

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成22年11月11日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|--------------------------------|----------------|------------|
| 事業所番号 | 0873300529 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 清河会 | | |
| 事業所名 | グループホーム 山方 | ユニット名 | |
| 所在地 | 〒319-3106 茨城県常陸大宮市西野内1537-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年4月27日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成22年11月8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 | 茨城県福祉サービス振興会のホームページ「介護サービス情報検索」から情報が得られます。 |
|------|--|

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | | | |
|-------|--------------------------------------|-------|-------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人茨城県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 〒310-8586 水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内 | | |
| 訪問調査日 | 平成22年6月29日 | 評価確定日 | 平成22年10月22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）】

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・利用者本位・利用者の尊厳、自己決定・自立支援・個別生活状況の報告と広報誌の発行を家族に行い、本人と家族の絆を大切にしています。・月1回「だるま会議」という利用者主体の会議を開催し、利用者個々の意向を行事・外出支援に反映させて、利用者の意向を大切にしています。・グループホーム内の一般入浴が困難となった利用者に対しては、併設の特別養護老人ホームの特別浴槽を使用して入浴支援を行っています。 |
|---|

【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）】

| |
|--|
| <p>事業所は緑の美しい山村に位置している。</p> <p>グループホーム入居希望者が空き室ができるまでの間、併設している短期入所生活介護を利用したり、退去後には必要に応じ併設の特別養護老人ホームを紹介するなど関連事業所と連携している。</p> <p>管理者と職員は、利用者一人ひとりの人格と尊厳を守り、家族的な雰囲気の中で生活できるよう支援している。</p> |
|--|

