている。又、不安や不明点は理解されるまで説明をしている。                        |                                                                                                                   |  |
| 17                  |     | ○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        | 利用時に何を必要としているのか、現在どのような状況であるか、本人・家族はもちろん担当ケアマネジャーなどへの情報収集に努め、アセスメントにつなげている。                            |                                                                                                                   |  |
| 18                  |     | ○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                        | これまで利用者様の生活であることを前提にケアに取り組んでいたが、不平や不満が聞かれるようになり、現在は、健康管理、衛生管理、環境整備に努めている。                              |                                                                                                                   |  |
| 19                  |     | ○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         | 家族には少なくとも月1回はシーツ交換に来て頂き、本人様の顔を見て状況確認して頂けるようにしている。外出や外泊を毎月のようにする方もおられ、家族の意向を尊重している。                     |                                                                                                                   |  |
| 20                  | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 利用前からの馴染みの友人や兄弟の面会のご家族の同意を得た場合に随時行ってもらっている。又、希望があれば美容院等へは馴染みの店の利用が続けられるよう家族と相談し、家族が付き添えない場合のみ付添を行っている。 | これまで利用されていた病院や馴染みの商店、美容院等への利用について、家族の付き添いが出来ない場合は、職員で対応している。馴染みの方が面会に来られた時は、リビングやお部屋にテーブルやお茶を準備して、ゆっくりと過ごして頂いている。 |  |
| 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                 | 入居者間の相性をスタッフは把握しており、孤立しないよう支援している。又全員で楽しめる場(レクリエーション等)を作り入居者間の関係が円滑に保たれるよう取り組んでいる。                     |                                                                                                                   |  |

| 自己                                 | 外部   | 項目                                                                                                     | 自己評価                                                                            | 外部評価                                                                                                                                            |                                                                  |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                    |      |                                                                                                        | 実践状況                                                                            | 実践状況                                                                                                                                            | 次のステップに向けて期待したい内容                                                |
| 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                    | サービス利用が終了しても、相談や連絡にいつでも応じられるようにしている。                                            |                                                                                                                                                 |                                                                  |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |                                                                                                        |                                                                                 |                                                                                                                                                 |                                                                  |
| 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                                           | 本人・家族の意向を定期的に伺い、普段の様子から把握しているが、思いの把握は職員其々の思いになりがちで、共有には至りにくい現状である。              | ご家族へは、面会時に言葉がけし、ホームでの生活についての要望等をうかがっている。ご本人には、日常の会話や関わり時の表情などから思いを推察し、生活支援につなげるように努めている。それら聞き取った意見要望は、毎日の朝夕の引き継ぎで職員間で共有し、随時対応している。              | アセスメントシートや情報伝達の為の記録用紙の見直しと短時間でも話し合える機会を作り、職員間で情報共有できる取り組みに期待したい。 |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入居前にご家族様にセンター方式シートの記入を依頼し、職員間の共有に努めている。又入居後も本人の意向を聞き、また普段の言動から把握に努めご家族にも確かめている。 |                                                                                                                                                 |                                                                  |
| 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                                                     | 本人の日常の観察を中心にADL動作、健康状態等の把握に努めている。又居室内の確認を行い異変や心身状態の変化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 | 本人からの聞き取り、家族に意向を確認し、個人記録や日誌を参考にモニタリングを行い、支援の方針をたてている。また、医療面については主治医に確認している。     | 朝夕引き継ぎ時に話し合い、迅速に対応している。介護計画はケアマネージャーが作成して、引き継ぎで随時説明すると共に、引き継ぎノートに具体的内容を記載して実践している。モニタリングは3ヶ月に1回行い、職員からの意見を反映して行っている。医療面は主治医の意見をいただき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                        | 日誌、引き継ぎノート、個人記録等を記録に残し、情報の共有に努めている。                                             |                                                                                                                                                 |                                                                  |
| 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               | 外出や通院等、基本的には家族の付添で依頼しているが、家族の状況を考慮し、介護保険外サービスとして個別の付添を要望に応じて行っている。              |                                                                                                                                                 |                                                                  |

