

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成22年11月2日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|----------------------------|----------------|-------------|
| 事業所番号 | 0873100606 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 青丘 | | |
| 事業所名 | グループホーム こすもす | ユニット名 | |
| 所在地 | 〒319-0101 茨城県小美玉市橋場美528 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年4月28日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成22年10月30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14日 |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

| |
|--|
| <p>一人ひとりが家庭的の雰囲気の中でその人らしく安らかに暮らせるよう、利用者のもつ能力やリズムを大切にしながら支援している。 日々の生活の中で、無理のない役割や出番を提供できるようにしている。 職員は笑顔を忘れないように親しみと安心感を持っていただけるよう心がけている。</p> |
|--|

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

| |
|--|
| <p>運営母体関連の協力医療機関や特別養護老人ホームが近くにあり、利用者の体調に変化が生じた時は、夜間でも特別養護老人ホームの看護師と連携を図りながら協力医療機関との受診体制が整備されており、利用者や家族等の安心につながっている。 草花や樹木が植栽された庭で利用者は野菜をつくり、設立から10年経過した自然な庭の中で穏かに過ごしている。</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 | 「地域との交流を大切に、家庭的な雰囲気の中で・・・」という地域密着型サービス事業所としての理念を掲げている。朝礼時に全職員で理念を唱和し共有に努めている。利用者のできることやできないことを見極め、残存能力を活かした支援をするなど理念の実践につなげている。 | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を作成し、管理者と職員は朝礼時に唱和して共有し、実践につなげている。 | |
| 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 | 地域のボランティア団体が定期的に事業所に来訪し、傾聴や演芸を通して利用者と交流を図っている。夏の納涼祭は地元の皆様を招待し、盆踊り等、地域とのふれあいを大切にしている。 | 運営母体関連施設と合同による納涼祭に、地域の助成会を通じて300名程の方を招待し盛大に開催され、事業所と地域の人々との交流の機会となっている。 地域の傾聴ボランティアを定期的に受入れたり、芸能ボランティアの訪問もある。 | |
| 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 | 朝のミーティングやケア検討時には必ず話題にし、意識を高めるように全員が理解できるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 運営推進会議は市職員、民生委員、ケアマネージャー、家族、意職種の構成で概ね2ヵ月に1回運営推進会議を開催し施設の実情や問題点を話し合うとともに新しい情報を得るなどサービスの向上に活かし、会議録も全職員が回覧している。 | 運営推進会議は2ヶ月に1回開催している。 会議では事業所の状況や行事報告、行事予定などを報告し、出席者の意見等をサービスの質の向上に活かしている。 委員から近隣の高齢者の状況報告が有り、高齢者の地域交流の必要性などを話し合っている。 | |