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 | 職員によって理念を作成し、事業所内2ヵ所に掲示し、サービス実践時及び毎日の職員間の申し送り、職員会議で理念に基づいたケアの実践確認を行っている。 | 「利用者本位、自立支援、利用者の尊厳・自己決定、職員の向上心、安全・安心できる空間の提供」を旨とした理念を全職員で作成し、玄関と居間に掲示している。 管理者と職員は朝礼や会議時に話し合い理念を共有し実践につなげているが、地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成するまでには至っていない。 | 地域密着型サービスの意義を踏まえた理念となるよう、全職員で話し合い見直すことが望まれる。 | |
| 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 | ボランティアや慰問の受け入れ交流や地域の季節行事（お鹿島様作り、そば会、鳥追い祭り）への参加など地域住民との交流する機会を大切に、積極的に参加している。 | 利用者は職員と一緒にお鹿島様作りやそば会、鳥追い祭りなどの地域行事や近隣小学校の運動会、中学校の体育祭に参加している。 事業所に民舞や落語などのボランティアを受け入れ、職員は利用者が地域の人々と交流できるように支援している。 | | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 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活かしている | 特になし。 | | | |
| 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 | 市役所職員及び地域包括支援センター職員、民生委員、地域住民、入居者家族等の出席を得て、サービス実践等の報告並びに意見交換等を行い、サービス質の向上に努めている。 | 運営推進会議は市職員や地域包括支援センター職員などで2ヶ月に1回開催し会議録を作成している。 会議では災害避難訓練や防火対策の報告、意見交換等を行い、出た意見等をサービスの質の向上に活かしている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 | ○市町村との連携 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 | 2ヶ月に1度の運営推進会議の開催と常陸大宮市グループホーム連絡協議会に参加し、情報交換を行い、協力関係構築に取り組んでいる。 | 市担当者とは運営推進会議や市グループホーム連絡協議会などの機会に情報交換をしている。 市の委託を受けて地域包括支援センターを併設しているため、市担当者と密に連携を図っている。 | |
| 6 | 5 | ○身体拘束をしないケアの実践 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 | 「身体拘束のない介護のための指針」を事業所内に掲示し、身体拘束ゼロを目指して、夜間帯以外での玄関等の施錠は行わない拘束のない介護を行っている。但し、個人の生命に関わるなど、緊急上已むを得ない場合は、本人その家族に対して、その必要性等の詳細を説明し十分な理解を得た上で、文書にて明文化と記録をとることとしている。 | 「身体拘束のない介護のための指針」を事業所内に掲示するとともに職員は身体拘束の内容と弊害を認識し、身体拘束をしないケアに努めている。 玄関及び門扉は利用者が自由に開けることができ、出入りの際はチャイムの音で確認できるよう工夫している。 利用者が一人で外に出る場合は職員が付き添い対応している。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 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 | 職員会議の議題などに取り上げ、高齢者虐待防止について勉強する機会を持ち、職員間での共通の認識と理解を図るようにしている。また、日々のケアの中で見過ごされてしまいそうな虐待行為を職員間で注意を払い、徹底防止を図っている。 | | |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 成年後見制度など権利擁護に関する制度を、個々の必要性に応じて活用できるよう、勉強する機会を設け、職員間で制度の理解を深めることが必要で課題である。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約締結時において、契約書並びに重要事項説明書により、契約の締結、解約についてと利用料金について、利用者本人とその家族に対し十分な説明を行い、十分な理解と納得を図っている。また、内容に変更・改定が生じた際には、その都度文書にて知らせるようにしており、その旨契約締結時に伝えている。 | | |
| 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 | 玄関の受付窓口にご意見箱を設置し、寄せられた意見に真摯な姿勢で対応し、事業所運営に反映させる。また、その結果については、広報誌等で開示する。 | 重要事項説明書に事業所の苦情相談受付窓口や苦情解決責任者、第三者委員を明記するとともに、玄関に意見箱を設置しているが投函は少ない。 | 利用者や家族等に満足度調査や無記名のアンケートを実施し意見を汲みあげるとともに、出た意見等を運営に反映させることを期待する。 |
| 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 | 管理者は、月1回の職員会議及び年1～2回の当法人全体会議において、職員からの意見や提案を聞く機会を持ち施設運営に反映させている。 | 管理者は毎月職員会議を開催したり、年1回から2回法人全体会議を開催し、職員から意見や要望を聞く機会を設けるとともに、出た意見等を運営に反映させている。 意見や提案を聞く機会として、毎年職員から「自己申告書」を提出してもらっている。 | |
| 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 | 年度末に一度、各職員に自己評価シートを記入提出を実施し、そこに記入されている各職員の意見や希望を職場環境・条件の整備の参考として、常に向上心を持って継続して働ける職場整備に努めている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 | 管理者は、一人でも多くの職員が法人内外研修に参加できるよう配慮している。また、月に一度研修報告会を法人内で開催し、外部研修で得た知識を報告し、職員間で共有できるよう図っている。 | | |
| 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組みをしている | 常陸大宮市グループホーム連絡協議会及び常陸大宮市介護支援専門員連絡協議会に加盟し、定例会に出席し情報交換などに努めている。 | | |
| 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 | 入居利用を前に、訪問し本人に対し面談をして、傾聴と受容の姿勢で本人のニーズを引き出せるよう努め、さらに来所や体験利用を必要性に応じて行い、本人が入居日を安心して迎えられ、グループホームでの生活を開始できるよう信頼関係構築に努めている。 | | |
| 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 | 入居前の面談を通して、家族が望む本人の暮らしや抱える不安を把握できるよう耳を傾け、見学の機会も設けて利用がスムーズに安心して開始できるよう、入所の支援に努めている。 | | |
| 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 | 利用前の面談において把握した本人とその家族等のニーズや要望等を反映した個別支援計画書をグループホームの生活に馴染んでいくことが出来るよう作成するが、必要としている支援が他のサービスや社会資源にある時には、その情報を提供など対応するよう努めている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 | 職員は、人生の大先輩である入居者を尊敬し、グループホームでの生活を共により良いものとするため、時には助言をもらいながら、共に生活するものとしての支え合う関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 本人と家族の生活の場は離れているが、本人と家族との関係性が変わらず、職員と共に本人を支えていけるよう、常に本人の生活状況を家族に毎月文書等で報告し、関係構築に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 馴染み親しんだ生活環境から離れても、環境関係性の継続が出来るように、思い入れのある家具等の持ち込みや居室作りや地元行事への参加、馴染みの理美容室を継続利用したり、地元地域が感じられるような支援に努めている。 | 利用者の家族等が頻繁に面会に訪れるほか、昔の仕事仲間や近所の方が来訪している。 馴染みの理美容室の利用や家族等と一緒に墓参りに出かけられるよう支援している。 | |
