

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25年 12月 20日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200130		
法人名	株式会社 ひょうま		
事業所名	グループホーム ひなたぼっこ・東原①		
所在地	〒731-0112 広島県広島市安佐南区東原二丁目9番4号 (電話) (082) 850-0802		
自己評価作成日	平成25年11月9日	評価結果市町受理日	

※ 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://www.kaigokensaku.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=3490200130-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成25年12月19日

【事業所が特に力を入れている点、アピールしたい点（事業所記入）】

<p>①部門目標設定 1年後到達目標設定、DCAPサイクルにて毎月目標評価、翌月の実施の取り組み・手段を明確にしている</p> <p>②ケアプランの充実 入居者方々の生活の楽しみを組み入れながら個別ケアを重視している (毎月モニタリング・計画作成者アドバイス・グループ会でのプラン検討)</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>・毎日楽しく活動的に過ごして頂きたい。その思いを全職員で共有し、ケアに活かせるようにしている。(安全に、健康に、楽しい食事、入居者同士のコミュニケーション、職員との信頼関係)家族との繋がりを保つためにお正月には、遠方の方にも一緒に過ごしてもらっている。</p> <p>・権利擁護、人格の尊重とプライバシーの確保等、ケアのなかで見過ごされやすい項目を、全職員が常に意識できるようお互いにチェックしあい、侵害がないケアを目指している。</p> <p>・事故防止のケアを目指している。事故になる前のヒアリングの報告の段階で対処している。夜の転倒防止に、夜勤スタッフは耳を澄ませて、居室での動きを察知できるようにしたり、布団に鈴を付け、動きを察知したり、居室での動線の変更をするため家具の配置替え、夜のみポータブルの設置、後方からの声掛けの禁止など。服薬事故防止には、薬カレンダーや3重のチェックをしている。薬をゴっくん飲み込まれるまで見守る等で改善された。</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
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・基本理念5カ条あり ・基本理念に基づき「グループホームひなたぼっこ・東原」としての目標を設定し毎月グループ会にて評価している 	法人の基本理念5か条に基づき、各ユニット毎の基本方針・今年度のスローガンを、ユニットそれぞれの玄関に掲げている。加えて各ユニットのスタッフルームにも掲げて、全職員の共有を図っている。日々のケアに実践できるように努め、毎月のグループ会（職員会議）で評価している。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・夏祭りの開催や散歩、近隣の店舗を利用する事で顔見知りができ入居者が地域の方と会話する機会が増えている。 ・近隣の行事には回覧板で情報収集し参加している。 ・ホーム内行事を通して「グループホーム」を理解していただけるよう努力している。また地域のボランティアの定期来所も確立しつつある。 	高齢者と若い働く世代の住民が多い地域で、町内活動があまり活発でない。そんな中なんとかホームの存在を知ってもらう努力を続けている。散歩途中でのごみ拾い、年2回の清掃活動に入居者と参加やホームでの夏まつりの案内を近隣のコンビニにお願いをしている。今年は40名の地域の方の参加があった。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員・地域包括支援センター等からの相談を運営推進会議あるいは電話にて受けている（地域での独居老人等の相談） 		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	<ul style="list-style-type: none"> ・2ヶ月に1回実施している。毎回グループ目標に基づいた評価結果及び課題を報告し方向性を相談している。また、今後の新しい取組みについても報告、意見をj得ている ・ホーム内でのケアの問題点についても相談、意見をいただき参考にさせていただいている 	2か月に1回実施している。地域包括からは毎月参加してもらっている。地域とのきっかけづくりへの助言等もらっている。地域住民として毎回複数の民生委員さんが参加されて、事故等の発生時には、真剣な助言を頂いている。入居者のおよそ半数の家族が遠方ということもあり、会議への参加がない。今後も参加の呼びかけを工夫していく。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議等にも市職員の方なるべく参加していただけるよう促すようにしている 	ホームでの対応等困難事例や介護・看護の領域について相談したり意見を聞いたりしている。運営推進会議への参加案内は今後も続けていく。	