☆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 | 施設長が市の介護保険事業計画策定委員を務めるとともに、介護保険に係わる申請の代行を行っており、いつでも連携が図れる体制が整っている。 | 生活保護の利用者を受入れ市担当者との連携を図っている。 | |
| 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 | 身体拘束防止のポスターを掲示するほか、マニュアル等を基にミーティング等で身体拘束防止について話し合い全職員で共有し、無断で外に出る利用者については職員が寄り添い、外に出たいことの意味を理解できるように話し合う機会を設けている。 | 管理者と職員は会議などで身体拘束をしないケアについて話し合い、利用者が一人で外出した際には見守り対応するなど、玄関の施錠を含め身体拘束をしないケアに取り組んでいるが、研修の実施記録を作成するまでには至っていない。 | 職員は身体拘束をしないケアを更に理解するために、外部研修に参加したり内部研修を行い記録を作成することが望まれる。 |
| 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 | 関連施設と話し合う機会を設け、事業所内での虐待が見過後されないよう、防止に努めている。 | | |
| 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 | 個々の必要性を関係者と話し合い、利用者の人権を脅かさないよう日々の介護に活かし、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 |
| 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 | 契約時、重要事項説明書で理解を頂くまで十分な説明を行い、理解・納得を図っている。 | | |
| 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 | 玄関に苦情箱を設置するとともに、重要事項説明書に第三者機関の苦情相談受付窓口を明記し、契約時や面会時に利用者や家族等に説明している。持ち込み禁止のものでも、家族等の希望や相談に応じるなど、利用者や家族に応じるなど、利用者や家族等の意見を運営に反映させている。 | 玄関に意見箱を設置するとともに、利用者からは日常のふれあいの中から、家族等からは来訪時に意見や要望を聴くように努め、出た意見や要望を運営に反映させている。事業所に来訪できない家族等には、電話などで意見や要望を聴くよう努めている。 | 直接意見等を出し難い家族等に配慮して無記名のアンケートを実施するなどの工夫が望まれる。 |
| 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 | 管理者はミーティングや日々の話し合いで職員の意見や提案を聞き、「申し送りノートにおける重要事項の朱書き」など、ノートの記述方法を変更するなど、職員の意見を運営に反映させている。 | 管理者は朝礼や会議で職員の意見を聞くとともに、日頃からコミュニケーションを図るよう心がけている。職員から意向や要望を表すことが上手くできない利用者にも気配りや声かけを行うことや、具体的なレクリエーションの提案が出され、管理者は出た意見等を運営に反映させている。 | |
| 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 | 運営母体の病院で、月1回定例会議を実施し、意見や要望など話し合う機会を設け、職員処置への反映や向上を持って働けるような配慮、対応に努める。 | | |

☆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 | 職員採用時は2ヶ月間重点的に施設内で指導、段階に応じた研修に参加している。日常的に学ぶ機会をつくり、園内研修を実施し経験を積みながら習得に努めている。 | | |
| 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 | 園内研修、勉強会を行うとともに、事例検討会を通して、介護技術・サービスの質向上に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入所相談時から、信頼関係を築いていけるように、本人と必ず面談を行い不安を取り除く様に努めている。年2回、本人と家族に相談、要望についてのアンケートをとり、組織的な対応を図り、対応結果を説明している。 | | |
| 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 | 家族とは十分に話し合いを行い、不安や要望など家族の思いを良く聴き理解し、コミュニケーションを図っている。上記へ記載（本人家族に対しての相談要望についてのアンケートをとり、組織的な対応を図り、対応結果を説明している。） | | |
| 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 | サービス利用を開始する段階で、本人と家族の必要としているサービスにお答えできるよう、他のサービス内容を念頭に入れ対応している。 | | |

☆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 |
| 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 | 介護とは考えず、安心して楽しく暮らすためにはどのようにしたら良いのか、お互いできることは自分でして頂き、また利用者から教わり支えられている。 | | |
| 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 | 家族来園時には利用者の状況を中心に報告し、毎月発行の「こすもすだより」にはホーム全体の様子をお便り形式で作成し送付している。急変時の病院受診の前後には電話連絡している。 | | |
| 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 | 利用者が馴染みとしている利美容室の利用や墓参りの希望があった場合は家族等の連絡するなど、馴染みの人の場所との関係継続を支援している。 | 利用者の親戚や友人が来訪したり、職員は利用者が馴染みの人へ手紙を出せるよう支援をしているほか、家族等に連絡し利用者が理美容院や墓参りなど馴染みの場所に行け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 | 共有の場でトラブル防止には、特に注意して見守っている。安心できる環境づくりに取り組んでいる。 | | |
| 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 | 病院で退所した方は、病院への見舞いに行き必要に応じ情報交換を行い、話しやすい雰囲気づくりに取り組んでいる。 | | |