| 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 | 入居者全員で参加できるレクリエーションや行事を取り入れ、利用者同士でコミュニケーションを取り理解を深められるよう支援し、共に楽しい生活を送ることができるよう努めている。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み 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 | 退所時に個別情報の提供を行うなど、環境や生活に大きな変化や影響が出ないように支援を行う。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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。 | 個別支援計画作成時または年1回、アセスメントを行い、本人の希望や意向の把握を行っている。その他、日常のコミュニケーションからの把握や必要に応じてアセスメントを行い把握に努めている。 | 職員は利用者の生活歴を把握するとともに、日常の係わりの中で話しかけたり行動を見守るなど、利用者の希望や意向の把握に努めている。意向の把握が困難な場合は利用者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 | 利用初期段階でのアセスメントにおける把握と日常生活のコミュニケーションの中から以前の暮らし方や生活歴を把握するよう努めている。 | / | | / | |
| 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 | 個別支援計画作成時や年1回、その他必要に応じてアセスメントを行い、本人の心身状況について把握するよう努めている。 | | | | |
| 26 | 10 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | 介護計画は、本人と家族の希望や意向に添いながら、主治医などの医療関係者の助言や職員からの意見を聞き作成し、6ヵ月ごとの定期的な評価・見直しを行っている。その他、状態の変更等でその都度見直しを図っている。 | 介護計画は利用者や家族等の希望や意向を聴くとともに、医療関係者や職員の意見等を取り入れて作成している。 モニタリングを実施し定期的な見直しをしているほか、利用者の心身の状態に変化が生じた場合はその都度見直しを行っている。 面談が困難な家族等へは介護計画を送付し確認を得ている。 | | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 | 日々の日常生活の様子など個人に関する状況は、個別生活記録に記入し、ケアの実践はケアチェック表に記入している。その各記録を介護計画の見直しに反映している。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも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 | 一人ひとりの状況に応じて、体験利用の実施や家族が対応できない病院受診や外出などに対応している。 | | |
| 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 | 本人が安全に暮らすことが出来るよう、かかりつけ医やその他の医療機関、消防署等との連携を図り、日々の生活を豊かで楽しむため、馴染みの理美容室や地域行事等への外出、ボランティアや慰問の受け入れを行っている。 | | |
| 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、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 | 利用開始以前からのかかりつけ医の受診継続を基本として、可能な限り家族同伴での受診を依頼し、本人と家族が納得のいく治療を受けられるよう支援を行っている。また、年1回、健康診断を実施し記録をしている。 | 利用者や家族等が希望するかかりつけ医の受診を支援している。職員が付き添い受診した場合は、受診結果を家族等に報告している。年1回かかりつけ医による健康診断を実施し利用者や家族等の安心につながっている。 | |
| 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 | バイタルチェックは、1日に2回（午前・午後）行い、体調の異常の早期発見に努めている。異常が見られた場合は、看護師に報告し適切な処置や受診が受けられるよう支援している。尚、看護師が当日不在の場合は、併設施設の看護師に状況を報告し、適切な処置や受診が受けられるよう支援する。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 | | ○入退院時の医療機関との協働 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。 | 本人が安心して治療を受けたり、在宅復帰が出来るよう入院時には、介護サマリーを病院へ提出し、情報提供を行っている。また、退院時は、カンファレンスの開催や看護サマリーによる情報提供で情報交換を行い、本人の機能低下が出来る限り進行しないよう、医療機関との協働に努めている。 | | |
| 33 | 12 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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 | 心身の重度化や終末期を迎えた段階で、家族並びに主治医とカンファレンスを開催し、その後の支援について話し合っているが、当グループホームにおいて現時点での終末期ケアは実施していないため、その方針を十分説明し、その後の支援に取り組んでいる。 | 事業所は看取りは行わない方針だが、重度化した場合は家族等や主治医と今後の対応について話し合っている。 重度化や終末期に向けた事業所の対応方針やマニュアルを作成するまでには至っていない。 | 重度化や終末期に向けた事業所の対応方針やマニュアルを作成し全職員で共有するとともに、契約時に利用者や家族等に説明することを期待する。 |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 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 | 応急手当マニュアルと家族や主治医の連絡先一覧を作成し、急変時に速やかに対応できるよう備えている。 | | |
| 35 | 13 | ○災害対策 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 | 消防署の指導の下、月に1回の避難訓練を計画・実施をしている。また、運営推進会議にて市役所や近隣住民への災害時の協力を依頼している。 | 消防署指導のもと年1回併設している特別養護老人ホームと合同の避難訓練を実施しているほか、毎月事業所独自に夜間を想定した避難訓練を実施し記録している。 避難訓練に市職員や近隣住民の参加を得るまでには至っていないが、運営推進会議で災害時の協力を働きかけている。 災害時に備え事業所独自で食糧や飲料水を備蓄している。 | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 | 事業所理念に「利用者の尊厳と利用者本意、自己決定」を掲げ、全職員が個々の人格尊重とプライバシーの確保に努めている。また、個人情報の使用同意や広報誌等への写真掲載の同意は、利用契約の際に文書で確認している。 | 職員は利用者の尊厳を大切に人格を尊重して、プライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。 個人情報の記録等は事務室の本棚に保管し管理している。 | | | |