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
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>	<ul style="list-style-type: none"> ・「身体拘束」については、内部研修を実施及び参加している ・拘束を実施する場合、全スタッフにて検討を行い、その結果、代替介護がない場合のみご家族に説明し実施している また、実施状況については、そのつど記録し本人への身体、精神的影響について留意している 	<p>「虐待、身体拘束チェック表」を作成し年4回自己チェックを行い、無意識に該当する行為をしている事が分かり改善できている。平屋の建物の2方は道路に面していることもあり、玄関の施錠は内側からのみ実施している。出かけたい方には個別に散歩に行くなどして対応している。ウッドデッキ中庭での散歩も行っている。</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逃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>	<ul style="list-style-type: none"> ・年に1回、内部研修を実施している ・月に1回、グループ会にて入居者の方々のケアについて話し合い、虐待・不適切なケアの早期発見に努めている 		
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>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者、スタッフとも外部研修へ参加しているが、理解は不十分である 		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・十分な時間をとって詳しく説明を行い、理解・納得していただけるようにしている ・改定等については、本社からその都度文章にて家族等へ報告されている ・利用料やリスク、重度化やできること、できないこと、医療連携体制についても詳しく説明し、同意を得るようにしている 		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者に対して、担当職員を配置している ・意見、不満、要望等は各担当者よりホーム長に報告、早急に対処している ・ホーム長に、直接訴えができるように事務所ドアは常時開放している ・年に2回、家族会の開催 	<p>職員は入居者を担当制でケアを行っている。責任を持ってより深く関わることができ、信頼も保って入居者からの意見も聞き取れている。食事に関わる意見が多い。家族からの意見は年2回の家族会の時に聞き取るが、個別には家族から担当職員に連絡がある。意見は担当者からホーム長に報告し対処している。</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
11	7	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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。</p>	<p>・月1回グループ会を開催し、各委員会からの業務経過報告、業務改善提案等聴取している</p> <p>・グループ会での意見等を精査し、改善に向けて検討、ホームにて判断ができない場合は運営者に報告し判断を得ている</p>	<p>月1回のグループ会で各委員会（排泄・ケアプラン・行事・環境整備・レクレーション・物品管理）からの業務改善提案の報告を聴き、検討している。ホームでの判断が難しい場合は運営者に報告・判断を得ている。「意見BOX」を設置し職員のアイデア・気付き等を無記名で投函してもらいホーム長が意見を集約し全員で検討し改善に取り組んでいる。</p>	
12		<p>○就業環境の整備</p> <p>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。</p>	<p>必要に応じて面談にて職員個々の意見を聞く機会を設けている</p> <p>職員の資格取得を支援している</p>		
13		<p>○職員を育てる取組み</p> <p>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。</p>	<p>毎月の職員会議の際に相互の内部研修を行うよう指示している</p>		
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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。</p>	<p>他事業所との交流や意見交換、勉強会等へ参加できるように、勤務体制のうえで配慮し、サービスの見直しの機会を得るようにしている</p>		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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。</p>	<p>・入居前に本人・家族様と面談し、ホームでの生活に対する要望、想い、生活暦等を聴取しホームではどのような対応ができるか、また利用者本位の生活ができるよう事前に話し合いをしている</p> <p>・職員が本人に受け入れられるような関係づくりに努めている</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
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族様が求めているものを理解し、ホームとしてはどのような対応ができるか伝えている 		
17		<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入居前面談にて「要望・想い」を傾聴。ホームでの対応困難な場合は（ホームの力量・質）できない理由を説明する。その上で互いに妥協ができた場合は入居していただいている ・状況、状態により可能な施設等を提案している 		
18		<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・支援する側、される側という意識をもたず、お互いが協働しながら和やかな生活ができるように環境づくりや声掛けをしている ・職員間では統一のケアを心掛け良い関係作りに努めている 		
19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各担当者により家族様に対し生活および身体状況、要望等報告・相談している。また、家族様からのご意見・質問については各担当者がお答えできる項目についてはその場で答え、できない場合は管理者に報告し解決している ・「家族会」を開催し意見傾聴し介護の現場に生かすよう努力している 		
20	8	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族様より生活歴をより詳細に聴取しケアに生かす努力をしているが家族様も把握が十分でなく不明なことが多い。現状、生活歴を重視した介護は困難なことが多いため、共に生活しながらご本人から聞き取りケアに生かすよう努めている ・年末年始等年に一度はご家族ができる範囲内で今まで生活してきた自宅への外出、外泊をお願いしている。 	<p>入居時の生活歴の聞き取りが難しい場合も多い。入居者本人が意思表示出来る場合はなじみの喫茶店でコーヒーを飲みたいとか、あるお店のドーナツを食べたいとかなじみのお店で散髪したいなど、対応している。その外の方はホームでの生活の中で担当者がゆっくと時間をかけて聞き取り、遠方の方への電話など対応している。</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
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。	・認知度により入居者同士の行動・心理状態に相違があるため衝突は未然に防ごう各担当者が本人の不満・要望を聴取、ケアの工夫等により早急に対処している。解決困難な場合は管理者に相談、職員が調整役となり支援している ・気の合うご利用者同士での外出や食事時の席等の環境を考慮している		
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。	・他の事業所に移られた場合、「介護添書」を手渡すと共に、情報交換を行い、馴染みの職員が機会を作って訪問に行っている		
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。	・入居前の面談にて本人、家族様の「思い」を聴取し、できる限り本人本位の生活が送れるように努めている	職員は担当の入居者の表情・行動を見守り、時には居室でお茶しながらゆっくりと過ごせる時間を作り、思いや意向をくみ取る努力をしている。食べたいもの・買物したい・家事をやりたい・反対にやりたくない等本人本位の生活が出来よう努めている。	
