

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成24年7月5日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|------------------------------|----------------|-----------|
| 事業所番号 | 0870101540 | | |
| 法人名 | 有限会社 アンビション | | |
| 事業所名 | グループホーム あすなる | ユニット名 | 1号棟 |
| 所在地 | 〒311-1121 茨城県水戸市島田町3403-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年11月20日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成24年7月2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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0870101540&SCD=320&PCD=08 |
|-----------------|---|

【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24年1月16日 | 評価確定日 | 平成24年6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）】

| |
|--|
| 利用者様とご家族様にとってスタッフが家族のような存在になれるような支援を心掛けています。 |
|--|

【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>利用者は希望にそった暮らしを楽しみ、ゆったりと過ごしている。</p> <p>代表者は敷地内で通所介護や短期入所生活介護、訪問介護の事業所を運営し、運営方針にそって職員教育をするとともに、現場や経営者向きの隔月誌で自らの経験を基に運営のコツやアイデアを提案している。</p> <p>職員の困っている事などについてはその都度取締役にてメールで相談できる体制をとり、問題が早期に解決できる仕組みを設けているほか、全職員で話し合うべき問題については職員会議で検討している。</p> <p>職員間の協力体制が整備されており、中途退職者がいないほか、全職員で協力し合って資格取得に向けた努力をしながら業務にあたっている。</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 | 「島田の人情と自然に囲まれ、暖かい陽があたり、家庭的な時間（とき）が流れ、思いやりのある介護（支え）を提供いたします」との事業理念を作っている。スタッフ一人一人が理念を共有しサービス提供に努めている。 | 地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成し、管理者及び全職員で共有するとともに実践に努めている。 | |
| 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 | 町内会に加入し行事には積極的に参加している。又、事業所の行事にも町内の方をお誘いしている。 | 町内会に加入し地域の夏祭りや清掃活動、運動会に参加するなど、利用者や職員は地域の一員として日常的に交流している。 事業所主催の納涼祭やクリスマス会などの行事に地域の人々を招待しており、大洗の花火大会では事業所を開放して利用者が地域の人々と一緒に楽しめるように支援をしている。 | |
| 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 | 運営推進会議の中で認知症の方への理解を深めていただけるような議題を取り入れるようにしている。介護や認知症等に関する相談窓口を設けている。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 事業所の取り組みの紹介やその時々々の社会情勢にあった議題について話し合いを行っている。そこで出た意見を参考にサービスの向上に努めている。 | 運営推進会議は家族等や市職員、町内会長、民生委員などで2ヶ月に1回開催し運営状況を報告しているほか、委員から地域の情報を得たり、時の話題を議題として話し合っている。 会議で出た意見等は全職員で検討して運営に反映させている。 | |

☆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 | 市の担当者に事業所の実情や利用者の状態などを定期的に報告するとともに、適切な助言を得るようにしている。運営推進会議以外にも意見交換する機会を作るようにしている。 | 市担当者とは運営上の相談や報告を通して連携を図っている。生活保護受給の利用者の変化にそって、担当課と情報交換をしている。 | |
| 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 | マニュアルを作成し身体拘束をしないケアを実践している。又、日中は玄関を施錠せず、安全面に配慮しながら自由な暮らしを支援するようにしている。 | 身体拘束をしないケアの実践を図るため、マニュアルを作成するとともに年2回研修を実施している。代表者や全職員は禁止の対象となる身体拘束の具体的な行為を正しく理解し、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。利用者が外に出てしまった場合は、利用者が納得するまで職員と一緒に歩いている。 | |
| 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 | マニュアルを作成し虐待の防止に努めている。又、虐待防止の研修を生かし、虐待を行うことのないようケアに努めている。 | | |
| 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 | 研修にて学ぶ機会を設けるとともに、必要な利用者様がいれば行政機関との連絡調整を行うようにしている。 | | |

☆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 | 利用者様、ご家族様の要望を確認するようにし、それを反映させるようにしている。終末期ケアなど、別に契約書等を用意し説明には十分な時間をかけて行うようにしている。 | | |
| 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 | 年2回の家族会にて意見交換する機会を設けている。利用者様、ご家族様から出た意見や要望は申し送りノートに記入したり会議で話し合うようにし、情報の共有に努めている。 | 職員は日常的に利用者に話しかけて意見や要望を聴く機会を設けている。家族等からは面会時に意見等を聴き、管理者や職員で話し合っ運営に反映させている。遠方で来訪が困難な家族等からは、年2回実施する家族会で意見や要望を聴き、出た意見等は運営に反映させている。 | |
| 11 | 7 | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている | 月に一度のミーティングを行い、経営者、管理者、スタッフの間で意見交換の場を作っている。 | 代表者や管理者は月1回ミーティングを開催し、職員と意見交換をしている。取締役は年2回職員の自己評価実施時に合わせて面談をしたり、Eメールを活用していつでも相談が受けられる体制を整えており、職員から出た意見や提案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 | 年に2回の自己査定を実施しておりスタッフ一人一人の業務に対する改善や実績を把握している。またスタッフ一人一人との個人面談も実施している。 | | |