| 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 | 利用者個々が、グループホームでの生活において、困っていることや希望、行いたい行事などを話し合い、利用者間で決定する機会として、月に1回、利用者による会議を開催している。 | / | | / | |
| 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 | 日課である食事・入浴・掃除・ラジオ体操以外の時間は、利用者個々が自由に過ごせる支援を行っている。 | | | | |
| 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に支援している | 各季節に添いながら、本人の好みの衣類が着用できるよう、家族と連絡を取りながら、ダンスの中の衣替えや衣類の整理などの支援を行っている。また、馴染みの理美容室を利用して好みの身だしなみができるよう支援している。 | / | | / | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 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て、可能な限り炊事や後片付けを利用者と共に行っている。また、定期的におやつ作りなどを開催し、食を楽しむ環境作りに努めている。 | 食事は併設施設の厨房で調理し運搬されてくる。 利用者はできる範囲で配膳や下膳、テーブル拭き、食器拭きなどを職員と一緒にしている。 職員は利用者と一緒に会話を交わしながら食事をしている。 定期的におやつを作ったり、全員で外出に出かけるなど食事が楽しみなものとなるよう支援をしている。 | |
| 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 | 水分摂取量については、チェック表を作成し、個々に十分な水分量が確保できるようにしている。また、栄養摂取については、医師の指示がある利用者は、事業所栄養士と相談して食事を提供し、それを常時記録に残して介護計画等へ盛り込み支援を行う。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 毎食後に口腔ケアの支援を実施して、義歯使用の方は入れ歯用洗浄剤を使用して、洗浄・消毒を行い、口腔内の清潔保持に努めている。 | | |
| 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 | 日中は、リハビリパンツの使用により全利用者がトイレでの排泄を行うことが出来ている。夜間は、さらに自室にポータブルトイレを置き、排泄の自立支援を行っている。 | 職員は排泄チェック表で利用者一人ひとりの排泄パターンを把握している。 昼間はリハビリパンツなどを使用し、利用者全員がトイレで排泄できるよう支援しているほか、夜間は必要に応じて居室にポータブルトイレを置き排泄の自立に向けた支援をしている。 | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 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 | 朝の体操や散歩など適度な運動の実施や水分の摂取支援を行い、便秘予防に取り組んでいる。また、排便管理表に記入し個別の排便管理を行い、便秘症状が見られた場合は、主治医と相談し、服薬での便秘予防を検討と対応を行っている。 | | |
| 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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている | 季節感を入浴でも楽しめるよう、季節に応じてゆず湯やりんご風呂など工夫をしている。利用者のプライバシーを配慮し、基本的には個別入浴を実施しているが、個々に応じた入浴時間帯の支援は行われていない。 | 週3回午後の入浴を支援している。 季節に応じて柚子湯やりんご湯、菖蒲湯など入浴が楽しめるよう支援している。 入浴を拒む利用者には家族等から促してもらったり、相性の良い職員が声をかけ入浴できるよう支援している。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 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 | 夜間の安眠を考え、日中は、昼食後の昼寝を個々の体調を考慮したうえで、なるべく1時間以内の休息となるよう支援を行っている。 | | |
| 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 | 飲み忘れが無いよう、個々に応じた服薬管理を実施し、特に飲み忘れの可能性のある利用者に対しては、個別計画にて確認している。 | | |
| 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 | 日常生活の中で炊事や部屋の掃除、ゴミ捨てなど、個々の能力に応じて役割のある生活を送ることができるよう支援している。また、利用者間で決めた行事や外出などを取り入れ、楽しみをもった気分転換の支援をしている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 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 | 併施設設との間を行き来ができるよう、門扉は施錠せず、センサーにて対応し個々の意思を抑制しないように努めている。また、買い物や外食、ドライブなど屋外へ出掛ける機会を設けるよう努め、外出支援を行っている。個々の希望外出には、家族協力によって行っている方もいるが、全体には対応できていないため、課題が残る。 | 利用者は広い敷地内を日常的に散歩している。 職員は利用者がおやつや材料の買出しや外食、花見、紅葉狩り、ドライブなどに出かけられるよう計画を立て支援している。 家族等に利用者の思いを伝えるとともに協力をお願いするなど、一人ひとりの希望にそった外出ができるよう支援している。 | |
| 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 | 金銭管理能力が低下している利用者に対しては、家族と相談し事業所において管理をして、収支報告を行っている。金銭所持の希望がある場合は、本人と家族と協議を持ち理解を得た上で、2~3千円程度のお小遣いを持ち、買い物などお金を使えるよう支援している。 | | |
| 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をしている | 本人の希望によって家族に電話をかけたり、季節ごとの便りなど、家族との気持ちのやり取りができるよう支援を行っている。 | | |
| 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 | リビングダイニングの共有空間からは、梅や桜など季節を感じられる庭を見渡せるようになっている。また、共有空間内の掲示には、当月の行事や季節の歌があるが、それ以外の掲示もされている現状がある。 | 広く明るい食堂兼居間にはフローリングと段差のない畳み敷きのスペースがあり、居心地よく過ごせる空間となっている。 食堂兼居間と廊下には事業所行事の掲示や写真、懐かしい歌が飾られているが、季節感を取り入れるまでには至っていない。 | 季節行事の飾り付けや草花を飾るなど、季節感を取り入れることが望まれる。 |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 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 | 共有空間の畳スペースには、座卓(炬燵)と座布団、ソファを配置、フローリングスペースにもソファや椅子、玄関にも庭が眺められるよう籐椅子を配置し、利用者個々が思い思いの場所で過ごせるよう行っている。 | | |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 本人の思い入れのある品や好みのもを、本人や家族と相談しながら配置して居心地のよい居室作りを行っている。 | 利用者は自宅から使い慣れたタンスやテレビ、布団、毛布などを持ち込んだり、利用者が作った作品や家族等の写真、カレンダーなどを飾り居心地よく暮らせるよう工夫をしている。 | |
| 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」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 | 門扉のセンサーや離床センサーの設置により、見守り支援を行っている。また、トイレの認識ができるよう「便所」や「男・女」の表示で工夫している。 | | |