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の経過等の把握に努めている。	・他施設からの入居者については「情報提供書」等により、ある程度の生活歴は把握できるが、独居生活の方については家族様も生活状況の把握ができていないことが多い。そのような場合は、小さな事柄でも情報を伝えていただき、それらを蓄積しながら本人の全体像を把握していくよう努めている		
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。	・担当者を中心に日々の動きを観ながら「できること・できないこと」を判断し、「できること」にてQOLの向上に努めている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族様の「思い」を加味しながら、本人の日常生活が途切れることのないように留意し策定している ・介護記録をもとに毎月のモニタリング、アセスメント等については、グループ会にて職員間で意見交換している 	<p>DCAPサイクルに沿った流れでチームケアを実践している。介護記録を基にモニタリングをアセスメントについては職員全員で検討して介護計画を作成している。日々、ケアノートと職員間の連絡ノートを記入し、毎朝確認してケアを行っている。成果として歩行状態が良くなり屋外で歩けるようになられた。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「個人記録」「ケアプラン実施表」へ状況に応じて記録している ・入居者個人の全身状態については「状況チェック表」に記載し、いつでも全職員が確認できるようにしており、就業前の確認を義務付けている ・著しい状態の変化のある場合は、介護記録をもとに介護計画書の早期見直し、変更を行っている。 		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族様の状況に応じて、通院等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力している 		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて運営推進会議メンバーの方々（地域包括・民生委員）に相談等し協力を得ている 		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時、「かかりつけ医」について説明、家族様に承諾（書面）を得て決定している ・「かかりつけ医」は内科のため、他科受診を要する場合は、本人・家族様に同意をいただき受診している 	<p>入居時に「かかりつけ医」と協力医療機関について説明し家族に決定してもらっている。協力医療機関の医師に週1回往診してもらっている。内科以外の受診については、協力医に症状を連絡し専門医の紹介をしてもらっている。訪問看護で看護師も月2回の訪問があり協力医との連携も取れている。</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
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・体調や些細な表情の変化を見逃さないよう早期発見に取り組んでいる。変化等に気づいた場合は、管理者に報告、状態により訪看および「かかりつけ医」に報告し、適切な医療に繋げている 		
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。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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護添書」により情報提供し、週に1回は、入院先を訪問し現状把握に努め、速やかな退院支援に努めている 		
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・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>	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化については、入居面談時ホームでの生活における限界について家族様へ説明している ・その時の状況にもよるが、基本的に「看取り」はしていないため次の棲家として介護老人福祉施設等の申込をお願いしている 	<p>基本的に「看取り」はしていないので、入居の面談際に家族には説明をし、重度化した時の準備のために介護老人福祉施設等の申し込みをお願いしている。重症化した時は、再度「医療的な対応・看取り等に関する指針」に基づいて、入居者の意思、家族の意向を尊重し、主治医を交えた話し合いの場を持ち、適切な処置をすることになっている。</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、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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「急変時」「事故発生時」の対応については、マニュアルを作成している ・勉強会にて「事故発生時」の対処については学習を組み入れている ・急変時対応、応急処置等のファイルを作成し職員が閲覧できるようにしている。 		
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>	<ul style="list-style-type: none"> ・年に2回程度、消防署の協力を得て「避難訓練」を実施している ・マニュアルを作成し、職員へ周知している。 ・協力体制については、運営推進会議等にてお願いしている 	<p>年に2回消防署の協力を得て昼・夜想定での「避難訓練」を実施している。地域との連携がまだ構築されていない現状では、全職員の火災に対する認識を保つ努力とマニュアルの周知を図っていく。地域との連携については今後も辛抱強く努力していく。</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。	<ul style="list-style-type: none"> ・年長者として敬意を払い、何事も本人の気持ちを大切に考えケアに従事している ・入居者方々の情報についても守秘義務について理解し、管理には注意をしている 	年長者として敬意を払い、何事も本人の気持ちを大切に考えケアをすることに注力している。「尊厳保持できていますか」チェック表を作成し、年4回自己チェックをしている。結果をホーム長が取りまとめ、全職員の問題として検討している。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務優先ではなく、入居者本位のケアに取り組んでいる ・入居者個々が、自分の思いや希望を表出できるようにそれぞれ担当者を配置、個別でコミュニケーションをとるよう努力している 		
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、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・職員側の都合を押し付けることはないが、業務上できないこと（すぐに対応できないこと）等は、できない理由を必ず説明し、理解・納得していただけるようにしている ・毎日が「希望に沿った支援」とはいかないが、できる限り個別性のあ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。	<ul style="list-style-type: none"> ・できる方は服装等自分で選択されているが、判断ができない方については職員が準備している。毎朝、時間をかけ本人の意思を尊重し、準備することが大切なことは理解しているが、現状では難しい ・理美容については、訪問美容にお願いしている（希望できる） 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・できる方にはお手伝い（テーブル拭き・食器洗い・食事作り）をお願いしている ・入居者個々の身体状況・その時の精神面を加味し、できる限り安全に・美味しく・楽しく摂取していただけるよう工夫している 	食事は入居者の最大の関心事なので、希望を聞くようにしている。献立は毎日冷蔵庫を見て決めている。買い物も入居者と同行することもよくある。テーブル拭き、食器洗い、食事作りなど出来る方をお願いしている。月に1回アンケート実施し外食を実施している。	