| 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 |
| 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                                      | 最近では地域行事にあまり参加できていない。避難訓練は年2回実施し、災害時に備えている。                                                                                             |                                                                                                                                 |                   |
| 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                                  | 家族の希望で8名の方が月2回、地域の内科医により往診を受けている。1名は毎月家族の付添で入居前からのかかりつけ医の通院を続けている。又、歯科・整形外科等の専門家へ受診が必要な際はかかりつけ医がないか確認している。ない場合は往診医から紹介状をもらい、専門家へ受診している。 | 利用開始時に医療機関を確認して、希望されたかかりつけ医となっている。利用者8名は協力医療機関を利用され、定期的に往診を受けている。1名は家族付き添いで、これまでの主治医を利用されている。バイタルの記録を確認して、気になる事については相談して対応している。 |                   |
| 31 |      | ○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                          | ホーム内に現在看護師はいない。入居者の方に異変があればすぐに往診へ連絡し指示を仰いでいる。必要であればすぐに受診をしている。                                                                          |                                                                                                                                 |                   |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院が必要な状況があれば、その方の情報が速やかに伝えられるよう記録の整備に努めている。入院中は定期的に面会を行い、経過を把握し家族や主治医と話し合いながら、スムーズに退院できるよう努めている。                                        |                                                                                                                                 |                   |
| 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  | 医療スタッフのいない施設であることを入所時より家族に説明し、了解を得ている。重度化が進むと再度、ホームでできること、できないことを明確にしたうえで家族の意向を確認し、今後の方針を主治医とも相談しながら決めている。                              | 看取り、重度化について、状態に応じて主治医（協力医）からの説明や相談、家族の希望、ホームでの対応について協議を重ねて、方針を共有し対応している。                                                        |                   |
| 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                                              | スタッフミーティング時に急変時や事故発生時に備え、確認しあっている。訓練等は行っていない。                                                                                           |                                                                                                                                 |                   |
| 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                                              | 避難訓練を実施し、入居者の方の避難誘導について確認している。1年に2回のうち1回は消防職員に来て頂き、避難手段について助言を受けている。運営推進会議時に地域の方に助言を頂いている。                                              | 消防避難訓練を年2回実施し1回は消防署の方に参加して頂き実施している。夜間日中を想定して1回ずつ行っている。また、運営推進会議で地域の参加者より意見を頂いている。                                               |                   |

| 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 |
| 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                    | 入浴や排泄の声掛けは個別に声掛けするよう配慮している。「○○のほうが気持ちいいですね」等ポジティブな声掛けになるよう意識して取り組んでいる。                       | 日頃より、管理者は、利用者のプライバシーを損なうことがない言葉がけを意識するよう、職員に伝えている。入浴や排泄時は特に留意し、個別に声掛けを行い、一人ひとりの人格を尊重したケアが行われている。                            |                   |
| 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                      | 意向を確認すると「わからん」「どんながでも」等の返答が多く、お一人お一人が自己決定できる環境に至っていない。                                       |                                                                                                                             |                   |
| 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 | 一人一人のペースに合わせられる環境が整っておらず。ある程度、どの方にも同じような支援になっているが、決まっていることで安心感を感じられる。                        |                                                                                                                             |                   |
| 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                                   | 家族と相談の上、美容院へ出かけている。また、自分で洋服を選べる方は、さりげなく季節等声掛けしながら色合い等を褒める声掛けを意図的にしている。化粧品の持ちこみ等、生活環境に配慮している。 |                                                                                                                             |                   |
| 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      | 食事は毎日、職員と利用者様と一緒にしている。台拭きや配膳の一部は自然に行えるよう環境づくりを行っているが大部分は職員が行っている。家族と外食に出かけることがある。            | 入所利用者の重度化に伴い、普段は職員が中心に調理しているが、一人ひとりの出来る事や分かる事への参加を促し、行事食などの特別な機会を活かし、共に調理を行っている。また、外食に出掛けるなど、気分転換もかねた、食を楽しむ機会を多く持ちたいと考えている。 |                   |
| 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           | 飲み込む力に合わせて、ミキサー食や刻み食等工夫しバランスよく食べていただけるよう配慮している。水分補給はこまめに行っている。                               |                                                                                                                             |                   |
| 42                       |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                    | 1日3回、その人にあった口腔ケアを見守り介助にて行っている。衛生面から義歯は毎晩ポリデント消毒を行っている。                                       |                                                                                                                             |                   |