☆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 | |
| 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。 | ご本人の意向の確認が難しい利用者が増えているが、利用者に応じて出来ることを書き出し、支援の必要な部分を見極めながら利用者の自己決定を尊重している。 | 職員は家族等から話を聴いたり、日々の暮らしの中で利用者の希望や意向の把握に努めている。 職員が利用者の新しい情報を把握した場合の記録が無く全職員で共有するまでには至っていない。 | 日々の支援の中で把握した利用者の思いや生活歴などを記録し、全職員が共有できるよう努めることを期待する。 | |
| 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 | 一人ひとりがそれぞれ安心できるような環境を整え、利用者や家族との日々の会話の中で信頼関係を築きながら、時間をかけ把握するように努めている。 | | | |
| 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 | 一人ひとりの生活のリズムを理解し、出来ること出来ないことを把握し、毎日の生活の様子や介護記録、申し送りノートに記録することで、総合的な把握に努めている。 | | | |
| 26 | 10 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | 介護支援専門員と職員が話し合い、家族等の意見を反映した介護計画を作成している。3ヶ月ごとにモニタリングするとともに、6ヶ月ごとに目標の達成度を評価し満足が得られ、現状に即した介護計画を作成している。 | 介護計画は利用者や家族等の意見や希望を聴き職員間で話し合って作成するとともに、定期的に見直している。 利用者の心身の状態に変化が生じた場合は、現状に即した介護計画に見直している。 | | |

☆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 |
| 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 | 個別の介護記録用紙に生活の様子、食事量、排泄記録などを記録している。申し送りノートや業務日誌などで情報を共有し、実践や介護計画の見守りに活かしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 関連施設の看護師と医療連帯や主治医の週に1回診、そのときに生まれるニーズに対応して、馴染んだ環境の中で最後まで過ごせるよう支援している。 | | |
| 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 | 週一回の外来受診時や関連施設の看護師と共有し、健康管理やケアについての相談を行っている。 | | |
| 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 | 協力医療機関の受診を原則としており、利用者や家族等の同意を得て受診支援をしている。利用者の体調に変化が生じた場合は、同一法人が運営する特別養護老人ホームの看護師と連帯を図り、速やかに協力医療機関で受診できるよう支援している。 | 契約時に利用者や家族等が希望するかかりつけ医を確認するとともに、協力医療機関以外の受診は家族等が付き添っている。利用者の殆どが協力医療機関をかかりつけ医とし、職員は利用者や家族等の同意を得て週1回の受診を支援している。利用者の心身の状態に変化が生じた場合は同一法人の施設の看護師と連携を図り、速やかに協力医療機関を受診できるよう支援している。歯科や眼科は家族等が同行し受診している。 | |
| 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 | 週一回の外来受診時や関連施設の看護師と連絡を密に取り合い、健康管理やケアについての相談を行っている。 | | |

☆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 |
| 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。 | 入院した際は定期的に面会に訪れるようにし、馴染みの関係を継続できるようにしている。病院関係者との情報交換やアドバイスを受け混乱なく過ごせるよう体制を整えている。 | | |
| 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 | 美野里病院医師と常時連絡できる体制が整っており、家族と密に情報交換を行い、ホームではこのように協力できることを十分に説明しながら支援している。 | 「ターミナルケアマニュアル」や「看取り介護に関する事前調査」、「看取りに関する同意書」を作成しているが、利用者が重度化した場合は運営母体関連の協力医療機関に入院することとなっている。 | 終末期ケアについて事業所でできることやできないことを明確にし、事業所の対応方針やマニュアルを見直すとともに、職員や関係者で方針の共有を図り、契約時に利用者や家族等に説明し同意を得ることを期待する。 |
| 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 | 緊急時マニュアルを実行している。職員全員で演習を行い実践力に身をつけている。 | | |
| 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 | 消防計画に基づき、防災訓練を行っている。訓練は日中想定と夜間想定で行われている。防災担当も決められ事業所内に提示されている。 | 夜間想定を含め年2回消火訓練と避難訓練を実施するとともに実施記録を作成しているが、訓練で明らかになった課題を検討したり記録するまでには至っていない。 災害時に備えて近隣住民や近くの運営母体関連施設と協力体制を築くまでには至っていない。 | 訓練で明らかになった課題を検討し記録するとともに、改善に向けて取り組むことを期待する。 運営推進会議などを通じて地域の助成会の協力を得て近隣住民に災害訓練への参加を呼びかけたり、運営母体関連施設との緊急時の連絡体制を整備するなど、協力体制を築くことを期待する。 |