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
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・「状況チェック表」に基づき入居者個々の食事・水分摂取量について把握している。また、摂取困難時は、その方の好む食品等にて対応している 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食後実施している。入居者個々の状態に応じて介護用品（スパンクロス・口腔内スポンジ）を使用にて清拭している ・できる方には声掛け・見守りで対応しているが、それだけでは不十分なため職員はできない部分をお手伝いしている ・異常時は管理者に報告、必要ならば歯科医に往診依頼している 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄委員を設け各入居者の排泄チェックを実施している。排泄委員としての年間目標を決め毎月検討し評価、翌月へのケアに繋げ排泄のレベルアップに（不快感の軽減）留意している ・問題や見直しがある場合は、グループ会にて（月1回）検討会議を実施している 	入居から15日間24時間「排泄アセスメント表」を記入していくことで、その方の排泄リズムを把握している。成果として入居時オムツから紙パンツそして布パンツとパッドにまで全員ではないが、改善できている。その後も、排泄委員が全体目標を立て個人の目標も立て不快感の軽減に全職員で取り組んでいる。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・食事量、水分量、排泄動作の低下をアセスメント、主治医とも相談し各個人に応じた対処をしている ・自然排便を促進するため、朝食後は全員トイレ案内を実施している ・排泄ケア実施時、羞恥心・プライバシーの保持には十分配慮している 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりの要望に沿った入浴は（時間・曜日）現状困難 週に2回は入浴していただいている。入浴ができない場合は部分清拭等にて対応させていただいている ・希望された場合は、その日の状況によりできる限り対応できるよう努力はしている 	夜の入浴は希望が無いので、ホームとしては入浴の時間は、お昼から夕方にかけてとしている。この間の順番は希望に沿える。週に2回の入浴してもらっているが、夏場はシャワー浴で1回増える。それでも希望された場合は、その日の状況によりできる限り対応できるよう努力はしている。	