☆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 |
| 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 | 研修や講習会に参加しレベルアップを図っている。福祉専門誌や新聞など定期的に購入しスタッフに情報を提供している。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 地域包括センター主催の交流会に参加することによって、地域のネットワーク作りやサービスの質の向上に努めている。 | | |
| 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 | 家族、ケアマネージャー、ソーシャルワーカーからの情報を下に生活歴の把握に努めるとともに利用者様の要望をケアに反映するようにしている。 | | |
| 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 | 契約までに何度も話し合いの場を設けて家族の不安解消に努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 利用者様、ご家族様、ケアマネージャーとの連携を取った上でどのように支援していくのか決定するようにしている。 | | |

☆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 | 相互関係を大切にし、家族のような存在になれるようなケアに努めるようにしている。 | | |
| 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 | 利用者様にとってよりよい生活を提供できるようにご家族様と共に支えていく支援を心掛けていくようにしている。 | | |
| 20 | 8 | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている | 今までのかかりつけ病院へ受診を支援している為、知人と再会することがある。又、よく行っていたお店や場所へは外出する機会を設けるようにしている。 | 職員は医療機関の受診の機会を活用し、利用者が以前住んでいた家の前を通り昔を懐かしめるように支援をしており、利用者は時には知人と再会して会話を楽しんでいる。 職員は利用者が馴染みの商店で継続して化粧品が買えるように支援をし、これまでの馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援をしている。 | |
| 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 | 利用者様の性格などを配慮し座席の配置をするようにしている。又、スタッフが間に入り利用者様同士が良好な関係を築けるように努めている。 | | |
| 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 | 長期入院で退所されてもお見舞いを継続させていただいたり、永眠された利用者様のご家族様でも、運営推進会議などの事業所の活動に参加させていただいたりしている。 | | |

☆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 |
| 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。 | スタッフは利用者様やご家族様から話を聞きながら、利用者様の希望や意向の把握に努めるようにしている。会話が困難な利用者様に対しては行動や表情を観察するとともに職員で話し合い、利用者本位に検討するようにしている。 | 職員は日常的に利用者に話しかけて意見や要望を聴く機会を設けている。意向の把握が困難な利用者の場合は職員で話し合うほか、家族等に電話で確認したり利用者の表情を観察し、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 | ご家族様からのヒアリング、ケアマネージャーなどからの資料やサマリーを活用し、生活歴の把握に努めている。 | | |
| 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 | ケアプランをもとにケアを実施し、それを評価することによって利用者様の状態把握に努めている。 | | |
| 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 | これまでの生活の継続ができるように生活歴を反映したケアプランの作成に努めている。利用者様、ご家族様の希望を聞き職員間で話し合い、医療関係者の意見を聞きながら作成するとともに見直し、評価している。計画作成担当者を中心にスタッフ全員で行うようにしている。 | 利用者や家族等、医療関係者の意見等を取り入れ、計画作成担当者や職員で利用者本位の生活ができるよう現状に即した介護計画を作成している。モニタリングを3ヶ月に1回実施し、長期計画は6ヶ月毎、短期計画は3ヶ月毎に見直している。 | モニタリングは利用者の心身の状態に変化がない場合でも月1回実施することを期待する。 |

☆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 |
| 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 | 生活記録や申し送りノートを活用してセンター方式のアセスメントシートを埋めていくようにしている。 | | |
| 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 | 訪問、通所、短期入所、グループホームで利用者様にあったサービス提供ができるようにケアマネジャーとの連携を図るようにしている。 | | |
| 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 | 近くの保育園に年に2度、ボランティアに来ていただいている。又、利用者様の希望を聞きながらボランティアを取り入れるようにしている。 | | |
| 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 | かかりつけ医は変更せず、家庭の時と同じ病院へ受診するようにしている。スタッフのみが受診した場合は、結果をご家族へ報告している。 | かかりつけ医は入居前からの主治医としている。 受診の際は職員と家族等が病院で待ち合わせ、一緒に受診結果を聞いている。 家族等と一緒に受診した場合でも、月1回の便りと一緒に受診結果や処方薬を報告している。 | |
| 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 | 事業所の看護師、協力病院の看護師と健康相談や医療支援を受けている。 | | |