☆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 |
| 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 | 利用者に合わせた言葉掛け、対応がされ、本人を尊重したケアを行っている。 | 利用者一人ひとりの人格を尊重し利用者に合わせた言葉かけや対応をしている。 トイレ誘導時の声かけや介助はプライバシーを損ねないように配慮している。 | |
| 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 | 利用者の持っている力を引き出せるよう、出来る限りの自立支援を心がけている。掃除や洗濯たたみ、身の回りのことなど、本人が自己決定できる場面をつくっている。 | | |
| 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 | 一日の流れは決まっているが、一人の状態やペースに合わせて柔軟なケアを心がけて支援している。 | | |
| 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 | 2ヵ月に1度の頻度で移動美容師が訪問し、利用者の希望を取入れた理美容の支援をしている。 | | |

☆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 |
| 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 | 主食以外は同法人の施設から配達されるが、自家菜園で収穫したふきやナスを献立に付け加えるなど工夫をしている。フキの皮むきなどの下ごしらえや食後の下膳、テーブル拭きなど利用者が出来る範囲で食事の片付けを担っている。 | 主食以外は同一法人の関連施設から配達されるが、利用者の希望を献立に取り入れたり、自家菜園で収穫したきゅうりや茄子を食材に加えるなど工夫しているほか、行事食を取り入れ食事が楽しみなものになるよう支援している。 職員は利用者と一緒に食事をしながら介助をしたり、声かけや会話をしながら食事の支援をしている。 | |
| 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 | 隣接施設の栄養士の献立により、味付け、栄養のバランス、必要量を確保している。食事の見守り、確認、量や盛り付けの工夫により、バランスよく摂取できるよう見守っている。 | | |
| 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 | 食後の歯磨き、うがいの声かけや見守り、義歯の洗浄を定期的に行い習慣づけている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの排泄パターンを職員全員が把握し、排泄記録表により利用者の排泄パターンを把握し、トイレ誘導するなど自立に向けた支援をしている。 | 排泄記録表により利用者の排泄パターンを把握するとともに、必要に応じて声をかけ誘導しトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をし、紙パンツから布パンツになった利用者もいる。 | |

☆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 | 身体を動かす機会をつくり、排泄のリズムを取るよう心がけ、便通のよい食材の工夫や乳製品を取りいれている。 | | |
| 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 | 週2回を目安に入浴を設定しているほか、希望によりシャワー浴の支援をしている。入浴を嫌がる方には言葉かけとタイミングを工夫し、入浴を勧めている。 | 週2回午前入浴と決まっており、入浴回数など利用者の希望にそった入浴を支援するまでには至っていない。 入浴を拒む利用者には、複数の職員で言葉かけとタイミングを工夫し、再度入浴を勧めている。 | 入浴回数や時間帯など利用者の希望にそった支援ができるよう職員間で話し合うことが望まれる。 |
| 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 | 散歩や外気浴など身体を動かす機会をつくり一日のリズムを整え、安眠できるように努めている。 | | |
| 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 | 各個人の処方箋をファイルしており、全職員が内容を把握できるようになっている。服薬時には口の中に入れて確認を行っている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの出来ること出来ないことがあり、できることを自分の役割として行い、個人の力を発揮できる場をつくり、感謝の言葉掛けをおこなっている。 | | |