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。	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の方々が自分の好きな時間に休まれている ・入眠ができない方には、温かい飲み物や軽食または職員が話し相手となり対応している ・生活リズムを普通に維持できるよう、日中はアクティビティを提供し心地よい身体疲労を目標としている 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理は、朝・昼・夕担当者を決めている。誤薬等の事故がないよう「服薬マニュアル」作成、その内容に従い与薬介助し事故防止に努めている ・定期薬、臨時薬については個別綴り表に処方箋を入れ、担当者を含め他職員が常時閲覧できるよう保管している 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者個々の「できること」、また「してみたいこと」を見出し、介護計画に組み入れている（個別ケア） 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・行事については「行事委員」が担当し計画・実施している 散歩や買い物は、本人の希望時に実施している 	<p>行事については「行事委員」が入居者の希望を聞き取ったり、アンケートを実施したりして計画をし、企画書をホーム長に上げ、決裁を得て実施している。夏祭りだけは2ユニット全員で開催し、地域にも案内をしている。</p>	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・各入居者のIADLを把握してうえで可能な方にはホーム内でのリスク（紛失等）を家族様に伝え理解していただき管理させていただいている ・外食時等、レジにて支払い等ができる方には行動していただきたいが、現状職員が対応していることが多い 		

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		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人希望時、電話は使用できる。個々の居室があるためプライバシーの確保はできている ・手紙等の代読はお手伝いさせていただいているが職員から積極的に手紙をお勧めしたりはしていない 		
52	19	<p>○居心地の良い共用空間づくり</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者方の動線を考慮し、必要な所には必要な道具・家具を設置している ・季節感を感じていただけるよう、時季の草花、手作り作品を置くよう心がけている 	共用空間のテーブルの高さが3種類あり、入居者の体格に合うテーブルに座り心地よく、くつろいでおられる。古い家具が設置されていて、落ち着いた感じである。	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・娯楽室としてテレビ、ソファの設置、ゲーム等のレクリエーションのできる空間を設けている。 ・一人になりたい方は、みなさん居室に入られる 		
54	20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時、自宅で使用されていた馴染みの家具・道具を持ち込んでいただくようお願いし、環境変化を最小限にするよう工夫している。また、家具・道具などの設置もなるべく自宅と変わりのないよう工夫している。 	入居時、自宅で使用されていた馴染みの家具・道具を持ち込んでいただくようお願いしている。環境変化を最小限にするために家具や道具の配置も自宅と変わらないように工夫している。	
55		<p>○一人ひとりの方を活かした安全な環境づくり</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「できること」を見出し、それを活かす支援をしている（ベット配置・手すり位置・補助具検討・動線整備） 		

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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <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や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	○	<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、生き生きと働けている	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1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3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1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3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 ひなたぼっこ東原①

作成日 平成26年1月21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		情報の共有ができておらず統一したケアができていない。結果、事故等の原因になっている。	情報の共有化とケアの統一化	①連絡ノートの確認、記入・職員各自の確認欄を作りサインをする。サイン確認の担当者を決める。担当者が出勤時、確認欄のサインを定期的に確認する。サインのない職員に対して呼びかけを行ない連絡ノートの確認の徹底を行なう。申し送り事項の方法、内容を再度明確にし閲覧できるようにする。	平成26年4月1日 ～ 平成27年3月31日
2					
3				②月1回の職員会議にて情報の共有をはかる。また、報告、連絡、相談についての状況、方法等の検討を行なう。	
4					
5					
6					
7					

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。

2 目標達成計画

事業所名 グループホームひなたぼっこ東原②

作成日 平成26年 1月 21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 1 1 1 2 1 3 1 8 1 9	<ul style="list-style-type: none"> 問題意識の欠如 問題の放置 (疑問点を解決しない) 他スタッフのことを気にして意見が言えない 家族様とのコミュニケーション不足 (自信がない) 入所者様の日常ケアの方向性に不安がある 	<ul style="list-style-type: none"> 運営における職員意見の反映 CQI (継続的介護の質の改善) 	<ul style="list-style-type: none"> 「介護サービス改善自己評価・提言」→様式作成 ↓ ①毎月全スタッフ各項目記入(個人意見) ②様式15日配布→20日グループ会にて回収 ③ホーム長確認し、ポイント及びアドバイス記入 ④翌10日迄に各スタッフに返却 ⑤スタッフは個々の記入内容確認し業務にフィードバックする ⑥ホーム長は全スタッフの意見・要望を集約し、改善すべき項目、上司に指示受け項目を判断対処し、結果を各スタッフにフィードバックする 	12ヶ月 (H26:4月～翌3月)
2	6 7 8 3 6	<ul style="list-style-type: none"> 前年度権利侵害について2回/年から4回/年のチェック実施、改善に至っているが継続の必要あり 	<ul style="list-style-type: none"> 権利侵害の排除 (拘束・虐待・尊厳・プライバシー) 	<ul style="list-style-type: none"> 権利侵害についてのチェックに基づき検討会実施 ①チェック表作成済 ②4回/年 (3・6・9・12月) ③チェック項目によりグループ会にて検討会・改善法策定、周知 ④毎月グループ会にて改善状況検証 	12ヶ月 (H26:4月～翌3月)
3	47	<ul style="list-style-type: none"> 与薬事故が多い (ヒヤリハット含む) 新人・未経験者スタッフが多いため継続・指導必要 	<ul style="list-style-type: none"> 与薬事故件数「0」を目標 	<ul style="list-style-type: none"> 新人与薬時は、他スタッフも与薬について注視し、必要時指導する ・「事故発生」時は当日緊急会議開催 (当事者より事故に至った経緯と検証、今後の対応を策定周知する) ・事故発生率の多いスタッフについては与薬担当を指導者のもと毎日実施していただく(準備も含む) 	12ヶ月 (H26:4月～翌3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。