☆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。 | 早期退院の為に主治医とご家族様と退院後の生活を相談する。主治医にグループホームで何をすべきか確認するようにしている。 | | |
| 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 | 終末期ケアに関する指針を作成している。主治医、ご家族様、スタッフで十分な話し合い設けるとともに、終末期ケアを行う際は同意書を交わすようにしている。 | 過去に6人の看取りを経験しており、現在も職員で協力しながらターミナルケアに取り組んでいる。 重度化した場合は家族等を交えて主治医、職員で看取りに向けた対応方針を話し合い、家族等の同意を得ている。 利用者の状態の変化に応じて、家族等に事業所でできることやできないことを説明し話し合っている。 家族等は必要に応じて事業所に泊まり込み、利用者に付き添っている。 | |
| 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 | マニュアルを作成し、スタッフへ研修を実施している。応急処置の講習も受けるようにしている。 | | |
| 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 | 防火管理者を中心に対策、訓練を行っている。又、町内会との連携が取れるように、設備状況、訓練状況の報告も行っている。 | 年2回避難訓練を実施し、内1回は夜間を想定した避難訓練を実施している。 災害時における職員の役割分担を決めている。 マニュアルにそった避難訓練を実施し、明らかになった課題を全職員で話し合い、実施記録を作成して次回の訓練に活かしている。 地域の人々は見学のみでの参加である。 倉庫に備蓄品を保管しているが、品名や数量、賞味期限などを把握するまでには至っていない。 | 近隣住民に避難訓練への参加や協力が得られるよう、運営推進会議などで話し合うことが望まれる。 備蓄品の一覧表を作成して管理するとともに、賞味期限が近づいた備蓄品を利用して、近隣住民参加のもと炊き出しの訓練を行うことを期待する。 |

☆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 | 個人情報に記載された書類は持ち出し厳禁で保管しており、第3者へ閲覧の際はご家族様へ同意を得るようにしている。利用者様のファイルにはプライバシーを意味するPマークをつけ区別するようにしている。入浴介助時や排泄介助時にもプライバシーへの配慮を考慮している。 | 病院への情報提供など、第三者へ個人情報を提示する場合は家族等の同意を得ている。 利用者の排泄時や入浴時は、プライバシーを損ねない対応に努めている。 個人別の面会簿が玄関口に置いてあり、プライバシーに配慮するまでには至っていない。 個人情報に関する書類は、人目に付かないよう鍵のかかる職員更衣室に保管し、プライバシーを意味するPマークを貼って持ち出し厳禁としている。 | 面会簿はほかの家族等に見られないよう事務所で保管するとともに、面会時に随時記入してもらうよう工夫をしてプライバシーに配慮した取り扱いが望まれる。 | |
| 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 | 食事や外出等利用者の意見を反映させたものになっている。又、日々の生活の中で利用者様一人一人のやりたい事を確認しながらケアにあたっている。 | | | |
| 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、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 | スタッフが何をするのか決めずに利用者様の訴えを最優先に考えてケアにあたっている。利用者の希望に沿ってシフトを変更したりもしている。 | | | |
| 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 | カットや毛染めは理容士の資格を持ったスタッフが対応したり、希望によって美容室へ行くことも有る。馴染みの理容室や美容室が有る方はそこまでの外出を支援するようにしている。 | | | |