| 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 | 利用者は、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みられている (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、安心して暮らせている。 (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) | <input type="checkbox"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある <input checked="" type="checkbox"/> 3, たまに <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 1, 大いに増えている <input type="checkbox"/> 2, 少しずつ増えている <input checked="" type="checkbox"/> 3, あまり増えていない <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 1, ほぼ全ての職員が <input checked="" type="checkbox"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input checked="" type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input checked="" type="checkbox"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 4, ほとんどいない |

(様式4)

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム 山方

作成日 平成22年11月7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組み内容 | 目標達成に要する期間 |
|------|------|-------------------------------------|---|---|------------|
| 1 | 1 | 事業所理念の中に地域密着型サービスの意義が含まれていない。 | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念の作成 | 地域密着型サービスの意義というものを全職員で考え、話し合い、地域の中で利用者が関わりを持ちながら生活していけるようなグループホームでのケア理念を作成する。 | 1ヶ月 |
| 2 | 10 | 事業所運営に対する利用者や家族の意見が少なく、運営に反映されていない。 | 利用者や家族の意見を出しやすい環境を整え、出された意見を事業所運営に反映する。 | 意見を出しやすくするため、定期的にアンケート等を実施し、サービス満足度や事業所に対する要望などをくみ上げ、事業所運営の改善に反映させる。 | 6ヶ月 |
| 3 | 33 | 終末期ケアに向けた事業所方針が明文化されていない。 | 終末期ケアに対する事業所方針を明文化する。 | 重度化・終末期ケアに対する事業所方針を明文化し、契約時に利用者や家族に説明し理解を得る。 | 3ヶ月 |
| 4 | 52 | 季節感のある空間づくりが不足してる。 | 共有スペースを中心に季節感が感じられる空間の実現。 | 各四季に合わせて、四季折々の草花などの飾りや昔ながらの歌の歌詞、季節行事などを壁面を活用して飾りつけして、四季を感じる空間を作る。 | 1ヶ月 |
| 5 | | | | | |

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。