☆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 | 最近新型インフルエンザの流行で外出の機会は少ない。可能な利用者は家族が付き添い外出の機会を設けている。 | 利用者は入浴や通院が午前中の日課となっており、昼食後は各自の居室で休息しているため外出の機会は少ない。 事業所に車が無いと外出の機会は週1回の協力病院への通院だが、年1回は法人の車で利用者の希望にそった遠方への外出を支援しており、利用者の楽しみとなっている。 | 全職員で利用者の一日の過ごし方を見直し、近隣の散歩ができるよう工夫をしたり、ボランティアや認知症サポーターの協力を得ながら日常的な外出支援に取り組むことを期待する。 |
| 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 | 利用者が自ら支払いすることは困難である。事業所が金銭を管理し、金銭の額や用途に関する相談報告など家族に合意を得ている。 | | |
| 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 | 家族からの年賀状などを取り次ぎ、電話をかけたい方は職員が取り次いだりして支援している。 | | |
| 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 | 廊下の要所に手すりを設置し、風呂場には滑り止めマット、トイレには車椅子が出入りしやすいようにドアを外しカーテンで仕切るなど、利用者に配慮した共用空間づくりとなっている。共用空間の一角が畳敷きになっており、利用者がくつろげる場所になっている。玄関や廊下の所々に観葉植物を設置し、ゆったりとした雰囲気になるよう工夫している。利用者に配慮し、窓を開閉するなど適切に温度管理をしている。 | 玄関や廊下に観葉植物を配置し、家庭的な雰囲気になるよう工夫をしている。 共用空間は清潔に保たれ適切な温度管理に努めているほか、一角が畳み敷きになっており利用者が寛げる場所になっている。 職員は行事の写真や季節毎の作品を飾るなど、利用者が居心地よく過ごせるよう配慮している。 | |

☆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 |
| 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 | 玄関の横に椅子が置いてあり、食堂、談話室、プレイルームなど自由な交流の場になるように見守っている。 | | |
| 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 | 整理整頓された居室内は低床の介護用ベットや小ぶりのチェストが配置され、家族の写真や馴染みの品を持ち込み、職員は居心地よく暮らせるよう支援している。茶碗やカップ等も使い慣れた物、好みの物が使用されている。 | 居室はベッドやタンス、椅子が備え付けられ、利用者は家族等の写真やカレンダーなどを飾り居心地良く暮ら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 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 | その人の残存能力を支援する介護を実施している。手や口を極力出さずに見守ったり、一緒に行くようにしている。 | | |

| 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 | 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="radio"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <input type="radio"/> 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="radio"/> 1, 大いに増えている <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3, あまり増えていない <input type="radio"/> 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="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 こすもす

作成日 平成22年10月29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 | 9 | 日々の支援の中で把握した利用者の思いや生活暦を、記録し、全職員が共有できるようにする事 | フェスシートを記録し職員全員で共有する | 入居されている方の新しい情報を随時記録する。フェスシートを作成してゆく | 3ヶ月 |
| 2 | 18 | 利用者の1日の過ごし方を見直す。日常的な外出の支援をしてゆくようにする | 日常的に外出が出来るように支援できる | 日々外出する習慣をつけ、毎日継続してゆく。散歩の習慣つけてゆくようにする。 | 3ヶ月 |
| 3 | 5 | 身体拘束をしないケアの理解をし、研修に参加・内部研修をしてゆくようにし、記録する事 | 身体拘束の無いケアを職員全員で理解・共有する | 研修の参加・内部研修を行なってゆくようにする | 6ヶ月 |
| 4 | 13 | 災害時の訓練の課題の記録。地域、運営母体関連の協力体制を作る | 災害時の訓練の課題を記録し、地域住民・運営母体の協力体制を作る | 災害訓練の課題を検討し、記録する。運営推進会議を通して、協力体制を築く。 | 1年 |
| 5 | 6 | 家族等意見の反映が出来るように、アンケートなどの実地をしてゆく事 | 利用者・家族等の思いを反映できる | アンケートの実地を行なう何でも話せるような信頼関係を築いてゆくようにする | 1年 |
| 6 | 12 | 終末期ケアの方針を、職員・関係者と共有が出来、家族等にも同意を得てゆくようにする | 終末期のケアについての方針を、家族・職員・関係者と共有できる | 事業所で出来る事を踏まえたマニュアルの作成をし、家族・職員・関係者と共有して行くようにする | 1年 |
| 7 | 17 | 入浴回数や利用者の希望にそった入浴支援が出来るようになる | 利用者の希望にそった入浴支援ができる | 入浴の回数・時間の希望に添えるように工夫してゆく | 1年 |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。