☆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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 献立は利用者様の希望を取り入れて作成している。食材にもこだわりお米は地域産使用すると共に野菜などは国産の物を使うようにしている。 | 利用者毎に摂取が禁止されている食品を把握するとともに、利用者に食事アンケートを実施して量や好みを聞いている。 献立は利用者の希望を取り入れて季節に合った食事を提供しているほか、利用者の嚥下機能に合わせてとろみ食などを提供している。 良質の米の産地であるため地元の美味しい白米を提供して利用者に喜ばれている。 利用者はテーブル拭きや下膳などを職員と一緒にしている。 | |
| 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 | 毎食とおやつの際の水分、食事量を記録するようにしている。 | | |
| 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、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 | 出来る方への声かけ、出来ない方への介助を行い利用者様の能力に合わせた支援を行っている。協力歯科医院の検診も行っている。 | | |
| 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 | スタッフは利用者様一人一人の排泄パターンを把握するとともに声かけや誘導をしながらトイレで排泄できるように支援している。オムツ使用の利用者様も座位が保てればトイレ誘導行うようにしている。 | 職員は排泄チェック表から利用者一人ひとりの排泄パターンを把握するとともに、タイミングを見計らってさりげなく声をかけ、トイレで排泄ができるように支援している。 車いす使用の利用者や立位が困難な利用者でもトイレへ誘導し、トイレでの排泄や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 | 排泄表にて排便の有無を確認して運動を促したり、水分を多く摂っていたりしている。便秘が続く際は主治医に相談するようにしている。 | | |
| 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 | 入浴の頻度や時間は利用者様の希望にそった形で行うように支援している。その為必要に応じてスタッフのシフトを調整するようにしている。 | 入浴は2日に1回利用者が希望する時間帯に支援している。 利用者が夜間の入浴を希望した場合は、職員の勤務体制を調整して対応するなど、希望にそった入浴支援をしている。 | |
| 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 | 利用者様の生活習慣を崩さないように好きな時間に休息出来るように支援している。又、利用者様の状況に応じて、スタッフから声かけし休んでいただくようにしている。 | | |
| 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 | 薬の管理はすべてスタッフが行うようにし、誤薬のないように努めている。利用者様に一人一人にあった内服介助を行うようにしている。 | | |
| 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 | 利用者様の希望に合わせた役割や余暇活動を行うようにしている。 | | |

☆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 | スタッフは散歩や買い物などの日常 的な外出を利用者様の希望にそって 行うようにしている。又、季節を感 じられる外出や普段は行けない場所 でも要望に応えるようにしている。 | 職員は利用者の希望にそって散歩や買 い物の支援を日常的にしている。 季節毎の開花時期に合わせて海浜公園 に花見に出かけたり、利用者の希望を聞 いて茨城空港などに出かけられるよう に支援をしている。 | |
| 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 | 金銭管理できない利用者様でもお金 を持っていたい方にはいくらか渡す ようにしている。スタッフで管理し ている方は希望があった際、すぐに 渡せるようにしている。 | | |
| 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 | 電話は利用者様の好きな時間に使え るようにしている。お手紙が届いた 時にはスタッフと手紙を書いたり、 電話をしたりしている。 | | |
| 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 | グループホーム内の温度、湿度を日 に4回測定している。花を飾った り、季節感を感じられるものを飾り 付けするようにしている。 | 事業所内の温度や湿度を1日に4回測 定し、利用者が居心地よく過ごせるよう 調整をしている。 天窓を設けた開放的な食堂に季節の花 や利用者の作品などを飾っている。 台所は家庭的な造りとなっており、利 用者からも台所で調理をしている職員か らも、互いが見える設計となっている。 トイレは車いすでも対応可能な広さを 確保し、利用者が安全に腰を下ろせるよ う手すりを設置している。 風呂は檜を利用しているほか、一人ず つゆったり入浴ができる広さがあり、立 位に不安がある利用者には浴用の椅子を 用意し、安心して入浴ができるよう配慮 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 | ソファや長椅子など座る場所以外に設けて、一人になれたり利用者様同士のお話しの場として活用している。 | | |
| 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 | 在宅で使っていた馴染みの家具などを持ち込んでいただけるよう支援している。 | 居室は洗面台や押入れ、エアコン、カーテンが備え付けられている。 利用者は家族等と相談し、なるべく自宅に居た時と同じような設えになるよう仏壇を置いたり、以前から使用していたタンスやテレビ、人形など思い思いの物品を自由に持ち込み、安心して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 | トイレや居室等がわかるように目印となるものを付けるようにしている。 | | |

| 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) | ○ 1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの広がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4) | ○ 1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3, あまり増えていない 4, 全くいない |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12) | ○ 1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 4, ほとんどいない |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。 | ○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。 | ○ 1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない |

(様式4)

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホームあすなる

作成日 平成24年7月2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 | 10 | モニタリングが3ヶ月に1回 | モニタリングは月に1回 | 月1回モニタリングを行う | 1ヶ月 |
| 2 | 13 | 備蓄はしているが一覧表がない | 一覧表を作成する | 一覧表を作成し管理する | 1ヶ月 |
| 3 | 14 | 面会簿が玄関口にある | プライバシーの配慮 | 面会簿を事務所で保管 | 1ヶ月 |
| 4 | | | | | |
| 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。