| 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 |
| 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                              | トイレ誘導が必要な方は時間を見ながら、チェックし声掛けしている。こまめに行うことで自発的にトイレへ行くことが増えている。                                                  | 排泄チェックシートで確認して個別誘導を行っている。職員は排泄に失敗してしまう事の利用者の心理的ダメージを十分に理解し、一人ひとりに合った排泄ケアを心掛けている。結果、リハビリパンツ(紙パンツ)ではなく布パンツとパット使用へ変更につながるなど、自立排泄の習慣化につながっている。 |                   |
| 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                                              | 毎朝の体操や水分摂取、野菜等の食物繊維の多いものを取り入れた献立等、自然に排便が促せるよう配慮している。便秘がちな方は排便状況を記録し、主治医と相談しながら内服薬や牛乳の摂取等をして頂いている。             |                                                                                                                                            |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | それぞれ週2回は入浴日を設定している。汗をかいいたり、汚れた際、また体調に応じて等その都度、湯を沸かせる体制である。体調により足浴、シャワー浴、清拭も実施している。                            | 基本的には週2回の入浴となっているが、希望される方には随時柔軟に対応している。心身の状況や一人一人のペースに合わせて、職員と一対一で昔話をするなど会話を楽しみ、ゆったりと入浴していただいている。                                          |                   |
| 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                                               | 午睡や夜の睡眠時間は室温や明るさを一人一人、配慮し安眠できるよう努めている。                                                                        |                                                                                                                                            |                   |
| 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                                          | 一人一人の薬の説明書がファイルにいつでも見られる状態である。内服薬に変更や追加があれば、往診結果や日誌、引き継ぎノート等に記載している。服薬介助時は薬袋の名前を本人と一緒に確認している。                 |                                                                                                                                            |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 全員ではないが、ケアプランに沿ってタオルたたみや花の水替え等の役割をして頂いている。お菓子等は健康・衛生管理をふまえ預かり、毎日希望を聞いて食べて頂いている。行事として誕生会や、おやつ作り、花見等は楽しんで頂いている。 |                                                                                                                                            |                   |
| 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。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 利用者の個別の買い物、通院、美容院等への外出の機会を家族と相談しながら行っている。なるべく家族と一緒に掛けられるよう依頼しているが、ホームでの付添希望も多い。付き添える体制の時に個別支援として実施している。       | 季節に応じて、花見やチューリップ公園に出かけたり、天候や職員体制に応じて外出支援を行っている。日常的にも、近所にゴミ出しに行ったり、ホームの畑に出たりなど気軽に気分転換を図っている。また、外出の機会を多く持つよう、家族の協力も得たり、依頼された時はホームで対応を行っている。  |                   |

| 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 |
| 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                                                  | 本人・家族の希望で小遣いはホームで保管している。本人家族の希望で紛失のリスクも前提に少額のお金を居室に持っている方もおられる。                                 |                                                                                                                |                   |
| 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                                                                           | 入居者からの日常的な要望は聞かれず、あまり行えていない。                                                                    |                                                                                                                |                   |
| 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 | ホーム内に季節の花を飾ったり、日中は天気に関係なく午睡以外の時間は電気をつけ明るく活動しやすい明るさにしている。室温と湿度は十分配慮し冷暖房の加減と換気を行っている。             | 共有空間の窓は大きく開放感があり、明るい空間となっている。加湿器やエアコンを利用しながら、換気を行い温度や湿度が配慮されている。リビングと和室が同一空間にありクッション等準備され、思い思いに休息がとれるようになっている。 |                   |
| 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                                                      | 玄関、玄関ポーチにベンチを置いている。座席の配慮や気の合う利用者同士一緒に過ごせるようソファを設置し、自由に休めるようにしている。                               |                                                                                                                |                   |
| 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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                           | 入居者が自宅で使用していた家具や写真等を持って来たり、ベッドや布団の使用を生活習慣に合わせて選んで頂いている。一人一人ホームに入居に至った経緯が異なり、居室にあえて物を置いていない方もいる。 | 和室と洋室があり、ベッドや布団の使用についても一人ひとりのこれまでの生活習慣や身体機能に応じてお部屋や就寝方法を選べるようになっている。お部屋には個々の趣向品を飾ったりされ、一人ひとりの個性ある居室となっていた。     |                   |
| 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」「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                                             | 廊下、居室、トイレの手すりの設置等、身の回りのことはご自身で行いやすい環境づくりをしている。                                                  |                                                                                                                |                   |

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム柳瀬の家

作成日: 平成 28年 3月 23日

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【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<br>に要する期<br>間 |
| 1        | 4        | 運営推進会議の実施回数が少ない。                           | 運営推進会議の実施回数を増やす。                          | 運営推進会議を2か月に1回実施し、参加者にホーム内の様子を知っていただき、定期的に意見交換できる場を作る。 | 2ヶ月                |
| 2        | 1        | ホーム内の具体的な理念がなく、実践に反映されにくい。                 | 分かりやすい具体的な理念を作ること、職員体制を充実しサービス向上につなげる。    | 職員全体がわかりやすい理念を作成する。                                   | 1ヶ月                |
| 3        | 6        | 身体拘束等の勉強会が実施できておらず、理解不足であり、職員全体の意識が低下している。 | ホーム内での勉強会、外部研修会への参加の機会を作り、職員全体の意識向上につなげる。 | ホーム内での勉強会、外部研修会への参加の機会を作る。                            | 6ヶ月                |
| 4        |          |                                            |                                           |                                                       | ヶ月                 |
| 5        |          |                                            |                                           |                                                       | ヶ月                 |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。